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

27ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Αθήνα, 4-8 Απριλίου 2022



ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

27ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΑΘΗΝΑ 4 - 8 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2022

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Ε.Π.Ν.Ε. – ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

Πρόεδρος: Κ. Αθανασιαδη

Αντιπρόεδρος: Δ. Εξαρχος

Γενικός Γραμματέας: Γ. Στυλιανιδης

Ταμίας: Α. Μπαλαδημα

Μέλη: Ι. Αλεβιζακης
Χ. Νιχλος
Α. Τσιρογιαννη
Ν. Αθανασιου
Π. Μουρελατος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Κ. Αθανασιαδη

Αντιπρόεδρος: Γ. Μαρακομιχελακης

Αντιπρόεδρος: Β. Παπαστάμοπουλος

Ταμίας: Α. Μπαλαδημα

Μέλη:

Π. Αγγελιδακης
Ν. Αθανασιου
Α. Γρηγορακης
Ι. Καλομενιδης
Μ. Κοτρωτσιου
Χ. Λιναρδη
Ι. Μπαλταδακης
Β. Σεβαστιανος
Κ. Τριανταφυλλου
Α. Τσιρογιαννη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Μ. Βασλαματζης

Αντιπρόεδρος: Α. Αργυροπουλου

Αντιπρόεδρος: Β. Βουγας

Μέλη:

Μ. Γαροφαλακη
Π. Δεδεηλιας
Δ. Εξαρχος
Α. Κατσανδρη
Κ. Κοτσιφας
Θ. Κρατημενος
Δ. Μαγγανας
Α. Μανδραβελη
Β. Μαρκακη
Γ. Στραντζαλης
Π. Φανουργιακης
Χ. Χριστοδουλιδου

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Χ. Βαδαλα

Αντιπρόεδρος: Ε. Μπελεσιωτου

Μέλη:

Χ. Βουλγαρη
Ε. Γαλανιδη
Ε. Γελαδαρη
Π. Γουνοπουλος
Δ. Ζερβακης
Ν. Κοχυλας
Π. Μασουρος
Α. Μπαλαδημα
Α. Παντελης
Δ. Ταχμετζιδη-Παπουτση
Γ. Φλωρος
Α. Ψαρρα

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πρόεδρος: Γ. Στυλιανιδης

Μέλη:

Ν. Βαλλιανου
Ν. Βιαζης
Δ. Εξαρχος
Α. Κατσανδρη
Δ. Κοκκινος
Μ. Παγωνη
Ε. Περιβολιωτη
Α. Ταραση

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Αθανασιαδη

Μέλη: Ι. Αλεβιζακης
Ν. Αθανασιου
Π. Μουρελατος

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π. Αγγελιδακης
Κ. Αθανασιαδη
Ν. Αλεβιζοπουλος
Ε. Βαγιακης
Χ. Βαδαλα
Γ. Βακης
Ν. Βαλλιανου
Μ. Βασλαματζης
Ν. Βιαζης
Β. Βουγας
Χ. Γαρναβος
Π. Δεδεηλιας
Ε. Δουκα
Δ. Εξαρχος
Δ. Ζερβακης
Χ. Ζησης
Ι. Καλογεροπουλος
Ι. Καλομενιδης
Δ. Καραγιαννης
Δ. Καρακασης
Μ. Καρυτινου
Α. Κατσανδρη
Π. Κατσαουνου
Σ. Κορφιας
Α. Κοτανιδου
Κ. Κοτσιφας
Δ. Μαγγανας
Ζ. Μαστορα
Α. Μεγαλου
Ε. Μπαλης
Σ. Μποτσακης
Ζ. Μπουλουμπασης
Α. Παντελης
Ε. Παπαδοπουλος
Β. Παπασταμοπουλος
Ε. Περιβολιωτη
Δ. Πιστολας
Ν. Ρουκουνακης
Κ. Ρωμανα
Β. Σεβαστιανος
Α. Σιδερης
Δ. Σταλικας
Γ. Στραντζαλης
Γ. Στυλιανιδης
Α. Σωτηριου
Μ. Τζουρμπακης
Φ. Τουλγαριδης
Α. Τουργελη
Κ. Τριανταφυλλου
Σ. Τσαγκαρακης
Γ. Χαρκιολακης
Α. Χρηστιδου
Χ. Χριστοδουλιδου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Αγαπητές και 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.

Ευχαριστούμε θερμά την Εκδοτική Γραμματεία και ιδιαίτερα την Πρόεδρο κα Χ. Βαδάλα και την Αντιπρόεδρο, κα Ε. Μπελεσιώτου για τις προσπάθειες, που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών, καθώς και όλους τους συγγραφείς-ομιλητές, που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους ή κατέθεσαν εργασίες, που εκπονήθηκαν στο Νοσοκομείο μας και όσες επελέγησαν, θα παρουσιαστούν ως Προφορικές ή Αναρτημένες Ανακοινώσεις.

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

Θερμά συγχαρητήρια αξίζουν στην Επιστημονική Επιτροπή και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο κ. Μ. Βασλαματζή και τους Αντιπροέδρους της, κ.κ. Α. Αργυροπούλου και Β. Βουγά για τη συμβολή τους στην κατάρτιση του προγράμματος.

Ιδιαίτερη μνεία και ευχαριστίες ανήκουν στο Νοσηλευτικό Προσωπικό και τον Προϊστάμενο Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Δ. Πιστόλα, που και φέτος συμμετέχουν δυναμικά στο Επιστημονικό μας Πρόγραμμα.

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

Σίγουρα δεν μπορούμε, να μην αναφέρουμε τους Χορηγούς μας, MILIMED, WINMEDICA, MAVROGENIS, BIANEΞ, GENESIS PHARMA, ΓΕΡΜΑΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΑ, MSD, PFIZER, CSL BEHRING, BRISTOL-MYERS SQUIBB και AMGEN, που χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη, που μας προσέφεραν, δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση του 27ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην ψυχή της Ε.Ε.Π.Ν.Ε., την κα Α. Παπαμαλή, τη Διοικητική Γραμματέα μας, που όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος είχε αποφασιστική συμβολή στην επιτυχημένη ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

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

Με εκτίμηση



Dr. med. Καλλιόπη Αθανασιάδη
Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου
της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού
του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)
και της Οργανωτικής Επιτροπής
του 27ου Ετήσιου Σεμιναρίου Σ.Ι.Ε.



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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες

- Χορηγία Βιντεοσκόπησης ομιλιών για on demand παρακολούθηση: MILIMED
- Χορηγία e-Επιστημονικού Προγράμματος: MILIMED
- Χορηγία Γραμματειακής Υποστήριξης: WinMedica Serving Health for Life
- Χορηγία Διαλείμματος Καφέ *(Τρίτη 05-04-22, ώρα 10:30-11:00)*: CSL Behring Biotherapies for Life™
- Χορηγία Διαλείμματος Καφέ *(Πέμπτη 07-04-22, ώρα 11:00-11:30)*: MAVROGENIS Authorized Distributor Medtronic

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΔΙΑΛΕΞΗ
Ο νέος θεσμός των νοσηλευτικών ειδικοτήτων - Μελλοντικές προοπτικές 16
Πολυξένη Μαγγούλια

ΔΙΑΛΕΞΗ
Η δράση της υπερθερμίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου 17
Αικατερίνη Μανδραβέλη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις στο χρόνιο πόνο

Χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος 18
Μαρία Μικροβασίλη

Μεθερπητική νευραλγία 19
Μαρία Μις

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ
Μεγαλακρία - Η νευροχειρουργική επέμβαση είναι πάντοτε η θεραπεία εκλογής;

Υπέρ 20
Στέφανος Ι. Κορφιάς

Κατά 22
Γεωργία Ντάλη

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Σηπτική αρθρίτιδα ισχίου. Μεγάλο αλλά όχι ανυπέρβλητο πρόβλημα

Μπορούν μόνο τα αντιβιοτικά να δώσουν τη λύση; 23
Αικατερίνη Καζιάνη

Ορθοπαιδική χειρουργική αντιμετώπιση 24
Πέτρος-Χριστόφορος Χριστακάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ
Στένωση τραχείας: Αντιμετώπιση

Στένωση τραχείας: Αντιμετώπιση 25
Χαράλαμπος Ζήσης

Στένωση τραχείας: Αντιμετώπιση 26
Ευάγγελος Μπαλής

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Σύνδρομα θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας και συστηματικές διαταραχές που σχετίζονται με μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία

Μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία: Διαφορική διάγνωση 27
Μαρία Δελλατόλα

Πρωτοπαθή σύνδρομα θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας 28
Χαρά Γιατρά

Συστηματικές διαταραχές που μπορεί να συνοδεύονται από μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία 29
Ιωάννης Τσώνης

ΔΙΑΛΕΞΗ
Η θεραπεία του πολλαπλού μυελώματος σήμερα 30
Σωσάνα Δελήμπαση, Ευρυδίκη Θεοδώρου, Άνδρη Πολυβίου

ΔΙΑΛΕΞΗ
Καινοτόμες θεραπείες και τεχνολογίες - CART θεραπείες και ανοσοθεραπείες για τα κακοήθη λεμφώματα 31
Ιωάννης Μπαλταδάκης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Διαχείριση βαρέως πάσχοντα καρδιολογικού ασθενή

Η χρήση της αναλγησίας και της καταστολής στην καρδιολογική μονάδα και οι επιπλοκές της 32
Παύλος Κουτσουμπός

Εφαρμογή ρινικής κάνουλας υψηλής ροής, έναντι της συμβατικής οξυγονοθεραπείας σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς - Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της θεραπείας 33
Σταύρος Θεολόγου, Ελένη Ισχάκη, Σπυρίδων Ζακυνθινός, Χρήστος Χαρίτος, Σπυρίδων Μεντζελόπουλος

Περιεγχειρητικοί παράγοντες κινδύνου και προγνωστικοί δείκτες για παραλήρημα σε ασθενείς στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα Ανάνηψης - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και προβλήματα 35
Σταύρος Θεολόγου, Χρήστος Χαρίτος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Νεότερες εξελίξεις και τάσεις στην καρδιοχειρουργική

Νεότερες εξελίξεις στις καρδιακές βαλβίδες 36
Βασίλειος Πάτρης

Απώτερα αποτελέσματα και συνολική εμπειρία του Ευαγγελισμού από την εμφύτευση αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων χωρίς ράμματα 37
Ηλίας Σαμιώτης, Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης, Ευαγγελία Λιβεράκου, Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου, Νικόλαος Σχίζας

Καταγραφή συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων (registry). Πού βρισκόμαστε και πεπραγμένα δεκαετίας 38
Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης

FET στην οξεία φάση του διαχωρισμού τύπου Α 39
Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου, Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης, Ιωάννης Κοκοτσάκης

Μελέτη της αναδιαμόρφωσης της κατιούσας θωρακικής αορτής μετά από χειρουργηθέντα διαχωρισμό τύπου Α και με τη χρήση ενδοπροθέσεων 40
Νικόλαος Σχίζας, Γεωργία Νάζου, Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου, Ευαγγελία Λιβεράκου, Ηλίας Σαμιώτης

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Αντιμετώπιση των παθήσεων των καρδιακών βαλβίδων: Τι νεότερο

Μη χειρουργική αντιμετώπιση 41
Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

ΔΙΑΛΕΞΗ
Στόχοι - κλειδιά στην ανοσοθεραπεία 42
Αικατερίνη Ψαρρά

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Ογκολογική και χειρουργική προσέγγιση των πρωτοπαθών και δευτεροπαθών όγκων ήπατος

Απεικονιστική διάγνωση: Υπερηχοτομογραφική διερεύνηση 43
Δημοσθένης Δ. Κόκκινος

Απεικονιστική διάγνωση: Διερεύνηση με αξονική και μαγνητική τομογραφία 44
Δημήτρης Ν. Έξαρχος

Παθολογοανατομική διάγνωση 45
Χριστίνα Μάγκου

Ογκολογική προσέγγιση 46
Χαράλαμπος Κ. Σταθόπουλος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Covid-19 και κακοήθη συμπαγή νεοπλάσματα

Γενικά περί του ιού, κλινικές εκδηλώσεις - Σύνδρομα, εργαστηριακός έλεγχος 47
Μυρτώ Κίτσου

Κακοήθη νεοπλάσματα σε ασθενείς με Covid 48
Γεώργιος Καρκαλέτσος

Χαρακτηριστικά των εμβολίων. Ιδιαιτερότητες σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα 49
Κωνσταντίνος Φωλήνας

Screening και παρακολούθηση ασθενών με κακοήθη νεοπλάσματα την εποχή του Covid 50
Βάιος Ωραιόπουλος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) -
Ένα Τμήμα με πολλές ιδιαιτερότητες και απαιτήσεις

Σύγχρονα συστήματα διαλογής στο ΤΕΠ - Η συμβολή των νοσηλευτών 51
Χριστίνα Βαρελίδου

Διαχείριση και αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών στο ΤΕΠ
και συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών - Υπάρχει σχέδιο δράσης; 52
Σταύρος Κυριαζής

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία παραλαβής και διαχείρισης ασθενούς στο ΤΕΠ 53
Γεώργιος Καρκαλιώρης

Οι νοσηλευτές του ΤΕΠ ως αποδέκτες μορφών βιας στον εργασιακό χώρο
κατά την άσκηση των καθηκόντων τους 54
Ανδριάνα Μιχαηλίδου

«Δικανική Νοσηλευτική» - Η ανάγκη γνώσης και εφαρμογής της από τους νοσηλευτές του ΤΕΠ 55
Ασημίνα Αλεξοπούλου

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Διατροφική προσέγγιση του βαρέως πάσχοντος ασθενούς

Προσδιορισμός ενεργειακών αναγκών βαρέως πάσχοντα 56
Δημήτριος Καραγιάννης

Διατροφική προσέγγιση της οξείας νεφρικής νόσου 57
Ζαφειρία Μάστορα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Αγνώστου πρωτοπαθούς αιτιολογίας νεοπλάσματα τραχήλου

Παρουσίαση - Διαγνωστική προσέγγιση 58
Νικόλαος Δριμάλας

Ο ρόλος του PET SCAN στη διάγνωση 59
Νικολέττα Κ. Πιάνου

Χειρουργική αντιμετώπιση 60
Αθανασία Τουργέλη

Ογκολογική διαχείριση 61
Θεόδωρος Κ. Τέγος, Ναταλία Ασημακοπούλου

Παθολογοανατομική εκτίμηση 62
Γεώργιος Κυριακόπουλος

ΔΙΑΛΕΞΗ
Διαχείριση HER2+ νόσου με προχωρημένο καρκίνο του μαστού: Νεότερες θεραπευτικές επιλογές 63
Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Δημήτριος Αλεξανδρής

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Απεικονιστικές μέθοδοι στη διερεύνηση παθήσεων του λεπτού εντέρου: Δυνατότητες και περιορισμοί

Αξονική εντερογραφία - MRI εντερογραφία 64
Ελένη Λαζαρίδου

Ενδοσκοπική κάψουλα - Εντεροσκόπηση 65
Νίκος Βιάζης

ΔΙΑΛΕΞΗ
Προεγχειρητικός έλεγχος και αίτια αποκλεισμού χειρουργείων λόγω αναπνευστικών αιτιών 66
Ευφροσύνη Δήμα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Νεότερες εξελίξεις στη μεταμόσχευση νεφρού

Δωρεά οργάνων = Δώρο ζωής 67
Αδαμαντία Σωτηρίου

Ανοσολογικά προβλήματα στη μεταμόσχευση νεφρού 68
Αικατερίνη Ταράση

Επιπλοκές εκ των αγγειακών αναστομώσεων 70
Ελένη Δασκαλάκη

Επιπλοκές από τις κυστεοουρητηρικές αναστομώσεις 71
Αλκιβιάδης Γρηγοράκης

Λοιμώξεις στη μεταμόσχευση νεφρού 72
Ελένη Μυλωνά

Νεφρολογικές επιπλοκές 73
Γλυκερία Τσούκα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Αναδρομή στην Covid-19 εποχή από τη σκοπιά της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Ο ρόλος των νοσηλευτών της επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων, από την έναρξη της πανδημίας του Covid-19 μέχρι και σήμερα 74
Χρυσούλα Κολοκοτρώνη

Η διαχείριση των ασθενών με Covid-19 κατά τη νοσηλεία τους στις απλές νοσηλευτικές κλίνες 75
Γεώργιος Μπαλάσκας

Η αντιμετώπιση και διαχείριση ασθενών με Covid-19, από το νοσηλευτικό προσωπικό του Αναισθησιολογικού Τμήματος 76
Βασιλική Κατσιαώνη, Κωνσταντίνος Γερογιάννης, Ουρανία Δρόσου, Παναγιώτα Ρέγκλη, Ελένη Λεβέντη

Η αντιμετώπιση και διαχείριση ασθενών με Covid-19, στο χώρο του Χειρουργείου 77
Σταύρος Τσιτιρίδης

Οι επιπτώσεις του Covid-19 στην ψυχική υγεία των υγειονομικών 78
Γιόνα Σακίκη

Εμβολιασμός του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας - Φυσικό επακόλουθο ή πρόκληση; 79
Φανή Βεϊνή

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

Καθετηριασμός επινεφριδικών φλεβών 80
Δημήτριος Ν. Τομαής

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Μεταβολικό σύνδρομο

Υπέρταση 81
Νικόλαος Πετρίδης

Σακχαρώδης διαβήτης 82
Μαρινέλλα Τζανέλα

Παχυσαρκία 83
Ιωάννα Σκράπαρη

Υπερχοληστεριναιμία 84
Ευγενία Μ. Μαυροκεφάλου

Διπλή αναστολή των GLP1 και GIP: Δυο δράσεις σε ένα φάρμακο;
Τι νεότερο για παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη; 85
Θεοδώρα Στρατηγού

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη σε διάφορα όργανα: Νεότερα δεδομένα 86
Θεοδώρα Στρατηγού

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Νεότερα δεδομένα στις λοιμώξεις

Λοίμωξη παρουσία ξένων σωμάτων 87
Ναταλία Βαλλιάνου

Εισπνεόμενα αντιβιοτικά σε νοσοκομειακές πνευμονίες και στη ΜΕΘ 88
Βασιλική Μαρκάκη

Σύγχρονες μοριακές μέθοδοι στην εργαστηριακή διάγνωση - Η εφαρμογή τους στον έλεγχο
των νοσοκομειακών λοιμώξεων και στην επιμελητεία των αντιβιοτικών 89
Ευσταθία Περιβολιώτη

Candida auris: Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση 91
Αθηνά Καλλιμάνη

ΔΙΑΛΕΞΗ

HIV και συννοσηρότητες 92
Χαρίσης Τότσικας

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Νόσος COVID: Εξέλιξη-Προοπτικές

Κλινικά και παθοφυσιολογικά δεδομένα 93
Νικόλαος Πετρίδης

Φυσική επιλογή - Διαγνωστικά εργαλεία 94
Ελένη Λίτσιου

Ενδείξεις και ευρήματα απεικονιστικού ελέγχου 95
Δημήτρης Ν. Έξαρχος

Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις 96
Ελπίδα Παντικίδη

Εμβολιασμός έναντι Covid 19: Αναμνηστικές δόσεις ή ετήσιος εμβολιασμός; 97
Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη

ΔΙΑΛΕΞΗ
Βιολογικοί και λοιμογόνοι παράγοντες παθογένειας καρδιακών μυξωμάτων 98
Νεκταρία Μιχοπάνου, Χρήστος Χαρίτος, Γεώργιος Σαρόγλου, Αλκιβιάδης Βατόπουλος, Ιωάννα Παυλοπούλου

ΔΙΑΛΕΞΗ
Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν βιολογικές θεραπείες. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κλινική πρακτική ως μέλος της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας 100
Αναστασία Γεωργιάδου

ΔΙΑΛΕΞΗ
Καρκίνος του ορθού: Στρατηγική και τεχνικές διατήρησης του οργάνου 101
Δημήτριος Μαγγανάς

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Νεότερες μέθοδοι στην απεικόνιση του προστάτη

Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία Προστάτη (mpMRI). Πρέπει να διενεργείται σε όλους τους ασθενείς με αυξημένο PSA; 102
Ελένη Λαζαρίδου

Το PSMA-PET έχει ένδειξη μόνο σε βιοχημική υποτροπή; 103
Βασιλική Φραγκιαδάκη

Κλινική συναξιολόγηση 104
Ιωάννης Ξωξάκος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Νεότερες εξελίξεις και κατευθυντήριες οδηγίες στην καρδιολογία

Διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI): Βέλτιστες σύγχρονες τεχνικές - State of the Art 105
Λουκάς Κ. Παππάς

Νεότερες εξελίξεις για την επεμβατική αντιμετώπιση σοβαρών ανεπαρκειών των κολποκοιλιακών βαλβίδων 106
Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

Τελευταίες εξελίξεις και κατευθυντήριες οδηγίες στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας 107
Ηλέκτρα Παπαδοπούλου

Συσκευές ελέγχου καρδιακού ρυθμού: Τελευταία δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες 108
Ιωάννης Α. Χαβελές

ΔΙΑΛΕΞΗ
Επείγουσα ERCP 109
Γεώργιος Καραμπέκος

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Κυστικά νεοπλάσματα παγκρέατος

Παθολογική προσέγγιση 110
Κωνσταντίνος Βαρυτιμιάδης

Χειρουργική προσέγγιση 111
Μιχαήλ Παπαμιχαήλ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Αλκοολισμός: Ένα υπαρκτό πρόβλημα

Αλκοολισμός: Ένα παγκόσμιο πρόβλημα 112
Ανδρονίκη Παπαποστόλου

Αλκοολική νόσος του ήπατος 113
Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

Αλκοόλ και άλλα παθολογικά νοσήματα 114
Δημήτριος Β. Λυμπερόπουλος

Ψυχοπαθολογία και κατάχρηση αλκοόλ 115
Γεράσιμος Γκουτζαμάνης, Γεώργιος Μαργαριτούδης

Αλκοόλ και προβλήματα του γαστρεντερικού σωλήνα 116
Κωνσταντίνα Κατωπόδη

ΔΙΑΛΕΞΗ

Συζευγμένα αντισώματα/χημειοθεραπευτικά φάρμακα conjugatives antibodies: Ο νέος μηχανισμός διαχείρισης των κακοηθειών στο μαστό, στο πάγκρεας, στο ουροθήλιο 117
Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Δημήτριος Αλεξανδρής, Μυρτώ Κίτσου

ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Βραβευθείσες Εργασίες Καλύτερων Προφορικών Ανακοινώσεων 118-123

Εργασίες Προφορικών Ανακοινώσεων 124-144

Εργασίες e-Posters 145-169

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

Ο ΝΕΟΣ ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Πολυξένη Μαγγούλια, MSc, PhD

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Αν. Συντονίστρια Ειδικότητας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Διασυνδετική Ψυχιατρική-Εξωτερικό Ψυχιατρικό Ιατρείο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η βαρύτητα της νόσου και η ανάγκη νοσηλείας σε ειδικά τμήματα και με τη χρήση εξειδικευμένων μεθόδων, δε μπορεί να γίνεται από μη εκπαιδευμένους νοσηλευτές, αλλά από τους ειδικούς κλινικούς νοσηλευτές. Μέσω των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι νοσηλευτές διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Η ειδική εκπαίδευση προωθεί τον νοσηλευτή να αναλάβει ενεργό ρόλο στη συνεχή μάθηση, μια διαδικασία που θα τον βοηθήσει να ωριμάσει και να γίνει αποδοτικότερος. Η αναγκαιότητα για καλύτερες και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη ανάπτυξη και εξειδίκευση, τόσο των γνώσεων, όσο και των δεξιοτήτων, καθιστούν τις νοσηλευτικές ειδικότητες απαραίτητες όσο είναι και τις προπτυχιακές νοσηλευτικές σπουδές.

Σκοπός: Η διερεύνηση του νέου θεσμού των νοσηλευτικών ειδικοτήτων και η συζήτηση για τις μελλοντικές προοπτικές, αλλά και τα πιθανά εμπόδια και δυσκολίες κατά την υλοποίηση.

Μεθοδολογία: Ανασκόπηση της Νομοθεσίας αναφορικά με το νέο θεσμό των νοσηλευτικών ειδικοτήτων και της διεθνούς βιβλιογραφίας (pubmed, google scholar), καθώς και της εμπειρίας από τη λειτουργία τους στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και την 1η Υ.ΠΕ.

Αποτελέσματα: Οι υποψήφιοι για την απόκτηση νοσηλευτικής ειδικότητας ή εξειδίκευσης πρέπει να διαθέτουν ως ελάχιστα αναγκαία προσόντα πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής επίσημα αναγνωρισμένου στην Ελλάδα και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος νοσηλευτή. Η διαδικασία επιλογής ειδικευομένων νοσηλευτών γίνεται με ευθύνη των Υ.ΠΕ. Ο συνολικός αναγκαίος χρόνος για τη λήψη νοσηλευτικής ειδικότητας ανέρχεται σε δεκαοκτώ (18) μήνες και ο συνολικός αναγκαίος χρόνος για τη λήψη νοσηλευτικής εξειδίκευσης ανέρχεται σε έξι (6) μήνες μετά από τη λήψη της νοσηλευτικής ειδικότητας. Την επιστημονική ευθύνη διαμόρφωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος των ειδικοτήτων της νοσηλευτικής, έχει Τριμελές Συμβούλιο Εκπαίδευσης που αποτελείται από ένα (1) μέλος ΔΕΠ με γνωστικό αντικείμενο αντίστοιχο της κάθε ειδικότητας, έναν (1) Συντονιστή Εκπαίδευσης και έναν (1) Αναπληρωτή Συντονιστή Εκπαίδευσης με τους αναπληρωτές τους, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Με απόφαση του Διοικητή κάθε Υ.ΠΕ., μετά από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου της, ορίζονται «Συντονιστές Εκπαίδευσης» και «Αναπληρωτές Συντονιστές Εκπαίδευσης» των ειδικευομένων νοσηλευτών με τριετή θητεία, για την εποπτεία και τον συντονισμό της κλινικής και θεωρητικής εκπαίδευσής τους. Ο τίτλος της νοσηλευτικής ειδικότητας απονέμεται με απόφαση του διοικητή της οικείας Υ.ΠΕ., μετά τη συμπλήρωση του χρόνου εκπαίδευσης του ειδικευομένου και την επιτυχή συμμετοχή του σε γραπτές και προφορικές εξετάσεις.

Συμπεράσματα: Η σωστή προετοιμασία ειδικών νοσηλευτών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο αναφορικά με την εξέλιξη της Νοσηλευτικής Επιστήμης και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού της εκπαίδευσης στα πλαίσια των ειδικοτήτων είναι επιτακτικότερη από ποτέ. Σκοπός του προγράμματος νοσηλευτικών ειδικοτήτων είναι η προαγωγή της θεωρητικής και εφαρμοσμένης εκπαίδευσης των επαγγελματιών νοσηλευτών για να προσφέρουν ποιοτική, τεκμηριωμένη, εξειδικευμένη και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα, σε όλο το φάσμα της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας).

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτές, νοσηλευτική ειδικότητα, νοσηλευτική εξειδίκευση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041987
E-mail: pmangoulia@gmail.com

Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Αικατερίνη Μανδραβέλη, MSc, PhD

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Γραφείο Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Γραπτές εκθέσεις σχετικά με τη χρήση αυξημένης θερμοκρασίας στη θεραπεία του καρκίνου, υπάρχουν εδώ και πολλούς αιώνες. Μία από τις παλαιότερες εκθέσεις τοποθετείται στην αιγυπτιακή χειρουργική Edwin Smith και συγκεκριμένα σε πάπυρο που χρονολογείται στο 300 π.Χ. Στους ερευνητές της υπερθερμίας συγκαταλέγεται και ο Ιπποκράτης, αν και η μέθοδος που περιγράφεται σε ένα από τα αποφθέγματά του, αφορά υψηλότερες θερμοκρασίες, όπως αυτές που χρησιμοποιούνται σε θερμοκαυτηρίαση. Τον 19ο και 20ο αιώνα, η θεραπεία με πυρετό χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος για την αύξηση της θερμοκρασίας. Παράλληλα οι ερευνητές άρχισαν να εφαρμόζουν τεχνικές με ραδιοσυχνότητες. Ένα παγκόσμιο ενδιαφέρον για την υπερθερμία, ξεκίνησε από το 1ο Διεθνές Συνέδριο υπερθερμικής ογκολογίας στην Ουάσιγκτον το 1975. Σήμερα, η χρήση της υπερθερμίας στη θεραπεία κατά του καρκίνου είναι πλέον γεγονός, κάτι που μαρτυρείται από τον σημαντικό αριθμό κλινικών ανά τον κόσμο, που εφαρμόζουν ευρέως αυτή τη θεραπεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας κριτικής ανασκόπησης είναι να μελετηθεί και να περιγραφεί ο ρόλος της υπερθερμίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας: Η υπερθερμία, που ονομάζεται επίσης και θερμική θεραπεία ή θερμοθεραπεία, είναι ένας τύπος θεραπείας του καρκίνου, στην οποία ο όγκος εκτίθεται σε αυξημένη θερμοκρασία (συνήθως 38,5 έως 40,5° C). Ειδικότερα, η υψηλή αυτή θερμοκρασία προάγει την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων, επηρεάζοντας ελάχιστα ή και καθόλου τους φυσιολογικούς ιστούς. Η εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπείας μπορεί να γίνει είτε τοπικά είτε ολοσωματικά. Επιπρόσθετα, η υπερθερμία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Σήμερα η υπερθερμία αποτελεί μία ευρέως αποδεκτή θεραπεία κατά των διαφόρων τύπων καρκίνου, είτε πρόκειται για καρκίνους αρχικού σταδίου, είτε για προχωρημένους καρκίνους. Επομένως, δίκαια χαρακτηρίζεται πια ως «ο τέταρτος πυλώνας», στην αντιμετώπιση του καρκίνου, πλάι στη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: Υπερθερμία, καρκίνος, συνδυαστική θεραπεία, χημειοθεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041223
E-mail: mandraveli@yahoo.gr

ΧΡΟΝΙΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Μαρία Μικροβασίλη

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

Η εκτίμηση του πόνου προτείνεται ως το 5ο ζωτικό σημείο (μετά τη θερμοκρασία, το σφυγμό, την αρτηριακή πίεση και τον αριθμό των αναπνοών) και πρέπει να αξιολογείται και να αντιμετωπίζεται όχι μόνο από τους θεράποντες ιατρούς, αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος είναι ο πόνος ο οποίος διαρκεί πέρα των τριών μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση και δεν έχει σχέση ούτε με λοίμωξη στην περιοχή της επέμβασης ούτε με την πάθηση για την οποία έγινε η συγκεκριμένη επέμβαση.

Ο πόνος μπορεί να είναι τόσο αλγαισθητικός, όσο και νευροπαθητικός ή μπορεί και να οφείλεται σε μια βλάβη νεύρου κατά την επέμβαση.

Οι παράγοντες κινδύνου για τη μετάπτωση σε χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο μπορεί να αφορούν τον ασθενή όπως η ηλικία, το άγχος, η κατάθλιψη, η γενετική προδιάθεση, η ύπαρξη πόνου ήδη πριν την επέμβαση και η χρήση οπιοειδών προεγχειρητικά. Παράγοντες όμως αποτελούν επίσης το είδος και η βαρύτητα της επέμβασης, η χειρουργική αλλά και αναισθησιολογική τεχνική. Τέλος, κατά την μετεγχειρητική περίοδο η ανάγκη για επανεπεμβάσεις, οι ακτινοθεραπείες, οι χημειοθεραπείες αλλά και διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση αυτού του πόνου.

Η συχνότητα μετρίου έως και σοβαρού πόνου διαφέρει από επέμβαση σε επέμβαση. Οι ακρωτηριασμοί έχουν μια συχνότητα 30-81%, η καισαρική τομή 16%, η χολοκυστεκτομή 3-56%, η μαστεκτομή 20-50%, η αποκατάσταση βουβωνοκήλης 5-35% και η θωρακοτομή 61-70%.

Η διεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς με την σωστή χορήγηση ενδοφλέβιας αναλγησίας, την αποφυγή ισχυρών οπιοειδών, την πραγματοποίηση κεντρικών και περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, τη χορήγηση τοπικού αναισθητικού είναι σημαντική για τη μείωση εμφάνισης του χρόνιου πόνου.

Η αντιμετώπιση του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου πρέπει να είναι πολυπαραγοντική. Η φαρμακευτική αγωγή διαμορφώνεται σύμφωνα με τις βαθμίδες του πόνου και περιλαμβάνει τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά φάρμακα, όπως και οπιοειδή. Τα έμπλαστρα (patches) λιδοκαΐνης και καψαϊκίνης είναι σημαντικά κυρίως στον νευροπαθητικό πόνο. Ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία, η ψυχολογική υποστήριξη είναι εξίσου σημαντικές. Η εφαρμογή διαδερμικού ηλεκτρικού νευρικού ερεθισμού (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) είναι μια τεχνική που μπορεί και αυτή να βελτιώσει τον πόνο του ασθενούς και μπορεί στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο να συμβάλει στην μείωση της εμφάνισης του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος, πρόληψη, αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6970116200
E-mail: maria.microvassili@gmail.com

ΜΕΘΕΡΠΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ

Μαρία Μις

Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μεθερπητική νευραλγία είναι ένα σύνδρομο χρόνιου περιφερικού νευροπαθητικού πόνου και οφείλεται σε νευρική βλάβη που προκαλείται από τον ερπητοϊό-3 (HHV-3), γνωστός και ως ζωστήρας ιός της ανεμοβλογιάς (VZV).

Σε ένα ποσοστό 10-15% των ασθενών με έρπητα ζωστήρα εμφανίζεται ως επιπλοκή η μεθερπητική νευραλγία, δηλαδή πόνος ή ανώμαλες αισθήσεις με δερμοτομιακή κατανομή που επιμένουν 120 ημέρες μετά την υποχώρηση του εξανθήματος.

Σε ποσοστό 9% των ασθενών ο πόνος μπορεί να επιμείνει και πέραν του έτους, περιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Οι περιοχές του σώματος όπου συχνότερα εμφανίζεται είναι ο θώρακας, η οσφυοϊερά χώρα, ο αυχένας και η περιοχή κατανομής του τρίδυμου νεύρου.

Επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση του είναι η ηλικία, καθώς 50% των ασθενών άνω των 60 ετών και 70% των ασθενών άνω των 75 ετών εμφανίζουν μεθερπητική νευραλγία, καθώς και οι χρόνιες παθήσεις του ασθενούς.

Η διάγνωση της μεθερπητικής νευραλγίας βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και στη κλινική εξέταση από το θεράποντα ιατρό.

Η θεραπεία της μεθερπητικής νευραλγίας απαιτεί εμπειρία και εξειδίκευση του θεράποντος γιατρού και περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και παρεμβατικές τεχνικές.

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι φαρμακευτικοί παράγοντες για την αντιμετώπισή της είναι τα:

- **αντιεπιληπτικά** (πρεγκαμπαλίνη, γκαμπαπεντίνη),
- **ήπια οπιοειδή** (τραμαδόλη, ταπεταντόλη),
- **αντικαταθλιπτικά** (τρικυκλικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης).

Για τη θεραπεία της μεθερπητικής νευραλγίας μπορούν τοπικά στην περιοχή να χρησιμοποιηθούν:

- **επιθέματα τοπικού αναισθητικού** (λιδοκαΐνη 5%),
- **διαδερμικό επίθεμα** καψαϊκίνης 8%.

Οι δύσκολες περιπτώσεις μεθερπητικής νευραλγίας αντιμετωπίζονται με **νευρικούς αποκλεισμούς** (περιφερικούς, κεντρικούς) καθώς και με **νευροδιέγερση**.

Η συμπληρωματική αγωγή περιλαμβάνει: Σωστή διατροφή, βιταμίνες φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με βελονισμό.

Είναι μια πάθηση που χρειάζεται συνεργασία του αναισθησιολόγου με δερματολόγο, νευρολόγο, ψυχίατρο και φυσίατρο.

Τελευταία, η πρόληψη με τη χρήση εμβολίων **Zosterlive (ZOSTAVAX)** και **RZV (SHINGRIX)** έχουν επί του παρόντος καλά αποτελέσματα και άδεια χρήσης σε 62 χώρες παγκοσμίως.

Αν και τα δύο εμβόλια είναι εγκεκριμένα και στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), μόνο 9 περιλαμβάνουν συστάσεις για εμβολιασμό κατά της HZ στις εθνικές τους πολιτικές εμβολιασμού.

Λέξεις κλειδιά: Έρπης ζωστήρας, μεθερπητική νευραλγία, νευροπαθητικός πόνος, lyrica, versatis.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974105736
E-mail: ilinka.karvela@gmail.com

ΥΠΕΡ

Στέφανος Ι. Κορφιάς

Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροχειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μεγαλακρία ή ακρομεγαλία είναι πάθηση των ενηλίκων που προκαλείται από την υπερβολική έκκριση της αυξητικής ορμόνης (GH). Η ορμόνη προέρχεται, στο 95% των περιπτώσεων, από τα σωματοτρόπα αδενώματα της υπόφυσης του εγκεφάλου, που είναι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι αναπτύσσονται στην πρόσθια υπόφυση. Αντιθέτως, ο γιγαντισμός είναι πάθηση που σχετίζεται με υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης σε παιδιά πριν την εφηβική ηλικία.

Τα συμπτώματα της μεγαλακρίας μπορούν να διαλανθάνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να προκαλούν υποψία. Η συμπτωματολογία μπορεί να οφείλεται α) στην υπερέκκριση της αυξητικής ορμόνης, β) σε υποφυσιακή ανεπάρκεια ή γ) σε πίεση που ασκεί ο όγκος του μακροαδενώματος σε γειτονικές ανατομικές δομές.

Πιο συγκεκριμένα, η υπερέκκριση της αυξητικής ορμόνης προκαλεί σταδιακή αλλαγή στο σκελετό με αύξηση του μεγέθους των χεριών και των ποδιών (αλλαγή νούμερου παπουτσιού, δακτυλιδιών, καπέλου κτλ), πάχυνση στα χείλη, στη μύτη και στη γλώσσα με αύξηση των διαστημάτων μεταξύ των δοντιών, αύξηση προβολής σαγονιού και μετώπου και των χαρακτηριστικών του προσώπου, πάχυνση των πλευρών με διαμόρφωση βαρελοειδούς θώρακα, τραχιά και λιπαρή επιδερμίδα, με μεγαλύτερη εφίδρωση και έντονη μυρωδιά, μουδιάσματα και πόνοι σε χέρια και πόδια, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, υπέρταση, διαβήτη, καρδιακή υπερτροφία και ανεπάρκεια, αρθρίτιδα, υπνική άπνοια, βρογχοκήλη και εύκολη κόπωση και μυική αδυναμία.

Η υποφυσιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει διαταραχές περιόδου, υπερτρίχωση και ακμή, υπογοναδισμό και απώλεια libido, ζάλη και κόπωση.

Η πίεση από τον όγκο σε γειτονικούς ιστούς μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγίες, διαταραχή όρασης με οπτικά σκοτώματα, ημικροταφική ημιανοψία και διπλωπία. Η οπτική διαταραχή μπορεί να εγκατασταθεί αιφνίδια σε περίπτωση αποπληξίας της υπόφυσης, δηλ. αυτόματης αιμορραγίας μέσα στον υποφυσιακό όγκο.

Η διάγνωση της μεγαλακρίας περιλαμβάνει την επιβεβαίωση της υπερέκκρισης της αυξητικής ορμόνης με έλεγχο της σωματομεδίνης στο αίμα (IGF-1) και την παθολογική καμπύλη ανοχής της γλυκόζης. Ο απεικονιστικός έλεγχος διενεργείται με μαγνητική τομογραφία τουρκικού εφιππίου - υπόφυσης, η οποία αποκαλύπτει το μικρο- (<1cm) ή το μακροαδένωμα (>1cm).

Η θεραπεία της μεγαλακρίας περιλαμβάνει φαρμακευτική αντιμετώπιση, νευροχειρουργική αντιμετώπιση, ακτινοθεραπεία και συνδυασμό αυτών.

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

Ειδικότερα στη μεγαλακρία το θεραπευτικό πλάνο εξατομικεύεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, το μέγεθος του όγκου, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τα επίπεδα των ορμονών και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές η νευροχειρουργική εκτομή του αδενώματος αποτελεί θεραπεία 1ης εκλογής σε περίπτωση που η γενική κατάσταση και η ηλικία του ασθενούς το επιτρέπουν, διευκολύνοντας περαιτέρω την ενδοκρινολογική του αντιμετώπιση και παρακολούθηση.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ανάλογα σωματοστατίνης, ανταγωνιστές υποδοχέων GH και αγωνιστές υποδοχέων ντοπαμίνης**.** Η ακτινοθεραπεία με τη μορφή κυρίως της στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής (cyber-knifeή γ-knife) εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις υποτροπής του αδενώματος.

Η πρόγνωση της μεγαλακρίας είναι εξαιρετική με κατάλληλη θεραπεία. Τα συμπτώματα υφίονται και το προσδόκιμο ζωής είναι φυσιολογικό. Αντίθετα σε περίπτωση μη αντιμετώπισης, ο ασθενής κινδυνεύει από επιδεινούμενο σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, καρδιαγγειακή

νόσο, εμφάνιση πολυπόδων παχέος εντέρου με κίνδυνο εξαλλαγής και εν τέλει πρόωρο θάνατο.

Λέξεις Κλειδιά: Μεγαλακρία, αδένωμα υπόφυσης, ενδοσκοπική διασφηνοειδική προσπέλαση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932458361
E-mail: skorfias@otenet.gr

ΚΑΤΑ

Γεωργία Ντάλη

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

Η μεγαλακρία οφείλεται στην υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης (GH) και ινσουλινόμορφου αυξητικού παράγοντα (IGF-1). Στο 95% των περιπτώσεων αίτιο είναι ένα σωματοτρόπο αδένωμα υπόφυσης. Σχετίζεται με πολλαπλές νοσηρότητες που οδηγούν σε αυξημένη θνητότητα. Η θεραπεία στοχεύει στην αποκατάσταση φυσιολογικών επιπέδων GH και IGF-1 και οι επιλογές περιλαμβάνουν τη νευροχειρουργική εξαίρεση του όγκου, τα φάρμακα και την ακτινοβολία.

Η διασφηνοειδική επέμβαση αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τους περισσότερους ασθενείς, επιτυγχάνει όμως μακροχρόνια βιοχημική ύφεση σε <65%. Προγνωστικοί παράγοντες ύφεσης είναι το μέγεθος του όγκου και η διήθηση των παρακείμενων δομών, ειδικά των σηραγγωδών κόλπων. Σε έμπειρα χέρια ύφεση επιτυγχάνεται σε 80-90% των μικροαδενωμάτων και σε 50-75% των μακροαδενωμάτων, ενώ μειώνεται δραματικά, εάν ο όγκος είναι διηθητικός ή πολύ μεγάλος. Η εκτομή τμήματος του όγκου (debulking) έχει θέση σε ασθενείς που δεν προβλέπεται μετεγχειρητική ίαση, προκειμένου να μειωθεί το φορτίο του όγκου, ιδιαίτερα αν υπάρχουν πιεστικά συμπτώματα. Υπάρχουν δεδομένα ότι το debulking βελτιώνει μετεγχειρητικά την ανταπόκριση στα ανάλογα σωματοστατίνης, ενώ έχει θέση και πριν την ακτινοβολία.

Η φαρμακευτική θεραπεία χορηγείται σε μετεγχειρητική εμμονή, αλλά και ως πρώτη επιλογή σε ασθενείς που αρνούνται το χειρουργείο ή που δεν είναι υποψήφιοι επιτυχούς νευροχειρουργικής επέμβασης. Τα ανάλογα σωματοστατίνης (SRLs) και ο αγωνιστής ντοπαμίνης καμπεργολίδη συνδέονται με υποδοχείς στο αδένωμα και καταστέλλουν την έκκριση GH. Το οκτρεοτίδιο LAR και το λανρεοτίδιο είναι η πρώτης γραμμής φαρμακευτική θεραπεία και επιτυγχάνουν φυσιολογικά επίπεδα IGF-1 σε 30-55% των ασθενών και >20% μείωση του όγκου στους μισούς. Ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες ανταπόκρισης είναι τα χαμηλά επίπεδα IGF-1 και η μεγαλύτερη ηλικία. Σε ασθενείς με σημαντικό υπολειμματικό όγκο που δεν μπορεί να εξαιρεθεί και σε αυτούς που δεν ελέγχονται επαρκώς με τα πρώτης γενιάς SRLs, μπορεί να χορηγηθεί πασιρεοτίδη μακράς δράσης, η οποία επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά βιοχημικής ύφεσης και συρρίκνωσης του όγκου. Το οκτρεοτίδιο από το στόμα έχει πάρει έγκριση στις ΗΠΑ για ασθενείς που έχουν ήδη απαντήσει ικανοποιητικά στο ενέσιμο οκτρεοτίδιο ή λανρεοτίδιο. Η καμπεργολίδη συστήνεται εάν τα μετεγχειρητικά επίπεδα IGF-I είναι <2.5 ×ανώτερο φυσιολογικό όριο (UNL) ή σαν προσθήκη όταν δεν έχει επιτευχθεί βιοχημικός έλεγχος με τη μέγιστη δόση SRL. Ο ανταγωνιστής GHpegvisomant αναστέλλει τη δράση της αυξητικής στην περιφέρεια και την παραγωγή IGF-1 και αποτελεί δεύτερης γραμμής θεραπεία σε ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν βιοχημικό έλεγχο με την μέγιστη δόση SRL. Διφορούμενα είναι τα δεδομένα σχετικά με το ρόλο της προεγχειρητικής φαρμακευτικής θεραπείας στη μετεγχειρητική ύφεση.

Η ακτινοβολία αποτελεί τρίτης γραμμής θεραπεία και χρησιμοποιείται στην περίπτωση επιθετικών όγκων που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς με χειρουργική και φαρμακευτική θεραπεία. Με τις σύγχρονες ακτινοθεραπευτικές τεχνικές 50% των ασθενών επιτυγχάνουν και διατηρούν βιοχημική ύφεση.

Νεώτερα δεδομένα όσον αφορά στους βιοχημικούς δείκτες (την παρουσία sst2, sst5, AIP and DR2 υποδοχέων στον όγκο), στο είδος της κοκκίωσης (αδρή ή πυκνή), στην ανοσοϊστοχημεία, καθώς και στα απεικονιστικά χαρακτηριστικά (υπόπυκνο ή υπέρπυκνο σήμα στην T2 ακολουθία στην μαγνητική τομογραφία) μπορούν να καθοδηγήσουν την επιλογή της φαρμακευτικής θεραπείας, να την εξατομικεύσουν και να τη βελτιώσουν. Στο μέλλον η καλύτερη μοριακή κατανόηση των όγκων αυτών και η ανάπτυξη νέων στοχευμένων φαρμάκων πιθανά να οδηγήσει σε αύξηση της φαρμακοθεραπείας. Στόχος είναι η αξιοποίηση της ιατρικής ακριβείας με την έγκαιρη και κατάλληλη χρήση των θεραπευτικών επιλογών σε κάθε ασθενή, ώστε να επιτευχθεί μακροχρόνια κλινική και βιοχημική ύφεση της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Διασφηνοειδική επέμβαση, ανάλογα σωματοστατίνης, εξατομικευμένη ιατρική.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976576059
E-mail: georgiantali@yahoo.com

ΜΠΟΡΟΥΝ ΜΟΝΟ ΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΤΗ ΛΥΣΗ;

Αικατερίνη Καζιάνη

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

Η σηπτική αρθρίτιδα οφείλεται στην προσβολή μιας ή περισσοτέρων αρθρώσεων από μικροβιακό παράγοντα, συνηθέστερα βακτηριακό. Η επίπτωση της στον Δυτικό κόσμο κυμαίνεται μεταξύ 2-10 περιστατικών ανά 100.000 πληθυσμού με αυξανόμενη τάση εξαιτίας της μεγαλύτερης συχνότητας επεμβατικών πράξεων, της γήρανσης και της συνηθέστερης παρουσίας ανοσοκαταστολής στον πληθυσμό. Σχετίζεται δε με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας.

Η σηπτική αρθρίτιδα της φυσικής άρθρωσης του ισχίου αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, καθώς η κλινική εισβολή μπορεί να είναι υποξεία και τα συμπτώματα να αποδοθούν αρχικά σε άλλες υποκείμενες εκφυλιστικές ή ρευματικές παθήσεις της άρθρωσης. Η προσβολή γίνεται μέσω αιματογενούς διασποράς, κατά συνέχεια ιστού ή μέσω άμεσου ενοφθαλμισμού εξαιτίας τραύματος ή ιατρογενώς. Οι συνηθέστερα εμπλεκόμενοι μικροοργανισμοί είναι gram (+) κόκκοι όπως στρεπτόκοκκοι και σταφυλόκοκκοι, gram (-) βακτήρια όπως η *Ps. aeruginosa* και η *Neisseria gonorrhoeae,* ενώ σπανιότερα μπορεί να ενέχονται ειδικά παθογόνα όπως *Mycobacterium tuberculosis & non tuberculosis* και *Brucella* spp. Ξεχωριστή οντότητα αποτελούν οι περιπροθετικές λοιμώξεις του ισχίου.

Η σηπτική αρθρίτιδα αποτελεί ιατρικό επείγον. Καθυστέρηση στη διάγνωση και την αντιμετώπιση θέτει σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα της άρθρωσης, ενίοτε και τη ζωή του ασθενή. Για την τεκμηρίωση της διάγνωσης απαιτείται η αρθροκέντηση για άμεση εξέταση κατά Gram χρώσης και καλλιέργεια του αρθρικού υγρού. Αν και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη διάγνωση, η παρακέντηση της άρθρωσης πρέπει να επιχειρείται πάντα επί κλινικής υποψίας, καθώς συμβάλλει αφενός μεν στη διαφορική διάγνωση από άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις, την άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου και τις εκφυλιστικές οστεοαρθροπάθειες,αφετέρου στη στοχευμένη θεραπεία.

Η αποτελεσματική θεραπεία της σηπτικής αρθρίτιδας της φυσικής άρθρωσης του ισχίου απαιτεί κατά κανόνα άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Εξαιρέσεις ενδεχομένως συνιστούν η γονοκοκκική αρθρίτιδα και η σηπτική αρθρίτιδα σε έδαφος σοβαρής παραμορφωτικής αρθροπάθειας.

Άμεση έναρξη ενδοφλέβιων αντιμικροβιακών εφαρμόζεται αμέσως μετά τη διαγνωστική παρακέντηση της άρθρωσης. Η ενδοαρθρική αντιβιοτική θεραπεία δεν προτείνεται. Η επιλογή των αντιμικροβιακών καθοδηγείται καταρχάς από τη gram χρώση, ενώ πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες κινδύνου μικροβιακής αντοχής. Σε περίπτωση ανάδειξης gram (+) κόκκων στο αρθρικό υγρό προτείνεται εμπειρική αγωγή με βανκομυκίνη. Στην περίπτωση gram (-) βακτηριδίων επιλέγεται αντιψευδομοναδικό αντιμικροβιακό. Η παρουσία καταπληξίας, ουδετεροπενίας ή τοπικών επιδημιολογικών δεδομένων αντοχής επιβάλλει το συνδυασμό δύο αντιψευδομοναδικών αντιμικροβιακών (β-λακταμικό με αμινογλυκοσίδη ή κινολόνη). Η αντιμικροβιακή αγωγή προσαρμόζεται ανάλογα με τα αποτελέσματα της καλλιέργειας. Ωστόσο δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις σηπτικής αρθρίτιδας όπου η καλλιέργεια του αρθρικού υγρού αποβαίνει αρνητική.

Η βέλτιστη διάρκεια θεραπείας δεν είναι καλά τεκμηριωμένη. Η διάρκεια της παρεντερικής θεραπείας ποικίλλει από 4-7 ημέρες για παθογόνα ευαίσθητα σε διαθέσιμα από του στόματος αντιμικροβιακά με καλή βιοδιαθεσιμότητα, μέχρι 2 εβδομάδες για ανεπίπλεκτες σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, ενώ μπορεί να παραταθεί ακόμα περισσότερο σε περιπτώσεις ειδικών παθογόνων ή συνύπαρξης ενδοκαρδίτιδας ή οστεομυελίτιδας. Η συνέχιση της αγωγής από το στόμα είναι δυνατή υπό προϋποθέσεις, με μέση συνολική διάρκεια αγωγής τις 2-4 εβδομάδες. Η τοπική εφαρμογή αντιμικροβιακών μέσω πρόσμιξης σε spacers τσιμέντου, συνιστά θεραπευτική επιλογή για περιπροθετικές λοιμώξεις του ισχίου που αντιμετωπίζονται χειρουργικά με αναθεώρηση σε δύο στάδια. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα αντιμικροβιακά στις περιπτώσεις αυτές είναι η βανκομυκίνη και οι αμινογλυκοσίδες.

Παράγοντες που σχετίζονται με θεραπευτική αποτυχία αποτελούν η προχωρημένη ηλικία, η παρουσία συννοσηροτήτων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική και ηπατική νόσος, η προϋπάρχουσα αρθροπάθεια και η λοίμωξη από MRSA.

Λέξεις κλειδιά: Σηπτική αρθρίτιδα, ορθοπαιδικές λοιμώξεις, λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974885089
E-mail: katkaziani@hotmail.com

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πέτρος-Χριστόφορος Χριστακάκης

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

Η σηπτική αρθρίτιδα της άρθρωσης του ισχίου παραμένει ακόμη και σήμερα μια εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική πάθηση της σύγχρονης Ορθοπαιδικής, καθώς προβάλλει αρκετές προκλήσεις στη θεραπευτική ομάδα που καλείται να την αντιμετωπίσει. Προϋποθέτει την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση με συνοδό ταυτοποίηση του αιτιολογικού παράγοντα με στόχο τη βέλτιστη αντιμικροβιακή αγωγή και χειρουργική διαχείριση και αντιμετώπιση. Παράλληλα είναι μια πάθηση με ποικίλη εμφάνιση, κλινική συμπτωματολογία και πολλές φορές παρουσιάζει οξεία και ραγδαία επιδείνωση, όπου είναι αναγκαία η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς. Συχνά παρατηρείται χρονιότητα και επιμονή της φλεγμονής παρά την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, η οποία και επιπλέκεται με την παρουσία άνω του ενός είδους μικροοργανισμού. Ειδικά σε έδαφος επεμβάσεων ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου η ανωτέρω παθολογία απαιτεί ταχεία και στοχευμένη ανταπόκριση από τη θεραπευτική ομάδα. Είναι προφανές ότι ο σύγχρονος ορθοπαιδικός χειρουργός πρέπει να έχει σαφείς αρχές αντιμετώπισης και στρατηγικής οργάνωσης των βημάτων του πλάνου θεραπείας με γνώση της παθοφυσιολογίας και της ανατομίας της περιοχής για εκρίζωση της λοίμωξης, ενώ ενίοτε πρέπει να προβεί σε γενναίες αποφάσεις. Πρωταρχική σημασία έχει η ταχεία αναγνώρισή της, η εξακρίβωση της πιθανής ύπαρξης υλικών τα οποία περιπλέκουν τα θεραπευτικά κριτήρια, καθώς δεν είναι πάντοτε εύκολη ή επιθυμητή η αφαίρεση και αλλαγή τους, και η ταχύτατη χειρουργική αντιμετώπιση του σηπτικού ασθενούς. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανασκόπηση των επίκαιρων και αποτελεσματικών τακτικών αντιμετώπισης της σηπτικής αρθρίτιδας του ισχίου όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα σε συνδυασμό με την πολυετή εμπειρία του τμήματός μας πάνω σε απαιτητικά περιστατικά στα οποία καταδεικνύεται σαφώς ο ρόλος του έμπειρου χειρουργού στην αντιμετώπιση, αλλά και η αξιοποίηση θεραπευτικών αποφάσεων. Η ορθή χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις κλασσικές τακτικές της αφαίρεσης και αλλαγής των υλικών σε 2 χρόνους, η ευρεία και εντατική παροχέτευση- χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής, τα μυϊκά flaps που δίνουν τη δυνατότητα πλήρωσης των κενών που προκύπτουν από την αφαίρεση των υλικών και είναι έδαφος διαιώνισης της φλεγμονής, και η κατάλληλη επιλογή υλικών που συνοδεύεται από ακριβή επανατοποθέτηση τους προς αποκατάσταση του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Σηπτική αρθρίτιδα, ορθοπαιδική, χειρουργική αντιμετώπιση, υλικά, μυϊκά flaps, στρατηγική.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6975641806
E-mail: petros.christakakis@gmail.com

ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΡΑΧΕΙΑΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Χαράλαμπος Ζήσης

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

Η στένωση της τραχείας είναι απειλητική για τη ζωή, κατάσταση της οποίας η σοβαρότητα και η βαρύτητα ενίοτε δεν τυγχάνουν εγκαίρως της κατάλληλης προσοχής από τους εμπλεκόμενους ειδικούς (πνευμονολόγους, εντατικολόγους, ΩΡΛ κοκ). Συνηθέστερη αιτία είναι η παρατεταμένη διασωλήνωση σε ασθενείς με νοσηλεία σε ΜΕΘ, η προηγηθείσα τραχειοστομία αλλά και οι δομικές αλλοιώσεις του αεραγωγού λόγω ισχαιμίας και διαταραχών της μικροκυκλοφορίας,απότοκων καρδιογενούς ή σηπτικής καταπληξίας, τραυματισμού και χειρισμών στην περιοχή.

Το κύριο σύμπτωμα του ασθενούς είναι ο εισπνευστικός συριγμός (stridor).

Η διάγνωση της στένωσης γίνεται με λαρυγγοσκόπηση, βρογχοσκόπηση και αξονική τομογραφία με τρισδιάστατη ανασύνθεση του ανώτερου αεραγωγού, ώστε να καταδειχθούν ο τύπος, το μήκος και το εύρος της βλάβης.

Βασική μέριμνα είναι η αποκατάσταση βατού και λειτουργικού αεραγωγού, η οποία επιτυγχάνεται με διαστολή, με εφαρμογή laser, διαθερμίας ή κρυοπηξίας, με τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης (stent) ή τέλος, με εκτομή του πάσχοντος τμήματος της τραχείας και τελικοτελική αναστόμωση. Η επιλογή μίας εκάστης από τις παραπάνω περιγραφόμενες εναλλακτικές θεραπευτικές στρατηγικές αποτελεί συνάρτηση της θέσης, του μήκους, του τύπου της βλάβης (μαλακή-σκληρή, απλή-σύμπλοκη), του σχήματός της, της εμπειρίας των θεραπόντων καθώς, και της διαθεσιμότητας του κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αντιμετώπιση.

Η χειρουργική αντιμετώπιση προϋποθέτει ικανοποιητική γενική κατάσταση, επαρκή θρέψη, ικανότητα διαχείρισης εκκρίσεων, έλλειψη μείζονος συννοσηρότητας και μήκος στένωσης όχι μεγαλύτερο των 5 εκατοστών, ύπαρξη δε υγειούς τραχείας στο υπόλοιπο μήκος ώστε να καταστεί εφικτή η αποκατάσταση. Βασική αρχή είναι τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά να ελέγχονται η ακεραιότητα των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων, η λειτουργικότητα των φωνητικών χορδών, η ικανότητα για φώνηση και η επάρκεια της καταπόσεως. Η φυσικοθεραπεία και η λογοθεραπεία συνιστούν σημαντικές παραμέτρους στην επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος. Στόχος είναι η άμεση αποσωλήνωση του ασθενούς μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης και η μετέπειτα τακτική βρογχοσκοπική παρακολούθησή του προς επιβεβαίωση διατήρησης του καλού μετεγχειρητικού αποτελέσματος ως προς την αποκατάσταση. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση έχει μικρότερα ποσοστά μόνιμης θεραπείας συγκριτικά με τη χειρουργική. Για αυτόν τον λόγο, επί αποτυχίας της ενδοσκοπικής θεραπείας συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση από τους ισχύοντες θεραπευτικούς αλγόριθμους. Μείζων υποτροπή της στένωσης μετά από χειρουργική αντιμετώπιση συμβαίνει σε ποσοστό περί το 5%. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται τοποθέτηση stent. Σπανίως ενδείκνυται επανεπέμβαση.

Σε περιπτώσεις πρωτοπαθών όγκων της τραχείας, μεταξύ των οποίων δεσπόζουν τα πλακώδη καρκινώματα, αλλά και τα αδενοκυστικά και τα βλεννοεπιδερμοειδή νεοπλάσματα, τίθεται ένδειξη εκτομής του πάσχοντος τμήματος της τραχείας, μολονότι η νόσος επεκτείνεται μικροσκοπικά υποβλεννογονίως σε μεγάλο μήκος, ειδικά στα αδενοκυστικά καρκινώματα, ώστε να καθίσταται κάποιες φορές αναπόφευκτη η εξαίρεση με παθολογικά μικροσκοπικά όρια.

Η πανδημία του SARS-CoV-2 επέφερε αύξηση στην επίπτωση των στενώσεων τραχείας, πιθανότατα αποδιδόμενη στον μεγάλο αναλογικά αριθμό διασωληνωθέντων και τραχειοστομηθέντων κατά τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ. Θεωρείται, όπως άλλωστε ήδη συμβαίνει, ότι κατά το προσεχές διάστημα θα συνεχίσει σταθερά αυξημένος ο αριθμός των ασθενών αυτών μέχρι την εκτόνωση της πανδημίας. Το κατά πόσον η λοίμωξη προξενεί αλλοιώσεις στο τοίχωμα του αεραγωγού που προδιαθέτουν σε ανάπτυξη στενώσεως, μένει να μελετηθεί περαιτέρω.

Η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων παίζει κομβικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης κατά περίπτωση θεραπευτικής τακτικής, ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: Στένωση τραχείας, εκτομή τραχείας, παρατεταμένη διασωλήνωση, stent, όγκοι τραχείας.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045537
E-mail: chzisis@hotmail.fr

ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΡΑΧΕΙΑΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ευάγγελος Μπαλής

Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά Υπεύθυνος του Εργαστηρίου Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η στένωση της τραχείας είναι μια σχετικά σπάνια, όμως πολύ σοβαρή και δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή πάθηση, που προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Αφορά στην ελάττωση του συνολικού διαθέσιμου αυλού του αεραγωγού η οποία περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να αναπνέει φυσιολογικά και μπορεί να είναι επίκτητη ή συγγενής.

Η στένωση (απόφραξη) της τραχείας οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα αιτιών, μεταξύ των οποίων η κακοήθεια των αεραγωγών (συνήθως ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα [NSCLC]) είναι η πιο κοινή. Ενώ τα αίτια της στένωσης ταξινομούνται συνήθως ως κακοήθη και μη κακοήθη, ορισμένοι ειδικοί τα ταξινομούν ανάλογα με την εντόπιση (εσωτερική ή εξωτερική απόφραξη, π.χ. ενδοαυλικοί ή εξωαυλικοί όγκοι) ή ανάλογα με τη φύση της απόφραξης (δυναμική ή σταθερή π.χ. τραχειοβρογχομαλάκυνση ή στένωση τραχείας, αντίστοιχα). Η επίπτωση της απόφραξης της τραχείας στον καρκίνο του πνεύμονα είναι 20-30%. Αντίστοιχα, επειδή η συχνότητα εμφάνισης των καλοήθων υποκείμενων καταστάσεων όπως π.χ. η τραχειοβρογχομαλάκυνση στο γενικό πληθυσμό είναι άγνωστη, η απότοκη εξ' αυτών συχνότητα στένωσης είναι επίσης άγνωστη.

Στα καλοήθη αίτια συμπεριλαμβάνονται ιδιοπαθή, συγγενή, κακώσεις τραχήλου, νόσοι κολλαγόνου, χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι, καλοήθεις όγκοι και ιατρογενή. Οι μηχανισμοί της παθογένεσης ποικίλουν ανάλογα με την αιτιολογία και περιλαμβάνουν: α) ενδοαυλική στένωση από ενδογενή μάζα ή εξωτερική πίεση από καλοήθη ή κακοήθη όγκο, β) ενδοβρογχικό κοκκιωματώδη ιστό ή εναπόθεση ασβεστίου από τραύμα, φλεγμονή ή μόλυνση, γ) λέπτυνση του τοιχώματος των αεραγωγών ή κατάρρευση από διαταραχές του χόνδρου ή τραχειοβρογχομαλάκυνση και δ) οίδημα του τοιχώματος των αεραγωγών από φλεγμονή, μόλυνση και αιμορραγία. Τα συμπτώματα της στένωσης είναι μη ειδικά για το αίτιο και μπορεί να είναι υποξέα ή οξέα. Οι κλινικές εκδηλώσεις τυπικά εξαρτώνται από τον βαθμό της απόφραξης του αυλού, καθώς και από τη θέση και τη διάρκεια του χρόνου που υπήρχε η απόφραξη. Τα συνηθέστερα περιλαμβάνουν δύσπνοια, βήχα, αιμόπτυση και συριγμό.

Η αντιμετώπιση της στένωσης διαφέρει ανάλογα με το αίτιο, την κλινική κατάσταση του ασθενούς και το προσδόκιμο της επιβίωσης. Η βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο ή άκαμπτο βρογχοσκόπιο μας δίνει την δυνατότητα της διάγνωσης και πολλές φορές και της ταυτόχρονης λύσης του προβλήματος. Η χρήση τεχνικών όπως της ηλεκτροκαυτηρίας, της κρυοχειρουργικής, του Argon plasma coagulation, της μηχανικής διαστολής με το άκαμπτο βρογχοσκόπιο ή με μπαλόνι διαστολής, του Laser Co_2/Nd-YAG, της βραχυθεραπείας, της φωτοδυναμικής θεραπείας, της χρήσης stent σιλικόνης ή αυτοδιατεινόμενων μεταλλικών με επικάλυψη, δίνει τη δυνατότητα της λύσης της στένωσης προσωρινά ή μόνιμα. Σε κάποιες περιπτώσεις δίνει το χρόνο να γίνει μια οριστική χειρουργική αντιμετώπιση ενώ σε άλλες περιπτώσεις αντιμετωπίζει μετεγχειρητικές στενώσεις.

Η στρατηγική που θα ακολουθηθεί σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες και πρέπει ο πνευμονολόγος με τον θωρακοχειρουργό να συνεργάζονται για το καλύτερο αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: Βρογχοσκόπηση, καλοήθης, κακοήθης στένωση τραχείας.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977257375
E-mail: evanbalis@yahoo.co.uk

ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μαρία Δελλατόλα

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

Η μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία είναι περιγραφικός όρος που δηλώνει τη μη άνοσης αρχής, μηχανική λύση των ερυθρών και παραγωγή σχιστοκυττάρων λόγω μηχανικού τραυματισμού τους. Συχνά συνοδεύεται από θρομβοπενία κάτω από την ομπρέλα των συνδρόμων της θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας, δηλαδή της παρουσίας θρόμβων στη μικροκυκλοφορία με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία οργάνων.

Πρόκειται για ένα σύνολο κλινικών καταστάσεων με σημαντική ετερογένεια ως προς την ηλικία εμφάνισης, την ταχύτητα της εγκατάστασης, το γενετικό υπόβαθρο ή τον εκλυτικό παράγοντα. Η κλινική εικόνα ποικίλει από ήπιες πετέχειες/εκχυμώσεις έως σοβαρές νευρολογικές διαταραχές, νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία. Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν αναιμία,θρομβοπενία,αυξημένους δείκτες αιμόλυσης: LDH, έμμεση χολερυθρίνη, coombs (-), κατανάλωση απτοσφαιρινών και ίσως νεφρική δυσπραγία, ενώ στο επίχρισμα αίματος επιβεβαιώνεται η θρομβοπενία και ανευρίσκονται σχιστοκύτταρα. Τα πρωτοπαθή σύνδρομα της θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας περιλαμβάνουν τη θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (συγγενής ή επίκτητη), το αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο (στην τυπική ή την άτυπη μορφή του), διαταραχές στις πρωτεΐνες του συμπληρώματος ή του καταρράκτη της πήξης,φάρμακα, ή ανεπάρκεια κοβαλαμίνης. Επιπλέον η εκδήλωση μπορεί να είναι δευτεροπαθής σε υπόβαθρο συστηματικών λοιμώξεων, κακοηθειών,σοβαρής υπέρτασης, κύησης (σ. HELLP), αυτοάνοσων νοσημάτων (ΣΕΛ,σκληρόδερμα, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο) ή σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αλλογενή μεταμόσχευση οργάνων ή αιμοποιητικών κυττάρων.

Τα συχνότερα πρωτοπαθή είναι η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα και το αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο. Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα οφείλεται σε κληρονομική ή επίκτητη ανεπάρκεια της πρωτεάσης ADAMTS13, η οποία φυσιολογικά κόβει τα μεγάλα πολυμερή του vWF και συχνότερα συνοδεύεται από νευρολογικές εκδηλώσεις. Ο κλασσικός τύπος του αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου οφείλεται στην τοξίνη shiga του στελέχους *Escherichia coli* O157:H7 και εκδηλώνεται συνήθως με νεφρική βλάβη. Συχνά, μεταξύ των δύο μορφών υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Η διαφορική διάγνωση γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, ενδελεχή κλινική εξέταση, γενική αίματος και επίχρισμα, πλήρη βιοχημικό έλεγχο, έλεγχο πήξης με προσδιορισμό επιπέδων ADAMTS13, έλεγχο για κολλαγονικά νοσήματα, προσδιορισμό επιπέδων πρωτεϊνών του συμπληρώματος, καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων, απεικονίσεις.

Ανάλογη κλινική και εργαστηριακή εικόνα με τα σύνδρομα της θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας μπορεί να έχει η ΔΕΠ, αλλά και κάθε κατάσταση που μπορεί να τη συνοδεύει. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ τους γίνεται με τον έλεγχο της αιμόστασης (PT, INR, aPTT, FIB, d-d).

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την υποστηρικτική αγωγή, τα κορτικοειδή, τις συνεδρίες θεραπευτικής πλασμαφαίρεσης, μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον κλασμάτων του συμπληρώματος, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, διακοπή του υπεύθυνου για το σύνδρομο φαρμάκου, πάντα ανάλογα με την υποκείμενη αιτία. Κάποιες περιπτώσεις ασθενών εξ αρχής αντιμετωπίζονται ως TTP, εάν αυτό δε μπορεί να αποκλειστεί, και η διερεύνηση γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Ως σύνθετες κλινικές οντότητες απαιτούν τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται καθώς αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, δυνητικά αναστρέψιμες με την ορθή και έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: Θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια, αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία, θρομβωτική θρομβοπενική προφύρα (TTP), αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο (HUS).

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937504389
E-mail: marwdel@hotmail.com

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Χαρά Γιατρά

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

Τα «**Σύνδρομα Θρομβωτικής Μικροαγγειοπάθειας**» (ΤΜΑ) αποτελούν ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία (coombs-αρνητική αιμολυτική αναιμία με παρουσία κατακερματισμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων στο επίχρισμα του αίματος), θρομβοπενία και σχηματισμό θρόμβων σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας, οδηγώντας σε ισχαιμική βλάβη των οργάνων-στόχων. Αν και σπάνιες, οι διαταραχές αυτές είναι απειλητικές για τη ζωή και απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση.

Διαχωρίζονται περαιτέρω σε **πρωτοπαθή** (θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα/TTP, ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο/HUS) και **δευτεροπαθή** σύνδρομα ΤΜΑ (λόγω υποκείμενων καταστάσεων, όπως κύηση, αυτοανοσία, κακοήθειες, λοιμώξεις, μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων κ.ά.).

Η **TTP** μπορεί να είναι συγγενής (σύνδρομο Upshaw-Schulman) ή συνηθέστερα επίκτητη. Προκαλείται από εκσεσημασμένη (<10%) ένδεια της μεταλλοπρωτεάσης **ADAMTS13,** λόγω διαταραχής στο γονίδιό της ή λόγω παρουσίας αυτοαντισώματος εναντίον της. Ρόλος της ADAMTS13 είναι η κάθαρση των πολύ μεγάλου μοριακού βάρους πολυμερών του παράγοντα von Willebrand (ULvWF) σε μικρότερα λειτουργικά μόρια. Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από την κλασική πεντάδα που περιλαμβάνει πυρετό, νευρολογικές εκδηλώσεις, νεφρική βλάβη, μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία. Η εμφάνιση και των πέντε παραπάνω εκδηλώσεων στον ίδιο ασθενή δεν είναι συχνή. Πριν την ευρεία εφαρμογή της θεραπευτικής ανταλλαγής πλάσματος (ΤΡΕ), καταγράφονταν ποσοστά θνησιμότητας περίπου 90%. Πλέον, η επείγουσα διενέργεια ΤΡΕ έχει βελτιώσει θεαματικά το ποσοστό αυτό (<15%). Επικουρικά χρησιμοποιούνται κορτικοστεροειδή, το μονοκλωνικό anti-CD20 αντίσωμα (Rituximab), καθώς και διάφορα άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Το 2019 εγκρίθηκε για τη θεραπεία της TTP το μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της υπομονάδας Α1 του vWF, Caplacizumab. Το τελευταίο χορηγείται παράλληλα με την ΤΡΕ και τα λοιπά μέτρα. Περιορισμό αποτελούν το υψηλό κόστος και ο κίνδυνος αιμορραγίας. Η βέλτιστη αλληλούχηση των επικουρικών αυτών θεραπειών μένει να προσδιοριστεί.

Το **HUS** προκαλείται συνηθέστερα από την τοξίνη του στελέχους Shigella disenteriae τύπου Ι ή την τοξίνη Shiga του στελέχους Escherichia coli O157:H7. Στην κλινική εικόνα περιλαμβάνονται επιπλέον κοιλιακό άλγος και διάρροιες, συχνά αιματηρές. Στη φάση αυτή είναι δυνατή η ανίχνευση της τοξίνης στα κόπρανα. Σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση έχουν τα υποστηρικτικά μέτρα, ενώ η ΤΡΕ και η αγωγή έναντι του συμπληρώματος έχουν αβέβαιη θέση.

Το άτυπο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο (**aHUS**) προκύπτει από την ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος, λόγω συγγενών βλαβών στα αντίστοιχα ρυθμιστικά γονίδια. Σπανιότερα, μπορεί να προκληθεί από παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι του ρυθμιστικού παράγοντα Η (CHF). Θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελεί το Eculizumab (anti-C5 μονοκλωνικό αντίσωμα). Η έγκαιρη χορήγησή του οδηγεί σε ταχεία αποκατάσταση των αιματολογικών παραμέτρων και σε αναστροφή της βλάβης οργάνων-στόχων, ιδίως των νεφρών. Το 2019 εγκρίθηκε για τη θεραπεία του aHUS το Ravulizumab, ένα μακράς διάρκειας anti-C5 αναστολέας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν τέτοιους παράγοντες βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης μηνιγγιτιδοκοκκικών λοιμώξεων και πρέπει να εμβολιάζονται ή να τους χορηγείται αντίστοιχη χημειοπροφύλαξη. Εάν οι παράγοντες αυτοί δεν είναι άμεσα διαθέσιμοι, πρέπει ο ασθενής να υποστηρίζεται με ΤΡΕ εν αναμονή τους. Η ανοσοκατασταλτική αγωγή έχει επίσης ρόλο σε περιπτώσεις ύπαρξης αυτοαντισωμάτων έναντι του CHF.

Τα τελευταία έτη έχει γίνει πρόοδος στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών. Έμφαση πλέον δίνεται στην ανάδυση νέων θεραπευτικών επιλογών, στην πρόληψη της υποτροπής και στις μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

Λέξεις Κλειδιά: *TTP, aH*US, ADAMTS13, συμπλήρωμα, ΤΡΕ.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6948183177
E-mail: lymphomaevaggelismos@yahoo.com

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ

Ιωάννης Τσώνης

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

Ο όρος μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία (Microangiopathic Hemolytic Anemia, MAHA) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αιμολυτική αναιμία που προκύπτει από την ενδοαγγειακή λύση των ερυθρών αιμοσφαιρίων ως αποτέλεσμα κάποιου μηχανικού κωλύματος και έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία των χαρακτηριστικών σχιστοκυττάρων. Τα ευρήματα της αιμόλυσης, με αυξημένες την LDH και την έμμεση χολερυθρίνη και μειωμένες τις απτοσφαιρίνες, είναι παρόντα σε όλους τους ασθενείς, αλλά η άμεση Coombs είναι αρνητική, δεδομένου ότι στην αιμόλυση δε συμμετέχει ανοσολογικός μηχανισμός. Ο όρος θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια (Thromobotic Microangiopathy, TMA) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ιστοπαθολογική αλλοίωση που χαρακτηρίζεται από βλάβες του τοιχώματος των αρτηριολίων και των τριχοειδών και έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία θρόμβων στα μικρά αγγεία. Σε πολλές περιπτώσεις, αλλά όχι πάντα, η MAHA προκαλείται από TMA και η θρομβοπενία συνυπάρχει σχεδόν πάντα.

Αν και τα πρωτοπαθή σύνδρομα TMA/MAHA, η Θρομβωτική Θρομβοπενική Πορφύρα και το Ουραιμικό Αιμολυτικό Σύνδρομο, είναι η κύρια πρόκληση στη διαγνωστική προσέγγιση, μια σειρά από άλλες καταστάσεις θα πρέπει συστηματικά να αποκλειστούν. Προσθετικές βαλβίδες και άλλες ενδοαγγειακές συσκευές μπορούν να προκαλέσουν θρομβοπενία και μηχανική λύση των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη (ΔΕΠ), απότοκος πολλών καταστάσεων, μπορεί να εκδηλωθεί με MAHA/TMA, αλλά σε αυτήν την περίπτωση οι παρατάσεις των χρόνων πήξης και η υποϊνωδογοναιμία θα κατευθύνουν τη σωστή διάγνωση. Συστηματικές νεοπλασματικές παθήσεις μπορούν να εκδηλωθούν με MAHA και θρομβοπενία είτε μέσω ΔΕΠ είτε μέσω μικροαγγειακών μεταστάσεων. Η Κακοήθης Υπέρταση μέσω ενδοθηλιακής βλάβης μπορεί να προκαλέσει MAHA/TMA με νευρολογικές εκδηλώσεις και νεφρική ανεπάρκεια, δημιουργώντας διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τις πρωτοπαθείς διαταραχές. Σε Συστηματικά Αυτοάνοσα Νοσήματα, με κύριους εκπροσώπους το Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ιδιαίτερα το καταστροφικό) και τη Συστηματική Σκλήρυνση, μπορεί να αναπτυχθεί σύνδρομο MAHA/TMA μέσω ενδοθηλιακής βλάβης και συνοδών θρομβώσεων. Στις μεταμοσχεύσεις οργάνων και αιμοποιητικών κυττάρων MAHA/TMA μπορεί να εμφανιστεί μέσω πολλαπλών μηχανισμών: (i) ενδοθηλιακή βλάβη από τους αναστολείς καλσινευρίνης, (ii) ενδοθηλιακή βλάβη λόγω υψηλής δόσης χημειοθεραπείας-ακτινοβολίας, (iii) αντίδραση μοσχεύματος έναντι ξενιστή, (iv) απόρριψη μοσχεύματος. Λοιμώξεις μπορούν, επίσης, να προκαλέσουν MAHA. Κύρια παραδείγματα είναι η βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, ο κυτταρομεγαλοϊός και οι ρικέτσιες. Επιπλοκές της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα το σύνδρομο HELLP (**h**emolysis, **e**levated **l**iverenzymes, and **l**ow **p**latelets) μπορούν να εκδηλωθούν ως MAHA και χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης. Μια ιδιαίτερη κατάσταση είναι η σοβαρή ανεπάρκεια βιταμίνης B12. Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος συχνά ανευρίσκονται σχιστοκύτταρα και συνοδός θρομβοπενία, ενώ η αυξημένη LDH, λόγω μη αποδοτικής ερυθροποίησης, και οι νευρολογικές εκδηλώσεις προκαλούν περαιτέρω σύγχυση και μπορεί να τεθεί λανθασμένα η διάγνωση της Θρομβωτικής Θρομβοπενικής Πορφύρας. Η προσεκτική μελέτη του επιχρίσματος και η αναζήτηση υπερκατάτμητων πολυμορφοπυρήνων θα λύσει εύκολα το διαφορδιαγνωστικό πρόβλημα.

Διαγνωστικά, σε κάθε περίπτωση που υπάρχει υποψία MAHA με θρομβοπενία, η προσεκτική λήψη του ιστορικού του ασθενούς και η ενδελεχής μελέτη του επιχρίσματος του περιφερικού αίματος θα κατευθύνουν τη σωστή διάγνωση, δεδομένου ότι ο έλεγχος για τα πρωτοπαθή σύνδρομα καθυστερεί σημαντικά και πρακτικά έχει επιβεβαιωτικό ρόλο.

Λέξεις κλειδιά: Έλλειψη B12, καρκίνος, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6973828962
E-mail: jtsonis@gmail.com

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ ΣΗΜΕΡΑ

Σωσάνα Δελήμπαση[1], Ευρυδίκη Θεοδώρου[2], Άνδρη Πολυβίου[2]

[1]Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., [2]Ιατρός, Ειδικευόμενη, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το Πολλαπλούν Μυέλωμα (ΠΜ) αποτελεί το 1% όλων των κακοηθειών και το 10% των αιματολογικών κακοηθειών. Είναι η τρίτη σε συχνότητα αιματολογική κακοήθεια μετά το λέμφωμα και τη λευχαιμία. Είναι νόσος της μεγάλης ηλικίας, με τα 2/3 των ασθενών να είναι άνω των 70 ετών. Σήμερα στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται 500 περίπου νέοι ασθενείς το χρόνο, ενώ εκτιμάται ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ΠΜ είναι περίπου 2000.

Παραδοσιακά το ΠΜ θεωρείται ανίατο νόσημα. Εντούτοις, τις δύο τελευταίες δεκαετίες η εξέλιξη της θεραπείας του ΠΜ είναι εντυπωσιακή και στη θεραπευτική του φαρέτρα έχουν προστεθεί πολλοί νέοι παράγοντες. Ως αποτέλεσμα το ΠΜ θεωρείται σήμερα μία χρόνια νόσος με το 70 % των ασθενών να ξεπερνά τα 7 έτη συνολικής επιβίωσης, ενώ ποσοστό 10% μπορεί να θεωρηθεί ιαθέν.

Η θεραπεία του ΠΜ στηρίζεται κυρίως σε 3 κατηγορίες φαρμάκων. Τους αναστολείς του πρωτεασώματος (βορτεζομίδη, καρφιλζομίμπη και ιξαζομίμπη), τους ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες (θαλιδομίδη, λεναλιδομίδη και πομαλιδομίδη) και τα αντι-CD38 μονοκλωνικά αντισώματα (Daratumumab, Isatuximab).

Η θεραπεία 1ης γραμμής αποτελείται συνήθως από μια τριπλέτα που περιλαμβάνει ένα φάρμακο από την κάθε κατηγορία και συνοδεύεται συνήθως από ποσοστά ανταπόκρισης μέχρι και 90% και διάμεση επιβίωση χωρίς νόσο 7 έτη. Η θεραπεία των ασθενών κάτω των 65 ετών περιλαμβάνει 4-6 κύκλους εφόδου, ακολουθεί αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών και θεραπεία συντήρησης με λεναλιδομίδη. Για τους άνω των 65 ετών προβλέπεται συνεχιζόμενη θεραπεία με το ίδιο σχήμα, όπως στην έφοδο, συνήθως μέχρι υποτροπής.

Παρά τις θεαματικές εξελίξεις, οι περισσότεροι ασθενείς υποτροπιάζουν και όταν γίνουν ανθεκτικοί σε 3 κατηγορίες φαρμάκων ή σε 5 παράγοντες (pentarefractory) η επιβίωσή τους είναι πολύ φτωχή,συνήθως κάτω των 6 μηνών.

Ευτυχώς σήμερα βρίσκονται υπό εξέλιξη νέες κατηγορίες φαρμάκων όπως τα αμφιειδικά αντισώματα (bispecifics), τα συμπλέγματα αντισώματος - φαρμάκου (Belantamab-mafadotin) και τα CAR-Tcells, τα οποία είναι πολλά υποσχόμενα.

Λέξεις κλειδιά: Πολλαπλούν Μυέλωμα, αναστολείς πρωτεασώματος, ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες, αντι-CD38 μονοκλωνικά αντισώματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Σ. Δελήμπαση
Τηλ.: 6977204193
E-mail: sodeli@yahoo.com

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ - CART ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Ιωάννης Μπαλταδάκης

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

Τα Τ-λεμφοκύτταρα με χιμαιρικούς αντιγονικούς υποδοχείς (Chimeric Antigen Receptors, CAR), είναι μια καινοτόμος μέθοδος ανοσοθεραπείας που επιτρέπει τη στόχευση επιφανειακών αντιγόνων των λευχαιμικών ή λεμφωματικών κυττάρων. Ο κατεξοχήν στόχος των CAR κυττάρων είναι το αντιγόνο CD19 που έχει έντονη έκφραση στα νεοπλασματικά και φυσιολογικά Β-λεμφοκύτταρα σε όλα τα στάδια ωρίμανσης, με εξαίρεση τα πλασματοκύτταρα. Οι υποδοχείς CAR αναγνωρίζουν απευθείας το αντιγόνο πάνω στην επιφάνεια του κυττάρου-στόχου χωρίς να απαιτείται η παρουσίαση μέσω των HLA μορίων, που αποτελεί προϋπόθεση για την αναγνώριση του αντιγόνου από τον υποδοχέα των Τ-κυττάρων (TCR). Η πρόσδεση του αντιγόνου ενεργοποιεί ισχυρά τον κυτταροτοξικό μηχανισμό των Τ-λεμφοκυττάρων μέσω της υποομάδας CD3ζ και των μορίων συνδιέγερσης (CD28 ή 4-1BB) που έχουν ενσωματωθεί στο ενδοκυττάριο τμήμα των υποδοχέων CAR. Τα CART cells που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη προέρχονται κατά κανόνα από αυτόλογα λεμφοκύτταρα που συλλέγονται αρχικά με λευκαφαίρεση, τροποποιούνται γενετικά στο εργαστήριο και χορηγούνται στον ασθενή μετά από λεμφοαφανιστική χημειοθεραπεία προετοιμασίας. Οι βασικές θεραπευτικές ενδείξεις των εμπορικά διαθέσιμων CAR κυττάρων, με ειδικότητα έναντι του αντιγόνου CD19, είναι η Β-οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (Β-ΟΛΛ) και το διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL). Τρεχόντως, οι ενδείξεις επεκτείνονται στο λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα, το λεμφοζιδιακό λέμφωμα και το πολλαπλό μυέλωμα (anti-BCMACAR).

Το DLBCL είναι ο συχνότερος τύπος μη Hodgkin λεμφώματος και είναι ιάσιμο σε ποσοστό περίπου 60% με τη χημειοανοσοθεραπεία πρώτης γραμμής. Ωστόσο, οι ασθενείς με ανθεκτική νόσο στη θεραπεία πρώτης ή δεύτερης γραμμής ή με πρώιμη υποτροπή μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (AMAK) έχουν πολύ πτωχή πρόγνωση, με διάμεση επιβίωση 6 μήνες. Η ανοσοθεραπεία με CART cells έναντι του αντιγόνου CD19 βελτιώνει σημαντικά την έκβαση των ασθενών αυτών όπως διαπιστώθηκε από 3 μελέτες φάσης 2, τις ZUMA-1, JULIET και TRANSCEND. Πλήρης ύφεση επιτυγχάνεται στο 40-58% των ασθενών, με επιβίωση ελεύθερη εξέλιξης νόσου (PFS) 32-44% στα 1-2 έτη. Με βάση τις παραπάνω μελέτες, τρία παράγωγα anti-CD19 CAR κυττάρων έχουν λάβει έγκριση στο DLBCL. Το Axicabtageneciloleucel (Axicel) με συνδιεγερτικό μόριο το CD28, το Tisagenlecleucel (Tisa-cel) και το Lisocabtagenemaraleucel (Liso-cel) με συνδιεγερτικό μόριο το 4-1BB. Η ένδειξη χορήγησης και των τριών παραγώγων προϋποθέτει ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα νόσο μετά από 2 τουλάχιστον γραμμές θεραπείας. Υπό μελέτη δε, είναι η θέση των CARTcellsως θεραπεία δεύτερης γραμμής (συγκριτικά με την AMAK) ή ακόμα στο πλαίσιο της θεραπείας πρώτης γραμμής. Πολύ ενθαρρυντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα της θεραπείας με CARTcells σε ανθεκτικό ή υποτροπιάζον λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα (MCL) ή λεμφοζιδιακό λέμφωμα (FL), με συχνότητα πλήρους ύφεσης 67% και 80% αντίστοιχα.

Οι κύριες επιπλοκές της θεραπείας με CART cells είναι το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών(CRS), η νευροτοξικότητα (ICANS) και οι κυτταροπενίες. Η αντιμετώπιση αυτών βασίζεται στη χορήγηση tocilizumab (anti-IL6R) και στεροειδών σε συνδυασμό με την υποστηρικτική αγωγή. Παράγοντες που έχουν σημασία για τη συχνότητα των επιπλοκών και τη διάρκεια της ανταπόκρισης στη θεραπεία είναι το φορτίο της νόσου και η λειτουργικότητα των CART cells, εξαρτώνται δε σε σημαντικό βαθμό από την έγκαιρη παραπομπή των ασθενών και την όσον το δυνατόν πρώιμη συλλογή των λεμφοκυττάρων.

Λέξεις κλειδιά: CARTcells, Λεμφώματα από Β-κύτταρα, CRS, ICANS.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 213 204 1103, 697 4359426
E-mail: ibaltadakis@icloud.com

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ

Παύλος Κουτσουμπός, RN, MSc

Νοσηλευτής ΤΕ, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια πάνω από το 25% των εισαγωγών στις καρδιολογικές μονάδες χρήζει μηχανικού αερισμού. Η μη ελεγχόμενη χρήση της αναλγησίας και της καταστολής οδηγεί τόσο σε βραχυπρόθεσμες όσο και σε μακροπρόθεσμες επιπλοκές όπως το παραλήρημα, γνωσιακές και ψυχολογικές διαταραχές. Τα δεδομένα για τη χρήση της αναλγησίας και της καταστολής και των επιπλοκών τους στις καρδιολογικές μονάδες είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση του μεγέθους του προβλήματος και η υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών για την αντιμετώπιση του πόνου, του άγχους και του παραληρήματος σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε καρδιολογικές μονάδες, με απώτερο σκοπό τον περιορισμό των επιπλοκών που προκύπτουν από την μη ελεγχόμενη χρήση της καταστολής και της αναλγησίας.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων 15 ετών στην αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Η καταστολή και η αναλγησία αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της νοσηλείας στην καρδιολογική μονάδα. Η μη ελεγχόμενη χρήση των κατασταλτικών και αναλγητικών φαρμάκων αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου παράτασης της νοσηλείας, του μηχανικού αερισμού, αύξησης της νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και αύξησης του κόστους νοσηλείας. Η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του παραληρήματος (delirium), το οποίο αποτελεί μια από τις βασικές επιπλοκές της νοσηλείας στη καρδιολογική μονάδα, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές γνωσιακές και ψυχολογικές διαταραχές μακροπρόθεσμα. Η περιορισμένη και ελεγχόμενη χρήση της καταστολής, η αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου με περιορισμό των οπιοειδών καθώς και η έγκαιρη αξιολόγηση και αντιμετώπιση του παραληρήματος μπορεί να οδηγήσει στο περιορισμό των διαταραχών που προκύπτουν από την μη ελεγχόμενη χρήση των αναλγητικών και κατασταλτικών φαρμάκων στην καρδιολογική μονάδα.

Συμπεράσματα: Η αυξημένη και μη ελεγχόμενη χρήση των αναλγητικών και κατασταλτικών φαρμάκων στην καρδιολογική μονάδα φαίνεται να οδηγεί σε σημαντικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές. Κρίνεται αναγκαία η διενέργεια πολυκεντρικών κλινικών μελετών με αντικείμενο την καταγραφή και αξιολόγηση της χρήσης των αναλγητικών και κατασταλτικών φαρμάκων στην καρδιολογική μονάδα.

Λέξεις κλειδιά: Αναλγησία, καταστολή, καρδιολογική μονάδα, παραλήρημα, επιπλοκές.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6942067836
E-mail: paulkouts82@gmail.com

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΝΟΥΛΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ, ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σταύρος Θεολόγου[1], MSc, PhD, Ελένη Ισχάκη[2], Σπυρίδων Ζακυνθινός[3], Χρήστος Χαρίτος[4], Σπυρίδων Μεντζελόπουλος[5]

[1]Νοσηλευτής ΤΕ, Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, [2]Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, [3]Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, [4]Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιοθωρακοχειρουργικού - Θωρακοχειρουργικού - Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, [5]Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας,Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Μετά από μία καρδιοχειρουργική επέμβαση οι αναπνευστικές επιπλοκές είναι αναμενόμενο φαινόμενο (3%-89%) στους ασθενείς. Η υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια ως επιπλοκή στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς μέχρι τα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας αντιμετωπιζόταν κυρίως με τις συσκευές οξυγονοθεραπείας χαμηλής και υψηλής ροής. Ωστόσο, σε μελέτες των τελευταίων χρόνων καταδείχθηκε ότι η χορήγηση υψηλής ροής θερμού, εφυγρασμένου οξυγόνου (High Flow Nasal Cannula Oxygenation, HFNCO) επιτυγχάνει: α) θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς κυρίως κατά την εκπνοή καθώς οι υψηλές χορηγούμενες ροές αντιτίθενται στην εκπνευστική ροή του ασθενή, β) μείωση του νεκρού ανατομικού χώρου που βελτιώνει τον κυψελιδικό αερισμό, γ) μειωμένη πρόσμιξη του χορηγούμενου οξυγόνου με τον ατμοσφαιρικό αέρα και υψηλότερη και σταθερότερη τιμή κορεσμού FiO_2 καθώς και δ) διατήρηση της ακεραιότητας του τραχειοβρογχικού βλεννογόνου, βελτίωση της βλεννοκροσσωτής λειτουργίας και της αποβολής των εκκρίσεων.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική, μη τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς μετά την αποσωλήνωση σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αθήνας. Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επιτυχίας της εφαρμογής της HFNCO έναντι της συμβατικής οξυγονοθεραπείας στους ασθενείς αφού αποσωληνωθούν. Ο δευτερεύων στόχος της μελέτης ήταν η σύγκριση της αρχικής ροής της HFNCO στα 60L/min με τη ροή στα 40L/min καθώς επίσης και η σύγκριση αυτών των δύο ομάδων με την ομάδα ελέγχου αναφορικά με τη διακύμανση αναπνευστικών και αιμοδυναμικών παραμέτρων στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα Ανάνηψης. Η θεραπεία οριζόταν ως επιτυχής εφόσον δε χρειαζόταν να γίνει μη αναστρέψιμη αλλαγή ή αναβάθμιση της οξυγονοθεραπείας ή επαναδιασωλήνωση του ασθενούς. Ο πληθυσμός της μελέτης περιέλαβε 99 ασθενείς, χωρισμένους σε 3 ομάδες των 33. Στην 1η ομάδα μελέτης εντάχθηκαν 33 ασθενείς με FiO_2=60%, και αρχική ροή μείγματος=60L/min, στη 2η ομάδα εντάχθηκαν 33 ασθενείς με FiO_2=60%, και αρχική ροή μείγματος=40L/min και στην ομάδα ελέγχου εντάχθηκαν 33 ασθενείς με μάσκα Ventouri, FiO_2=60% και ροή=15L/min.

Αποτελέσματα: Η «αποτυχία θεραπείας» καταγράφηκε σε 4/33 (12.1%), 10/33 (30.3%) και 18/33 (54.5%) στην 1η, 2η και ομάδα ελέγχου αντιστοίχως. Επίσης, οι ασθενείς της 1ης ομάδας είχαν σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα για SpO_2 >92% και αναπνευστική συχνότητα μεταξύ 12-20 αναπνοών/λεπτό και περισσότερα χρονικά σημεία παρακολούθησης εντός φυσιολογικών τιμών για αυτά τα δύο μεγέθη συνολικά σε σύγκριση με τις δύο άλλες ομάδες.

Συμπεράσματα: Η οξυγονοθεραπεία υψηλής ροής παρουσίασε θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με την κλασσική οξυγονοθεραπεία, λόγω μικρότερης συχνότητας αναβάθμισης της θεραπείας οδηγώντας στην ταχύτερη αποδέσμευση του ασθενούς από υψηλό μείγμα χορηγούμενου οξυγόνου.

Με την κατάλληλη εκπαίδευση και χειρισμό των αρχών λειτουργίας της θεραπείας η HFNCO γίνεται ένα χρήσιμο εργαλείο στη φαρέτρα του νοσηλευτή ενάντια στην μέτρια και βαρεία υποξυγοναιμία των καρδιοχειρουργημένων ασθενών μετά την αποσωλήνωση στη Μονάδα.

Με βάση τις ιατρικές οδηγίες οι νοσηλευτές μπορούν να εφαρμόζουν τη θεραπεία τιτλοποιώντας τη ροή του μείγματος και το χορηγούμενο οξυγόνο ανάλογα με τον βαθμό υποξυγοναιμίας του ασθενή.

Χρειάζεται ωστόσο η πραγματοποίηση νέων μελετών με μεγαλύτερους πληθυσμούς, σε πολυκεντρική βάση, ώστε να εξαχθούν πληρέστερα συμπεράσματα για τη σταθερή υπεροχή της HFNCO έναντι της συμβατικής

οξυγονοθεραπείας στην κατηγορία των υποξαιμικών καρδιοχειρουργημένων ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Ρινική κάνουλα οξυγόνωσης υψηλής ροής, υποξυγοναιμία, καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Σ. Θεολόγου
Τηλ.: 6972006052, 2107600319, 2132043460
E-mail: cruxtheol@gmail.com

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Σταύρος Θεολόγου[1], MSc, PhD, Χρήστος Χαρίτος[2]

[1]Νοσηλευτής ΤΕ, Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, [2]Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιοθωρακοχειρουργικού - Θωρακοχειρουργικού - Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το παραλήρημα (delirium) είναι μία επιπλοκή που εμφανίζεται σε ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση ανοιχτής καρδιάς, με συχνότητα κυμαινόμενη από 3 έως 70%. Η διάρκεια και ένταση της εμφάνισης του delirium παίζουν σημαντικό ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς, γεγονός που καθιστά αναγκαία την έγκαιρη διάγνωσή του, για την επιλογή τής βέλτιστης κλινικής αντιμετώπισης του ασθενούς.

Σκοπός: Ο σκοπός μας ήταν η χρήση ενός διαγνωστικού εργαλείου για την επιβεβαίωση του delirium καθώς ο εντοπισμός συγκεκριμένων προγνωστικών παραγόντων κινδύνου και βιοδεικτών που σχετίζονται ισχυρά με την εμφάνισή του.

Μεθοδολογία: Μελετήσαμε προοπτικά 179 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας και νοσηλεύθηκαν μετεγχειρητικά στην καρδιοχειρουργική μονάδα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Αθήνας. Για την εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης χρησιμοποιήθηκε το διαγνωστικό εργαλείο Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) και για τον έλεγχο του επιπέδου σύγχυσης η ελληνική εκδοχή του εργαλείου Confusion Assessment Method (CAM-ICU). Οι παραπάνω διαγνωστικές δοκιμασίες έλαβαν χώρα την 1η και την 2η μετεγχειρητική ημέρα και διεξάγονταν στην έναρξη και λήξη της κάθε νοσηλευτικής βάρδιας.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση του delirium ήταν 11,2% (n=20/179) και οι ασθενείς με την επιπλοκή αυτή μετεγχειρητικά είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία (69,6 vs 62,5 έτη, p=0,02), περισσότερο χρόνο ισχαιμίας (90,1 vs 75,8 λεπτά, p=0,05) και παραμονής στην εξωσωματική κυκλοφορία (140,2 vs 118,8 λεπτά, p=0,034), αυξημένη διάρκεια νοσηλείας στη μονάδα (45,5 vs 26 ώρες, p=0,001), αλλά και παρατεταμένη παραμονή του ενδοτραχειακού σωλήνα (11,5 vs 8 ώρες, p=0,001). Επίσης, κατά τη 2η μετεγχειρητική ημέρα, οι ασθενείς με delirium εμφάνισαν, συγκριτικά με τους υπόλοιπους, σημαντικά αυξημένο πηλίκο ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (16,4 vs 9,2, p=0,001), καθώς και σημαντικά υψηλότερες τιμές ουρίας (52,5 vs 40, p=0,016) και κρεατινίνης (1,3 vs 1, p=0,026)

Συμπεράσματα: Ασθενείς με παρατεταμένους χρόνους εξωσωματικής κυκλοφορίας, με παρατεταμένη παραμονή στη μονάδα, σε συνάρτηση με αυξημένο πηλίκο ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα, και αυξημένη ουρία και κρεατινίνη εμφανίσθηκαν περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση delirium μετά την αποσωλήνωση στη μονάδα.

Οι νοσηλευτές εφόσον είναι εκπαιδευμένοι με συγκεκριμένες δεξιότητες και τεχνικές θα μπορούν να λαμβάνουν μία σειρά από προληπτικά μέτρα για την αποφυγή εκδήλωσης delirium στον ασθενή ώστε να εξασφαλίσουν χωρίς περαιτέρω επιπλοκές τη νοσηλεία και ανάνηψή του στη Μονάδα.

Μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα, αλλά και διερεύνηση μεγαλύτερου αριθμού προγνωστικών παραμέτρων και βιοδεικτών θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση του delirium μετεγχειρητικά ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αντιμετώπισή του και να εξασφαλισθεί η ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα αυτών των καρδιοχειρουργικών ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Παραλήρημα, έγκαιρη διάγνωση του delirium, προγνωστικοί δείκτες delirium, παρατεταμένη παραμονή του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Σ. Θεολόγου
Τηλ.: 6972006052, 2107600319, 2132043460
E-mail: cruxtheol@gmail.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ

Βασίλειος Πάτρης

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

Οι παθήσεις των καρδιακών βαλβίδων είναι πολύ συχνές και η συχνότητά τους αυξάνει με τη γήρανση του πληθυσμού. Οι ασθενείς με βαλβιδοπάθειες συχνά προσέρχονται για αντικατάσταση ή επιδιόρθωση. Η επίπτωσή της αυξάνεται με την ηλικία και ανέρχεται σε 3-7% των ασθενών >65 ετών, ενώ ανέρχεται σε ποσοστό 10% σε ασθενείς >75 ετών. Μελέτες ανέδειξαν τη συσχέτιση της παρουσίας των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου με την εξέλιξη της βαρύτητας της στένωσης. Η βαλβιδική στένωση είναι η πιο κλασσική και συνήθης μορφή αορτικής στένωσης, και οφείλεται κυρίως σε προοδευτική εκφύλιση και ασβέστωση των αορτικών πτυχών (γλωχίνων) με την πρόοδο της ηλικίας (>50% των περιπτώσεων), με μέση ηλικία εμφάνισης τα 65-70 έτη. Ωστόσο, στις αιτίες βαλβιδικής στένωσης περιλαμβάνεται και η ύπαρξη συγγενούς δίπτυχης βαλβίδος (που παρουσιάζει πολύ ταχύτερα εκφύλιση και ασβέστωση των πτυχών της από ό,τι η φυσιολογική, τρίπτυχη αορτική βαλβίδα), η οποία είναι λιγότερο συχνή από την εκφυλιστική νόσο της αορτικής βαλβίδας (30-40% των περιπτώσεων), με μέση τυπική ηλικία διάγνωσης τα 40-50+ έτη. Τέλος, αιτία βαλβιδικής στένωσης αποτελεί και ο ρευματικός πυρετός, όμως αντιπροσωπεύει περίπου το 10% των περιπτώσεων, με συχνότερη εμφάνιση στις αναπτυσσόμενες χώρες και λιγότερο συχνή στο δυτικό κόσμο. Σπάνιες αιτίες αορτικής στένωσης αποτελούν η νόσος του Fabry, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η νόσος Paget, η υπερουριχαιμία και η παρουσία φλεγμονής. Σήμερα ξέρουμε πως πάνω από 1,3 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από βαλβιδοπάθειες που είτε χρήζουν επισκευή ή αντικατάσταση. Επί του παρόντος τα τελευταία χρόνια έχουμε στη διάθεση μας δύο ειδών βαλβίδες, τις βιοπροσθετικές και τις μεταλλικές, με τα υπέρ και τα κατά του κάθε είδους ξεχωριστά. Μια νέα βαλβίδα από πολυμερές είναι σε στάδιο εξέλιξης και πολύ πιθανόν την επόμενη πενταετία να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς.

Η νέα βαλβίδα είναι ανθεκτική, ευέλικτη και βιοσυμβατή, και αυτό τη βοηθά να υπερέχει από τις υπάρχουσες μηχανικές και βιολογικές βαλβίδες. Λόγω της απλής διαδικασίας χύτευσης που χρησιμοποιείται για τη δημιουργία της, είναι επίσης σημαντικά φθηνότερη στην παραγωγή της.

Η βαλβίδα δοκιμάζεται τώρα σε ζώα στις εγκαταστάσεις του Κέντρου Βιοϊατρικών Ερευνών (TBRC) του Μπρίστολ. Ως επόμενο βήμα, η ομάδα των ερευνητών προσπαθεί να ελέγξει την ανθεκτικότητα της βαλβίδας. Να σημειωθεί ότι αυτή η νέα βαλβίδα είναι εύκολο να εμφυτευτεί με τον γνωστό τρόπο, δεν δείχνει μηχανική βλάβη, όχι δια-βαλβιδική παλινδρόμηση, χαμηλές δια-βαλβιδικές κλίσεις και καλή βιοσυμβατότητα σύμφωνα με τις ιστοπαθολογικές μελέτες. Σύμφωνα με τις προσδοκίες της εταιρίας στόχος είναι η διάρκεια ζωής της εν λόγω βαλβίδας περισσότερο της 25ετίας.

Λέξεις κλειδιά: Στένωση αορτικής βαλβίδας, πολυμερές υλικό.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972831268
E-mail: vaspatris@gmail.com

ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΥΤΟΕΚΠΤΥΣΣΟΜΕΝΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ ΧΩΡΙΣ ΡΑΜΜΑΤΑ

Ηλίας Σαμιώτης[1], Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης[2], Ευαγγελία Λιβεράκου[2], Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου[2], Νικόλαος Σχίζας[1]

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

Η στένωση της αορτικής βαλβίδας είναι η συχνότερη βαλβιδοπάθεια στο δυτικό κόσμο, κυρίως σε ασθενείς άνω των 70 ετών. Σε αυτή την ηλικία υπάρχουν πολλοί ασθενείς με συνυπάρχοντα συνοδά νοσήματα καθιστώντας την επέμβαση αυτή υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου. Εκτός από τη μεταλλική, την συμβατική βιοπροσθετική βαλβίδα, υπάρχουν και η νέας γενιάς βαλβίδες Perceval S και INTUITY, βιοπροσθετικές αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες που τοποθετούνται στην αορτική θέση χωρίς συρραφή. Εκτός της κλασικής μέσης στερνοτομής, δύναται να τοποθετηθούν μέσω μικρής-μερικής στερνοτομής ή μέσω μικρής πρόσθιας θωρακοτομής. Η χειρουργική διά ελαχίστων τομών αποτελεί τελευταία μια κοινά αποδεκτή χειρουργική λόγω των άριστων κοσμητικών αποτελεσμάτων, της μικρότερης ουλής, των περιορισμένων λοιμώξεων, της μικρότερης απώλειας αίματος, συνεπώς της λιγότερης ανάγκης μεταγγίσεων και μικρότερης νοσηλείας. Πρόκειται για βαλβίδες από βόειο περικάρδιο οι οποίες στηρίζονται σε έναν μεταλλικό κλωβό (stent) από νιτινόλη το οποίο εκπτύσσεται και στηρίζει την βαλβίδα χωρίς την ανάγκη συρραφής αυτής στον αορτικό δακτύλιο. Η μερική στερνοτομή ή J στερνοτομή γίνεται με μικρή, 6-7 εκατοστά τομή στο δέρμα και την διαίρεση μόνο του ανωτέρου τμήματος του στέρνου. Έχει μειωθεί αισθητά και στατιστικά σημαντικά η ενδονοσοκομειακή θνητότητα, η ανάγκη φυσικοθεραπείας είναι μικρότερη όπως και ο χρόνος νοσηλείας στην εντατική μονάδα καρδιοχειρουργικής και στο καρδιοχειρουργικό τμήμα είναι μικρότερος. Η περιεγχειρητική θνητότητα δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές όμως η long term επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση μέσω των ελάχιστων τομών και την εμφύτευση της αυτοεκπτυσσόμενης βαλβίδας. Οι ενδείξεις είναι, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συνυπάρχοντα συνοδά νοσήματα υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου, ασθενείς με πορσελανοειδήαορτή, ασθενείς με μικρή αορτική ρίζα αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τη διεύρυνση της αορτικής ρίζας και για ασθενείς με σύμπλοκες επεμβάσεις. Το νοσοκομείο μας είναι το πρώτο στην Ελλάδα που έγινε η τοποθέτηση της Perceval το 2012 ενώ η τοποθέτηση της INTUITY ξεκίνησε το 2016 με αμφότερα πολύ καλά αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Ταχέως εμφυτεύσιμες, αυτοεκπτυσσόμενες, αορτική βαλβίδα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Η. Σαμιώτης
Τηλ.: 6973648348
E-mail: samiotisilias@gmail.com

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (REGISTRY). ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΚΑΙ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ

Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης

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

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας καθώς και την πρόοδο των χειρουργικών τεχνικών, όλο και περισσότερα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες καταφέρνουν να ενηλικιωθούν. Οι συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν ένα εξειδικευμένο αντικείμενο της καρδιολογίας και η γνώση για την διαχείριση αυτών απαιτεί πολυετή εκπαίδευση σε κέντρα με μεγάλο αριθμό περιστατικών. Ομοίως, οι ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες θα πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένους ιατρούς με άριστη γνώση των συγγενών καρδιοπαθειών. Στην ιατρική, η προοπτική καταγραφή δεδομένων σε μία βάση δεδομένων (registry), με τη δυνατότητα που προφέρει αναζητώντας αναδρομικά δεδομένα, βοηθάει στην βέλτιστη παρακολούθηση των ασθενών καθώς και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Το 2011, με πρωτοβουλία του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεωργίου Γιαννακούλα στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ξεκίνησε για πρώτη φορά ένα πανελλήνιο μητρώο καταγραφής δεδομένων ενηλίκων ασθενών με συγγενείς καρδιοπάθειες (CHALLENGE Registry). Το μητρώο το οποίο βρίσκεται υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, μετράει 10 χρόνια καταγραφής και πλέον πάνω από 3000 ασθενείς. Στο μητρώο συμμετέχουν περισσότερα από 20 νοσοκομεία από όλη τη χώρα, ενώ το ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» συμμετέχει από τον Δεκέμβριο του 2020, αφότου προηγήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Στο μητρώο καταγράφονται ανώνυμα, στοιχεία για της παθήσεις των ασθενών, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν αλλά και επεμβάσεις στις οποίες έχουν υποβληθεί. Θελήσαμε να παρουσιάσουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά του μητρώου καταγραφής αλλά και να δείξουμε την έως τώρα εμπειρία μας με αυτό.

Λέξεις κλειδιά: Challenge registry, συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων, μητρώο καταγραφής.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6947592622
E-mail: prorris@gmail.com

FET ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΤΥΠΟΥ Α

Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου[1], Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης[1], Ιωάννης Κοκοτσάκης[2]

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

Σκοπός: Να αναδείξουμε τις ενδείξεις της τεχνικής Frozen Elephant Trunk (FET) στον οξύ διαχωρισμό αορτής τύπου Α κατά Stanford.

Υλικά και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ευρεία αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Pubmed.

Αποτελέσματα: Η τεχνική FET περιλαμβάνει την υβριδική αντικατάσταση ανιούσης αορτής, αορτικού τόξου και κατιούσης θωρακικής αορτής. Ειδικότερα, μια αυτοεκπτυσσόμενη ενδοπρόθεση (stent-graft) εκπτύσσεται, υπό άμεση όραση, ορθόδρομα στην κατιούσα θωρακική αορτή κι ένα σωληνωτό συνθετικό μόσχευμα, ενσωματωμένο στην ενδοπρόθεση, χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση της ανιούσης αορτής, του αορτικού τόξου και των κλάδων αυτού (με ή χωρίς την ύπαρξη ξεχωριστών κλάδων στο μόσχευμα).Οι ενδείξεις για τη χρήση της τεχνικής FET υποδεικνύονται από το position paper του Αγγειοχειρουργικού τομέα της Ευρωπαϊκής Καρδιοθωρακοχειρουργικής Εταιρείας (EACTS). Ειδικότερα, στον οξύ διαχωρισμό τύπου Α, η τεχνική φαίνεται πως εξαλείφει το σύνδρομο πλημμελούς αιμάτωσης (malperfusion syndrome) που προκύπτει από την επικοινωνία μεταξύ αληθούς και ψευδούς αυλού, η οποία συχνά δημιουργείται από ένα ή και περισσότερα σημεία εισόδου (ή και επανεισόδου) στο άπω τόξο, ή στην εγγύς θωρακική αορτή (Class of Recommendation IIa, Level of evidence C). Η αυτοεκπτυσσόμενη πρόθεση βοηθά στο να καλυφθούν αυτές οι βλάβες, καθώς και στην περαιτέρω έκπτυξη του αληθούς αυλού. Επίσης, η τεχνική βοηθά στην αποφυγή της χρόνια ανευρυσματικής αναδιαμόρφωσης της αορτής, επιπλοκή που συνδέεται άμεσα με την βατότητα του ψευδούς αυλού λόγω των προαναφερθέντων σημείων εισόδου/επανεισόδου (Class of recommendation IIb, Level of evidence C). Πράγματι, η πρώιμη θρόμβωση του ψευδούς αυλού, που συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 85% (69-100%) στους 3 μήνες από την επέμβαση, αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα της τεχνικής. Στους 6-12 μήνες, το εν λόγω ποσοστό ανεβαίνει περίπου στο 89%. Επίσης, η τεχνική θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί και σε περίπτωση συνύπαρξης ανευρύσματος του αορτικού τόξου. Ωστόσο, στη σκέψη για εφαρμογή της FET σε όλους τους διαχωρισμούς της αορτής τύπου Α, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι κίνδυνοι που ενέχει η επέμβαση, καθ' ότι πιο απαιτητική, έναντι της επιβίωσης του αρρώστου σε μια πάθηση με εξαιρετικά μεγάλη θνητότητα (περίπου 20%). Πιο συγκεκριμένα, η αχίλλειος πτέρνα της επέμβασης είναι η μεγαλύτερη επίπτωση νευρολογικών επιπλοκών (παραπληγία, παραπάρεση) με εύρος από 8-9% έως και 20%. Αυτές συμβαίνουν εξαιτίας: α) της κάλυψης μεγάλου τμήματος της θωρακικής αορτής (μετά το ύψος του Θ7-Θ8 σπονδύλου), με συνεπακόλουθη κάλυψη μεγαλύτερου αριθμού μεσοπλευρίων αρτηριών, β) της μεγαλύτερης διάρκειας της ισχαιμίας του νωτιαίου μυελού (μεγαλύτερος εγχειρητικός χρόνος) και γ) λόγω αέρα ή μικροεμβόλων στη συστηματική κυκλοφορία.

Συμπεράσματα: Η τεχνική FET αποτελεί μια μέθοδο ριζικής αντιμετώπισης του διαχωρισμού αορτής τύπου Α κατά Stanford. Η κλινική κατάσταση του αρρώστου, αλλά και η ανατομία του διαχωρισμού, αποτελούν οδηγά σημεία για την απόφαση αξιοποίησής της.

Λέξεις κλειδιά: Αορτή, διαχωρισμός, frozen elephant trunk.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Κ. Παπακωνσταντίνου
Τηλ.: 6981543507
E-mail: kostispap@windowslive.com

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΑΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΑ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΥΠΟΥ Α ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ

Νικόλαος Σχίζας[1], Γεωργία Νάζου[2], Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου[1], Ευαγγελία Λιβεράκου[1], Ηλίας Σαμιώτης[1]

[1]Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας καθώς και την πρόοδο των χειρουργικών τεχνικών, όλο και περισσότερα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες καταφέρνουν να ενηλικιωθούν. Οι συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν ένα εξειδικευμένο αντικείμενο της καρδιολογίας και η γνώση για την διαχείριση αυτών απαιτεί πολυετή εκπαίδευση σε κέντρα με μεγάλο αριθμό περιστατικών. Ομοίως, οι ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες θα πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένους ιατρούς με άριστη γνώση των συγγενών καρδιοπαθειών. Στην ιατρική, η προοπτική καταγραφή δεδομένων σε μία βάση δεδομένων (registry), με τη δυνατότητα που προφέρει αναζητώντας αναδρομικά δεδομένα, βοηθάει στη βέλτιστη παρακολούθηση των ασθενών καθώς και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Το 2011, με πρωτοβουλία του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεωργίου Γιαννακούλα στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ξεκίνησε για πρώτη φορά ένα πανελλήνιο μητρώο καταγραφής δεδομένων ενηλίκων ασθενών με συγγενείς καρδιοπάθειες (CHALLENGE Registry). Το μητρώο το οποίο βρίσκεται υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, μετράει 10 χρόνια καταγραφής και πλέον πάνω από 3000 ασθενείς. Στο μητρώο συμμετέχουν περισσότερα από 20 νοσοκομεία από όλη τη χώρα, ενώ το ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» συμμετέχει από τον Δεκέμβριο του 2020, αφότου προηγήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Στο μητρώο καταγράφονται ανώνυμα, στοιχεία για της παθήσεις των ασθενών, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν αλλά και επεμβάσεις στις οποίες έχουν υποβληθεί. Θελήσαμε να παρουσιάσουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά του μητρώου καταγραφής αλλά και να δείξουμε την έως τώρα εμπειρία μας με αυτό.

Λέξεις κλειδιά: Challenge registry, συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων, μητρώο καταγραφής.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Ν. Σχίζας
Τηλ.: 6936820715
E-mail: nikschizas@gmail.com

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

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

Για το σωστό χειρισμό των ασθενών με παθήσεις των καρδιακών βαλβίδων αποτελούν κλειδιά η σωστή λήψη ιστορικού και αξιολόγηση των συμπτωμάτων, η φυσική εξέταση και η πλήρης μελέτη με υπερηχογράφημα καρδιάς. Άλλες μη επεμβατικές εξετάσεις όπως αξονική ή μαγνητική τομογραφία, βιοδείκτες και λειτουργικές δοκιμασίες βοηθούν στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ενώ διαγνωστικός καθετηριασμός χρησιμοποιείται σπάνια όταν όλα τα ανωτέρω αφήνουν ερωτηματικά.

Επεμβατική αντιμετώπιση (χειρουργική ή διακαθετηριακή) έχει ένδειξη σε συμπτωματικούς ασθενείς και σε επιλεγμένους ασυμπτωματικούς ασθενείς με δείκτες ταχείας επιδείνωσης και χαμηλό χειρουργικό κίνδυνο. Για επιλογή διακαθετηριακής έναντι χειρουργικής αντιμετώπισης (ιδίως σε ασθενείς ηλικιωμένους, με συννοσηρότητες και/ή δείκτες ευθραυστότητας) χρειάζεται η εκτίμηση από Ομάδα Καρδιάς (Heart Team) πολλαπλών παραμέτρων όπως οι συνυπάρχουσες μη καρδιακές παθήσεις, η γενική κατάσταση, η ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης.

Στη σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας η διαδερμική εμφύτευση βιοπροσθετικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve implantation, TAVI), με ιστορία 20 ετών πλέον, εφαρμόζεται με επιτυχία ευρέως εκτός από ασθενείς υψηλού ή μέτριου χειρουργικού κινδύνου και σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς χαμηλού κινδύνου. Για ασθενείς χαμηλού κινδύνου και χαμηλής ηλικίας η TAVI αποτελεί δύσκολη επιλογή, καθώς αδυναμίες της έναντι της χειρουργικής αντικατάστασης όπως η παραβαλβιδική διαφυγή, ο αποκλεισμός αριστερού σκέλους ή η ανάγκη εμφύτευσης βηματοδότη μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την πρόγνωση, ενώ χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για τη μακροπρόθεσμη αντοχή των διακαθετηριακών βαλβίδων. Σημειωτέον, οι τελευταίες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες τοποθετούν το ηλικιακό όριο για TAVI σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου στα 75 έτη.

Στη σοβαρή ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας η TAVI χρησιμοποιείται σε λίγες περιπτώσεις όταν ο χειρουργικός κίνδυνος είναι απαγορευτικός (ως θεραπεία τελευταίας προσφυγής), εφόσον πληρούνται ανατομικές προϋποθέσεις για να γίνει κατάλληλη επιλογή διαδερμικής βαλβίδας μεταξύ όσων χρησιμοποιούνται επί στένωσης. Έχει αρχίσει παράλληλα η χρησιμοποίηση ειδικά σχεδιασμένων βιοπροσθετικών βαλβίδων για ανεπάρκεια αορτικής.

Στη σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας οι διαδερμικές θεραπείες εφαρμόζονται όταν η χειρουργική αντιμετώπιση φέρει απαγορευτικό ή πολύ υψηλό κίνδυνο, κατόπιν μελέτης με τρισδιάστατο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που δείχνει αν πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις για επιτυχία. Τόσο σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ανεπάρκεια η διαδερμική συμπλησίαση των γλωχίνων (transcatheter edge-to-edge repair, TEER) με ειδικό συνδετήρα (clip) έχει αρκετά καλά αποτελέσματα και υπάρχει πλέον σημαντική εμπειρία σε επιλεγμένα κέντρα. Σε σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας (με την ίδια λογική και προϋποθέσεις)μπορεί να εφαρμοστεί επίσης η TEER, πεδίο όπου επίσης έχει αρχίσει διεθνώς να συσσωρεύεται αρχική εμπειρία.

Σε περιπτώσεις σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς ή τριγλώχινας βαλβίδας όπου το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα δείχνει ότι η TEER δεν είναι αναμενόμενο να έχει καλό αποτέλεσμα είναι δυνατόν (σε επιλεγμένες περιπτώσεις, μετά μελέτη με αξονική τομογραφία και κατάλληλο σχεδιασμό) να γίνει διαδερμική εμφύτευση βαλβίδας, πεδίο στο οποίο έχει αρχίσει (κυρίως στα πλαίσια μελετών με ειδικά σχεδιασμένες βιοπροθέσεις) να αποκτάται εμπειρία διεθνώς. Διαδερμική εμφύτευση βαλβίδας μπορεί επίσης να γίνει σε περιπτώσεις που χρειάζεται αντιμετώπιση δυσλειτουργούσας βιοπροσθετικής βαλβίδας σε θέση αορτικής, μιτροειδούς, τριγλώχινας ή πνευμονικής μετά σχεδιασμό κατόπιν λεπτομερούς απεικόνισης.

Για την επιτυχή λειτουργία προγράμματος διαδερμικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση παθήσεων των καρδιακών βαλβίδων απαιτείται η αρμονική συμμετοχή επεμβατικών καρδιολόγων, καρδιοχειρουργών, κλινικών καρδιολόγων ειδικών στην απεικόνιση και αναισθησιολόγων εντός Heart Team, με παράλληλη συνεργασία και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (ειδικά για ασθενείς με συννοσηρότητες).

Λέξεις κλειδιά: Παθήσεις καρδιακών βαλβίδων, διαδερμική αντιμετώπιση, HeartTeam.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043445
E-mail: kontriad@gmail.com

ΣΤΟΧΟΙ - ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αικατερίνη Ψαρρά, MSc, PhD

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

Η ανοσοθεραπεία περιλαμβάνει μικρά μόρια και βιολογικά υλικά, ο μηχανισμός δράσης των οποίων μπορεί να περιλαμβάνει τον έλεγχο (τιθάσευση) της δύναμης του ανοσιακού συστήματος ή την εξαφάνιση των κυττάρων στόχων που σχετίζονται με την παθολογία της νόσου. Η ανοσοθεραπεία θεωρείται ότι αποτελεί μια καμπή στη θεραπεία του καρκίνου και υπόσχεται σημαντικό κέρδος σε ασθενείς με φλεγμονώδεις και νόσους με ανοσιακή αιτιολογία.

Οι κύριοι τύποι ανοσοθεραπείας είναι οι ακόλουθοι:

Μονοκλωνικά αντισώματα: Κατασκευασμένες από τον άνθρωπο με την τεχνολογία των υβριδωμάτων παραλλαγές των πρωτεϊνών/αντισωμάτων του ανοσιακού συστήματος με στόχους αντιγόνα, που εκφράζει το καρκινικό κύτταρο, ή αντιγόνα που εκφράζονται εγγενώς από ανοσοτροποποιητικά κύτταρα που συμμετέχουν στην πρόκληση/ενίσχυση της φλεγμονής. Τα κύτταρα στόχοι πρέπει να εκφράζουν το αντιγόνο και να εξαφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η τροποποίηση του αντιγόνου πρέπει να διακρίνεται από την καταστροφή του κυττάρου και να αποκλείεται. Παραδείγματα αποτελούν τα μονοκλωνικά που στρέφονται κατά του CD20 πάνω στα Β λεμφοκύτταρα που μπορεί να αποτελούν τα ίδια τα βλαστικά κύτταρα ή μπορεί να συμμετέχουν στην παθογένεια των αυτοανόσων και φλεγμονωδών νοσημάτων. Υπάρχουν και τα δυ-ειδικά μονοκλωνικά που αποτελούνται από μόρια δύο διαφορετικών πρωτεϊνών. Παράδειγμα είναι το blinatumomab με δύο στόχους: το CD19 στα Β λεμφοκύτταρα (λευχαιμικά) και το CD3 πάνω στα Τ λεμφοκύτταρα.

Αναστολείς των σημείων ελέγχου του ανοσιακού συστήματος (immune check point inhibitors -ICIs). Αναστέλλονται τα «φρένα» του ανοσιακού συστήματος ώστε να επιτραπεί η δράση του κατά των καρκινικών κυττάρων. Κύριοι στόχοι το CTLA-4 (cytotoxic T lymphocyte associated protein 4) και το PD-1 (programmed cell deathprotein -1) πάνω στα Τ λεμφοκύτταρα και το PD-L1 (programmed death ligand 1) στα καρκινικά κύτταρα.

Υιοθετούμενη μεταφορά κυττάρων (adoptive cell transfer) με σκοπό την ανοσοτροποποίηση. Σκοπός είναι η ενίσχυση του ανοσιακού συστήματος για να επιτεθεί κατά των καρκινικών κυττάρων. Ένας ειδικός τύπος κυττάρων είναι τα CAR-Tcells (chimeric antigen receptor Tcells). Τα Τ λεμφοκύτταρα που προέρχονται από τον ίδιο τον ασθενή τροποποιούνται γενετικά ώστε να παράγουν τεχνητούς υποδοχείς που αναγνωρίζουν μέχρι σήμερα (αλλά ετοιμάζονται και άλλοι στόχοι) το CD19 πάνω στα Β λεμφοκύτταρα και στη συνέχεια εγχύονται στον ασθενή. Άλλο είδος υιοθετούμενης κυτταρικής θεραπείας είναι τα λεμφοκύτταρα που διηθούν τον όγκο (tumorin filtratin glymphocytes) όπου επιλέγονται τα Τ λεμφοκύτταρα που αναγνωρίζουν καλύτερα τα καρκινικά κύτταρα, ενεργοποιούνται υπό την επίδραση κυτταροκινών και επαναεγχύονται στον ασθενή. Εισάγοντας μεγάλο αριθμό ενεργοποιημένων TILs μπορεί να πετύχει την υπέρβαση των μηνυμάτων καταστολής του ανοσιακού συστήματος που θέτει ο όγκος.

Εμβόλια κατά του καρκίνου: Διεγείρουν το ανοσιακό σύστημα για να επιτεθεί στα καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν εμβόλια για την πρόληψη έναντι του καρκίνου (παράδειγμα το εμβόλιο για τον HPV, τον HBV) και εμβόλια (π.χ. δενδριτικών κυττάρων) για τη θεραπεία του καρκίνου.

Λέξεις κλειδιά: Μονοκλωνικά αντισώματα, σημεία ελέγχου ανοσιακού συστήματος, υιοθετούμενη μεταφορά κυττάρων, εμβόλια.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944842386
E-mail: kpsarra@outlook.com

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Δημοσθένης Δ. Κόκκινος

Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς όγκοι του ήπατος διαγιγνώσκονται συνήθως με υπερηχογράφημα. Το απλό υπερηχογράφημα, χωρίς σκιαγραφικό, έχει μικρή διαγνωστική αξία για ανίχνευση και χαρακτηρισμό των βλαβών και εστιακές αλλοιώσεις μπορούν να διαφύγουν. Ομοίως, με εξαίρεση ίσως τυπικές απλές κύστεις, εστιακή λιπώδη διήθηση και πολλαπλές μεταστάσεις, οι όγκοι ήπατος μπορούν να χαρακτηρισθούν μόνο με υπερηχογράφημα με έγχυση σκιαγραφικού (Contrast Enhanced Ultrasound-CEUS). Τα σκιαγραφικά υπερήχων δεν επιβαρύνουν τη νεφρική και θυρεοειδική λειτουργία και οι αναφυλακτικές αντιδράσεις από τη χορήγησή τους είναι εξαιρετικά σπάνιες. Το CEUS χρησιμοποιείται τόσο στην πρώτη διάγνωση των ηπατικών αλλοιώσεων, όσο και μετά από άλλες απεικονιστικές εξετάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί (αξονική, μαγνητική, ποζιτρονική τομογραφία), οι οποίες όμως συχνά δε θέτουν διάγνωση ή καταλήγουν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα.

Για το χαρακτηρισμό μίας εστιακής αλλοίωσης μελετάται η ενίσχυση στις τρεις αιμοδυναμικές φάσεις της διπλής αιμάτωσης του ήπατος από την ηπατική αρτηρία (κατά 25%) και την πυλαία φλέβα (κατά 75%). Σε μια εξέταση CEUS ενισχύεται πρώτα η ηπατική αρτηρία στην αρχική αρτηριακή φάση (20-35 sec μετά από την έγχυση). Ακολουθεί η φάση της πυλαίας φλέβας (35 sec-2 min) και έπεται η φάση του ηπατικού παρεγχύματος με ενίσχυση κολποειδών και κυττάρων Kupffer (έως 5 min μετά από την έγχυση).

Οι κακοήθειες εμφανίζουν ταχεία έντονη αρχική ενίσχυση (σε όλη την έκταση ή μόνο στην περιφέρεια της βλάβης), καθώς αιματώνονται κυρίως από την ηπατική αρτηρία. Στην καθυστερημένη φάση απεικονίζονται σαν ελλείμματα πλήρωσης συγκριτικά με το υπόλοιπο ήπαρ, καθώς στερούνται φυσιολογικού παρεγχύματος. Οι καλοήθειες, δεδομένου ότι αιματώνονται κυρίως από την πυλαία φλέβα, στην καθυστερημένη φάση διατηρούν τον ενισχυτή, παράλληλα με το υπόλοιπο ηπατικό παρέγχυμα.

Οι διαφορετικές εστιακές αλλοιώσεις εμφανίζουν επιμέρους χαρακτηριστικά: Τα αιμαγγειώματα ενισχύονται περιφερικώς, κατά τόπους με μορφή όζων στην αρτηριακή φάση. Στην πυλαία και καθυστερημένη φάση πληρούνται κεντρομόλως, ενισχυόμενα στη μεγαλύτερη έκτασή τους, εκτός από θρομβωμένες περιοχές. Οι εστιακές οζώδεις υπερπλασίες εμφανίζουν ταχύτατη αρτηριακή ενίσχυση από το κέντρο προς την περιφέρεια από μία κεντρική αρτηρία με πρότυπο δίκην ακτίνων τροχού. Στην πυλαία και καθυστερημένη φάση διατηρούν το σκιαγραφικό. Οι κύστεις δεν παρουσιάζουν ενίσχυση. Τα αποστήματα προσλαμβάνουν το σκιαγραφικό μόνο στην περιφέρεια και σε κατά τόπους εσωτερικά διαφράγματα. Περιοχές διαφορετικού βαθμού εναπόθεσης λίπους ενισχύονται ισότιμα, με ελάχιστες μόνο εξαιρέσεις. Οι μεταστάσεις, αναλόγως αν είναι υπο- ή υπεραγγειούμενες, ενισχύονται αντίστοιχα περιφερικώς ή διαχύτως στην αρτηριακή φάση. Στην πυλαία και καθυστερημένη φάση απεικονίζονται ως ελλείμματα πληρώσεως. Παρόμοια εικόνα εμφανίζουν σε γενικές γραμμές και τα ηπατοκυτταρικά καρκινώματα, αν και η καθυστερημένη έκπλυση του σκιαγραφικού δεν είναι το ίδιο έντονη.

Συνολικά, το CEUS θεωρείται η πιο ευαίσθητη, ειδική και ακριβής μέθοδος για το χαρακτηρισμό των εστιακών ηπατικών αλλοιώσεων και είναι η πρώτη απεικονιστική εξέταση που πρέπει να πραγματοποιείται για αυτό το σκοπό. Εφαρμόζεται όταν απαιτείται χαρακτηρισμός μάζας που ανακαλύπτεται τυχαία ή σε συμπτωματικό ασθενή, ανάλυση αλλοιώσεως που δεν χαρακτηρίσθηκε με ΑΤ ή ΜΤ, καθώς και χαρακτηρισμός μαζών ή όζων σε κιρρωτικούς ασθενείς. Τέλος, το CEUS χρησιμοποιείται στην ανάδειξη θρόμβωσης πυλαίας φλέβας και ηπατικών φλεβών. Ενίσχυση του ενδοαυλικού θρόμβου είναι ενδεικτική κακοήθους υφής του, ενώ καλοήθεις θρόμβοι δεν προσλαμβάνουν το σκιαγραφικό.

Λέξεις κλειδιά: Υπερηχογράφημα, εστιακές αλλοιώσεις ήπατος, σκιαγραφικές ουσίες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045660
E-mail: demoscokkinos@gmail.com

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Δημήτρης Ν. Έξαρχος

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι μεταστάσεις (δευτεροπαθείς νεοπλασίες) είναι οι πιο συχνές νεοπλασίες του ήπατος. Οι πρωτοπαθείς νεοπλασίες του ήπατος είναι το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα(80-90% σε κιρρωτικούς ασθενείς ή σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β) και το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα (7-10% και μέχρι 20% στην Άπω Ανατολή). Άλλες πρωτοπαθείς νεοπλασίες του ήπατος είναι το αγγειοσάρκωμα, το επιθηλιοειδές αιμαγγειοενδοθηλίωμα, το πρωτοπαθές λέμφωμα, το κυσταδενοκαρκίνωμα και το ηπατοβλάστωμα. Οι καλοήθεις χωροκατακτητικές αλλοιώσεις του ήπατος είναι οι κύστεις, το αιμαγγείωμα, το κυσταδένωμα, το αμάρτωμα, το αδένωμα, η εστιακή οζώδης υπερπλασία, το αγγειομυολίπωμα, το μυελολίπωμα, το λίπωμα, το λειομύωμα, το καλόηθες τεράτωμα και η ηπατική πελίωση.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά των μεταστάσεων είναι μηειδικά και η βιοψία επιβάλλεται για την ταυτοποίηση τους. Έχουν χαρακτηριστικά διπλής αιμάτωσης στην αιμοδυναμική μελέτη του ήπατος συγκριτικά με το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η πυλαία φάση σκιαγραφικής ενίσχυσης στην αιμοδυναμική μελέτη της αξονικής τομογραφίας επαρκεί, ωστόσο σε μεταστάσεις από νευροενδοκρινείς όγκους, μελάνωμα και αδενοκαρκίνωμα του νεφρού απαιτείται και αρτηριακή φάση. Η μαγνητική τομογραφία έχει μεγαλύτερη ευαισθησία από την αξονική τομογραφία στην εντόπιση και το χαρακτηρισμό μικρών εστιών, ειδικά σε ασθενείς με υποκείμενη λιπώδη διήθηση, ενώ ενδείκνυται επίσης όταν υπάρχει πιθανότητα μεταστασεκτομής. Η αξονική τομογραφία υπερτερεί έναντι της μαγνητικής τομογραφίας στην απεικόνιση εξωηπατικής παθολογίας λόγω διαθεσιμότητας, χαμηλότερου κόστους και ταχύτερης σάρωσης.

Ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο και αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ΗΚΚ υποβάλλονται σε περιοδικό απεικονιστικό έλεγχο με υπερηχοτομογραφία και, όταν τα ευρήματα είναι ασαφή, σε μαγνητική τομογραφία. Η ευαισθησία της μαγνητικής τομογραφίας για την απεικόνιση του ΗΚΚ είναι μεταξύ 40-70%. Η χρήση ΕΦ παραμαγνητικής ουσίας επιβάλλεται στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ η αρτηριακή σκιαγραφική ενίσχυση είναι καθοριστική για την πρώιμη διάγνωση. Αλλοιώσεις μεγαλύτερες του 1 εκ. που ενισχύονται μετά την ΕΦ έγχυση παραμαγνητικής ουσίας συνήθως είναι κακοήθεις. Οι διάφορες ακολουθίες της ΜΤ που συνήθως χρησιμοποιούνται στο πρωτόκολλο απεικόνισης του ήπατος, μας επιτρέπουν να χαρακτηρίσουμε άλλες αλλοιώσεις, όπως αναγεννητικούς όζους ή δυσπλαστικά οζίδια σε κιρρωτικούς ασθενείς. Η PET/CT μπορεί να χρησιμοποιηθεί επικουρικά στις περιπτώσεις όπου τα ευρήματα είναι μη διαγνωστικά με τις άλλες μεθόδους,ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλείσει την παρουσία μικρών μεταστάσεων λόγω της ταυτόχρονης πρόσληψης του ραδιοφαρμάκου από το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα. Η ακρίβεια της μαγνητικής τομογραφίας είναι 100% συγκριτικά με αυτή της PET/CT που είναι 93.7%.

Η αξονική ή η μαγνητική αγγειογραφία ενδείκνυνται για τη χαρτογράφηση του ήπατος προεγχειρητικά. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων αλλοιώσεων του ήπατος μπορεί να γίνει με υπερηχοτομογραφία μετά από έγχυση σκιαγραφικού. Η αιμοδυναμική συμπεριφορά των αλλοιώσεων είναι ίδια και στην εγκάρσια απεικόνιση,όμως, στις περιπτώσεις όπου υπάρχει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα και η βιοψία δεν ενδείκνυται, η χρήση νεότερων σκιαγραφικών μέσων στη μαγνητική τομογραφία έχει ένδειξη. Συμπεριφέρονται παρόμοια με τις γνωστές χηλικές ενώσεις γαδολινίου κατά τη διάρκεια των δυναμικών φάσεων εξέτασης του ήπατος, αλλά προσφέρουν περισσότερες πληροφορίες κατά την ηπατοκυτταρική φάση, βελτιώνοντας έτσι την ανίχνευση και το χαρακτηρισμό των εστιακών αλλοιώσεων.

Λέξεις κλειδιά: Απεικόνιση, νεοπλάσματα, ήπαρ.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6940723107
E-mail: jimexarhos@yahoo.com

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χριστίνα Μάγκου, MD, PhD

Παθολογοανατόμος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η παθολογοανατομική διάγνωση προϋποθέτει την ιστολογική εξέταση δείγματος ηπατικού ιστού, είτε αυτό προέρχεται από κατευθυνόμενη βιοψία με βελόνα είτε κατόπιν χειρουργικής εκτομής τμήματος ηπατικού παρεγχύματος. Αποτελεί τον πλέον ασφαλή τρόπο για να εκτιμήσουμε εάν η προς μελέτη βλάβη είναι καλοήθης ή κακοήθης, αποσκοπεί στην διάγνωση και τον καθορισμό της βαρύτητας της νόσου, αλλά και συμβάλλει στον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της πρόγνωσης του ασθενούς.

Σαφή διαγνωστικά ιστολογικά (αρχιτεκτονικά και κυτταρολογικά) κριτήρια καθώς και εξειδικευμένα διαγνωστικά εργαλεία (ανοσοϊστοχημικές και μοριακές τεχνικές) βρίσκονται στη φαρέτρα του παθολογοανατόμου προκειμένου να ταυτοποιήσει μία ηπατική βλάβη αλλά και να παράσχει τους αναγκαίους προγνωστικούς/προβλεπτικούς δείκτες.

Η διάκριση καλοήθων προνεοπλασματικών αλλοιώσεων (π.χ. αναγεννητικού όζου, αδενώματος, δυσπλαστικού όζου) από το αρχόμενο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, η πιστοποίηση πρωτοπαθούς καρκινώματος αλλά και η ταυτοποίηση ενός δευτεροπαθούς όγκου, αποτελούν μερικά από τα προς απάντηση ερωτήματα. Μικροσκοπικά, επί επιβεβαιωμένου πρωτοπαθούς όγκου ήπατος, καθορίζεται ο ιστολογικός τύπος αυτού (π.χ. ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα, μικτό ηπατοκυτταρικό-χολαγγειοκαρκίνωμα), επιμέρους ιστολογικοί υπότυποι ή αρχιτεκτονικά πρότυπα με ιδιαίτερη κλινική αξία καθώς επίσης ο μικροσκοπικός βαθμός κακοηθείας (grading).

Στα χειρουργικά παρασκευάσματα η παθολογοανατομική μελέτη ξεκινά με την μακροσκοπική περιγραφή (αριθμός-εντόπιση-μέγεθος εστιών, παρυφή όγκου, παρουσία ή μη αγγειακής διήθησης). Επιπλέον, εκτιμώνται μικροσκοπικά τα εγχειρητικά όρια εκτομής και δίδονται οι αναγκαίες παράμετροι βασιζόμενες στο μέγεθος και την έκταση της διήθησης για τη σταδιοποίηση, σύμφωνα με τα πρόσφατα κριτήρια κατά TNM/AJCC.

Τέλος, επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διαφύλαξης του υλικού και της διαθεσιμότητας αυτού για μελλοντικές, ολοένα αναπτυσσόμενες, μοριακές τεχνικές απαραίτητες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Βιοψία ήπατος, προνεοπλασματικές αλλοιώσεις, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, δευτεροπαθή νεοπλάσματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043124
E-mail: cmagkou@yahoo.com

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χαράλαμπος Κ. Σταθόπουλος

Ογκολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Συνήθεις πρωτοπαθείς όγκοι του ήπατος είναι το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα.

Η προτιμώμενη θεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χειρουργική εξαίρεση. Εντούτοις, στο μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών δεν είναι εφικτή, είτε λόγω σταδίου (προχωρημένη τοπική νόσος και αδυναμία εξασφάλισης επαρκούς υπολειπόμενου ηπατικού παρεγχύματος ή παρουσία μεταστατικής νόσου), είτε λόγω γενικής κατάστασης του ασθενούς. Ορισμένοι ασθενείς με τοπική νόσο ωφελούνται από μεταμόσχευση ήπατος. Πέραν της χειρουργικής, άλλες τοπικές θεραπείες είναι ο χημειοεμβολισμός και ο ραδιοεμβολισμός μέσω καθετηριασμού της ηπατικής αρτηρίας. Χρησιμοποιούνται είτε μόνες τους είτε ως θεραπείες γέφυρας προ μεταμόσχευσης, εν αναμονή εύρεσης κατάλληλου ηπατικού μοσχεύματος. Μελετώνται επίσης και ως νεοεπικουρικές θεραπείες, καθώς και σε συνδυασμό με θερμοκαυτηρίαση.

Συστηματική θεραπεία χορηγείται συνήθως εκεί που οι τοπικές δεν έχουν θέση λόγω έκτασης νόσου. Το sorafenib (πολλαπλός αναστολέας κινασών και αγγειογένεσης) ωφελεί ασθενείς με καλή ηπατική λειτουργία και είναι ο πρώτος στοχευτικός παράγοντας που πήρε έγκριση. Το lenvatinib είναι εφάμιλλο, ερευνάται δε και σε συνδυασμό με pembrolizumab. Ο συνδυασμός ανοσοθεραπείας με αντιαγγειογενετική θεραπεία (atezolizumab συν bevacizumab) αποδείχτηκε ανώτερος του sorafenib σε κατάλληλους ασθενείς, και προτιμάται σήμερα στην 1η γραμμή θεραπείας. Σε επόμενη γραμμή μπορούν να χορηγηθούν regorafenib, cabozantinib, ramucirumab, lenvatinib, sorafenib και ανοσοθεραπεία, όταν η κατάσταση των ασθενών το επιτρέπει. Η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία με FOLFOX4 έχει πτωχά αποτελέσματα.

Όσον αφορά την συμπληρωματική μετεγχειρητική θεραπεία είναι υπό έρευνα ο χημειοεμβολισμός και η χορήγηση ανοσοθεραπείας.

Για το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση, όταν είναι εφικτή. Λόγω μεγάλης πιθανότητας υποτροπής, συνιστάται χορήγηση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας με capecitabine (μόνο ή σε συνδυασμό με gemcitabine ή oxaliplatine) ή gemcitabine με cisplatin, ενώ σε ασθενείς με θετικά όρια εκτομής ή θετικούς περιοχικούς λεμφαδένες προστίθεται μετεγχειρητικά και ακτινοθεραπεία. Σε ανεγχείρητη νόσο χορηγείται συστηματική χημειοθεραπεία, με προτιμώμενο σχήμα 1ης γραμμής σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση το συνδυασμό cisplatin με gemcitabine, ενώ άλλες επιλογές και σε μεταγενέστερη γραμμή είναι η oxaliplatine με 5FU ή capecitabine ή gemcitabine, ή συνδυασμός gemcitabine με capecitabine ή nab-paclitaxel. Σε τοπική ανεγχείρητη νόσο μπορεί να χορηγηθεί ακτινοθεραπεία, ιδίως σε ανάγκη ελέγχου συμπτωμάτων.

Σε μεταστατική νεοπλασματική νόσο στο ήπαρ συνήθως δεν συνιστάται χειρουργείο, αλλά συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία, σε συνδυασμό με στοχευτική θεραπεία ή ανοσοθεραπεία όπου ενδείκνυται. Η επιλογή των φαρμάκων εξαρτάται από το νεόπλασμα από το οποίο προέρχεται η μετάσταση και το προηγούμενο ιστορικό θεραπειών του ασθενούς. Συχνά είναι απαραίτητη η βιοψία της μεταστατικής βλάβης, ιδιαίτερα στις μετάχρονες μεταστάσεις, για τεκμηρίωση της προέλευσης της νόσου και τον προσδιορισμό προβλεπτικών βιοδεικτών προ θεραπείας. Με τη χημειοθεραπεία μόνο δεν επιτυγχάνεται ίαση, αλλά στόχος είναι η επιβράδυνση της πορείας της νόσου και η συνακόλουθη παράταση επιβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Εντούτοις, σε ορισμένα νεοπλάσματα (π.χ. παχέος εντέρου ή μελάνωμα), με περιορισμένη μεταστατική νόσο στο ήπαρ που είναι ολικά εξαιρέσιμη, μπορεί η συστηματική θεραπεία να είναι εισαγωγική ή και συμπληρωματική χειρουργικής επέμβασης, κυρίως όταν η νόσος ανταποκρίνεται στη χορήγηση της. Η προσέγγιση αυτή παρατείνει σημαντικά την επιβίωση αλλά σπάνια επιφέρει ίαση.

Λέξεις κλειδιά: Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, χολαγγειοκαρκίνωμα, ηπατική μετάσταση, νεόπλασμα ήπατος, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944702304
E-mail: babisstathopoulos64@gmail.com

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΙΟΥ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΔΡΟΜΑ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μυρτώ Κίτσου

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

Στα τέλη του 2019, στην πόλη Wuhan της επαρχίας Hubei της Κίνας, εμφανίστηκε συρροή κρουσμάτων πνευμονίας.

Η ταχέως επεκτεινόμενη πανδημία COVID-19 επηρέασε την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο. Οι καρκινοπαθείς θεωρούνται ως ένας εξαιρετικά ευάλωτος πληθυσμός στη λοίμωξη από SARS-COV-2 και στην ανάπτυξη σοβαρών συμπτωμάτων, λόγω του εξασθενημένου ανοσοποιητικού συστήματος που οφείλεται τόσο στον ίδιο τον όγκο, όσο και στην αντικαρκινική θεραπεία που λαμβάνουν.

Ο ιός θεωρείται ότι απελευθερώνεται με τα σταγονίδια. Τα άτομα που ήρθαν σε επαφή με κάποιον που νοσεί θα πρέπει να υποβληθούν σε τεστ. Μέχρι στιγμής, διαθέτουμε ανίχνευση του ιού με μοριακή μέθοδο, ανίχνευση αντισωμάτων με ορολογική μέθοδο και ανίχνευση αντισωμάτων ποιοτικά με ταχέα διαγνωστικά τεστ.

Οι πιο συχνές εκδηλώσεις μπορεί να είναι πυρετός, ξηρός βήχας και κόπωση. Εκτός από τα συμπτώματα αναπνευστικού, οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν επιπλοκές, όπως οξεία αναπνευστική δυσχέρεια, πνευμονική εμβολή, σηπτικό σοκ, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ηπατική βλάβη, νεφρική ανεπάρκεια, πολυοργανική ανεπάρκεια.

Μία σειρά παραγόντων φαίνεται να σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου, ανάμεσα στους οποίους ανήκει η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Τα εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών με κακοήθεια και COVID-19 δεν διαφέρουν σημαντικά από αυτά των αντίστοιχων υγιών ατόμων. Συνήθως υπάρχουν αυξημένα επίπεδα IL-6 και IL-10 και χαμηλά επίπεδα CD4 και CD8. Συχνά παρατηρούνται λευκοπενία, θρομβοπενία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιμονή συγκεκριμένων συμπτωμάτων σε άτομα που ανάρρωσαν από τον COVID-19 (Long COVID). Πιο συγκεκριμένα, ο κίνδυνος Long COVID είναι δύο φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Η παρουσία περισσότερων από πέντε συμπτωμάτων στο οξύ στάδιο της νόσου φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Long COVID. Τα συχνότερα συμπτώματα που περιγράφονται στη βιβλιογραφία είναι η κόπωση, ο πονοκέφαλος, η δύσπνοια, το βράγχος φωνής και οι μυαλγίες.

Η πλειονότητα των ατόμων με σύνδρομο post COVID-19 οδηγείται σε αρνητική PCR και εργαστηριακή βελτίωση.

Ανάλογα με τη διάρκεια των συμπτωμάτων, το Long Covid μπορεί να χωριστεί σε δύο στάδια, αυτό που τα συμπτώματα εκτείνονται πέρα από τρεις εβδομάδες, αλλά λιγότερο από δώδεκα και σε εκείνο το στάδιο όπου τα συμπτώματα παρατείνονται πέραν των δώδεκα εβδομάδων (διφασικοί ασθενείς).

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος, COVID-19, μεταδοτικότητα, συμπτώματα, κλινικά σύνδρομα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944576399
E-mail: myrtokitsou@gmail.com

ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID

Γεώργιος Καρκαλέτσος, MD, MSc

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

Οι ασθενείς με καρκίνο θεωρούνται ως μια από τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όσον αφορά τη νόσο SARS-COV-2, με αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν τη λοίμωξη και με μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής νόσου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Από την έναρξη της πανδημίας έως και σήμερα οι ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα έχουν κατηγοριοποιηθεί με σκοπό να εκτιμάται η δυνατότητα αναβολής της θεραπείας τους, είτε αυτή αφορά χειρουργική θεραπεία, είτε ενδοφλέβια θεραπεία, είτε ακτινοθεραπεία, για την αποφυγή μόλυνσης από τον ιό COVID-19. Προτείνεται η εξατομίκευση της χορήγησης ειδικής ογκολογικής θεραπείας ανάλογα με την κατάσταση και την ηλικία του ασθενούς, τις συννοσηρότητες,το σκοπό της θεραπείας,αλλά και τη δυνατότητα μεταφοράς του ασθενούς, την ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος, την αναγκαιότητα διενέργειας αιματολογικών ή άλλων εξετάσεων. Επιπλέον παράμετρος είναι ο αριθμός των κρουσμάτων στην υγειονομική δομή που εξυπηρετεί τον ασθενή. Συγκεκριμένα για την ανοσοθεραπεία, προς αποφυγή χώρων υψηλής μολυσματικότητας όπως ένα νοσοκομείο, συστήνεται η χορήγηση στα μεγαλύτερα των προτεινόμενων χρονικών διαστημάτων, ανάλογα με τον παράγοντα. Δεν φαίνεται μέχρι τώρα να επηρεάζει η λήψη ανοσοθεραπείας την έκβαση μιας λοίμωξης SARS-COV-2.

Για έναν ασθενή με καρκίνο που είναι επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από COVID-19, δεν είναι σαφές πόσο διάστημα χρειάζεται να μεσολαβήσει μέχρι την επανέναρξη της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Αφού υποχωρήσουν τα συμπτώματα της λοίμωξης ο θεράπων κρίνει με βάση την κλινική εκτίμηση και τον εργαστηριακό έλεγχο. Παρά τις ιδιαιτερότητες της λοίμωξης SARS-COV-2, η προσέγγιση που εφαρμόζεται μετά την ανάρρωση από άλλες λοιμώξεις μπορεί να συμβάλλει στη λήψη αποφάσεων. Στοιχεία που πρέπει να συνεκτιμηθούν είναι η ταχύτητα εξέλιξης της νόσου, η ύπαρξη ή μη έντονης συμπτωματολογίας που σχετίζεται με τον καρκίνο και η διαθεσιμότητα αποτελεσματικής αντινεοπλασματικής θεραπείας. Σκοπός της προσεκτικής εκτίμησης από το θεράποντα είναι να ελαχιστοποιηθεί, κατά το δυνατόν, η επίπτωση της όποιας καθυστέρησης στην ορθή θεραπευτική διαχείριση του κακοήθους νοσήματος.

Σε ότι αφορά τη θεραπεία της SARS-COV-2 λοίμωξης σε ασθενή με κακοήθεια θεωρείται ορθή η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι του ιού και αντιϊκών παραγόντων. Σε περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται να νοσηλευθεί, ακολουθείται το πρωτόκολλο που ισχύει για το γενικό πληθυσμό. Ο ρόλος των κορτικοστεροειδών και η απόφαση για τη χορήγησή τους θα πρέπει να εξατομικεύεται. Σημειώνεται πως ο κίνδυνος φλεβοθρόμβωσης φαίνεται να είναι το ίδιο αυξημένος για ασθενείς με ή χωρίς κακοήθη νόσο και λοίμωξη SARS-COV-2 και είναι απαραίτητες οι ενέργειες για την αποφυγή αυτής.

Ασθενείς με κακοήθη νόσο που λαμβάνουν μη ανοσοκατασταλτική θεραπεία, όπως ορμονοθεραπεία και στοχευμένες θεραπείες, θεωρητικά δεν χρειάζεται να την διακόψουν στην περίπτωση λοίμωξης SARS-COV-2. Από την άλλη πλευρά, ασθενείς υπό χημειοθεραπεία ή/και ανοσοθεραπεία συστήνεται να διακόπτουν έως την αποδρομή της λοίμωξης και την επίτευξη των προϋποθέσεων ελαχιστοποίησης της μεταδοτικότητας του ιού.

Τέλος, η πανδημία ανέδειξε το σημαντικό ρόλο της τηλεϊατρικής, η ενσωμάτωση της οποίας στην ογκολογική πρακτική διευκόλυνε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και θεράποντος ιατρού, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο μετάδοσης και, ως εκ τούτου, νόσησης με λοίμωξη SARS-COV-2.

Λέξεις κλειδιά: Ασθενείς με κακοήθεια, καρκίνος, SARS-COV-2, χημειοθεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6971572369
E-mail: georgekarkaletsos@yahoo.gr

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Κωνσταντίνος Φωλήνας

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

Βάσει των οδηγιών της WHO, η πρώτη γραμμή άμυνας έναντι του ιού είναι η πρόληψη. Στο ατομικό και κοινωνικό αυτό πλαίσιο, η πρόληψη εμπεριέχει τη διατήρηση των αποστάσεων, τη χρήση μάσκας σε δημόσιους χώρους (κατά προτίμηση ανοιχτούς), το τακτικό πλύσιμο των χεριών, τον εμβολιασμό και την απομόνωση όταν κάποιος είναι αδιάθετος.

Οι ασθενείς με κακοήθη νόσο, λόγω της ανοσοκαταστολής, βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές από τον ιό Covid-19. Τα εμβόλια αποδεδειγμένα μειώνουν τον κίνδυνο νοσηλείας και θανάτου από Covid-19, ακόμα και ανάμεσα σε ασθενείς με κακοήθη νόσο. Επιπρόσθετα, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν τη θέση ότι ο ιός μπορεί να επιμένει σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, που μπορεί να οδηγήσει στη γένεση νέων μεταλλάξεων. Συνεπώς ο εμβολιασμός των ατόμων -και του πληθυσμού εν συνόλω- συνεχίζει να είναι σημαντικός για την επιβράδυνση της εξάπλωσης του ιού.

Σημαντικά θέματα που τίθενται είναι οι ενδείξεις των εμβολιαζομένων, ο αριθμός των εμβολιασμών σε ασθενείς με κακοήθη νόσο και ο συγχρονισμός του εμβολιασμού με τη θεραπεία (ανεξάρτητα αν αυτή αφορά σε χημειο-ακτινο- ή ανοσοθεραπεία) και η πιθανή λεμφαδενοπάθεια από τον εμβολιασμό.

Όλα τα διαθέσιμα εμβόλια κατά του SARS-COV2, βάσει μελετών, προκαλούν την ίδια αντιδραστική διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος, με ίδια αποτελεσματικότητα έναντι της wild-type μορφής και της μετάλλαξης Δέλτα. Αυτό το γεγονός δίνει τη δυνατότητα του εμβολιασμού έναντι της μετάλλαξης Δέλτα με εμβόλια έναντι του wild-type ιού. Όλα τα εμβόλια αυξάνουν την ανοσία ενώ η ανοσογονικότητα της ομόλογης ή ετερόλογης τρίτης δόσης (boostdose) είναι ανώτερη του εμβολίου-ελέγχου σε κλινικές μελέτες, ασχέτως από το εμβόλιο που έλαβαν προηγουμένως.

Όσον αφορά στους ασθενείς με κακοήθη νόσο οι οποίοι νόσησαν με Covid 19, η (επαν)έναρξη της θεραπείας (ή ακόμα και η χειρουργική εξαίρεση ενός όγκου ενός αδιάγνωστου ασθενούς) σχετίζεται με το είδος της θεραπείας. Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ανοσοθεραπεία πρέπει να διακόπτονται ενώ η ενδοκρινική (μη ανοσοκατασταλτική) θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί. Η χρήση γλυκοκορτικοειδών μπορεί να αποφασιστεί ανά περίπτωση ενώ η απόφαση για τις χειρουργικές παρεμβάσεις θα πρέπει να ισορροπεί την αυξημένη περιεγχειρητική θνητότητα και θνησιμότητα έναντι της αναβολής ή ακύρωσης μιας προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης.

Η επανέναρξη της θεραπείας μπορεί να γίνει όταν τα μέτρα προφύλαξης των πρωτόκολλων μετάδοσης το επιτρέψουν. Η διάρκεια των μέτρων προφύλαξης ποικίλλουν μεταξύ περιοχών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Επίσης, κλινικοί παράγοντες του ασθενούς με κακοήθη νόσο (βαθμός της ανοσοκαταστολής και η έκταση της νόσου) μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση για επανέναρξη της θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: Covid, καρκίνος, εμβόλιο.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6984832137
E-mail: kostascfolinas@gmail.com

SCREENING ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID

Βάιος Ωραιόπουλος

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

Η νόσος του κορωνοϊού 2019 (COVID-19), γνωστή και ως οξύ αναπνευστικό σύνδρομο του κορωνοϊού, η οποία ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2019 έχει φτάσει τώρα σε κάθε γνωστή γωνιά του κόσμου. Ο κορωνοϊός έχει προσβάλει 221 χώρες.

Το screening έχει την προοπτική να ανιχνεύει προκαρκινικές βλάβες και νεοπλάσματα στα πρώιμά τους στάδια, στα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν ολιστικά, ακόμα και πριν την εμφάνιση ενδεικτικής συμπτωματολογίας.

Καθυστερήσεις στη διαλογή θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επέκταση του συγκεκριμένου νεοπλάσματος και δυσχέρεια στην οριστική αντιμετώπισή του. Άλλωστε είναι γνωστή η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ έγκαιρης διάγνωσης και συνολικής επιβίωσης των ασθενών με κακοήθη νεοπλάσματα.

Screening (διαλογή) στον καρκίνο: Ο Covid-19 ελάττωσε το screening σε μεγάλο βαθμό, κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Στις διάφορες μελέτες παρατηρήθηκαν σαφώς μειωμένα επίπεδα προγραμμάτων παρακολούθησης. Το γεγονός αυτό ήταν πιο εμφανές σε χώρες οι οποίες είχαν περισσότερα περιστατικά της λοίμωξης ή αδυνατούσαν να τα αντιμετωπίσουν. Σε σύγκριση με την προ-COVID εποχή, στα ποσοστά κολονοσκόπησης παρατηρείται πτώση κατά 4.1% στο 75% των ασθενών. Στις γαστροσκοπήσεις, στον προστάτη και στον πνεύμονα παρατηρείται μείωση κατά 57%, 74% και 56% αντίστοιχα, ενώ η μαστογραφία ελαττώθηκε κατά 22,2 έως 85%.

Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε όλα τα επίπεδα του νοσοκομείου, καθώς και σε σχεδόν όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Επιπλέον, η έρευνα σε ιστολογικά παρασκευάσματα σχετικά με το screening του καρκίνου έχει προσβληθεί σημαντικά από τον Covid-19. Ο ιστοπαθολογικός και κυτταρολογικός φόρτος εργασίας έχει περιοριστεί κατά 35-72% συγκριτικά με τα προηγούμενα 3 έτη. Μείωση στις βιοψίες καρκίνου έχουν αναφερθεί στο μαστό (-31 έως -71%), στο κόλον(33-79%) και στον καρκίνο του πνεύμονα (-47 έως -58%).

Τέλος, η πανδημία αυτή ίσως οδηγήσει σε άλλες πρωτοποριακές τεχνικές στη διαλογή του καρκίνου. Κάποιοι ιατροί ήδη χρησιμοποιούν τις συνεδρίες με βιντεοκλήση για να ενημερώσουν και να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους για ενδεχόμενες τεχνικές διαλογής.

Λέξεις κλειδιά: Screening, covid, μείωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6987951299
E-mail: oraiopoulosv@gmail.com

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ - Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Χριστίνα Βαρελίδου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η διαλογή στον χώρο της υγείας είναι μια διαδικασία υψίστης σημασίας διότι καθορίζει την προτεραιότητα με την οποία αντιμετωπίζονται οι ασθενείς, ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Η διαλογή πραγματοποιείται από έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο βάση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων που εφαρμόζονται σε κάθε χώρα.

Η διαλογή ή διεθνώς triage που προέρχεται από το γαλλικό ρήμα trier, σημαίνει διαλέγω - ταξινομώ, χρησιμοποιείται με σκοπό την βαθμολόγηση της βαρύτητας του ασθενή καθώς και την κατανομή της φροντίδας κατά σειρά προτεραιότητας είτε με χρωματικούς είτε με αριθμητικούς κωδικούς.

Στην παρουσίαση αυτή επιλέχθηκαν κάποιες κλίμακες διαλογής που πραγματοποιούνται σε διάφορες χώρες όπως:

1. Την εθνική κλίμακα διαλογής της Αυστραλίας
2. Την κλίμακα διαλογής και οξύτητας του Καναδά
3. Την εθνική κλίμακα διαλογής της Μεγάλης Βρετανίας
4. Την κλίμακα διαλογής του Μάντσεστερ
5. Το σύστημα START (Simple Triage and Rapid Treatment)
6. Το σύστημα διαλογής ESI (Emergency severity Index) Δείκτης Σοβαρότητας Έκτακτης Ανάγκης

Στα νοσοκομεία της Ελλάδος η διαλογή πραγματοποιείται διεπιστημονικά σε συνεργασία ειδικευμένου ιατρού και νοσηλευτή και εφαρμόζονται ξένα συστήματα, με πιο γνωστό το ESI. Σε κάποια νοσοκομεία δεν εφαρμόζεται καθόλου διαλογή ενώ σε άλλα δεν υπάρχει αποκλειστικός διαθέσιμος χώρος στέγασης του ΤΕΠ.

Το triage εκτός από τον νοσοκομειακό χώρο διακρίνεται στον χώρο των μαζικών και των στρατιωτικών καταστροφών. Στην αντιμετώπιση των ατυχημάτων σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών, η διαλογή γίνεται στον ίδιο τον τόπο της καταστροφής και χρησιμοποιείται το σύστημα START.

Τα πρόσφατα έτη, λόγω της πανδημίας του Covid-19 έχουν δοθεί σαφείς πληροφορίες και οδηγίες για τη διαχείριση των ασθενών - υπόπτων περιστατικών από τον Π.Ο.Υ.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την διαλογή εν όψει πανδημίας στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός, ο χώρος όπου αυτή επιτελείται είναι ξεχωριστός. Επίσης υπάρχει ξεχωριστή περιοχή αντιμετώπισης ασθενών - υπόπτων, καθώς και ιατρείο υποδοχής και ελέγχου ασθενών υπόπτων για Covid - 19.

Οι νοσηλευτές είναι οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων και αποτελούν πυρήνα και αναπόσπαστο κομμάτι στην υγειονομική αντιμετώπιση αυτών, καθότι είναι υπεύθυνοι για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου αλλά και την πρόληψη της επιδείνωσης της υπάρχουσας νόσου.

Στις συνθήκες μαζικής καταστροφής η νοσηλευτική της δημόσιας υγείας έχει την ευθύνη να βοηθήσει τους ανθρώπους, χρησιμοποιώντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, είτε φροντίζοντας υγιή, είτε άρρωστα άτομα σε κάθε κατάσταση: φυσιολογική, έκτακτη ή υπέρ επείγουσα ανάγκη και καταστροφή. Δεδομένου ότι οι καταστροφές επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού, καθώς και το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας κατέχουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση της υγείας και στην παροχή βοήθειας, αλλά και στην κατανομή της φροντίδας κατά τη διάρκεια του καταστροφικού γεγονότος για τη μείωση των επιπτώσεων των καταστροφών στην κοινότητα.

Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές οι οποίοι επανδρώνουν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός νοσοκομείου διαδραματίζουν ουσιώδη ρόλο στην καθημερινή λειτουργεία του τμήματος, πόσο μάλλον σε μια συνθήκη καταστροφής και μαζικής απώλειας ανθρωπίνων ζωών. Βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των γεγονότων, καθώς το ΤΕΠ έχει σχεδιαστεί για να παρέχει υψηλό επίπεδο φροντίδας σε άτομα που χρειάζονται επείγουσα περίθαλψη. Το ΤΕΠ αντικατοπτρίζει την μπροστινή «πόρτα» του νοσοκομείου, το μέρος δηλαδή μέσω του οποίου οι ασθενείς έχουν την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Σε αυτό το περιβάλλον οι νοσηλευτές συνεισφέρουν σημαντικά στην σωστή λειτουργία του τμήματος σε συνθήκες μαζικής καταστροφής, εμπλεκόμενοι στη διαλογή περιστατικών, στην αξιολόγηση, στην θεραπεία, στη διαχείριση όλων των ασθενών που υποδέχονται στο ΤΕΠ.

Λέξεις κλειδιά: Διαλογή, triage, μαζικές καταστροφές, ρόλος του νοσηλευτή, κλίμακες διαλογής.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6996626590
E-mail: xristinaeirini.b@gmail.com

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ;

Σταύρος Κυριαζής, MSc Healthcare Management

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

Ως καταστροφή περιγράφεται το αποτέλεσμα συνδυασμού της έκθεσης σε κίνδυνο, του βαθμού τρωτότητας και της ανεπάρκειας για αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών. Οι καταστροφές (φυσικές, τεχνολογικές, ανθρωπογενείς), εγείρουν την ανάγκη ύπαρξης εθνικών και διεθνών πολιτικών για την αντιμετώπισή τους.

Καίριο ρόλο στην περίθαλψη των θυμάτων παίζουν τα Νοσοκομεία και η ετοιμότητα του προσωπικού, κυρίως του ιατρονοσηλευτικού. Από την άλλη, ένα καταστροφικό γεγονός (σεισμός, πυρκαγιά, επιδημία), θα μπορούσε να πλήξει και το Νοσοκομείο (κτίρια, εξοπλισμό, κ.λπ.), με συνέπειες και για το περιβάλλον εμβέλειάς του.

Τα Νοσοκομεία αποτελούνται από Τμήματα με διαφορετική δομή και τρόπο οργάνωσης. Η σωστή οργάνωση, η υιοθέτηση προτύπων, ο σωστός σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού σχεδίου δράσης αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για την πρόληψη, ετοιμότητα και αποτελεσματική διαχείριση των κρίσεων που απειλούν την ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου. Οι σχεδιασμοί αναπτύσσονται ανάλογα με την φάση, τον πληθυσμό, την χωροταξική δυνατότητα και την επάρκεια ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης έχουν διακριτές ονομασίες, ανάλογα με τον τομέα του «ΞΕΝΟΚΡΑΤΗ» και συγκεκριμένα:

- «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ»: Αντιμετώπιση Χημικών, Βιολογικών, Ραδιολογικών και Πυρηνικών απειλών
- «ΠΕΡΣΕΑΣ»: Αντιμετώπιση Εκτάκτων Αναγκών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ
- «ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ»: Αντιμετώπιση Σεισμών
- «ΑΡΤΕΜΙΣ»: Αντιμετώπισης Πανδημίας.

Το Σχέδιο «ΠΕΡΣΕΑΣ», δίνει τη δυνατότητα στο Νοσοκομείο να συνεχίσει να παρέχει κρίσιμες και απαραίτητες υπηρεσίες και να επανέρχεται ομαλά σε κατάσταση «κανονικής» λειτουργίας. Τα πιθανά σενάρια, είναι:

Α. Εσωτερικές Καταστροφές

- Διακοπή Ηλεκτρικού Ρεύματος, Νερού, Τηλεπικοινωνιών
- Πυρκαγιά
- Εξάπλωση Επιδημίας.

Β. Εξωτερικές Καταστροφές

- Σεισμός
- Μεγάλη Πυρκαγιά
- Καύσωνας
- Πλημμύρα
- Παγετός.

Γ. Προκλητές Καταστροφές

- **Μαζική Προσέλευση Συμβατικών Ασθενών με** Πολλαπλά Θύματα (επιδημία, πολυτραυματίες, κ.λπ.)
- **Μαζική Προσέλευση Ασθενών μετά από έ**κθεση σε Ραδιολογικούς, Χημικούς, Βιολογικούς Παράγοντες.

Χρειάζεται σχεδιασμός, δικτύωση, πρόσβαση σε λύσεις, εξασφάλιση επικοινωνιών, συνεχής εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και τεχνικών.

Το πρώτο Τμήμα του Νοσοκομείου που καλείται να εφαρμόσει τον σχεδιασμό αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, είναι το ΤΕΠ. Οι σημαντικότερες φάσεις αρχικής φροντίδας είναι η διαλογή, η εκκένωση και η ιατρική αντιμετώπιση. Η λειτουργία των ΤΕΠ βασίζεται σε συγκεκριμένα πρωτόκολλα.

Μέσω της αντιμετώπισης της πανδημίας covid-19, το προσωπικό των ΤΕΠ απέκτησε πολύτιμη εμπειρία και γνώση, αναδεικνύοντας τη σημασία του ρόλου του, καθώς και τη σημασία της σωστής προετοιμασίας και εκπαίδευσης. Η οδυνηρή πυρκαγιά στο Μάτι, όπως και ο σεισμός της Πάρνηθας προσέθεσαν επίσης σημαντική εμπειρία στο προσωπικό. Η έκθεση πληθυσμού σε τοξικές ουσίες (αμμωνία, χλωρίνη, οξέα από βιομηχανικά ατυχήματα) αποτελεί πιθανό σενάριο,συνεπώς το προσωπικό των ΤΕΠ θα πρέπει να είναι έτοιμο. Στην τρομοκρατική ενέργεια με το sarin (Τόκιο), προσήλθαν στο ΤΕΠ 85 θύματα (δυνατότητα αντιμετώπισης μέχρι 2 θυμάτων), ενώ από τους 15 ιατρούς του ΤΕΠ δηλητηριάσθηκαν οι 13 (6 χρειάσθηκαν χορήγηση ατροπίνης).

Συνοψίζοντας, οι ασκήσεις ετοιμότητας και η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, είναι μείζονος σημασίας για τη σωστή προετοιμασία των Νοσοκομείων. Η σωστή καθοδήγηση αποδίδει στο μέγιστο όσον αφορά την περίθαλψη των θυμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Καταστροφές, σχέδια εκτάκτων αναγκών, διαχείριση κρίσεων.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972133693
E-mail: stakyr3@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Γεώργιος Καρκαλιώρης, RN, MSc

Νοσηλευτής ΤΕ, Προϊστάμενος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Επείγουσα Ιατρική και Νοσηλευτική είναι η κορωνίδα των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς υποστηρίζει με βασικά και εξειδικευμένα μέσα τον βαρέως πάσχοντα στη ζωή. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κατά τη διάρκεια της εφημερίας ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και ειδικευμένοι νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης, οι οποίες έχουν ως στόχο τη σταθεροποίηση των ασθενών. Κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης, το ΤΕΠ αντιμετώπισε ειδικές καταστάσεις στις οποίες ο Νοσηλευτής κλήθηκε ως ο πρώτος αποδέκτης του επείγοντος περιστατικού να τις διαχειριστεί και να τις αντιμετωπίσει σε ολιστικό και διεπιστημονικό επίπεδο. Οι Διεθνείς φορείς της Επείγουσας Ιατρικής και Αναζωογόνησης έχουν «ορίσει» τον Νοσηλευτή του ΤΕΠ ως τον πλέον ειδικό για τη διαχείριση και παραλαβή του ασθενή που θα τον οδηγήσει με ασφάλεια στην ιατρική κοινότητα για την τελική διάγνωση. Οι Νοσηλευτικές πρακτικές περιλαμβάνουν τεχνικές και μη δεξιότητες τις οποίες πρέπει να κατέχει ο Νοσηλευτής διά μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Η εφαρμογή των Early Warning Scores και του αλγοριθμικού κανόνα ABCDE από τη Διαλογή έως το αντίστοιχο ιατρείο που θα οδηγηθεί και θα παραμείνει για εξέταση ο ασθενής, αποτελούν δεξιότητες που ο Νοσηλευτής του ΤΕΠ πράττει σε καθημερινή βάση, ώστε να υφίσταται επαγρύπνηση για να μην επιδεινωθεί κλινικά και οδηγηθεί σε ανεπάρκεια των ζωτικών οργάνων και λειτουργιών. Η έγκαιρη αναγνώριση της επιδείνωσης αποτελεί ευθύνη του Νοσηλευτή και προβλήματα στον αεραγωγό, αναπνοή και κυκλοφορία πρέπει να λύνονται εγκαίρως να μην υποστεί ο πάσχοντας καρδιοαναπνευστική ανακοπή.

Λέξεις κλειδιά: ΤΕΠ, Επείγουσα Νοσηλευτική, τεχνικές δεξιότητες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972713016
E-mail: gkarklioris@yahoo.gr

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΤΕΠ ΩΣ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΜΟΡΦΩΝ ΒΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ

Ανδριάνα Μιχαηλίδου, MSc

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η βία στον χώρο εργασίας, ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι ένα φαινόμενο που λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Οι νοσηλευτές, ως εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με πολύ κόσμο, είναι άμεσα υποψήφια θύματα του παραπάνω φαινομένου. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, βρίσκεται σε λειτουργία όλο το εικοσιτετράωρο και δέχεται τον μεγαλύτερο όγκο ασθενών και συνοδών καθημερινώς, με το προσωπικό να εργάζεται υπό συνθήκες έντονου στρες.

Σκοπός - Μεθοδολογία: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναζητηθεί και να παρουσιαστεί εάν οι νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι αποδέκτες βίας, ποιες μορφές βίας αντιμετωπίζουν, από ποιους και γιατί. Για τον σκοπό αυτόν έγινε αναζήτηση στην ηλεκτρονική πλατφόρμα του pubmed, σε άρθρα μόνο στην Αγγλική γλώσσα και με ελεύθερο κείμενο. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής: violence, nurses, emergency department, harassment.

Αποτελέσματα - Συζήτηση: Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ανήκουν στα επαγγέλματα που δέχονται από τα μεγαλύτερα ποσοστά βίας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών μάλιστα δείχνει να ανήκει στα τμήματα αυτά όπου η άσκηση βίας κατά του προσωπικού είναι τόσο συχνή, που για πολλούς αποτελεί ακόμα και μέρος της εργασίας τους. Κύριες πηγές του φαινομένου βρέθηκε να είναι οι ασθενείς καθώς και οι συνοδοί τους, ενώ οι βασικότερες μορφές βίας που ασκείται είναι η φυσική και η λεκτική. Μάλιστα τα περιστατικά αυτά φαίνεται να μην καταγράφονται συχνά από το προσωπικό και οι συνέπειές τους να είναι δυσμενείς σε διάφορους τομείς.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές αποτελούν βασικά θύματα βίαιων συμπεριφορών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους στον χώρο εργασίας. Τα περιστατικά βίας ολοένα και αυξάνονται και πρέπει να βρεθούν τρόποι να προλαμβάνονται αλλά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα, ώστε να μειωθούν και οι συνέπειες και τα αποτελέσματα τους.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτές, ΤΕΠ, βία, παρενόχληση, νοσοκομείο.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6973667759
E-mail: anmichailidou@yahoo.com

«ΔΙΚΑΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» - Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΤΕΠ

Ασημίνα Αλεξοπούλου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Νευροχειρουργική ΜΑΦ, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Η δικανική νοσηλευτική είναι η επιστήμη που συνδέει τις υπηρεσίες υγείας με την εφαρμογή της δικαιοσύνης και τη δίωξη του εγκλήματος. Το έγκλημα, εκτός από κοινωνικό φαινόμενο,αναγνωρίζεται ως μία συνθήκη που άπτεται του τομέα της υγείας, καθώς οι συνέπειες αυτού έχουν επίπτωση στη δημόσια σωματική και ψυχική υγεία και ασφάλεια.

Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών προσέρχονται καθημερινά περιστατικά που αφορούν σε θύματα επιτηδευμένων βίαιων συμπεριφορών, κακοποίησης και παραμέλησης εγκατάλειψης. Το νοσηλευτικό προσωπικό, έχοντας ως προτεραιότητα την εξασφάλιση της φροντίδας υγείας, έχει καθήκον να αναγνωρίσει το θύμα και να το αντιμετωπίσει ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα. Χρειάζεται το εξειδικευμένο στη δικανική νοσηλευτική προσωπικό να φροντίσει το θύμα και το τραύμα αλλά και να προσεγγίσει το άτομο με ενσυναίσθηση και ευαισθησία για να το βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αιτίας που προκάλεσε το τραύμα και να αποτρέψει τις βραχυπρόθεσμες αι μακροπρόθεσμες συνέπειες αυτού.

Στις Η.Π.Α. το 1992 σχηματίστηκε η Διεθνής Ένωση Δικανικών Νοσηλευτών, μέσω της οποίας επικυρώνεται ο θεσμικός ρόλος του δικανικού νοσηλευτή και επιδιώκεται η άρτια εκπαίδευση, η ειδίκευση των μελών της και η εξειδίκευση του κάθε νοσηλευτή ανάλογα με την κατεύθυνση της δικανικής νοσηλευτικής που έχει επιλέξει.

Στον ελλαδικό χώρο οι κοινωνικές κρίσεις των τελευταίων ετών καθώς και η ευρεία χρήση του διαδικτύου, ανέδειξαν την άνοδο της εγκληματικότητας, της ενδοοικογενειακής βίας, των γυναικοκτονιών. Η ανάγκη γνώσης και εφαρμογής δικανικών πρακτικών, από τους νοσηλευτές που στελεχώνουν ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, κρίνεται απαραίτητη ώστε να επιτευχθεί ένα πιο ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας και να προσφέρεται η ανώτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η δυνητική θεσμοθέτηση του ρόλου του Δικανικού Νοσηλευτή στη χώρα μας θα ήταν πολυσήμαντη και θα καθιστούσε ένα ακόμη μέσο συμμετοχής στην ολική κοινωνική αντιεγκληματική προσέγγιση.

Λέξεις κλειδιά: Δικανική νοσηλευτική, έγκλημα, ΤΕΠ.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6982481288
E-mail: asiminaalexop@hotmail.com

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ

Δημήτριος Καραγιάννης, PhD

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

Η εκτίμηση των ενεργειακών απαιτήσεων του βαρέως πάσχοντα ασθενούς είναι απαραίτητη για τον καθορισμό των στόχων της διατροφικής θεραπείας και την αποφυγή είτε του υπερσιτισμού είτε του υποσιτισμού. Για το σκοπό αυτόν 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 ημερήσια ενεργειακή δαπάνη υπολογίζεται με βάση την εξίσωση του Weir, ως ακολούθως:

REE= [VO2 (L/minute) * 3.94] +
[VCO2 (L/minute) * 1.11] * 1440.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν στη ΜΕΘ τον χρόνο και την ακρίβεια των μετρήσεων της έμμεσης θερμιδομετρίας περιλαμβάνουν την παρουσία θωρακικών σωλήνων, συμπληρωματικού οξυγόνου (π.χ. ρινική κάνουλα, θετική πίεση αεραγωγού) ή αναπνευστήρα, την αιμοκάθαρση, την αναισθησία, τη φυσικοθεραπεία και την υπερβολική μετακίνηση του ασθενούς.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα για διεξαγωγή έμμεσης θερμιδομετρίας προτείνεται η χρήση κάποιας δημοσιευμένης εξίσωσης εκτίμησης ενεργειακών αναγκών. Στη βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετές δημοσιευμένες εξισώσεις με προβλεπτική ακρίβεια της τάξης του 40-75%. Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη εξίσωση που να θεωρείται ακριβής (gold standard) για έναν βαρέως πάσχοντα. Πολλές φορές οι δημοσιευμένες εξισώσεις δεν παρέχουν με ακρίβεια επαρκή πληροφόρηση για τις ενεργειακές απαιτήσεις των βαρέως πασχόντων. Η εξίσωση των Harris-Benedict και του Mifflin που χρησιμοποιούνται σε υγιείς φαίνεται να υποεκτιμούν τον REE σε βαρέως πάσχοντες.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα και με τις τελευταίες κατευθυντήριες συστάσεις της ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) για τη θρεπτική υποστήριξη ασθενών με εγκαύματα (Rousseau, Losser, Ichai, & Berger, 2013), προτείνεται η χρήση των γνωστών ως «εξισώσεων Toronto» για την εκτίμηση των ενεργειακών αναγκών ηρεμίας ενήλικων ασθενών, ενώ για τα παιδιά προτείνεται η εφαρμογή των προαναφερόμενων εξισώσεων των FAO/WHO/UNU. Αντίστοιχα, για τους βαρέως πάσχοντες διασωληνωμένους ασθενείς, οι εξισώσεις της Ireton-Jones et al. (Ireton-Jones & Jones, 2002) φαίνεται ότι εκτιμούν καλύτερα τις ενεργειακές ανάγκες ηρεμίας αυτών των ασθενών, δεδομένου ότι έχουν αναπτυχθεί σε δείγμα νοσηλευόμενων σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

Όλες οι διαθέσιμες εξισώσεις επηρεάζονται από το σωματικό βάρος, τη φαρμακευτική αγωγή, τις θεραπείες και τη θερμοκρασία του σώματος. 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.

Το μόνο πλεονέκτημα της χρήσης εξισώσεων βάσει βάρους έναντι των άλλων διαθέσιμων εξισώσεων είναι η ευκολία στη χρήση. Ωστόσο, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς που ακολουθούν επιθετική ανάνηψη με υγρά ή σε παρουσία οιδήματος θα πρέπει να χρησιμοποιείται το ξηρό ή το σύνηθες σωματικό βάρος έναντι του παρόντος. Η πρόσθετη ενέργεια που λαμβάνεται από τα υγρά που περιέχουν δεξτρόζη και τα φάρμακα με βάση τα λιπίδια, όπως η προποφόλη, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την επίτευξη των στόχων ενεργειακής πρόσληψης.

Λέξεις κλειδιά: Έμμεση θερμιδομετρία, βαρέως πάσχοντες, ενεργειακές ανάγκες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937158640
E-mail: jimkar_d@yahoo.com

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ζαφειρία Μάστορα

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

Η Οξεία Νεφρική Βλάβη (ΟΝΒ ή Acute Kidney Injury, AKI) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα εμφάνισης δυσθρεψίας, συνοδεύεται από αυξημένη επίπτωση μεταβολικών διαταραχών και οδηγεί σε αυξημένη θνητότητα, παράταση νοσηλείας, αύξηση λοιμώξεων και αυξημένο κόστος για πόρους υγείας.

Όλοι οι ασθενείς με ΟΝΒ ή/και Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ ή Chronic Kidney Disease, CKD) και ιδιαίτερα αυτοί που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για περισσότερο από δύο ημέρες πρέπει να αξιολογούνται για την εμφάνιση δυσθρεψίας.

Οι ασθενείς με ΟΝΒ εμφανίζουν ανορεξία, καθυστερημένη έναρξη θρεπτικής υποστήριξης, χαμηλή πρωτεϊνική πρόσληψη, με αποτέλεσμα μειωμένα αποθέματα πρωτεΐνης και ενέργειας που σε συνδυασμό με την ακινητοποίηση και την μεταβολική οξέωση οδηγούν σε καταβολισμό, μειωμένα αποθέματα πρωτεΐνης και μυϊκής μάζας, καθώς και σε εξάντληση των σωματικών αποθεμάτων λίπους.

Επίσης ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται και στον υπερσιτισμό εξαιτίας της κακής εκτίμησης των θερμιδικών αναγκών (υπερεκτίμηση) αλλά και εξαιτίας του μη υπολογισμού των κρυφών θερμίδων που συμπεριλαμβάνουν τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται κατά την εξωνεφρική κάθαρση.

Κύρια προβλήματα στην ΟΝΒ είναι η έλλειψη κατάλληλων εργαλείων για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης και η παρακολούθηση της διατροφικής υποστήριξης. Η έμμεση θερμιδομετρία αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο για τον προσδιορισμό των ενεργειακών αναγκών.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ασθενείς με ΟΝΒ χρειάζονται πρόσληψη 25-30 kcal/kgr ΒΣ (βάρους σώματος). Όσον αφορά τις πρωτεϊνικές ανάγκες ο ασθενής με ΟΝΒ πρέπει να λαμβάνει 1gr/kgr ΒΣ ενώ ο ασθενής σε εξωνεφρική κάθαρση μέχρι 1,7gr/kgr ΒΣ. 30-40% της μη πρωτεϊνικής ενέργειας πρέπει να παρέχεται σε λίπος αλλά επειδή οι ασθενείς με νεφρική βλάβη έχουν αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων είναι σημαντικό να παρακολουθούμε τις τιμές και να διακόπτουμε την χορήγηση αν η τιμή των τριγλυκερίδιων ξεπεράσει τα 400mgr/dl. Τα επίπεδα της γλυκόζης πρέπει να διατηρούνται μεταξύ 140-180 mg/dl και να συμπληρώνουμε σε ιχνοστοιχεία και υδατοδιαλυτές βιταμίνες κυρίως σε ασθενείς σε συνεχή αιμοδιήθηση.

Καταλήγοντας πρέπει να επισημάνουμε τον σημαντικό ρόλο που έχει η ομάδα θρέψης για την αξιολόγηση και τη θρεπτική υποστήριξη αυτών των ασθενών όπως και η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που τους χειρίζεται.

Λέξεις κλειδιά: Οξεία νεφρική βλάβη (ΟΝΒ), δυσθρεψία, αξιολόγηση, έμμεση θερμιδομετρία, θρεπτική υποστήριξη.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977746403
E-mail: zafimast@yahoo.gr

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Νικόλαος Δριμάλας

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

Ως καρκίνος αγνώστου πρωτοπαθούς αιτιολογίας ορίζεται η καρκινική νόσος της οποίας η πρωτοπαθής εστία προέλευσης παραμένει αδιευκρίνιστη, ακόμη και μετά την ολοκλήρωση διεξοδικής κλινικής, χειρουργικής, εργαστηριακής και απεικονιστικής διερεύνησης. Αποτελεί παγκοσμίως την έκτη με όγδοη, κατά σειρά συχνότητας, αιτία καρκίνου, ενώ στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου θεωρείται ότι αφορά στο 2-5% των καρκινωμάτων εκ πλακωδών κυττάρων. Ιστολογικά αφορά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σε πλακώδες καρκίνωμα, ενώ μπορεί να ανευρεθεί και καρκίνος θυρεοειδούς, αδενοκαρκίνωμα, νευροενδοκρινές καρκίνωμα ή αδιαφοροποίητο καρκίνωμα.

Κλινικά μπορεί να εκδηλώνεται ως μία τραχηλική διόγκωση με καλοήθεις κλινικούς και υπερηχογραφικούς χαρακτήρες, με συνέπεια να καθυστερεί η περαιτέρω διερεύνηση. Άλλοτε εκδηλώνεται τυπικά ως τραχηλική λεμφαδενική διόγκωση ή block, σκληρή, ακίνητη, ανώδυνη που μπορεί να διηθεί και το υπερκείμενο δέρμα, με κυστικά, αιμορραγικά ή και νεκρωτικά στοιχεία στον υπέρηχο. Συχνότερα εντοπίζεται στα τμήματα 2 και 3 του τραχήλου. Οι συχνότερες πρωτοπαθείς εστίες, οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν, στον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς αιτιολογίας είναι η στοματική κοιλότητα, ο στοματοφάρυγγας, ιδίως οι παρίσθμιες και οι γλωσσικές αμυγδαλές, ο ρινοφάρυγγας, ο λάρυγγας, η ρινική κοιλότητα και οι παραρρίνιοι κόλποι, οι παρωτίδες, οι υπογνάθιοι σιελογόνοι αδένες, ο θυρεοειδής και το δέρμα του τριχωτού της κεφαλής. Η πρωτοπαθής εστία ανευρίσκεται στο 40-80% (60%) των περιπτώσεων.

Η διερεύνηση περιλαμβάνει μία πλήρη ΩΡΛ κλινική εξέταση όλων των ανωτέρω περιοχών, ενδοσκόπηση ρινός και λάρυγγος με εύκαμπτο και άκαμπτο ενδοσκόπιο, και λήψη υπό τοπική αναισθησία βιοψιών από πιθανές ύποπτες κλινικά περιοχές. Επί απουσίας κλινικά ύποπτης πρωτοπαθούς εστίας διενεργείται FNA ή FNB της τραχηλικής λεμφαδενικής διόγκωσης, κατά προτίμηση υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Σε περίπτωση που η FNA ή η FNB αποβεί θετική για κακοήθεια και κατά την κλινική εξέταση δεν εντοπίζεται ύποπτη πρωτοπαθής εστία, διενεργείται διερεύνηση με CT ή MRI σπλαγχνικού κρανίου, τραχήλου και επί αρνητικών αποτελεσμάτων PET/CT. Η βιολογία της κακοήθειας, αν έχει προσδιοριστεί από την FNA/FNB, όπως και η εντόπισή της στον τράχηλο, μπορεί να κατευθύνει την ακτινολογική διερεύνηση. Χαρακτηριστικά, αν εντοπίζεται στον αριστερό υπερκλείδιο βόθρο θα πρέπει να αποκλειστούν κακοήθειες από την κοιλιά και το θώρακα. Όταν ο ακτινολογικός έλεγχος είναι αρνητικός, το επόμενο βήμα είναι η υπό γενική αναισθησία πανενδοσκόπηση με λήψη τυφλών βιοψιών ρινοφάρυγγα και ρίζας γλώσσας, αμφοτερόπλευρη αμυγδαλεκτομή και επί παρουσίας αδενοειδών εκβλαστήσεων, αδενοειδεκτομή. Κατά την πανενδοσκόπηση πρέπει να ληφθούν βιοψίες και από οποιαδήποτε περιοχή και σημείο θεωρηθεί ύποπτο από τη ρινική κοιλότητα, τη στοματική κοιλότητα και το λάρυγγα. Στο 40% των περιπτώσεων δεν θα βρεθεί καμία πρωτοπαθής εστία, οπότε ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία με πρωτόκολλα καρκίνου κεφαλής και τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς αιτιολογίας.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος αγνώστου πρωτοπαθούς, πλακώδες καρκίνωμα κεφαλής και τραχήλου, καρκίνος κεφαλής και τραχήλου, τραχηλικές λεμφαδενικές μεταστάσεις, πανενδοσκόπηση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977265466
E-mail: drimalasdoc@hotmail.gr

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ PET SCAN ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Νικολέττα Κ. Πιάνου, MD, PhD

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

Ως μεταστατικός καρκίνος στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας (HNCUP), ορίζεται η ιστολογικά επιβεβαιωμένη μετάσταση σε έναν ή περισσότερους τραχηλικούς λεμφαδένες, χωρίς ωστόσο να δύναται να προσδιοριστεί η πρωτοπαθής εστία, είτε με την κλινική εξέταση είτε με τον συμβατικό απεικονιστικό έλεγχο, που περιλαμβάνει την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία. Η πρωτοπαθής εστία ωστόσο, δεν περιορίζεται πάντα στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, αλλά δύναται να εντοπιστεί και κάτωθεν των κλειδών, όπως στο θώρακα και στην κοιλιακή χώρα.

Η απεικόνιση με Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων με ταυτόχρονη ανατομική απεικόνιση με αξονική τομογραφία (PET/CT) και χρήση φθοριωμένης δεσοξυγλυκόζης (18F-FDG) είναι μία υβριδική μέθοδος μοριακής απεικόνισης, η οποία αποτελεί ένα από τα πρώτα βήματα στο διαγνωστικό αλγόριθμο για την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας σε HNCUP. Τα ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας κυμαίνονται από 30-50% των περιπτώσεων, ενώ ένα άλλο πλεονέκτημα της 18F-FDGPET/CT είναι ότι μπορεί να καθοδηγήσει σωστά τη βιοψία, για αυτό το λόγο και θα πρέπει να προηγείται αυτής, όπως και για την αποφυγή ψευδώς θετικών ευρημάτων, λόγω τοπικών χειρισμών. Με την ολοσωματική απεικόνιση επιπλέον, μπορεί να εντοπίσει απομακρυσμένες μεταστάσεις σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθώς και έτερη σύγχρονη κακοήθεια. Το ραδιοφάρμακο που χορηγείται, η 18F-FDG, έχει το πλεονέκτημα της αυξημένης πρόσληψης από τα καρκινικά κύτταρα, λόγω της αυξημένης κατανάλωσης γλυκόζης που τα χαρακτηρίζει, μέσω της υπερλειτουργίας των μεταφορέων γλυκόζης (GLUT-1 transporters), έναντι των φυσιολογικών κυττάρων.

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η PET/CT απεικόνιση δε δύναται να αναδείξει την πρωτοπαθή εστία, ακολουθούν πιο επεμβατικές τεχνικές, όπως η ενδοσκόπηση, αλλά και χειρουργικές μέθοδοι, όπως η αμυγδαλεκτομή. Παράμετροι οι οποίες επηρεάζουν την επιτυχία εντόπισης της πρωτοπαθούς εστίας είναι η γνώση του ιστολογικού τύπου της μετάστασης, το επίπεδο εντόπισης στον τράχηλο των μεταστατικών λεμφαδένων, πιθανές διαγνωστικές παγίδες που ανακύπτουν από τη φυσιολογική κατανομή του ραδιοφαρμάκου στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, αλλά και ειδικές πληροφορίες, όπως η κυστική μορφή των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Επίσης, οι συνήθεις θέσεις εντόπισης της πρωτοπαθούς εστίας στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου. Η αναγνώριση της πρωτοπαθούς εστίας κατευθύνει τη σωστή θεραπεία βελτιώνοντας την ολική επιβίωση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων, PET/CT, τραχηλική λεμφαδενική μετάσταση, καρκίνος αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας, πλακώδες Ca.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6947721324
E-mail: npianou@yahoo.gr

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αθανασία Τουργέλη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι νεοπλασίες κεφαλής και τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας αποτελούν μια εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα. Υπολογίζεται ότι 10% των μεταστατικών λεμφαδενικών διογκώσεων του τραχήλου εμφανίζονται χωρίς γνωστή πρωτοπαθή εστία και μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές,ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα στον τράχηλο.

Η χειρουργική αντιμετώπισή τους συμπεριλαμβάνει τον τροποποιήμενο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου και τις τυφλές βιοψίες. Ειδικότερα, οι τυφλές βιοψίες αφορούν την αμυγδαλεκτομή άμφω, καθώς και τη λήψη βιοψίας από το ρινοφάρυγγα, τη βάση της γλώσσας και τους απιοειδείς βόθρους του υποφάρυγγα προκειμένου να εντοπιστεί η πρωτοπαθής εστία. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου αποσκοπεί στην αφαίρεση της μεταστατικής λεμφαδενικής διόγκωσης (N1-N2) και στον χειρουργικό καθαρισμό των ανατομικών τριγώνων του τραχήλου Ια-β, IIα-β, III και IV.

Παραθέτουμε 3 περιστατικά τα οποία αντιμετώπισε η ΩΡΛ Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» μεταξύ 2020 και 2021. Το πρώτο αφορά σε άντρα 52 ετών ο οποίος διαγνώστηκε με N3 λεμφαδενική διόγκωση με FNA (+) για μεταστατικό πλακώδες καρκίνωμα (SCC) αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας και υποβλήθηκε σε αμυγδαλεκτομή άμφω και λήψη τυφλών βιοψιών. Ο ασθενής ακολούθως, λόγω N3 νόσου η οποία είναι μη εξαιρέσιμη χειρουργικά,υποβλήθηκε σε ΧΜΘ και ΑΚΘ. Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε άντρα 61 ετών με αμφοτερόπλευρη τραχηλική λεμφαδενόπαθεια και FNA (+) για μεταστατικό πλακώδες καρκίνωμα τραχήλου (SCC). Από απεικονίσεις και ενδοσκόπηση δεν ανευρέθη πρωτοπαθής εστία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε λήψη τυφλών βιοψιών από ρινοφάρυγγα και υποφάρυγγα και τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό άμφω. Ο ασθενής διαγνώστηκε με T0N2cM0 και υποβλήθηκε σε ΧΜΘ και ΑΚΘ. Τέλος, το τρίτο περιστατικό αφορά σε γυναίκα 28 ετών η οποία προσήλθε με ΔΕ τραχηλική διόγκωση, η βιοψία της οποίας ανέδειξε λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα θετικό στον ιό Epstein-Barr. Υποβλήθηκε σε τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό ΔΕ, αμυγδαλεκτομή άμφω και λήψη τυφλών βιοψιών από ρινοφάρυγγα και υποφάρυγγα. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε νόσο T0N2aM0 και ακολούθως η ασθενής έλαβε ΧΜΘ και ΑΚΘ.

Συμπερασματικά, τα νεοπλάσματα τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας προβληματίζουν ιδιαίτερα τον ΩΡΛ ιατρό που συνήθως καλείται να τα διερευνήσει και να τα αντιμετωπίσει. Η χειρουργική τους αντιμετώπιση είναι κρίσιμη προκειμένου να αναδειχθούν η πιθανή πρωτοπαθής εστία, το παθολογοανατομικό στάδιο καθώς και η ιστολογική συσχέτιση με ιούς HPV ή Epstein-Barr, τα οποία συνολικά καθορίζουν τη μεταγενέστερη θεραπεία και πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Νεόπλασμα τραχήλου αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας, χειρουργική αντιμετώπιση, τυφλές βιοψίες, τροποποιημένος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός, σταδιοποίηση νόσου.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977132576
E-mail: ntourgeli@hotmail.com

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Θεόδωρος Κ. Τέγος[1], MD, PhD, Ναταλία Ασημακοπούλου[2], MD, PhD

[1]Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., [2]Ιατρός, Ειδικευόμενη Παθολογικής Ογκολογίας, Ογκολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα καρκινώματα κεφαλής και τραχήλου άγνωστου πρωτοπαθούς εστίας ορίζονται από την παρουσία εστιών πλακώδους, κυρίως, καρκινώματος (squamous cell carcinoma, SCC) σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, που δεν εντοπίζονται αποκλειστικά στην υπερκλείδια περιοχή και για τα οποία δεν υπάρχει δυνατότητα ακριβούς ταυτοποίησης της πρωτοπαθούς εστίας. Η διαγνωστική τους προσέγγιση συμπεριλαμβάνει πλήρες ιστορικό και κλινική εξέταση του ασθενούς, ενδελεχή απεικονιστικό έλεγχο (αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία ή/και PET-CT) καθώς και επεμβατικές βιοψίες ή χειρουργικό χειρισμό. Εάν ο πρωτοπαθής όγκος δεν εντοπιστεί, ενδείκνυται ενδοσκόπηση και κατευθυνόμενες βιοψίες με μονόπλευρη/αμφοτερόπλευρη αμυγδαλεκτομή, ενώ εξετάζεται και το ενδεχόμενο διαστοματικής γλωσσικής αμυγδαλεκτομής. Στη σταδιοποίηση αυτών των καρκινωμάτων πλακώδους προέλευσης παρατηρούνται τρεις οντότητες: i) η σχετιζόμενη με HPV και προέλευση από τον στοματοφάρυγγα, ii) η σχετιζόμενη με EBV από το ρινοφάρυγγα και iii) η p16-αρνητική, EBV-αρνητική νόσος χωρίς συγκεκριμένη περιοχή προέλευσης. Η εγχειρητική προσπέλαση συμπεριλαμβάνει, για εξαιρέσιμους όγκους, χειρουργικό καθαρισμό των διαμερισμάτων I-IV του τραχήλου. Για ασθενείς με νόσο N1 χωρίς εξωκαψική επέκταση συστήνεται αντιμετώπιση είτε με χειρουργική επέμβαση είτε με ακτινοθεραπεία, η οποία μπορεί να αποφευχθεί σε περίπτωση αποδεδειγμένων αρνητικών ορίων εκτομής και με βάση τα ιστολογικά κριτήρια. Για ασθενείς, πάλι, με κλινικό στάδιο N2b, N2c και N3, καθώς και για λεμφαδενικές μεταστάσεις με εξωκαψική επέκταση, η επικουρική ακτινοθεραπεία οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά συνολικής επιβίωσης σε σχέση με τη χειρουργική παρέμβαση μόνο. Η CIMRT (conformational intensity-modulated radiation therapy) αποτελεί την προτιμητέα μέθοδο. Όσον αφορά το ζήτημα της ετερόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης ακτινοβόλησης επί ύπαρξης μονόπλευρης ύπαρξης νόσου υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία που στηρίζονται κυρίως σε αναδρομικά δεδομένα και θέτουν προβληματισμούς για την επίδραση στη συνολική επιβίωση και τις ενδεχόμενες παρενέργειες. Η ακτινοβόληση και μόνο του τραχήλου μπορεί να εξεταστεί για ασθενείς με πτωχό performance status που δεν είναι υποψήφιοι για συνδυασμένη θεραπεία, ενώ η χειρουργική παρέμβαση απευθύνεται σε αυτούς με ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα νόσο μετά την ακτινοθεραπεία. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για ακτινοβόληση ασθενών με HPV ή EBV συμμετοχή. Η συστηματική θεραπεία αποσκοπεί στον έλεγχο της νόσου στον τράχηλο, καθώς και στην πρόληψη της επανεμφάνισης του πρωτοπαθούς όγκου. Η χρήση χημειοθεραπείας, ειδικά σε περιπτώσεις εξωκαψικής επέκτασης και θετικών ιστολογικών ορίων, μαζί με την ακτινοθεραπεία φαίνεται να προσφέρουν τόσο στη συνολική επιβίωση των ασθενών όσο και στον καλύτερο τοπικό έλεγχο της νόσου. Η οριστική συνδυασμένη χημειοακτινοθεραπεία (CRT) είναι η προτεινόμενη θεραπεία για ασθενείς με μη εξαιρέσιμη, ογκώδη νόσο ή μετά ατελή χειρουργική εξαίρεση. Ο πλατινούχος συνδυασμός χρησιμοποιείται ως θεραπεία πρώτης γραμμής με ποσοστά ανταπόκρισης 30-40% και ποσοστό διετούς επιβίωσης 20-25%, ενώ οι επιλογές στη δεύτερη γραμμή θεραπείας και η επίδραση στη συνολική επιβίωση αφορούν κυρίως στη χρήση της ανοσοθεραπείας με αναστολείς ανοσοελέγχου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν ξεκαθαρίζουν πλήρως το τοπίο αντιμετώπισης των ασθενών αυτών και η θεραπεία παραμένει εξατομικευμένη στο πλαίσιο συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας, ενώ η ανάγκη προοπτικών μελετών για σύγκριση αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών παραμένει.

Λέξεις κλειδιά: Καρκινώματα αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας, κεφαλή-τράχηλος, πλακώδες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Θ. Τέγος
Τηλ.: 6955198208
E-mail: th_tegos@yahoo.com

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Γεώργιος Κυριακόπουλος

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

Με ακριβή κριτήρια ως αγνώστου πρωτοπαθούς καρκίνωμα (ΑΠΚ) κεφαλής και τραχήλου ορίζεται το καρκίνωμα του οποίου η πρωτοπαθής εστία δεν μπορεί να εντοπιστεί μετά από ενδελεχή κλινική, ακτινολογική και χειρουργική εκτίμηση συμπεριλαμβανόμενων βιοψιών από κλινικά ύποπτες ανατομικές θέσεις. Το πραγματικό αγνώστου πρωτοπαθούς καρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 1-2% των καρκινωμάτων της κεφαλής – τραχήλου και το ποσοστό αυτό ελαττώνεται λόγω των συνεχώς εξελισσόμενων μεθόδων ανίχνευσης. Η συχνότερη πρωτοπαθής ανατομική θέση ενός καρκινώματος που εκδηλώνεται ως αγνώστου πρωτοπαθούς στην κεφαλή – τράχηλο είναι το καρκίνωμα του οροφάρυγγα και ειδικότερα το προερχόμενο από το επιθήλιο των κρυπτών των παρίσθμιων αμυγδαλών και της βάσης της γλώσσας ή της γλωσσικής αμυγδαλής. Οι κύριο λόγοι που ο οροφάρυγγας πρωταγωνιστεί στα ΑΠΚ της κεφαλής – τραχήλου είναι ότι τα καρκινώματα αυτά μπορεί να δώσουν μετάσταση ακόμα και όταν το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας είναι εξαιρετικά μικρό ή σε ορισμένες περιπτώσεις να λαμβάνει ιστολογική εικόνα *in situ* καρκινώματος ή ακόμα και να έχει πλήρως υποστραφεί. Το καρκίνωμα οροφαρυγγικής προέλευσης συνηθέστερα μεθίσταται στους λεμφαδένες επιπέδου ΙΙ και ΙΙΙ ενώ οι οπισθοφαρυγγικοί ή επίπεδου V λεμφαδένες είναι συνηθέστερα δέχονται μεταστάσεις από τα καρκινώματα του ρινοφάρυγγα. Τα καρκινώματα του θυρεοειδούς προτιμούν τους λεμφαδένες του κεντρικού διαμερίσματος (επίπεδο IV) αλλά και τους πλάγιους αυχενικούς, τους υπερκλείδιους και τους ανώτερους μεσοθωρακικούς. Μετάσταση σε υπερκλείδιους λεμφαδένες εγείρει υποψία πρωτοπαθούς εστίας εκτός κεφαλής – τραχήλου με συνηθέστερα όργανα προέλευσης τον πνεύμονα, το μαστό, τον οισοφάγο και το ουροποιογεννητικό σύστημα. Μετάσταση στους αριστερούς υπερκλείδιους λεμφαδένες (Virchow) είναι δυνατόν να προέρχεται από υποδιαφραγματικά όργανα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι δύο από τα συχνότερα νεοπλάσματα των σιελογόνων, το αδενοκυστικό καρκίνωμα και το αδενοκαρκίνωμα εκ βασικών κυττάρων ποτέ δεν εκδηλώνονται ως αγνώστου πρωτοπαθούς μετάσταση σε τραχηλικό λεμφαδένα. Τα καρκινώματα του οροφάρυγγα χαρακτηρίζονται σε υψηλό ποσοστό από την παρουσία του ιού Human Papilloma Virus σε μεταγραφικά ενεργό φάση γεγονός που καθιστά μείζονος σημασίας τον αλγόριθμο ανίχνευσης του ιού HPV σε ανοσοϊστοχημικό επίπεδο ή με τη μέθοδο του *in situ* υβριδισμού. Επιπρόσθετα περίπου το 1/3 των πραγματικών ΑΠΚ αποδεικνύεται ότι σχετίζονται με τον ιό HPV. Η τεκμηρίωση ότι σε ένα καρκίνωμα υπάρχει μεταγραφικά – ενεργός ο ιός HPV υψηλού κινδύνου υποδεικνύει με υψηλή ειδικότητα ότι η πρωτοπαθής εστία βρίσκεται στον οροφάρυγγα. Επιπρόσθετα, στα καρκινώματα του οροφάρυγγα η ανοσοϊστοχημική ανάδειξη διάχυτης και έντονης (*block-positive*) έκφρασης της πρωτεΐνης p16 αποτελεί προγνωστικό βιοδείκτη καθώς έχει υψηλής συσχέτιση με την παρουσία μεταγραφικά ενεργού ιού HPV. Αντίστοιχα υψηλή συσχέτιση δεν παρατηρείται στα υπόλοιπα καρκινώματα της κεφαλής – τραχήλους εκτός της ανατομικής θέσης του οροφάρυγγα. Συνεπώς, ένδειξη για περαιτέρω εκτός της ανοσοϊστοχημείας (p16) προσπάθεια ανίχνευσης του ιού με *in situ* υβριδισμό τίθεται όταν το καρκίνωμα δεν φέρει τυπικά χαρακτηριστικά οροφαρυγγικής προέλευσης (μετάσταση εκτός των επιπέδων ΙΙ και ΙΙΙ, ή ιστολογία μη – μη-κερατινοποιούμενου καρκινώματος), όταν η πρωτοπαθής εστία εντοπιστεί εκτός οροφάρυγγα ή δεν εντοπιστεί καθόλου (γνήσιο ΑΠΚ) ή όταν ο ασθενής χρειάζεται τον *in situ* υβριδισμό για να ενταχθεί σε κλινική δοκιμασία. Σε περίπτωση που και ο in situ υβριδισμός αποτύχει να αναδείξει την παρουσία του ιού HPV και υπάρχει ιστολογική εικόνα αδιαφοροποίητου καρκινώματος τίθεται η ένδειξη ελέγχου παρουσίας του ιού Epstein – Barr με τη μέθοδο EBERs (*in situ* υβριδισμός) μολονότι τα EBV-σχετιζόμενα καρκινώματα (ρινοφάρυγγα, παραρινίων κτλ) σπάνια εμφανίζονται ως ΑΠΚ της κεφαλής – τραχήλου. Στις περιπτώσεις μετάστασης σε υπερκλείδιο λεμφαδένα ενεργοποιείται ο ανοσοϊστοχημικός αλγόριθμος των πολυάριθμων μεταγραφικών παραγόντων και αντιγόνων που χαρακτηρίζουν τα όργανα προέλευσης υπερ- και υπό- διαφραγματικά (π.χ. TTF-1, GATA-3, GCDFP-15, CDX-2, PDX-1, PAX-8 κτλ).

Λέξεις κλειδιά: Αγνώστου πρωτοπαθούς καρκίνωμα, κεφαλή – τράχηλος, πρωτεΐνη p16, ιός HPV.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977127469
E-mail: geokyr11@hotmail.gr

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ HER2+ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος[1], Δημήτριος Αλεξανδρής[2]

[1]Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ιατρός, Ειδικευόμενος Παθολογίας, 251 Γ.Ν.Α.

Οι κλασικές θεραπευτικές επιλογές στον καρκίνο μαστού με HER2 (+) (pertuzumab, trastuzumab) είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές με βάση τις εγκριτικές τους μελέτες και η πολυετής κλινική εφαρμογή τους έχει πλέον αποδείξει την θεραπευτική τους ισχύ. Η εκλεκτική στοχεύουσα δράση τους με την πρόσδεσή τους στους HER2 υποδοχείς, εμποδίζει τα καρκινικά κύτταρα να δέχονται μηνύματα για την ανάπτυξή τους και οδηγούνται στην οδό της απόπτωσης.

Μια άλλη κατηγορία αντισωμάτων για τη διαχείριση της HER2 (+) νόσου περιλαμβάνει τα συζευγμένα αντισώματα-φάρμακα (Antibody-Drug Conjugates, ADC): Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki και Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1, Kadcyla®), στα οποία ένα μονοκλωνικό αντίσωμα είναι συζευγμένο με ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο. Το αντίσωμα έναντι HER2 συνδέεται με τους υποδοχείς στα καρκινικά κύτταρα και δρα σαν σήμα αναγνώρισης για να εισέλθει και να δράσει στοχευτικά η χημειοθεραπεία.

Αρκετά νεότερα φάρμακα έχουν επίσης εγκριθεί ή βρίσκονται υπό κλινική δοκιμή για το HER2 (+) καρκίνο του μαστού με τη μορφή στοχευουσών θεραπειών. Σε αυτή τη νεότερη γενιά ανήκουν τα κάτωθι:

1. Το **Enhertu®** (Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με μεταστατικό HER2 (+) καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενες θεραπείες. Είναι ένας συνδυασμός φαρμάκου κατά του HER2 που έχει την ίδια βασική δομή με το Herceptin, και ενός φαρμάκου χημειοθεραπείας topoisomerase I inhibitor και του deruxtecan, μιας ένωσης που συνδέει τα άλλα δύο. Το Enhertu® σχεδιάστηκε για να αποδεσμεύει τον αναστολέα topoisomerase I inhibitor στα καρκινικά κύτταρα μετά την πρόσδεση πάνω σε αυτά στοχευτικού αντισώματος κατά του HER2.
2. Το **Phesgo®** (pertuzumab, trastuzumab and hyaluronidase-zzxf) συνδυάζεται στη χορήγηση του και με ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά μόρια για τη διαχείριση ασθενών με HER-2 (+) καρκίνο του μαστού (ανήκει στα μόρια της ανοσοθεραπείας). Το Phesgo® ανήκει στα μόρια της ανοσοθεραπείας και η Hyaluronidase παίζει καίριο ρόλο στη διευκόλυνση εισόδου των δύο αντισωμάτων.
3. Το **Tukysa®** (tucatinib) είναι αναστολέας κινάσης τυροσίνης που ενδείκνυται για χρήση σε συνδυασμό με trastuzumab και capecitabine για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με προχωρημένο, μη χειρουργήσιμο ή μεταστατικό HER2 (+) καρκίνο του μαστού.
4. Το **Margenza®** (margetuximab-cmkb) είναι η πρώτη θεραπεία με στόχο το HER2 που βελτίωσε την επιβίωση χωρίς εξέλιξη (PFS) έναντι του trastuzumab, σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, σε μια κλινική δοκιμή Φάσης 3 (SOPHIA).

Η πρωτεΐνη HER2 ανήκει στην κατηγορία των κινασών, και εξίσου αποτελεσματικά δραστικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της πρωτεϊνικής κινάσης, όπως το lapatinib και το neratinib.

Κατανοεί κανείς ότι η μεταστατική νόσος στον HER2 (+) καρκίνο του μαστού δε στερείται πλέον θεραπευτικών επιλογών. Σειρά μορίων στοχευτικών του υποδοχέα, μόνα ή σε συνδυασμούς μεταξύ τους ή με κλασσικά χημειοθεραπευτικά σχήματα, βοηθούν σημαντικά στη μείωση της πιθανότητας υποτροπής της νόσου, με εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας και εγγυώνται καλύτερες ανταποκρίσεις και βελτίωση της πρόγνωσης.

Λέξεις κλειδιά: HER2, trastuzumab, pertuzumab, enhertu, καρκίνος μαστού.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Ν. Αλεβιζόπουλος
Τηλ.: 6944868352
E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΑΞΟΝΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ - MRI ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ελένη Λαζαρίδου

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

Σκοπός της Αξονικής (CTE) και της Μαγνητικής Εντερογραφίας (MRE) είναι να απεικονισθεί διατεταμένο το λεπτό έντερο (ΛΕ), ώστε να αξιολογηθεί η παθολογία του. Προκειμένου να επιτευχθεί η διάταση του ΛΕ, χορηγείται δια του στόματος 1000-1500 ml ουδέτερο ή χαμηλής πυκνότητας διάλυμα με ρυθμό 1 ποτήρι ανά 7 λεπτά, καθώς και σπασμολυτικό ενδοφλεβίως, ενώ έχει προηγηθεί δίαιτα. Στη CTE λαμβάνεται σάρωση σε εντερική φάση σκιαγράφησης, ενώ στη MRE ακολουθεί δυναμικός έλεγχος. Στις ενδείξεις της μεθόδου περιλαμβάνονται η ν. Crohn (εξαίρεση η προ/μετεγχειρητική περίοδος), η κοιλιοκάκη, άλλες νόσοι που προκαλούν φλεγμονή ή δυσαπορρόφηση στο ΛΕ, η χρόνια διάρροια, καθώς και η υποψία χρόνιας μεσεντέριας ισχαιμίας. Στο πλαίσιο της αρχικής διερεύνησης και του επανελέγχου της ν. Crohn χρησιμοποιείται τόσο η CTE, όσο και η MRE, με πλεονέκτημα της τελευταίας λόγω της απουσίας ακτινοβολίας. Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς για την ανεύρεση αιτίας αιμορραγίας ενδείκνυται η CTE, σε αντίθεση με την MRE που διενεργείται σε περιορισμένες περιπτώσεις.

Στα πλεονεκτήματα της CTE σε σχέση με τη MRE περιλαμβάνονται το χαμηλό κόστος, η ευρεία διαθεσιμότητα της μεθόδου ακόμη και σε επείγουσα φάση, καθώς και η μικρή διάρκεια που απαιτείται για να ολοκληρωθεί η εξέταση, ακόμη και σε ασθενείς κλειστοφοβικούς ή που δεν μπορούν να συνεργασθούν με την αναγκαία διατήρηση της αναπνοής, ενώ δεν αντενδείκνυται σε ασθενείς που φέρουν εμφυτεύματα. Ωστόσο, η διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και η ακτινοβολία, ιδία σε νέους ασθενείς, εγκύους ή παιδιά αποτελούν μειονεκτήματα της μεθόδου.

Σε αντιδιαστολή, η MRE διενεργείται χωρίς ακτινοβόληση των ασθενών, έχει μεγαλύτερη ανάλυση των εικόνων με σκιαγραφικό, ενώ οι πολλαπλές ακολουθίες του πρωτοκόλλου βοηθούν στην εκτίμηση της κινητικότητας και στη ΔΔ μεταξύ σπασμού και παθολογικής στένωσης, συμβάλλοντας στην επαλήθευση του ευρήματος. Για τη μελέτη της κινητικότητας σημαντικό ρόλο παίζουν και οι cine ακολουθίες, με την αξιολόγηση των οποίων μπορεί να αναδειχθεί αρχόμενη ή εγκατεστημένη παθολογία.

Ειδικά στην περίπτωση της ν. Crohn, τόσο η CTE όσο και η MRE, παρουσιάζουν αξιόλογα ποσοστά ειδικότητας και ευαισθησίας στην ανάδειξη ενεργού νόσου και εξωεντερικών επιπλοκών. Οι ενδοσκοπικές μέθοδοι φαίνεται να παρουσιάζουν πλεονέκτημα στην ανάδειξη πρώιμων βλεννογονικών αλλοιώσεων σε σχέση με την CTE και την MRE, σε αντίθεση με τις αλλοιώσεις στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και στα πιο εν τω βάθει τμήματα του τοιχώματος, για τις οποίες ενδείκνυνται οι απεικονιστικές μέθοδοι, με πλεονέκτημα της MRE ακόμη και σε περιστατικά με πλημμελή εντερικό καθαρισμό. Επίσης, η MRE παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία σε σχέση με την CTE στην ανάδειξη περιεδρικών συριγγίων.

Επισημαίνεται, επίσης, η αυξημένη διακριτική ικανότητα της MRE σε σχέση με της CTE στην απεικόνιση των τριών στιβάδων του τοιχώματος (trilaminar) με ανάδειξη ή αποκλεισμό παθολογίας. Επίσης, πλεονέκτημα της MRE αποτελεί η δυνατότητα ανάδειξης τοιχωματικού οιδήματος με τη χρήση της T2 και STIR ακολουθίας, εύρημα ενδεικτικό οξείας φάσης της φλεγμονής. Ο περιορισμός, ωστόσο, στην ακολουθία διάχυσης δεν αποτελεί ειδικό σημείο οξείας νόσου, γιατί παράμετροι, όπως η ανεπαρκής εντερική διάταση, μπορούν να οδηγήσουν σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Τέλος, η διάκριση ινωτικής ή φλεγμονώδους παθολογίας σε μία στένωση, ιδία όταν συνυπάρχουν χρόνια ευρήματα, είναι δυσχερής και με τις δύο μεθόδους, με υπεροχή της MRE.

Λέξεις κλειδιά: CTE, MRE, ν. Crohn.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972881510
E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΨΟΥΛΑ - ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Νίκος Βιάζης

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

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΨΟΥΛΑ

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. 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 προσβολής του λεπτού εντέρου από τη νόσο, σε ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε ασθενείς με κοιλιοκάκη, 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. Όσον αφορά το 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 ενσωμάτωση της χρωμοενδοσκόπησης στις νέες κάψουλες, ενώ εξακολουθεί η προσπάθεια δημιουργίας κάψουλας με δυνατότητα λήψης βιοψίας.

ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η προωθητική εντεροσκόπηση (push enteroscopy) χρησιμοποιείται εδώ και 30 χρόνια, και μπορεί να απεικονίσει βλάβες στην αρχική μοίρα της νήστιδας μέχρι και 50-70cm από τον πυλωρό. Όταν όμως είναι απαραίτητο να προσεγγίσουμε βλάβες στις απώτερες μοίρες της νήστιδας ή του ειλεού, θα πρέπει να καταφύγουμε στην εντεροσκόπηση με διπλό μπαλόνι (double balloon enteroscopy), η οποία πραγματοποιείται με ένα εντεροσκόπιο που φέρει δύο μπαλόνια, προκειμένου να είναι εφικτή η προώθηση του στη νήστιδα και τον ειλεό. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η απεικόνιση ολόκληρου του λεπτού εντέρου σε ένα 44% των περιπτώσεων, όμως η εξέταση σχετίζεται με εμφάνιση επιπλοκών (παγκρεατίτιδα, αιμορραγία), ενώ και η μεγάλη της διάρκεια (4-6 ώρες), την καθιστά δυσχερή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: Ενδοσκοπική κάψουλα λεπτού εντέρου, εντεροσκόπηση, αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977617000
E-mail: nikos.viazis@gmail.com

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΑΙΤΙΩΝ

Ευφροσύνη Δήμα

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

Ο προεγχειρητικός έλεγχος έχει ως στόχο να εκτιμήσει τον κίνδυνο που σχετίζεται με την εκάστοτε χειρουργική παρέμβαση και να βοηθήσει, έτσι ώστε να επιλεγεί το κατάλληλο πλάνο της αναισθησίας και της περιεγχειρητικής φροντίδας για την καλύτερη ασφάλεια του ασθενούς. Η ομιλία θα αφορά στους κινδύνους από το αναπνευστικό σύστημα, οι οποίοι θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με τον ασθενή και σχετιζόμενοι με τη χειρουργική παρέμβαση. Οι παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με τον ασθενή είναι η χρόνια αναπνευστική νόσος, η καπνισματική συνήθεια και το σωματικό βάρος, ενώ στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την παρέμβαση περιλαμβάνονται η διάρκεια του χειρουργείου, η θέση της επέμβασης και το είδος της αναισθησίας. Η λήψη του ιστορικού και η γενική κλινική εξέταση είναι αυτά που θα καθορίσουν τα επόμενα βήματα. Ασθενείς μεγαλύτεροι των 60 ετών, με καπνισματική συνήθεια>20pyrs, παχύσαρκοι, με αναπνευστικά συμπτώματα, και χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο με ακτινογραφία, σπιρομέτρηση, αέρια αίματος με σκοπό να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία, ώστε το χρόνιο πρόβλημα να βρίσκεται στη βέλτιστη δυνατή κατάσταση, εφόσον η αναγκαιότητα του χειρουργείου επιτρέπει να υπάρξει ο ανάλογος χρόνος. Επίσης, ειδικές οδηγίες δίνονται για τη διεγχειρητική/μετεγχειρητική διαχείριση ανάλογα με την υποκείμενη παθολογία. Ειδικότερα, περιγράφονται η διαχείριση των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, διάμεσα νοσήματα του πνεύμονα, πνευμονική υπέρταση, ΣΑΥΥ, και των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε πνευμονεκτομή.

Λέξεις κλειδιά: Προεγχειρητικός έλεγχος, αναπνευστικό.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6948481432
E-mail: efi_dima@yahoo.gr

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ = ΔΩΡΟ ΖΩΗΣ

Αδαμαντία Σωτηρίου

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

Η μεταμόσχευση οργάνων είναι σε πολλές περιπτώσεις η μοναδική θεραπεία της οργανικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου όπως νεφρική, ηπατική και καρδιακή ανεπάρκεια. Η δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό δότη προσφέρει την πλειοψηφία των απαραίτητων μοσχευμάτων για τους ασθενείς αυτούς συμβάλλοντας καθοριστικά στη διάρκεια και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι ένα από τα πιο θαυμαστά επιτεύγματα της ιατρικής, εξαρτώνται όμως αποκλειστικά από τη γενναιοδωρία των δωρητών και των οικογενειών τους, οι οποίοι είναι πρόθυμοι να χαρίσουν αυτό το «δώρο ζωής» σε ασθενείς συνανθρώπους τους. Δυστυχώς όμως, η μη αξιοποίηση οργάνων από αποβιώσαντες ανθρώπους, αποτελεί τον κύριο περιοριστικό παράγοντα για την αύξηση των μεταμοσχεύσεων.

Ο εγκεφαλικός θάνατος έχει αναγνωριστεί επιστημονικά από το 1968 από το Πανεπιστήμιο του Harvard. Στην Ελλάδα ήδη από το 1987 η ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) όρισε τον εγκεφαλικό θάνατο ως «την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή». Τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου θεσπίστηκαν το 1995 και επικαιροποιήθηκαν το 2010 από την Αμερικανική Νευρολογική Ακαδημία και αφορούν κλινικές δοκιμασίες που περιλαμβάνουν τη νευρολογική εξέταση των αντανακλαστικών του στελέχους και τη δοκιμασία της άπνοιας.

Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου, η οικογένεια του δυνητικού δότη προσεγγίζεται και ενημερώνεται για τη δυνατότητα δωρεάς οργάνων του εκλιπόντος από τους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων των ΜΕΘ. Οι Συντονιστές μεταμοσχεύσεων είναι ιατροί που εργάζονται σε ΜΕΘ, οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι στη σωστή προσέγγιση των συγγενών και την οργάνωση της πολύπλοκης διαδικασίας της δωρεάς εσωτερικά στη ΜΕΘ σε συνεργασία πάντοτε με τον ΕΟΜ (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων).

Η Ελλάδα παραμένει διαχρονικά στην χαμηλότερη θέση πανευρωπαϊκά στη δωρεά οργάνων με μόλις 5 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού ενώ η Ισπανία παρουσιάζει 40 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Οι λόγοι που στη χώρα μας δεν υπάρχει προσφορά οργάνων είναι πολλοί, ανάμεσά τους η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και τη διαδικασία δωρεάς, η αμφισβήτηση και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας αλλά και κοινωνικοί και θρησκευτικοί λόγοι. Η ανάγκη υποστήριξης του δυνητικού δότη σε χώρο ΜΕΘ και η έλλειψη κλινών ΜΕΘ συντελούν επίσης στη χαμηλή προσφορά οργάνων. Δυνητικοί δότες οργάνων, υπάρχουν όπου υπάρχουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Σαφώς, πάντοτε προτεραιότητα σε μια ΜΕΘ έχει ο πάσχων ασθενής με ελπίδες επιβίωσης. Όμως η Δωρεά Οργάνων και γενικότερα η διαχείριση του θανάτου, ποτέ δεν απετέλεσε, ισότιμο κομμάτι των άλλων ιατρικών πράξεων μέσα στη ΜΕΘ.

Χωρίς δότες, δεν υπάρχουν οι μεταμοσχεύσεις. Και είναι αλήθεια, ότι πολλές προσπάθειες γίνονται διεθνώς, για την αύξηση των προσφερόμενων μοσχευμάτων. Είναι κοινός τόπος άλλωστε, ότι η ανάπτυξη των προγραμμάτων Δωρεάς Οργάνων και Μεταμοσχεύσεων καθώς και η αυτάρκεια κάθε χώρας σε μεταμοσχεύσεις, οφείλει να είναι εθνική υποχρέωση και εθνική προτεραιότητα.

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

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976511245
E-mail: mandiasotiriou@hotmail.com

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Αικατερίνη Ταράση, MD, PhD

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

Παρά την τεράστια πρόοδο στους τομείς της χειρουργικής τεχνικής και της συντήρησης των μοσχευμάτων, το κύριο ανοσολογικό πρόβλημα για την επιτυχή έκβαση μιας μεταμόσχευσης νεφρού παραμένει η ανοσιακή απάντηση του λήπτη έναντι των κυττάρων/ιστών του δότη, η οποία οδηγεί σε απόρριψη και τελικά απώλεια του μοσχεύματος.

Ιστοσυμβατότητα και μεταμόσχευση είναι δύο επιστημονικά πεδία στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους. Στη μεταμόσχευση νεφρού μας απασχολούν κυρίως τα Μείζονα Συστήματα Ιστοσυμβατότητας δηλαδή: α) τα Συστήματα των ερυθροκυτταρικών αντιγόνων και κυρίως το **σύστημα ABO** και β) τα **αντιγόνα** του **Μείζονος Συμπλέγματος Ιστοσυμβατότητας** (*MHC - Major Histocompatibility Complex*), γνωστά στον άνθρωπο και ως **HLA αντιγόνα** (*Human Leukocyte Antigens*), τα οποία διακρίνονται σε τάξης I (HLA-A, -B, -Cw) και τάξης II (HLA-DR, -DQ, -DP).

Αν και η ABO ασύμβατη μεταμόσχευση νεφρού (τηρούνται οι κανόνες των μεταγγίσεων με σκοπό την αποφυγή της υπεροξείας απόρριψης) αποτελεί αντένδειξη, η έλλειψη διαθέσιμων συμβατών μοσχευμάτων οδήγησε σε μεταμοσχεύσεις με ABO ασύμβατη ομάδα, μετά από απευαισθητοποίηση του λήπτη με πλασμαφαίρεση ή ανοσοπροσρόφηση (μόνο σε μεταμόσχευση από ζώντα δότη).

Όσον αφορά τον ρόλο των HLA αντιγόνων, ο προμεταμοσχευτικός ανοσολογικός έλεγχος περιλαμβάνει: 1) **HLA τυποποίηση υποψήφιων ληπτών και δοτών**: η διάθεση των μοσχευμάτων και η ανεύρεση του καταλληλότερου λήπτη για συγκεκριμένο (πτωματικό) δότη βασίζονται συνήθως στην HLA-A, -B και -DR συμβατότητα (όχι ταυτότητα). Επιδιώκεται συμβατότητα δότη-λήπτη τόσο HLA τάξης I (HLA-A, -B) όσο και τάξης II (HLA-DR) με σκοπό την απώτερη επιβίωση και άμεση επιβίωση των μοσχευμάτων αντίστοιχα. Αν και πολυάριθμες πολυκεντρικές μελέτες έχουν δείξει ότι μεγαλύτερου βαθμού HLA συμβατότητα συσχετίζεται με καλύτερη επιβίωση των νεφρικών μοσχευμάτων, δεν απαιτείται πάντα στην μεταμόσχευση νεφρού. 2) Δ**οκιμασία διασταύρωσης (cross-match)**: με την οποία ελέγχεται η παρουσία στον ορό του λήπτη προσχηματισμένων αντισωμάτων έναντι των λεμφοκυττάρων του δότη και αποσκοπεί στην αποφυγή υπεροξείας απόρριψης. Θετική δοκιμασία διασταύρωσης αποτελεί αντένδειξη για τη μεταμόσχευση. 3) Περιοδικός **έλεγχος** των ασθενών πριν τη μεταμόσχευση για **παρουσία αντι-HLA κυτταροτοξικών αντισωμάτων**: Κάθε υποψήφιος λήπτης νεφρού, αφού έχει εγγραφεί στη λίστα αναμονής του ΕΟΜ, ελέγχεται κάθε 3-6 μήνες καθώς και 2-4 εβδομάδες μετά από κάθε νέο γεγονός ευαισθητοποίησης (π.χ. μετάγγιση αίματος) και προσδιορίζονται α) % PRA (*Panel Reactive Antibodies*), δηλαδή το ποσοστό (%) θετικών αντιδράσεων σε *panel* (Τ και Β) κυττάρων με γνωστό HLA φαινότυπο (PRA >70% καθορίζει τους υπερευαισθητοποιημένους ασθενείς), β) καθορισμός της ειδικότητας των αντισωμάτων (π.χ., αντι-A2, αντι-DR4). Αυξημένα PRA δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο λήπτης έχει ειδικά για το δότη αντισώματα (*DSA-Donor Specific Antibodies*). Τα αντι-HLADSA αντισώματα που προσδιορίζονται με τεχνικές στερεάς φάσης (*Luminex*) δεν αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για μεταμόσχευση, όμως είναι παράγοντας κινδύνου (αυξάνουν τον κίνδυνο για πρώιμα επεισόδια χυμικής απόρριψης και οδηγούν σε ελάττωση της απώτερης επιβίωσης του μοσχεύματος). Οι σύγχρονες δοκιμασίες ελέγχου των αντι-HLADSA αντισωμάτων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όχι μόνο για την αποφυγή της μεταμόσχευσης σε λήπτες με παρουσία αυτών των αντισωμάτων στον ορό τους, αλλά και για τη διευκόλυνση της μεταμόσχευσης σε υπερευαισθητοποιημένους ασθενείς καθώς και για τον καθορισμό της ανοσοκατασταλτικής αγωγής κατά τη διάρκεια και μετά τη μεταμόσχευση, και 4) **εικονική διασταύρωση (*virtual cross-match*)**: Δηλαδή η ικανότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος του cross-match με βάση το προφίλ των αντι-HLA αντισωμάτων του ασθενούς. Βασίζεται στον καθορισμό των αποδεκτών ή μη αποδεκτών HLA αντιγόνων και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην κατανομή των μοσχευμάτων (σε υπερευαισθητοποιημένους ασθενείς) αλλά και στη μείωση του χρόνου ψυχρής ισχαιμίας.

Επιπρόσθετα, ανίχνευση και ταυτοποίηση των DSA γίνεται και μετά τη μεταμόσχευση (ιδανικά σε προκαθορισμένες, βάσει πρωτοκόλλου, χρονικές στιγμές). Εάν ανιχνευθούν *de novo* DSA ή υπάρξει αλλαγή στα επίπεδα DSA, που προϋπάρχουν, συνιστάται βιοψία νεφρού, το αποτέλεσμα

της οποίας θα καθορίσει τη θεραπεία και τον μετέπειτα έλεγχο για DSA.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση νεφρού, αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, κυτταροτοξικά αντισώματα, εικονική δοκιμασία διασταύρωσης.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ: 2132043164, 6945385192
E-mail: katerinatarassi@gmail.com

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΚ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΩΝ

Ελένη Δασκαλάκη

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

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στη χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Η τοποθέτηση του νεφρικού μοσχεύματος γίνεται εξωπεριτοναϊκά, συνηθέστερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και σπανιότερα στον αριστερό. Παρασκευάζονται τα έξω λαγόνια αγγεία του λήπτη, αρτηρία και φλέβα, και ακολούθως αναστομώνεται η νεφρική φλέβα του δότη με την έξω λαγόνιο του λήπτη και η νεφρική αρτηρία του δότη με την έξω λαγόνιο του λήπτη.

Οι κυριότερες επιπλοκές εκ των αγγειακών αναστομώσεων περιλαμβάνουν τη στένωση της νεφρικής αρτηρίας, τη θρόμβωση αυτής, τη θρόμβωση της νεφρικής φλέβας, τις αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες καθώς και τα ψευδοανευρύσματα.

Η θρόμβωση της νεφρικής αρτηρίας απαντάται σε ποσοστό 1% και μπορεί να οφείλεται σε υπεροξεία απόρριψη, διεγχειρητική υπόταση, γωνίωση αυτής καθώς και σε κάκωση του ενδοθηλίου κατά την έκπλυση του μοσχεύματος. Όταν αφορά στην κύρια νεφρική αρτηρία οδηγεί σε απώλεια του μοσχεύματος, ενώ όταν αφορά στις πολικές αρτηρίες σε δημιουργία εμφράκτων καθώς και σε ισχαιμία του ουρητήρα, όταν αφορά στην κάτω πολική αρτηρία. Η διάγνωση γίνεται συνήθως με υπέρηχο μοσχεύματος, ενώ μπορεί να γίνει και με αξονική ή κλασσική αγγειογραφία. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη διαδερμική θρομβόλυση σε μικρούς θρόμβους και ασθενείς υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου καθώς και τη χειρουργική θρομβόλυση ή ακόμη και αφαίρεση του μοσχεύματος.

Η στένωση της νεφρικής αρτηρίας απαντάται συνήθως τον πρώτο χρόνο και στο 50% αφορά την αναστόμωση, χωρίς να αποκλείεται εντόπιση της προ ή και μετά την αναστόμωση. Η διάγνωση γίνεται με υπέρηχο ή αγγειογραφία και η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει την αγγειογραφία με στόχο την αγγειοπλαστική και την τοποθέτηση stent.

Η θρόμβωση της νεφρικής φλέβας οφείλεται στη γωνίωση αυτής ή σε αναστομωτική ρήξη, σε χαμηλούς ενδαγγειακούς όγκους, σε πίεση αυτής από λεμφοκήλη ή αιμάτωμα καθώς και σε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση. Ο ασθενής εμφανίζει ολιγουρία ή ανουρία, αιματουρία, αύξηση κρεατινίνης και διόγκωση του σύστοιχου μηρού. Το υπερηχογράφημα μοσχεύματος δείχνει οίδημα αυτού και απουσία φλεβικής ροής, με αυξημένες πιέσεις στην αρτηρία. Χρήζει άμεσης χειρουργικής διερεύνησης προκειμένου να γίνει θρομβεκτομή, αλλά συνήθως οδηγεί σε απώλεια του μοσχεύματος.

Τα αρτηριοφλεβώδη συρίγγια είναι απότοκα της βιοψίας νεφρού, συνήθως είναι ασυμπτωματικά και αυτοπεριοριζόμενα στο 70% των περιπτώσεων.

Τα μυκωτικά ανευρύσματα συνήθως είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας και η θεραπεία τους περιλαμβάνει την τοποθέτηση stent, ενώ επί ρήξης ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο.

Η μεταμόσχευση νεφρού χρήζει στενής παρακολούθησης, με τις αγγειακές επιπλοκές να απαιτούν υψηλή επαγρύπνηση καθώς πολλές φορές είναι δύσκολη η αντιμετώπιση τους και πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένη ομάδα.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση νεφρού, επιπλοκές, αναστομώσεις αγγείων.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974444730
E-mail: eledask11@gmail.com

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΕΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ

Αλκιβιάδης Γρηγοράκης

Ουρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α.«Ο Ευαγγελισμός»

Οι ουρολογικές επιπλοκές των μεταμοσχευμένων νεφρών αφορούν το 3-14% του συνόλου των επιπλοκών. Ειδικότερα τα στενώματα του μεταμοσχευμένου ουρητήρα αφορούν το 3% των επιπλοκών. Από αυτά το 73% αφορά τον κατώτερο ουρητήρα και την κυστεοουρητηρική αναστόμωση. Η βασική αιτιολογία των στενωμάτων είναι η ισχαιμία και η επακόλουθη ίνωση. Παράγοντες που σχετίζονται με την ισχαιμία του ουρητήρα είναι η πλημμελής διατήρηση του περιουρητηρικού αγγειολιπώδους ιστού στην παρασκευή του ουρητήρα κατά τη λήψη του μοσχεύματος από τον δότη, παραλλαγές στην αγγείωση του ουρητήρα, τεχνικά σφάλματα κατά την κυστεοουρητηρική αναστόμωση στον λήπτη, η απόρριψη του μοσχεύματος και η χρόνια ανοσοκαταστολή. Οι ασθενείς συνήθως είναι ασυμπτωματικοί,με επιδείνωση της νεφρικής τους λειτουργίας ένεκα της νεφρικής απόφραξης και υδρονέφρωση, που διαπιστώνεται υπερηχοτομογραφικά. Η άμεση αντιμετώπιση με την τοποθέτηση νεφροστομίας διασφαλίζει το μόσχευμα και τον ασθενή. Ακολούθως η θεραπεία του στενώματος περιλαμβάνει την ανοικτή χειρουργική ή ενδοουρολογική επέμβαση, αναλόγως τη βαρύτητα και τη βατότητα του στενώματος. Η συχνότερη ανοικτή επέμβαση είναι η επανεμφύτευση του ουρητήρα (ουρητηρονεοκυστεοστομία) με όλες τις τεχνικές παραλλαγές αυτής (άμεση, psoashitch, boari-flap), ενώ οι συχνότερες ενδοουρολογικές επεμβάσεις είναι η διαστολή με μπαλόνι, και οι ενδοουρητηροτομίες (knife, laser). Οι ανοικτές επεμβάσεις έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας σε σχέση με τις ενδοουρολογικές, τόσο σε πρωτογενή θεραπεία (85,4% vs. 64,3%), όσο και σε δευτερογενή θεραπεία (93,1% vs. 75,5%). Εντούτοις συνοδεύονται από μεγαλύτερη νοσηρότητα,παρατεταμένη νοσηλεία και χρόνο αποκατάστασης.

Λέξεις κλειδιά: Κυστεοουρητηρική αναστόμωση, ουρητηρονεοκυστεοστομία, διαστολή με μπαλόνι, ενδοουρητηροτομία.

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

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Ελένη Μυλωνά

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

Η μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων έχει αυξηθεί παγκοσμίως από το 1954 που πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού. Καθώς η ανοσοκατασταλτική θεραπεία έχει βελτιωθεί, οι λοιμώξεις αποτελούν πλέον έναν από τους κυριότερους παράγοντες περιορισμού της ελεύθερης νόσου επιβίωσης μετά τη μεταμόσχευση.

Είναι πολλοί οι παράγοντες που επηρεάζουν το πότε θα εμφανιστεί η λοίμωξη και το είδος αυτής όπως π.χ. η προϋπάρχουσα ανοσία του δότη και του λήπτη σε συγκεκριμένα παθογόνα, η χορήγηση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής και η βαρύτητα της ανοσοκαταστολής. Σε γενικές γραμμές, η μετα-μεταμοσχευτική περίοδος χωρίζεται σε 3 χρονικές περιόδους ανάλογα με τον κίνδυνο λοίμωξης από συγκεκριμένα παθογόνα. Την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο (<30 ημέρες), μία ενδιάμεση περίοδο διάρκειας 1-6 μηνών που ο ασθενής βρίσκεται υπό τη μέγιστη επίδραση της ανοσοκαταστολής και την όψιμη περίοδο, μετά τους 6 μήνες. Τον 1ο μήνα μετά τη μεταμόσχευση δύο είναι οι κυριότερες αιτίες λοίμωξης: Το 98% αφορά σε μετεγχειρητικές λοιμώξεις (λοίμωξη χειρουργικού πεδίου, πνευμονία, ουρολοίμωξη, βακτηριαιμίες και κολίτιδα από C. Difficile) η αντιμετώπιση των οποίων εξαρτάται από την επιδημιολογία και τις αντοχές των συνηθέστερων παθογόνων σε κάθε μεταμοσχευτικό κέντρο. Η δεύτερες σε συχνότητα είναι λοιμώξεις που επωάζονται στον δότη κατά την προ-μεταμοσχευτική περίοδο όπως οι ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού ή βακτηριαιμίες και ακόμα σπανιότερες (<0,2%) λοιμώξεις προερχόμενες από το δότη που μεταδίδονται στο δέκτη μέσω του μεταμοσχευμένου οργάνου. Το επόμενο χρονικό διάστημα 1-6 μηνών από τη μεταμόσχευση, η επιδημιολογία των λοιμώξεων αλλάζει. Η επίδραση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής είναι πλέον μέγιστη και αναμένονται λοιμώξεις είτε από τυπικά ευκαιριακά παθογόνα όπως Νοκάρδια, Λιστέρια, *Pneumocystis jiroveci* ή από παθογόνα που βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση στον δότη και επανενεργοποιούνται λόγω ανοσοκαταστολής όπως τα CMV, BK και JC, HBV/HCV, HSV/VZV, EBV, TBC και λοιμώξεις από άτυπα μυκοβακτηρίδια. Μετά τους 6 μήνες ο ασθενής συνήθως λαμβάνει πλέον σταθερά τη μικρότερη δυνατή ανοσοκαταστολή, οπότε κινδυνεύει κυρίως από τα παθογόνα της κοινότητας (πνευμονία της κοινότητας, ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού, ουρολοιμώξεις). Εννοείται ότι κάθε φορά που για οποιοδήποτε λόγο αναγκαζόμαστε να εντατικοποιήσουμε την ανοσοκαταστολή, (π.χ. σε περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος), γίνεται επανεκκίνηση στη χρονογραμμή της εκτίμησης κινδύνου της λοίμωξης. Η ακριβής διάγνωση και η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία είναι απολύτως απαραίτητες στον μεταμοσχευμένο ασθενή. Όσον αφορά στη διάγνωση, ωστόσο, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ορισμένες ιδιαιτερότητες.

α. Η ανοσοκαταστολή περιορίζει τη φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού στη λοίμωξη οπότε πιθανόν να έχουμε αμβλυγχρά συμπτώματα και περιορισμένα ή και ανύπαρκτα απεικονιστικά ευρήματα. Ο πυρετός δεν είναι ούτε ευαίσθητο ούτε ειδικό σημείο λοίμωξης στους ασθενείς αυτούς.

β. Το χειρουργείο αλλάζει την ανατομία της περιοχής και επομένως αλλάζει τη σημειολογία της εκδήλωσης της λοίμωξης.

γ. Οι ορολογικές δοκιμασίες δεν είναι χρήσιμες. Η ορομετατροπή μπορεί να καθυστερήσει ή και να μη συμβεί ποτέ παρόλη τη λοίμωξη από ειδικό παθογόνο.

δ. Οφείλουμε να αποφασίζουμε έγκαιρα τη λήψη βιοψιών για καλλιέργεια και ιστοπαθολογική εξέταση ώστε να έχουμε όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία, πριν ο ασθενής επιβαρυνθεί τόσο ώστε να μην μπορούν να γίνουν επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις.

Τέλος, οφείλουμε να προσπαθήσουμε να μετριάσουμε την ανασφάλειά μας μπροστά στην ανοσοκαταστολή που μας κάνει συχνά να κάνουμε κατάχρηση στην προφυλακτική ή/και θεραπευτική χρήση των αντιβιοτικών, προκειμένου να αποφύγουμε τον κίνδυνο ανάδυσης ανθεκτικών μικροβίων που θα περιορίσουν τις θεραπευτικές μας επιλογές στο μέλλον θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών μας.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση νεφρού, ανοσοκαταστολή, λοίμωξη.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6946003103
E-mail: emylon@med.uoa.gr

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Γλυκερία Τσούκα

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Νεφρολογικό Τμήμα «Α. Μπίλλης», Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσου τελικού σταδίου η μεταμόσχευση νεφρού υπερέχει σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση), όσον αφορά τόσο το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής όσο και το κόστος της θεραπείας. Ωστόσο, όχι σπάνια, παρουσιάζονται μετά τη μεταμόσχευση βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες παθολογικές επιπλοκές. Οι κυριότερες είναι οι λοιμώξεις από κοινά αλλά και ευκαιριακά παθογόνα, η αυξημένη επίπτωση κακοήθειας, η αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου λόγω της συχνής επίπτωσης υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, η ανάπτυξη πρωτοεμφανιζόμενου σακχαρώδη διαβήτη, η διαταραχή του οστικού μεταβολισμού και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπερασβεστιαιμία, υπομαγνησιαιμία, υποφωσφαταιμία, υπερκαλιαιμία). Κυριότερος αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός των επιπλοκών αυτών είναι η τριπλή ανοσοκατασταλτική αγωγή (συνηθέστερα tacrolimus, mycophenolatemofetil, κορτικοστεροειδές) που χορηγείται με σκοπό την πρόληψη της απόρριψης του νεφρικού μοσχεύματος, η οποία είναι μη ειδική, και καταστέλλει την ανοσιακή απάντηση απέναντι σε μικρόβια, ιούς και κακοήθη κύτταρα, διαταράσσει το προφίλ των λιπιδίων και προκαλεί άνοδο της αρτηριακής πίεσης.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση νεφρού, ανοσοκαταστολή, καρδιαγγειακός κίνδυνος.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977643926
E-mail: tsoukagly@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ COVID-19 ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ

Χρυσούλα Κολοκοτρώνη, MSc

Νοσηλεύτρια ΠΕ, 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-μια 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, η έναρξη του 2020 σήμανε συναγερμό 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 κορωναϊού 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 την 1η Μαρτίου του 2022 έχουν επιβεβαιωθεί πάνω από 435.626.514 κρούσματα και πάνω από 5.952.215 θάνατοι παγκοσμίως, (ενώ έχουν χορηγηθεί 10.585.766.316 δόσεις εμβολίων) σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).

Στην Ελλάδα έχουμε για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα 2.421.664 κρούσματα και πάνω από 25.860 θανάτους. Ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω σταγονιδίων. Η ποικιλία των συμπτωμάτων και κλινικών εκδηλώσεων της νόσου καθώς και η υψηλή μεταδοτικότητα καθιστούν τη διαχείριση των ασθενών ιδιαίτερα δύσκολη ενώ το πρωτοφανές και υπό διερεύνηση ακόμη νόσημα απαιτεί την διαρκή εγρήγορση, επαγρύπνηση και συνεχή εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας.

Οι νοσηλευτές ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων έχουν επιφορτιστεί με την ενημέρωση, την εκπαίδευση, την προετοιμασία, την υποστήριξη και τη συνεχή καταγραφή και ανατροφοδότηση όλου του μηχανισμού της αντιμετώπισης της πανδημίας στον μικρόκοσμο του νοσοκομείου. Δεδομένου ότι η μελέτη του ιού και η αντιμετώπιση της νόσου Covid-19 βρίσκονται υπό συνεχή διερεύνηση, η παρακολούθηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας και η εναρμόνιση και επικαιροποίηση των συστάσεων για την ασφαλή και αποτελεσματική διεκπεραίωση της νοσηλείας των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα και ευθύνη των νοσηλευτών λοιμώξεων. 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 στη νοσηλεία του. Για το 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: Νοσηλευτές λοιμώξεων, νοσοκομείο, covid-19, πανδημία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6947022211
E-mail: chrisakolokotroni@gmail.com

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΑΠΛΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

Γεώργιος Μπαλάσκας, MSc(c)

Νοσηλευτής ΤΕ, Προϊστάμενος Κλινικής Covid-19, 6Γ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι κλινικές Covid19, αποτελούν νεοσυσταθέντα τμήματα των νοσοκομείων, τα οποία στήθηκαν κάτω από την πίεση της πανδημίας και νοσηλεύουν ασθενείς με διαπιστωμένη νόσο Covid19, καθώς και ασθενείς με υποψία της νόσου. Οι άνθρωποι που πλαισίωσαν αυτήν την προσπάθεια, αναγκάστηκαν να καταπολεμήσουν άμεσα τους φόβους τους και σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες σε πρωτόγνωρο και δύσκολο εργασιακό περιβάλλον. Εφάρμοσαν καινούργιες τεχνικές, μεθόδους και χρησιμοποίησαν νέα υλικά και φάρμακα. Οι κλινικές αυτές έχουν τη δυνατότητα να μετατρέπονται σε nonCovid, σε περιόδους ύφεσης και να επανέρχονται σε εξάρσεις της νόσου, μέσα σε ελάχιστο χρονικό διάστημα.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει το έργο - διαχείριση ασθενών μιας κλινικής Covid19.

Υλικό - Μέθοδος: Για τη συγγραφή της εργασίας αυτής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πραγματώθηκε μέσα από διαδικτυακή αναζήτηση, μελέτη βιβλίων και επιστημονικών άρθρων - περιοδικών, στο διάστημα Απριλίου - Οκτωβρίου του 2021. Κυρίως όμως, βασίστηκε στην εργασιακή εμπειρία του προσωπικού του τμήματος Covid19 6Γ του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Αποτελέσματα: Η έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση των περιστατικών με νόσο Covid19 είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πορεία των ασθενών σύμφωνα με τον WHO. Η οργάνωση σε όλα τα επίπεδα, κρίνεται απαραίτητη τόσο για την προστασία των ασθενών, όσο και του προσωπικού. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της κλινικής Covid19 6Γ του νοσοκομείου Ευαγγελισμός, όπως καταγράφηκαν και επεξεργάστηκαν από τους νοσηλευτές του τμήματος, οι εισαγωγές των μη εμβολιασμένων αγγίζουν το 90% την περίοδο του Αυγούστου του 2021, ενώ ο συνολικός χρόνος παραμονής τους στις δομές υγείας, σχεδόν τριπλασιάζεται έναντι των εμβολιασμένων στον ιό.

Συμπεράσματα: Η πιστή εφαρμογή των πρωτοκόλλων όσον αφορά την άμεση αντιμετώπιση της νόσου και τον περιορισμό της διασποράς, καθώς και το σωστό στήσιμο του τμήματος με καταρτισμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και όλα τα απαραίτητα μέσα, καθορίζουν την έκβαση της υγείας των ασθενών και τη μετέπειτα πορεία τους. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αποδεικνύουν πως οι νοσηλευτές έχουν λόγο στην πανδημία και είναι ενεργό κομμάτι της επιστημονικής κοινότητας. Ο εμβολιασμός έναντι του SARS-CoV-2 μειώνει τις εισαγωγές και το χρόνο νοσηλείας.

Λέξεις κλειδιά: Covid19, PCR-TEST, ΜΑΠ, υποκείμενα νοσήματα, θρομβοπροφύλαξη, αναπνευστικό monitoring, οξυγόνωση, διασωλήνωση, νοσηλευτική παρέμβαση, εμβολιασμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977342475
E-mail: balgeo68@gmail.com

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19, ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Βασιλική Κατσιαώνη[1], RN, MSc, Phd©, Κωνσταντίνος Γερογιάννης[1], RN, MSc, Ουρανία Δρόσου[1,2], RN, MSc, Παναγιώτα Ρέγκλη[1], RN, Ελένη Λεβέντη[2]

[1]Νοσηλευτικό Αναισθησιολογικό Τμήμα, [2]Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Δύο χρόνια μετά την έναρξη της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης, σχεδόν κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι δεν έχει ακούσει ή δεν έχει καταλάβει τις καταστροφικές συνέπειες του COVID-19. Συνέπειες που επηρεάζουν άμεσα την υγεία αυτών που πάσχουν και αλλάζουν σε καθημερινή βάση τα δεδομένα στο υγειονομικό σύστημα της χώρας. Καθώς τα νοσοκομεία σε όλη τη χώρα συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν αυτή την πανδημική νόσο, πολλοί νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, παρέχοντας φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Αυτό ήταν το ζητούμενο από την αρχή της πανδημίας στον κρίσιμο στον αγώνα για να σωθούν ζωές.

Οι μοναδικές δεξιότητες και η τεχνογνωσία των νοσηλευτών του αναισθησιολογικού τμήματος επέτρεψαν να προχωρήσουμε με τρόπο εξειδικευμένο, καθορίζοντας νέους κανόνες όσον αφορά την προηγμένη διαχείριση αεραγωγών και αερισμού, τα οποία ήταν απαραίτητα για την αντιμετώπιση του πιο θανατηφόρου μέρους αυτού.

Όσοι ασκούν τη νοσηλευτική επιστήμη, προσπαθούν να την υπηρετήσουν όσο το δυνατόν πιστά και με αίσθημα ευθύνης, απέναντι τόσο στον ασθενή που νοσηλεύεται όσο και στο νοσοκομείο μας, το οποίο έχει πρωτοστατήσει και είναι κορυφαίο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας.

Συντάχθηκαν νοσηλευτικές οδηγίες του νοσηλευτικού αναισθησιολογικού τμήματος (στις 17-18/03/2020, βασισμένες στη διεθνή/ελληνική βιβλιογραφία αλλά και του εσωτερικού κανονισμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων του νοσοκομείου μας), οι οποίες γνωστοποιήθηκαν και εφαρμόστηκαν από όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές με συνεχή καθημερινή εκπαίδευση, τόσο σε νοσηλευτές όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

Οι οδηγίες αυτές περιλάμβαναν ένα σύνολο κανόνων που έπρεπε να ακολουθηθούν από όλη την αναισθησιολογική ομάδα (αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές αναισθησιολογικού) με τη φιλοσοφία ενός άτυπου πρωτοκόλλου για κάθε περιστατικό που θεωρούνταν ύποπτο ή ήταν θετικό της νόσου προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία των διασωστών αλλά και η σωστή και επιτυχής αντιμετώπιση των αυξημένων αναγκών ενός ασθενή θετικού στον κορονοϊό.

Οι οδηγίες αυτές αφορούσαν ένα σύνολο θεραπευτικών προσεγγίσεων και πρακτικών που λάμβαναν χώρα τόσο στον άμεσο χειρουργικό χώρο(χειρουργική αίθουσα/ανάνηψη ασθενή) αλλά και εκτός του χώρο του χειρουργείου, όπως σε αυτόν των Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και τις Μ.Ε.Θ. και τους νοσηλευτικούς ορόφους.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτής, αναισθησιολογικό, πανδημία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Β. Κατσιαώνη
Τηλ.: 6945493325
E-mail: vasoulla@gmail.com

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19, ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Σταύρος Τσιτιρίδης, Msc

Νοσηλευτής ΤΕ, Χειρουργείο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Πριν από δύο χρόνια, το 2020 σημαδεύτηκε από την εμφάνιση ενός νέου ιού που οδήγησε σε πανδημία, με επιπτώσεις τεράστιας σημασίας για την παγκόσμια υγεία, τα υγειονομικά συστήματα όλων των χωρών, την παγκόσμια οικονομία αλλά και την κοινωνική ζωή και την ατομική συμπεριφορά όπως την αντιλαμβανόμασταν. Η έλευση της πανδημίας του Covid-19 δημιούργησε την ανάγκη τροποποίησης της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και της παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Η αρχική έλλειψη γνώσης γύρω από τον ιό, τους τρόπους μετάδοσης, την επιβίωσή του στο περιβάλλον, ενεργοποίησε την έρευνα γύρω από αυτόν. Το ΕΣΥ ακολούθησε τις διεθνείς πρακτικές, τις οδηγίες του ΠΟΥ, των Ελλήνων λοιμωξιολόγων αλλά και του CDC και προσαρμόστηκε στις νέες συνθήκες. Δόθηκαν οδηγίες από το υπουργείο Υγείας και ξεκίνησε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της νέας πρόκλησης με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος ανθρώπινων ζωών.

Το ΠΓΝ «Ο Ευαγγελισμός», όπως σε όλες τις προκλήσεις, στάθηκε πρωτοπόρος και βασικός πυλώνας της διαχείρισης της πανδημίας. Ο τομέας του χειρουργείου επηρεάστηκε ποικιλοτρόπως από την πανδημία. Συγκεκριμένα, περιορίστηκε ο αριθμός των χειρουργικών τραπεζιών, κάποιες ειδικότητες τέθηκαν σε προσωρινή παύση, ενώ βρέθηκε αντιμέτωπος με τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών που δεν είχαν τον χρόνο να ελεγχθούν για τον ιό covid-19 ή ήταν βεβαιωμένα θετικά σε αυτόν.

Για αυτόν τον λόγο, δημιουργήθηκαν πρωτόκολλα διαχείρισης των ασθενών αναλόγως του αν είναι θετικοί ή ύποπτοι ή αρνητικοί. Αυτά συνδυάστηκαν με την φύση του περιστατικού (τακτικό, έκτακτο, επείγον) αλλά και το είδος του χειρουργείου (ενδοσκοπικό ή ανοιχτό). Παράλληλα, ορίστηκαν διαδικασίες για τον καθαρισμό των χειρουργείων και τη διαχείριση του «μολυσματικού» υλικού καθώς, και τη μεταφορά των ασθενών. Η εμπειρία και η γνώση του προσωπικού συνετέλεσαν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του κινδύνου διασποράς αλλά και στην αυτοπροστασία τους.

Προϊόντος του χρόνου, πολλά δεδομένα σχετικά με τον ιό άλλαξαν και προστέθηκαν νέα όπλα (εμβόλιο). Η εμπειρία και η γνώση αντικατέστησαν τον φόβο και την ανασφάλεια που υπήρχε τον πρώτο καιρό. Ο ιός μεταλλάχθηκε και όλοι ελπίζουν πλέον σε ένα μέλλον (κοντινό) χωρίς covid. Ωστόσο, η εμπειρία της πανδημίας αυτής, μέσα στην κληρονομιά δυσάρεστων αλλαγών που έφερε στην ζωή μας, αφήνει παρακαταθήκη την γνώση και την εμπειρία για την αντιμετώπιση άλλων πανδημιών που όλοι απευχόμαστε.

Λέξεις κλειδιά: Διαχείριση covid και χειρουργείο, πρόληψη μετάδοσης covid, διαχείριση ασθενών με covid.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932564494
E-mail: stavros.kajaani@gmail.com

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ COVID-19 ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γιόνα Σακίκη, MSc

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το υγειονομικό προσωπικό βρέθηκε αντιμέτωπο με πρωτόγνωρες συνθήκες λόγω της πανδημίας Covid-19, που λόγω των αυξημένων απαιτήσεων της ίδιας της νόσου, επιβάρυναν τη σωματική αλλά κυρίως την ψυχική του υγεία βιώνοντας μια σειρά από έντονα συναισθήματα τόσο κατά το ξέσπασμα όσο και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Σκοπός: της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας COVID-19 στο υγειονομικό προσωπικό.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι της ΜΑΦ Covid-19 του Ευαγγελισμού και τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης.

Συμπεράσματα: Η συναισθηματική επιβάρυνση των υγειονομικών τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά τη διάρκεια της πανδημίας επιδρά σημαντικά στην επαγγελματική αλλά και στην προσωπική τους ζωή. Ο εμβολιασμός επηρέασε θετικά την ψυχική τους υγεία, ωστόσο οι συνθήκες εργασίας χρειάζεται να βελτιωθούν, με μόνιμο/έμπειρο προσωπικό και τη διασφάλιση πόρων ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια, το αίσθημα ικανοποίησης και ευχαρίστησης του προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχική υγεία, νόσος Covid-19, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, υγειονομικοί.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6986319060
E-mail: jksakiqi@gmail.com

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ - ΦΥΣΙΚΟ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΟ Ή ΠΡΟΚΛΗΣΗ;

Φανή Βεϊνή

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι εμβολιασμοί αποτελούν μία από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις στη Δημόσια Υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2013), εμβολιασμός είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο καθίσταται άνοσο έναντι κάποιου μεταδιδόμενου λοιμώδους νοσήματος καθώς το εμβόλιο ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού με στόχο να τον προστατεύσει από τα νοσήματα αυτά. Υπολογίζεται ότι ο εμβολιασμός αποτρέπει 2 με 3 εκατομμύρια παιδικούς θανάτους κάθε χρόνο.

Το Δεκέμβριο του 2019 αναφέρονται, αρχικά στην Κίνα, μια σειρά από περιστατικά πνευμονίας. Πολύ γρήγορα, στις 11 Μαρτίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κηρύσσει το νέο στέλεχος κορωναϊού (SARS-CoV-2) ως παγκόσμια πανδημία ενώ, στο τέλος του ίδιου χρόνου έχουμε ήδη στα χέρια μας ένα εμβόλιο αντιγονικό, ασφαλές και αποτελεσματικό έναντι του ιού. Στις 27 Δεκεμβρίου 2020, ξεκίνησε στην Ελλάδα ο εμβολιασμός έναντι της COVID-19 λοίμωξης. Καθόλου τυχαία ο πρώτος εμβολιασμός αφορούσε σε νοσηλεύτρια, υποστηρίζοντας και ενθαρρύνοντας όλους μας να ακολουθήσουμε τον εμβολιασμό. Το επόμενο χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο μας εμβολιάζονται έναντι της COVID-19 λοίμωξης κάνοντας πράξη την ηθική υποχρέωση με την οποία διάγουν τον εργασιακό τους βίο, δηλαδή πρωτίστως να μη βλάπτουν τους ασθενείς τους (*First donoharm*).

Οι επαγγελματίες υγείας αποτέλεσαν προτεραιότητα στην διενέργεια του εμβολιασμού. Από τη μία έρχονται σε άμεση επαφή με πληθυσμούς υψηλού κινδύνου μόλυνσης από SARS-CoV-2 ή σοβαρής ασθένειας ή θανάτου που προκύπτει από COVID-19 και από την άλλη αποτελούν οι ίδιοι πληθυσμό ευάλωτο για νόσηση από SARS-CoV-2, ιδίως όταν δεν τηρούν τις προβλεπόμενες προφυλάξεις.

Κι ενώ η νόσος, προϊόντος του χρόνου, εμφανίζει αλλεπάλληλα επιδημικά κύματα, η πρόθεση για εμβολιασμό στους επαγγελματίες υγείας φθίνει. Η Πολιτεία από το Σεπτεμβρίου 2021 με το άρθρο 206 του ν. 4820/2021 προβλέπει την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού για το προσωπικό συγκεκριμένων φορέων του δημοσίου τομέα συμπεριλαμβανομένων και των δημόσιων Νοσοκομείων. Στην περίπτωση μη τήρησης της υποχρέωσης αυτής, επιβάλλεται το ειδικό διοικητικό μέτρο της αναστολής καθηκόντων για επιτακτικούς λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας. Ενώ με τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ολοκλήρωση του εμβολιασμού, ή μετά από φυσική νόσηση η αναστολή αίρεται. Η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού ξαφνιάζει τη χώρα μας αλλά δεν είναι κάτι που συμβαίνει για πρώτη φορά στο χώρο της υγείας, τουλάχιστον σε παγκόσμιο επίπεδο.

Δεδομένης της παγκόσμιας σημασίας των εμβολίων και της σημαντικής πρόκλησης που παρουσιάζει η αύξηση του δισταγμού ή/και της άρνησης εμβολιασμού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει χαρακτηρίσει τον «διστακτικό εμβολιασμό» ως μία από τις δέκα κορυφαίες παγκόσμιες απειλές για την υγεία το 2019. Σε μία περίοδο δηλαδή που ακόμα δεν ήταν σε εξέλιξη μία παγκόσμια πανδημία που μπορεί να αντιμετωπιστεί με ένα εμβόλιο.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, νοσηλευτική υπηρεσία, εμβολιασμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6973683755
E-mail: fanveini@gmail.com

ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ

Δημήτριος Ν. Τομαής

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα - Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η επεμβατική ακτινολογία, ως εξειδίκευση της ακτινοδιαγνωστικής, έχει συντελέσει ενεργά ως μέθοδος εκλογής για τον εντοπισμό των αδενωμάτων που εκκρίνουν αλδοστερόνη, καθώς και για τη διάκριση των αδενωμάτων από την αμφοτερόπλευρη υπερπλασία των επινεφριδίων σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό. Η σημασία αυτής της διάκρισης δεν μπορεί να υποεκτιμηθεί, διότι η πρώτη είναι ιάσιμη χειρουργικά, ενώ η δεύτερη αντιμετωπίζεται με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Σπανιότερη χρήση της μεθόδου αποτελεί ο συνδυασμός δειγματοληψίας της επινεφριδικής φλέβας με δειγματοληψία της γοναδικής φλέβας, που μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την εξακρίβωση της θέσης των όγκων που παράγουν ανδρογόνα. Η μέθοδος του καθετηριασμού των επινεφριδικών φλεβών είναι μια ασφαλής, εξαιρετικά αποτελεσματική διαδικασία που έχει αποδειχθεί ότι αλλάζει την κλινική διαχείριση στο 35,7% των ασθενών με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό, οι οποίοι υπό διαφορετικές συνθήκες θα είχαν λάβει ακατάλληλη θεραπεία με βάση τα αποτελέσματα της αξονικής τομογραφίας ή άλλων μεθόδων, όπως της μαγνητικής τομογραφίας. Από την άλλη ο καθετηριασμός των επινεφριδικών φλεβών, δυστυχώς, παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες, λόγω της δυσχέρειας στον καθετηριασμό της δεξιάς επινεφριδικής φλέβας. Βέβαια, η τεχνική επιτυχία σε έμπειρα χέρια μπορεί να φτάσει έως και το 97%, λόγω της κατανόησης της σχετικής ανατομίας και φυσιολογίας των επινεφριδίων, καθώς και της χρήσης του κατάλληλου εξοπλισμού από τον επεμβατικό ακτινολόγο που πραγματοποιεί την εξέταση. Ανακεφαλαιώνοντας, αν και κάποιες τεχνικές παράμετροι, όπως η χρήση ACTH και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι υπό συζήτηση, η συνολική χρησιμότητα της διαδικασίας είναι αναμφισβήτητη και η χρήση της μεθόδου θα συνεχίσει να αυξάνεται, όσο η εξοικείωση με τη διαδικασία και η αποδοχή της από τους παραπέμποντες ιατρούς αυξάνεται.

Λέξεις κλειδιά: Αδενώματα, υπερπλασία επινεφριδίων, καθετηριασμός, επεμβατική ακτινολογία.

Στοιχεία Επικοινωνίας:
Τηλ. 2107201072
E-mail: dtomais@yahoo.gr

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Νικόλαος Πετρίδης

Παθολόγος, Επιμελητής Β΄ Ε.Σ.Υ., Ε΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η συνύπαρξη κεντρικής παχυσαρκίας, αντίστασης στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμίας και αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) αποτελούν το «μεταβολικό σύνδρομο». Ανεξάρτητα εάν υπάρχει παθοφυσιολογική συσχέτιση ή όχι μεταξύ των διακριτών αυτών νοσημάτων-στοιχείων του «μεταβολικού σύνδρομου», φαίνεται ότι συναντώνται συχνότερα ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή αυξάνοντας τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τη θνησιμότητα.

Η ιδιοπαθής αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) παρουσιάζεται πιο συχνά σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έχουν προταθεί ως πιθανοί μηχανισμοί για την εμφάνιση ΑΥ σε μεταβολικό σύνδρομο, ανάμεσα σε άλλους, η αντίσταση στην ινσουλίνη με αντιρροπιστική υπερινσουλιναιμία, η διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, το οξειδωτικό stress και η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

Δεν είναι σαφές εάν οι στόχοι της αντιϋπερτασικής θεραπείας σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο πρέπει να είναι αντίστοιχοι με τους στόχους σε ασθενείς με εγκατεστημένο σακχαρώδη διαβήτη, όπως επίσης και εάν οι ασθενείς αυτοί ωφελούνται από τη χορήγηση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου ή του υποδοχέα αγγειοτενσίνης ΙΙ. Ωστόσο, η δίαιτα και η άσκηση φαίνεται ότι αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο και ΑΥ.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, υπέρταση, ινσουλίνη.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6942050788
E-mail: nikosmed1@gmail.com

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Μαρινέλλα Τζανέλα

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

Ως Μεταβολικό Σύνδρομο ορίζεται η συνύπαρξη κεντρικής παχυσαρκίας, διαταραχής στο μεταβολισμό της γλυκόζης, δυσλιπιδαιμίας και αυξημένης αρτηριακής πίεσης. Τα διαγνωστικά κριτήρια του Μεταβολικού Συνδρόμου είναι: 1. Περιφέρεια μέσης ≥102 cm για τους άνδρες και ≥88 cm για τις γυναίκες, 2. Γλυκόζη >100 mg/dl, 3. Τριγλυκερίδια >150 mg/dL, 4. HDL <40 mg/dL για τους άνδρες και <50 mg/dL για τις γυναίκες, 5. Αρτηριακή Πίεση >130/85 mmHg. Η κεντρική παχυσαρκία είναι καθοριστικός παράγοντας στην παθογένεια του Μεταβολικού Συνδρόμου δεδομένου ότι αφενός επιδρά στον μεταβολισμό των λιπιδίων και στην εμφάνιση της δυσλιπιδαιμίας και αφετέρου οδηγεί σε αντίσταση στην ινσουλίνη, στην παθοφυσιολογία της οποίας εκτός από την παχυσαρκία ενέχονται γενετικοί και επιγενετικοί παράγοντες. Η διαταραχή στη δράση της ινσουλίνης στο επίπεδο του υποδοχέα της, αλλά και στα μετά τον υποδοχέα βήματα, οδηγεί σε δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, αύξηση των αγγειακών αντιστάσεων, υπέρταση και φλεγμονή του τοιχώματος των αγγείων, αυξάνοντας έτσι την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Επιπλέον, σε ότι αφορά στον μεταβολισμό των υδατανθράκων είναι προφανές ότι λόγω της αντίστασης στην δράση της ινσουλίνης, της εισόδου δηλαδή της γλυκόζης στα κύτταρα στόχους (κυρίως του μυϊκού ιστού), το β-κύτταρο του παγκρέατος αναγκάζεται να υπερλειτουργεί και να εκκρίνει μεγαλύτερη ποσότητα ινσουλίνης, ώστε να καμφθεί η αντίσταση και τα επίπεδα γλυκόζης να διατηρούνται φυσιολογικά. Το τίμημα είναι η μόνιμη αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης στην κυκλοφορία. Η χρόνια και συνεχής αυτή υπερλειτουργία των β-κυττάρων οδηγεί σε σταδιακή εξάντλησή τους με αποτέλεσμα την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Τα κριτήρια διάγνωσης του ΣΔ2 είναι: Γλυκόζη νηστείας >126 mg/dL ή γλυκόζη >200 mg/dL 2 (δύο) ώρες μετά από λήψη 75 γρ γλυκόζης (Πίνακας 1).

Η αντιμετώπιση του ΣΔ2 γίνεται με αλλαγή του τρόπου ζωής (άσκηση και μείωση του σωματικού βάρους) και φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή εξατομικεύεται με γνώμονα κυρίως τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων και τις συννοσηρότητες του ασθενούς. Η φαρμακευτική παρέμβαση αρχικά αποσκοπεί στη βελτίωση της ινσουλινοαντοχής και αργότερα στην υποκατάσταση της λειτουργίας των β-κυττάρων.

Λέξεις κλειδιά: Αντίσταση στην ινσουλίνη, β-κύτταρο, σακχαρώδης διαβήτης

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	Φυσιολογικές τιμές	Σακχαρώδης διαβήτης 2	Διαταραχή Γλυκόζης Νηστείας (IFG)	Διαταραχή Ανοχής στη Γλυκόζη (IGT)
Νηστείας	<100 mg/dL	>126mg/dL	100 – 126 mg/dL	140 – 200 mg/dL
2 ώρες μετά από 75 γρ. γλυκόζης	<140 mg/dL	>200 mg/dL		

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Ιωάννα Σκράπαρη

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

Η παχυσαρκία αποτελεί χρόνια νόσο και παρουσιάζει συνεχώς αυξανόμενο επιπολασμό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες λαμβάνοντας διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Είναι μείζων παράγων κακής έκβασης πολλαπλών δεικτών υγείας παγκοσμίως.

Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI), που ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους του ατόμου (σε κιλά) διά του τετραγώνου του ύψους (σε μέτρα), ενώ συμπληρωματικές πληροφορίες παρέχει και η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης. Ασθενής με BMI 25-30 Kgr/m^2 θεωρείται υπέρβαρος, ενώ με BMI >30 Kgr/m^2 θεωρείται παχύσαρκος. Περίμετρος μέσης >102 cm στους άνδρες και >88 cm στις γυναίκες θεωρείται αυξημένος και αποτελεί δείκτη αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου.

Η παχυσαρκία επέρχεται ως αποτέλεσμα μακροχρόνιου θετικού ισοζυγίου ενέργειας με την πρόσληψη να υπερβαίνει την κατανάλωση. Ο συντονισμός μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας επιτυγχάνεται μέσω πολλαπλών αλληλοεπηρεαζόμενων μηχανισμών που σχετίζονται με ενδοκρινικά σήματα, κυρίως από τον λιπώδη ιστό και τον γαστρεντερικό σωλήνα (π.χ. λεπτίνη, γρελίνη), τα οποία επιδρούν σε κέντρα του εγκεφάλου, κυρίως του υποθαλάμου. Ως αποτέλεσμα των περιφερικών αυτών σημάτων στον εγκέφαλο εκλύονται απαντήσεις που σχετίζονται με τη χρήση των μεταβολιτών και με την πρόσληψη τροφής.

Διαταραχή του συντονισμού αυτού που οδηγεί σε παχυσαρκία μπορεί να προκληθεί από ποικίλους παράγοντες όπως γενετικοί, ορμονικοί, φαρμακευτικοί. Εξαιρετικά σημαντικό ρόλο όμως παίζει ο τρόπος ζωής, το είδος της διατροφής και η έλλειψη άσκησης. Τελευταία ενοχοποιείται και η σύσταση του εντερικού μικροβιώματος.

Γενικά, το αυξημένο BMI σχετίζεται με αυξημένη συνολική θνητότητα καθώς και με αυξημένη θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια.

Στους ασθενείς με παχυσαρκία εμφανίζεται αυξημένη επίπτωση σακχαρώδους διαβήτη (Σ.Δ.), αρτηριακής υπέρτασης (Α.Υ.), δυσλιπιδαιμίας. Η παχυσαρκία όμως αποτελεί και ανεξάρτητο δείκτη (ανεξαρτήτως των συννοσηροτήτων) καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας με αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπλέον στην παχυσαρκία παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος υπνικής άπνοιας, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, ορισμένων μορφών καρκίνου, αναπαραγωγικής δυσλειτουργίας, καθώς και γαστρεντερολογικών και μυοσκελετικών διαταραχών.

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προϋποθέτει παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής με αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και αποφυγή της παρατεταμένης καθιστικής συμπεριφοράς, καθώς και συμμόρφωση με υποθερμιδικές δίαιτες. Η απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας και άσκησης δεν είναι πάντα επαρκής. Υπάρχουν εγκεκριμένα φάρμακα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μεταξύ των οποίων είναι τα GLP-1 ανάλογα (λιραγλουτίδη και σεμαγλουτίδη), ο αναστολέας παγκρεατικών λιπασών ορλιστάτη, καθώς και οι συνδυασμοί φεντερμίνης/τοπιραμάτης ή βουπροπιόνης/ναλτρεξόνης. Τέλος, σε εκσεσημασμένη παχυσαρκία με BMI >40 Kgr/m^2 ή >35 Kgr/m^2, με ταυτόχρονη παρουσία μίας τουλάχιστον συννοσηρότητας, έχει ένδειξη η βαριατρική χειρουργική αντιμετώπιση με επεμβάσεις όπως το γαστρικό by pass ή γαστρεκτομή δίκην sleeve.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, επιπλοκές, αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972216901
E-mail: iskrapari@yahoo.gr

ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΑΙΜΙΑ

Ευγενία Μ. Μαυροκεφάλου

Παθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Υπεύθυνη Ιατρείου Λιπιδίων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων (ποσοτικές ή ποιοτικές) παρατηρούνται συχνά στην κλινική πράξη και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της αθηρωματικής νόσου και κατ' επέκταση στην εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Η δυσλιπιδαιμία διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες σύμφωνα με την αιτιολογία της, την πρωτοπαθή όταν είναι κληρονομικής αιτιολογίας και τη δευτεροπαθή όταν προέρχεται από άλλες παθολογικές καταστάσεις ή από κακή διατροφή.

Οι ομάδες που πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο του λιπιδαιμικού προφίλ νηστείας (ολική χοληστερόλη, LDL χοληστερόλη, HDL χοληστερόλη και τριγλυκερίδια) είναι άτομα με αθηροσκληρωτική νόσο ανεξάρτητα από την ηλικία, με οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου, με αρτηριακή υπέρταση, με χρόνια νεφρική νόσο, άνδρες άνω των 40 ετών και μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, καπνιστές, παχύσαρκα άτομα, ενήλικες ή και παιδιά με κληρονομικές διαταραχές των λιπιδίων.

Στην πρωτογενή πρόληψη, σε άτομα ηλικίας 40-65 ετών χωρίς γνωστή κλινική αθηρωματική νόσο και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφρική νόσο, πρέπει να υπολογίζεται η πιθανότητα ενός θανατηφόρου καρδιαγγειακού συμβάματος τα επόμενα 10 έτη προκειμένου να καθοριστεί η τιμή στόχος της LDL χοληστερόλης.

Η βάση της θεραπείας για όλες τις δυσλιπιδαιμίες είναι η σωστή και υγιεινή διατροφή με σκοπό να επιτύχει περιορισμό πρόσληψης κεκορεσμένων λιπών, μείωση προσλαμβανόμενης χοληστερίνης με τις τροφές και αύξηση πρόσληψης μακρομοριακών υδατανθράκων και φυτικών ινών, ακολουθούμενη ανάλογα με τους στόχους που έχουμε θέσει από την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας των δυσλιπιδαιμιών είναι οι στατίνες. Η χορήγηση στατινών ελαττώνει σημαντικά την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς και την ολική θνητότητα. Με εξαίρεση την υπερτριγλυκεριδαιμία, με τιμές τριγλυκεριδιών νηστείας >500 mg/dL (αυξημένος κίνδυνος παγκρεατίτιδας που απαιτεί την άμεση χορήγηση φιμπράτης), οι στατίνες είναι το πρώτο φάρμακο που πρέπει να χορηγούμε σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία.

Η επιλογή του φαρμάκου και η δοσολογία του εξαρτώνται από την ποσοστιαία μεταβολή της LDL χοληστερόλης που είναι απαραίτητη για την επίτευξη των στόχων της αγωγής, καθώς και από τις άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις. Οι στατίνες χορηγούνται συνήθως πριν τη νυκτερινή κατάκλιση. Επιβεβλημένη σε ασθενείς είναι η προσθήκη **εζετιμίμπης**, εφόσον δεν επιτευχθεί ο στόχος της LDL με αγωγή με στατίνη.

Νεώτερα φάρμακα που αναστέλλουν μία πρωτεΐνη του ήπατος, η οποία επιταχύνει την αποδόμηση των LDL υποδοχέων με αποτέλεσμα αύξηση της LDL χοληστερόλης είναι οι αναστολείς των PCSK9. Πρόκειται για μονοκλωνικά αντισώματα (το evolocumab και το alirocumab) που χορηγούνται μία φορά κάθε 2 ή 4 εβδομάδες με υποδόρια ένεση. Η χορήγηση αυτών των μονοκλωνικών αντισωμάτων συσχετίζεται με μία επιπρόσθετη κατά 50-60% μείωση της LDL χοληστερόλης σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν αγωγή με στατίνη με ή χωρίς εζετιμίμπη, ενώ το προφίλ ασφάλειάς τους φαίνεται ότι είναι πολύ καλό. Είναι πολύ χρήσιμα σε ασθενείς με οικογενή υπερχοληστερολαιμία, σε ασθενείς που δεν ανέχονται την αγωγή με στατίνες και σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου που δεν έχουν επιτύχει τους στόχους όσον αφορά τη LDL χοληστερόλη. Παράλληλα, αναμένεται ολοκλήρωση μελετών καινούργιων φαρμάκων που έχουν ως στόχο τη μείωση της LDL χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων αλλά και την αύξηση της HDL.

Λέξεις κλειδιά: Δυσλιπιδαιμία, πρόληψη, στατίνες, καρδιαγγειακή νόσος.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945426732
E-mail: evgmav@yahoo.gr

ΔΙΠΛΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΩΝ GLP1 ΚΑΙ GIP: ΔΥΟ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΟ; ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Θεοδώρα Στρατηγού

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

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί σύγχρονη μάστιγα τουλάχιστον για τις «προηγμένες» κοινωνίες του Δυτικού κόσμου που έχει λάβει πανδημικές διαστάσεις. Η παχυσαρκία από την άλλη μεριά αποτελεί βεβαιωμένη πανδημία που τα τελευταία χρόνια επίσης μαστίζει και ταλαιπωρεί τις «ευημερούσες» κοινωνίες του πλανήτη. Στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης αυτών των δύο χρόνιων και πολύ επικίνδυνων νοσημάτων, που πολύ συχνά συνυπάρχουν στα ίδια άτομα, συνεχώς προτείνονται και αναδύονται νέες φαρμακευτικές θεραπείες. Η τιρζεπατίδη είναι ένα τέτοιο νέο συνθετικό ανάλογο με δράση αγωνιστή τόσο στον υποδοχέα του γλυκοζοεξαρτώμενου ινσουλινοτρόπου πεπτιδίου (GIP) όσο και του γλυκαγονόμορφου πεπτιδίου 1 (GLP-1), με μεγαλύτερη συγγένεια για τον πρώτο υποδοχέα. Το GIP είναι μια ινκρετινική ορμόνη που προκαλεί έκκριση ινσουλίνης ως απόκριση του β-κυττάρου του παγκρέατος στο γεύμα. Ο αγωνιστής του υποδοχέα GLP-1 αυξάνει την έκκριση ινσουλίνης παρουσία αυξημένης γλυκόζης στο αίμα και παράλληλα καταστέλλει και μειώνει την έκκριση γλυκαγόνης μετά το γεύμα και καθυστερεί τη γαστρική κένωση για τη μείωση της μεταγευματικής γλυκόζης. Η συνδυασμένη έγχυση GIP και GLP-1 δρα ενισχυτικά τόσο στην καταστολή της γλυκαγόνης όσο και στην έκκριση ινσουλίνης, αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και βελτιώνει τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων του παγκρέατος. Επιπλέον μειώνει την πρόσληψη τροφής και αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη, συμβάλλοντας καθοριστικά στη μείωση του σωματικού βάρους. Οι νέοι διπλοί αγωνιστές GLP-1/GIP αποτελούν νέα κατηγορία φαρμάκων που υπόσχονται πολλά στη διαχείριση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη αλλά και παχυσαρκία.

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης, παχυσαρκία, ανάλογα GLP-1, GIP.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041258
E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΟΡΓΑΝΑ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Θεοδώρα Στρατηγού

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

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί τη σύγχρονη μάστιγα κυρίως των «Δυτικών Κοινωνιών» του Πλανήτη, κατάσταση που επιδημιολογικά φαίνεται να βαίνει επιδεινούμενη. Στις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης, αλλά και της Ευρωπαϊκής Ενδοκρινολογικής Εταιρίας των τελευταίων ετών, τονίζεται ιδιαίτερα το ότι η προσέγγιση του διαβητικού ασθενή πρέπει να είναι εξατομικευμένα ασθενοκεντρική, και η αντιμετώπιση του ολιστική. Η θεραπεία πρώτης γραμμής για τη διαχείριση της υπεργλυκαιμίας περιλαμβάνει γενικά τη χορήγηση μετφορμίνης, και συστήνει αλλαγές στον τρόπο ζωής. Με γνώμονα όμως τις τελευταίες διεθνείς οδηγίες και άλλη φαρμακευτική αγωγή, πλην της μετφορμίνης, μπορεί επίσης να θεωρηθεί κατάλληλη ως αρχική, ανάλογα και με τις συννοσηρότητες του ασθενή. Οι τελευταίες οδηγίες συστήνουν με έμφαση συνδυαστικού τύπου θεραπείες με εφαρμογή από την έναρξη (εξ' αρχής), και τη διαφυγή από το μέχρι πρόσφατα καθιερωμένο μοντέλο της διαδοχικής προσθήκης φαρμακευτικής αγωγής (βήμα προς βήμα). Σε εγκατεστημένη ή υφέρπουσα καρδιακή νόσο και σε αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο συστήνεται να επιλέγονται συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων, όπως οι αναστολείς SGLT2 ή τα ανάλογα GLP-1. Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια νεφρική νόσο με αυξημένη απέκκριση λευκωματίνης στα ούρα 24ώρου προτείνεται η χορήγηση αναστολέων SGLT2, λόγω της αποδεδειγμένης καρδιο-νεφροπροστατευτικής δράσης που προσφέρουν. Σε άτομα με ΧΝΝ μπορεί να χορηγηθεί η φινερενόνη (εκλεκτικός MRA), που φαίνεται ότι επιβραδύνει την εξέλιξη της ΧΝΝ. Όσον αφορά τη διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, πρώτης γραμμής επιλογή θεωρούνται πλέον οι εγχύσεις ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα, ενώ η χρήση φωτοπηξίας και οι εγχύσεις κορτικοειδών συστήνονται ως επιλογές δεύτερης γραμμής. Η σεμαγλουτίδη είναι ένα νέο ανάλογο GLP-1 που έχει ένδειξη στη θεραπεία της παχυσαρκίας, επιπρόσθετα του καρδιαγγειακού οφέλους που προσφέρει στα άτομα με διαβήτη. Τέλος σημειώνεται ότι η συνύπαρξη στεατοηπατίτιδας και μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος σε ασθενείς με διαβήτη απαιτεί προσεκτική διαχείριση και αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος,νεφρική νόσος, αναστολείς SGLT2, ανάλογα GLP-1.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ: 2132041258
E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ

Ναταλία Βαλλιάνου

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

Οι λοιμώξεις παρουσία ξένων σωμάτων αυξάνονται συνεχώς σε αριθμό, αφού οι εμφυτεύσεις ξένων σωμάτων π.χ. συσκευών υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας ή ορθοπεδικών εμφυτευμάτων, αυξάνονται κι αυτές ακολουθώντας την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Ο βασικός κανόνας που διέπει την αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων είναι η αφαίρεσή τους, ιδίως όταν οφείλονται σε ιδιαίτερα παθογόνα μικρόβια, όπως είναι ο *S. aureus,* η *Ps. aeruginosa,* και μύκητες του γένους *Candida spp.,* ενώ σε περιπτώσεις λιγότερο λοιμογόνων μικροοργανισμών, όπως οι κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (CNS), το ξένο σώμα μπορεί να παραμείνει και να επιχειρηθεί διάσωση του ξένου σώματος με τη χορήγηση ενδοφλέβιων αντιβιοτικών. Κι αυτό, γιατί πολλές φορές η αφαίρεση ξένων σωμάτων είναι δύσκολη ή/και αδύνατη. Σημειωτέον, η αφαίρεση του ξένου σώματος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αφαίρεση ολόκληρης της εμφυτευθείσας συσκευής, ενώ πριν την επανατοποθέτησή της σε δεύτερο χρόνο, θα πρέπει να υπάρχει επιβεβαίωση κλινική ή/και εργαστηριακή απουσίας λοίμωξης. Η δε επιλογή της αφαίρεσης ή μη του ξένου σώματος συνήθως εξατομικεύεται, αναλόγως της ευκολίας ή δυσκολίας επανατοποθέτησης του ξένου σώματος, της ηλικίας του ασθενούς και της γενικότερης κλινικής του εικόνας. Βέβαια, η αφαίρεση των ξένων σωμάτων, ιδίως στις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, πολλές φορές επιβάλλεται αφενός λόγω του σχηματισμού biofilm από τα παθογόνα μικρόβια, με αποτέλεσμα να δυσχαιραίνεται η είσοδος των αντιβιοτικών στην εστία της λοίμωξης που είναι το ξένο σώμα κι αφετέρου γιατί αλλιώς τα ποσοστά υποτροπής, μίας έστω και προσωρινά θεραπευθείσας λοίμωξης είναι πολύ υψηλά. Η χορήγηση αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας πρέπει να στηρίζεται στα εκάστοτε μικροβιολογικά επιδημιολογικά δεδομένα κάθε νοσοκομείου και να καλύπτει τους υπεύθυνους μικροοργανισμούς. Μέχρι σήμερα, τα επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν στην εξ' αρχής κάλυψη για Gram (+) μικρόβια, αν και η επίπτωση των λοιμώξεων ξένων σωμάτων από πολυανθεκτικά Gram (-) μικρόβια ολοένα και αυξάνει. Για αυτό το λόγο, σε ορισμένους πληθυσμούς ασθενών, όπως π.χ. σε ασθενείς σε σηπτική καταπληξία ή ουδετεροπενικούς ασθενείς συνιστάται η εξ' αρχής κάλυψη και για Gram (-) παθογόνα.

Λέξεις κλειδιά: Λοιμώξεις, ξένα σώματα, Gram (+) βακτήρια, μικροβιολογικά επιδημιολογικά δεδομένα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6955692119
E-mail: natalia.vallianou@hotmail.com

ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Βασιλική Μαρκάκη

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

Η πνευμονία είναι συχνή στους διασωληνωμένους ασθενείς στη ΜΕΘ και συνδυάζεται με υψηλή θνησιμότητα. Η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών είναι αποτελεσματική κατά μέσο όρο στο 54% των περιπτώσεων. Η διαρκώς αυξανόμενη αντοχή και η εμφάνιση πολυανθεκτικών ή και πανανθεκτικών μικροβιακών στελεχών ακόμα και στα νεώτερα αντιβιοτικά οδήγησε στην αναζήτηση εναλλακτικών οδών χορήγησης αντιβιοτικών, κυρίως αμινογλυκοσιδών και πολυμυξινών, απευθείας στον πνευμονικό ιστό, μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στους ασθενείς με ινοκυστική νόσο. Με την κατασκευή νεώτερων εξελιγμένων συσκευών χορήγησης επιτυγχάνονται πλέον πιο αξιόπιστες συγκεντρώσεις αντιβιοτικών στο επίπεδο των κυψελίδων ωστόσο υπάρχει ακόμα σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ευρημάτων. Οι ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις των νεότερων μελετών δεν έχουν αναδείξει μέχρι σήμερα σαφή ευρήματα υπέρ της χρήσης εισπνεόμενων αντιβιοτικών στην πνευμονία που σχετίζεται με τον αναπνευστήρα. Μάλιστα οι δυο πιο πρόσφατες διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες πολυκεντρικές μελέτες δεν ανέδειξαν διαφορά στην θνησιμότητα ή το ποσοστό ίασης με την προσθήκη εισπνεόμενων αντιβιοτικών στο θεραπευτικό σχήμα. Η χρήση τους όμως μπορεί να οδηγεί σε συνολική μείωση των συστηματικά χορηγούμενων αντιβιοτικών καθώς και η πρώιμη τοπική χορήγηση τους σε εκρίζωση του λοιμογόνου παράγοντα, κάτι που μένει ακόμα να αποδειχθεί, και δυνητικά να μειώσει την εμφάνιση πολυανθεκτικών στελεχών στο μέλλον. Έχει ακόμα προταθεί η προληπτική τους χορήγηση ή και η χορήγηση τους στο στάδιο της τραχειοβρογχίτιδας με στόχο την πρόληψη της πνευμονίας από πολυανθεκτικά μικρόβια. Στην Ευρώπη η συμπληρωματική χορήγηση εισπνεόμενης κολιμυκίνης ως θεραπεία διάσωσης στην πνευμονία του αναπνευστήρα από πολυανθεκτικά μικρόβια στη ΜΕΘ συστήνεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μελέτης των πολυμυξινών, αν και η σύσταση είναι ασθενής και το επίπεδο των δεδομένων χαμηλό. Τα εισπνεόμενα αντιβιοτικά παραμένουν ένα επίκαιρο θεραπευτικό δίλημμα που χρήζει περαιτέρω έρευνας, ιδιαίτερα όσο καθυστερεί εμφάνιση νεότερων αποτελεσματικότερων αντιβιοτικών.

Λέξεις κλειδιά: Αντιβιοτικά, εισπνεόμενα φάρμακα, πνευμονία, εντατική θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977875912
E-mail: vas.markaki@gmail.com

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΙΑ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Ευσταθία Περιβολιώτη

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

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας που θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και εκφράζεται με σημαντική αύξηση των δεικτών της νοσηρότητας, θνησιμότητας, διάρκειας και κόστους νοσηλείας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο, περίπου 4.100.000 ασθενείς εμφανίζουν νοσοκομειακή λοίμωξη, με εκτιμώμενο αριθμό θανάτων τις 37.000. Παρόμοιο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και τα ελληνικά νοσοκομεία, τα οποία κατά την τελευταία δεκαετία, έρχονται αντιμέτωπα με τα ολοένα αυξανόμενα επίπεδα της μικροβιακής αντοχής και την εμφάνιση νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς.

Η μικροβιακή αντοχή αποτελεί παγκοσμίως τη μεγαλύτερη διαχρονική απειλή για τη δημόσια υγεία. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνεργάζονται για την καταπολέμηση της μικροβιακής αντοχής. Οι άξονες δράσης που έχουν θέσει στοχεύουν στην ανάπτυξη αξιόπιστων μικροβιολογικών τεχνικών για την ταχεία ανίχνευση των πολυανθεκτικών μικροβίων και των μηχανισμών αντοχής τους, στην επιτήρηση, καταγραφή και έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών.

Το Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο και την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Πρώτιστο καθήκον του είναι με ακρίβεια, συνέπεια και ταχύτητα να ταυτοποιεί τους υπεύθυνους αιτιοπαθογόνους μικροοργανισμούς σε επίπεδο είδους και να εντοπίζει την αντοχή τους στους αντιμικροβιακούς παράγοντες. Οι παραδοσιακές μικροβιολογικές μεθοδολογίες δεν παρέχουν την δυνατότητα ταχείας ταυτοποίησης και δοκιμασιών ευαισθησίας. Η αλματώδης εξέλιξη της Μοριακής Βιολογίας, τόσο σε θεωρητικό υπόβαθρο, όσο και από άποψη εργαστηριακών τεχνικών, έχει επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στον τρόπο διάγνωσης και κλινικής διαχείρισης των λοιμωδών νοσημάτων. Οι σύγχρονες μοριακές μέθοδοι διάγνωσης διαφέρουν από τις τεχνικές της κλασικής μικροβιολογίας που στηρίζονται στην ανάπτυξη καλλιεργειών από δείγμα ασθενούς ή στην ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων στο αίμα. Η βασική αρχή των μοριακών τεχνικών διάγνωσης είναι η ανίχνευση του γενετικού υλικού (DNA ή RNA) του μικροβίου στο υπό εξέταση δείγμα. Αυτός ο τρόπος διάγνωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμος σε περιπτώσεις παθογόνων μικροοργανισμών που δεν είναι καλλιεργήσιμοι (π.χ. HPV, ιός ηπατίτιδας Β) ή σε περιπτώσεις παθογόνων με αργή ανάπτυξη. Η χρήση των τεχνικών μοριακής διαγνωστικής, όπως είναι π.χ. η PCR (Polymerase Chain Reaction- αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης) ή η Real- Time PCR, προσφέρει τη δυνατότητα ακριβούς και έγκαιρης διάγνωσης. Επιπλέον, η "συνδρομική" διάγνωση αντιπροσωπεύει μια νέα προσέγγιση στη διάγνωση των μολυσματικών ασθενειών, χρησιμοποιώντας μία ενιαία δοκιμασία για την ταυτόχρονη ανίχνευση όλων των μικροοργανισμών που συνήθως εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια μιας λοιμώδους νόσου. Για τους περισσότερους ασθενείς με λοίμωξη τα πρώτα συμπτώματα δεν είναι ειδικά για τα αίτια αυτής, η στρατηγική για τον εντοπισμό των υπεύθυνων παραγόντων της νόσου παραδοσιακά βασίζεται σε δοκιμασίες για τα πιο πιθανά αίτια μιας νόσου. Η "συνδρομική" προσέγγιση αποτελεί μια καινοτόμο απάντηση στην διάγνωση στο πλαίσιο λοιμώξεων ενός συστήματος, επιτυγχάνει εξοικονόμηση χρόνου και έχει άμεσο αντίκτυπο στη θεραπεία των ασθενών. Η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων όμως πρέπει να ερμηνεύεται σε κάθε περίπτωση από καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να επιλεχθεί η κατάλληλη θεραπεία για τον ασθενή. Σήμερα η Μοριακή Διαγνωστική κατέχει καίριο ρόλο στα Κλινικά Μικροβιολογικά Εργαστήρια, παρέχοντας ταχεία, αξιόπιστα και ακριβή αποτελέσματα για ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό παθογόνων. Έτσι, τα Εργαστήρια Κλινικής Μικροβιολογίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της συνολικής διαχείρισης των αντιμικροβιακών μέσω παροχής πληροφοριών, θέσπισης οδηγιών και εκπαίδευσης του υπόλοιπου προσωπικού του νοσοκομείου. Η αναφορά του αποτελέσματος στον

θεράποντα ιατρό από τον κλινικό μικροβιολόγο μπορεί να παρέχει ερμηνευτικά σχόλια της αντιμικροβιακής ευαισθησίας, που να τονίζουν τη σημασία της απομόνωσης του ασθενή με πολυανθεκτικό παθογόνο καθώς και συμβουλές διαχείρισης της αντιμικροβιακής αντοχής. Παράλληλα, το Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας παρέχει δεδομένα επιτήρησης των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών για τον έλεγχο των λοιμώξεων και την αποφυγή μετάδοσης αυτών.

Λέξεις κλειδιά: Νοσοκομειακές λοιμώξεις, μικροβιακή αντοχή, επιμελητεία αντιβιοτικών, μοριακές τεχνικές.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945864782
E-mail: perivolioti@yahoo.gr

CANDIDA AURIS: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Αθηνά Καλλιμάνη

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

Ο ζυμομύκητας *Candida auris* αναγνωρίζεται πλέον ως παγκόσμια απειλή για τη δημόσια υγεία για τους εξής λόγους: προκαλεί σοβαρές διεισδυτικές λοιμώξεις σε νοσηλευόμενους ασθενείς με υψηλή θνητότητα, εμφανίζει αντοχή στα συνήθη αντιμυκητικά φάρμακα (μερικές φορές και στις τρείς κατηγορίες αντιμυκητικών), προκαλεί επιδημίες σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και παρουσιάζει δυσκολίες στην ταυτοποίηση του με συμβατικές εργαστηριακές μεθόδους. Η *Candida auris* παρουσιάζει αυξημένη παθογόνο δράση σε σχέση με τις άλλες Candida διότι έχει την ικανότητα δημιουργίας biofilms, προσαρμόζεται εύκολα σε διάφορα περιβάλλοντα, έχει μεγάλη φυσική αντοχή και ενδογενή αντοχή στα αντιμυκητικά φάρμακα. Προκαλεί μυκηταιμίες, λοιμώξεις μαλακών μορίων και χειρουργικού πεδίου ενώ απομονώνεται από δείγματα αναπνευστικού και ούρα. Προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης σε όλες τις ηλικίες είναι: Ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος και αντιμυκητικών φαρμάκων, η τοποθέτηση κεντρικών ενδαγγειακών καθετήρων, η διασωλήνωση, η νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. και ειδικά σε μονάδες που προϋπάρχουν ασθενείς με λοίμωξη από *C. auris*, πρόσφατο χειρουργείο (ιδίως κοιλιάς), ιστορικό κακοήθειας. Τα στελέχη *C. auris* μπορεί να ταυτοποιηθούν λανθασμένα ως διαφορετικά είδη ή ακόμα και γένη με τα συνήθη συστήματα ταυτοποίησης (συνήθως ως C. *haemulonii, C. duobushaemulonii, C. famata, C. lusitaniae, Rhodotorula glutinis, Saccharomyces cerevisiae)*. Διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια από τις άλλες Candida είναι: Η απουσία σχηματισμού ψευδοϋφών, η θερμοκρασία ανάπτυξης και στους 40°C και το αχνό μωβ - ροζ χρώμα που εμφανίζουν όταν καλλιεργούνται σε CHROMagar. Μέθοδοι αναφοράς για την ταυτοποίηση της *C. auris* είναι η φασματοφωτομετρία μάζας (MALDI-TOFMS) και μοριακές τεχνικές όπως η PCR, η αλληλούχιση της D1/D2 περιοχής και ο πολυμορφισμός μήκους πολλαπλασιασμένων τμημάτων (AFLP). Οι περισσότερες λοιμώξεις μπορούν να θεραπευτούν με τη χρήση εχινοκανδινών ενώ όπου υπάρχει αντοχή και στις τρείς κατηγορίες αντιμυκητικών προτείνεται ο συνδυασμός τους. Η *C. auris* μπορεί εύκολα να εξαπλωθεί μέσω των επιφανειών, εξοπλισμού και από άτομο σε άτομο στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης προκαλώντας επιδημίες και αυξημένη θνητότητα στους νοσηλευόμενους. Στα μέτρα ελέγχου πρόληψης περιλαμβάνεται: Ο έλεγχος φορείας (επιχρίσματα μασχαλιαίας και μηροβουβωνικής πτυχής) σε ασθενείς ύποπτους για λοίμωξη από *C. auris*, απομόνωση ασθενούς, απολύμανση περιβάλλοντος, εφαρμογή προφυλάξεων επαφής από όσους εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς, ορθότερη διαχείριση αντιμικροβιακών και αντιμυκητικών φαρμάκων.

Λέξεις κλειδιά: *Candida auris*, διάγνωση, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974375260
E-mail: akalliman@yahoo.gr

HIV ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Χαρίσης Τότσικας

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

Στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το έτος 2020 ήταν η εντατικοποίηση του διαγνωστικού ελέγχου, η άμεση χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής (ART) και η πλήρης καταστολή του ιϊκού φορτίου σε κάθε ασθενή, για το έτος 2020 (90-90-90). Λόγω των δυσκολιών που ανέκυψαν στην πορεία (πανδημία Covid-19, πολιτικο-οικονομική αστάθεια), ο στόχος αυτός δεν κατέστη απόλυτα εφικτός. Ωστόσο, η εισαγωγή νέων και αποτελεσματικότερων θεραπευτικών σχημάτων στην αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης, με ελάχιστη τοξικότητα, έθεσαν νέα δεδομένα στη θεραπεία των ανθρώπων που ζουν με τον HIV (PWH).

Κι ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης των PWH υπό ART, προσεγγίζει αυτό του γενικού πληθυσμού, φαίνεται ότι νέα προβλήματα ανακύπτουν στην αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης. Η αυξημένη επίπτωση -σε μικρότερη ηλικία- καρδιαγγειακών νοσημάτων, χρόνιας νεφρικής νόσου, μη αλκοολικής νόσου του ήπατος (NAFLD), οστεοπόρωσης, νευροψυχιατρικών διαταραχών και ορισμένων τύπων καρκίνου απαιτεί την ταυτόχρονα πολυσυστηματική προσέγγιση του νοσήματος, από διαφορετικές ειδικότητες.

Προς αυτή την κατεύθυνση, οφείλουμε να εργαστούμε συλλογικά για τον τερματισμό της επιδημίας του HIV ως επιδημιολογικού φαινομένου και ταυτόχρονα να προωθήσουμε τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων που σχετίζονται με το HIV, με τελικό επακόλουθο τη βελτίωση της ζωής ατόμων που ζουν ήδη με τον HIV.

Λέξεις κλειδιά: HIV, συννοσηρότητα, καρδιαγγειακός κίνδυνος, λιπώδεις ήπαρ.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6946648732
E-mail: charisistotsikas@gmail.com

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Νικόλαος Πετρίδης

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

Εισαγωγή: Η νόσος Covid-19 προκαλείται από τον ιό που ονομάζεται κορονοϊός σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου 2 (SARS-CoV-2) και ο οποίος δεν είχε απομονωθεί στον άνθρωπο πριν το Δεκέμβριο του 2019. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών και παθοφυσιολογικών χαρακτηριστικών της νόσου όπως εμφανίζονται στη βιβλιογραφία από την έναρξη της πανδημίας έως σήμερα.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκε η βιβλιογραφία στη βάση δεδομένων pubmed με τα λήμματα "covid-19, clinical features, pathophysiology, immune response, thrombosis".

Αποτελέσματα: Η νόσος διακρίνεται βάσει κλινικών χαρακτηριστικών σε ασυμπτωματική (73%) και συμπτωματική (19%), ήτοι ήπια, δηλαδή χωρίς πνευμονία ή με ήπια πνευμονία (81%), σοβαρή, με δύσπνοια ή υποξία ή >50% πνευμονική προσβολή σε απεικονιστικές εξετάσεις(14%) και κρίσιμη (5%), με αναπνευστική ανεπάρκεια, καταπληξία ή πολυοργανική ανεπάρκεια. Η θνητότητα στους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι περίπου 11%. Η σοβαρότητα της νόσου Covid-19 έχει συσχετισθεί με την ηλικία, το φύλο -με υπεροχή των ανδρών σε σοβαρή νόσηση-, τις συννοσηρότητες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι ανοσοανεπάρκειες, αλλά και τις υπάρχουσες σε κάθε χώρα κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και το επίπεδο των υγειονομικών δομών, ενώ πραγματοποιούνται μελέτες για τη γενετική προδιάθεση σε σοβαρή νόσηση. Υπάρχουν μικρές αποκλίσεις στη συμπτωματολογία σε σχέση με το στέλεχος που μπορεί να οφείλονται και στον εμβολιασμό του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ο χρόνος επώασης είναι γενικά ως 14 ημέρες, με μέσο χρόνο τις 4-5 ημέρες. Σε συμπτωματική νόσηση οι συνηθέστερες εκδηλώσεις είναι βήχας (50%), πυρετός (43%), μυαλγία, κεφαλαλγία (20%), δύσπνοια (10%), φαρυγγαλγία, διάρροια, ναυτία/έμετοι, κοιλιακό άλγος, ενώ απώλεια γεύσης ή όσφρησης παρουσιάζεται σε κάτω από 10% των ασθενών. Διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα δεν είναι συνήθεις, ενώ η νόσος έχει συνδεθεί με προθρομβωτική διάθεση. Περιγράφονται επίσης καταστάσεις μετά-Covid (post Covid ή long Covid) ακόμα και σε ασθενείς χωρίς γνωστές συννοσηρότες.

Η παθοφυσιολογία της Covid-19 δεν έχει αποσαφηνιστεί επαρκώς. Ο ιός προσδένεται στα κύτταρα του ρινικού επιθηλίου μέσω των ACE-2 υποδοχέων με τοπικό πολλαπλασιασμό και μικρή ανοσοαπάντηση. Στο 20% των ασθενών προσβάλλονται οι λοιποί αεραγωγοί και το κατώτερο αναπνευστικό. Τα επιθηλιακά κυψελιδικά κύτταρα προσβάλλονται μέσω των ACE-2. Εκεί εμφανίζεται απόπτωση των κυττάρων και με το συνεχή πολλαπλασιασμό μείωση των πνευμονοκυττάρων I και II. Ομοίως, η προσβολή των κυττάρων οδηγεί σε έκκριση κυτοκινών, με πρωταγωνίστρια την IL-6, συγκέντρωση φλεγμονωδών κυττάρων στα κύτταρα του πνεύμονα και ενεργοποίηση κυρίως της CD8 κυτταροτοξικής αντίδρασης. Αυτός φαίνεται ότι είναι ο μηχανισμός που οδηγεί σε διάχυτη καταστροφή των πνευμονικών κυττάρων και σε σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS), ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αγγειακή προσβολή με ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που οφείλεται στο ιδιαίτερα φλεγμονώδες μικροπεριβάλλον. Η συγκέντρωση φλεγμονωδών κυττάρων και η βλάβη του ενδοθηλίου οδηγούν σε διαταραχή της αιμοστατικής ισορροπίας και προθρομβωτική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Ενώ τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου Covid-19 είναι σαφή, η παθοφυσιολογία της αποτελεί συνεχόμενο πεδίο μελέτης. Η ανοσοθρόμβωση φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στη βαρύτητα της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, SARS-CoV-2, κλινικά χαρακτηριστικά, παθοφυσιολογία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6942050788
E-mail: nikosmed1@gmail.com

ΦΥΣΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Ελένη Λίτσιου

Επικουρική Μοριακή Βιολόγος, Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Όλοι οι ιοί, συμπεριλαμβανομένου και του SARS-CoV-2, του ιού που προκαλεί τη νόσο COVID-19, αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Οι περισσότερες αλλαγές έχουν μικρή έως καμία επίδραση στις ιδιότητες του ιού. Ωστόσο, ορισμένες αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν τις ιδιότητες του, όπως το πόσο εύκολα εξαπλώνεται, τη σχετιζόμενη σοβαρότητα της νόσου που προκαλεί, την απόδοση των εμβολίων ή των θεραπευτικών φαρμάκων ακόμα και των διαθέσιμων διαγνωστικών εργαλείων με απώτερο αποτέλεσμα την διαφοροποίηση των μέτρων δημόσιας υγείας.

Ο SARS-CoV2 μπορεί να προήλθε απευθείας από το RaTG13 της νυχτερίδας ή από ενδιάμεσο ξενιστή εξαιρετικά προσαρμοσμένο να αναπαράγεται με πιο αργό ρυθμό μετάλλαξης και να καταφέρει να επιβιώσει στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου σώματος. Μετά την προσαρμογή στον ανθρώπινο ξενιστή, απέκτησε μεγαλύτερη λοιμογόνο δράση κάτω από την πίεση της φυσικής επιλογής με αποτέλεσμα την παρουσία νέων στελεχών που περιείχαν συγκεκριμένες μεταλλάξεις, όπως η μετάλλαξη D614G, με επακόλουθο την εκτεταμένη μολυσματική του ικανότητα στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Κατόπιν νέα στελέχη παρατηρήθηκαν ανά σχετικά τακτά διαστήματα σε διαφορετικά σημεία του πλανήτη (Alpha variant Ηνωμένο Βασίλειο (Σεπτέμβριος 2020), Beta variant Νότιο Αφρική (Οκτώβριος 2020), Gama variant Βραζιλία (Νοέμβριος 2020), Delta variant Ινδία (Δεκέμβριο 2020), Omicron variant Νότιο Αφρική (Νοέμβριο 2021)), καθιστώντας τον έλεγχο της πανδημίας όλο και πιο δύσκολο.

Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της λοίμωξης COVID-19 μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση τόσο αντιγονικών όσο και μοριακών μεθόδων δίνοντας τη δυνατότητα για επίσπευση των αποφάσεων διαχείρισης της κλινικής και δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα τη μείωση της μετάδοσης.

Τα τεστ ανίχνευσης αντιγόνου (rapid Ag tests) για τον ιό Sars-CoV-2 είναι εύκολο να πραγματοποιηθούν χωρίς την ανάγκη ειδικού εξοπλισμού ή πολύπλοκης προετοιμασίας και δίνουν άμεση απάντηση. Ωστόσο ποικίλλουν ως προς την ευαισθησία. Με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας (ΠΟΥ) προϊόντα με ευαισθησία ≥80% και ειδικότητα ≥97%, μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα και να χρησιμοποιηθούν ως αντικατάσταση της εργαστηριακής rRT-PCR όταν είναι άμεση ανάγκη να λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς ή όταν η rRT-PCR δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί έγκαιρα.

Ο μοριακός έλεγχος για την ανίχνευση του RNA του κορωνοϊού SARS-CoV-2, πραγματοποιείται με τη μέθοδο της ανάστροφης πολυμεράσης πραγματικού χρόνου αλυσιδωτής αντίδρασης (rRT-PCR) σε δείγματα τόσο του ανώτερου αναπνευστικού (ρινοφαρυγγικό ή στοματοφαρυγγικό επίχρισμα) όσο και του κατώτερου αναπνευστικού (πτύελα, τραχειακή αναρρόφηση, βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα). Τα μοριακά τεστ μπορεί να πραγματοποιούνται σε ειδικά εξοπλισμένο εργαστήριο ή με τη μορφή γρήγορου (point of care) test. Πρέπει να διαθέτουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και άδεια διαγνωστικής χρήσης (CE-IVD).

Επιπλέον των παραπάνω, ορολογικές εξετάσεις για τον προσδιορισμό αντισωμάτων μπορεί να πραγματοποιηθούν ως βοηθητική μέθοδος διάγνωσης σε περιπτώσεις όπως η όψιμη φάση της λοίμωξης.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τα χαρακτηριστικά και την ακρίβεια των διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων που έχουμε στη διάθεσή μας έτσι ώστε να μπορέσουμε να εντοπίσουμε τον ενδεδειγμένο τρόπο χρήσης τους ανάλογα με τις ανάγκες που υπάρχουν για τη διάγνωση του SARS-CoV-2 την εκάστοτε στιγμή.

Λέξεις κλειδιά: SARS-CoV-2, μεταλλάξεις, rRT-PCR, μοριακός έλεγχος.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977656261
E-mail: elitsiou@gmail.com

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Δημήτρης Ν. Έξαρχος

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η απεικόνιση σε ασθενείς με πνευμονία από SARS-CoV-2 γίνεται είτε με απλή ακτινογραφία θώρακος είτε με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης, ενώ ενδοφλέβιο σκιαγραφικό με το κατάλληλο πρωτόκολλο στην ΥΤ απαιτείται σε υποψία πνευμονικής εμβολής. Σύμφωνα με τη Fleischner Society Consensus, η απεικόνιση των πνευμόνων δε συνιστάται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς ή ασθενείς με ήπια αναπνευστικά συμπτώματα, αλλά έχει ένδειξη σε ασθενείς με μέτρια ή έντονα συμπτώματα αναπνευστικού. Επίσης συνιστάται για τη διαφορική διάγνωση από άλλη παθολογία, ως αξονική τομογραφία αναφοράς για αναγνώριση υποκείμενων πνευμονικών βλαβών ή σε υποψία πνευμονικής εμβολής. Τέλος, η απεικόνιση των πνευμόνων έχει θέση σε ασθενείς με συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, ανεξαρτήτως αν παρουσιάζουν συμπτώματα αναπνευστικού.

Η αρνητική αξονική τομογραφία δεν αποκλείει τη λοίμωξη Covid-19. Ψευδώς θετικές αξονικές τομογραφίες οφείλονται συνήθως σε έτερες ιογενείς λοιμώξεις των πνευμόνων. Φυσιολογική απεικόνιση έχει παρατηρηθεί σε ποσοστό 10.6% των ασθενών τις πρώτες 4-5 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ 1.2-4% των ασθενών διατηρούν φυσιολογική απεικόνιση και μετά την πρώτη εβδομάδα εμφάνισης των συμπτωμάτων. Επιπλέον, αρνητική απεικόνιση έχει βρεθεί στο 46% ασυμπτωματικών ασθενών, πιθανά λόγω χαμηλού φορτίου ή λόγω περιορισμού του ιικού φορτίου στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα.

Τα συχνότερα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς με λοίμωξη των πνευμόνων είναι διηθήματα δίκην θαμβής υάλου, διάταση πνευμονικών αγγείων, αμφοτερόπλευρη εντόπιση των αλλοιώσεων και προσβολή των κάτω λοβών και των οπισθίων βασικών τμημάτων. Άλλα ευρήματα αποτελούν οι πυκνώσεις, γραμμοειδείς σκιάσεις, η πάχυνση του διαμέσου ιστού, διηθήματα δίκην πλακόστρωτου, η υπεζωκοτική πάχυνση, σημείο της άλω, οι βρογχεκτασίες, τα πνευμονικά οζίδια, σημείο της ανάστροφης άλω και η πάχυνση του τοιχώματος των βρόγχων. Οι προαναφερόμενες αλλοιώσεις είναι ετερόπλευρες (15%), πολυεστιακές (63%), διάχυτες (26%), εστιακές (10.5%), απεικονίζονται στα μέσα-άνω πνευμονικά πεδία στο 50% περίπου και έχουν περιφερική εντόπιση σε ποσοστό 51%. Ασυνήθη ευρήματα είναι η λεμφαδενοπάθεια, οι πλευριτικές συλλογές, τα διηθήματα δίκην ανθισμένου δένδρου και η περικαρδιακή συλλογή. Κάποιες επιπλέον αλλοιώσεις μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία της νόσου, όπως κοιλοποίηση λόγω μηχανικού αερισμού ή βαρότραυμα. Τα απεικονιστικά στάδια λοίμωξης του πνεύμονα είναι I-IV.

Τα νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι πνευμονικές βλάβες-αλλοιώσεις μπορεί να παραμείνουν για αρκετούς μήνες. Απεικονιστικά ερωτήματα αποτελούν η κλινική και λειτουργική σημασία των απεικονιστικών ευρημάτων, η σχέση μεταξύ προϋπαρχόντων αλλοιώσεων με τη μετά-Covid ίνωση, η παθολογοανατομική συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων της αξονικής τομογραφίας, καθώς και η σχέση τους με την εξέλιξη των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, απεικόνιση, πνεύμονες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6940723107
E-mail: jimexarhos@yahoo.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Ελπίδα Παντικίδη

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

Η **COVID-19**, γνωστή ως οξεία αναπνευστική νόσος 2019-nCoV είναι μια μολυσματική ασθένεια που προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2. Ο ιός και η ασθένεια καταγράφηκαν για πρώτη φορά στην πόλη Γουχάν της Κίνας στα τέλη του 2019 και έγιναν γνωστοί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις 31 Δεκεμβρίου 2019. Από τότε έχει διασπαρεί σε όλον τον πλανήτη, έχοντας πάρει διαστάσεις πανδημίας, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη μέχρι και σήμερα. Οι περισσότερες περιπτώσεις COVID-19 είναι ήπιες και αντιμετωπίζονται κατ' οίκον. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η υποστηρικτή φροντίδα περιλαμβάνει φάρμακα όπως παρακεταμόλη, ιβουπροφαίνη, εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, αλβουτερόλη, αποχρεμπτικά, οντανσετρόνη, H2 blocker και λοπεραμίδη για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Σε ασθενείς που έχουν παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε σοβαρή νόσο χορηγείται αντιική αγωγή.

Επί εμφάνισης αναπνευστικής ανεπάρκειας, ο ασθενής χρήζει νοσοκομειακής φροντίδας με ενυδάτωση, παροχή οξυγόνου, τοποθέτησή του σε πρηνή θέση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, καθώς και την υποστήριξη των υπόλοιπων οργάνων όπως η λοίμωξη εξελίσσεται.

Οι θεραπείες που αναπτύσσονται είναι κυρίως δύο ειδών.

- Ειδικές αντιικές θεραπείες που στοχεύουν στο να σταματήσουν τον πολλαπλασιασμό του ιού μέσα στα κύτταρα του ανθρώπου, όπως η ρεμντεσεβίρη, η μολνουπιραβίρη, η νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη κ.ά., καθώς και τα ειδικά αντιικά μονοκλωνικά αντισώματα, όπως το Sotrovimab, το Bebtelovimab, το Bamlanivimab/Etesevimab, το Casirivimab/Imdevimab κ.α., δρουν καλύτερα τις πρώτες ημέρες της νόσου.
- Θεραπείες που εστιάζουν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να καταπολεμήσει την μόλυνση, όπως η κορτιζόνη και άλλοι ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες, όπως το Tocilizumab, το Baricitinib, το Tofacitinib κ.α. δρουν καλύτερα σε ασθενείς με σοβαρή νόσο.

Σχεδόν σε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται χορηγείται ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική ή θεραπευτική δόση, αναλόγως της βαρύτητας της νόσου και τους παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε σοβαρή νόσο.

Παρά την παγκόσμια, γιγάντια επιστημονική προσπάθεια, η θεραπεία της νόσου παραμένει ένα στοίχημα που δεν έχει ακόμα κερδηθεί. Λαμβάνοντας υπόψη και τα δεδομένα που μιλούν για long Covid-19 ή post Covid-19 syndrome, μάλλον η COVID-19 θα μας απασχολήσει για πολύ καιρό ακόμα. Ο εμβολιασμός παρέχει την καλύτερη προληπτική προστασία κατά της λοίμωξης, της σοβαρής ασθένειας, της απώλειας ζωής και των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945502735
E-mail: elpidapant@hotmail.com

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ COVID 19: ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΕΣ ΔΟΣΕΙΣ Η ΕΤΗΣΙΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ;

Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη, MD, PhD

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη του Τμήματος Ανοσολογίας- Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α.«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

Δύο χρόνια μετά το χαρακτηρισμό από τον ΠΟΥ της COVID-19 ως πανδημίας και ένα χρόνο μετά την ανοσοποίηση μέσω εμβολιασμού του παγκόσμιου πληθυσμού, η επιστημονική κοινότητα συνεχίζει να επανεξετάζει τα αναδυόμενα στοιχεία σχετικά με την ανάγκη και το χρονοδιάγραμμα αναμνηστικών/ενισχυτικών δόσεων για τα επί του παρόντος διαθέσιμα εμβόλια έναντι του SARS-COV-2, στο πλαίσιο περιορισμού/αναχαίτισης της εξάπλωσης αυτής της πανδημίας.

Είναι γνωστό ότι οι αναμνηστικές δόσεις χορηγούνται σε εμβολιασμένο πληθυσμό, που έχει ολοκληρώσει μια *σειρά πρωτογενούς εμβολιασμού* όταν, με την πάροδο του χρόνου, η ανοσία και η κλινική προστασία από τη νόσο έχουν μειωθεί κάτω από ένα ποσοστό που κρίνεται επαρκές, με στόχο την αποκατάσταση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου σε επιθυμητά επίπεδα.

Αρχικά δύο δόσεις των περισσότερων εμβολίων κατά του COVID-19 φάνηκαν επαρκείς για να παρέχουν προστασία έναντι σοβαρής νόσου, ακόμη και έναντι της μόλυνσης συνολικά. Αλλά με την εμφάνιση της Δέλτα παραλλαγής, οι ερευνητές παρατήρησαν για πρώτη φορά μια φθίνουσα αποτελεσματικότητα του σχήματος εμβολιασμού με δύο δόσεις, που αποδόθηκε στην αυξημένη μεταδοτικότητα της συγκεκριμένης παραλλαγής αλλά και στη μείωση της ανοσίας του οργανισμού, με την πάροδο του χρόνου. Συγκεκριμένα σε πρόσφατη δημοσίευση συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης 78 σχετικών άρθρων καταγράφεται μείωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου, 6 μήνες μετά τον πλήρη εμβολιασμό, κατά 21%-32% συγκριτικά με την αποτελεσματικότητα 1 μήνα μετά, στις νεότερες ηλικίες και άνω των 50 ετών, αντίστοιχα. Ακολουθώντας λοιπόν τις συστάσεις του ΠΟΥ τουλάχιστον 126 χώρες παγκοσμίως ξεκίνησαν προγράμματα αναμνηστικής δόσης εμβολιασμού. Τα δεδομένα αυτής της εφαρμογής αναφέρουν αύξηση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου κατά της νοσηλείας στο 91% τους δύο πρώτους μήνες, αισθητή όμως μείωση αυτής στο 78% τέσσερις μήνες μετά την ενίσχυση. Εύλογα λοιπόν δημιουργείται το ερώτημα για το πόσες αναμνηστικές δόσεις είναι απαραίτητες για τη βελτίωση/διατήρηση της ανοσίας έναντι του SARS-COV-2; Ήδη σε ορισμένες χώρες χορηγείται η τέταρτη δόση κυρίως σε ηλικιωμένους και ανοσοκατασταλμένους και αναμένονται τα σχετικά αποτελέσματα.

Μέσα σε αυτό το κλίμα, στα τέλη του 2021 κάνει την εμφάνισή της η παραλλαγή όμικρον, εξαιρετικά μεταλλαγμένη παραλλαγή που χαρακτηρίζεται αρχικά από μεγάλη μεταδοτικότητα και χαμηλότερη μολυσματικότητα σε σχέση με τη Δέλτα. Η εμφάνιση και η μεγάλη διασπορά της με ταυτόχρονη μείωση της αποτελεσματικότητας της τρίτης δόσης, που καταγράφεται την ίδια χρονική στιγμή, σηματοδοτεί ανοσολογική διαφυγή από την προστασία του εμβολίου και θέτει ισχυρά την αμφισβήτηση της αναγκαιότητας πολλαπλών δόσεων με το ίδιο εμβόλιο.

Δυστυχώς ο ιός δεν έχει δεσμευτεί για τη φυσική του πορεία και έτσι απρόσμενα εξελικτικά άλματα πιθανά να οδηγήσουν σε ανοσολογική διαφυγή, αυξημένη τοξικότητα, μεγάλη μεταδοτικότητα. Μια θετική εξέλιξη στην αντιμετώπιση της πανδημίας θα μπορούσε να αποτελέσει η μετάβαση του SARS-CoV-2 σε *ενδημικό ιό* ή να μιμηθεί την επιδημία της *εποχικής γρίπης*, όπου θα αντιμετωπίζεται με ετήσιο εμβολιασμό από προηγούμενα κυκλοφορούντα στελέχη.

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν την ανάπτυξη εμβολίων επόμενης γενιάς για τον COVID-19 με διαφορετικά προφίλ και οδό χορήγησης και ιδανικά το σχεδιασμό ενός καθολικού εμβολίου για τον κορωνοϊό, ικανού να προστατεύει από πολλές ή όλες τις γνωστές παραλλαγές του. Αυτή η μέρα όμως δεν μπορεί να έρθει αρκετά σύντομα.

Λέξεις κλειδιά: SARS-COV-2, πανδημία, εμβόλιο, αναμνηστική δόση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043180, 6976685858
E-mail: alextsir@gmail.com

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΛΟΙΜΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΜΥΞΩΜΑΤΩΝ

Νεκταρία Μιχοπάνου[1], RN, Χρήστος Χαρίτος[2], MD, Γεώργιος Σαρόγλου[3], MD, Αλκιβιάδης Βατόπουλος[4], MD, Ιωάννα Παυλοπούλου[3], MD

[1]Γραφείο Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΑΧΕΠΑ, [2]Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [3]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Η επίδραση των καρδιακών μυξωμάτων στην ανοσολογική απάντηση καθώς επίσης και η ακριβής προέλευσή τους εξακολουθούν να είναι αόριστα, αν και εργαστηριακές εξετάσεις και ιστολογικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μυξωμάτων και της φλεγμονώδους αντίδρασης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της παθογένειας και ανίχνευση ενδεχόμενων λοιμογόνων παραγόντων των καρδιακών μυξωμάτων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκτομή αυτών. Επιμέρους στόχος της έρευνας αποτέλεσε η επιδημιολογική μελέτη των περιστατικών αφαίρεσης καρδιακών μυξωμάτων σε μεγάλο γενικό νοσοκομείο της Αττικής κατά τα έτη 1986-2018.

Υλικό και μέθοδος: Μη πειραματική αναδρομική μελέτη παρατήρησης με τόπο διεξαγωγής τη μονάδα ανάνηψης καρδιοχειρουργικών ασθενών μεγάλου γενικού νοσοκομείου της Αττικής.

Μελετώμενος πληθυσμός: 145 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση αφαίρεσης μυξώματος και εισήχθησαν με τυχαία χρονολογική σειρά κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου 1986-Δεκεμβρίου 2018 στην καρδιοχειρουργική μονάδα ανάνηψης ενός μεγάλου γενικού νοσοκομείου της Αττικής. Επιπλέον μελετήθηκαν εκτεταμένα 54 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση μυξώματος κατά την οκταετία 2010-2018.

Αποτελέσματα: Τα επιδημιολογικά και διεγχειρητικά δεδομένα 145 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή καρδιακού μυξώματος κατά την περίοδο 1986-2018 αναλύθηκαν στατιστικά. Τεκμηριώσαμε ότι ο διεγχειρητικός μέσος χρόνος ισχαιμίας ήταν 40 λεπτά και ο μέσος χρόνος καρδιοπνευμονικής παράκαμψης (cardiopulmonary by-pass-CPB) ήταν 68,5 λεπτά.

Διαχωρίσαμε την 32ετή περίοδο μελέτης μας σε 8ετείς συγκεκριμένες περιόδους, καθώς θέλαμε να επισημάνουμε τυχόν διαφορές που τεκμηριώθηκαν σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η ηλικία, ο χρόνος ισχαιμίας, ο χρόνος CPB και η διάρκεια διαμονής της ΜΕΘ παρουσίασαν σταδιακή αύξηση σε όλες τις περιόδους των 8 ετών. Αντιθέτως, η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μειώθηκε έως την πιο πρόσφατη περίοδο (μέση τιμή 5 ημέρες), ($p < 0,001$).

Επιπλέον ευρήματα: Ο αριστερός κόλπος αποτέλεσε την πιο κοινή θέση ανάπτυξης του όγκου (87,6% των περιπτώσεων, 127 από τις 145) και υπήρχε κυριαρχία του γυναικείου φύλου στον πληθυσμό της μελέτης.

Όσον αφορά τους συμπτωματικούς ασθενείς, η πλειονότητα τους ανέφερε δύσπνοια (57,4%) η οποία συσχετίζεται έντονα με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης περικαρδιακής συλλογής (38,9%) και υπεζωκοτικής συλλογής (16,6%).

Θετική συσχέτιση των προεγχειρητικών τιμών του βιοδείκτη NLR με το μέγεθος των καρδιακών μυξωμάτων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υψηλότερες προεγχειρητικές τιμές NLR σχετίζονται με σημαντικά μεγαλύτερο μέγεθος όγκου.

Αδυναμία ανίχνευσης λοιμογόνων παραγόντων παθογένειας (HSV1, HSV2, Epstein Barr, CMV) στα αφαιρεθέντα μυξώματα με τη μέθοδο της ανοσοϊστοχημείας και του *in situ* υβριδισμού.

Θετική συσχέτιση του μεγέθους του καρδιακού όγκου με την εμφάνιση αναπνευστικής δυσχέρειας και πλευριτικής συλλογής και με αυξημένες προεγχειρητικές τιμές CRP.

Συμπεράσματα: Το καρδιακό μύξωμα είναι μια οντότητα που επηρεάζει την ανοσοαπόκριση, αν και η επίδρασή της παραμένει αόριστη. Η αναλογία ουδετερόφιλων/

λεμφοκυττάρων βρέθηκε να σχετίζεται με την παρουσία καρδιακού μυξώματος, ενώ η τιμή της είναι ανάλογη με το μέγεθος του όγκου προεγχειρητικά. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση για την αξιολόγηση του ρόλου του NLR ως βιοδείκτη για τα καρδιακά μυξώματα και αποσαφήνιση της βιολογικής συμπεριφοράς αυτού του νεοπλάσματος, καθώς επίσης της προέλευσης και της φλεγμονώδους απόκρισης που προκαλεί.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιακό μύξωμα, φλεγμονώδης αντίδραση NLR, βιοδείκτης.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Ν. Μιχοπάνου
Τηλ.: 6972740214
E-mail: nektariamix@hotmail.com

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Αναστασία Γεωργιάδου, MSc, PhD©

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Γραφείο Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε.), όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση και πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα. Η σωστή επιλογή ασθενών που πρόκειται να λάβουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, καθώς και η συστηματική παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή χορήγηση της θεραπείας.

Ειδικότερα σήμερα που στην καθημερινή κλινική πρακτική έχουν προστεθεί αρκετοί βιολογικοί παράγοντες, είναι επιτακτικό όλοι οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία να έχουν ειδικές γνώσεις. Συγκεκριμένα δε στη χορήγηση κυρίως της ενδοφλέβιας θεραπείας, η προετοιμασία των βιολογικών παραγόντων γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, με τον κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Ο τρόπος χορήγησης ακολουθεί αυστηρά πρωτόκολλα, ανάλογα με το σκεύασμα σε κάθε περίπτωση.

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία διαδραματίζει ο νοσηλευτής. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε., ονομάζεται νοσηλευτής Ι.Φ.Ν.Ε., γνωστός με τον αγγλικό όρο "IBD nurse" και έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει τις διαφορές νόσου του Crohn και ελκώδους κολίτιδας, να εκτιμά την αναγκαιότητα της έγκαιρης παρέμβασης και να κατανοεί τις βασικές διαγνωστικές στρατηγικές και κύριες θεραπευτικές επιλογές στη διαχείριση των Ι.Φ.Ν.Ε. Μεγαλύτερη εξειδίκευση και αυτονομία έχει ο "Advanced IBD nurse", που είναι ο έμπειρος κλινικός νοσηλευτής, που ασχολείται με ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε., παιδιατρικούς ή ενήλικες. Παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα, βασισμένη σε νοσηλευτικά πρωτόκολλα και τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα, ενώ παίζει σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση, διάγνωση, στο σχεδιασμό θεραπείας, στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, στην επιτήρηση, στην εκπαίδευση, στην προαγωγή της υγείας, καθώς και στην υποστήριξη των ασθενών, πάντα στο πλαίσιο της δικής του επαγγελματικής πρακτικής.

Ο ρόλος του Ι.Φ.Ν.Ε. νοσηλευτή συνεπώς είναι πολυδιάστατος, έχει σαφώς καθορισμένο ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα και εμπλέκεται σε όλα τα στάδια της θεραπείας. Ξεκινά από τη φάση της προ-θεραπείας, στον έλεγχο για ένταξη του ασθενούς σε θεραπεία με βιολογικό παράγοντα, ακολουθεί τη φάση της θεραπείας και συνεχίζει με τη συστηματική επανεκτίμηση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής λοιπόν λειτουργεί ως σύνδεσμος μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας, εκπαιδεύει και παρέχει πληροφορίες στον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τη φύση της ασθένειας, τα συμπτώματα, τις θεραπευτικές επιλογές κ.ά., με τρόπο απλό και κατανοητό. Επίσης, σημαντικός είναι και ο οργανωτικός του ρόλος στη διαδικασία υποστήριξης των ασθενών.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η ενεργή συμμετοχή του Ι.Φ.Ν.Ε. νοσηλευτή στη διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα είναι καίρια, γιατί ως συνδετικός κρίκος της ομάδας βοηθά στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της, συντελεί στη διατήρηση της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία και συντονίζει τις διαδικασίες με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: IBD nurse, advanced IBD nurse, IBD nurse role, multidisciplinary team, adherence, biological therapy.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041987
E-mail: georgiadounatasa@yahoo.gr

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ

Δημήτριος Μαγγανάς

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

Η ολική εκτομή του μεσο-ορθού (TME) αποτελεί την εγχειρητική τεχνική επιλογής σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού. Σχετίζεται ωστόσο με αυξημένη νοσηρότητα και επιβαρύνει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά. Για τους λόγους αυτούς αναπτύχθηκαν στρατηγικές που, χωρίς να επηρεάζουν το ογκολογικό αποτέλεσμα, επιτυγχάνουν να διατηρούν μία καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η εισαγωγή της προεγχειρητικής ακτινοχημειοθεραπείας (PCRT) στην κλινική πράξη αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού επιτυγχάνοντας ελάττωση του ποσοστού των τοπικών υποτροπών, αλλά και επηρεάζοντας το συνολικό ογκολογικό αποτέλεσμα ανάλογα με το βαθμό της υποστροφής των όγκων μετά την εφαρμογή της, επηρεάζοντας έτσι τη στρατηγική της χειρουργικής επεμβάσεως που θα ακολουθήσει.

Η παρατήρηση ότι οι καρκίνοι του ορθού μετά από PCRT μπορεί να υποστραφούν σημαντικά με ελάττωση του μεγέθους του όγκου, του βάθους διηθήσεως ή ακόμα και αποστείρωση τυχόν διηθημένων λεμφαδένων, αιτιολόγησε την ανάπτυξη στρατηγικών διατηρήσεως του ορθού που συμπεριλαμβάνουν την τοπική εκτομή μικρών ή επιφανειακών όγκων.

Επιπλέον η υποστροφή του πρωτοπαθούς όγκου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη εξαφάνισή του στο ιστολογικό παρασκεύασμα της TME (πλήρης παθολογική ανταπόκριση -complete pathologic response [pCR]) σε ορισμένους ασθενείς. Σε ποσοστό 15-30% διαπιστώνεται πλήρης υποστροφή του όγκου πριν από τη χειρουργική εκτομή (πλήρης κλινική ανταπόκριση-complete clinical response - cCR). Στους ασθενείς αυτούς έχει επιχειρηθεί η διατήρηση του ορθού είτε με τοπική εκτομή είτε με απλή παρακολούθηση (watch and wait - WW), βασιζόμενη σε μελέτες που έχουν αποδείξει ένα ευνοϊκό ογκολογικό αποτέλεσμα. Στη λήψη μίας τέτοιας απόφασης πρέπει να συνυπολογίζονται διάφορες παράμετροι που σχετίζονται με την έκταση και τη βιολογία της νόσου, το υπόβαθρο του ασθενούς και των θεραπευτικών επιλογών και υποδομών που υπάρχουν.

Η τοπική εκτομή έχει το πλεονέκτημα ότι παρέχει παρασκεύασμα που επιβεβαιώνει το παθολογοανατομικό στάδιο. Ωστόσο ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η επιμήκυνση του διαστήματος από την ολοκλήρωση της PCRT και της χειρουργικής επεμβάσεως έχει επιτύχει καλύτερη ανταπόκριση του όγκου με αποτέλεσμα η πολιτική της WW αντιμετωπίσεως που αναβάλλει τη χειρουργική επέμβαση μέσω μίας στενής παρακολουθήσεως του ασθενούς να κερδίζει σταδιακά έδαφος. Διάφορες στρατηγικές όπως η ολική νεοεπικουρική θεραπεία (total neoadjuvant therapy - TNT), με στόχο την επίτευξη πλήρους κλινικής υποστροφής (attempted to obtain clinical complete regression (cCR) εφαρμόζονται πρόσφατα με όλο και αυξανόμενη συχνότητα.

Ωστόσο οι WW προσεγγίσεις αποτελούν θεωρητικά τουλάχιστον πρώτον μία «ακραία» αντιμετώπιση ενός ασθενούς με καρκίνο και δεύτερον μπορούν να εφαρμοσθούν σε ένα υποσύνολο μόνο των ασθενών. Η γενικευμένη εφαρμογή της πολιτικής αυτής ενδεχομένως θα στερήσει την πιθανότητα ίασης σε κάποιους ασθενείς. Επιπλέον δεν υπάρχει ακόμα πλήρης ομοφωνία ως προς τον τρόπο παρακολουθήσεως των ασθενών και της διαγνώσεως της τοπικής υποτροπής ή της εμφανίσεως απομακρυσμένης νόσου.

Αντιθέτως η ριζική εκτομή θεωρείται ακόμα η ασφαλής επιλογή σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού και επιπλέον αντιμετωπίζει προβλήματα όπως η ασάφεια στη διάγνωση ή τοπική υποτροπή ή η διάσωση σε ασθενείς που η WW τακτική αποτυγχάνει. Η εξέλιξη στις χειρουργικές τεχνικές προσφέρει υψηλά ποσοστά σφιγκτηροσωστικών επεμβάσεων με αποδεκτή νοσηρότητα. Η ανάπτυξη νέων τεχνικών όπως η διαπρωκτική TME (taTME) είναι μία υποσχόμενη εναλλακτική επιλογή σε όγκους όπου η λαπαροσκοπική εκτομή έχει περιορισμούς.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος ορθού, νεοεπικουρική θεραπεία, χειρουργική επέμβαση, διατήρηση του οργάνου.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977212784
E-mail: dmanganas@gmail.com

ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (mpMRI). ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ PSA;

Ελένη Λαζαρίδου

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

Η Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία Προστάτη (mpMRI) αποτελεί συνδυασμό ανατομικών και λειτουργικών πληροφοριών παίζοντας σημαντικό ρόλο στη διάκριση καλοήθους βλάβης και στον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση κλινικά σημαντικής κακοήθειας, περιορίζοντας τις βιοψίες σε ασθενείς με χαμηλή πιθανότητα για κλινικά σημαντικό καρκίνο, με μείωση των επιπλοκών. Επίσης, συμβάλλει στο σχεδιασμό της κατευθυνόμενης βιοψίας, αυξάνοντας τη διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου, καθώς και στην παρακολούθηση και σταδιοποίηση προκειμένου να διερευνηθεί η εξωπροστατική επέκταση. Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, οι ενδείξεις της mpMRI για ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε βιοψία περιλαμβάνουν τιμές PSA >4.0, PSA density >0.15, παθολογική τιμή σε άλλους βιοδείκτες, παθολογική δακτυλική εξέταση ή οικογενειακό ιστορικό Ca προστάτη. Η μέθοδος, επίσης, ενδείκνυται σε ασθενείς με προηγούμενη αρνητική βιοψία, που παρουσιάζουν ωστόσο επίμονη αύξηση PSA ή και επίμονη παθολογική τιμή σε άλλους βιοδείκτες, προκειμένου να διερευνηθούν για το ενδεχόμενο κλινικά σημαντικού καρκίνου, καθώς και σε ασθενείς μετά από θετική βιοψία στο πλαίσιο προεγχειρητικού σχεδιασμού, παρακολούθησης και τοπικής σταδιοποίησης. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί βιοψία η διενέργεια της mpMRI συνιστάται τουλάχιστον μετά από 6 εβδομάδες. Η προετοιμασία των ασθενών, το πρωτόκολλο της εξέτασης και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων γίνεται βάσει της αναθεωρημένης κλίμακας PI-RADS v2, όπως ακριβώς έχει διαμορφωθεί από το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ουρογεννητικής Ακτινολογίας. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει ακολουθίες με χαμηλό πεδίο θέασης (FOV), όπως η T2 (εγκάρσια, οβελιαία και στεφανιαία), η ακολουθία διάχυσης (DW) κι ο χάρτης (ADC) (b values 50-100sec/mm^2, 800-1000sec/mm^2) και ο Δυναμικός έλεγχος μετά τη χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας. Η εγκάρσια T1 με μεγαλύτερο FOV συνιστάται για ανάδειξη αιμορραγίας και σταδιοποίηση, ενώ η Μαγνητική Φασματοσκοπία δεν απαιτείται. Στην κλίμακα PI-RADS v2 αναφέρονται 5 βαθμοί βαρύτητας μιας ύποπτης βλάβης. Στον 1ο και στο 2ο βαθμό υπάρχει πολύ χαμηλή και χαμηλή, αντίστοιχα, πιθανότητα για παρουσία κλινικά σημαντικού καρκίνου. Στον 3ο βαθμό η βλάβη ταξινομείται ως ενδιάμεσης πιθανότητας, ενώ στον 4ο και 5ο βαθμό η πιθανότητα θεωρείται υψηλή και πολύ υψηλή αντίστοιχα. Η μορφολογία, το μέγεθος της αλλοίωσης και η ένταση του περιορισμού στην DW και ADC βαθμονομούν το στάδιο της βλάβης στην περιφερική ζώνη. Στην περίπτωση που μια ύποπτη βλάβη ταξινομείται κατά PIRADS 3 και κατά το Δυναμικό έλεγχο παρουσιάζει εστιακή, πρώιμη ενίσχυση, τότε αναβαθμίζεται σε PIRADS 4. Η μορφολογία και το μέγεθος της αλλοίωσης στην T2 ακολουθία κατηγοριοποιούν τη βαρύτητα μίας βλάβης στη μεταβατική ζώνη. Στην περίπτωση των άτυπων όζων που παρουσιάζουν χαμηλό σήμα ή ατελή κάψα, και ταξινομούνται κατά PIRADS 2, όταν συνυπάρχει περιορισμός στην DW-ADC κλίμακας 4 ή 5, τότε αναβαθμίζονται σε PIRADS 3. Επίσης, ύποπτες βλάβες PIRADS 3, που συνοδεύονται από περιορισμό στην DW-ADC σταδίου 5, αναβαθμίζονται σε PIRADS 4. Η κεντρική ζώνη και το ινομυωματώδες στρώμα παρουσιάζουν φυσιολογικά συμμετρική απεικόνιση, χωρίς αξιόλογη σκιαγραφική ενίσχυση, ήπιο περιορισμό και σχετικά χαμηλό σήμα στην T2 και ADC. Η επέκταση στις ανωτέρω ανατομικές θέσεις βλαβών που εξορμώνται από τη μεταβατική ή την περιφερική ζώνη, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν για το χαρακτηρισμό και τη βαθμονόμηση αυτών κατά PIRADS.

Λέξεις κλειδιά: mpMRI, T2, DW, ADC.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972881510
E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΤΟ PSMA-PET ΕΧΕΙ ΕΝΔΕΙΞΗ ΜΟΝΟ ΣΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ;

Βασιλική Φραγκιαδάκη

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

Η Ποζιτρονική Υπολογιστική Τομογραφία (PET/CT) έχει συμβάλλει καθοριστικά στη σταδιοποίηση των ογκολογικών ασθενών. Πρόκειται για μια λειτουργική και ανατομική απεικόνιση, που ενώ αρχικά έγινε ευρέως αποδεκτή με τη χρήση της 18F-FDG (18Φθόριο φλουοροδεοξυγλυκόζης), πλέον έχουν αναπτυχθεί και άλλοι ιχνηθέτες, ειδικοί για συγκεκριμένους υποδοχείς διαφορετικών νεοπλασμάτων.

Ένας από αυτούς τους ιχνηθέτες είναι και το PSMA (prostate specific membrane antigen) επισημασμένο με 68Ga ή 18F.

Το PSMA PET/CT αποτελεί ήδη ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο στην απεικόνιση της υποτροπής του καρκίνου του προστάτη, τόσο τοπικής όσο και απομακρυσμένης. Παρόλο που μέσω μελετών αναδείχθηκε η σημασία του στη βιοχημική υποτροπή, και κυρίως σε τιμές PSA ορού μικρότερες από 0,5ng/ml, σε αυτή την παρουσίαση θα εστιάσουμε στο κατά πόσον μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά την αρχική σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη, όταν έχει δηλαδή μόλις διαγνωσθεί. Αν και ακόμη δεν έχει ενσωματωθεί στις Ευρωπαϊκές Συστάσεις Πυρηνικής Ιατρικής (EANM Guidelines 2020-2021) για τη χρήση στην αρχική σταδιοποίηση του καρκίνου προστάτη, εντούτοις, μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη αναδεικνύουν τη χρησιμότητά του και εκεί σε συνδυασμό με τη συμβατική απεικόνιση.

Στην παρουσίαση αυτή, θα ανατρέξουμε σε συναφείς με το θέμα μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και θα εστιάσουμε στο πότε μπορεί ο κλινικός ιατρός να χρησιμοποιήσει, τελικά, το PSMA PET/CT.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος προστάτη, ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφία, PSMA (ειδικό μεμβρανικό προστατικό αντιγόνο), βιοχημική υποτροπή.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6982816730
E-mail: vasiafrag@gmail.com

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ιωάννης Ξωξάκος

Ουρολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η εφαρμογή νεότερων απεικονιστικών μεθόδων στον εντοπισμό κλινικά σημαντικού καρκίνου προστάτη, στην εκτίμηση της τοπικής έκτασης της νόσου, καθώς και στην πρώιμη ανίχνευση μεταστάσεων, έχουν καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση, αλλά και στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας στον καρκίνο του προστάτη. Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία (mpMRI) με την δυνατότητα εξαιρετικής απεικόνισης του προστάτη, ακολουθώντας το σύστημα βαθμονόμησης PI-RADS, έχει εδραιωθεί πλέον ως απεικονιστική μέθοδος εκλογής για τον εντοπισμό πιθανού κλινικά σημαντικού καρκίνου προστάτη. Υπάρχει σήμερα ευρεία εφαρμογή της μεθόδου σε ασθενείς με κλινική υποψία προστατικού καρκίνου, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν πρώτη φορά σε βιοψία προστάτου, καθώς και σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε επαναληπτική βιοψία μετά από προηγούμενη αρνητική βιοψία. Οι βιοψίες προστατικού ιστού με βάση τα ευρήματα της πολυπαραμετρικής μαγνητικής τομογραφίας (MRI-στοχευμένες βιοψίες) αυξάνουν το ποσοστό διάγνωσης κλινικά σημαντικών καρκίνων προστάτη (ISUP grade ≥2), ενώ παράλληλα μειώνουν το κίνδυνο διάγνωσης κλινικά μη σημαντικού καρκίνου (ISUP grade 1). Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό στην αποφυγή «υπερδιάγνωσης» και «υπερθεραπείας» κλινικά μη σημαντικών καρκίνων, με τις ανάλογες επιπτώσεις επιπλοκών και κόστους. Τα τελευταία χρόνια ερευνάται ο ενδεχόμενος ρόλος της πολυπαραμετρικής μαγνητικής τομογραφίας, ως ένα βασικό κριτήριο επιλογής ασθενών που θα υποβληθούν τελικά σε βιοψία προστάτη (MRI pathway). Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται επίσης σε ασθενείς με ήδη διαγνωσμένο καρκίνο προστάτη που βρίσκονται υπό ενεργή παρακολούθηση (active surveillance), αλλά και στην σταδιοποίηση της νόσου προ της θεραπείας παρέχοντας πληροφορίες για το πλάνο της χειρουργικής επέμβασης ή το πεδίο της ακτινοθεραπείας. Σημειώνεται επιπλέον ο ρόλος της στην εκτίμηση της υποτροπής της νόσου μετά από την αρχική θεραπεία, στον προσδιορισμό της τοπικής υποτροπής ή στην παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά τις παραπάνω εφαρμογές της πολυπαραμετρικής μαγνητικής τομογραφίας είναι κυρίως η αξιοπιστία στην αξιολόγηση των ευρημάτων από τον εξεταστή, καθώς και η επιλογή ασθενών με συνεκτίμηση άλλων παραγόντων (κλινικών και ενδεχομένως βιοδεικτών) που θα ωφεληθούν τελικά από την εξέταση. Ένα ακόμα πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια είναι η χρήση της μοριακής απεικόνισης (PET) στον καρκίνο του προστάτη. Ολοένα και περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν δεδομένα από την εφαρμογή του PSMA PET στον προστατικό καρκίνο,όχι μόνο στο στάδιο της μεταστατικής νόσου, αλλά πλέον και κατά την αρχική διάγνωση. Καθοριστικής σημασίας αποτελεί ο ρόλος του PSMA PET στον εντοπισμό μεταστάσεων, ακόμα και σε χαμηλές τιμές PSA μετά από την αρχική θεραπεία του καρκίνου του προστάτη. Η έκταση της υποτροπής της νόσου μετά από ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία, σχετικά με τον αριθμό και την θέση των μεταστατικών εστιών, αποτελεί βασική παράμετρο στην επιλογή της περαιτέρω θεραπευτικής μεθόδου διάσωσης. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι το PSMA PET έχει υψηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα από τις συμβατικές απεικονιστικές μεθόδους (αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών) στην απεικόνιση της έκτασης της νόσου κατά τη διάγνωση (αρχική σταδιοποίηση), επηρεάζοντας αποφασιστικά την θεραπεία που θα ακολουθήσει ο ασθενής. Αρκετοί ερευνητές προτείνουν ενδεχομένως την αντικατάσταση των συμβατικών μεθόδων απεικόνισης (CT και σπινθηρογράφημα οστών) από το PSMA PET πριν την αρχική θεραπεία. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να καθιστούν ασφαλή την σύσταση για ευρεία χρήση του PSMA PET κατά την αρχική σταδιοποίηση του καρκίνου προστάτη, λαμβάνοντας υπόψη την επιλογή ασθενών που τελικά θα ωφεληθούν, αλλά και το κόστος της εξέτασης. Τέλος, ενθαρρυντικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει η θεραπευτική εφαρμογή του ^{177}Lu-PSMA-617 σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο προστάτη. Ωστόσο, αναμένονται περισσότερα δεδομένα ώστε να μπορέσουν οι μέθοδοι αυτοί να ενταχθούν με ασφάλεια στην καθημερινή κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: Πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία, PSMA, καρκίνος, προστάτης.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974796367
E-mail: ixox@hotmail.com

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI): ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ - STATE OF THE ART

Λουκάς Κ. Παππάς

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

Στα 20 χρόνια που μεσολάβησαν από την πρώτη εφαρμογή της, η διακαθετηριακή εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve implantation, TAVI) έχει ωριμάσει και έχει εξελιχθεί από καινοτόμο και απαιτητική επέμβαση σε στρατηγική ρουτίνας για την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Η συσσώρευση κλινικής και επεμβατικής πείρας, η επιλογή κατάλληλων ασθενών και η εξέλιξη της τεχνολογίας των διακαθετηριακών βαλβιδικών συστημάτων και των υλικών της TAVI έχει αυξήσει θεαματικά τα ποσοστά επεμβατικής επιτυχίας και έχει μειώσει σημαντικά τη θνητότητα και τις επιπλοκές. Ο προεπεμβατικός σχεδιασμός που βασίζεται στην απεικόνιση με αξονική τομογραφία καθορίζει τη στρατηγική της επέμβασης και την επιλογή της κατάλληλης διακαθετηριακής βαλβίδας σε κάθε ασθενή. Η επέμβαση συνεχώς απλοποιείται με την υιοθέτηση μιας μινιμαλιστικής προσέγγισης η οποία περιλαμβάνει την αποφυγή γενικής αναισθησίας και την εφαρμογή τοπικής αναισθησίας και ενσυνείδητης καταστολής, την πλήρως διαδερμική διαμηριαία προσπέλαση με αγγειογραφική ή υπερηχογραφική καθοδήγηση και χρήση συσκευών σύγκλεισης, τη χρήση της κερκιδικής αρτηρίας ως δευτερεύουσας προσπέλασης, τη βηματοδότηση μέσω του σύρματος της αριστερής κοιλίας, την αποφυγή της προδιαστολής με ασκό, την αποφυγή της χρήσης διοισοφάγειου ηχωκαρδιογραφήματος για την καθοδήγηση της επέμβασης. Η απλοποίηση των τεχνικών μειώνει τη χρονική διάρκεια και το κόστος της TAVI και βραχύνει τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών επιτρέποντας ακόμα και την αυθημερόν έξοδο από το νοσοκομείο σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Όλες αυτές οι εξελίξεις διευρύνουν το φάσμα των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVI με μετατόπιση σε πληθυσμούς χαμηλότερου κινδύνου και μικρότερης ηλικίας αλλά και σε ασθενείς με απαιτητική ανατομία (δίπτυχη αορτική βαλβίδα, εκφύλιση βιοπροσθετικών βαλβίδων).

Λέξεις κλειδιά: Διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, στένωση αορτικής βαλβίδας, μινιμαλιστική προσέγγιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6946300252
E-mail: lpappas74@gmail.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΟΒΑΡΩΝ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

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

Οι σοβαρές ανεπάρκειες των κολποκοιλιακών βαλβίδων συχνά συναντώνται σε ασθενείς με απαγορευτικό χειρουργικό κίνδυνο. Τα τελευταία χρόνια έχουν εξελιχθεί επεμβατικές τεχνικές που πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα κέντρα και μπορούν να προσφέρουν βελτίωση της κλινικής έκβασης σε σχέση με την απλή φαρμακευτική θεραπεία.

Για την σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς η πιο συνήθης τεχνική είναι η συμπλησίαση των γλωχίνων (transcatheter edge-to-edgerepair, TEER) και τοποθέτηση clip με βάση τη χειρουργική τεχνική Alfieri. Μπορεί να διενεργηθεί διαδερμικά με τις συσκευές MitraClip ή Pascal (που εμφανίστηκε πιο πρόσφατα). Για τη σωστή επιλογή ασθενών και την καθοδήγηση της επέμβασης το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα με δυνατότητες τρισδιάστατης απεικόνισης είναι απαραίτητο. Κλασσικά το MitraClip έχει εφαρμογή στην πρωτοπαθή ανεπάρκεια της μιτροειδούς, αλλά τα δεδομένα των μελετών MITRA-FR και COAPT καθόρισαν τα κλινικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά και κάποιων ασθενών με δευτεροπαθή ανεπάρκεια που αναμένεται να ωφεληθούν. Για ασθενείς που ο απεικονιστικός έλεγχος δεν προβλέπει καλά αποτελέσματα με TEER μπορούν να εξεταστούν ως λύση η διαδερμική δακτυλιοπλαστική (όπως π.χ. με τις συσκευές Cardioband ή Carillion) ή η εμφύτευση βιοπροσθετικών βαλβίδων (valve-in-valve, valve-in-ring, valve-in-MAC).

Για τη σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας η επεμβατική εμπειρία σε σχέση με τη μιτροειδή είναι μικρότερη αλλά προχωρά με γρήγορα βήματα. Η πιο συνήθης τεχνική είναι επίσης η TEER (η οποία μπορεί να διενεργηθεί με τις συσκευές TriClip ή Pascal), για την οποία όμως πρέπει να σημειωθεί ότι είναι πιο απαιτητική όσον αφορά την απεικόνιση με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα και την επιτυχή επεμβατική πραγματοποίηση, καθώς η παθολογική ανατομία της τριγλώχινας παρουσιάζει μεγαλύτερη πολυπλοκότητα από αυτή της μιτροειδούς. Επίσης, για ασθενείς που ο απεικονιστικός έλεγχος δεν προβλέπει καλά αποτελέσματα με TEER μπορούν να εξεταστούν ως λύση η διαδερμική δακτυλιοπλαστική (π.χ. με συσκευή Cardioband), η ετερότοπη εμφύτευση βαλβίδων σε άνω και κάτω κοίλη φλέβα (σύστημα TricValve) και κυρίως η εμφύτευση βιοπροσθετικής βαλβίδας σε θέση τριγλώχινας, τομέας στον οποίο αρχίζει να αποκτάται εμπειρία διεθνώς.

Λέξεις κλειδιά: Ανεπάρκεια μιτροειδούς, ανεπάρκεια τριγλώχινας, διαδερμική αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043445
E-mail: kontriad@gmail.com

ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Ηλέκτρα Παπαδοπούλου

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

Το 2021 ήταν η χρονιά στην οποία δημοσιεύθηκαν ανανεωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και θεραπεία της οξείας και χρόνιας καρδιακή ανεπάρκειας. Σε αυτές έχουν ενσωματωθεί τα ευρήματα πολύ σημαντικών πολυκεντρικών μελετών που δημοσιεύθηκαν την τελευταία 5ετία.

Η θεραπεία της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης βασίζεται πλέον σε 4 κατηγορίες φαρμάκων: α-MEA/ARNI (sacubitril/valsartan), β-αναστολείς, MRA, SGLT2-I (empagliflozin, dapagliflozin). OIPARADIGM-HF, PIONEER-HF, TRANSITION μελέτες για το ARNI και οι DAPA-HF, EMPEROR ανέδειξαν σε CLASSI ένδειξη τη χρήση των ARNI & SGLT2-i.

Σημαντικές εξελίξεις υπήρξαν τόσο στη διάγνωση όσο και την θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF). Η εισαγωγή διαγνωστικού αλγορίθμου που εμπεριέχει τις λειτουργικές και μορφολογικές μεταβολές της καρδιάς και συνεπακόλουθα ο υπολογισμός σκορ (HFA-PEFF) συστηματοποιεί και καθοδηγεί την διάγνωση της HFpEF. Στο πεδίο της θεραπείας η προσφάτως δημοσιευθείσα EMPEROR-PRESERVED είναι η πρώτη μελέτη που δείχνει όφελος σε μείζονα κλινικά καταληκτικά σημεία ανεξαρτήτως ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη.

Στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ενσωματώθηκε στις οδηγίες ο αλγόριθμος χρήσης διουρητικών. Η μελέτη AFFIRM-AHF ανέδειξε 26% μείωση των επανεισαγωγών για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας με τη χορήγηση ενδοφλεβίως σιδήρου σε ασθενείς νοσηλευόμενους για οξεία καρδιακή ανεπάρκεια.

Μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες όπως η VICTORIA και η GALACTIC-HF ανέδειξαν νέα μόρια όπως το vericiguat (διεγέρτης της γουανιλικής κυκλάσης) και το omecamtiv (διεγέρτης της μυοσίνης) αφού φαίνεται να βελτιώνουν κλινικά καταληκτικά σημεία όπως ο καρδιαγγειακός θάνατος και οι επανεισαγωγές για καρδιακή ανεπάρκεια στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Τέλος στο πεδίο των συσκευών, ο τροποποιητής της μυοκαρδιακής συσταλτικότητας (cardiac contractility modulation- CCM), μία συσκευή που περιλαμβάνει την εφαρμογή υψηλής έντασης και διάρκειας ηλεκτρικού σήματος στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα της δεξιάς κοιλίας κατά τη διάρκεια της απολύτου ανερέθιστης περιόδου, φαίνεται ότι βελτιώνει της ενδομυοκαρδιακή διαχείριση του ασβεστίου όπως και τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών με κλάσμα εξώθησης 25-45%.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιακή ανεπάρκεια, PARADIGM-HF, DAPA-HF, EMPEROR, VICTORIA, GALACTIC-HF.

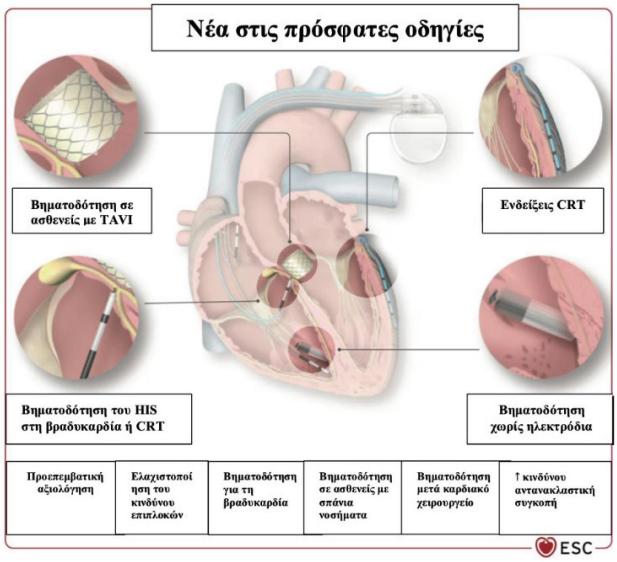
Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972321919
E-mail: elektrapap@yahoo.gr

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ: ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ιωάννης Α. Χαβελές, MD, PhD

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

Με τον όρο συσκευές διαχείρισης του καρδιακού ρυθμού αναφερόμαστε σε μόνιμα εμφυτεύσιμες ηλεκτρονικές συσκευές που τροποποιούν τον καρδιακό ρυθμό μέσω βηματοδότησης ή απινίδωσης. Οι αντίστοιχες συσκευές (βηματοδότες, απινιδωτές, αμφικοιλιακά συστήματα) έχουν εξελιχθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών, ενώ πρόσφατα (2021) εκδόθηκαν νέες οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC) που αφορούν τη χρήση τους. Σε αυτές αναφέρονται **νέες θεωρήσεις**, όπως αλλαγές που αφορούν στη βηματοδότηση του συστήματος αγωγής και σε αυτή χωρίς ηλεκτρόδια, στην επιλογή εναλλακτικών θέσεων στην αμφικοιλιακή βηματοδότηση (CRT) και στη στρατηγική μετά τη διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας (TAVI). Επίσης, υπάρχουν **νέες συστάσεις,** με σημαντικότερες το monitoring με εμφυτεύσιμα Holter (ILR) στη συγκοπή, την επιλογή της CRT, ειδικά με τετραπολικά ηλεκτρόδια, τη βηματοδότηση του δεματίου του HIS, τη βηματοδότηση χωρίς ηλεκτρόδια και την ακριβή στρατηγική μετά την TAVI και το καρδιακό χειρουργείο. Όσον αφορά τις γενικές θεωρήσεις, σύμφωνα με τις νέες συστάσεις, πρέπει να χρησιμοποιούνται πολλαπλές λήψεις ακτινοσκόπησης, να γίνεται έκπλυση της θήκης με διάλυμα φυσιολογικού ορού, να χρησιμοποιείται αντιμικροβιακός φάκελος σε περίπτωση revision, να προτιμάται η προσπέλαση διά της κεφαλικής ή της μασχαλιαίας φλέβας, να αποφεύγεται το περιεπεμβατικό bridging με ηπαρίνη, ενώ η απομακρυσμένη παρακολούθηση της συσκευής ενδείκνυται σε επιλεγμένους πληθυσμούς. Επίσης, αναδεικνύεται η ανάγκη βηματοδότησης σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου αντανακλαστική συγκοπή και σε αυτούς με σπάνια διηθητικά νοσήματα, όπως και η ανάγκη γενετικού ελέγχου σε ασθενείς με ηλικιακά πρώιμη εμφάνιση διαταραχών της αγωγής. Τέλος, υπάρχουν **απευθείας τροποποιήσεις της ένδειξης,** όπως η αναβάθμιση της ασφάλειας της μαγνητικής τομογραφίας (MRI), της CRT στην καρδιακή ανεπάρκεια και της βηματοδότησης στη συγκοπή, ενώ υπάρχουν και σημαντικές **εξελίξεις στην τεχνολογία** των ηλεκτροδίων και των συσκευών που δίνουν μεγάλη δυνατότητα επιλογών στους εμφυτευτές. Στην παρακάτω **εικόνα** σχηματοποιούνται τα τελευταία δεδομένα στις συστάσεις της βηματοδότησης.



Λέξεις κλειδιά: Εξελίξεις, συσκευές διαχείρισης του καρδιακού ρυθμού, βηματοδότες, απινιδωτές.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041081
E-mail: giachaveles@yahoo.gr

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ERCP

Γεώργιος Καραμπέκος

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

Οι παθήσεις των χοληφόρων και του παγκρέατος αποτελούν εξειδικευμένο αντικείμενο της παρεμβατικής γαστρεντερολογίας. Η ένδειξη για την επέμβαση τίθεται μετά από μη παρεμβατικές μεθόδους απεικόνισης, όπως ενδοσκοπικό υπέρηχο (EUS), MRCP, αξονική τομογραφία ή διακοιλιακό υπέρηχο σε συνδυασμό με βασικό αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Η διαδικασία της ERCP έχει βελτιωθεί από την αρχική της μορφή το 1970, αλλά με την βασική αρχή να παραμένει σταθερή, τον καθετηριασμό του χοληφόρου δέντρου, τη σφιγκτηροτομή του φύματος του Vater και την παροχέτευση του περιεχομένου. Οι ενδείξεις για επείγουσα ERCP (<24 ώρες) περιλαμβάνουν την οξεία χολαγγειίτιδα, τη λιθιασική παγκρεατίτιδα επιπλεγμένη με χολαγγειίτιδα, τη διαφυγή από τα χοληφόρα ή το πάγκρεας μετά από τραυματισμό, και εσχάτως την παροχέτευση της χοληδόχου κύστης σε ασθενείς με χολοκυστίτιδα που δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργείο αλλά δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική θεραπεία. Ο χρόνος παρέμβασης και η επαρκής τεκμηρίωση της ένδειξης, αποτελούν κρίσιμα σημεία, καθώς η καθυστερημένη παρέμβαση ή η ανεπαρκής τεκμηρίωση είναι παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόγνωση του ασθενή. Οι ERCP είναι τεχνικά απαιτητικές, καθώς πέρα από τη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας και τις επιπλοκές της καταστολής, οι επεμβάσεις αυτές συνοδεύονται από εξειδικευμένες επιπλοκές με σοβαρή θνητότητα, ακόμα και όταν γίνονται από τους πιο έμπειρους επεμβατιστές. Αυτές περιλαμβάνουν την παγκρεατίτιδα μετά από ERCP, ανιούσα χολαγγειίτιδα, χολοκυστίτιδα, αιμορραγία ή διάτρηση.

Λέξεις κλειδιά: Χολαγγειίτιδα, παγκρεατίτιδα, χολοκυστίτιδα, διαρροή χοληφόρων, ERCP.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6948488665
E-mail: georgioskarampekos@gmail.com

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κωνσταντίνος Βαρυτιμιάδης

Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Κυστικές βλάβες του παγκρέατος διαγιγνώσκονται όλο και συχνότερα, πολλές φορές ως τυχαία ευρήματα λόγω της ευρείας χρήσης απεικονιστικών τεχνικών. Μερικές από αυτές εμφανίζουν κακοήθη νεοπλασματική δυναμική. Τα συχνότερα κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος περιλαμβάνουν το ορώδες κυσταδένωμα (Serous Cystadenoma SCA), το βλεννώδες κυστικό νεόπλασμα (Mucinous Cystic Neoplasma MCN) και το ενδοπορικό θηλώδες βλεννώδες νεόπλασμα (Intradectal Papillary Mucinous Neoplasma, IPMN). Η διαστρωμάτωση του ρίσκου για εξαλλαγή των παγκρεατικών κύστεων είναι ουσιώδης, καθώς θα καθορίσει το θεραπευτικό πλάνο, με το χειρουργείο να αποτελεί επιλογή για κακοήθεις ή για κύστεις υψηλού ρίσκου για εξαλλαγή βάσει διαφόρων χαρακτηριστικών, όπως συμπαγή τμήματα, τοιχωματικούς όζους και διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου. Η αρχική διάγνωση και αξιολόγηση των παγκρεατικών κύστεων γίνεται από τεχνικές εγκάρσιας απεικόνισης, όπως αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος αποτελεί βασική εξέταση στην αξιολόγηση των παγκρεατικών νεοπλασματικών κύστεων και ουσιαστικό συμπλήρωμα μετά από τη Μαγνητική Τομογραφία και όταν παραμένει αδιευκρίνιστος ο χαρακτηρισμός και η δυναμική μιας κυστικής βλάβης στο πάγκρεας. Διάφορες τεχνικές του ενδοσκοπικού υπερήχου, όπως η χρήση ενδοφλεβίων σκιαγραφικών, καθετήρα άμεσης μικροσκόπησης του τοιχώματος της κύστης αλλά και η λήψη βιοψίας από αυτό με μικρολαβίδα μπορούν να αυξήσουν την διαγνωστική απόδοση της μεθόδου. Επιπλέον, με την αναρρόφηση του υγρού της κύστης μέσω λεπτής βελόνης μπορούμε να μετρήσουμε δείκτες στο υγρό της κύστης όπως CEA, γλυκόζη, αμυλάση και DNA δείκτες. Επιπλέον, μπορεί να γίνει κυτταρολογική ανάλυση αυτού με σκοπό τη διάκριση βλεννωδών από μη βλεννώδεις κύστεις αλλά και την αξιολόγηση της κακοήθους δυναμικής της κύστης. Για κύστεις χαμηλού ρίσκου, η στρατηγική επιτήρησης είναι η προτιμότερη επιλογή. Η αντιμετώπιση των παγκρεατικών κύστεων απαιτεί πολλές φορές εξατομικευμένη προσέγγιση από ομάδα ειδικοτήτων (Multidisciplinary Team Approach).

Λέξεις κλειδιά: Ορώδες κυσταδένωμα, βλεννώδεις κύστεις, ενδοσκοπικός υπέρηχος, αναρρόφηση για λεπτής βελόνης (FNA).

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944785429
E-mail: cvaritimos@gmail.com

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μιχαήλ Παπαμιχαήλ

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

Η διαχείριση των ασθενών με κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος έχει ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά στην αναγνώριση και έγκαιρη αντιμετώπιση περιπτώσεων που έχουν χαρακτηριστικά μελλοντικής κακοήθους εξαλλαγής. Οι σύγχρονες μορφές απεικόνισης (Μαγνητική/Αξονική τομογραφία και ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία) και οι δυνατότητες ανάλυσης του περιεχομένου αυτών, καθώς και η διενέργεια βιοψιών, προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες και είναι δυνατόν να αναγνωρίσουν νεοπλάσματα με χαρακτηριστικά ύποπτα για κακοήθεια ή μελλοντική εξαλλαγή. Για τις περισσότερες νεοπλασματικές κύστεις του παγκρέατος συνιστάται τακτική παρακολούθηση και επανάληψη των απεικονιστικών εξετάσεων για τυχόν αλλαγές στη μορφολογία και το μέγεθος αυτών. Όμως, σε περιπτώσεις που υπάρχουν ευρήματα που σχετίζονται με την κύστη, όπως αποφρακτικός ίκτερος, πεπαχυσμένα οζίδια εντός του τοιχώματος αυτής, διάταση του παγκρεατικού πόρου >5 χιλιοστά, αυξημένο μέγεθος >4 εκατοστά και θετική βιοψία ή κυτταρολογική εξέταση για κακοήθεια, αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για χειρουργική εξαίρεση. Η τελική απόφαση εξαρτάται κυρίως, από τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς και την ηλικία του, αφού η πιθανή κακοήθης εξαλλαγή αποτελεί ένα αργό σχετικά φαινόμενο που μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια και η χειρουργική επέμβαση που απαιτείται (παγκρεατεκτομή) συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αναδείξει τις ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης των κυστικών νεοπλασμάτων παγκρέατος, τις περιπτώσεις που απαιτείται απλή παρακολούθηση και τη χειρουργική τεχνική που ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση.

Λέξεις κλειδιά: Κυστικά μορφώματα παγκρέατος, παγκρεατεκτομή, καρκίνος παγκρέατος.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6907100698
E-mail: mp1977gr@googlemail.com

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ: ΕΝΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ανδρονίκη Παπαποστόλου

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

Το αλκοόλ είναι μια ψυχοτρόπος ουσία, που προκαλεί εξάρτηση, και επηρεάζει τους ανθρώπους με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Η κατανάλωση αλκοόλ κυμαίνεται από τη χρήση, που οδηγεί τους ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα υγείας, μέχρι την εξάρτηση από το αλκοόλ (αλκοολισμός). Η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία παγκοσμίως. Πάνω από 85.000 θάνατοι στην Αμερική συνδέονται με την εξάρτηση από τον αλκοόλ κάθε χρόνο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εισάγει την έννοια της «μονάδας αλκοόλ», ώστε να καταδειχθεί μέχρι ποια ποσότητα κατανάλωσης είναι ασφαλής. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου, που προδιαθέτουν στον αλκοολισμό, ενώ παρόλο που η παθογένεση του δεν είναι καλά γνωστή, συνδέεται με γενετικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι κλινικές εκδηλώσεις διαφέρουν ανάλογα με τον βαθμό κατάχρησης του αλκοόλ, ωστόσο μπορεί να αφορούν οποιοδήποτε όργανο του σώματος, ενώ πολλές είναι και οι ψυχιατρικές διαταραχές, που οφείλονται στον αλκοολισμό. Πολλοί ασθενείς εμφανίζονται με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, υπέρτασης, καθώς και γαστρεντερικές διαταραχές και αυξημένα ηπατικά ένζυμα από τον εργαστηριακό έλεγχο. Οι διαταραχές, που σχετίζονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ συνδέονται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και θνητότητας, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρότερο στους αλκοολικούς. Για τη σωστή διάγνωση του αλκοολισμού ο ιατρός θα χρειαστεί το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Επιπλέον, ο έλεγχος για την παρουσία αλκοολισμού σε ευρεία κλίμακα γίνεται με διάφορα ερωτηματολόγια, ωστόσο ο εξεταζόμενος μπορεί να δίνει ψευδείς πληροφορίες, καθώς η άρνηση είναι συχνό φαινόμενο. Η διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ γίνεται με βάση τα κριτήρια DMS-5, όπου ο αλκοολισμός ταξινομείται από ήπιος ως σοβαρός. Η αποχή από το αλκοόλ θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία του αλκοολισμού, ενώ υπάρχουν φάρμακα, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενούς (συμμετοχή σε υποστηρικτικά προγράμματα όπως οι «Ανώνυμοι Αλκοολικοί»).

Λέξεις κλειδιά: Αλκοόλ, κατάθλιψη, εξάρτηση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972232063
E-mail: andriana-pap@hotmail.com

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

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

Η ηπατική νόσος ευθύνεται για περισσότερο από το 55% των θανάτων που προέρχονται από την κατάχρηση αλκοόλ, ενώ ο επιπολασμός της αλκοολικής νόσου του ήπατος (ΑΝΗ) συσχετίζεται στενά με την κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλης. Η ΑΝΗ αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα ιστολογικών μεταβολών που εκτείνονται από την απλή στεάτωση έως τις βαρύτερες μορφές ηπατικής βλάβης, συμπεριλαμβανομένης της αλκοολικής ηπατίτιδας (ΑΗ), της κίρρωσης ή/και της παράλληλης ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ). Αυτές οι αλλοιώσεις του ηπατικού παρεγχύματος δεν είναι απαραίτητο να αντανακλούν διακριτά στάδια εξέλιξης της ηπατικής νόσου, αλλά μάλλον αφορούν ένα συνεχές φάσμα ιστολογικών μεταβολών που δυνατόν να παρατηρείται ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή.

Το γεγονός ότι μόνο το 35% των ασθενών με βαριά κατάχρηση αλκοόλης αναπτύσσει προχωρημένα στάδια ηπατικής νόσου, μάλλον υποδηλώνει ότι στην παθογένεια της ΑΝΗ εμπλέκονται και μια σειρά άλλων παραγόντων μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται το φύλο, η παχυσαρκία, τα πρότυπα κατανάλωσης οινοπνεύματος, διαιτητικοί παράγοντες, μη-φυλοσύνδετοι γενετικοί παράγοντες και το κάπνισμα. Επίσης, η μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιδράσει συνεργιστικά με τους ιούς της ηπατίτιδας Β ή C ή/και τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, με τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος και με διαταραχές όπως η αιμοχρωμάτωση.

Η διάγνωση της ΑΝΗ βασίζεται σε ένα συνδυασμό ευρημάτων, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού σημαντικής κατανάλωσης αλκοόλης, τις κλινικές ενδείξεις συνυπάρχουσας ηπατικής βλάβης και την υποστήριξη της κλινικής υπόθεσης από αντίστοιχα ιστολογικά απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα.

Το ωφέλιμο αποτέλεσμα της θεραπείας της ΑΗ με κορτικοειδή εκδηλώνεται σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια ή με πτωχή πρόγνωση σύμφωνα με τα διάφορα συστήματα βαθμολόγησης της βαρύτητας, ενώ το βλαπτικό αποτέλεσμα προέχει σε ασθενείς με ηπιότερη νόσο, καθώς υφίστανται αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν κορτικοειδή. Σε ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα που δε μπορούν να λάβουν κορτικοειδή και σε αυτούς με εκδήλωση λειτουργικής νεφρικής ανεπάρκειας («ηπατονεφρικού συνδρόμου») μπορεί να δοκιμαστεί η χορήγηση πεντοξυφυλλίνης.

Με την κατάλληλη διαιτητική παρέμβαση, η επιβίωση των ασθενών με αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να είναι εφάμιλλη της παρατηρούμενης κατά τη θεραπεία με κορτικοειδή.

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

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045150, 6973795493
E-mail: vsevastianos@gmail.com

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Δημήτριος Β. Λυμπερόπουλος

Παθολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το αλκοόλ έχει ευρεία τοξική επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό προκαλώντας βλάβες σε πολλά όργανα. Το ήπαρ κατέχει κεντρική θέση στην παθογένεια των νοσημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, είτε γιατί αποτελεί το κύριο όργανο μεταβολισμού της αιθανόλης, είτε επειδή το ίδιο βλάπτεται άμεσα και η αλκοολική ηπατική νόσος συμμετέχει στην πολυοργανική βλάβη. Γι' αυτό και οι διαταραχές των διαφόρων οργάνων στόχων στη κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης εξελίσσονται παράλληλα σε χρόνο και βαθμό με τη βλάβη του ήπατος.

Η τοξική επίδραση του αλκοόλ ενισχύεται από τον υποσιτισμό, που συνήθως συνυπάρχει, είναι δοσοεξαρτώμενη, εξαρτάται από το φύλο, και τροποποιείται από γενετικούς παράγοντες, καθώς και από την ευαισθησία του οργάνου στόχου. Η συστηματική τοξικότητα μπορεί να είναι είτε οξεία, είτε χρόνια, και αιτιολογικά διαχωρίζεται σε δύο γενικές κατηγορίες: 1) την ειδική κυτταρική βλάβη, που συμβαίνει λόγω επίδρασης σε υποδοχείς νευροδιαβιβαστών, και 2) τη μη ειδική, που προκύπτει από έναν συνδυασμό παραγόντων, όπως ο σχηματισμός ακεταλδεΰδης και παραγώγων αυτής, ο σχηματισμός ελεύθερων ριζών και άλλων τοξικών μεταβολικών προϊόντων, καθώς και η παραγωγή κυτταροκινών.

Δεν υπάρχει συμφωνία για το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ, που μπορεί να θεωρηθεί επιβλαβές, καθώς υπό ορισμένες συνθήκες (π.χ. εγκυμοσύνη, εφηβεία, χρόνια ηπατοπάθεια, χρόνια παγκρεατική νόσος, ιστορικό αιμορραγικού ΑΕΕ, καρκίνου μαστού, αλκοολισμού, και χειρισμός δυνητικά επικίνδυνων μηχανημάτων), κάθε επίπεδο μπορεί να καταστεί επικίνδυνο. Η κατανάλωση υψηλού κινδύνου μπορεί να αφορά τόσο χρόνια κατάχρηση («too much too often»), όσο και περιστασιακή κατάχρηση («too much too fast»). Ως χρόνια κατάχρηση θεωρείται μια μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40gr για τις γυναίκες ή διαφορετικά μία καθημερινή κατανάλωση περισσότερων από τριών ποτών ή περισσότερων από επτά ποτών την εβδομάδα, και 40-60gr για τους άντρες, ήτοι περισσότερα από τέσσερα ποτά ημερησίως ή περισσότερα από δεκατέσσερα ποτά την εβδομάδα. Ως περιστασιακή κατάχρηση θεωρείται η κατανάλωση που επιφέρει επίπεδα αλκοόλης στο αίμα >0.08 gr% σε διάστημα δύο ωρών, δηλαδή πέντε ποτά για τους άντρες και τέσσερα ποτά για τις γυναίκες.

Η βλαπτική επίδραση του αλκοόλ στα διάφορα όργανα επιφέρει παροδική ή μόνιμη δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αυτή μπορεί να είναι υποκλινική χωρίς δομική βλάβη, υποκλινική με δομική βλάβη, κλινική με αναστρέψιμη δομική βλάβη, ενώ σε προχωρημένες περιπτώσεις η δομική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη. Τα κύρια όργανα ή/και συστήματα που βλάπτονται (πέραν του ήπατος) είναι: Το νευρικό σύστημα (εγκεφαλοπάθεια Wernicke, Korsakoff's syndrome, εγκεφαλική ατροφία και γνωστική δυσλειτουργία, αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας, πολυνευροπάθειες, ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ΑΕΕ οποιασδήποτε αιτιολογίας, κακώσεις, ατυχήματα), το καρδιαγγειακό σύστημα (αυξημένη επίπτωση κολπικής μαρμαρυγής, εμφράγματος μυοκαρδίου και καρδιακής ανεπάρκειας σε ποσοστό ανάλογο των ήδη γνωστών παραγόντων κινδύνου), το γαστρεντερικό (διάρροια, οξεία - χρόνια παγκρεατίτιδα), και το μυοσκελετικό σύστημα (οξεία και χρόνια μυοπάθεια). Επιπλέον, είναι συχνές οι αιματολογικές διαταραχές (αναιμία, θρομβοπενία, διαταραχές ερυθροποίησης, διαταραχές πήξης), οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υπομαγνησιαιμία, υποφωσφαταιμία, υπασβεστιαιμία), οι ορμονικές διαταραχές (διαταραχή ανοχής γλυκόζης - σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπερουριχαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, διαταραχές ορμονών αναπαραγωγής - υπογονιμότητα), οι διαταραχές θρέψης και οι ανεπάρκειες βιταμινών (κυρίως συμπλέγματος Β και φυλλικού οξέος). Επίσης, η κατάχρηση αλκοόλ προδιαθέτει σε λοιμώξεις κυρίως του αναπνευστικού (σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη φυματίωσης και πνευμονίας, καθώς και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας οποιασδήποτε αιτιολογίας). Τέλος, αυξημένη είναι η επίπτωση νεοπλασίας, όπως του στοματοφάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του μαστού, του παγκρέατος, του παχέος εντέρου και του ήπατος.

Συμπερασματικά, η βλαπτική επίδραση του αλκοόλ είναι πολυεπίπεδη και πιθανά θανατηφόρος, ωστόσο είναι δυνητικά αναστρέψιμη εάν γίνει έγκαιρη διακοπή, πράγμα που καθιστά απαραίτητη την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κλινικού ιατρού.

Λέξεις κλειδιά: Αλκοόλ, νεοπλασίες, λοιμώξεις, νευρικό σύστημα.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6979190933
E-mail: dimitrislymberopoulos88@gmail.com

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Γεράσιμος Γκουτζαμάνης[1], Γεώργιος Μαργαριτούδης[2]

[1]Ψυχίατρος, Επικουρικός Ιατρός, [2]Ιατρός Ειδικευόμενος, Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο αλκοολισμός είναι μία χρόνια εξελισσόμενη νόσος, που συνιστά ένα σημαντικό και δισεπίλυτο πρόβλημα της Δημόσιας Υγείας, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο κοινωνικό-οικονομικές, όσο φυσικά και για το ίδιο το άτομο. Ο αλκοολισμός περιλαμβάνει ένα συνεχές κατανάλωσης, που εκτείνεται από τη σποραδική κατανάλωση και τη λελογισμένη χρήση, την επιβλαβή χρήση και τη κατάχρηση, έως την εξάρτηση με διαφορετικούς ενίοτε φαινοτύπους-πρότυπα κατανάλωσης. Το πρόβλημα του αλκοολισμού είναι σχεδόν παγκόσμιο (εντονότερο στο Δυτικό κόσμο) με μία ευρεία γεωγραφική διακύμανση, που αντικατοπτρίζει κυριότερα το επίπεδο κοινωνικής ανοχής-αποδοχής της κατανάλωσης, και σε λιγότερο βαθμό βιολογικές (γενετικές, μεταβολικές) παραμέτρους της κατανάλωσης. Οι ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί δράσης του αλκοόλ έχουν πλέον μελετηθεί διεξοδικά στα πλαίσια μελετών με χρήση σύγχρονων μεθόδων νευροαπεικόνισης και βιοχημείας-φαρμακολογίας. Περιλαμβάνουν τόσο μη ειδικές νευροπλαστικές αλλαγές σε συστήματα του εγκεφάλου, που σχετίζονται με την ανταμοιβή για όλα τα είδη των εξαρτήσεων (ντοπαμινεργικά κυκλώματα), όσο και ειδικές (GABA/Glu) αλλαγές σε συγκεκριμένα νευροδιαβιβαστικά συστήματα, που σχετίζονται με το φαύλο κύκλο συμπτωμάτων απόσυρσης και λήψης αλκοόλ για την ανακούφιση των τελευταίων. Επίσης, έχουν μελετηθεί και απομονωθεί διάφορες παράμετροι, που συνιστούν ευαλωτότητα-επικινδυνότητα για ανάπτυξη εξάρτησης αλκοόλ, όπως ψυχολογικοί (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας και πρότυπα αλκοολισμού, ψυχοπαθολογία κ.λπ.), βιολογικοί (π.χ. κληρονομικότητα, γενετικοί πολυμορφισμοί), και κοινωνικοί (αποδοχή χρήσης, π.χ. ατομικό περιβάλλον). Σε κάθε περίπτωση καθένα περιστατικό εξάρτησης δύναται να ερμηνευθεί ως αναδυόμενη ιδιότητα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, που μπορεί να παίζουν ρόλο στην προδιάθεση, την πυροδότηση, και τη διαιώνιση του φαινομένου. Η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει δυσμενή αντίκτυπο στη γενικότερη υγεία (σωματική, νευροψυχική), και στη λειτουργικότητα του ατόμου (εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, αυτοφροντίδα). Η εξάρτηση από το αλκοόλ και η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, έχουν αμφίδρομη συσχέτιση και αλληλοεπικάλυψη γύρω από την οποία υπάρχουν διαφορετικές θεωρήσεις. Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολισμού είναι σύνθετη, πολυεπίπεδη, και εκτυλίσσεται σε διαφορετικές φάσεις. Περιλαμβάνει βιολογικές μεθόδους (φαρμακευτική αγωγή), που αφορούν τόσο το αρχικό στάδιο της απεξάρτησης και την πρόληψη του στερητικού συνδρόμου,όσο πλέον και τους μηχανισμούς που σχετίζονται με τον εθισμό (ακαμπροσάτη, ναλμεφένη κ.λπ.). Επίσης, περιλαμβάνει και τη ρύθμιση της συνυπάρχουσας, ή/και προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, που πυροδοτείται από τη χρήση ή/και οδήγησε σε αυτή. Παράλληλα, σημαντικό μέρος της θεραπείας και της διατήρησης της αποχής περιλαμβάνουν μη φαρμακευτικές, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις-προγράμματα, που επικεντρώνονται στη διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ για μεγάλο διάστημα, εξατομικεύοντας κάθε φορά την παρέμβαση στις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του κάθε ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοπαθολογία, κατάχρηση, σύστημα ανταμοιβής, νευροδιαβιβαστές.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Γ. Γκουτζαμάνης
Τηλ.: 6977718184
E-mail: dr.gerasimos@gmail.com

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Κωνσταντίνα Κατωπόδη

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

Η επιβλαβής δράση του αλκοόλ είναι η τρίτη αιτία παγκοσμίως χρόνιας νόσου και αναπηρίας. Ενώ έχει μελετηθεί εκτενώς η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ στο ήπαρ, το οποίο αποτελεί το κύριο όργανο στόχο, λίγη προσοχή έχει δοθεί στις επιπτώσεις του στο πεπτικό σωλήνα. Όσο αυξάνει η επίπτωση του αλκοολισμού στο γενικό πληθυσμό, τόσο γίνεται αντιληπτό ότι ο αλκοολισμός είναι μια πολυσυστηματική νόσος, η οποία επηρεάζει και το υπόλοιπο πεπτικό σύστημα όπως και όλο τον οργανισμό.

Τα προβλήματα που προκαλούνται από την χρήση ή την κατάχρηση αλκοόλ εκτείνονται σε όλο το μήκος του πεπτικού σωλήνα από την στοματοφαρυγγική κοιλότητα έως το πρωκτό.

Οισοφάγος: Οι κιρσοί οισοφάγου δημιουργούνται κατά την κίρρωση ήπατος και την πυλαία υπέρταση και αποτελούν μια πολύ σοβαρή επιπλοκή. Το σύνδρομο Mallory-Weiss είναι αιτία αιμορραγίας απότοκος των πολλαπλών εμέτων μετά από οξεία κατάχρηση αλκοόλ. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, όπως και η διαταραχή της κινητικότητας του οισοφάγου, είναι επίσης προβλήματα που προκαλούνται τόσο από την οξεία όσο και από τη χρόνια κατανάλωση.

Στόμαχος: Η επίδραση του αλκοόλ στην κινητικότητα του στομάχου διαφέρει σύμφωνα με την ποσότητα, την χρονιότητα και το είδος του αλκοολούχου. Επίσης, οι βλάβες που προκαλούνται στον βλεννογόνο του στομάχου οφείλονται τόσο στη δράση της αιθανόλης όσο και στους μεταβολίτες της. Το αλκοόλ προκαλεί οξεία και χρόνια γαστρίτιδα μέσω αύξησης της παραγωγής οξέος, όμως δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι εκλυτικός παράγοντας γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Λεπτό έντερο: Η κατάχρηση αλκοόλ προκαλεί τόσο μακροσκοπικές όσο και μικροσκοπικές διαταραχές στον βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου, νήστιδας και τελικού ειλεού, δημιουργώντας φαινόμενα δυσαπορρόφησης και διαρροιών. Σημαντική είναι η δράση του αλκοόλ στη διαταραχή του μικροβιώματος του εντέρου, προκαλώντας βακτηριακή υπερανάπτυξη και διαταραχή της διαπερατότητας του εντερικού βλεννογόνου. Είναι σημαντική η διευκρίνιση ότι οι διαταραχές αυτές είναι απολύτως αναστρέψιμες.

Κόλον: Στο κόλον η επίδραση του αλκοόλ είναι οι δημιουργία κιρσών ορθού εξαιτίας της κίρρωσης ήπατος και της πυλαίας υπέρτασης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές στην κινητικότητα του παχέος, που επιδεινώνονται κατά τη χρόνια κατανάλωση/κατάχρηση αλκοόλ.

Καρκινογένεση: Ο βασικός μεταβολίτης του αλκοόλ είναι η ακεταλδεΰδη, η οποία προάγει την καρκινογένεση εξαιτίας της παραγωγής ελεύθερων ριζών και οξειδωτικών παραγόντων. Το αλκοόλ επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα και την ορμονική ισορροπία. Η καρκινογένεση αφορά περισσότερο τη στοματοφαρυγγική κοιλότητα, τον οισοφάγο και το στομάχι. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος για τον ορθοκολικό καρκίνο σε σχέση με τον πληθυσμό, που δεν καταναλώνει αλκοόλ.

Όλα τα παραπάνω είναι αντικείμενα μελέτης γιατί ο πληθυσμός των καταναλωτών είναι ετερογενής, με διαφορετικές συνήθειες και lifestyle. Επίσης, οι επιπτώσεις διαφέρουν ανάλογα την ποσότητα, τη χρονιότητα και το είδος του αλκοολούχου όπως και της επεξεργασίας που έχει υποστεί.

Λέξεις κλειδιά: Αλκοόλ, οισοφάγος, στόμαχος, έντερο, καρκινογένεση.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974439108
E-mail: katopodikon@gmail.com

ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ/ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ CONJUGATIVES ANTIBODIES: Ο ΝΕΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ, ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ, ΣΤΟ ΟΥΡΟΘΗΛΙΟ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος[1], Δημήτριος Αλεξανδρής[2], Μυρτώ Κίτσου[3]

[1]Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ιατρός, Ειδικευόμενος Παθολογίας, 251 Γ.Ν.Α., [3]Ιατρός, Ειδικευόμενη, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σημαντική θέση στην ογκολογική φαρέτρα την εποχή της εξατομικευμένης ιατρικής ογκολογικής προσέγγισης είναι η χορήγηση αντί της κλασσικής χημειοθεραπείας, στοχεύουσας θεραπείας που κατέχει πλέον μοναδική θέση στη διανομή των χημειοθεραπευτικών μορίων εντός των καρκινικών κυττάρων. Δύο νεότερες τεχνολογίες, τα συζευγμένα αντισώματα και η σύνδεση των φαρμάκων με νανοσωματίδια, είναι η νέα πραγματικότητα διακίνησης κυτταροτοξικών παραγόντων στα κύτταρα του όγκου.

Τα συζευγμένα αντισώματα (conjugative antibodies) με χημειοθεραπευτικά μόρια (ιρινοτεκάνη, πακλιταξέλη, αναστολέας της νεκτίνης, κ.τλ.) υπόσχονται καλύτερη και πετυχημένη πρόσδεση ειδικών μονοκλωνικών αντισωμάτων στις κυτταρικές επιφάνειες, που διευκολύνουν σε δεύτερο χρόνο την αποδέσμευση του μεταφερόμενου κυκλοφορούντος μορίου. Σε απλούστερη ερμηνεία είναι μονοκλωνικά αντισώματα που «ξεγελούν» το νεοπλασματικό κύτταρο πάνω στο οποίο προσδένονται με τη βοήθεια των αντισωμάτων και των συγγενών υποδοχέων τους, για να πετύχουν να απελευθερώσουν εντός τους εν συνεχεία, έναν τοξικό χημειοθεραπευτικό παράγοντα που εμφορούν και θα εξασκήσει με αυτόν τον τρόπο στοχευτικά και με μεγαλύτερη ένταση τη θανατηφόρο αποπτωτική του δράση στο κύτταρο. **Θεωρούνται** αποτελεσματικά όπλα για να αντιμετωπιστεί πλειάδα νεοπλασμάτων συμπαγών όγκων (μαστός, ουροθηλίου, πάγκρεας, πνεύμονας).

Η σύνδεση φαρμάκων με νανοσωματίδια αποτελεί μια άλλη μορφή τεχνολογίας αποδέσμευσης φαρμάκων. Βασίζεται στη θεωρητική σκέψη ότι για να αυξήσουμε τη διεισδυτικότητα των φαρμάκων μέσα στους όγκους -που είναι μείζον σημαντικό θέμα και ιδίως η επίτευξη μεγάλης συγκέντρωσης των φαρμάκων μέσα στο μικροπεριβάλλον του όγκου-, χρησιμοποιούμε μια μέθοδο νανοτεχνολογίας, δηλαδή συνδέουμε τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με νανοσωματίδια αλβουμίνης, η οποία είναι η βασική πρωτεΐνη που κυκλοφορεί στο αίμα, με αποτέλεσμα να τη φαγοκυτταρώνουν, να την εγκολπώνουν και να τη χρησιμοποιούν καλύτερα όλα τα κύτταρα. Με αυτόν τον τρόπο, τα νανοσωματίδια συνδεμένα με τα κυτταροτοξικά παρέχουν μια εναλλακτική λύση διανομής φαρμάκων εντός των καρκινικών κυττάρων, που δρα ως έξυπνη "χημειοθεραπευτική βόμβα". Τα αποτελέσματα από την ευρεία χρήση τους στην κλινική πράξη είναι εντυπωσιακά, ενώ η βιολογική τους τοξικότητα απόλυτα αποδεκτή βάση εγκριτικών μελετών τους.

Θα μπορούσε κανείς να προσομοιάσει τις δυο αυτές τεχνολογίες ως υλοποίηση ενός μοντέλου - εκδοχής του Δούρειου Ίππου. Μειονέκτημα ίσως να αποτελείτο ενδεχομένως υψηλό κόστος, λόγω της ακριβής τεχνολογίας για την παραγωγή τους.

Η ογκολογία με τη συνδρομή της μοριακής βιολογίας, φαρμακευτικής και νεοτέρων προόδων, εξακολουθεί να παραμένει μια ελπιδοφόρα ειδικότητα, που υπόσχεται μακρόχρονες επιβιώσεις και καλύτερες προγνώσεις στους ογκολογικούς ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Συζευγμένα αντισώματα, conjugative antibodies, νανοσωματίδια, ογκολογικός δούρειος ίππος.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Ν. Αλεβιζόπουλος
Τηλ.: 6944868352
E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ANTI-SARS-COV-2 ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΕ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Μπλέτσα[1], Κ. Αμπελακιώτου[1], Ε. Κόντου[1], Δ. Τρίτζαλη[1], Π. Τσιάρα[2], Δ. Ζούλας[3], Σ. Πομώνη[1], Ε. Ρόμπολα[2], Κ. Σουφλερός[1], Π. Κουτσογιάννη[3], Α. Αλευρά[2], Α. Τσιρογιάννη[1]

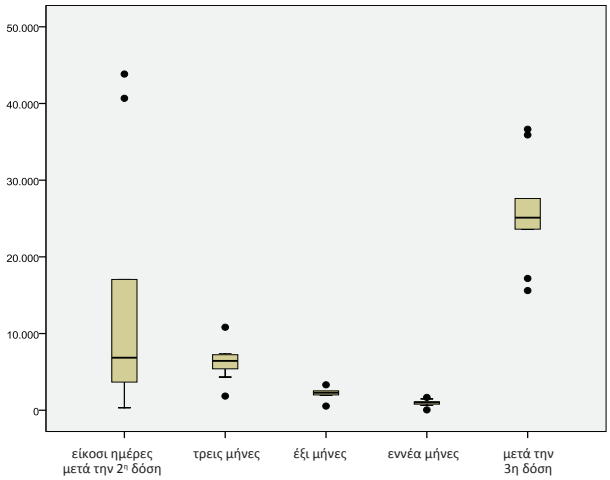
[1]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, [2]Βιοχημικό Τμήμα, [3]Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Στην περίοδο της COVID-19 πανδημίας η επιστημονική κοινότητα ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την ανάπτυξη εμβολίων κατά του SARS-COV-2. Η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού προσδιορίζεται τόσο από την αντισωματική (χυμική) και κυτταρική απόκριση στο εμβόλιο όσο και από τη διατήρηση αυτής της ενεργητικής ανοσοποίησης στο χρόνο, με σκοπό τη μείωση της βαριάς κλινικής επίπτωσης της νόσου, τον περιορισμό των θανάτων και την αναχαίτιση της πανδημίας.

Σκοπός: Η μελέτη και αξιολόγηση της μεταβολής της χυμικής ανοσιακής απόκρισης έτσι όπως εκφράζεται από τα επίπεδα των αντισωμάτων έναντι του SARS-COV-2, σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα μετά τον εμβολιασμό,στο υγειονομικό προσωπικό του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

Υλικό/Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 1768 εμβολιασμένοι με BNT162b2 mRNACOVID-19 εμβόλιο (Pfizer-BioNTech). Η διαδοχική συλλογή των δειγμάτων ορού έγινε στις 20 ημέρες, 3, 6 και 9 μήνες μετά τη 2η δόση του εμβολίου καθώς και 20 μέρες μετά την 3η δόση (αναμνηστική). Πραγματοποιήθηκε ποσοτική μέτρηση anti-spike αντισωμάτων τάξης IgG με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας (Abbott Laboratories) και έγινε στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Τιμή ≥50AU/ml αξιολογήθηκε ως θετική απάντηση, σύμφωνα με τις συστάσεις της κατασκευάστριας εταιρείας.

Αποτελέσματα: Όλα τα άτομα ανέπτυξαν αντισώματα τα οποία και διατηρήθηκαν πάνω από το όριο των 50AU/ml μέχρι και 3 μήνες μετά τον εμβολιασμό. Σε 3 (0,4%) άτομα παρατηρήθηκε μείωση κάτω από αυτό το όριο στους 6 μήνες και σε 4 (0,6%) μετά τους 9 μήνες. Παρόλα αυτά,στατιστικά σημαντική ελάττωση των επιπέδων των αντισωμάτων σημειώθηκε σε κάθε εμβολιαζόμενο χωριστά ($p<0.0001$), αλλά και ως προς τις μέσες τιμές στους 9 μήνες σε σχέση με τους 6 και 3 και την 20η μέρα (6581153 vs 3088 vs 11808, αντίστοιχα). Η μέση ποσοστιαία ελάττωση από την 20η ημέρα στους 3 μήνες ήταν 74%±16, στους 6 μήνες 89%±14, ενώ στους 9 μήνες 93%±6. Αξίζει να αναφερθεί ότι μετά την τρίτη δόση παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων αντισωμάτων η δε μέση τιμή αυτών ήταν μεγαλύτερη από τη μέση τιμή 20 μέρες μετά τη 2η δόση (20747 vs 11808), οπότε και είχε σημειωθεί το μέγιστο της χυμικής απόκρισης (διαγ. 1).



Διάγραμμα 1. Επίπεδο αντισωμάτων στους καθορισμένους από τη μελέτη χρόνους.

Συμπεράσματα: Η σημαντική μείωση των επιπέδων των αντισωμάτων 9 μήνες μετά τον αρχικό εμβολιασμό φαίνεται να υπογραμμίζει την αναγκαιότητα 3ης δόσης (αναμνηστική) για τη διατήρηση της ανοσίας. Η σημαντικότατη αύξηση των επιπέδων μετά την 3η δόση αντανακλά αφενός μεν την ύπαρξη ανοσιακής μνήμης έναντι του SARS-COV-2, αλλά και τη δυναμική στην προφύλαξη από βαριά λοίμωξη ή θάνατο σε περίπτωση μόλυνσης. Περαιτέρω μελέτες σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και σε συνδυασμό με την κυτταρική ανοσιακή απάντηση και την κλινική επίπτωση θα απαιτηθούν για ασφαλέστερα συμπεράσματα αναφορικά με την αναγκαιότητα επαναληπτικών δόσεων ή ετήσιων εμβολιασμών. Πιθανά τέτοιες αναλύσεις μπορεί να οδηγήσουν σε λύσεις που θα κρίνουν και το μέλλον αυτής της πανδημίας πάντα επικουρικά με την εφαρμογή και άλλων μέτρων.

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΟΝΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ: ΤΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ, ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ GREECE ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝ ΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Φ. Τουλγαρίδης

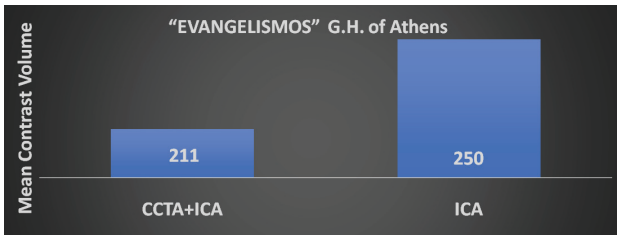
Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός-Εισαγωγή: Η επεμβατική Στεφανιογραφία (ICA) αποτελεί την πρώτη επιλογή για την απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων, ενώ η αξονική Στεφανιογραφία (cCTA) χρησιμοποιείται ως μια εναλλακτική διαγνωστική προσέγγιση, καθώς είναι μια μη-επεμβατική, αξιόπιστη και σύντομη διαδικασία. Η διαγνωστική της ακρίβεια είναι εφάμιλλη της ICA, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προηγηθέν χειρουργείο Αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) και ενδείκνυται κυρίως στην απεικόνιση των μοσχευμάτων και δευτερευόντως των γηγενών αγγείων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συγκριθεί η διενέργεια cCTA πριν την ICA σε σύγκριση με τη διενέργεια μόνο ICA.

Υλικά-Μέθοδοι: Συνεχόμενοι ασθενείς, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε CABG και έχουν ένδειξη για Στεφανιογραφία, τυχαιοποιούνται (1:1) είτε στη διενέργεια μόνο ICA (ομάδα ελέγχου), είτε στη διενέργεια cCTA και ICA (ομάδα παρέμβασης). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο είναι ο συνολικός όγκος σκιαγραφικού που χορηγήθηκε στον ασθενή. Τα δευτερογενή καταληκτικά σημεία περιλαμβάνουν το συνολικό όγκο του σκιαγραφικού που δαπανήθηκε μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς, δηλαδή χωρίς να πραγματοποιηθεί Αγγειοπλαστική (PCI) στον ασθενή, τη συνολική διάρκεια της επέμβασης και αντίστοιχα μόνο της ICA και της PCI, τη χρονική διάρκεια που απαιτήθηκε για να πραγματοποιηθεί μόνο η διάγνωση, το συνολικό αριθμό των καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν, τον αριθμό των καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τη διάγνωση, το συνολικό χρόνο της ακτινοσκόπησης και αντίστοιχα μόνο της ICA-χωρίς την PCI, τη συνολική ακτινοβολία, τη διαγνωστική ακρίβεια της cCTA ιδίως στην απεικόνιση των μοσχευμάτων, την οξεία νεφρική ανεπάρκεια-επαγόμενη από τη χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα (CIN), τις άμεσες πιθανές περιεπεμβατικές επιπλοκές (εντός 1-6 ωρών μετά την ICA) καθώς και τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα τις πρώτες 5 και 30 ημέρες του επανελέγχου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά 31 (88,57%, n=35) ασθενείς έχουν τυχαιοποιηθεί (1:1) στο κέντρο του Ευαγγελισμού, οι 16 (88,88%, n=18) εκ των οποίων στην ομάδα ελέγχου και οι υπόλοιποι 15 (88,23%, n=17) στην ομάδα παρέμβασης. Ο συνολικός πληθυσμός της μελέτης αφορά 113 ασθενείς (41,24%, n=274), με 56 (40,87%, n=137) να τυχαιοποιούνται στην ομάδα παρέμβασης και 57 (41,60%, n=137) στην ομάδα ελέγχου.

Ο συνολικός όγκος σκιαγραφικού υπολογίστηκε, στατιστικώς μη σημαντικά, υψηλότερος στην ομάδα ελέγχου (διάμεση τιμή σκιαγραφικού: 250ml στην ομάδα ελέγχου έναντι 211ml στην ομάδα παρέμβασης, p=0.593) (Πίνακας 1).



Ωστόσο, τα αποτελέσματα για το σύνολο των 113 περιστατικών από τα 9 κέντρα της μελέτης σε σχέση με το συνολικό σκιαγραφικό μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου δείχνουν μια ανωτερότητα υπέρ της ομάδας ελέγχου, το οποίο δε διέφερε στατιστικώς σημαντικά (διάμεση τιμή σκιαγραφικού: 152ml στην ομάδα ελέγχου

έναντι 188,6ml στην ομάδα παρέμβασης, p=0.002).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη, η διενέργεια cCTA προ της ICA σε ασθενείς με προηγηθέν CABG δεν υπερέχει στατιστικώς σημαντικά έναντι απευθείας της ICA, αναφορικά με το συνολικό χορηγούμενο όγκο σκιαγραφικού. Εντούτοις, από το κέντρο μας, φαίνεται πως η μελέτη μπορεί να φανεί χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πράξη, καθώς εκτός της μη σημαντικής υπεροχής στο συνολικό σκιαγραφικό, διαφαίνεται ότι ευνοεί και στα δευτερογενή καταληκτικά σημεία, μειώνοντας τη συνολική διάρκεια της επέμβασης, το συνολικό χρόνο ακτινοσκόπησης και ενδεχομένως τις επιπλοκές σε σχέση με το σκέλος των ασθενών που τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης. Τα πρώτα αυτά συμπεράσματα μένουν να αποδειχθούν στο μέλλον με τη συνέχιση και ολοκλήρωση της μελέτης.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ (ACC): ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Μουρελάτος[1], Α. Διαμαντόπουλος[1], Ε. Καρδαλάς[1], Σ. Κανελλοπούλου[1], Β.Ι. Μητραβέλα[1], Μ. Κουλέντη[1], Ε. Σαμπανιώτη[1], Ε. Παρτσαλάκη[1], Μ. Γιαννακού[1], Ε. Μπότουλα[1], Γ. Κυριακόπουλος[2], Σ. Καπίρης[3], Σ. Τσαγκαράκης[1], Δ.Α. Βασιλειάδη[1]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (υπόφυση-επινεφρίδια-θυρεοειδής) και μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Αναφοράς Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (ENDO-ERN) Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [3]Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Επί του παρόντος, τα πιο χρήσιμα εργαλεία για την πρόβλεψη της επιβίωσης για τον καρκίνο του φλοιού των επινεφριδίων (Adrenocortical Carcinoma, ACC) είναι η χρήση της σταδιοποίησης κατά ENS@T (European Network for the Study of Adrenal Tumors) και ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67, αλλά με περιορισμένη ακρίβεια λόγω της ετερογένειας της νόσου ως προς την έκβαση. Προγνωστικά συστήματα που ενσωματώνουν τα νεότερα εργαλεία σταδιοποίησης mENS@T (modified ENS@T), σε συνδυασμό με κλινικά και παθολογοανατομικά δεδομένα

	ΣΥΝΟΛΙΚΑ	ENS@T I	ENS@T II	ENS@T III	ENS@T IV
Γυναίκες/Άνδρες	37/16	1/3	23/4	3/4	10/5
Ηλικία	48.4±18.1				
Μέγεθος βλάβης επινεφριδίου	11.0±5.2				
ENS@T Στάδιο I/II/III/IV%	7.5/50.9/13.2/28.3				
mENS@T Στάδιο IVa/IVb/IVc%	7.5/50.9/13.2/9.4/15.1/3.8				33/53/13
Μεταστάσεις κατά τη διάγνωση	28.3%				
Όρια εκτομής (R0/ R1-R2-Rx/ανεγχείρητο) %	62/30/8	75/25/0	82/18/0	71/14/14	33/47/20
Χαμηλού κινδύνου (RS< -0.58)	50.9%	100%	81.5%	14.3%	0
Ενδιάμεσου κινδύνου (RS: -0.58 έως 0.44)	20.8%		18.5%	71.4%	6.7%
Υψηλού κινδύνου (RS >0.44)	28.3%			14.3%	93.3%
mGRAS groups (N=39)					
0-1	20.5%	50%	35%	0	0
2-3	35.9%	50%	59%	33%	0
4-5	15.4%		6%	50%	17%
6-9	28.2%			17%	83%
Ορμονική έκκριση					
Κορτιζόλη	20.8%	50%	19%	14%	20%
Ανδρογόνα	5.7%		4%	14%	7%
Κορτιζόλη και ανδρογόνα	41.5%	25%	41%	29%	53%
Κορτιζόλη, ανδρογόνα, Ε2	3.8%	-	-	14%	7%
Αλατοκορτικοειδή	5.7%	25%	4%	-	7%
Όχι	13.2%	-	19%	14%	7%
Άγνωστο	9.5%	-	13%	15%	-

αποδείχθηκαν ότι προβλέπουν καλύτερα την επιβίωση.

Σκοπός: Να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα των νέων προγνωστικών εργαλείων σε ασθενείς του Κέντρου μας.

Μέθοδος: Αναδρομική κοόρτη 53 ασθενών με διαθέσιμα κλινικά και παθολογοανατομικά δεδομένα κατά τη διάγνωση (Πίνακας). Υπολογίσαμε το Risk Score (RS) (Ettaieb et al. 2020) και το mGRAS score (Lippert et al. 2018). Ορίσαμε τις κατηγορίες του Risk Score ως χαμηλού κινδύνου<-0.58, ενδιάμεσου κινδύνου - 0.58 έως 0.44 και υψηλού κινδύνου>0.44 καθώς και τις κατηγορίες του mGRAS: 0-1, 2-3, 4-5, και 6-9. Σημειώνεται ότι το mGRAS ήταν διαθέσιμο για 39 ασθενείς λόγω έλλειψης δεδομένων Ki67.

Αποτελέσματα: Η διάμεση επιβίωση ήταν 6,5 χρόνια για το σύνολο των ασθενών, σημαντικά υψηλότερη για τους ασθενείς σταδίου I και II σε σύγκριση με τους ασθενείς σταδίου III (3,4 έτη) και IV αντίστοιχα (1,1 έτη). Η επιβίωση σταδίου III δεν ήταν στατιστικά διαφορετική από το στάδιο IV, αλλά ο αριθμός των ασθενών σταδίου III ήταν μικρός. Το RS και οι κατηγορίες mGRAS ήταν παρόμοια αλλά όχι ταυτόσημα με τη σταδιοποίηση ENS@T (Πίνακας). Οι συγκρίσεις των διαφορετικών επιπέδων τόσο του RS όσο και του mGRAS ήταν στατιστικά πολύ σημαντικές (p<0.0001). Για το RS η διάμεση επιβίωση δεν κατέστη δυνατό να προσδιοριστεί για την κατηγορία του χαμηλού κινδύνου κατά τη διάρκεια της μελέτης λόγω του μεγάλου χρόνου επιβίωσης, ενώ ήταν 6,5 έτη και 1,1 έτος για τις κατηγορίες μεσαίου και υψηλού κινδύνου, αντίστοιχα. Για το mGRAS η διάμεση επιβίωση δεν προσδιορίζεται για την κατηγορία 1, ενώ ήταν 6,5 έτη, 5 έτη και 1,1 έτος για τις κατηγορίες 2, 3 και 4, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Τα προγνωστικά μοντέλα που λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη σταδιοποίηση αλλά και τα κλινικά και παθολογοανατομικά δεδομένα αποδίδουν καλύτερα στην πρόβλεψη της έκβασης στο ACC. Η εφαρμογή αυτών των μοντέλων στη διαχείριση του ACC μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία και τη συχνότητα παρακολούθησης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΓΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Β. Παπαστεργίου, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Α. Μουντάκη, Ε. Μπέκα, Κ. Κουστένης, Α. Τσατσά, Α. Τρίκολα, Χ. Βερετάνος, Φ. Αλμπάνη, Τ. Γεωργιάδη, Κ. Αρβανίτης, Γ. Νούσιας, Δ. Κοζομπόλη, Λ. Καραούζος, Ε. Αρχαύλης, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Ν. Βιάζης, Γ. Μάντζαρης

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

Σκοπός: Η διενέργεια ενδοσκοπικής αιμόστασης σε ασθενείς με COVID-19 πνευμονία και αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού (ΑΑΠ) είναι ιδιαίτερα επισφαλής, λόγω του επεμβατικού κινδύνου και της πιθανότητας διασποράς του ιού. Αξιολογήσαμε 3 προγνωστικά μοντέλα στην πρόβλεψη της ανάγκης για ενδοσκοπική αιμόσταση σε νοσηλευόμενους με COVID-19 και ΑΑΠ.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα ασθενών με COVID-19 πνευμονία που υποβλήθηκαν σε επείγουσα γαστροσκόπηση (3ος/2020-11ος/2021) λόγω ΑΑΠ μελετήθηκαν αναδρομικά. Η προβλεπτική ικανότητα 3 γνωστών μοντέλων [Glascow-Blatchford Score (GBS), Pre-endoscopic Rockall και AIMS65] μελετήθηκε ως προς την ανάγκη ενδοσκοπικής αιμόστασης με χρήση καμπυλών ROC.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 24 ασθενείς (14 άντρες, μέση ηλικία 71,4 έτη), εκ των οποίων 6 σε μηχανικό αερισμό, 22 λάμβαναν ενοξαπαρίνη, 8 αντιαιμοπεταλιακά και 2 από-του-στόματος αντιπηκτικά. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν αναστολείς αντλίας πρωτονίων, ενώ οι 6 διασωληνωμένοι λάμβαναν αγγειοσυσπαστικά. Η γαστροσκόπηση διενεργήθηκε έπειτα από ενδιάμεσο διάστημα 1 ημέρας (εύρος 0-3) από την εκδήλωση της ΑΑΠ. Τα πεπτικά έλκη ήταν η πιο συχνή αιτία ΑΑΠ (10/24), ακολουθούμενα από διαβρωτική γαστρίτιδα (5/24) και οισοφαγίτιδα (4/24). Ενδοσκοπική αιμόσταση (τοποθέτηση clip με ή χωρίς διήθηση αδρεναλίνης) διενεργήθηκε σε 10/24. Τα GBS (AUROC=0,84, 95%CI: 0,69-0,99) και Rockall (AUROC=0,77, 95%CI: 0,58-0,96) επέδειξαν αποδεκτή προγνωστική ακρίβεια, αλλά όχι το AIMS65 (AUROC=0,61, 95%CI: 0,38-0,84). Κανένας από τους 8 ασθενείς με GBS <12,5 (ευαισθησία=100%, ειδικότητα=57,1%) και τους 4 ασθενείς με Rockall <1,5 (ευαισθησία=100%, ειδικότητα=28,6%) δε χρειάστηκε ενδοσκοπική αιμόσταση.

Συμπεράσματα: Τα GBS και Rockall αποτελούν χρήσιμα αντικειμενικά εργαλεία για τη λήψη κλινικών αποφάσεων σε ασθενείς με COVID-19 πνευμονία και ΑΑΠ.

ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Δ. Κουνιάκη[1], Α. Ταράση[1], Ε. Κόντου[1], Μ. Γαροφαλάκη[2], Ε. Τζιότζιου[2], Γ. Γαλάζιου[1], Β. Σταμάτη[1], Α. Τσιρογιάννη[1]

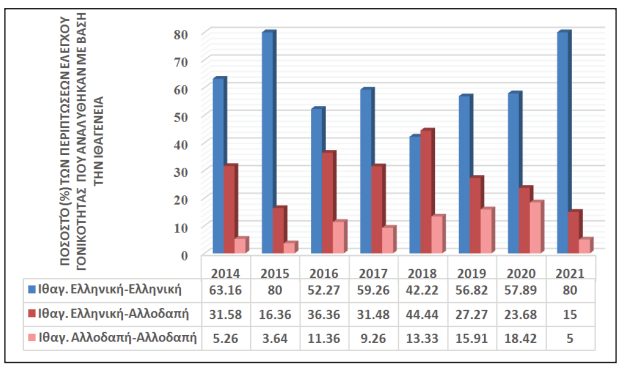
[1]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας της Αιματολογικής Κλινικής και Λεμφωμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η διερεύνηση γονικότητας (parentage testing) που εμπίπτει στα πλαίσια τόσο του Ποινικού (σεξουαλική κακοποίηση κατά την οποία προκύπτει εγκυμοσύνη, αιμομιξία), όσο και του Αστικού Δικαίου (αναγνώριση εξώγαμου τέκνου, αποποίηση πατρότητας, επιμέλεια, υποθέσεις υιοθεσίας, δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης, θέματα κληρονομιάς, άδεια παραμονής αλλοδαπών), αποτελεί αντικείμενο του Ανοσολογικού Εργαστηρίου.

Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων του Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» στο πλαίσιο διερεύνησης της γονικότητας σε υποθέσεις Οικογενειακού Δικαίου, για το χρονικό διάστημα 01-01-2014 έως και 31-12-2021.

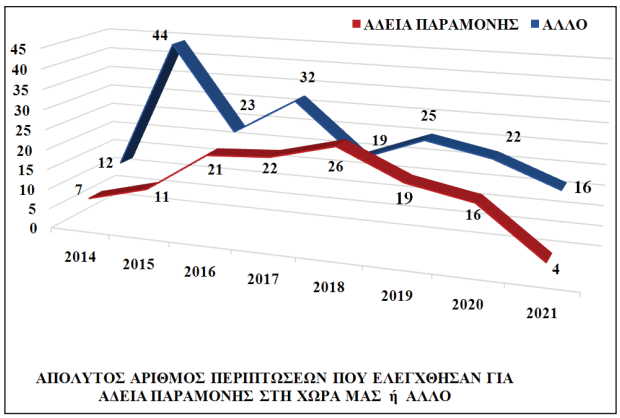
Υλικό/μέθοδοι: Το υλικό αποτέλεσαν 835 άτομα (284 άνδρες, 231 γυναίκες και 290 παιδιά), αναφορικά με 319 περιπτώσεις αμφισβητούμενης γονικότητας, εκ των οποίων οι 308 (96,55%) αφορούσαν τον έλεγχο πατρότητας και οι 11 (3,45%) τον έλεγχο μητρότητας. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν 193 (60,50%) περιπτώσεις αμιγώς Ελληνικής, 92 (28,84%) Ελληνικής-Αλλοδαπής και 34 (10,66%) αμιγώς Αλλοδαπής ιθαγένειας (Εικόνα 1). Οι ηλικίες των παιδιών κυμάνθηκαν από 1-12 μηνών (97 άτομα, 33,45%), 13 μηνών-6 ετών (121 άτομα, 41,73%), 7-12 ετών (21 άτομα, 7,24%), 13-18 ετών (19 άτομα, 6,55 %) και 18 ετών και άνω (32 άτομα, 11,03%). Η γονοτύπηση των δειγμάτων έγινε σε g-DNA από δείγματα περιφερικού αίματος ή/και παρειακού επιχρίσματος και προσδιορίστηκαν 16 πολυμορφισμοί βραχέων διαδοχικών επαναλήψεων αυτοσωμικού DNA (autosomal Short Tandem Repeats-aSTRs).

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της aSTR ανάλυσης οδήγησαν στην ανάθεση της γονικότητας σε 263 (82,45%) περιπτώσεις ελέγχου. Σε 56 (17,55%) περιπτώσεις αποδείχτηκε ο αποκλεισμός της συγγένειας, με τεκμήρια αποκλεισμού σε ≥3 aSTRs γενετικούς τόπους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων ζητήθηκε για λήψη άδειας παραμονής στη Χώρα μας από αλλοδαπούς (υποψήφιοι πατέρες) (126 περιπτώσεις, 39,50%) (Εικόνα 2). Ο κύριος όγκος των περιπτώσεων αφορούσαν παιδιά ηλικίας έως 6 ετών (218 περιπτώσεις, 75,18%). Τα αποτελέσματά μας παρείχαν επαρκώς τεκμηριωμένα δεδομένα με αποτέλεσμα η συμβολή του Τμήματός μας στο χώρο του Οικογενειακού Δικαίου, όσον αφορά τα τεκμήρια πατρότητας/μητρότητας, να είναι εμφανώς διακριτή.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ιθαγ. Ελληνική-Ελληνική	63.16	80	52.27	59.26	42.22	56.82	57.89	80
Ιθαγ. Ελληνική-Αλλοδαπή	31.58	16.36	36.36	31.48	44.44	27.27	23.68	15
Ιθαγ. Αλλοδαπή-Αλλοδαπή	5.26	3.64	11.36	9.26	13.33	15.91	18.42	5

Εικόνα 1. Το (%) ποσοστό των περιπτώσεων ελέγχουν γονικότητας που αναλύθηκαν με βάση την ιθαγένεια για το χρονικό διάστημα 01-01-2014 έως και 31-12-2021.



Εικόνα 2. Ο απόλυτος αριθμός των περιπτώσεων ελέγχου γονικότητας που ελέχθησαν για άδεια παραμονής στην Χώρα μας ή άλλο για το χρονικό διάστημα 01-01-2014 έως και 31-12-2021.

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Ν. Βιάζης, Φ. Αλμπάνη, Κ. Κουστένης, Κ. Μουντάκη, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Μπέκα, Α. Τρίκολα, Α. Τσατσά, Γ. Νούσιας, Δ. Κοζομπόλη, Λ. Καραούζος, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Β. Παπαστεργίου, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Ε. Αδάμου, Γ. Μάντζαρης

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) είναι μία ιατρική, ενδοσκοπική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την εξασφάλιση της εντερικής σίτισης, όταν η από του στόματος σίτιση δεν είναι δυνατή ή αντενδείκνυται. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα ποσοστά της επιτυχούς τοποθέτησης PEG στο κέντρο μας και τα ποσοστά των άμεσων επιπλοκών (έως και 15 μέρες μετά την τοποθέτηση της PEG).

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά από τους ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μας, από τον Ιανουάριο του 2015 έως και το Σεπτέμβριο του 2021 και στους οποίους τοποθετήθηκε PEG στο ενδοσκοπικό Τμήμα, το οποίο και θεωρείται κέντρο αναφοράς για τη συγκεκριμένη εξέταση. Εφαρμόστηκε η τεχνική έλξης ("pull-through technique"), με χρήση καθετήρα-PEG διαμέτρου 24Fr. Τα δεδομένα από την τοποθέτηση PEG ελήφθησαν από το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής του νοσοκομείου μας. Από τη μελέτη αποκλείσαμε ασθενείς, για τους οποίους δεν ήταν γνωστή η έκβαση για τουλάχιστον 15 ημέρες μετά την ενδοσκοπική τοποθέτηση PEG.

Αποτελέσματα: Συνολικά διενεργήθηκαν 397 συνεδρίες για τοποθέτηση PEG [262 (66,0%) σε άντρες με μέση ηλικία 62,8 έτη και 135 (34,0%) σε γυναίκες με μέση ηλικία 67,4 έτη]. Οι κύριες ενδείξεις για την τοποθέτηση ήταν: α) νευρολογικές και νευροεκφυλιστικές νόσοι (ανοϊκή συνδρομή, πολλαπλή σκλήρυνση, αιμορραγικό ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του κινητικού νευρώνα κ.ά.), n=218 (54,9%), β) κακοήθεις νόσοι (τραχήλου, λάρυγγα, γλώσσας, εγκεφάλου, αιματολογικά νοσήματα, κ.ά.), n=81 (20,4%), γ) κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (αυτοκινητιστικά ατυχήματα, πτώσεις εξ ύψους), n=42 (10,6%) και δ) παρατεταμένη νοσηλεία σε μονάδες εντατικής θεραπείας για διάφορους λόγους (σήψη, επεισόδια εισρόφησης, καρδιακή ανακοπή, λοιμώξεις κεντρικού νευρικού συστήματος, απόπειρες αυτοκτονίας, μετεγχειρητικές επιπλοκές, εγκαύματα, κτλ.), n=56 (14,1%). Επιτυχώς τοποθετήθηκαν 376 (94,7%) PEGs. Τα αίτια αποτυχίας της τοποθέτησης PEG ήταν η αδυναμία εντόπισης κατάλληλου σημείου τοποθέτησης (n=15, 71,4%), ο αποκορεσμός κατά τη διάρκεια της νάρκωσης (n=5, 23,8%), ενώ ένας ασθενής (4,8%) παρουσίασε τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Οι άμεσες επιπλοκές από την τοποθέτηση PEG ήταν: α) θάνατος: 1 (0,3%) ασθενής κατέληξε εντός δύο ωρών από την τοποθέτηση της PEG, β) μείζονες επιπλοκές: 5 (1,3%) ασθενείς εμφάνισαν πνευμονία από εισρόφηση και 4 (1,0%) ασθενείς εμφάνισαν αιμορραγία, (γ) ελάσσονες επιπλοκές: 6 (1,5%) ασθενείς εμφάνισαν λοίμωξη τραύματος, 4 (1,0%) ασθενείς εμφάνισαν διαρροή, 4 (1,0%) ασθενείς ατυχηματική αφαίρεση της PEG και 1 (0,3%) ασθενής εμφάνισε απόφραξη.

Συμπέρασμα: Η τοποθέτηση PEG έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας και ασφάλειας, όταν πραγματοποιείται σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς και σε κέντρο με αντίστοιχη ενδοσκοπική εμπειρία.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ: ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΤΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ?

Ε. Χατζημιχάλη[1], Κ. Αθανασιάδη[1], Ε. Λιβεράκου[1], Ι. Αλεβιζάκης[1], Ι. Σιγάλα[5], Ν. Γιαννιού[5], Ε. Δήμα[5], Κ. Ελευθερίου[5], Μ. Μικροβασίλη[2], Π. Ουρανής[2], Π. Κουργιαντάκης[4], Θ. Τέγος[3], Ν. Αλεβιζόπουλος[3], Ε. Ισχάκη[5], Π. Κατσαούνου[5], Σ. Ζακυνθινός[5], Κ. Ρωμανά[2], Μ. Βασλαματζής[3]

Τμήματα [1]Χειρουργικής Θώρακος, [2]Αναισθησιολογίας, [3]Ογκολογίας, [4]Φυσικοθεραπείας, [5]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Παρά τη συνεχή μείωση των διενεργούμενων πνευμονεκτομών τα τελευταία χρόνια, η επέμβαση αυτή εξακολουθεί να είναι απαραίτητη για ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) λόγω της τοπικής εξέλιξης της νόσου.

Υλικό και Μέθοδος: Τα τελευταία 4 χρόνια, 43 ασθενείς (4,3%) υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή για τοπικά προχωρημένη νόσο. Υπήρχαν 38 άνδρες και 5 γυναίκες ηλικίας από 56 έως 78 ετών. Η διαγνωστική διαδικασία περιελάμβανε (CT scan, PET/CT), βρογχοσκόπηση(EBUS-TBNA) και σε ορισμένες περιπτώσεις βιοψία με διαθωρακική προσπέλαση υπό αξονικό τομογράφο. Έγινε πλήρης αξιολόγηση της καρδιαγγειακής και αναπνευστικής κατάστασης των ασθενών συμπεριλαμβανομένων υπερηχογραφήματος καρδιάς, μέτρησης FEV1, DLCO και σπινθηρογραφήματος ποσόστωσης-αερισμού/διάχυσης (V/Q). Τα στάδια ήταν είτε IIB είτε IIIA. Οκτώ ασθενείς υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Δύο ασθενείς ήταν προεγχειρητικά οξυγονοεξαρτώμενοι με δύσπνοια, λόγω πλήρους κατάληψης του πνεύμονα από όγκο και δημιουργία shunt και σε 3 η διαδικασία θεωρήθηκε θεραπεία διάσωσης, καθώς ανέπτυξαν διαφυγή και ήταν εξαρτημένοι από το O2.

Αποτελέσματα: Μετά τη λήψη συναίνεσης οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο και 36 εξ αυτών υποβλήθηκαν σε εξωπερικαρδιακή πνευμονεκτομή, ενώ οι υπόλοιποι σε ενδοπερικαρδιακή. Η περιεγχειρητική θνησιμότητα ανήλθε στο 2,4% λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η επιθετική φυσικοθεραπεία μείωσε την περιεγχειρητική νοσηρότητα αλλά η νοσηλεία κυμάνθηκε από 7 έως 14 ημέρες.

Συμπέρασμα: Παρά το μεγαλύτερο περιεγχειρητικό τραύμα, η προσεκτική προεγχειρητική επιλογή και εκτίμηση των ασθενών, η χειρουργική τεχνική και η μετεγχειρητική φροντίδα επιτυγχάνουν ευνοϊκά αποτελέσματα στην πνευμονεκτομή, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια με ακόμη καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή.

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σ. Κωστούρου[1], Ε. Μυλωνά[1,2], Δ. Γιανκούλα[1], Χ. Κολοκοτρώνη[1], Φ. Βεϊνή[1], Ε. Μπελεσιώτου[3], Α. Αργυροπούλου[1,3], Β. Παπασταμόπουλος[1,2]

[1]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, [2]Ε' ΠαθολογικόΤμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, [3]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το *Clostridium difficile* είναι αναερόβιο Gram+ παθογόνο που προκαλεί λοίμωξη στο γαστρεντερικό σύστημα. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση της λοίμωξης είναι η χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων. Η καλύτερη μέθοδος πρόληψης της διασποράς του από ασθενή σε ασθενή είναι η τήρηση των μέτρων επαφής, το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό και η απολύμανση των επιφανειών με διάλυμα χλωρίνης.

Σκοπός: Η επιτήρηση της επίπτωσης της *Clostridium difficile* λοίμωξης (*Clostridium difficile* infection/CDI) στις παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου με τη χρήση των ορισμών επιδημιολογικής επιτήρησης του CDC.

Αποτελέσματα: Έγινε επιτήρηση της λοίμωξης για 4 έτη από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Δεκέμβριο του 2021 στις 4 Παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Διαγνώστηκαν συνολικά 539 περιπτώσεις CDI, οι 281 (52,1%) σχετίζονταν με τη νοσηλεία στις παθολογικές κλινικές, οι 121 (22,4%) σχετίζονταν με προηγηθείσα νοσηλεία σε άλλη υγειονομική δομή και οι 128 (23,7%) σχετίζονταν με την κοινότητα. Από τις 128 περιπτώσεις που σχετίζονται με την κοινότητα, στις 59 (46,1%) δεν υπήρχε έκθεση σε αντιμικροβιακά (Πίνακας 1). Από τις 281 CDIs που σχετίζονταν με τη νοσηλεία στις παθολογικές κλινικές, οι 146 (52%) αφορούσαν άνδρες και οι 135(48%) γυναίκες. Οι 248 (88,6%) αφορούσαν ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 61 ετών. Στον Πίνακα 2 φαίνεται η επίπτωση της CDI στις παθολογικές κλινικές ανά 10.000 ασθενοημέρες όπου αποτυπώνεται μια σαφής πτώση της επίπτωσης/ασθενοημέρες το 2021 (8,1) σε σχέση με το 2020 (22,4) χωρίς να έχει μεταβληθεί ουσιαστικά το σύνολο των ασθενοημερών στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την ημέρα εκδήλωσης της CDI σε σχέση με την ημέρα εισαγωγής στις παθολογικές κλινικές ήταν ίση με 9 ημέρες (διάμεση τιμή). Συνολικά, 196 (70%) ασθενείς με CDI έλαβαν εξιτήριο ενώ 83 (29,6%) απεβίωσαν (crudemortality) 9 ημέρες (διάμεση τιμή) μετά τη διάγνωση της CDI (Πίνακας 3).

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της CDI στις παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου μας είναι αρκετά υψηλή γεγονός

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επιδημιολογική κατάταξη περιπτώσεων CDI για τα έτη 2018-2021

	CDIs	Σχετιζόμενες με τις Παθολογικές κλινικές CDIs	Σχετιζόμενες με νοσοκομείο έναρξη στην κοινότητα CDIs	Σχετιζόμενες με την κοινότητα CDIs	Επαναλοίμωξη
2018	108	48(44,4%)	32 (29,6%)	28(25,9%)	-
2019	192	96(50%)	51(25,6%)	43(22,4%)	2(1%)
2020	161	95(59%)	24(14,9%)	39(24,2%)	3(1,9%)
2021	78	42(53,8%)	14(17,9%)	18(23,1%)	4(5,1%)
Σύνολο	539	281(52,1%)	121(22,4%)	128(23,7%)	9(1,7%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Επίπτωση CDI σχετιζόμενης με τις παθολογικές κλινικές για τα έτη 2018-2021

	Ασθενο-ημέρες	Σχετιζόμενες με τις Παθολογικές κλινικές CDIs	Επίπτωση ανά 10.000 ασθενοημέρες
2018	51.714	48	9,3
2019	52.017	96	18,5
2020	42.326	95	22,4
2021	52.008	42	8,1
Σύνολο	198.065	281	14,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Έκβαση ασθενών με CDI σχετιζόμενης με τις Παθολογικές Κλινικές

	HAI-CDI	Ημέρες Εισαγωγή-Εκδήλωση CDI (median)	Θάνατος	Ημέρες Διάγνωση CDI-θάνατος (median)	Εξιτήριο
2018	48	8	11 (23,4%)	3	37 (77,1%)
2019	96	11	30 (31,2%)	6	66 (68,8%
2020	95	8	33 (34,7%)	12	62 (65,3%)
2021	42	9,5	11 (26,2%)	11,5	31 (73,8%)
Σύνολο	281	9	83 (29,6%)	9	196 (70%)

που κάνει επιτακτική την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης της λοίμωξης όπως είναι η μείωση στην κατανάλωση των αντιβιοτικών, η αποφυγή συνωστισμού των ασθενών στις κλινικές, η εφαρμογή υγιεινής των χεριών και η απολύμανση των επιφανειών.

Κατά την επιτήρηση της επίπτωσης της CDI στις παθολογικές κλινικές διαπιστώνεται ότι σ΄ ένα σημαντικό ποσοστό (46,2%) η CDI προέρχεται από προηγηθείσα νοσηλεία των ασθενών σε άλλες νοσοκομειακές δομές ή την κοινότητα, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα τήρησης των βασικών μέτρων προφύλαξης σε όλους τους ασθενείς που εισάγονται στις παθολογικές κλινικές πριν την εργαστηριακή επιβεβαίωση της CDI.

Η επίπτωση της CDI ανά 10.000 ασθενοημέρες εμφάνισε μια σαφή πτώση το 2021 σε σχέση με το 2020, γεγονός που πιθανόν να σχετίζεται αφενός μεν με την ευαισθητοποίηση του προσωπικού, λόγω COVID λοίμωξης, με αποτέλεσμα την αυστηρότερη τήρηση των μέτρων επαφής, αφετέρου δε με την ευρύτερη και συστηματικότερη χρήση του διαλύματος χλωρίνης ως απολυμαντικού το οποίο καταπολεμά αποτελεσματικά τα σπόρια του κλωστηριδίου.

Όσον αφορά στη θνητότητα, οι 83 θάνατοι (29,6%) που καταγράφηκαν δεν είναι θάνατοι που αποδίδονται ευθέως στη CDI αλλά πιθανόν να σχετίζονται με την προχωρημένη ηλικία των πασχόντων ή να αποτελούν μία ένδειξη της βαρείας γενικής κατάστασης των ασθενών με CDI.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΨΟΥΛΑΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Ν. Βιάζης, Φ. Αλμπάνη, Α. Μουντάκη, Κ. Κουστένης, Κ. Βερετάνος, Α. Τσατσά, Α. Τρίκολα, Ε. Μπέκα, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Γ. Νούσιας, Δ. Κοζομπόλη, Λ. Καραούζος, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Β. Παπαστεργίου, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Ε. Βιέννα, Γ. Μάντζαρης

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

Στόχος: Ο προσδιορισμός των ενδείξεων και της διαγνωστικής ακρίβειας της ενδοσκόπησης με κάψουλα του λεπτού εντέρου στο Τμήμα μας, που αποτελεί Τριτοβάθμιο Κέντρο παραπομπής για τη συγκεκριμένη εξέταση.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά από όλους τους ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση με κάψουλα του λεπτού εντέρου από 1/3/2003 έως 25/11/2021. Ανάλογα με την ένδειξη, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, ομάδα Α=διερεύνηση της αδιευκρίνιστης αιμορραγίας πεπτικού (ενεργός αιμορραγία ή σιδηροπενική αναιμία), ομάδα Β=διερεύνηση ασθενών με διαγνωσμένη ή πιθανή νόσο του Crohn και ομάδα Γ=όλες οι άλλες ενδείξεις. Η διαγνωστική ακρίβεια της κάψουλας ορίστηκε ως ο αριθμός των εξετάσεων με θετικά ευρήματα που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα συμπτώματα του ασθενούς και την ένδειξη για την οποία υποβλήθηκε στην εξέταση με την κάψουλα.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 7.501 ασθενείς (άνδρες/γυναίκες: n=3.860/3.641, ηλικία±SD: 52,6±27,3 έτη). Η πιο συχνή ένδειξη ήταν η αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ομάδα Α, n=4.012, 53,4%), ακολουθούμενη από τη διαγνωσμένη ή την πιθανή νόσο του Crohn (ομάδα Β, n=2.557, 34,1%). Η διαγνωστική ακρίβεια της κάψουλας ήταν 40,4% για την ομάδα Α, 63,4% για την ομάδα Β και 26,4% για την ομάδα Γ. Το πιο συνηθισμένο εύρημα στην ομάδα Α ήταν οι αγγειοδυσπλασίες (n=1.253, 31,2%), στην ομάδα Β οι βλάβες συμβατές με τη νόσο του Crohn (n=1.392, 54,4%) και στην ομάδα Γ τα έλκη από ασπιρίνη και ΜΣΑΦ (n=91, 9,7%).

Συμπέρασμα: Η πιο συχνή ένδειξη για τη διενέργεια ενδοσκόπησης με κάψουλα του λεπτού εντέρου είναι η αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας και το πιο συνηθισμένο εύρημα είναι οι αγγειοδυσπλασίες του λεπτού εντέρου.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ COVID-19

Α. Ασημάκος[1], Σ. Σπετσιώτη[1], Α. Μαυρονάσου[1], Ι. Βογιατζής[2], Δ. Σιούσουρα[1], Π. Γουνόπουλος[3], Ε. Δήμα[1], Ι. Σιγάλα, Ν. Γιαννιού[1], Ρ. Σιαμπάνη[1], Α. Κοτανίδου[1], Π. Κατσαούνου[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Department of Sport, Exercise and Rehabilitation. Northumbria University, Newcastle, [3]Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η εξελισσόμενη πανδημία του COVID-19 έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο αριθμό ασθενών που αναρρώνουν αλλά υποφέρουν από επίμονα συμπτώματα, ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα και κακή ποιότητα ζωής. Ιατρικές εταιρίες παγκοσμίως έχουν εκδώσει οδηγίες που προτείνουν την οργάνωση προγραμμάτων αποκατάστασης με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών που επιβίωσαν και αναρρώνουν μετά από λοίμωξη από COVID-19.

Σκοπός της μελέτης: Να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αποκατάστασης ασθενών που αναρρώνουν μετά από νόσο από COVID-19, ως προς την ελάττωση των συμπτωμάτων, την βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αποκατάστασης της φυσικής δραστηριότητας και της ικανότητας για άσκηση.

Μεθοδολογία: Αξιολογήθηκαν σε 6 με 8 εβδομάδες από το εξιτήριο από το νοσοκομείο ασθενείς με COVID-19 που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ή χρειάστηκαν υψηλά μείγματα οξυγόνου στον όροφο, με βασικό λόγο νοσηλείας τη λοίμωξη από τον ιό Covid-19. Οι ασθενείς διακομίστηκαν στην οικία τους. Οι ασθενείς με CAT (COPD Assesment Test) >=10 ή και Post-COVID-19 Functional Status scale >=2 ήταν υποψήφιοι για ένταξη σε πρόγραμμα επιβλεπόμενης αποκατάστασης. Οι ασθενείς που παρακολού-

Δοκιμασία	Mean difference	95%CI	SD	Statistics	p
6MWT	57m	75,7-38,3	27,84	t=6,79	<0,000
CAT	8,91	5,9-11,88	4,42	t=6,69	<0,000
STS	6,09	3,3-4,86	4,16	t=4,86	0,001
HADS (anxiety)	2,09	0,99-3,19	1,64	t=4,23	0,002
MMRC	1,36	0,743-1,99	0,92	Z=2,91	0,004
FACIT sumscore	9,27	13,1-5,48	5,64	t=5,45	<0,000
FACIT subscore	0,72	1,01-0,43	0,43	t=5,48	<0,000
Chalder fatigue scale	5,36	2,76-7,97	3,88	t=4,59	0,001
IES-R	5,5	10,38-2,55	6,82	t=2,55	0,031
FSS	17,36	6,63-28,01	15,97	t=3,61	0,005
Beck	6,46	4,3-8,61	3,21	t=6,68	<0,000
IPAQ	1932,75	3263,32-602,18	1860	t=3,29	0,009
SPPB	1,36	0,82-5,59	0,81	t=5,5	<0,000
EQ 5D mobility	1,364	0.611-2,12	1,12	t=4,04	0,02
EQ 5D usual activity	1,091	0,457-1,73	0,94	t=3,83	0,003
EQ 5D Pain & discomfort	0.818	0,314-1,32	0,75	t=3,61	0,005
EQ 5D anxiety and depression	0,545	0,08-1,01	0,69	t=2,63	0,025
EQ-VAS	13,636	3,94 -22,41	13,06	t=3,46	0,006

θησαν το πρόγραμμα ήταν η ομάδα παρέμβασης ενώ όσοι δεν επιθυμούσαν/μπορούσαν να ενταχθούν ήταν η ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 2 συνεδρίες την εβδομάδα για 2 μήνες. Προηγείτο ενδελεχής καρδιολογικός έλεγχος για αποκλεισμό μυοκαρδίτιδας - στεφανιαίας νόσου και αδιάγνωστη θρομβοεμβολική νόσο. Η αξιολόγηση, που επαναλήφθηκε με το πέρας του προγράμματος στην ομάδα παρέμβασης και μετά 2 μήνες στην ομάδα ελέγχου, περιελάμβανε: δοκιμασίες αξιολόγησης λειτουργικής ικανότητας [δοκιμασία βάδισης 6 λεπτών (6 Minute Walking Test, 6MWT), εγέρσεις σε ένα λεπτό (one minute sit to stand test- STS), Short Physical Performance Battery (SPPB), βαθμολόγηση μυϊκής ισχύος κάτω άκρων, ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής [Short Form (SF36) Health Survey, EuroQol Questionnaire EQ-5D)], ερωτηματολόγια αξιολόγησης άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες [Beck Depression Inventory (Beck), Assessment of Post Traumatic Stress Disorder with the Impact of Event Scale (IES-R), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)], δύσπνοιας (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale, MMRC), ερωτηματολόγια αξιολόγησης κόπωσης [Fatigue Severity Scale (FSS), Chalder fatigue scale, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) fatigue Scale], αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας [International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)], αξιολόγηση ισορροπίας (Activities-Specific Balance Confidence (ABC) scale), αξιολόγηση νοητικής ικανότητας [Montreal Cognitive Assessment (MoCA)] και λειτουργικός αναπνευστικός έλεγχος (σπιρομέτρηση και διάχυση).

Αποτελέσματα: Με βάση τα παραπάνω κριτήρια επιλέχθηκαν 126 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από τον Ιανουάριο έως τον Αύγουστο του 2020. Για αξιολόγηση προσήλθαν 65, από τους οποίους πληρούσαν τα κριτήρια βαρύτητας συμπτωμάτων και επανήλθαν για αξιολόγηση 48, 14 στην ομάδα παρέμβασης και 23 στην ομάδα ελέγχου. Οι ομάδες παρέμβασης και ελέγχου δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο, τις συνυπάρχουσες νόσους , το ποσοστό διασωλήνωσης και τον χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ. Η ομάδα αποκατάστασης παρουσίασε στατιστικά σημαντικές μεταβολές στα: CAT, STS, HADS (anxiety), MMRC, FACIT, Chalder, IES-R, FSS, Beck, EQ5D και IPAQ (βλέπε επισυναπτόμενο πίνακα), ενώ για την ομάδα ελέγχου τα ανωτέρω παρέμειναν αμετάβλητα. Οι τιμές αρχικής αξιολόγησης (baseline values) δεν διέφεραν στις δύο ομάδες. Και στις δύο ομάδες βελτιώθηκαν οι τιμές 6MWT, SPPB και η MMRC η βελτίωση της οποίας ωστόσο ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα αποκατάστασης (U=43, p=0,041).

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή ενός επιβλεπόμενου προγράμματος αποκατάστασης βελτιώνει τη λειτουργική ικανότητα, τη φυσική δραστηριότητα, τα συμπτώματα, το άγχος, την κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες και την κόπωση, των ασθενών που αναρρώνουν από COVID-19.

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Σ. Κωστούρου[1], Ε. Μυλωνά[2], Φ. Βεϊνή[1], Χ. Κολοκοτρώνη[1], Ε. Παντικίδη[2], Χ. Τότσικας[2], Σ. Γιαλή[1,2], Β. Παπασταμόπουλος[1,2]

[1]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, [2]Ε΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η COVID-19 αποτελεί μια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, με παγκόσμια κατανομή ώστε να έχει χαρακτηριστεί από τον ΠΟΥ ως πανδημία. Σκοπός μας ήταν η επιτήρηση της λοίμωξης COVID-19 στο Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός» ώστε να αποτυπωθεί η συμμετοχή του στη διαχείριση της πανδημίας, η βαρύτητα των νοσηλευόμενων ασθενών, η ανάγκη νοσηλείας στη ΜΕΘ και η θνητότητα.

Υλικό και Μέθοδος: Όλοι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με COVID-19 στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» από τις 13 Μαρτίου 2020, ημέρα εισαγωγής του πρώτου επιβεβαιωμένου κρούσματος, έως και τις 31 Δεκεμβρίου 2021.

Αποτελέσματα: Τα δύο πρώτα έτη της πανδημίας (2020-21) νοσηλεύθηκαν συνολικά 4.378 ασθενείς με COVID-19, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 3,7% των νοσηλευομένων του νοσοκομείου (Πίνακας 1).

Από το σύνολο των COVID-19 νοσηλευομένων ασθενών, οι 131 (3%) θετικοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε κοινή μη-COVID πτέρυγα. Νοσηλεία στη ΜΕΘ συνολικά χρειάστηκαν 778 ασθενείς (17,8%). Ενδοτραχειακή διασωλήνωση χρειάστηκαν 748 ασθενείς (17,1%) (Πίνακας 2). Από τους 675 ασθενείς που διασωληνώθηκαν στο νοσοκομείο οι 576 (85,3%) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ, οι 25 (3,7%) διακομίσθηκαν διασωληνωμένοι σε ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου και οι 74 (11%) παρέμειναν διασωληνωμένοι εκτός ΜΕΘ και απεβίωσαν στο 100%. Από το σύνολο των 4.378 COVID-19 νοσηλευομένων ασθενών, 2.471 (56,4%) έλαβαν εξιτήριο και 1.158 (26,5%) διακομίσθηκαν σε άλλα νοσοκομεία προκειμένου να συνεχίσουν τη νοσηλεία τους.

Η συνολική θνητότητα της COVID-19 στο νοσοκομείο είναι 15,6% (687 θάνατοι) που παραμένει σχεδόν σταθερή κατά τη διάρκεια των εξαμήνων (Πίνακας 2). Η ηλικιακή κατανομή των θανόντων ανά εξάμηνο φαίνεται στον πίνακα 3 όπου παρατηρείται μια σταθερή αύξηση στη θνητότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αριθμός των ασθενών COVID σε σχέση με το συνολικό αριθμό των ασθενών του νοσοκομείου ανά εξάμηνο για τα 2 πρώτα έτη της πανδημίας 2020-2021.

Δεδομένα σχετικά με τη νοσηλεία ασθενών COVID σε σχέση με το σύνολο των ασθενών του Νοσοκομείου					
	1ο εξάμ. 2020	2ο εξάμ. 2020	1ο εξάμ. 2021	2ο εξάμ. 2021	Σύνολο 2020-2021
Αριθμός νοσηλευθέντων	30.035	31.393	33.921	22.105	117.364
Αριθμός ασθενών COVID	140(0,5%)	890(2,8%)	2.107(6,2%)	1.241(5,6%)	4.378(3,7%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αναλυτικά δεδομένα της κίνησης νοσηλείας ανά εξάμηνο για τα 2 πρώτα έτη της πανδημίας 2020-21.

Δεδομένα της κίνησης νοσηλείας των νοσηλευομένων με λοίμωξη COVID								
	Σύνολο ασθ.	Εισαγωγή στη ΜΕΘ	Διασωλην.	Διακομιδή σε άλλο Νοσοκομείο	Εξιτήριο	Θάνατος	Παραμονή	Διάρκεια νοσηλείας (days/median)
1ο εξάμ. 2020	140	50 (35,7%)	42 (30%)	32 (22,9%)	89 (63,6%)	19 (13,6%)	-	11
2ο εξάμ 2020	890	182 (20,4%)	127 (14,3%)	258 (29%)	503 (56,5%)	129 (14,5%)	-	10
1ο εξάμ 2021	2.107	369 (17,5%)	372 (17.7%)	600 (28,5%)	1.180 (56%)	326 (15,5%)	-	8
2ο εξάμ 2021*	1241	173 (13,9%)	207 (16,7%)	268 (21,6%)	699 (56,3%)	211 (17%)	63 (5,1%)	7
Σύνολο	4378	778 (17,8%)	748 (17,1%)	1158 (26,5%)	2.471 (56.4%)	685 (15,6%)	63 (1,4%)	8
2ο εξάμ. 2021*: Έκβαση σε εξέλιξη, έγινε ως και τις 13 Ιανουαρίου 2022								

στην ηλικιακή ομάδα >70ετών ανά εξάμηνο. Η θνητότητα στη ΜΕΘ (384 ασθενείς) σε σχέση με τις εισαγωγές της (774 ασθενείς) ήταν 49,6% (Πίνακας 3).

Συμπεράσματα: Το Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», κατά τη διετία 2020-21 συμμετείχε ενεργά στην αντιμετώπιση της πανδημίας λειτουργώντας ως μικτό νοσοκομείο νοσηλεύοντας COVID και μη-COVID ασθενείς. Στο σύνολο των νοσηλευομένων του (COVID και μη-COVID), το 3,7% ήταν COVID-19 ασθενείς, ενώ από το σύνολο των μη-COVID ασθενών, το 0,12% (134 ασθενείς) θετικοποιήθηκαν μέσα στο νοσοκομείο, γεγονός που αποτυπώνει τη δυσκολία που ενέχει η προστασία των μη-COVID τμημάτων από τη διασπορά του ιού παρά τα προληπτικά μέτρα που εφαρμόστηκαν.

Παρόλο που κατά τη διάρκεια των επιτηρούμενων εξαμήνων το ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα 51-70 και >70 ετών παρέμεινε σταθερό παρατηρήθηκε μια σαφής αύξηση της θνητότητας στη ομάδα >70 ετών ανά εξάμηνο. Η σαφής επιβάρυνση του Συστήματος Υγείας προϊόντων των εξαμήνων, οδηγεί στην εξάντληση των εφεδρειών του, γεγονός που πιθανόν να αποτυπώνεται στην αυξημένη θνητότητα των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας, με πολλαπλά προβλήματα υγείας που καθιστούν την νοσηλεία τους και την αποκατάσταση της υγείας τους δυσκολότερη και πολυπλοκότερη.

Το νοσοκομείο μας κατά τη διάρκεια της μελετώμενης διετίας λειτούργησε σε μεγάλο βαθμό «αυτόνομα». Έτσι, με την συνεργασία του τμήματος COVID και της ΜΕΘ έγινε έγκαιρη μεταφορά διασωληνωμένων ασθενών από την COVID πτέρυγα στη ΜΕΘ γεγονός που πιθανότατα συνέβαλε στη διατήρηση της θνητότητας στο νοσοκομείο, σταθερά, στα χαμηλότερα επίπεδα (15,6%) από το διεθνώς αποδιδόμενο στην COVID-19 εύρος θνητότητας (15-20%), παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της διετίας το νοσοκομείο νοσήλευε υψηλής βαρύτητας περιστατικά, διακομίζοντας τα ελαφρύτερα σε άλλα νοσοκομεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ηλικιακή κατανομή θνητότητας ανά εξάμηνο για τα 2 πρώτα έτη της πανδημίας.

Θνητότητα της λοίμωξης COVID στο Νοσοκομείο							
	Αριθμός θανάτων στο Νοσοκομείο	Ηλικιακή κατανομή θανόντων, n(%)				Αριθμός εισαγωγών στη ΜΕΘ	θνητότητα στη ΜΕΘ
		≤30 έτη	31 – 50 έτη	51- 70 έτη	≥71 έτη		
1ο εξ. 2020	19	-	1(5,3%)	9(47,4%)	9(47,4%)	50	16(32%)
2ο εξ. 2020	129	2(1,6%)	7(5,4%)	36(27,9%)	84(65,2)	182	86(47,3%)
1ο εξ. 2021	326	-	13(4%)	94(28,8%)	219(67,2%)	359	207(56,1%)
2ο εξ. 2021	211	3(1,4%)	10(3,2%)	47(22,3%)	151(71,6%)	173	75(43,4%)
ΣΥΝΟΛΟ	685	5(0,7%)	31(4,6%)	184(27,1%)	460(67,6%)	774	384(49,6%)

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ-ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Β. Κίτσιου[1], Δ. Κουνιάκη[1], Α. Ταράση[1], Θ. Αθανασιάδης[1], Γ. Τσούκα[2], Μ. Γιαννοπούλου[2], Μ. Βουγά[4], Χ. Χριστοδουλίδου[2], Β. Βουγάς[3], Α. Τσιρογιάννη[1]

[1]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Νεφρολογικό Τμήμα «Α. Μπίλλης», Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [3]Α' Χειρουργικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [4]University College London

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 έχει δημιουργήσει μια υγειονομική, οικονομική και κοινωνική κρίση και έχει προκαλέσει μια τεράστια πίεση στο σύστημα υγείας και ιδιαίτερα σε Νοσοκομεία αναφοράς για τη νόσο, όπως το Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Το Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» παρέχει ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών εξετάσεων υποστηρίζοντας τη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων από ανοσολογικής πλευράς τόσο Πανελλαδικά (ΕΟΜ) όσο και τοπικά (Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων -ΜΜΟ- του Νοσοκομείου μας).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας, για το χρονικό διάστημα 2017-2021, του Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και η εκτίμηση της επίδρασης της COVID-19 στη μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ) στην Ελλάδα και στη Μ.Μ.Ο. του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» ιδιαίτερα.

Υλικό/Μέθοδος: Καταγράφηκαν και ανασκοπήθηκαν περιστατικά μεταμόσχευσης νεφρού για τα έτη 2017-2021. Τα δεδομένα των ετών 2020 και 2021, περίοδος η οποία καλύπτει τρία κύματα έξαρσης της πανδημίας, συγκρίθηκαν με τα δεδομένα των προηγούμενων ετών.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Το έτος 2020, παρατηρήθηκε μείωση 14.7% των υποψήφιων περιστατικών μεταμόσχευσης νεφρού από αποβιώσαντες δότες πανελλαδικά και 27.8% από ζώντες δότες στο Νοσοκομείο μας σε σχέση με τα έτη 2017-2019. Το έτος 2021, η μείωση των υποψήφιων περιστατικών μεταμόσχευσης νεφρού από αποβιώσαντες δότες πα-

Έτη	2017-2019		2020	2021
	Αριθμός	Μέσος όρος/έτος	Αριθμός	Αριθμός
	Υποψήφια περιστατικά ΜΝ			
Ζώντες δότες (ΖΔ)	54	18	13	4
Αποβιώσαντες δότες (ΑΔ)	182	61	52	55
Σύνολο	236	79	57	59
	Εικονικές Διασταυρώσεις από ΑΔ στον «Ευαγγελισμό»			
Λίστα επειγόντων/υπερευαισθητοποιημένων/εθνική	1531	510	484	376
	Δοκιμασίες Διασταύρωσης (ΧΜ) στον «Ευαγγελισμό»			
ΖΔ	90	30	18	6
ΑΔ	122	41	33	40
Σύνολο	212	71	51	46
	ΜΝ που πραγματοποιήθηκαν στον «Ευαγγελισμό»			
ΖΔ	23	8	5	4
ΑΔ	49	16	10	13
Σύνολο	72	24	15	17

νελλαδικά και από ζώντες δότες στο Νοσοκομείο μας σε σχέση με τα έτη 2017-2019 καταγράφηκε σε ποσοστό 9.8% και 77.7%, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας στη Μ.Μ.Ο. του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» ειδικότερα, το έτος 2020 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 37.5% λιγότερες μεταμοσχεύσεις νεφρού, ενώ το έτος 2021 η μείωση αυτή αποτιμάται στο 29.1%, συγκριτικά με την περίοδο 2017-2019.

Συμπεράσματα: Η πανδημία COVID-19 φαίνεται ότι άλλαξε το τοπίο της μεταμόσχευσης τόσο σε ολόκληρη τη χώρα όσο και στη Μ.Μ.Ο. του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Στα Νοσοκομεία αναφοράς ο φόβος της λοίμωξης και οι κρατικές αποφάσεις για περιορισμούς, που αφορούσαν τόσο τις κλίνες των ΜΕΘ όσο και τις χειρουργικές κλίνες για μη επείγοντα περιστατικά, οδήγησαν σε μείωση των μεταμοσχεύσεων νεφρού, που αποτελούν μια αποτελεσματική θεραπεία υποκατάστασης για τους ασθενείς με τελικού σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΜΑΣ

Ν. Βιάζης, Κ. Αρβανίτης, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Ε. Μπέκα, Φ. Αλμπάνη, Α. Τρίκολα, Α. Τσατσά, Γ. Νούσιας, Δ. Κοζομπόλη, Λ. Καραούζος, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Β. Παπαστεργίου, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Α. Ιωαννίδου, Γ. Μάντζαρης

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

Σκοπός: Καταγραφή των ευρημάτων στους κιρρωτικούς ασθενείς με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού που υποβλήθηκαν σε επείγουσα γαστροσκόπηση και νοσηλεύθηκαν στο Τμήμα μας τα τελευταία 2 έτη.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά από όλους τους κιρρωτικούς ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού στο Τμήμα μας, από 06/2019 έως 09/2021. Η ενδοσκόπηση πραγματοποιήθηκε εντός 24 ωρών από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και κατά τη διάρκεια της καταγράφηκαν τα ευρήματα και η αιτία της αιμορραγίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά τα τελευταία 2 έτη υποβλήθηκαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση 54 κιρρωτικοί ασθενείς με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού (38 άνδρες και 16 γυναίκες, με μέση ηλικία ± SD: 64±16 έτη). Από τους ασθενείς αυτούς, 19 (35.1%) προσήλθαν με αιματέμεση, 12 (22.2%) με μέλαινες κενώσεις, 17 (31.4%) με αιματέμεση και μέλαινες κενώσεις, 5 (9.2%) με βυσσινόχρωες κενώσεις και αποβολή αίματος από ορθό και μόνο 1 (1.8%) ασθενής με αναιμία. Η αιτιολογία της κίρρωσης ήταν αλκοόλ σε 19 (35,1%) ασθενείς, HCV σε 13 (24,1%), NASH σε 6 (11%), HBV σε 3 (5,5%) και άλλη αιτία σε 13 (24,1%) ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, κιρσορραγία διαπιστώθηκε σε 40 ασθενείς (74,1%), οπότε και έγινε περίδεση των κιρσών του οισοφάγου, πυλαία γαστροπάθεια σε 3 (5,5%), πεπτικό έλκος σε 7 (13%), αγγειοδυσπλασίες στομάχου - στις οποίες έγινε καυτηριασμός με APC - σε 2 (3,7%) και πεπτική οισοφαγίτιδα σε 1 (1,8%). Επίσης, 23 από τους ασθενείς (42,6%) είχαν εμφανίσει επεισόδιο αιμορραγίας στο παρελθόν.

Συμπέρασμα: Η μεγάλη πλειονότητα (74%) των κιρρωτικών ασθενών που εμφανίζει αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού διαγιγνώσκεται με κιρσούς του οισοφάγου, όμως σε ένα μικρότερο ποσοστό (26%) ανευρίσκεται πυλαία γαστροπάθεια ή πεπτικό έλκος-πεπτική οισοφαγίτιδα ή αγγειοδυσπλασίες στο στόμαχο.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΗΨΗΣ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Θ. Στρατηγού, Α. Διαμαντόπουλος, Ε. Σαμπανιώτη, Π. Μουχτούρης, Β. Αντωνοπούλου, Δ.Α. Βασιλειάδη, Σ. Τσαγκαράκης

Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση-Επινεφρίδια-Θυρεοειδής) και μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Αναφοράς Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (ENDO-ERN), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι αναστολείς Sodium-Glucose Linked Transporters (SGLTs) είναι μία σχετικά νέα κατηγορία φαρμάκων για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Εμποδίζουν την επαναρρόφηση της διηθημένης γλυκόζης από τον σωληναριακό αυλό, συμβάλλοντας στην αυξημένη αποβολή της μέσω της ούρησης. Το αυξημένο καρδιαγγειακό όφελος (όπως αποτυπώνεται στις μελέτες DECLARE, CANVAS, EMPAREG, κ.λπ.) κάνει ιδιαίτερα προσφιλή τη χρήση τους. Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο κίνδυνος εμφάνισης διαβητικής κετοξέωσης σε αυτούς τους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7
Ηλικία	83	50	70	62	65	56	45
Χρόνος συμβάντος	Σεπ-19	Νοε-91	Οκτ-20	Ιουλ-21	Ιουν-21	Μαϊ-21	Ιαν-22
Γυναίκες/Άνδρες	F	F	F	F	F	M	M
pH	7,17	7,01	6,96	6,9	6,92	7,1	6,69
HCO3	9,5	6	5,8	4,8	5,1	14	5,4
pCO2	16,6	10	10,2	8,3	10,7	19,4	17,6
Glu	433	344	325	286	302	406	721
Χρόνια Νόσησης από ΣΔ	50	3	1	3	7	32	3
Παρούσα φαρμακευτική αγωγή	**dapagliflozin** metformin liraglutide insulin degludec	**dapagliflozin** metformin dulaglutide glimepiride	**dapagliflozin** metformin vildagliptin gliclazide	**empagliflozin** metformin sitagliptine insulin glargine	**canagliflozin** liraglutide	**dapagliflozin** metformin insulin degludec insulin aspart	**empagliflozin** metformin
Αναφερόμενη Αιτία	Ανορεξία από 7ημέρου & έμετοι-διάρροιες από 4ημέρου	Διακοπή ινσουλίνης μακράς δράσης που ελάμβανε	Έμετοι από τριημέρου	Διαταραχή επίπεδου συνείδησης από ωρών με ασιτία	Covid-19 Λοίμωξη	Διακοπή ινσουλίνης μακράς δράσης που ελάμβανε	Αναφέρεται κοιλ. άλγος από ημερών - Ελλειπές ιστορικό λόγω δυσχερούς επικοινωνίας
ICU	N	N	N	Y	Y	N	N
Χρόνος αποδρομής ΔΚΟ (σε ώρες)	12	45	16	13	13	12	28
HbA1c (%)	10,2	9,1	8,6	11,8	10,1	7,6	

Σκοπός: Η αναφορά περιπτώσεων ευγλυκαιμικής ή μη Διαβητικής Κετοξέωσης (ΔΚΟ) σε ασθενείς που ελάμβαναν αναστολείς SGLT2 και νοσηλεύτηκαν στην Ενδοκρινολογική Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την τελευταία τριετία 2019-2022.

Αποτελέσματα: Το χρονικό διάστημα 2019-2022 νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας επτά (7) περιστατικά με διαβητική κετοξέωση (pH: 6,69-7,17) αποδιδόμενη στη χρήση SGLT2 αναστολέων (Πίνακας 1). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 61,5 έτη, η αναλογία γυναικών/ανδρών (n): 5/2 και ο μέσος χρόνος νόσησης από ΣΔ2 ήταν 14 έτη. Κατά την προσέλευση διαπιστώθηκε pH 6,69-7,1, HCO3 4,8-14,0 και pCO2 8,3-19,4. Για την αποδρομή της οξέωσης απαιτήθηκε χρονικό διάστημα κατά μέσο όρο 20 ωρών (12-45 ώρες) και δυο (2) εξ αυτών χρειάστηκαν νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Όσον αφορά την αιτία: οι δυο (2) εξ αυτών ανέφεραν πρόσφατη διακοπή ινσουλίνης μακράς δράσης (στο πλαίσιο τροποποίησης της φαρμακευτικής αγωγής από τον θεράποντα), οι τέσσερις (4) ανέφεραν περίοδο νηστείας - ασιτίας και ένας (1) την εμφάνισε από απορρύθμιση συνεπεία λοίμωξης.

Συμπέρασμα: Σε ινσουλινοπενικούς κυρίως διαβητικούς ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για λήψη SGLT2 αναστολέων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν η πιθανότητα ανάπτυξης βαριάς ΔΚΟ. Σε κάθε περίπτωση ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται αναλυτικά από τον θεράποντα και να συνεργάζεται πρόθυμα μαζί του. Επί ευγλυκαιμικής ΔΚΟ που φθάνει στα επείγοντα του Νοσοκομείου, η αντιμετώπιση απαιτεί άμεση χορήγηση διαλύματος γλυκόζης με ταυτόχρονη ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης. Η καλή ενυδάτωση και η εντατική παρακολούθηση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών παραμένουν ζωτικής σημασίας για την επιβίωση του ασθενούς.

ΤΕΡΑΣΤΙΟΙ ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΙΝΩΔΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Κ. Αθανασιάδη[1], Η. Σαμιώτης[1], Χ. Νίχλος[5], Ε. Χατζημιχάλη[1], Η. Γαλάνης[1], Ε. Λιβεράκου[1], Μ. Καζαντζή[1], Ι. Σιγάλα[5], Ν. Γιαννιού[5], Ε. Δήμα[5], Κ. Ελευθερίου[5], Μ. Μικροβασίλη[2], Π. Ουρανής[2], Α. Σταθόπουλος[2], Ε. Ισχάκη[5], Ι. Καλομενίδης[5], Π. Κατσαούνου[5], Σ. Ζακυνθινός[5], Κ. Ρωμανά[2], Χ. Βουρλάκου[4], Μ. Βασλαματζής[3]

Τμήματα [1]Χειρουργικής Θώρακος, [2]Αναισθησιολογίας, [3]Ογκολογίας, [4]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, [5]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Οι μονήρεις ινώδεις όγκοι του υπεζωκότα (Solitary Fibrous Tumor of the Pleura - SFTP) είναι μεσεγχυματογενούς προέλευσης, μπορεί να προέρχονται τόσο από τον τοιχωματικό όσο και από τον σπλαγχνικό υπεζωκότα και διαφέρουν σε μέγεθος. Οι όγκοι αυτοί είναι συνήθως ασυμπτωματικοί, μπορούν όμως να παρουσιαστούν με βήχα, θωρακικό άλγος και δύσπνοια, καθώς και ορώδη υπεζωκοτική συλλογή, ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθός τους. Παρουσιάζουμε 5 περιπτώσεις SFTP μεγάλου μεγέθους.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2005 έως και σήμερα αντιμετωπίσαμε 33 ασθενείς, ηλικίας 34-63 ετών, με ινώδεις όγκους. Σε 5 περιπτώσεις, το βάρος του όγκου κυμαινόταν από 4-8kg. Οι 5 αυτοί ασθενείς προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων με δύσπνοια και οπισθοστερνικό άλγος. Η α/α θώρακος ανέδειξε έντονη θολερότητα του ενός ημιθωρακίου, ενώ η αξονική τομογραφία τους μεγάλους όγκους, που καταλάμβαναν το ημιθωράκιο, σε 2 εκ των περιπτώσεων με πλήρη μετατόπιση του μεσοθωρακίου και όλων των μεγάλων αγγείων καθώς και της καρδιάς στο αντίθετο ημιθωράκιο.

Αποτελέσματα: Οι 3 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θωρακοτομή και εξαίρεση του όγκου, ενώ οι δύο λόγω πλήρους μετατόπισης του ημιθωρακίου και διήθησης όλου του πνεύμονα σε στερνοτομή και πνευμονεκτομή. Όλοι είχαν ομαλή μεν πορεία, αλλά παρατεταμένη παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εκτός από έναν, που ανέπτυξε αναπνευστική ανεπάρκεια και αδυναμία επανέκπτυξης του πνεύμονα. Η ιστολογική ανέδειξε κακοήθη ινώδη όγκο σε όλες τις περιπτώσεις. Σε follow up 3-48 μηνών, οι 4 ασθενείς είναι εν ζωή λαμβάνοντας και συμπληρωματική θεραπεία.

Συμπεράσματα: 1. Η άμεση χειρουργική εξαίρεση εξακολουθεί να είναι η κύρια μέθοδος, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία SFTP, ενώ η προσπέλαση εξαρτάται από την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου. 2. Η πλήρης εκτομή είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που επηρεάζει την τοπική υποτροπή και τη μεταστατική νόσο και βελτιώνει την πρόγνωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ-ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Αρβανίτης, Κ. Κουστένης, Α. Τρίκολα, Χ. Βερετάνος, Α. Μουντάκη, Ε. Μπέκα, Α. Τσατσά, Τ. Γεωργιάδη, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζος, Δ. Κοζομπόλη, Ε. Αρχαύλης, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Ν. Βιάζης, Γ. Μάντζαρης

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

Σκοπός: Να μελετηθεί η ακρίβεια διαφόρων μη επεμβατικών δεικτών [aspartate-aminotransferase-to-alanine-aminotransferase-ratio (AAR), aspartate-aminotransferase-to-platelet-ratio index (APRI), fibrosis-4 index (FIB-4), model-for-end-stage-liver-disease (MELD)] στη διάκριση κιρσικής έναντι μη-κιρσικής αιτιολογίας σε κιρρωτικούς ασθενείς με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού (ΑΑΠ).

Μέθοδοι: Τα δεδομένα κιρρωτικών ασθενών που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση λόγω ΑΑΠ, μεταξύ 7/2019 και 10/2021, μελετήθηκαν αναδρομικά. Η ακρίβεια των επιμέρους δεικτών στη διάκριση κιρσικής έναντι μη-κιρσικής αιτιολογίας αξιολογήθηκε με προσδιορισμό του εμβαδού κάτω από την καμπύλη ROC (AUROC).

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 59 ασθενείς (74.6% άνδρες, μέση ηλικία 61.3 έτη) με κίρρωση από διάφορες αιτιολογίες (αλκοόλ=22, HBV/HCV=18, μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα=6, άλλο=13). Συνολικά, 45 (76.3%) ασθενείς είχαν κιρσούς οισοφάγου και σε 39 (66.1%) οι κιρσοί βρέθηκαν να αποτελούν την αιτία της ΑΑΠ. Η πιο συχνή αιτία μη-κιρσικής ΑΑΠ ήταν τα πεπτικά έλκη (10/59, 16.9%). Κανένας από τους δείκτες δε φάνηκε να είναι κλινικά χρήσιμος στην πρόβλεψη της παρουσίας κιρσών οισοφάγου (AUROCs: AAR=0.51, APRI=0.54, FIB-4=0.47, MELD=0.42) ή κιρσικής αιτιολογίας της αιμορραγίας (AUROCS: AAR=0.48, APRI=0.41, FIB-4=0.41, MELD=0.40).

Συμπεράσματα: Σε κιρρωτικούς ασθενείς με ΑΑΠ, οι AAR, APRI, FIB-4 και MELD δε φαίνεται να είναι αποτελεσματικοί στη διάκριση μεταξύ κιρσικής και μη-κιρσικής αιμορραγικής εστίας.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ, ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΛΟΓΩ COVID-19 ΝΟΣΟΥ

Κ. Ελευθερίου[1], Α. Παππάς[1], Β. Βλαχάκος[1], Α. Παπαλαμπίδου[2], Ζ. Μπαρμπαρέσσου[1], Ε. Πολύδωρα[1], Ρ. Σιαμπάνη[1], Σ. Κομπόγιωργας[1,3], Ι. Καλομενίδης[1]

[1]Ιατρείο COVID-19, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α.«Ο Ευαγγελισμός», [2]Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών 401, [3]Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η αξιολόγηση ασθενών με COVID-19 ως προς τα συμπτώματα, την αναπνευστική λειτουργία και την απεικόνιση του αναπνευστικού περίπου 1 και 3 μήνες μετά την νοσηλεία τους.

Μέθοδος: Προοπτική μελέτη σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας και παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο COVID-19.

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 128 ασθενεί, που νοσηλεύτηκαν για COVID-19 λοίμωξη στο νοσοκομείο μας (περίοδος 01/09/2020 έως 31/08/2021). Εξετάστηκαν σε εξωτερικό πνευμονολογικό ιατρείο δύο φορές, **49.1±14.9** και **103.4±24.2** ημέρες μετά το εξιτήριο.

Οι περισσότεροι (70%) ήταν άνδρες ηλικίας 59.9±12.7 ετών και το 48% ήταν καπνιστές (πρώην/ενεργοί). Η πλειοψηφία (84%) είχε τουλάχιστον ένα συνοδό νόσημα, συχνότερα (43%) παχυσαρκία (BMI >30). Η οξεία νόσος ήταν ήπια στο 3%, μέτρια στο 27%, σοβαρή στο 42% και κρίσιμη στο 28%, με μέσο όρο χρόνου νοσηλείας 13.5±8.2 ημέρες.

Στην πρώτη επίσκεψη το 68% ανέφερε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, συχνότερα δύσπνοια προσπάθειας, καταβολή και μυϊκή αδυναμία, ενώ στη δεύτερη επίσκεψη συμπτωματικοί ήταν το 51%. Συμπτώματα σχετιζόμενα με την ψυχική σφαίρα ανέφερε το 35% στην πρώτη και το 23% στη δεύτερη επίσκεψη.

Η ακτινογραφία θώρακος κατά την πρώτη επίσκεψη (**40.3±15.3** ημέρες μετά το εξιτήριο) ήταν φυσιολογική στο 48% των ασθενών. Η HRCT θώρακος στη δεύτερη επίσκεψη (**89.5±33.7** ημέρες μετά το εξιτήριο) ήταν φυσιολογική στο 40% και αποκάλυψε ελάχιστες αλλοιώσεις στο 52% και σημαντικές στο 8%, αντίστοιχα. Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, 111.5±34.4 ημέρες μετά το εξιτήριο, ανέδειξε FVC <80% της προβλεπόμενης τιμής (ΠΤ) στο 8%, DLCO <80% ΠΤ στο 57% και DLCO <60% ΠΤ στο 14%.

Η δύσπνοια ήταν το κύριο σύμπτωμα που ανέφεραν οι ασθενείς (45% κατά την πρώτη επίσκεψη και 28% κατά τη δεύτερη). Μελετήσαμε με τη χρήση logistic regression analysis αν υπάρχουν μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν τη δύσπνοια και διαπιστώθηκε ότι το αίσθημα της κόπωσης σχετίζεται ισχυρά με την παρουσία της δύσπνοιας (OR:14.0, p-value: 0.019). Ο χρόνος νοσηλείας είναι ο μόνος ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας παρουσίας δύσπνοιας περίπου τρεις μήνες μετά το εξιτήριό (OR:1.1, p-value: 0.032), ενώ άλλες μεταβλητές που συσχετίζονταν είναι: Η ποιότητα ζωής όπως αποτυπώνεται στα ερωτηματολόγια EQ-5D-5L (OR:1.6, p-value: 0.007), η παρουσία εφιδρώσεων (OR:91.5, p-value: 0.008) και οι FEV1 (OR:1.1, p-value: 0.002), FVC (OR:0.9, p-value: 0.001), DLCO (OR:1.0, p-value: 0.000).

Συμπέρασμα: Παρότι η πλειοψηφία των ασθενών βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, τρεις μήνες μετά το εξιτήριο περίπου 50% των ασθενών με COVID-19 παραμένουν συμπτωματικοί, ενώ το 14% παρουσιάζει αξιόλογη λειτουργική επιβάρυνση της αναπνοής και το 8% σημαντικές απεικονιστικές βλάβες. Τέλος, το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια που φαίνεται να σχετίζεται ισχυρά με το αίσθημα της κόπωσης και την ποιότητα ζωής όπως μετράται με το EQ-5D 5L score και δευτερευόντως με μειωμένους όγκους (FEV1, FVC) και DLCO.

ΘΕΡΜΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ 65% - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ: CASE REPORT

Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Γ. Βακής, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Α.-Μ. Μητροπούλου, Ρ. Ποταμίτου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Έγκαυμα είναι μια βλάβη των ιστών, η οποία μπορεί να προκληθεί από έκθεση σε θερμότητα, ψύχος, ακτινοβολία, χημικές ουσίες και τριβή. Τα εγκαύματα εμφανίζονται κυρίως στους ιστούς του δέρματος και σπανιότερα στους βλεννογόνους. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι η έκβαση του εγκαύματος εξαρτάται όχι μόνο από την αιτία που το προκάλεσε, την έκταση και τη σοβαρότητά του, αλλά και από την άμεση και σωστή παροχή πρώτων βοηθειών που είναι η χορήγηση υγρών, η διαφύλαξη της αεροφόρου οδού, η αναλγητική αγωγή, η χειρουργική παρέμβαση και αποκατάσταση.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 50 ετών προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» ύστερα από πτώση σε υπαίθρια φωτιά ενώ διασκέδαζε με το έμπροσθεν τμήμα του κορμού του και το πρόσωπό του. Από το ατομικό του ιστορικό δεν λαμβάνει καμία θεραπευτική αγωγή.

Αποτέλεσμα: Διαπιστώθηκε έγκαυμα 2ου βαθμού αλλά κυρίως 3ου βαθμού ολικού πάχους στο πρόσωπο, στο λαιμό, σε όλη την έκταση του θώρακα, στα άνω άκρα, χέρια από τον ώμο έως τα ακροδάχτυλα, καθώς και εισπνευστικό έγκαυμα. Η συνολική επιφάνεια εγκαύματος υπολογίστηκε στο 65%. Ο ασθενής διασωληνώθηκε αμέσως, έλαβε ειδική αγωγή για εγκαυματία με χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών σύμφωνα με το κανόνα του Parkland, αναλγητική και αντιβιοτική αγωγή, παρέμεινε στη ΜΕΘ για 5 μήνες, όπου και υποβλήθηκε σε 19 χειρουργικές επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης δέρματος με δερματικά μοσχεύματα τα οποία παραλήφθηκαν από τους μηρούς, την κοιλιακή χώρα κάτωθεν του ομφαλού και τα κάτω άκρα του ασθενούς. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του στη ΜΕΘ έλαβε 450 φιάλες αίματος και παραγόντων αυτών όπως επίσης, χρειάστηκε να τοποθετηθεί σε μηχάνημα τεχνητού νεφρού για αιμοκάθαρση. Καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στη ΜΕΘ, η κατάσταση της υγείας του θεωρείτο κρίσιμη και πολλές φορές βρέθηκε σε οριακό σημείο να χαθεί η ζωή του με γενικευμένη σήψη. Σε συνδυασμό με ειδικές θεραπείες αυτόλογων αυξητικών παραγόντων, με συνθετικά χορειακά μοσχεύματα, με ειδικά επιθέματα αργύρου καταφέραμε να αποκαταστήσουμε στο σύνολο τις εγκαυματικές περιοχές.



Συμπέρασμα: Η άμεση αντιμετώπιση από την πρώτη στιγμή, τόσο χειρουργικά, όσο και με τις κατάλληλες θεραπευτικές μεθόδους, συνέβαλαν στο γεγονός ώστε, ο ασθενής να πάρει εξιτήριο μετά από 7 μήνες συνολικά παραμονής στο Νοσοκομείο, περιπατητικός, με όλες τις εγκαυματικές περιοχές να έχουν αποκατασταθεί και να συνεχίζει τη ζωή του προσπαθώντας να επιστρέψει στην καθημερινότητά του.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

e-POSTERS

ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗ-ΜΕΘΟΔΟΣ ILLIZAROV: ΤΟ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΚΑΘΕ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥ

Γ. Χατζηπαναγιώτου, Ν. Παπαζώτος, Π.-Χ. Χριστακάκης, Χ.-Σ. Παπαδάκης, Μ. Τζουρμπάκης

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

Εισαγωγή: Η τεχνική της διατατικής οστεογένεσης (illizarov) έχει αυξήσει δραματικά την εφαρμογή των αρχών της εξωτερικής οστεοσύνθεσης στη διαχείριση περιστατικών με οστικά ελλείμματα, φλεγμονές, ατελούς και μη πώρωσης των καταγμάτων. Η τεχνική προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα με κύρια την άμεση φόρτιση του άκρου μετεγχειρητικά και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης υγιούς-βιώσιμου οστού που αντικαθιστά το νεκρωμένο ή ελλειμματικό οστό. Η βασική αρχή της τεχνικής illizarov είναι ότι επάγει την οστεογένεση στο πεδίο της χειρουργικής οστεοτομίας δίνοντας το απαραίτητο υπόβαθρο αιμάτωσης, σταθεροποίησης και ελεγχόμενης διάτασης. Η διάταση αυτή πραγματοποιείται με ρυθμό επιμήκυνσης ίσο με 1mm την ημέρα, διαιρούμενο σε τέσσερις περιόδους. Η οστεογένεση ολοκληρώνεται σε τρεις διαδοχικές φάσεις, που είναι η λανθάνουσα περίοδος, η περίοδος διάτασης και η περίοδος της οστικής ωρίμανσης. Στην ορθοπαιδική κλινική του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» η τεχνική αυτή βρίσκει ευρεία εφαρμογή με άριστα αποτελέσματα σε σύνθετα περιστατικά, δύο εκ των οποίων παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

Υλικό: 1ο Περιστατικό: Ασθενής 32 ετών, γυναίκα, πολυτραυματίας μετά από τροχαίο με δίκυκλο, παρουσίαζε συντριπτικό κάταγμα διάφυσης μηριαίου με οστικό έλλειμμα περίπου 11 εκατοστών, το οποίο αντιμετωπίσθηκε αρχικά με εξωτερική οστεοσύνθεση. Μετά την πάροδο ενός μήνα διενεργήθηκε οστεοτομία μηριαίου περιφερικά του κατάγματος και εφαρμογή του συστήματος illizarov. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιήθηκε οστεοτομία κεντρικά του κατάγματος και μετά την λανθάνουσα φάση άρχισε η ταυτόχρονη διάταση του κεντρικού και του περιφερικού τμήματος. Αφού επετεύχθη το επιθυμητό μήκος για την ισοσκέλιση, πραγματοποιήθηκε ανάστροφη ενδομυελική ήλωση. Μετά την πάροδο ενός έτους παρατηρήθηκε πώρωση του κατάγματος με δυνατότητα πλήρους φόρτισης του σκέλους από την ασθενή.

2ο Περιστατικό: Ασθενής 67 ετών, γυναίκα, με χρόνια παραγωγική οστεομυελίτιδα κάτω πέρατος κνήμης σε έδαφος εσωτερικής οστεοσύνθεσης με πλάκα και κοχλίες προ δεκαετίας. Στην ασθενή είχαν πραγματοποιηθεί πολλαπλές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας σε άλλα κέντρα, χωρίς επιτυχή αποτελέσματα. Αρχικά αντιμετωπίσθηκε χειρουργικά με αφαίρεση του πάσχοντος οστού μήκους περίπου 5 εκατοστών, οστεοτομία διάφυσης περόνης και τοποθέτηση συστήματος illizarov. Η οστεοτομία της κνήμης πραγματοποιήθηκε σε δεύτερο χρόνο λόγω του υψηλού μικροβιακού φορτίου της ασθενούς. Μετά το πέρας της λανθάνουσας φάσης άρχισε η επιμήκυνση της κνήμης έως την αποκατάσταση του επιθυμητού μήκους. Παρατηρήθηκε ατελής πώρωση των τμημάτων του οστού που είχε αφαιρεθεί λόγω της οστεομυελίτιδας, παρότι αυτά είχαν έρθει σε επαφή και αποφασίστηκε η αρθρόδεση της ποδοκνημικής και αστραγαλοπτερνικής άρθρωσης με ανάστροφη ενδομυελική ήλωση εκ της πτέρνας. Δυο μήνες μετά παρατηρήθηκε πώρωση της περιοχής στο κάτω πέρας της κνήμης και η ασθενής βαδίζει με πλήρη φόρτιση.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Η χρήση της διατατικής οστεογένεσης επιτρέπει την αναγέννηση μεγάλων οστικών ελλειμμάτων με αποτέλεσμα την επιτυχή αντιμετώπιση πολύπλοκων περιστατικών με συντριπτικά κατάγματα ή χρόνιες φλεγμονές. Αναμφίβολα είναι μια τεχνική με υπαρκτές επιπλοκές όπως οι φλεγμονές στην περιοχή των βελονών, παρεκκλίσεις του αναπτυσσόμενου οστού από την επιθυμητή κατεύθυνση και αποτυχία τήρησης του πρωτοκόλλου από τους ασθενείς. Παρόλα αυτά, εάν εφαρμοστεί με τις σωστές ενδείξεις, το σωστό τρόπο και την επιμελή συνεργασία του ασθενούς, μπορεί να δώσει άριστη λύση σε πολύπλοκα περιστατικά, όπου όλες οι άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει.

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ 10 ΑΣΘΕΝΩΝ

Κ. Γιαννικοπούλου, Γ. Τσίμπρης, Μ. Παπαγιάννη, Π. Χριστοδούλου, Κ. Δημητρίου, Ι. Χρήστου, Ε. Μυλωνά, Β. Παπασταμόπουλος

Ε' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το Αιμοφαγοκυτταρικό Σύνδρομο (Αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση, HLH) είναι ένα σπάνιο αλλά δυνητικά θανατηφόρο νόσημα το οποίο χαρακτηρίζεται από ανεξέλεκτη ενεργοποίηση των Τ λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων που οδηγεί στην υπερέκκριση κυτταροκινών. Μπορεί να εμφανιστεί με μη ειδικά σημεία και συμπτώματα ή να αλληλοκαλύπτεται κλινικά με τη σήψη. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση 10 περιστατικών με HLS στην Ε' Παθολογική Κλινική - Μονάδα Λοιμώξεων από τον Σεπτέμβριο 2020 έως τον Οκτώβριο 2021.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τουλάχιστον 5/8 διαγνωστικά κριτήρια του HLS 2004 και μέση τιμή HScore 235 (εύρος 156-337). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 49 έτη, και η αναλογία αντρών/γυναικών ήταν 8:2. Όλοι είχαν εμπύρετο, κυτταροπενίες (>2 σειρές) και αυξημένη φερριτίνη (εύρος 1632-15357 ng/ml). Αιμοφαγοκυττάρωση στο μυελό των οστών αναδείχθηκε σε 6 ασθενείς, και 5 είχαν εικόνα σηπτικής καταπληξίας κατά τη διάγνωση. Η υποκείμενη αιτία βρέθηκε στους 9/10. Οι 7 ασθενείς ήταν οροθετικοί με τους 5 να έχουν πρωτοδιάγνωση της λοίμωξης, ενώ όλοι είχαν βαριά ανοσοκαταστολή (CD4<200/μl). Από το σύνολο των 10 ασθενών, οι 3 είχαν αιματολογική κακοήθεια (NHL διάχυτο από μεγάλα Β κύτταρα, σάρκωμα Kaposi, αδενοκαρκίνωμα στομάχου), οι 6 είχαν λοίμωξη ιογενή ή βακτηριακή (CMV, Covid-19, HIV, HHV8, gram(-) βακτηριαιμία), ενώ σε έναν ασθενή, παρά τον ενδελεχή έλεγχο για λοίμωξη, ανοσολογικό νόσημα ή κακοήθεια, δεν ανευρέθηκε δευτεροπαθές αίτιο. Η θνητότητα των ασθενών κυμάνθηκε στο 70% (7/10).

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, το HLS είναι ένα υπερφλεγμονώδες σύνδρομο που πυροδοτείται από λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα ή κακοήθειες. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται, λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας ή της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων με την υποκείμενη παθολογία (κακοήθεια ή λοίμωξη). Ως εκ τούτου, χρειάζεται υψηλή υποψία σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με εμπύρετο, κυτταροπενίες και προοδευτική οργανική ανεπάρκεια που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπείες. Στους HIV ασθενείς η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη, ενώ η διάγνωση αποτελεί πρόκληση λόγω της ευρύτερης διαφοροδιάγνωσης.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΩΣΗΣ

Β. Πάνου, Ζ. Μπόλαρη, Τ. Φραγκούλη, Α. Μαρίνου, Α. Χρίστου, Ρ. Τζουβάρας, Ε. Καλαϊτζίδου, Ν. Μαντάς, Δ. Κόκκινος

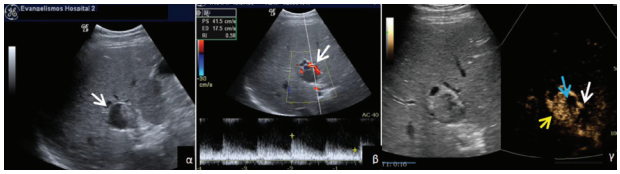
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η παρουσίαση των ενδείξεων χρήσης των υπερηχογραφικών σκιαγραφικών ουσιών στη μελέτη της πυλαίας φλέβας (ΠΦ), των ηπατικών φλεβών (ΗΦ), της ενδοηπατικής κάτω κοίλης φλέβας (ΚΚΦ) και της ηπατικής αρτηρίας (ΗΑ).

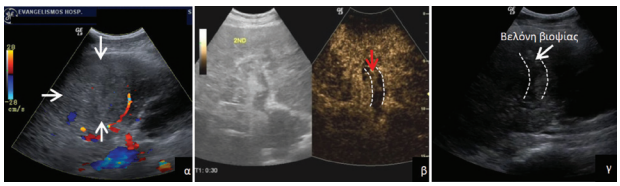
Υλικό και Μέθοδος: Το έγχρωμο και παλμικό Doppler υπερηχογράφημα είναι η αρχική απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη μελέτη της ηπατικής αγγείωσης. Σε περιπτώσεις που παρουσιάζουν διαγνωστικές δυσκολίες, η προσθήκη των υπερηχογραφικών σκιαγραφικών ουσιών βελτιώνει την απεικόνιση, διασαφηνίζοντας αμφισβητούμενα ευρήματα και βελτιώνοντας τη σιγουριά του εξεταστή ή θέτοντας μία διάγνωση που δεν ήταν εμφανής στο απλό υπερηχογράφημα. Αυτό συμβαίνει επειδή οι ουσίες αυτές αναδεικνύουν αγγείωση με μεγαλύτερη ευαισθησία συγκριτικά με το απλό υπερηχογράφημα. Το υπερηχογράφημα με σκιαγραφικό (Contrast Enhanced Ultrasound-CEUS) εμφανίζει απεικόνιση αντίστοιχη με αυτή της αγγειογραφίας, χωρίς ωστόσο ιοντίζουσα ακτινοβολία ή επιβάρυνση της νεφρικής και θυρεοειδικής λειτουργίας.

Αποτελέσματα: Σε θρόμβωση της ΠΦ, των ΗΦ ή του ενδοηπατικού τμήματος της ΚΚΦ, το CEUS διαφοροδιαγνώσκει μεταξύ καλοήθους θρόμβου (που δεν εμφανίζει πρόσληψη σκιαγραφικού και απεικονίζεται ως έλλειμμα πληρώσεως) και κακοήθους θρόμβου (που παρουσιάζει ενίσχυση μετά από τη χορήγηση του σκιαγραφικού). Ο ακριβής χαρακτηρισμός του θρόμβου είναι βασικής σημασίας για την κατάλληλη θεραπεία των ογκολογικών ασθενών. Η χρήση του CEUS για το χαρακτηρισμό ενός θρόμβου ως κακοήθη εμφανίζει ευαισθησία και ειδικότητα έως 100%. Οι κακοήθεις θρόμβοι παρουσιάζουν αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των όγκων από τους οποίους προέρχονται: Ταχεία ενίσχυση κατά την αρτηριακή φάση και ταχεία έκπλυση κατά την πυλαία και καθυστερημένη φάση. Αντιθέτως, οι καλοήθεις θρόμβοι δεν εμφανίζουν καμία πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας και απεικονίζονται ως ελλείμματα πληρώσεως. Επιπλέον, σε περιπτώσεις ανευρυσμάτων της ΗΑ, το CEUS μπορεί να αναδείξει την ταχεία ενίσχυσή τους κατά την αρτηριακή φάση και την προέλευσή τους από το συγκεκριμένο αγγείο.

Συμπέρασμα: Το CEUS έχει μεγάλη χρησιμότητα στην απεικόνιση των ηπατικών αγγείων. Υπερνικά τους περιορισμούς του απλού υπερηχογραφήματος και αυξάνει τη σιγουριά του εξεταστή ή θέτει μία διάγνωση που δεν ήταν εμφανής πριν από την έγχυση του σκιαγραφικού.



Ανεύρυσμα ηπατικής αρτηρίας: Αξονική τομογραφία (δεν παρουσιάζεται) έχει αναδείξει μία ωοειδή ηπατική αλλοίωση με έντονη ενίσχυση στην αρτηριακή φάση, χωρίς ωστόσο να καθορίζει από πού εξορμάται. Απλό υπερηχογράφημα επιβεβαιώνει το εύρημα (βέλος στο **α**) παραπλεύρως της ηπατικής αρτηρίας (βέλος στο **β**). Στο CEUS η αλλοίωση ενισχύεται παράλληλα με την ΗΑ (λευκό βέλος στο **γ**), επιβεβαιώνοντας την προέλευσή του. Οριοθετείται σαφώς ο ανευρυσματικός σάκος (κίτρινο βέλος), ενώ σημειώνεται μερική θρόμβωση (γαλάζιο βέλος).



Κακοήθης θρόμβωση ΠΦ: Ένα ευμέγεθες ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα σημειώνεται στο απλό υπερηχογράφημα (μεταξύ βελών στο **α**). Στο CEUS **(β)** ο αριστερός κλάδος της πυλαίας φλέβας εμφανίζει θρόμβο με ενίσχυση στην αρτηριακή φάση (βέλος στο **β**), ως επί κακοήθειας. Βιοψία του θρόμβου **(γ)** επιβεβαιώνει το εύρημα.

ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΩΤΟ «ΚΥΜΑ» ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Ν. Σχίζας[1], Γ. Νάζου[2], Σ. Βανδώρος[3,4], Ά. Αποστολόπουλος[5], Η. Σαμιώτης[1], Β. Πάτρης[1], Π. Δεδεηλίας[1], Μ. Αργυρίου[1]

[1]Κλινικής Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [3]King's College London, London, UK, [4]Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, USA, [5]Τμήμα Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει την ανθρώπινη συμπεριφορά, έχει επιβαρύνει τη λειτουργία των συστημάτων υγείας και επομένως έχει επίδραση στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στόχος: Αυτή η μελέτη στοχεύει στο να διερευνήσει αν η πανδημία επηρέασε και σε ποιο βαθμό τον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων σε μεγάλο μέρος της Ελληνικής επικράτειας.

Υλικό-Μέθοδος: Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από 7 μεγάλα νοσοκομεία τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες περίπου της μισής Ελληνικής επικράτειας και περισσότερο από το μισό πληθυσμό της χώρας. Σε αυτά περιλαμβάνονται δημόσια, ιδιωτικά, στρατιωτικά και νοσοκομεία παιδιατρικά. Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο οικονομετρική διαφορά-με-διαφορά (difference-in-difference econometric) με σκοπό να συγκρίνουμε τις τάσεις στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων πριν και μετά την πανδημία για το 2020 και αντίστοιχα για τους ίδιους μήνες στο 2019. Η τάση στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων αντιστοιχίστηκε με την τάση σε εποχικότητα και ανεργία, χρησιμοποιώντας σταθερά νοσοκομειακά αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια του πρώτου «κύματος» της πανδημίας και την αναστολή λειτουργίας (lockdown) που επιβλήθηκε, ο αριθμός των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων ήταν 35-56% μικρότερος σε σύγκριση με αυτό που θα αναμενόταν αν δεν εμφανίζονταν η πανδημία.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε μια απότομη μείωση στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων κατά τη διάρκεια του «πρώτου» κύματος της πανδημίας COVID-19. Στους πιθανούς λόγους περιλαμβάνονται τα άτομα τα οποία απέφυγαν τα νοσοκομεία για να μην κολλήσουν COVID-19, λιγότερες παραπομπές και η εργασία από το σπίτι, η οποία μπορεί να είχε επίδραση στην μείωση του άγχους μακριά από το εργασιακό περιβάλλον ή την επαφή με άλλες λοιμώξεις.

ΑΥΞΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΙΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2021 ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΩΝ

Κ. Ελευθερίου, Β. Βλαχάκος, Β. Γρηγορόπουλος, Ν. Γιαννιού, Ι. Σιγάλα, Ζ. Διακονικολάου, Θ. Ρίμπα, Δ. Φασφαλή, Κ. Δέδε, Π. Κατσαούνου

Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

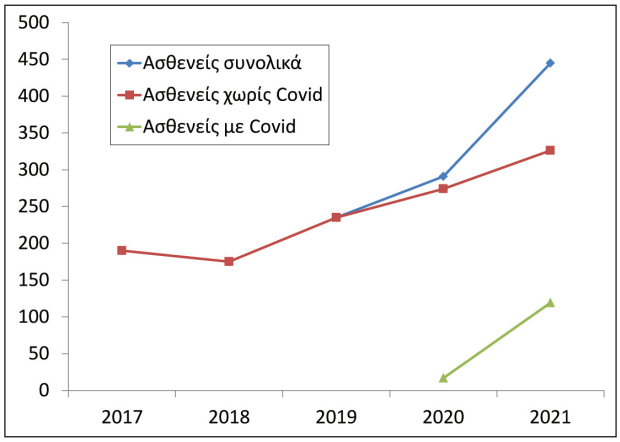
Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 διατάραξε τη λειτουργία του συστήματος υγείας, την διαθεσιμότητα των πνευμονολογικών κλινικών για μη covid περιστατικά, καθώς και αύξησε την αποφυγή των νοσοκομείων από τους ασθενείς λόγω φόβου μόλυνσης.

Ήδη μετά το πρώτο κύμα παρατηρήθηκε «αντιρροπιστική» προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία μετά την άρση του lockdown, γεγονός που επαναλήφθηκε και το περασμένο καλοκαίρι.

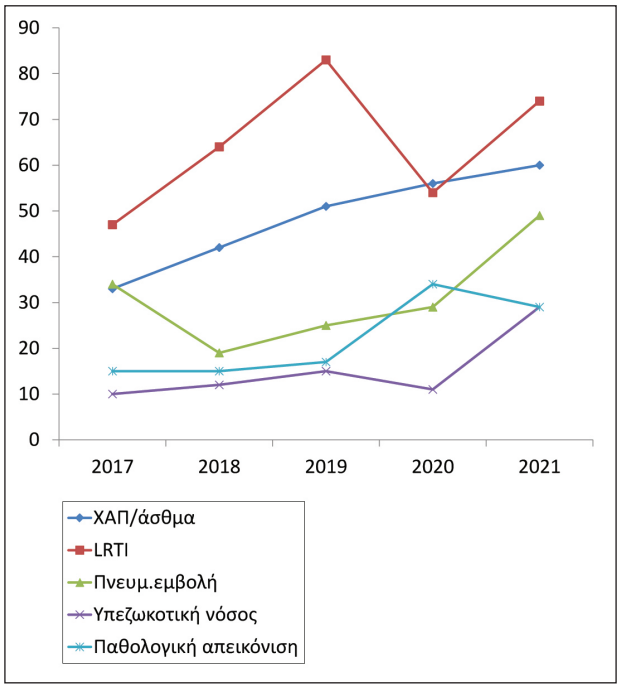
Μελετήσαμε το αν κατά την διάρκεια της θερινής περιόδου 2021 παρατηρήθηκε αύξηση των νοσηλευόμενων ασθενών στην κλινική μας, σε σύγκριση με προηγούμενα έτη.

Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε νοσηλευόμενους ασθενείς στη Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας της Α΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» κατά τη θερινή περίοδο (01/06 - 01/10) κατά τα έτη 2017, 2018, 2019, 2020 και 2021. Τα δεδομένα αναζητήθηκαν από το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής του νοσοκομείου μας (emrora).

Αποτελέσματα:



Γράφημα 1. Αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά την θερινή περίοδο (01/06 - 01/10) κατά τα έτη 2017-2021.



Γράφημα 2. Αριθμός ασθενών με διάγνωση εξόδου που νοσηλεύτηκαν κατά τη θερινή περίοδο (01/06 - 01/10) κατά τα έτη 2017-2021.

Παρατηρούμε μια ξεκάθαρη αύξηση στις νοσηλείες κατά τα τελευταία 2 χρόνια και ιδίως το 2021, αύξηση που δεν σχετίζεται μόνο με τους covid ασθενείς αλλά και με τους υπόλοιπους. Ταξινομώντας τα νοσήματα, η μεγαλύτερη αύξηση διαπιστούται σε ασθενείς με διάγνωση εξόδου ως εξής: Αποφρακτικά νοσήματα, υπεζωκοτική νόσος, πνευμονική εμβολή και παθολογικά ευρήματα στην απεικόνιση θώρακος.

Συμπέρασμα: Η αύξηση των εισαγωγών - νοσηλειών μη covid περιστατικών σε πνευμονολογική κλινική της Αθήνας κατά τη φετινή θερινή περίοδο, πιθανά να αντανακλά τη μειωμένη προσέλευση των ασθενών κατά τη μακρά περίοδο του lockdown και την καθυστερημένη προσέλευσή

τους στα νοσοκομεία παρά την επιμονή συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα το νοσοκομείο μας παρέμεινε από τα λίγα νοσοκομεία της Α' ΥΠΕ που κατά τη διάρκεια της θερινής περιόδου εφημέρευε και νοσήλευε ταυτόχρονα με τους covid-19 ασθενείς όλα τα υπόλοιπα πνευμονολογικά περιστατικά.

Η ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Τ. Φραγκούλη, Α. Χρίστου, Ρ. Τζουβάρας, Κ. Παπαχρήστος, Σ. Τζαμουρή, Π. Λεριός, Ν. Μαντάς, Σ. Τσολάκη, Δ. Κόκκινος

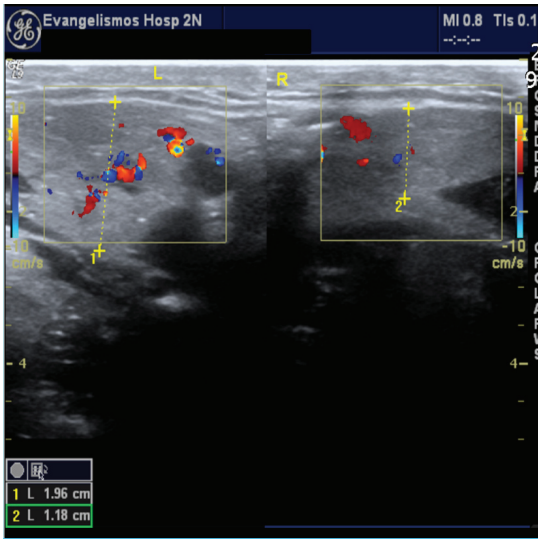
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η απεικόνιση των συχνότερων παθολογικών οντοτήτων που αφορούν στους σιαλογόνους αδένες (παρωτίδες, υπογνάθιους, υπογενείδιους αδένες) με υπερηχογράφημα. Η περιγραφή της τεχνικής της εξετάσεως και των χαρακτηριστικών ευρημάτων που ο ακτινολόγος πρέπει να γνωρίζει για να θέσει τη διάγνωση.

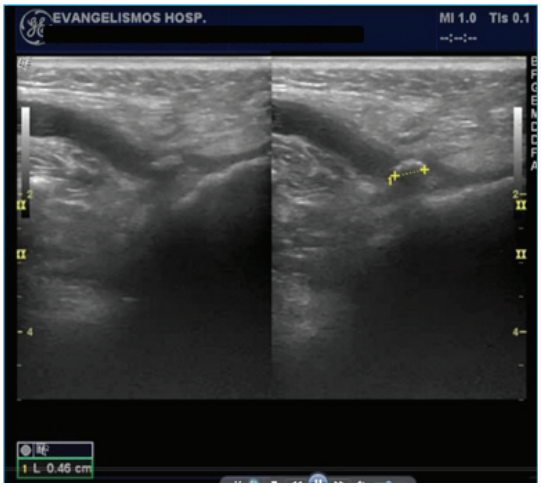
Υλικό και Μέθοδος: Εξετάζουμε μία ποικιλία παθολογικών καταστάσεων που εντοπίζονται στους σιαλογόνους αδένες: Νεοπλασίες, λοιμώξεις, λίθους, διάταση εκφορητικών πόρων, διόγκωση και διαταραχή αρχιτεκτονικής λεμφαδένων, τραύμα. Το υπερηχογράφημα, μαζί με την απλή ακτινογραφία όπου ενδείκνυται, αποτελεί την αρχική απεικονιστική μέθοδο που χρησιμοποιείται πριν από την εξέταση των ασθενών με αξονική και μαγνητική τομογραφία, όπου αυτές απαιτούνται.

Αποτελέσματα: Περιγράφεται η τεχνική της υπερηχογραφικής εξετάσεως των σιαλογόνων αδένων και ο κατάλληλος εξοπλισμός που είναι απαραίτητος. Αναλύονται οι συχνότερες παθολογικές καταστάσεις. Οι λοιμώξεις είναι βακτηριακής ή ιογενούς αιτιολογίας και μπορεί να επιπλακούν με ανάπτυξη αποστήματος. Είναι πιθανή η μετάπτωσή τους σε χρόνια φάση, μιμούμενες νεοπλασίες (όγκος Kuettner). Οι περισσότερες νεοπλασίες εντοπίζονται στην παρωτίδα, συγκριτικά με τους υπόλοιπους σιαλογόνους αδένες, και είναι συνήθως καλοήθεις. Το πλειόμορφο αδένωμα είναι η συχνότερη μάζα, αποτελώντας το 70% των όγκων των σιαλογόνων αδένων. Ο όγκος του Warthin είναι ο δεύτερος συχνότερος, με συχνότητα που φθάνει το 10%. Οι λίθοι εμφανίζονται πιο συχνά στους υπογνάθιους αδένες συγκριτικά με τις παρωτίδες. Το υπερηχογράφημα εμφανίζει υψηλή ευαισθησία και ακρίβεια για την ανίχνευσή τους. Οι λίθοι προκαλούν διάταση των εκφορητικών πόρων των αδένων και μπορούν να επιπλακούν από λοίμωξη (σιαλαδενίτιδα). Διάταση εκφορητικών πόρων είναι δυνατό να εμφανισθεί επίσης λόγω ιζήματος, χωρίς παρουσία διακριτού λίθου. Περιγράφονται επίσης άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως το σύνδρομο Sjoegren, το οποίο εμφανίζει τυπικά υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά.

Συμπέρασμα: Το υπερηχογράφημα είναι η πρώτη απεικονιστική εξέταση για τη διερεύνηση της παθολογίας των σιαλογόνων αδένων, τόσο για την αρχική εκτίμηση όσο και για την παρακολούθηση. Οι ακτινολόγοι πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη διαγνωστική αυτή τεχνική για την έγκαιρη διάγνωση και τον προγραμματισμό της θεραπείας.



Αρχόμενη φλεγμονή: Ο αριστερός υπογνάθιος αδένας (L) εμφανίζει αύξηση μεγέθους και εντονότερη αγγείωση συγκριτικά με το δεξιό (R).



Λιθίαση: Σημειώνεται υπερηχογενής λίθος με συνοδό κεντρικότερη διάταση εκφορητικού πόρου.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Ε. Καλαϊτζίδου, Χ. Σιέρρου, Σ. Τζαμουρή, Ζ. Μπόλαρη, Α. Μαρίνου, Κ. Παπαχρήστος, Β. Πάνου, Π. Λεριός, Δ. Κόκκινος

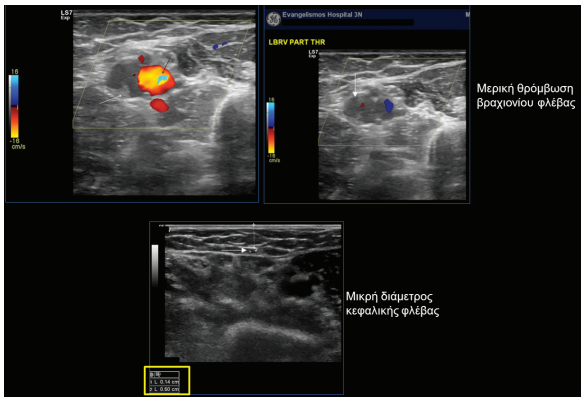
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) πρέπει να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και έχουν ανάγκη από αγγειακή προσπέλαση. Τα δύο βασικά είδη προσπέλασης είναι η αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (ΑΦΕ) και το αρτηριοφλεβώδες μόσχευμα (ΑΦΜ). Η παρουσίαση αυτή αναλύει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου, την προεγχειρητική χαρτογράφηση των αρτηριών και φλεβών των άνω άκρων, καθώς και τον έλεγχο καλής λειτουργίας και πιθανών επιπλοκών. Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται με υπερηχογράφημα άνω άκρων.

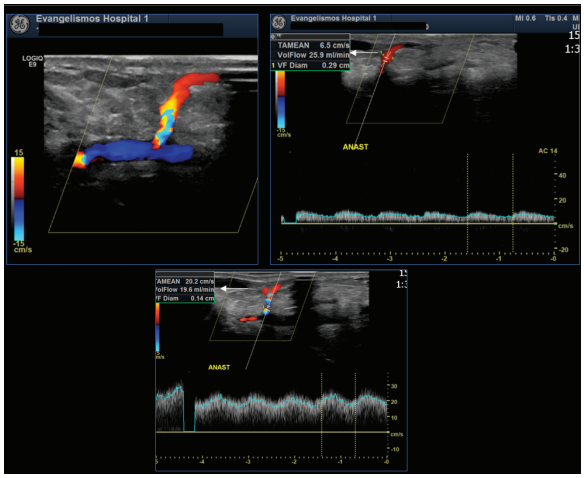
Υλικό και Μέθοδος: Η ΑΦΕ πραγματοποιείται μεταξύ εν τω βάθει αρτηρίας και επιπολής φλέβας του άνω άκρου (καρπού, αντιβραχίου ή βραχίονος). Τα συχνότερα είδη επικοινωνίας είναι η κερκιδοκεφαλική και η βραχιοκεφαλική επικοινωνία. Η επικοινωνία αυξάνει την πίεση στη φλέβα, η οποία είναι πλέον κατάλληλη για αγγειακή προσπέλαση. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα κατάλληλα αγγεία, τοποθετείται ΑΦΜ. Για τη δημιουργία επικοινωνίας απαραίτητη είναι η προεγχειρητική χαρτογράφηση αρτηριών και φλεβών των άνω άκρων με υπερηχογράφημα. Μελετάται η βατότητα, η διάμετρος και το βάθος από το δέρμα των αγγείων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.

Αποτελέσματα: Η ΑΦΕ έχει καλύτερα αποτελέσματα, καθώς αποτελείται από αυτόχθονα αγγεία, με χαμηλότερα ποσοστά θρόμβωσης και επιμόλυνσης. Ωστόσο, απαιτεί μακρά περίοδο ωρίμανσης (4-6 εβδομάδες). Το ΑΦΜ ενδείκνυται σε ασθενείς με μικρά ή αδύναμα αγγεία, έχει βραχύτερο χρόνο ωρίμανσης (2-4 εβδομάδες), αλλά υψηλότερα ποσοστά θρομβώσεως, ανευρύσματος και λοιμώξεως, δεδομένου ότι περιέχει συνθετικό υλικό, ενώ η διάρκεια ζωής του είναι βραχύτερη. Οι συχνότερες επιπλοκές της ΑΦΕ είναι: Λεμφοίδημα, λοίμωξη, ανεύρυσμα/ψευδοανεύρυσμα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υποκλοπή, αποτυχία ωρίμανσης, ισχαιμική νευροπάθεια, θρόμβωση και στένωση. Η λειτουργικότητα της επικοινωνίας εκτιμάται με τον επαρκή όγκο ροής (500-600 mL/min) για επίτευξη αιμοκάθαρσης και διατήρηση βατότητας. Η συχνότερη επιπλοκή του ΑΦΜ είναι η λοίμωξη, λόγω της συνθετικής του φύσης και των επανειλημμένων φλεβοκεντήσεων.

Συμπέρασμα: ΑΦΕ και ΑΦΜ ελέγχονται σε όλα τους τα στάδια με υπερηχογράφημα για τον προεγχειρητικό σχεδιασμό, τον έλεγχο λειτουργίας και την εκτίμηση πιθανών επιπλοκών. Οι ακτινολόγοι πρέπει να έχουν εκπαιδευθεί επαρκώς για την εκτέλεση της υπερηχογραφικής αυτής εξετάσεως.



Προεγχειρητική χαρτογράφηση για τη δημιουργία ΑΦΕ: Σημειώνεται μερική θρόμβωση βραχιονίου φλέβας (βέλη στις άνω εικόνες) και μικρή διάμετρος κεφαλικής φλέβας (κάτω εικόνα).



ΑΦΕ με χαμηλό όγκο ροής: Ο όγκος ροής είναι χαμηλός (<30 ml/min) λόγω ανεπαρκούς χρονικής ωρίμανσης (δημιουργία την προηγούμενη ημέρα).

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΛΟΓΩ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ ΙΙ

Α. Παναγάκη[1], Κ. Δημητρίου[1], Γ. Τσίμπρης[1], Α. Παπανικολάου[1], Π. Φανουργιάκης[2], Β. Παπασταμόπουλος[1]

[1]Ε' Παθολογικό Τμήμα, [2]Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Το αγγειοοίδημα του λεπτού εντέρου αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, που οφείλεται σε κληρονομικά και επίκτητα αίτια. Στα δεύτερα συγκαταλέγονται ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα, όπως αναστολείς του άξονα ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης καθώς και DPP4 ανταγωνιστές. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να περιγράψει μια κλινική περίπτωση μεμονωμένου αγγειοοιδήματος λεπτού εντέρου που αποδόθηκε στη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή με ανταγωνιστή υποδοχέα αγγειοτενσίνης (σαρτάνη).

Κλινική Περίπτωση: Πρόκειται για γυναίκα 64 ετών που προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους με συνοδούς τροφώδεις εμέτους από 24ώρου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει υποθυρεοειδισμό, αρτηριακή υπέρταση με πρόσφατη από 3μήνου έναρξη αγωγής με ολμεσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη και εποχικές αλλεργίες. Η κλινική εξέταση ανέδειξε διάχυτο κοιλιακό άλγος, με επικρουστική αμβλύτητα, μειωμένους εντερικούς ήχους και σημεία περιτοναϊσμού, χωρίς σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας και χωρίς προσβολή λοιπών συστημάτων.

Αποτελέσματα: Η αξονική κοιλίας ανέδειξε μεγάλη ασκιτική συλλογή περιηπατικά, αριστερά υποδιαφραγματικά και στην ελάσσονα πύελο και εκσεσημασμένο οίδημα λεπτού εντέρου, κυρίως νήστιδας, με θολερότητα του επιχώριου μεσεντέριου λίπους, ως επί πιθανής συστροφής μεσεντερίου. Τα μεσεντέρια αγγεία ήταν βατά και δεν ανεδείχθη λεμφαδενοπάθεια και οξεία παθολογία από τα συμπαγή όργανα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση με ήπια άνοδο δεικτών φλεγμονής και φυσιολογικές τιμές γαλακτικού οξέος και λοιπών βιοχημικών παραμέτρων. Τα συμπτώματα της ασθενούς υφέθησαν πλήρως ενός του πρώτου 24ώρου μετά από νηστεία και διακοπή της σαρτάνης, με σύγχρονη υποχώρηση του ασκιτικού υγρού στον επαναληπτικό επανέλεγχο στις 48 ώρες. Απουσία εναλλακτικής διάγνωσης και βάσει της ταχείας κλινικής βελτίωσης, η κλινικοαπεικονιστική εικόνα της ασθενούς αποδόθηκε σε αγγειοοίδημα λεπτού εντέρου λόγω της λαμβανόμενης σαρτάνης, ύστερα και από αποκλεισμό άλλων αιτιών αγγειοιδήματος, όπως ανεπάρκεια του αναστολέα C1 εστεράσης. Η κατάσταση αυτή έχει περιγραφεί πιο συχνά σε ασθενείς που λαμβάνουν α- ΜΕΑ, κυρίως στο πρώτο τρίμηνο από την έναρξη αυτών και αποδίδεται στην αυξημένη επίδραση της βραδυκινίνης που προκαλεί αγγειοδιαστολή και αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας, χωρίς τη μεσολάβηση της ισταμίνης. Σπανιότερα, έχουν ενοχοποιηθεί και οι σαρτάνες με άγνωστο μηχανισμό. Η πρόγνωση είναι ευνοϊκή, με τάση αυτοπεριορισμού του αγγειοοιδήματος εντός 48-72 ωρών στην πλειονότητα των περιπτώσεων, χωρίς να έχει ρόλο στη θεραπευτική η χορήγηση κορτικοειδών και αντιισταμινικών. Η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με οδηγίες για αποφυγή λήψης α-ΜΕΑ και σαρτάνης εφ' εξής και αλλαγή της αντιυπερτασικής αγωγής με φάρμακα άλλης κατηγορίας, ενώ στον επόμενο χρόνο δεν εμφάνισε υποτροπή της συμπτωματολογίας.

Συμπεράσματα: Το αγγειοοίδημα από αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και των υποδοχέων αγγειοτενσίνης ΙΙ αποτελεί μια μάλλον υποδιαγιγνωσκόμενη οντότητα, που πέρα από τη συνήθη προσβολή προσώπου, χειλέων, βλεφάρων και ανωτέρου αναπνευστικού, μπορεί να προσβάλει ακόμα και μεμονωμένα το λεπτό έντερο, με ευνοϊκή συνήθως πρόγνωση. Απαιτείται λοιπόν αυξημένη επαγρύπνηση για την αναγνώριση αυτής της κατάστασης, που προσομοιάζει με χειρουργικές παθήσεις της κοιλίας, έτσι ώστε να αποφευχθεί περαιτέρω αχρείαστη χειρουργική διερεύνηση και με τη διακοπή των ένοχων φαρμάκων να προληφθούν μελλοντικές υποτροπές.

ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ. ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Π. Μπαζάνη, Σ. Κωμαΐτης, Γ. Στράντζαλης

1η Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενών που εμφάνισαν μηνιγγίωμα εγκεφάλου στην ενήλικη ζωή τους ενώ είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία του Κ.Ν.Σ. στην παιδική τους ηλικία ως μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης παθήσεων όπως η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, το λέμφωμα Hodgkin ή οι αρχέγονοι νευρο-εξωδερματικοί όγκοι. Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει τα μηνιγγιώματα αυτά ως «Μηνιγγιώματα Σχετιζόμενα με την Ακτινοβολία».

Υλικό - Μέθοδος: Στην **παρούσα μελέτη εξετάστηκαν** οι περιπτώσεις 13 ασθενών με μηνιγγίωμα σχετιζόμενο με την ακτινοβολία, που αντιμετωπίστηκαν στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο χρονικό διάστημα από τον Σεπτέμβριο 2000 έως τον Σεπτέμβριο 2021. Οι ασθενείς αυτοί είχαν ακτινοβοληθεί σε παιδική ηλικία είτε για κακόηθες νεόπλασμα του κεντρικού νευρικού συστήματος είτε για οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είτε για αρχέγονο νευρο-εξωδερματικό όγκο. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν μηνιγγίωμα χωρίς προγενέστερη ακτινοβόληση του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Οκτώ (8) άνδρες και πέντε (5) γυναίκες ηλικίας 21 έως 46 ετών με μέση ηλικία 32,7 έτη παρουσίασαν μηνιγγίωμα στην ενήλικη ζωή σχετιζόμενο με ακτινοβολία στην παιδική ηλικία. Από τους οκτώ άνδρες ασθενείς, έξι ακτινοβολήθηκαν λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και δύο λόγω αρχέγονου νευρο-εξωδερματικού όγκου. Από τις πέντε γυναίκες ασθενείς, οι τρεις ακτινοβολήθηκαν λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας, μία ασθενής ακτινοβολήθηκε λόγω αστροκυτώματος και μία λόγω αρχέγονου νευρο-εξωδερματικού όγκου. Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ της ακτινοβολίας του κεντρικού νευρικού συστήματος και της διάγνωσης μηνιγγιώματος ήταν περίπου 32 έτη. Η θέση εντόπισης των μηνιγγιωμάτων ήταν στην κυρτότητα του εγκεφάλου, στην πτέρυγα του σφηνοειδούς οστού, παραοβελιαία, εντός του κοιλιακού συστήματος και στον κροταφικό λοβό. Ένας ασθενής παρουσίασε πολλαπλά μηνιγγιώματα τόσο στην κυρτότητα όσο και παραοβελιαία.

Συμπεράσματα: Είναι γνωστό ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι η πιο συχνή κακοήθεια της παιδικής ηλικίας. Οι εγκεφαλικοί όγκοι της παιδικής ηλικίας και η αντιμετώπισή τους με ακτινοθεραπεία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης δευτεροπαθών νεοπλασμάτων. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προφυλακτική ακτινοθεραπεία κρανίου για οξεία λευχαιμία αναπτύσσουν σε δεύτερο χρόνο δευτεροπαθείς όγκους εγκέφαλου σχετιζόμενους με την ακτινοθεραπεία. Οι όγκοι αυτοί είναι καλοήθεις της κατηγορίας των μηνιγγιωμάτων. Η αντιμετώπιση των μηνιγγιωμάτων αυτών είναι ίδια με την αντιμετώπιση των σποραδικών μηνιγγιωμάτων.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

Γ. Σιδηράς[1], Π. Κουτσουμπός[2], Δ. Πιστόλας[3], Ε. Καμπισιούλη[4], Σ. Γεωργόπουλος[5], Η. Παπαδοπούλου[6], Μ. Θεοτοκάς[7], Δ. Σταλίκας[8], Α. Σιδέρης[9]

[1]RN, MSc, Ph.D, Προϊστάμενος Μονάδας Εμφραγμάτων, [2]RN, MSc, Νοσηλευτής, Μονάδα Εμφραγμάτων, [3]RN, MSc, Ph.D, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, [4]RN, MSc, Ph.D, Προϊσταμένη Τομέα Μονάδων, [5]Επικουρικός Ιατρός, Β΄ Καρδιολογικό Τμήμα, [6]Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα, [7]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα, [8]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Α΄ Καρδιολογικού Τμήματος, [9]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Β΄ Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Οι Μονάδες Εμφραγμάτων (ΜΕ) δημιουργήθηκαν κατά τη 10ετία του 1960 με σκοπό την αντιμετώπιση των ολοένα αυξανόμενων αναγκών αντιμετώπισης των επιπλοκών του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Στο πέρασμα των χρόνων οι ΜΕ εξελίχτηκαν σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας που παρέχουν ολοκληρωμένη εντατική φροντίδα σε ασθενείς με σοβαρά καρδιαγγειακά νοσήματα. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μια σειρά μελετών οι οποίες καταγράφουν με ποσοτικά δεδομένα τον μετασχηματισμό των ΜΕ σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας. Τα ελληνικά δεδομένα όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, τις διαγνώσεις, τις συννοσηρότητες, τις θεραπευτικές πρακτικές και την έκβαση των ασθενών στις ΜΕ είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η ανάδειξη της βαρύτητας και της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει τη νοσηλεία ασθενών στη ΜΕ.

Μεθοδολογία: Οι καταγραφές αφορούν τις 14 κλίνες της Μονάδας Εμφραγμάτων του Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», τη χρονική περίοδο 01/01/2021 έως και 31/12/2021. Η καταγραφή έγινε από 2 νοσηλευτές της ΜΕ, σε βάση δεδομένων στο χώρο αυτής, κλειδωμένη, ανώνυμη και με κωδικοποίηση. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 23. Οι μεταβλητές με κανονική κατανομή εκφράστηκαν ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση και με μη κανονική ως διάμεση τιμή 25ο-75ο εκατοστημόριο.

Αποτελέσματα: Από τους 1040 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στη ΜΕ την παραπάνω χρονική περίοδο, 31% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν 68±15 έτη με το 73% των ασθενών να είναι >70 έτη. Οι 49 (5%) ήταν επανεισαγωγή και δεν συμπεριλήφθησαν στην αξιολόγηση, οι 177 (17%) ήταν φιλοξενία με 72 (41%) από αυτούς να είναι διασωληνωμένοι. Στις φιλοξενίες η θνησιμότητα ήταν 14% (24) με διάμεσο χρόνο παραμονής τις 3 (1-7) ημέρες. Οι καρδιολογικοί ασθενείς ήταν 812, 29% γυναίκες, με διάμεσο ηλικία τα 69±15 έτη, με το 49% των ασθενών να είναι >70 έτη και με διάμεσο χρόνο παραμονής 2 (1-4) ημέρες. Κύρια αιτία εισαγωγής ήταν το ΟΕΜ 337 (42%) με δεύτερη την καρδιακή ανεπάρκεια 91 (11%). Όσον αφορά τα συνοδά νοσήματα, το 43% των ασθενών είχαν υπέρταση, το 29% σακχαρώδη διαβήτη, το 28% δυσλιπιδαιμία, το 27% ήταν ενεργοί καπνιστές, ενώ το 26% είχαν ιστορικό στεφανιαίας νόσου και το 12% καρδιακής ανεπάρκειας. Η συνολική θνησιμότητα ήταν 9% με διάμεσο χρόνο παραμονής 3 (1-9) ημέρες, με υψηλά ποσοστά να παρουσιάζουν ασθενείς με αιτία εισαγωγής αναταχθείσα ανακοπή 50% (10), στένωση αορτικής βαλβίδας 40% (4) και καρδιακή ανεπάρκεια 28% (25) ενώ στο ΟΕΜ ήταν 9% (10) με Grace score 119±33 και πιθανότητα θανάτου 7 (3-15)%. Οι 103 (13%) ήταν διασωληνωμένοι ενώ οι 44 (5%) παρουσίασαν οξεία νεφρική βλάβη την 2 (1-4) ημέρα νοσηλείας με ανάγκη συνεχούς αιμοδιήθησης. Τραχειοστομήθηκαν 5 (1%) ασθενείς την 26 (16-44) ημέρα.

Συμπεράσματα: Η ΜΕ αποτελεί μια νοσηλευτική μονάδα με εξαιρετική πολυπλοκότητα όσον αφορά τη φύση των περιστατικών που νοσηλεύονται σε αυτή αλλά και τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται. Η βαρύτητα των περιστατικών καταδεικνύει την αναγκαιότητα στελέχωσης αυτής τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά με καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην εντατική θεραπεία. Κρίνεται αναγκαία η διενέργεια πολυκεντρικών μελετών που να αναδείξουν τον μετασχηματισμό των ΜΕ σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας.

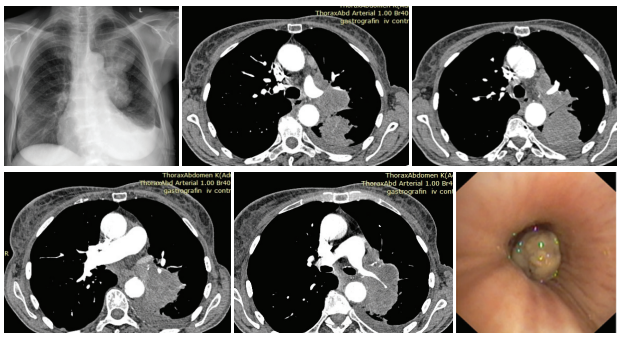
ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ ΑΓΝΩΣΤΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΕΣΤΙΑ

Ε. Πολύδωρα[1], Ν. Γιαννιού[1], Ι. Σιγάλα[1], Κ. Ελευθερίου[1], Φ. Ρίμπα[1], Ρ. Σιαμπάνη[1], Ζ. Διακονικολάου[1], Χ. Βουρλάκου[2], Π. Κατσαούνου[1]

[1]Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το μελάνωμα είναι καρκίνος του δέρματος με επίπτωση >160.000 περιστατικά ετησίως, το οποίο σχετίζεται με 41.000 θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Το μεταστατικό μελάνωμα στους πνεύμονες και το μεσοθωράκιο αποτελεί το 5% όλων των κακοήθων μεταστάσεων. Ενώ αποτελούν τη 2η συχνότερη εστία μετάστασης, μετά τον λεμφικό ιστό, στους ασθενείς με διαγνωσμένο δερματικό μελάνωμα, μόνο το 2,6% εμφανίζει μεταστατικό μελάνωμα με άγνωστη πρωτοπαθή βλάβη. Συνήθως εμφανίζεται ως μάζα (μία ή πολλαπλές), σπανιότερα ως μονήρης όζος. Περιγράφουμε 2 περιστατικά με μεταστατικό μελάνωμα πνεύμονα και άγνωστη πρωτοπαθή βλάβη, το ένα με ενδοβρογχική βλάβη και το δεύτερο με πολλαπλές μεταστάσεις.

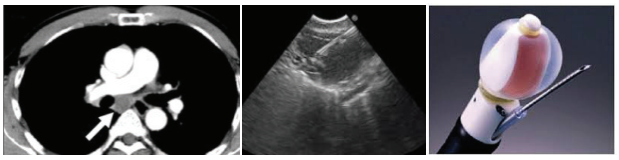
Περιστατικό 1:
Γυναίκα 83 ετών, καπνίστρια (60py), με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, εμφανίζει μη παραγωγικό βήχα και δύσπνοια από μηνός, καθώς και απώλεια βάρους (~6kg) από 5μήνου. Η αξονική τομογραφία θώρακος απεικονίζει ευμεγέθη χωροκατακτητική εξεργασία αριστερής πύλης,



που αποφράσσει τον αριστερό βρόγχο, λεμφαδένες μεσοθωρακίου, πλευριτική συλλογή ομόπλευρα και περικαρδιακή συλλογή. Επίσης αναγνωρίζεται δεύτερη οζόμορφη σκίαση σε επαφή με τον υπεζωκότα αριστερά. Η αξονική κοιλίας περιγράφει τοιχωματική πάχυνση με συγκεντρική στένωση του αυλού του θόλου του στομάχου ενώ η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική.

Υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση στην οποία αναδείχθηκε εξωφυτική βλάβη που απέφρασσε πλήρως τον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Η βιοψία της ενδοβρογχικής βλάβης ανέδειξε μεταστατικό μελάνωμα πνεύμονα.

Περιστατικό 2:
Άνδρας 65 ετών, καπνιστής (40py), με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε λόγω θωρακαλγίας αρχόμενης από διμήνου. Αναφέρει ακόμη ανορεξία και απώλεια βάρους ~8kg. Η CT θώρακος ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία στο οπίσθιο τμήμα του ΔΑΛ, εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, με έλλειμμα πλήρωσης στη δεξιά άνω πνευμονική φλέβα, λυτική αλλοίωση στο οπισθοπλάγιο τόξο της 8ης πλευράς δεξιά και ευμεγέθη βλάβη στο ανώτερο τμήμα του σώματος του στέρνου.
Η CT άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε πολλαπλές ηπατικές δευτεροπαθείς εντοπίσεις και οζώδη αλλοίωση στο δεξιό επινεφρίδιο. Η CT εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο σπινθηρογράφημα οστών ελέγχθηκαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο στέρνο και στο δεξιό μηριαίο. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση κατά την οποία δεν παρατηρήθηκε ενδοβρογχική βλάβη και διενεργήθηκε EBUS-TBNA στον 7 και 11R. Από την ιστολογική του EBUS-TBNA αναδείχτηκε επιθηλιοειδές μελάνωμα.



ΣΗΠΤΙΚΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΘΜΣΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ PARVIMONAS MICRA

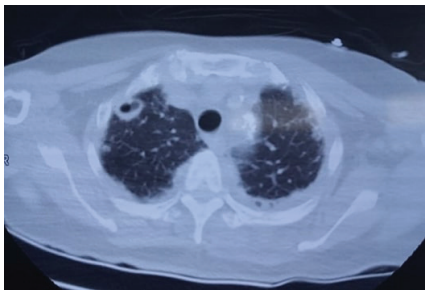
Γ. Αθανασοπούλου[1], Γ. Τσίμπρης[2], Ε. Δήμα[1], Ι. Σιγάλα[1], Ε. Πολύδωρα[1], Ζ. Διακονικολάου[1], Ε. Μυλωνά[2], Β. Παπασταμόπουλος[2], Π. Κατσαούνου[1], Α. Ασημάκος[1]

[1]Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας της Α' Πανεπιστημιακής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, [2]Ε' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

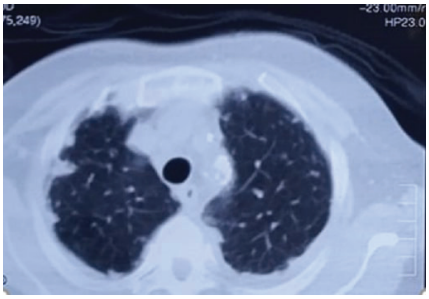
Εισαγωγή - Σκοπός: Η *Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*) αποτελεί έναν Gram (+) αναερόβιο κόκκο και είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος και του πεπτικού συστήματος. Είναι κυρίως υπεύθυνη για στοματοφαρυγγικές λοιμώξεις, όπως χρόνια περιοδοντίτιδα και μεικτές αναερόβιες λοιμώξεις, όπως ενδοκοιλιακά αποστήματα, ενώ αρκετά σπανιότερα μπορεί να επιπλακεί με βακτηριαιμία και διηθητικές λοιμώξεις σε έδαφος ανοσοκαταστολής, όπως τα κακοήθη νεοπλάσματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η διηθητική νόσος αφορά συνηθέστερα σπονδυλοδισκίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, πνευμονικά και εγκεφαλικά σηπτικά έμβολα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει μια κλινική περίπτωση μιας τέτοιας επιπλεγμένης λοίμωξης με προσβολή του αναπνευστικού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης.

Κλινική περίπτωση: Γυναίκα 69 ετών, με καταγωγή από τις Φιλιππίνες και ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και αρρύθμιστου σακχαρώδους διαβήτη, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου από δύο εβδομάδων με συνοδό δύσπνοια, θωρακαλγία πλευριτικού τύπου και έντονη ραχιαλγία. Κατά την κλινική εξέταση ανεδείχθη αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με μη μουσικούς ρόγχους στην ακρόαση αναπνευστικού και άλγος κατά την ψηλάφηση της ΘΜΣΣ χωρίς ανάδειξη αισθητικού επιπέδου βλάβης. Από την επισκόπηση στοματικής κοιλότητας διαπιστώθηκε κάκιστη υγιεινή.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP=53, PCT=37, ΤΚΕ=120) και λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακος, που ανέδειξε πολλαπλές κοιλοποιημένες οζώδεις βλάβες σε αμφότερους τους πνεύμονες με υποϋπεζωτική κατανομή, ως επί σηπτικών εμβόλων (Εικόνα 1). Η μαγνητική τομογραφία ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ ανέδειξε σφηνοειδή παραμόρφωση Θ4, παθολογική ένταση σήματος Θ2-Θ4 με πίεση επί του νωτιαίου σάκου στα επίπεδα Θ3-Θ4 και πολλαπλές κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου οσφυοϊεράς μοίρας με πιεστικά φαινόμενα Ο2-05 νωτιαίων ριζών. Στο πλαίσιο διερεύνησης των κοιλοτήτων του πνεύμονα, η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση με αρνητικό έλεγχο για κακοήθεια και κοινές και ευκαιριακές λοιμώξεις. Ετέθη σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και λινεζολίδη. Οι καλλιέργειες αίματος ανέδειξαν gram(+) αναερόβιο κόκκο, που με τεχνολογία MALDITOF ταυτοποιήθηκε ως *Parvimonas micra*. Λόγω της συνήθους ευαισθησίας του μικροβίου στους συνδυασμούς β-λακταμικού αναστολέα - β-λακτάμης, έγινε αποκλιμάκωση της αντιμικροβιακής αγωγής σε αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη. Επιπλέον, διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς που δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Ο λοιπός απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε κακοήθεια, ενώ ο ανοσολογικός έλεγχος για αγγειίτιδες και ρευματολογικά νοσήματα απέβη αρνητικός. Μετά τη συμπλήρωση τεσσάρων εβδομάδων ενδοφλέβιας αγωγής και ενώ είχε επιτευχθεί κλινικοαπεικονιστική βελτίωση και υποχώρηση δεικτών φλεγμονής, η ασθενής συνέχισε με από του στόματος αγωγή με αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ μέχρι τη συμπλήρωση δέκα εβδομάδων. Στον επαναληπτικό έλεγχο εμφάνισε βελτίωση τόσο των πνευμονικών βλαβών (Εικόνα 2) όσο και της σπονδυλικής προσβολής.



ΕΙΚΟΝΑ 1



ΕΙΚΟΝΑ 2

Συμπεράσματα: Η *Parvimonas micra* αποτελεί αναερόβιο κόκκο που αποικίζει το στοματοφάρυγγα και το πεπτικό σύστημα υγιών ενηλίκων. Δύναται, σπάνια, σε έδαφος προχωρημένης ηλικίας και ανοσοκαταστολής να προκαλέσει διηθητικές λοιμώξεις σπονδύλων και πνεύμονα. Η έγκαιρη λήψη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής σχετίζεται με ευνοϊκή πρόγνωση.

ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΚΗ ΟΣΤΕΟΜΑΛΑΚΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΕΝΟΦΟΒΙΡΗΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Σαμπανιώτη[1], Γ. Τσίμπρης[2], Α. Λαυρεντάκη[1], Γ. Ντάλη[1], Ε. Παντικίδη[2], Σ. Γιαλή[2], Β. Παπασταμόπουλος[2], Σ. Τσαγκαράκης[1]

[1]Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Τμήμα, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, [2]Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Ε' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η τενοφοβίρη δισοπροξίλη είναι νουκλεοτιδικός αναστολέας της ανάστροφης μεταγραφάσης και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και της ηπατίτιδας Β. Έχει συσχετισθεί με νεφρική σωληναριακή βλάβη, σύνδρομο Fanconi, νεφρική ανεπάρκεια και οστική νόσο.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για 37χρονο άνδρα θετικό για HIV, με αναφερόμενα ορθοκυστικά επεισόδια, προοδευτικά επιδεινούμενη μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων και διάχυτα οστικά άλγη από εξαμήνου. Ελάμβανε θεραπεία με Tenofovir/Emtricitabine /Raltegravir τα τελευταία 9 έτη. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν επισκοπικά πτηνοειδής θώρακας (pectus carinatum), κύφωση, εσοχή διαφράγματος στις κατώτερες πλευρές (Harrison's Groove) και ραχιτικό ροζάριο. Παρουσίαζε διάχυτη ευαισθησία στη ψηλάφηση. Κατά τη νευρολογική εξέταση ήταν σε εγρήγορση, είχε φυσιολογική λειτουργία εγκεφαλικών συζυγιών, μυϊκή ισχύ στα άνω άκρα 4+/5, στα κάτω άκρα 4-/5 άμφω, ζωηρά τενόντια αντανακλαστικά και φυσιολογική αισθητικότητα. Λόγω οστικών αλγών βάδιζε με υποστήριξη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν κρεατινίνη 0,9 mg/dl (ρυθμός σπειραματικής διήθησης 82 mL/min/1.73m^2), υποκαλιαιμία 3.3 mmol/L (φ.τ 3.5-5.1), υποουριχαιμία 1 mg/dl (φ.τ 2.4-7), σοβαρή υποφωσφαταιμία 0.9 mg/dl (φ.τ 2.5-5), χαμηλό διορθωμένο ασβέστιο 8.13 mg/dl, αυξημένη αλκαλική φωσφατάση 410 IU/L (φ.τ 35-129). Ο προσδιορισμός δεικτών οστικού μεταβολισμού ανέδειξε χαμηλά επίπεδα 25-OH βιταμίνης D 16.16 ng/ml (φ.τ 30-100), παραθορμόνη 67 pg/ml (φ.τ 10-93), οστεοκαλσίνη 31 ng/ml (φ.τ 14-42) και αυξημένα επίπεδα αμινοτελικού προπεπτιδίου του προκολλαγόνου τύπου 1 (P1NP) 100,6 ng/ml (φ.τ 15-58). Είχε απρόσφορα αυξημένη νεφρική απέκκριση φωσφόρου 1040 mg/24hr (φ.τ 300-1000), μειωμένη νεφρική σωληναριακή επαναρρόφηση φωσφόρου TMP/GFR: 0,62 mmol/L (φ.τ 1-1.35 για την ηλικία του), μειωμένη κάθαρση κρεατινίνης ούρων 48.5 ml/min/m^2 και κρεατινίνη ούρων 24ώρου 558.60 (φ.τ 1040-2350), ασβέστιο ούρων 24ώρου 154 mg/24 (φ.τ 50-250), αυξημένο νάτριο ούρων 24ώρου 326,4 mmol/24hr (φ.τ 40-220), ουρικό οξύ ούρων 24ώρου 374,4 mg/24hr (φ.τ 250-750), γλυκοζουρία, αυξημένη μικροαλβουμίνη ούρων 24ώρου 71.61 (<30 mg/24hr) και πρωτεινουρία 0.38 g/24hr (φ.τ 0.04-0.15). Διαπιστώθηκε μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούσαν υπέρ συνδρόμου Fanconi. Ο ακτινολογικός έλεγχος σπονδυλικής στήλης/μηριαίων έδειξε οστεοπόρωση, λέπτυνση οστικού φλοιού και κοίλανση σπονδυλικών σωμάτων. Οι αξονικές τομογραφίες έδειξαν κάταγμα εγκάρσιας απόφυσης οσφυϊκού σπονδύλου Ο3 και πολλαπλά παλαιά κατάγματα πλευρών. Στο σπινθηρογράφημα οστών διαπιστώθηκαν πολλαπλές θερμές περιοχές στα προσθιοπλάγια τόξα των πλευρών άμφω, στις κατ' ισχίον αρθρώσεις και στις ποδοκνημικές άμφω. Η μέτρηση οστικής πυκνότητας ανέδειξε σοβαρή οστεοπόρωση (Z-score οσφυικής μοίρας -5,4 και αυχένα αριστερού μηριαίου -4,9). Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ υποφωσφαταιμικής οστεομαλακίας, η οποία αποδόθηκε σε νεφρική σωληναριακή βλάβη λόγω τενοφοβίρης. Έγινε αναπλήρωση φωσφόρου, ασβεστίου, βιταμίνης D και διακοπή τενοφοβίρης. Για τα οστικά άλγη συνταγογραφήθηκαν οπιούχα βραδείας δράσης. Τέσσερις μήνες μετά ο ασθενής πονάει λιγότερο και έχει φυσιολογικά επίπεδα φωσφόρου 3.1 mg/dl, ασβεστίου 9.0 mg/dl, κρεατινίνης 0,9 mg/dl (ρυθμός σπειραματικής διήθησης 82 mL/min/1.73m^2) στο αίμα, επαρκή επίπεδα 25-OH βιταμίνης D 48,7 ng/ml, παραθορμόνη 17 pg/ml και μείωση της αλκαλικής φωσφατάσης 216 iU/L.

Συμπεράσματα: Η υποφωσφαταιμική οστεομαλακία αποτελεί σημαντική αλλά αναστρέψιμη παρενέργεια της τενοφοβίρης. Οι ασθενείς που τη λαμβάνουν πρέπει να παρακολουθούνται ως προς τη νεφρική τους λειτουργία. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει συμπληρώματα φωσφόρου, βιταμίνης D και ασβεστίου, ενώ τα διφωσφονικά αντενδείκνυνται. Η κλινική και βιοχημική βελτίωση συνήθως συμβαίνει εντός λίγων εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας, αν και η οστεομαλακία μπορεί να χρειαστεί περισσότερο χρόνο για να διορθωθεί.

Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Α. Δερίλα[1], Ε. Μπακόλα[2], Π. Σταύρου[3], Μ. Κατσοχειράκη[4]

[1]RN, MSc, PhD(c), Νοσηλεύτρια Χειρουργείου, Ειδίκευση στην Ψυχική Υγεία, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [2]BSc, RN, MSc, RhD, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου, Γ.Ν. Τρίπολης, [3]MSc, Νοσηλεύτρια Παθολογικού Ιατρείου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», [4]RSN, Msc, Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η δυναμική των ομάδων μελετάει την πορεία μιας ομάδας, εξετάζοντας τις δυνάμεις που αναπτύσσονται μέσα και έξω από αυτήν και συμβάλλουν ή δυσχεραίνουν την επίτευξη των στόχων τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τη δυναμική της ομάδας στο χώρο του χειρουργείου και τους τρόπους που θα την καταστήσει αποτελεσματική.

Μέθοδος: Ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας πενταετίας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά: δυναμική της ομάδας, χειρουργείο, επικοινωνία, διεπιστημονική ομάδα, στις ηλεκτρονικές βάσεις Medline και Pubmed.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η δυναμική της ομάδας του χειρουργείου απαιτεί την αρμονική συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, έχοντας έναν κοινό στόχο. Τα κύρια χαρακτηριστικά που παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της ομάδας είναι το μέγεθος, η δομή, η συνοχή και οι κανόνες. Για να μπορέσει να ολοκληρώσει το στόχο της μια ομάδα, σύμφωνα με τον Tuckman, θα πρέπει να εξελιχθεί μέσα από το στάδιο της διαμόρφωσής της, το στάδιο της σύγκρουσης, το στάδιο της διαμόρφωσης των κανόνων, το στάδιο της εκπλήρωσης των στόχων και το στάδιο της διάλυσης. Οι κύριες διεργασίες των ομάδων μέσα από τα ευρύτερα πρότυπα συμπεριφοράς που διαμορφώνονται είναι η επικοινωνία, η αλληλόδραση, οι ρόλοι των μελών της ομάδας, η λήψη των αποφάσεων, η συνοχή και οι σκοποί της ομάδας. Όλα τα παραπάνω καθιστούν την δυναμική της ομάδας μια πρόκληση απαιτώντας από όλα τα μέλη που την απαρτίζουν ενεργητική συμμετοχή.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ. ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Γ. Βακής, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Ρ. Ποταμίτου, Α. Μητροπούλου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής χωρίζονται σε δυο κύριες κατηγορίες, αυτές της επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής και της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής. Η αισθητική πλαστική χειρουργική είναι μια κατηγορία πλαστικής χειρουργικής που έχει σαν κύριο σκοπό να διατηρήσει την φυσική ομορφιά με το να βελτιώσει την συνολική εμφάνιση του ατόμου.

Τα τελευταία χρόνια οι αισθητικές επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό. Σύμφωνα με το American Society of Plastic Surgery, τη χρονιά 2020 υπάρχει αύξηση στις αισθητικές επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής κατά 22% σε σχέση με τη χρονιά 2000. Σύμφωνα με επίσημη στατιστική ανάλυση της American Society of Plastic Surgery, οι πιο συχνές αισθητικές επεμβάσεις είναι κατά σειρά η ρινοπλαστική, η βλεφαροπλαστική, η ρυτιδεκτομή προσώπου (facelift), η λιπαναρρόφηση και τέλος η αυξητική στήθους.

Μέθοδοι: Διεξήχθη βιβλιογραφική έρευνα σε διαπιστευμένα επιστημονικά περιοδικά και ιστότοπους όπως το Pubmed, Google Scholar, American Society of Plastic Surgery, PRS Journal. Επίσης μελετήθηκαν παλαιότερες παρουσιάσεις συναδέλφων πλαστικών χειρουργών σε επιστημονικά συνέδρια και ημερίδες.

Αποτελέσματα: Ο σκοπός της παρουσίασης μας είναι να γίνει νύξη κυρίως στις τελευταίες τεχνικές, χειρουργικές και μη, που χρησιμοποιούνται στην αισθητική πλαστική χειρουργική του προσώπου, σε ποιους απευθύνονται, ποιες είναι οι ενδείξεις και τα ρίσκα της κάθε επέμβασης, το είδος αναισθησίας που χρησιμοποιείται, ποιες θα είναι και πού θα βρίσκονται οι ουλές, ποια θα είναι η διάρκεια των αποτελεσμάτων, ποιες θα είναι οι πιθανές επιπλοκές που θα μπορούσαν να εμφανιστούν μετά την επέμβαση και ποιο είναι το αποτέλεσμα που αποφέρει η κάθε επέμβαση.

Η ρινοπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση η οποία διορθώνει το μέγεθος της ρινός, σε σχέση με την ισορροπία του προσώπου, το πλάτος της μύτης στη ράγχη, το μέγεθος και τη θέση των ρωθώνων καθώς και το προφίλ της μύτης. Ένα σκολιωτικό ρινικό διάφραγμα είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες δυσκολίας της ρινικής αναπνοής. Η επέμβαση της ρινοπλαστικής πραγματοποιείται τόσο για αισθητικούς όσο και για λειτουργικούς σκοπούς.

Η βλεφαροπλαστική είναι μια χειρουργική επέμβαση η οποία βελτιώνει την όψη και τη λειτουργικότητα των βλεφάρων. Διορθώνει το χαλαρό δέρμα που δημιουργεί πτυχές ή διαταράσσει το φυσικό περίγραμμα του άνω και κάτω βλεφάρου, μερικές φορές μειώνοντας και το εύρος της όρασης. Επίσης, μέσω της βλεφαροπλαστικής μπορούμε να αφαιρέσουμε την περίσσεια λίπους που εμφανίζεται ως πρήξιμο στα βλέφαρα και σακούλες κάτω από τα μάτια.

Η ρυτιδεκτομή προσώπου (facelift) είναι μια χειρουργική επέμβαση που βελτιώνει τα ορατά σημάδια γήρανσης στο πρόσωπο και το λαιμό, όπως χαλάρωση του δέρματος του προσώπου και του λαιμού. Ένα ελάχιστα επεμβατικό λίφτινγκ με νήματα, χρησιμοποιεί απορροφήσιμα, αγκαθωτά ράμματα τα οποία συνδέονται στη προσωπική μυοσκελετική απονεύρωση για να προσφέρει μια πιο σφιχτή και νεανική αισθητικά εμφάνιση στο πρόσωπο και το λαιμό, χωρίς τις επίπονες επιπτώσεις ενός χειρουργείου υπό γενική αναισθησία. Αυτή η ελάχιστα επεμβατική διαδικασία λειτουργεί διεγείροντας την παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης, απαραίτητες πρωτεΐνες για μια νεανική όψη προσώπου. Η χειρουργική επέμβαση ώτων, γνωστή και ως ωτοπλαστική, μπορεί να βελτιώσει το σχήμα, τη θέση ή την αναλογία του αυτιού. Μία ανωμαλία στη δομή του αυτιού που υπάρχει κατά τη γέννηση ή που γίνεται εμφανής με την ανάπτυξη μπορεί να διορθωθεί με ωτοπλαστική. Η επέμβαση αυτή μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των αφεστώτων ώτων, τον μη σχηματισμό της ανθέλικας του ωτός καθώς και άλλες συγγενείς ή μη ανωμαλίες.

Συζήτηση (Οφέλη και επιπλοκές): Σκοπός των αισθητικών επεμβάσεων είναι η βελτίωση της εμφάνισης του προσώπου για την επίτευξη πιο αρμονικών χαρακτηριστικών, σύσφιξη και ανάπλαση του δέρματος, που αποσκοπούν σε ένα αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης και βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενούς για να ανακτήσει την χαμένη του αυτοπεποίθηση, να αγαπήσει τον εαυτό του και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Φυσικά όπως κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και οι αισθητικές επεμβάσεις



κρύβουν κινδύνους τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ιατρό. Πέρα από τις χειρουργικές επιπλοκές, (όπως παράλυση προσωπικού νεύρου, νέκρωση τμημάτων προσώπου, αποτυχία του επιθυμητού αισθητικού αποτελέσματος, δημιουργία ρινικής βαλβίδας κ.α.) υπάρχουν και οι ψυχολογικές επιπτώσεις στον ασθενή ιδίως όταν μιλάμε για επεμβάσεις που αφορούν το πρόσωπο.

Συμπέρασμα: Μία αισθητική επέμβαση προσώπου, είναι μία χειρουργική επέμβαση η οποία μπορεί να βελτιώσει στο μέγιστο την ψυχική υγεία και αυτοπεποίθηση του ασθενούς, διορθώνοντας και εναρμονίζοντας τα χαρακτηριστικά του προσώπου σύμφωνα με τις ιδανικές αισθητικές αναλογίες του κάθε ασθενούς. Παρόλα αυτά πρέπει να διεξάγεται μία λεπτομερής συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, έτσι ώστε ο ασθενής που θα οδηγηθεί στη χειρουργική αίθουσα, να μπορεί πραγματικά και σε βάθος χρόνου να επωφεληθεί από μία αισθητική επέμβαση πλαστικής χειρουργικής.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ρ. Ποταμίτου, Α.-Μ. Μητροπούλου, Γ. Βακής, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Κ. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περισσότερους από 1 στους 10 ασθενείς κάθε χρόνο. Είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου απο καρκίνο ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό ανά το παγκόσμιο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Γενικά, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή του. Σημαντικός παράγοντας είναι οι γενετικές μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 καθώς ευθύνονται για το 5-10% των περιστατικών. Μείζονες παράγοντες είναι και οι αναπαραγωγικοί, δηλαδή έναρξη εμμήνου ρύσεως πριν την ηλικία των 12, γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει ποτέ παιδί ή γυναίκες που γέννησαν το πρώτο παιδί τους μετά τα 30 καθώς και γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση μετά τα 55. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τη θεραπευτική ή συμπληρωματική αγωγή με οιστρογόνα και/ή προγεστερόνη η οποία επίσης ευθύνεται για εμφάνιση του καρκίνου. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ξεκινήσει σε οποιοδήποτε σημείο του μαστού και διαφοροποιείται σε διηθητικό και in situ καρκίνωμα.

Ενδοπορικό καρκίνωμα *in situ*, Λοβιακό καρκίνωμα *in situ*, Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: α) Σωληνοειδής, β) Μυελοειδής, γ) Κολλοειδές, δ) Θηλώδες, ε) Ηθμοειδής, Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα, Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Υπάρχουν 5 κύριες μοριακές υποκατηγορίες που βασίζονται στα γονίδια. Τύπος Luminal A, τύπος Luminal B, τριπλά αρνητικός τύπος, τύπος εμπλουτισμένος με HER2, φυσιολογικός τύπος.

Σε όλους τους τύπους καρκίνου του μαστού, η χειρουργική θεραπεία έχει τρεις στόχους, την επίτευξη τοπικού ελέγχου της νόσου, την πρόληψη κάθε πιθανότητας υποτροπής και τη βελτίωση του ποσοστού επιβίωσης του ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικών προσεγγίσεων ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος και την επιθυμία του ασθενούς. Ο συχνότερος τύπος χειρουργικής επέμβασης είναι η μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση (αποκατάσταση σε πρώτο στάδιο ή αποκατάσταση σε δεύτερο στάδιο).

Τύποι Αποκατάστασης: Προσθετική/Διαστολέας ιστού, αποκατάσταση με ενθέματα σε συνδυασμό με πλατύ ραχιαίο μυ, ανακατασκευή κρημνού/αυτόλογου ιστού, αυτόλογο λίπος/ μόσχευμα.

Γενικές επιπλοκές της επέμβασης: Λοιμώξεις, Seroma, έκθεση ενθεμάτων, αναπλαστικό μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα.

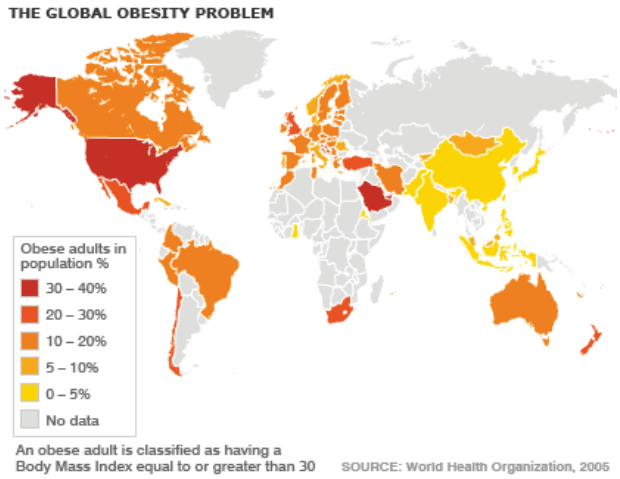
Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΖΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Σ. Δρακόπουλος, Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Γ. Βακής, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Ρ. Ποταμίτου, Α.-Μ. Μητροπούλου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Με την έναρξη του 21ου αιώνα, ειδικά στον δυτικό κόσμο, παρατηρούμε ότι η παχυσαρκία λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 2016 βρέθηκε ότι πάνω από 1,9 δις. των ενηλίκων είναι υπέρβαροι, εκ των οποίων 650 εκατομμύρια παχύσαρκοι παγκοσμίως. Οι αριθμοί είναι υψηλοί και στα παιδιά-εφήβους, με πάνω από 340 εκατομμύρια να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, στις ηλικίες 5 έως 19 ετών. Για το λόγο αυτό, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις βαριατρικής χειρουργικής με σκοπό την απώλεια σωματικού βάρους που τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για χειρουργική αποκατάσταση του σωματικού περιγράμματος ασθενών μετά από βαριατρικές επεμβάσεις, ένα νέο πεδίο της Πλαστικής Χειρουργικής τα τελευταία χρόνια.





Μέθοδοι: Διεξήχθη διεξοδική έρευνα στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία για τη συλλογή δεδομένων όσον αφορά το ρόλο της πλαστικής χειρουργικής στη διαμόρφωση του σωματικού περιγράμματος λόγω μαζικής απώλειας βάρους μετά βαριατρική επέμβαση. Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Science Direct.

Αποτελέσματα: Η παχυσαρκία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών και η εκτίμηση των ιατρικών τους προβλημάτων που σχετίζεται με αυτή είναι ζωτικής σημασίας. Η βασική μονάδα μέτρησης της παχυσαρκίας είναι ο δείκτης μάζας σώματος (BMI kg/m^2). Δείκτης μάζας σώματος πάνω από το 40 (BMI >40) ορίζεται ως «νοσογόνος παχυσαρκία». Η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη νοσογόνο παχυσαρκία είναι η βαριατρική χειρουργική, με επεμβάσεις όπως η επιμήκης γαστρεκτομή και η Roux-en-Y γαστρική παράκαμψη. Μετά την απώλεια πολλών κιλών, ως αποτέλεσμα μιας βαριατρικής επέμβασης, πολλά άτομα βιώνουν μία δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματός τους που σχετίζεται με την υπερβολική χαλάρωση του δέρματος, εξαιτίας της πρότερης διάτασής του, της απώλειας

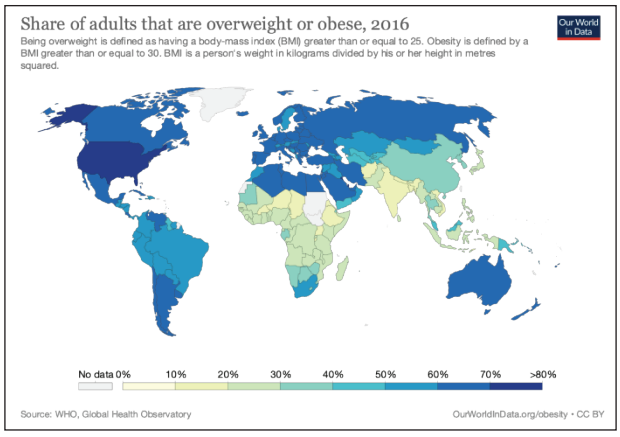
λίπους και της μείωσης της ελαστικότητας των ιστών. Η βελτίωση του σωματικού περιγράμματος επιτυγχάνεται με ένα συνδυασμό χειρουργικών επεμβάσεων εκτομής της περίσσειας δέρματος και λίπους σε διάφορες περιοχές όπως η κοιλιά, ο κορμός, οι γλουτοί, οι μηροί, το στήθος, οι βραχίονες και το πρόσωπο. Ο στόχος είναι η επαναφορά των λειτουργικών, αισθητικών και ψυχολογικών βλαβών που προκύπτουν λόγω της περίσσειας κρεμάμενου δέρματος. Ο ιδανικός υποψήφιος για τις επεμβάσεις αυτές είναι κάποιος που έχει σταθερό δείκτη μάζας σώματος και χρονικά έχει παρέλθει ένα διάστημα τουλάχιστον 6-12 μηνών από την βαριατρική επέμβαση. Απαιτείται εξατομικευμένη και ενδελεχής προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς κατά την οποία αξιολογείται η γενικότερη κατάστασης της υγείας του, οι διατροφικές του συνήθειες, το κάπνισμα, η ψυχολογική του κατάσταση και καθορίζεται και η σταδιοποίηση των επεμβάσεων. Η σοβαρότερη από τις χειρουργικές αυτές επεμβάσεις είναι η ζωστηροειδής λιπεκτομή, που περιλαμβάνει κυκλοτερή εκτομή της περίσσειας δέρματος και λίπους καθ' όλη τη περίμετρο του κατώτερου τμήματος του κορμού. Ανάλογα με το αποτέλεσμα της επέμβασης αυτής, καθορίζονται και οι επόμενοι στόχοι και η σειρά των χειρουργικών επεμβάσεων μέχρι την πλήρη αποκατάσταση του σωματικού περιγράμματος. Αυτές περιλαμβάνουν τη «fleur-de-lis» κοιλιοπλαστική, τη βραχιονοπλαστική, τη μηροπλαστική, την ανόρθωση των γλουτών και του στήθους και το λίφτινγκ προσώπου και λαιμού. Η λιποαναρρόφηση μπορεί να συνδυασθεί με τις επεμβάσεις αυτές, αλλά σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική θεραπεία. Το τελικό αποτέλεσμα των επεμβάσεων πρέπει να ικανοποιεί τον ασθενή αισθητικά, να τον απαλλάσσει από τα συμπτώματά του και να είναι ασφαλές για την υγεία του.





Συζήτηση: Οι επεμβάσεις διόρθωσης του σωματικού περιγράμματος σε ασθενείς που πάσχουν από νοσογόνο παχυσαρκία συνοδεύονται από μεγαλύτερη συχνότητα επιπλοκών από ότι οι ίδιες οι επεμβάσεις που γίνονται σε άτομα με μέτρια ή μικρή περίσσεια δέρματος και στα οποία δεν είχε προηγηθεί μαζική απώλεια σωματικού βάρους με βαριατρική χειρουργική. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αναιμία και την υποπρωτεϊναιμία που παρουσιάζεται δευτεροπαθώς στα άτομα αυτά. Οι επιπλοκές των πολύωρων αυτών επεμβάσεων είναι η αιμορραγία, το αιμάτωμα, η συλλογή ορώδους υγρού, η λεμφόρροια, η διάσπαση τραύματος, η επιμόλυνση τραύματος, το οίδημα, η υπαισθησία, και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Συχνά, αναπόφευκτη είναι η δημιουργία μεγάλων και δύσμορφων ουλών που χρήζουν διορθωτική επανεπέμβαση.

Συμπέρασμα: Η χειρουργική για την απώλεια σωματικού βάρους σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, αποτελεί



WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS	
WEIGHT STATUS	**BODY MASS INDEX (BMI), kg/m^2**
Underweight	<18.5
Normal range	18.5 – 24.9
Overweight	25.0 – 29.9
Obese	≥ 30
Obese class I	30.0 – 34.9
Obese class II	35.0 – 39.9
Obese class III	≥ 40

για πολλούς το πρώτο βήμα για την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης του σωματικού περιγράμματος που θα ακολουθήσουν είναι δυνατό να πετύχουν ουσιαστικά οφέλη για τα άτομα αυτά. Οι προσδοκίες του ασθενούς θα πρέπει να είναι ρεαλιστικές και επίσης να γίνονται απόλυτα κατανοητοί από τον ασθενή οι πραγματικοί κίνδυνοι καθώς και οι περιορισμοί μιας τέτοιας χειρουργικής επέμβασης. Τα τελευταία χρόνια η Πλαστική χειρουργική, με τις μεγάλες δυνατότητες που προσφέρει για την αντιμετώπιση των πιο χαρακτηριστικών προβλημάτων μετά από μαζική απώλεια βάρους, θεωρείται το δεύτερο και καθοριστικότερο βήμα στην προσπάθεια των ατόμων αυτών για μια υγιέστερη, μακροβιότερη και πιο ικανοποιητική ζωή.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ. ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Γ. Βακής, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Α. Μ. Μητροπούλου, Ρ. Ποταμίτου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το μελάνωμα αποτελεί ένα κακοήθες νεόπλασμα, που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα του δέρματος. Αποτελεί το συχνότερο κακοήθες νόσημα στις γυναίκες ηλικίας 25-29 ετών. Η επίπτωση του μελανώματος αυξάνεται με την ηλικία. Στην Ελλάδα, η εκτιμώμενη επίπτωση της νόσου για το 2012 είναι 3,2 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα και η εκτιμώμενη θνησιμότητα από τη νόσο είναι 1,3 ανά 100.000. Ο καρκίνος του δέρματος ή μελάνωμα (ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων του δέρματος) αναπτύσσεται συχνότερα σε σημεία της επιδερμίδας που είναι εκτεθειμένα στον ήλιο. Ωστόσο, αυτή η κοινή μορφή καρκίνου μπορεί επίσης να συμβεί σε περιοχές του δέρματος, οι οποίες δεν εκτίθενται πολύ στον ήλιο.

Υλικό και Μέθοδος: Τα τελευταία δύο χρόνια της πανδημίας COVID-19 η προσέλευση ασθενών στο Νοσοκομείο μας μειώθηκε καθώς δεν έδιναν προσοχή σε δερματικές βλάβες και τις αμελούσαν. Συνολικά, διεγνώσθησαν 19 νέες περιπτώσεις μελανώματος και παρακολουθούνται σε ετήσια βάση πάνω από 50 ασθενείς με διεγνωσμένο μελάνωμα.

Αποτέλεσμα: Σε κλινική διάγνωση του μελανώματος γίνεται χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και ιστολογική και παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος. Στη συνέχεια, σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της εξέτασης γίνεται συστηματική αντιμετώπιση, που αποτελείται από συμπληρωματική εκτομή της βλάβης ανάλογα με το πάχος του πρωτοπαθούς μελανώματος και τον έλεγχο για μετάσταση στους περιοχικούς λεμφαδένες, τόσο με τη κλινική εξέταση, όσο με τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (sentinel lymph node). Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του μελανώματος κατέχει το γεγονός εάν έχουν προσβληθεί ή όχι οι περιοχικοί λεμφαδένες από τη νόσο, καθώς και εάν έχουν προσβληθεί άλλα όργανα από τη νόσο λόγω αιματογενούς διασποράς. Οι αιματογενείς μεταστάσεις εντοπίζονται συχνότερα (βάσει νεκροτομικών μελετών) σε ποσοστό 88% στους πνεύμονες, 75% στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), 73% στο γαστρεντερικό, 70% στην καρδιά, 63% στο ήπαρ, 58% στο περιτόναιο, 53% στα επινεφρίδια και 50-70% στο δέρμα και στο υποδόριο λίπος. Η εκδήλωση αιματογενών μεταστάσεων αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα με επιβίωση μικρότερη του 5%.

Μετά τη χειρουργική αφαίρεση του μελανώματος και την εξέταση των περιοχικών λεμφαδένων και την αφαίρεση τυχόν παθολογικών, οι περισσότεροι ασθενείς θα λαμβάνουν έως και ένα έτος ανοσοθεραπεία με ιντερφερόνη υψηλής δόσης, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Συμπέρασμα: Το επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα (SSM) είναι το πιο συχνό και το λιγότερο συχνό είναι το μελάνωμα των άκρων τύπου εφηλίδα (ALM). Η περιοχή με το μεγαλύτερο ποσοστό ανεύρεσης μελανωμάτων είναι η ράχη και έρχεται σε συνέχεια η παρειά. Σημαντικά ποσοστά παρουσιάζουν και οι ανατομικές περιοχές της κεφαλής, της κνήμης, του βραχίονα, του θώρακα και της κοιλιάς. Τα μελανώματα είναι πιο συχνά με μικρό πάχος κατά Breslow, αλλά με μεγαλύτερο τύπο κατά Clark. Το πάχος Breslow σχετίζεται με τη θετικότητα του λεμφαδένα φρουρού αποδεικνύοντας τη δυσμενή επίπτωσή του ως προς την πρόγνωση του μελανώματος.





ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ: CASE REPORT

Γ. Χαρκιολάκης, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Γ. Βακής, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Α.-Μ. Μητροπούλου, Ρ. Ποταμίτου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier είναι μια ιδιαιτέρως βαριά νεκρωτική φλεγμονή των γεννητικών οργάνων του άντρα, η οποία χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλό ποσοστό θνητότητας. Η φλεγμονή συνήθως ξεκινάει από το δέρμα, την ουρήθρα ή τον πρωκτό.

Η εξέλιξη της νόσου είναι ταχύτατη, ιδίως δε σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει προδιαθεσικός παράγοντας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, με συνέπεια τη μετάπτωση σε σήψη, βαριά σήψη, σηπτική καταπληξία και, όχι σπανίως, στο θάνατο.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής άρρεν 39 ετών, ηπατίτιδα C (+), την περίοδο που το νοσοκομείο βρίσκεται σε ειδικό καθεστώς πρωτοκόλλου COVID-19, προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» τον 12/2020 με εκτεταμένη γάγγραινα FOURNIER στο όσχεο και την μηροβουβωνική περιοχή άμφω.

Αποτέλεσμα: Από τις εργαστηριακές εξετάσεις ανευρέθησαν τα εξής: U/S όσχεου: αμφοτερόπλευρη εκσεσημασμένη πάχυνση χιτώνων οσχέου, ευρήματα συμβατά με φλεγμονή. Συλλογή υγρού δεξιά, U/S Νεφρών - Ουροδόχου: Αρ. Νεφρός 11,5 εκ., ήπια διάταση ΠΚΣ, ουροδόχου κύστης υπερπληρωμένη (>700 κ.εκ.), CRP 70,2, WBC 29.88, CREA 2,4, Na 132, OYRIA 190, LDH 39,7. Ο ασθενής προχώρησε σε 11 χειρουργικές επεμβάσεις. Η αρχική επέμβαση ήταν άμεση και επείγουσα την ημέρα της εισαγωγής, όπου πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός Βουβωνικής χώρας Όσχεος Γάγγραινας FOURNIER από τους Ουρολόγους και Πλαστικούς Χειρουργούς του Νοσοκομείου. Ύστερα ο ασθενής υποβλήθηκε σε πολλαπλούς χειρουργικούς καθαρισμούς κοιλιακής χώρας, εκτομή (ΑΡ) όρχεος και ολική βουβωνική λεμφαδενεκτομή άμφω, τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων μερικού πάχους από το έσω και έξω (ΔΕ) και (ΑΡ) μηρού, συνθετικά δερματικά Μοσχεύματα NEVELIA. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής υποβλήθηκε σε καλλιέργειες τραύματος, πύον και αιμοκαλλιέργειες καθώς είχε αποικιστεί με παθογόνους μικροοργανισμούς και παρουσίαζε σημάδια μόλυνσης και εμπύρετου. Σε όλες τις καλλιέργειες πάρθηκαν κατάλληλα αντιβιοτικά σχήματα για την καταπολέμηση των λοιμώξεων σύμφωνα με ειδικά αντιβιογράμματα.

Συμπέρασμα: Η γάγγραινα Fournier θεωρείται επείγον ουρολογικό περιστατικό. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση. Η επιτυχία της και η πρόγνωση της νόσου γενικότερα εξαρτώνται από την κατά το δυνατόν έγκαιρη διάγνωση.

Ο μέσος όρος θνητότητας είναι περίπου 20%, γενικότερα όμως, κυμαίνεται μεταξύ 7-75%. Υψηλότερα ποσοστά θνητότητας εμφανίζουν κυρίως άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως οι διαβητικοί και οι χρόνια αλκοολικοί.

Ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 3 μήνες νοσηλείας με εργαστηριακές εξετάσεις.

WBC 7.15, CRP 0.6, CREA 0.6, Na 143, K 4.4, CKMB 40, INR 0.94.

