ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1835

# 51ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο

**22-24 ΜΑΪΟΥ 2025**

Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών

Χορηγούνται 24 Ευρωπαϊκά Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (European CME credits / ECMECs) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

## ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ - 1925

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

Η Οργανωτική Επιτροπή του **51ου ΕΠΙΣ** ευχαριστεί θερμά όλους τους συγγραφείς των ερευνητικών εργασιών οι περιλήψεις των οποίων υποβλήθηκαν προς κρίση στο πλαίσιο του Συνεδρίου.

Οι περιλήψεις από τον αριθμό 1-118 ανακοινώθηκαν προφορικά και από 119-309 αναρτήθηκαν ως e-posters.

## Διοικητικο Συμβουλιο Ιατρικης Εταιρειας Αθηνων

**και**

## Οργανωτικη Επιτροπη 51ου ΕΠΙΣ

*Πρόεδρος:* Ε. Θηραιος

*Αντιπρόεδρος:* Ν. Αρκαδοπουλος

*Γεν. Γραμματέας:* Αικ. Μαραθια

*Ειδ. Γραμματέας:* Δ. Βασιλοπουλος

*Ταμίας:* Λ. Ραλλιδης

*Μέλη:* Α. Αρδαβανης
Ε. Γρουζη
Δ. Μπουμπας
Σ. Παπαγεωργιου

# Επιτροπη Προγραμματος

Ε. Αγγελοπουλου
Δ. Αγγουρας
Κ. Αθανασακης
Α. Αργυρακη
Β. Βαντάλη
Π. Βασιλειου
Ν. Βιαζης
Δ. Βλαχακος
Ν. Βραχνης
Σ. Γερακαρη
Ε. Γεωργακιλα
Ε. Γιαννιτσιωτη
Κ. Γιαννοπουλου
Γ. Δαφουλας
Α. Δελιδης
Γ. Ζωγραφος
Ν. Θωμακος
Μ. Καλοειδας
Σ. Καραμπελα
Χ. Καρανικας
Ε. Καροφυλακης
Ε. Καστριτης
Α. Κατουλης
Δ. Κοκκινος
Π. Κουλουβαρης
Ε. Κραββαριτη
Σ. Κυκαλος
Δ.-Μ. Κυριαζη
Β. Λαμπαδιαρη
Χ. Λιονης
Σ. Λουκιδης
Ι. Μαργαρης
Α. Μαριολης
Α. Μαυρογιαννακη
Α. Μπερλερ
Π. Μυριανθεας
Κ. Μυστακιδου-Γκινη
Η. Νικολαϊδου
Σ. Παπαγεωργιου
Δ. Παπαγιαννης
Β. Παπαευαγγελου
Γ. Παπαθεοδωριδης
Ν. Παπανικολαου
Ι. Παπατριανταφυλλου
Α. Πελεκανου
Μ. Πεππα
Κ. Πετροπουλου
Α. Πεφανης
Γ. Πισσακας
Α. Πιτταρας
Ε. Πλατσουκα
Ε. Πολυζωγοπουλου
Δ. Σανουδου
Π. Σκαπινακης
Π. Σκλαβουνος
Ι. Σκραπαρη
Ε. Σμυρνακης
Ε. Σολωμου
Κ. Σουλιωτης
Σ. Σπηλιοπουλος
Θ. Στρατηγου
Ε. Συμβουλακης
Α. Τατσιωνη
Ν. Τεντολουρης
Β. Τζαβαρα
Δ. Τσακλακιδου
Α. Τσερκεζογλου
Σ. Τσικρικα
Π. Τσιριγωτης
Α. Τσιρογιαννη
Γ. Τσουρουφλης
Δ. Φιλιππιαδης
Γ. Χαραλαμπους
Ε. Χαρμανδαρη
Α. Χατζηιωαννου
Ε. Χατζηραλλη
Α. Ψυρρη

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ - 1925

# ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

# ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 51ου ΕΠΙΣ ευχαριστεί θερμά όλους τους συγγραφείς των ερευνητικών εργασιών οι περιλήψεις των οποίων υποβλήθηκαν προς κρίση στο πλαίσιο του Συνεδρίου. Από αυτές βραβεύονται οι ακόλουθες.

## ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

### Α' ΒΡΑΒΕΙΟ

**13** ΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΣΤΙΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Λ. Παπαγεωργίου[1], Κ. Τομαρά[1], Τ. Θηραίου[2], Ε. Κόνιαρη[3], Κ. Χατζηαγαπίου[4], Β. Κάντα[1], Α. Ανδρέου[2], Κ. Γιώτη[1], Η. Ηλιόπουλος[2], Α. Μπελούκας[1], Δ. Χανιώτης[1]

*[1]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, ΠΑΔΑ, [2]Τμήμα Βιοτεχνολογίας, ΓΠΑ, [3]Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, ΕΚΠΑ, [4]Γ' Παιδιατρική Κλινική, Μονάδα Παιδο-ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού & Διαβήτη, ΠΓΝ «Αττικόν»*

### Β' ΒΡΑΒΕΙΟ

**110** ΝΑΝΟΦΥΣΑΛΙΔΕΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ: ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ IN VIVO ΜΕΛΕΤΗΣ

Α. Ντεντάκη[1], Δ. Ντεντάκης[1,2], Ε. Δελαβόγια[3], Π. Σερίδου[1], Ζ. Κόλλια[4], Ν. Σφακιανός[5], Π. Καταφυγιώτης[6], Δ. Βενιέρη[1], Ν. Αρκαδόπουλος[6,7], Ν. Καλογεράκης[1]

*[1]Σχολή Χημικών Μηχανικών και Μηχανικών Περιβάλλοντος, Πολυτεχνείο Κρήτης, Χανιά, Ελλάδα, [2]Retina Service, Department of Ophthalmology, Massachusetts Eye and Ear, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America, [3]Department of Pediatrics, Mass General for Children, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America, [4]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Ελλάδα, [5]Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, Ελλάδα, [6]Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Ελλάδα, [7]ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα, Ελλάδα*

### ΕΠΑΙΝΟΣ

**10** ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ HLA-G ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΝΟΣΟΡΡΥΘΜΙΣΗ

Π. Σιμωνόπουλος[1,2], Π. Χριστοφή[1,3], Β. Παπαγεωργίου[1,4], Π. Παπαδόπουλος[1,4], Ν. Βασιλούδης[1,4], Ι. Σακελλάρη[1], Α. Γαλάνης[2], Ν. Ψαθά[4], Ε. Γιαννάκη[1], Α. Παπαδοπούλου[4]

*[1]ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [2]Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, [3]Πανεπιστήμιο Πατρών, [4]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

### ΕΠΑΙΝΟΣ

**66** ΟΙ ΜΗΧΑΝΟ-ΕΠΑΓΟΜΕΝΕΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΝΕΣ ΠΥΡΟΔΟΤΟΥΝ ΟΓΚΟΓΟΝΑ ΜΟΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Α. Γιαννοπούλου[1], Π. Σαράντης[1], Π. Κορκολοπούλου[2], Χ. Πιπέρη[1], Ε. Λακιωτάκη[2], Α. Στόφας[2], Σ. Κορφιάς[3], Ε. Παπαδόπουλος[4], Ε. Μποβιάτσης[4], Ε. Μπάσδρα[1], Α. Γαργαλιώνης[5], Α. Παπαβασιλείου[1]

*[1]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, [3]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Β' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική και Νευροτραυματιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα, [5]Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα*

### ΕΠΑΙΝΟΣ

**8** ΤΟ ΜΙΚΡΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΟΔΟ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Ρ. Κυρικλάκη[1], Ν. Πουλής[1], Π. Μπακούρος[1], Α. Αρχαύλη[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Γ. Δημητρακοπούλου[1], Ε. Καστρίτης[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Ε. Τέρπος[2]
*[1]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

## ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΕΡΕΥΝΑ

### Α' ΒΡΑΒΕΙΟ

**1** ΕΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ Γ-ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΙΚΡΟ ΜΟΡΙΟ UM171 ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ Β-ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΩΝ

Ι. Βαλλιάνου[1], Μ. Νότα[1,2], Γ. Μπόλης[1], Α. Γεωργακοπούλου[1], Π. Χριστοφή[1,2], Κ. Πασχούδη[1,2], Ν. Βασιλούδης[1,2], Ι. Σακελλάρη[1], Ν. Ψαθά[2], Ε. Γιαννάκη[1,3]
*[1]Αιματολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [2]Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ, [3]University of Washington*

### Β' ΒΡΑΒΕΙΟ

**41** ΕΞΥΠΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΟΜΙΚΩΝ, ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. Βιδάκης[1], Χ. Καρανίκας[2], Β. Τσούκας[2], Ν. Μελανίτης[1], Χ. Χατζηχρήστος[1]
*[1]AINIGMA Technologies, [2]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

### ΕΠΑΙΝΟΣ

**61** ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Μουγάκου[1], Ι. Μιχελάκης[2], Μ. Κωστοπούλου[1], Δ. Μεταξάς[1], Δ. Παπανικολάου[1], Π. Πανταζή[3], Α. Λιονή[1], Β. Τζαβάρα[1]
*[1]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., [2]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», [3]Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο»Ε.Ε.Σ.*

### ΕΠΑΙΝΟΣ

**37** ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ "ΒΑΡΟΜΕΤΡΟΥ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ»

Α. Θεοδώρου[1,2], Χ. Παπαϊωάννου[1,3], Κ. Ροδίτης[1,4,5,6], Σ. Τσιαπακίδου[1,7], Χ. Πάνου[1,8], Β. Γιωργαλλά[1,9], Ε. Κουτσοστάθης[1,10], Ν. Γαλανάκης[1,11], Χ. Βαβουρανάκης[1,12]
*[1]Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, [2]Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [4]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», [5]Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [6]European Junior Doctors Association (EJD), Βρυξέλλες, Βέλγιο, [7]Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ, [8]Παιδιατρικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο», [9]Ιατρός, Λεμεσός, Κύπρος, [10]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΝΘΑ «Σωτηρία», [11]Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, ΠΑ.Γ.Ν.Η., Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, [12]Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Πρόεδρος Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών & Μέλος Δ.Σ., Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.)*

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ - 1925

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

### 1. ΕΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ Γ-ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΙΚΡΟ ΜΟΡΙΟ UM171 ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ Β-ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΩΝ

Ι. Βαλλιάνου[1], Μ. Νότα[1,2], Γ. Μπόλης[1], Α. Γεωργακοπούλου[1], Π. Χριστοφή[1,2], Κ. Πασχούδη[1,2], Ν. Βασιλούδης[1,2], Ι. Σακελλάρη[1], Ν. Ψαθά[2], Ε. Γιαννάκη[1,3]

*[1]Αιματολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [2]Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ, [3]University of Washington*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι αναστολείς της απομεθυλάσης LSD1 έχει πρόσφατα δειχθεί ότι επάγουν την έκφραση της γ-σφαιρίνης (HBF), η επανενεργοποίηση της οποίας συνιστά αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση στις β-αιμοσφαιρινοπάθειες. Παράλληλα, το μικρό μόριο UM171 προάγει την έκπτυξη των αιμοποιητικών στελεχιαίων κυττάρων (HSCs) απομεθυλιώνοντας και στη συνέχεια αποικοδομώντας την Lysine-Specific Histone Demethylase 1A (LSD1). Διερευνούμε εδώ, την πιθανή έμμεση επαγωγή της έκφρασης γ-σφαιρίνης σε εκπτυγμένα HSCs, με χρήση UM171.

**ΥΛΙΚΟ:** CD34+ κύτταρα από κινητοποιημένο περιφερικό αίμα υγιών δοτών και ασθενών με β-θαλασσαιμία, εκπτύχθηκαν παρουσία του UM171 και καλλιεργήθηκαν σε μέσο ερυθροειδικής διαφοροποίησης. Η επίδραση του UM171 στον ανοσοφαινότυπο (CD235a, CD71) των ερυθροκυττάρων και στα επίπεδα της HBF αξιολογήθηκε με κυτταρομετρία ροής. Το προφίλ της έκφρασης επιλεγμένων γονιδίων ελέγχθηκε με qPCR arrays.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το UM171 αύξησε σημαντικά την έκπτυξη των HSCs (CD34+/CD38-/CD90+, p≤0.02). Επίσης, μείωσε σημαντικά την έκφραση ερυθροειδικών γονιδίων (GATA1, KLF1, LMO2, E2F4, CD36, CD105) ενώ φάνηκε να καθυστερεί, με δοσοεξαρτώμενο τρόπο, την ερυθροειδική διαφοροποίηση. Συγκεκριμένα, μείωσε σημαντικά τα CD235a+ και CD71+ κύτταρα την ημέρα 4 της ερυθροειδικής καλλιέργειας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (p< 0.0001 και p=0.045, αντίστοιχα), το οποίο επιβεβαιώθηκε και μορφολογικά σε κυτταροφυγοκεντρήματα. Αξιοσημείωτα, το UM171 αύξησε την έκφραση της γ-σφαιρίνης τόσο στα υγιή όσο και στα θαλασσαιμικά ερυθροκύτταρα (p =0.016 και p=0.068, αντίστοιχα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα παραπάνω αποτελέσματα υποδεικνύουν το UM171 ως επαγωγέα της ενδογενούς γ-σφαιρίνης, πέραν της αποδεδειγμένης δράσης του στην έκπτυξη των HSCs. Η διπλή του ιδιότητα το καθιστά πολλά υποσχόμενο μόριο για τη γονιδιακή θεραπεία των ασθενών με β-θαλασσαιμία ή δρεπανοκυτταρική αναιμία.

## 2. ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΝΕΩΝ ΜΟΝΩΤΩΝ ΧΡΩΜΑΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ν. Βασιλούδης[1,2], Φ. Αντωνίου[1], Κ. Πασχούδη[1,2], Γ. Γεωργολόπουλος[1], Χ. Μπέτα[1,2], Α. Κίρτσου[2], Ε. Διρχαλίδου[1], Π. Παπαγιάννη[2], Α. Παπαλεξανδρή[2], Μ. Κούτρα[2], Ι. Σακελλάρη[2], Ε. Γιαννάκη[2,3], Ν. Ψαθά[1]
*[1]Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ, [2]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Γ.Παπανικολάου», [3]University of Washington*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η γονιδιακή θεραπεία έχει αναμφισβήτητα σημειώσει σημαντική πρόοδο στη θεραπεία ασθενειών που θεωρούνταν ανίατες. Ωστόσο, η πιθανή αποσιώπηση των θεραπευτικών διαγονιδίων ή/και η γενοτοξικότητα λόγω ενσωμάτωσης των ιικών φορέων στο γονιδίωμα, παραμένουν ως προκλήσεις ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της μεθόδου. Η ενσωμάτωση μονωτών χρωματίνης στους ιικούς φορείς, προτείνεται ως στρατηγική αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων λόγω της δράσης τους να αποτρέπουν την εξάπλωση της ετεροχρωματίνης και να απομονώνουν λειτουργικά τα θεραπευτικά γονίδια από γειτονικά ρυθμιστικά στοιχεία, διασφαλίζοντας σταθερή γονιδιακή έκφραση (μονωτές barrier) ή/και προστατεύοντας από φαινόμενα εισχωρητικής μεταλλαξιγένεσης (μονωτές enhancer-blocking).
**ΥΛΙΚΟ:** Για την αναγνώριση και ταυτοποίηση νέων μονωτών χρωματίνης, αναπτύξαμε μια καινοτόμο πειραματική πλατφόρμα. Δημιουργήσαμε μια κυτταρική σειρά που εκφράζει στην ασφαλή περιοχή AAVS1, μέσω στοχευμένης ένθεσης με CRISPR/Cas9, ένα γονίδιο αναφοράς (GFP) υπό τον έλεγχο ενός ασθενούς υποκινητή και ενός ισχυρού ενισχυτή, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλεται η υποψήφια αλληλουχία μονωτή. Η λειτουργία μιας αλληλουχίας ως μονωτή χρωματίνης αναμένεται να μπλοκάρει την ενεργοποίηση του υποκινητή από τον ενισχυτή (εφόσον παρεμβάλλεται ανάμεσά τους) μειώνοντας ανάλογα την GFP έκφραση. Η ορθή λειτουργία του συστήματος επικυρώθηκε αξιολογώντας δύο πρόσφατα ταυτοποιημένους μονωτές χρωματίνης, με δράση enhancer-blocking, τον A2, με ισχυρή δράση και τον C1, με ασθενή δράση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επικυρώνοντας την προτεινόμενη πλατφόρμα ως στρατηγική ταυτοποίησης νέων μονωτών, στην παρούσα μελέτη, ο A2 προκάλεσε ισχυρή μείωση της μέσης έντασης GFP φθορισμού από 4885,6 σε 2756,8 (43,98%) ενώ ο C1 προκάλεσε ασθενή μείωση από 4031,5 σε 3524,6 (18,06%).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μελλοντικά, η μέθοδος αυτή μπορεί να συμβάλει στη συστηματική ανακάλυψη συνθετικών ή φυσικών μονωτών για βέλτιστα αποτελέσματα στις κλινικές εφαρμογές γονιδιακής θεραπείας.

## 3. ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ, ΕΡΥΘΡΟΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΤΥΞΗ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΙΑΙΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ Β-ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΩΝ

Ζ. Σγουρομάλλη[1,2], Α. Κίρτσου[1,2], Κ. Πασχούδη[1,2], Ν. Βασιλούδης[1,2], Φ. Αντωνίου[1,2], Α. Παναγιώτου[1,2], Μ. Γιαννάκη[2], Ε. Βλαχάκη[3], P. Sova[4], Ι. Σακελλάρη[2], T. Papayannopoulou[5], Ε. Γιαννάκη[2,5], Ν. Ψαθά[1]

*[1]Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ, [2]Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, [3]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», [4]Altius Institute, Seattle, USA, [5]University of Washington, Seattle, USA*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η γονιδιακή θεραπεία αποτελεί πλέον θεραπεία ίασης για τις β-αιμοσφαιρινοπάθειες. Ωστόσο, η μη αποτελεσματική διαμόλυνση των αιμοποιητικών στελεχιαίων κυττάρων (HSCs) με τους ιικούς φορείς β-/γ-σφαιρίνης και κατ'επέκταση η ανάγκη ενσωμάτωσης μεγάλου αριθμού ιικών αντιγράφων/κύτταρο για ενίσχυση της έκφρασης του θεραπευτικού διαγονιδίου, αυξάνει τον κίνδυνο γενοτοξικότητας. Μία επιλεκτική, ερυθροειδική έκπτυξη γενετικά τροποποιημένων HSCs, δυνητικά θα ξεπερνούσε τους παραπάνω περιορισμούς.
**ΥΛΙΚΟ**: Αναπτύξαμε νέους ιικούς φορείς, που φέρουν το shRNA του καταστολέα της γ-σφαιρίνης BCL11A, την κασέτα θετικής επιλογής *FKBP$^{F36V}$-MPL* η οποία ενεργοποιείται παρουσία AP20187 και οδηγεί σε επιλεκτική έκπτυξη των γενετικά τροποποιημένων ερυθροκυττάρων, έναν μονωτή χρωματίνης (C1) και ένα γονίδιο αναφοράς (GFP). Η έκφραση του διαγονιδίου ελέγχεται από έναν μικρού μεγέθους, ισχυρό ερυθροειδικό ενισχυτή. Μετά τη διαμόλυνση, HSCs από υγιείς δότες (ND), ασθενείς με β-θαλασσαιμία (THAL) και δρεπανοκυτταρική νόσο (SCD), καλλιεργήθηκαν με ή χωρίς AP20187. Αξιολογήθηκαν με κυτταρομετρία ροής και HPLC, η αποτελεσματικότητα της διαμόλυνσης, η έκπτυξη των ερυθροκυττάρων κατά την ex vivo διαφοροποίηση και η έκφραση της γ-σφαιρίνης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η αποτελεσματικότητα της διαμόλυνσης έφθασε στο 30%. Η παρουσία AP20187, στο τέλος της ερυθροειδικής διαφοροποίησης, αύξησε 2,8±1,6 φορές τα γενετικά τροποποιημένα κύτταρα καθώς και την αναλογία γ-σφαιρίνης/β-like-σφαιρίνες σε σχέση με την απουσία AP20187 (ND:0,3 vs 0,18, SCD:0,6 vs 0,41, THAL:3,49 vs 2,25, p=0,0001). Η AP20187-διαμεσολαβούμενη έκπτυξη ήταν ερυθροειδική ακόμη και χωρίς ερυθροποιητίνη, καθώς τα διορθωμένα κύτταρα αυξήθηκαν 58,5±26,5 φορές σε μέσο μυελοειδικής διαφοροποίησης, διατηρώντας αμιγώς ερυθροειδικό φαινότυπο.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**:Οι νέοι φορείς που φέρουν την κασέτα *FKBP$^{F36V}$-MPL* επιτρέπουν ταυτόχρονα, την επιλεκτική έκπτυξη των διορθωμένων ερυθροκυττάρων και την αύξηση της έκφρασης της γ-σφαιρίνης, προτείνοντας μια εναλλακτική προσέγγιση γονιδιακής θεραπείας που θα μπορούσε να ξεπεράσει τους τρέχοντες περιορισμούς της μεθόδου.

## 4. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Χ. Χατζηχριστοφή[1], Ν. Τσακιράκης[1], Π. Ρουσάκης[1], Χ. Παντελή[1], Ε. Καστρίτης[2], Ε. Τέρπος[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Ι. Κωστόπουλος[1]

*[1]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η επίτευξη αρνητικής ελάχιστης υπολειπόμενης νόσου (MRD-) μετά από θεραπεία, αποτελεί ισχυρό βιοδείκτη καλής πρόγνωσης στο Πολλαπλούν Μυέλωμα (ΠΜ). Ωστόσο η επίτευξη MRD- μία δεδομένη στιγμή δεν εγγυάται την παρατεταμένη ύφεση της νόσου. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση του δυναμικού χαρακτήρα της MRD και πώς οι ενδεχόμενες αλλαγές της MRD μπορούν να επηρεάσουν τη σύσταση του μικροπεριβάλλοντος του μυελού των οστών (ΜΟ).
**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκαν 1836 έλεγχοι MRD με το καθιερωμένο πρωτόκολλο NGF σε 340 ασθενείς με ΠΜ. Ο μέσος αριθμός ελέγχων MRD ήταν 5 ανά ασθενή, το διάμεσο διάστημα μεταξύ 2 διαδοχικών ελέγχων 8 μήνες και ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 48 μήνες. Με το ίδιο πρωτόκολλο αναλύθηκε και η σύσταση του ΜΟ σε κάθε έλεγχο MRD.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 36% των ασθενών παρουσίασαν αλλαγές στο προφίλ της MRD, με αυτούς που άλλαξαν από MRD- σε MRD+ να σημειώνουν 4-φορές υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής σε σχέση με αυτούς που παρέμειναν MRD-. Αντίθετα, οι ασθενείς που πέτυχαν στην πορεία της νόσου MRD- από ένα αρχικό MRD+ προφίλ, έδειξαν το ίδιο προγνωστικό όφελος με αυτούς που ήταν εξαρχής και συνεχόμενα MRD-. Οι αλλαγές από το αρχικό MRD- σε MRD+ προφίλ συσχετίστηκαν με αύξηση στα επίπεδα των NK/NKT κυττάρων και του λόγου μνημονικών/παρθένων Β λεμφοκυττάρων στο ΜΟ.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι δυναμικές αλλαγές στην MRD επιφέρουν διαφορετική πρόγνωση απ'ότι ένα σταθερό προφίλ MRD και επομένως η MRD θα πρέπει να αξιολογείται περιοδικά. Οι αλλαγές στην MRD συνοδεύονται από συγκεκριμένες αλλαγές στη σύσταση του ΜΟ που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν σημαντικούς βιολογικούς μηχανισμούς της εξέλιξης του ΠΜ.
**Χρηματοδότηση:** Multiple Myeloma Research Foundation (MMRF)-2022 Research Fellow Award.

## 5. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΟ ΜΥΕΛΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Ν. Πουλής[1], Ρ. Κυρικλάκη[1], Π. Μπακούρος[1], Α. Αρχαύλη[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Σ. Μαγκούτα[2], Δ. Βερούτης[2], Κ. Μπαξεβάνης[1], Α. Κοτσίνας[2], Μ. Δημόπουλος[3], Ε. Τέρπος[3], Ε. Καστρίτης[3], Β. Γοργούλης[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1]

*[1]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, [2]Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Το πολλαπλούν μυέλωμα (ΠΜ) χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση κλωνικών πλασματοκυττάρων στο μυελό των οστών (ΜΟ) και εξελίσσεται από τη μονοκλωνική γαμμαπάθεια αδιευκρίνιστης σημασίας (MGUS) και το ασυμπτωματικό μυέλωμα (sMM). Όμως, μόνο ένα μικρό ποσοστό από τα στάδια αυτά θα εξελιχθεί σε κλινικό ΠΜ, χωρίς να είναι γνωστοί οι αιτιοπαθολογικοί μηχανισμοί. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η κυτταρική γήρανση των κλωνικών κυττάρων και βασικών πληθυσμών του μικροπεριβάλλοντος του ΜΟ στα προκλινικά στάδια και το ΠΜ.

**ΥΛΙΚΟ**: Η ανίχνευση των γηρασμένων κυττάρων πραγματοποιήθηκε σε δείγματα ΜΟ από ασθενείς με MGUS, sMM και ΠΜ, με κυτταρομετρία ροής και μικροσκοπία φθορισμού, χρησιμοποιώντας το φθορίζον ανάλογο του Sudan Black-B, GLF16, το οποίο προσδένεται στον χαρακτηριστικό δείκτη γήρανσης λιποφουσκίνη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Τα κλωνικά πλασματοκύτταρα παρουσίασαν υψηλότερη συσσώρευση λιποφουσκίνης σε σύγκριση με τα ώριμα Τ, Β και ΝΚ κύτταρα του ΜΟ. Στα πρόδρομα Β κύτταρα ανιχνεύθηκαν αμελητέες τιμές φθορισμού στο GLF16 και λειτούργησαν ως εσωτερικός αρνητικός μάρτυρας. Ακόμα, η μέση ένταση φθορισμού (MFI) στο GLF16 των κλωνικών πλασματοκυττάρων ήταν 1,4-1,6 φορές υψηλότερη από των φυσιολογικών πλασματοκυττάρων, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφορές κατά την εξέλιξη της νόσου από MGUS σε ΠΜ. Δεν εντοπίστηκαν διαφορές στις τιμές MFI του GLF16 για τους υπόλοιπους ανοσολογικούς πληθυσμούς μεταξύ των προκλινικών σταδίων και του ΠΜ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η κυτταρική γήρανση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην καρκινογένεση. Το GLF16 αποτελεί εξειδικευμένο εργαλείο για τη μελέτη της γήρανσης στα κλωνικά πλασματοκύτταρα, τα επίπεδα της οποίας ενδέχεται να έχουν προγνωστική και προβλεπτική κλινική αξία.

**Χρηματοδότηση**: HORIZON-MISS-2021-CANCER-02-03, αρ. έργου 101097094, ακρωνύμιο ELMUMY

## 6. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΑ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ-PSTS ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ι. Κυριάκου[1], Μ. Γιαννάκη[1], Γ. Καραβαλάκης[1], Φ. Σταυρίδου[1], Χ. Πανταζή[2], Ι. Βαλλιάνου[1], Ι. Μαυρίκου[1], Ι. Σακελλάρη[1], Α. Παπαδοπούλου[2], Ε. Γιαννάκη[1]

*[1]Αιματολογικό Τμήμα-ΜΓΚΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, [2]Τμήμα Βιολογίας, ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ευκαιριακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας μετά αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (HCT). Παρουσιάζουμε αποτελέσματα δύο κλινικών μελετών χορήγησης Τ-λεμφοκυττάρων τριπλής και πενταπλής ειδικότητας κατά παθογόνων [Epstein Barr-EBV, κυτταρομεγαλοϊού-CMV, BKV ή/και επιπρόσθετα, αδενοϊού-AdV και Aspergillus fumigatus-AF, αντίστοιχα], σε ασθενείς μετά απλοταυτόσημη HCT.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα pSTs παρήχθησαν σε GMP συνθήκες διεγείροντας μονοπύρηνα κύτταρα του δότη με μίγμα πεπτιδίων των αντιγόνων-στόχων και καλλιέργεια 10 ημερών. Τα pSTs χορηγούνταν μετά από φαινοτυπικό, λειτουργικό και μικροβιολογικό έλεγχο, επί εμφάνισης λοίμωξης από τα παθογόνα-στόχους και εφόσον οι ασθενείς δεν ελάμβαναν κορτικοειδή ≥0.5mg/kg. Το ιικό φορτίο και η ειδική ανοσιακή αποκατάσταση παρακολουθούνταν με Q-PCR και Elispot, αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα προϊόντα περιείχαν κλινικά σημαντικό αριθμό Τ-λεμφοκυττάρων (έκπτυξη 7 φορές), ήταν πολυκλωνικά [CD4+(50.9±3%), CD8+(41.7±3%)] και εξέφραζαν δείκτες μνήμης (CD45RA-CD62L+:40.4±4%; CD45RA-CD62L-:43.5±4%). Τριάντα ασθενείς έλαβαν $2x10^7$pSTs/$m^2$ για 39 λοιμώξεις, ιαιμίες [16 (CMV n=5, EBV n=11)] ή/και ιικές νόσους [23 (CMV n=5, EBV n=4, BKV n=14)], μονήρεις (n=21/30) ή πολλαπλές (≥2, n=8/30). Η έγχυση ήταν ασφαλής και οδήγησε σε 31 πλήρεις και 8 μερικές υφέσεις (CR 79.5%, PR 20.5%), χωρίς πρόσθετη ή με σύντομης διάρκειας αντιϊκή θεραπεία σε 12/39 και 8/39 λοιμώξεις, αντίστοιχα. Αξιοσημείωτα, 7 προηγουμένως ανθεκτικές στην αντιϊκή θεραπεία λοιμώξεις, ανταποκρίθηκαν στη χορήγηση (CR n=3, PR n=4). Κατά την παρακολούθηση, 18/30 ασθενείς εμφάνισαν 22 αναζωπυρώσεις εκ των οποίων οι 6, δεν χρειάστηκαν πρόσθετη αντιϊκή θεραπεία, ενώ σε 5 ασθενείς επαναχορηγήθηκαν pSTs λόγω εξασθένησης της λεμφοκυτταρικής έκπτυξης ως συνέπεια χορήγησης ισχυρής ανοσοκαταστολής μετά την έγχυση. 21/22 αναζωπυρώσεις ελέγχθηκαν (CR 77%, PR 18%) ενώ μία CMV πνευμονία σε έναν ασθενή υπό τριπλή ανοσοκαταστολή παρέμεινε σταθερή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ειδική Τ-ανοσοθεραπεία είναι ασφαλής και αποτελεσματική στις ευκαιριακές λοιμώξεις μετά allo-HCT, ελαχιστοποιώντας ή αποτρέποντας την ανάγκη φαρμακοθεραπείας και ελέγχοντας μακροπρόθεσμα τις αναζωπυρώσεις.

## 7. ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΟΥ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΜΕ ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ – CYTOF

Κ. Μίσκιβ[1,2], Π. Μπακούρος[2], Χ. Λιάκου[3], Ε. Καστρίτης[3], Μ. Δημόπουλος[3], Ο. Τσιτσιλώνη[2], Ι. Κωστόπουλος[2], Ν. Πασχαλίδης[1]

*[1]Εργαστήριο Κυτταρομετρίας Μάζας, ΙΙΒΕΑΑ, [2]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το πολλαπλό μυέλωμα (ΜΜ) αποτελεί το κλινικό στάδιο εξέλιξης της μονοκλωνικής γαμμαπάθειας αδιευκρίνιστης σημασίας (MGUS) και του ασυμπτωματικού μυελώματος (sMM), και σχετίζεται άρρηκτα με τροποποιήσεις στο ανοσολογικό μικροπεριβάλλον του μυελού των οστών. Προκειμένου να αναδειχτεί ο ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος στην πρόοδο της νόσου, πραγματοποιήθηκε διεξοδική ανοσοφαινοτύπιση των ανοσοκυττάρων στα στάδια της νόσου με πολυπαραμετρική κυτταρομετρία.

**ΥΛΙΚΟ:** Απομονώθηκαν εμπύρηνα κύτταρα από μυελό των οστών και περιφερικό αίμα νεο-διαγνωσθέντων ασθενών για MGUS, sMM και ΜΜ και σημάνθηκαν με 47 αντισώματα έναντι ενδοκυττάριων και εξωκυττάριων δεικτών για την ταυτοποίηση του κυτταρικού τύπου, της λειτουργίας και ενεργότητας. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση με πολυπαραμετρική κυτταρομετρία μάζας (Cytometry by Time-of-Flight, CyTOF), μιας υβριδικής τεχνολογίας κυτταρομετρίας ροής-φασματομετρίας μάζας που επιτρέπει την ταυτόχρονη ανάλυση έως και 135 παραμέτρων με αντισώματα συζευγμένα με βαρέα μέταλλα. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τους αλγορίθμους FlowSOM και UMAP σε περιβάλλον προγραμματισμού R.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Χρησιμοποιώντας προηγμένους υπολογιστικούς αλγορίθμους, εντοπίστηκαν φαινοτυπικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των ασθενών. Μια πιλοτική ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με ΜΜ με υψηλά ποσοστά κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων (CTCs) είχαν υψηλότερα ποσοστά $CD11c^+CD14^+CD38^+$ μυελικών κυττάρων σε σύγκριση με τους ασθενείς με MGUS και sMM, οι οποίοι είχαν υψηλά ποσοστά $CXCR3^+CCR4^+$ NK κυττάρων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανοσοφαινοτύπιση με CyTOF ανέδειξε κυτταρικούς υποτύπους, ως πιθανούς βιοδείκτες μεταβολής του ανοσολογικού δυναμικού στα τρία στάδια της νόσου. Τα $CD11c^+CD14^+CD38^+$ μυελικά και $CXCR3^+CCR4^+$ NK κύτταρα, μπορεί να σχετίζονται με ανοσοκαταστολή και ιστο-ειδική επιτήρηση, αντίστοιχα. Η ολοκλήρωση της μελέτης, σε συνδυασμό με άλλες κυτταρικές, omics και βιοπληροφορικές αναλύσεις, θα οδηγήσει στην έγκαιρη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΜΜ.

## 8. ΤΟ ΜΙΚΡΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΟΔΟ ΤΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Ρ. Κυρικλάκη[1], Ν. Πουλής[1], Π. Μπακούρος[1], Α. Αρχαύλη[1], Ι. Κωστόπουλος[1], Γ. Δημητρακοπούλου[1], Ε. Καστρίτης[2], Μ. Δημόπουλος[2], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Ε. Τέρπος[2]

*[1]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το Πολλαπλούν Μυέλωμα (ΠΜ) είναι η 2η πιο συχνή αιματολογική κακοήθεια, στην οποία τα κλωνικά πλασματοκύτταρα συσσωρεύονται στο μυελό των οστών (ΜΟ). Το ΠΜ εξελίσσεται από τα ασυμπτωματικά στάδια MGUS (μονοκλωνική γαμμαπάθεια αδιευκρίνιστης σημασίας) και sMM (ασυμπτωματικό μυέλωμα), ενώ οι αιτιοπαθολογικοί μηχανισμοί που οδηγούν στη συμπτωματική νόσο είναι ακόμα άγνωστοι. Σκοπός μας ήταν η μελέτη της σύστασης του ΜΟ, του μικροπεριβάλλοντος δηλαδή των κλωνικών πλασματοκυττάρων, στα προκλινικά και στο κλινικό στάδιο της νόσου.

**ΥΛΙΚΟ**: Η ανάλυση του μικροπεριβάλλοντος του ΜΟ πραγματοποιήθηκε με πάνελ πολυχρωματικής κυτταρομετρίας ροής νέας γενιάς (NGF) σε 240 δείγματα ασθενών (80 από κάθε στάδιο MGUS, sMM, ΠΜ), που περιλαμβάνει τους δείκτες CD19, CD27, CD38, CD45, CD56, CD81, CD117, CD138, επιτρέποντας την αναγνώριση 17 κυτταρικών πληθυσμών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύσταση του μικροπεριβάλλοντος του ΜΟ μεταξύ των δύο προκλινικών σταδίων. Ωστόσο, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στα ποσοστά των Β και Τ λεμφοκυττάρων, και στα ποσοστά των φυσικών φονικών NK/NKT κυττάρων στο ΠΜ σε σχέση με τα δύο ασυμπτωματικά στάδια. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στο λόγο CD27+/CD27- Τ λεμφοκυττάρων και NK/NKT κυττάρων στο ΠΜ, σε σχέση με την MGUS και το sMM.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η σύσταση του μικροπεριβάλλοντος του ΜΟ διαφοροποιείται κατά τη μυελωματογένεση και συγκεκριμένες ανοσολογικές υπογραφές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για διαγνωστικούς και προγνωστικούς σκοπούς. Η μείωση στα ποσοστά των CD27+ Τ και NK/NKT λεμφοκυττάρων κατά την εξέλιξη της νόσου, θα μπορούσε να σχετίζεται με την ανοσογήρανση των πληθυσμών αυτών που πιθανά οδηγεί και στη λειτουργική τους ανεπάρκεια.

**Χρηματοδότηση**: HORIZON-MISS-2021-CANCER-02-03, αρ. έργου 101097094, ακρωνύμιο ELMUMY και SUB3, MIS 5184864, ακρωνύμιο ΕΔΙΜΟ.

## 9. ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΙ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΣΤΟ ΜΥΕΛΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΜΦΙΕΙΔΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ

Κ. Ταουξή[1], Τ. Καραϊσκου[1,2], Ι. Κωστόπουλος[2], Α. Παπαδόπουλος[1], Α. Παπαδήμου[1], Α. Κοτσίνας[3], Β. Γοργούλης[3], Ε. Τέρπος[1], Ο. Τσιτσιλώνη[2], Μ. Δημόπουλος[1], Ε. Καστρίτης[1]

*[1]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», [2]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [3]Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αμφιειδικά αντισώματα αποτελούν μια νέα θεραπεία για ασθενείς με υποτροπιάζον ή ανθεκτικό πολλαπλούν μυέλωμα (ΠΜ), ενεργοποιώντας και κατευθύνοντας και τα Τ-λεμφοκύτταρα έναντι των πλασματοκυττάρων που εκφράζουν αντιγόνα-στόχους (BCMA ή GPRc5D). Αναλύσαμε τους λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς στο μυελό των οστών (ΜΟ) και στο περιφερικό αίμα (ΠΑ) ασθενών με ΠΜ που λαμβάνουν αμφιειδικά αντισώματα. Επικεντρωθήκαμε στην ταυτοποίηση των λεμφοκυττάρων (Β-, Τ-, ΝΚ κύτταρα, κτλ), και στο χαρακτηρισμό της λειτουργικής κατάστασης αυτών, ιδιαιτέρως των Τ-λεμφοκυττάρων.

**ΥΛΙΚΟ:** Απομονώθηκαν μονοπύρηνα από ΜΟ και ΠΑ ασθενών με ΠΜ που έλαβαν teclistamab (CD3xBCMA) και αναλύθηκαν με κυτταρομετρία ροής φάσματος. Χρησιμοποιήθηκαν τρία panels αντισωμάτων: panel 1 (26 δείκτες), για την ταυτοποίηση και λειτουργική αξιολόγηση των κυριότερων λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών, panel 2 (15 δείκτες), για την ανάλυση των πλασματοκυττάρων και Τ-λεμφοκυττάρων, εισάγοντας τον καινοτόμο δείκτη ανοσογήρανσης GLF16, και panel 3 (6 δείκτες), για την έκφραση του BCMA στα πλασματοκύτταρα, μορίου-στόχου των αμφιειδικών αντισωμάτων, που φαίνεται να έχει ιδιαίτερο ρόλο στην ανταπόκριση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς με φτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία με teclistamab εμφάνιζαν ταυτόχρονα μείωση των ενεργοποιημένων Τ-κυττάρων και αύξηση των δυσλειτουργικών υποπληθυσμών τους (γηρασμένα, εξαντλημένα, ανεργικά Τ-κύτταρα). Τα επίπεδα έκφρασης του BCMA προ θεραπείας διέφεραν μεταξύ των ασθενών και μειώθηκαν σημαντικά μετά τη χορήγηση teclistamab.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αμφιειδικά αντισώματα μάλλον συνδέεται άμεσα με τη λειτουργική κατάσταση των λεμφοκυτταρικών πληθυσμών του ΜΟ και του ΠΑ, ιδιαίτερα των Τ-κυττάρων. Η μειωμένη ενεργοποίηση των Τ-κυττάρων και η παρουσία συγκεκριμένων κατασταλτικών πληθυσμών, επηρεάζουν την ανοσοαπόκριση και ενισχύουν την ανοσοδιαφυγή.

## ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

# 10. ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ HLA-G ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΝΟΣΟΡΡΥΘΜΙΣΗ

Π. Σιμωνόπουλος[1,2], Π. Χριστοφή[1,3], Β. Παπαγεωργίου[1,4], Π. Παπαδόπουλος[1,4], Ν. Βασιλούδης[1,4], Ι. Σακελλάρη[1], Α. Γαλάνης[2], Ν. Ψαθά[4], Ε. Γιαννάκη[1], Α. Παπαδοπούλου[4]

*[1]ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [2]Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, [3]Πανεπιστήμιο Πατρών, [4]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το HLA-G είναι ένα κρίσιμο ανοσορρυθμιστικό μόριο που προστατεύει το ημι-αλλογενές έμβρυο από ανοσολογική απόρριψη στην κύηση, ενώ αποσιωπάται επιγενετικά μετά τη γέννηση. Η επιγενετική επανενεργοποίηση του με στόχο την Τ-κυτταρική ανοσοθεραπεία μέσω CRISPR-ενεργοποίησης (CRISPR-activation/CRISPRa) χρησιμοποιώντας έναν βέλτιστο συνδυασμό τελεστή (CRISPRa-effector) και cis-ρυθμιστικού στοιχείου (CRE), θα μπορούσε να επάγει ανοσολογική ανοχή και να χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά.

**ΥΛΙΚΑ:** CREs του HLA-G γονιδίου [δύο περιοχές υποκινητή (PR1,PR2), και δύο ενισχυτή (ER1,ER2)], αναγνωρίστηκαν βάσει χαρακτηριστικών χρωματίνης και μετα-μεταφραστικών τροποποιήσεων ιστονών. Είκοσι RNA-οδηγοί (gRNAs) στόχευσης των CREs (5 gRNAs/CRE) σχεδιάστηκαν και συνδυάστηκαν με 4 συστήματα ενεργοποίησης CRISPRa που εξέφραζαν την dCas9 και έναν effector (VPR,MSK1,p300,SUNTAG). Τα gRNAs εισήχθησαν σε κυτταρική σειρά που εξέφραζε σταθερά τον εκάστοτε CRISPRa. Η HLA-G έκφραση μετρήθηκε με qRT-PCR και κυτταρομετρία ροής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 4 CRE-στόχους ή ενεργοποιητές μόνο ο συνδυασμός dCas9/VPR με τη gRNA βιβλιοθήκη στόχευσης του PR1 επήγε την έκφραση του HLA-G (138,348±19,340-φορές) έναντι της ομάδας ελέγχου σε μεταγραφικό και πρωτεϊνικό επίπεδο (21.8±3.1% vs 0.7±0.1%, p=0.0004), υποδηλώνοντας ότι ο PR1 αποτελεί τον κύριο ρυθμιστή της αποσιώπησης του HLA-G. Επακόλουθη ανάλυση με μεμονωμένα PR1-gRNAs ανέδειξε 2 αποτελεσματικά gRNAs, εκ των οποίων το ένα παρουσίαζε την υψηλότερη αποτελεσματικότητα έναντι της ομάδας αναφοράς (42.4±5.8% vs 0.78±0.1%, p=0.0003). Αξιοσημείωτα, τα ανοσομαγνητικά εμπλουτισμένα HLA-G+ κύτταρα (έκφραση HLA-G>90%) ανέστειλαν την κυτταροτοξική δράση Τ-κυττάρων ως προς την ομάδα ελέγχου (% λύσης: 32±3.7% vs 51.5±2.4%, p=0.01), επιβεβαιώνοντας την ανοσοκαταστολτική δράση του HLA-G.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επανενεργοποίηση του HLA-G είναι δυνατή μέσω CRISPR-επιγενωμικής επεξεργασίας. Η προσέγγιση αυτή συνιστά μια καινοτόμο θεραπευτική στρατηγική ρύθμισης των ανοσοαποκρίσεων στη μεταμόσχευση και την αυτοανοσία, ενισχύοντας δυνητικά την ανοσολογική ανοχή και μειώνοντας τις ανεπιθύμητες ανοσολογικές αντιδράσεις.

## ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ

### 11. ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΦΑΣΜΑΤΟΜΕΤΡΙΑ ΜΑΖΑΣ ΣΕ ΑΠΟΞΗΡΑΜΕΝΕΣ ΚΗΛΙΔΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΜΗΤΡΑΣ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΕΙ ΛΥΣΗ ΜΕ ΤΡΙΦΘΟΡΟΞΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

A. Τζανάι[1], B. G Sánchez[2], J. Mora-Rodríguez[2], M. Βουμβουράκη[3,4], I. Ζωιδάκης[1,5], J. Courraud[3,6]

*[1]Τομέας Βιοχημείας και Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, Ελλάδα, [2]Τμήμα Συστηματικής Βιολογίας, Σχολή Ιατρικής και Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Alcalá, Alcalá de Henares, Ισπανία-Ινστιτούτο Ερευνών Υγείας της Καστίλλης-Λα Μάντσα (IDISCAM), Ισπανία, [3]Μονάδα Πρωτεομικής, ΕΚΠΑ, Ελλάδα, [4]Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, ΕΚΠΑ, Ελλάδα, [5]Εργαστήριο Πρωτεομικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών, Ελλάδα, [6]Τομέας Κλινικής Θεραπευτικής, Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της ανάκτησης πρωτεϊνών από δείγματα ξηρής μήτρας προερχόμενα από βακτηριακές καλλιέργειες, ευκαρυωτικά κύτταρα και ιστούς, σε σύγκριση με την άμεση πρωτεομική ανάλυση και την ανάλυση τους μετά από 0-2-4 εβδομάδες αποθήκευσης, τόσο σε θερμοκρασία δωματίου, όσο και στους 4°C.
**ΥΛΙΚΟ:** Δείγματα βακτηρίων υποβλήθηκαν σε λύση με τριφθοροξικό οξύ, ενώ δείγματα ιστών και κυτταρικών σειρών με διάλυμα RIPA ή Igepal. Στη συνέχεια, οι πρωτεϊνες αναλύθηκαν με φασματομετρία μάζας σε timsTOF fleX (Bruker). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη στα προγράμματα R και FragPipe Analyst.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο αριθμός των πρωτεϊνών των ιστών κυμάνθηκε γύρω στις 3.000 πρωτεϊνες. Επιπλέον αξιολογήσαμε το ποσοστό των πρωτεϊνών με συντελεστή μεταβλητότητας (CV) <20% μεταξύ των διαφορετικών μεθόδων και διαπιστώσαμε υψηλή αναπαραγωγιμότητα, ίση με 92%-95%. Όσον αφορά τα αποτελέσματα από την λύση των βακτηρίων, αυτά βρίσκονται σε επεξεργασία και θα ανακοινωθούν στο συνέδριο.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο αριθμός των πρωτεϊνών που ανιχνεύθηκαν είναι παρόμοιος με εκείνον της άμεσης πρωτεομικής ανάλυσης. Επιπλέον, έως και το 25% του συνόλου των πρωτεϊνών ανιχνεύεται αποκλειστικά σε μία μήτρα, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη.

## 12. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΚΓΥΜΝΑΣΗΣ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΓΟΠΝ): ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Συρόπουλος, Μ. Μουτζούρη, Ε. Γραμματοπούλου, Ε. Πατσάκη

*Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Εργαστήριο Προηγμένης Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση επηρεάζει ένα διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ατόμων. Είναι μια κοινή πάθηση κατά την οποία περιεχόμενο του στομάχου κινείται προς τα πάνω στον οισοφάγο. Η κύρια αιτία βρίσκεται στον αντιπαλινδρομικό μηχανισμό της βαλβίδας στη γαστροοισοφαγική συμβολή. Αυτή αποτελείται από δύο σφιγκτήρες, τον κατώτερο οισοφαγικό και τον διαφραγματικό. Η ασθένεια μεταξύ άλλων συσχετίζεται με δυσλειτουργία διαφράγματος, είτε λόγω έλλειψης συντονισμού της συσταλτικότητας των ημιδιαφραγμάτων ή μειωμένη αντοχή. Οι ασκήσεις αναπνοής φαίνεται να έχουν θετική επίδραση σε αυτόν τον πληθυσμό. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική εξέταση της επίδρασης της άσκησης εισπνευστικών μυών στα χαρακτηριστικά της ΓΟΠΝ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**: Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς αρθρογραφίας έως τον Απρίλιο του 2024 στο Scopus, PubMed και Science Direct. Συμπεριλάβαμε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCT) και κλινικές δοκιμές που αξιολογούσαν την επίδραση της άσκησης των εισπνευστικών μυών στα χαρακτηριστικά ΓΟΠΝ. Η μεθοδολογική ποιότητα αξιολογήθηκε με κλίμακα PEDro και την κλίμακα Newcastle Ottawa.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Από τις 1984 μελέτες που προσδιορίστηκαν από την αναζήτηση, μόνο τρεις (3) μελέτες συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι μελέτες παρουσίασαν δίκαιη έως υψηλή μεθοδολογική ποιότητα. Σημαντική βελτίωση στη μέγιστη εισπνευστική πίεση ($\rho < 0{,}001$) και στο εύρος κίνησης του διαφράγματος ($\rho < 0{,}001$) αποκαλύφθηκε σε μία μελέτη. Δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για τα συμπτώματα παλινδρόμησης, της πιέσεις του κατώτερου οισοφαγικού σφικτήρα και της γαστροοισοφαγικής διασταύρωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**: Η άσκηση των εισπνευστικών μυών φαίνεται να έχει θετική επίδραση καθώς αυξάνει τη μέγιστη εισπνευστική πίεση και το εύρος κίνησης του διαφράγματος. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση αναγνώρισε ένα βιβλιογραφικό κενό αναφορικά με την αποτελεσματικότητα μιας μη φαρμακευτική παρέμβασης στον μηχανισμό της αντιπαλινδρομικής βαλβίδας. Περισσότερα στοιχεία απαιτούνται για την αναγνώριση του μηχανισμού δράσης της, αλλά και την ισχυροποίηση αυτών των αρχικών αποτελεσμάτων.

## ΓΕΝΕΤΙΚΗ

# 13. ΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΣΤΙΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Λ. Παπαγεωργίου[1], Κ. Τομαρά[1], Τ. Θηραίου[2], Ε. Κόνιαρη[3], Κ. Χατζηαγαπίου[4], Β. Κάντα[1], Α. Ανδρέου[2], Κ. Γιώτη[1], Η. Ηλιόπουλος[2], Α. Μπελούκας[1], Δ. Χανιώτης[1]

*[1]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, ΠΑΔΑ, [2]Τμήμα Βιοτεχνολογίας, ΓΠΑ, [3]Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, ΕΚΠΑ, [4]Γ' Παιδιατρική Κλινική, Μονάδα Παιδοενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού & Διαβήτη, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κληρονομικότητα στις μυοκαρδιοπάθειες είναι αρκετά σύνθετη. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι μυοκαρδιοπάθειες κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατή ή ημιεπικρατή ή υπολειπόμενο τρόπο σε συγκεκριμένα γονίδια. Σήμερα έχουν εντοπιστεί περισσότερα από 60 γονίδια που φαίνεται να εμπλέκονται σε αυτές. Η μελέτη του τρόπου κληρονομικότητας και της γενετικής ποικιλομορφίας τους αποτελεί πρόκληση και είναι πολύ σημαντική. Απώτερος σκοπός της προτεινόμενης έρευνας είναι η μελέτη του κοινού τους γενετικού υπόβαθρου.

**ΥΛΙΚΟ:** Με τη χρήση τεχνικών εξόρυξης δεδομένων και τεχνικής νοημοσύνης αναλύθηκαν περισσότερες από 160.000 δημοσιεύσεις που σχετίζονται με τους πέντε γνωστούς υπότυπους μυοκαρδιοπαθειών, με σκοπό την εξαγωγή γενετικών πολυμορφισμών που σχετίζονται με αυτές. Τέλος, συνδυάζοντας την εξαγόμενη πληροφορία από βιολογικές βάσεις δεδομένων, όλα τα δεδομένα αξιολογήθηκαν για τον συσχετισμό τους με βάση τους διαφορετικούς τύπους κληρονομικών μυοκαρδιοπαθειών, και εντοπίστηκαν οι κατάλληλοι αντιπροσωπευτικοί βιοδείκτες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με βάση τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, εντοπίστηκαν συνολικά 550 πολυμορφισμοί με υψηλό ποσοστό συσχέτισης με τις μυοκαρδιοπάθειες με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών εμφανίζεται να σχετίζονται με την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (252), και ακολούθως με τη διατατική μυοκαρδιοπάθεια (188), τη μη συμπίεση της αριστερής κοιλίας (41), την αρρυθμιογόνο μυοκαρδιοπάθεια (64) και τη περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια (14). Επιπρόσθετα, 98 από αυτούς, σχετίζονται γενικά με τις μυοκαρδιοπάθειες χωρίς κάποια εξειδίκευση. Αξιοσημείωτο ότι σημαντικός αριθμός πολυμορφισμών ενδέχεται να σχετίζονται με περισσότερες από μια μυοκαρδιοπάθειες. Ενδεικτικά, 7 πολυμορφισμοί έχει βρεθεί να σχετίζονται με τέσσερις διαφορετικούς τύπους μυοκαρδιοπαθειών και 89 με τρείς διαφορετικούς τύπους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρόλο που οι μυοκαρδιοπάθειες ορίζονται ως κληρονομικές πολυπαραγοντικές ασθένειες, έχει εντοπιστεί ένα σημαντικό ποσοστό σε κοινούς γενετικούς στόχους που περιγράφονται μέσα από 96 πολυμορφισμούς που εδράζουν σε 22 κρίσιμα γονίδια που φαίνεται να αποτελούν την κοινή γενετική τους βάση.

## 14. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

### 15. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗΣ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ (NGS) ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Α. Σκουλάκης[1], Χ. Γκουντινούδης[2], Σ. Γεωργιάδου[3], Κ. Ζάχου[3], Α. Χατζηγεωργίου[4], Ε. Πετεινάκη[2]

*[1]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοπληροφορική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Εργαστήριο Ιατρικής Βιοπαθολογίας, ΠΓΝ Λάρισας, [3]Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας, [4]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοπληροφορική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η αλληλούχιση νέας γενιάς εφαρμόστηκε σε κλινικά δείγματα ασθενών με λοιμώξεις στα οποία η NGS τροποποίησε την αρχική διαχείριση.
**ΥΛΙΚΟ:** Το υλικό αποτέλεσαν 2 κλινικά δείγματα, ένα ΕΝΥ και ένα υγρό παρακέντησης τραχηλικού λεμφαδένα από 2 διαφορετικούς ασθενείς της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας (γυναίκες ηλικίας 22 και 26 ετών αντίστοιχα). Στα δύο δείγματα ακολουθήθηκε το κλασσικό πρωτόκολλο διερεύνησης, ενώ εφαρμόστηκε shotgun NGS metagenomics απευθείας σε αυτά. Η επεξεργασία των δειγμάτων έγινε με το πρωτόκολλο της MGI και ακολούθησε προσδιορισμός της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας και βιοπληροφορική ανάλυση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η χρώση και η καλλιέργεια ήταν αρνητικές και στα 2 κλινικά δείγματα. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του NGS έδειξε στο πρώτο δείγμα (της ασθενούς με μηνιγγίτιδα) παρουσία *Streptococcusoralis, Neisseriaelongata*και άλλων μικροβίων της ρινικής χλωρίδας. Τα αποτελέσματα οδήγησαν στην διαπίστωση ότι υπήρχε επικοινωνία των μηνίγγων με τη ρινική κοιλότητα λόγω παλαιού κατάγματος του πετάλου που αρχικά δεν είχε εντοπιστεί και συστήθηκε άμεση χειρουργική επέμβαση. Στη δεύτερη ασθενή (με την τραχηλική διόγκωση) τα αποτελέσματα του NGS έδειξαν κατά κύριο λόγο *Staphylococcusaureus*με συνύπαρξη μικροβίων χλωρίδας δέρματος. Τα αποτελέσματα βοήθησαν στην άμεση διακοπή τη εμπειρικής θεραπείας έναντι *Bartonellahenselae*, που είχε χορηγηθεί λόγω ιστορικού στενής επαφής με γάτες. Αναφορικά, τα αντισώματα έναντι *Bartonellahenselae* IgM και IgG ήταν αρνητικά. Ο χρόνος από τη λήψη των δειγμάτων μέχρι και την τελική έκθεση των αποτελεσμάτων ήταν 3 ημέρες. Η ασθενής διερευνάται για λέμφωμα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή του NGS συμβάλλει στην εφαρμογή στοχευμένης αντιμετώπισης.

## 16. Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ TAKOTSUBO ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Κουφογιάννη, Ε. Τσετσέκου, Ε. Γεωργακίλα
*Κέντρο Υγείας Κορωπίου*

**ΣΚΟΠΟΣ** αυτής της εργασίας είναι η ανάδειξη μελέτης περίπτωσης ασθενούς και η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη σύνδεση της σκλήρυνσης κατά πλάκας και του συνδρόμου Takotsubo.
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**: Άντρας,33 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε υποβαστα-ζόμενος μετά των οικείων του στο Τμήμα Ά Βοηθειών του Κέντρου Υγείας Κορωπίου, για αναφερόμενο προ-κάρδιο άλγος και ζάλη. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε αιμοδυναμική αστάθεια, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με ανύψωση του διαστήματος ST και νυσταγμός με συνοδό φωτοφοβία. Ο ασθενής διακομίσθη-κε στο Γ.Ν. Γεννηματάς και εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική. Από τον έλεγχο που έγινε η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε σημεία στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης ενώ λόγω εμμονής συμπτωματολογίας του ιλίγγου του ασθενούς έγινε CT εγκεφάλου όπου ανέδειξε εστίες απομυελίνωσης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου Takotsubo είναι η συσχέτισή του με ένα στρεσο-γόνο γεγονός και η σύνδεσή του με ευρεία λίστα παθήσεων, ανάμεσά τους και νευρολογικές. Ωστόσο, έχουν περιγραφεί λίγες περιπτώσεις ασθενών με σύνδρομο Takotsubo που προκαλείται από τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Διερευνάται ο κεντρικός ρόλος των κατεχολαμινών στην παθογένεια του συνδρόμου Takotsubo και στη σύνδεσή του ως ασυνήθιστη μη νευρολογική εκδήλωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Με αυτήν την αναφορά περίπτωσης, οι συγγραφείς ελπίζουν να ενθαρρύνουν την αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων από τους ιατρούς για την περαιτέρω διερεύνηση τέτοιων περιστατικών, καθώς και να ενισχύσουν την έρευ-να σε αυτό το πεδίο και στο περίπλοκο ζήτημα σύνδεσης εγκεφάλου-καρδιάς.

## 17. ΟΤΑΝ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΜΥΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Ν. Αγγελής[1], Α. Σκούρου[1], Ε. Γελαδάρη[1], Χ. Σιέρρου[2], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό γυναικολογικό καρκίνο παγκοσμίως. Η διάγνωσή του σε πρώιμο στάδιο είναι δύσκολη λόγω δυσδιάκριτων κλινικών συμπτωμάτων. Η αμυλάση του ορού, μπορεί να είναι αυξημένη σε φλεγμονώδη νοσήματα του παγκρέατος, των σιελογόνων αδένων, και σε κακοήθη νεοπλάσματα. Ερευνητές μελετούν το ρόλο της αμυλασαιμίας στη διάγνωση και πρόγνωση του καρκίνου των ωοθηκών.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με αμυλασαιμία αποδιδόμενη σε συμπαγές νεόπλασμα.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 63 ετών, προσέρχεται στο ΤΕΠ αιτιώμενη διάχυτο κοιλιακό άλγος από ημερών. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και χωρίς συστηματικά λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται διάταση κοιλίας με μετακινούμενη αμβλύτητα και διάχυτη ευασθησία κατά την εν τω βάθη ψηλάφηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, ορθόχρωμη αναιμία και αυξημένη τιμή αμυλάσης αίματος και ούρων. Διενεργήθηκε CT άνω και κάτω κοιλίας και διαπιστώθηκαν μεγάλη ασκιτική συλλογή, διάσπαρτες περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και εξεργασία ΑΡ ωοθήκης. Εστάλησαν καρκινικοί δείκτες και αυξημένα ήταν τα καρκινικά αντιγόνα 125 (CA 125) και 15-3 (CA 15-3). Η ανάλυση του ασκιτικού υγρού ήταν συμβατή με μη πυλαία υπέρταση και η κυτταρολογική εξέταση ανέδειξε καρκινικά κύτταρα. Διενεργήθηκε βιοψία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και η ιστολογική εξέταση συμπέρανε πως πρόκειται για ορώδες καρκίνωμα με πρωτοπαθή εντόπιση της ωοθήκες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αμυλασαιμία συχνότερα αποδίδεται σε φλεγμονώδη ή κακοήθη νοσήματα σχετιζόμενα με το πάγκρεας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η τιμή της αμυλάσης ορού είναι αυξημένη σε καρκίνο των ωοθηκών. Ο μηχανισμός δεν είναι σαφής. Παραγωγή αμυλάσης από τα καρκινικά κύτταρα ή ενεργοποίηση και απελευθέρωση του ενζύμου στα πλαίσια παρανεοπλασματικού συνδρόμου;

## 18. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ

### 19. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ 65+

Σ. Καλαντζή, Σ. Αθηναίου, Β. Μηλιώνης, Α. Σπυριδάκη, Α. Αγκαβανάκη, Χ. Χήτας, Ν. Θεοδωράκης, Γ. Βαμβάκου, Μ. Χριστοδούλου, Ι. Νέλλα, Ζ. Κόλλια, Α. Σπαθάρα, Γ. Τριανταφύλλη, Μ. Νικολάου
*Ιατρείο Τρίτης Ηλικίας, ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια ανέδειξε τη σημασία της διάγνωσης και της θεραπείας των ψυχικών και νοητικών διαταραχών στην τρίτη ηλικία. Διαπιστώνεται όμως, μεγάλη καθυστέρηση στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να φθάνουν σε αρκετά προχωρημένες καταστάσεις στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναζήτηση ψυχικών διαταραχών σε άτομα που επισκέπτονται το ιατρείο τρίτης ηλικίας 65+.
**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι αθενείς που επισκέφθηκαν το ιατρείο τρίτης ηλικίας σε διάστημα 2 ετών και οι οποίοι ελέγχθηκαν από τον ψυχίατρο του ιατρείου για ψυχικές διαταραχές.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έλαβαν μέρος 470 ασθενείς με μέση ηλικία 75 έτη, εκ των οποίων 59% ήταν γυναίκες. Από αυτούς 24% είχαν γνωστή ψυχική διαταραχή για την οποία ελάμβαναν αγωγή, ενώ από τους υπόλοιπους ασθενείς του ιατρείου στο 33% τέθηκε πρωτοδιάγνωση ψυχικής διαταραχής. Ειδικότερα στο 39% διαγιγνώσθηκε αγχώδης διαταραχή, στο 47% συναισθηματική διαταραχή, στο 14% ανοϊκή συνδρομή, ενω στο 44% συνυπήρχαν και διαταραχές ύπνου. Στους ανωτέρω ασθενείς δόθηκε αγωγή και τέθηκαν σε πρακολούθηση 3,6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στην τρίτη ηλικία, τα συμπτώματα μιας αρχόμενης ψυχιατρικής πάθησης δύναται να διαλάθουν, ώστε να καθυστερεί η διάγνωσή της, γεγονός που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τόσο του ηλικιωμένου, όσο και του περιβάλλοντός του. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ασθενών, με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των ψυχογηριατικών προβλημάτων, είναι ιδιαίτερα σημαντική για κάθε κοινωνία και αποτελεί έναν από τους στόχους του ιατρείου τρίτης ηλικίας που λειτουργεί στο Γ.Ν.Αμαλία Φλέμιγκ.

## 20. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ >65 ΕΤΩΝ

Α. Σπυριδάκη, Σ. Καλατζή, Β. Μηλιώνης, Α. Αγκαβανάκη, Χ. Χύτας, Ν. Θεοδωράκης, Γ. Βαμβάκου, Σ. Αθηναίου, Μ. Χριστοδούλου, Ι. Νέλλα, Ζ. Κόλλια, Γ. Τριανταφύλλη, Μ. Νικολάου
*Ιατρείο Τρίτης Ηλικίας, ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ποσοστό των ατόμων >65 ετών αυξάνεται συνεχώς. Το 2019 μετρήθηκε το προσδόκιμο ζωής και ήταν 83.2 έτη για τους άντρες και 85.2 έτη για τις γυναίκες. Η ολιστική προσέγγιση των μεγαλύτερης ηλικίας ατόμων από το εξωτερικό ιατρείο 65+ προάγει την ποιότητα υγείας των ανθρώπων αυτών.
**ΣΚΟΠΟΣ:** 400 κυρίως περιπατητικά άτομα > 65 ετών μελετήθηκαν στο εξωτερικό ιατρείο 65+ στο Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμιγκ. Καταγράφηκαν παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υγείας τους και αντιμετωπίστηκαν ολιστικά από ομάδα επιστημόνων υγείας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από αυτούς 33% είχαν διαταραχές ύπνου, 20% κατάθλιψη, ενώ 15% παρουσίαζαν διαταραχές μνήμης και χρειάστηκαν παρέμβαση από τον ψυχίατρο και νευρολόγο της ομάδας.
Η πλειοψηφία των ατόμων ανέφερε πως κατανάλωνε μαγειρευτό φαγητό μεσογειακής διατροφής, όπου συμπεριλαμβάνονταν φρούτα και λαχανικά. 33% ήταν παχύσαρκοι, ενώ 15% παρουσίαζαν σαρκοπενία, 6% δυσθρεψία, ενώ 60% μετρήθηκαν με μειωμένη μυϊκή δύναμη.
Σχετικά με τους παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου, 60% των ατόμων είχαν υπέρταση και ελάμβαναν αγωγή και συνολικά 30% είχαν υπέρταση εκτός ορίων, που δεν ρυθμίζονταν. 60% είχαν δυσλιπιδαιμία, 15% ανέφεραν ότι καπνίζουν ακόμα και 27% είχαν διαβήτη 2, ενώ από αυτούς το ¼ ήταν αρρύθμιστοι. Το 10% των ατόμων εμφάνιζαν καρδιακή ανεπάρκεια και ήταν αδιάγνωστοι, ενώ το 13% των ατόμων του πληθυσμού μας είχε αδιάγνωστη νεφρική νόσο και παραπέμφτηκε για νεφρολογική εκτίμηση.
Σε 28% των ατόμων έγινε αποσυνταγογράφηση, 30% συστήθηκε εμβολιασμός που δεν είχε πραγματοποιηθεί και σε 36% συστήθηκε έλεγχος του πεπτικού με ενδοσκόπηση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μελέτη και αντιμετώπιση παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και ποιότητα ζωής των μεγαλύτερης ηλικίας συνανθρώπων μας είναι πολύ σημαντικά για την κοινωνία και το σύστημα υγείας και την αποφυγή εισαγωγών στα ήδη συμπεφορημένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ρύθμιση καρδιομεταβολικών παραγόντων, ενίσχυση της κινητικότητας και της δύναμης και προσεκτική συνταγογράφηση σκευασμάτων μετά από μελέτη ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεων, έγκαιρη παρέμβαση και τέλος αντιμετώπιση ψυχολογικών και γνωσιακών παραγόντων αποτελούν καίριες κινήσεις. Απαιτείται συνεργασία πολλών διαφορετικών επιστημών υγείας.

## ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### 21. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΝΤΙΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ. ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΥΠΑΡΧΕΙ;

Α. Μυλωνάς[1], Η. Χρονάς[2], Β. Πετσίνης[3]

*[1]Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Metropolitan Hospital, [2]Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [3]Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων που αφορούν την στρατηγική αντιμετώπισης ασθενών που παρουσιάζουν οστεονέκρωση των γνάθων, ως δυνητικά σοβαρή επιπλοκή ύστερα από λήψη αντιοστεολυτικών φαρμάκων (διφωσφονικών και δενοσουμάμπης), τα οποία χορηγούνται για την μείωση των οστικών συμβαμάτων σε ασθενείς με οστεοπόρωση, σε ασθενείς υπό αντινεοπλασματική φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα, καθώς επίσης και σε ασθενείς με οστική νόσο/μεταστάσεις.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις κατευθυντήριες οδηγίες διαφόρων επιστημονικών φορέων (AAOMS, BAOMS, SIPMO-SICMF κ. ά.), όσο και διεθνείς πολυκεντρικές μελέτες των τελευταίων 5 ετών, αποκαλύπτει τα σύγχρονα δεδομένα της θεραπευτικής προσέγγισης και της διαχείρισης των ασθενών με οστεονέκρωση των γνάθων συσχετιζόμενη με αντιοστεολυτικά φάρμακα (MRONJ).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επιπλοκή της οστεονέκρωσης των γνάθων που συνδέεται με την λήψη αντιοστεολυτικών φαρμάκων εξαρτάται καθοριστικά από την συνολική δόση και την ισχύ των φαρμάκων, την διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και τον τρόπο λήψης των αντιοστεολυτικών φαρμάκων. Η εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών που παρουσιάζουν MRONJ, μετά την κλινική και ακτινολογική τεκμηρίωση οι οποίες καθορίζουν το στάδιο της νόσου, περιλαμβάνει την αρχική συντηρητική αντιμετώπιση με την χορήγηση αντιμικροβιακών στοματικών διαλυμάτων και αντιμικροβιακής χημειοθεραπευτικής αγωγής, καθώς επίσης και την επακόλουθη χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία αφορά τον χειρουργικό καθαρισμό και την σύγκλειση του τραύματος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάπτυξη οστεονέκρωσης των γνάθων ύστερα από λήψη αντιοστεολυτικών φαρμάκων υπονομεύει τη θεραπεία της υποκειμένης νόσου (οστεοπόρωση, ογκολογικοί ασθενείς). Η πρόληψη εμφάνισης της επιπλοκής αυτής, αλλά και η κατάλληλη περιεγχειρητική διαχείριση της λήψης των φαρμάκων, μαζί με την κατάλληλη χειρουργική παρέμβαση και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με MRONJ.

## 22. ΔΗΓΜΑΤΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Γ. Χατζόπουλος, Β. Παπακώστα, Ν. Λεφαντζής, Α. Shihada, Σ. Βασιλείου
*Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τα δήγματα στην προσωπική περιοχή, τα επικαιροποιημένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης και η παρουσίαση 5 περιπτώσεων από την κλινική μας, της τελευταίας δεκαετίας, που περιλαμβάνει την αρχική εικόνα προσέλευσης, την αντιμετώπιση και το τελικό αποτέλεσμα.
**ΥΛΙΚΑ**: Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή με έλλειμμα δεξιού χείλους ολικού παχους. Η δεύτερη περίπτωση αφόρα άντρα με έλλειμμα δε κάτω χείλους. Η τρίτη περίπτωση δερματικό έλλειμμα δέρματος παρειάς αμφοτερόπλευρα. Η τέταρτη περίπτωση αφορά ασθενή με έλλειμμα κάτω χείλους. Η πέμπτη περίπτωση αφορά ασθενή με έλλειμμα άνω χείλους. Οι 4 περιπτώσεις αφορούν άρρενες ενώ η μία θήλυ. Και οι πέντε περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με τοπικοπεριοχικούς κρημνούς. Οι 4 περιπτώσεις αντιμετωπίσθηκαν υπό γενική αναισθησία και η μία υπό τοπική και στη συνέχεια τους χορηγήθηκε αντιβιωτικό σχήμα ευρέως φάσματος.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Στην πρώτη περίπτωση χρειάστηκε συμπληρωματική επέμβαση για την απόδοση της βέλτιστης αισθητικής. Στη δεύτερη έγινε δεύτερη επέμβαση για αποκοπή του μίσχου.Οι ασθενείς ανάρρωσαν πλήρως και είχαν ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Τα δήγματα στην προσωπική περιοχή συνεχίζουν να αποτελούν πρόκληση όσον αφορά την αποκατάσταση και την απόδοση της βέλτιστης αισθητικής. Επίσης ενέχεται σημαντικός κίνδυνος λοιμώξεων. Συχνότερα εκτίθενται οι νεαροί άνδρες και τα παιδιά κάτω των 5 ετών. Τα τελευταία έχουν και το μεγαλύτερο επιπολασμό δηγμάτων στην προσωπική περιοχή.

## 23. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Γ. Χατζόπουλος, Β. Παπακώστα, Ν. Λεφαντζής, Μ. Πυράκη, Γ. Μοσχονάς, Α. Σπυροπούλου, Α. Shihada, Σ. Βασιλείου

*Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τους κακοήθεις εξαρτηματικούς όγκους του προσώπου και η παρουσίαση 2 περιπτώσεων από την κλινική μας.

**ΥΛΙΚΑ**: Παρουσιάζονται 2 περιπτώσεις εξαρτηματικών όγκων: μίας γυναίκας 84 ετών (περίπτωση 1η) με εξαρτηματικό νεόπλασμα εξ ιδρωτοποιών αδένων δεξιάς παρειάς και ενός άντρα 75 ετών (περίπτωση 2η) με εξαρτηματικό νεόπλασμα εκ σμηγματογόνων αδένων μετώπου δεξιά με ιστορικό εξαίρεσης και άλλων εξαρτηματικών νεοπλασμάτων. Και στις δύο περιπτώσεις ελήφθη αναλυτικό ιστορικό, έγινε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος και ελήφθη βιοψία. Στην πρώτη περίπτωση, στη γυναίκα 84 ετών, ο όγκος αφαιρέθηκε με τμήμα του ζυγωματικού οστού και το έλλειμμα αποκαταστάθηκε με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα από την περιοχή της κοιλιακής χώρας. Στη δεύτερη περίπτωση ο όγκος αφαιρέθηκε κλινικά επι υγιών ορίων και το έλλειμμα αποκαταστάθηκε με ελεύθερο δερματικό κρημνό από την υποκλείδιο περιοχή δεξιά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Στην πρώτη περίπτωση, παρά την ομαλή μετεγχειρητική πορεία, η γυναίκα απεβίωσε λόγω επιπλοκών από Covid-19 λοίμωξη. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ασθενής εξήλθε και βρίσκεται στον τρίτο μήνα του follow-up. Έγινε σύσταση για αντιμετώπιση και νέας παρόμοιας αλλά μικρής βλάβης του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος από το δερματολογικό τμήμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Οι κακοήθεις εξαρτηματικοί όγκοι αποτελούν πολύ σπάνιες οντότητες που μπορούν να ανευρεθούν και στο πλαίσιο συνδρόμου Muir-Torre. Θεραπεία αποτελεί η άμεση χειρουργική αφαίρεση και αποκατάσταση και η διάγνωση τίθεται από το παθολογοανατομικό εργαστήριο. Σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της υποτροπής της νόσου παίζει και η ακτινοθεραπεία. Απαραίτητη κρίνεται η στενή παρακολούθηση του ασθενή για την έγκαιρη παρέμβαση σε περίπτωση που προκύψουν νέες βλάβες.

## 24. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ Η/ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Μ. Μακρή[1], Δ. Χανιώτης[1], Β. Βιβιλάκη[2], Ε. Παπαγεωργίου[1]

*[1]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι νευροαναπτυξιακές διαταραχές με σύνθετη και πολυπαραγοντική αιτιολογία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στην εμφάνισή τους συμβάλλουν τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων περιλαμβάνονται και οι περιγεννητικοί, όπως οι εβδομάδες κύησης, το βάρος γέννησης, η ηλικία της μητέρας, ο τρόπος τοκετού, κ.τ.λ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της πιθανής σύνδεσης της Καισαρικής Τομής (ΚΤ) με την εμφάνιση Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών (ΕΜΔ), τη Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ή τη συνύπαρξή τους σε μαθητές σχολικής ηλικίας.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην παρούσα συγχρονική έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ενός ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου συλλογής προγεννητικού – περιγεννητικού – μεταγεννητικού ιστορικού που απαντήθηκε από γονείς παιδιών με ή χωρίς διαγνώσεις ΕΜΔ ή/και ΔΕΠΥ, από τον Οκτώβρη του 2023 έως τον Μάιο του 2024. Στη μελέτη αυτή, μετά την εφαρμογή κριτηρίων ένταξης κι αποκλεισμού, συμπεριλήφθησαν 256 παιδιά: 137 με επίσημες διαγνώσεις από τα ΚΕΔΑΣΥ και 119 στην ομάδα ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.045) παρατηρήθηκε ανάμεσα στα παιδιά που γεννήθηκαν με ΚΤ (59.9%) σε σχέση με όσα γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό (40.1%). Ακολούθως, παρόμοια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα αναδείχθηκαν στις υποομάδες που ανασυντάχθηκαν βάσει της διάγνωσης. Η ΚΤ συσχετίστηκε με 68% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών, με 125% υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠΥ και με 175% αυξημένη πιθανότητα συννοσηρότητας, όπου συνυπάρχουν ΕΜΔ και ΔΕΠΥ. Η στρωματοποιημένη ανάλυση που ακολούθησε ανέδειξε πως κάποιοι στατιστικά σημαντικοί περιγεννητικοί παράγοντες του δείγματος, όπως οι εβδομάδες κύησης και το βάρος γέννησης, δε δρουν ως συγχυτές αλλά ως τροποποιητές αποτελέσματος. Τέλος, εφαρμόζοντας λογιστική παλινδρόμηση προέκυψαν βασικοί μεταγεννητικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Πιο συγκεκριμένα, το οικογενειακό ιστορικό διάγνωσης συσχετίστηκε με 365% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών, ενώ οι δυσκολίες στην κατάκτηση της γλώσσας συνδέθηκαν με 428% αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αναδεικνύουν μια πιθανή σύνδεση μεταξύ ΚΤ και μαθησιακών δυσκολιών, καθώς και μια νέα συσχέτιση μεταξύ ΚΤ και αυξημένων συννοσηροτήτων. Παράλληλα, υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερα δείγματα πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην εξέταση του κοινωνικοπολιτισμικού και αναπτυξιακού πλαισίου των παιδιών.

## *25.* ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 26. Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Γεωργιάδου[1], Χ. Τζουλακίτζε[2], Π. Μιχαηλίδου[1], Φ. Γιαννίση-Χατζηγιάννη[1], Ρ. Μπεγκόλλι[1], Α. Μποτσκαρίοβα[1], Ν. Ζεράκης[1], Σ. Τσοτουλίδης[1,2]

*[1]Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας, [2]Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Χαλκιδικής*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρόνια φλεγμονή θεωρείται πιθανός μηχανισμός πρόκλησης Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) στους διαβητικούς ασθενείς. Ο λόγος ουδετερόφιλων/λεμφοκυττάρων (NLR) έχει αναδειχθεί ως νέος δείκτης για την ανίχνευση χρόνιων φλεγμονωδών καταστάσεων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του NLR με την παρουσία και τη βαρύτητα της ΧΝΝ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναζητήθηκαν ασθενείς των διαβητολογικών ιατρείων Δευτεροβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου και Κέντρου Υγείας. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ο ΔΜΣ, η διάρκεια του διαβήτη, η ΑΠ, η HbA1c%, οι καπνιστικές συνήθειες, ο NLR. Ορίσθηκαν δύο ομάδες με βάση τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης CKD-EPI (ομάδα Α με eGFR≥60ml/min/1,73m$^2$ και ομάδα Β με eGFR2) και δύο ομάδες ανάλογα με το λόγο λευκωματίνης/κρεατινίνη ούρων (ομάδα 1 με ACR<30mg/gCr και ομάδα 2 με ACR≥30mg/gCr). Η κανονικότητα των συνεχών μεταβλητών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 240 ασθενείς (48,3% άνδρες) με μέση ηλικία 61,15± 6,68 έτη και διάμεση διάρκεια νόσου 4,5 (1-27) έτη. 204 ασθενείς είχαν GFR≥60ml/min/1,73m$^2$. Ο NLR διαφέρει στατιστικά σημαντικά στις δύο ομάδες με βάση τον eGFR (U=2295, z=-3,374, $p < 0.001$) και είναι υψηλότερος στην ομάδα Β με διάμεση τιμή 2,52 (0,79-6,08) έναντι 1,79 (0,8-12,14) της ομάδας Α. Ο NLR δε φάνηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά στις δύο ομάδες με βάση το ACR.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε αύξηση του NLR με τη μείωση του eGFR, χωρίς να συμβαίνει το ίδιο με το λόγο αλβουμίνης/κρεατινίνης ούρων. Ενδεχομένως η φλεγμονή που αντανακλάται στον ACR είναι τοπική και δεν εκφράζεται συστηματικά ώστε να αυξήσει το NLR, ενώ η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας σχετίζεται με συστηματική φλεγμονή που επηρεάζει τον NLR.

## 27. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ TIK TOK ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η. Κούσλης[1,2], Ε. Σίμου[2]

*[1]ΓΝΠ «Τζάνειο», [2]Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, ΠΑΔΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί η ποιότητα και η εγκυρότητα των βίντεο που σχετίζονται με τον διαβήτη στο TikTok, εστιάζοντας στη συμφωνία τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ).

**ΥΛΙΚΟ:** Η μέθοδος που επιλέχθηκε είναι αυτή της ανάλυσης περιεχομένου. Στις 2 Μαίου 2024, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην πλατφόρμα TIKTOK με τη λέξη κλειδί #διαβήτης. Από την αναζήτηση προέκυψαν 584 βίντεο. Με κριτήριο αποκλεισμού τα βίντεο να προέρχονται αποκλειστικά από λογαριασμούς επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και οδοντιάτροι), συμπεριλήφθηκαν 30 βίντεο. Κάθε βίντεο αξιολογήθηκε ως προς τη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 76.7% των βίντεο (23 βίντεο) συμφωνεί με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΔΕ. Αυτά τα βίντεο πιθανώς παρέχουν πληροφορίες που είναι τεκμηριωμένες και σύμφωνα με επιστημονικά πρότυπα. Αντιθέτως μόλις 7 από τα 30 (23.3%) βίντεο δεν εναρμονίζονται ως προς το περιεχόμενο με τις κατευθυντήριες οδηγίες, υποδηλώνοντας ότι ένα μικρό, αλλά σημαντικό ποσοστό περιεχομένου μπορεί να περιέχει ανακρίβειες ή μη επικυρωμένες πληροφορίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα από τα κύρια ευρήματα της μελέτης είναι ο μικρός αριθμός των βίντεο που αναρτήθηκαν από γιατρούς οδοντιάτρους, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς, συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως διαιτολόγους γυμναστές ή λοιπούς προσωπικούς λογαριασμούς. Παρότι, η πλειονότητα του περιεχομένου παρέχει τεκμηριωμένες και επιστημονικά έγκυρες πληροφορίες, το 23.3% των βίντεο δεν συμμορφώνεται, γεγονός που αναδεικνύει την παρουσία ανακριβειών ή παραπληροφόρησης, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λήψη αποφάσεων από τους χρήστες, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για αυστηρότερους ελέγχους και καθοδήγηση στη δημιουργία περιεχομένου που απευθύνεται στο ευρύ κοινό. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διασφάλιση της ποιότητας των πληροφοριών, ιδίως σε πλατφόρμες με μεγάλη απήχηση όπως το TikTok.

## ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ

### 28. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 29. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ HASHIMOTO ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΤΗΣ T4 ΣΕ T3

Γ. Ελευθεριώτης, Χ. Αρκαδιανός, Θ. Κατσίκας, Μ. Ταμπάκη, Χ. Ζήρου, Α. Αργυράκη
*Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο υποθυρεοειδισμός είναι συχνή διαταραχή στην κοινότητα που στην πλειοψηφία ρυθμίζεται εύκολα με υποκατάσταση θυροξίνης. Από την άλλη, η αντίσταση στη θυροξίνη είναι πολύ σπάνια.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 85 ετών με ατομικό αναμνηστικό μεταξύ άλλων και θυρεοειδίτιδας Hashimoto υπό 88μg θυροξίνης ημερησίως, προσκομίστηκε στο τμήμα Επειγόντων λόγω λιποθυμικού επεισοδίου,ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε σιδηροπενική αναιμία. Λόγω αυτών έγινε εισαγωγή στην Παθολογική Κλινική, νοσηλεία η οποία επεπλάκη και από βακτηριαιμική λοίμωξη ουροποιητικού που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς. Παρόλη την αναιμία και τα επεισόδια πυρετού στα πλαίσια της λοίμωξης, καθόλη τη νοσηλεία παρουσίαζε μια σχετική φλεβοκομβική βραδυκαρδία (≈55 σφύξεις/λεπτό) χωρίς να λαμβάνει φάρμακα δρώντα στην καρδιακή συχνότητα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εστάλη θυρεοειδικός έλεγχος που ανέδειξε πολύ αυξημένη TSH (56 mIU/L), χαμηλή fT3, αλλά fT4 στα κατώτερα φυσιολογικά, αποτελέσματα τα οποία επαναλήφθηκαν και στο ίδιο αλλά και σε άλλο εργαστήριο. Η ασθενής από το ιστορικό είχε βάρος 55kg, ελάμβανε σωστά τη θυροξίνη, όπως προκύπτει και από τη φυσιολογική fT4, ενώ η προ μηνών μέτρηση TSH που προσκομίστηκε ήταν φυσιολογική. Για περαιτέρω διερεύνηση εστάλη RT3, η οποία ήταν φυσιολογική και έτσι αποκλείστηκε το ενδεχόμενο consumptive hypothyroidism. Ο λόγος fT3/RT3 ήταν <2 (1,9), στοιχείο που, σε συνδυασμό με τα προηγούμενα, οδήγησε στη διαπίστωση πως υπήρχε διαταραχή μετατροπής της T4 στην ενεργό ορμόνη T3, πιθανόν στα πλαίσια της γενικότερης κατάστασης υγείας της ασθενούς. Της συνταγογραφήθηκε μεγαλύτερη δόση θυροξίνης μαζί με σεληνικό νάτριο για ενίσχυση της δραστικότητας της αποϊωδινάσης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρότι συχνά η οξεία ή χρόνια νόσηση οδηγούν εργαστηριακά στο σύνδρομο νοσούντος ευθυρεοειδικού, σπάνια μπορεί να προκαλέσουν αληθή υποθυρεοειδισμό παρουσιαζόμενο σαν αντίσταση στη θυροξίνη. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να μετράται η RT3 προς αποκλεισμό του παρανεοπλασματικού consumptive hypothyroidism και είτε να αυξάνεται η δόση της θυροξίνης, είτε να αντικαθίσταται από τριιωδοθυρονίνη.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

### 30. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΔΥΟ ΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ

Σ. Γρηγοροπούλου[1], Μ. Τσάκωνα[1], Π. Καζάκου[1], Χ. Χαραλαμπίδης[1], Μ. Κωστούλα[2], Α. Αντωνιάδου[1], Φ. Κοντοπίδου[3], Γ. Δαΐκος[3], Σ. Τσιόδρας[1], Κ. Θωμάς[1]

*[1]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ΠΓΝ «Αττικόν», [3]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Εθνικής Συντονιστής Προγράμματος REVERSE*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (Hospital acquired infections, HAIs) αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, επιφέροντας σοβαρές συνέπειες τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης όσο και στο κόστος νοσηλείας. Η Ελλάδα να συγκαταλέγεται στις χώρες της Ε.Ε. με τα υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς οργανισμούς, ωστόσο, λίγα δεδομένα είναι διαθέσιμα σχετικά με την μικροβιολογική τεκμηρίωση των HAIs στα ελληνικά νοσοκομεία.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**: Πραγματοποιήθηκε συστηματική καταγραφή των HAIs από όλες τις κλινικές (ΜΕΘ, Παθολογία, Ογκολογία/Αιματολογία και Χειρουργική) που προκλήθηκαν από *Methicillin resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Vancomycin-resistant Enterococcus (VRE), Extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing Enterobacterales, Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE), Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB), και Carbapenem-resistant Pseudomonas aeruginosa (CRPA),* προοπτικά από τον Σεπτέμβριο του 2022 έως τον Σεπτέμβριο του 2024. Στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος REVERSE (*Horizon* 2020), οι HAIs ανιχνεύτηκαν και ταξινομήθηκαν ανάλογα με την προέλευσή τους, σύμφωνα με τους ορισμούς του ECDC. Η παρακολούθηση όλων των ασθενών συνεχίστηκε μέχρι την έξοδο ή τον θάνατό τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Καταγράφηκαν 918 ασθενείς [μέση ηλικία: 66,7 έτη, άνδρες: 65%, δυνητικά θανατηφόρο λανθάνον νόσημα (κλίμακα McCabe): 39,7%, πρόσφατη ή τρέχουσα νοσηλεία σε ΜΕΘ: 39%, υποκείμενο αιματολογικό/ογκολογικό νόσημα: 15%, παρουσία ξένου σώματος σχετιζόμενου με τη λοίμωξη: 67%, διάμεση διάρκεια νοσηλείας μέχρι την εμφάνιση της λοίμωξης: 16 ημέρες]. Οι βακτηριαιμίες αντιπροσώπευαν το 50% όλων των HAIs και το 39% αυτών ήταν επιβεβαιωμένα δευτεροπαθείς σε άλλη λοίμωξη. Οι πνευμονίες αντιπροσώπευαν το 19% των HAIs και το 58% αυτών αφορούσαν λοιμώξεις του αναπνευστήρα.

Μικροβιολογικά τα MRSA, VRE, ESBL, CRE, CRAB και CRPA αντιπροσώπευαν το 6%, 12%, 12%, 29%, 30% και 11% των HAIs, αντίστοιχα. Τα MBL *Enterobacterales* ήταν 46% ενώ τα non-MBL ήταν 39%. Για όλα τα gram αρνητικά (ESBL, CRE, CRAB και CRPA) η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα ήταν 60% (16% εντός του πρώτου 48ωρου) και η θνητότητα στις 28 ημέρες ήταν 46%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα που προκύπτουν από την επιδημιολογική επιτήρηση των HAIs σε περιβάλλον υψηλού επιπολασμού όπως είναι τα ελληνικά νοσοκομεία, μπορούν να αξιοποιηθούν στη χάραξη επιτυχούς στρατηγικής για τη δημόσια υγεία και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς, επίσης, και για τον ορθολογικό σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου μετάδοσης.

## 31. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ε. Ζωγραφάκη[1], Δ. Παπαμιχαήλ[1], Τ. Παναγιωτόπουλος[1,2], Θ. Γεωργακοπούλου[2], Μ. Θεοδωρίδου[2], Β. Παπαευαγγέλου[2], Ι. Παυλοπούλου[2], Δ. Σταύρου[2], Α. Τσολακίδης[3], Ε. Φωτιάδου[3]

*[1]Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (πρώην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας), [2]Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, [3]Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ)*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάπτυξη μεθοδολογίας για την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού της Ελλάδας από στοιχεία του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΣΗΣ) καθώς και η διερεύνηση των μεθοδολογικών ζητημάτων που υπεισέρχονται.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναλύθηκαν ανωνυμοποιημένα δεδομένα από τη βάση δεδομένων του ΣΗΣ συνδυαστικά με δεδομένα του Μητρώου του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) (καταγραφές πράξεων που είχαν γίνει έως και 31/12/2022). Υπολογίστηκαν δείκτες της παρούσας κατάστασης εμβολιασμού και δείκτες έγκαιρου εμβολιασμού. Εφαρμόστηκαν κριτήρια συμπερίληψης στην ανάλυση έτσι ώστε να εξαιρεθούν κατηγορίες παιδιών με μεγάλη πιθανότητα να έχουν πραγματοποιήσει δόσεις εμβολίων εκτός του ΣΗΣ (π.χ. καθυστέρηση εγγραφής στο ΣΗΣ κ.ά.). Έγινε ανάλυση ευαισθησίας με τη χρήση διαφορετικών κριτηρίων συμπερίληψης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συγκρίνοντας τον ετήσιο αριθμό των γεννήσεων με τον αριθμό των ατόμων που περιλαμβάνονται στη βάση δεδομένων, παρατηρείται υψηλή πληρότητα, τόσο μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει παρέλθει από το έτος γέννησης (Πίνακας 1). Με την πάροδο των χρόνων, η εγγραφή των παιδιών στο Μητρώο ΑΜΚΑ γίνεται σε όλο και μικρότερη ηλικία (Πίνακας 2). Βρέθηκε ότι 91,5% των παιδιών 12-23 μηνών είχαν λάβει τρεις δόσεις εμβολίου διφθερίτιδας-τέτανου-κοκκύτη και 87,4% των παιδιών 24-35 μηνών μία δόση εμβολίου ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας. Η ανάλυση ευαισθησίας έδειξε μικρές μόνο αποκλίσεις στους δείκτες εμβολιασμού. Οι περιορισμοί της χρήσης στοιχείων του ΣΗΣ για την εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης απορρέουν από το γεγονός ότι δεν λαμβάνονται υπόψη οι εμβολιασμοί παιδιών που, για διάφορους λόγους, πραγματοποιήθηκαν εκτός ΣΗΣ ενώ έχουν ΑΜΚΑ και παιδιών που καθυστέρησαν να λάβουν ΑΜΚΑ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξαγωγή δεικτών εμβολιαστικής κάλυψης από στοιχεία του ΣΗΣ έχει σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και εγγενείς περιορισμούς, ορισμένοι από τους οποίους οδηγούν σε ένα βαθμό υπο-εκτίμησης της εμβολιαστικής κάλυψης. Επισημαίνεται η ανάγκη να γίνουν ειδικές μελέτες για την καλύτερη κατανόηση της φύσης και της έκτασης ορισμένων από τους περιορισμούς που εντοπίστηκαν.

**Πίνακας 1.** Γεννήσεις στην Ελλάδα, πλήθος εγγραφών (παιδιά με ΑΜΚΑ) στη βάση δεδομένων που αναλύθηκε και λόγος παιδιών με ΑΜΚΑ προς γεννήσεις κατά έτος γέννησης (εγγραφές στο Μητρώο ΑΜΚΑ έως και 31/12/2022).

| | | Μητρώο ΑΜΚΑ: Σύνολοεγγραφών | | Μητρώο ΑΜΚΑ: εγγραφές με γέννηση στην Ελλάδα | |
|---|---|---|---|---|---|
| Έτος γέννησης | Γεννήσεις-ΕΛΣΤΑΤ (γεννήσεις στην Ελλάδα)[1] | Ν με ΑΜΚΑ | Λόγος "Ν με ΑΜΚΑ"/ "Γεννήσεις-ΕΛΣΤΑΤ" | Ν με ΑΜΚΑ | Λόγος "Ν με ΑΜΚΑ"/ "Γεννήσεις-ΕΛΣΤΑΤ" |
| **2013** | **94.134** | 105.388 | 1,120 | 93.748 | 0,996 |
| **2014** | **92.149** | 104.180 | 1,131 | 91.845 | 0,997 |
| **2015** | **91.847** | 103.611 | 1,128 | 91.585 | 0,997 |
| **2016** | **92.898** | 102.975 | 1,108 | 91.908 | 0,989 |
| **2017** | **88.553** | 97.821 | 1,105 | 87.696 | 0,990 |
| **2018** | **86.440** | 93.323 | 1,080 | 85.931 | 0,994 |
| **2019** | **83.756** | 88.784 | 1,060 | 83.580 | 0,998 |
| **2020** | **84.764** | 87.710 | 1,035 | 83.987 | 0,991 |
| **2021** | **85.346** | 87.314 | 1,023 | 84.269 | 0,987 |
| **2022** | **76.095** | 74.639 | 0,981 | 73.738 | 0,969 |

[1]Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ. Γεννήσεις, 2022. Διαθέσιμο στο: https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO03/2022

**Πίνακας 2.** Πλήθος εγγραφών στη βάση δεδομένων (παιδιά) που έχουν λάβει ΑΜΚΑ έως και 31/12/2022 και λόγος παιδιών με ΑΜΚΑ προς γεννήσεις κατά έτος γέννησης και ηλικία λήψης ΑΜΚΑ.

| Έτος γέννησης | Γεννήσεις-ΕΛΣΤΑΤ (γεννήσεις στην Ελλάδα) | Ν με ΑΜΚΑ (Μητρώο ΑΜΚΑ) | Λόγος "Ν με ΑΜΚΑ" / "Γεννήσεις-ΕΛΣΤΑΤ" έως επιλεγμένες ηλικίες λήψης ΑΜΚΑ σε συμπληρωμένους μήνες [αγκύλες: ακριβής ηλικία] | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0 μ [<1μ] | 1 μ [<2μ] | 2 μ [<3μ] | 5 μ [<6μ] | 11 μ [<12μ] | 23 μ [<24μ] | 47 μ [<4ετ] | 71 μ [<6ετ] |
| **2013** | **94.134** | 105.388 | 0,739 | 0,862 | 0,920 | 0,950 | 0,976 | 0,999 | 1,023 | 1,059 |
| **2014** | **92.149** | 104.180 | 0,812 | 0,903 | 0,944 | 0,967 | 0,987 | 1,007 | 1,043 | 1,078 |
| **2015** | **91.847** | 103.611 | 0,853 | 0,923 | 0,953 | 0,973 | 0,991 | 1,014 | 1,058 | 1,104 |
| **2016** | **92.898** | 102.975 | 0,863 | 0,926 | 0,954 | 0,972 | 0,990 | 1,017 | 1,056 | 1,103 |
| **2017** | **88.553** | 97.821 | 0,880 | 0,939 | 0,962 | 0,982 | 1,003 | 1,031 | 1,078 | 1,105 |
| **2018** | **86.440** | 93.323 | 0,872 | 0,945 | 0,970 | 0,990 | 1,007 | 1,031 | 1,074 | |
| **2019** | **83.756** | 88.784 | 0,876 | 0,942 | 0,963 | 0,982 | 1,003 | 1,036 | 1,060 | |
| **2020** | **84.764** | 87.710 | 0,918 | 0,947 | 0,962 | 0,986 | 1,006 | 1,027 | | |
| **2021** | **85.346** | 87.314 | 0,947 | 0,968 | 0,980 | 0,998 | 1,014 | 1,023 | | |
| **2022** | **76.095** | 74.639 | 0,947 | 0,963 | 0,971 | 0,978 | 0,981 | | | |

## 32. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΥΝΤΟΜΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: THE EVIDENCE-Q GREEK PROJECT

Μ. Λειβαδάρα[1], Σ. Ζγκάμπη[2], Χ. Σαββάκος[2], Μ. Γραμματικοπούλου[3], Δ. Χανιώτης[4], Κ. Γκούσκου[2]
*[1]Δήμος Παλαιού Φαλήρου, [2]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, ΠΑΔΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Στάθμιση ερωτηματολογίου (EVIDENCe-Q) για τον έλεγχο της βιταμίνης D σε ενήλικες Έλληνες.
**ΥΛΙΚΟ**: 200 συμμετέχοντες, ελληνικής καταγωγής ηλικίας 20-65 χρονών από διάφορες περιοχές της Ελλάδος (αστικές και αγροτικές). Καταγράφηκαν δημογραφικές μεταβλητές και επίπεδα βιταμίνης D στον ορό. Το ερωτηματολόγιο EVIDENCe-Q περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγή, την πρόσληψη, την απορρόφηση και τον μεταβολισμό της βιταμίνης D. Η βαθμολογία του EVIDENCe-Q ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0 (καλύτερη κατάσταση) έως 36 (χειρότερη κατάσταση).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν ανεπάρκεια βιταμίνης D, σύμφωνα με τις τρέχουσες ελληνικές τιμές αναφοράς και συγκεκριμένα σε ποσοστά 21,4% για σοβαρή ανεπάρκεια, 45,3% για ανεπάρκεια και 33,3% για επάρκεια. Το EVIDENCe-Q έδειξε ισχυρή συσχέτιση με τα επίπεδα βιταμίνης D ($r=-0,72$, $p<0,0001$). Οι βαθμολογίες κυμάνθηκαν από 17,1 σε άτομα με επάρκεια έως 28,7 σε άτομα με σοβαρή ανεπάρκεια. Η ανάλυση ROC έδειξε υψηλή ευαισθησία (81%) και ειδικότητα (83%) για την πρόβλεψη κατάστασης βιταμίνης D, με τιμές αποκοπής ≥23 για σοβαρή ανεπάρκεια και ≤20 για επάρκεια.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Το EVIDENCe-Q αποδείχθηκε αξιόπιστο, οικονομικό και εύχρηστο εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου. Η χρήση του μπορεί να βελτιώσει την ταυτοποίηση ατόμων με ανεπάρκεια βιταμίνης D, προωθώντας έγκαιρες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγείας. Μελλοντική έρευνα μπορεί να εστιάσει στην ενσωμάτωσή του σε ψηφιακές πλατφόρμες και στη συσχέτισή του με το γενετικό υπόβαθρο των Ελλήνων.

## 33. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΞΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ, ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2024

Χ. Μορφάκη[1], Λ. Γεωργαλής[1], Α. Τράπαλη[1], Κ. Μέλλου[1], Κ. Παπαδήμα[1], Δ. Παρασκευής[1,2], Δ. Χατζηγεωργίου[1], Χ. Χατζηχριστοδούλου[1,3]

*[1]Δ/νση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για τα Λοιμώδη Νοσήματα, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), Αθήνα, [2]Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας – Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το 2024 παρατηρήθηκε υπερδιπλασιασμός του συνολικού αριθμού σποραδικών δηλωθέντων κρουσμάτων της λεγιονέλλωσης στην κοινότητα (εξαιρουμένων των κρουσμάτων που σχετίζονται με διαμονή σε τουριστικά καταλύματα του εξωτερικού) σε σύγκριση με τον μέσο όρο των προηγούμενων ετών, αύξηση που δεν μπορεί να αποδοθεί σε αλλαγή των εργαστηριακών μεθόδων. Σκοπός της μελέτης ήταν η αναγνώριση πιθανών εκθέσεων των κρουσμάτων.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών μαρτύρων για το διάστημα της μεγαλύτερης αύξησης των κρουσμάτων, από 1 Αυγούστου έως 31 Οκτωβρίου 2024. Οι ασθενείς και οι μάρτυρες εξομοιώθηκαν ως προς την ηλικία και το φύλο. Διενεργήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σε ασθενείς με λεγιονέλλωση και σε μάρτυρες που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό και το ιστορικό έκθεσης κατά τις 14 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 57 ασθενείς που δηλώθηκαν συλλέχθηκαν στοιχεία από 24 (42%), ενώ 40 μάρτυρες ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Η μέση ηλικία ήταν 65 και 68 έτη, αντίστοιχα. Ασθενείς και μάρτυρες παρουσίαζαν υποκείμενα νοσήματα, με την καρδιαγγειακή νόσο να αποτελεί την πιο συχνά αναφερόμενη συννοσηρότητα. Αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του νοσήματος με τη διανυκτέρευση εκτός σπιτιού (OR=3,27, p=0,031) και το ταξίδι με πλοίο (OR=13, p<0,05). Δεν εντοπίστηκαν συρροές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μη ανεύρεση κοινής πηγής έκθεσης καταδεικνύει πιθανώς αυξημένη παρουσία του μικροβίου στα συστήματα ύδρευσης. Παρόμοια αύξηση παρατηρήθηκε εντός του 2024 σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και πιθανολογείται συσχέτιση με αλλαγές στους κλιματολογικούς παράγοντες. Υπογραμμίζεται η ανάγκη ενδελεχούς διερεύνησης μελλοντικών κρουσμάτων για την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου, την έγκαιρη ανίχνευση συρροών και τη λήψη μέτρων δημόσιας υγείας.

## ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### 34. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΝΕΑ ΜΕΣΑ

Ν. Κοροδήμος, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Η. Σανταιτίδης, Α. Αντωνόπουλος, Σ. Μητσός, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση περιστατικών αποκατάστασης θωρακικού τοιχώματος με νέα μέσα και βιβλιογραφική αναφορά.
**ΣΚΟΠΟΣ**: Η χειρουργική θεραπεία των όγκων του θωρακικού τοιχώματος εμπεριέχει την ευρεία en block εκτομή του νεοπλάσματος και των πέριξ διηθημένων ιστών, όπως οστά, μαλακά μόρια, πνεύμονας και διάφραγμα. Υγιή όρια 4cm προς όλες τις κατευθύνσεις απαιτούνται για τα κακοήθη νεοπλάσματα, ενώ τα 2cm μπορεί να είναι αρκετά για καλοήθη νεοπλάσματα, μεταστάσεις και κακοήθη νεοπλάσματα χαμηλής κακοήθειας όπως το χονδροσάρκωμα του στέρνου. Μία υγιής πλευρά άνωθεν και κάτωθεν του όγκου πρέπει να περιλαμβλανεται στο χειρουργικό παρασκεύασμα. Η εκτομή του όγκου επί υγιών ορίων επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση.
**ΥΛΙΚΟ:** Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αποκατάσταση του θωρακικού τοιχώματος μετά από εκτομή ευμεγέθων όγκων. Οι παράγοντες που καθορίζουν το είδος της αποκατάστασης είναι η εντόπιση της βλάβης, η έκταση της εκτομής που απαιτείται, το βάθος της εκτομής, η κατάσταση των ιστών, ο τρόπος ζωής και εργασίας του ασθενή και η πρόγνωση της νόσου.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο τρόπος αποκατάστασης του ελλείματος του θωρακικού κλοβού που θα προκύψει πρέπει να εξασφαλίζει τη σταθερότητα και τη συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος. Μπορεί να γίνει με πλέγμα e-PTFE πάχους 2mm ή με την τεχνική sandwich όπου συνθετικό τσιμέντο (methyl-methyl acrylate) εμπεριέχεται εντός 2 στρωμάτων πλέγματος Marlex ή Prolen. Σε αρκετά περιστατικά της κλινικής μας όπου έγινε αφαίρεση ευμεγεθών όγκων θωρακικού τοιχώματος και προέκυψε μεγάλο έλλειμα ακολουθήσαμε μια νέα τεχνική με νέα υλικά πρωτοεμφανιζόμενα στον ελλαδικό χώρο. Τοποθετήσαμε ειδικές μπάρες τιτανίου όπου δύναται να τροποποιηθεί το σχήμα τους και η κλίση τους ανάλογα με τις ανάγκες διεγχειρητικά, με αυτόν τον τρόπο δημιουργούμε εκ νέου θωρακικό κλωβό με τις μπάρες να αποκαθιστούν τις πλευρές που αφαιρέθηκαν en block με τον όγκο.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα μέχρι στιγμής είναι ενθαρρυντικά, παρατηρείται πλήρης συνέχεια του θωρακικού κλωβού μετεγχειρητικά χωρίς την ύπαρξη «flail chest», καλά σπιρομετρικά αποτελέσματα μετεγχειρητικά, μειωμένος χρόνος νοσηλείας, γρήγορη επαναφορά του ασθενούς στην κοινωνική του ζωή και εργασία.

## 35. ΤΡΑΧΕΙΟΙΣΟΦΑΓΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Ν. Κοροδήμος, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Η. Σανταιτίδης, Σ. Μητσός, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση περιστατικών και βιβλιογραφική αναφορά περιστατικών με τραχειοοισοφαγικό συρύγγιο.
**ΣΚΟΠΟΣ**: Η τοπική επέκταση των νεοπλασμάτων του οισοφάγου και του πνεύμονα ή οι μεσοθωρακικές λεμφαδενικές μεταστάσεις αυτών μπορεί να οδηγήσουν στην ταυτόχρονη διάβωση των τοιχωμάτων της τραχείας και του οισοφάγου και στην δημιουργία επικοινωνίας μεταξύ των αυλών των οργάνων, διαφορετικής έκτασης κάθε φορά. Τα τραχειοοισοφαγικά συρίγγια από καλοήθη και κακοήθη αίτια έχουν τελείως διαφορετική αντιμετώπιση και πρόγνωση. Πρόκειται για μια πολύ σοβαρή και τραγική επιπλοκή των νεοπλασμάτων του οισοφάγου και του πνεύμονα που μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή ακόμη και στην αυτοκτονία. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιαστούν περιστατικά που εμφάνισαν την δύσκολη χειρουργική οντότητα των τραχειοοισοφαγικών συριγγίων και ο τρόπος που αντιμετωπίστηκαν από την κλινική μας.
**ΥΛΙΚΟ:** Η θεραπεία είναι παρηγορητική και περιλαμβάνει την εκτροπή του οισοφάγου στον τράχηλο σε συνδυασμό με γαστροστομία, την παράκαμψη του οισοφάγου με στόμαχο (bypass), την ναρθήκωση (stending) του οισοφάγου με αυτοεκτεινόμενα μεταλλικά και επικαλυμμένα με πολυουραθένη stents με ή χωρίς ταυτόχρονη τοποθέτηση stent στην τραχεία και την χημειο-ακτινοθεραπεία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θα παρουσιαστούν 4 περιστατικά με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο από διαφορετική αιτία το κάθε ένα τα οποία αντιμετωπίστηκαν από την κλινική μας χειρουργικά με διαφορετικό τρόπο ανάλογα του αιτίου. Θα γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων και της έκβασης των ασθενών σε συνάρτηση με την αιτία και την μέθοδο αντιμετώπισης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μια τόσο σοβαρή νόσος για τον ασθενή όπου επηρεάζεται το επίπεδο διαβίωσής του αποτελεί μέχρι και σήμερα μία από τις πιο δύσκολες χειρουργικές προκλήσεις του Θωρακοχειρουργού. Πλέον στην φαρέτρα μας με την εξέλιξη της τεχνολογίας διαθέτουμε νέα όπλα. Πρέπει πολλές φορές να γίνει συνδυασμός των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών με την ανοιχτή χειρουργική του οισοφάγου και της τραχείας.

## 36. ΔΙΑΠΥΗΣΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μητσός, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαπύηση των τραυμάτων στις θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις δεν αποτελεί πολύ συχνό φαινόμενο λόγω του σχετικά «στείρου» περιβάλλοντος που περικλείεται στον θωρακικό κλωβό. Αυτή η ισορροπία όταν διαταραχθεί οδηγούμαστε σε βαριές περιπτώσεις διαπυήσεων τραύματος και λοιμώξεων του θώρακα.
**ΣΚΟΠΟΣ**: Η καλύτερη αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι η πρόληψη διότι δεν δύναται να αποφευχθούν τελείως. Σκοπός λοιπόν της παρουσίασης θα είναι η ανάδειξη των πιο συχνών και σημαντικών λοιμώξεων των χειρουργικών επεμβάσεων του θώρακα, ο τρόπος αντιμετώπισης του αλλά και η έγκαιρη αναγνώριση τους προκειμένου να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων όταν θα έρθουν αντιμέτωποι με τέτοιου είδους λοιμώξεις.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** μελετήθηκαν οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτές τις λοιμώξεις. Όπως για παράδειγμα η υποξία που αποτελεί συχνό φαινόμενο στους Θωρακοχειρουργημένους ασθενείς. Η διαβητική μικροαγγειοπάθεια και η έλλειψη αυξητικών παραγόντων στην περιοχή του τραύματος αποτελούν ενοχοποιητικούς παράγοντες. Επίσης η χρήση κορτικοστεροειδών όλο και αυξάνεται στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς στους οποίους όλο και αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας τους που αποτελεί και αυτό προδιαθεσικό παράγοντα λοιμώξεων. Θα παρουσιαστούν περιστατικά με βρογχοπλευριτικά συρίγγια και θωρακοστόματα, διαπύηση τραύματος ύστερα από αφαίρεση όγκων θωρακικού τοιχώματος, διαπύηση τραυμάτων ύστερα από επανεπεμβάσεις και λοιμώξεις στερνοτομών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Θα παρουσιαστούν οι σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης των λοιμώξεων αυτών σύμφωνα με αποτελέσματα από την κλινική μας που επιβεβαιώνονται και από την διεθνή βιβλιογραφία. Θα δούμε την βοήθεια της χρήσης αρνητικής πίεσης στα τραύματα και θα επισημανθεί η αναγκαιότητα της συνεργασίας θωρακοχειρουργών και λοιμωξιολόγων που μέσα από αυτή και μόνο έχουμε τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

## 37. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ «ΒΑΡΟΜΕΤΡΟΥ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ»

Α. Θεοδώρου[1,2], Χ. Παπαϊωάννου[1,3], Κ. Ροδίτης[1,4,5,6], Σ. Τσιαπακίδου[1,7], Χ. Πάνου[1,8], Β. Γιωργαλλά[1,9], Ε. Κουτσοστάθης[1,10], Ν. Γαλανάκης[1,11], Χ. Βαβουρανάκης[1,12]

*[1]Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, [2]Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [4]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», [5]Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [6]European Junior Doctors Association (EJD), Βρυξέλλες, Βέλγιο, [7]Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ, [8]Παιδιατρικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο», [9]Ιατρός, Λεμεσός, Κύπρος, [10]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΝΘΑ «Σωτηρία», [11]Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, ΠΑ.Γ.Ν.Η., Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, [12]Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Πρόεδρος Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών & Μέλος Δ.Σ., Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.)*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των Νέων Ιατρών στην Ελλάδα σχετικά με βασικές πτυχές της μεταπτυχιακής τους εκπαίδευσης και επαγγελματικής τους ανάπτυξης. Ειδικότερα, εξετάζεται το επιπέδο ικανοποίησης, η επάρκεια της εκπαίδευσης και οι κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι Νέοι Ιατροί κατά την εκπαίδευσή τους. Η μελέτη βασίστηκε στα πρώτα αποτελέσματα του ερευνητικού προγράμματος «Βαρόμετρο για Νέους Ιατρούς" που δημιουργήθηκε από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) και το Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας-Junior Doctors' Network - Hellas (JDN-Hellas). Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην καταγραφή των τάσεων και απόψεων των Νέων Ιατρών για το σύστημα υγείας, τις εργασιακές συνθήκες, την εκπαίδευση, την εργασιακή κόπωση και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επαγγελματικές τους επιλογές. Το "Βαρόμετρο" φιλοδοξεί να αποτελέσει έναν διαρκή και αξιόπιστο δείκτη καταγραφής των απόψεων των Νέων Ιατρών για την λειτουργία του συστήματος υγείας, παρέχοντας την βάση για την διαμόρφωση τεκμηριωμένων προτάσεων προς την Πολιτεία.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους ιατρούς "άνευ ειδικότητας" σε όλη την Ελλάδα, στοχεύοντας σε άτομα που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της καριέρας τους. Συμπεριλήφθηκαν ειδικευόμενοι ιατροί, ιατροί σε υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ή στρατιωτική θητεία, καθώς και ιατροί σε αναμονή έναρξης ειδικότητας ή εξετάσεων ειδικότητας. Οι απαντήσεις συλλέχθηκαν μέσω ανώνυμου διαδικτυακού ερωτηματολογίου, βασισμένου στις λίστες εγγεγραμμένων ιατρών "άνευ ειδικότητας» των Ιατρικών Συλλόγων της Ελλάδας. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική για την ανάδειξη τάσεων και συσχετίσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μέχρι τις 17 Ιανουαρίου 2025 συλλέχθηκαν 487 απαντήσεις. Τα ευρήματα ανέδειξαν σημαντικές ανησυχίες των νέων ιατρών σχετικά με την επάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης και κατάρτισης:

1. Επάρκεια Εκπαίδευσης: Μόνο το 12% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η εκπαίδευσή τους τους προετοίμασε πλήρως για την καριέρας τους, ενώ το 49% αξιολόγησαν την εκπαίδευση ως ανεπαρκή.
2. Ικανοποίηση από την Κατάρτιση: Το 54% εξέφρασε δυσαρέσκεια με την ποιότητα των προγραμμάτων κατάρτισης. Από αυτούς, το 38% ανέφερε ως κύριο ζήτημα την έλλειψη πρακτικών ευκαιριών, και το 29% τόνισε την ανεπαρκή καθοδήγηση και mentoring.
3. Κύριες Προκλήσεις: Οι σημαντικότερες προκλήσεις περιλάμβαναν την υποστελέχωση στα νοσοκομεία (76%), την έλλειψη χρηματοδότησης για εκπαιδευτικούς πόρους (54%) και την περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένα προγράμματα κατάρτισης (47%).
4. Επαγγελματική εξουθένωση και φόρτος εργασίας: Το 78% ανέφερε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας και ανεπαρκούς στήριξης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη ανέδειξε τη διογκούμενη δυσαρέσκεια των Νέων Ιατρών σχετικά με την ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση στην Ελλάδα. Τα κενά στην πρακτική εκπαίδευση και την καθοδήγηση, καθώς και οι προκλήσεις που αφορούν τις εργασιακές συνθήκες υπογραμμίζουν την ανάγκη για συστημικές μεταρρυθμίσεις. Τα πρώτα αποτελέσματα του «Βαρομέτρου» καλούν για παρεμβάσεις πολιτικής, που θα στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των προγραμμάτων κατάρτισης. Παράλληλα,

τονίζουν την ανάγκη δημιουργίας ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα διασφαλίζει την επαγγελματική ανάπτυξη των Νέων Ιατρών, ενισχύοντας τελικά της συλλογική λειτουργία του συστήματος υγείας. Το «Βαρόμετρο» παρέχει πολύτιμα δεδομένα που μπορούν να αξιοποιηθούν για την αντιμετώπιση των κρίσιμων αυτών ζητημάτων και να συμβάλουν στη δημιουργία ενός πιο αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

## 38. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ

Ε. Σαββίδου, Π. Παρασκευόπουλος, Δ. Καββαδάς, Π. Ευαγγελίδης, Ν. Ευαγγελίδης, Σ. Κουκουλιάτας, Γ. Ζαχαριαδάκης, Α. Τριανταφύλλου, Μ. Γαβανά, Ε. Σμυρνάκης

*Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά τη σύσταση εμβολιασμού των φοιτητών Ιατρικής που πραγματοποιούν κλινική άσκηση για την πρόληψη της μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων στους ασθενείς, η συμμόρφωσή τους είναι συνήθως χαμηλή. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την επίδραση ενημερωτικής παρέμβασης στις γνώσεις και πρόθεση αντιγριπικού εμβολιασμού των φοιτητών/φοιτητριων.

**ΥΛΙΚΟ:** Οι απόψεις 141 φοιτητών/φοιτητριών ιατρικής κλινικών ετών για τον αντιγριπικό εμβολιασμό καταγράφηκαν αρχικά μέσω ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Έπειτα, παρακολούθησαν μια στοχευμένη ενημέρωση και στο τέλος συμπλήρωσαν ξανά το ερωτηματολόγιο γνώσεων και πρόθεσης εμβολιασμού. Συγκρίθηκαν οι απαντήσεις πριν και μετά την παρέμβαση, αναλύοντας την αλλαγή στην πρόθεση εμβολιασμού, τη διστακτικότητα και την αναγνώριση των ευπαθών ομάδων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ενημερωτική παρέμβαση οδήγησε σε στατιστικά σημαντική αύξηση ($p < 0.0001$) της πρόθεσης εμβολιασμού (από 35,46% σε 70,21%), ενώ οι αρνητικές στάσεις μειώθηκαν (από 29,08% σε 10,64%). Η εμπιστοσύνη στο εμβόλιο βελτιώθηκε: η αντίληψη της ασφάλειας αυξήθηκε από 58,16% σε 71,63% και της αποτελεσματικότητας από 52,48% σε 63,83%. Παράλληλα, μειώθηκαν οι ανησυχίες για ανεπιθύμητες ενέργειες (7,80% σε 4,96%) και η αντίληψη ότι η γρίπη δεν είναι σοβαρή νόσος (3,55% σε 1,42%). Η αναγνώριση των ευπαθών ομάδων βελτιώθηκε (έγκυες, λεχωίδες και θηλάζουσες από 60,28% σε 88,65%, σύνδρομο Down από 43,26% σε 73,76%, εργαζόμενοι σε χώρους υγείας από 90,07% σε 97,87%, άστεγοι από 42,55% σε 76,60%, κτηνίατροι και όσοι εργάζονται με πτηνά ή χοίρους από 44,68% σε 80,85%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενημερωτική παρέμβαση είχε σημαντικό αντίκτυπο στην αύξηση της θετικής πρόθεσης εμβολιασμού και μείωση της διστακτικότητας των φοιτητών/φοιτητριών. Παράλληλα, βελτίωσε την αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην ενίσχυση της εμβολιαστικής κάλυψης.

## 39. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΜΕ ΥΨΗΛΗΣ ΠΙΣΤΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΤΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ε. Σαββίδου, Σ. Κουκουλιάτας, Γ. Ζαχαριαδάκης, Μ. Μοιρασγεντή, Ι. Κιρκενίδου, Ε. Στυλιανίδου, Γ. Οικονομίδης, Β. Κορδαλής, Ε. Ντάφλη, Ε. Σμυρνάκης

*Κέντρο Κλινικών Δεξιοτήτων και Προσομοίωσης,Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία αποτιμά μια καινοτόμο πρωτοβουλία εκπαίδευσης φοιτητών/φοιτητριών του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ σε ολοκληρωμένα κλινικά σενάρια με υψηλής πιστότητας προσομοιωτή ασθενούς μετά την εκπαίδευσή τους σε βασικές κλινικές δεξιότητες στο 1ο-2ο έτος σπουδών.

**ΥΛΙΚΟ:** Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 30 φοιτητές 3ου-4ου έτους (εκπαίδευση ατομικά σε βασικά σενάρια) και 16 φοιτητές 5ου-6ου έτους (εκπαίδευση ομαδικά σε προχωρημένα σενάρια). Ο φοιτητής ή η ομάδα εκτελούσαν το σενάριο στο δωμάτιο προσομοίωσης. Οι εκπαιδευτές παρακολουθούσαν μέσω κάμερας και κατέγραφαν την απόδοση σε φύλλο αξιολόγησης. Έπειτα, ο φοιτητής ή η ομάδα συμμετείχε σε συζήτηση ανατροφοδότησης (debriefing) και συμπλήρωνε ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εκπαίδευσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση των φοιτητών ανέδειξε επαρκή ικανότητα λήψης ιστορικού και ζωτικών σημείων, αλλά χαμηλές επιδόσεις στην πρόληψη λοιμώξεων (40% των 3ο-4ο ετών φοιτητών εκτέλεσε τη δεξιότητα), λήψης συγκατάθεσης, διερεύνησης των έξεων και ανταπόκρισης στις ανησυχίες του ασθενούς. Οι περισσότερες ομάδες επέδειξαν επαρκείς δεξιότητες συνεργασίας. Οι φοιτητές αξιολόγησαν τα σενάρια ως ρεαλιστικά (89,66% των 3ο-4ο ετών, 87,50% των 5ο-6ο ετών) και επαρκή για το μαθησιακό τους επίπεδο (89,66% και 93,75% αντίστοιχα) και τη συζήτηση ως χρήσιμη για ανασκόπηση της επίδοσής τους (100% και 93,75%, αντίστοιχα). Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, το 89,66% των 3ο-4ο ετών φοιτητών και το 93,75% των 5ο-6ο ετών δήλωσαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για την κλινική πρακτική και το 96,55% και 100%, αντίστοιχα, ανέφεραν ότι η εκπαίδευση σε σενάρια προσομοίωσης θα ενισχύσει την κατάρτισή τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πρόγραμμα βελτιώνει την κλινική ικανότητα των φοιτητών, προάγει την ομαδική συνεργασία και αναδεικνύει τομείς για επιπλέον εκπαίδευση. Επόμενος στόχος είναι η αύξηση των σεναρίων, των εκπαιδευόμενων φοιτητών και η εμπλοκή περισσότερων στο σχεδιασμό και υλοποίηση τους.

## 40. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ

Μ. Σαχά[1,2], Μ. Ζαχαράκη[1,3], Κ. Πασχοπούλου[1,3], Κ. Πατρίκου[1,4]

*[1]Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων Φοιτητών Ιατρικής, [2]Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, [3]Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, [4]Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο*

**ΣΚΟΠΟΣ** Να αναδειχθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές των ελληνόφωνων προγραμμάτων σπουδών Ιατρικής της χώρας, κατά πόσο εναρμονίζονται με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού για την Ιατρική Εκπαίδευση (World Federation of Medical Education-WFME) και να γίνουν προτάσεις για βελτίωση.
**ΥΛΙΚΟ** Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση και πιο συγκεκριμένα αξιοποιήθηκαν οι οδηγοί σπουδών των επτά ιατρικών σχολών, οι αξιολογήσεις της Εθνικής Αρχής Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΕΘΑΑΕ), οι κατευθυντήριες οδηγίες του WFME και πλήθος άλλων πηγών. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 41 πηγές, συμπεριλαμβανομένων βιβλίων, άρθρων και ερευνών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα ελληνόφωνα προγράμματα σπουδών φαίνεται να έχουν αρκετές ομοιότητες (ίδιος αριθμός ECTS για την απόκτηση πτυχίων, περίπου ίσες ώρες κλινικές άσκησης κ.ά.) αλλά και ουσιώδεις διαφορές (αριθμός κατ'επιλογήν μαθημάτων, άσκηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κ.ά.) οι οποίες, κατά την άποψη των συγγραφέων, πρέπει να γεφυρωθούν όχι για να χαθεί ο χαρακτήρας της κάθε ιατρικής αλλά για να δημιουργούν επαγγελματίες υγείας με ισάξιες γνώσεις και δεξιότητες που θα υπηρετούν επαρκώς την ελληνική κοινωνία.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι ιατρικές σχολές, και ιδιαίτερα οι διοικήσεις τους, χρειάζεται να είναι ανοιχτές στην ουσιαστική ανατροφοδότηση από τους/τις φοιτητές/-τριες Ιατρικής και να κάνουν ασκήσουν ειλικρινή αυτοκριτική. Τα περιθώρια βελτίωσης είναι πολλά αλλά η συνεργασία μεταξύ των Ιατρικών της χώρας μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την παρεχόμενη ιατρική εκπαίδευση.

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

# 41. ΕΞΥΠΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΟΜΙΚΩΝ, ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. Βιδάκης[1], Χ. Καρανίκας[2], Β. Τσούκας[2], Ν. Μελανίτης[2], Χ. Χατζηχρήστος[2]

*[1]AINIGMA Technologies, [2]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι υπάρχοντες ιατρικοί φάκελοι εξυπηρετούν κυρίως την εισαγωγή ιατρικών δεδομένων εντός των οργανισμών υγείας, όπως νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. Ωστόσο, η έλλειψη διαλειτουργικότητας και κεντρικού σχεδιασμού στη συλλογή δεδομένων έχει οδηγήσει σε απομονωμένα δεδομένα (data silos), δημιουργώντας προβλήματα όπως η δυσκολία πρόσβασης στα δεδομένα από άλλους οργανισμούς υγείας, η κακή ποιότητα δεδομένων και η περιορισμένη δυνατότητα ανάλυσης. Επιπλέον, τα γενετικά δεδομένα παραμένουν αποκομμένα από τον ιατρικό φάκελο, παρά τη σημαντική τους αξία στη διάγνωση και την εξατομικευμένη θεραπεία.

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η δημιουργία ενός έξυπνου ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, που επιτρέπει τον διαμοιρασμό δεδομένων, ακολουθώντας διεθνή πρότυπα όπως HL7/FHIR, τη μετατροπή των δεδομένων σε μορφή κατάλληλη για αποκεντρωμένη ανάλυση βάσει του προτύπου OMOP Common Data Model (CDM) και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας δεδομένων. Επιπλέον, ενσωματώνοντας γενετικά μεταδεδομένα, το σύστημα στοχεύει στην αξιοποίηση του συνδυασμού κλινικών και γενετικών πληροφοριών για καλύτερες κλινικές αποφάσεις.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Κατά τη σχεδίαση της πλατφόρμας, ελήφθησαν υπόψη οι ανάγκες για διασυνοριακή ανταλλαγή δεδομένων και η δημιουργία εύχρηστων διεπαφών για την εισαγωγή και την ανάλυση δεδομένων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ενσωμάτωση γενετικών μεταδεδομένων στον ιατρικό φάκελο, ώστε να είναι διαθέσιμα για συνδυαστική ανάλυση με τα κλινικά δεδομένα.

Κατά την υλοποίηση της εμβληματικής δράσης, υλοποιήθηκε ένα από τα use cases του European Parliament, συγκεκριμένα το **Directive 2011/24/EU** που περιγράφει το ολοκληρωμένο **PatientSummary**, με στόχο τη διευκόλυνση της παροχής ιατρικής φροντίδας σε διασυνοριακό επίπεδο. Για την ανάπτυξη του συστήματος, ακολουθήθηκε η μεθοδολογία Agile με δίμηνους κύκλους εργασιών, ενσωματώνοντας το feedback των χρηστών. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνολογίες όπως Node.js, Python και AWS cloud.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλατφόρμα περιλαμβάνει μια λειτουργική βάση δεδομένων για την αποθήκευση και διαμοιρασμό FHIR Resources, καθώς και μια βάση δεδομένων βελτιστοποιημένη για ανάλυση ιατρικών δεδομένων, βασισμένη στο OMOP CDM. Η ενσωμάτωση γενετικών μεταδεδομένων επέτρεψε την ανάλυση συνδυαστικών δεδομένων, κλινικών και γενετικών, αποκαλύπτοντας πολύτιμες συσχετίσεις. Επιπλέον, εξασφαλίζεται η πρόσβαση στο Patient Summary μέσω του ΑΜΚΑ από εξουσιοδοτημένους οργανισμούς σε περιπτώσεις ανάγκης, ενώ οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα ανάλυσης δεδομένων σε πληθυσμιακό επίπεδο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο έξυπνος ιατρικός φάκελος αποτελεί μια καινοτόμα λύση που βελτιώνει τον συντονισμό φροντίδας, ενισχύοντας την επικοινωνία και το διαμοιρασμό πληροφοριών μεταξύ παροχών υγείας εντός και εκτός συνόρων. Το σύστημα διασφαλίζει ανώτερη ποιότητα δεδομένων, καθώς κάθε πεδίο είναι αυστηρά προκαθορισμένο. Η δομή δεδομένων OMOP CDM διευκολύνει την αναζήτηση και επιλογή ασθενών για κλινικές δοκιμές, ενώ η ανάλυση δεδομένων υποστηρίζει την έρευνα σε αποκεντρωμένα συστήματα EMRs. Η επιτυχής ενσωμάτωση γενετικών δεδομένων αποδεικνύει ότι μόνο μέσω κεντρικού σχεδιασμού και διεθνών προτύπων μπορούμε να αξιοποιήσουμε πλήρως τη δυναμική των συνδυαστικών δεδομένων για την παροχή εξατομικευμένης και αποτελεσματικής φροντίδας.

## 42. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΥΓΕΙΟΜΕΤΡΟ) ΣΕ ΕΞΥΠΝΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

Ε. Μιχελής Κοτρωνίδης[1], Χ. Καρανίκας[1], Ε. Θηραίος[2]
*[1]Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Ιατρική Εταιρεία Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στη σημερινή εποχή, όπου η τεχνολογία προοδεύει με ταχύτατους ρυθμούς, αλλάζει και ο τρόπος ζωής, αυτοφροντίδας αλλά και το πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης των ανθρώπων γενικότερα. Κατά συνέπεια, τα εργαλεία αξιολόγησηςυγείας αποκτούν μεγαλύτερη ζήτηση για να καλύψουν την ανάγκη αυτοέλεγχου της υγείας και της προσωπικής ευημερίας. Με γνώμονα τα παραπάνω, κρίθηκε σκόπιμη η ανάπτυξη μιας καινοτόμου εφαρμογής για έξυπνα τηλέφωνα λειτουργικού συστήματος Android, η οποία επιτρέπει στους χρήστες να πραγματοποιούν αυτοαξιολόγηση της υγείας τους με απλό και εύχρηστο τρόπο. Παράλληλα, η εφαρμογή παρέχει τη δυνατότητα αυτόματης εξαγωγής εξατομικευμένων συμπερασμάτων, ενισχύοντας τη δυνατότητα πρόληψης και έγκαιρης αναγνώρισης προβλημάτων υγείας.
**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η ανάπτυξη της εφαρμογής βασίστηκε στην ανάλυση των απαιτήσεων που υπάρχουν από το κοινό-στόχο της εφαρμογής, στη σχεδίαση της διεπαφής χρήστη και στην ανάπτυξη του πηγαίου κώδικα ώστε να υποστηρίξει τις λειτουργίες που παρέχει η εφαρμογή. Ακόμα, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισαν οι δοκιμές και βελτιστοποιήσεις τόσο στον λειτουργικό όσο και στον αισθητικό τομέα της εφαρμογής, ώστε να καταλήξει η εφαρμογή στην τελική της μορφή. Για τη διεπαφή χρήστη, έγινε χρήση της Extensible Markup Language (XML), ενώ για τη λειτουργικότητα της εφαρμογής αξιοποιήθηκε η γλώσσα προγραμματισμού Java. Τέλος, οι βαθμολογίες των χρηστών αποθηκεύονται ανώνυμα σε βάση δεδομένων στο Firestore.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναπτύχθηκε μια λειτουργική, ομαλή και φιλική προς τον χρήστη εφαρμογή, που συμβάλει στην παρακίνηση του να αξιολογήσει την υγεία του και να αντιληφθεί τη σημαντικότητα αυτής της διαδικασίας. Ακόμα, οι απαντήσεις των χρηστών αποθηκεύτηκαν επιτυχώς στη βάση δεδομένων στο Firestore της Google. Τέλος, αναπτύχθηκε και μια ιστοσελίδα μέσω της οποίας γίνεται η διανομή της εφαρμογής στους χρήστες έξυπνων τηλεφώνων με λειτουργικό σύστημα Android.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάπτυξη της εφαρμογής αποδεικνύει ότι οι τεχνολογίες έξυπνων τηλεφώνων μπορούν να προσφέρουν ισχυρά εργαλεία αυτοαξιολόγησης και πρόληψης. Η εφαρμογή είναι ευέλικτη, εύχρηστη και προσφέρει στους χρήστες πολύτιμες πληροφορίες για την υγεία τους. Παράλληλα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποστηρικτικό εργαλείο από επαγγελματίες υγείας. Μελλοντικές επεκτάσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη της εφαρμογής για έξυπνα τηλέφωνα με λειτουργικό σύστημα iOS, καθώς και την ενσωμάτωση τεχνητής νοημοσύνης για πιο προηγμένη ανάλυση δεδομένων.

## 43. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κ. Παπαδάκη[1,2], Χ. Καρανίκας[1], Α. Κατσάπη[1,3], Θ. Τσιούδα[2], Π. Ζύμαρης[2]

*[1]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Πνευμονολογικό Ογκολογικό Τμήμα, ΑΝΘ «Θεαγένειο», [3]Ευρωμεσογειακό Ινστιτούτο Ποιότητας και Ασφάλειας Υπηρεσιών Υγείας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία εστιάζει στη σημασία της αποτύπωσης και διερεύνησης εφαρμογής δομημένων διαδικασιών διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας στη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, και εν γένει ογκολογικών ασθενών. Στόχος της είναι να αναδειχθεί η σημασία της εφαρμογής του ειδικού εργαλείου που βασίζεται στη δομή του ευρωπαϊκού προτύπου για τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας EN-15224, με απώτερο σκοπό την αναγνώριση προτεραιοτήτων στην επίτευξη ποιοτικής φροντίδας, αποδοτικότητας και ασφάλειας ιδιαίτερα στους ασθενείς με αυξημένες ανάγκες, όπως είναι οι ασθενείς με ογκολογικά νοσήματα.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η μελέτη βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων από το Πνευμονολογικό Ογκολογικό Τμήμα του ΑΝΘ «Θεαγένειο». Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο το οποίο εξειδικεύθηκε ειδικά για τα ογκολογικά τμήματα σύμφωνα με τις βασικές ενότητες του Mapping tool for Quality and Patient Safety (MaQPS), Εργαλείο Αποτύπωσης των Βασικών Απαιτήσεων Διασφάλισης Ποιότητας και Ασφάλειας Ασθενών[1], και αξιολογήθηκε στο πλαίσιο της εν λόγω έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της μεθοδολογίας αυτο-αξιολόγησης, περιλαμβάνοντας προσωπικές συνεντεύξεις, ανάλυση υφιστάμενων διαδικασιών και πρωτοκόλλων και τέλος ηλεκτρονική αποτύπωση δεδομένων μέσω του εργαλείου LimeSurvey.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση του εργαλείου και η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε την αξία του εργαλείου στην αναγνώριση των βασικών διαδικασιών και την αποσαφήνιση των κρίσιμων κριτηρίων για την ποιότητα και την ασφάλεια στη φροντίδα εν μέσω της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει τις παρεμβάσεις βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης. Αναγνωρίστηκε η ευχρηστία, κατανόηση και επίτευξη των στόχων εφαρμογής του εργαλείου καθώςεπαληθεύθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, επαγγελματίες υγείας, η ευαισθησία- αντιστοιχία των ζητούμενων κριτηρίων στις κρίσιμες παραμέτρους ποιότητας στη φροντίδα και ασφάλειας των ασθενών. Το τμήμα εφαρμόζει σε σημαντικό ποσοστό τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας. Ειδικότερα, εντοπίστηκε ότι οι διαδικασίες που αφορούν την παρακολούθηση ασθενών και την τεκμηρίωση στοιχείων είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο. Επιπλέον εντοπίστηκαν τομείς προς βελτίωση, όπως η συστηματοποίηση στη διαχείριση κινδύνων (γενικών και κλινικών).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη κατέδειξε τη σημαντικότητα της χρήσης εργαλείων αποτύπωσης υφιστάμενης κατάστασης διασφάλισης ποιότητας με αντικειμενικές και evidence-based μεθοδολογίες και μέσω ψηφιοποίησης για τη βελτίωση της φροντίδας ασθενών. Η εφαρμογή διεθνών προτύπων, σε συνδυασμό με τεχνολογικές καινοτομίες, μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα και να θωρακίσει την ασφάλεια και την αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας.

## 44. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δ. Αναγνώστου[1,2], Ν. Θεοδωράκης[1,2], Σ. Καλαντζή[2,3], Κ. Σπυριδάκη[2,3], Χ. Χήτας[1,2], Β. Μηλιώνης[2], Ε. Γουρζουλίδου[2], Σ. Αθηναίου[2], Ι. Νέλλα[2], Α. Σπαθάρα[2], Ζ. Κόλλια[2], Μ. Χριστοδούλου[2], Γ. Τριανταφύλλη[2], Γ. Βαμβάκου[1,2], Μ. Νικολάου[1,2]

*[1]Καρδιολογική Κλινική, [2]Ιατρείο Τρίτης Ηλικίας 65+, [3]Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»-ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**: Βασικό βήμα στη διάγνωση σαρκοπενίας αποτελεί η εκτίμηση της μυϊκής δύναμης. Εύκολη μέθοδος ποσοτικοποίησης αυτής είναι η μέτρηση της δύναμης λαβής (grip strength) η οποία αρκεί για να θέση ως διάγνωση εργασίας την ύπαρξη σαρκοπενίας.

**ΣΚΟΠΟΣ**: Σκοπός της παρούσης είναι η αναζήτηση κλινικών συσχετίσεων και παραγόντων κινδύνου για ύπαρξη χαμηλής δύναμης λαβής σε ηλικιωμένα άτομα.

**ΥΛΙΚΟ**: Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία 388 εξωτερικών ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω, από Μάρτιο 2022 έως Ιούνιο 2024.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**: Χρησιμοποιώντας τη γλώσσα R (4.4.2) (βιβλιοθήκη glmulti), πραγματοποιήθηκε γραμμική και λογιστική παλινδρόμηση. Χρησιμοποιήθηκε όριο 27 kg για τον ορισμό χαμηλής δύναμης λαβής στους άντρες και 16 kg στις γυναίκες, σύμφωνα με κριτήρια του EWSOP2.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Μελετήθηκαν 388 άτομα μέσης ηλικίας 75,23 (± 7,07) ετών. Πιθανή σαρκοπενία είχαν 125 (32,9%) ασθενείς, από τους οποίους 63 (38,4%) ήταν άνδρες και 62 (28,7%) γυναίκες. Σημαντικοί παράγοντες στον καθορισμό της δύναμης λαβής ήταν το φύλο, το ύψος, η περίμετρος βραχίονα, το αίσθημα εξάντλησης, η ταχύτητα βάδισης και το σκορ Charlson (Πίνακας 1). Οι άνδρες με αίσθημα εξάντλησης είχαν δωδεκαπλάσια πιθανότητα πιθανής σαρκοπενίας (OR=12), ενώ οι γυναίκες περίπου τριπλάσια (OR=2.98). Κάθε μοναδιαία αύξηση στο σκορ Charlson συσχετίστηκε με περίπου τετραπλάσια πιθανότητα εμφάνισης σαρκοπενίας στους άνδρες (OR=4.44) και διπλάσια στις γυναίκες (OR=2.06). Στις γυναίκες, σημαντική αναδείχθηκε και η βραδύτητα βάδισης (OR=4.6). (Πίνακες 2 και 3).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Το 32,9% (28,2–37,9%)* ατόμων άνω των 65 ετών παρουσιάζει ένδειξη σαρκοπενίας. Το ποσοστό ανέρχεται σε 38,4% (30,9–46,3%)* στους άνδρες και 28,7% (22,8–35,2%)* στις γυναίκες. Στην αξιολόγηση του ηλικιωμένου ασθενούς για πιθανή σαρκοπενία, πρέπει να δίδεται έμφαση στο αναφερόμενο αίσθημα εξάντλησης, στις συννοσηρότητες και ιδίως σε γυναίκες, στη βραδύτητα βάδισης.

*95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης, σύμφωνα με μέθοδο Clopper-Pearson

**Πίνακας 1**. Γραμμικό μοντέλο κυρίων επιδράσεων για δύναμη λαβής (grip strength), $R^2$(adjusted): 0.69, ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

| Χαρακτηριστικό | Συντελεστής | 95 % ΔΕ | P-value |
|---|---|---|---|
| Φύλλο (γυναίκα) | **-7.1** | -8.3, -5.8 | **<0.001** |
| Ηλικία (έτη) | 0.02 | -0.04, 0.08 | 0.462 |
| Ύψος (εκ) | **0.18** | 0.12, 0.25 | **<0.001** |
| Περίμετρος βραχίονα (εκ) | **0.28** | 0.16, 0.39 | **<0.001** |
| Αίσθημα εξάντλησης (FRIED) | **-1.4** | -2.6, -0.23 | **0.020** |
| Ταχύτητα βάδισης (m/sec) - ποσοτική | **3.6** | 1.5, 5.8 | **0.001** |
| Clinical Frailty Scale | -0.54 | -1.1, 0.05 | 0.074 |
| Charlson Comorbidity Index (CCI) | **-1.4** | -2.0, -0.85 | **<0.001** |
| Αριθμός φαρμάκων | -0.14 | -0.28, 0.01 | 0.065 |

**Πίνακας 2**: Μοντέλο λογαριθμικής παλινδρόμησης κυρίων επιδράσεων για πιθανή σαρκοπενία (δύναμη λαβής < 27 kg) σε **άντρες**, ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης, OR: Odds Ratio - λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων

| Χαρακτηριστικό | OR | 95 % ΔΕ | P-value |
|---|---|---|---|
| Ηλικία (έτη) | 1.01 | 0.94, 1.09 | 0.765 |
| Ύψος (εκ) | **0.87** | 0.80, 0.94 | **0.001** |
| Περίμετρος βραχίονα (εκ) | 0.92 | 0.77, 1.10 | 0.368 |
| Αίσθημα εξάντλησης (FRIED) | **12.0** | 2.01, 71.1 | **0.006** |
| Ταχύτητα βάδισης ≤ 0.8 (m/sec) - ποιοτική | 0.79 | 0.19, 3.00 | 0.733 |
| Clinical Frailty Scale | 1.04 | 0.53, 2.05 | 0.914 |
| Charlson Comorbidity Index (CCI) | **4.44** | 2.11, 10.6 | **<0.001** |
| Αριθμός φαρμάκων | 1.06 | 0.91, 1.24 | 0.461 |

**Πίνακας 3**: Μοντέλο λογαριθμικής παλινδρόμησης κυρίων επιδράσεων για πιθανή σαρκοπενία (δύναμη λαβής < 16 kg) σε **γυναίκες**. ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης, OR: Odds Ratio - λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων

| Χαρακτηριστικό | OR | 95 % ΔΕ | P-value |
|---|---|---|---|
| Ηλικία (έτη) | 0.98 | 0.92, 1.03 | 0.432 |
| Ύψος (εκ) | **0.90** | 0.84, 0.97 | **0.007** |
| Περίμετρος βραχίονα (εκ) | **0.87** | 0.78, 0.96 | **0.006** |
| Αίσθημα εξάντλησης (FRIED) | **2.98** | 1.22, 7.27 | **0.016** |
| Ταχύτητα βάδισης ≤ 0.8 (m/sec) - ποιοτική | **4.60** | 1.42, 15.5 | **0.012** |
| Clinical Frailty Scale | 1.03 | 0.57, 1.90 | 0.915 |
| Charlson Comorbidity Index (CCI) | **2.06** | 1.19, 3.70 | **0.011** |
| Αριθμός φαρμάκων | 1.07 | 0.93, 1.22 | 0.363 |

## ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### 45. ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΟΛΥΣΜΕΝΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΑΝΙΟΥΣΑΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ν. Κοροδήμος, Β. Κόλλιας, Ι. Τούμπουλης, Δ. Παυλόπουλος, Θ. Μίχος, Δ. Αγγουράς
*Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας θα είναι να παρουσιαστεί η περίπτωση της αντιμετώπισης της μόλυνσης του μοσχεύματος της ανιούσας αορτής. Ποια τα πιο συνήθη μικρόβια που σχετίζονται, ποιες οι επιλογές αντιμετώπισης και τελικά όταν διενεργείται χειρουργική επανεπέμβαση ποιο είναι το χειρουργικό πλάνο και ποιες οι πιθανές επιπλοκές.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Θα παρουσιαστεί περιστατικό γυναίκας 55 ετών που υποβλήθηκε αλλαχού σε αντικατάσταση ανιούσας αορτής με ευθύ μόσχευμα λόγω ανευρύσματος της. Η ασθενής τον 3ο μήνα μετεγχειρητικά εμφάνισε διαπύηση του τραύματος της στερνοτομής και απομονώθηκε Pr. Mirabilis. Σε συνεργασία με τους Λοιμωξιολόγους και τους Θωρακοχειρουργούς του ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ χορηγήθηκε αντιμικροβιακή αγωγή και πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός και μυοπλαστική αποκατάσταση του τραύματος αλλά μετεγχειρητικά σε CT θώρακος αναδείχθηκε επιμόλυνση του μοσχεύματος της ανιούσας αορτής και ενεργός αιμορραγία. Πραγματοποιήθηκε σε επείγουσα βάση Καρδιοχειρουργική επέμβαση όπου σε βαθιά υποθερμία πραγματοποιήθηκε αντικατάσταση του μοσχεύματος με αυτοσχέδιο μόσχευμα από βόειο περικάρδιο.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η θνησιμότητα για τέτοιου είδους χειρουργικές επεμβάσεις κυμαίνεται περίπου 10% έως 30%, αλλά μπορεί να είναι υψηλότερη σε ασθενείς με σοβαρές συνοδές παθήσεις ή εκτεταμένη μόλυνση. Στην περίπτωσή μας η ασθενής έλαβε εξιτήριο και 2 μήνες μετά πλέον χωρίς αυξημένους δείκτες φλεγμονής.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χειρουργική αντικατάσταση μολυσμένου μοσχεύματος ανιούσας αορτής είναι μια πολύ απαιτητική και επικίνδυνη διαδικασία, με θνησιμότητα που εξαρτάται από την έκταση της λοίμωξης, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τις χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση και η εξειδικευμένη θεραπεία μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο και να βελτιώσουν την έκβαση της επέμβασης.

## 46. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ FROZEN ELEPHANT TRUNK

Ν. Κοροδήμος, Β. Κόλλιας, Ι. Τούμπουλης, Δ. Παυλόπουλος, Θ. Μίχος, Δ. Αγγουράς
*Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιασθεί ο τρόπος αντιμετώπισης διαχωρισμού αορτής τύπου Α σε επείγουσα βάση και ειδικά στην περίπτωση που το ανεύρυσμα έχει επεκταθεί εκτός από την ανιούσα αορτή και στο τόξο και στην κατιούσα αορτή.
**ΜΕΘΟΔΟΙ**: Η Frozen Elephant Trunk αφορά την τοποθέτηση ενός ενδοαγγειακού stent graft στην κατιούσα αορτή, ενώ ταυτόχρονα πραγματοποιείται ανοιχτή επέμβαση στην ανιούσα αορτή και στον αορτικό τόξο. Η τεχνική αυτή ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν σημαντικές βλάβες σε μεγάλο τμήμα της αορτής, όπως σε περιπτώσεις αορτικού διαχωρισμού τύπου Α ή Β με εκτεταμένο διαχωρισμό που επηρεάζει και την κατιούσα αορτή. Η διαδικασία περιλαμβάνει τα εξής βήματα: Ανοικτή χειρουργική επέμβαση για την αντικατάσταση της ανιούσας αορτής και του αορτικού τόξου με μόσχευμα. Τοποθέτηση του stent graft στην κατιούσα αορτή για την αποκατάσταση της φυσιολογικής ροής του αίματος και τη σφράγιση του διαχωρισμού. Ο συνδυασμός αυτών των δύο τεχνικών, ανοιχτής και ενδοαγγειακής, βοηθά στην αποκατάσταση της αορτής και στην αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών, όπως η ρήξη της αορτής ή η συνέχιση του διαχωρισμού. Η FET συνήθως ενδείκνυται όταν η αορτική βλάβη είναι πολύ εκτεταμένη και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με μία μόνο τεχνική (π.χ. μόνο με ενδοαγγειακή αποκατάσταση ή μόνο με ανοιχτή χειρουργική επέμβαση). Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε ασθενείς με αορτικό διαχωρισμό, αρκεί η χειρουργική ομάδα να έχει την εμπειρία και την εξειδίκευση για να διαχειριστεί την πολυπλοκότητα της κατάστασης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η τεχνική Frozen Elephant Trunk (FET) έχει αποδειχτεί αποτελεσματική για την αντιμετώπιση εκτεταμένων αορτικών βλαβών, όπως αορτικούς διαχωρισμούς, που περιλαμβάνουν τόσο την ανιούσα όσο και την κατιούσα αορτή. Η χρήση αυτής της μεθόδου έχει δείξει σημαντικά πλεονεκτήματα, αλλά, όπως με κάθε χειρουργική τεχνική, υπάρχουν και κίνδυνοι και περιορισμοί. Αποτελέσματα της μεθόδου FET: Βελτιωμένη επιβίωση και μειωμένη θνησιμότητα: Η FET βοηθά στη σημαντική μείωση του κινδύνου θνησιμότητας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με εκτεταμένους αορτικούς διαχωρισμούς, που περιλαμβάνουν τόσο την ανιούσα όσο και την κατιούσα αορτή. Η δυνατότητα αποκατάστασης μεγάλων τμημάτων της αορτής με ενδοαγγειακό stent graft σε συνδυασμό με την ανοικτή χειρουργική επέμβαση συμβάλλει στη βελτίωση της επιβίωσης, μειώνοντας την πιθανότητα ρήξης της αορτής και άλλων σοβαρών επιπλοκών. Ένα από τα πλεονεκτήματα της FET είναι ότι μειώνει την ανάγκη για μελλοντικές χειρουργικές επεμβάσεις ή διαδικασίες αποκατάστασης της αορτής, καθώς το stent graft εξασφαλίζει τη μακροπρόθεσμη σταθερότητα της αορτής.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέθοδος Frozen Elephant Trunk (FET) έχει δείξει εξαιρετικά αποτελέσματα για τη χειρουργική αποκατάσταση εκτεταμένων αορτικών βλαβών, μειώνοντας τη θνησιμότητα και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αν και προσφέρει σημαντικά οφέλη, η διαδικασία παραμένει απαιτητική και ενέχει κινδύνους, όπως κάθε σύνθετη χειρουργική τεχνική. Η παρακολούθηση και η έγκαιρη διάγνωση τυχόν επιπλοκών είναι κρίσιμη για την επιτυχία της μακροπρόθεσμης θεραπείας.

## 47. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΥΚΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΕΞΙΟ ΚΟΛΠΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ANGIOV

Ν. Κοροδήμος[1], Β. Κόλλιας[1], Ι. Τούμπουλης[1], Δ. Παυλοπουλος[1], Θ. Μίχος[1], Α. Ζορμπά[2], Π. Τσιριγώτης[2], Δ. Αγγουράς[1]

*[1]Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική-Αιματολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Σκοπός της εργασίας είναι να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει ιατρικούς επαγγελματίες, όπως καρδιολόγους, χειρουργούς και λοιμωξιολόγους, για την αποτελεσματικότητα και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αφαίρεση μυκητιασικών λοιμώξεων από καρδιακές δομές. Μπορεί να προσφέρει πολύτιμη γνώση σχετικά με την αναγνώριση, την αξιολόγηση και την κατάλληλη θεραπεία τέτοιων καταστάσεων.
**ΜΕΘΟΔΟΙ**: Η διαδικασία αφαίρεσης μυκήτων από τον δεξιό κόλπο της καρδιάς με τη χρήση του AngioV είναι μια ιατρική επέμβαση που περιλαμβάνει τη χρήση της τεχνολογίας AngioV για την απομάκρυνση μυκητιασικών λοιμώξεων από την καρδιά, συγκεκριμένα από τον δεξιό κόλπο. Ο AngioV είναι ένα σύστημα που χρησιμοποιείται για ιατρικούς σκοπούς, ειδικά για την παρακολούθηση και την επέμβαση στην καρδιά, και μπορεί να χρησιμοποιείται για την αφαίρεση ή θεραπεία λοιμώξεων που προσβάλλουν καρδιακές δομές, όπως σε αυτή την περίπτωση μυκητιασικές λοιμώξεις. Η μυκητιασική λοίμωξη στην καρδιά μπορεί να είναι επικίνδυνη, και η θεραπεία της περιλαμβάνει τη χρήση εξειδικευμένων εργαλείων ή τεχνολογιών για την απομάκρυνση των μυκήτων από την καρδιακή περιοχή, όπως αυτή η τεχνολογία. Συνήθως, η διαδικασία γίνεται υπό γενική αναισθησία και με τη χρήση μικροχειρουργικών εργαλείων ή με τη βοήθεια διαδερμικών τεχνικών μέσω καθετήρων. Η αφαίρεση μυκήτων από τον δεξιό κόλπο της καρδιάς είναι μια εξειδικευμένη ιατρική επέμβαση, και η ακριβής μέθοδος και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται από την κλινική κατάσταση του ασθενούς και τις ιδιαιτερότητες της μόλυνσης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το αποτέλεσμα της μεθόδου αφαίρεσης μυκήτων από τον δεξιό κόλπο της καρδιάς με τη χρήση του AngioV εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως η σοβαρότητα της λοίμωξης, η χρονική στιγμή της διάγνωσης και η γενική κατάσταση του ασθενούς. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, η χρήση της μεθόδου προσφέρει τα εξής πιθανά αποτελέσματα: Επιτυχής αφαίρεση της λοίμωξης, μείωση του κινδύνου επιπλοκών: Η απομάκρυνση της μυκητιασικής λοίμωξης σε πρώιμο στάδιο μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες για σοβαρές επιπλοκές, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η εμβολή μυκητιακών θρόιστων (δηλαδή όταν μικρά κομμάτια της λοίμωξης μεταφέρονται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος σε άλλα όργανα), ή άλλες λοιμώξεις που ενδέχεται να επηρεάσουν τα όργανα ή το αγγειακό σύστημα. Βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς: Αν η λοίμωξη αφεθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές ή ακόμα και θάνατο. Η επιτυχημένη αφαίρεση της λοίμωξης και η θεραπεία της καρδιακής περιοχής συνήθως οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, με μείωση των συμπτωμάτων όπως η δύσπνοια, η κόπωση και η καρδιακή αρρυθμία. Μειωμένος κίνδυνος για επανεμφάνιση της λοίμωξης: Αν η αφαίρεση της λοίμωξης γίνει με ακρίβεια και η καρδιακή περιοχή παρακολουθείται για μελλοντική υποτροπή, ο κίνδυνος επανεμφάνισης της μυκητιασικής λοίμωξης μπορεί να μειωθεί σημαντικά. Η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς και η εφαρμογή αντιμυκητιασικής θεραπείας μπορεί να συμβάλει σε αυτή την πρόληψη. Χρησιμοποίηση ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών: Αν η μέθοδος εφαρμόζεται με καθετηριακή τεχνική ή άλλες ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους, το αποτέλεσμα είναι συνήθως λιγότερο επώδυνο και απαιτεί μικρότερο χρόνο ανάρρωσης σε σχέση με παραδοσιακές χειρουργικές μεθόδους. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να αναρρώσουν γρηγορότερα και να επιστρέψουν στην καθημερινότητά τους πιο σύντομα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Συμπερασματικά, η αφαίρεση μυκήτων από τον δεξιό κόλπο της καρδιάς με τη χρήση του AngioV αποτελεί μια σύγχρονη και εξειδικευμένη ιατρική προσέγγιση για την αντιμετώπιση μυκητιασικών λοιμώξεων στην καρδιά. Η μέθοδος προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα, όπως η αποτελεσματική απομάκρυνση της λοίμωξης, η μείωση του κινδύνου επιπλοκών και η βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Επίσης, η χρήση ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών μειώνει τον χρόνο ανάρρωσης και ενισχύει την ασφάλεια της διαδικασίας. Η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται από παράγοντες όπως η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή εφαρμογή της τεχνολογίας και η γενική κατάσταση του ασθενούς. Η συνεχής παρακολούθηση και η χρήση συνδυασμένων θεραπευτικών στρατηγικών είναι επίσης κρίσιμη για την αποφυγή υποτροπών και τη βελτίωση της μακροπρόθεσμης υγείας των ασθενών. Γενικά, η εφαρμογή της μεθόδου AngioV αναδεικνύει τη σημα-

σία της καινοτομίας και της εξειδικευμένης φροντίδας στην αποτελεσματική διαχείριση σπάνιων και σοβαρών καρδιολογικών περιστατικών, προσφέροντας μια ελπιδοφόρα λύση για την αποτελεσματική θεραπεία μυκητιασικών λοιμώξεων στην καρδιά.

## 48. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## *49.* ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 50. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## *51.* ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

# 52. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ. ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ (ATE) ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.

Δ. Μιμαράκης[1,2], Φ. Κολοκοτρώνη[3], Γ. Μαρκάκης[1], Σ. Κουκούλη[1]

*[1]Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, [2]Κοινωνική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», [3]Τμήμα Ψυχολογίας, Επιστημονικό Κολλέγιο Ελλάδας*

Η ευθανασία αποτελεί αντικείμενο μελέτης και διαλόγου μεταξύ των επιστημόνων εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας παρέχουν θεραπεία και παρηγορητική φροντίδα ενώ παράλληλα στηρίζουν ψυχοκοινωνικά τόσο τους ασθενείς όσο και τα οικογενειακά και οικεία περιβάλλοντά τους.
**ΣΚΟΠΟΣ:** της μελέτης αποτέλεσε η ελληνική απόδοση, προσαρμογή και εξέταση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Διερεύνησης Στάσης στην Ευθανασία [Attitude Towards Euthanasia (ATE)] σε Έλληνες επαγγελματίες υγείας.
**ΥΛΙΚΟ:** Ένα σύνολο 465 επαγγελματιών υγείας [122 ιατροί, (26,2%)], συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και τη κλίμακα ATE. Αξιολογήθηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, συμπεριλαμβανομένης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς της με την εφαρμογή διερευνητικών και επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach a) της Κλίμακας ATE ήταν α = 0,908. Πραγματοποιήσαμε τις Μετρήσεις Επάρκειας Δειγμάτων (MSA) και η συνολική βαθμολογία των στοιχείων ήταν > 0,80, σε μια κλίμακα εύρους από 0,857 έως 0,996. Στη διερευνητική ανάλυση παραγόντων, ο δείκτης επάρκειας Kaiser-Meyer-Olkin ήταν μεγάλος (0,855) και ο έλεγχος Bartlett's sphericity (p< .001) σημείωσε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων. Στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, το μοντέλο των τεσσάρων παραγόντων που αφορά στις κατηγορίες ¨*Σοβαρός πόνος*¨, ¨*Καμία ανάρρωση*¨, ¨*Αίτημα ασθενή*¨ και ¨*Αυθεντία ιατρού*¨, σημείωσε τον υψηλότερο δείκτη καταλληλόλητας.
Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η κλίμακα Διερεύνησης Στάσης στην Ευθανασία - Attitude Towards Euthanasia (ATE) αποτελεί αναμφίβολα ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο για την αξιολόγηση της στάσης και των απόψεων των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας περί της ευθανασίας και δύναται να αξιοποιηθεί ως ένα τέτοιο εργαλείο διερεύνησης.

## 53. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

Α. Βάκκα[1], Φ. Σοφίου[1], Σ. Γαϊτάνου[1], Χ. Τσαγκάρης[2], Ο. Αποστόλου[1], Α. Γκουγκούτση[1], Β. Κορδίνας[1], Α. Κουτσοβασίλης[1], Η. Σκοπελίτης[1], Α. Πελεκάνου[3], Ε. Μιχελάκης[1]

*[1]Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά, [2]Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [3]Δ΄ Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη του φαινομένου παράτασης νοσηλείας ασθενών για μη ιατρικούς λόγους και των επιπτώσεων της παράτασης νοσηλείας στην υγεία των συγκεκριμένων ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μονοκεντρική προοπτική μελέτη καταγραφής νοσηλευόμενων ασθενών με παράταση νοσηλείας πάνω από 24 ώρες για μη ιατρικούς λόγους (8/8/2024-15/12/2024). Έγινε καταγραφή χαρακτηριστικών των ασθενών (δημογραφικά στοιχεία, ύπαρξη συγγενικού περιβάλλοντος, αιτία προσέλευσης, αιτία εισαγωγής, συννοσηρότητες, λειτουργική ικανότητα) και στοιχείων της νοσηλείας τους (αίτιο καθυστέρησης εξιτηρίου, διάρκεια παράτασης νοσηλείας, επιπτώσεις παράτασης νοσηλείας).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 30 ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία (51% γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 76 έτη). Προ νοσηλείας οι ασθενείς διέμεναν στην οικεία τους (70%), σε οίκο ευγηρίας (20%) ή ήταν άστεγοι (10%). Ποσοστό 67% δε διέθετε ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και ορθοστάτησης. Συγγενικό περιβάλλον διέθετε το 92% των ασθενών.

Ο μέσος όρος και η διάμεσος της διάρκειας της παράτασης νοσηλείας ήταν 33 και 11 ημέρες, αντίστοιχα. Οι κυριότεροι λόγοι παράτασης νοσηλείας ήταν άρνηση του ασθενούς να εξέλθει (23% των ασθενών-κυρίως λόγω οικονομικών προβλημάτων), άρνηση συγγενικού περιβάλλοντος για εξιτήριο (53%-κυρίως λόγω δυσχέρειας στην ανεύρεση κέντρου αποκατάστασης/μονάδας φροντίδας), καθυστέρηση αποδοχής από κοινωνική δομή (17%) και καθυστέρηση στη μεταφορά του ασθενούς με δημόσιο ασθενοφόρο (40%).

Κατά την παράταση της νοσηλείας τους, το 48% των ασθενών εμφάνισε επιπλοκές, οι οποίες ήταν οι εξής: θάνατος (14%), πνευμονία (31%), εισρόφηση (24%), λοίμωξη ουροποιητικού συστήματος (24%), μικροβιαιμία (17%) και αρνητικά συναισθήματα (40%). Η πρώτη επιπλοκή εμφανίστηκε κατά μέσο όρο στην έκτη ημέρα παράτασης νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παράταση νοσηλείας για μη ιατρικούς λόγους είναι ένα σύγχρονο και μείζον κοινωνικό πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των συγκεκριμένων νοσηλευόμενων ασθενών.

## 54. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΒΛΑΒΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Ε. Παπακώστα-Γάκη[1], Σ. Πλούκου[1,2], Δ. Παπαγεωργίου[1,2], Ε. Μπαμπάτσικου[3], Γ. Βουργάνας[3], Π. Τσαλής[4], Γ. Φύκα[4], Ε. Σαββίδου[1,2], Π. Παρασκευόπουλος[1,2], Ε. Δημητρίου[2], Ε. Σμυρνάκης[1,2]

*[1]Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, [2]Ερευνητικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [3]«Άλλη Όψη» Σωματείο Ατόμων με Κινητική Αναπηρία, [4]ΑμΚΕ Accessible Limitless Living*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη διερευνά τις ανάγκες υγείας που έχουν γυναίκες με βλάβη στο νωτιαίο μυελό (ΒΝΜ) στην καθημερινότητα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
ΥΛΙΚΟ: Στο πλαίσιο ενός εκπαιδευτικού camp πραγματοποιήθηκαν τρεις ομαδικά εστιασμένες συζητήσεις με γυναίκες με ΒΝΜ (εκπαιδευόμενες), ομότιμους εκπαιδευτές (peers) και επαγγελματίες υγείας (επισκέπτες του camp). Για την αξιολόγηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις τρεις ομαδικά εστιασμένες συζητήσεις, μέσης διάρκειας 90 λεπτών, συμμετείχαν συνολικά 20 άτομα (επτά γυναίκες με ΒΝΜ, έξι ομότιμοι εκπαιδευτές και επτά επαγγελματίες υγείας). Αναδείχτηκε ότι οι γυναίκες με ΒΝΜ παρουσιάζουν πολύπλευρες ανάγκες λόγω κινητικής αναπηρίας και φύλου, που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς. Η κοινωνία δημιουργεί εμπόδια στην πρόσβαση, οι υπηρεσίες υγείας είναι κατακερματισμένες, χωρίς ομάδες εξειδικευμένης και διεπιστημονικής αντιμετώπισης, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν ελλιπή εκπαίδευση. Διαπιστώνεται απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών αποκατάστασης και μετα-αποκατάστασης. Η οικονομική επιβάρυνση από το υψηλό κόστος αγοράς εξοπλισμού και αναλωσίμων, σε συνδυασμό με τις μειωμένες ευκαιρίες πρόσβασης στην εργασία και την εκπαίδευση και τη μειωμένη υποστήριξη (παροχές) από το κράτος, δημιουργεί ένα επιπρόσθετο εμπόδιο. Τέλος, η υποστήριξη από ομότιμους είναι σημαντική και αναντικατάστατη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Για τα άτομα με ΒΝΜ, στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης της προσβασιμότητάς στους χώρους υγείας και στο γενικότερο αστικό περιβάλλον, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και διασύνδεση με ομότιμους, σε συνδυασμό με ενημέρωση όλης της κοινωνίας, αποτελούν σημαντικά βήματα υπέρ της μείωσης των ανισοτήτων και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσής τους.

## 55. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Α. Σταματοπούλου[1], Ε. Σταματοπούλου[1,2], Φ. Χανιώτης[1], Ε. Παπαγεωργίου[1], Δ. Γιαννακόπουλος[1], Δ. Χανιώτης[1]

*[1]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της ποιότητα ζωής και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στους νέους ενήλικες.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μέθοδος του θέματος είναι δευτερογενής έρευνα με διεξοδική ανάλυση δεδομένων από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με έκθεση το 25,3% των νέων στην ΕΕ αντιμετωπίζει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση με το 72% των νέων να μη μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Σε άλλη μελέτη το 56% νεαρών ενηλίκων 18-25 ετών αναφέρει ότι οι οικονομικές ανησυχίες επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική τους υγεία, ενώ το 43% ανάφερε ότι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένειά τους βλάπτουν την ψυχική τους υγεία. Η οικονομική ανησυχία των νέων έχει συσχετιστεί με χειρότερα αποτελέσματα υγείας όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι περιορίζουν ευκαιρίες για ανάπτυξη ή απόκτηση άλλων πόρων που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα η περιορισμένη πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή, σε αντίθεση με την υψηλότερη κατανάλωση σε επεξεργασμένες τροφές αποτελούν σημαντική αιτία της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών. Το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των γονέων μπορεί να είναι σημαντική αιτία για ανισότητες υγείας, με σημαντικό αντίκτυπο την υγεία των νέων σε συνδυασμό με συμπεριφορικούς παράγοντες (π.χ. χρήση ουσιών, αλκοόλ, κάπνισμα). Τα άτομα που βιώνουν παιδική φτώχεια είναι πιο πιθανό να βιώσουν φτώχεια και στην ενήλικη ζωή τους. Για παράδειγμα, όσο περισσότερα είναι τα χρόνια που ζει ένα παιδί σε συνθήκες φτώχειας, τόσο αυξημένο είναι το επίπεδο "κορτιζόλης" του παιδιού κατά τη διάρκεια της νύχτας και τόσο απορυθμισμένη είναι η καρδιαγγειακή απόκριση σε οξείς στρεσογόνους παράγοντες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Όταν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες εμφανίζονται ή επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης, τότε εμφανίζονται προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας στους νέους ενήλικες. Το γεγονός αυτό έχει σημαντική επίπτωση στον τομέα της υγείας καθότι η επένδυση στους νέους ενήλικες πρέπει να είναι εδραιωμένη σε σωστές βάσεις και οποιεσδήποτε παρεμβάσεις να ξεκινούν από την πρώιμη παιδική ηλικία.

# 56. ΑΣΘΜΑ ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Ε. Σταματοπούλου[1], Α. Σταματοπούλου[2], Ε. Παπαγεωργίου[2], Δ. Γιαννακόπουλος[2], Φ. Χανιώτης[2], Δ. Χανιώτης[2]

*[1]PhDc, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκ. Μον. Υγείας & Κοιν. Πρόνοιας ΠαΔΑ & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ακαδημαϊκή Υπότροφος ΠαΔΑ, Εκπαιδευτικός, RN ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτ. Παθολογίας, Member PCRS-UK, [2]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και φτώχειας στους ασθενείς με άσθμα.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μέθοδος του θέματος είναι δευτερογενής έρευνα με διεξοδική ανάλυση δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τις τελευταίες δεκαετίες, παγκοσμίως έχει αυξηθεί ο επιπολασμός του άσθματος και των συμπτωμάτων ανάλογα με το Εθνικό Εισόδημα. Πρόσφατες διεθνείς συγκρίσεις υγείας αναφέρουν ότι τα στοιχεία θνησιμότητας για το άσθμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και τις ΗΠΑ είναι τρεις φορές υψηλότερα από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Και οι τέσσερις χώρες έχουν σχετικά υψηλά επίπεδα κοινωνικής ανισότητας. Ο συντελεστής GINI είναι ο πιο ευρέως αποδεκτός δείκτης για τη μέτρηση της ανισότητας καθώς συσχετίστηκε σημαντικά με τη θνησιμότητα από άσθμα και για τις δύο ηλικιακές ομάδες 5–14 ετών (r=0,423, p=0,028) και 15–49 ετών (r=0,432 p=0,024). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έρευνα Υγείας ο αυτοαναφερόμενος συριγμός, το Εθνικό Εισόδημα και η διάγνωση άσθματος αναφέρθηκε και σε ομάδες από υψηλό Εθνικό Εισόδημα, οι οποίες εμφάνισαν υψηλότερο επιπολασμό, με συμπτώματα συριγμού το 11,7% και με άσθμα το 9,3%. Ο επιπολασμός ήταν χαμηλότερος στη μεσαία εθνική εισοδηματική ομάδα, με συμπτώματα συριγμού 6,7% ενώ διαγνώστηκε με άσθμα το 4,5%. Η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση, οι ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης μπορεί να συμβάλλουν σε υψηλότερη συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων άσθματος μεταξύ των φτωχών. Μελέτη για τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες άσθματος σε εφήβους στην αστική Λατινική Αμερική αναφέρει ότι ο επιπολασμός του άσθματος συσχετίστηκε θετικά με τον δείκτη Gini, την παροχή νερού, το ποσοστό ανθρωποκτονιών και αντιστρόφως συσχετίστηκε με τον δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης, τον συνωστισμό και την επαρκή υγιεινή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι κοινωνικές ανισότητες είναι μια πρόκληση και μπορούν να προσεγγιστούν από πολλές διαφορετικές διαστάσεις. Σε Εθνικό Επίπεδο τα υψηλά επίπεδα οικονομικής ανισότητας συνδέονται με το άσθμα. Απαιτείται συνεχής παγκόσμια επιτήρηση σε σχέση με την πρόληψη και τις πολιτικές υγείας για την αυτοδιαχείριση του άσθματος.

## *57.* Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΥ ΑΕΕ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας
*Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη της επίδρασης του καπνίσματος στην ηλικία εμφάνισης θρομβωτικού Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ), τόσο όταν ήταν μοναδικός παράγοντας, όσο και όταν συνδυάζεται με άλλους παράγοντες, όπως Σακχαρώδη Διαβήτη και Αρτηριακή Υπέρταση.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**: Μελετήθηκαν 80 ασθενείς (54 άνδρες και 26 γυναίκες) με μέση ηλικία 67±9,4 έτη, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας με θρομβωτικό ΑΕΕ κατά τα τελευταία 2 χρόνια (2023-2024). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου προς αποκλεισμό εγκεφαλικής αιμορραγίας. Δεν συμπεριελήφθησαν στην μελέτη άτομα με πλήρη αρρυθμία. Οι ασθενείς κατετάγησαν σε ομάδες με βάση τους προδιαθεσικούς παράγοντες που εμφάνιζαν, δηλαδή Σακχαρώδη Διαβήτη, Αρτηριακή Υπέρταση και κάπνισμα (άνω των 10 σιγαρέτων).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατωτέρω εμφανίζονται τα αποτελέσματα και συγκρίνεται η μέση ηλικία της κάθε ομάδας ασθενών: Σακχαρώδης Διαβήτης (n=17, μέση ηλικία=66±6,3 έτη, Αρτηριακή Υπέρταση (n=29, μέση ηλικία=70±8,4 έτη), κάπνισμα (n=18, μέση ηλικία=69,1±5,2 έτη), Σακχαρώδης Διαβήτης+Κάπνισμα (n=14, 63,4±3,8 έτη), Αρτηριακή Υπέρταση+Κάπνισμα (n=12, 67,1±4,6 έτη).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και μικρός ο αριθμός των παρατηρήσεων, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην ηλικία εμφάνισης του θρομβωτικού ΑΕΕ τόσο ως μοναδικός προδιαθεσικός παράγοντας όσο και όταν συνδυάζεται και με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες.

## 58. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Ε. Πετροπούλου
*Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας του COVID-19 στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων στον υγειονομικό τομέα, αλλά και των πολιτών. Επιπλέον διερευνήθηκαν οι βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους, στρες, ανθεκτικότητας, θετικών καθώς και αρνητικών συναισθημάτων, εντοπίζοντας παράγοντες που συμβάλλουν στις διακυμάνσεις τους.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη (cross-sectional study). Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής φόρμας συλλογής δεδομένων Microsoft Forms, και διήρκησε περίπου 4 μήνες. Το δείγμα αποτέλεσαν 445 ενήλικες άνω των 18 ετών, Ελληνικής υπηκοότητας και των δύο φύλων, τόσο εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας όσο και μη επαγγελματίες του χώρου αυτού, με μέση ηλικία τα 42,1 έτη
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πανδημία φάνηκε πως είχε διαφορετική επίδραση στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, με τους νεότερους ενήλικες να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους, οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και ανθεκτικότητας. Λιγότερα συμπτώματα άγχους είχαν και οι ερωτηθέντες με ετήσιο εισόδημα πάνω από 10.000 ευρώ. Παράλληλα, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερη αισιοδοξία και ανθεκτικότητα. Και τέλος, υπήρξε αξιοσημείωτη επιβάρυνση της ψυχικής ισορροπίας των υγειονομικών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Έγινε αντιληπτό ότι με την πανδημία του κορονοϊού (COVID-19) και τα μέτρα προστασίας που επιβλήθηκαν, επιβαρύνθηκε η κατάσταση της ψυχικής υγείας πολιτών και υγειονομικών. Από το αυξημένο άγχος, τη θλίψη και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που σχετίζονται με την εργασία μεταξύ των ενηλίκων, αλλά και την σημαντική επιβάρυνση-εξουθένωση των εργαζόμενων στον χώρο της υγείας, οι επιπτώσεις της πανδημίας εκτείνονται πολύ πέρα από τις ανησυχίες για τη σωματική υγεία. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τον αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, οι κοινωνίες θα κατορθώσουν να εργαστούν προς την κατεύθυνση της οικοδόμησης ανθεκτικών προσωπικοτήτων, της προώθησης της ευημερίας και της καλλιέργειας ενός πιο υποστηρικτικού περιβάλλοντος για όλους τους πολίτες.

## 59. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ -ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ

Ε. Παξιμάδη[1,2]

*[1]Ομάδα Αλληλεγγύης Ανθρώπων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, Αθήνα, [2]ALS FIND A CURE NOW- Υποστηρικτές Ασθενών με τη Νόσο του Κινητικού Νευρώνα, Αθήνα*

Ανέκαθεν οι ασθενείς ένιωθαν την ανάγκη επικοινωνίας μεταξύ τους. Είτε έπασχαν από ένα απλό κρυολόγημα είτε από κάποιο χρόνιο ή ακόμα και σπάνιο νόσημα, ανακουφιζόντουσαν από την μεταξύ τους συζήτηση. Η ψυχολογική ανακούφιση ξεκινά κυρίως μέσα από την οικογένεια και την επαφή με το γιατρό, σε περιπτώσεις όμως σοβαρών και χρόνιων προβλημάτων υγείας, ο ασθενείς έχει την ανάγκη της συμβουλής αυτού που τον νιώθει απόλυτα, του συνασθενή!

Αρχικά αυτό γινόταν μέσω τηλέφωνου και σταδιακά οι ασθενείς οργανώνονταν και βρίσκονταν μέσω κοινωνικών ομάδων και συλλόγων ασθενών. Στις μέρες μας πλέον πολλοί από αυτούς επικοινωνούν καθημερινά μέσα από ομάδες κοινωνικών δικτύων, όπως το Facebook. Εκεί οι ασθενείς βρίσκουν ένα χώρο όπου μπορούν να ανταλλάσουν απόψεις για τις θεραπείες τους, αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων της καθημερινότητας τους. Δεν παίζουν το ρόλο του γιατρού αλλά του συμβούλου, κυρίως οι παλιότεροι προς τους νέους συνασθενείς.

Πολλές από τις ομάδες έθεσαν σκοπούς και στόχους. Οργανώνουν διαδικτυακά σεμινάρια με ομιλητές γιατρούς και φυσιοθεραπευτές, προσπαθώντας να βοηθήσουν μέσο ειδικών στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Επειδή πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος για κακόβουλες ή αφελείς ενέργειες, οδηγήθηκαν στη δημιουργία όρων χρήσης των ομάδων αυτών, με προσεκτική επίβλεψη και επιτήρηση από τους διαχειριστές.

Με την πάροδο του χρόνου πολλές από αυτές τις ομάδες οργανώθηκαν σε συλλόγους ασθενών, όχι μόνο με Πανελλήνια αλλά και παγκόσμια εμβέλεια. Η περίοδος της Πανδημίας COVID-19 ενίσχυσε περισσότερο αυτή την τάση.

## 60. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 (2020 – 2024) ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ SOS ΙΑΤΡΟΙ

Γ. Θεοχάρης[1,2], Ι. Δαυλόπουλος[1], Γ. Δρύλλης[1], Δ. Ρόδης[1,2], Ι. Σαλπιγκτής[1,2], Δ. Φράγκος[1], Σ. Βελακούλης[1]
*[1]SOS Ιατροί, [2]Παθολογική Κλινική SOS Ιατρών, Ευρωκλινική Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η καταγραφή της εμπειρίας από την Επείγουσα Κατ' Οίκον εξέταση ασθενών οι οποίοι αναζήτησαν βοήθεια από τους SOS ΙΑΤΡΟΥΣ κατά την πενταετία της πανδημίας του Covid-19 (2020-2024). Δεδομένα από την Επείγουσα Εξωνοσοκομειακή Κατ' Οίκον προσέγγιση πολλών νοσημάτων και κυρίως της λοίμωξης του Covid-19, σπανίζουν στην Βιβλιογραφία. Στο παρόν κείμενο εξετάζουμε επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατ΄οίκον επισκέψεων από παθολόγους και πνευμονολόγους.
**ΥΛΙΚΟ**: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάλυση της εμπειρίας των SOS ΙΑΤΡΩΝ από τα 5.024 περιστατικά κατά την περίοδο 2020-2024.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου 5.024 κατ' οίκον επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα σύνολο 85.544 περιστατικών ήτοι ένα ποσοστό 6%. Οι γυναίκες χρησιμοποίησαν συχνότερα αυτή την υπηρεσία από άνδρες (59% έναντι 41%). Όσο αφορά τα ηλικιακά γκρουπ οι ασθενείς άνω των 90 αποτελούσαν το 11% των περιστατικών, οι ασθενείς μεταξύ 66-90 το 52%, οι ασθενείς μεταξύ 41-65 το 24%, οι ασθενείς μεταξύ 16-40 το 12% και το υπόλοιπο 11% αποτελούταν από το ηλικιακό γκρουπ 0-15. Μόνο 176 ασθενείς (4%) χρειάστηκε νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενώ στις ηλικίες άνω των 90 το ποσοστό ήταν 8% (40 ασθενείς). Για την αντιμετώπιση της λοίμωξης Covid-19 στο 19% (176 ασθενείς) χορηγήθηκε Paxlovid, με μέση ηλικία τα 80 έτη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η κατ' οίκον αντιμετώπιση της λοίμωξης COVID-19 από τους SOS ΙΑΤΡΟΥΣ υπήρξε αποτελεσματική και μόνο ένα 4% χρειάστηκε μεταφορά σε νοσοκομείο συντελώντας στην αποσυμφόρηση των Τ.Ε.Π.. Από τα συνολικά 85.544 περιστατικά που διαχειρίστηκε η εταιρεία SOS ΙΑΤΡΟΙ, μόνο το 6% αφορούσαν τη λοίμωξη COVID-19, γεγονός που υποδηλώνει ότι, παρά τη σοβαρότητα της πανδημίας, η COVID-19 δεν αποτέλεσε το κύριο ή πιο πιεστικό ζήτημα υγείας που αντιμετωπίστηκε κατά την τελευταία πενταετία.

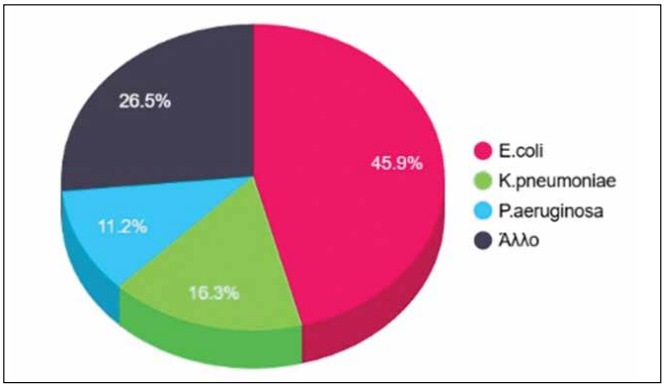
## 61. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Μουγάκου[1], Ι. Μιχελάκης[2], Μ. Κωστοπούλου[1], Δ. Μεταξάς[1], Δ. Παπανικολάου[1], Π. Πανταζή[3], Α. Λιονή[1], Β. Τζαβάρα[1]

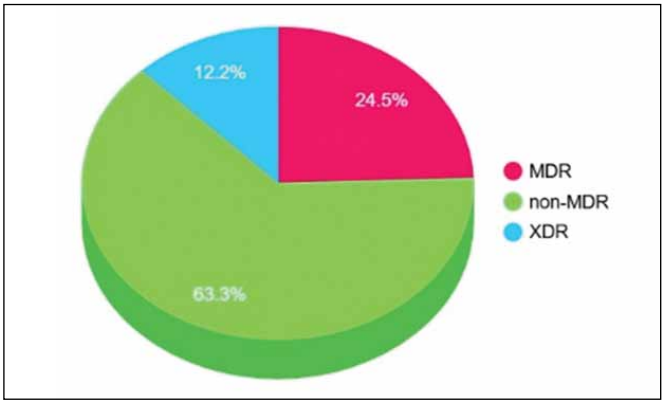
*[1]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., [2]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», [3]Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος (UTIs) είναι από τις συχνότερες βακτηριακές λοιμώξεις που απαιτούν νοσηλεία. Η αυξανόμενη μικροβιακή αντοχή (ΜΑ) περιπλέκει τη θεραπεία. Στόχος μας ήταν η μελέτη των παθογόνων και των προτύπων ΜΑ σε νοσηλευόμενους ασθενείς με UTIs.
**ΥΛΙΚΟ:** Αναλύθηκαν αναδρομικά δημογραφικά στοιχεία, παράγοντες κινδύνου, μικροβιολογικά δεδομένα και η έκβαση ασθενών που νοσηλεύτηκαν με UTI σε Παθολογική Κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου, κατά τη διάρκεια 12 μηνών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 1586 ασθενών, 304 (19%) είχαν UTI. Αναλύθηκαν οι 265 με επιβεβαιωμένα ουροπαθογόνα: διάμεση ηλικία 81 έτη, 64% γυναίκες, 36% κλινήρεις, 26% σχετιζόμενη με ουροκαθετήρα (Πίνακας). Συχνότερο παθογόνο ήταν το *Escherichia coli* (*E.coli*), 46%- Σχήμα α. Όσον αφορά την ΜΑ στις UTIs κοινότητας: πολυανθεκτικά στελέχη (MDR) 25%, στελέχη *E.coli* που παράγουν β-λακταμάση εκτεταμένου φάσματος (ESBL) 14%, στελέχη εκτεταμένης φαρμακοανθεκτικότητας(XDR) 12% (Σχήμα β). Σε τρόφιμους μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων (ΜΦΗ): MDR στο 49% και XDR στο 12% (p=0,007-Σχήμα γ). Μεταξύ των Gram-αρνητικών ουροπαθογόνων, 43% και 39% παρουσίαζαν αντοχή σε σιπροφλοξασίνη και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, αντίστοιχα. 68% των ασθενών έλαβαν κατάλληλη εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία, η οποία ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένη θνητότητα (OR:0,25, p=0,001) και προέβλεπε σε μεγάλο βαθμό τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (β-coef=-4,6, p=0,002).

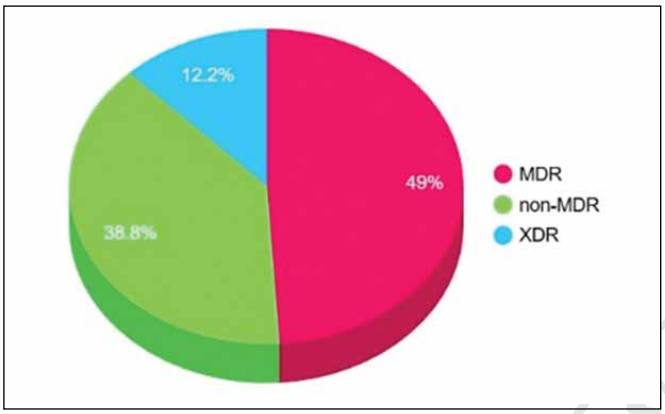
| | MEDIAN [IQR], N (%) |
|---|---|
| ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | |
| Ηλικία (έτη) | 81 [19] |
| Φύλο | |
| Γυναίκες | 172 (64,4%) |
| Άνδρες | 95 (35,6%) |
| Τόπος προέλευσης | |
| Οικία | 218 (82,2%) |
| ΜΦΗ | 47 (17,8%) |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ | |
| Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) | 9 [7] |
| Κατάλληλη εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή | 180 (67,7%) |
| Διάρκεια συνολικής αντιμικροβιακής αγωγής | 12 [5] |
| Θνητότητα εντός νοσηλείας | 40 (15,2%) |
| Θνητότητα στις 30 ημέρες μετά το εξιτήριο | 23 (10,4%) |




**Σχήμα α.** Ουροπαθογόνα.




**Σχήμα β.** Προφίλ μικροβιακής αντοχής σε ασθενείς προερχόμενους από την κοινότητα.




**Σχήμα γ.** Προφίλ μικροβιακής αντοχής σε ασθενείς προερχόμενους από ΜΦΗ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα MDR ουροπαθογόνα, ιδίως στις UTIs από την κοινότητα και τις ΜΦΗ, είναι όλο και συχνότερα, με αντοχή στις θεραπείες πρώτης γραμμής. Παρόλο που ακολουθήθηκαν οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, μεγάλο ποσοστό ασθενών έλαβε ανεπαρκή εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία, με αποτέλεσμα την κακή έκβαση. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον προσδιορισμό τοπικών μικροβιολογικών προφίλ, που θα οδηγήσουν σε καταλληλότερη εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία.

## 62. ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΗΜΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ι. Βισβάρδης[1], Κ. Καρατζάς[2], Π. Μπουρταμή[3], Α. Νικολιά[3], Α. Μαραγκός[4], Κ. Παπαευσταθίου[2,3]

*[1]Παθολόγος, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [2]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [3]ΕΝΛ, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [4]Τμήμα Μικροβιακής Αντοχής και Λοιμώξεων που Σχετίζονται με Φροντίδα Υγείας, ΕΟΔΥ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη και συγκριτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων σημειακού επιπολασμού PointPrevalenceSurveys (PPS) νοσοκομειακών λοιμώξεων (health care associated infections-HAI) και χρήσης αντιμικροβιακών (antimicrobial use - AU) σε δύο χρονικές περιόδους 28/11/2016 και 23/06/2023 στο ΕΚΑ.

**ΥΛΙΚΟ:** Διεξήχθηκαν μελέτες PPS με πρωτόκολλο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), στις 28/11/2016 στα πλαίσια συμμετοχής νοσοκομείων και στις 2/6/2023 βάσει του προγράμματος HALT-PPS (Healthcare-Associated Infections in Long-Term-Care-Facilities) με συμμετοχή Μονάδων Μακράς Νοσηλείας/Εξειδικευμένων Μονάδων (συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Αποκατάστασης). Συμπεριλήφθηκαν 103 ασθενείς κατά την 1η περίοδο και 92 στη 2η.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ελήφθησαν δημογραφικά, επιδημιολογικά, κλινικά και δεδομένα σχετικά με την αντιμικροβιακή αγωγή και τις υποκείμενες λοιμώξεις.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη 1η περίοδο, ο επιπολασμός ασθενών με λοίμωξη και υπό αντιβίωση ήταν 5,8%. Σε εθνικό επίπεδο οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν 10%/55,6% και σε ευρωπαϊκό 5,9%/32,9%. Στη μελέτη HALT 2016-2017, ο επιπολασμός HAI ήταν 3,7% και AU 4,9%, ενώ οι εθνικοί δείκτες ήταν 6,3% (2ος υψηλότερος μετά την Ισπανία) και 6% αντίστοιχα, ενώ στα Ευρωπαϊκά Κέντρα Αποκατάστασης (χωρίς εθνική συμμετοχή), ο επιπολασμός HAI και AU ήταν 6,6% και 7,1%. Τη 2η περίοδο οι δείκτες HAI και AU ήταν 7,8 %, στην ευρωπαϊκή μελέτη νοσοκομείων PPS (2022-2023) 6,8% και 36% αντίστοιχα, ενώ στην Ελλάδα 12,2% /55,4% αντίστοιχα. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού ήταν συχνότερες (42%), ακολουθούμενες από λοιμώξεις του αναπνευστικού, δέρματος/μαλακών μορίων/οστεομυελίτιδα. Τα συχνότερα χορηγηθέντα αντιβιοτικά ήταν κινολόνες και β-λακταμικά/αναστολείς β-λακταμασών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**

1) Και στις δύο περιόδους ο επιπολασμός HAI/AU στο ΕΚΑ (5,8%/7,8%) ήταν σημαντικά χαμηλότερος σχετικά με τον επιπολασμό HAI και AU πανελλαδικά (10%/55,6% το 2016-2017,12,2%/55,4% το 2023).
2) Ο επιπολασμός HAI/AU στο ΕΚΑ (5,8%) ήταν χαμηλότερος σε σχέση με Ευρωπαϊκά Κέντρα Αποκατάστασης (6,6%/7,1%).
3) Διαπιστώνεται διαχρονικά αυξανόμενη τάση του επιπολασμού HAI /AU στο ΕΚΑ.

Οι περιοδικές μελέτες PPS είναι χρήσιμες στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων ελέγχου των νοσοκομειακών λοιμώξεων και στρατηγικής ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών σε νοσοκομεία/Μονάδες Μακράς Νοσηλείας/Εξειδικευμένες Μονάδες(Κέντρα Αποκατάστασης), σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, καθόσον αποτελούν αξιόπιστη βάση δεδομένων για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις και τη χρήση αντιβιοτικών.

## 63. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ C. AURIS ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ι. Βισβάρδης[1], Κ. Καρατζάς[2], Π. Μπουρταμή[3], Ε. Καλοκύρη[3], Κ. Παπαευσταθίου[2,3], Γ. Βρυώνη[4]
*[1]Παθολόγος, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [2]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [3]ΕΝΛ, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, [4]Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση προγράμματος ενεργητικής επιτήρησης της *C. auris* στο ΕΚΑ, στα πλαίσια της στρατηγικής ελέγχου της διασποράς, από την έναρξη της επιτήρησης τον 12ο/2021.
**ΥΛΙΚΟ:** Εφαρμόζεται πρόγραμμα ενεργητικής επιτήρησης αποικισμού για *C. auris* στους ασθενείς προ της εισαγωγής, στη κλινική αξιολόγηση εφόσον τεθούν στη λίστα εισαγωγών, μετά από διακομιδή, επί επαφής με θετικό κρούσμα, στα πλαίσια συννοσηλείας και επί επιδημιολογικής διερεύνησης.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Του αρχικού ελέγχου ακολουθούν τουλάχιστον δύο επανέλεγχοι. Για τον έλεγχο φορείας λαμβάνονται επιχρίσματα μασχαλιαίας χώρας/μηροβουβωνικών πτυχών άμφω, ωτικό, ρινικό/φαρυγγικό, γαστροστομίας και άλλων παρεμβατικών συσκευών, από νύχια, δακτύλους άνω/κάτω άκρων, δέρμα άκρων χειρών/άκρων ποδών, δείγματα ούρων και κοπράνων. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για αποικισμό, εφαρμόζονταν άμεσα σε επιχρίσματα από τις προαναφερόμενες ανατομικές θέσεις, έλεγχος ανίχνευσης C. auris με μοριακή μεθοδολογία Loop-mediated-isothermal-amplification (LAMP) για την έγκαιρη διάγνωση (εντός 30 λεπτών) και την άμεση εφαρμογή, επί θετικού αποτελέσματος, μέτρων κατά της διασποράς της C. auris. Η ταυτοποίηση εκτελούνταν με συμβατικές μεθόδους, καλλιέργεια σε χρωμοάγαρ (Candida plus), LAMP, Vitec II κα τη μέθοδο MALDI-TOF.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την εφαρμογή της ενεργητικής επιτήρησης αποικισμού προ της εισαγωγής, αλλά και επιπλέον ελέγχων μετά την εισαγωγή, μειώθηκε η πιθανότητα ενδονοσοκομειακής διασποράς της *C. auris*. Η συχνότητα των επαναληπτικών ελέγχων εκτιμάται κατά περίπτωση, αναλόγως της εκτίμησης παραγόντων κινδύνου του ασθενή και του διαστήματος μεταξύ του αρχικού ελέγχου και επανεκτίμησης κατά την εισαγωγή. Κατά το διάστημα των ελέγχων εφαρμόζονται προληπτικά προφυλάξεις επαφής, με νοσηλεία σε κοινό θάλαμο. Στους αποικισμένους με *C. auris* ασθενείς εφαρμόζονται συννοσηλεία, προφυλάξεις επαφής, παροχή θεραπειών αποκατάστασης σε ιδιαίτερους χώρους, ενώ εφαρμόζεται εκπαίδευση προσωπικού, ασθενών-συνοδών-επισκεπτών και εντατικοποίηση της καθαριότητας-απολύμανσης. Ενδονοσοκομειακή μετάδοση συνέβη μόνο σε οκτώ περιπτώσεις ασθενών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η άμεση εφαρμογή προγράμματος ενεργητικής επιτήρησης της *C. auris*, κύρια η στοχευμένη εφαρμογή μοριακής ανίχνευσης σε επιχρίσματα, η έγκαιρη ταυτοποίηση των αποικισμένων ασθενών και εφαρμογή παράλληλα παρεμβάσεων (συννοσηλεία, υγιεινή χεριών, προφυλάξεις επαφής, περιορισμός παρεμβατικών συσκευών, επιμελητεία αντιμικροβιακών, εκπαίδευση), είναι καθοριστικά στην αποτελεσματική πρόληψη της μετάδοσης στο χώρο του νοσοκομείου αποκατάστασης.

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

### 64. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΜΟΝΟΝΕΥΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Α. Σαμουήλ[1], Ε. Κουτρούμπα[1], Α. Μαγειροπούλου[1], Π. Λιτσαρδόπουλος[2], Κ. Φλαμπουριάρη[2], Α. Αργυρίου[2], Π. Καρανάσιος[2], Β. Ψηλού[1], Β. Κωλέττη[1]

*[1]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [2]Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πρωτοπαθής αγγειίτιδα του κεντρικού νευρικού συστήματος, αποτελεί σπάνια νόσο άγνωστης αιτιολογίας, εμφανίζεται με ποικίλη νευρολογική και μη συμπτωματολογία, ενώ κομβικό ρόλο στη διάγνωση έχουν ο εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με τις απεικονιστικές μεθόδους.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 59 ετών, καπνίστρια, με οικογενειακό ιστορικό ρευματολογικής νοσηρότητας, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αναφερόμενων αιμωδιών δεξιών άκρων, έκπτωσης οπτικής και ακουστικής οξύτητας από ημερών και εμπυρέτου, με συνοδό εικόνα πολλαπλής μονονευρίτιδας και επακόλουθη δεξιά ημιπάρεση και σπαστικότητα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα φλεγμονώδους συνδρόμου (αύξηση ΤΚΕ και CRP, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση και ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία) και θετικές τιμές p-ANCA, ANA και RA test. Λόγω μη ανεύρεσης παθολογίας στην απλή CT εγκεφάλου, διενεργήθη MRI/MRA, CTA, με εικόνα ισχαιμικών εμφράκτων εγκεφάλου και προσβολής του τοιχώματος των αγγείων. Τέθηκε εξαρχής κάλυψη ενδεχόμενης λοίμωξης ΚΝΣ, αν και η οσφυονωτιαία παρακέντηση ήταν αρνητική. Εστάλη μικροβιολογικός έλεγχος ο οποίος προέκυψε αρνητικός. Διενεργήθη επίσης ακοόγραμμα, βυθοσκόπηση/oct, βιοψία δέρματος/μυός, ηλεκτρομυογράφημα/ηλεκτρονευρογράφημα. Από τα ανωτέρω ευρήματα τέθηκε ισχυρή υποψία για διάγνωση αγγειίτιδας. Λόγω απουσίας στοιχείων συστηματικής ή δευτεροπαθούς αγγειίτιδας και αρνητικής βιοψίας δέρματος/μυός, τέθηκε η διάγνωση πρωτοπαθούς αγγειίτιδας κεντρικού νευρικού συστήματος. Έπειτα από ρευματολογική και νευρολογική σύσταση, χορηγήθηκαν συστηματικά υψηλής δόσης κορτικοστεροειδή, ασπιρίνη και ακολούθως κυκλοφωσφαμίδη. Σχεδόν πλήρης αποδρομή σημειώθηκε στην κλινική συμπτωματολογία της ασθενούς.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Για την τεκμηρίωση πρωτοπαθούς αγγειίτιδας ΚΝΣ, κρίνεται δυσχερής η βιοψία εγκεφάλου, και η διάγνωση στοιχειοθετείται με το συνδυασμό κλινικοεργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων, σε ασθενείς με υψηλή υποψία νόσησης. Ιν κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά, αποτελούν τους βασικούς πυλώνες θεραπείας, και οδηγούν σε σημαντική ύφεση της συμπτωματολογίας εφόσον χορηγηθούν εγκαίρως.

## 65. ΝΟΣΟΣ CREUTZFELD-JACOB : ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΜΕ ΣΥΝΗΘΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ε. Σκρουμπή[1], Μ. Καραγκούνη[1], Ε. Κουτρούμπα[1], Α. Σαμουήλ[1], Α. Σταθακάρου[1], Α. Μαγειροπούλου[1], Π. Ντέρμα[1], Π. Λιτσαρδόπουλος[2], Α. Μακρίδου[2], Δ. Δημητροπούλου[1], Χ. Μπίκας[1]

*[1]Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», [2]Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι σπογγώδεις εγκεφαλοπάθειες αποτελούν νευροεκφυλιστικά νοσήματα που οφείλονται σε εναπόθεση παθολογικά αναδιπλωμένων πρωτεϊνών, κυρίως στον εγκεφαλικό ιστό, τα γνωστά prions. Η νόσος Creutzfeldt-Jacob χαρακτηρίζεται από ταχέως επιδεινούμενη κινητική, συμπεριφορική και ψυχιατρική συμπτωματολογία, με εξαιρετικά δυσμενή έκβαση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**: Ασθενής 80 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω προοδευτικής γενικευμένης αδυναμίας και δυσχέρειας βάδισης με συνοδές πολλαπλές πτώσεις από μηνός. Από την αδρή νευρολογική εξέταση της κατά την εισαγωγή παρουσίαζε δυσαρθρία-δυσφωνία, υπερτονία μικτού τύπου σε άνω και κάτω άκρα, με θετικό σημείο Babinski αμφοτερόπλευρα. Στα πλαίσια διαφορικής διάγνωσης διενεργήθηκαν μαγνητικές εγκεφάλου και ΑΜΣΣ, εγκεφαλογράφημα και οσφυονωτιαία παρακέντηση. Σε μαγνητική εγκεφάλου αναδείχθηκε υψηλό σήμα στην περιοχή του φλοιού σε ακολουθίες DWI (περιορισμός διάχυσης, cortical ribbon sign). Η οσφυονωτιαία παρακέντηση ήταν φυσιολογική και στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα αναδείχθηκαν τριφασικά περιοδικά κύματα, ενδεικτικά εγκεφαλοπάθειας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε σταθερά αυξημένους δείκτες φλεγμονής και CA-15.5 κατά τη νοσηλεία. Αρχικά έλαβε αγωγή με ενδοφλέβια κορτιζόνη και γ-σφαιρίνη και εστάλη ειδικός εργαστηριακός έλεγχος προς αποκλεισμό αυτοάνοσης και παρανεοπλασματικής εγκεφαλοπάθειας. Λόγω της ραγδαίας επιδείνωσης της κλινικής εικόνας(κωματώδης κατάσταση) έγινε επανάληψη του εγκεφαλογραφήματος, από όπου τέθηκε η υποψία για νόσο Creutzfeldt-Jacob που επιβεβαιώθηκε έπειτα με ανίχνευση της πρωτεΐνης 14-3-3 και του RpPSc στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μία συνήθης κλινική εικόνα ηλικιωμένου ασθενούς με αδυναμία βάδισης και νοητική έκπτωση μπορεί να υποκρύπτει μία σπάνια νευρολογική νόσο.

## ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

# 66. ΟΙ ΜΗΧΑΝΟ-ΕΠΑΓΟΜΕΝΕΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΝΕΣ ΠΥΡΟΔΟΤΟΥΝ ΟΓΚΟΓΟΝΑ ΜΟΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Α. Γιαννοπούλου[1], Π. Σαράντης[1], Π. Κορκολοπούλου[2], Χ. Πιπέρη[1], Ε. Λακιωτάκη[2], Α. Στόφας[2], Σ. Κορφιάς[3], Ε. Παπαδόπουλος[4], Ε. Μποβιάτσης[4], Ε. Μπάσδρα[1], Α. Γαργαλιώνης[5], Α. Παπαβασιλείου[1]

*[1]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, [2]Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα, [3]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [4]Β' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική και Νευροτραυματιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα, [5]Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι πολυκυστίνες (πολυκυστίνη-1, PC1 και πολυκυστίνη-2, PC2) είναι διαμεμβρανικές πρωτεΐνες που ενορχηστρώνουν τη συνολική μηχανοευαισθησία των κυττάρων. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των PC1 και PC2 στην ανάπτυξη και εξέλιξη συμπαγών όγκων.
**ΥΛΙΚΟ:** Διερευνήθηκε ανοσοϊστοχημικά η έκφραση των πολυκυστινών σε αρχειακό υλικό ανθρώπινων όγκων μαστού, γλοιώματος και προστάτη. Έγιναν λειτουργικές δοκιμασίες σε αντίστοιχες νεοπλασματικές κυτταρικές σειρές και αναπτύχθηκαν ξενομοσχεύματα αντίστοιχων ανθρώπινων όγκων σε ανοσοκατασταλμένα ποντίκια.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αυξημένη έκφραση και των δύο πρωτεϊνών εντοπίστηκε στις περινεκρωτικές και περιαγγειακές περιοχές στους ιστούς των γλοιωμάτων. Η PC2 εμφανίζει αυξημένη έκφραση στα καρκινώματα με υψηλότερο βαθμό διαφοροποίησης. Στον καρκίνο του προστάτη, η έκφραση και των δύο πρωτεϊνών συσχετίστηκε με την εξωπροστατική επέκταση του όγκου. Η αυξημένη έκφραση της PC2 συσχετίστηκε με τη διήθηση των σπερματικών κυστιδίων και το προχωρημένο στάδιο της νόσου. Στον καρκίνο του μαστού, η PC1 παρουσιάζει αυξημένη έκφραση σε ασθενείς που δεν εκφράζουν τον Her2 υποδοχέα. Η αποσιώπηση της έκφρασης του γονιδίου της PC2 μειώνει τον ρυθμό πολλαπλασιασμού και τη δυνατότητα μετανάστευσης των καρκινικών κυττάρων. Τα ποντίκια που υποβλήθηκαν σε λειτουργική αναστολή της PC1 εμφάνισαν μείωση του μεγέθους του όγκου, μειωμένο κυτταρικό πολλαπλασιασμό και μεγαλύτερη ιστική νέκρωση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα μας υποδηλώνουν ότι οι πολυκυστίνες συμμετέχουν στην ανάπτυξη συμπαγών όγκων και επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου, δυνητικά ενεργώντας ως ογκογονίδια.

*Το ερευνητικό έργο υποστηρίχθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛΙΔΕΚ) στο πλαίσιο της «2ης Προκήρυξης Ερευνητικών Έργων ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ. για την ενίσχυση Μελών ΔΕΠ και Ερευνητών/τριών» (Αριθμός Έργου: 3226).*

## 67. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γ. Αρδαβάνης-Λουκέρης, Σ. Ταλαγάνη, Μ. Γιαννακάκου, Χ. Νασιάδη-Βανικιώτη, Α. Αρδαβάνης
*Α' Παθολογική Ογκολογική Κλινική, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί την 7η αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως, με την πενταετή επιβίωση να κυμαίνεται μεταξύ 8-10%. Οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται όταν η νόσος είναι ήδη τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική, με την χειρουργική αντιμετώπιση αυτής να είναι εφικτή μόνο σε 10-20% των περιπτώσεων. Αναμένεται αύξηση κατά 42% των θανάτων από καρκίνο παγκρέατος το διάστημα 2019-2039 στην Ευρώπη, η οποία αφορά κυρίως τον πληθυσμό ασθενών >80 ετών.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα 200 ασθενών που διαγνώστηκαν με αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος και έλαβαν συστηματική θεραπεία κατά το διάστημα 2012 – 2024 στην Α΄ Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας». Η συλλογή των στοιχείων έγινε μέσω των ιατρικών φακέλων των ασθενών που τηρούνται στο αρχείο του Νοσοκομείου.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και παρουσίαση των θεραπειών, της ανταπόκρισης αλλά και της συνολικής επιβίωσης ασθενών που διαγνώστηκαν με καρκίνο παγκρέατος και έλαβαν συστηματική θεραπεία στο κέντρο μας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των ασθενών, οι 108 (54%) ήταν άνδρες και οι 92 (46%) ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 67 έτη. Η πλειοψηφία αυτών δεν αντιμετωπίστηκε ποτέ χειρουργικά, με τη διάγνωση να γίνεται όταν η νόσος ήταν τοπικά εκτεταμένη ή εξαρχής μεταστατική, ενώ μόνο 38 (19%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργείο και ακολούθως έλαβαν επικουρική θεραπεία. Τα συχνότερα σχήματα θεραπείας πρώτης γραμμής ήταν ο συνδυασμός gemcitabine/nab-paclitaxel (n=94, 47%) και το σχήμα FOLFIRINOX (n=44, 22%), ενώ σε μικρότερα ποσοστά χορηγήθηκαν άλλες θεραπείες. Η μέση επιβίωση των ασθενών που διαγνώστηκαν με μεταστατική νόσο ήταν 9.4 μήνες, ενώ 30 (15%) εξ αυτών παραμένουν μέχρι σήμερα εν ζωή. Οι ασθενείς που έχρηζαν επικουρικής θεραπείας έλαβαν κυρίως FOLFIRINOX (n=18, 46%), με τη μέση επιβίωσή τους να κυμαίνεται στους 29.3 μήνες και 10 εξ αυτών να ζουν μέχρι σήμερα. Νεότερους παράγοντες ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (PD1 & PDL1 inhibitors, pegylated liposomal irinotecan, sotorasib, olaparib) έλαβαν λίγοι ασθενείς (n=32, 16%), χωρίς να μπορούν προς το παρόν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την επίδραση των παραγόντων αυτών στη συνολική επιβίωση, εξαιτίας του μικρού μεγέθους του πληθυσμού αυτού στην παρούσα καταγραφή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρά τις ραγδαίες εξελίξεις της φαρμακολογίας στην αντιμετώπιση των κακοηθειών την τελευταία δεκαετία, η πρόγνωση της συγκεκριμένης νόσου παραμένει εξαιρετικά πτωχή. Η αποφυγή των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εκδήλωση της κακοήθειας αυτής, σε συνδυασμό με τη διενέργεια γενετικής συμβουλευτικής και τον προσυμπτωματικό έλεγχο ατόμων με υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου σε εξειδικευμένα κέντρα αποτελούν βασικά βήματα στην πρόληψη εμφάνισης του καρκίνου αυτού.

## 68. ΒΛΕΝΝΩΔΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ:Η ΔΥΣΟΙΩΝΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ

Κ. Φωλήνας
*ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ως βλεννώδες καρκίνωμα ορίζεται ένα διηθητικό καρκίνωμα το οποίο εφορμάται από ένα όργανο το οποίο παράγει βλέννη. Μικροσκοπικά, η ιστολογία του βλεννώδους καρκινώματος χαρακτηρίζεται από φωλιές κυττάρων που επιπλέουν μέσα σε λίμνες βλέννης χωρισμένες από ευαίσυητα ινώδη διαφραγμάτια περιέχοντα αιμοφόρα αγγεία. Είναι ένας σπάνιος όγκος ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε όργανο παράγει βλέννη.Πιο συχνά εμφανίζεται στο μαστό (7% των περιπτώσεων). Διαιρείτια σε αμιγή και μικτό τύπο.
**ΥΛΙΚΟ:** Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη βλεννώδους καρκινώματος (κοινά σε όλα τα πιθανά όργανα εμφάνιση) είναι:η αφροαμερικανική φυλή,το γυναικείο φύλο, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή, το αλκοόλ, το ιστορικό ακτινοβολίας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επιβαβαίωση της βλεννώδους ιστολογίας σχετίζεται με πτωχή πρόγνωση για το νεόπλασμα που βρίσκεται σε μεταστατικό στάδιο ή σε αυξημένο ποσοστό κινδύνου υποτροπής σε πρώιμο καρκίνο,όντας ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Επίσης, η καλύτερη απεικονιστική μέθοδος για την εντόπιση ενός βλεννώδους καρκινώματος είναι η υπολογιστική τομογραφία (CT) έναντι της 18 FDG PET-CT που εμφανίζει αυξημένο ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μέσα στην εποχή της τεχνητής νοημοσύνης και μιας προσπάθειας εξατομίκευσης (μέσω συγκεκριμένης στόχευσης) του θεραπευτικού αλγορίθμου,είναι απαραίτητη η ύπαρξη προβλεπτικών και προγνωστικών παραγόντων. Ένας από αυτούς τους προγνωστικούς παράγοντες είναι η βλεννώδης ιστολογίασε διάφορα καρκινώματα, που προβλέπει μια δυσοίωνη πορεία του, εν λόγω, νεοπλάσματος.

## 69. ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΟΓΚΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Α. Αντωνόπουλος, Σ. Μητσός, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση των πρώιμων αποτελεσμάτων διδακτορικής διατριβής που πραγματοποιείται από τον Νικόλαο Κοροδήμο στο ΕΚΠΑ που αφορά μελέτη των περιστατικών της Πανεπιστημιακής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής του ΕΚΠΑ.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα καρκινώματα του πνεύμονα, όπως και τα καρκινώματα σε πολλές άλλες ανατομικές περιοχές, προκύπτουν από μια σταδιακή συσσώρευση γενετικών ανωμαλιών που έχουν ως αποτέλεσμα την μεταμόρφωση του καλοήθους επιθηλίου σε νεοπλασματικό. Η ακολουθία ανάπτυξης των μοριακών μεταβολών δεν είναι τυχαία, αλλά ακολουθεί μια σειρά, μια προβλέψιμη σειρά παράλληλη με την ιστολογική εξέλιξη προς τον καρκίνο. Σε αυτό το εύφορο έδαφος τα κύτταρα που συσσωρεύουν πρόσθετες μεταλλάξεις, τελικά αναπτύσσουν καρκίνο. Η ταυτοποίηση μιας συγκεκριμένης γενετικής αλλαγής στον καρκίνο του πνεύμονα που να μπορεί να καθοδηγήσει τη θεραπεία, αποτελεί μια από τις κατακτήσεις στο ταχέως αναπτυσσόμενο πεδίο της μοριακής ιατρικής
**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιείται μια μελέτη στην κλινική μας. Σκοπός της είναι η μοριακή αποτύπωση των καρκινικών κυττάρων των όγκων ασθενών με μη μικροκυτταρικό πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και δεν εμφάνισαν μεταστάσεις. Συγκεκριμένα θα μελετηθούν οι παράγοντες BRAF, ALK, EGFR, KRAS, PDL1 και ROS1. Αυτό θα μας βοηθήσει να χαρτογραφήσουμε στην ελληνική κοινότητα τις μεταλλάξεις που συσχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα στο αρχικό στάδιο ανάπτυξης του καθώς και να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα αυτά για τον προγραμματισμό πιο εξειδικευμένων στοχευτικών θεραπειών, καθιστώντας την συγκεκριμένη μελέτη πρωτότυπη και με σημαντική κλινική επίπτωση για τους ασθενείς.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα πρώιμα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι ορισμένα ογκογονίδια που τελικά δημιουργούν την δημιουργία του όγκου στον πνεύμονα έχουν διαφορετική συμπεριφορά μεταξύ τους ως προς την συχνότητα εμφάνισής τους σε συνάρτηση με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες (όπως το κάπνισμα), διαφορετική εκδήλωση που επηρεάζει την διάγνωση και εμφανίζουν διαφορές στην συχνότητα μεταλλάξεων ως προς τον χρόνο εμφάνισης αλλά και ως την ποσότητα αυτών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διενέργεια της ανωτέρω μελέτης θα συμβάλει στη μελέτη της πιθανής συσχέτισης των μεταβλητών χαρακτηριστικών με την εμφάνιση του όγκου και συγκεκριμένα της πιθανής συσχέτισης με την μοριακή ανάλυση του όγκου, και ύστερα συσχέτισης της μοριακής χαρτογράφησης του όγκου με την ύπαρξη μεταστάσεων. Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι να εξελίξουμε τις ικανότητες πρόβλεψης ενός όγκου και να αυξήσουμε σημαντικά τα όπλα που έχουμε στην φαρέτρα μας για πολλούς ασθενείς.

## 70. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ(ΑΔΚΠ) ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ EGFR20

Ε. Κούστας[1], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Θ. Τέγος[1], Β. Ωραιόπουλος[1], Μ. Κίτσου[1], Ε. Γκότσης[1], Γ. Κυριακόπουλος[2], Μ. Βασλαματζής[1]

*[1]Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος του πνεύμονα (ΚΠ) συνιστά την πρώτη αιτία θανάτων από κακοήθη νεοπλάσματα (ΚΝ) παγκοσμίως με 1.800.000 θανάτους/έτος. Η έκθεση σε καπνό συνιστά τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα, αλλά η νόσος μπορεί να παρατηρηθεί σε μη, ή πρώην καπνιστές. Στο πλείστον των περιπτώσεων η ομάδα αυτή, έχει βιολογικές, επιδημιολογικές και μοριακές διαφορές από τον ΚΠ ώστε από πολλούς θεωρείται ξεχωριστή νόσος, φέρεται διεθνώς ως Lung cancer in people who have never smoked (LCINS) και συνιστά την 5η αιτία θανάτου από ΚΝ παγκοσμίως. Οι *EGFR* μεταλλάξεις συνιστούν από τις συχνότερες οδηγούς μεταλλάξεις επί LCINS, συνήθως αφορούν στα εξώνια 19, 21 (L858R), είναι συχνότερες σε μη καπνιστές έναντι καπνιστών ανεξαρτήτως φύλου (p <0.001). Στις ασυνήθεις *EGFR* μεταλλάξεις ανήκει η προσθήκη γονιδιακού υλικού(insertion) στο εξώνιο 20, αφορά στο 2-3 % του συνόλου των EGFR-μεταλλάξεων, είναι συχνότερες σε γυναίκες μη καπνίστριες, συνοδεύονται από χειρότερη κλινική πορεία και έκβαση. Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, TKIs, ανοσοθεραπεία, Amivatamab και, τελευταία, ADCs (Antibody-drug-conjugates) όπως το trastuzumab/deroxtecan έχουν δοκιμασθεί με ενδιάμεσα αποτελέσματα. Άτομα εκτιθέμενα σε παθητικό κάπνισμα έναντι μη καπνιστές, έχουν διαφορετικά ποσοστά *EGFR(+)* αν και υπάρχουν σχετικά, ποικίλα αποτελέσματα.

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης είναι η παρουσίαση ιστορικού ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο Ογκολογικό Τμήμα(ΟΤ) του ΓΝΑ«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» μεταξύ 2ος-12ος/2021, με EGFR-20 μετάλλαξη.

**ΑΣΘΕΝΗΣ** 70 ετών, μη-καπνιστής, εισήχθη στο ΟΤ με βράγχος φωνής, μάζα δεξιού κάτω λοβού, πυλαία-μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια, υπεζωκοτική συλλογή δεξιά και ηπατικές μεταστάσεις. Η κλινική/εργαστηριακή μελέτη, ανέδειξε ΑΔΚΠ σταδίου IV με PD-L1: 0% και μετάλλαξη S768I (psER768Ile) στο εξώνιο20 του EGFR. Η περίπτωση ήταν μοναδική στο ΟΤ, μεταξύ 34 ασθενών με μετάλλαξη του EGFR που παρακολουθούνται συνεχόμενα στο τμήμα μας, από 1ος/2018-σήμερα. Ο ασθενής έλαβε αρχικά osimertinib αλλά εμφάνισε ταχέως πρόοδο νόσου με εγκεφαλικές μεταστάσεις. Τέθηκε σε τοπικοπεριοχική ακτινοβολία εγκεφάλου και χημειοθεραπεία (carboplatine/Paclitaxel/ Bevacizumab) χωρίς ανταπόκριση και κατέληξε 12 μήνες από την διάγνωση του ΑΔΚΠ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ** η ανίχνευση υποτύπων των μεταλλάξεων EGFR πρέπει να αναζητάται, δεδομένου ότι ασθενείς με ορισμένους υποτύπους όπως η μετάλλαξη στο εξώνιο 20 έχουν διαφορετική κλινική πορεία.

## 71. ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΕΝΔΟΘΗΛΙΩΜΑ: Η ΣΠΑΝΙΑ ΣΚΙΑ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣΚΑ

Δ. Μπάρτζη, Κ. Ράπτη, Κ. Φωλήνας, Β. Ραμφίδης
*Ογκολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομεία Αεροπορίας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση αυτής της κλινικής περίπτωσης αποσκοπεί στην ανάδειξη της διάγνωσης και της θεραπευτικής προσέγγισης σε ασθενή 69 ετών με κλινική εικόνα που υποδεικνύει δυνητική συστηματική νόσο ή αιματολογικό κακόηθες, και τελικά διαγιγνώσκεται με επιθηλιακό αιμαγγειοενδοθηλίωμα (ΕΗΕ), μια σπάνια αγγειακή κακοήθεια.
**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ**: Ασθενής 69 ετών, με PS: 0, προσήλθε με ιστορικό 3 μηνών δεκατικής πυρετικής κίνησης (37,4°C), οσφυαλγία που ακτινοβολούσε στο δεξί κάτω άκρο, κόπωση και σημαντική απώλεια βάρους (10 κιλά). Δεν υπήρξε προηγούμενη ιατρική αγωγή.Οι ακτινολογικές εξετάσεις περιλάμβαναν:
MRI Οσφυϊκής Σπονδυλικής Στήλης (5/2024): Ετερογενής ένταση σήματος σε όλο το μυελό των οστών των παρατηρούμενων σπονδύλων, υποδεικνύοντας την πιθανότητα συστηματικής νόσου ή αιματολογικής κακοήθειας. CT Εγκεφάλου (6/2024): Χωρίς ανεύρεση παθολογίας. CT Θώρακος-Κοιλίας (6/2024): Αδενόματα επινεφριδίων, με διαστάσεις 14x9 mm (δεξί) και 21x11 mm (αριστερό).
Ενδοσκοπήσεις (Άνω και Κάτω Κοιλίας 6/2024): Ήπια γαστρίτιδα χωρίς άλλες ανωμαλίες. FDG PET (6/2024): Υπερμεταβολικές οστικές βλάβες (L4, L5, ιερό, διμερείς μηροί, ινώδες οστό).Η βιοψία του μυελού των οστών (7/2024) δεν ήταν διαγνωστική, ενώ η βιοψία του L4 (7/2024) αποκάλυψε αδενοκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης, πιθανώς προερχόμενο από τον προστάτη. Ωστόσο, η ιστοπαθολογική ανασκόπηση κατέληξε σε διάγνωση επιθηλιακού αιμαγγειοενδοθηλιώματος (ΕΗΕ).
Θεραπευτική Προσέγγιση: Η τοπική ομάδα συνιστά περαιτέρω ανοσοϊστοχημικές εξετάσεις για την ανίχνευση των γονιδιακών συγχωνεύσεων WWTR1/CAMTA1 και YAP1/TFE3, οι οποίες σχετίζονται με το ΕΗΕ. Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες (Stacchiotti et al., 2020), ξεκίνησε θεραπεία με σιρόλιμους (5 mg ημερησίως). Επίσης, χορηγήθηκε ζολενδρονικό οξύ για τη διαχείριση των οστικών βλαβών. Συνιστάται ιατρικό συμβούλιο με ραδιοθεραπευτική ομάδα για στοχευμένη ακτινοθεραπεία στις λυτικές βλάβες των L4-L5.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις του επιθηλιακού αιμαγγειοενδοθηλιώματος (ΕΗΕ), μια σπάνια κακοήθεια που μπορεί να μιμηθεί άλλες συστηματικές ή αιματολογικές παθήσεις. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τη χορήγηση σιρόλιμου, υποστηρικτική θεραπεία για τα οστά με ζολενδρονικό οξύ και στοχευμένη ακτινοθεραπεία για τις λυτικές βλάβες. Συνεχιζόμενη μοριακή και γενετική ανάλυση θα συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της νόσου και στην εξατομίκευση της θεραπείας.

## 72. ΥΨΗΛΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΡΧΕΩΣ ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ, ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Ε. Μαστροσταμάτη[1], Δ. Καββαθά[1], Ε. Πέτρου[2], Β. Καραλή[1]
*[1]Δ΄Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Ιατρική Σχολή Αθήνων*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL) είναι ο συχνότερος ιστολογικός υπότυπος των non-Hodgkin λεμφωμάτων και αποτελεί το 25% αυτών.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 68 ετών με ορχεκτομή προ μηνός λόγω μορφώματος όρχεως – εν αναμονή του αποτελέσματος βιοψίας, με δύσπνοια από εβδομάδος και υπερηχογράφημα καρδιάς προ 2ημέρου με παρουσία περικαρδιακής συλλογής.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λευκοκυττάρωση (WBC: 23.360/μL) καθ' υπεροχήν μονοκυττάρων (5.940/μL). Από το επίχρισμα περιφερικού αίματος βλάστες τύπου ΙΙ με 1-2 πυρήνια και πυρηνική εντομή, μεγάλη αναλογία πυρήνα-πρωτοπλάσματος και απουσία κόκκων. Από νέο υπερηχογράφημα καρδιάς κυκλοτερής περικαρδιακή συλλογή και υπερηχογενής σχηματισμός στην κολποκοιλιακή αύλακα. Αξονική τομογραφία με πρωτόκολλο πνευμονικής αρτηρίας αρνητική για πνευμονική εμβολή με ευμεγέθη σφαιρική υπόπυκνη αλλοίωση σε επαφή με το έξω τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας. Τέθηκε αρχικά σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη ως επί οξείας περικαρδίτιδας. Επτά ημέρες αργότερα παρουσίασε διπλωπία στον αριστερό οφθαλμό με συνοδό βλεφαρόπτωση. Από αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου και εγκεφάλου διόγκωση αριστερού οπτικού νεύρου με μαλακό ιστό στον αριστερό οφθαλμικό κόγχο στο ύψος του δακρυϊκού ασκού με συνοδό παρουσία μαλακού ιστού πέριξ του αριστερού οπτικού νεύρου, με επιβεβαίωση σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Σε βιοψία όρχεως λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα. Σε οστεομυελική βιοψία διήθηση του μυελού από μεγάλα Β-κύτταρα με μετάλλαξη MYC και BCL2. Έναρξη χημειοθεραπείας με rituximab, αρασιτίνη, μεθοτρεξάτη, δεξαμεθαζόνη και ενδορραχιαίες εγχύσεις δεξαμεθαζόνης και μεθοτρεξάτης ως επί DLBCL όρχεως με διήθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος, του μυοκαρδίου και του μυελού των οστών με αποδρομή της συμπτωματολογίας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα λεμφώματα από μεγάλα Β-κύτταρα αποτελούν μια ετερογενή ομάδα αναφορικά με τη μορφολογία, τη γενετική και τη βιολογική τους συμπεριφορά, ενώ ενίοτε παρουσιάζουν ασυνήθεις εντοπίσεις.

## 73. ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ/ΕΞΩΜΥΕΛΙΚΟ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μ. Αργυροπούλου[1], Χ. Αυγούστου[1], Σ. Γρηγοροπούλου[2], Γ. Βελονάκης[3], Α. Κωτσάκη[1], Β. Καραλή[1]
*[1]Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», [3]Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι οστικές βλάβες αποτελούν εύρημα που συχνά δεν οδηγεί σε διάγνωση και απαιτείται βιοψία μυελού των οστών, με συνέπεια καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 56 ετών με νοσογόνο παχυσαρκία, πρώην καπνιστής με από επταημέρου δύσπνοια και από μηνός αδυναμία ορθοστάτισης (κατηργημένα τενόντια αντανακλαστικά κάτω άκρων), οστεολυτικές βλάβες Θ9-10 και αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Σε σπινθηρογράφημα Tc-99m-HDP αλλοιώσεις ως επί δευτεροπαθών εντοπίσεων Θ10-Θ11 και δεξιά ιερολαγόνια άρθρωση. Πλευριτικό υγρό υπέρ λεμφοκυτταρικού εξιδρώματος (ADA αρνητικό), και ηλεκτρονευρογράφημα αρνητικό για περιφερική νευροπάθεια. Από βιοψία οστού διάχυτη διήθηση με κύτταρα CD138+, CyclinD1+ (ασθενώς), cIgλ + με Ki67 στο 15%, ευρήματα υπέρ πλασματοκυτταρικού νεοπλάσματος με πλασμαβλαστικούς χαρακτήρες. Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού: IgA-λ μονοκλωνική γαμμαπάθεια (1840mg/dl), ΟΜΒ: 40% διήθηση από νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα CD138+, CD56-, CyclinD1-, μοριακός έλεγχος: Complex karyotype, 17p-, t(4;14)-. Ετέθη αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία με VRd + Daratumumab και ακτινοθεραπεία Θ10-Ο2 με πλήρη ύφεση.
Ακολούθησε σηπτική καταπληξία επί λοίμωξης Clostridium Difficile. Σε απεικόνιση βλάβες σε ήπαρ και σπλήνα με εικόνα συμβατή με πλασματοκυττώματα. Παρουσιάστηκε αιφνίδια πάρεση άνω άκρων και ευρήματα MRI εγκεφάλου υπέρ διήθησης του ΚΝΣ από το πολλαπλό μυέλωμα. Λόγω του σωματότυπου του ασθενούς δεν κατέστη δυνατή η διενέργεια ΟΝΠ προς τεκμηρίωση της διήθησης. Ο ασθενής κατέληξε μετά από πολλαπλά σηπτικά επεισόδια πριν προλάβει να λάβει επόμενη γραμμή χημειοθεραπείας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Το πολλαπλούν μυέλωμα μπορεί να εμφανιστεί χωρίς τυπική συμπτωματολογία και συχνά διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια. Η προσβολή του ΚΝΣ δεν είναι συχνή, αλλά όταν υπάρχει σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση. Είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση διότι οι πολλαπλές εγκρίσεις νέων φαρμάκων από το 2016 έχουν αλλάξει την ιστορία του νοσήματος (αύξηση επιβίωσης -> χρόνιο νόσημα).

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 74. Η ΑΠΟΨΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ

Α. Γκανάιεμ, Γ. Χαραλάμπους, Α. Σκίτσου
*Πανεπιστήμιο Frederick Κύπρου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων επαγγελματιών υγείας για τον καταλληλότερο τρόπο διαχείρισης ασθενών με τραχειοστομία.
**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αρχικά πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Research Gate προκειμένου να καταγραφεί επιστημονικά η σημαντικότητα και περιπλοκότητα των περιστατικών αυτών. Στη συνέχεια, επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα, συλλέγοντας δεδομένα μέσω ενός κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου που διερευνά την άποψη των επαγγελματιών υγείας για διάφορα στάδια φροντίδας των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε το 2015 στην Πάτρα και παραχωρήθηκε με γραπτή συγκατάθεση των συγγραφέων. Η έρευνα διενεργήθηκε το 2023 στην Αθήνα. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά μέσω Google forms. Συγκεντρώθηκαν 101 απαντήσεις και ακολούθησε στατιστική επεξεργασία με το στατιστικό πακέτο SPSS 27.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ερευνήθηκαν είκοσι ενέργειες σε διάφορα στάδια. Ο ωτορινολαρυγγολόγος θεωρείται ο καταλληλότερος για τις δέκα, όπως η ανίχνευση ενδείξεων τραχειοστομίας, ενημέρωση ασθενούς για τις αλλαγές στην αναπνευστική του λειτουργία, επιλογή είδους τραχειοσωλήνα, αντιμετώπιση τραχειοοισοφαγικού συριγγίου, διδασκαλία κανόνων υγιεινής και αξιολόγηση κατάποσης. Ο νοσηλευτής για πέντε, όπως αναρρόφηση, στοματική υγιεινή, φροντίδα στόματος τραχείας, και σωστή θέση κεφαλής. Ο λογοθεραπευτής για προβλήματα επικοινωνίας και εκπαίδευση εναλλακτικών επικοινωνιακών μέσων. Ο πνευμονολόγος για διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας, ο διαιτολόγος για ασφαλή σίτιση και ο ψυχολόγος για συναισθηματική υποστήριξη. Για την εξαγωγή πιο εξειδικευμένων συμπερασμάτων, διερευνήθηκε αν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες και την επιστημονική τους κατάρτιση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ενώ στις περισσότερες ενέργειες φαίνεται ο Ωτορινολαρυγγολόγος να είναι ο καταλληλότερος, επισημαίνεται η ανάγκη και άλλων επαγγελματιών για επιμέρους ζωτικής σημασίας ενέργειες. Με τη θέσπιση καταρτισμένων διεπιστημονικών ομάδων και τη σωστή διαχείριση πόρων και προσωπικού, μπορεί να επιτευχθεί μείωση των επιπλοκών και οικονομική ανάκαμψη του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα ενισχύεται η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

## 75. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΓΟΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Α. Μαυρουδής, Σ. Τραχανά, Π. Κωστοπούλου
*ΓΝ Τρίπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι άγονες νοσηλευτικές μονάδες αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για το σύστημα υγείας για την ορθή παροχή των υπηρεσιών υγείας.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση των στρατηγικών ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας.
**ΥΛΙΚΟ:** Μελέτη μεταπτυχιακών προγραμμάτων και μαθημάτων διοίκησης υγείας και παράλληλη βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων από το διαδίκτυο.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πρωταρχική προοπτική θεωρείται η μείωση της θνησιμότητας από χρόνια μη μεταδιδόμενα νοσήματα και η ασφάλεια των ασθενών με εκστρατείες εμβολιασμού, διασφάλισης της σωστής χρήσης φαρμάκων, τον περιορισμό των ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων και την εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η διασφάλιση της δίκαιης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω γεωγραφικών εμποδίων με γνώμονα την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα αναφορικά με την κατανομή των πόρων. Αξιόπιστη λύση αποτελεί η τηλεϊατρική και η αξιοποίηση των ψηφιακών εφαρμογών. Επιπλέον, η ενίσχυση των δομών με ικανό εργατικό δυναμικό με στόχο την εξασφάλιση των αναγκών του πληθυσμού, η οικοδόμηση της ανθεκτικότητας σε καταστάσεις έκτατης ανάγκης και η ενδυνάμωση του πληθυσμού ευθύνης σε ζητήματα παιδείας υγείας κατανοούνται καλύτερα οι τοπικές ανάγκες. Τελειώνοντας, συνδετικό κρίκο προάσπισης και συνέχειας των νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί ο συντονισμός όλων των βαθμίδων υγείας, καθώς και η ομαλή ενσωμάτωση στοιχείων ψυχικής και κοινωνικής φροντίδας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λειτουργική βιωσιμότητα των άγονων νοσηλευτικών μονάδων αποτελεί η ανάλυση των τάσεων υγείας, η παρακολούθηση των δεικτών υγείας και η ορθή αξιοποίηση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

## 76. Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Α. Μαυρουδής
*Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», Αρκαδία*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**: Οι μονάδες ημερήσιας νοσηλείας αποτελούν ειδικές μονάδες υγείας που στοχεύουν στον περιορισμό των νοσηλευτικών δαπανών και στην ταχύτατη παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή.
**ΣΚΟΠΟΣ**: Κατανόηση των αρχών και βασικών αξιών λειτουργίας τους, σύμφωνα με τα πρότυπα μιας καθορισμένης μεταρρυθμιστικής παρέμβασης πολιτικής υγείας.
**ΜΕΘΟΔΟΙ**: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και επιστημονικών άρθρων με εργαλεία αναζήτησης στο διαδίκτυο (pub med), χωρίς κανένα περιορισμό. Παράλληλα, αναγράφεται και η προσωπική εμπειρία στα πλαίσια διαμόρφωσης ενός σύγχρονου δικτύου υγείας με καινοτομία στην ιατρική, διοικητική και τεχνολογική προσέγγιση του ασθενή.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Οι μονάδες ημερήσιας νοσηλείας αποτελούν μια δυναμική προοπτική στο χώρο της υγείας, αφού εφαρμόζονται προληπτικές και θεραπευτικές εξετάσεις σε περιορισμένο χρονικό διάστημα. Πραγματοποιούνται ιατρικές πρακτικές με απόλυτη επιτυχία σε ασθενείς με υγιές ιστορικό, αποφεύγοντας την παραμονή στο νοσοκομείο και παράλληλα επιτυγχάνεται η ανάγκη προστασίας του ψυχισμού των ασθενών και προφύλαξης από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις σε συνδυασμό με μικρό οικονομικό κόστος, χωρίς όμως να καθορίζεται με ακρίβεια η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Το ζητούμενο είναι εάν υπάρχει όφελος για το σύστημα υγείας, διότι η λειτουργία τους στηρίζεται στην ταχύτητα και στο κόστος. Όμως, απαραίτητη προϋπόθεση για τη βιωσιμοτητά τους είναι η καθολική κάλυψη υγείας σε όλους τους πολίτες σύμφωνα με τις αρχές της ισότητας και των εισοδηματικών κριτηρίων.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η αξιολόγηση των άμεσων αποτελεσμάτων δεν είναι εφικτή, ενώ η συστηματική προσπάθεια για τον εντοπισμό και την καταγραφή των αναμενόμενων ωφελειών και του αντίστοιχου κόστους, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην αναγνώριση των πιθανών αποτελεσμάτων και επίτευξη στόχων για έναν οργανισμό υγείας.

## 77. Η ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Χ. Παπαϊωάννου[1,2], Σ. Τσιαπακίδου[1,3], Β. Γιωργαλλά[1,4], Χ. Πάνου[1,5], Α. Θεοδώρου[1,6], Β. Μπέργιου[2], Μ. Πουλάκου[2], Β. Βελισσάρης[1,7], Κ. Λούης[1,8], Κ. Ροδίτης[1,9,10,11]

*[1]Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα, [2]Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [3]Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ, [4]Ιατρός, Λεμεσός, Κύπρος, [5]Παιδιατρικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο», [6]Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [7]Παθολόγος, Αθήνα, [8]Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [9]Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», [10]Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [11]European Junior Doctors Association (EJD), Βρυξέλλες, Βέλγιο*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας και το κλειδί για την επίτευξη των πολιτικών υγείας και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, αν και ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας υπερβαίνει τους 100.000, η κατανομή τους δεν φαίνεται να βασίζεται σε κάποια συγκροτημένη κεντρική στρατηγική. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις ανισότητες στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία στην Ελλάδα, εστιάζοντας στις επαγγελματικές ομάδες και τις ιατρικές ειδικότητες. Σκοπός είναι η διαμόρφωση προτάσεων πολιτικής για την μείωση των ανισοτήτων μέσω ενός κεντρικού σχεδιασμού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, με δεδομένα από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scopus, Google Scholar) και επίσημες εκθέσεις διεθνών και ελληνικών φορέων υγείας της τελευταίας δεκαετίας. Εξετάστηκαν έξι βασικές επαγγελματικές ομάδες (ιατρικό, νοσηλευτικό, φαρμακευτικό, οδοντιατρικό, μαιευτικό και φυσιοθεραπευτικό προσωπικό) και η κατανομή των ιατρών ανά ειδικότητα, με βάση τους επιτυχόντες εξετάσεων τίτλου ειδικότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παραμένει ιατροκεντρικό, με το 47,9% του ανθρώπινου δυναμικού να αποτελείται από ιατρούς, ενώ αντίστοιχα στην Ευρώπη το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό υπερτερεί αριθμητικά κατά 2,5 φορές. Η κατανομή των ιατρών ανά ειδικότητα αποτυπώνει μία τάση εξειδίκευσης, καθώς μόνο το 7,7% του συνόλου επιτυχόντων στις εξετάσεις ειδικότητας αφορά τη Γενική Ιατρική, ενώ το 35,1% των επιτυχόντων προέρχονται από τέσσερις ειδικότητες επί συνόλου 38 την περίοδο 2020-2021.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στην κεντρική στρατηγική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα. Προτείνεται η διαμόρφωση μιας εθνικής στρατηγικής που βασίζεται σε πέντε άξονες: Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού, Βελτίωση δεξιοτήτων και Ισορροπημένη κατανομή, Συγκράτηση προσωπικού με κίνητρα, Ενίσχυση της διακυβέρνησης, και Ευθυγράμμιση με τις εθνικές προτεραιότητες υγείας.

# 78. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Χ. Δαμβακάκη[1], Μ. Σαρίδη[2], Κ. Σουλιώτης[1,3]

*[1]Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [3]Ινστιτούτο Πολιτικών Υγείας, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Δεν είναι λίγες οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών στη χώρα μας, στις οποίες αποτυπώνονται τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης τους από το υγειονομικό σύστημα. Στο πλαίσιο αυτό αναδύεται μια νέα προσέγγιση, γνωστή ως ασθενοκεντρική, μέσω της οποίας προωθείται η εξατομικευμένη και αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αναδειχθεί η ανάγκη για αλλαγή της προσέγγισης των ασθενών, από την παραδοσιακή φροντίδα υγείας που επικεντρώνεται στο υποκείμενο νόσημα, σε φροντίδα που επικεντρώνεται στον ίδιο άσθενη και στις προσωπικές του ανάγκες και αξίες.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές πηγές. Αναζητήθηκαν μελέτες στη βάση δεδομένων PubMed, στην αγγλική γλώσσα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αμέτρητα είναι τα οφέλη που προσφέρονται από την επικέντρωση της φροντίδας στον ασθενή, τόσο για εκείνον, όσο και για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της δέσμευσης των ασθενών, της ενδυνάμωσης και της υπεράσπισης αυτών. Ωστόσο, υφίστανται ακόμα αρκετά εμπόδια στην ουσιαστική εφαρμογή και εδραίωση της εν λόγω προσέγγισης στην καθημερινή πρακτική.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προσωποκεντρική φροντίδα είναι εξαιρετικά επωφελής για τους ασθενείς, καθώς τους τοποθετεί στο επίκεντρο του ταξιδιού τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας οτι οι μοναδικές ανάγκες και προτιμήσεις τους αναγνωρίζονται και γίνονται σεβαστές. Η προσέγγιση αυτή, οδηγεί σε πιο αποτελεσματικές, ασφαλείς και ικανοποιητικές εμπειρίες φροντίδας για τους ασθενείς, προάγοντας τη συνολική ευημερία και την ποιότητα ζωής τους. Για τον λόγο αυτό, απαραίτητη κρίνεται η αλλαγή νοοτροπίας του συστήματος υγείας, από έντονα ιατροκεντρικό σε ένα σύστημα όπου ο πρωταγωνιστής θα είναι ο ίδιος ο ασθενής και οχι η ασθενειά του.

## 79. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΝΤΙ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΕΥΘΡΑΣΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ- Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Φ. Γεωργίου, Ε. Σιδεράκης, Χ. Νικάκης, Α. Τριχώνας, Σ. Περνιεντάκης, Ν. Στατύρης, Κ. Παλαιολόγος, Ι. Παναγιωτάκης, Α. Βασιλόπουλου, Α. Αποστολόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα κατάγματα ευθραστότητας αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα στην σύγχρονη κοινωνία αφού αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ασθενών που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε στα νοσοκομεία μας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψουμε τον αριθμό των ασθενών οι οποίοι λαμβάνουν αντιοστεοπορωτική αγωγή σε ασθενείς που προσέρχονται με κατάγματα ευθραστότητας στο νοσοκομείο μας

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**: καταγράψαμε προοπτικά 200 ασθενείς άνω των 65 ετών (ηλικίας 65- 93 έτη, μέση ηλικία 78.3 έτη), 88 άνδρες και 112 γυναίκες που εξετάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με κατάγματα ευθραστότητας. Στους παραπάνω ασθενείς καταγράψαμε τα δημογραφικά τους στοιχεία, το είδος του κατάγματος τους, εαν λαμβάνουν ή όχι θεραπεία για την οστεοπόρωση καθώς και το είδος της αγωγής τους και την έναρξη της θεραπείας τους, και έαν επίσης έχουν υποβληθεί σε έλεγχο για οστεοπόρωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** καταγράψαμε 106 ασθενείς με κάταγμα της περιοχής του ισχίου (48 διατροχαντήρια 42 υποκεφαλικα 4 υποτροχαντήρια και 12 κατάγματα ηβοισχιακών κλάδων), 42 ασθενείς με κάταγμα κάτω πέρατος κερκίδας 20 ασθενείς με κατάγματα άνω πέρατος βραχιονίου, και 32 ασθενείς με κατάγματα θωρακοοσφυικής χώρας. Οστεοπορωτική αγωγή λάμβαναν μόλις 40 ασθενείς (20 %). Οι περισσότεροι εκ των ασθενών αυτών (26), βρίσκονταν σε αγωγή με διφοσφωνικα ενώ 14 ασθενείς ήταν σε αγωγή με Δενοσουμαμπη.Ο μέσος χρόνος θεραπείας τους ήταν 27 μήνες. Εκ των ασθενών που δεν βρίσκονταν σε αντιοστεοπορωτική αγωγή μόλις 20 εξ αυτών (12.5 %) είχαν υποβληθεί σε έλεγχο οστικής πυκνότητας με DEXAscan.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μόλις το 20 % των ασθενών με κατάγματα ευθραστότητας βρίσκονταν σε αντιοστεοπορωτική αγωγή. Επίσης μόλις το 12.5 % των ασθενών είχαν υποβληθεί σε έλεγχο για οστεοπόρωση. Οι παραπάνω αριθμοί δείχνουν την επιβεβλημένη ανάγκη για την δημιουργία πολιτικών υγείας με στόχο την πρόληψη των καταγμάτων ευθραστότητας (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ομάδας καταγραφής καταγμάτων ευθραστότητας, Ενημέρωση), αλλά και την καταγραφή τους έτσι ώστε να προληφθεί ο κίνδυνος κατάγματος ευθραστότητας.

## 80. ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ (ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ) Η ΝΥΣΤΕΡΙ ΣΤΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Τσιβελέκας, Σ. Λύκος, Ν. Παρασκευόπουλος, Δ. Πάλλης, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ) αποτελεί το συχνότερο χειρουργείο της επανορθωτικής χειρουργικής των ενηλίκων, συνήθως για τη διαχείριση της σοβαρής οστεοαρθρίτιδας. Τόσο το νυστέρι όσο και ο ηλεκτρικός καυτηριασμός χρησιμοποιούνται συχνά για τη διαχείριση ιστών κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας να μη δείχνουν σημαντικές διαφορές σχετικά με την απώλεια αίματος.
**ΣΤΟΧΟΣ:** Η καταγραφή και σύγκριση της απώλειας αίματος με τη χρήση νυστεριού ή ηλεκτρικού καυτηριασμού σε ασθενείς που υποβλήθησαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε αυτή την προοπτική, case-matched μελέτη, 70 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή ΟΑΓ την περίοδο 2021-2024 τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ισάριθμες ομάδες: Ομάδα Α (χρήση νυστεριού) και Ομάδα Β (χρήση ηλεκτρικού καυτηριασμού). Όλες οι επεμβάσεις έγιναν από τον ίδιο χειρουργό. Οι ασθενείς αντιστοιχίστηκαν κατά ηλικία, φύλο και ΔΜΣ. Η μέση ηλικία για την ομάδα Α ήταν 71,2 έτη και για την ομάδα Β 73 έτη. Σε όλες τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ίσχαιμος περίδεση. Η απώλεια αίματος μετρήθηκε την 1η και 2η μετεγχειρητική ημέρα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,6 ημέρες για την ομάδα Α και 3,9 ημέρες για την ομάδα Β. Χρησιμοποιήθηκε ένα t-test κατά ζεύγη για την αξιολόγηση των διαφορών στην απώλεια αίματος μεταξύ των ομάδων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Την 1η μετεγχειρητική ημέρα, η ομάδα Α έδειξε μέση απώλεια αίματος κατά 0,32 g/dl χαμηλότερη από την ομάδα Β, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,108). Την 2η μετεγχειρητική ημέρα, η ομάδα Α παρουσιάζει σημαντικά μικρότερη απώλεια αίματος 0,80 g/dl σε σύγκριση με την ομάδα Β (p = 0,063), πλησιάζοντας τη στατιστική σημασία.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αυτή η μελέτη προτείνει ότι η χρήση νυστέρι στην πρωτογενή ΤΚΑ μπορεί να μειώσει την απώλεια αίματος πιο αποτελεσματικά από τον ηλεκτρικό καυτηριασμό.

## 81. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΙΣΧΙΟΥ

Κ. Παλαιολόγος, Α. Τριχώνας, Χ. Νικάκης, Φ. Γεωργίου, Α. Βασιλοπούλου, Ι. Παναγιωτάκης, Ε. Σιδεράκης, Σ. Περνιεντάκης, Α. Αποστολόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση των περιτροχαντηρίων καταγμάτων με την χρήση ενδομυελικών ήλων μηριαίου προτιμάται συχνά λόγω του μειωμένου χρόνου χειρουργείου, της μειωμένης απώλειας αίματος αλλά και της καλύτερης εμβιομηχανικής συμπεριφοράς τους όταν συγκρίνονται με τον κοχλιωτό ολισθαίνοντα ήλο με πλάκα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εντοπίσουμε τις επιπλοκές που σχετίζονται με την χρήση του ενδομυελικού ήλου του μηριαίου.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** πραγματοποιήσαμε μια οπισθοδρομική μελέτη για το έτος 2024 εξετάζοντας 194 ασθενείς (ηλικίας 68-103 έτη, μέση ηλικία 82.3 έτη), που αντιμετωπίστηκαν λόγω διατροχαντηρίου κατάγματος μηριαίου. Οι παραπάνω ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με την χρήση συστήματος ενδομυελικής ήλωσης μηριαίου

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε δύο ασθενείς (86 και 92 ετών), παρατηρήθηκε διάσχιση του κοχλιωτού ήλου δια της μηριαίας κεφαλής (cutout) 8 και 10 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Άσηπτη νέκρωση της κεφαλής παρατηρήθηκε σε μία περίπτωση (άρρεν 81 ετών) 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Η απόσταση του άκρου του κοχλία από το χείλος της μηριαίας κεφαλής ήταν 19-26 mm (μ.μ. 23mm). Οι τρεις παραπάνω περιπτώσεις αναθεωρήθηκαν με αφαίρεση του ήλου και τοποθέτηση ημιολικής αρθροπλαστικής ισχίου με την χρήση τσιμέντου. Δυο περιπροθετικά κατάγματα σε ασθενείς 88 και 73 ετών αντιμετωπίστηκαν με αφαίρεση του ήλου και τοποθέτηση μακρού ενδομυελικού ήλου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αντιμετώπιση των διατροχαντηρίων καταγμάτων με την χρήση ενδομυελικού ήλου μηριαίου με κοχλιωτό παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Εντούτοις, επιπλοκές όπως η διάσχιση του κοχλιωτού δια της μηριαίας κεφαλής, η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής και τα περιπροθετικά κατάγματα αποτελούν σοβαρές επιπλοκές που απαιτούν σύνθετες χειρουργικές επανεπεμβάσεις

## 82. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΙΣΧΙΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 5 ΕΤΩΝ

Δ. Πάλλης, Κ. Τσιβελέκας, Σ. Λύκος, Ι. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου αποτελούν έναν από τους συχνότερους τύπους καταγμάτων στους ηλικιωμένους και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο οστεονέκρωσης της μηριαίας κεφαλής και υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συνήθως είναι αποτέλεσμα κακώσεων υψηλής ενέργειας σε νέους και χαμηλής στους ηλικιωμένους αντίστοιχα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και ανασκόπηση των θεραπευτικών επιλογών για την αντιμετώπιση των καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου με βάση τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε ασθενούς σε συνδυασμό με τη μετεγχειρητική και λειτουργική τους αποκατάσταση.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών με κάταγμα του αυχένα του μηριαίου την περίοδο 2019-2023. Έγινε καταγραφή των επιδημιολογικών στοιχείων, της εφαρμοσθείσας θεραπείας, των επιπλοκών και της αποκατάστασης τους με βάση το Harris Hip Score (HHS).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά μελετήθηκαν 446 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν 73.6 έτη και ο μέσος χρόνος νοσηλείας 6.1 ημέρες Ημιολική αρθροπλαστική χρησιμοποιήθηκε σε 399 ασθενείς (107 χωρίς τσιμέντο και 292 με τσιμέντο), ολική αρθοπλαστική σε 17 περιπτώσεις, 23 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με εσωτερική οστεοσύνθεση και σε 7 ασθενείς τοποθετήθηκε σύστημα ενδομυελική ήλωσης. Μετεγχειρητικά 23 ασθενείς παρουσίασαν λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος, 31 ασθενείς εμφάνισαν λοιμώξεις σε άλλα συστήματα, 9 ασθενείς υπέστησαν εξάρθρημα της αρθροπλαστικής, ενώ 3 ασθενείς υπέστησαν περιπροθετικά κατάγματα. Στους 6 μήνες ο μέσος όρος του Harris Hip Score (HHS) ήταν 88 στους ασθενείς με ενδομυελική ήλωση, 82 στους ασθενείς με ημιολική αρθροπλαστική, 86 στους ασθενείς με ολική αρθροπλαστική και 90 στους ασθενείς με εσωτερική οστεοσύνθεση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου απαιτούν εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τις κλινικές παραμέτρους. Η ημιολική αρθροπλαστική αποτελεί τη συχνότερη επιλογή, ωστόσο η εσωτερική οστεοσύνθεση και η ολική αρθροπλαστική προσφέρουν αξιόλογα λειτουργικά αποτελέσματα σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές υπογραμμίζουν τη σημασία της ενδελεχούς παρακολούθησης, ενώ η αποκατάσταση κρίνεται καθοριστική για την ανάκτηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

## 83. Η ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΕΥΘΡΑΣΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Βασιλοπούλου[1], Ε. Σιδεράκης[1], Χ. Νικάκης[1], Α. Τριχώνας[1], Φ. Γεωργίου[1], Ι. Παναγιωτάκης[1], Λ. Σπανού[2], Κ. Παλαιολόγος[1], Α. Αποστολόπουλος[1]

*[1]Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρος, [2]Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα κατάγματα ευθραυστότητας αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία, καθώς σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού και χρόνιες παθήσεις, όπως η οστεοπόρωση. Παρά τη σοβαρότητά τους, σε πολλές περιπτώσεις παραμένουν υπο-αναγνωρισμένα και υπο-θεραπευμένα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η δημιουργία μιας οργανωμένης υπηρεσίας καταγραφής καταγμάτων ευθραυστότητας (Fracture Liaison Service, FLS) κρίνεται απαραίτητη για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και τη μείωση της συχνότητας επαναλαμβανόμενων καταγμάτων. Μια τέτοια υπηρεσία θα λειτουργούσε ως συντονιστικός φορέας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, διασφαλίζοντας την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης οστεοπόρωσης. Επιπλέον, θα κατέγραφε συστηματικά τα περιστατικά καταγμάτων ευθραυστότητας, επιτρέποντας την ανάλυση δεδομένων για την παρακολούθηση της επίπτωσης, των παραγόντων κινδύνου και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** από τον Ιούνιο του 2024 έχει ξεκινήσει μια πιλοτική συνεργασία μεταξύ της Ορθοπαιδικής κλινικής και του Ενδοκρινολογικού και Ακτινολογικού τμήματος του Νοσοκομείου μας με σκοπό την καταγραφή ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας που είτε νοσηλεύονται είτε εξετάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στα εξωτερικά ιατρεία της Ορθοπαιδικής κλινικής. Οι παραπάνω ασθενείς υποβάλλονται σε ειδικές εξετάσεις καθώς επίσης και σε μέτρηση οστικής πυκνότητας και κατόπιν παραπέμπονται σε Ιατρείο Καταγμάτων Ευθραστότητας που έχει συγκροτηθεί για αυτόν τον σκοπό. Επιπρόσθετα όλοι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με κατάγματα ευθραστότητας λαμβάνουν ειδικές οδηγίες στο ενημερώτικο τους σημείωμα για τον έλεγχο στον οποίο πρέπει να προβούν και την θεραπεία που πρέπει να λάβουν για την πρόληψη νέου κατάγματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δημιουργία μιας τέτοιας υπηρεσίας έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε χώρες που την έχουν εφαρμόσει, μειώνοντας την πιθανότητα επαναλαμβανόμενων καταγμάτων και τα συνολικά κόστη υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη μιας υπηρεσίας καταγραφής καταγμάτων ευθραυστότητας είναι επείγουσα προτεραιότητα, ειδικά σε χώρες με γηράσκοντα πληθυσμό, ώστε να διασφαλιστεί η βελτιστοποίηση της φροντίδας και η πρόληψη επιπλοκών.

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

# 84. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β ΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χ. Δημητρέλης[1], Β. Χριστοπούλου[1], Ά. Παρμαξίδης[1], Ι. Μαρκάκη[1], Π. Φούκας[2], Σ. Παπαγεωργίου[1]

*[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) και ενδαγγειακό λέμφωμα από μεγάλα Β κυττάρα (IVBL), με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (ΑΜΣ),

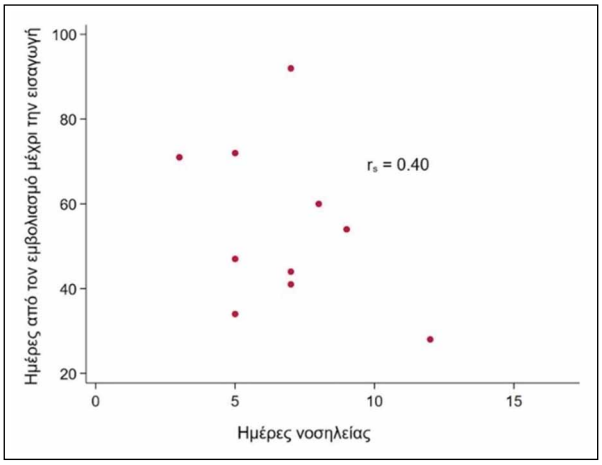
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 83 ετών, προσκομίσθηκε σε ημέρα γενικής εφημερίας στο ΤΕΠ λόγω διαρροϊκών κενώσεων, εμπυρέτου και αναφερόμενης ουρολοιμώξεις για την οποία ελάμβανε αντιβιοτική αγωγή από 5ημέρου με κεφουροξίμη. Ατομικό αναμνηστικό : Νόσος Καρωτίδων. Ζωτικά σημεία: ΑΠ: 127/68mmHg, σφύξεις: 17/min, θ: 37.1ο C, Sat: 89% ΗΚΓ: κφ, Εργαστηριακός έλεγχος: Hb: 6.8g/dL, Hct: 20.2%, MCV: 87.4, MCH: 29.6, WBC: 3540K/μL, NEU 2460, PLT: 30.000, Urea 43.2, Creat 0.70, TBIL 1.82→15 DBIL 1.13→12, SGOT 76, SGPT 5, γGT 28, ALP 134, LDH 1167, TG 446, CRP: 57mg/dl, Na 129, K 4.2, INR 1.42, ινωδογόνο 90, φερριτίνη 8.000→17.000 Καλλιέργειες αίματος: (-). Γενική εξέταση ούρων: κφ. Καλλιέργεια ούρων: (-). Καλλιέργεια κοπράνων: clostridium difficile και έγινε αντιμετώπιση με βανκομυκίνη από το στόμα. CT Θώρακος: Μέτριας έκτασης υπεζωκοτική συλλογή ΑΡ και μικρής ΔΕ. CT Άνω-Κάτω Κοιλίας: σπληνομεγαλία. Οριακώς διογκωμένοι παραορτικοί και βουβωνικοί λεμφαδένες έως 8-9mm. Οίδημα ανά σάρκα. Λόγω σπληνομεγαλίας, πανκυτταροπενίας, υπερτριγλυκεριδαιμίας, υποϊνωδογοναιμίας, εμπυρέτου και πολύ υψηλών τιμών φερριτίνης, ετέθη η διάγνωση αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου και η ασθενής έλαβε αγωγή με δεξαμεθαζόνη και γ-σφαιρίνη. Στα πλαίσια διερεύνησης του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου εστάλη εκτεταμένος αιματολογικός λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος. Ανευρέθησαν ΑΝΑ θετικά 1:640, και χαμηλό C3: 0.427 και C4: 0.044 με αποτέλσμα η ασθενής να πληροί τα κριτήρια για ΣΕΛ. Έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, ανακίνρα και κυκλοφωσφαμίδη ως επί ΣΕΛ και αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου και παρουσιασε πτώση της χολερυθρίνης και της φερριτίνης. Ακολούθως η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε ενδαγγειακό λέμφωμα από μεγάλα Β κύτταρα και η ασθενής έλαβε αγωγή με R-mini-chp σε συνδυασμό με polatuzumab vedotin δύο φορές με αποτέλεσμα να παρουσιάσει βελτίωση με αύξηση των αιμοπεταλίων και των ΔΕΚ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ:** Το ενδαγγειακό λέμφωμα από μεγάλα Β κυττάρα (IVBL) σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), είναι ένα διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β κυττάρα που χαρακτηρίζεται από την παρουσία κυττάρων λεμφώματος αποκλειστικά στον αυλό των μικρών αιμοφόρων αγγείων, ιδιαίτερα των τριχοειδών. Το ΑΜΣ είναι ένα απειλητικό για τη ζωή υπερφλεγμονώδες σύνδρομο που εμφανίζει άτυπο πολλαπλασιασμό ιστιοκυττάρων. Το δευτερογενές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο, συνήθως σχετίζεται με λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα, νεοπλασματικά νοσήματα και ανοσοκαταστολή. Το ενδαγγειακό λέμφωμα από μεγάλα Β κύτταρα έχει ισχυρή συσχέτιση με το ΑΜΣ σε Ασιάτες ασθενείς, «ασιατική παραλλαγή», αλλά όχι στους δυτικούς ασθενείς. Οι ασθενείς με ΣΕΛ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη λεμφώματος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η ασθενής μας έπασχε από ΣΕΛ με επακόλουθη ανάπτυξη ενδαγγειακού λεμφώματος από μεγάλα Β κύτταρα που σχετίζεται με ΑΜΣ. Αντιμετωπίστηκε με την ανωτέρω αναφερόμενη αγωγή και παρουσίασε βελτίωση, αλλά απεβίωσε λόγω σηπτικής καταπληξίας από πολυανθεκτικό acinetobacter baumani.

# 85. ΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΧΑΙΤΗΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΝΟΣΗΣΗΣ

Χ. Χρήστου[1], Δ. Παπανικολάου[1], Μ. Δεληθέος[1], Ι. Μιχελάκης[2], Β. Τζαβάρα[1]
*[1]Α΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, [2]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών με γρίπη, των επιπλοκών που εμφάνισαν και του ρόλου του εμβολιασμού.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με γρίπη σε διάστημα τριών μηνών. Αναλύθηκαν τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας, του εμβολιασμού και των επιπλοκών τους.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά μελετήθηκαν 28 ασθενείς (41% γυναίκες, 73.5 έτη), με μέση διάρκεια νοσηλείας 7.8 ημέρες (μέση διάρκεια νοσηλείας στην κλινική=5.7 ημέρες). Τα 2/3 των ασθενών ήταν ανεμβολίαστοι, ενώ μεταξύ των εμβολιασθέντων το 80% έλαβε το συμβατικό εμβόλιο. Το 63% διαγνώστηκε με ταχύ αντιγονικό έλεγχο, ενώ καταγράφηκε μόνο ένα περιστατικό με γρίπη τύπου Β.
Οι συχνότερες επιπλοκές που καταγράφηκαν ήταν: βακτηριακή επιλοίμωξη, οξεία νεφρική βλάβη, υπονατριαιμία, οξύ στεφανιαίο επεισόδιο τύπου ΙΙ (11%) και διαταραχή ηπατικής βιοχημείας. Οι ασθενείς με επιπλοκές είχαν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας κατά 5.12 μέρες ($p < 0.05$). Το μέσο διάστημα που μεσολάβησε από τον εμβολιασμό έως την έναρξη των συμπτωμάτων ήταν 54 μέρες. Οι ημέρες νοσηλείες φάνηκε να αυξάνονται όσο αυξάνεται το διάστημα που μεσολάβησε από τον εμβολιασμό ($r_s$=0.40, **Γράφημα 1**). Το 48% των ασθενών έλαβε και αντιμικροβιακή αγωγή, το 93% εξήλθε, ενώ 2 διασωληνώθηκαν.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι γνωστό ότι η νόσηση από τον ιό της γρίπης σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες κινδύνου συνοδεύεται από ανάγκη για νοσηλεία και κίνδυνο επιπλοκών. Τα περιστατικά μας αφορούσαν γρίπη τύπου Α, ενώ η πλειονότητα των ασθενών δεν είχε εμβολιαστεί. Το είδος του εμβολίου δεν φαίνεται να αλλάζει τον κίνδυνο νόσησης ή επιπλοκών. Η νόσηση οδήγησε σε νοσηλεία με αυξημένη επίπτωση τόσο στην νοσηρότητα λόγω επιπλοκών όσο και στην επιβάρυνση του συστήματος υγείας.




**Γράφημα 1.** Στικτόγραμμα (scatter plot) της συσχέτισης μεταξύ διάρκειας νοσηλείας και διαστήματος από τον εμβολιασμό (Spearman correlation coefficient, $r_s$=0.40).

## 86. ΠΟΚΙΛΑ ΑΙΤΙΑ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (FUO) ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ BCG ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Μ. Ποταμίτη-Κόμη, Κ. Βαμβακάρης, Κ. Ζιούτου, Κ. Αβραμίδης, Γ. Λιάτσος, Δ. Βασιλόπουλος
*Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περιπτώσεων ασθενών που εμφάνισαν FUO μετά από ανοσοθεραπεία με ενδοκυστικές εγχύσεις BCG (iBCG) για καρκίνο ουροδόχου κύστης.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενείς με καρκίνο ουροδόχου κύστης (ICD10: C67) που νοσηλεύθηκαν σε Παθολογική Κλινική την τελευταία 5ετία
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 77 νοσηλευθέντων ασθενών με καρκίνο ουροδόχου κύστης, 19 είχαν υποβληθεί σε iBCG (10 ημέρες έως χρόνια); 9 νοσηλεύθηκαν για λοιμώξεις (56%), 3 για αναιμία, 4 για άλλες αιτίες και 3 για FUO (16%). Οι τελευταίοι είχαν λάβει κοινά αντιβιοτικά για 6-10 ημέρες πριν και κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους; 2 ήταν άνδρες (62 και 73 ετών αντίστοιχα) και 1 γυναίκα (80 ετών). Ο πυρετός ήταν καθημερινός με 2-3 κύματα έως 40°C με πρωινές πυρετικές αιχμές που συνοδευόταν από νυχτερινές εφιδρώσεις (2 ασθενείς) ή 1 κύμα ημερησίως (38.5-39°C, 1 ασθενής). Το μοναδικό αντικειμενικό εύρημα ήταν περιφερική λεμφαδενοπάθεια (βουβωνική ή υπερκλείδιος). Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλούς δείκτες φλεγμονής (WBCs, PLTs, CRP, TKE, φεριττίνη, ινωδογόνο) με αρνητικές καλλιέργειες (αίμα, ούρα), ενώ στον απεικονιστικό έλεγχο (CTs, PET) σε 2 ασθενείς αναδείχθηκε σπλαχνική λεμφαδενοπάθεια. Ο έλεγχος βιολογικών υγρών και ιστών για μυκοβακτηρίδια (χρώσεις Ziehl-Neelsen, καλλιέργειες Lowenstein-Jensen, PCR) ήταν αρνητικός. Η διάρκεια του πυρετού ήταν από 35-42 ημέρες μέχρι την τελική διάγνωση που τέθηκε με ιστικές βιοψίες (λεμφαδένων, μυελού των οστών, ήπατος). Οι τελικές διαγνώσεις ήταν BCGitis (κοκκιώματα ήπατος και μυελού των οστών), λέμφωμα Hodgkin και γενικευμένο Ca ουροδόχου και οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις ανάλογες θεραπείες (συνδυασμένο σχήμα αντιβιοτικών, χημειοθεραπείες).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου ουροδόχου κύστης και iBCG που παρουσιάζονται με FUO απαιτείται μια στοχευμένη, διεπιστημονική προσέγγιση με συνδυασμό εξετάσεων για την τελική διάγνωση.

# 87. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΣΗΠΤΩΝ ΣΠΛΗΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ (ASEPTIC ABSCESS SYNDROME). ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΥΓΙΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Μ. Φραγκονικολάκη[1], Ε. Νουσιοπούλου[1], Ν. Αγγελάκης[1], Θ. Κατσίκας[1], Μ. Ταμπάκη[1], Δ. Μπούκλας[2], Γ. Κακιόπουλος[2], Α. Αργυράκη[1]

*[1]Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Παθολογοανατομικό εργαστήριο, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Σύνδρομο άσηπτων σπληνικών αποστημάτων είναι σπάνια φλεγμονώδης κατάσταση πού χαρακτηρίζεται από ενδοκοιλιακά αποστήματα. Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με πυρετό, κοιλιακό άλγος, αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η απομόνωση μικροβιακού παράγοντα είναι αρνητική και οι ασθενείς βελτιώνονται με κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά, ενώ ο φόβος συνυπάρχουσας μη διαγνωσμένης νόσου αποτελούν σημαντικά ερωτήματα για τη διαχείριση του συνδρόμου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι η παρουσίαση σπάνιου και απαιτητικού στη διαχείριση συνδρόμου άσηπτων σπληνικών αποστημάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Γυναίκα 41 ετών προσήλθε λόγω πυρετού έως 39,5°C από δεκαημέρου. Πρόκειται για ασθενή με πολλαπλές νοσηλείες για υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος, εμπύρετο και νεκρωτική λεμφαδενοπάθεια μεσεντερίου από τριετίας. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε κοιλιακούς λεμφαδένες με τήξη. Εστάλη εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ευρήματα. Στη διαφοροδιάγνωση συμπεριλαμβάνονταν η κοιλιοκάκη, η νόσος Crohn, η Castleman disease, η φυματιώδης λεμφαδενίτιδα, η Kikuchi-Fujimoto, τα αιματολογικά νοσήματα. Διενεργήθηκαν οστεομυελική βιοψία, PET-CT, ενδοσκοπήσεις χωρίς τυπικά ευρήματα. Σε επαναληπτική CT, λόγω επεισοδίου ειλεού λεπτού εντέρου, απεικονίστηκαν νέες υπόπυκνες εστίες στο ήπαρ και το σπλήνα, που επιβεβαιώθηκαν με MRI. Ελήφθησαν βιοψίες από λεμφαδένες της πύλης του ήπατος. Το δείγμα ήταν μη διαγνωστικό παθολογανατομικά, ενώ μικροβιολογικά απομονώθηκε *Candida dubliniensis* και έγινε έναρξη φλουκοναζόλης, ως επί σπλαχνικής καντιντίασης. Επανεξετάσθηκε λεμφαδένας από παλιά νοσηλεία και δεν τεκμηριώθηκε κακοήθης εξεργασία, ενώ περιγράφεται αγγειιτιδικού τύπου εκδηλώση. Σε απεικονιστικό επανέλεγχο οι υπόπυκνες εστίες στον σπλήνα είχαν αυξηθεί, με αποστηματοποίηση. Πραγματοποιήθηκε σπληνεκτομή που συνηγορεί υπέρ του συνδρόμου άσηπτων σπληνικών αποστημάτων. Έγινε έναρξη κορτιζονοθεραπείας και ανοσοτροποποιητικών, με βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η περίπτωση καταδεικνύει τη σπανιότητα του συνδρόμου και τη δυσκολία διάγνωσης. Απαιτεί ενδελεχή και πολυδιάστατη διαγνωστική προσέγγιση.

## 88. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CASTELMAN (IMCD)-TAFRO ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Α. Παρμαξίδης[1], Β. Χριστοπούλου[1], Χ. Δημητρέλης[1], Ι. Μαρκάκη[1], Π. Φούκας[2], Σ. Παπαγεωργίου[1]
*[1]Β΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», [2]Β΄Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με ιδιοπαθή νόσο Castelman (iMCD) καιTAFRO (θρομβοπενία, οίδημα ανασάρκα, πυρετός ή CRP>2mg/dl, μυελοΐνωση ή νεφρική ανεπάρκειακαι οργανομεγαλία) σύνδρομο καθώς και μυοκαρδιοπάθειας.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 44 ετών, άνδρας, ανέφερε πυρετικά κύματα νυχτερινέςεφιδρώσεις και απώλεια βάρους 18 kg από 4μήνου. Προσκομίσε PET/CT που διενεργήθηκε σταπλαίσια διερεύνησης πνευμονικών οζιδίων και λεμφαδενοπάθειας, το οποίο ανέδειξε εικόνα διάχυτηςλεμφαδενοπάθειας, σημαντικές πλευριτικές συλλογές, περικαρδιακή συλλογή, ασκητική συλλογή,σπληνομεγαλία. Ατομικό αναμνηστικό: Ελεύθερο. Φαρμακευτική αγωγή: Ουδέν. Οκλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: ΑΠ: 180/110mmHg, σφύξεις: 120/min, θ: 36,6oC, Sat: 97%.Οασθενής παρουσίαζε ταχύπνοια, ορθόπνοια, κοιλιακή αναπνοή και αίσθημα δύσπνοιας.Αναπνευστικό Ψιθύρισμα μειωμένο στις βάσεις άμφω. Ακρόαση καρδιάς: S1-S2 ευκρινείς – ρυθμικοί.Εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: Hb: 12.5g/dL, Hct: 38.5%, WBC: 6610K/μL, PLT: 90.000, Urea 29.5,Creat 1.32, SGPT 19, γGT 10, ALP 104, CRP: 9.69mg/dl, Na 140, K 4.4, INR 1.28, BNP 10.604, d-dimers2.996. Γενική ούρων: Λίγα πυοσφαίρια, άφθονα ερυθρά. Καλλιέργεια ούρων: (-). ΗΚΓ: φλεβοκομβικόςρυθμός. CTPA: Αρνητική για πνευμονική εμβολή. Ο ασθενής ετέθη σε διουρητική αγωγή μεφουροσεμίδη iv και αντλία νιτρωδών. U/S Καρδιάς: Αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων μεδιάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων και σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία (ΚΕ: 35-40%). Μικροσκοπική εξέταση ιζήματος ούρων: 60% δύσμορφα ερυθρά. Λεύκωμα ούρων 24ώρου:1.033mg/24h. Η βιοψία νεφρού, ανέδειξε μεμβρανοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα. Η βιοψίαβουβωνικού λεμφαδένα, ανέδειξε εικόνα πλασματοκυτταρικής νόσου Castleman. Η οστεομυελικήβιοψία ανέδειξε αυξημένο αριθμό μεγακαρυοκυττάρων και αυξημένο δίκτυο διχτυωτών ινών βαθμούgrade 1 κατά WHO. Η MRI καρδίας ανέδειξε εικόνα μυοκαρδίτιδας με συνοδό ήπια ενίσχυση τουπερικαρδίου. Ο ασθενής σταδιακά απογαλακτίστηκε από το διάλυμα νιτρωδών και ετέθη σε αγωγή μεεπλερενόνη, λισινοπρίλη και μπισοπρολόλη. Ο ασθενής μας πληρούσε τα κριτήρια για iMCD-TAFROσύνδρομο. Και έλαβε αγωγή με tocilizumab με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων καιτην άνοδο του κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλιάς πάνω από 50%.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ:** Η νόσος CD περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1956, και το σύνδρομοTAFRO ως παραλλαγή της ιδιοπαθούς πολυκεντρικής νόσου Castleman (iMCD) περιγράφηκε το 2010από Takai et al. Το 2019, οι Masaki et al. πρότεινε επικαιροποιημένα διαγνωστικά κριτήρια για τοσύνδρομο TAFRO με βάση μια αναδρομική μελέτη σε περισσότερες από 200 περιπτώσεις. Επίσης το2021 ορίσθηκαν κριτήρια για τον διεθνή ορισμό της iMCD-TAFRO. Φαίνεται ότι το σύνδρομο TAFROείναι διαφορετικό από τη νόσο του Castleman επειδή τα κλινικά χαρακτηριστικά και η πρόγνωση τωνασθενών με σύνδρομο TAFRO διαφέρουν σημαντικά από εκείνα των ασθενών με iMCD χωρίςσύνδρομο TAFRO. Η iMCD-TAFRO είναι ένας επιθετικός υπότυπος της iMCD με σύνδρομο TAFRO καισυχνά υπεραγγειωμένους λεμφαδένες. Λόγω της φλεγμονώδους φύσης του, εμπλέκονται πολλάσύνθετα μονοπάτια μοριακής σηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένης της οδού JAK-STAT, NF-kB καιενισχυτών σήματος όπως η IL-6 και ο VEGF. Ο ασθενής παρουσίαζε θρομβοπενία, σημαντικέςπλευριτικές συλλογές, περικαρδιακή συλλογή, ασκητική συλλογή, πυρετό, CRP>2, μυελοΐνωση(βαθμού grade 1), μεμβρανοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα, σπληνομεγαλία, βιοψία λεμφαδέναμε εικόνα πλασματοκυτταρικής νόσου Castleman, με αποτέλεσμα να πληροί τα κριτήρια για iMCD-TAFRO σύνδρομο. Επιπλέον ο ασθενής παρουσίαζε μυοκαρδιοπάθεια αναφέρονται ελάχιστεςπεριπτώσεις στην βιβλιογραφία μυοκαρδιοπάθειας και iMCD-TAFRO που υποχωρούν κατόπιν λήψηςθεραπείας για την iMCD-TAFRO σύνδρομο.

## 89. «OMENTAL CAKE»: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΜΕ ΟΧΙ ΠΑΝΤΟΤΕ ΔΥΣΟΙΩΝΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ε. Κορρέ, Α. Ζάτα, Α. Βουρλιωτάκης, Χ. Ζήρου, Θ. Κατσίκας, Μ. Ταμπάκη, Α. Μπίλης, Α. Αργυράκη
*Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το "Omental Cake" αποτελεί απεικονιστικό εύρημα και αφορά σε διήθηση του επιπλοϊκού λίπους από ιστό πυκνότητας μαλακών μορίων, που προκαλεί πάχυνση του επιπλόου, ομοιάζουσα με κέικ στη CT. Ανευρίσκεται συχνότερα σε κακοήθεια ωοθηκών, στομάχου και παχέος εντέρου. Διαφοροδιαγνωστικά, το omental cake μπορεί να αφορά σε λέμφωμα, μεσοθηλίωμα ή ψευδομύξωμα περιτοναίου και σε φυματιώδη περιτονίτιδα. Η λήψη βιοψιών περιτοναίου βάζει τη διάγνωση, όταν δεν υπάρχει πρωτοπαθής εστία.
**ΥΛΙΚΟ:** Περιγραφή 2 σπάνιων περιπτώσεων με απεικονιστικά ευρήματα Omental Cake, που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:**

- Γυναίκα 59 ετών, με γενικευμένο NSCLC (μεταστάσεις ήπατος, επινεφριδίων, περιτοναίου) προσήλθε λόγω πρωτοεμφανισθείσας ασκιτικής συλλογής. Στη CT κοιλίας επιβεβαιώθηκε διήθηση του περιτοναίου με τυπική εικόνα omental cake. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα και μικροβιαιμία από *Enterococcus faecium* και *Proteus mirabilis*, χωρίς ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή αγωγή. Απεβίωσε τη 10η ημέρα νοσηλείας.
- Άνδρας 61 ετών, με ιστορικό αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (υπό golimumab), ΧΑΠ, ΣΝ, ΣΔ2 κι αναφερόμενης λήψης αντιφυματικής αγωγής προ 20ετίας (λόγω θετικής Mantoux), εισάγεται λόγω υπεζωκοτικής συλλογής (εξίδρωμα λεμφοκυτταρικού τύπου), απώλειας σωματικού βάρους από 6μηνου και πυρετού. Στη CT κοιλίας περιγράφηκε εικόνα omental cake. Στο PET-scan διαπιστώθηκε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, με πάχυνση περικαρδίου και θολερότητα του επιπλοϊκού λίπους με εικόνα omental cake. Η βιοψία περιτοναίου ανέδειξε παρουσία μη νεκρωτικών κοκκιωμάτων. Έγινε βρογχοσκόπηση, με θετική PCR για *Mycobacterium Tuberculosis* στο BAL, με ανθεκτικότητα στη ριφαμπικίνη. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιφυματική αγωγή με βεδακιλίνη, λινεζολίδη, μοξιφλοξασίνη κι αμικασίνη, ως επί ανθεκτικής φυματίωσης σε έδαφος ανοσοκαταστολής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Αν και συνήθως ανευρίσκεται σε γενικευμένη καρκινωμάτωση με δυσμενή πρόγνωση, σε κάποιες ακόμα πιο σπάνιες περιπτώσεις, το omental cake αφορά σε χρόνιες φλεγμονές, πχ ΤΒ περιτοναίου. Στο δεύτερο περιστατικό η ιστολογική του περιτοναίου ήταν καθοριστική για τη διάγνωση.
Συμπερασματικά, η αξιολόγηση του omental cake ως απεικονιστικό εύρημα μπορεί να διαδραματίσει καίριο ρόλο στη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση κι αντιμετώπιση των ασθενών.

## 90. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΤΕΤΑΝΟ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΣΗΨΗ ΑΠΟ PASTEURELLA MULTOCIDA

Β. Φωτεινού, Ι. Μιχαήλοβα, Γ. Καραγιαννίδης
*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού με τέτανο και σήψη από *Pasteurella multocida*
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 79 ετών μεταφέρεται στο ΤΕΠ. Από 4ημέρου αδυναμία, επεισόδια πτώσης, δυσκολία ομιλίας και λήψης τροφής-υγρών, διαταραχή επιπέδου συνείδησης. Ιστορικό: λευκοπενία από τετραετίας χωρίς διερεύνηση. Φροντίδα κατοικίδιων σε χωριό (γάτες)-συχνοί νυγμοί.
Αντικειμενική εξέταση: ΑΠ:70/50mmHg, σφ:132/min, SpO2:95%, Θ:36C, αναπνοές:26/min. Κυτταρίτιδα ακρών χειρών, εκχυμώσεις, εκδορές από νυγμούς-εκροή οροπυώδους υγρού (κυτταρίτιδα). Δικτυωτή πελίωση. Νωθρότητα. GCS:14(K6O5M3).
Σπασμός μασητήρων, δυσκολία διάνοιξης στόματος, υπερτονία άκρων, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά.
Εργαστηριακά: πανκυτταροπενία, MOF.
Αέρια αίματος: μεταβολική οξέωση-αυξημένα γαλακτικά, υποκαπνία, υποξυγοναιμία.
CT:Ηπατοσπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου-μεσεντερίου.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τέθηκε η διάγνωση τετάνου με ταυτόχρονη παρουσία σηπτικού shock. Χορηγήθηκαν υγρά-αγγειοσυσπαστικά, meropenem, metronidazole, teicoplanin + 750U αντιτετανικής ανοσοσφαιρίνης. Διασωληνώθηκε ρινοτραχειακά (έντονος σπασμός μασητήρων) - τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής. Καλλιέργειες αίματος: ***Pasteurella multocida.***
Η ασθενής απεβίωσε (βαριά πολυοργανική ανεπάρκεια) την επόμενη ημέρα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο τέτανο**ς οφείλεται στην (τετανοσπασμίνη) του κλωστηριδίου του τετάνου. Οι σπόροι βρίσκονται στο έδαφος, σκόνη, εντερικό σωλήνα ανθρώπων και ζώων. Είναι αποκλειστικά κλινική διάγνωση. Σπασμός μασητήρων, δυσκολία ομιλίας-κατάποσης, υπερτονία άκρων και διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό είναι συχνά συμπτώματα. Ιστορικό πρόσφατου τραυματισμού, μη εμβολιασμού και ανάλογη κλινική εικόνα θέτουν τη διάγνωση.
Οι γάτες εμπλέκονται στο 60-80% των ανθρώπινων μολύνσεων *από **P. multocida*** που απομονώνεται επίσης στο 50% των δηγμάτων σκύλου.
Η λοίμωξη τεκμηριώνεται από καλλιέργειες αίματος ή άλλων σωματικών δειγμάτων.
Άτομα με συννοσηρότητες-ανοσοκαταστολή εμφανίζουν βαριά κλινική εικόνα με συχνά δυσμενή έκβαση. Και οι δύο μικροοργανισμοί μπορεί να προσβάλλουν ανθρώπους μετά από τραυματισμούς (νυγμοί, δήγματα) από ζώα συντροφιάς. Απαιτούνται, άμεσα καθαρισμός-αντισηψία τραύματος και έναρξη εμπειρικής αγωγής με αντιβιοτικά που καλύπτουν *την Pasteurella multocida* (αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό, κινολόνη). Απαραίτητα χορήγηση αντιτετανικής ανοσοσφαιρίνης+εμβολίου σε μη ανοσοποιημένα άτομα.

## 91. ΟΞΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ:ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Α. Ρουμπάκη[1], Ε. Γελαδάρη[1], Π. Στόικος[1], Σ. Μπενάκης[2], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι ένα απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο που μπορεί να έχει εκδηλώσεις από το αναπνευστικό σύστημα, όπως πνευμονία, υπεζωκοτικές συλλογές και σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) και σπανιότερα μεσοθωρακίτιδα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με οξεία μεσοθωρακίτιδα σε έδαφος οξείας παγκρεατίτιδας.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 57 ετών, διεκομίσθη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω κοιλιακού άλγους και δύσπνοιας από ωρών. Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε πολλαπλά επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, από 3ετίας, σε έδαφος κατανάλωσης αιθυλικής αλκοόλης. Στο ΤΕΠ διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία (FiO2 21%, pO2=52), μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος βάσεων άμφω και έντονη ευαισθησία στην επιπολής ψηλάφηση του επιγαστρίου, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν υψηλά επίπεδα λιπάσης ορού και αμυλάσης ορού και ούρων. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές άμφω και ο υπέρηχος κοιλίας οιδηματώδες πάγκρεας και παρουσία παγκρεατικής ψευδοκύστης. Η ανάλυση του υγρού από τη διαγνωστική παρακέντηση των πλευριτικών συλλογών ήταν συμβατή με εξίδρωμα και η τιμή της αμυλάσης ήταν υψηλή (2815 IU/L), εύρημα που έθετε την υποψία ύπαρξης συριγγίου μεταξύ ψευδοκύστης και διαφράγματος. Η CT θώρακος και άνω κοιλίας ανέδειξε ασαφοποίηση και οίδημα κυτταρολιπώδους ιστού πέριξ του παγκρέατος που επεκτεινόταν στο οπίσθιο μεσοθωράκιο, κατά μήκος και πέριξ του οισοφάγου, ευρήματα συμβατά με οξεία μεσοθωρακίτιδα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενζυματική μεσοθωρακίτιδα είναι μια σπάνια και απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της οξείας παγκρεατίτιδας. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και χειρουργικής παροχέτευσης του προσβεβλημένου μεσοθωρακίου. Στην ασθενή μας, η άμεση και εντατική χορήγηση ενδοφλέβιας ενυδάτωσης και η ευρέως φάσματος αντιμικροβιακή αγωγή οδήγησαν σε μείωση του οιδήματος και της φλεγμονής με αποτέλεσμα την ίαση του συνδρόμου.

## 92. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΠΟΛΥΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΑΠΣ)

Φ. Παπανικολάου, Α. Μαντσίτσκυ, Α. Κυριακοπούλου, Σ. Κάβουρας, Β. Κορδίνας, Ε. Μιχελάκης, Ο. Αποστόλου, Η. Σκοπελίτης, Α. Γκουγκούτση

*Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάγκη ευαισθητοποίησης και η ανάδειξη του καθοριστικού ρόλου του παθολόγου ή γενικού ιατρού στην πολύπλευρη προσέγγιση ασθενών με υποψία ΑΠΣ με σκοπό την έγκαιρη διάγνωσή του αλλά και την διασύνδεση του ασθενούς με ενδοκρινολόγο.
**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσίαση περιστατικού
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Γυναίκα ετών 46, ρομά, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου αιτιώμενη άλγος αριστερού λαγονίου βόθρου και δυσουρικά ενοχλήματα από εβδομάδος, χωρίς λοιπά συστηματικά συμπτώματα. Εκ του ατομικού αναμνηστικού αναφέρει σακχαρώδη διαβήτη υπό ινσουλινοθεραπεία από ετών, μυασθένεια Gravis (υπό πυριδοστιγμίνη και πρεδνιζολόνη), θυμεκτομή, υποθυρεοειδισμό-αναφερόμενη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα- και θυρεοειδεκτομή (υπό θεραπεία υποκατάστασης), κάπνισμα 60 pack/year και υπογονιμότητα. Σημειώνεται η κακή συμμόρφωση της ασθενούς με την φαρμακευτική αγωγή κατ'οίκον. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λοίμωξη ουροποιητικού από E.Coli ευαίσθητο στην κεφτριαξόνη την οποία έλαβε, εμφανίζοντας κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Εκ του λοιπού ελέγχου, αναδείχθηκε πλημμελής ρύθμιση γλυκόζης (HbA1C 8,8%) και θυρεοειδικής λειτουργίας (TSH 20 μUI/ml), καθώς και εικόνα συμβατή με LADA (anti-GAD θετικά). Τα ανωτέρω σε συνδυασμό με το ιστορικό μυασθένειας, θυμώματος και αναφερόμενης αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας, έθεσαν άμεσα υποψία για ύπαρξη ΑΠΣ. Τα ΑΠΣ αφορούν σε αυτοάνοσης αρχής προσβολή πολλαπλών ενδοκρινών αδένων και κατηγοριοποιούνται σε 3 υπότυπους αναλόγως των εμπλεκόμενων οργάνων. Δύναται δε, να συσχετίζονται με πληθώρα συστηματικών εκδηλώσεων ακόμα και εκτός ενδοκρινικού συστήματος. Στα πλαίσια αυτού, εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος και συνεστήθη στην ασθενή διασύνδεση με ενδοκρινολόγο κατά την έξοδό της, οδηγία που ωστόσο δεν τήρησε.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσίαση του ανωτέρω περιστατικού αναδεικνύει τον πρωταρχικό ρόλο που οφείλει να διαδραματίζει ο παθολόγος στην έγκαιρη αναγνώριση ενδοκρινικών διαταραχών καθώς και την ανάγκη σφαιρικού ελέγχου ασθενών με πολλαπλές ενδοκρινοπάθειες, αποβλέποντας στην διάγνωση συνυπαρχουσών παθήσεων και την πρόληψη επιπλοκών.

## 93. ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΚΗΝ ΙΣΤΟΥ ΑΡΑΧΝΗΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ: ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σ. Μίχα, Γ. Νιώτης, Δ. Χαρίτος
*Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το Σύνδρομο δίκην ιστού αράχνης μασχαλιαίας κοιλότητας (Axillary Web Syndrome – AWS) συνιστά μια σπάνια κλινική οντότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία ψηλαφητών και ορατών χορδών κάτωθεν του δέρματος. Συνηθέστερη εντόπιση αποτελεί η μασχαλιαία κοιλότητα, ενώ η εμφάνισή του επιτείνεται κατά την απαγωγή του άνω άκρου. Περιγράφεται συχνότερα σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου μαστού που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση και λεμφαδενικό καθαρισμό. Παρότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν είναι σαφής, θεωρείται ότι αποτελεί απότοκο πλημμελούς λεμφικής ή φλεβικής απορροής και κατά τη βιβλιογραφία συνιστά μια παραλλαγή της νόσου Mondor.
**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ασθενή 64 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, ο οποίος επισκέφθηκε τον οικογενειακό του ιατρό, αιτιώμενος ανώδυνο ψηλαφητό εύρημα εντοπιζόμενο στη μασχαλιαία κοιλότητα από μηνός, υπό μορφή υποδόριων χορδών (Εικόνα 1), με περιορισμό στην κινητικότητα του άκρου. Αναφέρεται, επιπλέον, έντονη σωματική δραστηριότητα με άρση βάρους που προηγήθηκε της εμφάνισης του ευρήματος, χωρίς ιστορικό τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα, που δεν ανέδειξε ευρήματα συμβατά με θρόμβωση ή έτερη παθολογία, καθώς και σε αξονική τομογραφία θώρακος, που απέκλεισε την παρουσία νεοεξεργασίας ή άλλων παθολογικών ευρημάτων. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα αποδόθηκαν σε ιδιοπαθές AWS.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα κλινική περίπτωση, ιδιαιτερότητα συνιστά η παρουσία AWS χωρίς συσχέτιση με παθολογία του μαστού ή πρόσφατη χειρουργική παρέμβαση στην περιοχή. Η απεικονιστική προσέγγιση είτε υπερηχογραφικά είτε με μαγνητική τομογραφία δεν προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση του συνδρόμου. Δεδομένου ότι η διάγνωση είναι κυρίως κλινική, ο ακριβής υπολογισμός της επίπτωσής του συνδρόμου είναι δυσχερής, καθώς πολλά περιστατικά πιθανώς διαλάθουν της προσοχής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πρόκειται για μία αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση, συνήθως εντός 8-12 εβδομάδων, ενώ στην ταχύτερη θεραπεία συμβάλει η φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με λεμφική παροχέτευση.

**Εικόνα 1.**

## 94. ΔΕΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ

## 95. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ SODIUM NITRITE

Ι. Μιχαήλοβα, Ε. Ζιαμπάρα, Γ. Καραγιαννίδης, Γ. Γρυλλάκη, Α. Κολαΐτης, Β. Φωτεινού, Α. Σούλα, Φ. Μιχαλοπούλου, Α. Κωνσταντίνου, Ό. Σπυροπούλου, Φ. Κουσαθάνα, Ι. Μπληζιώτης, Χ. Σαμαράς
*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού φαρμακευτικής δηλητηριάσης με sodium nitrite.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 31 ετών με κατάθλιψη μεταφέρεται μέσω ΕΚΑΒ στο ΤΕΠ.
Βρέθηκε αναίσθητη στην κλίνη της από τους οικείους.
Στο ασθενοφόρο τέθηκε Ο2 (μάσκα μη επανεισπνοής - NRM).
Στο ΤΕΠ:
ΑΠ: 100/60mmHg, σφύξεις:95/min, SpO2:91%, θ:36C
Η ασθενής ήταν κυανωτική παρά το ότι δεν δικαιολογούνταν από την τιμή SpO2.
Εμφάνιζε νωθρότητα – υπνηλία.
Το δείγμα αρτηριακού αίματος ήταν έντονα σκούρα ''σοκολατόχρουν''.
Αέρια αίματος (NRM): pH:7,35, pCO2:25mmHg, pO2:389mmHg, Na+:139mmol/l, K+:3,6mmol/l, glu:132mg/dl,
Τιμή μεθαιμοσφαιρίνης (MetHb): 69% (15:00).
Χορηγήθηκε άμεσα 1mg/kgΣΒ κυανού του μεθυλενίου σε 10min και 2,5mg flumazenil με ταχεία ανταπόκριση και βελτίωση της ασθενούς (μη διαθέσιμο σκεύασμα vit C)
Χωρίς ιστορικό έλλειψης G6PD.
Στις 18:00, MetHb :25%. Έλαβε μια επιπλέον δόση κυανού του μεθυλενίου.
Αφότου ανένηψε, ανέφερε ότι έλαβε μεγάλη ποσότητα νιτρώδους νατρίου που προμηθεύτηκε στο διαδίκτυο. Επίσης είχε λάβει 20tb βρομαζεπάμης 1,5mg.
Ανέφερε επίσης λήψη 20 mg domperidone για αποτροπή εμετού.
Σχετικές πληροφορίες βρήκε σε διαδικτυακούς ιστοτόπους.
Στις 23:00 η τιμή MetHb: 0,9%.
Η ασθενής εξήλθε 2 ημέρες μετά, βελτιωμένη.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δηλητηρίαση με νιτρώδη είναι διεθνώς μια συχνή μέθοδος αυτοκτονίας καθώς θεωρείται σχετικά ανώδυνος τρόπος. Η ουσία είναι εύκολα διαθέσιμη αφού χρησιμοποείται ευρέως ως συντηρητικό στη βιομηχανία τροφίμων. Ο θάνατος από υπερδοσολογία επέρχεται εξαιτίας ιστικής υποξίας συνεπεία μεθαιμοσφαιριναιμίας και αδυναμίας απόδοσης Ο2 στους ιστούς.
MetHb>70% είναι θανατηφόρος (κφ<1%).
Μέτρηση μεθαιμοσφαιρίνης πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή με κεντρική κυάνωση που δεν ερμηνεύεται από την τιμή SpO2 ή με έντονα σκούρα χροιά αρτηριακού αίματος. Πρέπει να πραγματοποιείται σε αναλυτή αερίων αίματος που διαθέτει την δυνατότητα. Δεν πρέπει να παραλείπεται η μέτρηση της καρβοξυαιμοσφαιρίνης.

## 96. ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Α. Ρουμπάκη[1], Π. Στόικος[1], Ε. Γελαδάρη[1], Ε. Αντωνάκου[2], Χ. Βουρλάκου[3], Β. Σεβαστιανός[1]
*[1]Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [3]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το γαστρικό μανίκι (Sleeve gastrectomy) αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο της βαριατρικής χειρουργικής. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αφαιρείται περίπου το 85% του στομάχου. Παρά τα οφέλη της μεθόδου σε ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία, μπορεί να συσχετιστεί με επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία, ιδιαίτερα αυτές που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή αλκοολικής ηπατίτιδας σε ασθενή με ιστορικό βαριατρικού χειρουργείου.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας ασθενής, ηλικίας 49 ετών, προσέρχεται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω εμφάνισης κοιλιακής διάτασης και ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκότων, με συνοδό κοιλιακό άλγος από ημερών. Δε λαμβάνει φάρμακα ή βιταμίνες, ενώ από το ιστορικό αναφέρεται κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης έως και 40g ημερησίως. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνονται ασκίτης με ηπατομεγαλία, σαρκοπενία και σπλαγχνική παχυσαρκία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρείται μακροκυτταρική αναιμία, διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, υπερχολερυθριναιμία ενώ η ανάλυση του ασκιτικού υγρού είναι συμβατή με πυλαία υπέρταση. Από τον απεικονιστικό έλεγχο δεν παρατηρείται εστιακή βλάβη ήπατος και δεν αναδεικνύεται θρόμβωση στα αγγεία του σπληνοπυλαίου άξονα. Ο ασθενής εισάγεται για περαιτέρω διερεύνηση. Ο ορολογικός έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα είναι αρνητικός. Διενεργείται διασφαγιτιδική βιοψία ήπατος και τα ευρήματα συνηγορούν υπέρ αλκοολικής ηπατίτιδας με συνύπαρξη ηπατικής ίνωσης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το γαστρικό μανίκι, οδηγεί σε σημαντική απώλεια βάρους και μείωση των επιπλοκών της παχυσαρκίας. Ωστόσο δύναται να συμβάλλει στην εμφάνιση ηπατοτοξικότητας από το αλκοόλ, λόγω μείωσης των επιπέδων της αλκοολικής αφυδρογονάσης, ενζύμου απαραίτητου για το μεταβολισμό της αιθανόλης. Για το λόγο αυτό συνιστάται πλήρης αποχή από το αλκοόλ σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε sleeve gastrectomy.

## 97. MADELUNG'S DISEASE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΘΥΛΙΣΜΟΥ, ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΞΟΝΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Ε. Κουτρούμπα, Ε. Σκρουμπή, Α. Σαμουήλ, Π. Ντέρμα, Α. Μαγειροπούλου, Π. Κακουλλής, Β. Ψηλού
*Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Καλοήθης Συμμετρική Λιπωμάτωση ή Madelung's disease, περιφραφηκε πρώτη φορά ως νοσολογική οντότητα το 1846. Αποτελεί ένα είδος συνδρόμου διαταραχής εναπόθεσης λίπους και οφείλεται σε συμμετρική υποδόρια εναπόθεση ώριμου λιπώδους ιστού χωρίς κάψα. Αναγνωρίζονται διαφορετικοί φαινότυποι, ανάλογα με τον τροπισμό στην κατανομή του λίπους. Το αλκοόλ, η παχυσαρκία, οι μιτοχονδριακές διαταραχές, η διαταραχή λιπόλυσης ως απάντηση στην έκθεση σε κατεχολαμίνες συσχετίζονται βιβλιογραφικά με την παθογένεια της νόσου.
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής, αλβανικής καταγωγής, 72 ετών, με ιστορικό αιθυλισμού, υπερουριχαιμίας, απροσδιόριστης αρθρίτιδας-υπό αγωγή με κολχικίνη και κατ' επίκληση ενίοτε και υψηλών δόσεων κορτιζόνης αυτοβούλως. Νοσηλεύτηκε έπειτα από εκδήλωση ενός λιποθυμικού επεισοδίου, αιτιώμενος καταβολή και απώλεια σωματικού βάρους. Ο ασθενής συνοδά εμφάνιζε αναιμία και αρθραλγίες. Από την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώθηκε έκδηλη γυναικομαστία, fat pad, buffalo hump, pseudo-athletic appearance. Η κλινική εικόνα σε συνδυασμό με το ιστορικό έθεσαν την υψηλή υποψία για την διάγνωση Madelungs's disease. Ο ασθενής ήταν παλαιά αιθυλικός και εμφάνιζε εκ του ενδοκρινολογικού εργαστηριακού ελέγχου εικόνα επινεφριδιακής ανεπάρκειας στα πλαίσια μη σταδιακής διακοπής χρόνιας κορτιζονοθεραπείας. Κατά τη διαφορική διάγνωση διερευνήθηκε η πιθανότητα ύπαρξης υποκείμενης κακοήθειας, αμυλοείδωσης (ιστολογικός αποκλεισμός), αιματολογικής δυσκρασίας και ηπατικής νόσου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η έκδηλα παθολογική εικόνα κατανομής του σωματικού λίπους σε συνδυασμό με ένα συμβατό ιατρικό ιστορικό στοιχειοθέτησαν την κλινική εικόνα ενός ασθενούς με Madelung's disease. Η διάγνωση του συνδρόμου συχνά διαλάθει λόγω της σημαντικής κλινικής αλληλεπικαλυψής αυτού με άλλα σύνδρομα λιποδυστροφίας, την παχυσαρκία και διάφορες κλινικές εκδηλώσεις ηπατικής νόσου αλλά και ενδοκρινοπαθειών: διαταραχών υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Λόγω της ασαφούς αιτιοπαθογένειας δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία της νόσου, αλλά ακολουθείται συμπτωματική διαχείριση αυτής, αναλόγως των εκάστοτε κλινικών επιπλοκών (πλαστική/χειρουργική παρέμβαση).

## 98. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΓΧΟΝΔΡΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ N.OLLIER.

Ε. Γελαδάρη, Α. Σκούρου, Ν. Αγγελής, Α. Ρουμπάκη, Π. Στόικος, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα εγχονδρώματα είναι χόνδρινοι όγκοι. Αντιπροσωπεύουν περίπου το 3 τοις εκατό όλων των καλοηθών όγκων των οστών. Είναι ασυμπτωματικοί και αναπτύσσονται στις μεταφύσεις στην περιοχή γειτνίασης με τον αυξητικό χόνδρο. Η ύπαρξη πολλαπλών εγχονδρωμάτων ορίζεται ως νόσος του Ollier. Χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη προσβολή των μακρών οστών και των βραχέων σωληνωδών οστών στα άνω και κάτω άκρα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με πολλαπλά θρομβοεμβολικά επεισόδια, όπου στα πλαίσια διερεύνησης υποκείμενης παθολογίας ανευρέθησαν πολλαπλά εγχονδρώματα στα μακρά οστά, ως επί νόσου του Ollier.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 69 ετών, διακομίζεται στο ΤΕΠ λόγω άλγους και οιδήματος ΔΕ κάτω άκρου από 24ώρου. Πρόκειται για ασθενή με χρόνιο κλινοστατισμό και ΔΕ ημιπάρεση λόγω θρομβοεμβολικών επεισόδιων, αγνώστου αιτιολογίας. Από την κλινική εξέταση σημειώνεται ευαισθησία, ερυθρότητα και οίδημα του ΔΕ κάτω άκρου, ενώ στο triplex αγγείων διαπιστώνεται ηχογενές περιεχόμενο που καταλαμβάνει τον αυλό του εν τω βάθει φλεβικού δικτύου και επεκτείνεται έως και την έξω λαγόνια φλέβα. Στα πλαίσια διερεύνησης της θρόμβωσης διενεργείται ολόσωμη CT, όπου από τη μελέτη του οστέινου σκελετού, ιδίως στα οστά της πυέλου-λεκάνης/ισχίων, ωμικής ζώνης και τμήματος βραχιονίων και μηριαίων παρατηρείται διάχυτη διαταραχή της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής αυτών, ως επί εγχονδρωμάτων. Για να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο της κακοήθους εξαλλαγής σε χονδροσάρκωμα ζητήθηκε έλεγχος με PET-CT. Στα πλαίσια του λοιπού ελέγχου προέκυψε ομοζυγωτία για τη μετάλλαξη της προθρομβίνης G20210A, εύρημα στο οποίο αποδόθηκαν τα πολλαπλά θρομβοεμβολικά επεισόδια της ασθενούς.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα εγχονδρώματα εμφανίζονται κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής, ωστόσο δύναται να αναπτυχθούν σε οποιαδήποτε ηλικία. Δεν προκαλούν συμπτώματα, εκτός αν συνυπάρχει κάταγμα. Ανευρίσκονται τυχαία και πρέπει να παρακολουθούνται γιατί δύναται να εξαλλαχθούν σε χονδροσαρκώματα ή οστεοσαρκώματα.

## 99. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ

Μ. Καραγιάννη, Δ. Ψαρουδάκη, Ν. Βασιλάκη, Μ. Χαδιαράκος, Ε. Τζαγκαράκης, Ι. Κονταξάκης, Χ. Λυδάκης
*Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ελονοσία είναι μια λοιμώδης νόσος, απειλητική για τη δημόσια υγεία, που ενδημεί κυρίως στην υποσαχάρια Αφρική. Οφείλεται στο πλασμώδιο της ελονοσίας, ένα παράσιτο με διάφορα είδη, με το *Plasmodium falciparum* να προκαλεί τις πιο σοβαρές και δυνητικά θανατηφόρες λοιμώξεις. Μεταδίδεται κυρίως μέσω δήγματος μολυσμένου, θηλυκού, Ανωφελούς κουνουπιού. Παρόλο που η χώρα μας δε θεωρείται πλέον ενδημική περιοχή, την τελευταία δεκαετία διαγιγνώσκονται 20-120 περιστατικά/χρόνο.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 32 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας από Κέντρο Υγείας, όπου είχε διενεργηθεί γρήγορο αντιγονικό τεστ θετικό για *P. falciparum*. Ο ασθενής παρουσίαζε πυρετό με ρίγος από τριημέρου, κεφαλαλγία και βήχα, ενώ ανέφερε πρόσφατη παραμονή στην Τανζανία. Η συμπτωματολογία του ξεκίνησε 24 ώρες μετά την άφιξη του στην Ελλάδα. Σημειώνεται ότι δεν είχε λάβει ανθελονοσιακή χημειοπροφύλαξη. Στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, εμπύρετος, με άριστο επίπεδο επικοινωνίας, χωρίς αιμορραγικές εκδηλώσεις. Το αποτέλεσμα του αντιγονικού τέστ επιβεβαιώθηκε με διενέργεια λεπτής σταγόνας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θρομβοπενία 40.000 PLT/μl, ήπια παράταση του INR 1,24 και μετρίως αυξημένους δείκτες φλεγμονής, χωρίς κλινικοεργαστηριακές ενδείξεις επιπλεγμένης λοίμωξης. Τέλος, στάλθηκε μοριακός έλεγχος θετικός για *P. falciparum* και μικροσκόπηση, όπου αναδείχθηκε παρασιτισμός 1%.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ατοβακόνη/προγουανίλη, με σχετικά καλή ανοχή και άμεση εργαστηριακή βελτίωση, όχι όμως κλινική, αφού ο πυρετός παρέμενε παρά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η χορήγηση της αγωγής παρατάθηκε με τελική ύφεση του πυρετού την πέμπτη μέρα νοσηλείας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι εκδηλώσεις της ελονοσίας είναι μη ειδικές και η νόσηση μπορεί να είναι ήπια ή επιπλεγμένη. Υψηλή υποψία πρέπει να τίθεται σε ασθενείς με πρόσφατο ταξίδι σε ενδημική περιοχή (ιδιαίτερα αν δεν έχουν λάβει χημειοπροφύλαξη) προς έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

## *100.* ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΡΦΥΡΩΝ ΟΥΡΩΝ: ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΠΑΝΤΑ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Ε. Γελαδάρη, Ν. Αγγελής, Α. Σκούρου, Α. Ρουμπάκη, Δ. Εξαρχοπούλου, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο πορφυρών ούρων (ΣΠΟ) εμφανίζεται σπάνια και χαρακτηρίζεται από το πορφυρό χρώμα των ούρων στον ουροσυλλέκτη. Προδιαθεσικοί παράγοντες αποτελούν ο χρόνιος κλινοστατισμός και η ύπαρξη μόνιμου ουροκαθετήρα, ενώ συσχετίζεται με το γυναικείο φύλο και τη δυσκοιλιότητα. Το μωβ χρώμα οφείλεται σε προϊόντα του μεταβολισμού της τρυπτοφάνης που αλληλοεπιδρούν με ένζυμα βακτηρίων του ουροποιητικού.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης γυναίκας ασθενούς που ελάμβανε θεραπεία για προλακτίνωμα με καβεργολίνη και στην οποία παρατηρήθηκε ΣΠΟ τις μέρες λήψης του φαρμάκου.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 69 ετών, νοσηλεύεται σε Παθολογική Κλινική για αντιμετώπιση εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης ΔΕ κάτω άκρου. Πρόκειται για ασθενή με χρόνιο κλινοστατισμό λόγω ΑΕΕ καθώς και ιστορικό προλακτινώματος υπό φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένου του ιστορικού διενεργείται CT εγκεφάλου στην οποία διακρίνονται πολλαπλά έμφρακτα διαφορετικού χρόνου εγκατάστασης καθώς και μακροαδένωμα τουρκικού εφιππίου (2.1 x 1.9 εκ.). Η ασθενής δεν αναφέρει συμμόρφωση στην αγωγή της με καβεργολίνη και ζητείται εκ νέου ορμονολογικός έλεγχος. Τα επίπεδα της προλακτίνης είναι πολύ υψηλά (580ng/ml) και συστήνεται έναρξη θεραπείας με αγωνιστή ντοπαμίνης δις εβδομαδιαίως. Κατά τη νοσηλεία της ασθενούς παρατηρήθηκε ΣΠΟ στον ουροσυλλέκτη μόνο τις ημέρες που η ασθενής ελάμβανε τη καβεργολίνη. Εστάλη γενική και καλλιέργεια ούρων για το ενδεχόμενο τυχόν συνύπαρξης λοίμωξης ουροποιητικού. Τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά και το ΣΠΟ αποδόθηκε στη λήψη του φαρμάκου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι γνωστό πως τα προϊόντα μεταβολισμού της τρυπτοφάνης δίνουν το πορφυρό χρώμα στα ούρα όταν αντιδρούν με βακτήρια του ουροποιητικού συστήματος. Η ασθενής μας όμως δεν είχε στοιχεία λοίμωξης ουροποιητικού και το ΣΠΟ παρατηρήθηκε μόνο τις ημέρες που η ασθενής ελάμβανε τη καβεργολίνη. Ο μηχανισμός ανάπτυξης του ΣΠΟ στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση παραμένει άγνωστος.

## 101. ΣΟΒΑΡΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C: ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μ. Βούκαλη, Φ. Παναγόπουλος, Τ. Ζαχαριάδου-Μπαλάση, Γ. Μιχαλάκη-Ζαφείρη, Σ. Καργιώτη, Α. Αδάμου, Ν. Αδαμίδης, Π. Κουφόπουλος, Β. Δαλόπουλος, Ε. Τσαρούχα, Α. Ρηγάτου, Ν. Βαλλιάνου
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Μαρούσι, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ραβδομυόλυση είναι μια σοβαρή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μυϊκή διάσπαση και απελευθέρωση ενδοκυτταρικού περιεχομένου στην κυκλοφορία του αίματος. Η ηπατίτιδα Β και C έχουν αναφερθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες στην ιογενή μυοσίτιδα, αν και σπάνια παρουσιάζονται με σοβαρή ραβδομυόλυση. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση σοβαρής ραβδομυόλυσης σε ασθενή με ενεργό ηπατίτιδα Β και C, τονίζοντας τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 49 ετών διακομίσθηκε λόγω αδυναμίας ορθοστάτησης από ωρών. Το ιατρικό του ιστορικό περιλάμβανε χρόνια ηπατική νόσο λόγω ιογενούς ηπατίτιδας, αλλά δεν λάμβανε αντιική θεραπεία. Η φυσική εξέταση αποκάλυψε διάχυτη μυϊκή ευαισθησία, ιδιαίτερα στα κάτω άκρα,ενώ η νευρολογική εξέταση δεν ήταν αξιοσημείωτη. Αρνήθηκε πρόσφατο τραύμα και αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, όμως αναφέρει παρατεταμένη βάδιση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή ραβδομυόλυση με τιμή κρεατινοφωσφορικής κινάσης (CPK) 145.000mg/dl, με φυσιολογικούς τιμές νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτρολυτών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Κατόπιν νεφρολογικής εκτίμησης, ο ασθενής ενυδατώθηκε επιθετικά με ενδοφλέβια υγρά παράλληλα με τη χορήγηση φουροσεμίδης 20mg ανά 12ωρο. Συγχρόνως ξεκίνησε η ενδοφλέβια χορήγηση διττανθρακικών προκειμένου να αποφευχθεί η οξεία νεφρική βλάβη. Τις επόμενες τέσσερις ημέρες, τα επίπεδα CPK μειώθηκαν σταδιακά και η νεφρική λειτουργία περέμεινε φυσιολογική με επαρκή διούρηση. Ο ασθενής αξιολογήθηκε για αντιική θεραπεία και έλαβε συμβουλές για τη διαχείριση της ηπατικής νόσου. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, με σταδιακή ύφεση των συμπτωμάτων.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ραβδομυόλυση είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα. Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει την πιθανότητα σοβαρής ραβδομυόλυσης σε ασθενείς με ενεργό ηπατίτιδα Β και C, τονίζοντας την ανάγκη επαγρύπνησης σε άτομα που παρουσιάζουν ανεξήγητο μυϊκό πόνο και αδυναμία. Η έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη επιπλοκών όπως ο οξεία νεφρική βλάβη και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

## ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### *102.* ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ «ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ» ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Α. Καρονίδη, Χ. Νικολάου, Γ. Πορφυρίου, Δ. Ράμμος, Α. Βαλλας, Ι. Κουτσίνας
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ευμεγέθη ελλείμματα στη βρεγματικής, κροταφικής και ινιακή χώρα του τριχωτού της κεφαλής, καθώς και του προσώπου συχνά απαιτούν αποκατάσταση με ελεύθερους κρημνούς. Η μικροχειρουργική αποκατάσταση θα πρέπει να αποτελεί τη συνέχεια επαρκούς νευροχειρουργικής αντιμετώπισης, όπου αυτή απαιτείται.Σκοπός της εργασίας είναιη ανάδειξη παραμέτρων που σχετίζονται με την έκβαση και η παρουσίαση κλινικών περιστατικών.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το 2017-2023, έξι ασθενείς (64 έτη μ.ο. ηλικίας) με ευμεγέθη ελλείμματα βρεγματικής, κροταφικής και ινιακής χώρας και προσώπου, υποβλήθηκαν σε συνδυασμένη αντιμετώπιση με τους νευροχειρουργούς. Οι επεμβάσεις περιελάμβαναν κρανιεκτομή ή εκτομή περικογχικής χώρας και μκροχειρουργική αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό ALT και Πλατύ Ραχιαίου μυός (LD). Στους πέντε ασθενείς το αίτιο αφορούσε ογκολογική νόσο και σε έναν εκτεταμένο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και χρειάσθηκε επιπλέον και μεταθετός κρημνός του τριχωτού. Η επιλογή του κρημνού έγινε με βάση τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος και την εντόπιση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο πρώτος (77 ετών), ο πέμπτος ασθενής (78 ετών) και η έκτη ασθενής (65 ετών) είχαν ικανοποιητική έκβαση, ενώ ο τρίτος (57) ανέπτυξε εγκεφαλικές μεταστάσεις. Η τρίτη ασθενής (64) ανέπτυξε λοιμώξεις και κατέληξε μετά δύο μήνες περίπου παρά τη βιωσιμότητα του κρημνού. Ο τέταρτος ασθενής (56) εμφάνισε επιπλοκές και χρειάσθηκε η αφαίρεση του τεχνητού μοσχεύματος για την επούλωση του τραύματος, αλλά η κλινική του πορεία ήταν στάσιμη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποκατάσταση των ευμεγεθών ελλειμμάτων τριχωτού κεφαλής και προσώπου απαιτεί την επιλογή του κατάλληλου κρημνού για την επίτευξη ικανοποιητικού αποτελέσματος. Η επιτυχής έκβαση και η βιωσιμότητα των ασθενών προϋποθέτει επαρκή αντιμετώπιση της παθολογίας με νευροχειρουργική παρέμβαση όπου απαιτείται.

## 103. ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΤΟΠΙΚΟΥΣ ΚΡΗΜΝΟΥΣ

Α. Καρονίδης, Μ. Μανουσάκη, Γ. Πορφυρίου, Χ. Νικολάου, Α. Αγγελόπουλος, Α. Μητροπούλου
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι δερματικές βλάβες του προσώπου αφορούν συνήθως επιθηλιώματα (βασικοκυτταρικά ή ακανθοκυτταρικά καρκινώματα) και προκαρκινωματώδεις βλάβες. Η ριζική εκτομή τους απαιτεί εξαίρεση σε υγιή όρια, εγκαταλείποντας μερικές φορές έλλειμμα, για την αποκατάσταση των οποίων προτιμάται πλαστική με τοπικό κρημνό που επιτυγχάνει καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τους συχνότερους τοπικούς κρημνούς για κάθε αισθητική και ανατομική ζώνη.
**ΥΛΙΚΟ:** Από 2010–2023, περισσότεροι από 900 ασθενείς με δερματικές βλάβες προσώπου υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή και αποκατάσταση με τοπικούς κρημνούς. Οι βλάβες αυτές αφορούσαν βασικοκυτταρικά καρκινώματα (στην πλειονότητά τους), πλακώδη-ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, νόσο Bowen και ακτινικές υπερκερατώσεις. Οι τοπικοί κρημνοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

- Για τη μετωπιαία χώρα και την παρειά οι κρημνοί Limberg, Defourmentel (LLL), ο κρημνός σε σχήμα Η και μεταθετοί κρημνοί
- Για τη ρίνα
  - Έσω κανθός – άνω τριτημόριο: ο κρημνός από το μεσόφρυο (Glabella flap),
  - Μέσο τριτημόριο: οι κρημνοί Limberg, Defourmentel (LLL) (αριθμός), ο κρημνός Banner
  - Κάτω τριτημόριο – ακρορρίνιο: ρινοχειλικός με άνω μίσχο, ρινοχειλικός με κάτω μίσχο, μετωπιαίος, δίλοβος, κρημνός Banner, κρημνός Rieger

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν με επέμβαση ενός σταδίου παρουσίασαν επούλωση σε ένα στάδιο με ημερήσια νοσηλεία, ενώ στις περιπτώσεις που πραγματοποιήθηκε μετωπιαίος κρημνός νοσηλεύθηκαν για μία ημέρα στο 1ο στάδιο και με ημερήσια νοσηλεία στο δεύτερο. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν ικανοποιητικά αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι τοπικοί κρημνοί αποτελούν αξιόπιστη και συχνότερα τη μέθοδο εκλογής για την αποκατάσταση ελλειμμάτων προσώπου μετά από αφαίρεση δερματικών βλαβών. Έχουν τα πλεονεκτήματα της γρήγορης και ασφαλούς παρασκευής, προσφέροντας αποκατάσταση σε ένα ή δύο στάδια, με ανώτερα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

## 104. ΚΡΗΜΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ

Χ. Νικολάου, Α. Καρονίδης, Γ. Πορφυρίου, Δ. Ράμμος, Α. Μητροπούλου, Ι. Κουτσίνας
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής & Μονάδα Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση κλινικών περιστατικών πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης τραυματικών ελλειμμάτων αντίχειρα, μεσοδακτύλιου διαστήματος και δακτύλων με κρημνούς.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενείς με τραυματικά ελλείμματα άκρας χείρας αποκαταστάθηκαν με βουβωνικό κρημνό, τοπικό κρημνούς και νευρούμενους νησιδωτούς κρημνούς Foucher και Moberg. Τα ελλείμματα της δότριας χώρας καλύφθηκαν με δερματικό μόσχευμα όπου ήταν απαραίτητο.
Παρουσίαση περιστατικών: Δύο ασθενείς άρρενες, δεξιόχειρες, ο ένας με τραύμα παλαμιαίας επιφάνειας δεξιού αντίχειρα και έτερος με βαρύτατα ηλεκτρικά εγκαύματα ολικού πάχους, που παρουσίασε μεταξύ άλλων μετεγκαυματική ρικνωτική ουλή 1ου μεσοδακτύλιου διαστήματος δεξιάς άκρας χειρός και αποκαταστάθηκαν με κρημνό Foucher. Άλλος ασθενής άρρεν, δεξιόχειρας, προσήλθε με ακρωτηριασμό τελικής φάλαγγας δεξιού αντίχειρα που αποκαταστάθηκε με κρημνό Moberg. Ασθενής άρρεν με έλλειμμα ακροδακτύλου που αποκαταστάθηκε με κρημνό τύπου V-Y. Ασθενής με έγκαυμα ολικού πάχους 2ης φάλαγγος αριστερού μέσου δακτύλου που αποκαταστάθηκε με μεταθετό κρημνό Hueston. Ασθενής θήλυ με έγκαυμα αριστερής άκρας χείρας και αντίχειρα. Το έλλειμμα αποκαταστάθηκε με βουβωνικό κρημνό.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν ομαλή με επούλωση των ελλειμμάτων και ικανοποιητική ποιότητα αποκατάστασης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι στόχοι της αποκατάστασης ελλειμμάτων άκρας χείρας απαιτεί ποιοτική επανόρθωση που επιτρέπει τη μεγαλύτερη δυνατή κινητικότητα με τη συντομότερη ακινητοποίηση, διατήρηση της αισθητικότητας και την αποφυγή βράχυνσης. Ο κρημνός Foucher αποτελεί ιδανική επιλογή για την αποκατάσταση ελλειμμάτων αντίχειρα και μεσοδακτύλιου διαστήματος, ενώ ο κρημνός Moberg συνοδεύεται από μικρό βαθμό βράχυνσης του αντίχειρα. Οι τοπικοί κρημνοί Hueston και V-Y αποτελούν επίσης αξιόπιστες επιλογές. Ο βουβωνικός κρημνός προσφέρει ικανοποιητική κάλυψη παρά τα μειονεκτήματα της επέμβασης δύο σταδίων και της όλης διαδικασίας.

## 105. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ, ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΡΗΜΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Α. Καρονίδης, Γ. Πορφυρίου, Χ. Νικολάου, Μ. Μανουσάκη, Α. Σιδέρη, Α. Αγγελόπουλος

*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής & Μονάδα Εγκαυμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα μετατραυματικά ελλείμματα μαλακών μορίων άνω άκρου λόγω μεσαίας ή μεγάλης βαρύτητας κακώσεων, καθώς και τα εγκαύματα τα οποία είναι συνήθως είναι ποικίλης μορφής και σχήματος, επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του άνω άκρου. Η μέθοδος αποκατάστασης είναι σύνθετη και θα πρέπει να επιτυγχάνει τη λειτουργική επάρκεια της άκρας χείρας και του άνω άκρου με τη μικρότερη δυνατή θνησιμότητα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με ελλείμματα μαλακών μορίων ή μεικτών κακώσεων σε συνδυασμό με οστικές κακώσεις και υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση με μια ή συνδυασμό επιλογών της επανορθωτικής σκάλας. Τα ελλείμματα αποκαταστάθηκαν με τεχνητό χόριο και δερματικά μοσχεύματα, δερμοπεριτονϊακό κρημνό, μισχωτό κρημνό και μικροχειρουργική αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό. Οι ελεύθεροι κρημνοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο μυοδερματικός κρημνός του πλατύ ραχιαίου και ο Προσθιοπλάγιος κρημνός του Μηρού (ALT).

Η επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης σχετίζονταν με το αίτιο του ελλείμματος, την έκταση, το βάθος, την εντόπιση και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κάλυψη των ελλειμμάτων ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς. Η λειτουργική αποκατάσταση ήταν ποιοτική με ικανοποιητικό βαθμό κινητικότητας, αλλά και διάφορο βαθμό αποκατάστασης της αισθητικότητας. Η αποκατάσταση των εγκαυμάτων λόγω της φύσης του τραύματος ποικίλλει ποιοτικά λόγω της αλλοίωσης ή και καταστροφής των ιστών σε διάφορο βαθμό, έκταση και βάθος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αποκατάσταση ελλειμμάτων μαλακών μορίων του άνω άκρου αποτελεί μια απαιτητική και σύνθετη διαδικασία με επεμβάσεις διάφορης βαρύτητας. Η έκβαση εξαρτάται πρωτίστως από την βαρύτητα του τραύματος που σχετίζεται και με την εντόπιση και την επιλογή της επανορθωτικής μεθόδου αποκατάστασης.

## 106. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΕΣ

Α. Καρονίδης, Γ. Πορφυρίου, Α. Αγγελόπουλος, Χ. Νικολάου, Α. Σιδέρη, Κ. Λαζάρου
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι να αναδείξει τη σημασία της εντερικής διατροφής ως πρώτη επιλογή σίτισης για τους εγκαυματίες που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εγκαυμάτων.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι εγκαυματίες στη Μονάδα Εγκαυμάτων λαμβάνουν την προβλεπόμενη αναζωογόνηση και μεταξύ άλλων σίτιση συνήθως μέσω της εντερικής οδού μέσα στις πρώτες ώρες και σίγουρα μέχρι τη δεύτερη περίοδο του πρώτου 24ώρου από την ώρα του εγκαύματος. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων εφαρμόζεται ρινογαστρικός καθετήρας, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις τοποθετείται ρινοδωδεκαδακτυλικός ή ρινονηστιδικός καθετήρας. Χορηγούνταιανοσοτροποποιημένες δίαιτες πολυμερών πλούσιες σε πρωτεΐνες ως πηγή αζώτου. Κατά την έναρξη χορηγούνται περίπου 500 ml τύπου standard το 24ωρο το οποίο περιέχει άζωτο 6 γραμμ./λίτρο και ενέργεια 1 kcal/ml. Τις επόμενες ημέρες χορηγούνται 1000 – 1500 ml το 24ωρο τύπου energy το οποίο περιέχει άζωτο 8-10 γραμμ./λίτρο και ενέργεια 1,5 kcal/ml. Η τοπική και γενική κατάσταση του ασθενούς, η μέτρηση λευκωμάτων και αλβουμινών καταγράφονται.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρώιμη έναρξη της εντερικής διατροφής στους εγκαυματίες βελτίωσε την τοπική κατάσταση των εγκαυμάτων και τη γενική κατάσταση των εγκαυματιών, καθώς μείωσε την απώλεια βάρους, τις σηπτικές και περι-εγχειρητικές επιπλοκές, βελτίωσε τη μυϊκή δύναμη, διατήρησε την εντερική λειτουργία και ακεραιότητα, ενίσχυσε τα επίπεδα πρωτεϊνών και την ανοσολογική λειτουργία και την επούλωση εγκαυμάτων μερικού πάχους. Χειρουργικά βοήθησε στην πρόσληψη των δερματικών μοσχευμάτων που τοποθετήθηκαν μετά το χειρουργικό καθαρισμό στα εγκαύματα ολικού πάχους.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η πρώιμη έναρξη της εντερικής διατροφής θα πρέπει να εντάσσεται στο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης των εγκαυματιών, καθώς βελτιώνει τη γενική κατάσταση και πρόγνωση των ασθενών και αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας της χειρουργικής αντιμετώπισης.

## 107. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ

Ε. Σαββίδου, Δ. Καββαδάς, Π. Παρασκευόπουλος, Ν. Ευαγγελίδης, Π. Ευαγγελίδης, Γ. Ζαχαριαδάκης, Σ. Κουκουλιάτας, Α. Τριανταφύλλου, Μ. Γαβανά, Ε. Σμυρνάκης

*Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι επαγγελματίες υγείας αν και είναι ομάδα υψηλού κινδύνου, έχουν συνήθως χαμηλή συμμόρφωση για τον αντιγριπικό εμβολιασμό. Η παρούσα μελέτη χρονικής στιγμής καταγράφει τις γνώσεις και πρόθεση αντιγριπικού εμβολιασμού φοιτητών/φοιτητριών ιατρικής ΑΠΘ διαφορετικών φάσεων εκπαίδευσης.
**ΥΛΙΚΟ:** Συλλέχθηκαν δεδομένα από 186 φοιτητές/φοιτήτριες, 3ου και 6ου έτους, μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, τον Νοέμβριο–Δεκέμβριο 2023, για το ιστορικό εμβολιασμών, παράγοντες που επηρεάζουν τον εμβολιασμό και την πρόθεση αντιγριπικού εμβολιασμού την περίοδο 2023-2024. Έγινε στατιστική ανάλυση στο πρόγραμμα SPSS.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ 3ου και 6ου έτους (p=0,022), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στους λόγους μη εμβολιασμού (p>0,05). Το 78,57% και το 68,10% των φοιτητών/φοιτητριών 3ου και 6ου έτους αντίστοιχα, δεν είχε εμβολιαστεί για τη γρίπη το προηγούμενο έτος. Ως κύριοι λόγοι αναφέρθηκαν η μη ένταξη σε ομάδα υψηλού κινδύνου (52,73% 3ου και 53,16% 6ου έτους) και η αμέλεια (27,27% 3ου και 41,77% 6ου έτους). Την τρέχουσα περίοδο, το 5,71% των φοιτητών/φοιτητριών 3ου έτους και 9,48% 6ου έτους είχε ήδη εμβολιαστεί, το 31,43% και 39,66%, αντίστοιχα, δήλωσε πρόθεση εμβολιασμού, ενώ το 41,43% και το 30,17%, αντίστοιχα, παρέμενε αναποφάσιστο. Το φύλο φάνηκε να μην επηρεάζει σημαντικά την αποδοχή του εμβολίου. Το 56,99% και το 50% όλων των φοιτητών/φοιτητριών θεωρούσαν το εμβόλιο ασφαλές και αποτελεσματικό, αντίστοιχα. Οι περισσότεροι φοιτητές/φοιτήτριες γνώριζαν τις ομάδες προτεραιοποίησης του εμβολιασμού. Ωστόσο, η αναγνώριση ομάδων όπως τα άτομα με νευρολογικά-νευρομυϊκά νοσήματα (39,78%) ή σύνδρομο Down (44,62%) ήταν χαμηλότερη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα κενά γνώσεων των φοιτητών υποδηλώνουν ότι στοχευμένες παρεμβάσεις προαγωγής του εμβολιασμού μπορούν να ενισχύσουν τη συμμόρφωση, τονίζοντας την ανάγκη για συνεχή ενημέρωση στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι επαγγελματίες υγείας αν και είναι ομάδα υψηλού κινδύνου, έχουν συνήθως χαμηλή συμμόρφωση για τον αντιγριπικό εμβολιασμό. Η παρούσα μελέτη χρονικής στιγμής καταγράφει τις γνώσεις και πρόθεση αντιγριπικού εμβολιασμού φοιτητών/φοιτητριών ιατρικής ΑΠΘ διαφορετικών φάσεων εκπαίδευσης.
**ΥΛΙΚΟ:** Συλλέχθηκαν δεδομένα από 186 φοιτητές/φοιτήτριες, 3ου και 6ου έτους, μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, τον Νοέμβριο–Δεκέμβριο 2023, για το ιστορικό εμβολιασμών, παράγοντες που επηρεάζουν τον εμβολιασμό και την πρόθεση αντιγριπικού εμβολιασμού την περίοδο 2023-2024. Έγινε στατιστική ανάλυση στο πρόγραμμα SPSS.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ 3ου και 6ου έτους (p=0,022), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στους λόγους μη εμβολιασμού (p>0,05). Το 78,57% και το 68,10% των φοιτητών/φοιτητριών 3ου και 6ου έτους αντίστοιχα, δεν είχε εμβολιαστεί για τη γρίπη το προηγούμενο έτος. Ως κύριοι λόγοι αναφέρθηκαν η μη ένταξη σε ομάδα υψηλού κινδύνου (52,73% 3ου και 53,16% 6ου έτους) και η αμέλεια (27,27% 3ου και 41,77% 6ου έτους). Την τρέχουσα περίοδο, το 5,71% των φοιτητών/φοιτητριών 3ου έτους και 9,48% 6ου έτους είχε ήδη εμβολιαστεί, το 31,43% και 39,66%, αντίστοιχα, δήλωσε πρόθεση εμβολιασμού, ενώ το 41,43% και το 30,17%, αντίστοιχα, παρέμενε αναποφάσιστο. Το φύλο φάνηκε να μην επηρεάζει σημαντικά την αποδοχή του εμβολίου. Το 56,99% και το 50% όλων των φοιτητών/φοιτητριών θεωρούσαν το εμβόλιο ασφαλές και αποτελεσματικό, αντίστοιχα. Οι περισσότεροι φοιτητές/φοιτήτριες γνώριζαν τις ομάδες προτεραιοποίησης του εμβολιασμού. Ωστόσο, η αναγνώριση ομάδων όπως τα άτομα με νευρολογικά-νευρομυϊκά νοσήματα (39,78%) ή σύνδρομο Down (44,62%) ήταν χαμηλότερη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα κενά γνώσεων των φοιτητών υποδηλώνουν ότι στοχευμένες παρεμβάσεις προαγωγής του εμβολιασμού μπορούν να ενισχύσουν τη συμμόρφωση, τονίζοντας την ανάγκη για συνεχή ενημέρωση στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης.

## ΥΠΕΡΤΑΣΗ

### 108. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ

Ι. Παπασωτηρίου, Σ. Σπηλιοπούλου, Δ. Δραγώνας, Κ. Ριζογιάννης, Ν. Τσούτσουρα, Β. Μικρός, Ε. Μανιός
*Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της σχέση της παχυσαρκίας με την νυχτερινή συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολική (ΔΑΠ) αρτηριακή πίεση, καθώς και την μεταβλητότητα τους.
**ΥΛΙΚΟ:** Δεδομένα από 6,767 ενήλικες με έγκυρες μετρήσεις 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης με τουλάχιστον 7 έγκυρες νυχτερινές μετρήσεις, και ανθρωπομετρικά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα ανάλυση.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογίστηκε από την εξίσωση βάρος (kg)/ύψος$^2$ (m$^2$). Ως νυχτερινή ΣΑΠ και ΔΑΠ καθορίστηκαν οι τιμές που καταγράφηκαν μεταξύ του διαστήματος 01:00 και 06:00, ενώ ως δείκτης μεταβλητότητας χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις. Η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών έγινε με μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν πως οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι συμμετέχοντες είχαν υψηλότερες τιμές νυχτερινής ΣΑΠ (b= 2.37, p < 0.001; b= 4.48, p < 0.001) και ΔΑΠ (b= 1.14, p < 0.001; b= 1.59, p < 0.001) σε σχέση με τους συμμετέχοντες φυσιολογικού βάρους. Αντίστοιχα, οι παχύσαρκοι (b= 0.25, p= 0.040), αλλά όχι οι υπέρβαροι (p> 0.05), είχαν υψηλότερες τιμές μεταβλητότητας της νυχτερινής ΣΑΠ, ενώ τόσο οι υπέρβαροι (b= 0.16, p= 0.044) όσο και οι παχύσαρκοι (b= 0.50, p < 0.001) είχαν υψηλότερες μέσες αναμενόμενες τιμές μεταβλητότητας της νυχτερινής ΔΑΠ.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως η παχυσαρκία σχετίζεται θετικά την νυχτερινή ΣΑΠ και ΔΑΠ, αλλά σχετίζεται επίσης ανεξάρτητα και με την μεταβλητότητα τους.

## 109. Ο ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ι. Παπασωτηρίου, Σ. Σπηλιοπούλου, Δ. Δραγώνας, Κ. Ριζογιάννης, Ν. Τσούτσουρα, Α. Λιώνης, Ε. Μανιός
*Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της παχυσαρκίας και της βλάβης των οργάνων-στόχων της υπέρτασης, καθώς και του διαμεσολαβητικού ρόλου της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).
**ΥΛΙΚΟ:** Δεδομένα από 2,555 ενήλικες (52.0% γυναίκες) που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Υπέρτασης του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» για αξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης, και είχαν έγκυρες τιμές 24ωρης καταγραφής της ΑΠ, ανθρωπομετρικών στοιχείων και αξιολογήσεων των βλαβών στα όργανα στόχους της υπέρτασης.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) χρησιμοποιήθηκε για να κατηγοριοποιήσει τους συμμετέχοντες ως φυσιολογικού βάρους (<25kg/m$^2$), υπέρβαρους (25-29.9kg/m$^2$) ή παχύσαρκους (≥30kg/m$^2$). Το πάχος του έσω μέσου χιτώνα (IMT) της κοινής (CCA) και της μέσης (ICA) καρωτιδικής αρτηρίας, η μάζα της αριστερής κοιλίας (LVM), ο δείκτης LVM (LVMI) και ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) εκτιμήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες βλαβών στα όργανα στόχους. Η σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και των βλαβών των οργάνων-στόχων έγινε με μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ενώ η ανάλυση διαμεσολάβησης έγινε με μοντέλα δομικών εξισώσεων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ΔΜΣ συσχετίστηκε σημαντικά με όλες τις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, με τα CCA-IMT, ICA-IMT, LVM και LVMI ($p<0,05$), αλλά όχι με το eGFR ($p<0,05$). Η ανάλυση διαμεσολάβησης έδειξε πως η 24ωρη συστολική ΑΠ διαμεσολάβησε μερικώς στη σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και των CCA -IMT, LVM και LVMI ($p<0,05$), ενώ διαμεσολάβησε πλήρως τη σχέση μεταξύ ΔΜΣ και του ICA-IMT ($p<0,05$).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με τους δείκτες καρδιαγγειακών βλαβών στα όργανα-στόχους της υπέρτασης, ενώ η συστολική ΑΠ αποτελεί διαμεσολαβητικό παράγοντα σε αυτές τις σχέσεις.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

# 110. ΝΑΝΟΦΥΣΑΛΙΔΕΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ: ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ IN VIVO ΜΕΛΕΤΗΣ

Α. Ντεντάκη[1], Δ. Ντεντάκης[1,2], Ε. Δελαβόγια[3], Π. Σερίδου[1], Ζ. Κόλλια[4], Ν. Σφακιανός[5], Π. Καταφυγιώτης[6], Δ. Βενιέρη[1], Ν. Αρκαδόπουλος[6,7], Ν. Καλογεράκης[1]

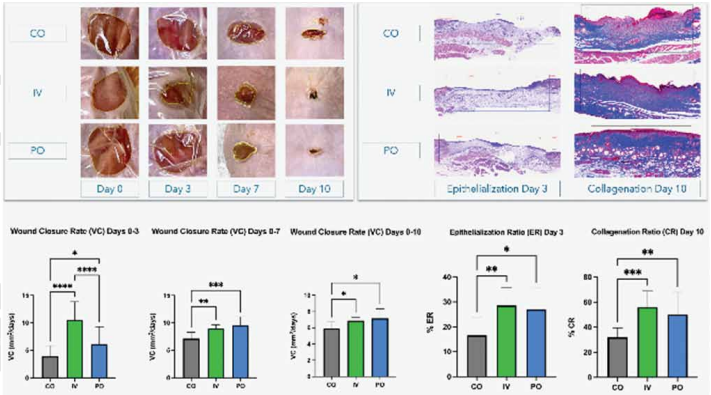
*[1]Σχολή Χημικών Μηχανικών και Μηχανικών Περιβάλλοντος, Πολυτεχνείο Κρήτης, Χανιά, Ελλάδα, [2]Retina Service, Department of Ophthalmology, Massachusetts Eye and Ear, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America, [3]Department of Pediatrics, Mass General for Children, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America, [4]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Ελλάδα, [5]Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, Ελλάδα, [6]Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Ελλάδα, [7]ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά τα τεκμηριωμένα οφέλη των διαθέσιμων θεραπειών οξυγόνωσης στην επούλωση τραυμάτων, ένας σημαντικός περιορισμός είναι η ταχεία ελάττωση του χορηγούμενου σε αέρια μορφή οξυγόνου. Εναλλακτικά, αναπτύσσονται καινοτόμες βιοτεχνολογίες που παρέχουν διαλυμένο οξυγόνο (DO). Ωστόσο, η διατήρηση υψηλών συγκεντρώσεων DO δίχως δυνητικά τοξικούς επιφανειοδραστικούς παράγοντες, εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση. Στα συγκεκριμένα πειράματα, παρασκευάσαμε ένα υδατικό διάλυμα διαλελυμένου οξυγόνου εμπλουτισμένο με νανοφυσαλίδες οξυγόνου (ONBW), και μελετήσαμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά του στην επούλωση in vivo.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το ONBW παρασκευάστηκε με την συσκευή MK2 nanobubbler TM αναμειγνύοντας καθαρό οξυγόνο με διάλυμα φυσιολογικού ορού. Τριάντα έξι ποντίκια SKH1 κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες, βάσει χορήγησης του ONBW: ενδοφλέβια (IV), από του στόματος (PO) και ομάδα ελέγχου (CO). Την ημέρα 0 πραγματοποιήθηκαν δύο δερματικά τραύματα (8mm) στη ράχη κάθε ποντικιού. Αξιολογήθηκαν προκαθορισμένοι δείκτες βιολογικής ασφάλειας. Ο ρυθμός σύγκλεισης των τραυμάτων (VC, mm2/days) μελετήθηκε από μακροσκοπικές φωτογραφίες τις ημέρες 0, 3, 7, 10. Επίσης, αναλύθηκαν τα κλάσματα επιθηλιοποίησης (αιματοξυλίνη/ηωσίνη, ημέρες 3, 10) και σύνθεσης κολλαγόνου (Masson's trichrome, ημέρα 10).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ONBW ήταν ασφαλές in vivo. Οι συγκεντρώσεις DO παρέμειναν σταθερά υψηλές για 14 ημέρες. Ο VC επιταχύνθηκε σημαντικά στην ομάδα IV έναντι των CO (ημέρες 0-3, p<0.0001 | 0-7, p=0.006 | 0-10, p=0.04), και στην ομάδα PO έναντι των CO (ημέρες 0-3, p=0.047 | 0-7, p=0.001 | 0-10, p=0.027). Η επιθηλιοποίηση ήταν σημαντικά υψηλότερη στα IV έναντι των CO (p=0.003), και στα PO έναντι των CO (p=0.028). Η σύνθεση κολλαγόνου ήταν σημαντικά αυξημένη στα IV έναντι των CO (p<0.001), και στα PO έναντι των CO (p=0.005).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ONBW περιείχε υψηλά επίπεδα DO με αξιοσημείωτη διάρκεια, αντανακλώντας τις μοναδικές φυσικές ιδιότητες της τεχνολογίας νανοφυσαλίδων. Συνδυαστικά με την απουσία χημικών επιφανειοδραστικών παραγόντων, τα ενθαρρυντικά ευρήματα ως προς την ασφάλεια και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης για βιοϊατρικές εφαρμογές



## 111. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΡΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Σ. Παρασύρης, Θ. Σιδηρόπουλος, Β. Ντέλλα, Ι. Μάργαρης, Π. Κοκορόπουλος, Σ. Χριστοδούλου, Π. Βασιλείου, Ν. Αρκαδόπουλος

*Δ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά την τεχνολογική πρόοδο των τελευταίων δεκαετιών και τη μείωση της νοσοκομειακής θνησιμότητας (<5%), η μερική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (PD) εξακολουθεί να έχει μείζονες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ακόμη και σε εξιδεικευμένα κέντρα. Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να αξιολογήσει την επίδραση μιας τροποποιημένης τεχνικής αποκατάστασης στη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.
**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικόν πραγματοποιήθηκε μια μελέτη κοόρτης όλων των ασθενών (n=218) που υποβλήθηκαν σε PD από τον Ιανουάριου του 2010 έως και το Δεκέμβριο του 2019. Μελετήθηκαν διάφορες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένων δημογραφικών δεδομένων, ατομικού αναμνηστικού, περιεγχειρητικών παραμέτρων, καρκινικών δεικτών και ιστολογικών στοιχείων, διάρκειας νοσηλείας, μετεγχειρητικών επιπλοκών, επιβίωσης 30 ημερών, μετεγχειρητικής θνησιμότητας και συνολικής επιβίωσης χρησιμοποιώντας τεχνικές πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης και ανάλυσης επιβίωσης. Σε αυτήν την κοόρτη, 123 ασθενείς [ομάδα τροποποιημένης PD (mPD)] υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ανακατασκευή μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή διατήρησης του πυλωρού, η οποία συνίστατο κατά Roux-en-Y σε γαστρονηστιδικη και παγκρεατικονηστιδική αναστόμωση στην ίδια έλικα και μεμονωμένη χολοπεπτική αναστόμωση σε άλλη έλικα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην τυπική ομάδα PD (StPD), 95 ασθενείς υποβλήθηκαν στην κλασσική αποκατάσταση. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 67 έτη, από 25 έως 89 έτη. Σε σύγκριση με την ομάδα StPD, η ομάδα mPD είχε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά παγκρεατικού συριγγίου βαθμού Β και C (4,9% έναντι 28,4%), καθυστερημένη γαστρική κένωση (7,3% έναντι 42,1%), μετεγχειρητική αιμορραγία (3,3% έναντι 20). %), εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας (8,1% έναντι 18,9%), συνολική νοσηρότητα (Clavien-Dindo βαθμού III-V: 14,7% έναντι 42,0%), περιεγχειρητική θνησιμότητα (4,1% έναντι 14,7%) και μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο (11 ημέρες έναντι 20 ημερών). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε διαφορά σχετικά με τη διάμεση επιβίωση (35 μήνες έναντι 30 μηνών). Σε αυτή την μελέτη, μια τροποποιημένη ανακατασκευή μετά από PD φαίνεται να σχετίζεται με βελτιωμένα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση σε μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες.

## 112. ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΑ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑΤΑ- ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑΤΑ

Κ. Πατέας, Χ. Αγγελή, Δ. Στρατηγάκος, Κ. Διβάρης, Ν. Κίκας, Β. Θεοχαρίδης, Χ. Πάχης, Δ. Καπνιάς, Β. Μουστακάκη, Μ. Πονηράκος, Γ. Ζωγράφος

*Α΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΣΤΟΧΟΣ:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από μια σειρά 177 ασθενών που χειρουργήθηκαν για φαιοχρωμοκύττωμα ή παραγαγγλίωμα και η εκτίμηση των ορίων της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση αυτών των όγκων που έχουν τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του κινδύνου εμφάνισης αιμοδυναμικής αστάθειας, της δυσκολίας καθορισμού της κακοήθειας και της μεγάλης αγγειοβρίθειας του όγκου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από τον Ιανουάριο του 1998 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2024 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 177 επεμβάσεις για φαιοχρωμοκύττωμα- παραγαγγλίωμα. Όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν συγκεκριμένο πρωτόκολλο ελέγχου και προετοιμασίας για την επέμβαση. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από το αρχείο της συνολικής μας σειράς που περιλαμβάνει συνολικά 1250 επινεφριδιεκτομές που πραγματοποιήθηκαν για καλοήθεις και κακοήθεις όγκους επινεφριδίων την ίδια χρονική περίοδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 177 φαιοχρωμοκυττώματα και παραγαγγλιώματα αφαιρέθηκαν από 174 ασθενείς. Επρόκειτο για 49 άνδρες και 55 γυναίκες. Ένας ασθενής με MEN IIA υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδιεκτομή σε δύο χρόνους ενώ δύο ασθενείς με MEN IIA υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή με διατήρηση επινεφριδιακού ιστού σε μια επέμβαση. Το μέγεθος του όγκου στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις κυμάνθηκε από 1.2 έως 11.0 εκατοστά (μέση τιμή 5.87εκ) Εκατον-οκτώ ασθενείς είχαν PASS score>4, και ένας κακοήθεια με μετάσταση. Οκτώ παρουσίασαν φαιοχρωμοκύτωμα στα πλαίσια κληρονομικού συνδρόμου. Υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή 133 ασθενείς, 8 εκ των οποίων με οπισθοπεριτοναϊκή προσέγγιση. Σε 27 ασθενείς το μέγεθος του όγκου ήταν μεγαλύτερο από 8 εκατοστά. Προσεγγίστηκαν με ανοιχτή επέμβαση εξ αρχής 24 ασθενείς με φαιοχρωμοκύτωμα. Εννέα από αυτούς χειρουργήθηκαν ανοιχτά λόγω υποτροπής, 2 ασθενεις νοσηλευόμενοι σε ΜΕΘ λόγω μυοκαρδιοπάθειας, δυο χειρουργημένοι αλλαχού που δεν κατέστη εφικτή η εκτομή του όγκου για τεχνικούς λόγους και σε έναν ασθενή λόγω παρουσίας μη εξαιρέσιμης κακοήθους νόσου. Σε 6 ασθενείς έγινε μετατροπή από λαπαροσκοπική σε ανοιχτή επέμβαση. Δέκα ασθενείς έλαβαν διεγχειρητικά νιτροπρωσσικό νάτριο για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Ένας ασθενής παρουσίασε πνευμονική εμβολή και κατέληξε έναν μήνα αργότερα. Δεν σημειώθηκε υποτροπή στους όγκους με PASS score

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική αποτελεί την προσέγγιση εκλογής για την πλειοψηφία των φαιοχρωμοκυτωμάτων - παραγαγγλιωμάτων. Η ανοικτή προσέγγιση εξακολουθεί να αποτελεί πρώτη επιλογή στους όγκους με ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος, με διήθηση γειτονικών ιστών, σε υποτροπές και στα παραγαγγλιώματα με πολλαπλές εντοπίσεις.

## 113. ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΚΤΟΜΕΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ

Θ. Σιδηρόπουλος, Ν. Γεωργόπουλος, Σ. Χριστοδούλου, Π. Κοκορόπουλος, Ν. Αρκαδόπουλος
*Δ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντιμετώπιση των σαρκωμάτων είναι χειρουργική και πολλές φορές μπορεί να απαιτείται πολυοργανική εκτομή για την επίτευξη R0 εκτομής. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διαπίστωση της εφικτής αντιμετώπισης τέτοιων ογκολογικών ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα.
**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν στη Δ' Χειρουργική Κλινική του ΠΓΝ Αττικόν τα τελευταία πέντε χρόνια για εκτομή ευμεγέθων σαρκωμάτων με συνοδό πολυοργανική εκτομή.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν πέντε περιστατικά. Η μέση νοσηλεία ήταν στις 15 ημέρες, ενώ η μετεγχειρητική θνητότητα ήταν 0%.
Η πολυοργανική εκτομή στα πλαίσια χειρουργικής αντιμετώπισης ευμεγέθων σαρκωμάτων είναι εφικτή και θα πρέπει να εφαρμόζεται σε μεγάλα ογκολογικά κέντρα μετά από προσεκτική επιλογή ασθενών

## ΨΗΦΙΑΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ (E-HEALTH)

### 114. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗ ΓΙΑ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΣΤΟ ΑΙΓΑΙΟ

Ι. Σταμέλος[1], Ε. Αγγελοπούλου[1], Ε. Στανίτσα[1], Δ. Κονταξοπούλου[1], Ε. Σμαραγδάκη[1], Κ. Βούρου[1], Ι. Παπατριανταφύλλου[1], Ε. Ρωμανοπούλου[2], Β. Ζηλίδου[2], Π. Μπαμίδης[2], Λ. Στεφανής[1], Σ. Παπαγεωργίου[1]

*[1]Α' Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, [2]Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο αυξανόμενος επιπολασμός νευροεκφυλιστικών νοσημάτων δεν συμβαδίζει με την παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης στις απομακρυσμένες περιοχές. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή των προκλήσεων που διαπιστώθηκαν και αντιμετωπίστηκαν κατά τη λειτουργία του «Ιατρείου Μνήμης, Άνοιας και νόσου Πάρκινσον μέσω του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής» στα νησιά του Αιγαίου (03/2021-12/2024)

**ΥΛΙΚΟ:** Χρησιμοποιώντας μία μικτή μεθοδολογική προσέγγιση, αναλύθηκαν ποσοτικές μετρήσεις (αριθμός τηλεϊατρικών επισκέψεων με την πάροδο του χρόνου, ερωτηματολόγια ικανοποίησης, ερωτηματολόγια σχετικά με τους διευκολυντές και τα εμπόδια χρήσης της τηλεϊατρικής) και ποιοτικά δεδομένα (ημιδομημένες συνεντεύξεις από ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας, καταγεγραμμένες παρατηρήσεις της κλινικής μας ομάδας) μέσω στατιστικής και θεματικής ανάλυσης, αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ 326 τηλεϊατρικών εξετάσεων, 15 συνεντεύξεων και 64 ερωτηματολογίων, οι συχνότερα αναφερόμενες προκλήσεις περιελάμβαναν: περιορισμένη ενημέρωση των κατοίκων, ανεπαρκή νομοθεσία, έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών, οργανωτικά ζητήματα, ανεπαρκή κίνητρα για τη συμμετοχή τοπικών ιατρών και τεχνολογικά εμπόδια. Τα μέτρα αντιμετώπισης περιελάμβαναν: επιτόπιες επισκέψεις για ενημέρωση των κατοίκων και συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις, ανάπτυξη εξειδικευμένου πρωτοκόλλου για την αξιολόγηση, διαχείριση ραντεβού επανεξέτασης από την κλινική μας ομάδα, οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και ενισχυμένη συνεργασία με την τεχνική ομάδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με την αντιμετώπιση νομοθετικών, οργανωτικών και τεχνολογικών προκλήσεων, η τηλεϊατρική μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα για πληθυσμούς με νευροεκφυλιστικές διαταραχές σε απομακρυσμένες περιοχές. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενσωμάτωση προηγμένων τεχνολογιών και στην ανάπτυξη νομοθετικών και οργανωτικών πλαισίων για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της επεκτασιμότητας.

## 115. ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΝΗΜΗΣ, ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 4 ΕΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟ ΑΙΓΑΙΟ

Ι. Σταμέλος, Ε. Αγγελοπούλου, Ε. Σμαραγδάκη, Κ. Βούρου, Δ. Κονταξοπούλου, Ε. Στανίτσα, Ι. Παπατριανταφύλλου, Σ. Παπαγεωργίου

*Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών με νοητικές και κινητικές διαταραχές έχουν δυσχερή πρόσβαση σε εξειδικευμένη περίθαλψη. Το Ιατρείο Μνήμης, Άνοιας και Νόσου Πάρκινσον μέσω του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής ιδρύθηκε τον Μάρτιο του 2021 για να καλύψει αυτό το κενό. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από 4 έτη λειτουργίας του.

**ΥΛΙΚΟ**: Ασθενείς προσήλθαν σε τοπικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας των νησιών του Αιγαίου, όπου εξετάστηκαν και διαχειρίστηκαν μέσω Τηλεϊατρικής από διεπιστημονική ομάδα (Νευρολόγοι, Νευροψυχολόγοι, Ψυχίατρος κατά περίπτωση) στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Τοπικοί επαγγελματίες υγείας συνέδραμαν για την καθοδήγηση των ασθενών, την συμπλήρωση δημογραφικών στοιχείων και την πλήρη νευρολογική εξέταση. Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Από 03/2021 εώς και 03/2025, διεξήχθησαν 388 εκτιμήσεις σε 189 ασθενείς (65.4% γυναίκες). 75.2% παραπέμφθηκε για νοητικές αιτιάσεις, 6.9% για κινητικές αιτιάσεις, 15.3% για μεικτές νοητικές και κινητικές, και 2.6% για άλλα αίτια. Η συχνότερη (21.2%) διάγνωση εργασίας ήταν η ήπια νοητική διαταραχή, ακολουθούμενη από την άνοια στη νόσο Alzheimer (19%) και την κατάθλιψη (14.3%). Τα συχνότερα νησιά παραπομπής ήταν η Ρόδος (32.3%), η Λέσβος (10.1%) και η Πάρος (4.2%). Η προσέλευση αυξήθηκε σταδιακά, με 47.6% των συνολικών εκτιμήσεων να έγιναν το τελευταίο έτος και 32.4% το τελευταίο εξάμηνο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η Τηλεϊατρική αποτελεί και πολύτιμη γέφυρα μεταξύ πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης περίθαλψης για τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών με νοητικές και κινητικές διαταραχές, παρέχοντας αξιολόγηση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και διασύνδεση με υπηρεσίες. Η προτυποποίηση μέσω πρωτοκόλλου αξιολόγησης αναμένεται να βελτιστοποιήσει τη διαδικασία και να εμπνεύσει νέα εγχειρήματα.

## 116. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ «TELECOGNITION»

Ε. Αγγελοπούλου[1], Ι. Σταμέλος[1], Ε. Σμαραγδάκη[1], Κ. Βούρου[1], Ε. Στανίτσα[1], Δ. Κονταξοπούλου[1], Χ. Κορός[1], Ι. Παπατριανταφύλλου[1], Β. Ζηλίδου[2], Ε. Ρωμανοπούλου[2], Ν. Παπαχρήστου[2], Π. Μπαμίδης[2], Λ. Στεφανής[1], Σ. Παπαγεωργίου[1]

*[1]Α' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, [2]Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς με νοητικές διαταραχές που μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές έχουν συχνά δύσκολη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Παρά τη μεγάλη αύξηση της χρήσης της τηλεϊατρικής, δεν υπάρχουν προς το παρόν επίσημες σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πρωτοκόλλου για την απομακρυσμένη νευρολογική, νευροψυχολογική και νευροψυχιατρική αξιολόγηση ασθενών με νοητικές διαταραχές.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μεθοδολογική μας προσέγγιση βασίστηκε στο συνδυασμό των παρακάτω: α) εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις υφιστάμενες συστάσεις, μελέτες αξιοπιστίας και μοντέλα τηλεϊατρικής για τις νοητικές διαταραχές, β) το σχεδιασμό και τη διενέργεια τριών ομάδων εστίασης (focus groups) μεταξύ επαγγελματιών υγείας (νευρολόγων, ψυχιάτρων, νευροψυχολόγων) με εμπειρία στην αξιολόγηση των ασθενών με νοητικές αιτιάσεις και στην τηλεϊατρική, καθώς και γ) την σχεδόν τετραετή μας εμπειρία από το «Ιατρείο Μνήμης, Άνοιας και νόσου Πάρκινσον μέσω του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής» στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Το τελικό πρωτόκολλο βασίστηκε στην κριτική σύνθεση των αποτελεσμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το τελικό πρωτόκολλο περιλαμβάνει α) οργανωτικά και τεχνικά ζητήματα/προϋποθέσεις (π.χ. οθόνη υψηλής ανάλυσης, κάμερα με δυνατότητα ζουμ, κατάλληλες διαστάσεις δωματίου για την αξιολόγηση της βάδισης, μικρόφωνο με τεχνολογία μείωσης ηχούς), β) λήψη ιατρικού ιστορικού από τον ασθενή και το συνοδό, καθώς και επιλεγμένες δοκιμασίες για τη νευρολογική, νευροψυχολογική και νευροψυχιατρική αξιολόγηση προσαρμοσμένες σε συνθήκες τηλεϊατρικής, γ) ηθικά και νομικά ζητήματα (λήψη συγκατάθεσης, ασφάλεια και προστασία προσωπικών δεδομένων), δ) επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενούς (διατήρηση βλεμματικής επαφής, ενσυναίσθηση), ε) διαγνωστική προσέγγιση, παραπομπή για εργαστηριακές και νευροαπεικονιστικές εξετάσεις, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες (π.χ. τηλε-ψυχοεκπαίδευση και υποστήριξη φροντιστών) και οδηγίες για την περαιτέρω παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το πρωτόκολλο αυτό αναμένεται να συμβάλει στην ανάπτυξη επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών για την απομακρυσμένη αξιολόγηση ασθενών με νοητικές διαταραχές, βελτιώνοντας την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα, περιορίζοντας τις μετακινήσεις, και προσφέροντας ένα αποτελεσματικό μοντέλο για τη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση.

## 117. BIO-STREAMS: ΜΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΠΟΛΥΕΠΙΠΕΔΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ BIO-ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ, MICRO-MOMENTS ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΚΙΝΗΤΑ

Π. Κάσσαρη[1,2], Σ. Γενιτσαρίδη[1], Ε. Ραμούζη[1], Ε. Γιαννοπούλου[1], Μ. Παπαδοπούλου[1], Χ. Νικήτας[3], Μ. Πράσινος[4], Θ. Μπρισίμη[5], Σ. Πιτόγλου[6], Ε. Γεώργα[7], Μ. Παναγιωτίδου[8], I. Mlakar[9], Έ. Πολίτη[10], Μ. Κοντογιάννη[11], Ε. Βελλίδου[12], Γ. Ματσόπουλος[12], Δ. Κουτσούρης[12], Ε. Χαρμανδάρη[1,2], BIO-STREAMS Consortium[13]

*[1]Κέντρο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα, [2]Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Αθήνα, Ελλάδα, [3]Α΄ ΩΡΛ Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [4]Telematic Medical Applications ΕΠΕ, Πειραιάς, Ελλάδα, [5]Netcompany-Intrasoft SA, Λουξεμβούργο, [6]Computer Solutions Cyprus LTD, Λευκωσία, Κύπρος, [7]Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας & Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων, Τμήμα Μηχανικών Επιστήμης Υλικών, Πολυτεχνική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, [8]AINIGMA Technologies, Leuven, Βέλγιο, [9]University of Maribor, Σλοβενία, [10]Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεματικής, Σχολής Ψηφιακής Τεχνολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα, [11]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα, [12]Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Συστημάτων Επικοινωνιών και Υπολογιστών (ΕΠΙΣΕΥ), Εργαστήριο Βιοιατρικής Τεχνολογίας, Αθήνα, Ελλάδα, [13]BIO-STREAMS Consortium*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο αυξημένος επιπολασμός της παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικός, με ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και αυξημένο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων. Το έργο BIO-STREAMS: Multi-Pillar Framework for children Anti-Obesity Behavior building on an EU biobank, Micro Moments and Mobile Recommendation Systems (https://www.bio-streams.eu/), στα πλαίσια του Προγράμματος "Horizon Europe" (Συμφωνία επιχορήγησης No 101080718), έχει κινητοποιήσει μεγάλη ομάδα εταίρων, με την ταυτόχρονη συνεργασία νοσοκομείων και σχολικών εγκαταστάσεων σε χώρες της Ε.Ε. για να σχεδιάσουν, να δημιουργήσουν και να αναπτύξουν μια ολιστική λύση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Η λύση αυτή βασίζεται: α) στην πρώτη βιοτράπεζα παιδικής/εφηβικής παχυσαρκίας της Ε.Ε. (Bio-Streams Biobank), για κοινή χρήση δεδομένων σχετικά με την παιδική και εφηβική παχυσαρκία, με στόχο την τυποποίηση της συλλογής δεδομένων και την επέκταση του δικτύου δεδομένων σε όλες τις χώρες, β) στην Πλατφόρμα Bio-Streams, που προσφέρει εξατομικευμένη αξιολόγηση κινδύνου παχυσαρκίας, προσαρμοσμένα προγράμματα πρόληψης, ψηφιακή αγορά (marketplace) εργαλείων έξυπνων συσκευών, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής ActiveHealth, καθώς και ενός κόμβου γνώσης, γ) στο Κοινωνικό δίκτυο Bio-Streams της Ε.Ε. για την παιδική/εφηβική παχυσαρκία, το οποίο διευκολύνει την επικοινωνία στους ενδιαφερόμενους, τη διάδοση των βέλτιστων πρακτικών και προσεγγίσεων ελέγχου βάρους, και καθιστά δυνατή την συμμετοχή της κοινότητας σε ενημερώσεις σχετικά με πιο υγιές περιβάλλον και αλλαγή του τρόπου ζωής, όπως και την πρόσβαση των πολιτών σε ειδικούς μέσω του Bio-Streams Εταιρικού Καταλόγου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα προηγμένα μοντέλα μηχανικής μάθησης και τεχνητής νοημοσύνης υποστηρίζουν το έργο, ενώ ταυτόχρονα υπόσχονται εξατομικευμένες συμβουλές. Επιπλέον, το Bio-Streams βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών, αποτελώντας πολύτιμο εργαλείο για τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την υιοθέτηση υγιεινότερων επιλογών/συμπεριφορών που αφορούν στον τρόπο ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μια ολοκληρωμένη πολυεπίπεδη προσέγγιση με τη χρήση ευφυών τεχνολογικών εφαρμογών, αναμένεται να συμβάλλει σημαντικά στην προώθηση υγιεινότερου τρόπου ζωής, και στην διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

# *118.* ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Η. Γεωργόπουλος[1], Μ. Χέρα[2], Κ. Κατσαρός[2], Α. Χατζόπουλος[1], Σ. Αγγελέσκου[1], Π. Χέρας[2]

*[1]Παθολογικός Τομέας, ΓΝ Ναυπλίου, [2]Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Μελέτη των διατροφικών συνηθειών μαθητών Δημοτικού Νοσοκομείου στην περιοχή ευθύνης Νοσοκομείου Ναυπλίου

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από γονείς και παιδιά δημοτικών σχολείων σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και τις καθημερινές δραστηριότητες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπληρώθηκαν 136 ερωτηματολόγια από τα δημοτικά σχολεία του δήμου μας: Τα 66 αφορούσα αγόρια και τα 76 κορίτσια.Ποσοστό 19,1% βρέθηκαν υπέρβαρα και το 7,355 παχύσαρκα. Ποσοστό 22% των παιδιών δεν ελάμβανε πρωινό. Το 6,6% δεν καταναλώνει φρούτα και το 58,5% καταναλώνει 2 αναψυκτικά την εβδομάδα. Δεν καταναλώνει ψάρια το 16,2%, μοσχάρι το 25,9%, χοιρινό το 30,8%, και το 40,4 % αυγό. Το 60,35 τρωέι φαγητό φαστ φουντ 2 φορές την εβδομάδα. Φαγητό μόνο από το κυλικείο καταναλώνει το 38,9%. Η πλειοψηφία των παιδιών (84,5%) ασκείται για 45 λεπτά 3-4 φορές/εβδομάδα. Με τα βιντεοπαιχνίδια ασχολείται 2-3 ώρες καθημερινα σε ποσοστό το 52,9%, και το 39,7% παρακολουθεί τηλεόραση 2-3 ώρες την ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα παιδιά από το Δημοτικό αρχίζουν ναυιοθετούν τις συνήθειες των ενηλίκων στην διατροφή τους. Έτσι το ποσοστό των υπέρβαρων και των παχύσαρκων προοδευτικά αυξάνει παρά το γεγονός ότι μεγαλώνουν στην ύπαιθρο. Τα βιντεοπαιχνίδια και η τηλεόραση έχουν μπεί στην καθημερινότητα των παιδιών κα οι γονείς μένουν άπραγοι.

# ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
# e-POSTERS

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

### 119. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΩΜΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

Μ. Νιανιάρου, Ι. Παναγιωτοπούλου, Ε. Τζανή, Γ. Κατωπόδης, Ν. Παππάς, Α. Κοτρώνη
*Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ωμαλγία αποτελεί συχνό σύμπτωμα κατά την αποκατάστασή και παρεμβαίνει σε αυτήν.
**ΥΛΙΚΟ:** Από 68 άτομα τα οποία νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας το ημερολογιακό έτος 2024. 11 (16%) παρουσίασαν ωμαλγία κατά τη νοσηλεία τους. Δύο άτομα νοσηλεύονταν λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε δύο και παρουσίασαν υπεξάρθημα στον πληγικό ώμο. Πέντε άτομα νοσηλεύονταν με κάκωση νωτιαίου μυελού (4 άτομα με τετραπληγία και 1 με παραπληγία). Τρία άτομα ήταν πολυτραυματίες και το άλγος τους σχετιζόταν με κάκωση σε δομές της άρθρωσης του ώμου ή γειτονικές δομές (κατάγματα πλευρών, κάταγμα αγκώνα). Ένα άτομο παρουσίαζε υποσκληρίδιο αιμάτωμα και ανέφερε ωμαλγία πριν την εισαγωγή του.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ωμαλγία στο πλαίσιο προγράμματος οξείας και υποξείας αποκατάστασης θέτει ειδικές προκλήσεις, απαιτώντας συνδυασμό διάγνωσης του αιτίου και συνδυασμό αντιμετώπισης με πρόοδο του ασθενούς στο πλαίσιο της αποκατάστασης.Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι εξατομικευμένη, με κύριους πυλώνες την αποφυγή πολυφαρμακίας και την αξιοποίηση τοπικά δρόντων μεθόδων. Κύριες τεχνικές που αξιοποιήθηκαν, σαν μονοθεραπεία ή συνδυασμός, ήταν συνεδρίες βελονισμού, μεσοθεραπεία, εξατομικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας με έμφαση στη διατήρηση εύρους κίνησης και χρήση φυσικών μέσων, και νευρολογικός νάρθηκας ανάρτησης ώμου για το επώδυνο υπεξάρθρημα σε ημιληγικό ώμο. Σημαντικός πυλώνας στην αντιμετώπιση υπήρξε η τακτική ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και του περιβάλλοντός τους. Κατά τη λήψη του εξιτηρίου επτά από τους νοσηλευόμενους παρουσίαζαν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, ένα άτομο έλαβε εξιτήριο με οδηγίες καθώς παρουσίασε ωμαλγία τρεις ημέρες πριν την προγραμματισμένη λήψη εξιτηρίου, και τρία άτομα παρουσίαζαν βελτίωση με βάση την οπτική αναλογική κλίμακα πόνου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξατομικευμένη, στοχευμένη και εντατική αντιμετώπιση της ωμαλγίας στο πλαίσιο οξείας και υποξείας αποκατάστασης είναι καίρια για την επιτυχία του προγράμματος και την επίτευξη στόχων.

## 120. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ι. Τζάνος[1], Ό. Κατσούλη[2], Β. Κουλούρη[3], Σ. Σιβετίδου[1], Α. Κοτρώνη[1]

*[1]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, [2]Ρευματολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, [3]Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με το ισχύον πλαίσιο οι ειδικευόμενοι ιατροί στη Ρευματολογία ασκούνται για 4 μήνες στη Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση (ΦΙΑΠ). Σκοπός του παρόντος είναι να παρουσιαστούν τα συμπεράσματα από την εφαρμογή αυτής της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Ο αρχικός στόχος του rotation αυτού είναι η εξοικείωση του ρευματολόγου με τη ΦΙΑΠ, δεδομένης της ελλιπούς σχετικής ενημέρωσης. Επιπρόσθετα, προσδοκάται η εκπαίδευση στη διαγνωστική προσέγγιση και η ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες συντηρητικές θεραπευτικές επιλογές των παθήσεων του μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην κλινική ΦΙΑΠ, ο ρευματολόγος μπορεί να εκτεθεί σε περιπτώσεις ασθενών με μυοσκελετικές κακώσεις, νευρολογικές παθήσεις και χρόνιο πόνο, στους οποίους η φυσιατρική εκτίμηση και η αποκατάσταση είναι ωφέλιμες και έτσι να κατανοήσει την αξία της. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να κατευθύνει σωστά και να ενημερώσει έγκυρα για την πιθανότητα ανάγκης αποκατάστασης έναν ασθενή με κάποια από τις άνωθεν παθήσεις με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Εξάλλου, παρακολουθώντας τα εξωτερικά ιατρεία της ΦΙΑΠ, μπορεί να αποκομίσει γνώσεις ωφέλιμες για την άσκηση προληπτικής ιατρικής μέσω σύστασης εργονομικών παρεμβάσεων. Επίσης, μαθαίνει σχετικά με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς αυτούς (πχ φυσικά μέσα, φαρμακευτική αγωγή, θεραπευτική άσκηση, ορθώσεις) και έτσι μπορεί να τους προσεγγίσει ολιστικά. Επιπλέον, παρακολουθώντας το εργαστήριο ηλεκτρομυογραφίας, μπορεί να κατανοήσει τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες έχει διαγνωστική αξία η διενέργεια της συγκεκριμένης εξέτασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Για την αρτιότερη επαφή των ρευματολόγων με το αντικείμενο της ΦΙΑΠ, αναγκαία κρίνεται η οργάνωση μαθημάτων, προσαρμοσμένων στα ρευματολογικά νοσήματα. Τα μαθήματα αυτά να επικεντρώνονται στη σωστή καθοδήγηση των ασθενών με ρευματολογικές παθήσεις που άπτονται της ΦΙΑΠ.

## 121. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Ι. Τζάνος, Γ. Κατωπόδης, Α. Κοτρώνη
*Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το γαστροκνημιαίο νεύρο είναι ένα αμιγώς αισθητικό νεύρο που σχηματίζεται από κλάδους του κοινού περονιαίου και του κνημιαίου νεύρου, παρέχοντας δερματική νεύρωση στην έξω επιφάνεια της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός μέχρι τη βάση του 5ου δακτύλου. Οι εκλεκτικοί τραυματισμοί του αποτελούν μία σπάνια κλινική οντότητα. Εκδηλώνονται με παραισθησία ή και πόνο κατά μήκος της έξω επιφάνειας της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός, που επιδεινώνονται με αναστροφή και πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός. Ως αιτίες αναφέρονται το οξύ τραύμα, συμπεριλαμβανομένων καταγμάτων βάσης 5ου μεταταρσίου, αστραγάλου, πτέρνας, ή κυβοειδούς, ο τραυματισμός έλξης με δευτερογενή ίνωση του νεύρου, η τενοντοπάθεια αχίλλειου ή περονιαίου τένοντα, οι χωροκατακτητικές εξεργασίες (πχ γάγγλια) και η κάκωση γαστροκνήμιου μυός. Η παρούσα ανακοίνωση αφορά σε περίπτωση ιατρογενούς βλάβης γαστροκνημιαίου με ανάδειξη των ηλεκτρομυογραφικών ευρημάτων αυτής.
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 22 ετών προσήλθε στο Ηλεκτρομυογραφικό Εργαστήριο της Κλινικής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ΓΝΑ ΚΑΤ αναφέροντας πόνο και παραισθησίες κατανομής γαστροκνημιαίου νεύρου από τετραμήνου. Εκ του ιστορικού αναφερόταν έναρξη των συμπτωμάτων μετά από δερματολογικό καθαρισμό του δέρματος στην περιοχή του δεξιού έξω σφυρού. Η κλινική εξέταση ανέδειξε υπαισθησία κατανομής γαστροκνημιαίου νέυρου κάτωνθεν του έξω σφυρού δεξιά ενώ η μυϊκή ισχύς και τα τενόντια ανατανακλαστικά ήταν φυσιολογικά.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε λήψη αισθητικού προκλητού δυναμικού γαστροκνημιαίου νεύρου άμφω με τοποθέτηση του καταγραφικού ηλεκτροδίου κάτωθεν και έμπροσθεν της συνήθους θέσης καταγραφής προκειμενου να ελεγχθεί η περιοχή κάτωθεν του τραυματισμού. Ανευρέθηκε σημαντικά παρατεταμένος λανθάνον χρόνος και μειωμένο εύρος του προκλητού δυναμικού δεξιά σε σχέση με αριστερά. Τα πιο πάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ αξονικής βλάβης γαστροκνημιαίου νεύρου δεξιά.
**ΣΥΜΠΕΡΣΑΜΑΤΑ:** Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει μία σπάνια αιτία τραυματισμού του γαστροκνημιαίου νεύρου και υπογραμμίζει την ανάγκη επαγρύπνησης από τον κλινικό ιατρό που πραγματοποιεί ιατρικές πράξεις στην περιοχή.

# 122. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΙΣΧΙΑΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟ

Ι. Τζάνος[1], Ε. Κονιστής[1], Α. Καρανικολάου[2], Α. Κοτρώνη[1]

*[1]Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, [2]ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι τραυματισμοί του ισχιακού νεύρου τείνουν να συμβαίνουν συχνότερα μετά από επεμβάσεις στο ισχίο με οπίσθια προσπέλαση ή λόγω χωροκατακτητικών εξεργασιών. Το παρόν έχει σκοπό να παρουσιάσει περίπτωση τραυματσιμού ισχιακού νεύρου από βίαιη ενέργεια (πυροβολισμό) και να αναδείξει τα ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα αυτής.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 35 ετών προσήλθε στο Ηλεκτρομυογραφικό Εργαστήριο της Κλινικής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ΓΝΑ ΚΑΤ αναφέροντας δυσχέρεια βάδισης. Από το ιστορικό ανέφερε διαπεραστικό τραύμα δεξιού μηρού από πυροβολισμό. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ήπια αδυναμία ραχιαίας κάμψης ποδοκνημικής και ακόμη ηπιότερη αδυναμία πελματιαίας κάμψης ποδοκνημικής δεξιά. Επίσης μειωμένο τενόντιο ανατανακλαστικό αχιλλείου και υπαισθησία έξω επιφάνειας άκρου ποδός δεξιά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος ανέδειξε αυτόματη δραστηριότητα σε μυς κατανομής τόσο του περονιαίου όσο και του κνημιαίου νεύρου δεξιά. Τα εύρη των κινητικών προκλητών δυναμικών περονιαίου και κνημιαίου νεύρου δεξιά ήταν μεν φυσιολογικά, ωστόσο ήταν μικρότερα του μισού των αντίστοιχων αντίπλευρων νεύρων. Το αισθητικό προκλητικό δυναμικό του γαστροκνημιαίου νεύρου δεξιά δεν παραγόταν. Τα πιο πάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ αξονικής βλάβης του ισχιακού νεύρου που αφορά τόσο την περονιαία όσο και την κνημιαία μοίρα αυτού σχεδόν σε ομότιμο βαθμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει μία σπάνια αιτία τραυματισμού του ισχιακού νεύρου. Παρότι στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων ατελούς τραυματισμού του ισχιακού νεύρου η περονιαία μοίρα αυτού τείνει να παρουσιάζει βαρύτερη προσβολή, στην παρούσα περίπτωση που αφορούσε τραυματισμό από πυροβολισμό δεν επιβεβαιώθηκε ο κανόνας αυτός.

## 123. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΕΡΟΒΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Η. Σιδηροπούλου[1], Α. Βάββας[1], Α. Χρηστάκου[2]

*[1]Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, [2]Εργαστήριο Εμβιομηχανικής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η στεφανιαία νόσος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Ωστόσο, ο γηριατρικός πληθυσμός δεν έχει συμπεριληφθεί επαρκώς στις κλινικές έρευνες καρδιαγγειακών νοσημάτων έως προσφάτως. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση εξετάζει την επίδραση της αερόβιας άσκησης σε γηριατρικό πληθυσμό με στεφανιαία νόσο όσον αφορά την καρδιοαναπνευστική ικανότητα και την ποιότητα ζωής.
**ΥΛΙΚΟ:** Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που επιλέχθηκαν, αντλήθηκαν από τις βάσεις δεδομένων Cochrane Library, PubMed και Pedro Base σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA και τις αρχές PICO. Η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έγινε με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά και κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Οι μετρούμενες μεταβλητές ήταν η «καρδιοαναπνευστική ικανότητα» και η «ποιότητα ζωής». Η επιλογή των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών έγινε από το έτος 2020 έως 2024. Για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών χρησιμοποιήθηκε η έγκυρη κλίμακα PEDro.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με το διάγραμμα ροής επιλέχθηκαν 6 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με μέσο όρο βαθμολογίας 5.66 («μέτριας» μεθοδολογικής ποιότητας). Μεταξύ των μελετών που μέτρησαν την καρδιοαναπνευστική ικανότητα, 4 μελέτες έδειξαν σημαντική βελτίωση και 1 μελέτη μη σημαντική βελτίωση. Μεταξύ των μελετών που μέτρησαν την ποιότητα ζωής, 2 μελέτες έδειξαν σημαντική βελτίωση, 1 μελέτη έδειξε παρόμοια βελτίωση και για τις δύο ομάδες, ενώ σε 1 μελέτη παρέμεινε σταθερή. Το πρόγραμμα της αερόβιας άσκησης αποτελούταν από βάδιση, τρέξιμο, ποδήλατο, κωπηλατικό εργόμετρο ή διάδρομο. Η ένταση ήταν μέτρια ή υψηλή με διάρκεια 25-30 λεπτών και συχνότητα 2 έως 5 φορές την εβδομάδα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αερόβια άσκηση σε ασθενείς γηριατρικού πληθυσμού με στεφανιαία νόσο πιθανά συμβάλλει στη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και στη διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι κύριοι περιορισμοί των μελετών της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η εξέταση διαφορετικών ειδών αερόβιας άσκησης έναντι ενός καθορισμένου είδους μεταξύ των μελετών, ο διαφορετικός όγκος άσκησης και η απουσία εξέτασης μακροχρόνιων αποτελεσμάτων. Περαιτέρω έρευνα κρίνεται αναγκαία προς επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

## 124. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΓΕΦΑΚΟ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Σ. Σιβετίδου[1], Β. Σπυροπούλου[2], Μ. Νιανιάρου[1], Π. Θεοφίλη[1], Ν. Παππάς[1], Ε. Τζανή[1], Α. Κοτρώνη[1]
*[1]Κλινική Φυσικής Ιατρκής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, [2]Λογοθεραπεύτρια, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δυσφαγία αποτελεί συχνή διαταραχή σε ασθενείς με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) με αποτέλεσμα επιπλοκές που συμβάλλουν στην παρατεταμένη νοσηλεία. Οι διαταραχές κατάποσης έχουν αποδειχθεί ότι διαταράσσουν την ψυχική και συναισθηματική υγεία των ασθενών και των φροντιστών τους καθώς και την ποιότητα ζωής.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι ασθενείς με ΑΕΕ (ισχαιμικό ή αιμορραγικό) που νοσηλεύονται στην κλινική Αποκατάστασης. Αξιολογήθηκαν με το Barthel Index για την λειτουργικότητα καιταξινομήθηκαν ανάλογα με τη σοβαρότητα της δυσφαγίας με την Dysphagia Severity Rating Scale (DSRS). Η μέτρηση του άγχους και κατάθλιψης γίνεται με την Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** από την έναρξη του ερευνητικού πρωτοκόλλου αξιολογήθηκαν Παρατηρήθηκαν ασθενείς. Σύμφωνα με το Barthel Index score, οι 10 ήταν μέτρια εξαρτημένοι και 5 ελαφρώς εξαρτημένοι στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με την DSRS αξιολόγηση, 3 ασθενείς έχουν μέτρια έως σοβαρή δυσφαγία, 6 μέτρια δυσφαγία και 5 ήπια έως μέτρια δυσφαγία. Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με την κλίμακα HADS, για την επίδραση της δυσφαγίας στην ψυχική τους υγεία και 10 ασθενείς εμφάνισαν κατάθλιψη και άγχος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η δυσφαγία και η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζονται στενά, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου είναι στην έναρξη του και χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών για να βγουν ασφαλή συμπεράσματα.

## 125. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΜΕ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

Σ. Σιβετίδου, Σ. Μπακατσή, Ε. Μιχαηλίδου, Π. Νικολέτα, Γ. Κατωπόδης, Ι. Τζάνος, Ε. Κονιστής, Α. Κοτρώνη
*Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι η κύρια αιτία αναπηρίας στους ενήλικες, με ελλείμματα στη συγκέντρωση και προσοχή. Όταν αυτά συνδυάζονται με τις κινητικές διαταραχές επηρεάζονται σημαντικά οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής(ΔΚΖ).
Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιορίσει εάν η εκπαίδευση των γνωστικών λειτουργιών, προσοχής και συγκέντρωσης, συμβάλλει στηβελτίωση της απόδοσης των ΔΚΖ.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενείς με ΑΕΕ (N=112) από το 2017 – 2024 που νοσηλευθήκαν στην κλινική ΦΙΑπ και ακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης. Αξιολογήθηκαν με το Barthel Intex για λειτουργικότητα και με το Mini Mental State (MMS) για τη νοητική τουςκατάσταση στην έναρξη, κατά τη διάρκεια και πριν εκπλήρωση τουπρογράμματος αποκατάστασης. Ακολούθησαν συνεδρίες της εργοθεραπείας: 5 φορές/εβδομάδα για εκπαίδευση των γνωστικών ελλειμμάτατων και δύο φορές /εβδομάδα εκπαίδευση ΔΚΖ για διάστημα 4 μηνών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 112 ασθενείς οι 74 (66%) εμφάνισαν σημαντική βελτίωση και σύμφωνα με score του Barthel index είχαν ελαφρά εξάρτηση, οι 25 (22%) είχαν μέτρια εξάρτηση και οι υπόλοιποι(11%) ασθενείς δεν παρουσίασαν βελτίωση
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Φαίνεται ότι η βελτίωση κυρίως στην προσοχή και τη συγκέντρωση αποφέρει σημαντικά οφέλη στην ικανότητα των ασθενών να επιλύουν προβλήματα που σχετίζονται με τη συμμετοχή και την απόδοση στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες, που τους προετοιμάζει για την ανεξαρτησία και την επανένταξη στην κοινότητα.

## 126. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ- Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Νιανιάρου, Ν. Παπαδοπούλου, Ι. Τζάνος, Π. Θεοφίλη, Κ. Νάβαλης, Α. Κοτρώνη
*Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σφαιρική αφασία που εκδηλώνεται στα πλαίσια ενός εγκεφαλικού επεισοδίου αποτελεί πρόκληση στο πλαίσιο αποκατάστασης ειδικά στο νοσοκομειακό περιβάλλον.
**ΥΛΙΚΟ**: Ασθενής 64 ετών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με αιμορραγική μετατροπή και παραμονή στη ΜΕΘ, εισήχθη στην κλινική μας προς ένταξη σε πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης, δύο μήνες από την έναρξη της νόσου με δεξιά πυραμιδική συνδρομή και σφαιρική αφασία η οποία επηρέαζε την κατανόηση του, προκαλώντας ανικανότητα επανάληψης ή εκφοράς λόγου και αδυναμία στην εκτέλεση εντολών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής εντάχθηκε σε εξειδικευμένο πρόγραμμα με φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία 5 φορές ανά εβδομάδα. Σημαντικές προκλήσεις κατά τη νοσηλεία του αποτέλεσαν η δυσκολία εδραίωσης πλαισίου εμπιστοσύνης από τον ασθενή προς τη θεραπευτική ομάδα, η δυσκολία κατανόησης αναγκών του ασθενούς όπως για παράδειγμα ενδεχόμενη δυσφορία ή αποδιοργάνωση που προκαλούσε το ξένο σε αυτόν περιβάλλον, και η δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου (αποφυγή πτώσεων, εκμάθηση ορθοστατήσεων, μεταφορών, επανεκπαίδευση σίτισης). Επιπλέον πρόκληση αποτελούσε η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, ειδικότερα σε επεισόδια ψυχικής διέγερσης. Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, ήταν η δημιουργία σταθερού περιβάλλοντος (σταθερός φροντιστής, συγκεκριμένη κλίνη, αυστηρή τήρηση καθημερινού προγράμματος), οι εντατικές λογοθεραπευτικές συνεδρίες και η ενσωμάτωση προγράμματος για βελτίωση γνωσιακών ελλειμμάτων στις εργοθεραπευτικές συνεδρίες. Στα επεισόδια διέγερσης εφαρμόσθηκε εξατομικευμένο πρωτόκολλο λήψης ζωτικών σημείων, και επί κλινικής υποψίας, διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου και απεικονιστικών εξετάσεων με στόχο τον αποκλεισμό υποκείμενης παθολογίας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αφασία αποτελεί συχνή επιπλοκή των εγκεφαλικών επεισοδίων. Η σφαιρική αφασία ωστόσο δημιουργεί μια σπάνια διττή πρόκληση στο πρόγραμμα αποκατάστασης: την αντιμετώπιση της αφασίας και την πρόοδο του του λοιπού προγράμματος που καλείται να υπερβεί το φράγμα κατανόησης και επικοινωνίας.

## ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

# 127. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΠΕΡΟΝΙΑΙΟ ΚΡΗΜΝΟ.

Μ. Δημάκου[1], Ι. Χατζηστεφάνου[2]

*[1]Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε.*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποκατάσταση εκτεταμμένων ελλειμμάτων της κάτω γνάθου παραμένει μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη γναθοπροσωπική χειρουργική. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση και αξιολόγηση των νεότερων τεχνικών στην αποκατάσταση εκτεταμένων ελλειμμάτων της κάτω γνάθου με τη χρήση ελεύθερου περονιαίου κρημνού. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συμβολή της ψηφιακής τεχνολογίας, καθώς και στις σύγχρονες μικροχειρουργικές τεχνικές, με στόχο τη βελτίωση της ακρίβειας της αναδόμησης, τη μείωση του χειρουργικού χρόνου και τη βελτιστοποίηση του αισθητικού και λειτουργικού αποτελέσματος.
**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας και ανάλυση κλινικών περιπτώσεων αποκατάστασης της κάτω γνάθου με ελεύθερο αγγειούμενο περονιαίο κρημνό. Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα νεότερων τεχνικών, όπως ο υπολογιστικά καθοδηγούμενος προεγχειρητικός σχεδιασμός (Virtual Surgical Planning - VSP) με χρήση ειδικού λογισμικού ψηφιακής σχεδίασης της επέμβασης, 3D εκτύπωση ναρθήκων οστεοτομίας και εξατομικευμένων πλακών οστεοσύνθεσης, αξιοποίηση νευροαγγειακών τεχνικών για βελτίωση της αισθητικότητας και τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων σε πρώτο χρόνο σε συνδυασμό με καθοδηγούμενη προσθετική αποκατάσταση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός με VSP και 3D εκτύπωση επέτρεψε την εκτέλεση οστεοτομιών με μεγαλύτερη ακρίβεια και την ορθότερη τοποθέτηση του κρημνού, μειώνοντας τον χειρουργικό χρόνο κατά 15-20%. Η χρήση νευροαγγειακών τεχνικών συνέβαλε στη διατήρηση της αισθητικότητας, ενώ η τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων εξασφάλισε τη λειτουργική αποκατάσταση της χειρουργηθείσας περιοχής. Τα ποσοστά επιβίωσης του κρημνού ξεπέρασαν το 96%, με χαμηλά ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υπολογιστικά καθοδηγούμενη (full guided) αποκατάσταση της κάτω γνάθου προσφέρει υψηλής ακρίβειας ανατομική αποκατάσταση, ενώ μειώνει σημαντικά το χρόνο ισχαιμίας του κρημνού. Η τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων στο μεταμοσχευμένο περονιαίο οστό αποκαθιστά τη μασητική λειτουργία. Η χρήση των νεότερων τεχνικών καθιστά την αποκατάσταση της κάτω γνάθου πιο ακριβή, αποτελεσματική και προβλέψιμη, βελτιώνοντας ουσιαστικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

## 128. Η ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ.

Α. Μυλωνάς[1], Σ. Ψωμιάδης[2], Σ. Σαρηβαλάσης[2], Κ. Τόσιος[3], Β. Πετσίνης[4]

*[1]Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Metropolitan Hospital, [2]Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, [3]Αν. Καθ., Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [4]ΣΓΠΧ, Επ. Καθ. ΣΓΠΧ, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της σημασίας της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, ο οποίος αποτελώντας τον έκτο συχνότερο σε εμφάνιση καρκίνο συνιστά μεγάλο υγειονομικό πρόβλημα. Η πρώιμη διάγνωση συμβάλλει ως καθοριστικός παράγοντας στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του καρκίνου του στόματος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η στοματική υγιεινή, η ευαισθητοποίηση, καθώς και η τακτική κλινική εξέταση από οδοντίατρο, στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό, ΩΡΛ ή άλλους επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανίχνευση ύποπτων αλλοιώσεων, όπως έλκη ή πληγές που δεν επουλώνονται και θα μπορούσαν να αποτελούν αρχική εικόνα καρκίνου του στόματος ή ακόμα και προκαρκινικών καταστάσεων. Επιπλέον, η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και τη μείωση των περιστατικών καρκίνου του στόματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος είναι κρίσιμη για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Η αναγνώριση του καρκίνου σε αρχικό στάδιο αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την εφαρμογή λιγότερο επεμβατικών θεραπειών για την χειρουργική αφαίρεση του όγκου, καθώς και για την απαιτούμενη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, μειώνοντας τις πιθανότητες εξάπλωσης ή μετάστασης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο αυξημένος δείκτης κλινικής υποψίας, που οδηγεί στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο για την επιτυχία της θεραπευτικής προσέγγισης και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών.

## 129. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ: ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ

Α. Μυλωνάς[1], Η. Χρονάς[2]

*[1]Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Metropolitan Hospital, [2]Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χειρουργική αντιμετώπιση των εγκλείστων κυνοδόντων αποτελεί μία πρόκληση, τόσο για τον στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό, όσο και για τον ορθοδοντικό, καθόσον η χειρουργική αποκάλυψη και η ορθοδοντική διευθέτηση των εγκλείστων κυνοδόντων συνιστούν μία ομαδική προσπάθεια που αποσκοπεί στην διατήρηση ή στην ανάκτηση ενός δοντιού, το οποίο κατέχει μιά θέση-κλειδί στον οδοντικό φραγμό, διαδραματίζοντας ένα καθοριστικό ρόλο στην σύγκλειση, τη σταθερότητα, το σχήμα και την λειτουργία του οδοντικού τόξου, που συμβάλλει στην σταθερότητα της ορθοδοντικής θεραπείας ενός ασθενή.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η χειρουργική αποκάλυψη αποτελεί τη συνήθη θεραπευτική αντιμετώπιση των εγκλείστων κυνοδόντων, η ανασκόπηση δε της σχετικής βιβλιογραφίας αποκαλύπτει δύο κυρίως μεθόδους χειρουργικής αποκάλυψης, ήτοι την ανοικτή και την κλειστή χειρουργική τεχνική.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ανοικτή τεχνική ο κυνόδοντας εντοπίζεται, αποκαλύπτεται και αφήνεται εκτεθειμένος στη στοματική κοιλότητα. Η αποκάλυψη του δοντιού επιτυγχάνεται με την αφαίρεση ενός «παραθύρου» υπερκειμένων ούλων και οστού, ενώ το τραύμα που προκύπτει κατά την χειρουργική επέμβαση μπορεί να πωματισθεί με μία γάζα ή με χειρουργική κονία. Στην περίπτωση προστομιακής (χειλικής) έγκλεισης του κυνόδοντα της άνω γνάθου, ιδίως όταν ο κυνόδοντας εγκλείεται κοντά στο φατνίο, η αποκάλυψη του δοντιού επιτυγχάνεται με την χρησιμοποίηση ακρορριζικά επανατοποθετούμενου (μετατοπιζόμενου) κρημνού. Η κλειστή χειρουργική τεχνική εφαρμόζεται όταν το δόντι δεν είναι σε θέση που να επιτρέπει την επανατοποθέτηση ενός κρημνού και την επακόλουθη αποκάλυψη της μύλης του. Χρησιμοποιείται συχνά σε υπερώιες εγκλείσεις που δεν είναι κοντά στη φατνιακή απόφυση του οδοντικού τόξου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σχέδιο θεραπείας και η στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση τόσο από τον χειρουργό όσο και από τον ορθοδοντικό, αποτελούν τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχή αποκάλυψη και την κατευθυνόμενη ανατολή των εγκλείστων κυνοδόντων.

## 130. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΠΕΡΙΟΣΤΙΚΩΝ CUSTOM ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΓΝΑΘΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Χατζόπουλος, A. Shihada, Ν. Λεφαντζής, Μ. Πυράκη, Β. Παπακώστα, Σ. Βασιλείου
*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τις επιλογές που έχουμε για την αποκατάσταση της ατροφικής γνάθου εκεί που οι συμβατικές μέθοδοι αποτυγχάνουν και η παρουσίαση μιας περίπτωσης αποκατάστασης ατροφικής άνω γνάθου με τη χρήση υποπεριοστικών custom εμφυτευμάτων στην κλινική μας.
**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση μια γυναίκας 48 ετών η οποία είχε καταφύγει σε συμβατικές μεθόδους εντός και εκτός Ελλάδας για την αποκατάσταση της νωδής άνω γνάθου της οι οποίες είχαν αποτύχει. Τελικά υπεβλήθη, στην κλινική μας, σε χειρουργική τοποθέτηση υποπεριοστικών custom implants και στη συνέχεια σε ακίνητη αποκατάσταση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από 9 μήνες follow up η ασθενής είναι ικανοποιημένη με το αποτέλεσμα και ακόμα υποβάλλεται σε τακτικούς επανελέγχους.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ταχέως ο αριθμός των ατόμων με ατροφική άνω ή/και κάτω γνάθο που δε μπορούν να αποκατασταθούν με τις κλασικές μεθόδους. Η χειρουργική μέθοδος με την εφαρμογή custom implants αποτελεί μία από τις τελευταίες λύσεις για αποκατάσταση των ατροφικών γνάθων αλλά φαίνεται καταρχάς αξιόπιστη. Ωστόσο, σαν κάθε καινούργια μέθοδος χρειάζεται περαιτέρω μελέτη και παρακολούθηση των ασθενών σε βάθος χρόνου.

## ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

# 131. IGA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΙΟΓΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

E. Jahaj[1], Ε. Γελαδάρη[2], Ι. Σκράπαρη[2], Π. Στόικος[2], Ν. Αγγελής[2], Α. Σκούρου[2], Β. Σεβαστιανός[2]

*[1]Δερματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η IgA αγγειίτιδα, γνωστή και ως πορφύρα Henoch-Schönlein (HSP), είναι η συχνότερη μορφή συστηματικής αγγειίτιδας στα παιδιά, με συχνότητα εμφάνισης 3-27 άτομα ανά 100.000. Προσβεβλημένα όργανα είναι το δέρμα, οι αρθρώσεις, οι νεφροί και το ΓΕΣ. Η νόσος είναι συχνά αυτοπεριοριζόμενη. Όταν εκδηλώνεται στην ενήλικο ζωή (20-30%), η έκβαση από τους νεφρούς είναι χειρότερη.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης νεαρού ασθενούς με πρόσφατη λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού που πιθανά πυροδότησε την εκδήλωση HSP.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Νεαρός ασθενής, ηλικίας 20 ετών,προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω εξανθήματος στα κάτω άκρα, αρθραλγιών, κοιλιακού άλγους και διαρροϊκών επεισοδίων από τριημέρου. Προ 10ημέρου αναφέρεται οξεία λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού από Rhinovirus/Adenovirus. Δε λαμβάνει φάρμακα και δεν αναφέρει αλλεργίες ή λήψη ουσιών. Κατά την κλινική εξέταση, παρατηρείται ψηλαφητό εξάνθημα δίκην πορφύρας στα κάτω άκρα και ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο τα αιμοπετάλια, οι χρόνοι πήξης και οι βιοχημικοί δείκτες νεφρικής λειτουργίας είναι εντός φυσιολογικών ορίων, ωστόσο διαπιστώνεται μικροαλβουμινουρία από τη συλλογή ούρων 24ώρου. Ζητείται CT κοιλίας όπου αναδεικνύεται πεπαχυσμένο τοίχωμα στην περιοχή του τυφλού. Διενεργείται βιοψία δέρματος όπου αναδεικνύονται εναποθέσεις IgA σφαιρίνης στο τοίχωμα του μικρού μεγέθους αγγείων του επιπολής χορίου του δέρματος, ευρήματα συμβατά με HSP. Ο ασθενής τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη και έγινε διασύνδεση με το ρευματολογικό τμήμα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η HSP έχει εποχιακή κατανομή και αυτό υποστηρίζει τη θεωρία πως ιογενείς παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι και η κύρια. Σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική προσβολή συνιστώνται υψηλές δόσεις στεροειδών και συγχορήγηση ανοσοκατασταλτικών. Το 1 – 5 τοις εκατό μπορεί να εμφανίσει τελικού σταδίου νεφρική νόσο.

# 132. ΦΥΣΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΡΩΝΥΧΙΑΣ

Π. Καλλιμάνης[1], Σ. Προδρομίδης[2], Π. Μαγιάτης[3]
*[1]Κοινοτικό Φαρμακείο, [2]Ιδιωτικό ιατρείο, [3]Φαρμακευτική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οξεία παρωνυχία είναι μόλυνση των πλευρικών πτυχών ή/και της βάσης των νυχιών που οφείλεται σε μύκητες ή βακτήρια. Οι θεραπευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα αντιμυκητιασικά και τα αντιβιοτικά φάρμακα, είτε συστηματικής χορήγησης είτε τοπικής εφαρμογής, ενώ επί ανάπτυξης αποστήματος, ο θεράπων ιατρός συχνά προβαίνει στη διάνοιξή του. Το κύριο πρόβλημα στην αντιμετώπιση της οξείας παρωνυχίας είναι ότι από την κλινική εικόνα και την καταγραφή του ιστορικού είναι δύσκολο να γίνει απόλυτα αντιληπτός ο αιτιολογικός παράγοντας της μόλυνσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας να βασίζεται κυρίως στα στατιστικά στοιχεία που προκύπτουν από τις επιδημιολογικές μελέτες. Στην παρούσα εργασία αναφέρονται περιστατικά οξείας παρωνυχίας τα οποία, ανεξαρτήτως αιτιολογικού παράγοντα, αντιμετωπίστηκαν με ένα φυσικό προϊόν τοπικής εφαρμογής, που περιείχε εκχύλισμα *Salvia rosmarinus* Spenn. και επιλεγμένες ουσίες από τα φυτά *Cinnamomum zeylanicum* Blume, *Origanum vulgare* L., *Thymus vulgaris* L. και *Syzygium aromaticum* L.
**ΥΛΙΚΟ:** 11 ασθενείς (άρρενες: 5, θήλεα: 6, εύρος ηλικίας: 19-78 έτη) με οξεία παρωνυχία έλαβαν ως μονοθεραπεία το σκεύασμα φυσικής προέλευσης. Η εφαρμογή έγινε δύο φορές την ημέρα στην πάσχουσα περιοχή και γύρω από αυτή.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε όλους τους ασθενείς επιτεύχθηκε κλινική θεραπεία. Το επιθυμητό αποτέλεσμα έλαβε χώρα κατά μέσο όρο σε 6,3 ημέρες. Στα περιστατικά με έντονο άλγος υπήρξε άμεση ανακούφιση μετά την εφαρμογή του προϊόντος. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες ούτε υποτροπές κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Όλοι οι ασθενείς έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από τη θεραπεία
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αναφερόμενη σύνθεση έδειξε υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια ως μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση της παρωνυχίας σε σύντομο χρονικό διάστημα, ανεξαρτήτως αιτιολογικού παράγοντα και χωρίς προβλήματα υποτροπής ή ανάπτυξης αντοχής στο θεραπευτικό μέσο.

## ΔΙΑΒΗΤΗΣ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

# 133. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ν. Μουρελάτου, Γ. Δελλής, Α. Γερακάρης, Α. Μερίτση, Α. Μαυρογιαννάκη
*Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ ΝΙΜΤΣ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) αντιμετωπίζουν αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνητότητας σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη συχνότητα εμφάνισης του ΣΔτ2 σε νοσηλευόμενους ασθενείς, τα κυριότερα αίτια εισαγωγής τους, καθώς και τη διάρκεια νοσηλείας τους σε Παθολογική Κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου.
**ΥΛΙΚΟ:** Η μελέτη βασίστηκε σε αναδρομική ανάλυση ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Παθολογική Κλινική. Κριτήρια αποκλεισμού: ασθενείς με ΣΔτ1, νεοδιάγνωση ΣΔ ή όσοι έλαβαν εξιτήριο αυτοβούλως. Έγινε καταγραφή ηλικίας, φύλου, ατομικού αναμνηστικού, επιπέδων γλυκόζης (Glu) εισαγωγής, αιτίας, διάρκειας νοσηλείας και έκβαση αυτής. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες χωρίς και με γνωστό ΣΔτ2. Για τους νοσηλευόμενους με ΣΔτ2 καταγράφηκε η διάρκεια της νόσου, τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και η αντιδιαβητική αγωγή που λάμβαναν.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 136 νοσηλευόμενοι (41% άνδρες) μέσης ηλικίας 80 έτη,από τους οποίους 92 (67.6%) δεν είχαν ΣΔτ2, 44 (32.4%) είχαν. Γνωστός ΣΔτ2 αναδείχθηκε με σημαντική υπεροχή στους άνδρες (p=0.038). Οι ασθενείς με ΣΔτ2 είχαν μέση γλυκόζη εισόδου 164.4mg/dl και HbA1c6.7%. Σε σύγκριση με μη-διαβητικούς, οι ασθενείς με ΣΔτ2 παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά υπέρτασης (64% vs 53%), δυσλιπιδαιμίας (50% vs 32%), στεφανιαίας νόσου (30% vs 21%) και χρόνιας νεφρικής νόσου (32% vs 15%). Οι συχνότερες αιτίεςεισόδου στους ασθενείς με ΣΔτ2 συγκριτικά με τους μη-διαβητικούς ήταν: λοιμώξεις αναπνευστικού 59% έναντι 39%, οξεία νεφρική βλάβη 34% έναντι 14%, ηλεκτρολυτικές διαταραχές 20% έναντι 14%. Διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των δύο ομάδων, με τους ασθενείς με ΣΔτ2 να παραμένουν στο νοσοκομείο 48.1% περισσότερο από τους μη διαβητικούς (15.7 vs 10.6 ημέρες νοσηλείας, p=0.0019). Αναδείχθηκε μετρίου βαθμού θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων HbA1c και διάρκειας νοσηλείας ($r^2$ =0,245). Το ιστορικό ΣΔτ2 δεν επηρέασε την έκβαση νοσηλείας,με ποσοστό 79.4% να παρουσιάζει βελτίωση και 11% ίαση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο επιπολασμός του ΣΔτ2 σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι υψηλός. Ο ΣΔτ2 είναι σχετικός παράγοντας κινδύνου που σχετίζεται με μακρύτερη νοσηλεία συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

## 134. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2:ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Α. Γερακάρης, Ν. Μουρελάτου, Γ. Δελλής, Α. Μερίτση, Ο. Καραπάνου, Γ. Παναγούλιας, Α. Μαυρογιαννάκη
*Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ ΝΙΜΤΣ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα διαταραχών λιπιδίων (δυσλιπιδαιμία-ΔΛΜ), η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης (HDL-Chol), αύξηση τριγλυκεριδίων (TG) και μικρά πυκνά αθηρογόνα σωματίδια LDL χοληστερόλης (LDL-Chol) σε «φυσιολογικά» ή αυξημένα επίπεδα, συμβάλλοντας στον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (ΚΑΚ). Σκοπός της μελέτης αποτελεί η εκτίμηση επίτευξης θεραπευτικών στόχων σε άτομα με ΣΔτ2 και ΔΛΜ, που παρακολουθούνται σε Διαβητολογικό Κέντρο τριτοβάθμιου νοσοκομείου.
**ΥΛΙΚΟ:** Συγχρονική μελέτη συμπεριέλαβε άτομα με ΣΔτ2 και ΔΛΜ που εξετάστηκαν στο Διαβητολογικό Κέντρο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI), διάρκεια ΣΔτ2, HbA1c(%), LDL-Chol, HDL-Chol, non-HDL-Chol, TG, αντιδιαβητική και υπολιπιδαιμική αγωγή. Τα άτομα ομαδοποιήθηκαν σε πολύ υψηλού, υψηλού, μέτριου ΚΑΚ. Οι θεραπευτικοί στόχοι ορίστηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας 2024.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 90 άτομα (67.78% άνδρες, 32.22% γυναίκες) μέσης ηλικίας 73 έτη, μέσου BMI 30.18 kg/$m^2$, μέσης διάρκειας διαβήτη 14.92 έτη. 26.7% ήταν άτομα πολύ υψηλού ΚΑΚ, 71.1% υψηλού ΚΑΚ και 2.2% μέτριου ΚΑΚ με μέση HbA1c 6.91%, Chol-T 159.91mg/dl, LDL-Chol 86.77mg/dl, HDL-Chol 46.96mg/dl, non-HDL 112.96mg/dl και TG 125mg/dl. Μεγαλύτερη επίτευξη λιπιδαιμικών στόχων διαπιστώθηκε στα επίπεδα TG (70%) ενώ η μικρότερη στης LDL-Chol (26.7%). Από το σύνολο όσων πέτυχαν το στόχο TG, 4.8% ελάμβανε φιμπράτες. Από τα άτομα που πέτυχαν τους στόχους της LDL-Chol, το 87,5% ελάμβαναν υψηλές δόσεις ατορβαστατίνης ή ροσουβαστατίνης με ή χωρίς προσθήκη εζετιμίμπης (87.5%).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συμμόρφωση στους λιπιδαιμικούς στόχους αναδεικνύεται πλημμελής και καθίσταται απαραίτητη η διαρκής επαγρύπνιση των θεραπόντων για τον έλεγχο και την παρακολούθηση της λιπιδαιμικής εικόνας με έμφαση στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή σε συνδυασμό με την κατάλληλη υπολιπιδαιμική θεραπεία και έγκαιρη τιτλοποίηση αυτής, με στόχο τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στα άτομα αυτά.

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ

# 135. ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Θ. Καραουλάνη[1], Χ. Καπάταης[2], Ε. Γεφυροπούλου[3], Τ. Πίτσια[1], Β. Μαμάκου[4], Ε. Λάσκος[1], Α. Κουντούρη[5], Μ. Θεοδώρου[5], Σ. Τσαγκιά[6], Μ. Μπαλαχούτη[1], Α. Τσιανίκα[7], Α. Υφαντή[2], Ν. Τσάκαλης[2], Π. Αρμύρος[2], Π. Ορφανού[2], Π. Λαμπρόπουλος[2], Σ. Σολωμού[2], Α. Καπάταης[2]

*[1]Μικροβιολογικό & Βιοχημικό Εργαστήριο ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο», [2]Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [3]Κέντρο Υγείας Κεραμεικού, [4]Παθολογική Κλινική, ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο», [5]Εργαστήριο Βιοχημικού, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [6]Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»- ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [7]Φοιτήτρια Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία αναφέρει ότι εκτιμάται ότι το 80% των καρδιαγγειακών παθήσεων, μπορούν να αποφευχθούν όταν εφαρμοστούν οι σωστές συνήθειες διατροφής και τρόπου ζωής. Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανασκόπηση των βιοενεργών συστατικών & λειτουργικών τροφίμων που σχετίζονται με την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών μελετών σε βάσεις δεδομένων (Scopus, PubMed, Google Scholar).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελέτες υποστηρίζουν ότι η Θειαμίνη Β1(μαγιά μπύρας, άπαχο κρέας, συκώτι, φύτρο των δημητριακών, ξηροί καρποί) και η Βιταμίνη D(λιπαρά ψάρια, χυμός πορτοκαλιού, δημητριακά, ψωμί & γάλα) έχουν ευεργετική δράση όσον αφορά την καρδιακή ανεπάρκεια. Φολικό οξύ, Β6 & Β12 ρυθμίζουν τα επίπεδα της ομοκυστείνης και την αποφυγή στεφανιαίας νόσου. Σελήνιο(θαλασσινά, φυτικές τροφές και μη επεξεργασμένο κρέας) και πολυακόρεστα λιπαρά Ω-3 (λιπαρά ψάρια, ρέγγα, σκουμπρί, σαρδέλα, τόνο, σολομό) αποτρέπουν την εμφάνιση καρδιακές παθήσεις. Μονοακόρεστα λιπαρά (ελαιόλαδο, αμύγδαλο & αβοκάντο), φυτικές ίνες (βρώμη, ξηροί καρποί, ψωμί ολικής, φακές, ρεβίθια, φασόλια, φρούτα & λαχανικά), πολυφαινόλες (σταφύλι, κεράσι, ρόδι, μπαχαρικά, βότανα, τσάι, σόγια.) θεωρουνται ισχυρά αγγειοδιασταλτικά, φλαβονοειδή (τσάι, μούρα, κακάο, σοκολάτα, κρασί) και ισοβοφλαβόνες (σόγια) ρυθμίζουν την χοληστερίνη και μειώνουν το οξειδωτικό στρες. Λυκοπένιο (καροτενοειδές, τομάτα, γκρέιπφρουτ, καρπούζι & παπάγια) λόγω της αντιοξειδωτικής του δράσης προστατεύει από την αθηροσκλήρωση. Πολυφαινόλες (σταφύλι, κεράσι, ρόδι, μπαχαρικά, βότανα, τσάι, σόγια.) θεωρουνται ισχυρά αγγειοδιασταλτικά. Φυτικές στερόλες (πορτοκάλι, ψωμί ολικής αλέσεως, φυστίκια, καρότα) βοηθούν στην απέκκριση χοληστερόλης μειώνοντας τα επίπεδά της στο αίμα. Κρασί (ρεσβερατρόλη, τανίνες, πολυφαινόλες) είναι ισχυρά αντιοξειδωτικά προστατεύοντας τα αιμοφόρα αγγεία από τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διατροφικές συνήθειες που πλησιάζουν το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση και άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως το υπερβολικό βάρος, η υπέρταση, ο διαβήτης και οι δυσλιπιδαιμίες, ενώ φαίνεται ακόμη και να προλαμβάνουν την εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου.

## 136. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[1], Λ. Αθανασίου[2], Ε. Καλαβρή[2], Α. Ελέζογλου[2], Π. Αθανασίου[3]

*[1]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου, Μεταβολισμού, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, [2]Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, [3]Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης 'Άγιος Παύλος'*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από έλλειψη φυσική δραστηριότητας και αφθονία τροφίμων. Η αφθονία τροφίμων οφείλεται στα σύγχρονα τεχνολογικά θαύματα που εφαρμόζονται στη γεωργία και επιτρέπουν την παραγωγή επαρκών τροφίμων για τη συντήρηση του αυξανομένου πληθυσμού της γης. Ωστόσο, η φτώχεια εξακολουθεί να υφίσταται και οδηγεί στην ανάγκη κατανάλωσης τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λιπίδια. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει οδηγήσει στον αυξανόμενο επιπολασμό της παχυσαρκίας, νόσου που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα που οφείλεται σε αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, πρώιμη αθηροσκλήρωση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ 2). Σκοπός ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με παχυσαρκία που αντιμετωπίστηκαν σε μονάδα τριτοβάθμιας περίθαλψης και τελικά οδηγήθηκαν να χάσουν σωματικό βάρος σε περίοδο 5 ετών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιγράφεται ομάδα 30 ασθενών με παχυσαρκία. Οι ασθενείς εμφανίστηκαν με παχυσαρκία, νοσήματα θυρεοειδούς και ΣΔ 2 σε 20 από τους ασθενείς. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ποικίλα θεραπευτικά προγράμματα και διαφόρου τύπου δίαιτες σε περίοδο 5 ετών. Χορηγήθηκε τριιωδοθυρονίνη σε μερικούς από τους ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα θυρεοειδούς, μετφορμίνη σε μερικούς ασθενείς που είχαν ΣΔ 2 και αγωνιστές των υποδοχέων σε μερικούς ασθενείς που ήταν ανθεκτικοί στη θεραπεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μειονότητα των ασθενών, ήτοι 3 ασθενείς επέτυχαν απώλεια βάρους με δίαιτα και πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Ομάδα 23 ασθενών ήταν ανθεκτικοί στη θεραπεία με τριιωδοθυρονίνη ή μετφορμίνη, δίαιτα και πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκαν αγωνιστές υποδοχέων GLP-1 και επέτυχαν απώλεια βάρους 1.8-10.2 kg. Τέσσερις ασθενείς παραπέμφθηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και επέστρεψαν για παρακολούθηση και χορήγηση αγωνιστών υποδοχέων GLP-1. Ενας ασθενής από την ομάδα που υποβλήθηκε σε χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας εμφάνισε μεγάλο ενδοκοιλιακό απόστημα που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά επέτυχαν απώλεια βάρους, αλλά χρειάστηκαν περαιτέρω αντιμετώπιση με χορήγηση αγωνιστών των υποδοχέων GLP-1.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παχυσαρκία είναι χρονία νόσος ανθεκτική στη θεραπεία που υποτροπιάζει. Ωστόσο, φαίνεται ότι η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση με δίαιτα, πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας και τη χρήση πολλαπλών φαρμακευτικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των αγωνιστών υποδοχέων GLP-1 μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχή απώλεια βάρους την πλειονότητα των ασθενών.

## ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ

# 137. Η ΛΕΥΚΟΠΕΝΙΑ ΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ HASHIMOTO

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου[1], Λ. Αθανασίου[2], Ε. Καλαβρή[2], Α. Ελέζογλου[2], Π. Αθανασίου[3]

*[1]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου, Μεταβολισμού, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, [3]Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»*

**ΣΚΟΠΟΙ:** Η λευκοπενία είναι εκδήλωση των αυτοανόσων νοσημάτων όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ). Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση ομάδας 30 ασθενών με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto που παρουσίασαν λευκοπενία.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιγράφεται ομάδα 30 ασθενών, ηλικίας 17-72 ετών, θήλεος φύλου, με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Οι ασθενείς παρουσίασαν λευκοπενία. Ως λευκοπενία ορίστηκε ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων <4000/mm$^3$.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα λευκά αιμοσφαίρια παρέμειναν <4000/mm$^3$. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ποίκιλλε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 42 y κατά τη διάγνωση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, εμφάνισε στην πορεία της νόσου καρκίνο του αριστερού μαστού και ακολούθως του δεξιού και υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ελαττώθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αλλά κατέστη δυνατόν να ολοκληρώσει το θεραπευτικό σχήμα. Στη μακροχρόνια παρακολούθηση ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων βελτιώθηκε αλλά παρέμεινε <4000/mm$^3$.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ουδετεροπενία έχει περιγραφεί στα πλαίσια αυτοάνοσης νόσου του θυρεοειδούς. Η ιδιοπαθής ουδετεροπενία έχει περιγραφεί ως καλοήθης διαταραχή της αιμοποίησης και χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη ελάττωση του ολικού αριθμού των ουδετεροφίλων κάτω από το κατώτερο όριο του φυσιολογικού για μεγάλο χρονικό διάστημα. Διαιρείται σε πρωτοπαθή αυτοάνοση ουδετεροπενία που χαρακτηρίζεται από την παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι των ώριμων ουδετεροφίλων και των προγονικών τους κυττάρων στο μυελό των οστών και σε χρόνια ουδετεροπενία αυτοανόσου αρχής που χαρακτηρίζεται από καταστολή της ουδετεροποίησης. Αμφότερες οι διαταραχές εμφανίζουν καλοήθη κλινική πορεία με ελάχιστα συμπτώματα. Λευκοπενία και λεμφοπενία έχει περιγραφεί στα πλαίσια του ΣΕΛ. Συμπερασματικά, η λευκοπενία μπορεί να είναι εκδήλωση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, ιδιαίτερα σε ασθενείς θήλεος φύλου και χαρακτηρίζεται από καλοήθη κλινική πορεία.

## 138. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ: 15 ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (2009-2023): ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ;

Γ. Θεοχάρης[1,2], Ι. Δαυλόπουλος[1], Γ. Δρύλλης[1], Δ. Ρόδης[1,2], Ι. Σαλπιγκτής[1,2], Η. Καραμπίνος[3]

*[1]SOS IATPOI, [2]Παθολογική Κλινική SOS ΙΑΤΡΩΝ, Ευρωκλινική Αθηνών, [3]Β' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή της εμπειρίας από την Επείγουσα Κατ' Οίκον εξέταση ασθενών οι οποίοι αναζήτησαν βοήθεια στους SOS ΙΑΤΡΟΥΣ για καρδιολογικό αίτιο τα τελευταία 15 έτη (2009-2023). Δεδομένα από την Επείγουσα Εξωνοσοκομειακή Κατ' Οίκον προσέγγιση πολλών παθολογιών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιολογικής αρχής, σπανίζουν στην Βιβλιογραφία.

**ΥΛΙΚΟ:** Οι 54.082 κατ΄οίκον επισκέψεις από καρδιολόγους (2009 – 2023). Οι SOS ΙΑΤΡΟΙ παρέχουν επείγουσες κατ' οίκον υπηρεσίες στο λεκανοπέδιο Αττικής, 24/7, με συντονισμό από τηλεφωνικό κέντρο. Οι καρδιολόγοι ανταποκρίνονταν εντός 30 λεπτών, διενεργώντας παρακλινικές εξετάσεις και αποφασίζοντας νοσοκομειακή παραπομπή ή εμπλοκή άλλων ειδικοτήτων. Παρόμοιες υπηρεσίες υπάρχουν και σε άλλες χώρες του κόσμου αλλά παρέχονται από Γενικούς Ιατρούς

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από 2009-2023 πραγματοποιήθηκαν 54.082 κατ΄οίκον επισκέψεις από καρδιολόγους (Γυναίκες=64,3%). Ηλικιακά γκρουπ: ασθενείς >90 ετών=40%, ασθενείς 76- 90 ετών=38%, ασθενείς

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη η οποία παρέχει δεδομένα από την επείγουσα κατ'οίκον άσκηση της καρδιολογίας και μάλιστα σε βάθος 15 ετίας. Οι ασθενείς οι οποίοι ζητούν συνήθως επειγόντως βοήθεια κατ'οίκον είναι πολύ ηλικιωμένοι. Νοσοκομειακή παραπομπή απαιτήθηκε σε μικρό ποσοστό, γεγονός που αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο της διαλογής (triage) και της αντιμετώπισης κατ'οίκον. Η πρακτική αυτή αποτελεί Παγκόσμια Ελληνική πρωτοτυπία

## ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑ

# 139. ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΞΑΝΘΕΛΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΗ

Δ. Ανυφαντάκης
*Κέντρο Υγείας Κισσάμου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το ξανθέλασμα είναι μια συχνή δερματολογική εκδήλωση που συνδέεται με τη συσσώρευση λιπιδίων, κυρίως στα βλέφαρα. Αν και δεν αποτελεί από μόνο του απειλητική για τη ζωή κατάσταση, μπορεί να σχετίζεται με υποκείμενες διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων, όπως η υπερλιπιδαιμία. Η θεραπεία του ξανθελάσματος συνήθως περιλαμβάνει επεμβατικές μεθόδους, αλλά η χρήση φαρμακολογικών παρεμβάσεων, όπως οι στατίνες, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση. Σκοπός του άρθρου είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης υποστροφής ξανθελάσματος μετά από 6μηνη αγωγή με στατίνη.
**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας 46χρονης γυναίκας με ιστορικό υπερλιπιδαιμίας και εμφάνιση ξανθελάσματος στα άνω βλέφαρα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αγωγή με στατίνη (ροσουβαστατίνη, 20 mg ημερησίως) για την αντιμετώπιση των αυξημένων επιπέδων LDL-χοληστερόλης (190 mg/dL). Κατά την έναρξη της θεραπείας, έγινε καταγραφή των λιπιδαιμικών δεικτών και φωτογράφιση της περιοχής των βλεφάρων. Η παρακολούθηση διήρκεσε 6 μήνες, με επαναξιολογήσεις ανά 2 μήνες.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά από 6 μήνες αγωγής, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της LDL-χοληστερόλης (σε 110 mg/dL) και βελτίωση του προφίλ λιπιδίων γενικότερα. Ταυτόχρονα, σημειώθηκε εμφανής υποστροφή του ξανθελάσματος, με μείωση του μεγέθους και της έντασης του χρωματισμού στις προσβεβλημένες περιοχές. Η ασθενής ανέφερε ικανοποίηση από την αισθητική βελτίωση, ενώ δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η περίπτωση αυτή καταδεικνύει ότι η στατίνη μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στη βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ, αλλά και στην υποστροφή δερματικών εκδηλώσεων, όπως το ξανθέλασμα. Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί μια ασφαλή και μη επεμβατική προσέγγιση που θα μπορούσε να εξεταστεί ως εναλλακτική ή συμπληρωματική επιλογή για ασθενείς με παρόμοιες κλινικές καταστάσεις.

## 140. ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ

Σ. Καλαντζή, Ζ. Κόλλια, Α. Σπυριδάκη, Α. Αγκαβανάκη, Χ. Χήτας, Ν. Θεοδωράκης, Γ. Βαμβάκου, Β. Μηλιώνης, Σ. Αθηναίου, Μ. Χριστοδούλου, Ι. Νέλλα, Α. Σπαθάρα, Γ. Τριανταφύλλη, Μ. Νικολάου
*Ιατρείο Τρίτης Ηλικίας, ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αποτελεσματικότητα των στατινών στη μείωση της LDL χοληστερόλης και του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι αποδεδειγμένη, αλλά τα οφέλη της θεραπείας επιτυγχάνονται μόνο εάν οι ασθενείς συμμορφωθούν με το συνταγογραφούμενο θεραπευτικό σχήμα. Ωστόσο, περίπου οι μισοί ασθενείς διακόπτουν τη θεραπεία με στατίνες εντός του πρώτου έτους και η συμμόρφωση μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εντοπισθούν περιστατικά μη συμμόρφωσης σε στατίνες από τους ασθενείς που επισκέπτονται το ιατρείο τρίτης ηλικίας 65+ και να ελεγχθούν τα αίτια μη συμμόρφωσής τους.
**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι αθενείς που επισκέφθηκαν το ιατρείο τρίτης ηλικίας σε διάστημα 2 ετών και οι οποίοι ελέγχθηκαν για τη συμμόρφωσή τους στη λήψη στατινών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έλαβαν μέρος 400 ασθενείς με μέση ηλικία 75 έτη, εκ των οποίων 59% ήταν γυναίκες. Από αυτούς 235 ελάμβαναν στατίνη. Συνολικά 5% των ασθενών δεν είχε συμμορφωθεί στη λήψη στατίνης. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 74 έτη, 70% ήταν γυναίκες, ενώ από το ιστορικό τους και το Mini Mental State Examination (MMSE) δεν είχαν ψυχιατρική νόσο ή ανοϊκή συνδρομή, ούτε ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Το 20% ανέφερε πως διέκοψε τις στατίνες μετά από εμφάνιση παρενεργειων, ενώ οι υπόλοιποι δεν πείστηκαν για την αναγκαιότητα της λήψης τους. Σ' αυτούς τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ενημέρωση για τα οφέλη της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και επανεκτιμήθηκε η συμμόρφωσή τους, η οποία βελτιώθηκε κατά 70%.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ασθενών που δε συμμορφώθηκαν στη λήψη στατίνης ήταν χαμηλό και οφειλόταν στην παρουσία παρενεργειών του φαρμάκου και κυρίως στην ελλιπή ενημέρωση των ασθενών για την αναγκαιότητα της λήψης στατίνης. Είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά τα αποτελέσματα συμμόρφωσης των ασθενών μετά την ενημέρωσή τους από τους θεράποντες ιατρούς. Κρίνεται, λοιπόν, αναγκαία η ενίσχυση της ενημέρωσης των ασθενών για τα οφέλη της θεραπευτικής αγωγής τους, ώστε να βελτιωθεί και η συμμόρφωσή τους.

## 141. Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ

Μ. Λαγκαδινού[1], Ι. Παρτσαλάκη[2], Μ. Μαραγκού[3], Μ. Αμεραλή[1], Α. Αλεξόπουλος[1], Μ. Μαραγκός[1]
*[1]Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών, [2]Τμήμα Διατροφής, ΠΓΝ Πατρών, [3]ΠΜΣ «Εφαρμοσμένη Διατροφή και Προαγωγή Υγείας», ΑΠΘ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του Δείκτη Μεσογειακής Διατροφής (MDS) και του λιπιδαιμικού προφίλ σε ασθενείς και να αξιολογηθούν τυχόν μεταβολές αυτού ανάλογα με την τιμή του MDS.
**ΥΛΙΚΟ**: Ασθενείς που προσήλθαν σε νεοσύστατο ιατρείο λιπιδίων. Έγινε χρήση ερωτηματολογίου για εξαγωγή MDS.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμμετείχαν 17 ασθενείς. Οι τιμές των λιπιδαιμικών παραμέτρων σε άτομα με υψηλότερο δείκτη Μεσογειακής Διατροφής (>35) συγκριτικά με εκείνα με χαμηλότερο δείκτη (<35) ήταν οι εξής:

- **Γενικός πληθυσμός:**
  - TCHOL: 201.2 ± 21.2 vs 208 ± 51 (p = 0.404)
  - HDL: 71.8 ± 70 vs 53.4 ± 23 (p = 0.404)
  - LDL: 114.4 ± 42 vs 129.3 ± 38.5 (p = 0.250)
  - TGs: 88.4 ± 39 vs 118.2 ± 81 (p = 0.227)
- **Γυναίκες:**
  - TCHOL: 207 ± 52 vs 238 ± 68 (p = 0.256)
  - HDL: 124 ± 112 vs 62 ± 24 (p = 0.287)
  - LDL: 101 ± 77.8 vs 124.5 ± 35 (p = 0.273)
  - TGs: 95 ± 21 vs 96.3 ± 29 (p = 0.477)
- **Άνδρες:**
  - TCHOL: 176.7 ± 26 vs 209.4 ± 55 (p = 0.189)
  - HDL: 43.7 ± 5.5 vs 43.4 ± 18.3 (p = 0.491)
  - LDL: 121.3 ± 18.5 vs 135 ± 46 (p = 0.348)
  - TGs: 84 ± 52 vs 140 ± 112.4 (p = 0.171)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι άτομα που ακολουθούν Μεσογειακή Διατροφή εμφανίζουν βελτιωμένο λιπιδαιμικό προφίλ. Παρά το μικρό δείγμα ενισχύεται η άποψη ότι η Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να συμβάλει στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και στη βελτίωση της λιπιδαιμικής ισορροπίας.

## 142. ΗΜΙ-ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Π. Βουτσινάς[1], Ε. Αθανάσουλα[2], Μ. Σαριδάκη[2], Μ. Σαμάρκος[2], Α. Αναστασοπούλου[2]

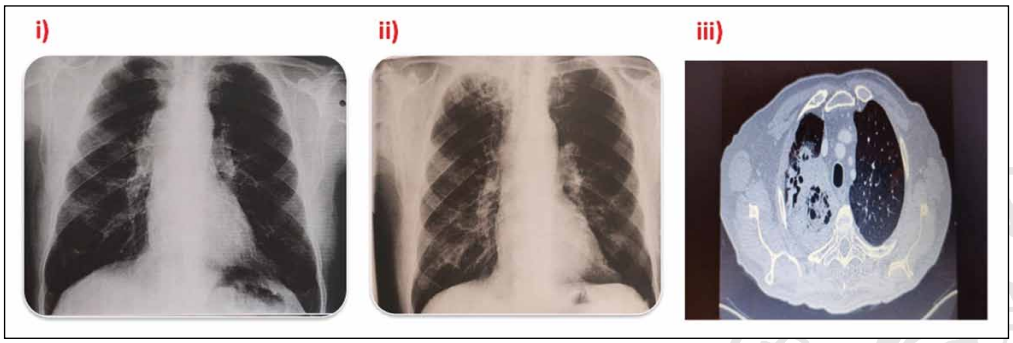
*[1]Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», [2]Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υποξεία διηθητική/χρόνια νεκρωτική/ημι-διηθητική ασπεργίλλωση (subacute invasive aspergillosis/chronic necrotising/semi-invasive, SAIA) είναι μορφή διηθητικής ασπεργίλλωσης συνήθως σε ήπια ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και εξελίσσεται σε διάστημα 1-3 μηνών.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ασθενής 66 ετών με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα έλαβε πρώτο κύκλο χημειοθεραπείας με carboplatin-etoposide και στη συνέχεια εμφάνισε ουδετεροπενικό εμπύρετο και βήχα που υποχώρησε με επταήμερη λήψη κεφιξίμης και σιπροφλοξασίνης, κάτι το οποίο επαναλήφθηκε και μετά τον δεύτερο κύκλο χημειοθεραπείας. Μετά τον τρίτο κύκλο επανεμφάνισε ουδετεροπενικό εμπύρετο που δεν υποχώρησε με κεφιξίμη και σιπροφλοξασίνη ούτε μετά την αλλαγή σε κεφδιτορένη, λεβοφλοξασίνη και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, οπότε και εισήχθη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κλινική εξέταση ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πλην μη μουσικών ρόγχων δεξιάς κορυφής. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου WBC:16.200/μL (N:15.400/μL), Hb:9,5gr/dL, Na:130 mmol/L, CRP:139 mg/L. Έγινε έναρξη πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης και μοξιφλοξασίνης με επίτευξη απυρεξίας. Παράλληλα, σε νέα αξονική τομογραφία θώρακος ανεδείχθη η γνωστή εξεργασία 3,9 x 3,3 cm στη δεξιά πύλη και επιπροσθέτως πυκνοατελεκτασία με κυστικές περιοχές στα πλαίσια νέκρωσης στον δεξιό άνω λοβό (εικόνα 1). Στην βρογχοσκόπηση ανεδείχθησαν πυώδεις εκκρίσεις δεξιού άνω λοβού και νέκρωση βλεννογόνου στομίων RB1-RB3 σύστοιχα. Η γαλακτομαννάνη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος ήταν θετική (3.0 OD index) ενώ στον ορό αρνητική. Στην καλλιέργεια BAL απομονώθηκε *Pseudomonas aeruginosa*. Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια βορικοναζόλη. Έπειτα από 21 ημέρες ενδοφλέβιας λήψης βορικοναζόλης εξήλθε απύρετος, αιμοδυναμικά και αεριομετρικά σταθερός, με οδηγίες συνέχισης βορικοναζόλης και επανεκτίμηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η SAIA πρέπει να υπολογίζεται στην διαφορική διάγνωση εμπυρέτου και συμβατών απεικονιστικών ευρημάτων σε ηπίως ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Τα ακτινολογικά ευρήματα της νόσου είναι ποικίλα, όπως λεπτοτοιχωματική κοιλοποίηση, οζίδια και εξελισσόμενη πύκνωση με σχηματισμό αποστήματος. Χρησιμοποιούνται τα διαγνωστικά κριτήρια της διηθητικής ασπεργίλλωσης με βραδύτερη όμως εξέλιξη της νόσου. Επιπρόσθετα, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή καθώς οι βακτηριακές επιλοιμώξεις είναι συχνές.




**Εικόνα 1.** i) Ακτινογραφία θώρακος κατά την έναρξη θεραπείας με carboplatin/etoposide (αριστερά), ii) ακτινογραφία θώρακος κατά τη διάγνωση της SAIA, 10 εβδομάδες αργότερα, όπου αναδεικνύεται αλλοίωση στον δεξιό άνω λοβό, iii) Στην αξονική τομογραφία θώρακος αναδεικνύεται πυκνοατελεκτασία δεξιού άνω λοβού με κυστικές περιοχές και νέκρωση.

## 143. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΠΛΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Ι. Τάντση, Α. Χρυσίνη, Α. Τσούπρου, Π. Ρεσβάνη, Σ. Καλαντζή, Ε. Χαρατσή
*Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ηπατικά αποστήματα αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση και έχουν υψηλή θνητότητα (6-40%) ιδίως όταν είναι πολλαπλά. Συνήθως προέρχονται από επέκταση λοίμωξης του χοληφόρου δένδρου ή άλλης ενδοκοιλιακής λοίμωξης. Είναι συχνότερα πολυμικροβιακής αιτιολογίας, ενώ πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τα αμοιβαδικά αποστήματα και τις εχινοκόκκους κύστεις. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει παρεντερική χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών, παροχέτευση χειρουργικά ή με λεπτή βελόνη υπό υπερηχογραφική/αξονική καθοδήγηση και τέλος χειρουργική παρέμβαση. Ωστόσο, επεμβατικοί χειρισμοί είναι δύσκολο να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις πολλαπλών βλαβών.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής άνδρας 86 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και κολπικής μαρμαρυγής εισάγεται λόγω εμπυρέτου και διαταραγμένης ηπατικής βιοχημείας (πυροσταφυλική τρανσαμινάση=218U/L, γ-γλουταμυλοτρανσφεράση=509U/L, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη=260mg/L). Είχε προηγηθεί εμπύρετο με ρίγος και επιγαστραλγία προ εβδομάδος. Σε υπέρηχο και αξονική τομογραφία άνω κοιλίας αναδείχθησαν πολλαπλές (4-5) συρρέουσες υπόπυκνες κυστικές βλάβες, έκαστη μεγέθους έως 2-3εκατοστά, με περιφερική σκιαγραφική ενίσχυση και εντόπιση στον δεξιό ηπατικό λοβό όπου προϋπήρχε απλή ηπατική κύστη προ διετίας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κεφτριαξόνη-μετρονιδαζόλη. Αποκλείστηκαν ορολογικώς η αμοιβάδωση και η εχινοκοκκίαση. Λόγω επιμονής του εμπυρέτου και των δεικτών φλεγμονής έγινε αναβάθμιση του αντιβιοτικού σχήματος σε μεροπενέμη-βανκομυκίνη-μετρονιδαζόλη με ταχεία ανταπόκριση. Σε επαναληπτική αξονική τομογραφία μετά από δυο εβδομάδες, επανελέγχθηκε σαφώς συρρικνωμένος ο κυστικός αποστηματοποιημένος σχηματισμός. Λόγω του μεγάλου αριθμού και του μικρού μεγέθους των βλαβών αλλά και της άμεσης κλινικοαπεικονιστικής βελτίωσης δεν κρίθηκε αναγκαία η καθοδηγούμενη παροχέτευση των αποστημάτων. Ο έλεγχος με καλλιέργειες αίματος-ούρων, καρκινικούς δείκτες και παρασιτολογική εξέταση κοπράνων ήταν αρνητικός. Ο ασθενής εξήλθε μετά από ενδοφλέβια αντιβιοτική κάλυψη τριων εβδομάδων, η οποία συνεχίστηκε από του στόματος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πολλαπλά πυογόνα (μικροβιακά) ηπατικά αποστήματα είναι μια οντότητα σύνθετη διαφοροδιαγνωστικά και θεραπευτικά. Η συντηρητική αντιμετώπισή τους αποκλειστικά με αντιβιοτικά αποτελεί επιλογή για ορισμένους ασθενείς υπό στενή παρακολούθηση.

## 144. ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας
*Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καταγράψει τα αίτια και τους προδιαθεσικούς παράγοντες, οι οποίοι ενδεχομένως ενοχοποιούνται ως προς την εμφάνιση πυρετού κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε Παθολογικό Τμήμα.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 42 ασθενείς (20 άνδρες και 22 γυναίκες) μέσης ηλικίας 67±9,4 έτη, οι οποίοι παρουσίασαν πυρετό άνω των 38 ©, τουλάχιστον 2 ημέρες μετά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο, ενώ δεν αναφερόταν πυρετός κατά το τελευταίο 7ήμερο προ της εισαγωγής τους. Τα αίτια εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο ήταν: 18 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, 7 απορρύθμιση Σακχαρώδη Διαβήτη, 12 αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού, 3 υπερτασική κρίση, και 2 βαριά αναιμία. Όλοι οι ασθενείς ελάμβανα ορούς μέσω φλεβοκαθετήρα, ενώ σε 24 είχε τεθεί ουροκαθετήρας Folley.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος χρόνος επέμβασης ήταν του πυρετού ήταν 4,2 ημέρες μετά την εισαγωγή. Από την συνεκτίμηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, της ακτινογραφίας θώρακος, και των εργαστηριακών ευρημάτων, όπως Λευκά αιμοσφαίρια, γενική ούρων, αιμοκαλλιέργεια, ουροκαλλιέργεια, και αναλόγως την κλινική εικόνα του ασθενούς προέκυψαν τα ακόλουθα αίτια: Λοίμωξη ουροποιητικού (ετέθη Folley 16), Λοίμωξη αναπνευστικού (κυρίως άτομα με ΑΕΕ 12), θρομβοφλεβίτιδα στο σημείο της φλεβοκέντησης 7, μεταγγίσεις 3, κρίση ουρικής αρθρίτιδας 2, Βακτηριαιμία (ΑΕΕ που έφερε Folley 1), εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρων 1.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το συχνότερο αίτιο πυρετού ήταν η τοποθέτηση ουροκαθετήρα Folley,αφού από τους 24 που έφεραν Folley, οι 16 εμφάνιζαν ουρολοίμωξη. Λιγότερο συχνά παρουσιάστηκε λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού, κυρίως σε άτομα με ΑΕΕ και τρίτο σε συχνότητα αίτια ήταν η θρομβοφλεβίτιδα στο σημείο της φλεβοκέντησης.

# 145. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ NEISSERIA GONORRHOEAE ΚΑΙ TREPONEMA PALLIDUM ΣΤΟ 401 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Σ. Μαμούχα[1], Α. Τζερεμέ[2], Α. Τσάφος[2], Γ. Ανδριέλος[2], Β. Λιάπης[2]
*[1]ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος, [2]401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία, καθώς ενδέχεται να έχουν ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις στην αναπαραγωγική, σεξουαλική και ψυχική υγεία των ατόμων. Τα περισσότερα ΣΜΝ είναι είτε ασυμπτωματικά είτε εμφανίζουν ήπια κλινικά συμπτώματα (σύφιλη), το άτομο που έχει μολυνθεί δεν το γνωρίζει και μεταδίδει το μικρόβιο. Η παρούσα εργασία εστιάζει στα κρούσματα σύφιλης και γονόκοκκου που καταγράφηκαν νοσοκομείο της Αθήνας τα έτη 2023 και 2024.
**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η εργαστηριακή προσέγγιση της σύφιλης πραγματοποιήθηκε με τον προσδιορισμό του τίτλου των αντισωμάτων έναντι του *Treponema pallidum* με τις με ορολογικές δοκιμασίες VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) και RPR (Rapid Plasma Reagin). Η απομόνωση του *Neisseria gonorrhoeae* πραγματοποιήθηκε με καλλιέργειες κλινικών δειγμάτων ουρηθρικού, σπέρματος και κολπικού σε κατάλληλα θρεπτικά υποστρώματα. Η ταυτοποίηση έγινε σε αναλυτή καλλιεργειών Vitek 2.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το έτος 2023 εξετάστηκαν από το προσωπικό του μικροβιολογικού εργαστηρίου του 401 στρατιωτικού νοσοκομείου 408 κλινικά δείγματα για έλεγχο παρουσίας *Neisseria gonorrhoeae* εκ των οποίων τα 210 προέρχονταν από άντρες και τα 198 από γυναίκες. Θετικά αποτελέσματα έδωσαν 3 δείγματα. Τα κλινικά δείγματα που εξετάστηκαν για την ανίχνευση του *Treponema pallidum* ήταν 272 εκ των οποίων τα 181 προέρχονταν από άντρες και τα 91 από γυναίκες. Θετικά αποτελέσματα σημειώθηκαν σε 19 δείγματα. Το έτος 2024 εξετάστηκαν 586 κλινικά δείγματα για σύφιλη εκ των οποίων 13 ήταν θετικά και 352 κλινικά δείγματα για γονόκοκκο εκ των οποίων 4 ήταν θετικά.

## 146. ΚΑΝΤΙΝΤΑΙΜΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2020-2024

Ε. Πάλλα[1], Α. Ψήνα[1], Α. Ντούσκα[2], Κ. Ζούρλα[1], Κ. Βασάλος[1], Λ. Τσουκαλάς[1], Χ. Τριανταφυλλίδης[1], Σ. Αλιμπέρτη[1], Ο. Κορδανούλη[1], Ε. Γκουμαλάτσου[1], Ε. Πλατσούκα[1]

*[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ν.Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», [2]Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ΓΝ Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα είδη *Candida* είναι τα πιο συχνά παθογόνα στις νοσοκομειακές μυκηταιμίες. Έγινε καταγραφή των στελεχών *Candida* spp., που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες ασθενών ΜΕΘ και τμημάτων του νοσοκομείου μας, για την εντόπιση μεταβολών στο είδος και στη συχνότητα απομόνωσης των κατά την πενταετία 2020-2024.

**ΥΛΙΚΟ:** Περίοδος μελέτης ήταν η πενταετία 2020-2024. Ο έλεγχος των αιμοκαλλιεργειών έγινε με το σύστημα BD BactecTM (Becton Dickinson USA), η ταυτοποίηση έγινε αρχικά με CHROMAgar Candida Plus και στη συνέχεια με το σύστημα Vitek 2 Compact (Biomerieux France). Όπου κρίθηκε απαραίτητο ακολούθησε επιβεβαίωση για την *C.auris*με τη μέθοδο MALDI-TOF MS BRUKER.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 2020 τα περιστατικά μυκηταιμίας ήταν: *Candidaalbicans* 25, *Candidaparapsilosis* 12, *Candidaglabrata* 6, *Candidakrusei* 1, *Candidatropicalis* 1, *C.auris* 1. Τα περιστατικά *C.albicans*το έτος 2021 ήταν 18, *C.parapsilosis 12, C. glabrata 4* και *C.tropicalis* 2, *C.auris* 3. Τα περιστατικά μυκηταιμίας για το έτος 2022 ήταν: *C.albicans 20, C.parapsilosis* 10, *C. glabrata*5, *C. tropicalis* 2, *C.auris*5. Το έτος 2023 *C. albicans 12, C. parapsilosis 16, C.glabrata*6, *C.tropicalis*3, *C.auris*6. Τα στελέχη που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες το 2024 ήταν: *C.albicans 17, C.parapsilosis 10, C.glabrata 5, C. auris* 7. Τα στελέχη *C. auris*απομονώθηκαν κυρίως από 13 ασθενείς ΜΕΘ και 9 από ασθενείς παθολογικών τμημάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κατά την διάρκεια της πενταετίας 2020-24 παρατηρήθηκε μια σταδιακή αύξηση των non albicans *Candida*που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες στο σύνολο των τμημάτων του νοσοκομείου μας ενώ η *C.auris* αποτελεί αναδυόμενο παθογόνο.

## *147.* ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 148. ΜΑΖΙΚΟΣ ΓΛΥΚΟΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. Λαμπριανού, Χ. Παλιούρας, Ε. Παπαπαμανώλης, Α. Ζερβός, Χ. Μανώλακα, Ν. Καρβουνιάρης
*Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πλευροπεριτοναϊκή επικοινωνία με πλευριτική συλλογή αποτελεί σπάνια επιπλοκή της περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ), γνωστή ως «γλυκός υδροθώρακας», λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης γλυκόζης του πλευριτικού υγρού. Παρουσιάζεται συνήθως εντός του πρώτου έτους από την έναρξη της ΠΚ, με μεγαλύτερο επιπολασμό στις γυναίκες. Παρουσιάζουμε την ενδιαφέρουσα περίπτωση μαζικού υδροθώρακα σε περιτοναϊκό ασθενή, 18 μήνες μετά την ένταξη σε πρόγραμμα ΠΚ.
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα ασθενής 63 ετών, με ιστορικό pANCA αγγειίτιδας, που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) τα τελευταία 7 έτη, εντάχθηκε σε πρόγραμμα ΠΚ λόγω εξάντλησης των οδών αγγειακής προσπέλασης.
Οκτώ μήνες μετά την ένταξή της, εισήχθη στο Νεφρολογικό Τμήμα αιτιώμενη δύσπνοια, θωρακικό άλγος, ελάττωση του περιτοναϊκού υπερδιηθήματος και αύξηση του σωματικού της βάρους.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ακτινολογικά διαπιστώθηκε μαζική δεξιά πλευριτική συλλογή. Διενεργήθηκε παρακέντηση και παροχετεύτηκαν 2250 ml υγρού. Τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης (218 mg%) του πλευριτικού υγρού σε συνδυασμό με τα φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης ορού (81 mg/dL) επιβεβαίωσαν τη διάγνωση του «γλυκού υδροθώρακα». Η θεραπεία της ΠΚ διεκόπη και εντάχθηκε προσωρινά σε πρόγραμμα ΑΚ. Η επανέναρξη της ΠΚ 3 μήνες αργότερα συνοδεύτηκε από υποτροπή του υδροθώρακα, η οποία αντιμετωπίστηκε πλέον με πλευροδεσία με ταλκ.
Η ασθενής επανήλθε σε περιτοναϊκό πρόγραμμα 30 ημέρες μετά την επέμβαση, με σταδιακή αύξηση των όγκων εισροής.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η πλευροπεριτοναϊκή επικοινωνία και η παρουσία «γλυκού υδροθώρακα» θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε ασθενείς υπό ΠΚ με δύσπνοια και πλευριτική συλλογή. Η θεραπεία σε ανθεκτικές περιπτώσεις μπορεί να απαιτήσει προσωρινή διακοπή της ΠΚ και θωρακοχειρουργική παρέμβαση.

## 149. C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΙΩΠΗΛΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER

Φ. Λαμπριανού[1], Χ. Παλιούρας[1], Χ. Γακιοπούλου[2], Ε. Παπαπαμανώλης[1], Α. Ζερβός[1], Χ. Μανώλακα[1], Ν. Καρβουνιάρης[1]

*[1]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου, [2]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η C3 σπειραματονεφρίτιδα (C3ΣΝ) είναι μία σπάνια σπειραματοπάθεια που οφείλεται σε υπερενεργοποίηση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος, οδηγώντας σε εναπόθεση του παράγοντα C3 με απουσία σημαντικής εναπόθεσης ανοσοσφαιρινών. Συνοδεύει συνήθως αιματολογικές νεοπλασίες, ενώ η συνύπαρξή της με κακοήθεια συμπαγούς οργάνου είναι ασυνήθης.

Παρουσιάζουμε μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση C3ΣΝ σαν πρώτη εκδήλωση σιωπηλού αδενοκαρκινώματος φύματος του Vater.

**ΥΛΙΚΟ:** Άρρεν ασθενής 60 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ και υπέρτασης, εισήχθη για διερεύνηση νεφρωσικού συνδρόμου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν οξεία νεφρική βλάβη (ουρία 88mg/dL, κρεατινίνη 2,37mg/dL) και μαζική λευκωματουρία (12884mg/24h). Η ηπατική βιοχημεία ήταν φυσιολογική. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, με εξαίρεση θετικό τίτλο anti-SMA (1/80) και μονοκλωνική IgMλ στην ανοσοκαθήλωση ούρων.

Διενεργήθηκε βιοψία νεφρού όπου παρατηρήθηκαν C3 εναποθέσεις με κοκκιώδες πρότυπο στα τοιχώματα των τριχοειδών καθώς και στη βασική μεμβράνη των ουροφόρων σωληναρίων, θέτοντας τη διάγνωση της C3ΣΝ. Ακολούθησε οστεομυελική βιοψία η οποία απέβη αρνητική για νεοπλασματική διήθηση.

Ο ασθενής έλαβε ειδική αγωγή για τέσσερις μήνες με mycophenolate mofetil και κορτιζόνη παρουσιάζοντας προοδευτική βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και της λευκωματουρίας (3450mg/24h).

Ένα μήνα αργότερα επέστρεψε στο Νοσοκομείο αιτιώμενος έντονο κοιλιακό άλγος. Διαπιστώθηκε επηρεασμένη ηπατική λειτουργία, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος των χοληφόρων έθεσε την υπόνοια νεοπλασίας στο φύμα του Vater. Η βιοψία κατά τη διενέργεια ERCP επιβεβαίωσε την παρουσία του αδενοκαρκινώματος και χαμηλόβαθμη παγκρεατική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple. Τρεις μήνες μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε περαιτέρω βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη 1,56mg/dL, ουρία 66mg/dL) και της λευκωματουρίας (1220mg/24h).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η C3ΣΝ μπορεί να αποτελεί παρανεοπλασματική εκδήλωση σιωπηλού συμπαγούς όγκου και θα πρέπει να διερευνάται η πιθανή συνύπαρξη του, ιδίως σε απουσία αιματολογικού νοσήματος.

## 150. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Ευθυμίου, Α. Παπαλεξάνδρου, Β. Γκίκα, Ε. Γκόγκα, Ι. Ρέβελα
*ΜΧΑ Φροντίς Κερατσινίου, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) είναι επιρρεπείς στην υπερκαλιαιμία και αυτό σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Η μελέτη αυτή εκτιμά τον επιπολασμό της υπερκαλιαιμίας, τον αριθμό των επεισοδίων σε διάστημα 6 μηνών και τη συχνότητα των φαρμακευτικών αγωγών σε ασθενείς υπό ΑΜΚ.
**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 120 ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΜΚ. Κριτήρια ένταξής στη μελέτη ήταν: ΑΜΚ για διάστημα 1 έτους και 3 φορές την εβδομάδα. Το κάλιο μετρήθηκε στο 3-μερο και στο 2-μερο μεταξύ των συνεδριών ΑΜΚ. Η υπερκαλιαιμία ορίσθηκε πάνω από 5.5 mmol/L. Τα επεισόδια υπερκαλιαιμίας καταγράφηκαν για 6 μήνες.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Υπερκαλιαιμία διαπιστώθηκε στο 23% των ασθενών. Η μέση τιμή καλίου στο 3-μερο ήταν 4.9 (± 0.6) mmol/L με μέγιστη τιμή 6.3 mmol/L, ενώ στο 2-μερο η μέση τιμή ήταν 4.7 (± 0.6) mmol/L με μέγιστη τιμή 6.1 mmol/L. Στο 3-μερο, υπερκαλιαιμία διαπιστώθηκε στο 21% ενώ στο 2-μερο στο 9% των ασθενών (Εικόνα 1Α,1Β). Σε διάστημα 6 μηνών, επεισόδια αυξημένων τιμών καλίου διαπιστώθηκαν σε 51 ασθενείς (42%) (Εικόνα 1Γ). Φαρμακευτική αγωγή για υπερκαλιαιμία λάμβαναν 45 ασθενείς (37.5%), 10% έπαιρναν πολυστυρένιο και 27.5% νατριούχο κυκλοπυριτικό ζιρκόνιο (SZC). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για την παρουσία ή μη υπερκαλιαιμίας παράγοντες κινδύνου ήταν: η διάρκεια σε έτη σε ΑΜΚ (p=0.02), η μέθοδος της ΑΜΚ (αιμοδιαθιήθηση) (p=0.009), και η λήψη ή μη φαρμάκων (p<0.001). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση παράγοντας κινδύνου παρέμενε μόνο η χρήση φαρμάκων (p=0.004).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπερκαλιαιμία διαπιστώνεται σε αξιόλογο αριθμό ασθενών υπό αιμοκάθαρση παρά τη χρήση φαρμάκων έναντι αυτής. Η προσθήκη του νεότερου SZC έχει βοηθήσει να μην αντιμετωπίζουμε ακραίες τιμές καλίου, όμως υπάρχει δυνατότητα για περαιτέρω μείωση τόσο του επιπολασμού όσο και της συχνότητας των επεισοδίων υπερκαλιαιμίας σε αυτούς τους ασθενείς.

## 151. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΕΠΑΝΑΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Α. Ζολώτα, Θ. Κουλουκουργιώτου, Γ. Μυσερλής, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Κατσάνος, Α. Κοφινάς, Σ. Βασιλειάδου, Κ. Καρακάση, Η. Παληός, Σ. Νείρος, Σ. Λαχανούδη, Π. Μανωλούδη, Μ. Παυλίδης, Γ. Τσουλφάς
*Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διενέργεια των υποψήφιων ληπτών του νεφρικού μοσχεύματος που θα μπορούσαν να αξιολογηθούν ως προς τον σχεδιασμό για την επαναμεταμόσχευση τους.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 83 ασθενείς (54 άρρεν) και (29 θήλυ) που εντάχθηκαν στην αιμοκάθαρση μετά από απώλεια λειτουργίας νεφρικού μοσχεύματος. Εκτιμήθηκαν η διάρκεια επιβίωσης του μοσχεύματος, η διάρκεια της αρχικής κάθαρσης που είχε προηγηθεί, η HLA συμβατότητα, τα επεισόδια απορρίψεων καθώς και η εμφάνιση μεταμοσχευτικού σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακής συννοσηρότητας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επιβίωση του μοσχεύματος ανήλθε σε 13,3±6,2 έτη με το 66% των ασθενών να καταγράφει σχετική επιβίωση άνω των 10 ετών. Η μικρότερη ηλικία των ασθενών κατά την μεταμόσχευση συσχετίστηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα για μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος. Η επανένταξη στην αιμοκάθαρση συνέβη αργότερα στους ασθενείς που είχαν λάβει μόσχευμα από ζώντα δότη (p=0,002) και είχαν υποβληθεί σε κάθαρση για διάστημα μικρότερο της πενταετίας πριν την μεταμόσχευση (p=0,009). Μετά την ένταξη στην αιμοκάθαρση, το 35% των ασθενών εγγράφηκε εκ νέου στην λίστα για λήψη μοσχεύματος από αποβιώσαντα δότη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έγκαιρη δωρεά από ζώντα δότη οδήγησε σε μακρύτερη επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος, ιδιαίτερα στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς που τελικά επανεντάχθηκαν στην αιμοκάθαρση. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών είναι υποψήφιοι για επαναμεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη.

# 152. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ε. Ευθυμίου, Β. Γκίκα, Ε. Γκόγκα, Α. Παπαλεξάνδρου, Δ. Χατζόπουλος, Δ. Τουρούκης, Ι. Ρέβελα
*ΜΧΑ Φροντίς Κερατσινίου*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υπερκαλιαιμία αποτελεί μείζων πρόβλημα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ). Το νατριούχο κυκλοπυριτικό ζιρκόνιο (SZC) είναι ένα νέο φάρμακο που δεσμεύει ιόντα καλίου στον γαστρεντερικό σωλήνα. Η μελέτη αυτή σκοπό έχει να αξιολογήσει τις αλλαγές στα επίπεδα καλίου ορού ασθενών υπο αιμοκάθαρση μετά την έναρξη αγωγής με SZC.
**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήσαμε στη ΜΧΑ Φροντίς, 22 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, που λαμβάνουν SZC τις ημέρες εκτός ΑΜΚ. Η μέση ηλικία ήταν 70± 9 έτη, με 82% άνδρες. Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρατίθενται στον Πίνακα 1α. Καταγράφηκαν οι μετρήσεις καλίου ορού πέντε μήνες πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια θεραπείας με SZC. Η μέση διάρκεια θεραπείας ήταν 18 μήνες.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε αιμοδιαδιήθηση υποβαλλόταν το 64% των ασθενών, ενώ το 96% αυτών είχε αρτηριοφλεβική αναστόμωση. Η μέση τιμή του δείκτη επάρκειας κάθαρσης ήταν 1.37±0.2. Πριν την έναρξη SZC, η μέση τιμή καλίου ορού ήταν 5.43 ± 0.57 mmol/L, η οποία αυξήθηκε σε 5.9 ± 0.6 mmol/L τον μήνα έναρξης χορήγησης SZC. Κατά το διάστημα λήψης SZC, η μέση τιμή καλίου ορού μειώθηκε σε 5.25 ± 0.63 mmol/L (Πίνακας 1β, Γράφημα 1). Η ανάλυση με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις επιβεβαίωσε ότι η χορήγηση SZC οδηγεί σε στατιστικά σημαντική βελτίωση και έλεγχο της υπερκαλιαιμίας των ασθενών ($p < 0.001$) (Πίνακας 2). Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε να υποβληθεί σε επιπλέον ΑΜΚ λόγω υπερκαλιαιμίας παρ΄ ότι «ελευθερώθηκαν» σε κάποιο βαθμό οι διατροφικοί περιορισμοί τους.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει πως η θεραπεία με SZC οδηγεί σε αποτελεσματική μείωση των επιπέδων καλίου ορού σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Αυτά τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του SZC στην αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας σε αυτόν τον πληθυσμό.

**Πίνακας 1α.** Βασικά χαρακτηριστικά ασθενών.

| Ασθενείς | N=22 |
|---|---|
| Άρρεν (N, %) | 18 (82) |
| Ηλικία, έτη, μέση τιμή (τυπική απόκλιση) | 70 (9) |
| Κάπνισμα, (N, %) | 4 (18) |
| Αιμοδιαδιήθηση, (N, %) | 14 (64) |
| Αρτηριοφλεβική αναστόμωση/μόσχευμα, (N, %) | 21 (96) |
| Σακχαρώδης διαβήτης, (N, %) | 13 (59) |
| Στεφανιαία νόσος, (N, %) | 9 (41) |
| Κολπική μαρμαρυγή, (N, %) | 7 (32) |
| Καρδιακή ανεπάρκεια, (N, %) | 3 (14) |
| Περιφερική αρτηριακή νόσος, (N, %) | 9 (41) |
| Δυσλιπιδαιμία, (N, %) | 17 (77) |
| Δείκτης επάρκειας κάθαρσης (Kt/V), μέση τιμή (τυπική απόκλιση) | 1.37(0.2) |

**Πίνακας 1β.** Κάλιο ορού πριν, στην έναρξη και κατά τη διάρκεια θεραπείας με SZC.

| Κάλιο ορού | Πρίν το SZCγια 5 μήνες | Έναρξη SZC | Υπό SZC για 18 μήνες |
|---|---|---|---|
| Μέση τιμή (τυπική απόκλιση), mmol/L | 5.43 (0.57) | 5.9 (0.6) | 5.25 (0.63) |

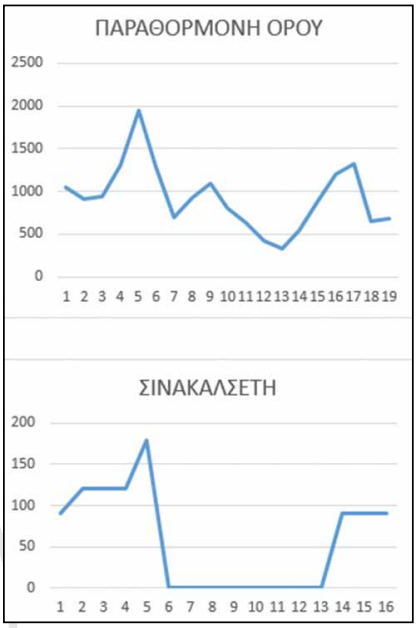
**Πίνακας 2.** Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις καλίου ορού προ και υπό SZC.

| Κάλιο mmol/L | β συντελεστής | Std. err. | p-value |
|---|---|---|---|
| SZC θεραπεία | -0.31 | 0.05 | <0.001 |

## 153. ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ε. Γκόγκα, Β. Γκίκα, Ε. Ευθυμίου, Α. Παπαλεξάνδρου, Α. Λαύκας, Ι. Ρέβελα
*ΜΧΑ Φροντίς Κερατσινίου, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΥΠΘ) είναι πιο συχνός σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ). Η αντιμετώπιση του ΥΠΘ αποτελεί θεραπευτική πρόκληση καθώς παρά τις φαρμακευτικές επιλογές η ρύθμιση του μπορεί να αποτύχει και να απαιτηθεί χειρουργική θεραπεία.
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής, ηλικίας 32 ετών, με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υπό ΑΜΚ για 10 έτη και πρωτοπαθή νόσο FSGS (εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση), σε αναμονή για μεταμόσχευση, παρουσίασε διαδοχικά μηνιαίες υψηλές τιμές παραθορμόνης (PTH). Η μηνιαία παρακολούθηση της παραθορμόνης φαίνεται στο Γράφημα 1. Ο ασθενής ελάμβανε για τον ΥΠΘ φωσφοδεσμευτικά δισκία, παρακαλσιτόλη και σινακαλσέτη. Είχε δοκιμαστεί και η ετηλκαλσετίδη, αλλά ο ασθενής παρουσίασε αλλεργία. Ο ασθενής αρχικά είχε φυσιολογικό ασβέστιο και υπέρηχογραφημα παραθυρεοειδών χωρίς αδένωμα. Μετά τη συνεχόμενη αύξηση των τιμών της παραθορμόνης, παρά τη τιτλοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, έγινε σπινθηρογράφημα με sestamibi, που δεν ανέδειξε αδένωμα ή υπερπλασία παραθυρεοειδών. Επιπρόσθετα, έγινε νέο υπερηχογράφημα παραθυρεοειδών και χαρτογράφηση που έδειξε εικόνα αδενωμάτων των παραθυρεοειδών αδένων. Η μέτρηση οστικής πυκνότητας, ήταν φυσιολογική. Αποφασίστηκε λοιπόν η χειρουργική αντιμετώπιση με υφολική παραθυρεοειδεκτομή. Αφαιρέθηκαν ο αριστερός άνω και κάτω αδένας, ο δεξιός κάτω και τμήμα του άνω αδένα. Μετά την χειρουργική επέμβαση, οι τιμές της παραθορμόνης μειώθηκαν στην αρχή ενώ στη συνέχεια παρουσίασαν ανοδική πορεία (Γράφημα 1). Ο ασθενής επανελέχθηκε με υπερηχογράφημα παραθυρεοειδών αδένων, το οποίο ανέδειξε μόνο τον εναπομείναντα παραθυρεοειδή αδένα. Τον 8ο μετεγχειριτικό μήνα, αποφασίστηκε, λόγω υψηλών τιμών παραθορμόνης, η επανέναρξη σινακαλσέτης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η επιλογή της υφολικής αντί ολικής παραθυρεοειδεκτομής στο συγεκριμένο ασθενή δεν έδωσε οριστική λύση στον ΥΠΘ. Παρότι τα κριτήρια για την επιλογή χειρουργικής έναντι φαρμακευτικής αγωγής είναι σαφή, η βέλτιστη χειρουργική προσέγγιση μένει να διευκρινιστεί και θα πρέπει να εξατομικεύεται.




**Γράφημα 1.**

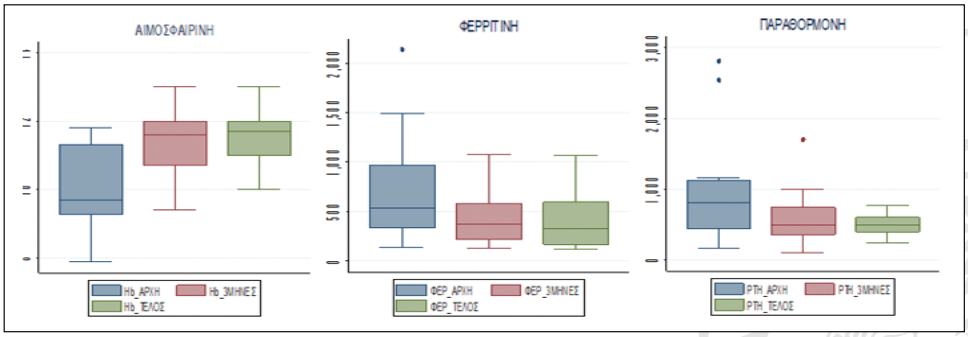
# 154. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ι. Ρέβελα, Ε. Ευθυμίου, Ε. Γκόγκα, Α. Παπαλεξάνδρου, Δ. Τουρούκης, Β. Γκίκα
*ΜΧΑ ΦΡΟΝΤΙΣ Κερατσίνι*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα τελευταία χρόνια οι αντικανονικές αφίξεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν μειωθεί. Παρόλα αυτά το 2024 καταγράφηκαν 86 810 αντικανονικές αφίξεις. Ορισμένοι μετανάστες που φτάνουν στην Ελλάδα πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου και χρειάζονται αιμοκάθαρση (ΑΜΚ).
**ΥΛΙΚΟ:** Στο κέντρο μας έχουν υποβληθεί σε ΑΜΚ 21 ασθενείς μετανάστες μεταξύ 2023-2024, προερχόμενοι κυρίως από Σομαλία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Άνδρες ήταν 14 (67%) ασθενείς και γυναίκες 7 (33%). Η διάμεση ηλικία ήταν τα 31 έτη (εύρος 20-64). Ιστορικό υπέρτασης είχαν 12 (57%) ενώ διαβήτη μόνο 1 (4,7%). Το μέσο διάστημα παρακολούθησης ήταν 5,3 μήνες (εύρος: 3-11). Με αρτηριοφλεβική αναστόμωση προσήλθαν 10 ασθενείς και με καθετήρα ΑΜΚ (CVC) 11. Από τα εργαστηριακά στην 1η συνεδρία παρατηρούμε αναιμία με διάμεση τιμή αιματοκρίτη 29,4 (εύρος 26-36) και αιμοσφαιρίνης 9.7 (εύρος 8-12), δευτεροπαθή υπερπαραθυροειδισμό με διάμεση τιμή παραθορμόνης 808 (εύρος 346-2542) και λοιπός εργαστηριακος έλεγχος φαίνεται στον πίνακα 1. Φαρμακευτική αγωγή ελάμβανε το 52%, κυρίως αντιυπερτασικά δισκία. Φωσφοδεσμευτικά φάρμακα λάμβαναν κυρίως ασβεστίου. Τη χρήση ερυθροποιητίνης την ανέφεραν 8 ασθενείς ενώ σεβελαμέρης μόνο 2. Το δευτεροπαθή υπερπαραθυροειδισμό τον γνώριζαν μόνο 3 ασθενείς. Τρεις μήνες μετά παρατηρήθηκε βελτίωση αναιμίας, φερριτίνης, δευτεροπαθή υπερπαραθυροειδισμού και αλβουμίνης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (Πίνακας 1) που διατηρείται μέχρι και το τέλος της περιόδου παρακολούθησης (Εικόνα 1). Κανείς από τους ασθενείς δεν παρουσίασε καρδιαγγειακό σύμβαμα ή θάνατο. Οι νοσηλείες τους αφορούσαν λοιμώξεις και επιπλοκές των αγγειακών προσπελάσεων. Το κόστος της ΑΜΚ και των νοσηλειών καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η μελέτη αυτή αποτυπώνει την πραγματικότητα που αφορά μετανάστες ασθενείς με ΑΜΚ. Οι ασθενείς αυτοί είναι νέοι και παραμένουν εδώ προσωρινά. Ακολουθούνται καλές πρακτικές ΑΜΚ, βελτιώνουν τα εργαστηριακά τους και λαμβάνουν αγωγή όπως ο ελληνικός πληθυσμός στην ΑΜΚ.

**Πίνακας 1.** Εργαστηριακός Έλεγχος στην αρχή και 3 μήνες μετά

| | ΑΡΧΗ | | 3 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Διάμεση τιμή | Εύρος (min-max) | Διάμεση τιμή | Εύρος (min-max) | p-value |
| Ht (%) | 29,4 | 25,6-35,8 | 35,4 | 29,5-42 | <0,001 |
| Hb (g/dl) | 9,7 | 7,9-11,8 | 11,6 | 9,4-14 | <0,001 |
| Ουρία (mg/dl) | 151 | 66-216 | 140 | 83-198 | 0,41 |
| Κρεατινίνη (mg/dl) | 11,6 | 5,6-16,7 | 10 | 5,8-14 | 0,13 |
| Κάλιο (mEq/ml) | 5.1 | 4,3-6,9 | 4.8 | 4,2-5,9 | 0,20 |
| Νάτριο (mEq/ml) | 136 | 124-143 | 138 | 128-141 | 0,03 |
| Ασβέστιο(mg/dl) | 8,4 | 6,6-10 | 8,5 | 7,3-9,5 | 0,49 |
| Φώσφορο (mg/dl) | 4,5 | 1,9-8,7 | 4,7 | 1,9-6,9 | 0,95 |
| Παραθορμόνη (pg/dl) | 808 | 355-2811 | 496 | 100-1700 | 0,01 |
| Φερριτίνη (ng/ml) | 533 | 239-2143 | 374 | 127-1080 | 0,01 |
| Αλβουμίνη (g/dl) | 3,7 | 2-3,75 | 4 | 2,5-4,5 | 0,002 |




**Εικόνα 1.** Αιμοσφαιρίνη, φερριτίνη, παραθορμόνη ορού στην αρχή, στους 3 μήνες και στο τέλος της παρακολούθησης.

# 155. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Παπαλεξάνδρου, Ε. Ευθυμίου, Ε. Γκόγκα, Δ. Τουρούκης, Β. Γκίκα, Ι. Ρέβελα
*ΜΧΑ Φροντίς Κερατσινίου*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) συχνά αναφέρουν κνησμό και η σοβαρότητα του σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Σκοπός της παρούσας μελέτης παρατήρησης ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός του κνησμού σε ασθενείς υπό ΑΜΚ και οι θεραπευτικές επιλογές που χρησιμοποιούνται.
**ΥΛΙΚΟ**: Μελετήθηκαν 56 ασθενείς με ΧΝΝΤΣ που υποβάλλονται σε ΑΜΚ στη ΜΧΑ Φροντίς. Ο κνησμός αξιολογήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων και εκτιμήθηκε με 3 κλίμακες αξιολόγησης του κνησμού: την SADS, την WI-NRS και την 5D κλίμακα κνησμού (Πίνακας 1).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η διάμεση περίοδος σε ΑΜΚ ήταν 43 μήνες (εύρος: 5-151). Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Στην κλίμακα SADS, 38% των ασθενών ανέφεραν μέτριο ή σοβαρό κνησμό με προβλήματα ύπνου στο 18% αυτών. Στην κλίμακα WI-NRS, καθόλου κνησμό δήλωσαν 17 (30%) ασθενείς, ενώ σοβαρό κνησμό (WI-NRS 7-10) ανέφεραν 10 ασθενείς (16%). Στην κλίμακα 5D, η διάμεση τιμή ήταν 9 (εύρος: 5-22) (Σχήμα 1). Οποιαδήποτε αγωγή για κνησμό ελάμβαναν 24 ασθενείς (43%). Αντϊισταμινικά από του στόματος έπαιρναν 15 ασθενείς (27%) (Εικόνα 1). Διφελικεφαλίνη, το νέο φάρμακο που χορηγείται ενδοφλέβια στην ΑΜΚελάμβαναν 5 (9%) ασθενείς. Στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) κανένας παράγοντας, δημογραφικός, βιοχημικός ή συνθήκες ΑΜΚ, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός για την παρουσία ή όχι κνησμού**.**
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία κνησμού είναι συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ που υποβάλλονται σε ΑΜΚ και επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και κυρίως τον ύπνο. Παρά τη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του ένα αξιόλογο ποσοστό συνεχίζει να παραπονείται για σοβαρό κνησμό. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για την κατανόηση του φαινομένου και την αντιμετώπιση του.

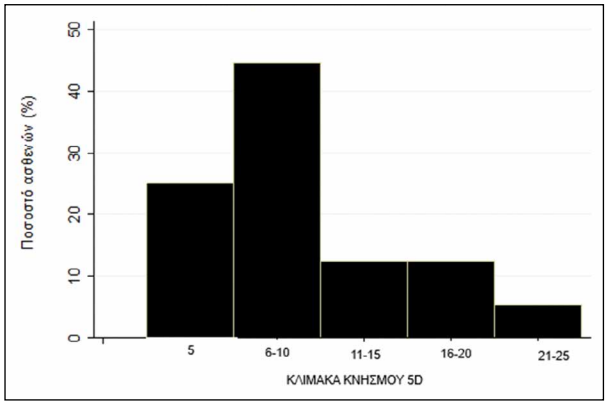
**Πίνακας 1.** Κλίμακες κνησμού.

| | |
|---|---|
| SADS | Ήπιος, Μέτριος, Σοβαρός |
| WI-NRS | Καθόλου =0, Ήπιος1-3, Μέτριος 4-6, Σοβαρός=7-10 |
| 5D κλίμακα | 5 (καθόλου) -25 (πολύ σοβαρός) |

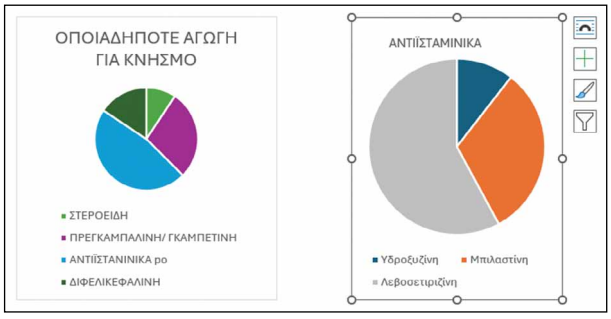
**Πίνακας 2**. Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

| | |
|---|---|
| **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | |
| Ηλικία#, έτη | 71.5 (33-92) |
| Άνδρες $ | 37 (66%) |
| **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ** | |
| Ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης$ | 49(87%) |
| Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1$ | 6 (11.7%) |
| Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2$ | 23(41%) |
| Κάπνισμα $ | 25 (48%) |
| **ΑΜΚ ΣΥΝΘΗΚΕΣ** | |
| HDF$ | 18 (32%) |
| AVF/AVG$ | 33 (58%) |
| Kt/V # | 1.2 (1.1-1.5) |
| **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ** | |
| Αιμοσφαιρίνη#, (g/dl) | 11.7 (8-13) |
| Ουρία ορού#, (mg/dl) | 122 (45-156) |
| Ασβέστιο ορού#, (mg/dl) | 8.5 (7.4-9.8) |
| Φώσφορο ορού#, (mg/dl) | 5 (3-9.5) |
| Αλβουμίνη ορού#, (g/dl) | 3.7 (2.5-4.6) |
| Παραθορμόνη ορού#,(pg/ml) | 216 (6-1700) |

**#** διαμεση τιμή (εύρος)
**$** n (%)




**Σχήμα 1.** Σοβαρότητα κνησμού με βάση την κλίμακα 5D.




**Εικόνα 1.** Ποσοστό ασθενών που λάμβαναν αγωγή κατά του κνησμού.

## ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ

# 156. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ (ΑΡ) ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΚΝΗΜΗΣ (ΔΕ)

Ε. Σιδεράκης, Α. Βασιλοπούλου, Χ. Νικάκης, Φ. Γεωργίου, Κ. Παλαιολόγος, Α. Τριχώνας, Ι. Παναγιωτάκης, Ι. Ρουπίνας, Α. Αποστολόπουλος
*Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:**Το Σύνδρομο της Λιπώδους Εμβολής είναι μια δυνητικά θανατηφόρος οξεία συστηματική διαταραχή η οποία είναι απότοκο της εμβολής λιποσταγονιδίων εντός της μικροκυκλοφορίαςκαι της συστημικής φλεγμονώδους αντίδρασης που προκαλείται. Το σύνδρομο περιλαμβάνει κυρίως εκδηλώσεις από το αναπνευστικό και νευρικό συστημα. Διαγιγνώσκεται εξ αποκλεισμού, είναι αυτοϊώμενοκαι η αντιμετώπιση του είναι υποστηρικτική. Σκοπός της εργασίας μας είναι να σας παρουσιάσουμε ένα περιστατικό συνδρόμου λιπώδους εμβολής σε ανδρα 30 ετων μετά από κατάγματα διάφυσης μηριαίου και διαφυσης κνήμης.
**ΥΛΙΚΟ**: Ο Ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας ύστερα από τροχαίο ατύχημα με δίκυκλο. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε τα προαναφερθέντα κατάγματα χωρίς Κ.Ε.Κ.Ο ασθενής προετοιμάστηκε για επείγον χειρουργείο. Λίγες ώρες μετά την αφιξή του στα ΤΕΠ εμφάνισε πτώση επιπέδου συνείδησης ήταν συγχυτικός και αποπροσανατολισμένος με GCS 11/15 σταδιακά επιδεινούμενη. Εμφάνιζε εμπύρετο, SpO2 82% στο αέρα με pO2< 60 mmHg. Άμεσα έγινε υποστήριξη των ζωτικών σημείων. Υποβλήθηκε εκ νέου σε αξονική εγκεφάλου και CTPA προς αποκλεισμό της πνευμονικής εμβολής οι οποίες ήταν αρνητικές χωρίς ουσιαστικά ευρήματα. Έτσι τέθηκε η υποψία του συνδρόμου της λιπώδους εμβολής. Λίγες ώρες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε Status Epilepticus, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μ.Ε.Θ.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Πεντε μέρες αργότερα ο ασθενής χειρουργήθηκε για τα κατάγματα των μακρών οστών με ORIFκαι δέκα μέρεςέπειτα εξήλθε από τη ΜΕΘ κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος. Εμφάνισε ομαλή μετεγχειρητική πορεία στη κλινική μας και μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης. 3 μηνες μετά ο ασθενης είναι υγίης και δυναται να βαδίσει με τη βοήθεια περιπατητήρα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Το σύνδρομο της λιπώδους εμβολής είναι μια σοβαρή επιπλοκή για ασθενεις με κατάγματα μακρών οστών για αυτό χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τον ορθοπαιδικό χειρούργο καθώς πρέπει εγκαίρως να διαγνωστεί και να αποκλειστούν άλλα συμβάματα όπως Κ.Ε.Κ., πνευμονική εμβολή κ.α. Διαφορετικές ειδικότητες πρέπει να συνεργαστούν για την υποστήριξη και την καλύτερη έκβαση του ασθενή.

## 157. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΥΠΕΡΚΟΝΔΥΛΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Κ. Τσιβελέκας, Σ. Λύκος, Δ. Πάλλης, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα κατάγματα του μηριαίου αυχένα είναι κοινά σε ηλικιωμένους ασθενείς, συνήθως μετά από τραύμα χαμηλής ενέργειας. Ωστόσο, τα κατάγματα αυχένα του με συνοδό ομόπλευρο υπερκονδύλιο κάταγμα του μηριαίου είναι εξαιρετικά σπάνια. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές παρουσιάζοντας μοναδικές προκλήσεις στη διάγνωση και τη διαχείριση.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς που υπέστη κάταγμα αυχένα του μηριαίου με συνοδό υπεκονδύλιο κάταγμα μηριαίου έπειτα από χαμηλής ενέργειας κάκωσης, σε συνδυασμό με την εφαρμοσθείσα θεραπεία και την αποκατάστασή του.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 75 ετών, θήλυ, προσεκομίσθη στα ΤΕΠ επειτα από πτώση εξ ιδίου ύψους. Από τον κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε κάταγμα του αυχένα του μηριαίου χωρίς συνοδές κακώσεις. Η αρχική αντιμετώπιση περιελάμβανε τη χρήση ημιαρθροπλαστικής εντός 48 ωρών. Κατά τη διάρκεια της διεγχειρητικής προετοιμασίας, και την τοποθέτηση του ασχθενούς διαπιστώθηκε ένα ομόπλευρο υπερκονδύλιο κάταγμα του μηριαίου.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διεγχειρητική διάγνωση του υπεκονδυλίου κατάγματος οδήγησε σε αλλαγή του χειρουργικού πλάνου. Αρχικά διενεργήθηκε ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση του του υπερκονδυλίου κατάγματος. Η αντιμετώπιση του κατάγματος του αυχένα του μηριαίου πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ημιαρθροπλαστικής 14 ημέρες αργότερα. Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση, στις 2 εβδομάδες ξεκίνησε η κινητοποίηση του γόνατος και η έναρξη μερικής φόρτισης την 6η εβδομάδα. Στους 6 μήνες η ασθενής βαδίζει χωρίς καμία υποστήριξη έχοντας ανακτήσει όλο το λειτουργικό εύρος κινησης του ισχίου και του γόνατος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ενώ τα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου είναι συχνά, τα συνυπάρχοντα υπερκονδυλικά κατάγματα είναι εξαιρετικά σπάνια. Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει τη σημασία της ενδελεχούς αξιολόγησης, της προσαρμοστικότητας κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και της προσεκτικής μετεγχειρητικής παρακολούθησης για τη διαχείριση πολύπλοκων καταγμάτων και επιπλοκών.

## 158. Η ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΒΙΒΛΙΚΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ – Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΒΑΣΙΛΙΑ ΔΑΥΙΔ

Ι. Αλεξίου, Ν. Γραββάνης, Π. Γώγουλος, Π. Παναγιώτου, Α. Κώνστας
*Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας*

Η οστεοπόρωση είναι σκελετική πάθηση που χαρακτηρίζεται από πόνο. Η οστεοπόρωση ως ασθένεια που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και βλαβη της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, που οδηγεί σε αυξημένη ευθραυστότητα
με επακόλουθη αύξηση του κινδύνου καταγμάτων. Επιπροσθέτως του πόνου και της διαταραχής των σωματικών λειτουργιών ένα κάταγμα μπορεί να μειώσει την κι- νητικότητα, τις μετακινήσεις, τις κοινωνικές επαφές του ατόμου και να προκαλέσει συναισθηματικά προβλήματα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι να ερευνήσουμε την πιθανή ασθενεια των οστών του βασιλά Δαβίδ, τα χαρακτηριστικά της και την πιθανή διαφορική διάγνωση στηριζόμενοι στις αναφορές της Βίβλου.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε αυτή τη μελέτη γίνεται προσπάθεια να αναλύσουμε την ασθένεια που έπληξε τον βιβλικό βασιλά Δαβίδ, έναν από τους μεγαλύτερους του Ισραήλ, ο οποίος κυβέρνησε την χώρα πριν από τρεις χιλιάδες χρόνια.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται ως η σκελετική διαταραχή που έχει μειωμένη δύναμη αντοχής του οστίτη ιστού και προδιαθέτει σε ενα αυξημένο καταγματικό κίνδυνο. Η οστική αντοχή αντικατοπτρίζει την οστική πυκνότητα και την οστική ποιότητα. Ο βασιλάς Δαβίδ υπέφερε από μια σοβαρή πάθηση των οστών Γινεται αναφορά στους, ψαλμοί 30:11 <**ὅτι ἐξέλιπεν ἐν ὀδύνῃ ἡ ζωή μου καὶ τὰ ἔτη μου ἐν στεναγμοῖς· ἠσθένησεν ἐν πτωχείᾳ ἡ ἰσχύς μου, καὶ τὰ ὀστᾶ μου ἐταράχθησαν.>** Ψαλμοί 31:3 **<ἐπαλαιώθη τὰ ὀστᾶ μου ἀπὸ τοῦ κράζειν με ὅλην τὴν ἡμέραν .>**
Η πρώτη πρόταση δειχνει ότι τα οστα του βασιλιά εφθάρησαν,η δύναμή του μειώθηκε και είχε γίνει πολύ αδυναμος. Στην δεύτερη πρόταση τα οστά του βασιλιά είχαν φθάσει σε ένα στάδιο όπου ήταν εξαιρετικά λεπτά και αδύναμα προκαλώντας του έντονο πόνο. Τα οστά του βασιλιά Δαβίδ <επαλαιώθηκαν> έγιναν πολύ αδύναμα, δηλαδή η οστική μάζα μειώθηκε. Η μειωμένη οστική μάζα δείχνει ότι ο βασιλιάς Δαβιδ πάσχει από οστεοπόρωση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Αυτή η μελέτη δείχνει ότι οι ρίζες της οστεοπόρωσης ανάγονται στους βιβλικούς χρόνους.

## 159. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ, ΣΤΟ ΟΙΔΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Α. Λοΐζου[1], Α. Παυλικανίδη[1], Α. Χρηστάκου[2]

*[1]Τμήμα Φυσικοθεραπείας Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σπάρτη, [2]Τμήμα Φυσικοθεραπείας Εργαστήριο Εμβιομηχανικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σπάρτη*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κρυοθεραπεία είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιεί χαμηλές θερμοκρασίες με στόχο την σύντομη ανάρρωση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Η αρθροπλαστική γόνατος (ΑΓ) είναι μια συχνή χειρουργική επέμβαση που στόχο έχει την μείωση του πόνου και την αύξησης της λειτουργικότητας. Η έλλειψη συστηματικών ανασκοπήσεων για την αποτελεσματικότητα της κρυοθεραπείας στο πόνο, στο οίδημα και στη λειτουργικότητα την πρώτη μεταχειριτική εβδομάδα από την ΑΓ καθιστά επιτακτική την ανάγκη ύπαρξης της εν λόγω συστηματικής ανασκόπησης.

**ΥΛΙΚΟ:** Σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA και αρχών PICO επιλέχθηκαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, PeDro Library με λέξεις κλειδιά όπως: «cryotherapy», «knee arthroplasty», «edema», «pain», «knee arthroplasty», «function status» με χρήση συγκεκριμένων κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού των ερευνών. Για την καταγραφή της μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών χρησιμοποιήθηκε η έγκυρη κλίμακα PeDro.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με το διάγραμμα ροής επιλέχθηκαν 5 έρευνες με συνολική βαθμολογία 6,6/10 («καλής» μεθοδολογικής ποιότητας). Όλες οι έρευνες εφάρμοσαν παρόμοιο όγκο έντασης και συχνότητα φυσικοθεραπείας (5 φορές την εβδομάδα, διάρκειας 30 λεπτών). Με μια ομάδα παρέμβασης που πραγματοποιούσε την κλασική φυσιοθεραπευτική παρέμβαση μαζί με κρυοθεραπεία και την ομάδα ελέγχου που έκανε μόνο την συνήθης φυσικοθεραπεία, ο χρόνος ολοκλήρωσης των ερευνών ήταν 1 εβδομάδα και πραγματοποιήθηκαν 2 επαναξιολογήσεις σε έναν χρόνο. Χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα εργαλεία αξιολόγησης πόνου Numeric Rating Scale και λειτουργικότητας 10 Meter walking test. Περιορισμοί των ερευνών ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος και η αδυναμία αξιολόγησης του οιδήματος. Οι περιορισμοί της παρούσας ανασκόπησης είναι ο μειωμένος αριθμός ερευνών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η συμβολή της κρυοθεραπείας φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς με ΑΓ. Ωστόσο, προτείνεται περαιτέρω έρευνα για το συνδυασμό χρόνου, όγκου έντασης και συχνότητα θεραπείας για τον υποκείμενο πληθυσμό.

## 160. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΥΠΟΥ PIPKIN IV ΜΕ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ AMIS

Ε. Σιδεράκης, Α. Βασιλοπούλου, Α. Τριχώνας, Σ. Περνιεντάκης, Χ. Νικάκης, Κ. Παλαιολόγος, Ι. Παναγιωτάκης, Ι. Ρουπίνας, Α. Αποστολόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το κάταγμα-εξάρθρημα Pipkin αποτελεί μια σπάνια και σύνθετη κάκωση της μηροκοτυλιαίας άρθρωσης, η οποία απαιτεί άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση για την αποφυγή επιπλοκών, όπως η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη χειρουργική προσπέλαση AMIS (Anterior Minimally Invasive Surgery) ως εναλλακτική μέθοδο για την αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων, εστιάζοντας στα πλεονεκτήματα της ελάχιστης επεμβατικότητας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 50 ετών, διεκομίστη στα ΤΕΠ με κάταγμα –εξάρθρημα τύπου Pipkin IV. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με κλειστή ανάταξη του κατάγματος και τοποθέτηση σκελετικής έλξης. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιήθηκε υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο σε ειδικό τραπέζι έλξεως και με προσπέλαση τύπου AMIS, ανάταξη του κατάγματος και οστεοσύνθεση του με ειδικούς αυλοφόρους κοχλίες. Μετεγχειρητικά, αξιολογήθηκαν τα κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα, ο χρόνος αποκατάστασης, ο μετεγχειρητικός πόνος, καθώς και η λειτουργικότητα της άρθρωσης με τη χρήση των κλιμάκων Harris Hip Score και Merle d'Aubigné.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την παραπάνω προσπέλαση, συνδυαστικά με την χρήση της ειδικής τράπεζας έλξεως που επιτρέπει μεγάλο εύρος στροφής του ισχίου είναι δυνατή η καλύτερη έκθεση του κατάγματος και οστεοσύνθεσης του. Επιπλέον η ύπτια θέση του ασθενούς επιτρέπει την χρήση ακτινοσκοπικού μηχανήματος για το καλύτερο δυνατό διεγχειρητικό αποτέλεσμα. Στην περίπτωση που παρουσίαζουμε, δεν χρειάστηκε επίσης να εξαρθρωθεί η Μηριαία κεφαλή προκειμένου να επιτύχουμε ανάταξη του κατάγματος, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην διατήρηση της αιμάτωσης της και στην μείωση του κινδύνου άσηπτης νέκρωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η AMIS προσπέλαση φαίνεται να αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή για την αντιμετώπιση του κατάγματος-εξαρθρήματος Pipkin, προσφέροντας ταχύτερη αποκατάσταση και μειωμένο κίνδυνο επιπλοκών. Ωστόσο, απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την πλήρη αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων και της ευρύτερης εφαρμογής της τεχνικής.

## 161. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΣΤΙΕΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ

Α. Τριχώνας[1], Μ. Τζαννή[2], Φ. Γεωργίου[1], Ε. Σιδεράκης[1], Α. Βασιλοπούλου[1], Ν. Στατύρης[1], Α. Λιονή[3], Α. Αποστολόπουλος[1], Α. Παπανικολάου[1]

*[1]Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ», [2]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», [3]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οστεομυελίτιδα αποτελεί σοβαρή λοίμωξη του οστικού ιστού, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με εντοπισμένη ή πολυεστιακή μορφή. Η παρούσα εργασία περιγράφει την περίπτωση ενός ασθενούς με πολλαπλές εστίες οστεομυελίτιδας, εστιάζοντας στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** ασθενής, ηλικίας 79 ετών, προσήλθε με βαριά κλινική εικόνα, εμπύρετο με ρίγος, υπερηβικό άλγος, δυσουρικά ενοχλήματα και άλγος στην οσφύ. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC, CRP, PCT). Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας με ενδοφλέβιο και peros σκιαγραφικό ανέδειξε απόστημα στον λαγονοψοϊτη μυ αριστερά, απόστημα και φυσαλίδες αέρα στους προσαγωγούς μύες αριστερά και οστεομυελίτιδα και αλλοιώσεις των πέριξ μαλακών μορίων στα ηβικά οστά άμφω, πτέρυγες του ιερού οστού άμφω, Ο5 σπονδύλου και λαγονίου στην ιερολαγόνια άρθρωση γεγονός που επιβεβαίωσε τη διάγνωση πολυεστιακής οστεομυελίτιδας.
Η θεραπευτική προσέγγιση περιελάμβανε τη χορήγηση ενδοφλέβιων αντιβιοτικών, βάσει καλλιεργειών αίματος, ούρων και πύου που ανέδειξαν την παρουσία E.coli. Ο έλεγχος για φυματίωση και βρουκέλλωση ήταν αρνητικός. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε παρακέντηση υπό αξονικό τομογράφο και τοποθετήθηκε καθετήρας παροχέτευσης (pig tail) στην περιοχη των προσαγωγών μυών. Επιπλέον, λόγω μη βελτίωσης της κλινικής εικόνας, πραγματοποιήθηκαν χειρουργικές παρεμβάσεις για την αφαίρεση νεκρωτικού ιστού από την ηβική σύμφυση και τα ηβικά οστά, στο λαγονοψοϊτη μυ και στους προσαγωγούς μύες, με στόχο την αποτροπή περαιτέρω εξάπλωσης της λοίμωξης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κλινική πορεία του ασθενούς χαρακτηρίστηκε από σταδιακή βελτίωση, με μείωση των δεικτών φλεγμονής και υποχώρηση του πόνου. Ωστόσο, απαιτήθηκε παρατεταμένη θεραπεία με αντιβιοτικά και φυσικοθεραπεία για την αποκατάσταση της κινητικότητας και την πρόληψη επιπλοκών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της συνδυαστικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της πολυεστιακής οστεομυελίτιδας. Παρά τις θεραπευτικές προκλήσεις, η έγκαιρη και εξατομικευμένη παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα, ενώ η μακροχρόνια παρακολούθηση κρίνεται απαραίτητη για την πρόληψη υποτροπών.

# 162. ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Α. Τριχώνας[1], Χ. Νικάκης[1], Ε. Σιδεράκης[1], Ι. Παναγιωτάκης[1], Ν. Στατήρης[1], Ε. Κυριακοπούλου[2], Σ. Κυριακόπουλος[1]

*[1]Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, [2]Ιατρική Σχολή ΔΠΘ*

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για άνδρα 45 ετών με υποτροχαντήριο κάταγμα δεξιού μηριαίου σε πολυομυελιτικό σκέλος
**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιαστεί η δυσκολία χειρουργικής αντιμετώπισης σε μια σπάνια κατάσταση
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής εμφάνισε πολιομυελίτιδα σε ηλικία 9 ετών. Γεννήθηκε και εργάζεται στο Πακιστάν. Το δεξιό σκέλος είναι κοντύτερο και ατροφικό. Η βάδισή του έχει προσαρμοστεί χωρίς βοήθεια ή ορθοτική υποστήριξη. Το κάταγμα προήλθε ύστερα από πτώση εξ ιδίου ύψους σε δωμάτιο ξενοδοχείου.
**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:** Το χειρουργείο έγινε το ίδιο βράδυ κατά την διάρκεια της εφημερίας. Αρχικά έγινε προσπάθεια ενδομυελικής ηλωσης η οποία ήταν ανέφικτη λογω ειδικών ανατομικών χαρακτηριστικών. Η αυχενομηριαία γωνία ήταν μεγάλη (160$^{o}$), η διάμετρος του αυλού πολύ μικρή και το πάχος του φλοιού εξαιρετικά μικρό. Έγινε μετατροπή σε εσωτερική οστεοσύνθεση με ανατομική υπερκονδύλια πλάκα τιτανίου κατάλληλη για το αριστερό μηρό, όπου τοποθετήθηκε ανάποδα και η οποία ήταν διαθέσιμη στην παρακαταθήκη του Νοσοκομείου. Η τοποθέτηση ων κατάλληλων σε αριθμό και θέση διαυχενικών κοχλιών υπήρξε απαιτητική.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής κινητοποιήθηκε από την επόμενη ημέρα με βακτηρίες αγκώνος χωρίς φόρτιση. Η πώρωση του κατάγματος ήταν απρόσκοπτη σε 3 μήνες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ιδανική αντιμετώπιση των καταγμάτων μηριαίου είναι η στατική ενδομυελικη ήλωση. Στην περίπτωσή μας το μηριαίο οστούν είχε απρόβλεπτα ανατομικά χαρακτηριστικά. Η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται από έμπειρη ομάδα, χωρίς πίεση χειρουργικού χρόνου και με αναζήτηση των κατάλληλων διαθέσιμων υλικών οστεοσυνθεσης ύστερα από έρευνα. Δεν συνιστάται η αντιμετώπιση στο πλαίσιο του επείγοντος μέσα στο βράδυ

## 163. ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΣΥΝΟΒΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ι. Παναγιωτάκης, Α. Τριχώνας, Σ. Περνιεντάκης, Χ. Νικάκης, Φ. Γεωργίου, Κ. Παλαιολόγος, Α. Βασιλοπούλου, Ε. Σιδεράκης, Α. Αποστολόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι συνοβιακές κύστεις είναι κυστικές αλλοιώσεις που σπάνια εμφανίζονται γύρω από την άρθρωση του ισχίου, προκαλώντας συμπτώματα όπως πόνο και διόγκωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να συμπιέζουν τους περιβάλλοντες ιστούς, αυξάνοντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, κάτι που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσουμε μια σπάνια περίπτωση συνοβιακής κύστης του ισχίου, την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 70 ετών παρουσίασε ιστορικό δύο μηνών με αυξανόμενο πόνο στη δεξιά βουβωνική χώρα και ψηλαφητή μάζα. Ο πόνος επιδεινωνόταν κατά τη βάδιση και την ανάβαση σκάλας και μειωνόταν με τη χρήση ΜΣΑΦ. Ο ασθενής εξετάστηκε αρχικά στο εξωτερικό ιατρείο γενικής χειρουργικής για τον αποκλεισμό κήλης και παραπέμφθηκε στο ορθοπαιδικό ιατρείο για περαιτέρω διερεύνηση της μάζας, με έμφαση στον αποκλεισμό κακοήθειας. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε ψηλαφητή μάζα στη δεξιά βουβωνική χώρα με ήπια ευαισθησία στην πρόσθια επιφάνεια του ισχίου. Δεν υπήρχε μυϊκή ατροφία. Οι αγγειακές και νευρολογικές εξετάσεις του κάτω άκρου ήταν φυσιολογικές, ενώ το τεστ ανύψωσης τεντωμένου σκέλους ήταν αρνητικό. Το εύρος κίνησης του ισχίου ήταν επώδυνο, χωρίς περιορισμούς. Οι εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική αίματος, CRP, ηπατικές και νεφρικές δοκιμασίες, ηλεκτρολύτες και δείκτες αυτοάνοσων παθήσεων, ήταν φυσιολογικές. Οι ακτινογραφίες του ισχίου έδειξαν οστεοαρθρίτιδα, ενώ οι ακτινογραφίες της οσφυϊκής μοίρας δεν ανέδειξαν παθολογία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκάλυψε κυστική βλάβη διαμέτρου 5x6 cm. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία έδειξαν συνοβιακή κύστη που προέρχεται από τον θύλακο του μυός λαγονοψοΐτη, επικοινωνούσε με τον αρθρικό θύλακο και επεκτεινόταν προς τη διάφυση του μηριαίου οστού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι συνοβιακές κύστεις της άρθρωσης του ισχίου είναι εξαιρετικά σπάνιες, με περιορισμένα περιστατικά στη βιβλιογραφία. Η διαχείρισή τους παραμένει πρόκληση. Η έγκαιρη διάγνωση απαιτεί υψηλή κλινική υποψία, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πόνο ή διόγκωση στη βουβωνική χώρα, ανεξάρτητα από τα ευρήματα των ακτινογραφιών. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τον αποκλεισμό διαφοροδιάγνωσης και κακοήθειας.

## 164. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PAGET:ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κ. Τσιβελέκας, Σ. Λύκος, Δ. Πάλλης, Ι. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ*

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ) σε ασθενείς με νόσο Paget, βασιζόμενη στα υπάρχοντα δεδομένα της βιβλιογραφίας.
**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση, όπου εντοπίστηκαν 13 μελέτες με συνολικά 5.797 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΟΑΓ λόγω νόσου Paget. Η λειτουργική αποκατάσταση αξιολογήθηκε με το Knee Society Score (KSS).
**Αποτελέσματα:** Η μέση βελτίωση του KSS ήταν 44 μονάδες, με το εύρος των τελικών αποτελεσμάτων να κυμαίνεται από 42 έως 86 μονάδες. Οι ασθενείς εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα του γόνατος και στην ποιότητα ζωής τους.
**Συμπεράσματα:** Η ΟΑΓ σε ασθενείς με νόσο Paget αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, με σημαντική λειτουργική αποκατάσταση. Παρά τα θετικά αποτελέσματα, είναι απαραίτητη η κατανόηση των μοναδικών προκλήσεων που παρουσιάζει αυτή η κατηγορία ασθενών για τη βελτιστοποίηση της χειρουργικής και μετεγχειρητικής τους φροντίδας.

## 165. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PAGET:ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Λύκος, Κ. Τσιβελέκας, Δ. Πάλλης, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου (OAI) σε ασθενείς με νόσο Paget, με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα της βιβλιογραφίας.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στο Pubmed η οποία εντόπισε 143 πιθανώς σχετικές μελέτες, εκ των οποίων 11 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν στην τελική ποιοτική και ποσοτική ανάλυση, οι οποίες εξέταζαν την OAI σε ασθενείς με νόσο Paget. Οι λειτουργικές εκβάσεις αξιολογήθηκαν με τη χρήση του Harris Hip Score (HHS) και του Hospital for Special Surgery (HSS) hip-rating scale.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με νόσο Paget εμφάνισαν σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης μετά την OAI. Το HHS παρουσίασε μέση αύξηση κατά 36,9 μονάδες (εύρος 48,3-85,2), ενώ το HSS βελτιώθηκε από 18 σε 30 μονάδες σε μέση παρακολούθηση 7,8 ετών (εύρος 0,4-17). Παρόλο που η επιβίωση των εμφυτευμάτων ήταν συγκρίσιμη με τους υγιείς, οι ασθενείς με νόσο Paget είχαν αυξημένο κίνδυνο ιατρικών και χειρουργικών επιπλοκών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η OAI σε ασθενείς με νόσο Paget οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής, παρά τις αυξημένες επιπλοκές. Η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτής της ομάδας ασθενών είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής διαχείρισης.

## 166. ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝΤΕΣ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΛΕΜΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΟΛΕΜΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ

Ι. Αλεξίου, Ν. Γραββάνης, Π. Γώγουλος, Χ. Κυρατζόγλου, Α. Κώνστας
*Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας*

Όπου ο άνθρωπος, ο πόλεμος και οι μικροοργανισμοί ,συμπίπτουν, η μόλυνση του τραύματος είναι εμφανής.Η περιοχή της Μέσης Ανατολής μαστίζεται από επανειλημμένες ένοπλες συγκρούσεις που επηρεάζουν τόσο τους πολίτες όσο και τους στρατιώτες. Οι τραυματισμοί που υφίστανται κατά τη διάρκεια του πολέμου είναι συχνοί και συνδέονται με πολλαπλές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή. Οι μολύνσεις των πολεμικών τραυματων είναι αξιοσημειωτες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ειναι η μελετη της μικροβιολογίας των λοιμώξεων τραυμάτων που σχετίζονται με τον πόλεμο, καθως και η μικροβιακη αντοχή αυτών, από περιοχές συγκρούσεων όπως το Ιράκ, τη Συρία, το Ισραήλ και τον Λίβανο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Με βάση την ξένη βιβλιογραφία εξετάσαμε τις μεθόδους που εφαρμόζονταν για την θεραπεία των πολεμικών τραυμάτων και την πρόληψη των λοιμώξεων αυτώναυξημένη συχνότητα εμφάνισης πολυανθεκτικών οργανισμών (MDR).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την ευρεία χρήση αντιβιοτικών τις τελευταίες δεκαετίες, τα βακτήρια είχαν πολλές ευκαιρίες να αυξήσουν την αντοχή τους. Η μικροβιολογία των λοιμώξεων πολεμικών τραυμάτων είναι μεταβλητή με την επικράτηση των Gram-αρνητικών βακτηρίων σε μεταγενέστερα στάδια Αν και είναι υπεύθυνη για τη μείωση του φορτίου μόλυνσης από τον τραυματισμό μάχης, η ευρεία χρήση αντιβιοτικων έχει δημιουργήσει: τα πολυανθεκτικά βακτήρια. Η χρήση αντιβιοτικών δεν αποστειρώνει ούτε καθαρίζει την πληγή. Σκοπός τους είναι να αποτρέψουν την ταχεία ανάπτυξη και τον θάνατο του ασθενούς πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Η εμφάνιση αντοχής στους μικροοργανισμούς που μολύνουν πολεμικα τραύματα, έχει σημαντικές επιπτώσεις. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση των πολυανθεκτικών παθογόνων περιλαμβάνουν το χρονοδιάγραμμα και τον τύπο της χειρουργικής αντιμετώπισης στο τραύμα. Το *A. Baumannii* είναι Gram-αρνητικό παθογόνο με τον μεγαλύτερο επιπολασμό πολυαντοχής που διαπιστώθηκε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Εκτος απο τη θεραπεια των τραυμάτων μαχης οι ασθενείς εχουν να αντιμετωπισουν και την πολυπλοκότητα της παγκοσμιας μαχης κατα της αντοχής στα αντιβιοτικα.

## 167. ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟ SALMONELLA ENTERITIDIS

Σ. Λύκος, Κ. Τσιβελέκας, Δ. Πάλλης, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης χρόνιας περιπροθετικής λοίμωξης σε έδαφος ολικής αρθροπλαστικής ισχίου από Salmonella enteritidis, δέκα χρόνια μετά την αρχική επέμβαση, και αξιολόγηση της θεραπευτικής διαχείρισης του ασθενούς.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 68 ετών προσήλθε στην ορθοπαιδική μας κλινική με προοδευτικά επιδεινούμενου άλγους στο δεξιό ισχίο από 20ημέρου, συνοδευόμενο από ερυθρότητα, οίδημα και μειωμένο εύρος κίνησης. Η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε συλλογή υγρού πλησίον της άρθρωσης του ισχίου με παρουσία συριγγίου και η παρακέντηση του υγρού υπό αξονικό τομογράφο έδειξε μικρόβιο της ομάδος Salmonella. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αναθεώρηση σε δύο στάδια με χρήση spacer εμπλουτισμένου με αντιβιοτικά. Ελήφθησαν δείγματα από το εξαρθέν προθέμα και επτά ενδοεγχειρητικά δείγματα ιστού, τα οποία εξετάστηκαν εργαστηριακά. Η μεθοδολογία περιελάμβανε υπερηχητική επεξεργασία (sonication) σύμφωνα με το πρωτόκολλο του Trampuz, καθώς και καλλιέργειες σε διάφορα υποστρώματα. Η ταυτοποίηση του παθογόνου και ο έλεγχος ευαισθησίας πραγματοποιήθηκαν με τη μέθοδο Vitek 2 και επιβεβαιώθηκαν από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών. Το μικρόβιο αναγνωρίστηκε ως Salmonella enteritidis και καταγράφηκε ευαισθησία στα περισσότερα αντιβιοτικά βάσει EUCAST.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η λοίμωξη αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με 6 εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής(κεφιπίμη, κεφτριαξόνη και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη) και επανεμφύτευση της πρόθεσης. Μετεγχειρητικά, ο ασθενής εμφάνισε πλήρη αποκατάσταση με φυσιολογικές τιμές CRP και ESR, χωρίς σημεία υποτροπής της λοίμωξης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι χρόνιες περιπροθετικές λοιμώξεις της άρθρωσης του ισχίου από Salmonella είναι εξαιρετικά σπάνιες και απαιτούν υψηλό δείκτη υποψίας. Η συνδυαστική θεραπεία με αναθεώρηση δύο σταδίων και στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή αποδείχθηκε αποτελεσματική, όπως καταδεικνύεται από την παρούσα περίπτωση.

## 168. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΛΕΙΔΑΣ:ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Λύκος, Κ. Τσιβελέκας, Δ. Πάλλης, Ι. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαδάκης
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της επίδρασης του καπνίσματος στην καθυστερημένη πόρωση των καταγμάτων της κλείδας και η ανάδειξη των σχετικών παραγόντων κινδύνου.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο PubMed, εστιάζοντας σε μελέτες που εξετάζουν την επούλωση συντηρητικά αντιμετωπισμένων καταγμάτων διάφυσης της κλείδας σε καπνιστές. Αναλύθηκαν δεδομένα σχετικά με την καθυστερημένη πόρωση, τον κίνδυνο μη πόρωσης και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά τη διαδικασία επούλωσης.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι καπνιστές παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο μη πόρωσης (σχετικός κίνδυνος RR: 3.68) σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η καθυστερημένη πόρωση ήταν συχνότερη, γεγονός που συνδέεται με τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος στον μεταβολισμό των οστών και την αγγείωση της περιοχής του κατάγματος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καθυστερημένη πόρωση των καταγμάτων της κλείδας, αυξάνοντας τον κίνδυνο μη πόρωσης. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, ώστε να βελτιώσουν τις πιθανότητες επιτυχούς επούλωσης και να μειώσουν τον κίνδυνο επιπλοκών.

## 169. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΕΣ. ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 92 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ.

Α. Παλιούρας, Ε. Δούβλη, Τ. Δάκος, Ι. Χαμπηλομάτης, Ι. Γιαννάκης, Σ. Τσαμπαλάς, Α. Ζαχαρίου, Ν. Σοφικίτης, Δ. Μπαλτογιάννης

*Ουρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Η δερματική εκτροπή των ούρων με δερμο-ουρητηροστομίες στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα αποτελεί μια κλασική τεχνική μετά από ριζική κυστεκτομή, η οποία παρά την πρόοδο στον τομέα των νεοκύστεων από τμήματα του εντερικού σωλήνα πραγματοποιείται στο 24% των ριζικών κυστεκτομών. Η ανάγκη ύπαρξης μόνιμου ουρητηρικού stent και η άμεση επικοινωνία του ανώτερου ουροποιητικού με το δέρμα, αυξάνουν σημαντικά την εμφάνιση λοιμώξεων. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η αναδρομική καταγραφή δεδομένων από 92 ασθενείς με εμπύρετη λοίμωξη σε έδαφος ουρητηροστομιών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Ουρολογική κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων από 01/01/2021 έως 31/12/2024.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι 92 ασθενών με εμπύρετη λοίμωξη σε έδαφος ουρητηροστομιών και έγινε καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Στη μελέτη συμμετείχαν 59 άνδρες και 33 γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 69 έτη (median age = 69, range= 48-89). Το 68,5% είχαν αμφοτερόπλευρες ουρητηστομίες, το 24% στομίες «δίκην δικάνου» και το 7,5% μονήρη στομία. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης από την κυστεκτομή ήταν 38 μήνες (range 1-86), το 30,4% των ασθενών είχε αντιμετωπίσει ανάλογη λοίμωξη την τελευταία διετία, ενώ το 39,1% είχε παρουσιάσει υποτροπή του νεοπλάσματος στη φάση της λοίμωξης. Το 28,2% των ασθενών κατά τη εισαγωγή τους ταξινομούνταν σε στάδια 4 & 5 νεφρικής νόσου (GFR).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό μειονέκτημα της δερματικής εκτροπής των ούρων και η επιλογή της μεθόδου πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα, και στις περιπτώσεις που η δημιουργία νεοκύστης αντενδείκνυται ογκολογικά ή χειρουργικά.

## 170. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΥΡΟΛΙΘΙΑΣΗ: ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΑΓΓΕΙΟΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ

Χ. Χατζηγρηγοριάδης[1], Ε. Κουφόπουλος[1], Κ. Βιλανάκης[1], Δ. Σπερδούλη[2], Β. Τατάνης[3], Θ. Σπίνος[3], Α. Πετεινάρης[3], Α. Σαμαράς[3], Α. Θάνος[4], Ε. Λιάτσικος[3], Π. Καλληδώνης[3]

*[1]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [2]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Τμήμα Ουρολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [4]Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το εν τω βάθει ή επιθετικό αγγειομύξωμα είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα της πυέλου. Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για έναν καλοήθη όγκο, η τάση του να διεισδύει στους μαλακούς ιστούς και να λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις (συνήθως > 10 εκ.) υποδηλώνει επιθετική βιολογική συμπεριφορά. Συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς γυναικείου φύλου, αλλά υπάρχουν πρόσφατες αναφορές για επιθετικό αγγειομύξωμα σε άνδρες. Πρόκειται για ένα σημαντικό, αλλά σπάνιο αίτιο πυελικής μάζας. Η κλινική παρουσίαση είναι μη ειδική. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς είναι είτε ασυμπτωματικοί είτε παρουσιάζουν μη ειδικά συμπτώματα, όπως αμβλύς πόνος, δυσκοιλιότητα και δυσουρικά ενοχλήματα. Συχνά διαγιγνώσκεται εσφαλμένα ως βουβωνοκήλη, υδροκήλη, καρκίνος όρχεως, λίπωμα και κύστη επιδιδυμίδας στους άνδρες, οδηγώντας σε λανθασμένη θεραπεία. Συνεπώς, η προεγχειρητική διερεύνηση με απεικονιστικές μελέτες (υπερηχογράφημα, υπολογιστική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία) και η προεγχειρητική βιοψία επιτρέπουν την ακριβή διάγνωση και τη θεραπεία. Η παρούσα θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου με αρνητικά όρια. Ο ρόλος της ορμονοθεραπείας ερευνάται σε ασθενείς με εν τω βάθει αγγειομυξώμα θετικό για υποδοχείς οιστρογόνων/προγεστερόνης. Η τακτική παρακολούθηση είναι απαραίτητη λόγω του υψηλού ποσοστού υποτροπής (9–72%).

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ηλικιωμένου άνδρα, ο οποίος προσήλθε με αιματουρία λόγω ουρολιθίασης και με ασυμπτωματική βουβωνική μάζα, η οποία έδινε την εντύπωση βουβωνοκήλης. Η υπολογιστική τομογραφία νεφρού-ουρητήρα-κύστης ανέδειξε την παρουσία ύποπτης συμπαγούς μάζας στη βουβωνική περιοχή, η οποία αφαιρέθηκε χειρουργικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιστολογική εξέταση του όγκου ήταν συμβατή με τη διάγνωση του εν τω βάθει αγγειομυξώματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση του εν τω βάθει αγγειομυξώματος πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με βουβωνική μάζα, για να αποφευχθεί τόσο η καθυστερημένη θεραπεία όσο και η ελλιπής χειρουργική εκτομή.

## 171. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΛΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ

Α. Παλιούρας, Ε. Δούβλη, Ι. Χαμπηλομάτης, Τ. Δάκος, Σ. Τσαμπαλάς, Ι. Γιαννάκης, Α. Ζαχαρίου, Δ. Μπαλτογιάννης, Ν. Σοφικίτης

*Ουρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ιατρογενείς κακώσεις της ουροδόχου κύστης πραγματοποιούνται συνηθέστερα στα πλαίσια ενδοσκοπικών επεμβάσεων και επεμβάσεων της ελάσσονος πυέλου αποτελώντας το 5% των κακώσεων του οργάνου. Ταξινομούνται σύμφωνα με την American Association for the Surgery of Trauma σε 5 κατηγορίες από απλό αιμάτωμα τοιχώματος έως πλήρη ρήξη με επέκταση στον αυχένα και στο τρίγωνο. Η ρήξη μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο εξωπεριτοναϊκά όσο και ενδοπεριτοναϊκά. Μόνο το 75% των κακώσεων γίνονται αντιληπτές σε πρώτο χρόνο. Στους υπόλοιπους ασθενείς η κλινική εικόνα ποικίλει και εξαρτάται και από το χρόνο της διάγνωσης. Σκοπός της παρούσας αναφοράς είναι η περιγραφή ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ενδοπεριτοναϊκής ρήξης ουροδόχου κύστης μετά από καθετηριασμό.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γίνεται μια σύντομη περιγραφή του περιστατικού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ασθενής 75 ετών με άνοια, σακχαρώδη διαβήτη και κολπική μαρμαρυγή, κατακεκλεισμένη από τριμήνου λόγω κατάγματος ισχίου διακομίζεται από κέντρο αποκατάστασης λόγω αδυναμίας- κατακλισμού, εμπύρετου και κοιλιακού άλγους. Κατά την κλινική εξέταση παρουσιάζει ταχυκαρδία, ταχύπνοια και έντονη ευαισθησία στη ψηλάφηση της κοιλίας. Φέρει foley με αλλαγή από τριημέρου χωρίς μακροσκοπική αιματουρία αλλά μειωμένη διούρηση. Δεν είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στην ελάσσονα κοιλία. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, ουραιμία με φυσιολογική κρεατινίνη και υπερνατριαιμία. Στην αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ασυνέχεια στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Πραγματοποιήθηκε ανιούσα κυστεογραφία η οποία ανέδειξε ενδοκοιλιακή διαφυγή σκιαγραφικού. Κατά τη λαπαροτομία διαπιστώθηκε ρήξη του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης και αφού έγινε συρραφή τοποθετήθηκε foley. Η ασθενής είχε άριστη μετεγχειρητική πορεία. Έλαβε εξιτήριο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα και προσήλθε για την αφαίρεση του ουροκαθετήρα τη 10η μετεγχειρητική ημέρα μετά από ανιούσα κυστεογραφία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοπεριτοναϊκή ρήξη της ουροδόχου κύστης αποτελεί μια πολύ σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή ενός τραυματικού καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης η οποία απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση.

## ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ

# 172. ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΣΗΣ Α-ΤΟΚΟΦΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ ΒΛΑΒΗΣ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (RNFL) ΣΕ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΕΡΙΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ OCT ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Δ. Τζαμουράνης, Α. Χανδρινός, Δ. Χανιώτης

*Τμήμα Βιοιατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Γνωρίζοντας από προηγούμενες μελέτες, ότι η αυξημένη συγκέντρωση στο αίμα Βιταμίνης Ε βοηθά στην αντιοξειδωτική θωράκιση του νεύρινου ιστού, ενώ παράλληλα περιορίζει την αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση. Εξ' άλλου, το γλαύκωμα είναι η κύρια αιτία μη αναστρέψιμης τύφλωσης και έχει άμεση σχέση με τη καταστροφή του οπτικού νεύρινου ιστού αλλά και την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, ενώ σχεδόν το ήμισυ των περιπτώσεων γλαυκώματος είναι αδιάγνωστα και ο επιπολασμός αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. 'Ετσι καθίσταται αναγκαίο να διερευνηθεί κατά πόσον οι βιταμίνες έχουν προληπτική δράση στην εμφάνιση του γλαυκώματος ή και πιθανή επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε την επίδραση της α-τοκοφερόλης σε ασθενείς σε πρώιμο και μέσο στάδιο πρωτοπαθούς γλαυκώματος ανοικτής γωνίας, καθώς και στην εξέλιξη της νόσου.
**ΥΛΙΚΟ:** Είδος Μελέτης: Ασθενών-μαρτύρων (case-control). Δείγμα της έρευνας: Ασθενείς με Γλαύκωμα ηλικίας 40 ετών και άνω, άνευ πρόσθετων οφθαλμολογικών παθήσεων που πιθανόν να επιδράσουν στην ομαλή διεξαγωγή της έρευνας. Χορήγηση α-τοκοφερόλης σε δισκία για διάστημα τριών μηνών, σε ημερήσια δοσολογία 400 IU. Μέσα Απεικόνισης και διάγνωσης: a) Humphrey 745 I Οπτικά πεδία, b) Nidek OCT Lite, Πάχος οπτικών ινών (RNFL).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών, ανεξαρτήτως φύλου, σε πρώιμο στάδιο γλαυκώματος, παρουσίασαν ελαφρά βελτίωση, Οπτικών πεδίων μετά από επανεξέταση και Οπτική Τομογραφία.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς που ακολούθησαν συστηματικά την αγωγή της βιταμίνης Ε, παρουσίασαν έως μικρή βελτίωση. Αντίθετα ασθενείς με περιοδική χρήση δεν εμφάνισαν βελτίωση ή ανακοπή της εξέλιξης της νόσου. Η ανεπαρκής συμμόρφωση στην λήψη α-τοκοφερόλης αποτελεί πιθανό παράγοντα ελλιπούς αποτύπωσης των κλινικών αποτελεσμάτων της αντιοξειδωτικής δράσης της βιταμίνης Ε σε γλαυκωματικούς ασθενείς σε πρώιμο στάδιο, ώστε να αποδοθούν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## 173. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

# 174. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Α. Μαυρουδής[1], Σ. Τραχανά[1], Π. Κωστοπούλου[1], Μ. Λημναίος[2]
*[1]ΓΝ Τρίπολης, [2]Κ.Υ. Καμινίων, 2η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κυτταροκίνες αποτελούν διαλυτά μόρια γλυκοπρωτεϊνικής σύστασης, τα οποία παράγονται από κύτταρα του οργανισμού, ενώ ρυθμίζουν με καθοριστικό τρόπο την ομοιόσταση των προσαρμοστικών απαντήσεων στα στρεσογόνα ερεθίσματα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη της φυσιοπαθολογίας των κυτταροκινών στην εκδήλωση παιδιατρικού στρες.
**ΥΛΙΚΟ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων και μελετών στο διαδίκτυο.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μηχανές αναζήτησης (pub med), χωρίς κανένα περιορισμό.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Περιγράφεται ένα δικτυωτό πλέγμα κυτταροκινών (IL-1β, IL-6, TNF-α) στο μικροπεριβάλλον της φλεγμονής, το οποίο εκφράζει προφλεγμονώδεις και ανασταλτικές λειτουργίες με αποτέλεσμα κάθε παθολογική αντίδραση να αναγνωρίζεται ώς νόσος ή σύνδρομο. Σε αυτή τη διαδικασία συμμετέχουν και ένα μεγάλο πλήθος ορμονών που με τη δράση τους στο νευρικό σύστημα, αλλά και στον άξονα «Υποθάλαμο-Υπόφυση-Επινεφρίδια» ενεργοποιούν μηχανισμούς ελέγχου (checkpoints) των νοσημάτων που σχετίζονται με το παιδιατρικό στρες και τη φλεγμονή. Είναι μια ολιστική αντιμετώπιση της παθολογίας, που με την ταυτοποίηση των κυτταροκινών εκφράζεται το γενετικό αποτύπωμα των ασθενών και σε συνδυασμό με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες εκδηλώνεται, κλινικά, η ευαλωτότητα ή η ανθεκτικότητα του ατόμου στο στρες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες προκαλεί μεταβολές στη φυσιολογία του παιδιού, όπως την αύξηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας και του μεταβολισμού, καθώς επίσης αλλαγές στη συμπεριφορά, οι οποίες βελτιώνουν την προσαρμογή της ομοιόστασης και αυξάνουν τις πιθανότητες για επιβίωση.

## 175. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ IGA ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 4-18 ΕΤΩΝ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μ. Τσαρούχα[1], Δ. Κασίμος[2]

*[1]Παιδιατρική Κλινική, ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης, [2]Παιδιατρική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εκλεκτική IgA ανεπάρκεια (sIgAD) αποτελεί την πιο συχνή ανοσοανεπάρκεια με κυρίως ασυμπτωματική πορεία. Σε συμπτωματικούς ασθενείς οι αλλεργικές νόσοι αποτελούν την δεύτερη συχνότερη κλινική εκδήλωση, με το βρογχικό άσθμα να είναι η πιο συχνή αλλεργική εκδήλωση της νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκόπος είναι η πραγματοποίηση συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για ποιοτικά δεδομένα που εξετάζουν την συσχέτιση μεταξύ της sIgAD και του βρογχικού άσθματος σε παιδιά ηλικίας από 4 έως 18 ετών. Ο δευτερεύοντας στόχος είναι η δημιουργία ενός πλαισίου που θα επιτρέψει την εντόπιση των κενών στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και την ανάδειξη κατεύθυνσης για μελλοντικές μελέτες.

**ΥΛΙΚΟ:** Τυχαιοποιημενές ελεγχόμενες δοκιμές, μη τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, προοπτικές και αναδρομικές μελέτες κοορτής, μελέτες ασθενών μαρτύρων, συγχρονικές μελέτες, ανασκοπήσεις και αναφορές περιστατικών από τις βάσεις δεδομένων Pubmed (Medline), Embase, Scopus, NICE, ICTRP και Cochrane Databases από το 2000 και έπειτα, που αφορούν ασθενείς 4 με 18 ετών με sIgAD ή βρογχικό άσθμα και έχουν επιλεγεί βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων επιλεξιμότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις παρούσες μελέτες ο επιπολασμός του βρογχικού άσθματος σε παιδιά με εκλεκτική IgA ανεπάρκεια κυμαινόταν από 6,6% έως 85%, με κάποιες να επιβεβαιώνουν τον αυξημένο επιπολασμό συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό και άλλες να τον απορρίπτουν. Οι ασθενείς με ταυτόχρονη sIgAD και αλλεργική νόσο παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρότερων εκδηλώσεων, ιδιαίτερα λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, σοβαρότερο αλλεργικό φαινότυπο και επιπλοκές με επίδραση στην πρόγνωση και την ποιότητα ζωής τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συσχέτιση μεταξύ άσθματος και sIgAD φαίνεται να είναι αμφιλεγόμενη, καθώς εξακολουθεί να λείπει μια σαφής σχέση αιτίου-αποτελέσματος. Συνεπώς, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών καθώς και άμεση θεραπευτική παρέμβαση λόγω του υψηλότερου κινδύνου επιπλοκών.

## *176.* ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 177. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΛΕΙΜΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19

Α. Μαυρουδής, Σ. Τραχανά
*ΓΝ Τρίπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο βασικός εμβολιασμός των παιδιών αποτελεί σημείο αναφοράς για την αντιμετώπιση των διεισδυτικών λοιμώξεων.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη των ανοσοποιητικών ελλείψεων, λόγω των περιοριστικών μέτρων διασποράς των ιογενών λοιμώξεων.
**ΥΛΙΚΟ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση πρόσφατων επιστημονικών άρθρων στο διαδίκτυο.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μηχανές αναζήτησης (pub med), χωρίς κανένα περιορισμό.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μείωση της έκθεσης των παιδιών σε λοιμογόνους παράγοντες που δεν έχουν ακόμη ολοκληρώσει το βασικό πρόγραμμα εμβολιασμού έως την ηλικία των 3 ετών θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα ανοσολογικό έλλειμα με αρνητικές επιπτώσεις μετά τη λήξη της πανδημίας COVID-19 και την πλήρη άρση των περιοριστικών μέτρων. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος, κυρίως, για τα βρέφη, αφού επισπεύδεται η δημιουργία ενός παιδιατρικού πληθυσμού με μειωμένη διέγερση της εγγενούς ανοσίας και η έλλειψη ειδικής ανοσιακής απάντησης σε κοινές λοιμώξεις. Ταυτόχρονα, τυχόν παραλείψεις εμβολίων ή καθυστέρηση εκτέλεσης του βασικού προγράμματος εμβολιασμού θα συμβάλλουν περισσότερο στην ανάπτυξη του ανοσολογικού κενού. Άλλωστε, η θεωρία του «trained innate immunity» υποστηρίζει ότι η συχνή διέγερση προκαλεί ένα επαναπρογραμματισμό της ανοσίας με αποτέλεσμα την πιο άμεση αντίδραση σε επόμενα ερεθίσματα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η απουσία έκθεσης σε λοιμογόνους παράγοντες των βρεφών και των μικρών παιδιών ενδέχεται να έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη αλλεργιών ή και αυτοάνοσων νοσημάτων, αλλά και σπάνιων παρενεργειών από τον SARS-CoV-2, αφού η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος αποτελεί την αφετηρία σοβαρών κλινικών εκδηλώσεων.

## 178. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΠΡΩΙΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Ι. Παπαδόπουλος[1], Κ. Δούρος[2], Γ. Αντωνογεώργος[3]

*[1]Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Σύρου, [2]Γ΄ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», [3]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Με την εργασία αυτή γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σύνδεση του πρωινού γεύματος και της παιδικής παχυσαρκίας.
**ΥΛΙΚΟ**: έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας, με έμφαση στην αξία του πρωινού γεύματος, στον επιπολασμό της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς και στη πιθανή συσχετιση μεταξύ τους.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ**: Το αποτέλεσμα ήταν πλούσιο σε μελέτες που συσχετίζουν την λήψη πρωινού με τη παχυσαρκία. Συγκεκριμένα το πρωινό γεύμαδιακόπτει τη νυχτερινή νηστεία (breakthefast) και συμβάλλει στη θρέψη. Αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά γεύματα της ημέρας, το οποίο εφοδιάζει το σώμα με βιταμίνες, σημαντικά ανόργανα μέταλλα, πρωτεΐνη, καθώς και φυτικές ίνες για την εύρυθμη λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η τάση, ειδικά στους εφήβους, να παραλείπουν το πρωινό γεύμα, είτε από βιασύνη, είτε από επιθυμία να ελέγξουν το σωματικό τους βάρος. Η παράλειψη του πρωινού όμως, εκτός από αρνητική επίδραση στις γνωστικές λειτουργίες, συνδέεται με μειωμένο αίσθημα κορεσμού και ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές, ιδίως μεσω τροφών με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η μη λήψη πρωινού να οδηγεί σε αυξημένο βάρος, όπως διαφαίνεται μέσα από σχετικές μελέτες σε πολλές χώρες του κόσμου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συνήθεια του πρωινού έχει μακρά πορεία στο διάβα των αιώνων, καταγεγραμμένη ήδη στα Ομηρικά έπη. Η διαχρονικότητα αυτή υποδηλώνει την αξία του. Επιπρόσθετα η πλούσια βιβλιογραφία αποδεικνύει πως η λήψη πρωινού γεύματος προσφέρει στον άνθρωπο, από τον μεταβολισμό ως τη ψυχική υγεία. Σε αυτη την ανασκόπηση φαίνεται ότι προστατεύει από την ανάπτυξη παχυσαρκίας, και αυτή η γνώση είναι σημαντική, ώστε οι νέοι να το εντάξουν στις καθημερινές τους συνήθειες.

## 179. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ ΜΕΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ SARS-COV2 Η ΝΟΣΗΣΗ COVID-19 ΣΕ ΕΦΗΒΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Α. Σβίγκου[1], Χ. Στεφανάκη[1,2], Β. Ευθυμίου[2], Φ. Μπακοπούλου[1,2]

*[1]ΠΜΣ «Γενική & Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη & Έρευνα», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής, Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας & Ιατρικής, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη συσχέτισης της έκθεσης (εμβολιασμού ή/και νόσησης) σε SARS-CoV2 με διαταραχές εμμήνου ρύσεως (συχνομηνόρροια/αραιομηνόρροια/πολυμηνόρροια/δευτεροπαθή αμηνόρροια) σε έφηβες.
**ΥΛΙΚΟ:** Έφηβες, 12-17 ετών, που προσήλθαν στο Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής από Ιούνιο 2020 έως Δεκέμβριο 2024, λόγω διαταραχών εμμήνου ρύσεως, με εμμηναρχή τουλάχιστον 2 έτη προ έκθεσης σε SARS-CoV2, και χωρίς υποκείμενο νόσημα που έχει ως εκδήλωση αμηνόρροια ή μηνορραγία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 77 έφηβες που είχαν εκτεθεί στον SARS-CoV2. Βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις, μεταξύ έκθεσης SARS-CoV2, με συχνομηνόρροια ($P = 0,032$) και πολυμηνόρροια ($P = 0,025$). Στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ εμβολιασθέντων και μη εμβολιασθέντων έναντι SARS-CoV2 για τους παράγοντες πήξης VIII ($P = 0,002$), vWFAg ($P = 0,023$), Rcof ($P = 0,007$), με τους παράγοντες πήξης των εμβολιασθέντων να είναι μειωμένοι σε σχέση με αυτούς των μη εμβολιασθέντων. Στις έφηβες που νόσησαν από COVID-19, το ινωδογόνο ήταν μειωμένο ($P = 0,023$) και η γ-GT αυξημένη ($P = 0,028$) σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Στις εκτεθείσες [νόσηση(ή/και)εμβόλιο] σε SARS-CoV2 βρέθηκαν αυξημένες συγκεντρώσεις E2 ($P < 0,001$).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη, η έκθεση των εφήβων στον SARS-CoV2 συσχετίστηκε ισχυρά με την πολυμηνόρροια και τη συχνομηνόρροια, ενδεχομένως μέσω μείωσης των παραγόντων πήξης ή μέσω αύξησης της συγκέντρωσης της οιστραδιόλης. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα εφήβων απαιτούνται για να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

## ΩΡΛ

# 180. ΣΠΑΣΜΩΔΙΚΗ ΔΥΣΦΩΝΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Χ. Μαστή[1], Ε. Αναγνώστου[2], Ε. Ηλιάδου[1]

*[1]Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική ΕΚΠΑ, [2]Α' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σπασμωδική δυσφωνία είναι μια διαταραχή της φωνής που προκαλεί ακούσιες μυϊκές συσπάσεις στο λάρυγγα. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται καθώς συγχέεται με άλλης αιτιολογίας δυσφωνία (λειτουργική δυσφωνία ή δυσφωνία μυϊκής τάσης), οδηγώντας μεγάλο ποσοστό ασθενών σε προβλήματα επικοινωνίας και χαμηλή ποιότητα ζωής. Η βοτουλινική τοξίνη Α (BTA) έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Η ενδοχορδική της έγχυση μπορεί να γίνει υπό γενική ή τοπική αναισθησία, με λαρυγγοσκόπηση ή με τη βοήθεια ηλεκτρομυογραφήματος (ΗΜΓ). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ευαισθητοποίηση της ιατρικής κοινότητας σχετικά με τη νόσο, καθώς και η περιγραφή της εφαρμογής BTA υπό την ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση στη θεραπεία της σπασμωδικής δυσφωνίας.

**ΥΛΙΚΟ:** Με βάση τη σύνοψη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και την παρουσίαση κλινικού περιστατικού της Α' Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής ΕΚΠΑ, θα αναλυθούν η επιδημιολογία και η κλινική εικόνα της σπασμωδικής δυσφωνίας, καθώς και η διαχείρηση της με την ενδοχορδική έγχυση BTA υπό ΗΜΓική καθοδήγηση, η επίδραση της θεραπείας στην ποιότητα της φωνής, και η αναμενόμενη χρονική διακύμανση της αποτελεσματικότητας της.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη αφορά ασθενή (θήλυ, 65 ετών) με διάγνωση σπασμωδικής δυσφωνίας, που υπεβλήθη σε ενδομυϊκή έγχυση BTA στο θυρεοαρυτενοειδή μυ υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση,Εφαρμόστηκε η ενδομυϊκή έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στον θυρεοαρυτενοειδή μυ υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση. Η ασθενής αξιολογήθηκε πριν και μετά την εφαρμογή της θεραπείας με τη βοήθεια εύκαμπτης λαρυγγοσκόπησης, και εργαλείων υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας φωνής (GRBAS, Voice Handicap Index-10 ή VHI-10).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά την εφαρμογή BTA, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα της φωνής της ασθενούς εντός 3 ημερών, με πλήρη λύση των σπασμών και ανακούφιση από τη δυσφωνία. Η φωνή της ασθενούς έγινε πιο σταθερή και αξιόπιστη (από Grade 3, σε Grade 1 με βάση την κλίμακα GRBAS). Παράλληλα, οι αποτιμήσεις από το εργαλείο υποκειμενικής αντίληψης της αναπηρίας λόγω δυσφωνίας (VHI-10) έδειξαν σημαντική κλινική βελτίωση στην υποκειμενική αντίληψη της δυσφωνίας, στις καθημερινές λειτουργίες και την κοινωνική αλληλεπίδραση του ασθενούς. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας άρχισε να υποχωρεί στους 4 μήνες μετά, οπότε και μία νέα έγχυση πραγματοποιήθηκε με την ίδια τεχνική, με τα ίδια καλά αποτελέσματα. Η ασθενής αξιολογήθηκε πριν και μετά την εφαρμογή της θεραπείας με τη βοήθεια εύκαμπτης λαρυγγοσκόπησης, και εργαλείων υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας φωνής (GRBAS, VHI-10). Τα αποτελέσματα μας παρουσιάζονται με ηχητικό κλιπ της φωνής, και βίντεο κλιπ της λαρρυγγοσκόπησης, πριν και μετά τη θεραπεία. Ο βαθμός και η χρονική διακύμανση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας συμβαδίζουν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας.

## 181. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΣ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ, ΒΡΕΦΟΙ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΔΙΑΙΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΑΚΟΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Ε. Βαζαίου, Α. Πλουμίδου, Α. Αλγοτζ, Ε. Σακκά
*ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΠΑ «Π. & Α.Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα συνδομική ή μη, συγγενής ή επίκτητη αφορά μεγάλο αριθμό νεογνών, βρεφών και παιδιών μέχρι την εφηβεία. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της επίπτωσης της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας στους ασθενείς που διερευνήθηκαν στην κλινική μας τους τελευταίους δώδεκα μήνες.
**ΥΛΙΚΟ:** Οι ασθενείς που εξετάστηκαν στο ακοολογικό τμήμα της κλινικής μας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 814 αγόρια και κορίτσια, από νεογνά έως την ηλικία των 5,5 ετών με παροδικά προκλητές ωτοακουστικές εκπομπές, και διαγνωστικά ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους. Μεταξύ αυτών 15 αφορούσαν παιδιά με συγγενές σύνδρομο. Τριάντα τέσσερα παιδιά ηλικίας 5,5-16 ετών εξετάστηκαν με παροδικά προκλητές ωτοακουστικές εκπομπές και τονικό ακοόγραμμα. Δώδεκα παιδιά εξετάστηκαν με τονικό ακοόγραμμα. Όλοι οι εξεταζόμενοι υποβλήθηκαν σε τυμπανόγραμμα. Οκτώ εξεταζόμενοι κρίθηκε αναγκαίο να εξεταστούν με ακουστικά προκλητά δυναμικά σταθερής απόκρισης για ευρύτερη διερεύνηση και επιβεβαίωση της νευροαισθητήριας βαρηκοίας ώστε να παραπεμφθούν για ακουστική αποκατάσταση. Τέσσερα παιδιά, τα οποία έφεραν ακουστικό βαρηκοΐας, προσήλθαν για περιοδικό έλεγχο με τονικό ακοόγραμμα. Πέντε παιδιά νοσηλεύτηκαν λόγω αιφνίδιας νευροαισθητήριας βαρηκοΐας. Στο τμήμα μας παρακολουθούνται ένας ασθενής 14 ετών με υποτροπιάζοντα επεισόδια βαρηκοΐας σε έδαφος μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας κι ένας ασθενής 12 ετών με διαλείπουσα βαρηκοΐα σε έδαφος διευρυμένου υδραγωγού της αίθουσας. Συνολικά έχουν παραπεμφθεί για ακουστική αποκατάσταση 12 παιδιά.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Προωρότητα, νεογνικός ίκτερος, νεογνικές-βρεφικές συγγενείς ή ευκαιριακές λοιμώξεις, συγγενείς ανωμαλίες, ωτοτοξικά φάρμακα, παραμονή σε μονάδα εντατικής θεραπείας και πολλοί άλλοι παράγοντες νοσηρότητας του ακουστικού συστήματος, οδηγούν τους μικρούς ασθενείς για έλεγχο ακοής, ο οποίος αρκετές φορές είναι επίμονος εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων συνήθων λοιμώξεων στην παιδική ηλικία, κατάσταση η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμη και καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας.

## 182. ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΠΟ CANDIDA ALBICANS ΜΕ ΠΙΕΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟ ΠΛΕΓΜΑ: ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ.

Α. Παπαχρήστου[1], Α. Τουργέλη[2], Δ. Παπουτσάκης[1], Σ. Λυπηρίδης[1], Α. Νίκοβα[1], Γ. Μακρυγιαννάκης[1], Χ. Γώγος[1], Γ. Καρατζιάς[2]

*[1]Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, [2]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** να περιγράψουμε ένα περιστατικό με τραχηλικό απόστημα και ασυνήθιστη κλινική εικόνα και να τονίσουμε την αναγκαιότητα συνεργασίας μεταξύ ειδικοτήτων.
**ΥΛΙΚΟ:** απεικονιστικές κι εργαστηριακές εξετάσεις.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** άρρεν διαβητικός ασθενής 70 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ, αναφέροντας αιφνίδια πάρεση του αριστερού άνω άκρου. Στην κλινική εξέταση, εμφάνιζε 1/5 κινητικότητα ολόκληρου του άκρου, ενώ η αισθητικότητα παρέμενε ανεπηρέαστη. Επιπλέον, εμφάνιζε θετικό σημείο Babinski αμφοτερόπλευρα στα κάτω άκρα. Η συνοδός ανέφερε ότι η φωνή του ασθενούς «έχει αλλάξει την τελευταία εβδομάδα», θεωρώντας ότι «βράχνιασε λόγω κάποιας ίωσης», αφού εμφάνισε και εμπύρετο έως 37,3ºC. Η λοιπή κλινική εξέταση και ιστορικό ήταν χωρίς ευρήματα. Σε πρόσφατη MRI ΑΜΣΣ εμφάνιζε σαφή εικόνα ΚΜΔ ΑΜΣΣ σε τρία επίπεδα και έντονα πιεστικά φαινόμενα στο νωτιαίο μυελό, ιδίως αριστερά και μία ευμεγέθης υποτραχηλική μάζα, με ανομοιογένεια και πολύ μεγάλη επέκταση. Λόγω διαφοροδιαγνωστικού διλήμματος, ο ασθενής εισήχθη στην νευροχειρουργική κλινική για περαιτέρω έλεγχο με CT, που ανέδειξε την ίδια βλάβη, με επέκταση προς το αριστερό άνω άκρο, χωροκατακτητικά χαρακτηριστικά και έντονη σκιαγραφική ενίσχυση. Κλήθηκαν οι ΩΡΛ ιατροί και διενεργήθη διάνοιξη της βλάβης, με σκοπό την ιστολογική ταυτοποίηση. Παρακεντήθηκε πυώδες υγρό, από το οποίο απομονώθηκε Candida albicans. Άμεσα, εμφανίστηκε σαφή ύφεση των νευρολογικών ελλειμμάτων του ΑΡ άνω άκρου. Η τελική διάγνωση αφορούσε ευμεγέθες απόστημα τραχήλου, το οποίο αντιμετωπίστηκε περαιτέρω με την κατάλληλη αντιμυκητιασική αγωγή και follow- up.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εποχή της εξειδίκευσης έχει επιφέρει «αποξένωση» μεταξύ των ειδικοτήτων, έχοντας ως τίμημα την μη ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών μας**.** Η διεπιστημονική προσέγγιση ιατρικών ζητημάτων αποτελεί πάντα την ορθότερη επιλογή, με στόχο την θεραπεία του ασθενούς μας.

## 183. ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΣΕ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Σ. Γκόγκα, Α. Ξυδάκη, Μ. Μωράκη, Α. Παπαδόπουλος, Σ. Ντελίκου

*Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αιμοσφαιρινοπάθειών και Επιπλοκών τους, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ υπερφόρτωσης με σίδηρο, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1C) και λιπιδαιμικού προφίλ σε μεταγγιζόμενους και μη ασθενείς με Δρεπανοκυτταρική Νόσο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη καταγραφή συμμετείχαν 14 ασθενείς (μέση ηλικία 58.9 ± 15.8 έτη), εκ των οποίων 10 γυναίκες (71.4%) και 4 άνδρες (28.6%). Οι μεταγγιζόμενοι ασθενείς ήταν 6 (42.9%) και οι μη μεταγγιζόμενοι 8 (57.1%). Διεξήχθη ανάλυση συσχέτισης με τον συντελεστή Pearson για τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ της φερριτίνης, της HBA1C και λιπιδαιμικών δεικτών (CHOL, HDL, LDL).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η φερριτίνη, δείκτης υπερφόρτωσης σιδήρου, παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με την HBA1C στους μεταγγιζόμενους ($r=0.62$, $p < 0.05$), υποδεικνύοντας την επίδραση της υπερφόρτωσης σιδήρου στην παγκρεατική λειτουργία. Στους μη μεταγγιζόμενους, η συσχέτιση ήταν χαμηλότερη ($r=0.38$, $p>0.05$). Στο λιπιδαιμικό προφίλ, η φερριτίνη συσχετίστηκε θετικά με τη CHOL ($r=0.54$) και την LDL ($r=0.49$) στους μεταγγιζόμενους, ενώ παρατηρήθηκε έντονη αρνητική συσχέτιση με την HDL ($r=-0.43$, $p < 0.05$). Στους μη μεταγγιζόμενους, οι συσχετίσεις ήταν πιο ασθενής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υπερφόρτωση σιδήρου επηρεάζει σημαντικά τον γλυκαιμικό έλεγχο και το λιπιδαιμικό προφίλ, κυρίως στους μεταγγιζόμενους ασθενείς. Η ενσωμάτωση της παρακολούθησης της φερριτίνης, της HBA1C και των λιπιδαιμικών δεικτών συνδυαστικά στην κλινική πράξη μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση των μεταβολικών επιπλοκών.

## 184. ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΛΕΜΦΟΓΕΝΟΥΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ (ΧΛΛ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΑΚΡΩΝ

Ε. Γελαδάρη, Ν. Αγγελής, Α. Ρουμπάκη, Π. Στόικος, Μ. Κανάρη, Δ. Εξαρχοπούλου, Α. Στούρας, Β. Σεβαστιανός

*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ΧΛΛ χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των Β-λεμφοκυττάρων. Η κόπωση, οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και η ηπατοσπληνομεγαλία αποτελούν τυπικές εκδηλώσεις της νόσου. Η εμφάνιση χυλοθώρακα στη ΧΛΛ είναι σπάνια.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με πλευριτικές συλλογές και οιδήματα κάτω άκρων, απουσίας ηπατοσπληνομεγαλίας, σε ασθενή με πρωτοδιαγνωσθείσα ΧΛΛ.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 68 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διακομίζεται λόγω δύσπνοιας από ωρών. Αναφέρει κόπωση και αδυναμία από μηνός. Στο ΤΕΠ η ασθενής είχε υποξυγοναιμία (pO2=52, FiO2 21%), αρτηριακή πίεση 110/70 mmHg, και δεν είχε πυρετό. Κατά την κλινική εξέταση σημειώθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος άμφω (ΑΡ > ΔΕ) και οιδήματα κάτω άκρων. Δεν καταγράφηκε επιπρόσθετος ήχος κατά την ακρόαση της καρδιάς και δεν παρατηρήθηκαν ψηλαφητοί λεμφαδένες. Η ακτινογραφία θώρακος επιβεβαίωσε τα κλινικά ευρήματα. Διενεργήθηκε διαγνωστική και εκκεντωτική παρακέντηση των συλλογών και η ανάλυση ανέδειξε λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα. Η γενική αίματος ανέδειξε λευκοκυττάρωση με υπεροχή του λεμφοκυτταρικού τύπου. Ο έλεγχος για τη θυρεοειδική και καρδιακή λειτουργία ήταν φυσιολογικός, ενώ οι καρκινικοί δείκτες απέβησαν αρνητικοί. Ο υπέρηχος κοιλίας δεν ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία. Η αξονική θώρακα και κοιλίας ανέδειξε λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο και παραορτικά. Οι υπεζωκοτικές συλλογές και τα οιδήματα στην ασθενή μας αποδόθηκαν στη ΧΛΛ. Παραπέμφθηκε στους αιματολόγους για έναρξη θεραπείας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα συνήθη αίτια του χυλοθώρακα είναι κακοήθη. Σπάνια ανευρίσκεται σε ασθενείς με ΧΛΛ. Η θωρακοκέντηση, η τροποποίηση της δίαιτας, η πλευροδεσία, η απολίνωση του θωρακικού πόρου και η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η ύπαρξη χυλοθώρακα σε ασθενείς με ΧΛΛ επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων για θεραπεία.

## 185. ΣΟΒΑΡΗ ΑΚΟΚΙΟΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Δ. Εξαρχοπούλου[1], Α. Κατσανδρή[1], Γ. Σαρρή[1], Μ. Κανάρη[1], Ε. Αδαμοπούλου[1], Σ. Δελήμπαση[2], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα, [2]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού σοβαρής ακοκιοκυτταραιμίας σχετιζόμενης με λήψη κλοζαπίνης με πολλαπλές επιπλοκές και ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.
**ΥΛΙΚΟ:** Θήλυ ασθενής 32 ετών υπό αγωγή με κλοζαπίνη προσήλθε με υψηλό πυρετό και εργαστηριακά επιβεβαιωμένη ακοκκιοκυτταραιμία (απόλυτος αριθμός ουδετεροφίλων <100/μL). Διενεργήθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, εκτεταμένος απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία, συμπεριλαμβανομένου κι εγκεφάλου, οσφυονωτιαία παρακέντηση και οστεομυελική βιοψία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε άμεση διακοπή της κλοζαπίνης. Εφαρμόστηκε συνδυαστική θεραπεία με C-GSF και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος. Οι καλλιέργειες αίματος,ούρων κι εγκεφαλονωτιαίου υγρού δεν ανέπτυξαν παθογόνο μικροοργανισμό.Λόγω εμμένουσας ουδετεροπενίας παρά τη χορήγηση φιλγαστρίμης, έγινε οστεομυελική βιοψία με ανάδειξη εικόνας συμβατής με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο ή τοξικότητα από κλοζαπίνη. Την 3η ημέρα νοσηλείας εμφάνισε γεικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, συμβατό με φαρμακευτική αντίδραση. Την 7η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε επεισόδιο γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ανέδειξε επιληπτικόμορφη δραστηριότητα κι έγινε έναρξη αγωγής με λεβετιρακετάμη. Η ασθενής παρουσίασε προοδευτική έκπτωση επιπέδου συνείδησης και διασωληνώθηκε στοματοτραχειακώς.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία στενής αιματολογικής παρακολούθησης ασθενών υπό κλοζαπίνη και την ανάγκη άμεσης αναγνώρισης κι αντιμετώπισης των επιπλοκών. Η έγκαιρη παρέμβαση και η εντατική υποστηρικτική φροντίδα είναι καθοριστικές τοσο για την πρόγνωση όσο και την έκβαση.

## 186. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Α. Παπαδόπουλος[1], Ε. Παύλου[1,2], Ε. Νομικού[2], Μ. Σιουμαλα[2], Σ. Γκόγκα[3], Α. Ξυδάκη[3], Μ. Μωράκη[3], Σ. Ντελίκου[3]

*[1]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστήμων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [2]Νοσηλευτική Υπηρεσία Αιμοδοσίας και Κέντρο Αιμορροφιλικών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [3]Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Παρακολούθησης Αιμοσφαιρινοπαθειών και Επιπλοκών τους, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός είναι να αναδειχθούν οι παραλλαγές που επηρεάζουν την εμφάνιση θρομβώσεων και αιμορραγιών σε ασθενείς με Αιμοσφαιρινοπάθειες [Transfusion Dependent beta-Thalassemia (TDT), None Transfusion Dependent beta-Thalassemia (NTDT), Sickle Cell Disease (SCD)] παρέχοντας τη βάση για εξατομικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

**ΥΛΙΚΟ:** Αναλύθηκαν 231 δείγματα ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες (TDT: 159, NTDT: 25, SCD: 47), εξετάζοντας παράγοντες αιμορραγίας και θρόμβωσης, όπως APTT, PT INR, ATIII:CHROM, D-Dimmer, Πλασμινογόνο, ACA MPL, PROT C: CHROM και PROT S: AG FREE

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (περιγράφονται στον πίνακα)**:

•NTDT: Παθολογικές τιμές σε PROT C:CHROM, PROT S: AG FREE, D-Dimmer και Πλασμινογόνο (100%) συνδέθηκαν με θρομβώσεις. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά φυσιολογικών τιμών APTT (75% έναντι 40% στους άνδρες).

•SCD: Παθολογικές τιμές PROT C:CHROM, PROT S: AG FREE, ATIII:CHROM και Πλασμινογόνου (100%) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων και μικροαγγειακές αποφράξεις.

•TDT: Παθολογικές τιμές PT INR (34.04% στους άνδρες, 26.79% στις γυναίκες) σχετίστηκαν με αιμορραγίες. Επίσης, διαταραχές πήξης καταγράφηκαν σε PROT C:CHROM (100%), PROT S: AG FREE (98% περίπου), ACA MPL και Ινωδογόνο (35.71%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Οι διαφορές στις τιμές των δεικτών αντικατοπτρίζουν την ανάγκη για εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση με γνώμονα το φύλο, το νόσημα, τα ευρήματα και την ηπατική τους λειτουργία. Συγκεκριμένοι δείκτες, όπως το D-Dimmer, το ATIII:CHROM, PROT C:CHROM, PROT S: AG FREE και το APTT, συνδέονται με θρομβώσεις ή αιμορραγίες, οι οποίες χρήζουν εξατομικευμένη θεραπεία.

| Νόσημα | Παράγοντας | Γυναίκες Φυσιολογικό (%) | Γυναίκες Παθολογικό (%) | Άνδρες Φυσιολογικό (%) | Άνδρες Παθολογικό (%) | Κλινική Συσχέτιση |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NTDT | APTT | 75.00 | 25.00 | 40.00 | 60.00 | *Υψηλός κίνδυνος αιμορραγίας στους άνδρες* |
| NTDT | D-Dimer | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Αυξημένος κίνδυνος θρομβώσεων* |
| NTDT | Πλασμινογόνο | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Θρομβώσεις* |
| NTDT | PROT S:AG FREE | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Φλεβικές Θρομβώσεις* |
| NTDT | PROT C: CHROM | 0.00 | 100.00 | 00.0 | 100.00 | *Θρομβωτικά επεισόδια* |
| SCD | ATIII: CHROM | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Μικροαγγειακές αποφράξεις* |
| SCD | APTT | 85.19 | 14.81 | 85.00 | 15.00 | *Σχεδόν φυσιολογική πήξη* |
| SCD | PROT S:AG FREE | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Φλεβικές Θρομβώσεις* |
| SCD | PROT C: CHROM | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Θρομβωτικά επεισόδια* |
| TDT | PT INR | 73.21 | 26.79 | 65.96 | 34.04 | *Αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας στους άνδρες* |
| TDT | ACA MPL | 98.21 | 1.79 | 93.62 | 6.38 | *Θρομβώσεις* |
| TDT | Ινωδογόνο | 64.29 | 35.71 | 68.09 | 31.91 | *Διαταραχές πήξης* |
| TDT | PROT S:AG FREE | 1.79 | 98.21 | 2.13 | 97.87 | *Φλεβικές Θρομβώσεις* |
| TDT | PROT C: CHROM | 0.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | *Θρομβωτικά επεισόδια* |

## 187. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΤΡΙΩΝ (3) ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ

Δ. Μπάρτζη, Θ. Γιαννίκος, Π. Κοσμάς, Μ. Γωνιανάκη, Κ. Αναργύρου
*Ογκολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κλινική Παρουσίαση Ασθενούς με Ιδιοπαθή Θρομβοκυττάρωση, Λεμφοζιδιακό Λέμφωμα και Δευτερογενή Οξεία Λευχαιμία μετά από Χημειοθεραπεία (AMLptc)
**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής, ηλικίας 69 ετών, με ιστορικό *ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης* από το 2008, η οποία αντιμετωπιζόταν με υδροξυουρία, διαγνώστηκε με *λεμφοζιδιακό λέμφωμα* τον Αύγουστο του 2022. Η ασθενής υποβλήθηκε σε τέσσερις κύκλους χημειοθεραπείας με το πρωτόκολλο R-CHOP (ριτουξιμάμπη, κυκλοφωσφαμίδη, ιδαρουβικίνη, βινκριστίνη, πρεδνιζόνη) και, μετά την ολοκλήρωσή τους, πραγματοποιήθηκε PET-CT που ανέδειξε πλήρη ύφεση της νόσου (Δεκέμβριος 2022). Στη συνέχεια, η ασθενής συνέχισε με θεραπεία συντήρησης με ριτουξιμάμπη κάθε δύο μήνες.
Το Νοέμβριο του 2024, η ασθενής προσήλθε με αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων στα 24.100/μL, με παρουσία βλαστικών κυττάρων, γεγονός που οδήγησε στη διενέργεια ανοσοφαινοτύπου και οστεομυελικής βιοψίας. Η διάγνωση ήταν *οξεία μυελογενής λευχαιμία* τύπου «post-cytotoxic therapy» (AMLptc), δευτερογενής μετά την χημειοθεραπεία.
Η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με vyxeos (ενώ συνδυάζει λιποσωμιακή δοξορουβικίνη και κυταραβίνη), λαμβάνοντας δύο κύκλους θεραπείας. Ωστόσο, ο ανοσοφαινότυπος έδειξε 27% βλαστικά κύτταρα, υποδεικνύοντας την ανάγκη για συνέχιση της θεραπείας. Η θεραπεία αυτή συνεχίζεται με τη χορήγηση vidaza (δευτερεύουσα θεραπεία με 5-aza-2'–deoxycytidine), η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει την αναγκαία παρακολούθηση για την πρώιμη διάγνωση και την έγκαιρη αντιμετώπιση της δευτερογενούς οξείας λευχαιμίας σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενη χημειοθεραπεία, καθώς και την ανάγκη για εξατομικευμένη προσέγγιση στη θεραπεία αυτών των σύνθετων περιπτώσεων.

## 188. ΧΡΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ. ΣΥΚΓΡΙΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ

Δ. Δημητριάδη, Α. Δερμόν, Α. Μάρης, Φ. Μπαζίγου, Κ. Λεμπεσόπουλος, Μ. Μουρατίδου
*ΓΝΑ «Σισμαλόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»-Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης του τρανεξαμικού οξέος (ΤΧΑ) στην πρόληψη της περιεγχειριτικής αιμορραγίας των ορθοπεδικών χειρουργικών περιστατικών.
**ΥΛΙΚΟ:** Μια αναδρομική μελέτη διεξήχθη στην Αιμοδοσία του νοσοκομείου Αμαλία Φλέμινγκ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν για δυο πενταετής περιόδους, πριν και μετά το 2018, οπού και έγινε η εισαγωγή του τρανεξαμικού οξέος στη πρακτική των ορθοπεδικών χειρουργείων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από φόρμες αιτημάτων διασταύρωσης, μητρώα διασταύρωσης και ψηφιακούς ιατρικούς φακέλους. Ο λόγος διασταυρωμένων μονάδων(C) προς (/) μεταγγισθείσες (T) μονάδες (C/T) υπολογίστηκε ανά έτος.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την πενταετία πριν τη χρήση του τρανεξαμικού οξέος ο C/T διαμορφώνεται ο εξής: Το έτος 2017, 696 μονάδες ερυθρών ζητήθηκαν και 238 μεταγγίσθηκαν, το 2016 ο λόγος ήταν 613/227, το 2015 774/346, το 2014 663/266 και το 2013 493/301. Μετά το 2018 ο λόγος C/T διαμορφώνεται ως εξής: για το 2019 671/147, το 2020 494/85, το 2021 178/44, το 2022 221/29 και το 2023 255/64. Οι παραπάνω αναλογίες καταδεικνύουν πως ανεξάρτητα από το γεγονός ότι γίνεται μη ορθολογική ζήτηση αίματος από την υπηρεσία της αιμοδοσίας, οι ασθενείς οι οποίοι τελικά μεταγγίζονται, μετά την εισαγωγή του τρανεξαμικού οξέος έχουν κατά πολύ μειωθεί.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση του ΤΧΑ είχε θετικό ρόλο στην υπηρεσία μας και μείωσε σημαντικά τα ποσοστά μεταγγίσεις αίματος, αποτελώντας ένα ισχυρό εργαλείο με στόχο τη βελτίωση των κλινικών και χειρουργικών συνθηκών καθώς και τη διασφάλιση της επάρκειας των αποθεμάτων αίματος στην αιμοδοσία μας.

## 189. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΝΑΛΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ε. Παπαγρηγορίου, Β. Κυριαζή, Γ. Παπαδοπούλου, Σ. Παφτούνος, Ν. Παναγιώτου
*Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ.»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της θρομβοπενίας αποτελεί πρόκληση στην κλινική πράξη. Οι δείκτες MPV (μέσος όγκος αιμοπεταλίων), PDW (εύρος κατανομής αιμοπεταλίων) και PCT (αιμοπεταλιοκρίτης) παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος και τον αριθμό των αιμοπεταλίων και είναι άμεσα διαθέσιμοι στους σύγχρονους αναλυτές. Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση των αιμοπεταλιακών δεικτών σε θρομβοπενίες διαφορετικής αρχής.
**ΥΛΙΚΟ:** Εξετάστηκαν οι MPV, PDW και PCT σε 62 θρομβοπενικούς ασθενείς. Με βάση τον υποκείμενο μηχανισμό διακρίθηκαν οι ομάδες: Α (n=19) μειωμένη παραγωγή αιμοπεταλίων, Β (n=18) περιφερική καταστροφή/κατανάλωση αιμοπεταλίων, Γ (n=10) μικτής αιτιολογίας και Δ (n=15) ψευδοθρομβοπενία. Χρησιμοποιήθηκε ο αναλυτής Beckman Coulter DXH 800 για τη γενική εξέταση αίματος και το στατιστικό πρόγραμμα PSPPIRE.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η διάμεση ηλικία των ασθενών (38 άνδρες/24 γυναίκες) ήταν 69 (εύρος 18-77) έτη. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία και το φύλο μεταξύ των ομάδων. Οι συνηθέστερες διαγνώσεις ήταν αιματολογικές κακοήθειες, λοιμώξεις, επιπλοκές συμπαγών όγκων και EDTA-σχετιζόμενη θρομβοπενία για τις ομάδες Α, Β, Γκαι Δ αντίστοιχα. Υψηλότερες τιμές MPV, PDW και PCT παρατηρήθηκαν στην ομάδα Β (9,8±2,19fL), Γ (18,03±1,62%) και Δ (0,080±0,040%) αντίστοιχα. Ωστόσο, οι διαφορές ως προς τον αριθμό αιμοπεταλίων και τους δείκτες MPV, PDW και PCT μεταξύ των ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των αιμοπεταλίων και των δεικτών MPV και PDW. Αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και MPV στην ομάδα Γ ($r_s$=-0,777, p=0,008). Το αιμοπεταλιακό ιστόγραμμα παρουσίαζε πολυκόρυφη καμπύλη στην πλειονότητα των ασθενών όλων των ομάδων.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι μεταβολές των αιμοπεταλιακών δεικτών MPV, PDW και PCT δεν σχετίζονται με τον υποκείμενο μηχανισμό θρομβοπενίας. Το ατομικό αναμνηστικό, η κλινική εικόνα και η μικροσκοπική εξέταση του περιφερικού αίματος κατευθύνουν τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των θρομβοπενικών ασθενών.

## 190. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΙΣΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ

Δ. Δημητριάδη, Φ. Μπαζίγου, Κ. Λεμπεσόπουλος, Μ. Μουρατίδου
*ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της χρήσης αίματος στο νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ κατά τη διάρκεια ενός έτους.
**ΥΛΙΚΟ:** Μια αναδρομική μελέτη διεξήχθη στην Αιμοδοσία του νοσοκομείου Αμαλία Φλέμινγκ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από φόρμες αιτημάτων διασταύρωσης, μητρώα διασταύρωσης και ψηφιακούς ιατρικούς φακέλους. Ο λόγος C/T(αναλογία διασταυρούμενων μονάδων/μεταγγισθείσες μονάδες) υπολογίστηκε συνολικά και κατά τμήμα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια του έτους 2024, 825 μονάδες ερυθρών αιμοσφαιρίων (RBC) διασταυρώθηκαν, εκ των οποίων 320 μεταγγίσθηκαν. Η συνολική αναλογία C/T στο νοσοκομείο ήταν 2,58, ενώ ανά τμήματα η αναλογία C/T βρέθηκε υψηλότερη για το τμήμα της Ορθοπεδικής (5,17), ακολουθούμενη από τη Γενική Χειρουργική (3,75), τη Β Παθολογική (2,70), τη Νεφρολογική ( 2,36),τη ΜΤΝ (2,10) και την Α Παθολογική (1,64). Οι παραπάνω τιμές υποδηλώνουν υπερβολική αίτηση αίματος καθώς σύμφωνα με την AABB (Association for the Advancement of Blood and Biotherapies) τιμή μεγαλύτερη από 2,0 είναι ενδεικτική μη ορθολογικής ζήτησης αίματος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση της αναλογίας C/T έδειξε ότι το νοσοκομείο μας δεν έχει ακόμη επιτύχει τα διεθνή πρότυπα για τα κέντρα αίματος. Υψηλή αναλογία C/T παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στα χειρουργικά τμήματα, υπονοώντας μη ορθολογική ζήτηση αίματος. Απαιτείται αναθεώρηση της πρακτικής των παραγγελιών αίματος για τη μείωση της υπερπαραγγελίας, των περιττών εξετάσεων συμβατότητας αίματος και της σπατάλης μονάδων αίματος λόγω λήξης καθώς και βελτιστοποίηση της σωστής διαχείρισης του εργατικού δυναμικού και των υλικών. Το τμήμα μας σε συνεργασία με τη ΝΕΙΜ (Νοσοκομειακή Επιτροπή Ιατρικής των Μεταγγίσεων) προέβει σε μάθημα για την ορθολογική διαχείριση αίματος και το MSBOS (*Maximum Surgical Blood Order Schedule*- Πρόγραμμα Μέγιστης Παραγγελίας Αίματος) στις χειρουργικές κλινικές.

## 191. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΠΟΧΡΩΜΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Β. Κυριαζή, Ε. Παπαγρηγορίου, Γ. Παπαδοπούλου, Σ. Παφτούνος, Ν. Παναγιώτου
*Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ.»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι δείκτες MAF (Microcytic Anemia Factor) και LHD (Low Hemoglobin Density) υπολογίζονται από τους σύγχρονους αιματολογικούς αναλυτές και εκτιμούν το μέγεθος και την αιμοσφαιρινοποίηση των ερυθροκυττάρων. Στην παρούσα εργασία, εκτιμώνται οι μεταβολές MAF και LHD σε σιδηροπενικές καταστάσεις.
**ΥΛΙΚΟ:** Προοπτική μελέτη των τιμών MAF και LHD σε 109 άτομα. Διακρίθηκαν οι ομάδες: Α (n=16) λειτουργική σιδηροπενία, Β (n=31) υποφερριτιναιμία, Γ (n=32) σιδηροπενική αναιμία και Δ (n=30) υγιείς μάρτυρες. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες και μικτές ένδειες αιματινικών παραγόντων. Οι ερυθροκυτταρικές παράμετροι και η φερριτίνη μετρήθηκαν με τους αναλυτές Beckman Coulter DXH 800 και Architect i1000SR αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα PSPPIRE.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ηλικία και το φύλο δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Οι MAF και LHD διέφεραν σημαντικά στους ασθενείς έναντι των μαρτύρων (12,86±1,11 και 4,24±1,94% αντίστοιχα). Η MAF ήταν σημαντικά χαμηλότερη (7,20±2,84) και η LHD σημαντικά υψηλότερη (41,98±35,79%) στην ομάδα Γ έναντι των ομάδων Α (MAF:7,36±1,89 και LHD:17,39±20,25%) και Β (MAF:12,14±1,40 και LHD:9,88±6,48%). Το βέλτιστο όριο (cut-off) της MAF ήταν 11,20 (ομάδα Α) και 11,35 (ομάδα Γ) (ευαισθησία 93%, ειδικότητα 94% και 91% αντίστοιχα). Στην ομάδα Β η διακριτική ικανότητα της MAF ήταν οριακή στη καμπύλη λειτουργίας δέκτη ROC με εμβαδό επιφανείας AUC:0,63. Η διακριτική ικανότητα της LHD κρίθηκε πολύ καλή σε όλες τις ομάδες (AUC>0,80) με cut-off 5,25%, 5,45% και 6,5% στις ομάδες Α, Β και Γ αντίστοιχα, με υψηλότερη ευαισθησία (91%) και ειδικότητα (87%) στην ομάδα Γ. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση φερριτίνης-MAF στις ομάδες Β ($r_s$=0,626, p=0,000), Γ ($r_s$=0,427, p=0,015), Δ ($r_s$=0,506, p=0,004) και αρνητική συσχέτιση φερριτίνης-LHD στην ομάδα Γ ($r_s$=-0,418, p=0,017).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι δείκτες MAF και LHD μπορούν να εντοπίσουν άμεσα σιδηροπενικές καταστάσεις και να κατευθύνουν τη διαγνωστική διερεύνηση και αντιμετώπιση των ασθενών

## 192. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΥΓΙΩΝ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΡΙΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι. Λεγάκης[1], Α. Φοίφα[1], Α. Γρυπάρης[2]

[1]*«ΙΑΣΩ» Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική,* [2]*Harvard T.H. Chan School of Public Health*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διεξήχθη μια διαχρονική μελέτη σε τελειόμηνα υγιή βρέφη που γεννήθηκαν μεταξύ 2019 και 2023 στην Αθήνα, Ελλάδα, προκειμένου να διευκρινιστεί η εξέλιξη των παραμέτρων αίματος ανάλογα με το φύλο, από την ημέρα γέννησής τους μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται περιλαμβάνουν τις ακόλουθες παραμέτρους: λευκά αιμοσφαίρια, μονοκύτταρα, ηωσινόφιλα, αιματοκρίτη (Hct), αιμοσφαιρίνη (Hgb) και αιμοπετάλια (PLT).

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Λαμβάνονταν δείγματα αίματος από την ημέρα γέννησης και στη συνέχεια κάθε 2 μήνες έως την ηλικία των 2 ετών και στη συνέχεια στο τέλος του 3ου έτους της ηλικίας. Οι μετρήσεις πραγματοποιούνται από τους αναλυτές Siemens / Atellica HEMA 570 και 580. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιασώ στην Αθήνα, Ελλάδα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το δείγμα προέρχονται από 902 τελειόμηνα υγιή νεογνά/βρέφη: 468 (51,8%) αγόρια και 434 (48,1%) κορίτσια. Σταθερά σταδιακή μείωση κατά 2 φορές ($p < 0.001$) τεκμηριώθηκε εντός του φυσιολογικού εύρους όλων των παραμέτρων του αίματος που εξετάστηκαν, συγκεκριμένα, λευκά αιμοσφαίρια, μονοκύτταρα, ηωσινόφιλα, Hct, Hbg από την ημέρα γέννησης έως και 30 μήνες, που ενώ οι συγκεντρώσεις σταθεροποιήθηκαν για τους πληθυσμούς των μονοκύτταρων και των ηωσινόφιλων, οι συγκεντρώσεις των λευκών αιμοσφαίριων, του Hct και της Hbg παρουσιάζουν ακολούθως περαιτέρω αύξηση 50% των βασικών τιμών ($ρ<0,01$). Ένα ξεχωριστό μοτίβο τεκμηριώθηκε για τον αριθμό των αιμοπεταλίων που εμφάνιζε ανοδική κλίση ακολουθούμενη από καθοδική κλίση έως και 30 μήνες και για τα δύο φύλα, αν και στα αγόρια φαινόταν να αυξάνονται περαιτέρω έως και τους 36 μήνες ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την άποψη της κλινικής πράξης, τα ευρήματά μας υποδηλώνουν την ανάγκη επαναξιολόγησης των τιμών αναφοράς των μελετούμενων αιματολογικών παραμέτρων (λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων) ανάλογα με το φύλο, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες της ζωής και μέχρι το τρίτο έτος, με απώτερο σκοπό την δημιουργία ορισμένου εύρους τιμών αναφοράς για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

## 193. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑΣ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑΣ

Β. Κυριαζή, Ν. Παναγιώτου, Γ. Παπαδοπούλου, Ε. Παπαγρηγορίου, Σ. Παφτούνος
*Αιματολογικό Τμήμα , ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ», Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η πανακυτταροπενία αποδίδεται σε νοσήματα που επηρεάζουν είτε πρωτοπαθώς είτε δευτεροπαθώς το μυελό των οστών και συχνά αποτελεί ένδειξη για τη διενέργεια μυελογράμματος. Αναλύονται τα μυελογράμματα νοσηλευομένων σε θαλάμους γενικής νοσηλείας με πανκυτταροπενία πρόσφατης έναρξης και εκτιμάται η διαγνωστική αξία της εξέτασης.
**ΥΛΙΚΟ:** Εξετάστηκαν 200 διαδοχικά μυελογράμματα. Εντοπίστηκαν και αναλύθηκαν τα μυελογράμματα πανκυτταροπενικών ασθενών. Εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις με ιστορικό πανκυτταροπενίας ή λήψης χημειοθεραπείας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντοπίστηκαν 47/200 (23,5% ) μυελογράμματα και κατάλληλα για αξιολόγηση κρίθηκαν 38 (άνδρες/γυναίκες: 17/21). Η διάμεση ηλικία ήταν 75 (εύρος 22-97) έτη. Η κυτταροβρίθεια ήταν φυσιολογική σε 20/38 (52,6%) και μειωμένη στο 18,4% των μυελών. Η παρουσία των μεγακαρυοκυττάρων κρίθηκε φυσιολογική σε 27/38 (71,0%) μυελογράμματα. Στοιχεία δυσμεγακαρυοποίησης παρατηρήθηκαν σε 13/38 (34,2%). Η ποσοστιαία αναλογία της κοκκιώδους σειράς ήταν φυσιολογική σε 11/38 (28,9%) και αυξημένη σε 14/38 (36,8%) περιπτώσεις. Υποπλασία της ερυθράς σειράς παρατηρήθηκε σε 8/38 (21,0%) μυελογράμματα. Δυσερυθροποίηση και δυσκοκκιοποίηση παρατηρήθηκαν σε 29/38 (76,3%) και 3/38 (7,89%) ασθενείς αντίστοιχα. Στις μισές περιπτώσεις τα ευρήματα χαρακτηρίστηκαν αντιδραστικά με ή χωρίς αύξηση των ιστιοκύτταρων. Συνοδός αιμοφαγοκυτταρική δραστηριότητα παρατηρήθηκε σε 7/38 (18,4%) μυελογράμματα και παρουσία λεϊσμανίων σε ένα. Δεύτερη σε συχνότητα διάγνωση ήταν η μυελοδυσπλασία (23,7%) με δακτυλιοειδείς σιδηροβλάστες (>5%) σε 5/38 (13,1%) μυελογράμματα, ένα εκ των οποίων αφορούσε σε περίπτωση αιθυλισμού. Υποψία άλλων αιματολογικών κακοηθειών ετέθη σε 9/38 (23,7%) ασθενείς. Σε 16/38 (42,1%) μυελογράμματα παρατηρήθηκε λειτουργική σιδηροπενία ως συνοδό ή μεμονωμένο εύρημα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περίπου το ¼ των εξετασθέντων μυελογραμμάτων αφορούσε σε περιπτώσεις πανκυτταροπενίας πρόσφατης έναρξης. Στο 47% των μυελών, τα ευρήματα ήταν συμβατά με κλωνική αιματολογική διαταραχή, συνήθως της μυελικής σειράς. Ωστόσο, στο 50% των περιπτώσεων οι αλλοιώσεις ήταν μη ειδικές, αντιδραστικού τύπου, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την παρακολούθηση και επανεξέταση του ασθενούς.

## 194. ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ G20210A; ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ

Α. Σκούρου, Ν. Αγγελής, Ε. Γελαδάρη, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι συχνότερες εκδηλώσεις της φλεβοθρομβωτικής νόσου είναι η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και η πνευμονική εμβολή. Οι παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε κληρονομικούς ( μετάλλαξη V Leiden, προθομομβίνης G20210A, αντιθρομβίνης) και επίκτητους (νοσογόνος παχυσαρκία, κακοήθεια, κλινοστατισμός).
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με ιστορικό θρομβωτικών επεισοδίων σε έδαφος κληρονομικής θρομβοφιλίας.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 69 ετών διακομίζεται στο ΤΕΠ λόγω έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας με συνοδό άλγος δεξιού κάτω άκρου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται αρτηριακή υπέρταση, νοσογόνος παχυσαρκία, χρόνιος κλινοστατισμός και μακροαδένωμα υπόφυσης. Αναφέρεται επίσης εκτεταμένο ιστορικό θρομβώσεων; ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο δις, πνευμονική εμβολή και ιστορικό καθ΄ έξιν αποβολών. Η φαρμακευτική της αγωγή περιλαμβάνει ατορβαστατίνη, απιξαμπάνη, φουροσεμίδη και καμπεργολίδη. Κατά την αρχική εκτίμηση στο ΤΕΠ ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, αναπνευστικά επαρκής και απύρετη. Από την κλινική εξέταση της ασθενούς ανεδείχθησαν οίδημα και ερυθρότητα δεξιού κάτω άκρου και ΔΕ ημιπληγία. Διενεργήθηκε CT εγκεφάλου όπου επανελέγχθηκε το μακροαδένωμα υπόφυσης, χωρίς λοιπά ευρήματα. Ως προς το άλγος του δεξιού κάτω άκρου έγινε triplex φλεβών όπου περιγράφεται εικόνα εκτεταμένης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης έως και τις έξω λαγόνιες φλέβες αμφοτερόπλευρα. Η ασθενής διερευνήθηκε στα πλαίσια των πρόσφατων θρομβωτικών επεισοδίων με CT θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας και εν συνεχεία με PET-CT από τα οποία δεν αναδείχθηκε νεοπλασματική νόσος. Παρά την παρουσία επίκτητων παραγόντων κινδύνου για φλεβοθρομβωτική νόσο θεωρήθηκε δόκιμη η περαιτέρω διερεύνηση με μοριακό έλεγχο θρομβοφιλίας. Από τον έλεγχο προέκυψε ομοζυγωτία για τη μετάλλαξη της προθρομβίνης G20210A. Η ασθενής τέθηκε σε τινζαπαρίνη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ύπαρξη επίκτητων παραγόντων κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο δε θα πρέπει πάντα να «εφησυχάζει» τον κλινικό γιατρό. Η παρουσία επανειλημμένων θρομβωτικών επεισοδίων από τη νεαρή ηλικία θα πρέπει να κατευθύνει τη διερεύνηση και προς κληρονομικά αίτια.

## 195. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΗΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Β. Καμπόσου[1], Μ. Μωράκη[1], Α. Ξυδάκη[1], Μ. Κοζανίτου[3], Α. Μήκα[4], Σ. Ντελίκου[1]

*[1]Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αιμοσφαιρινοπάθειών και Επιπλοκών τους, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Αγροτική Ιατρός, Κέντρο Υγείας Βλαχιώτη Λακωνίας, [3]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [4]Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα- Μαγνητικός Τομογράφος, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των διαφορών στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών αποσιδήρωσης Deferasirox (DFX), Desferroxamine (DSF), Deferiprone ( DFP), και συνδυασμών) σε ασθενείς με μεταγγιζοεξαρτώμενη θαλασσαιμία (TDT), αναλύοντας τις ετήσιες μεταβολές στις παραμέτρους φερριτίνης, LIC, και λειτουργίας καρδιάς (T2*) για την περίοδο 2022-2024.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εξετάστηκαν 51 ασθενείς (68,6% γυναίκες, μέση ηλικία 52,6 ± 8,3 έτη) που λάμβαναν σταθερή θεραπεία με compliance>80%. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν με ANOVA και t-test, με στατιστική σημαντικότητα για $p < 0,05$. Εξετάστηκαν μονοθεραπείες και συνδυασμοί θεραπειών για τις μεταβλητές φερριτίνης, LIC,T2 και όγκου μεταγγίσεων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συνδυαστική θεραπεία DFP+DFX εμφάνισε την πιο σημαντική μείωση φερριτίνης (μέση τιμή: 771, $p < 0,001$). Η LIC μειώθηκε σημαντικά σε όλες τις ομάδες θεραπειών, ενώ η λειτουργία καρδιάς παρέμεινε σταθερή. Η μονοθεραπεία με DFP και DFX επιτυγχάνει σημαντική μείωση της φερριτίνης και σταθερά καλά αποτελέσματα, επίσης με $p < 0,001$. Ο συνδυασμός DSF + DFP και η μονοθεραπεία με DSF έχουν σταθερή αποτελεσματικότητα.Οι διαφορές στον όγκο μεταγγίσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές(πίνακας).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η DFP+DFX αναδεικνύεται ως η πλέον αποτελεσματική θεραπεία για τη μείωση φερριτίνης σε TDT. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τη σημασία των συνδυαστικών θεραπειών και την ανάγκη εξατομίκευσης και συμμόρφωση στη θεραπεία.

| Θεραπεία | Ασθενείς | Έτος | Φερριτίνη | LIC (mg Fe/g) | T2* (ms) | Στατιστική Σημαντικότητα (p) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DFX | 15 | 2022 | 1012,7 | 3,81 | 20 | $p < 0,05$ |
| | | 2023 | 834,3 | 4,1 | 20 | $p < 0,05$ |
| | | 2024 | 1218,4 | 3,77 | 20 | $p < 0,05$ |
| DSF | 10 | 2022 | 1371,2 | 3,27 | 20 | $p > 0,05$ |
| | | 2023 | 1156,4 | 4,53 | 20 | $p > 0,05$ |
| | | 2024 | 1962,6 | 4,70 | 20 | $p > 0,05$ |
| DFP | 12 | 2022 | 450,0 | 2,5 | 20 | $p < 0,001$ |
| | | 2023 | 517,0 | 3,0 | 20 | $p < 0,001$ |
| | | 2024 | 368,6 | 3,0 | 20 | $p < 0,001$ |
| DFP+DFX | 1 | 2022 | 2427,0 | 2,68 | 20 | $p < 0,001$ |
| | | 2023 | 854,0 | 3,04 | 20 | $p < 0,001$ |
| | | 2024 | 771,0 | 3,83 | 20 | $p < 0,001$ |
| DSF+DFP | 12 | 2022 | 1010,8 | 19,7 | 20 | $p > 0,05$ |
| | | 2023 | 741,8 | 13,5 | 20 | $p > 0,05$ |
| | | 2024 | 998,8 | 9,1 | 20 | $p > 0,05$ |

## 196. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑΣ

Ε. Φασουλάκη, Γ. Χατζηανέστης, Ε. Καλλιγιαννάκης, Δ. Κατραδάκη, Α. Μαρινάκη, Γ. Μαρινάκης, Α. Κοζύρη, Ε. Καλοκύρη

*Αιματολογικό Εργαστήριο, «Βενιζέλειο» Νοσοκομείο Ηρακλείου*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ιδιοπαθές Υπερηωσινοφιλικό Σύνδρομο (HES) είναι ένα σπάνιο νόσημα το οποίο χαρακτηρίζεται από αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηωσινοφίλων (AEC) >1500/μl, απουσία όλων των γνωστών αιτίων ηωσινοφιλίας και εκδηλώσεις ιστικών βλαβών σε διάφορα όργανα με ανάλογη συμπτωματολογία.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού υπερηωσινοφιλίας.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής ηλικίας 69 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω αδυναμίας - καταβολής, οστικών αλγών κάτω άκρων και νυχτερινών εφιδρώσεων. Κατά την προσέλευση παρουσίαζε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε πλευριτικές συλλογές άμφω, ενώ στη γενική αίματος βρέθηκε λευκοκυττάρωση (WBC: 200.000/μl) και υπερηωσινοφιλία (AEC: 172.900/μl).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον ανοσοφαινότυπο του περιφερικού αίματος και του μυελού βρέθηκε Υπερηωσινοφιλία με λεμφοκυτταρική συνιστώσα και Τ- μονοκλωνικότητα. Η ΟΜΒ, η μοριακή και κυτταρογενετική μελέτη ακολούθησαν για την τεκμηρίωση της κλωνικής ή μη φύσης της ηωσινοφιλίας. Μετά από νοσηλεία ενός μηνός περίπου και μετά από εκτεταμένο διαγνωστικό έλεγχο τέθηκε η διάγνωση ιδιοπαθές υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο.
Ο ασθενής έλαβε αρχικά κορτικοστεροειδή με αποτέλεσμα σταδιακή μείωση του αριθμού των ηωσινόφιλων και των λευκοκυττάρων. Στη συνέχεια χορηγήθηκε υδροξυουρία για καλύτερο έλεγχο της ηωσινοφιλίας αλλά λόγω σημαντικής πτώσης των λευκών και των ηωσινοφίλων έγινε διακοπή και χορηγήθηκε μεπολιζουμάμπη. Στην πορεία της νόσου παρατηρήθηκε καρδιακή δυσλειτουργία, αναιμία, θρομβοπενία και τέλος νεφρική ανεπάρκεια η οποία αντιμετωπίστηκε με αιμοκάθαρση. Η κατάσταση του ασθενούς παρουσίασε προοδευτικά επιδείνωση και λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ όπου και απεβίωσε τελικά 3 μήνες περίπου μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ιδιοπαθές υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο έχει συχνά επιθετική κλινική πορεία και ταχεία εξέλιξη. Η διάγνωση του εξακολουθεί να παραμένει μια διάγνωση εξ αποκλεισμού από άλλες αιτίες ηωσινοφιλίας και είναι απαραίτητο να γίνει ακόμα μεγαλύτερη έρευνα για την θεραπευτική αντιμετώπιση του.

# 197. ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ν. Καρατζάνου[1], Μ. Μωράκη[1], Α. Ξυδάκη[1], C. Richardson[2], Κ. Πολίτη[3], Σ. Ντελίκου[1]

*[1]Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου- Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αιμοσφαιρινοπαθειών και Επιπλοκών τους, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, [3]Κέντρο Αιμοεπαγρύπνησης και Επιτήρησης Μεταγγίσεων, Ελληνικός Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας*

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**: Η μελέτη διεξήχθη μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου σε 114 ενήλικες με αιμοσφαιρινοπάθειες, κυρίως γυναίκες (69%, 79 άτομα), με μέση ηλικία 49,4 έτη. Το 66% (75 άτομα) είχε β-θαλασσαιμία, το 25% (29 άτομα) δρεπανοκυτταρική νόσο. Το 70% (80 άτομα) ήταν παντρεμένοι, το 57% (65 άτομα) είχε ανώτατη εκπαίδευση και το 51% (58 άτομα) εισόδημα €12,000-€24,000. Η συλλογή δεδομένων περιλάμβανε μεταγγίσεις, αποσιδήρωση, παρακολούθηση υγείας και ποιότητα ζωής. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με IBM SPSS v.25.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Το 97% (111 άτομα) ανέφερε τακτικές μεταγγίσεις, με το 82% (94 άτομα) κάθε δύο εβδομάδες και το 29% (33 άτομα) περιστασιακά. Αποσιδήρωση κάνει το 77% (88 άτομα), το 43% (49 άτομα) με μονοθεραπεία p.os και το 25% (29 άτομα) με συνδυασμό p.os και s.c. Μόνο το 46% (52 άτομα) είναι συνεπές, ενώ το 19% (22 άτομα) εφαρμόζει περιστασιακά αποσιδήρωση. Συστηματικές επιπλοκές περιλαμβάνουν οστεοπόρωση (54%, 62 άτομα), αρρυθμίες (32%, 37 άτομα) και θυρεοειδοπάθειες (28%, 32 άτομα).Το 88% (100 άτομα) επισκέφθηκε καρδιολόγο, το 61% (70 άτομα) ενδοκρινολόγο και το 50% (57 άτομα) οφθαλμίατρο τον τελευταίο χρόνο. Μόνο το 37% (42 άτομα) έκανε ετήσιο MRI, κρίσιμο για την αποσιδήρωση και την πρόληψη επιπλοκών. Το 54% (62 άτομα) ανησυχεί για τις ελλείψεις αίματος, το 48% (55 άτομα) για αντιδράσεις κατά την μετάγγιση, ενώ το 79% (90 άτομα) εμπιστεύεται την ασφάλεια του αίματος, το 90% (103 άτομα) τους γιατρούς και το 87% (99 άτομα) το νοσηλευτικό προσωπικό.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καταγραφή αυτή δείχνει πρόοδο στη θεραπεία αιμοσφαιρινοπαθειών, με βελτίωση ποιότητας ζωής και επιβίωσης. Ωστόσο, προκλήσεις όπως ασυνέπεια στις μεταγγίσεις, ελλιπής συμμόρφωση στην αποσιδήρωση και ανεπαρκής παρακολούθηση απαιτούν καλύτερη εκπαίδευση, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στήριξη από ειδικούς.

**Πίνακας Θεραπείας**

| Θεραπεία | Ασθενείς | Έτος | Φερριτίνη | LIC (mg Fe/g) | T2* (ms) | Στατιστική Σημαντικότητα (p) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DFX | 15 | 2022 | 1012.7 | 3.81 | 20 | p < 0,05 |
| DFX | 15 | 2023 | 834.3 | 4.1 | 20 | p < 0,05 |
| DFX | 15 | 2024 | 1218.4 | 3.77 | 20 | p < 0,05 |
| DSF | 10 | 2022 | 1371.2 | 3.27 | 20 | p > 0,05 |
| DSF | 10 | 2023 | 1156.4 | 4.53 | 20 | p > 0,05 |
| DSF | 10 | 2024 | 1962.6 | 4.7 | 20 | p > 0,05 |
| DFP | 12 | 2022 | 450.0 | 2.5 | 20 | p < 0,001 |
| DFP | 12 | 2023 | 517.0 | 3.0 | 20 | p < 0,001 |
| DFP | 12 | 2024 | 368.6 | 3.0 | 20 | p < 0,001 |
| DFP+DFX | 1 | 2022 | 2427.0 | 19.7 | 20 | p > 0,05 |
| DFP+DFX | 1 | 2023 | 854.0 | 13.5 | 20 | p > 0,05 |
| DFP+DFX | 1 | 2024 | 771.0 | 9.1 | 20 | p > 0,05 |
| DSF+DFP | 12 | 2022 | 1010.8 | 2.68 | 20 | p < 0,001 |
| DSF+DFP | 12 | 2023 | 741.8 | 3.04 | 20 | p < 0,001 |
| DSF+DFP | 12 | 2024 | 998.8 | 3.83 | 20 | p < 0,001 |

## 198. ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας
*Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ναυπλίου*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης νόσου Castleman.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας 55 ετών με ελεύθερο ιατροφαρμακευτικό ιστορικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών τον Αύγουστο 2024. Παραπονείτο για εμπύρετο με ρίγος, επώδυνο και προοδευτικά επιδεινούμενο οίδημα δεξιάς μασχαλιαίας χώρας και απώλειας βάρους (6 κιλά το τελευταίο εξάμηνο). Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται μασχαλιαίος λεμφαδένας 3 εκ. Η γενική αίματος καταδεικνύει ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, ΤΚΕ=70 mm/h, ενώ ο βιοχημικός έλεγχος είναι φυσιολογικός. Οι τιμές της CEA καικ του AFP είναι φυσιολογικές, καλλιέργειες αίματος αρνητικές, α/α θώρακος και ΗΚΓ: κφ, CT θώρακος-κοιλίας: κφ
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία και εξαίρεση λεμφαδένα. Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με Νόσο Castleman πλασματοκυτταρικού τύπου. Με βάση των απεικονιστικό έλεγχο ο ασθενής υπεβλήθη μόνο σε χειρουργική εξαίρεση. Μετά 5 μήνες ο ανωτέρω ήταν ασυμπτωματικός και σε άριστη κλινική κατάσταση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νόσος Castleman είναι μια λεμφοδυσπλαστική διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας. Ο B Castleman περιέγραψε πρώτος την νόσο το 1954 με λεμφαδενοπάθεια του μεσοθωρακίου. Εμφανίθζεται σε κάθε ηλικία και φύλο. Συναντάμε 4 ιστολογικούς τύπους και δύνανται να εμφανίζεται ως μονήρης όζος ή πολυεστιακή νόσος. Η εκτομή του μονήρους όζου είναι και οριστική θεραπεία, ενώ στην πολυεστιακή νόσο απαιτείται χημειοθεραπεία και ακτινοβολία

## ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

# 199. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΥΠΟΥ ΟΡΟΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ RAPID STREP TEST

Χ. Χατζηγρηγοριάδης[1], Γ. Ελευθεράκης[2], Κ. Γυφτόπουλος[3], Δ. Σπερδούλη[4], Σ. Ασημακόπουλος[5]

*[1]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [2]Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο, Ελλάδα, [3]Τμήμα Ανατομίας, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [4]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [5]Διεύθυνση Λοιμωδών Νοσημάτων, Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντίδραση τύπου ορονοσίας (SSLR: serum sickness-like reaction) είναι μια σπάνια ανοσολογική διαταραχή. Η πρωτότυπη μορφή είναι η ορονοσία, η οποία αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου III και προκαλείται από πρωτεϊνικά μόρια, όπως ο αντιτετανικός ορός. Ωστόσο, η SSLR είναι μια καθυστερημένη αντίδραση άγνωστης παθογένειας και προκαλείται από μικρά μη πρωτεϊνικά μόρια. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την κλασική τριάδα πυρετού, εξανθήματος και αρθραλγίας/αρθρίτιδας, η οποία εμφανίζεται τυπικά 1-2 εβδομάδες μετά από λοιμώξεις ή τη λήψη φαρμάκων. Η πρόγνωση είναι άριστη, ωστόσο η διάγνωση είναι δύσκολη, καθώς μιμείται τη σήψη και άλλες εξανθηματικές νόσους. Η φαρυγγίτιδα είναι μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, η οποία είναι συνήθως ιογενής. Το πιο συχνό αίτιο βακτηριακής φαρυγγίτιδας είναι ο Streptococcus pyogenes. Το Rapid Strep Test (RST) είναι μία χρήσιμη διαγνωστική εξέταση για την ανίχνευση του S. pyogenes σε ασθενείς με φαρυγγίτιδα και Centor score 3 ή παραπάνω καθοδηγώντας τη χορήγηση αντιβιοτικών.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την ενδιαφέρουσα περίπτωση μίας 63χρονης γυναίκας, η οποία επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών με διάχυτο εξάνθημα, μυοσκελετικό άλγος, υψηλό πυρετό (μέχρι 40 oC) με ρίγος, κακουχία και θετικό RST χωρίς κλινικά ευρήματα φαρυγγίτιδας. Το ιστορικό της ήταν θετικό για πρόσφατη (12 ημέρες πριν) αναπνευστική λοίμωξη, η οποία αντιμετωπίστηκε με αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ, ακεταμινοφαίνη και ιβουπροφαίνη. Αρχικά, αποφασίστηκε εισαγωγή της ασθενούς και θεραπεία με κλινδαμυκίνη λόγω της κλινικής υποψίας για στρεπτοκοκκική σήψη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μετά από εκτεταμένη διαγνωστική διερεύνηση και αποκλεισμό άλλων παρόμοιων νοσημάτων, η τελική διάγνωση ήταν SSLR. Χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 0,5 mg/kg per os οδηγώντας σε ίαση μετά από 2 ημέρες, ενώ η δόση μειώθηκε σταδιακά σε μία εβδομάδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η SSLR είναι μια ενδιαφέρουσα κλινική οντότητα και η παθοφυσιολογία της είναι ελάχιστα κατανοητή. Η κλινική της παρουσίαση ποικίλει και θεωρείται διάγνωση εξ αποκλεισμού.

## 200. ΤΟ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ, ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Δ. Τσιλιγιάννη
*Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

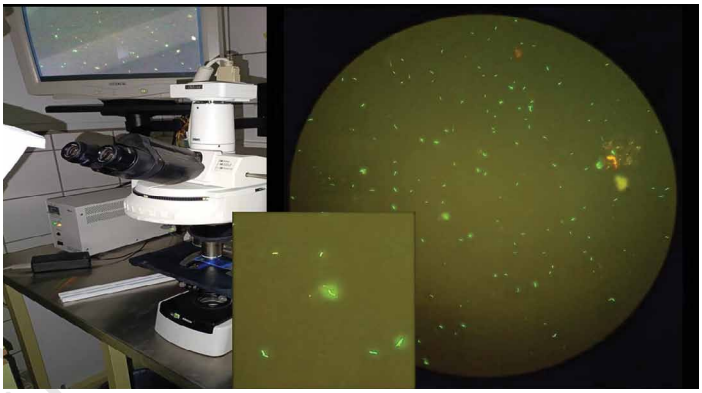
**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τα καινούργια δεδομένα για την σχέση του μικροβίωματος και της ανοσολογικής απάντησης στα εμβόλια στον παιδιατρικό πληθυσμό. Θα εξεταστεί ο ρόλος του μικροβιώματος στον εμβολιασμό, οι υπεύθυνοι μηχανισμοί, και το ενδεχόμενο αξιοποίησης του μικροβιώματος ως μέσο για τη βελτίωση των εμβολιασμών και κατ΄επέκταση της υγείας των παιδιών.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μέσω συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων που ανευρίσκονται στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, scopus, google scholar επιλέχθηκαν μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης με βάση τους τίτλους και τις περιλήψεις.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αλληλεπίδραση του εντερικού μικροβιώματος και των εμβολίων αποτελεί ένα αναδυόμενο (πολλά υποσχόμενο) πεδίο έρευνας στην παιδιατρική, καθώς καινοτόμες μελέτες αναδεικνύουν πως το μικροβίωμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην λειτουργεία του ανοσοποιητικού συστήματος και επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες της πρώιμης ζωής, όπως η μέθοδος τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή), ο θηλασμός και η χρήση αντιβιοτικών, οι οποίοι επηρεάζουν την ανάπτυξη του μικροβιώματος, και κατά συνέπεια την απόκριση στα εμβόλια. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η παρουσία ορισμένων βακτηρίων στην πρώιμη ζωή σχετίζεται με ισχυρότερες ανοσολογικές αντιδράσεις σε εμβόλια όπως αυτά του πνευμονόκοκκου, του μηνιγγιτιδόκοκκου και του ροταϊού (rotavirus). Επιπλέον, ορισμένα εμβόλια φαίνεται να επιδρούν στο μικροβίωμα, προάγοντας την ποικιλομορφία του, και ενδεχομένως μειώνουν λοιμώξεις που θα μπορούσαν να διαταράξουν την ισορροπία του.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υποστηρίζεται πως η σύνθεση του μικροβιώματος, καθώς και οι αλλαγές που προκαλούνται σε αυτό μετά τον εμβολιασμό, διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της ανοσολογικής απόκρισης, ενισχύοντας ή παρεμποδίζοντας την δραστικότητα των εμβολίων. Διάφορες στρατηγικές τροποποίησης του μικροβιώματος, όπως η χρήση προβιοτικών ή άλλων παρεμβάσεων, προτείνονται για την ενίσχυση των ανοσολογικών αντιδράσεων. Ωστόσο οι επιπτώσεις αυτών των πρακτικών παραμένουν αντικείμενο ενεργής έρευνας. Η περεταίρω κατανόηση του ρόλου του μικροβιώματος στην ανοσολογική ωρίμανση και λειτουργεία προσφέρει υποσχόμενες προοπτικές για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εμβολίων και την προαγωγή της υγείας των παιδιών.

## ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

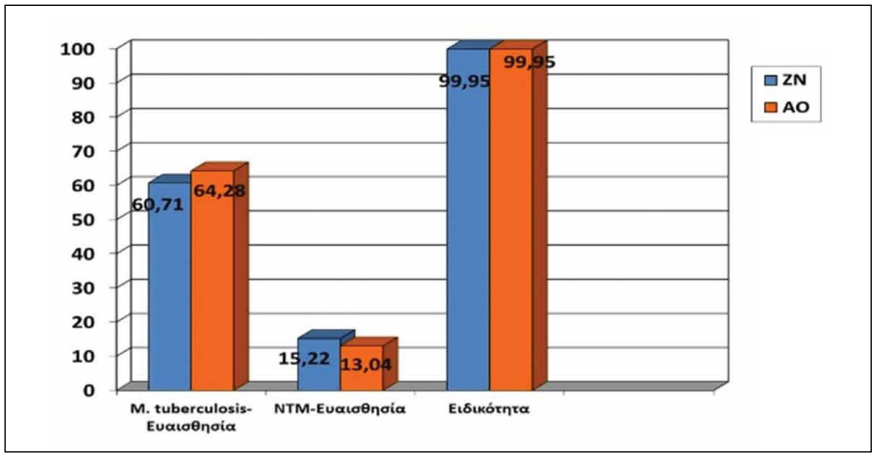
# 201. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΧΡΩΣΗΣ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ZIEHL-NEELSEN

Κ. Σταμούλος[1], Α. Βελέντζα[1], Μ. Κεχαγιά[2], Ο. Ζορμπάς[1], Θ. Πούλος[1], Μ. Νικολάου[1], Μ. Μαρτσούκου[1]
*[1]Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», [2]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»*

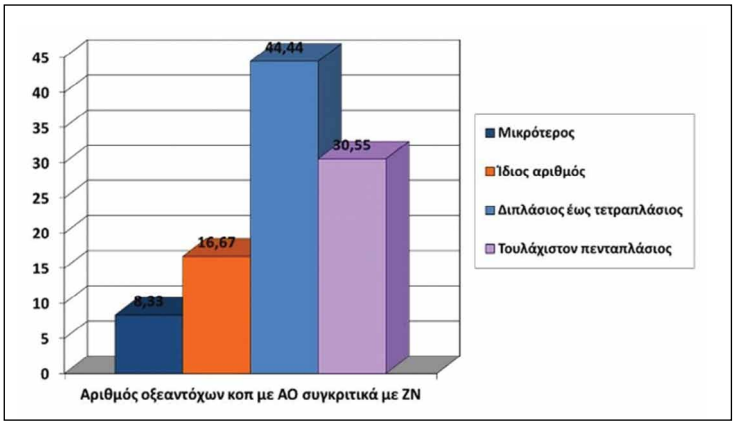
**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά την αυξανόμενη εφαρμογή των νεότερων μοριακών τεχνικών, η άμεση χρώση Ziehl-Neelsen(ZN) παραμένει σημαντικό εργαλείο για την πρώιμη διάγνωση της Φυματίωσης. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αξιολόγηση της μικροσκοπίας φθορισμού με χρήση Αουραμίνης Ο (ΑΟ) συγκριτικά με τη ZN.
**ΥΛΙΚΟ:** 2240 κλινικά δείγματα (Οκτώβριος 2018 –Σεπτέμβριος 2020). Από κάθε δείγμα, κατόπιν επεξεργασίας(Petroff), παρασκευάστηκαν δύο επιχρίσματα(2x3cm) για χρώση κατά ZN και ΑΟ αντίστοιχα. Εξετάστηκαν 200 και 40 πεδία με κοινό(1000x) και με μικροσκόπιο φθορισμού(400x) αντίστοιχα και επί θετικότητας έγινε καταμέτρηση των οξεαντόχων. Η καλλιέργεια του επεξεργασμένου υλικού σε Lowenstein-Jensen και σε υγρό μέσο(MGIT960) χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος αναφοράς και τα απομονωθέντα Μυκοβακτηρίδια ταυτοποιήθηκαν μοριακά με το σύστημα Genotype Mycobacterium CM Ver2.0.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 2240 δείγματα 102 είχαν θετική καλλιέργειακαι εξ αυτών, 56 ταυτοποιήθηκαν ως Mycobacterium tuberculosis και 46 ως άτυπα μυκοβακτηρίδια (42 από δείγματα ασθενών με Κυστική Ίνωση). Η ευαισθησία για *M. tuberculosis* ήταν 64.28% έναντι 60.71% για την ΑΟ και τη ZN αντίστοιχα ενώ για άτυπα μυκοβακτηρίδια ήταν 13,04% και 15,22%. Ειδικότητα 99,95% και για τις 2 χρώσεις. Συγκριτικά με τη ZN ο αριθμός των οξεαντόχων με ΑΟ ήταν ίδιος ή μεγαλύτερος στο 91,66%, τουλάχιστον πενταπλάσιος στο 30,55% και διπλάσιος έως τετραπλάσιος στο 44,44% των 36 δειγμάτων τα οποία ήταν θετικά και με τις δύο τεχνικές. Μέσος χρόνος μικροσκόπησης 2 και 5min για ΑΟ και ZN αντίστοιχα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μικροσκοπία φθορισμού με χρώση ΑΟ φαίνεται να αποτελεί τεχνική «φιλική προς το χρήστη» παρέχοντας μεγάλους αριθμούς οξεαντόχων ανά πεδίο, με μικρότερο κατά 60% απαιτούμενο χρόνο μικροσκόπησης συγκριτικά με τη ZN, χωρίς να υστερεί σε απόδοση. Επομένως μπορεί να αποτελεί εναλλακτική τεχνική ειδικά σε αυξημένο όγκο εργασίας.



**Εικόνα 1.**




**Εικόνα 2.**




**Εικόνα 3.**

## 202. ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ NOCARDIA BRASILIENSIS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ HCV ΛΟΙΜΩΞΗ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Σεργουνιώτη[1], Φ. Κόντος[2], Β. Ζωιτόπουλος[1], Σ. Πουρνάρας[2]

*[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας, Άμφισσα, [2]Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρικής Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η *Nocardia brasiliensis* είναι ένα σπάνιο παθογόνο που συνήθως σχετίζεται με δερματικές λοιμώξεις στον άνθρωπο,ιδιαίτερα σε τροπικά κλίματα.Περιγράφουμε μια περίπτωση ασθενούς 56 ετών με σακχαρώδη διαβήτη και λοίμωξη από HCV,ο οποίος παρουσίασε δερματική λοίμωξη που προκλήθηκε από *N.brasiliensis.*

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας,56 ετών,προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω πυρετού (38,8$^0$ C),και παρουσίας μιας φλεγμονώδους δερματικής βλάβης με εξέλκωση στην ωλένια επιφάνεια του δεξιού αντιβραχίου.Από το ιστορικό του,ανέφερε μόνο ότι έχει χρόνια ηπατίτιδα C και δεν αναφέρθηκε στη λήψη κάποιου φαρμάκου.Τα υπόλοιπα εργαστηριακά του αποτελέσματα ήταν τα εξής:WBC 5370/uL(ουδετερόφιλα 46,2%,λεμφοκύτταρα:45,1%), γλυκόζη:108 mg/dL και HbA1c:6,7%.Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργικό καθαρισμό της βλάβης και συνταγογραφήθηκε αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ, ωστόσο δεν παρατηρήθηκε βελτίωση και η λοίμωξη εξαπλώθηκε στο υπόλοιπο αντιβράχιο,οπότε ακολούθησε νέος χειρουργικός καθαρισμός.Μια καλλιέργεια του επιχρίσματος της βλάβης έδωσε βραδέως αναπτυσσόμενες,λευκές,ξηρές αποικίες ενός Gram-θετικού βακτηρίου.Το βακτήριο ταυτοποιήθηκε ως *Nocardia brasiliensis* με φασματομετρίας μάζας MALDI-TOF.Ο έλεγχος αντιμικροβιακής ευαισθησίας πραγματοποιήθηκε με την πρότυπη μέθοδο μικροαραιώσεων σε ζωμό,με το εμπορικό κιτ SensititreTM RAPMYCOI,και η ερμηνεία έγινε βάσει των κριτηρίων του CLSI(έγγραφο CLSI M24-M62,2018).Τα αποτελέσματα του τεστ ευαισθησίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.Η θεραπεία του τροποποιήθηκε με βάση τα αποτελέσματα του μικροβιολογικού ελέγχου,συνταγογραφήθηκε τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη,κατ'αρχάς για τρεις μήνες,και δόθηκαν οδηγίες σχετικά με την περαιτέρω παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η δερματική νοκαρδίωση παραμένει μια διαγνωστική πρόκληση,λόγω της σπανιότητάς της και της ανάγκης πρόσβασης σε εξειδικευμένες εργαστηριακές μεθόδους για την ταυτοποίηση και τον έλεγχο ευαισθησίας. Για το λόγο αυτό,το εργαστήριο οφείλει να βρίσκεται σε εγρήγορση για την προοπτική μιας νοκαρδιακής λοίμωξης,λόγω της νοσοεπιβάρυνσης που συνεπάγεται,και της απαίτησης μακρόχρονης χορήγησης αντιβιοτικών για την επίτευξη πλήρους ίασης.

# 203. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ NOCARDIA

Ι. Παπαζαχαρία[1], Σ. Σπηλιοπούλου[2], Ι. Γκορυάγκα[1], Δ. Δανδουλάκης[1], Χ. Καραβαγγέλης[1], Μ. Μπλούνα[1], Ε. Μανιός[2], Ε. Μπουντανιώζου[1], Μ. Δανηλοπούλου[1], Α. Χαραλαμποπούλου[1]

*[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», [2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις από ευκαιριακά παθογόνα παρουσιάζουν ιδιαίτερο διαγνωστικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, καθώς συνδέονται με τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό ασθενών με ποικίλου βαθμού ανοσοκαταστολή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περίπτωσης πνευμονικής νοκαρδίωσης σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή με ουροθηλιακό καρκίνωμα ουρητήρα με δευτεροπαθείς εντοπίσεις.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 56 ετών προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου λόγω αναφερόμενης εμπύρετης λοίμωξης αναπνευστικού υπό αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό και μοξιφλοξασίνη και συνοδών υψηλών τιμών ηπατικών, χολοστατικών ενζύμων. Ο εργαστηριακός έλεγχος στα επείγοντα ανέδειξε επηρεασμένη ηπατική λειτουργία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής: CRP 191mg/dl:φυσιολογική τιμή (ΦΤ): <0.5mg/dl), PCT:0,82ng/dl (ΦΤ:<0.5ng/dl). Από την αξονική τομογραφία αναδείχθηκε εικόνα λοβώδους πνευμονίας αριστερά και οζόμορφα διηθήματα στο δεξιό κάτω λοβό. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και πτυέλων. Χορηγήθηκε εμπειρική αγωγή με βανκομυκίνη-κεφεπίμη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη χρώση των πτυέλων κατά gram, ανευρέθησαν gram θετικά βακτηρίδια με διακλαδώσεις και στην τροποποιημένη Ziehl Neelsen μερικώς οξεάντοχα. Στην καλλιέργεια πτυέλων (αιματούχο και σοκολατόχρωμο agar) μετά από επώαση τριών ημερών αναπτύχθησαν χαρακτηριστικές, δύσκολα αποσπώμενες, λευκές αποικίες σαν κιμωλία. Το παθογόνο ταυτοποιήθηκε ως *Nocardia cyriacigeorgica* με φασματογραφία μάζας. Ακολούθησε έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά με την πρότυπη μέθοδο μικροαραιώσεων σε ζωμό. Οι ελάχιστες ανασταλτικές συγκεντρώσεις (MICs) ερμηνεύτηκαν βάσει των οδηγιών του CLSI. Το στέλεχος ήταν ευαίσθητο σε αμικασίνη, κεφτριαξόνη, τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, λινεζολίδη, ιμιπενέμη, και ανθεκτικό σε σιπροφλοξασίνη. Ο ασθενής τέθηκε σε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, βανκομυκίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη με βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νοκαρδίωση είναι σχετικά σπάνια ευκαιριακή λοίμωξη με ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων. Η προοδευτική αύξηση των περιπτώσεων σε συνδυασμό με τις δυσκολίες απομόνωσης και ταυτοποίησης του μικροοργανισμού, επιβάλλουν την αυξημένη επαγρύπνηση κλινικών και εργαστηριακών ιατρών για έγκυρη διάγνωση και έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής.

## 204. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΙΠΩΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΠΛΗΡΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑ ΠΕΡΙΕΚΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ι. Μανιάκης[1], Θ. Χήρας[2], Μ. Κεχαγιά[1], Α. Πρίφτης[1], Α. Ρογκάκου[1], Ε. Αλαφάκη[1], Μ. Μπακάλη[1], Μ. Σονικιάν[2], Ρ. Χατζηκυριάκου[1]

*[1]Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, [2]Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Σισμανόγλειο*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η σύγκριση παραμέτρων της γενικής αίματος μεταξύ ελλιπώς και πλήρως πληρούμενων με αίμα σωληναρίων K3EDTA.

**ΥΛΙΚΟ:** 15 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αιμοληψία και 6 ml αίματος από περιφερική φλέβα διαμοιράστηκαν σε 3 φιαλίδια γενικής αίματος (1 ml στο ένα φιαλίδιο, 2 ml στο δεύτερο, 3 ml στο τρίτο). Οι χρησιμοποιούμενοι K3EDTA περιέκτες απαιτούν 3 ml αίματος σύμφωνα με τους κατασκευαστές. Μελετήθηκαν οι δείκτες: τιμή αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτης, MCV, MCH, αριθμός λευκών, ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, το ποσοστό πολυμορφοπύρηνων, λεμφοκυττάρων, μονοκυττάρων, ηωσινόφιλων, βασεόφιλων, κατόπιν ανάλυσης στον αναλυτή SYSMEX XN1000. Τα δεδομένα αναλύθηκαν στατιστικά με τη χρησιμοποίηση του λογισμικού JASP 0.19.2. Χρησιμοποιήθηκε το paired t-test. Τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Μεταξύ των ελλιπώς πληρούμενων με 2 ml αίμα περιεκτών και αυτών με 3 ml δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στις παραμέτρους. Μεταξύ δειγμάτων πληρούμενων με 1 ml αίμα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα πληρούμενα με 3 ml αίμα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση στις παραμέτρους των ερυθρών αιμοσφαιρίων ($p=0,027$), της αιμοσφαιρίνης ($p=0,014$) και του MCV ( $p < 0,001$).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Τα αποτελέσματα αναλύσεων από περιέκτες πληρωμένους με 1 ml αίμα πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή, λόγω στατιστικά σημαντικών διαφορών σε σημαντικές αιματολογικές παραμέτρους μεταξύ αυτών των δειγμάτων και εκείνων που είχαν πληρωθεί με 3 ml αίμα. Περαιτέρω έλεγχος σε μεγαλύτερο αριθμό δειγμάτων είναι σκόπιμος για επιβεβαίωση των προκαταρκτικών αυτών αποτελεσμάτων.

## 205. ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»: ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α. Ιερωνυμάκη, Ι. Τζαμαλή, Μ. Μαρίνη, Δ. Λιαπόπουλος, Α. Μπελούση, Θ. Μπινιάρη
*Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή στελεχών *Stenotrophomonas maltophilia* ανθεκτικών στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (TMP-SMX), απομονωθέντων από καλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» κατά την τελευταία πενταετία. Η *Stenotrophomonas maltophilia* είναι ένα αερόβιο Gram (-) αρνητικό βακτηρίδιο, περιβαλλοντικό, δυνητικά παθογόνο σε ογκολογικούς ασθενείς, ανοσοκατασταλμένους, μεταμοσχευμένους και ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Αν και η απομόνωση *S.maltophilia* από βιολογικά υλικά μπορεί να θεωρηθεί αποικισμός, δύναται να προκαλεί λοιμώξεις, κυρίως βακτηριαιμίες, λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού, σε ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, όπως εκτεταμένη χρήση μόνιμων καθετήρων, πρόσφατη αντιβιοτική αγωγή ευρέος φάσματος και παρατεταμένη νοσηλεία.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν και ελέγχθηκαν όλες οι θετικές σε *S.maltophilia* καλλιέργειες των ασθενών του νοσοκομείου από 1/1/2020 έως και 31/12/2024, καθώς και η αντοχή των απομονωθέντων στελεχών σε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (TMP-SMX). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας έγιναν με το σύστημα VITEK 2 (BIOMERIEUX), σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (EUCAST).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 50485 καλλιέργειες αίματος, πτυέλων, βρογχικών εκκρίσεων, ούρων, αποστημάτων, άκρων καθετήρων και λοιπών βιολογικών υγρών που στάλθηκαν στο εργαστήριο κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης, σε 136 δείγματα απομονώθηκε *S.maltophilia.* Δεκαοχτώ στελέχη *S.maltophilia* ήταν ανθεκτικά στην τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (13,2%).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρατηρείται σημαντικό ποσοστό απομόνωσης ανθεκτικών στελεχών *S.maltophilia* στην τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (TMP-SMX). Η *S.maltophilia* παρουσιάζει ενδογενή αντοχή σε πολλές κατηγορίες αντιβιοτικών, συμπεριλαμβανομένων των β-λακταμών, καρβαπενεμών και αμινογλυκοσιδών. Τα αντιβιοτικά με in vitro δραστικότητα περιλαμβάνουν τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, φθοριοκινολόνες, τετρακυκλίνες, τικαρκιλλίνη-κλαβουλανικό και κεφταζιδίμη. Η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη εξακολουθεί να είναι η κύρια επιλογή για τη θεραπεία λοιμώξεων από *S.maltophilia*. Ωστόσο, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις και βιβλιογραφικές αναφορές ότι η λεβοφλοξασίνη και η μινοκυκλίνη μπορεί να έχουν συγκρίσιμα έως ίδια ποσοστά αποτελεσματικότητας. Δεδομένης της ολοένα αυξανόμενης συχνότητάς της και της ενδογενούς αντοχής της στις περισσότερες κατηγορίες αντιβιοτικών, απαιτούνται νέες στρατηγικές θεραπείας για τις λοιμώξεις από *S.maltophilia*.

## 206. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE XDR ΚΑΙ PDR ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ

Α. Ιερωνυμάκη[1], Ι. Τζαμαλή[1], Α. Μπελή[2], Α. Κατέρη[2], Δ. Λιαπόπουλος[1], Θ. Μπινιάρη[1]

*[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή στελεχών *Klebsiella pneumoniae* εκτεταμένης αντοχής (Extremely Drug Resistant - XDR) και πανανθεκτικών στελεχών (pandrug resistant - PDR) απομονωθέντων από αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» για χρονικό διάστημα τριών ετών. Ως εκτεταμένης αντοχής (XDR) ορίζονται τα βακτήρια με αντοχή σε όλες τις κατηγορίες αντιβιοτικών με εξαίρεση τις πολυμυξίνες, την τιγεκυκλίνη και τη φωσφομυκίνη, και ως πανανθεκτικά (PDR) αυτά που έχουν αντοχή σε όλα τα κυκλοφορούντα αντιβιοτικά. Ως ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (carbapenem resistant, CR) ορίζονται τα στελέχη που είναι ανθεκτικά στις καρβαπενέμες ή παράγουν καρβαπενεμάσες.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν και ελέγχθηκαν όλες οι θετικές σε *K.pneumoniae* αιμοκαλλιέργειες των ασθενών του νοσοκομείου από 1/1/2022 έως και 31/12/2024, καθώς και η αντοχή των βακτηριδίων σε καρβαπενέμες, κολιστίνη, τιγεκυκλίνη και φωσφομυκίνη. Κατόπιν τα στελέχη ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: CR, XDR και PDR. Η επώαση των αιμοκαλλιεργειών έγινε στα αυτοματοποιημένα συστήματα BacT/Alert (bioMérieux) και Autobio BC-60 (LERIVA), ενώ η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με το σύστημα Vitek2 (BIOMERIEUX), σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (EUCAST). Τα στελέχη που παρουσίασαν αντοχή στην κολιστίνη εκτιμήθηκαν και με τη μέθοδο μικροαραιώσεων σε ζωμό (Thermo Scientific™ Sensititre DKMGN - ΑΡΝΑΟΥΤΗΣ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 153 θετικών σε *K.pneumoniae* αιμοκαλλιεργειών, 64 στελέχη ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (41,8%), εκ των οποίων 52 ήταν XDR και 11 PDR. Η κατανομή των πολυανθεκτικών στελεχών ανά έτος απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 1.** Στελέχη CR *K.pneumoniae*, XDR *K.pneumoniae* και PDR *K.pneumoniae* που απομονώθηκαν σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών του ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι» τα έτη 2022, 2023 και 2024.

| | 2022 | 2023 | 2024 | Σύνολο |
|---|---|---|---|---|
| **CR *K.pneumoniae*** | 33/59 (55,9%) | 19/48 (39,6%) | 12/46 (26,1%) | 64/153 (41,8%) |
| **XDR *K.pneumoniae*** | 26/59 (44,1%) | 16/48 (33,3%) | 10/46 (21,7%) | 52/153 (34%) |
| **PDR *K.pneumoniae*** | 6/59 (10,2%) | 3/48 (6,3%) | 2/46 (4,4%) | 11/153 (7,2%) |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το υψηλό ποσοστό CR στελεχών *K.pneumoniae* και τα σημαντικά ποσοστά XDR και PDR στελεχών επιβεβαιώνουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την αντοχή της *K.pneumoniae* στη χώρα. Η καταγραφή αυτών των στελεχών συμβάλλει στη μελέτη της επίκτητης αντοχής και σχετίζεται με ορθολογική χρήση αντιβιοτικών. Τα επιδημιολογικά και μικροβιολογικά δεδομένα κάθε νοσοκομείου, σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της λοίμωξης κάθε ασθενούς, κατευθύνουν την εμπειρική θεραπεία, ενώ μετά την ταυτοποίηση του παθογόνου, η αγωγή τροποποιείται βάσει in vitro ευαισθησιών και μηχανισμών αντοχής.

# 207. ΒΑΚΤΗΡΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘΙΚΙΛΛΙΝΗ STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA) ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗ ΒΑΝΚΟΜΥΚΙΝΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΟΥΣ (VRE) ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Ι. Τζαμαλή[1], Α. Ιερωνυμάκη[1], Α. Κατέρη[2], Α. Μπελή[2], Δ. Λιαπόπουλος[1], Ι. Σταύρου[1], Θ. Μπινιάρη[1]
*[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Τμήμα Λοιμώξεων, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή της συχνότητας απομόνωσης ανθεκτικών στη μεθικιλλίνη στελεχών *S.aureus* (MRSA) και ανθεκτικών στη βανκομυκίνη *E.faecium* και *E.faecalis* (VRE) από αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» κατά την περίοδο των τελευταίων πέντε ετών. Η βακτηριαιμία από MRSA και VRE, ιδιαίτερα στους ανοσοκατεσταλμένους ογκολογικούς ασθενείς, αποτελεί σημαντική κλινική πρόκληση. Η συχνότητα απομόνωσής τους αναδεικνύει τη σημασία των τοπικών επιδημιολογικών δεδομένων για την καθοδήγηση των μέτρων ελέγχου λοιμώξεων και της διαχείρισης των αντιβιοτικών.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η αναδρομική μελέτη συμπεριέλαβε όλα τα επεισόδια βακτηριαιμίας που προκλήθηκαν από *S.aureus*, *E.faecium* και *E.faecalis* σε ασθενείς του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου από 1-1-2019 έως και 31-12-2023. Καταγράφηκε η αντοχή των στελεχών *S.aureus* στη μεθικιλλίνη και των εντεροκόκκων στη βανκομυκίνη. Οι αιμοκαλλιέργειες επωάστηκαν σε αυτοματοποιημένα συστήματα BacT/Alert (bioMérieux) και Autobio BC-60 (LERIVA). Η ταυτοποίηση και ο φαινότυπος αντοχής πραγματοποιήθηκαν με Vitek 2 (BioMérieux) και E-test (BioMérieux).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 13458 αιμοκαλλιεργειών που ελέγχθηκαν κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης, *S.aureus* απομονώθηκε σε 133 ασθενείς, εκ των οποίων 23 στελέχη (17,3%) ήταν ανθεκτικά στη μεθικιλλίνη (MRSA). Σε 235 ασθενείς απομονώθηκαν 141 στελέχη *E.faecium*, εκ των οποίων 58 στελέχη (24,7%) εμφάνισαν αντοχή στη βανκομυκίνη (VRE). Σε 94 ασθενείς απομονώθηκε *E.faecalis*. Όλα τα στελέχη *E.faecalis* ήταν βανκομυκίνη ευαίσθητα. Η κατανομή ανά έτος των απομονωθέντων στελεχών MRSA και VRE αποτυπώνεται στον πίνακα 1.

**Πίνακας 1.** Απομονωθέντα στελέχη MRSA και VRE σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» (1/1/2019 – 31/12/2023).

| Έτος | MRSA / *S.aureus* | VRE / *E.faecium* |
|---|---|---|
| 2019 | 3/19 (15.8%) | 4/14 (28.6%) |
| 2020 | 2/16 (12.5%) | 13/25 (52%) |
| 2021 | 7/25 (28%) | 12/31 (38.7%) |
| 2022 | 5/39 (12.8%) | 10/32 (31.3%) |
| 2023 | 6/34 (17.7%) | 19/39 (48.7%) |
| Σύνολο | 23/133 (17.3%) | 58/141 (41.1%) |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα βακτηριαιμίας που σχετίζεται με MRSA στη συγκεκριμένη μελέτη συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι βακτηριαιμίες από VRE είναι σημαντικά συχνότερες συγκριτικά με στελέχη MRSA. Η ανάγκη για ενίσχυση των στρατηγικών ελέγχου λοιμώξεων και συνεχούς επιτήρησης, ειδικότερα σε ογκολογικούς ασθενείς, προκειμένου να περιοριστεί η αυξανόμενη συχνότητα των πολυανθεκτικών παθογόνων είναι επιτακτική.

## 208. ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ GRAM (-) ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ (MDR-GNBS) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Ι. Τζαμαλή[1], Α. Ιερωνυμάκη[1], Α. Μπελή[2], Α. Κατέρη[2], Δ. Λιαπόπουλος[1], Γ. Σταθακοπούλου[1], Θ. Μπινιάρη[1]
*[1]Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», [2]Τμήμα Λοιμώξεων, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή της συχνότητας απομόνωσης πολυανθεκτικών Gram (-) αρνητικών βακτηρίων (MDR-GNBs) από αιμοκαλλιέργειες ασθενών στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (ΓΟΝΚ) «Οι Άγιοι Ανάργυροι» κατά την τελευταία πενταετία. Η βακτηριαιμία που προκαλείται από MDR-GNBs συνδέεται με αυξημένο κόστος νοσηλείας και υψηλά ποσοστά θνητότητας. Μεταξύ των συχνότερα απομονωθέντων MDR-GNBs από καλλιέργειες αίματος περιλαμβάνονται τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες *Acinetobacter baumannii* (CRAB), *Klebsiella pneumoniae* (CRKP) και *Pseudomonas aeruginosa* (CRPA).
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό της παρούσας αναδρομικής ανάλυσης αποτέλεσαν οι περιπτώσεις βακτηριαιμίας που προκλήθηκαν από στελέχη ανθεκτικά στις καρβαπενέμες *A.baumannii*, *K.pneumoniae* και *P.aeruginosa* σε ασθενείς του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» από 1-1-2019 έως και 31-12-2023. Οι καλλιέργειες αίματος επωάστηκαν σε αυτοματοποιημένα συστήματα BacT/Alert (BioMérieux) και Autobio BC-60 (LERIVA). Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά πραγματοποιήθηκαν με Vitek 2 (BioMérieux) και E-test (BioMérieux), σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (EUCAST).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την πενταετή περίοδο της μελέτης, ελέγχθηκαν συνολικά 13.458 καλλιέργειες αίματος. *K.pneumoniae* απομονώθηκε σε 236 περιπτώσεις, με 115 στελέχη (48,7%) να ταυτοποιούνται ως ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (CRKP). *A.baumannii* απομονώθηκε σε 170 αιμοκαλλιέργειες, εκ των οποίων τα 123 στελέχη (72,4%) ταξινομήθηκαν ως ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (CRAB). Αντοχή στις καρβαπενέμες παρατηρήθηκε επίσης σε 27 από τα 90 στελέχη της *P.aeruginosa* (30%).

**Πίνακας 1.** Κατανομή ανά έτος στελεχών CRKP, CRAB και CRPA απομονωθέντων από αιμοκαλλιέργειες ασθενών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» κατά την πενταετία 2019 - 2023.

| Έτος | CRKP | CRAB | CRPA |
|---|---|---|---|
| 2019 | 19/28 (67,9%) | 23/29 (79,3%) | 7/16 (43,4%) |
| 2020 | 24/48 (50%) | 19/28 (67,9%) | 3/11 (27,3%) |
| 2021 | 20/53 (37,7%) | 32/40 (80%) | 1/13 (7,7%) |
| 2022 | 33/59 (55,9%) | 23/33 (69,7%) | 11/32 (34,4%) |
| 2023 | 19/48 (39,6%) | 26/40 (65%) | 5/18 (27,8%) |
| Σύνολο | 115/236 (48,7%) | 123/170 (72,4%) | 27/90 (30%) |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Τα τελευταία πέντε χρόνια, ένας σημαντικός αριθμός MDR-GNBs απομονώθηκε σε θετικές καλλιέργειες αίματος, δυσχεραίνοντας τη διαχείριση της βακτηριαιμίας. Το επικρατέστερο είδος που εντοπίστηκε ήταν το ανθεκτικό στις καρβαπενέμες *A.baumannii* (CRAB). Οι επιδημιολογικές μελέτες που καταγράφουν τη διασπορά των παθογόνων και τους φαινοτύπους αντοχής είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων, των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και των στρατηγικών πρόληψης.

# 209. ΣΥΡΡΟΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΣΙΓΚΕΛΛΩΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μ. Τατάρου[1], Ι. Οθείτης[2], Μ. Σύρρου[3], Α. Παπαδοπούλου[3], Ε. Δαμασκοπούλου[3], Γ. Μανδηλαρά[4], Π. Ξηρόκωστα[3], Γ. Βάκας[3], Ε. Στάικου[3]

*[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Κ.Υ. Σπάτων, [2]Διαγνωστικό Εργαστήριο Οθείτη, [3]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, [4]Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών(ΕΚΑΣΣ)*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η *Shigella*, ένα αερόβιο/δυνητικά αναερόβιο Gram-αρνητικό βακτηρίδιο,αποτελεί σημαντικό αίτιο τροφιμογενούς λοίμωξης σε αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως στα παιδιά. Η σιγκέλλωση αποτελεί υποχρεωτικά δηλούμενο εξαιρετικά μεταδοτικό διαρροϊκό νόσημα.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή συρροής κρουσμάτων σιγκέλλωσης από *S.flexneri*σε παιδιατρικό πληθυσμό.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σε διάρκεια ενός διμήνου, εξετάσθηκαν στο εργαστήριο 32 δείγματα κοπράνων από 8 παιδιά δομής φιλοξενίας(5αγόρια,διάμεση ηλικία:4 (2,5-4,5)έτη/3 κορίτσια διάμεση ηλικία:12(4-14)έτη (για μικροσκοπική/παρασιτολογική εξέταση/ανίχνευση Rota/AdenoAgs και καλλιέργεια). Οι καλλιέργειες πραγματοποιήθηκαν με συμβατικές μεθόδους. Η ταυτοποίηση έγινε στο αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2 (Biomerieux) και ακολούθησε οροτυπία με ειδικούς αντιορούς και αποστολή στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών (ΕΚΑΣΣ). Ο έλεγχος ευαισθησίας των στελεχών έγινε με διάχυση δίσκων (Kirby-Bauer), Vitek2 και E-test κατά EUCAST.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στις καλλιέργειες κοπράνων όλων των παιδιών απομονώθηκε *S.flexneri* (Πίνακας1).

| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ | ΠΑΙΔΙ 1 | ΠΑΙΔΙ 2 | ΠΑΙΔΙ 3 | ΠΑΙΔΙ 4 | ΠΑΙΔΙ 5 | ΠΑΙΔΙ 6 | ΠΑΙΔΙ 7 | ΠΑΙΔΙ 8 | ΣΥΝΟΛΟ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ΘΕΤΙΚΕΣ/ ΣΥΝΟΛΟ | 1/4 | 1/2 | 4/4 | 2/4 | 1/4 | 3/5 | 2/5 | 1/4 | 15/32 |

Ο έλεγχος ευαισθησίας έδειξε:ευαισθησία(100%(8/8)) σε Azithromycin(AZM)/Cefotaxime (MIC≤0,25)(CTX)/ Cefatzidime(MIC≤0,12)(CAZ)/Cefepime(FEP)/Piperacillin/tazobactam (MIC ≤4)(PIP/TAZ)/Meropenem(MIC≤0,25) (MRP)/Cotrimoxazole(MIC≤0,20)(SXT)/Ciprofloxacin (MIC=0,094)(CIP)/Amikacin(MIC=4)(AK)/Gentamicin(MIC≤1) (CN), ενώ η αντοχή σε Ampicillin(MIC≥0,32)(AMP)/Amoxicillin-clavulanate(MIC≥0,64)(AMC)/Nalixic acid(NA)/ Chloramphenicol(C)/Tetracycline(TE) ήταν 100%(8/8)/100%(8/8)/100%(8/8)/87,5%(7/8)/12,5 %(1/8).Συλλοίμωξη παρουσίασαν 2 παιδιά(ένα με *Rotavirus* και ένα με *Giardia lamblia)*. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο 2 παιδιά σημείωσαν λευκοκυττάρωση(WBC:15.300/μl (πολυμορφοπύρηνα:73%)/17300/μl(πολυμορφοπύρηνα:78%), 6 αυξημένη CRP(13,58±13,69 mg/dL) και 4 παιδιά σημείωσαν υπονατριαιμία(132,75±1,5mEq/L).Η μικροσκοπική εξέταση έδειξε παρουσία πυοσφαίριων σε όλα τα παιδιά. Η περίοδος από την πρώτη θετική καλλιέργεια έως την αρνητικοποίηση της κυμάνθηκε από 4-11 ημέρες.Ο έλεγχος οροτύπου τεσσάρων παιδιών έδειξε *S.flexneri2a*(αναμένονται τα αποτελέσματα ελέγχου οροτύπων των υπόλοιπων στελεχών).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΣΤΑ:**Τα εξετασθέντα στελέχη *S.flexneri*παρουσίασαν αυξημένη αντοχή(8/8) σε: AMP/AMC/C και όλα ήταν ευαίσθητα(8/8) σε AZM/CTX/CAZ/SXT/ CIP. Βάσει βιβλιογραφίας, η χορήγηση αζιθρομυκίνης σχετίζεται με υψηλό ποσοστό βακτηριακής εκρίζωσης στα παιδιά με σιγκέλλωση και αποτελεί εναλλακτική επιλογή για την ειδική θεραπεία των λοιμώξεων από *Shigella* με αντοχή σε σιπροφλοξασίνη και κοτριμοξαζόλη. Οι κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς αποτελούν θεραπεία εκλογής σε παιδιά με νευρολογικές επιπλοκές ή ηλικίας<3 μηνών.

## ΙΣΤΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

# 210. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΙΟΥ

Α. Βαζαίου[1], Ε. Βαζαίου[2]
[1]*Ουρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»,* [2]*ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΠΑ «Π & Α Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κυστεοσκόπηση είναι η τεχνική εξέτασης της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας. Σκοπός της εργασίας η ανάδειξη της εξέλιξης στην κατασκευή του κυστεοσκοπίου, του οργάνου εκείνου που συνέβαλε στην διάγνωση και θεραπεία παθήσεων του ουροποιητικού σε άλλοτε «σκοτεινές ανατομικές δομές».
**ΥΛΙΚΟ:** Βιβλιογραφικές αναφορές στην εφεύρεση και εξέλιξη του κυστεοσκοπίου.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους «πατέρες» της ενδοσκόπησης P.Bozzini με τον «οδηγό φωτισμού» και τον P.Salamon με το «κάτοπτρο ουρήθρας-κύστης» ξεκινάει η εποχή όπου κλειστές ανατομικές δομές του ουροποιητικού γίνονται ορατές με ακρίβεια οδηγώντας στην αρχή αναγνώρισης και αντιμετώπισης παθήσεων αυτού του συστήματος. Μεταξύ αυτών που συνέβαλαν στην κυστεοσκόπηση όπως τη γνωρίζουμε σήμερα συγκαταλέγονται οι: J.D.Fischer, A.de Rive, J.Bruck, Kussmaul, Killian, A.J.Desormeaux, Waldenburg, W.Wheeler, Kelling, Nitze, Lejeune, B.Hirschowitz, M.Stern, H.Young και πολλοί άλλοι.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοσκόπηση από τις αρχές του 18ου αιώνα φέρνει την επανάσταση στη κλινική εξέταση κλειστών κοιλοτήτων του ανθρωπίνου σώματος. Το κυστεοσκόπιο είναι το όργανο που δημιουργήθηκε με τη συμβολή ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς η ανάγκη για «φωτισμό» των δομών ήταν διάχυτη. Από τα απλά κάτοπτρα, στους ενδοσκοπικούς σωλήνες με φωτισμό, μέχρι τα σύγχρονα οπτικών ινών ενδοσκόπια, επιτεύχθηκε η ανώδυνη, εύκολη και ασφαλής αναγνώριση και αντιμετώπιση των παθήσεων της ουρήθρας και της ουροδόχου κύστης.

# 211. ΑΚΟΟΜΕΤΡΙΑ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ.

Α. Βαζαίου[1], Μ. Καπνισάκη[2], Ε. Σακκά[3], Ε. Βαζαίου[3]

*[1]Ουρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», [3]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Π & Α Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ακοομετρία είναι το πεδίο της ακουστικής που ασχολείται με τη μέτρηση των ακουστικών μεγεθών που αφορούν την ανθρώπινη ακοή. Σκοπός της εργασίας η περιήγηση στην εντυπωσιακή εξέλιξη της αναγνώρισης των χαρακτηριστικών του ήχου και της επίτευξης μέτρησης της ακοής.
**ΥΛΙΚΟ:** Βιβλιογραφικές αναφορές για την εξέλιξη της ακοομετρίας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ακοή και η απώλεια αυτής προκαλούν το επιστημονικό ενδιαφέρουν από την απαρχή του κόσμου. Ο Ιπποκράτης στην αρχαιότητα, ο Κέλσιος στις αρχές της μετά Χριστού εποχής και αργότερα ο Tralles αναφέρονται στις διαταραχές της ακοής και την αιτιολογική διερεύνησή τους. Ο Cardano το 1550 μ.Χ. βάζοντας σκληρό αντικείμενο μεταξύ των οδόντων διερευνεί για ύπαρξη βαρηκοΐας. Το 1578 ο Capiracci επιχειρεί τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ βαρηκοΐας αγωγής και νεύρου. Το 1711 ο Psfingsten διαχωρίζει τους ήχους των φωνηέντων και των συμφώνων. Το 1820 ο Wallaston αναφέρει τη μικρότερη και μεγαλύτερη μέτρηση συχνοτήτων 30-18000 Hz. Ένα χρόνο μετά ο Itardo χρησιμοποιεί χάλκινο διαπασών για τον έλεγχο της ακοής. Εν συνεχεία οι ανατομικές ανακαλύψεις και περιγραφές των δομών του ακουστικού συστήματος καθώς και τα επιτεύγματα στην μηχανική διερεύνηση του ήχου και η τεχνολογική πρόοδο στην κατασκευή μηχανημάτων για την ποσοτική και ποιητική διερεύνηση και μέτρηση της βαρηκοΐας από επιστήμονες όπως οι Weber, Rinne, Hartmann, Seashore, Barany, Schwartz, Fletcher, Bekesy, Jerger και πολλούς άλλους μας οδήγησαν στο υψηλό επιστημονικό επίπεδο που βρισκόμαστε σήμερα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το αμείωτο ενδιαφέρον για την διερεύνηση και κατανόηση της ακοής και των αιτιών βαρηκοΐας οδήγησαν στην ανακάλυψη των διαπασών, των ακοομετρητών και των τυμπανογράφων για την καταγραφή της απώλειας της ακοής όπου όλοι αυτοί οι παράγοντες μαζί οδήγησαν στις σύγχρονες μεθόδους αποκατάστασης όχι μόνο της βαρηκοίας αλλά και της κώφωσης συγγενούς και επίκτητης.

# 212. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Α. Βαζαίου[1], Μ. Καπνισάκη[2], Ε. Βαζαίου[3]

*[1]Ουρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», [2]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», [3]ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Π & Α Κυριακού»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανατομία της ρινός και των παραρρινίων κόλπων είναι γνωστή από την αρχαιότητα όχι όμως και η εξαντλητική εξερεύνηση και οι θεραπευτικές επιλογές. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των επιστημονικών ιστορικών γεγονότων που μας οδήγησαν στη σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση των σύνθετων παθήσεων της ρινός και των παραρρινίων κόλπων.
**ΥΛΙΚΟ:** Οι ιστορικές βιβλιογραφικές περιγραφές.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πληροφορίες για την ανατομική, την παθολογία και την θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων της ρινός και των παραρρινίων κόλπων προέρχονται μεταξύ άλλων από: στην αρχαιότητα, στον πάπυρο του Edwin Smith, τη συλλογή Hippocratic corpus και από τον Cornelius Celsuc στο De medica. Από το 16ο αιώνα και μετά συναντάμε τους Sansorino, da Vinci, da Carpi, Velisario, Cessari, Highmore, Lemorier, Jourdaine, Luc, Killian και πάρα πολλούς άλλους που πρωτοστάτησαν στη ανατομική περιγραφή και χειρουργική των ΠΡΚ. Η επανάσταση στην χειρουργική αυτής της ανατομικής περιοχής προήλθε μαζί με την εξέλιξη των σύγχρονων ενδοσκοπίων. Η σύλληψη της ιδέας της ενδοσκοπικής χειρουργικής ανήκει στον Messerklinger ο οποίος μαζί με τον Stammberger ανέπτυξαν βήμα βήμα τις επεμβάσεις στο πλάγιο ρινικό τοίχωμα, αργότερα στο μετωπιαίο κόλπωμα και τελικά σε όλη τη μύτη και τους παραρρινίους κόλπους.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, η γνώση της ανατομίας, ιστοπαθολογίας, οι συντηρητικές και επεμβατικές θεραπείες της ρινός και των παραρρινίων κόλπων έχουν εντυπωσιακή πρόοδο. Η συνεχής ροή πληροφοριών για αυτή την ανατομική περιοχή επέτρεψαν στο να φθάσουμε στο σημερινό επίπεδο εξέλιξης καθώς εμβαθύνουμε όλο περισσότερο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας.

## 213. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 214. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΗΦΙΑΚΗ ΕΠΟΧΗ

Μ. Κουμπούρα, Π. Θεοδώρου, Α. Φλώκου
*ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εργασία εμβαθύνει στην ιστορική εξέλιξη των νοσοκομειακών μονάδων η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες της κάθε εποχής.
**ΥΛΙΚΟ–ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικών άρθρων/μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «PubMed», «Scopus» και «ScienceDirect».
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην Αρχαία Ελλάδα τα Ασκληπιεία προσέφεραν αμειβόμενη περίθαλψη ενώ από τον 6ο π.Χ. αιώνα λειτουργούσαν θεραπευτικά κέντρα στην Ινδία, την Αίγυπτο και τη Μεσοποταμία για ασθενείς, απόρους και ανάπηρους. Οι Ρωμαίοι ίδρυσαν ιατρικές μονάδες εντός στρατιωτικών εγκαταστάσεων ενώ η λέξη "Hospital" αποδίδεται στο λατινικό "hospitium" που σημαίνει κατάλυμα ή καταφύγιο. Στο Βυζάντιο, η φιλανθρωπία και η θρησκεία συνέβαλαν στη δημιουργία ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και νοσοκομείων, τα οποία στεγάζονταν σε μοναστήρια και ονομάζονταν «ξενοδοχεία», ενώ στον Ισλαμικό κόσμο αναπτύχθηκαν προηγμένες νοσοκομειακές δομές που διέθεταν ξεχωριστά τμήματα και βιβλιοθήκες. Στη Μεσαιωνική Δυτική Ευρώπη, οι μονάδες περίθαλψης βρίσκονταν κυρίως σε μοναστηριακές κοινότητες, εστιάζοντας στη φροντίδα ασθενών και απόρων. Οι συχνές επιδημίες ωστόσο, ανέδειξαν την ανάγκη για ευρύτερη οργάνωση, ενισχύοντας παράλληλα τη φιλανθρωπική δράση των μοναστηριών που συχνά λειτουργούσαν με περιορισμένους πόρους και προσωπικό. Η Αναγέννηση έφερε νέες γνώσεις ανατομίας και παθολογίας, βελτιώνοντας τις θεραπευτικές πρακτικές ενώ κατά την περίοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης η εμφάνιση της αντισηψίας, της αναισθησίας και της μικροβιολογίας οδήγησε στη θεαματική αναβάθμιση των νοσοκομείων. Τον 20ό αιώνα, τα επιτεύγματα της ιατρικής έρευνας (ανακάλυψη αντιβιοτικών, εμβολίων) οδήγησαν σε νέα συστήματα υγείας και εξειδικευμένα νοσοκομεία. Στον 21ο αιώνα, η πληροφορική (ηλεκτρονικοί φάκελοι, τεχνητή νοημοσύνη) συνέβαλε στον εκσυγχρονισμό της φροντίδας υγείας ενώ η αντιμετώπιση πανδημιών, όπως η COVID-19, ανέδειξε την ανάγκη προσαρμογής και ευελιξίας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξέλιξη των νοσοκομείων αντανακλά την πρόοδο της ανθρώπινης κοινωνίας και την ικανότητά της να διασφαλίζει συνεχώς τη βελτίωση της φροντίδας υγείας.

## 215. ΚΛΙΜΑΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. Μανταλιάς[1], Ι. Υφαντόπουλος[2]

*[1]Υποψήφιος Διδάκτωρ – Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, [2]Ακαδημαϊκός Συντονιστής ΜΒΑ ΕΚΠΑ – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Το άρθρο αναλύει τον αντίκτυπο της κλιματικής κρίσης στη δημόσια υγεία και την αναγκαιότητα προσαρμογής των συστημάτων υγείας και ασφάλισης. Επικεντρώνεται στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις και τονίζει την ανάγκη για συντονισμένη δράση ώστε να μειωθούν οι ανισότητες που επιτείνει η κλιματική αλλαγή.

**ΥΛΙΚΟ**: Η ανάλυση βασίζεται σε στοιχεία και έρευνες από διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, καθώς και σε δεδομένα από μελέτες περίπτωσης, συμπεριλαμβανομένων των στατιστικών για την πρόσβαση των νοικοκυριών σε θέρμανση και κλιματισμό στην Ευρώπη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η κλιματική κρίση επηρεάζει σοβαρά τη δημόσια υγεία, προκαλώντας άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις, όπως αύξηση των θερμοπληξιών, αναπνευστικών νοσημάτων και ψυχικών διαταραχών. Η μόλυνση του αέρα και η ανασφάλεια πρόσβασης σε θέρμανση αυξάνουν τις θνησιμότητες, με την Ελλάδα να καταγράφει 19,2% των νοικοκυριών που δεν μπορούν να θερμανθούν επαρκώς (2023). Ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών, όπως ο ιός του Δυτικού Νείλου, αυξάνεται, ενώ οι φτωχότεροι και οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά, επηρεάζονται εντονότερα. Οι εκτιμήσεις προβλέπουν 14,5 εκατομμύρια θανάτους έως το 2050 και απώλειες 12,5 τρισεκατομμυρίων δολαρίων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η κλιματική αλλαγή απαιτεί την προσαρμογή των συστημάτων υγείας και την ενίσχυση των ασφαλιστικών υπηρεσιών, καθώς αυξάνει τις απαιτήσεις σε πόρους και τις ανάγκες σε κάλυψη υγείας. Το άρθρο προτείνει συνεργασίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για να καλυφθούν τα κενά στην υγειονομική φροντίδα, προτείνοντας παράλληλα ενίσχυση της ασφάλισης κινδύνου. Ο συντονισμός αυτός είναι κρίσιμος για την προστασία των πολιτών και την προαγωγή της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας απέναντι στις προκλήσεις της κλιματικής αλλαγής

# 216. ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Κ. Μανταλιάς[1], Ι. Υφαντόπουλος[2]

*[1]Υποψήφιος Διδάκτωρ – Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, [2]Ακαδημαϊκός Συντονιστής ΜΒΑ ΕΚΠΑ – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η έρευνα εξετάζει τις πολλαπλές επιπτώσεις που έχει ο καρκίνος στους ασθενείς, επηρεάζοντας όχι μόνο την υγεία τους αλλά και την ψυχολογική τους κατάσταση, τις κοινωνικές τους σχέσεις, την επαγγελματική και την οικογενειακή τους ζωή.

**ΥΛΙΚΟ**: Αναλύθηκαν 374 ερωτηματολόγια καρκινοπαθών, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικονομική κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε το SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η έρευνα αποκάλυψε ότι ο καρκίνος επηρεάζει σημαντικά την οικογενειακή ζωή, με mean επίδρασης 6.89. Οι άνδρες σημείωσαν έντονη επίδραση σε ποσοστό 41%, οι γυναίκες 38%, και οι ηλικίες 41-60 βίωσαν τις μεγαλύτερες δυσκολίες. Ασθενείς χαμηλού εισοδήματος παρουσίασαν αυξημένα προβλήματα, με το 81.2% να βιώνει σοβαρές επιπτώσεις. Στην επαγγελματική ζωή, οι επιπτώσεις είχαν mean 6.39, με το 57.6% των ανδρών να δηλώνουν έντονη επίδραση έναντι του 49.8% των γυναικών. Οι ηλικίες 51-60 ανέφεραν μεγάλη επίδραση (70.4%), ενώ το 83.4% των ασθενών χαμηλού εισοδήματος βίωσε σοβαρά προβλήματα. Η σεξουαλική ζωή είχε τη μεγαλύτερη επίδραση, με mean 7.43. Οι γυναίκες ανέφεραν σοβαρή επίπτωση (42.2%) συγκριτικά με τους άνδρες (27.3%), ενώ οι ηλικίες 41-60 επηρεάστηκαν περισσότερο. Το 89.7% των ασθενών χαμηλού εισοδήματος ανέφερε σοβαρά προβλήματα, ενώ τα υψηλότερα εισοδήματα είχαν μικρότερη επίδραση. Η κοινωνική ζωή επηρεάστηκε με mean 6.02, με το 56% των γυναικών και το 65.2% των ανδρών να δηλώνουν δυσκολίες. Το 85.5% των χαμηλότερων εισοδημάτων επηρεάστηκε σημαντικά, ενώ μόνο το 47.3% των υψηλότερων εισοδημάτων ανέφερε σοβαρά προβλήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Ο καρκίνος επηρεάζει βαθιά την ποιότητα ζωής των ασθενών, επιβαρύνοντας διάφορες πλευρές της καθημερινότητάς τους. Οι πιο έντονες επιπτώσεις εντοπίζονται σε τομείς που σχετίζονται με την προσωπική τους εικόνα, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για υποστήριξη των ασθενών πέραν της ιατρικής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και ψυχολογικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

# 217. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Κ. Μανταλιάς[1], Γ. Υφαντόπουλος[2]

*[1]Υποψήφιος Διδάκτωρ – Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, [2]Ακαδημαϊκός Συντονιστής ΜΒΑ ΕΚΠΑ – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η ικανοποίηση των καρκινοπαθών από την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη. Διερευνήθηκαν τέσσερις παράγοντες ικανοποίησης: από τη θεραπεία, την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες, την αισιοδοξία για τη μελλοντική υγεία και τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους και τη βελτίωση της φροντίδας υγείας.
**ΥΛΙΚΟ**: Αναλύθηκαν 374 ερωτηματολόγια καρκινοπαθών, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικονομική κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε το SPSS.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών προέρχεται από τη θεραπεία (mean 7.72) και την πρόσβαση στις ογκολογικές υπηρεσίες (mean 7.01). Οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από τη θεραπεία (83% στις κλίμακες 6-10) συγκριτικά με τους άνδρες (67.7%). Η ικανοποίηση μειώνεται σταθερά ανάλογα την ηλικία, με τους ασθενείς <40 να δηλώνουν εξαιρετική ικανοποίηση (41.4%), ποσοστό που μειώνεται στις ηλικίες >70 ετών. Όσον αφορά την πρόσβαση στις ογκολογικές υπηρεσίες, το εκπαιδευτικό και το οικονομικό επίπεδο ήταν καθοριστικοί παράγοντες: το 78.9% των κατόχων μεταπτυχιακού δήλωσε υψηλή ικανοποίηση, ενώ το ποσοστό είναι χαμηλότερο για άτομα με βασική εκπαίδευση. Η οικονομική κατάσταση συσχετίστηκε σημαντικά με την ικανοποίηση: το 71.6% των ασθενών με καλή οικονομική κατάσταση δήλωσε ικανοποίηση, ενώ όσοι ανήκουν σε χαμηλότερες τάξεις ανέφεραν μη-ικανοποίηση σε ποσοστό έως 29.6%. Σχετικά με την αισιοδοξία για τη μελλοντική υγεία, το 51.7% των ασθενών <40 δήλωσε υψηλή αισιοδοξία (κλίμακες 9-10), ποσοστό που μειώνεται στα άτομα >70 ετών (20%). Επίσης, το 92% των ασθενών με καλή οικονομική κατάσταση ήταν αισιόδοξοι, σε σύγκριση με το 34.3% των ασθενών με κακή οικονομική κατάσταση. Η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή παρουσίασε διακυμάνσεις ανάλογα με το εισόδημα, με το 88% των ασθενών με υψηλότερο εισόδημα να δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι, έναντι 31.2% των φτωχότερων.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η οικονομική και εκπαιδευτική κατάσταση και το στάδιο της νόσου, επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Η κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της φροντίδας, την ενίσχυση της συμμόρφωσης στις θεραπείες και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

# 218. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Κ. Μανταλιάς[1], Ι. Υφαντόπουλος[2]

*[1]Υποψήφιος Διδάκτωρ – Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, [2]Ακαδημαϊκός Συντονιστής ΜΒΑ ΕΚΠΑ – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η μελέτη διερευνά την ποιότητα ζωής καρκινοπαθών χρησιμοποιώντας το γενικό ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L και το ειδικό για τον καρκίνο EORTC-QLQ-C30. Στόχος είναι η αποτύπωση του επιδημιολογικού βάρους της ασθένειας με απώτερο στόχο την αποδοτικότερη και κοινωνικά δίκαιη διαχείρισή της.
**ΥΛΙΚΟ**: Αναλύθηκαν 374 ερωτηματολόγια καρκινοπαθών. Για την ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκαν τα EQ-5D-5L και EORTC-QLQ-C30. Πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις, συμπεριλαμβανομένων των συσχετίσεων (r του Pearson) και του Cronbach's alpha για την αξιοπιστία των διαστάσεων. Τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με το SPSS.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Οι τιμές του Cronbach's alpha υποδεικνύουν υψηλή αξιοπιστία για το EQ-5D-5L (0.808) και για το EORTC-QLQ-C30. Σύμφωνα με το EQ-5D-5L, οι ασθενείς αναφέρουν κυρίως άγχος/κατάθλιψη (19.5%), πόνο (8%) και δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες (7.5%). Οι πέντε διαστάσεις είναι στατιστικά σημαντικές και θετικά συσχετισμένες. Τα παραγόμενα utilities παρουσιάζουν μέση τιμή 0.6754 και τυπική απόκλιση 0.25658, με το 50% του δείγματος να έχει τιμές ≥ 0.736, ενώ το 1.9% παρουσίασε τιμές < 0. Το EORTC QLQ-C30 ανέδειξε ότι η κοινωνική ζωή (mean=56.8) και η συναισθηματική λειτουργία (mean=60) έχουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες, υποδεικνύοντας σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Τα κύρια συμπτώματα είναι η κόπωση (mean=48.66), η αϋπνία (mean=42.602) και η απώλεια όρεξης (mean=42.602).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η ασθένεια του καρκίνου σε συνδυασμό με τα θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται για την αντιμετώπισή του επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται βασικές παράμετροι μείωσης της ποιότητας ζωής. Επιπλέον τα συμπτώματα όπως η κόπωση, η αϋπνία και η απώλεια της όρεξης παρατηρούνται στους περισσότερους καρκινοπαθείς με αποτέλεσμα να επηρεάζουν αρνητικά επιπλέον λειτουργικές καταστάσεις, όπως την κοινωνική ζωή αλλά και την συναισθηματική λειτουργία. Ο αντίκτυπος του καρκίνου και οι επιπτώσεις του στην καθημερινότητα των ασθενών επηρεάζουν σημαντικούς τομείς της ζωής τους.

## 219. ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ Β-ΧΡΟΝΙΑΣ ΛΕΜΦΟΫΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Φ. Σοφίου[1], Α. Κυριακοπούλου[1], Α. Βάκκα[1], Π. Μάργαρη[2], Ο. Ιγκνάτοβα[3], Α. Γκουγκούτση[1], Β. Κορδίνας[1], Η. Σκοπελίτης[1], Ε. Μιχελάκης[1]

*[1]Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», [2]Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», [3]Κυτταρολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού, πρωτοδιάγνωση β-χρόνιας λεμφοϋπερπλαστικής νόσου σε γυναίκα με εκσεσημασμένη πλευριτική και ασκιτική συλλογή.

**ΥΛΙΚΟ**: Μελετήθηκε η περίπτωση γυναίκας 89 ετών, με υπέρταση και υποθυρεοειδισμό, που προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου εξαιτιας ανεύρεσης υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο, με συνοδό διάταση κοιλιάς και έντονα οιδηματα κατω άκρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εξεσημασμένη ασκιτική και πλευριτική συλλογή, κίρρωση ήπατος, ηπατοσπληνομεγαλία, καθώς και μάζα πέριξ της αορτής (εικόνα συμβατή με block λεμφαδένων). Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε αναιμία και λεμφοκυττάρωση με φυσιολογική ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων. Στον ανοσοφαινότυπο περιφερικού αίματος παρατηρήθηκε κλωνικός πληθυσμός λεμφοκυττάρων με έκφραση CD19+/CD22+/CD5+/CD23-/Lambda+/IgM+/IgG+, εικόνα συμβατή με χρόνια λεμφοϋπερπλαστική νόσο από Β-κύτταρα. Η παρακέντηση της ασκιτικής συλλογής ανέδειξε υγρό υπέρ πυλαίας υπέρτασης, με λεμφοκυτταρικό τύπο από μικρού-μεσαίου μεγέθους Β-λεμβοκύτταρα και έκφραση CD20+ / CD3+ σε λίγα κύτταρα, εικόνα συμβατή με μεταστατική διήθηση από λεμφοϋπερπλαστική αλλοίωση κατηγορίας V κατά ISRSFC.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Παρότι η εμφάνιση ορογονίτιδας είναι συχνότερη στα λεφοϋπερπλαστικά νοσήματα από Τ κύτταρα, η περίπτωση της ασθενούς μας καταδεικνύει, ότι δεν αποκλείεται η δημιουργία συλλογών σε ασθενής με Β υπερπλαστικά νοσήματα. Σε κάθε περίπτωση η πρόγνωση είναι δυσμενής.

## 220. ΕΓΚΥΟΣ 36 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Γ. Δεμιρτζόγλου, Σ. Χαλβατζής, Μ. Αργυροπούλου, Β. Καραντάνα, Α. Πελεκάνου
*Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη των προβληματισμών που συνοδεύουν τη διαχείριση εγκύου με λιθιασική νόσο, όσον αφορά στην επιλογή αναλγησίας, την κατάλληλη απεικονιστική εξέταση και τη βέλτιστη αντιμετώπιση.
**ΥΛΙΚΟ:** Πρωτοτόκος 26 ετών, στην 36η εβδομάδα κύησης με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσέρχεται με δεύτερο επεισόδιο οξείας λιθιασικής χολοκυστίτιδας και συνοδού παγκρεατίτιδας. Η ασθενής είχε όψη πάσχουσας, με έντονο κοιλιακό άλγος και σημαντικό εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο. Εξαιτίας μη ύφεσης του άλγους με παρακεταμόλη, χορηγήθηκε κατ' επίκλησιν πεθιδίνη. Η ασθενής ετέθη αρχικά σε κεφτριαξόνη και μετρονιδαζόλη, ωστόσο εξαιτίας απουσίας βελτίωσης, υπεβλήθη εκ νέου σε υπερηχογράφημα καθώς και MRI- MRCP άνω κοιλίας, που επιβεβαίωσαν την αρχική εικόνα, χωρίς επιπλοκές. Με την αλλαγή της αντιμικροβιακής αγωγής σε πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και την αποτελεσματικότερη αναλγησία, η ασθενής βελτιώθηκε σταδιακά και σιτίστηκε χωρίς πρόβλημα.
Με τη συνεργασία των γυναικολόγων, η ασθενής ετέθη σε δεξαμεθαζόνη, για την ταχύτερη ωρίμανση των εμβρυϊκών πνευμόνων, σε περίπτωση ανάγκης πρόωρου τοκετού. Η συντηρητική θεραπεία προκρίθηκε της χολοκυστεκτομής, καθώς το μέγεθος και η θέση της μήτρας θα δυσχέραιναν τεχνικά την οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση.
**ΑΠΟΤΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής έλαβε εξιτήριο σε καλή γενική κατάσταση και υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μετά την ολοκλήρωση της κύησης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λιθιασική νόσος της κύησης είναι συχνή (7-8% για τις πρωτοτόκους και 18% για τις πολυτόκους) και διαγιγνώσκεται με υπερηχογράφημα ή MRCP (επί αρνητικού υπερήχου και ισχυρή κλινική υποψία). Η πλειονότητα των εγκύων είναι ασυμπτωματικές αλλά όσες εμφανίζουν συμπτώματα χρήζουν εισαγωγής. Η παγκρεατίτιδα στην κύηση αφορά 1/1000-1/5000 εγκύους. Αντιμετωπίζεται με υποστηρικτικά μέτρα (διακοπή σίτισης, ενυδάτωση , αναλγησία ανάλογα με την ηλικία κύησης) και, επί συνύπαρξης λιθιασικής χολοκυστίτιδας, αντιμικροβιακή αγωγή ή και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (σε υποτροπιάζουσα ή επιπλεγμένη χολοκυστίτιδα ) σε οποιοδήποτε τρίμηνο. Η βέλτιστη διαχείριση τέτοιων ασθενών προϋποθέτει στενή συνεργασία παθολόγων, χειρουργών και γυναικολόγων.

## 221. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΧΘΗΚΕ ΜΕ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ

Μ. Βούκαλη[1], Ε. Καββαδία[2], Τ. Ζαχαριάδου-Μπαλάση[1], Γ. Μιχαλάκη-Ζαφείρη[1], Π. Κουφόπουλος[1], Β. Δαλόπουλος[1], Ε. Τσαρούχα[1], Α. Αδάμου[1], Ν. Αδαμίδης[1], Σ. Καργιώτη[1], Α. Ρηγάτου[1], Ν. Βαλλιάνου [1]
*[1]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Μαρούσι, Αθήνα, [2]Νευρολογικό Ιατρείο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Μαρούσι, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έρπης ζωστήρας, που προκαλείται από την επανενεργοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς-ζωστήρα (VZV), εμφανίζεται τυπικά ως επώδυνο φυσαλιδώδες εξάνθημα. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της εγκεφαλίτιδας. Σε αυτή την παρουσίαση περιγράφουμε μία ασθενή 54 ετών που ανέπτυξε έρπητα ζωστήρα με επακόλουθη εγκεφαλίτιδα, τονίζοντας την κλινική πορεία, τη διάγνωση και τη διαχείριση.

**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 54 ετών με αναφερόμενο ιστορικό ψύχωσης υπό αγωγή**,** προσέρχεται λόγωναφερόμενου άλγους δεξιού υποχονδρίου με συνοδό φυσαλιδώδες εξάνθημα και έντονη κεφαλαλγία. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη με φυσιολογικά ζωτικά σημεία.Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ελάχιστα αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου από την οποία προέκυψε ατροφία κροταφοβρεγματικών λοβών άμφω. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση κατά την οποία ανεδείχθησαν:

- Γενική εξέταση εγκεφαλονωταίου υγρού (ΕΝΥ): αριθμός κυττάρων=450, πολυμορφοπύρηνα=10, όψη διαυγής.
- κ/α ΕΝΥ: καμία ανάπτυξη

Η δοκιμή αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) ήταν θετική για VZV στο ΕΝΥ επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της εγκεφαλίτιδας από έρπητα ζωστήρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική, για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Τέθηκε σε αντιική και αντιμικροβιακή αγωγή με ενδοφλέβια ακυκλοβίρη (10 mg/kg κάθε 8 ώρες) και κεφτριαξόνη 2gr κάθε 12 ώρες. Η υποστηρικτική φροντίδα περιλάμβανε ενυδάτωση και στενή νευρολογική παρακολούθηση. Από τις καλλιέργειες αίματος και ούρων που ελήφθησαν, δεν προέκυψε καμία ανάπτυξη μικροοργανισμού. Η ασθενής έλαβε συνολικά 14 ημέρες αγωγή με ακυκλοβίρη και κεφτριαξόνη. Η ασθενής παρέμεινε απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας της. Μετά από δύο εβδομάδες θεραπείας, η ασθενής παρουσίασε σταδιακή γνωσιακή βελτίωση και υποχώρηση των νευρολογικών συμπτωμάτων της.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εγκεφαλίτιδα από έρπητα ζωστήρα παραμένει μια σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή. Η έγκαιρη αναγνώριση και η επιθετική αντιική θεραπεία είναι απαραίτητα για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Ο εμβολιασμός κατά του VZV σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών.

# 222. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ALLOIOCOCCUS OTITIS

Α. Λιάππη[1], Β. Κορδίνας[1], Λ. Αλεξοπούλου-Προυνιά[2], Α. Γκουγκούτση[1], Ε. Μιχελάκης[1], Η. Σκοπελίτης[1]
*[1]Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», [2]Χειρουργική Κλινική Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ενδοκαρδίτιδας από ένα πολύ σπάνιο μικρόβιο.
**ΥΛΙΚΟ**: Ασθενής άρρεν, 65 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προσήλθε στο Παθολογικό ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου εμπύρετου έως 38,5 ºC από 20ημέρου αναφέροντας ταυτόχρονα έντονη καταβολή και νυχτερινές εφιδρώσεις. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη νορμοκυτταρική ορθόχρωμη αναιμία με αιμοσφαιρίνη (Hb)=10.6gr/dl, μέσος όγκος ερυθρών (MCV)=83.1fL, μέση περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης (MCH)=28.4pg), ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (TKE)=85mm, λευκά αιμοσφαίρια (WBC)=11.08 K/μL, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP)=67.3mg/L και NT-proBNP=773pg/mL.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ**: Την πρώτη ημέρα νοσηλείας, κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε συστολικό φύσημα στη θέση ακρόασης της αορτικής βαλβίδας περίπου 2/6 με αποτέλεσμα να διενεργηθή διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε δίπτυχη υποπλαστική αορτική βαλβίδα και παρουσία μορφώματος. Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα το οποίο επιβεβαίωσε την παρουσία μορφωμάτων. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν πάνω από δύο λεπτά ευκίνητα μορφωμάτα-νηματίδια, εικόνα συμβατή με ενδοκαρδίτιδα. Ταυτόχρονα η αορτική βαλβίδα παρουσίαζε έντονη ανεπάρκεια. Ελήφθησαν τρία ζεύγη αιμοκαλλιεργειών επί εμπύρετου όπου αναπτύχθηκε *Alloiococcus Otitis.* Ο ασθενής ετέθη αρχικώς σε αγωγή με βανκομυκίνη, γενταμικίνη και πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη ενώ κατόπιν βάσει αντιβιογράμματος ελάμβανε μόνο βανκομυκίνη για τέσσερις εβδομάδες περίπου. Παρουσίαστηκε άμεση βελτίωση και τελικώς διεκομίσθη στην Καρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός όπου και πραγματοποιήθηκε χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**: Το *Alloiococcus Otitis* είναι ένα gram -θετικό, αερόβιο βακτήριο που απομονώνεται κυρίως από τον έξω ακουστικό πόρο και έχει συνδεθεί με περιπτώσεις μέσης ωτίτιδας. Παρά την παρουσία του σε λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, η εμπλοκή του σε σοβαρές λοιμώξεις, όπως η ενδοκαρδίτιδα είναι εξαιρετικά σπάνια. Στη διεθνή βιβλιογραφία τα περιστατικά ενδοκαρδίτιδας από Alloicoccus Otitis που έχουν καταγραφεί είναι συνολικά δύο παγκοσμίως.

## 223. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Δ. Χατζής, Β. Ασμανίδης, Μ. Μανιατάκου, Ε. Αγγελονίδου, Κ. Σουβατζή, Α. Κριλής
*Παθολογική κλινική, ΝΘΠ «Η Παμμακάριστος»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με εξωπνευμονική φυματίωση και σαρκοείδωση.
**ΥΛΙΚΟ**: Άνδρας 40 ετών, από Ακτή Ελεφαντοστού, που διαμένει μόνιμα στην Αθήνα από 12ετίας, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο ΤΕΠ αναφέροντας εμπύρετο έως 39°C με φρίκια, μυαλγίες, αυχεναλγία, κεφαλαλγία, ανορεξία και νυχτερινή εφίδρωση από 14ημέρου. Κατά την αντικειμενική εξέταση δε διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα εκτός από φλεβοκομβική ταχυκαρδία.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη πανκυτταροπενία (WBC: 1660/mm$^3$, πολυμορφοπύρηνα: 41,3%, λεμφοκύτταρα: 53,7%, Hb: 8,6 g/dl, ερυθρά: 2.290.000/mm$^3$, αιμοπετάλια: 112.000/mm$^3$), ΤΚΕ: 116 mm/h και CRP: 298 mg/dl. Η ακτινογραφία θώρακος φυσιολογική. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος (αρνητικές) και ο ασθενής ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή ευρέος φάσματος, χωρίς κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Υποβλήθηκε σε υπολογιστική τομογραφία θώρακος και κοιλίας, όπου διαπιστώθηκε ηπατομεγαλία. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εστάλη πλήρης έλεγχος για αυτοάνοσα νοσήματα, ιούς, μύκητες και ζωονόσους, που απέβη αρνητικός. Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν 10mm και ακολούθησε δοκιμασία QuantiFERON, που ήταν αρνητική. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, αναδεικνύοντας εικόνα υποπλαστικού μυελού. Το αποτέλεσμα της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) για ανίχνευση μυκοβακτηριδίου στο μυελό των οστών ήταν αρνητικό. Διενεργήθηκε τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET)-CT που ανέδειξε λεμφαδενοπάθεια, κυρίως δεξιά παρατραχειακά και υποτροπιδικό λεμφαδενικό μπλοκ. Ο ασθενής, έτσι, υποβλήθηκε σε ενδοβρογχικό υπέρηχο (EBUS). Ελήφθη βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) (PCR αρνητική), έγινε διαβρογχική παρακέντηση (TBNA) και διαβρογχική βιοψία (TBNB). Τέθηκε διάγνωση φυματίωσης με PCR από το δείγμα βιοψίας υποτροπιδικού (PCR expert θετικό, απλή μικροσκόπηση για μυκοβακτηρίδιο θετική), ειδικής κοκκιωματώδους νόσου σαρκοειδικού τύπου από το δείγμα παρατραχειακού λεμφαδένα και έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη και πυραζιναμίδη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η εξωπνευμονική φυματίωση ανευρίσκεται στο 15% ανοσοεπαρκών ατόμων, ενώ 8% ασθενών με σαρκοείδωση δεν έχουν πνευμονική προσβολή. Η συνύπαρξη φυματίωσης και σαρκοείδωσης περιγράφεται σε λιγοστά περιστατικά, καθιστώντας σπανιότατη την εξωπνευμονική συνύπαρξή τους.

## 224. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ(PID) ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γ. Περδικάρης, Α. Μαντσίτσκυ, Α. Βάκκα, Ε. Μιχελάκης, Β. Κορδίνας, Η. Σκοπελίτης, Α. Κουτσοβασίλης, Α. Γκουγκούτση

*ΓΝΝΠ Άγιος Παντελεήμων Νίκαια, Αττικής, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ** : Η ανάδειξη της PID, μιας νοσολογικής οντότητας που μπορεί να μιμηθεί ή να συνδυαστεί με άλλες παθολογικές ή χειρουργικές επείγουσες καταστάσεις. Η PID συναντάται κυρίως σε νέες γυναίκες, αναπαραγωγικής ηλικίας, σεξουαλικά ενεργείς και με εναλλαγή συντρόφων.
**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ** : Παρουσίαση περιστατικού
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Γυναίκα 39 ετών, αλλοδαπή, έγγαμη, μητέρα δυο τέκνων, προσήλθε στην εφημερία του νοσοκομείου μας με άλγος δεξιάς οσφύος/υποχονδρίου/λαγονίου βόθρου, με σύστοιχα θετικό σημείο Giordano. Ανέφερε εμπύρετο έως 39 με συνοδό ρίγος και συχνοουρία από 24ώρου. Εκ του ατομικού αναμνηστικού σημειώνεται παρελθοντική χρήση ενδομήτριου σπειράματος.
Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, τεστ κυήσεως αρνητικό και θετική γενική ούρων. Από υπερηχογραφική μελέτη και αξονική άνω κάτω κοιλίας ευρέθη υπόπυκνη αλλοίωση στον κάτω πόλο δεξιού νεφρού (φλεγμονώδης), υγρικά στοιχεία πέριξ του τυφλού και παρουσία υγρού στο δουγλάσσειο.
Κατόπιν χειρουργικής εκτίμησης, εισήχθη στην παθολογική κλινική ως πιθανή πυελονεφρίτιδα υπό σιπροφλοξασίνη/αμικασίνη/μετρονιδαζόλη.
Λόγω εμμένοντος κοιλιακού άλγους, διενεργήθηκε γυναικολογική διακολπική υπερηχογραφική μελέτη που ανέδειξε εκσεσημασμένη ποσότητα υγρού στην κοιλιά θέτοντας την ισχυρή υποψία PID. Ελήφθησαν, *υπό αντιβιοτική αγωγή*, καλλιέργειες κολπικού υγρού για μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα, χλαμύδια, γονόκοκκο καθώς και ιολογικός έλεγχος αρνητικός.Από την καλλιέργεια ούρων απομονώθηκε E.Coli ESBL και τροποποιήθηκε η αντιβιοτική αγωγή σε ερταπενέμη, αμικασίνη, μετρονιδαζόλη, δοξακυκλίνη. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά με απεικονιστικά ελάχιστη ποσότητα υγρού στο δουγλάσσειο, μια εβδομάδα μετά. Η ασθενής εξήλθε με σύσταση για συνέχιση αντιβιοτικής αγωγής από του στόματος.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η PID μπορεί να διαλάθει της προσοχής μας στην αρχική προσέγγιση της ασθενούς όταν συνυπάρχει ουρολοίμωξη-πυελονεφρίτιδα. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε περιτονίτιδα και περιηπατίτιδα. Η συνεργασία με άλλες ειδικότητες είναι επιβεβλημένη.

# 225. ΡΙΨΟΚΙΝΔΥΝΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Γ. Ξυνός, Χ. Γεωργιάδου, Ο. Λαμπράκη, Φ. Καχριμάνης, Ε. Θεοδωρίδη, Γ. Θεοχάρης
*SOS Ιατροί*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ορισμένα νοσήματα αντιμετωπίζονται εξ ολοκλήρου στο νοσοκομείο. Ορισμένες φορές όμως είναι επιθυμία του ασθενούς να λάβει όλη την φροντίδα στο σπίτι με ό,τι κίνδυνο αυτό συνεπάγεται.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Το περιστατικό αναδεικνύει την ευθύνη που αναλαμβάνει ο ασθενής στην αντιμετώπιση μίας κατάστασης που κανονικά αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο αλλά και το όφελος εφόσον ανταποκριθεί στη θεραπεία.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 79 χρονών με κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσο, υπέρταση, έλκος στομάχου, σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, άγχος και πρόσφατή αρθροπλαστική εμφανίζει επιγαστραλγία. εμπύρετο, ρίγος και εμέτους. Αρνείται βήχα, ρινική συμφόρηση/καταρροή και αναφέρει χρόνια διάρροια. Από την κλινική εκτίμηση: θ=38, 90bpm, 140/90mmHg, RR=30, SO2=90% Fi=0,21, GCS15/15, δυσκολία στην ολοκλήρωση προτάσεων, αναπνευστικό ψιθύρισμα με διάχυτη μείωση σε όλα τα πεδία, χωρίς τρίζοντες ή μουσικό στοιχείο, S1S2 ευκρινείς-ρυθμικοί, αυξημένες σφαγίτιδες φλέβες, μέτρια οιδήματα κάτω άκρων με εντύπωμα, κοιλία υποσκληρη και με περιτοναϊσμό στο επιγάστριο, εντερικοί ήχοι φυσιολογικής χροιάς/συχνότητας. (Τεστ γρίπης/SARS- CoV2 αρνητικά). Τέθηκε υποψία χολοκυστίτιδας/χολαγγειίτιδας, δόθηκε 1 tb φουροσεμίδη, έγινε έναρξη σιπροφλοξασίνης/μετρονιδαζόλης/ουδένρ.ο. και παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο. Αποφάσισαν κατ΄ οίκον αντιμετώπιση, έγινε υπέρηχος που ανέδειξε μονήρη χολόλίθο στην κύστη δ.1,2εκ με στρώμα χολικής ιλύος χωρίς φλεγμονή και λοιπά χοληφόρα κ.φ. Εργαστηριακός έλεγχος ημέρες 1η-2η-14η:

| WBC11000(NEU 9300) | 8700(NEU 6800) | 8700(NEU 4400) |
|---|---|---|
| ALP 217 | 195 | 77 |
| γGT 237 | 215 | 73 |
| SGPT 277 | 286 | 33 |
| SGOT 659 | 342 | 34 |
| Ολ. Χολ 0,93 | 1,03 | 0,5 |

Η ασθενής παρουσίασε άμεση βελτίωση με την ανάλογη δίαιτα/αντιβίωση και έτσι αντιμετωπίστηκε επιτυχώς στο σπίτι ως χολαγγειίτιδα από λάσπη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής καλείται να αντιληφθεί τους κινδύνους και αναλάβει την ευθύνη μη μεταφοράς σε νοσοκομείο. Έτσι βασίζεται στις δικές μας οδηγίες που θα του αυξήσουν τις πιθανότητες του για θεραπεία στην ριψοκίνδυνη πράξη του, που αν πετύχει όμως, προσφέρει σημαντικό όφελος.

## 226. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ/ΕΖΕΤΙΜΙΜΠΗ

Μ. Μάρρα, Ι. Μπούνος, Γ. Καραπάτη, Β. Τζαβάρα
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο-Ε.Ε.Σ.»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ευρέως συνταγογραφούμενες στατίνες, αν και ασφαλή και καλώς ανεκτά φάρμακα, έχουν συσχετισθεί με ηπατική βλάβη, το πρότυπο της οποίας είναι τυπικά ηπατοκυτταρικό ή σπανιότερα μικτού τύπου. Στη παρούσα εργασία αναδεικνύεται η συσχέτιση υπολιπιδαιμικής αγωγής με την εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας και η θέση των PCSK9 αναστολέων.
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 55 ετών, με ιστορικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και έκτοτε λήψη ατορβαστατίνης/εζετιμίμπης, εισήχθη λόγω πυρετού, άλγους δεξιού υποχονδρίου και ικτέρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε παθολογική ηπατική βιοχημεία (SGOT:277mg/dl, SGPT:430mg/dl, γGT:182mg/dl, ALP:294mg/dl, ολική χολερυθρίνη:3.51mg/dl). Ο ιολογικός (ιοί ηπατίτιδας και ηπατοτρόποι) και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί, ενώ το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας και η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη νοσηλεία της έγινε διακοπή της υπολιπιδαιμικής αγωγής, με αποδρομή του πυρετού και βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας, ενώ προοδευτικά η εργαστηριακή εικόνα αποκαταστάθηκε πλήρως. Σε συνεννόηση με το θεράποντα καρδιολόγο, έγινε έναρξη μονοκλωνικού αντισώματος PCSK9 αναστολέα, λόγω υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αναδεικνύεται συσχέτιση μεταξύ της λήψης στατίνης/εζετιμίμπης και εμφάνισης οξείας ηπατίτιδας. Οι υπολιπιδαιμικοί παράγοντες υψηλού κινδύνου για πρόκληση οξείας ηπατικής βλάβης είναι οι στατίνες, οι οποίες σπάνια προκαλούν κλινικά σημαντικό σύνδρομο, όπως στην ασθενή μας, ωστόσο συχνά σχετίζονται με ασυμπτωματική αμινοτρανσφερασαιμία, ενώ η εζετιμίμπη δεν έχει αποδειχθεί πως αποτελεί μια ασφαλή εναλλακτική σε ασθενείς με ιστορικό προϋπάρχουσας ηπατικής βλάβης. Οι εμπλεκόμενοι μηχανισμοί σχετίζονται με επίδραση στο κυτόχρωμα P450, ανοσοεπαγόμενες φλεγμονώδεις αντιδράσεις στο φάρμακο ή κάποιον μεταβολίτη αυτού. Σοβαρή ηπατική βλάβη είναι ασυνήθης και συνήθως αντιστρεπτή μόνο με τη διακοπή του φαρμάκου. Οι PCSK 9 αναστολείς αποτελούν μια αποδεκτή εναλλακτική σε ασθενείς με αντένδειξη για λήψη στατινών, με μικρή επίδραση στην ηπατική λειτουργία και σχετικά καλό προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ η μακροπρόθεσμη ασφάλεια αυτών βρίσκεται στο επίκεντρο της βιβλιογραφίας και χρήζει περαιτέρω κλινικών μελετών.

# 227. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΔ2 ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΔΙΑΡΡΟΙΚΟΥ ΣΥΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ

Ε. Ζιαμπάρα, Ι. Μιχαήλοβα, Γ. Καραγιαννίδης, Α. Κολαΐτης, Α. Ροτσίδη, Β. Φωτεινού, Α. Χαλαβάζης, Α. Σούλα, Φ. Μιχαλοπούλου, Ό. Σπυροπούλου, Φ. Κουσαθάνα, Ι. Μπληζιώτης, Χ. Σαμαράς
*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσία ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές συνεπεία χρονίου διαρροικού συνδρόμου από μετφορφίνη.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**: Ασθενής 78 ετών προσήλθε στο παθολογικό ΤΕΠ αιτιώμενη δεκατική πυρετική κίνηση από ημερών με συνοδό τρόμο ηρεμίας και πρόθεσης, έντονη κακουχία και υπνηλία, αίσθημα παλμών, απώλεια σωματικού βάρους, οσφυαλγία και διαρροϊκές κενώσεις. Προηγήθηκε πρόσφατη νοσηλεία σε άλλο νοσοκομείο για συγκοπτικό επεισόδιο. Εκεί είχε πραγματοποιήθει αξονική τομογραφία εγκεφάλου και CTPA (αρνητική για μείζονα πνευμονική εμβολή) ενώ ανευρέθηκαν αυξημένες τιμές κρεατινίνης και χαμηλή τιμή αιματοκρίτη με φυσιολογικές τιμές Β12 και φερριτίνης. Επιπλέον φέρει υπερηχογράφημα θυροειδούς στο οποίο ανευρέθηκαν μικτής ηχογένειας όζοι, οι οποίοι δεν αναγνωρίζονται σε αντίστοιχο έλεγχο προ έτους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε επιβεβαιώθηκε αναιμία (Hgb 8,7 g/dl), ανευρέθηκε οριακά υψηλή τιμή FT4, οριακά χαμηλή TSH με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές υπασβαιστιαιμία 5,6 mg/dl -**υπομαγνησιαιμία (0,2 mg/dl**) (δεν βρέθηκαν τιμές ασβεστίου από πρόσφατη νοσηλεία) και τιμές παραθορμόνης στα ανώτερα φυσιολογικά. Αναγνωρίστηκε επιπλέον κρεατινίνη 1,3 mg/dl και υψηλή CRP (147 mg/l). Κατά την τοποθέτηση ουροκαθετήρα για λήψη δειγμάτων ούρων διαπιστώθηκε επίσχεση. Από το ατομικό αναμνηστικό:ΣΔ2, Α.Υ., πιθανή Χ.Ν.Ν - τιμές creat στα ανώτερα φυσιολογικά, χολοκυστεκτομή, πολύποδες στομάχου-παχέος (ενδοσκόπησεις προ 2ετιας), διαρροϊκό σύνδρομο από 2ετιας περίπου που χαρακτηρίστηκε ως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε:ομεπραζόλη**,** μετφορμίνη/ σιταγλιπτίνη, κανδεσαρτάνη/ υδροχλωροθειαζίδη, ατορβαστατίνη, σιδηροθεραπεία, Β12,φυλλικό. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική μας ως ουρολοίμωξη με ηλεκτρολυτικές διαταραχές και τέθηκε σε γαστροπροσία, μετοπρολόλη, καντεσαρτάνη, ενδοφλέβια και p.os αποκατάσταση μαγνησίου και ασβεστίου και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ ταζομπακτάμη και τεϊκοπλανίνη. Τα πρώτα εικοσιτετράωρα προεξείρχε εκσεσημασμενη αδυναμία, ακόμα και στήριξης κορμού σε καθιστή θέση, έντονος τρόμος άκρων, ειδικά πρόθεσης, καθώς και υπνηλία, τα οποία παρήλθαν με τη διόρθωση της υπασβεστιαιμίας και υπομαγνησιαιμίας. Λόγω αναφερόμενων διαρροϊκων κενώσεων λήφθηκαν δείγματα για μικροσκόπηση, καλλιέργεια και Mayer από τα οποία δεν ανευρέθηκαν πυοσφαίρια-ερυθρά, η καλλιέργεια ήταν αρνητική με την Mayer κοπράνων ωστόσο να βρίσκεται θετική. Από την καλλιέργεια ούρων αναπτύχθηκαν >3 είδη μικροβίων. Λόγω υψηλών τιμών της ΤΚΕ (>100) και αναφερόμενης επίμονης οσφυαλγίας, διεξήχθη μαγνητική τομογραφία ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ τα αποτελέσματα της οποίας δεν ανέδειξαν σπονδυλοδισκίτιδα ή βλαστικές/ λυτικές βλάβες σπονδύλων. Αντιθυροειδικά αντισώματα και αντισώματα για κοιλιοκάκη απέβησαν αρνητικά. Εξήλθε από το νοσοκομείο με οδηγίες διακοπής της μετφορμίνης, της υδροχλωροθειαζίδης και έναρξη αγωγής με p.o καρβιμαζόλη, ασβέστιο, αλφακαλσιδόλη, και μαγνήσιο. Στο follow-up διαπιστώθηκε άριστη ανταπόκριση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών με ταχεία διακοπή των p.o. συμπληρωμάτων λόγω αρχόμενης υπερασβαιστιαιμίας. Το αξιοσημείωτο είναι πως μετά τη διακοπή της μετφορμίνης διακόπηκαν πλήρως οι χρόνιες διαρροϊκες κενώσεις της ασθενούς και δεν εμφάνισε εκ νέου ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Ομοίως και ο οριακός υπερθυρεοειδισμός δε χρειάστηκε περαιτέρω αγωγή μετά τον πρώτο μήνα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το παρόν περιστατικό παρουσιάζει ενδιαφέρον γιατί η ασθενής οδηγήθηκε σε βαριά υπασβεστιαιμία και υπομαγνησιαιμία σταδιακά από τη χρήση μετφορμίνης που δεν διεκόπη παρά το χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο που αποδώθηκε εσφαλμένα σε ευερέθιστο έντερο. Η παρενέργεια των διαρροιών με τη χρήση μετφορμίνης επηρρεάζεται από διαιτητικούς παράγοντες και έτσι θα μπορούσε να προσομοιάσει σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Επιπρόσθετα, η χρήση μετφορμίνης συνδέεται ανεξάρτητα με υπομαγνησιαμία, που με τη σειρά της οδηγεί σε μειωμένη δραστικότητα της παραθυρεοειδικής ορμόνης και μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου. Παρόμοια περιστατικά με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία. Χρειάζεται λοιπόν επαγρύπνηση και έλεγχος ηλεκτρολυτών σε ασθενείς που λαμβάνουν μετφορμίνη και παρουσιάζουν διαρροϊκές κενώσεις.

## 228. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΑΝΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΟΡΤΟΦΑΓΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Γ. Σαρρή, Δ. Εξαρχοπούλου, Κ. Παπαχριστοδούλου, Ε. Αδαμοπούλου, Μ. Κανάρη, Α. Κατσανδρή, Β. Σεβαστιανός

*Γ΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού και η ευαισθητοποίηση των κλινικών ιατρών στην αναγνώριση σημείων ή συμπτωμάτων αναιμίας ή ένδειας βιταμινών σε πληθυσμιακές ομάδες που βρίσκονται σε κίνδυνο.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 32 ετών διακομίζεται λόγω πολλαπλών επεισοδίων εμέτων, με συνοδό αλλαγή του επιπέδου συνείδησης. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, μη καπνιστή, χορτοφάγο, που λαμβάνει συστηματικά φυτικά σκευάσματα. Από το ιστορικό αναφέρεται αλλαγή της συμπεριφοράς από εβδομάδων, με ευερεθιστότητα και παραληρητικές ιδέες.

Η κλινική εξέταση ανέδειξε σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας, βραδυψυχισμό, ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων, οίδημα ανά σάρκα με εντύπωμα και αγγειιτιδικές βλάβες κνημών αμφοτερόπλευρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε βαριά αναιμία (Hb 2.7g/dl), έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, τρανσαμινασαιμία, τροπονιναιμία και παράταση χρόνων πήξης, ενώ το υπερηχογράφημα κοιλίας εικόνα ηπατοσπληνομεγαλίας. Λόγω της τροπονιναιμίας ζητήθηκε καρδιολογική εκτίμηση, όπου πρωτοδιεγνώσθη καρδιακή ανεπάρκεια (κλάσμα εξωθήσεως 30%) και μεγάλη περικαρδιακή συλλογή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όσον αφορά την αναιμία, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια και ενδομυική υδροξυκοβαλαμίνη. Διαγνωστικά, υπεβλήθη σε γαστροσκόπηση, που ήταν αρνητική για στοιχεία αυτοανόσου γαστρίτιδας. Όσον αφορά την ψυχωσική συνδρομή, έγινε προσωρινή έναρξη από του στόματος αγωγής με αλοπεριδόλη και διαζεπάμη, με βελτίωση της συμπτωματολογίας με την αποκατάσταση των τιμών Β12 σε ασφαλή επίπεδα.

Η μεγάλη περικαρδιακή συλλογή αντιμετωπίστηκε με περικαρδιοκέντηση και κολχικίνη, ενώ λόγω της καρδιακής ανεπάρκειας προστέθηκε στην αγωγή βισοπρολόλη, σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη, εμπαγλιφλοζίνη και σπιρονολακτόνη. Ο ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ διενεργήθηκαν CT θώρακος και κοιλίας, χωρίς την ανάδειξη οξείας παθολογίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυστηρής χορτοφαγικής διατροφής. Συχνά παραβλέπεται, όμως μπορεί να προκαλέσει σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις από το αιμοποιητικό, το γαστρεντερικό και το νευρικό σύστημα, καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές. Η θεραπεία υποκατάστασης πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατό και οι ασθενείς να παρακολουθούνται μακροπρόθεσμα.

## 229. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ

Ε. Μιχαλιού, Φ. Σοφίου, Α. Βάκκα, Β. Κορδίνας, Α. Γκουγκούτση, Η. Σκοπελίτης, Ε. Μιχελάκης
*Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σημασία της έγκαιρης αξιολόγησης και συνεκτίμησης εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων του ασθενούς, από τον θεράποντα ιατρό, για την στοχευμένη διερεύνηση και αντιμετώπιση σε δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.
**ΥΛΙΚΟ:** Αλλοδαπός άνδρας 78 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αναφερόμενης ακούσιας μεγάλης απώλειας βάρους, αδυναμία σίτισης και καταβολή. Παρουσίαση περιστατικού.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πρόκειται για απισχνασμένο ασθενή, με ψηλαφητή σκληρή και επώδυνη μάζα στο δεξιό υποχόνδριο. Ο ασθενής αναφέρει ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, αλλά προσκομίζει υπερηχογράφημα άνω κάτω κοιλίας, προ 5ετίας, όπου αναδεικνύεται διόγκωση και ανομοιογένεια προστάτη, θέτοντας την υποψία για ύπαρξη δευτεροπαθών εντοπίσεων στο ήπαρ μέγιστης διαμέτρου 5cm. Ο εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς ανέδειξε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και αυξημένο προστατικο αντιγόνο (PSA=418). Από τον περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο (αξονική), αναδείχθηκαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε ήπαρ, οστά και αριστερό πνεύμονα, μπλοκ λεφαδένων παραορτικά αριστερά, καθώς και ουρητηροϋδρονέφρωση αριστερά από μαλακό ιστό στο μέσο τριτημόριο του ουρητήρα. Η ιστολογική εξέταση, από τη βιοψία προστάτη, ανέδειξε αμφοτερόπλευρο αδενοκαρκίνωμα, Gleason score 7, με συνοδό εκτεταμένη υψηλόβαθμη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Ακολούθως, τοποθετήθηκε νεφροστομία αριστερά.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια στον ανδρικό πληθυσμό και η έγκαιρη διάγνωση του αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης με καλή ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα σε εντοπισμένο καρκίνο προστάτη, η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 100%, ενώ επί μεταστάσεων το προσδόκιμο μειώνεται σε 31%. Η ανεύρεση πιθανών αλλοιώσεων σε τακτικούς εργαστηριακούς ελέγχους, πρέπει να ευαισθητοποιεί τους ασθενείς και ώστε να επισκεφτούν τον ιατρό τους για περαιτέρω διερεύνηση. Η έγκαιρη εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας είναι μείζονας σημασίας για την πορεία της νόσου.

## 230. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΝΕΜΕΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ

Μ. Καραγιάννη, Ν. Βασιλάκη, Δ. Ψαρουδάκη, Ε. Τζαγκαράκης, Γ. Τσουμή, Χ. Λυδάκης
*Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι βακτηριακές λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) παρουσιάζουν μεγάλη νοσηρότητα και είναι δυνητικά θανατηφόρες. Διαγιγνώσκονται βάσει τυπικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, δύναται η λοίμωξη του ΚΝΣ να είναι δευτεροπαθής μέσω επινέμεσης του ΕΝΥ από μικροβιαιμία με διαφορετική εστία λοίμωξης. Η συμπτωματολογία ίσως να είναι άτυπη και η καλλιέργεια ΕΝΥ να απομονώνει περισσότερο από έναν μικροοργανισμούς. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση κλινικού περιστατικού ανοσοκατασταλμένης ασθενούς με επινέμεση του ΚΝΣ από πολυμικροβιακή βακτηριαιμία.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 73 ετών με ιστορικό αρρύθμιστου σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, νοσογόνο παχυσαρκία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πολλαπλών ουρολοιμώξεων και μορφώματος δεξιού νεφρού υπό διερεύνηση, προσεκομίσθη λόγω εμπυρέτου, αποπροσανατολισμού και έντονης διεγερτικότητας από ωρών. Πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση που ανέδειξε 20 εμπύρηνα πολυμορφοπυρηνικού τύπου, γλυκόζη=288mg/dl, λεύκωμα=152mg/dl και λόγο γλυκόζης ΕΝΥ/ορού=0,48. Από την καλλιέργεια ΕΝΥ απομονώθηκαν 3 είδη μικροβίων: Enterococcus faecalis, Escherichia coli και Klesbsiella pneumoniae, ενώ από καλλιέργεια αίματος ταυτοποιήθηκαν τα παραπάνω μικρόβια εκτός από το E.coli. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε χαμηλή CRP και πυουρία. Η καλλιέργεια ούρων απέβη ακατάλληλη. Με αυτά τα δεδομένα τέθηκε διάγνωση λοίμωξης ΚΝΣ, μικροβιαιμίας σε έδαφος λοίμωξης ουροποιητικού.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής τέθηκε αρχικά σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με μεροπενέμη, βανκομυκίνη και ακυκλοβίρη, που ακόλουθως τροποποιήθηκε σύμφωνα με τα αντιβιογράμματα. Σταδιακά η ασθενής βελτιώθηκε και έλαβε εξιτήριο την 25η ημέρα νοσηλείας**.**
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρές επιπλεγμένες λοιμώξεις ωστόσο σπάνια, η μικροβιαιμία μπορεί να κάνει επινέμεση του ΚΝΣ. Συχνά στις καλλιέργειες των διαφόρων υγρών δεν ταυτοποιούνται όλα τα είδη των μικροβίων. Υψηλή υποψία πρέπει να τίθεται σε ασθενείς με νευρολογική σημειολογία παρά τα μη ειδικά ευρήματα της γενικής του ΕΝΥ, προς έγκαιρη χορήγηση αγωγής με στόχο τη βέλτιστη έκβαση των ασθενών.

## 231. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Ε. Σταματοπούλου[1], Ι. Θεοδωράκης[2], Α. Σταματοπούλου[3], Ε. Παπαγεωργίου[4], Φ. Χανιώτης[5], Δ. Χανιώτης[6]

*[1]PhDc, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοικ. Μον. Υγειας & Κοιν. Πρόν. Πα.Δ.Α & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πα.Δ.Α, Εκπαιδευτικός, RN ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK, [2]PhD, MD, MSc ΕΚΠΑ, Ιατρός Ακτινολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ και Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας Υπερηχογραφίας του Ακτινολογικού Τμήματος ΓΝΑ ΚΑΤ, [3]Ph.Dc Οικονομολόγος, MSc International Human Resource Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πα.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής., [4]PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α)., [5]MD, PhD, Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α)., [6]MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α)*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της απεικονιστικής διερεύνησης των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος σε ασθενείς με άσθμα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μέθοδος του θέματος είναι δευτερογενής έρευνα με διεξοδική ανάλυση δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αναπνευστικές λοιμώξεις όπως η γρίπη, η ασθένεια του κοροναϊού 2019 (COVID-19) και ο RSV ή ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός, μπορεί να είναι πιο σοβαρές για άτομα με άσθμα, επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε πνευμονία και κρίσεις άσθματος. Το άσθμα μπορεί να κάνει τη διαχείριση των αναπνευστικών λοιμώξεων και ασθενειών πιο περίπλοκη. Η απεικόνιση διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην ανίχνευση και το χειρισμό των ασθενών με πνευμονία. Η απλή οπισθοπρόσθια ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητη για την αρχική εκτίμηση κάθε ασθενούς. Η απεικονιστική διερεύνηση πρέπει πάντοτε να ξεκινά με απλές ακτινογραφίες. Όταν αυτές δεν επιτρέπουν την εξαγωγή πορίσματος, η CT Θώρακος είναι υποχρεωτική. Ο συνδυασμός της αναγνώρισης διαφόρων μορφολογικών χαρακτήρων σε συνδυασμό με τα κλινικά ευρήματα του ασθενούς αποτελούν την καλύτερη προσέγγιση για την διερεύνηση της πνευμονικής φλεγμονώδους νόσου. Στην λοβώδη πνευμονία, υπάρχει ομοιογενής πύκνωση ενός λοβού του πνεύμονα με σαφή όρια μεταξύ των σχισμών. Ενίοτε αναδεικνύεται λοβώδης πύκνωση με παρουσία αεροβρογχογράμματος. Ενδέχεται να προκύψει και ατελεκτασία ως συνέπεια της απόφραξης των αεραγωγών. Η βρογχοπνευμονία προκαλείται από αιματογενή διασπορά μικροβίων στον πνεύμονα που προέρχονται από τους αεραγωγούς. Προσβάλλει τα βρογχιόλια και εμφανίζει ακτινολογική εικόνα διάσπαρτων σκιάσεων. Προκαλείται από μικροβιακά και ιογενή αίτια. Η κατανομή είναι συχνά αμφοτερόπλευρη και ασύμμετρη και αφορά κυρίως τις πνευμονικές βάσεις. Επιπλέκεται με τον σχηματισμό αποστημάτων και πλευριτικών συλλογών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έγκαιρη απεικονιστική διερεύνηση των ασθενών με άσθμα και των επιπλοκών αυτού με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος είναι υψίστης σημασίας τόσο για την ορθή αντιμετώπισή τους όσο και για τις βέλτιστες πρακτικές των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας από την Ιατρονοσηλευτική Ομάδα με στόχο την πρόληψη την ίαση και την αυτοδιαχείριση του άσθματος.

## 232. ΣΥΝΔΡΟΜΟ GUILLAIN-BARRE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΚΑΙ ΙΟ EPSTEIN-BARR

Μ. Βούκαλη, Ε. Καββαδία, Π. Κουφόπουλος, Γ. Μιχαλάκη-Ζαφείρη, Ε. Τσαρούχα, Τ. Ζαχαριάδου-Μπαλάση, Α. Αδάμου, Β. Δαλόπουλος, Ν. Αδαμίδης, Σ. Καργιώτη, Α. Ρηγάτου, Ν. Βαλλιάνου
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Μαρούσι, Αθήνα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το σύνδρομο Guillain-Barré (GBS) είναι μια οξεία αυτοάνοση πολυριζονευροπάθεια, που συχνά προκαλείται από λοιμώξεις. Ενώ ο ιός Epstein-Barr (EBV) και ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) αναγνωρίζονται ως πιθανές προηγούμενες λοιμώξεις στο GBS, η συν-μόλυνσή τους σπάνια αναφέρεται. Περιγράφουμε μια περίπτωση ασθενούς που παρουσιάστηκε με GBS μετά από ταυτόχρονες λοιμώξεις από CMV και EBV.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας ασθενής 29 ετών χωρίς σημαντικό προηγούμενο ιατρικό ιστορικό προσέρχεται αιτιώμενος αιμωδίες και νυγμώδη άλγη σε όλο το σώμα από 24ωρου καθώς και αστάθεια βάδισης. Αναφέρει εμπύρετο από 5ημερου με απυρεξία το τελευταίο 48ωρο υπό αντιπυρετικά.
Διενεργήθηκε δοκιμασία γρήγορης ανίχνευσης ιού γρίπης και Sars-CoV-2, καθώς και Mono test τα οποία ήταν αρνητικά. Διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου άνευ παθολογικών ευρημάτων
Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε ηπίως αυξημένους δείκτες φλεγμονής καθώς και αυξημένες τιμές ηπατικών ενζύμων (τρανσαμινασών).
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική με αιμωδίες, αδυναμία καταβολή και εμπύρετο για διερεύνηση και παρακολούθηση χωρίς ανάγκη οξυγονοθεραπείας. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής του εικόνας με εμφάνιση δυσκαταποσ**ί**ας, υπαισθησίας άνω και κάτω άκρων, 4/5 μυϊκή ισχύς άνω άκρων και 2/5 κάτω άκρων έγινε νευρολογική επανεκτίμηση όπου ετέθη κλινική διάγνωση συνδρόμου Guillain-Barré και ο ασθενής μεταφέρθηκε σε εφημερεύουσα νευρολογική κλινική προς αντιμετώπιση με ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη (IVIG).
Ο ορολογικός έλεγχος αποκάλυψε πρόσφατες λοιμώξεις από CMV και EBV, με θετικά IgM αντισώματα και για τους δύο ιούς.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το GBS είναι γνωστό ότι σχετίζεται με προηγούμενες λοιμώξεις, συνήθως Campylobacter jejuni, CMV και EBV. Η ταυτόχρονη μόλυνση με CMV και EBV μπορεί να ενισχύσει την ανοσολογική απορρύθμιση, οδηγώντας σε σοβαρές νευρολογικές εκδηλώσεις. Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει τη σημασία της εξέτασης των διπλών ιογενών λοιμώξεων σε άτυπες ή σοβαρές εκδηλώσεις GBS. Οι ταυτόχρονες λοιμώξεις από CMV και EBV μπορούν να χρησιμεύσουν ως σπάνιος αλλά σημαντικός παράγοντας πρόκλησης GBS. Η έγκαιρη αναγνώριση και η κατάλληλη διαχείριση είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

## 233. ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

Μ. Σούρα, Σ. Σιμάτη, Ε. Μηλιαρά, Ε. Ζέης, Α. Κόκκινος
*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαχείριση της γαστρεντερικής αιμορραγίας σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή, ιδιαίτερα σε όσους έχουν προσθετικές καρδιακές βαλβίδες και υποκείμενες κακοήθειες, παρουσιάζει σημαντικές θεραπευτικές προκλήσεις. Σε αυτή την περίπτωση, η εξισορρόπηση της αντιπηκτικής θεραπείας και της αιμόστασης αποτέλεσε σημαντική πρόκληση για τη διαμόρφωση της στρατηγικής διαχείρισης.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 70 ετών με μεταστατικό γαστρεντερικό στρωματικό όγκο (GIST) του λεπτού εντέρου και μηχανική αορτική βαλβίδα υπό αγωγή με ασενοκουμαρόλη, παρουσίασε οξεία αιματοχεσία και κριτικά χαμηλή αιμοσφαιρίνη (4 g/dL) με αιμοδυναμική αστάθεια. Αρχικά, διακόπηκε η αντιπηκτική αγωγή και η ανάνηψη περιλάμβανε εγχύσεις κρυσταλλοειδών, μεταγγίσεις αίματος, φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα και παράγοντες πήξης. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε ενεργή αιμορραγία στη μεσεντέριο, που κατέστησε αναγκαίο τον εμβολισμό ενός κλάδου της ανώτερης μεσεντέριου αρτηρίας. Ώρες αργότερα, ο ασθενής εμφάνισε πόνο στο αριστερό υποχόνδριο και επαναληπτική αξονική τομογραφία αποκάλυψαν περισπληνικό αιμάτωμα χωρίς εξαγγείωση. Μετά από δύο ημέρες σταθεροποίησης, χορηγήθηκε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, η οποία στη συνέχεια αντικαταστάθηκε με ασενοκουμαρόλη με παρακολούθηση του INR.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η πιθανή αιτία της αιμορραγίας σχετίζεται με την κακοήθεια, με ταυτόχρονη συμμετοχή της αντιπηκτικής θεραπείας που επιδείνωσε τη γαστρεντερική αιμορραγία. Η διάγνωση τέθηκε με την αρχική κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά ευρήματα της αναιμίας και την απεικόνιση που έδειξε ενεργή εξαγγείωση, ακολουθούμενη από εμβολισμό.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της διαχείρισης της γαστρεντερικής αιμορραγίας σε ασθενείς με μηχανικές βαλβίδες που απαιτούν αντιπηκτική αγωγή. Η εξισορρόπηση του κινδύνου αιμορραγίας και θρόμβωσης είναι κρίσιμη. Η χρήση της αξονικής αγγειογραφίας για τη διάγνωση και του εμβολισμού για τον άμεσο έλεγχο της αιμορραγίας, ακολουθούμενη από προσεκτική επανέναρξη της αντιπηκτικής θεραπείας, αναδεικνύει βασικά θεραπευτικά βήματα. Για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων, απαιτούνται πιο σαφείς κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και μία διεπιστημονική προσέγγιση για την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.

## 234. ΕΜΦΥΤΕΥΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΜΥΕΣ ΩΣ ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΟΥΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (NSCLC)

Α. Ρουμπάκη[1], Ν. Αγγελής[1], Ε. Γελαδάρη[1], Π. Στόικος[1], Ν. Πιάνου[2], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**: Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να εμφανιστεί με απομακρυσμένες μεταστάσεις, χαρακτηριστικό που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για τη νόσο. Η μετάσταση σε ασυνήθη σημεία όπως οι σκελετικοί μύες αποτελεί πρόκληση για τη διάγνωση. Ο NSCLC είναι ο πιο συχνός τύπος με κυριότερο παράγοντα κινδύνου το κάπνισμα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με NSCLC και μεταθέσεις στους σκελετικούς μύες.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας ασθενής, ηλικίας 53 ετών, προσέρχεται στο ΤΕΠ προς διερεύνηση εστιών σε πνεύμονες, ήπαρ, επινεφρίδια και εγκέφαλο. Ο ασθενής αναφέρει κεφαλαλγία με συνοδό αίσθημα κόπωσης από μηνός. Συστήθηκε από τον προσωπικό του ιατρό διενέργεια αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου, θώρακα και κοιλίας σε τακτική βάση όπου και διαπιστώθηκαν τα ανωτέρω. Ο ασθενής εισήχθη για διερεύνηση. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ηπατομεγαλία και πολλαπλά ψηλαφητά υποδόρια οζίδια σε άνω και κάτω άκρα και στην κοιλιακή χώρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, αύξηση της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) και του καρκινικού αντιγόνου 19-9, (Ca 19-9). Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και η ιστολογική εξέταση των παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων ανέδειξε ευρήματα συμβατά με NSCLC, χαμηλής διαφοροποίησης. Στα πλαίσια της σταδιοποίησης ζητήθηκε ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφια (PET-CT) όπου, εκτός των ήδη γνωστών απεικονιστικών ευρημάτων, διαπιστώθηκαν πολλαπλά διάσπαρτα ενδομυϊκά και υποδόρια οζίδια στα πλαίσια αιματογενούς διασποράς. Ο ασθενής κατέληξε εντός δύο εβδομάδων από τη διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σχετιζόμενη με καρκίνο, παγκοσμίως. Έχει κακή πρόγνωση καθώς οι ασθενείς συνήθως διαγιγνώσκονται στο στάδιο IV της νόσου. Οι μεταθέσεις ανευρίσκονται συχνότερα σε ήπαρ, οστά, επινεφρίδια και εγκέφαλο. Η μετάσταση στους σκελετικούς μυς είναι σπάνια και η πρόγνωση δυσμενής.

## 235. ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ : ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ LANGERHANS

Α. Σκανδάλη, Ε. Καλλιακούδα, Α. Σπυριδάκη, Γ. Μαραθωνίτης
*Α΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ», Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμιγκ*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η ιστιοκυττάρωση Langerhans (Langerhans cell Histiocytosis-LCH) είναι ένα φλεγμονώδες νόσημα του ανοσοποιητικού συστήματος που κυρίως επηρεάζει τα οστά και το δέρμα, αλλά μπορεί ακόμα να προσβάλει και άλλα συστήματα όπως ο μυελός τον οστών, το ήπαρ και ο σπλήνας. Είναι εξαιρετικά σπάνια και κυρίως διαγιγνώσκεται σε παιδιατρικούς ασθενείς, με ακόμα μικρότερο επιπολασμό σε ενήλικες, όπως το συγκεκριμένο περιστατικό.
**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για ασθενή θήλυ, 46 ετών, η οποία προσήλθε αρχικά με παρατεινόμενο εμπύρετο μετά από πρόσφατη λοίμωξη COVID-19. Μετά από πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκαν πολλαπλοί διογκωμένοι λεμφαδένες και ηπατοσπληνομεγαλία. Η ασθενής μετά από 8 ημέρες έλαβε εξιτήριο με διάγνωση βακτηριακής επιλοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Ένα έτος αργότερα, επανήλθε με παρόμοια συμπτώματα, επιπρόσθετα δε ανέφερε απώλεια βάρους και μυοσκελετικά άλγη από εξαμήνου. Η υποτροπή των συμπτωμάτων οδήγησε σε περαιτέρω διερεύνηση με πλήρη μικροβιολογικό, ανοσολογικό και απεικονιστικό έλεγχο χωρίς ανάδειξη συγκεκριμένης νόσου, και στη συνέχεια διενέργεια τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET), η οποία ανέδειξε ενεργό νόσο σε πολλαπλές λεμφαδενικές ομάδες, τον σπλήνα, τα οστά καθώς και εμφάνιση μαζών μαλακών μορίων. Μετά από αιματολογική εκτίμηση τέθηκε η ένδειξη για ιστολογική εξέταση, από την οποία τέθηκε η διάγνωση της LCH.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η παρουσίαση του παραπάνω περιστατικού αναδεικνύει τη σημασία της ενδελεχούς διερεύνησης παρατεινόμενου εμπυρέτου, που μπορεί να οδηγήσει σε σπάνιες και ενδιαφέρουσες διαγνώσεις όπως αυτή της LCH.

# 236. ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Α. Σμαϊλης[1], Λ. Κουρτίδης[2], Ε. Τζουγανάτου[1], Γ. Χρυσος[1]

*[1]Β' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», [2]Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**: Το αιμάτωμα ορθού κοιλιακού αποτελεί μία σπάνια αιτία οξέος κοιλιακού άλγους, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μιμηθεί εικόνα οξείας κοιλίας. Πρόκειται για μία διάγνωση που συχνά διαφεύγει στον ιατρό των επειγόντων περιστατικών, ιδίως όταν δεν συνυπάρχει ιστορικό κάκωσης. Αυτόματο αιμάτωμα ορθού κοιλιακού έχει περιγραφεί σε ασθενείς υπό αγωγή με αντιπηκτικά, μεγαλύτερης ηλικίας και σε σπάνιες περιπτώσεις έχει συσχετιστεί με χρόνια νεφρική νόσο, λήψη pos Κορτικοειδών, έντονο βήχα, αιματολογικές δυσκρασίες, χορήγηση υποδορίων ενέσεων στο κοιλιακό τοίχωμα καθώς και με έντονη καταπόνηση του ορθού κοιλιακού μυός. Παρακάτω περιγράφεται η περίπτωση ενός ασθενή που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κοιλιακό άλγος και αναιμία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για ασθενή 82 ετών, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω ανεύρεσης σε εργαστηριακό έλεγχο (ο οποίος διενεργήθηκε λόγω κόπωσης) αναιμίας με χαρακτήρες υπόχρωμης-μικροκυτταρικής. Από το ατομικό αναμνηστικό, αναφέρεται χρόνια δυσκοιλιότητα και μη ειδική ειλειτιδα (λαμβάνει Pos Βουδεσονίδη). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άλγος ΑΡ λαγονίου βόθρου στην εν τω βάθει ψηλάφηση χωρίς χαρακτήρες περιτοναϊκού ερεθισμού με αρνητική δακτυλική εξέταση για μέλαινα/αιμορραγία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λόγω του κοιλιακού άλγους διενεργήθηκε αρχικά υπερηχογραφικός έλεγχος με μοναδικό εύρημα: μικρή ποσότητα ελεύθερου υγρού στην αριστερή παρακολική αύλακα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο επιβεβαιώθηκε η αναιμία με Hb:7.1 g/dl με φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων και χρόνους πήξης. Κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας, παρατηρήθηκε μικρή εκχύμωση στην περιοχή του αριστερού λαγονίου βόθρου και σε συνδυασμό με την επιμονή του κοιλιακού άλγους και την μη άνοδο της αιμοσφαιρίνης παρά την μετάγγιση με 1 ΜΣΕ, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας η οποία ανέδειξε ευμέγεθες αιμάτωμα ορθού κοιλιακού μυός. Κατά την περαιτέρω διερεύνηση του ατομικού ιστορικού, ο ασθενής δεν αναφέρει κάκωση τις ημέρες πριν την εμφάνιση της συμπτωματολογίας, αλλά αναφέρει έντονη δυσκοιλιότητα και δυσχέρεια αφόδευσης η οποία σε συνδυασμό με την ηλικία του ασθενούς και την pos λήψη βουδεσονίδης, θεωρήθηκε ως η πιθανότερη αιτία για το αυτόματο αιμάτωμα. Στην συνέχεια διενεργήθηκε χειρουργική εκτίμηση και μετά από μεταγγίσεις με μονάδες ερυθρών και πλάσματα, καθώς και την χορήγηση τρανεξαμικού οξέος, ο ασθενής σταθεροποίηθηκε κλινικοεργαστηριακά και έλαβε εξιτήριο.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το παρόν περιστατικό τονίζει την ανάγκη συμπερίληψης και των σπανιότερων αιτιών στην διαφορική διάγνωση του κοιλιακού άλγους, όπως είναι το αιμάτωμα ορθού κοιλιακού, το οποίο μπορεί να προκύψει και αυτόματα, χωρίς προηγηθείσα κάκωση.

# 237. ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ - ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Α. Σκούρου[1], Ν. Αγγελής[1], Ε. Γελαδάρη[1], Ε. Λαζαρίδου[2], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η φλεγμονή του παγκρεατικού ιστού χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος και αυξημένα επίπεδα παγκρεατικών ενζύμων και ορίζεται ως οξεία παγκρεατίτιδα. Τα αίτια ποικίλλουν, με συχνότερα τη λιθίαση και την κατάχρηση αλκοόλ. Η ετοποσίδη, είναι ένας αναστολέας τοποισομεράσης ΙΙ και χρησιμοποιείται σε θεραπευτικά σχήματα συμπαγών και αιματολογικών κακοηθειών. Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειές είναι η αλωπεκία, η πανκυτταροπενία, η ηπατοτοξικότητα και η περιφερική νευροπάθεια.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας σε ασθενή με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα που ελάμβανε χημειοθεραπεία με ετοποσίδη.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας, ετών 57, προσήλθε λόγω ζωστηροειδούς κοιλιακού άλγους από 3ημέρου. Πρόκειται για ασθενή με μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, για το οποίο ελάμβανε θεραπεία με ετοποσίδη. Σύμφωνα με την κλινική εξέταση στο ΤΕΠ καταγράφηκε ευαισθησία κατά την επιπολής ψηλάφηση του επιγαστρίου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν υψηλές τιμές αμυλάσης ορού και ούρων, και από τον υπέρηχο κοιλίας οιδηματώδες πάγκρεας ως επί οξείας παγκρεατίτιδας. Ο ασθενής ετέθη σε εντατική ενυδάτωση. Τις επόμενες ημέρες παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής του κατάστασης και εικόνα πολυοργανικής ανεπάρκειας. Παρατηρήθηκαν εκχυμώσεις στην πλάγια κοιλιακή χώρα (σημείο Gray-Turner). Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και διαπιστώθηκαν τα κάτωθι: αύξηση των διαστάσεων του παγκρέατος με ασαφοποίηση των ορίων του, μειωμένη πρόσληψη σκιαγραφικού στο σώμα και στην ουρά και αιμορραγικές συλλογές πέριξ του παγκρέατος, εικόνα συμβατή με οξεία αιμορραγική-νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Στα πλαίσια της συντηρητικής αντιμετώπισης αναβαθμίστηκε η αντιβιοτική αγωγή σε ιμιπενέμη-σιλαστατίνη παράλληλα με ενυδάτωση και αιμοδυναμική υποστήριξη. Ο ασθενής κατέληξε λίγες μέρες αργότερα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παγκρεατίτιδα είναι ένα σύνδρομο με υψηλά ποσοστά θνητότητας. Κάθε ασθενής θα πρέπει να διερευνάται για τον αιτιολογικό παράγοντά της, έχοντας στη διαφορική διάγνωση και τις πιο σπάνιες αιτίες, όπως τα φάρμακα.

## 238. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ 48ΧΡΟΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Κυριακοπούλου, Ι. Γκουρνέλος, Β. Κορδίνας, Α. Λιάππη, Α. Γκουγκούτση, Η. Σκοπελίτης
*Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού διερεύνησης εμπύρετου που οδήγησε στην ανεύρεση τεσσάρων διαφορετικών λοιμώξεων.
**ΥΛΙΚΟ**: Ασθενής, άρρεν, 48 ετών, με ιστορικό μη αλκοολικής λιπώδης νόσου του ήπατος, συνδρόμου υπνικής άπνοιας, κερατόκωνου και χολοκυστεκτομής προ 5ετίας, προσήλθε στο παθολογικό τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπύρετου εώς 40°C με συνοδό ρίγος από 6ημέρου. Παρουσίαζε τρία πυρετικά κύματα την ημέρα χωρίς ύφεση παρά τη λήψη αντιβιοτικής αγωγής. Από το ιστορικό του ανέφερε επίσης επαφή με οικόσιτα ζώα, σκύλους, γάτες και κουνέλια. Ο ασθενής έφερε εξωτερικό έλεγχο αντισωμάτων έναντι του ιού Epstein Barr (EBV), του κυτταρομεγαλοϊού (CMV) και του τοξοπλάσματος τα οποία ήταν όλα αρνητικά. Από την φυσική εξέταση παρατηρήθηκε ψηλαφητό ήπαρ και σπλήνας ενώ δεν ανευρέθησαν ψηλαφητοί λεμφαδένες. Διενεργήθηκε υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας που ανέδειξε: ήπαρ στα 18 εκ και σπλήνα στα 14,8 εκ. Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε αύξηση των ηπατικών ενζύμων και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής εμφάνιζε τρία πυρετικά κύματα την ημέρα εώς 39,5°C. Ελήφθησαν τέσσερα ζεύγη καλλιεργειών αίματος επί εμπύρετου και καλλιέργειες ούρων που ήταν στείρες, ιολογικός έλεγχος και έλεγχος για βρουκέλλα, ρικέτσια, λεπτόσπειρα και λεϊσμάνια που ήταν αρνητικός. Παράλληλα εστάλησαν επαναληπτικά δείγματα για ανίχνευση αντισωμάτων έναντι CMV που ανέδειξαν αυξημένα IgG και IgM και έναντι Coxiella burnetti με ευρήματα συμβατά για οξεία λοίμωξη, οπότε και έγινε έναρξη δοξυκυκλίνης. Επί εμφάνισης ξηρού βήχα ελήφθη μοριακό τεστ για κορωνοϊό που ήταν θετικό και έγινε έναρξη ρεμδεσιβίρης. Προ εξόδου ο ασθενής εμφάνισε επιπλέον εξάνθημα στην έξω επιφάνεια του αγκώνα υψηλής κλινικής υποψίας για έρπητα ζωστήρα και προστέθηκε βριβουδίνη στην αγωγή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**: Η διερεύνηση εμπύρετου απαιτεί ενδελεχή φυσική εξέταση, αναλυτικό εργαστηριακό έλεγχο και λεπτομερή λήψη ιστορικού. Ο ασθενής εξήλθε όντας απύρετος για 72 ώρες συνεχίζοντας την αγωγή στην οικία του ενώ σε επαναληπτικό έλεγχο παρατηρήθηκε βελτίωση εξανθήματος και της γενικότερης κλινικής εικόνας. Η επιβεβαιωμένη ανίχνευση τόσων διαφορετικών λοιμώξεων σε ανοσολογικά επαρκή ασθενή αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση.

# 239. ΠΥΛΑΙΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS ANGINOSUS: ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Δ. Παπανικολάου[1], Ν. Βασιλάκος[1], Σ. Μάρκου[2], Ν. Λεπίδα[2], Α. Λιονή[1], Β. Τζαβάρα[1]

*[1]Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλενείο-Μπενάκειο ΕΕΣ», [2]Εργαστήριο Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΑ «Κοργιαλενείο-Μπενάκειο ΕΕΣ»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση ασθενούς με πυλαιοφλεβίτιδα σε έδαφος οξείας χολαγγειίτιδας και μικροβιαιμίας από *Streptococcus anginosus*.
**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 83 ετών με ιστορικό υπέρτασης διεκομίσθη λόγω διαταραχής επιπέδου επικοινωνίας από εβδομάδος.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ;** Από την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν απύρετος, με ήπια ευαισθησία στην ψηλάφηση ιδίως επιγαστρίου και ΔΕ υποχονδρίου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: λευκοκυττάρωση (WBC: 11.000/μL), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP: 189mg/L), επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία (SGOT: 81U/l, SGOT: 82U/l, γGt: 113U/l, ALP: 179U/l, BIL-T: 4.4mg/dl BIL-D:2.7mg/dl), αυξημένα d-dimers (5.78μg/mL), θετική αιμοκαλλιέργεια για *Streptococcus anginosus*. Από τη CT κοιλίας διαπιστώθηκε θρόμβωση στο ενδοηπατικό τμήμα της πυλαίας φλέβας με επέκταση στον αριστερό και στο πρόσθιο τμήμα του δεξιού κλάδου - χωρίς εικόνα επανασηραγγοποίησης (Εικόνα 1) - και υποαγγειούμενη περιοχή ασαφών ορίων αριστερού ηπατικού λοβού (Εικόνα 2). Στον ασθενή χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή (φονταπαρινόξη) και αντιμικροβιακή αγωγή (κεφτριαξόνη, μετρονιδαζόλη). Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν αρνητικό για εκβλαστήσεις και οι επακόλουθες αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες. Εξήλθε με per os αμοξυκιλλίνη για 2 μήνες και φανταπαρινόξη. Ένα μήνα μετά διενεργήθηκε triplex σπληνοπυλαίου άξονα που ανέδειξε φυσιολογικές ροές στην πυλαία φλέβα και τους κλάδους της.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο *Streptococcus anginosus* ανήκει στη φυσιολογική χλωρίδα του ανώτερου αναπνευστικού, γαστρεντερικού και ουρογεννητικού συστήματος. Τα χοληφόρα δεν αποτελούν συχνή αιτία δευτεροπαθούς μικροβιαιμίας από *Streptococcus anginosus*. Ακόμα σπανιότερη είναι η πυλαιοφλεβίτιδα στο πλαίσιο οξείας χολαγγειίτιδας. Γενικά, η πυλαιοφλεβίτιδα αποτελεί σπάνια επιπλοκή ενδοκοιλιακής λοίμωξης η οποία συχνά υποδιαγιγνώσκεται λόγω μη ειδικής κλινικής εικόνας. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, σε συνδυασμό με διαγνωστικές απεικονιστικές τεχνικές προκειμένου να τεθεί η διάγνωση.

**Εικόνα 1.** Θρόμβωση ενδοηπατικού τμήματος πυλαίας.

## 240. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ

Μ. Βούκαλη, Μ. Βασιλείου, Ε. Τσαρούχα, Β. Δαλόπουλος, Π. Κουφόπουλος, Γ. Μιχαλάκη-Ζαφείρη, Τ. Ζαχαριάδου-Μπαλάση, Σ. Καργιώτη, Α. Αδάμου, Ν. Αδαμίδης, Α. Ρηγάτου, Ν. Βαλλιάνου
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η λεϊσμανίαση είναι μια παρασιτική ασθένεια που προκαλείται από το είδος Leishmania, που συνήθως μεταδίδεται από δήγμα μολυσμένου εντόμου. Η σπλαχνική μορφή της νόσου εμφανίζεται συνήθως με συστηματικά συμπτώματα, όπως πυρετό, ηπατοσπληνομεγαλία και πανκυτταροπενία. Ωστόσο, περιπτώσεις χωρίς αιματολογικές ανωμαλίες είναι σπάνιες. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση σπλαχνικής λεϊσμανίασης χωρίς εμφάνιση πανκυτταροπενία, υπογραμμίζοντας τις διαγνωστικές και κλινικές προκλήσεις μιας τέτοιας άτυπης παρουσίασης.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής, 80 ετών, προσήλθε λόγω εμπυρέτου με ρίγος από δεκαημέρου. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκάλυψαν φυσιολογική γενική εξέταση αίματος χωρίς ενδείξεις αναιμίας, λευκοπενίας ή θρομβοπενίας. Οι δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας ήταν ελαφρώς αυξημένες.Το ήπαρ ελέγχεται με αυξημένες διαστάσεις (μέγιστος επιμήκης άξονας 18,4εκ) και ο σπλήνας επίσης ελέγχεται με αυξημένες διαστάσεις 19εκ. Ο ασθενής από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό θεραπεία με μεθοτρεξάτη.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική, για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Στα πλαίσια αυτά εστάλη εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος από τον οποίο προέκυψαν θετικά αντίσωματα για leishmania και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με εξέταση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR). Κατά την διάρκεια της νοσηλείας λήφθηκαν αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες ούρων οι οποίες απέβησαν στείρες. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με ενδοφλέβια λιποσωμική αμφοτερικίνη Β (3 mg/kg/ημέρα για 5 ημέρες), με καλή κλινική ανταπόκριση. Ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε λίγες ημέρες και η ηπατοσπληνομεγαλία υποχώρησε σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες. Ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός κατά την παρακολούθηση στους τρεις μήνες, χωρίς υποτροπή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η απουσία πανκυτταροπενίας στον ασθενή μας αναδεικνύει την ανάγκη για αυξημένη κλινική υποψία σε ενδημικές περιοχές, ακόμη και σε άτυπες εκδηλώσεις. Η λεϊσμανίαση χωρίς πανκυτταροπενία είναι μια ασυνήθιστη αλλά πιθανή εμφάνιση που μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστικές καθυστερήσεις. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν τη λεϊσμανίαση σε ασθενείς με παρατεταμένο πυρετό και ηπατοσπληνομεγαλία ακόμη και απουσία αιματολογικών ανωμαλιών. Η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία είναι απαραίτητες για την πρόληψη των επιπλοκών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

## 241. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΟΥΛΦΑΣΑΛΑΖΙΝΗΣ

Γ. Βαρσάνης, Α. Δόβα, Ί. Καραμολέγκου, Ι. Χαμακιώτη, Η. Κουρεμένος, Ε. Μοστράτου
*Β Παθολογική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός είναι η περιγραφή ασθενούς με εμπύρετο, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα μετά από λήψη σουλφασαλαζίνης με διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και λευκοκυττάρωση, ως επί εμφάνισης συνδρόμου DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms).

**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ**:Γυναίκα 56 ετών,με ιστορικό ψωρίαση, αρτηριακή υπέρταση, χολοκυστεκτομή και αντίσταση στην ινσουλίνη, προσήλθε λόγω αναφερόμενου εμπύρετου από εμβομάδος με συνοδό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού,ράχης και άνω άκρων από πενθημέρου και ήπια φαρυγγαλγία. Αναφέρεται θετικό τεστ σε RSV, ενώ προ 20ημέρου έγινε έναρξη Σουλφασαλαζίνης με διακοπή της αγωγής μετά την έναρξη του εμπυρέτου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, λευκοκυττάρωση (ηωσινόφιλα 700/ σε απόλυτο αριθμό) και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, ενώ παρατηρήθηκε ήπια επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία. Διενεργήθηκε ιολογικός έλεγχος, υπέρηχος τραχήλου, μασχαλιαίων και βουβωνικών λεμφαδένων και άνω κοιλίας, καθώς και επίστρωση για πλακάκι περιφερικού αίματος προς αιματολογική εκτίμηση. Λόγω αναφερόμενης εμφάνισης προκάρδιου άλγους, στάλθηκαν μυοκαρδιακά ένζυμα, τριπλεξ καρδιάς, χωρις μεταβολές, και δ-διμερή,αυξημένα,για οποία διενεργήθηκε CTPA (μικρής έκτασης υπουπεζωκοτική συλλογή).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με γλυκοκορτικοειδή, και διεκόπη η σουλφασαλαζίνη. Η κλινική ανταπόκριση ήταν καλή. Λόγω εμφάνισης συγχυτικής εικόνας κατά τη νοσηλεία, διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου, , χωρίς παθολογικά ευρήματα, καθώς και ψυχιατρική εκτίμηση, με συμπέρασμα οργανικό ψυχοσύνδρομο σε έδαφος θεραπείας με κορτιζόνη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το σύνδρομο DRESS είναι ένα σπάνιο σύνδρομο που οφείλεται σε αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου IVb σε φαρμακευτικό παράγοντα, το οποίο χαρακτηρίζεται με ποικιλομορφία ως προς το εξάνθημα. Οι ασθενείς με το σύνδρομο αυτό μπορεί να εμφανίσουν έως και σε πάνω από το 50% της επιφάνειας του σώματος, δερματικές εκδηλώσεις, ενώ χαρακτηριστικό για το σύνδρομο είναι το οίδημα προσώπου. Απαραίτητος είναι ο αποκλεισμός λοιμώξεων και αυτοάνοσων νοσημάτων. Αντίστοιχες περιπτώσεις απαιτούν υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας ώστε η έγκαιρη διάγνωση να συμβάλει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας.

## 242. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΕΥΡΕΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Β. Κατσάνος, Ε. Συρίγου, Σ. Μπόλη, Γ. Ελευθεριώτης, Χ. Αρκαδιανός, Θ. Κατσίκας, Μ. Ταμπάκη, Α. Αργυράκη, Κ. Τηνιακού
*Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επαγόμενη από φάρμακα χολοστατική ηπατική νόσος είναι ένας υποτύπος ηπατικής βλάβης που χαρακτηρίζεται από ως επί το πλείστον εργαστηριακή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και της χολερυθρίνης**.** Η λήψη αμοξικιλλίνης-κλαβουλανικού σχετίζεται με χολοστατικό, μικτό ή ηπατοκυτταρικό τύπο ηπατικής βλάβης. Προκαλείται συνήθως κατά την διάρκεια της χορήγησης του αντιβιοτικού ή εντός ημερών από την διακοπή του.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Περίπτωση ατόμου με εκσεσημασμένη χολόσταση οφειλόμενη σε λήψη αμοξικιλλίνης-κλαβουλανικού.
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 59 ετών προσήλθε στο ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» λόγω ικτερικής χροιάς του δέρματος, αποχρωματισμό κοπράνων από 14ημέρου. Ανέφερε επίσης μεμονωμένο πυρετικό κύμα με συνοδό βήχα προ 20 ημέρων για το οποίο έλαβε αυτοβούλως αμοξικιλλίνη-κλαβουλανικό. Εξαιτίας της εμφάνισης του ικτέρου έγινε εκτίμηση από ιδιώτη παθολόγο, ο οποίος συνέστησε διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου. Διενεργήθηκε CT κοιλίας σε εξωτερική βάση η οποία ανέδειξε ήπια ηπατομεγαλία, χωρίς περαιτέρω παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν SGOT:137 IU/L, SGPT:166 IU/L, γGT:68 IU/L, ALP:252 IU/L, TBil:15,4 mg/dl, DBil:10,0 mg/dl. Διενεργήθηκε US ήπατος-χοληφόρων και MRCP, τα οποία δεν ανέδειξαν διάταση ή απόφραξη του χοληφόρου δέντρου. Καρκινικοί δείκτες, ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί.
Βάσει των ανωτέρω διενεργήθηκε βιοψία ήπατος υπό ακτινολογική καθοδήγηση, χωρίς συμβάματα, η οποία ανέδειξε εικόνα ηπατικού παρεγχύματος με ήπιες αλλοιώσεις χολοστατικής ηπατίτιδας σε αποδρομή με ήπια χρονίζουσα χολόσταση και ήπια πυλαία ίνωση. Στο υλικό της βιοψίας δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα απόφραξης μεγάλων χολαγγείων ή πρωτοπαθούς χολαγγειοπάθειας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η περίπτωση καταδεικνύει τη δυνατότητα ενός ευρέως χρησιμοποιούμενου αντιβιοτικού παράγοντα στην πρόκληση χολοστατικού τύπου ηπατικής βλάβης με υπέρμετρη αύξηση των τιμών της χολερυθρίνης(TBil: 15mg/dl), ακόμα και μετά την παρέλευση >15 ημερών από την διακοπή του φαρμάκου.

## 243. ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Α. Χριστοφή, Μ. Ταμπάκη, Θ. Κατσίκας, Α. Ζάτα, Χ. Μπιρμπίλης, Ι. Κλαδούρης, Δ. Γερνάς, Α. Αργυράκη
*Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η οστεομυελίτιδα είναι λοίμωξη του οστού και αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα από τις σοβαρές λοιμώξεις μυοσκελετικού στους ηλικιωμένους λόγω παρουσίας συννοσηροτήτων καιπαραγόντων κινδύνου ενώ συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα στους ηλικιωμένους. Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων, παραγόντων κινδύνου, κλινικών χαρακτηριστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ηλικιωμένους με οστεομυελίτιδα.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη 9 ασθενών (67-93 ετών) με επιβεβαιωμένη κλινικοεργαστηριακά καιαπεικονιστικά οστεομυελίτιδα, που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «ΗΣωτηρία» την περίοδο 1/1/2023-1/1/2025. Καταγράφηκαν επιδημιολογικά στοιχεία, κλινικοεργαστηριακά δεδομένα, διαγνωστικά εργαλεία και θεραπευτικές προσεγγίσεις.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία ήταν 80 έτη (33% άνδρες). Σε 89% των περιπτώσεων, η λοίμωξη προκλήθηκε κατά συνέχεια ιστού (56% λόγω κατακλίσεων). Παράγοντες κινδύνου περιλάμβαναν παρατεταμένο κλινοστατισμό (67%) και σακχαρώδη διαβήτη (33%). Τα συμπτώματα περιελάμβαναν πυρετό και άλγος (78%). Εργαστηριακώς διαπιστώθηκε CRP με median: 15,9mg/dL και ΤΚΕ (median: 120 mm/h). Χειρουργικός καθαρισμός μόνο των ελκών έγινε στο 56%,ενώ συνδυαστική αντιβιοτική θεραπεία εφαρμόστηκε σε όλους (4/9: κεφτριαξόνη+γλυκοπεπτίδιο) για τουλάχιστον 4 βδομάδες. Στο 89% των περιπτώσεων απομονώθηκε μικροοργανισμός απόκαλλιέργεια παρακείμενου του οστού παθολογικού ιστού, ενώ 4/9 παρουσίασαν βακτηριαιμία (50/% MRSA). Μόνο σε 1 ασθενή ήταν εφικτή η διενέργεια βιοψίας οστού, η οποία ωστόσο δενανέδειξε κάποιο παθογόνο.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οστεομυελίτιδα στους ηλικιωμένους συσχετίζεται με χρόνια κατάκλιση και επιπλεγμένο διαβήτη και συχνά προκύπτουν πολυμικροβιακά καλλιεργήματα από τους παρακείμενους ιστούς. Η χειρουργική αντιμετώπση του οστού είναι συνήθως απαγορευτική λόγωτου αυξημένου χειρουργικού κινδύνου/ συνοσηροτήτων. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισηείναι κρίσιμη για τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής.

## 244. ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟΠΟΥΡΙΝΟΛΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ

Δ. Μεταξάς, Χ. Χρήστου, Δ. Καμπύλη, Γ. Καραπάτη, Β. Τζαβάρα
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περιστατικού με ασθενή που νοσηλεύθηκε στην κλινική μας λόγω σηπτικής καταπληξίας και σοβαρής πανκυτταροπενίας σε έδαφος λήψης αλλοπουρινόλης.
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα, 89 ετών, προηγουμένως πλήρως λειτουργική και αυτοεξυπηρετούμενη, με έναρξη αλλοπουρινόλης από τετραμήνου λόγω υπερουριχαιμίας χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό νεφρολιθίασης και χωρίς επεισόδιο ουρικής αρθρίτιδας στο παρελθόν, διεκομίσθη στο νοσοκομείο λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου από εικοσιτετραώρου και κενώσεων με πρόσμιξη αίματος. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πυρετός, αιμοδυναμική αστάθεια, μη ψηλαφητό πορφυρικό εξάνθημα και εκχυμώσεις άκρων (Εικόνα). Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία (ουδετερόφιλα 100/μl, αιμοσφαιρίνη 7,1g/dl, αιμοπετάλια 7.000/μl), οξεία νεφρική βλάβη (κρεατινίνη ορού 1,6mg/dl) και αυξημένους δείκτες φλεγμονής.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τέθηκε σε αυξητικό παράγοντα λευκών αιμοσφαιρίων και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, βανκομυκίνη και αμικασίνη. Η καλλιέργεια αίματος απομόνωσε *Pseudomonas aeruginosa*. Στα πλαίσια διερεύνησης της πανκυτταροπενίας εστάλη έλεγχος με φερριτίνη, Β12 και φυλλικό οξύ (εντός φυσιολογικών ορίων) και έγινε μυελόγραμμα, το οποίο ανέδειξε υποκυτταρικό μυελό συμβατό με απλαστική αναιμία. Σημειώνεται φυσιολογική γενική αίματος πριν την έναρξη της αλλοπουρινόλης. Με βάση τα παραπάνω, τέθηκε η διάγνωση της καταστολής του μυελού των οστών οφειλόμενης στη λήψη αλλοπουρινόλης. Η ασθενής κατέληξε εντός νοσηλείας λόγω αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας από τη θρομβοπενία.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η απλαστική αναιμία είναι μια πολύ σπάνια παρενέργεια της αλλοπουρινόλης, που μπορεί να οδηγήσει σε βαριές λοιμώξεις και αιμορραγικές εκδηλώσεις, επιπλοκές δυνητικά μη αναστρέψιμες που παρατείνουν τη νοσηλεία του ασθενούς και μπορεί να αποβούν θανατηφόρες. Ως εκ τούτου, είναι νευραλγικής σημασίας η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη συνταγογράφηση, καθώς και η εφαρμογή αυτών εξατομικευμένα με βάση την κρίση του κλινικού ιατρού, ιδιαίτερα σε εύθραυστους ασθενείς μεγάλης ηλικίας όπου το κόστος μπορεί να είναι μεγαλύτερο από το όφελος.

## 245. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ: Ο ΠΙΘΑΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΩΝ ΠΟΤΩΝ ΩΣ ΕΚΛΥΤΙΚΟ ΑΙΤΙΟ.

Ε. Κούτρα[1], Μ. Λαγκαδινού[2], Χ. Παπακαμμένος[2], Α. Αλεξόπουλος[2], Μ. Αμεραλή[2], Κ. Θωμόπουλος[3], Μ. Μαραγκός[2]

*[1]Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, [2]Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών, [3]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα είναι μια σπάνια μορφή χρόνιας φλεγμονής του παγκρέατος, η οποία προκύπτει από μη φυσιολογική ανοσολογική απόκριση. Συνήθως εμφανίζεται σε ηλικίες άνω των 40 ετών και διακρίνεται σε δύο τύπους: **Τύπου 1:** σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα IgG4 ,**Τύπου 2:** συχνά εκδηλώνεται ως οξεία παγκρεατίτιδα, με φυσιολογικά επίπεδα IgG4.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσιάζουμε περίπτωση νεαρού ασθενούς με οξεία παγκρεατίτιδα, ο οποίος ανταποκρίθηκε στη χορήγηση στεροειδών, χωρίς εμφανείς προδιαθεσικούς παράγοντες, με ιστορικό αυξημένης κατανάλωσης ενεργειακών ποτών.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 17 ετών προσήλθε με έντονη επιγαστραλγία με αντανάκλαση στη ράχη και εμέτους. Ανέφερε επαναλαμβανόμενα επεισόδια διάχυτου κοιλιακού άλγους τους τελευταίους μήνες και καθημερινή κατανάλωση 2-3 ενεργειακών ποτών. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε:αυξημένες τιμές αμυλάσης ορού και ούρων**,** δείκτες φλεγμονής και φυσιολογικά επίπεδα τριγλυκεριδίων και IgG4**.** Η αξονική τομογραφία ανέδειξε διάχυτη διόγκωση του παγκρέατος, με εκτεταμένες υποηχογενείς βλάβες και παρουσία ενδοκοιλιακού υγρού ενώ η μαγνητική χολαγγειογραφία ήταν φυσιολογική.Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με υποστηρικτική θεραπεία και αντιβιοτικά, χωρίς ανταπόκριση. Χορηγήθηκε δοκιμαστικά από του στόματος πρεδνιζόνη (0,5 mg/kg/ημέρα), και ο ασθενής εμφάνισε ταχεία βελτίωση με ύφεση των συμπτωμάτωνκαιδυνατότητα σίτισης εντός πέντε ημερών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα σε νεαρούς ασθενείς, με φυσιολογικά επίπεδα IgG4 και κλινική εικόνα οξείας παγκρεατίτιδας, απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας. Η κατανάλωση ενεργειακών ποτών έχει συσχετιστεί με περιστατικά οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας. Τα ενεργειακά ποτά ενδέχεται να αποτελούν εκλυτικό παράγοντα για την εκδήλωση αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας, ιδιαίτερα σε νεαρούς ασθενείς χωρίς άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες.

## 246. ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΚΛΕΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Δ. Τσιλιγιάννη
*Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης του μικροβιώματος με την ανάπτυξη, πρόληψη και αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων, μέσω ανασκόπησης των σχετικών μελετών.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση των άρθρων που ανευρίσκονται στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, scopus, google scholar και επιλέχθηκαν μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης με βάση τους τίτλους και τις περιλήψεις.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το μικροβίωμα παίζει κρίσιμο ρόλο στη ρύθμιση πολλών φυσιολογικών διεργασιών και αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο η επίδρασή του στην παθογένεια διάφορων ασθενειών. Οι αλλαγές στον μικροβίωμα (δυσβίωση) έχουν συνδεθεί με ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας, περιλαμβανομένων των γαστρεντερικών διαταραχών, μεταβολικών νοσημάτων, νευρολογικών καταστάσεων, δυσλειτουργιών του ανοσοποιητικού συστήματος, καρδιοαγγειακών νοσημάτων, δερματικών παθήσεων, καρκίνου και ψυχικών διαταραχών. Διάφοροι πιθανοί μηχανισμοί για τα παραπάνω έχουν αναδειχθεί όπως η ενίσχυση της φλεγμονής στον οργανισμό που προκύπτει από μεταβολίτες μικροβίων και από τη διαταραχή του εντερικού φραγμού. Η ενδεχόμενη δυσλειτουργία της κινητικότητας του εντέρου και η τοπική υπερευαισθησία που προκαλείται από διαταραχή του μικροβιώματος μπορεί να επιδεινώσει καταστάσεις όπως τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ). Τέλος, έχουν συσχετιστεί ορισμένες ενώσεις (Βουτυρικό οξύ, Νιτροζαμίνες, Τριμεθυλαμίνη, Τριμεθυλαμίνη-Ν-οξείδιο κ.α.) που παράγονται από το μικροβιώμα με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασιών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:** η σχέση μεταξύ μικροβιώματος και ασθένειας είναι περίπλοκη, και η συνεχιζόμενη έρευνα εξετάζει τρόπους τροποποίησης και ενίσχυσης του μικροβιώματος (π.χ. μέσω προβιοτικών, πρεβιοτικών ή μεταμοσχεύσεων κοπράνων) ως θεραπευτική προσέγγιση για την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών. Στοχεύοντας στην ισορροπία του μικροβιώματος, ανοίγουν νέοι ορίζοντες σχετικά με στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας που αφορούν πολλούς ιατρικούς τομείς.

# 247. ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ TAKAYASU ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Γ. Νιώτης, Μ. Σαλευρής, Δ. Χαρίτος
*Β' Προπαιδευτική Πθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (Fever of Unknown Origin – FUO) αποτελεί μία πρόκληση για τον παθολόγο. Ορίζεται ως η παρουσία θερμοκρασίας >38,3°C καθημερινά για 3 εβδομάδες, ή και λιγότερο, εφόσον ο αρχικός διαγνωστικός έλεγχος με βασικές εργαστηριακές εξετάσεις, καλλιέργειες αίματος και ούρων, απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφία θώρακος και υπέρηχο κοιλίας, καθώς και έλεγχο για φυματίωση είναι αρνητικός. Τα αίτια μπορεί να είναι λοιμώδη, αυτοάνοσα, νεοπλασματικά και άλλα.
**ΥΛΙΚΟ:** Γυναίκα 59 ετών, με ιστορικό υποθυρεοειδισμού, προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 38,5 από 15ημέρου. Σημειώνεται λήψη αντιβιοτικών κατά την έναρξη των συμπτωμάτων λόγω ξηρού βήχα τις πρώτες ημέρες.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο αρχικός διαγνωστικός έλεγχος, μαζί με τον ιολογικό, ανοσολογικό, θυρεοειδικό έλεγχο ανέδειξε ήπια ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb: 10,1g/dl), αυξημένη ΤΚΕ (110mm/h) και CRP (34mg/L), χωρίς άλλα ευρήματα. Έγινε triplex καρωτίδων λόγω επεισοδίου καρωτιδυνίας, που ανέδειξε ομοιογενή υπερηχογενή πάχυνση του τοιχώματος στα σημεία έκφυσης αυτών άμφω (Εικόνες 1-2). Διενεργήθη αξονική αγγειογραφία θώρακος–κοιλίας, όπου ανεδείχθη συγκεντρική πάχυνση του τοιχώματος της αορτής σε όλο το μήκος της από την ανιούσα έως την κοιλιακή αορτή, ως επί αγγειίτιδας (Εικόνες 3-4-5), εύρημα που επιβεβαιώθηκε και σε PET-CT. Στοιχειοθετήθηκε, λοιπόν, η διάγνωση της αρτηρίτιδας Takayasu.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αρτηρίτιδα Takayasu είναι αγγειίτιδα μεγάλων αγγείων που αφορά κυρίως γυναίκες έως 50 ετών, ενώ σπάνια αποτελεί αίτιο FUO. Διαγνωστικά, η MRA και το PET-CT εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία, ενώ η CTA είναι επίσης αξιόπιστη αλλά σε μικρότερο ποσοστό ειδικά σε αρχικά στάδια. Το triplex καρωτίδων, αν και με περιορισμένη διαγνωστική αξία, δε θα πρέπει να εγκαταλείπεται, καθώς αποτελεί μία εύκολη και φθηνή εξέταση που οδηγεί στη διάγνωση επί θετικού ευρήματος. Η θεραπεία στηρίζεται στα γλυκοκορτικοστεροειδή και στους ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες. Στην ασθενή έγινε έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης και μεθοτρεξάτης, με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων άμεσα.

## 248. ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΜΕΜΒΡΑΝΗΣ (ANTI-GBM); ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ;

Ε. Γελαδάρη, Α. Ρουμπάκη, Ν. Αγγελής, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος της σπειραματικής βασικής μεμβράνης (GBM) ή το σύνδρομο Goodpasture έχει κακή πρόγνωση. Η ταχεία ανίχνευση αντισώματος έναντι GBM στον ορό (anti-GBM) με χρήση ενζυμικής ανοσοδοκιμασίας (EIA) έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση και καλύτερη πρόγνωση. Ωστόσο, προκειμένου να διασφαλισθεί μια ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση απαραίτητη είναι η κλινική έκφραση του συνδρόμου.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με οξεία νεφρική βλάβη (ONB) και ψευδώς θετικά anti-GBM.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 19 ετών, διακομίζεται από έτερο νοσηλευτικό ίδρυμα για διερεύνηση ONB (Ουρία 220 mg/dL, κρεατινίνη 9 mg/dL, Na ούρων 40mmol/L). Πρόκειτα για ασθενή με ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας που υπεβλήθη σε επανεπέμβαση. Κατά τη μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εμφάνισε πυρετό (έως 38.5 $^{0}$C) και έλαβε εμπειρικά βανκομυκίνη και γενταμικίνη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος άμφω, εύρημα που επιβεβαιώνεται και στην ακτινογραφία θώρακος. Δεδομένου της οριακής υποξυγοναιμίας και αρτηριακής πίεσης και της αδυναμίας διαχείρισης των ενδοφλέβιων υγρών η ασθενής ολοκλήρωσε συνεδρίες αιμοκάθαρσης με σταδιακή μείωση των δεικτών της νεφρικής λειτουργίας. Στα πλαίσια της διερεύνησης της ONB εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος. Τα anti-GBM επίπεδα ήταν πολύ υψηλά (230 IU/mL). Δεδομένου πως η ασθενής μας δεν πληρούσε κανένα κλινικό κριτήριο του πνευμονονεφρικού συνδρόμου σε συνδυασμό με την σταδιακή ομαλοποίηση της νεφρικής λειτουργίας, κρίθηκε σκόπιμο το αποτέλεσμα να επιβεβαιωθεί ή να αποκλεισθεί και με άλλη μέθοδο. Τη δεύτερη φορά έγινε χρήση της μεθόδου με χημειοφωταύγεια και αυτή τη φορά το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα μιας διαγνωστικής μεθόδου πρέπει να συνάδει με την κλινική έκφραση του αντίστοιχου συνδρόμου. Σε περίπτωση που αυτό δε συμβαίνει το αποτέλεσμα πρέπει να επαληθεύεται με εναλλακτική δοκιμασία.

## 249. ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ/ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΩΣ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μ. Κανάρη, Κ. Παπαχριστοδούλου, Β. Νικολής, Α. Καζιάνη, Ε. Γελαδάρη, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικη Κλινική και Μονάδα Ήπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δερματομυοσίτιδα και η πολυμυοσίτιδα είναι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις μυοπάθειες με εκδηλώσεις από το δέρμα και το νευρομυοσκελετικό σύστημα. Η παρουσία συμμετρικής αδυναμίας των εγγύς-μυών, η αύξηση των μυϊκών ενζύμων, τα ηλεκτρομυογραφικά και ιστολογικάευρήματα βοηθούν στη διάγνωση. Προσβάλλει συχνότερα γυναίκες και δύναται να εμφανισθεί ως παρανεοπλασματικό σύνδρομο. Ανταποκρίνεται στη χορήγηση κορτικοστεροειδών.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με δερματομυοσίτιδα/πολυμυοσίτιδα που διεγνώσθη με κακόηθες νεόπλασμα του μαστού.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα 71 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενη περιοφθαλμικό οίδημα και εξάνθημα στο θώρακα και στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων χειρών από μηνός με προοδευτικά επιδεινούμενη μυϊκή αδυναμία από 15ημερου. Η ασθενής προ 2ετίας υπεβλήθη σε ογκεκτομή στο ΔΕ μαστό λόγω καρκίνου. Από την κλινική εξέτασηπαρατηρήθηκε ερυθρότητα στο προσώπου, άνωθεν της πλάτης, στους ώμους και στο πίσω μέρος του λαιμού (σημείο εσάρπας) και κηλίδες Gottron στη ραχιαία επιφάνεια των άκρων χειρών. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε μειωμένη μυϊκή ισχύς σε κάτω άκρα και καμπτήρες του λαιμού. Από τα λοιπά συστήματα καταγράφηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα κρεατινικής κινάσης (CPK= 3.200). Ο ανοσολογικός έλεγχος για φλεγμονώδεις μυοπάθειες ανέδειξε αντισώματα έναντι TIF1γ (anti-p155/p140). Τέθηκε η διάγνωση της δερματομυοσίτιδας/πολυμυοσίτιδας. Επίσης στα πλαίσια της λοιπής διερεύνησης διενεργήθηκε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα και η ιστοπαθολογική εξέταση ήταν συμβατή με υποτροπή του καρκίνου του μαστού. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο θεράπων ογκολόγο, ενώ για το παρανεοπλασματικό σύνδρομο χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη από του στόματος με κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η δερματομυοσίτιδα και η πολυμυοσίτιδα είναι φλεγμονώδεις μυοπάθειες που μπορεί να σχετίζονται με συμπαγή νεοπλάσματα. Το αντίσωμα έναντι TIF1γ είναι το πιο συχνά σχετιζόμενο με κακοήθειεςσε ασθενείς με δερματομυοσίτιδα. Ασθενείς με θετικό αντίσωμα έναντι TIF1γ θα πρέπει ναδιερευνώνται για την πιθανή παρουσία κακοήθειας.

## 250. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

Ε. Σταματοπούλου[1], Σ. Στασινοπούλου[2], Α. Σταματοπούλου[3], Μ. Ρουνάκης[4], Δ. Κουλακάρης[4], Ι. Χαζάλ[4], Π. Σκλαβούνος[5], Δ. Χανιώτης[6]

*[1]PhDc, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοικ. Μον. Υγειας & Κοιν. Πρόν. Πα.Δ.Α & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πα.Δ.Α, Εκπαιδευτικός, RN ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK, [2]Φοιτήτρια Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΕΚΠΑ και ΣΑΕΚ Κερατσινίου, [3]Ph.Dc Οικονομολόγος, MSc International Human Resourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πα.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, [4]Φοιτητής Σχολής Ανώτερης Επαγγελματικής Κατάρτισης/ΣΑΕΚ Κερατσινίου., [5]MD, PhD, Επιμελητής Α΄ Γενικής Ιατρικής Κέντρου Υγείας Βάρης, Εκπαιδευτής ΣΑΕΚ Κερατσινίου., [6]MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α)*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη των ιδιαιτεροτήτων των πρώτων βοηθειών σε περιστατικά με κατανάλωση ναρκωτικών και αλκοόλ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μέθοδος του θέματος είναι δευτερογενής έρευνα με διεξοδική ανάλυση δεδομένων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το αλκοόλ επηρεάζει το ΚΝΣ και προκαλεί συμπτώματα όπως: ευφορία, αλλαγή συμπεριφοράς, έλλειψη συντονισμού, μειωμένη κρίση, και ατυχήματα κατά την οδήγηση. Οι Πρώτες Βοήθειες σε περίπτωση υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ με συμπτώματα αλκοολικής δηλητηρίασης όπως ναυτία, έμετος, βραδυκαρδία, σοβαρή υπνηλία και απώλεια συνείδησης, υποθερμία ή υπερθερμία είναι η παρακολούθηση της αναπνοής και του καρδιακού ρυθμού, η τοποθέτηση του θύματος σε θέση ανάνηψης, η άμεση ιατρική βοήθεια και η κλήση του ΕΚΑΒ καθώς και η αποφυγή κατανάλωσης νερού. Όσον αφορά τα ναρκωτικά, τα κατασταλτικά (π.χ ηρωίνη, κωδεΐνη, βαρβιτουρικά), επηρεάζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλούν ηρεμία, καταστολή και αναλγησία. Οι πρώτες βοήθειες απαιτούν άμεση ιατρική βοήθεια, εφαρμογή Naloxone, καθώς μπορεί να χρειαστεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (CPR). Τα διεγερτικά ναρκωτικά (π.χ κοκαΐνη, αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνες) προκαλούν διέγερση του ΚΝΣ. Οι πρώτες βοήθειες απαιτούν την εξασφάλιση ηρεμίας, την παρακολούθηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, την αποφυγή χρήσης ψυχοδιεγερτικών ουσιών και την άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο. Ακολούθως τα παρανοϊκά και ψυχεδελικά ναρκωτικά (π.χ LSD, Μανιτάρια Ψυχεδελικά, MDMA/Έκσταση) προκαλούν παρανοϊκές ή καταστάσεις ψευδαίσθησης και διαταραχή της αντίληψης. Οι πρώτες βοήθειες απαιτούν την εξασφάλιση ηρεμίας του ατόμου και το έλεγχο της αναπνοής καθώς και άμεση ιατρική βοήθεια. Ο συντονισμός για τη χάραξη πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών περί εξαρτησιογόνων ουσιών προβλέπεται στον Ν. 4139/2013. Ανώτερο συντονιστικό όργανο αποτελεί η Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, στην οποία προεδρεύει ο Πρωθυπουργός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι επιπτώσεις που επιφέρουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ προκαλούν συμπτώματα που απαιτούν διαφορετική προσέγγιση ανάλογα με το περιστατικό. Η άμεση εκτίμηση στα άτομα που καταναλώνουν ουσίες ναρκωτικών και αλκοόλ συμβάλλουν στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

## 251. ΖΑΛΗ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΩΣ Η ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΣΦΡΗΤΙΚΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΟΣ

Α. Ρουμπάκη, Π. Στόικος, Ε. Γελαδάρη, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα μηνιγγιώματα αφορούν το 1/3 όλων των πρωτοπαθών όγκων εγκεφάλου. Αν και στην πλειονότητά τους είναι καλοήθη, η συμπτωματολογία τους ποικίλει και εξαρτάται από την εντόπιση τους. Συνηθέστερα προσβάλλεται το γυναικείο φύλο, ενώ η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία, με μέσο όρο τα 65 έτη.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή ζάλης περιστροφικού τύπου και διαταραχών συμπεριφοράς σε ασθενή με πρόσφατη διάγνωση οσφρητικού μηνιγγιώματος.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 67 ετών, διακομίζεται λόγω ζάλης περιστροφικού τύπου από 4ημέρου. Πρόκειται για ασθενή με παρόμοια επεισόδια, σταδιακά επιδεινούμενα από έτους. Αναφέρεται από το συγγενικό περιβάλλον σταδιακή απώλεια ΣΒ, διαταραχές της όσφρησης και αλλαγή των διατροφικών συνηθειών σε συνδυασμό με κοινωνική παραίτηση. Προσκομίζει αξονική τομογραφία εγκεφάλου στην οποία ανευρίσκεται μετωπιαία βλάβη, 2.8 εκ. στον πρόσθιο κρανιακό βόθρο, συμβατή με οσφρητικό μηνιγγίωμα. Διενεργείται εκ νέου CT εγκεφάλου, η οποία επιβεβαιώνει τα άνωθεν ευρήματα. Από τις λοιπές απεικονιστικές εξετάσεις (triplex καρωτίδων και ακτινογραφία θώρακος) και τον εργαστηριακό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ζητήθηκε ΩΡΛ εκτίμηση, σύμφωνα με την οποία η ασθενής δεν πληρούσε κανένα κριτήριο για καλοήθη ίλιγγο θέσεως [head shaking test(-), απουσία αυτόματου νυσταγμού, roll test (-)]. Έπειτα από διεπιστημονική συζήτηση με το νευρολογικό και ψυχιατρικό τμήμα, συμπεράναμε πως το οσφρητικό μηνιγγίωμα δύναται να δικαιολογήσει τα ευρήματα της ασθενούς. Έγινε παραπομπή στο νευροχειρουργικό τμήμα προς ογκεκτομή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα οσφρητικά μηνιγγιώματα είναι καλοήθη και αντιπροσωπεύουν το 10% όλων των μηνιγγιωμάτων. Η κεφαλαλγία, η ζάλη, οι διαταραχές όσφρησης, γεύσης ή όρασης, η απώλεια μνήμης, και οι διαταραχές στη συμπεριφορά αποτελούν συνήθη συμπτώματα. Η ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η ακτινοβόληση του όγκου ή η τακτική παρακολούθηση με απεικονίσεις αποτελούν εναλλακτικές.

# 252. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑΣ ΣΕ ΝΕΑ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Αδαμοπούλου, Δ. Εξαρχοπούλου, Γ. Σαρρή, Κ. Παπαχριστοδούλου, Ν. Αγγελής, Μ. Κανάρη, Α. Σκούρου, Α. Κατσανδρή, Β. Σεβαστιανός
*ΓΝΑ Ευαγγελισμός*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας κλινικής περίπτωσης βρουκέλλωσης σε νέα ασθενή , χωρίς φαινομενικά τυπικό ιστορικό και με άτυπη δερματολογική εκδήλωση, αλλά και γενικά μη ειδική κλινική εικόνα. Στόχος είναι να τονιστεί η σημασία της διερεύνησης του ιστορικού και των διαγνωστικών δοκιμών για τη σωστή διάγνωση σε ανάλογα περιστατικά.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 27 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη έκθυση κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος με αρχική εμφάνιση στην αριστερή μηριαία χώρα και στη συνέχεια επέκταση στις καμπτικές επιφάνειες άνω-κάτω άκρων και την πλάγια κοιλιακή χώρα. Πρόκειται για ασθενή με ατομικό αναμνηστικό θυρεοειδεκτομής υπό αγωγή με λεβοθυροξίνη. Στο ιστορικό της αναφέρει επαφή με οικόσιτα ζώα , δεν έχει ταξιδέψει πρόσφατα στο εξωτερικό, ενώ δεν ανακαλεί βρώση απαστερίωτων τροφίμων. Στη φυσική εξέταση ανευρίσκεται ασθενής αιμοδυναμικά σταθερή, αναπνευστικά επαρκής με δεκατική πυρετική κίνηση (Θ=37,8oC), ενώ πέραν του εξανθήματος δεν εμφανίζει παθολογικά σημεία σε άλλο σύστημα, χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία. Ο αρχικός αδρός εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση υπέρ πολυμορφοπυρηνικού τύπου, αύξηση CRP , ενώ η ακτινογραφία θώρακος δεν αναδεικνύει διηθήματα και ο ΗΚΓ έλεγχος δείχνει φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς αλλοιώσεις.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στα πλαίσια της διερεύνησης ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, ούρων, ανοσολογικός, μικροβιολογικός και ιολογικός έλεγχος και εν συνεχεία έγινε έναρξη εμπειρικής αντιμικροβιακής κάλυψης με αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη και δοξυκυκλίνη. Η ασθενής παρέμεινε σταθερή κατά τη νοσηλεία της με ύφεση του πυρετού και έναρξη σταδιακής υποχώρησης του εξανθήματος και εξήλθε εν αναμονή των αποτελεσμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον συνολικό έλεγχο που εστάλη προκύπτει τίτλος IgM Abs= 1:5 για βρουκέλλα, IgG (-) , IgA(-) και wright αντίδραση 1:80 με Wright Coombs 1:640. Η ασθενής προσέρχεται προγραμματισμένα για επανέλεγχο. Το εξάνθημα έχει υποχωρήσει πλήρως και δεν αναφέρεται νέα σημειολογία. Λαμβάνεται εκ νέου έλεγχος όπου έχουμε τα εξής αποτελέσματα Wright 1:20 και Wright Coombs 1:160, με αρνητικά Abs IgG, IgM, IgA, ενώ σε εκ νέου ερώτηση μας στην ασθενή σχετικά με πιθανή βρώση απαστερίωτων γαλακτοκομικών τροφίμων , δηλώνει ότι πλέον ανακαλεί κατανάλωση απαστερίωτων γαλακτομικών (τυρί) σε οικία του οικογενειακού περιβάλλοντος. Τίθεται επομένως η διάγνωση της βρουκέλλωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το συγκριμένο περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της λήψης λεπτομερούς ιστορικού στον ασθενή, της χρήσης εξειδικευμένων εργαστηριακών εξετάσεων και τη σημασία για περαιτέρω έλεγχο επί κλιννικής υποψίας του ιατρού σε κάθε ασθένεια και στη συγκεκριμένη περίπτωση για τη διάγνωση της βρουκέλλωσης. Επίσης, υπογραμμίζεται ότι οι άτυπες δερματολογικές εκδηλώσεις μπορούν να αποτελούν την αρχική εκδήλωση της νόσου, απαιτώντας πολυεπίπεδη αξιολόγηση.

# 253. ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ-ΝΟΣΟΣ WEIL

Δ. Ψαρουδάκη, Μ. Καραγιάννη, Ι. Κάνη, Ε. Τζαγκαράκης, Ν. Βασιλάκη, Χ. Λυδάκης
*Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι λεπτόσπειρες είναι αερόβια βακτήρια που ανήκουν στο γένος των σπειροχαιτών.Τα τρωκτικά είναι τα σημαντικότερα ζωικά υπόδοχα.Μεταδίδεται στον άνθρωπο άμεσα μέσω επαφής με μολυσμένο ζώο ή έμμεσα μετά από έκθεση σε μολυσμένο περιβάλλον. Η λεπτοσπείρωση εκδηλώνεται με ποικίλη βαρύτητα. Ταξινομείται σε 2 κλινικά σύνδρομα, το ανικτερικό και το ικτερικό, ενώ συχνά παραμένει ασυμπτωματική.Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έξαρση κρουσμάτων στην χώρα μας, που σχετίζεται με πλημμύρες που καταγράφηκαν το 2023.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 85 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω κεφαλαλγίας, εμπυρέτου και ικτερικής χροιάς από τετραημέρου.Κατά την κλινική εξέταση δεν αναδείχθησαν παθολογικά ευρήματα πέραν της ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκότων.

Στον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη crp:10 mg/l, cr:1,55 mg/dL (baseline 1,4) , ur:91 mg/dL, ολική χολεριθρίνη:5,8 mg/dL, άμεση χολερυθρίνη:4 mg/dL με συνοδό διαταραχή ηπατικής βιοχημείας ast:192 IU/L, alt:378 IU/L, γgt :528 . Η γενική αίματος δεν παρουσίασε αξιόλογα ευρήματα. Έγινε υπέρηχογράφημα κοιλίας και αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό όπου ανέδειξε εικόνα χολοκυστίτιδας με περιχολοκυστικό οίδημα. Ελήφθησαν καλλιέργειες ούρων και αίματος, εστάλη ιολογικός και ορολογικός έλεγχος για άτυπους μικροοργανισμούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής έλαβε αγωγή με κεφτριαξόνη και μετρονιδαζόλη. Λόγω άτυπης συμπτωματολογίας, δόθηκε προσοχή στο επιδημιολογικό προφίλ του και διαπιστώθηκε ότι κατοικεί σε περιοχή που ενδημεί η λεπτόσπειρα. Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι της Leptospira απέβη θετική οπότε τέθηκε η διάγνωση. Η ηπατική και η νεφρική ανεπάρκεια σχετίστηκε με την λεπτοσπείρωση μία οντότητα που αναφέρεται κι ως νόσος του Weil. Σταδιακά ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λεπτοσπείρωση είναι μια λοιμώδης νόσος που συχνά υποεκτιμάται. Θα πρέπει να βρίσκεται στην διαφορική διάγνωση ασθενών με εμπύρετο και ίκτερο ιδίως σε περιοχές που ενδημεί.Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μειώνει τόσο την σοβαρότητα όσο και την διάρκεια της λοίμωξης.

## ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

# 254. ΒΙΟΫΛΙΚΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΑΝΘΡΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΑΙΧΜΗΣ, ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Μ. Παπαδά, Ε. Παντατοσάκη

*Τμήμα Μηχανικών Βιοϊατρικής, Σχολή Μηχανικών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι τραυματισμοί του περιφερικού νευρικού συστήματος και οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των νόσων του Πάρκινσον και του Αλτσχάιμερ, παραμένουν θεραπευτικές προκλήσεις λόγω της περιορισμένης ικανότητας αναγέννησης των νευρικών κυττάρων ή/και λειτουργικής αποκατάστασης κατεστραμμένων νευραξόνων. Στο πεδίο της αναγεννητικής ιατρικής, προηγμένα νανοϋλικά με βάση τον άνθρακα αναδεικνύονται ως υποσχόμενα εργαλεία για εφαρμογές νευρωνικής ιστομηχανικής. Η παρούσα ανασκόπηση διερευνά τη σχετική τεχνολογία αιχμής, δίνοντας έμφαση στη σχέση μεταξύ της δομής των υλικών και της επίδοσής τους σε σχετικές εφαρμογές.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση για τη διερεύνηση της επίδοσης νανοϋλικών με βάση των άνθρακα στη νευρική αναγέννηση, αξιολογώντας τρία κρίσιμα σημεία: (α) την καθοδήγηση της ανάπτυξης νευραξόνων για την αποκατάσταση λειτουργικών νευρικών συνδέσεων, (β) την ενσωμάτωση ηλεκτρικών ερεθισμάτων για την προαγωγή της διαφοροποίησης νευρικών βλαστοκυττάρων και της λειτουργίας των νευρώνων, και (γ) την ανάπτυξη ικριωμάτων μιμούμενα το περιβάλλον της εξωκυττάριας μήτρας προς υποστήριξη του νευρικού ιστού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το γραφένιο, οι νανοσωλήνες άνθρακα και τα νανοδιαμάντια εμφανίζουν ρυθμιζόμενη ηλεκτρική αγωγιμότητα και δυνατότητα ποικιλόμορφης αρχιτεκτονικής στη νανοκλίμακα, μιμούμενα το βιοηλεκτρικό και δομικό περιβάλλον της εξωκυττάριας μήτρας, υποστηρίζοντας τοιουτοτρόπως την οργάνωση του κυτταροσκελετού, την κυτταρική προσκόλληση και την επιβίωση των νευρικών βλαστοκυττάρων. Επιπλέον, μέσω της σύνδεσης βιοδραστικών μορίων στην επιφάνειά τους, επηρεάζουν ενδοκυτταρικά σηματοδοτικά μονοπάτια, ρυθμίζοντας την έκφραση νευρωνικών γονιδίων για την προώθηση της ανάπτυξη των νευρώνων. Εντούτοις, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την βιοαποικοδόμησή τους, την επίδρασή τους στους κυτταρικούς μηχανισμούς, και τη σύνθεσή τους σε μεγάλη κλίμακα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Προηγμένα νανοϋλικά με βάση τον άνθρακα επιδεικνύουν εξαιρετικές επιδόσεις ως πολύλειτουργικές πλατφόρμες στη νευρική αναγέννηση. Η αντιμετώπιση προκλήσεων, όπως η βιοσυμβατότητα και η παραγωγή τους σε μεγάλη κλίμακα, είναι απαραίτητη για τη μετάβαση της τεχνολογίας στην κλινική πράξη.

## 255. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΝΔΑΝΣΕΤΡΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΜΕΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ, ΤΟΥ ΡΙΓΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Μ. Αγγελίδη[1], Α. Μπάστας[1], Χ. Τσαγκαρουσιάνος[2], Ι. Κολοκοτσά[1], Γ. Φράγκου[1], Ε. Γόγολος[1], Σ. Γιαννούλη[1], Δ. Στήθος[2], Ν. Κοσμαδάκης[2], Ε. Πάλλη[1]

*[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ζακύνθου «Άγιος Διονύσιος», [2]Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Ζακύνθου «Άγιος Διονύσιος»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της ενδοφλέβιας χορήγησης ονδανσετρόνης στην πρόληψη των εμετικών επεισοδίων, του ρίγους και στην επίδραση της στα επίπεδα μετεγχειρητικού άλγους σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης υπό υπαραχνοειδή αναισθησία.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μια διπλή τυφλή μελέτη στην οποία συμπεριλήφθησαν 41 ασθενείς, ASA I-III, ηλικίας 39-81 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα Α (N=22) η οποία έλαβε 4 mg ονδανσετρόνης ενδοφλεβίως πριν την επίτευξη της υπαραχνοειδούς αναισθησίας και την ομάδα Β (N=19) στην οποία χορηγήθηκε placebo. Στους ασθενείς και των δύο ομάδων πραγματοποιήθηκε υπαραχνοειδής αναισθησία στο μεσοσπονδύλιο διάστημα Ο3-Ο4 μετατραυματική βελόνι νούμερο 25G και χορηγήθηκαν υπαραχνοειδώς 3ml ροπιβακαΐνης 7,5mg/ml. Η εκδήλωση ρίγους και εμετικό επεισόδιο και τα ζωτικά σημεία των ασθενών καταγραφόταν διεγχειρητικά και 1 ώρα μετεγχειρητικά. Η αξιόλογηση του μετεγχειρητικού άλγους πραγματοποιήθηκε με βάση την κλίμακα VAS (0-10). Επιπρόσθετα, για VAS≥5, χορηγούνταν 50mg πεθιδίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία της ομάδας Α και Β ήταν 52.40±11.84 ετών 52.26±12.87, αντίστοιχα. Οι δυο ομάδες δεν διέφεραν ως προ τα λοιπά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τα ζωτικά σημεία και τη διάρκεια επέμβασης. Τα επεισόδια εμέτου και ρίγους ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένα στην ομάδα της ονδανσετρόνης (p=0.009 και p=0.029, αντίστοιχα). Επίσης, στατιστικά σημαντικά μειωμένα επίπεδα μετεγχειρητικού άλγους διαπιστώθηκαν με τη χορήγηση της ονδανσετρόνης έναντι του εικονικού φαρμάκου (VAS: 2.91±1.21 vs. 3.59±1.31, αντίστοιχα, p=0.03). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις απαιτήσεις χορήγησης πεθιδίνης μεταξύ των δυο ομάδων. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση παρατηρήθηκε αντίστροφη συσχέτιση της ονδανσετρόνης με την εμφάνιση επεισοδίων εμέτου, ρίγους και μετεγχειρητικού άλγους (OR= 0.195, p=0.007, OR=0.242, p=0.024 και β=-0.76, p=0.014, αντίστοιχα). Ενώ, θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ γυναικών με την εμφάνιση εμετικών επεισοδίων(OR=3.614, p=0.043).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ονδανσετρόνη συνέβαλλε στην πρόληψη επεισοδίων εμέτου και ρίγους και σχετίσθηκε με μειωμένα επίπεδα μετεγχειρητικού άλγους σε ασθενείς μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία.

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ

### *256.* ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 257. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Δ. Εξαρχοπούλου[1], Α. Κατσανδρή[1], Μ. Καραμπά[1], Κ. Παπαχριστοδούλου[1], Χ. Μπαλαμπίνης[1], Χ. Κοσσυβάκης[1], Ε. Αρχάυλης[2], Σ. Δελήμπαση[3], Β. Σεβαστιανός[1]

*[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα, [2]Γαστρεντερολογικό Τμήμα, [3]Αιματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα,μιμούμενη άλλες γαστρεντερικές παθήσεις. Χαρακτηρίζεται από ηωσινοφιλική διήθηση του πεπτικού σωλήνα και σοβαρή περιφερική ηωσινοφιλία, γεγονός που απαιτεί λεπτομερή κλινική, ακτινολογική και ιστοπαθολογική διερεύνηση για τη διάγνωση.Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με σύνδρομο δυσαπορόφησης από 6μήνου και περιφερική ηωσινοφιλία (> 12.000 ηωσινόφιλα/μL).

**ΥΛΙΚΟ:** Θήλυ ασθενής 42 ετών, με εμμένον κοιλιακό άλγος, ναυτία, πολλαπλές (>6/ημέρα) ογκώδεις, βλεννώδεις διάρροιες, σημαντική απώλεια σωματικού βάρους (> 10% εντος τελευταίου εξαμήνου) και εργαστηριακώς τεκμηριωμένη περιφερική ηωσινοφιλία με συνοδό υπαλβουμιναιμία (αλβουμίνη ορού 2,6 γρ/dl). Δεν αναφέρεται ιστορικό ατοπίας. Μετά αποκλεισμού φαρμακευτικού αιτίου, υπεβλήθη σε εκτεταμένη διαγνωστική διερεύνηση:

1. Εργαστηριακός έλεγχος: Φυσιολογικός ανοσολογικός έλεγχος, αρνητική παρασιτολογική κοπράνων και αρνητικές δοκιμασίες για νοσήματα συνδετικού ιστού, κοιλιοκάκη και συστηματικές αγγειίτιδες.
2. Απεικόνιση: Υπερηχογράφημα και CT άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξαν μικρή ασκιτική συλλογή και πάχυνση τοιχωμάτων νήστιδας και τελικού ειλεού.
3. Οστεομυελική βιοψία (ανοσοφαινότυπος μυελού-καρυότυπος) κι έλεγχος μυελουπερπλαστικών νοσημάτων: Μη ανάδειξη κλωνικής αιματολογικής διαταραχής.
4. Ενδοσκόπηση και Ιστοπαθολογία: Η ενδοσκόπηση ανέδειξε εύθρυπτο βλεννογόνο και ψευδοπολύποδες. Η ιστολογική ανάλυση επιβεβαίωσε ηωσινοφιλική διήθηση (>30 ηωσινόφιλα/HPF) βλεννογόνιου και υποβλεννογόνιου χιτώνα στομάχου, νήστιδας και τελικού ειλεού, καθώς και ατροφία των λαχνών.

Τέθηκε ακολούθως η διάγνωση της σοβαρής ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας, μετά από αποκλεισμό νεοπλασιών, αυτοάνοσων και λοιμωδών αιτίων. Κατόπιν γαστρεντερολογικής εκτίμησης, έγινε έναρξη αγωγής με σκεύασμα πρεδνιζολόνης και παντοπραζόλης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εμφάνισε σημαντική κλινική βελτίωση και υποχώρηση της ηωσινοφιλίας μετά την έναρξη της θεραπείας. Ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα επιβεβαίωσαν μείωση της ηωσινοφιλικής διήθησης. Η θεραπεία με πρεδνιζολόνη οδήγησε σε πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, με επάνοδο της φυσιολογικής σωματικής δραστηριότητας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα είναι μια χρόνια γαστρεντερική νόσος, διαλείποντος χαρακτήρα με πολλαπλές εκδηλώσεις. Η διάγνωση της απαιτεί συνδυασμό κλινικών και παθολογικών κριτηρίων, τα οποία αξιολογούνται βάσει ύποπτων εργαστηριακών, ακτινολογικών και ενδοσκοπικών ευρημάτων. Αναλόγως της βαρύτητας της νόσου κατά την αρχική εμφάνιση, μπορούν να εφαρμοστούν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

## ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

### *258.* ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 259. ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΙΛΙΓΓΟΥ (AXI)

Δ. Γουλές, Α. Γαλανοπούλου, Θ. Γεραλή, Μ. Δήμα, Φ. Τρόπη
*Ομάδα Φοιτητών και Νέων Ιατρών Ε.ΕΛ.Ι.Α (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο ίλιγγος διακρίνεται σε κεντρικό (νευρολογικής αιτιολογίας), περιφερικό (ωτορινολαρυγγολογικής αιτιολογίας), και αυχενογενή ίλιγγο, ο οποίος αποτελεί αμφισβητούμενη κλινική οντότητα. Κατά τους Colledge et al, είναι η συχνότερη μορφή ιλίγγου προσβάλλοντας 65% των ηλικιωμένων ατόμων. Σκοπό της εργασίας αποτελεί η πρόταση ορισμού και ταξινόμησης του AXI, με βάση την αιτιοπαθογένεια.
**ΥΛΙΚΟ:** Διενεργήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από το 2010 έως 2024 στις βάσεις PubMed και Google Scholar, με λέξεις κλειδιά (ίλιγγος αυχενικής αιτιολογίας, σύνδρομο Barré-Lieou, vertebrobasilar insufficiency). Συμπεριλήφθηκαν πρωτότυπες μελέτες και άρθρα στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με βάση την καθημερινή εμπειρία και την τρέχουσα βιβλιογραφία, ο AXI ορίζεται ως ίλιγγος που αποδίδεται σε παθολογία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) και των παρασπονδυλικών μαλακών μορίων. Εκδηλώνεται με αυχεναλγία, δυσκαμψία ή αυχενογενή κεφαλαλγία, συνοδευόμενη από ζάλη ή αστάθεια. Επιδεινώνεται με τις κινήσεις της ΑΜΣΣ. Ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για τη διάγνωση αποτελεί ο αποκλεισμός εξωσπονδυλικών αιτιών ιλίγγου (ΩΡΛ, νευρολογικές παθήσεις, φαρμακογενείς επιπλοκές). Η αιτιοπαθογενετική κατάταξη του AXI, περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες: 1) ιδιοδεκτικό AXI, λόγω βλάβης ή ερεθισμού των ομώνυμων υποδοχέων στον αυχένα, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την αντίληψη της θέσης και της κίνησης, 2) νευροπαθητικό AXI, οφειλόμενο σε βλάβη των αυχενικών ριζών ή του μυελού, 3) AXI λόγω ανεπάρκειας ροής των σπονδυλοβασικών αρτηριών (εξωαυλική ή ενδοαυλική στένωση), 4) το ανασυσταθέν σύνδρομο Barré-Lieou και 5) ο σχετιζόμενος με ημικρανία αυχενικός ίλιγγος, όπου παρατηρείται κλινικά εμφανής σχέση μεταξύ ημικρανίας, αυχεναλγίας και ιλίγγου.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο αυχενικός ίλιγγος αποτελεί υπαρκτή κλινική οντότητα με ευρύτερη αποδοχή. Η κατάταξή του σε κατηγορίες, διευκολύνει την κατανόηση και την επικοινωνία στην ιατρική κοινότητα. Ο ιδιοδεκτικός αυχενικός ίλιγγος παρουσιάζει την καλύτερη πρόγνωση, με θετική ανταπόκριση στις θεραπείες (ηλεκτροθεραπεία, έλξεις, φαρμακευτική αγωγή).

## ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

### 260. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΜΟΝΟΨΗΦΙΑ ΤΙΜΗ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 100 ΕΤΩΝ

Μ. Βούκαλη, Μ. Δημητριάδη, Τ. Ζαχαριάδου-Μπαλάση, Π. Κουφόπουλος, Α. Αδάμου, Γ. Μιχαλάκη-Ζαφείρη, Ε. Τσαρούχα, Β. Δαλόπουλος, Ν. Αδαμίδης, Σ. Καργιώτη, Α. Ρηγάτου, Ν. Βαλλιάνου
*Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ένα επίπεδο αιματοκρίτη 9% αντιπροσωπεύει μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση σοβαρής αναιμίας. Σε ηλικιωμένους ασθενείς, ιδιαίτερα στους αιωνόβιους, μια τόσο χαμηλή τιμή παρουσιάζει διαγνωστικές και διαχειριστικές προκλήσεις λόγω συννοσηροτήτων και φυσιολογικής αδυναμίας. Αυτή η μελέτη περίπτωσης αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενούς 100 ετών με εξαιρετικά χαμηλό αιματοκρίτη.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 100 ετών διεκομίσθη από Μονάδα φροντίδας Ηλικιωμένων λόγω αδυναμίας λήψης τροφής και ύδατος από 24ώρου. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται άνοια. Η φαρμακευτική της αγωγή περιλάμβανε μόνο σκεύασμα ασβεστίου και φολικού οξέος. Κατά την εισαγωγή της εμφάνιζε αρτηριακή πίεση 98/55 mmHg,καρδιακή συχνότητα 79 παλμούς/λεπτό και φυσιολογικά αέρια αίματος. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν αιματοκρίτη 9%, αιμοσφαιρίνη 3,2 g/dL. Η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινες κενώσεις. Λοιπές εξετάσεις φυσιολογικές με την εξαίρεση του νατριουρητικού πεπτιδίου (BNP) που ήταν αυξημένο, υποδηλώνοντας την παρουσία μη διαγνωσμένης καρδιακής ανεπάρκειας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Η ασθενής έλαβε συνολικά 6 Μονάδες Συμπυκνωμένων Ερυθρών αιμοσφαιρίων με στενή παρακολούθηση, δεδομένου του κινδύνου υπερφόρτωσης όγκου, με αποτέλεσμα την άνοδο της αιμοσφαιρίνης σε 10mg/dl. Από τον έλεγχο της αναιμίας προέκυψαν φυσιολογικοί αιματινικοί δείκτες. Μετά από γαστρεντερολογική εκτίμηση η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ομεπραζόλη 40mg 2x2 και ουδέν *peros*, ενώ αποφασίστηκε η μη διενέργεια ενδοσκόπησης λόγω προχωρημένης ηλικίας. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας, παρατηρήθηκαν εκ νέου μέλαινες κενώσεις και τέθηκε αντλία ομεπραζόλης. Η κλινική κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε σταδιακά, με τερματισμό των μέλαινων κενώσεων και σταθεροποίηση της τιμής αιμοσφαιρίνης. Επομένως έγινε τροποποίηση της αγωγής με ομεπραζόλη δις ημερησίως και σταδιακή έναρξη της σίτισης. Η ασθενής εξήλθε απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σοβαρή αναιμία σε αιωνόβιους απαιτεί μια λεπτή ισορροπία παρέμβασης και υποστηρικτικής φροντίδας. Ο εντοπισμός της αιτίας και η προσαρμογή της θεραπείας μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα ελαχιστοποιώντας παράλληλα τις επιπλοκές σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

## 261. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΦΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ

Μ. Μπρίνια, Α. Νίκου, Μ. Κυπριανού, Γ. Παπουλάκος, Ε. Γουργιώτη, Π. Ανδρουτσόπουλος, Β. Κολώνια, Ε. Παππά

*Β' Παθολογική Κλινική ΓΝ Αττικής «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμινγκ» - Οργανική Μονάδα «Σισμανόγλειο»'*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η ενδομητρίωση είναι η παρουσία λειτουργικού ενδομητρικού ιστού σε έκτοπες θέσεις και εμφανίζει σημαντική φαινοτυπική πολυμορφία. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αφρικανικής καταγωγής με ασκίτη υποδιαγιγνώσκονται και λαμβάνουν αντιφυματική αγωγή λόγω ενδημικής φυματίωσης.

**ΥΛΙΚΟ**: Γυναίκα 24 ετών, Αφρικανικής καταγωγής, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη διάχυτο κοιλιακό άλγος από διημέρου, με την έναρξη της εμμήνου ρήσεως. Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε μετακινούμενη αμβλύτητα, χωρίς αναπηδώσα ευαισθησία. Διέμενε σε δομή φιλοξενίας προσφύγων στη χώρα μας από διμήνου. Το ατομικό ιστορικό της περιελάμβανε δυσμηνόρροια, ασκιτική συλλογή από έτους με περιοδικές εκκενωτικές παρακεντήσεις και ένα φυσιολογικό τοκετό προ 8 ετών. Λάμβανε αντιφυματική αγωγή για τρεισήμισι μήνες χωρίς εργαστηριακή διάγνωση φυματίωσης, η οποία διακόπηκε κατά τη μετανάστευση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Παρακέντηση της ασκιτικής συλλογής ανέδειξε εξιδρωματικό υγρό, με 150 κύτταρα, άφθονα ερυθρά, καλλιέργειες για κοινά βακτήρια και β–koch αρνητικές, κυτταρολογική άνευ στοιχείων κακοήθειας. Δείκτες ηπατίτιδας, καρκινικοί δείκτες και ανοσολογικός έλεγχος αρνητικά. Το διακολπικό υπερηχογράφημα ανέδειξε παρουσία κυστικού σχηματισμού υπέρ λειτουργικής κύστης στην αριστερή ωοθήκη. Μαγνητική τομογραφία κοιλιάς: αιμορραγική συλλογή, αλλοιώσεις υπέρ αδενομύωσης, διόγκωση ωοθηκών άμφω με κυστικές αλλοιώσεις και αιμορραγικές κύστεις – υπόνοια ενδομητρίωσης. Σε ερευνητική λαπαροσκόπηση, διαπιστώθηκαν αιμορραγικός ασκίτης, ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις και πολλαπλές διάσπαρτες εστίες ενδομητρίωσης περιτοναίου. Η παθολογοανατομική εξέταση έθεσε την υπόνοια απογυμνωμένης ενδομητριωσικής κύστης. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε γυναικολογική κλινική, όπου με τα εργαστηριακά και απεικονιστικά δεδομένα, σε συνδυασμό με το ιστορικό της δυσμηνόρροιας και υπογονιμότητας, έθεσαν σοβαρή υποψία ενδομητρίωσης και προτάθηκε η έναρξη αγωγής με αντισυλληπτικά. Η ασθενής αρνήθηκε αγωγής. Δύο μήνες μετά επανεμφανίσθηκε η αιμορραγική ασκιτική συλλογή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η υποψία ενδομητρίωσης σε νεαρές γυναίκες αφρικανικής καταγωγής με ασκίτη, δυσμηνόρροια και υπογονιμότητα, οδηγεί στην έγκαιρη και ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση.

## ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

# 262. ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Ο. Κώνστα[1], Β. Λιναρδάτου[1], Ι. Παπαχατζάκης[1], Ι. Μανιός[2], Ι. Βασιλειάδης[3], Σ. Νανάς[1]

*[1]Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [2]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών -Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, [3]Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) εμφανίζουν μεταβολή στη σύνθεση των μικροβίων του έντερου με μείωση των «φυσιολογικών» και αύξηση των παθογόνων βακτηρίων, φαινόμενο το οποίο ονομάζεται «δυσβίωση», αυξάνοντας την προδιάθεση να εμφανίσουν νοσοκομειακές λοιμώξεις, οι οποίες αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου στις ΜΕΘ. Υποθέσαμε ότι η χορήγηση προβιοτικών θα αποτρέψει την εμφάνιση λοιμώξεων και θα βελτιώσει την κλινική εικόνα τους αναστρέφοντας την δυσβίωση.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της δράσης της χορήγησης προβιοτικών σε ασθενείς ΜΕΘ ως μέσο πρόληψης ή/και θεραπείας της δυσβίωσης.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πρόκειται για προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη παρέμβασης 16 ασθενών-μαρτύρων που διεξήχθη σε γενική ΜΕΘ Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Αθηνών. Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών ήταν ηλικία >18 ετών και μηχανικός αερισμός ≥3 ημέρες. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν ανοσοκαταστολή, προερχόμενοι από άλλη ΜΕΘ, ιστορικό γαστρεντερικού, αυτοάνοσου ή ηπατικού νοσήματος, HIV, χρήση ναρκωτικών. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, αιτία εισαγωγής, ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή, διάρκεια μηχανικού αερισμού, καταστολής, παραμονής στη ΜΕΘ κι έκβαση κατά την έξοδο. Ο βαθμός βαρύτητας των ασθενών υπολογίστηκε με τα σκορ SOFA και APACHE II. Χορηγήθηκε για 10 ημέρες το προβιοτικό σκευάσμα VSL#3 (περιέχει 8 διαφορετικά στελέχη, 4 Lactobacillus, 3 Bifidobacteria, 1 Streptococcus-450 δισεκατομμύρια ζωντανά βακτήρια/δόση). Το πρώτο και δέκατο 24ωρο λήφθηκε δείγμα κοπράνων για ανίχνευση της ταυτότητας του μικροβιώματος μέσω απομόνωσης του βακτηριακού χρωμοσωμιακού DNA και για μέτρηση καλπροτεκτίνης και παράλληλα διεξήχθη αιματολογικός έλεγχος.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπό επεξεργασία
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χορήγησης προβιοτικών με την πρόληψη ή αναστροφή της δυσβίωσης, θα μπορέσει να αναδείξει τα προβιοτικά ως μέσο πρόληψης των συστηματικών λοιμώξεων των ασθενών ΜΕΘ με στόχο την μείωση της θνησιμότητας.

# 263. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗΣ ΔΙΑΧΕΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Χ. Καπνόπουλος[1], Ε. Σταμέλλου[2], Ε. Βούτσινου[3], Α. Παπαδόπουλος[4]

*[1]Διασώστης ΕΚΑΒ Τμήμα Αεροδιακομιδών, Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας, [2]Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας, Υπάλληλος Πολιτικής Προστασίας, [3]Σχολική Νοσηλεύτρια 9ο Δημοτικό Σχολείο Γλυφάδας, Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας, [4]Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εξωνοσοκομειακή ανακοπή (Out of Hospital Cardiac Arrest-OHCA) αποτελεί πρόκληση για το υγειονομικό προσωπικό λόγω της κακής νευρολογικής έκβασης και του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν την Στοχευμένη Διαχείριση Θερμοκρασίας (Targeted Temperature Management-TTM) με στόχο τους 32-36 βαθμούς, λόγω της μείωσης των νευρολογικών επιπλοκών σε επιζώντες από OHCA. Αυτή η μελέτη στοχεύει να αναδείξει τη χρησιμότητα του TTM σε κωματώδεις ασθενείς μετά από OHCA και τα ευεργετικά της αποτελέσματα.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για ανασκόπηση όπου συλλέγει δεδομένα από πολλές διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές τα τελευταία πέντε χρόνια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ασθενείς με OHCA δεν εμφάνισαν διαφορά στη θνησιμότητα ή την επιβίωση, με κακή νευρολογική έκβαση τόσο στην ομάδα της υποθερμίας όσο και στην ομάδα της νορμοθερμίας. Αν και ορισμένοι από αυτούς με αρχικό μη απινιδώσιμο ρυθμό που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική υποθερμία είχαν βελτιωμένες πιθανότητες για εξιτήριο με καλά νευρολογικά αποτελέσματα σε σύγκριση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε νορμοθερμία. Η TTM δεν συσχετίστηκε με τη συνολική επιβίωση, αλλά συσχετίστηκε με ευνοϊκή νευρολογική έκβαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η TTM ανεξάρτητα από τον αρχικό ρυθμό εμφάνισης, και η απόφαση για την επιλογή της στοχευμένης υποθερμίας έναντι της στοχευμένης νορμοθερμίας θα πρέπει να λαμβάνεται κατά περίπτωση σε κάθε θύμα καρδιακής ανακοπής. Επιπλέον, μειώνει την υποξική-ισχαιμική εγκεφαλική βλάβη σε ασθενείς που εξακολουθούν να μην ακολουθούν εντολές μετά την αναζωογόνηση. Η TTM έχει σαφή οφέλη στη μείωση των κλινικών επιπτώσεων, ωστόσο συνιστάται η βελτίωση/ελαχιστοποίηση του χρόνου επίτευξης της θερμοκρασίας στόχου για ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση.

## *264.* ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 265. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 266. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θ. Αγαπητού, Σ. Πουρίκη, Α. Τζαγκαράκη, Α. Ραυτοπούλου, Χ. Βλέτσας, Α. Ανδριανόπουλος, Ι. Νικολόπουλος, Ζ. Μάστορα

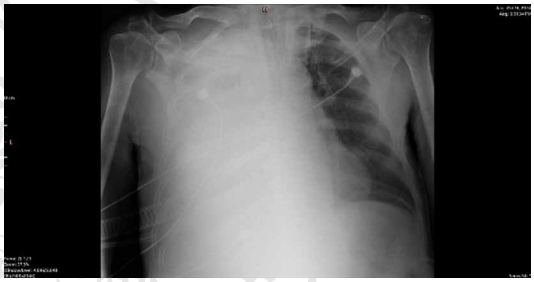
*ΜΕΘ ΚΑΑ, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρουσία χυλοθώρακα είναι μία σπάνια επιπλοκή, που προκαλεί την συσσώρευση χυλού στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Από την άλλη, το εμπύημα, είναι μία πιο συχνή επιπλοκή, η οποία αποτελεί αποτέλεσμα επινέμεσης μίας λοίμωξης στον υπεζωκοτικό χώρο. Το περιστατικό μας αποτελεί μία περίπτωση ταυτόχρονης παρουσίας εμπυήματος και χυλοθώρακα σε βαρέως πάσχοντα ασθενή με Ca πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία και ο οποίος νοσηλεύθηκε στην ΜΕΘ.

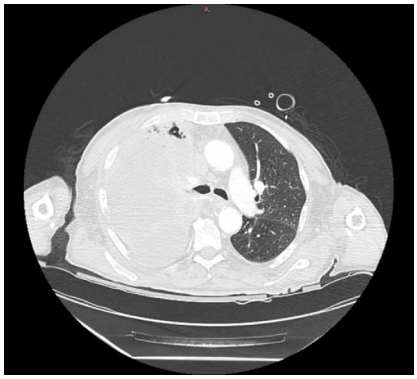
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενός σπάνιου κλινικού περιστατικού ταυτόχρονης παρουσίας χυλοθώρακα και εμπυήματος σε ασθενή με Ca πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία και η αντιμετώπιση του.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**: Άνδρας 78 ετών, με ιστορικό πρόσφατα διαγνωσθέντος SCLC υπό ΧΜΘ, και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, εισήχθη στην παθολογική κλινική λόγω δύσπνοιας, θωρακαλγίας δεξιά και οξείας νεφρικής βλάβης και αφού έλαβε διήμερο χημειοθεραπευτικό σχήμα. Ο ασθενής την ίδια ημέρα της εισαγωγής του διασωληνώθηκε λόγω πτώσης επιπέδου συνείδησης και βαριάς μεικτής οξέωσης, με συνοδό σηπτικό shock. Στην ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε πλήρης κατάληψη του ΔΕ ημιθωρακίου από υγρό (εικόνα 1) και σε CT θώρακος που απεικονίστηκε ευμεγέθης χωροκατακτητική εξεργασία στον ΔΑΛ με πλήρη απόφραξη του ΔΕ κύριου βρόγχου και σημαντική υπεζωκοτική συλλογή με εγκυστώσεις. (εικόνα 2). Στην CT εγκεφάλου CT κοιλίας δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ακολούθως, εισήχθη στην ΜΕΘ και έλαβε καταστολή, αναλγησία και αντιβιοτική αγωγή με μεροπενέμη βανκομυκίνη, κλινδαμυκίνη και αμικασίνη. Κατόπιν θωρακοχειρουργικής αντιμετώπισης τέθηκε θωρακοσωλήνας με αποβολή ~2lt δύσοσμου, γαλακτώδους υγρού και το οποίο στάλθηκε για γενική εξέταση, βιοχημικό έλεγχο και καλλιέργειες. Εκ των αποτελεσμάτων, τέθηκε η διάγνωση του επιμολυσμένου (εμπύημα) χυλοθώρακα και απομονώθηκε streptococcus από το υπεζωκοτικό υγρό και την αιμοκαλλιέργεια που στάλθηκε ταυτόχρονα. Η αντιβιοτική αγωγή του συνεχίστηκε με βάση το αντιβιόγραμμα και λόγω του χυλοθώρακα προστέθηκε στην αγωγή του οκτρεοτίδη (SC) και τέθηκε σε παρεντερική διατροφή. Η παραγωγή χυλού μειώθηκε σταδιακά και την 7η ημέρα ήταν κάτω από 100cc/24 ωρο. Ο ασθενής παρά την μέγιστη υποστήριξη, κατάληξε μετά από 20 ημέρες νοσηλείας στα πλαίσια βαρύτατου σηπτικού shock.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ταυτόχρονη παρουσία χυλοθώρακα και εμπυήματος αποτελεί μία σπάνια επιπλοκή κάποιου υποκείμενου νοσήματος, οδηγώντας σε σημαντική επιδείνωση της κλινικής κατάστασης ενός ασθενούς και την παρατεταμένη νοσηλεία του, ακόμα και σε ΜΕΘ, όπως και σε αυξημένη θνητότητα. Ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας είναι η εκκενωτική παρακέντηση της υπεζωκοτικής κοιλότητας, η διατροφική παρέμβαση, η αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτίας και η χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής.



**Εικόνα 1**



**Εικόνα 2**

## 267. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΣΕ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΕΘ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Χ. Σταματοπούλου[1], Σ. Μουστάκης[1], Α. Γαλανάκη[1], Β. Καραγιάννη[1], Ε. Κοντοπούλου[1], Π. Τόλιου[1], Μ. Ομπάση[1], Μ. Πατράνη[1], Δ. Παπαγεωργίου[2], Κ. Ευγενικός[2], Χ. Τριανταφύλλου[2]

*[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», [2]Εργαστήριο ΜΕΘ-Μετανοσοκομειακή Παρακολούθηση Ασθενών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας , Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρυθμού CLABSI*(μικροβιαιμία που σχετίζεται με κεντρική γραμμή)* σε πολυδύναμη *Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)* 20 κλινών τριτοβάθμιου νοσοκομείου των Αθηνών.

**ΥΛΙΚΟ:** Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη παρατήρησης των CLABSIs τη χρονική περίοδο Οκτώβριος 2023-Σεπτέμβριος 2024. Οι ορισμοί του περιστατικού CLABSI και του ρυθμού CLABSI βασίστηκαν στα κριτήρια του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων (CDC) των Η.Π.Α. του 2022. Ο παρονομαστής, δηλαδή οι ημέρες με κεντρική γραμμή (ΚΓ), συλλεγόταν σε καθημερινή βάση. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των παθογόνων των CLABSIs.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2023–Σεπτέμβριος2024, ο μέσος ρυθμός CLABSI ήταν 5,07 περαστικά ανά 1.000 ημέρες με ΚΓ. Στο σύνολο των κεντρικών γραμμών, οι 18 (54,5%) είχαν τοποθετηθεί στη μηριαία φλέβα, οι 10 (30,3%) είχαν τοποθετηθεί στην έσω σφαγίτιδα και οι 5 (15,2%) στην υποκλείδια φλέβα. Η πλειοψηφία των περιστατικών CLABSI οφειλόταν σε ένα παθογόνο(23, 74,2 %), 7 (22,6%) περιστατικά σε δύο, ενώ 1 (3,2%) σε τρία. Τα συχνότερα παθογόνα στα οποία οφείλονται τα περιστατικά CLABSIs ήταν η Klebsiella pneumoniae (13, 32,5 %), η Pseudomonasaeruginosa (6, 15,0 %), το Acinetobacterbaumannii (6, 15,0 %) και ο Proteusmirabilis (4, 10,0 %).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος ρυθμός CLABSI ήταν υψηλός. Τα στοιχεία αυτά τονίζουν την ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης και ελέγχου των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλες κλινικές νοσηλείας ενηλίκων.

## ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

### *268.* ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 269. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 270. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 271. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 272. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 273. ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Ν. Κοροδήμος, Σ. Μητσός, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Ο σκοπός της παρουσίασης είναι η επισήμανση της αναγκαιότητας της συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων σε ιδιαίτερα περιστατικά που χρήζουν ολιστικής αντιμετώπισης σε τριτοβάθμια νοσοκομεία της χώρας όπως το Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ». Απαιτείται συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων όπως: Θωρακοχειρουργοί, Καρδιοχειρουργικοί, Πνευμονολόγοι, Ογκολόγοι, Επεμβατικοί Ακτινολόγοι – Ακτινοθεραπευτές, Αναισθησιολόγοι, Εντατικολόγοι, Παθολογοανατόμοι & υποστηρικτικά τμήματα όπως φυσιοθεραπείας και αποκατάστασης. Επίσης, να τονισθεί η σημασία της ύπαρξης ογκολογικού συμβουλίου σε ογκολογικούς ασθενείς με απώτερο σκοπό την επιλογή του καλύτερου θεραπευτικού πλάνου για τους ασθενείς σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα – συστάσεις.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άνδρας 45 ετών, βαρύς καπνιστής επί 30 συναπτά έτη (60 pack / years) υποβλήθηκε σε αξονική θώρακος στα πλαίσια διερεύνησης οσφυαλγίας & βράγχους φωνής εν έτει 2019 η οποία ανέδειξε όγκο 8cm στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα. Ελεύθερο λοιπό ιστορικό. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε πάρεση της αριστερής φωνητικής χορδής και βλεννογόνια διήθηση με πλήρη απόφραξη του αριστερού άνω λοβαίου βρόγχου και της γλωσσίδας. Πραγματοποιήθηκε λήψη βιοψιών. Εξεργασία δ: 8cm στον Αριστερό Άνω Λοβό με παθολογική πρόσληψη FDG (SUV max: 34.2)Σε ευρεία επαφή με τη σύστοιχη πνευμονική πύλη, το μεσοθωρακικό υπεζωκότα και το ανώτερο περικάρδιο. Μη χειρουργήσιμο στάδιο!!! Έναρξη ΧΜΘ (3 κύκλοι) και προεγχειρητικής ΑΚΘ (συνολικά24). Επανασταδιοποίηση: χειρουργήσιμο στάδιο!!! Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή με μέση στερνοτομή με επέκταση στο αριστερό ημιθωράκιο (hemi – Clamshell incision) Απαιτήθηκε εισαγωγή στην εξωσωματική κυκλοφορία.Η ιδιαιτερότητα της επέμβασης έγκειται στην εντόπιση του όγκου πλησίον του στελέχους της πνευμονικής για την οποία ακολούθησε διατομή της πνευμονικής αρτηρίας με νυστέρι και συρραφή με ράμμα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** καλή μετεγχειρητική πορεία και εξιτήριο του ασθενούς σε λίγες ημέρες. Ογκολογικά πλήρης αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια και καλή πορεία του ασθενούς μέχρι σήμερα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Απαιτείται εξειδίκευση του προσωπικού και ευχέρεια στην εφαρμογή εναλλακτικών πλάνων θεραπείας και τεχνικών , εφόσον ο κάθε ασθενής είναι ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ και απαιτεί εξατομικευμένη αντιμετώπιση

# 274. ΔΕΣΜΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μητσός, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι δεσμοειδείς όγκοι δημιουργούνται από τους ινοβλάστες, συγκαταλέγονται στα χαμηλής διαφοροποίησης σαρκώματα με καλοήθη «συμπεριφορά», καθώς δε μεθίστανται. Εξορμούνται από περιτονίες και συνδετικούς ιστούς, ενώ το 20% εντοπίζεται στο θωρακικό τοίχωμα!!! Πιο συχνή εμφάνιση σε ηλικία 15-60, πιο συχνά στις γυναίκες. Μπορεί να συσχετισθούν με παλαιότερο τραυματισμό, με την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση, καθώς και με το σύνδρομο Gardner. Απεικονιστικά αφορούν μάζες ομοιογενούς σύστασης με ασαφή συνήθως όρια, ενώ η ευρεία χειρουργική εξαίρεση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.
**ΥΛΙΚΟ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών προς την επιστημονική κοινότητα, όπως πχ Ασθενής θήλυ 24 ετών προσήλθε για χειρουργική εξαίρεση ευμεγέθους όγκου δεξιού ημιθωρακίου ο οποίος καταλάμβανε πλήρως το τελευταίο προκαλώντας πλήρη ατελεκτασία του δεξιού πνεύμονος, με συνοδό μετατόπιση των δομών του μεσοθωρακίου, καθιστώντας την ασθενή οξυγονοεξαρτώμενη. Η ιστολογική ταυτοποίηση του όγκου ετέθει μετά από ανοικτή βιοψία του όγκου με πρόσθια θωρακοτομή αλλαχού. Η επιλεχθείσα προσπέλαση λόγω κατάληψης και μέρους του αριστερού ημιθωρακίου ήταν η μέση στερνοτομή με επέκταση στο δεξί πρόσθιο ημιθωράκιο ( hemi – Clamshell ) λόγω επέκτασης του όγκου στο μεσοθωράκιο και πιθανής συμμετοχής των μεγάλων αγγείων. Ακολούθησε enblock εκτομή του όγκου με τα παθολογικά τμήματα της 1ης – 3ης πλευράς δεξιά από τις οποίες φάνηκε να εξορμάται με συνοδό τοποθέτηση πλέγματος.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός και η κατάλληλη επιλογή προσπέλασης είναι απαραίτητα για την επίτευξη της επιτυχούς εξαίρεσης επί υγειών ορίων. Η R0 εξαίρεση των δεσμοειδών όγκων του θωρακικού τοιχώματος αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία δρουν επικουρικά στις περιπτώσεις που δε μπορεί να εξασφαλισθεί η R0 εκτομή. Λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων για τοπική υποτροπή η δια βίου παρακολούθηση είναι επιτακτική ανάγκη.

## 275. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕ ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Ν. Κοροδήμος, Σ. Μητσός, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Αποτελεί μια σπάνια ανώμαλη επικοινωνία της αριστερής πνευμονικής φλέβας με την αριστερή έσω σφαγίτιδα φλέβα. Στην διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί ελάχιστες τέτοιες περιπτώσεις.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός είναι να παρουσιαστεί στην επιστημονική κοινότητα ένα σπάνιο περιστατικό που μπορεί να συναντήσουμε στην καθημερινή πράξη και η σοβαρότητα αυξάνεται σε περιπτώσεις θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής που υποβλήθηκε σε θωρακοχειρουργική επέμβαση από το τμήμα μας καθώς τοποθετήθηκε κεντρική φλεβική γραμμή αριστερής σφαγίτιδας, κατά τον έλεγχο του SpO2 του αίματος του καθετήρα ήταν 400. Τοποθετήθηκε οδηγός στον καθετήρα και κατά τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε επικοινωνία της σφαγίτιδας φλέβας με πνευμονική φλέβα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Είναι σημαντική η μελέτη της ανατομίας του θώρακα σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε θωρακοχειρουργική επέμβαση καθώς μία παραλλαγή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με αφορμή το περιστατικό αυτό θα γίνει μια βιβλιογραφική αναφορά παρόμοιων παραλλαγών της ανατομίας του θώρακα και θα γίνει αναφορά των σημείων που θα πρέπει να ελέγχονται σε περίπτωση θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων.

# 276. ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ν. Κοροδήμος, Α. Αντωνόπουλος, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μητσός, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση περίπλοκων περιστατικών με νευροενδοκρινή όγκο του πνεύμονα και βιβλιογραφική αναφορά.
**ΣΚΟΠΟΣ**: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του πνεύμονα έχουν το χαρακτηριστικό ότι Προτού αποφασίσουμε τί θεραπευτικές επιλογές μπορούμε να προσφέρουμε στον ασθενή πρέπει να γνωρίζουμε καλά τους προγνωστικούς παράγοντες των όγκων αυτών. 1ος προγνωστικός παράγοντας αποτελεί ο ιστολογικός τύπος του όγκου. Τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα του πνεύμονα αποτελούν μια ομάδα νεοπλασμάτων με ευρύ φάσμα βιολογικής συμπεριφοράς. Το τυπικό νευροενδοκρινές έχει αργή εξέλιξη, συχνά καλή πρόγνωση, δεν απαντά στην κλασσική χημειοθεραπεία. Ενδιάμεσου βαθμού κακοήθειας αποτελούν το άτυπο καρκινοειδές και ο νευροενδοκρινής όγκος από μεγάλα κύτταρα. Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από πολύ επιθετική συμπεριφορά, κακή πρόγνωση και καλή απάντηση συνήθως στη χημειοθεραπεία.
**ΥΛΙΚΟ**: Πραγματοποιείται προσπάθεια ταξινόμησης των ασθενών που εμφανίζουν τέτοιου είδους όγκων. Οι νευροενδοκρινείς όγκοι ακολουθούν την ταξινόμηση κατά TNM. Για να γίνει αυτή η σταδιοποίηση οι ασθενείς πρέπει να υποβληθούν στις κατάλληλες απεικονιστικές εξετάσεις. Η επιλογή των απεικονιστικών και εργαστηριακών εξετάσεων δεν είναι η ίδια σε όλο το φάσμα των νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων. Εξαρτάται από: 1) τις μιτώσεις ΚΟΠ 2) το δείκτη Ki67 3) έκφραση υποδοχέων σωματοστατίνης. Τυπικό και άτυπο καρκινοειδές: αυξημένη πιθανότητα να εκφράζουν υποδοχείς σωματοστατίνης: Ga68 PET/CT. Νευροενδοκρινή νεοπλάσματα από μεγάλα κύτταρα και το μικροκυτταρικό καρκίνωμα: μειωμένη πιθανοτητα να εκφράζουν υποδοχείς σωματοστατίνης: FDG PET/CT.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Είναι εμφανές ότι ότι υστερούμε σε προγνωστικούς παράγοντες (εκτός του σταδίου μετάστασης TNM και του παθολογοανατομικού τύπου) στους συγκεκριμένους τύπους όγκων και γιαυτό πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση νέων προγνωστικών παραγόντων όπως το φύλο, η πλευρά εμφάνισης κτλ. Παρουσίαση περιστατικών με ΝΕΤ από την κλινική μας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην αντιμετώπιση των ΝΕΤ του πνεύμονα υπάρχουν αρκετές γκρίζες ζώνες. Παρότι στην πλειοψηφία τους έχουνε κεντρική εντόπιση και εύκολη σχετικά πρόσβαση βρογχοσκοπικά, κατευθυντήρια οδηγία είναι η χειρουργική εξαίρεση. Ιδανική επέμβαση: βρογχοπλαστική

# 277. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δ. Λιούμπας[1], Α. Ελευθερίου[1], Θ. Κάντας[1], Γ. Καρακαϊδός[1], Φ. Τζαγκαράκης[2], Δ. Χούτος[3], Μ. Καλμούτη[3], Ε. Πολέντα[3], Τ. Kiknadze[3], Δ. Ξεκαλάκης[3], Α. Αντωνιάδης[1], Γ. Μπενάκης[1]

*[1]Χειρουργική Θώρακος, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [2]Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [3]Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρά την αποτελεσματικότητα της σύγχρονης αντιρετροϊκής θεραπείας, οι ασθενείς με HIV λοίμωξη εξακολουθούν να έχουν αυξημένη επίπτωση ανάπτυξης εμπυήματος πνεύμονα λόγω της ευαισθησίας τους σε πολυμικροβιακές πνευμονικές λοιμώξεις. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων ασθενών με HIV λοίμωξη, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία λόγω εμπυήματος.
**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 29 HIV (+) ασθενών που παραπέμφθηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση εμπυήματος τη χρονική περίοδο 2017-2024, με συνοδό καταγραφή των ακολούθων χαρακτηριστικών: ηλικία, φύλο, καλλιέργεια πλευριτικού υγρού, διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, μετεγχειρητικές επιπλοκές και θνητότητα 30 ημερών. Ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη υπεζωκοτική παρέμβαση αποκλείστηκαν από τη μελέτη.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 36 ±8 έτη, στην πλειοψηφία τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (n=20) και εμφάνισαν εμπύημα σταδίου III-IV. Στις αιτίες περιλαμβάνονται η παραπνευμονική συλλογή (n=25), το πνευμονικό απόστημα (n=3) και η κίρρωση ήπατος (n=1). Στο 45% των ασθενών της μελέτης το εμπύημα ήταν η πρώτη κλινική εκδήλωση της λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού. Η θεραπεία σε όλους τους ασθενείς αρχικά περιλάμβανε την τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης 32F και στη συνέχεια χειρουργική αντιμετώπιση με θωρακοτομή (n=26) ή ελάχιστα επεμβατική χειρουργική-VATS (n=3). Οι συχνότερα απομονωμένοι οργανισμοί ήταν οι Gram-θετικοί κόκκοι, το 22% είχε αρνητικές καλλιέργειες πλευριτικού υγρού, ενώ στο 31% οι καλλιέργειες ήταν πολυμικροβιακής αιτιολογίας. Στις μετεγχειρητικές επιπλοκές καταγράφηκαν 10 ασθενείς με εμμένουσα διαφυγή αέρα, 4 ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια ενώ 2 ασθενείς χειρουργήθηκαν εκ νέου. Η θνητότητα ήταν 6.8% και η μέση διάρκεια νοσηλείας 13±6 ημέρες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η απλή παροχέτευση ως το πρώτο στάδιο θεραπείας του εμπυήματος σταδίου III-IV εμφανίζει βιβλιογραφικά μεγάλο ποσοστό αποτυχίας. Η αδυναμία πρώιμης επιθετικής χειρουργικής αντιμετώπισης στους ασθενείς αυτούς , ανεξαρτήτως του αριθμού των CD4+ λεμφοκυττάρων, μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία επιπλεγμένων εμπυημάτων, που απαιτούν μεγαλύτερη περίοδο παραμονής του σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης μετεγχειρητικά, παρατεταμένη νοσηλεία και αυξημένη θνητότητα.

## 278. ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟΥ ΕΝΔΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΛΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Δ. Λιούμπας[1], Α. Ελευθερίου[1], Θ. Κάντας[1], Γ. Καρακαϊδός[1], Φ. Τζαγκαράκης[2], Δ. Χούτος[3], Ε. Πολέντα[3], Μ. Καλμούτη[3], T. Kiknadze[3], Δ. Ξεκαλάκης[3], Α. Αντωνιάδης[1], Γ. Μπενάκης[1]

*[1]Χειρουργική Θώρακος, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [2]Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [3]Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός νέου ενήλικα με επιπλεγμένο ενδοπνευμονικό απόλυμα (ILS) που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδοαγγειακή τοποθέτηση αορτικής πρόθεσης (TEVAR) και αριστερή κάτω λοβεκτομή.

**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 24 ετών, με ατομικό ιστορικό επαναλαμβανομένων λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού από την παιδική ηλικία, προσήλθε με εμπύρετο (39.2oC) και σημαντική αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Η αξονική αγγειογραφία (CTA) ανέδειξε πύκνωση του αριστερού κάτω λοβού πνεύμονα και αιμάτωση των τμημάτων S7-9 από τέσσερα ευμεγέθη τροφοφόρα αγγεία της αορτής (max d.1.3cm).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Προτάθηκε αντιμετώπιση τριών σταδίων. Αρχικά ο ασθενής έλαβε 10 ήμερο ενδοφλέβιο αντιβιοτικό σχήμα με μεροπενέμη/λινεζολίδη. Διαδοχικά, μέσω της αριστερής μηριαίας αρτηρίας υποβλήθηκε σε TEVAR και τοποθέτηση ενδοαγγειακής πρόθεσης στην κατιούσα θωρακική αορτή (short stent), ενώ η αγγειογραφία που ακολούθησε επιβεβαίωσε τη πλήρη κάλυψη και θρόμβωση όλων των τροφοφόρων αγγείων. Έξι ημέρες αργότερα, διενεργήθηκε ανεπίπλεκτη αριστερή κάτω λοβεκτομή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Εξ όσων γνωρίζουμε, είναι η πρώτη δημοσιευμένη αναφορά περιστατικού με ενδοπνευμονικό απόλυμα που λαμβάνει αιμάτωση από τέσσερις ευμεγέθεις αρτηρίες της συστηματικής κυκλοφορίας. Λόγω των εγγενών κινδύνων διεγχειρητικής αιμορραγίας, αυξάνονται οι δημοσιευμένες αναφορές επιλεγμένων ασθενών που έλαβαν υβριδική χειρουργική αντιμετώπιση. Η ανακοίνωση αυτή, υποστηρίζει τις υπάρχουσες αναφορές που επιδεικνύουν συσσωρευμένα οφέλη και βελτιωμένα μετεγχειρητικά αποτελέσματα σε επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με ILS που αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό αγγειακής ενδοπρόθεσης και λοβεκτομής.

## 279. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CASTLEMAN

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταιτίδης, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Σ. Μητσός, Α. Αντωνόπουλος, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση 2 ενδιαφέροντων περιστατικών με νόσο Castleman.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η νόσος του Castleman περιφράφηκε το 1956 ως «υπερπλασία των μεσοθωρακικών λεμφαδένων». Στο 70% των περιπτώσεων εμφανίζεται στο μεσοθωράκιο, αλλά μπορεί να εντοπιστεί οπουδήποτε αλλού υπάρχει λεμφαδενικός ιστός στο σώμα. Ο σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίασης θα είναι να αναφερθεί η δυσκολία της διαφοροδιάγνωσης της νόσου από άλλους όγκους μεσοθωρακίου, καθώς έτσι εμφανίζεται συχνά η νόσος.
**ΥΛΙΚΟ:** Διακρίνουμε 2 μορφές της νόσου. Η μία είναι των νέων (<30 ετών) που πρόκειται για πολύ αγγειοβριθείς και ασυμπτωματικούς όγκους. Η άλλη είναι των ενηλίκων που είναι λιγότερο αγγειοβριθείς και αποτελούν συμπτωματικούς όγκους με γενικά συμπτώματα όπως πυρετό, αναιμία, υπεργλυκαιμία και πιεστικά φαινόμενα όπως πίεση των μεγάλων αεραγωγών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θα παρουσιαστούν 2 περιστατικά της κλινικής μας που σε CT θώρακος εμφάνιζαν συμπαγή όγκο μεσοθωρακίου όπου πραγματοποιήθηκε χειρουργική εξαίρεση τους και στο τελικό πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης τέθηκε η διάγνωση της νόσου του Castleman. Είναι περιστατικά και των δύο μορφών της νόσου όπου επιβεβαιώνουν την βιβλιογραφική αναφορά των χαρακτηριστικών των όγκων αυτών ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία που εμφανίζονται.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόγνωση είναι καλή και η χειρουργική εξαίρεση θεραπευτική.

## *280.* HYPERTHERMIC PLEURAL PERFUSION TREATMENT

Ν. Κοροδήμος, Η. Σανταιτίδης, Σ. Μητσός, Α. Αντωνόπουλος, Κ. Κωστοπαναγιώτου, Π. Τόμος
*Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι καρκίνοι όψιμου ή προχωρημένου σταδίου μπορεί μερικές φορές να εξαπλωθούν κατά μήκος της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Αυτός ο τύπος εξάπλωσης καρκίνου ονομάζεται υπεζωκοτικές μεταστάσεις. Ορισμένες υπεζωκοτικές μεταστάσεις αντιμετωπίζονται με υπερθερμική υπεζωκοτική αιμάτωση.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υπερθερμική υπεζωκοτική αιμάτωση είναι μια προηγμένη χειρουργική τεχνική με την οποία πολύ υψηλές δόσεις θερμαινόμενης χημειοθεραπείας χορηγούνται απευθείας στην υπεζωκοτική κοιλότητα για τη θεραπεία προχωρημένων καρκίνων που έχουν εξαπλωθεί κατά μήκος της εσωτερικής επένδυσης της θωρακικής κοιλότητας.
Γενικά σε συνδυασμό και αμέσως μετά από μια εξειδικευμένη χειρουργική επέμβαση που ονομάζεται κυτταρομειωτική χειρουργική (CRS):

- Το CRS στοχεύει στη χειρουργική αφαίρεση όλων των ορατών καρκινικών οζιδίων.
- Η υπερθερμική υπεζωκοτική αιμάτωση στοχεύει στη θεραπεία μικρών καρκινικών οζιδίων ή αόρατων (μικροσκοπικών) καρκινικών κυττάρων που μπορεί να μείνουν πίσω μετά το CRS

**ΥΛΙΚΟ:** Στην παραδοσιακή χημειοθεραπεία, οι γιατροί δίνουν στους ανθρώπους φάρμακα μέσω IV ή από το στόμα. Αυτά τα φάρμακα σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσουν πολλές παρενέργειες.
Η υπερθερμική υπεζωκοτική αιμάτωση παρέχει το φάρμακο απευθείας στο σημείο του καρκίνου (υπεζωκοτική κοιλότητα). Αυτό το θερμαινόμενο διάλυμα χημειοθεραπείας σκοτώνει τα καρκινικά κύτταρα ενώ προκαλεί ελάχιστες παρενέργειες εκτός της θωρακικής κοιλότητας.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια της υπερθερμικής υπεζωκοτικής αιμάτωσης, ο χειρουργός εισάγει μικρούς σωλήνες και ανιχνευτές θερμοκρασίας στην κοιλιά:

- Ένας σωλήνας χορηγεί το θερμαινόμενο διάλυμα χημειοθεραπείας στην κοιλιά σας.
- Ο άλλος σωλήνας κυκλοφορεί το υγρό πίσω σε ένα θερμαντικό στοιχείο για να διατηρήσει μια θερμοκρασία μεταξύ 105 και 107,6 F (40,6 C έως 42 C) στην κοιλιά.

Αυτή η διαδικασία στοχεύει να σκοτώσει κάθε καρκίνο που έχει απομείνει μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Στο τέλος της CRS-υπερθερμικής υπεζωκοτικής αιμάτωσης, ο χειρουργός απενεργοποιεί την αντλία και επιτρέπει στο σώμα να επιστρέψει σε μια κανονική θερμοκρασία. Ο χειρουργός θα ξεπλύνει τον θώρακα με ένα αλατούχο διάλυμα για να καθαρίσει το φάρμακο και να αφαιρέσει τους σωλήνες και τους ανιχνευτές θερμοκρασίας.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι γιατροί μπορούν να εφαρμόσουν υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας απευθείας σε όγκους στην θωρακική κοιλότητα περιορίζοντας παράλληλα τις παρενέργειες στο υπόλοιπο σώμα.

- Η θέρμανση των καρκινικών κυττάρων σε θερμοκρασίες πάνω από τις κανονικές καθιστά ευκολότερη την καταστροφή τους με χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.
- Μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή για άτομα με ορισμένους επιθετικούς καρκίνους του πνεύμονα, όπως το μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα.

## 281. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ

Μ. Πατάγια Μπακαράκη
*Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Ο σκοπός του πρωτοκόλλου είναι η αποκατάσταση και ενίσχυση της παραγωγικότητας σε ασθενείς με ημιπληγία μέσω στοχευμένων εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Το πρωτόκολλο στοχεύει στην ενίσχυση της κινητικότητας, στην αποκατάσταση βασικών δεξιοτήτων καθημερινής ζωής και στην προώθηση της κοινωνικής συμμετοχής. Επιδιώκεται η ενίσχυση της αυτονομίας των ασθενών, η βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης και η ενσωμάτωσή τους στις καθημερινές παραγωγικές δραστηριότητες.
**ΥΛΙΚΟ**: Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται σε ασθενείς με ημιπληγία που υποβάλλονται σε εργοθεραπεία και περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως δραστηριότητες διαχείρισης του χώρου διαβίωσης (καθαριότητα, οργάνωση, φροντίδα ρούχων), εκπαίδευση σε δραστηριότητες οικονομικής διαχείρισης (προϋπολογισμός, πληρωμή λογαριασμών), φροντίδα οικογενειακών μελών ή κατοικίδιων ζώων και εκπαίδευση σε επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες (αναζήτηση εργασίας, βελτίωση εργασιακής απόδοσης). Αξιοποιούνται εργαλεία αξιολόγησης για την παρακολούθηση της κινητικότητας, της κοινωνικής συμμετοχής και της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν ότι το πρωτόκολλο οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της κινητικότητας των ασθενών, της κοινωνικής τους συμμετοχής και της ψυχολογικής τους ευημερίας. Οι ασθενείς αναφέρουν αυξημένη αίσθηση αυτονομίας στις καθημερινές δραστηριότητες και καλύτερη απόδοση σε παραγωγικές ή οικιακές εργασίες.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Το πρωτόκολλο παραγωγικότητας αποδεικνύεται αποτελεσματικό στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών με ημιπληγία. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση, που συνδυάζει κινητική αποκατάσταση, κοινωνική ενσωμάτωση και ψυχολογική υποστήριξη, φαίνεται να ενισχύει την ανεξαρτησία και να προάγει την κοινωνική επανένταξη.

## 282. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 283. ΑΠΕΣΥΡΘΗ

## 284. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΗΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ε. Αγγελοπούλου[1], Α. Χατζημανώλης[2], Ν. Σκαρμέας[1], Σ. Παπαγεωργίου[1]

*[1]1η Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, [2]1η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ήπια συμπεριφορική διαταραχή (ΗΣΔ) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση νέων, επίμονων νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων σε άτομα άνω των 50 ετών χωρίς άνοια, που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νοητικής έκπτωσης. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της πιθανής υποκείμενης παθοφυσιολογίας της ΗΣΔ, κυρίως όσον αφορά την αμυλοειδοπάθεια, την ταυ πρωτεϊνοπάθεια και την αγγειακή παθολογία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus, για μελέτες γραμμένες στην αγγλική γλώσσα, δημοσιευμένες μέχρι τον Σεπτέμβριο 2024, που διερευνούν την πιθανή σχέση της ΗΣΔ με βιοχημικούς, γενετικούς και νευροαπεικονιστικούς βιοδείκτες αμυλοειδικής, ταυ και αγγειακής παθολογίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών χρησιμοποιώντας μεθόδους δομικής και λειτουργικής νευροαπεικόνισης (μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων αμυλοειδούς και πρωτεΐνης ταυ), βιοδεικτών περιφερικού αίματος και εγκεφαλονωτιαίου υγρού [επίπεδα πρωτεϊνών ταυ, φωσφορυλιωμένης ταυ και αμυλοειδούς (Αβ42, Αβ40)] υποδεικνύει την πιθανή συσχέτιση της ΗΣΔ με αμυλοειδοπάθεια, ταυ πρωτεινοπάθεια και αγγειακή παθολογία. Μεταξύ των υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών περιλαμβάνονται η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, η διαταραχή νευροτροφικών παραγόντων όπως ο εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (BDNF), η διαταραχή της ρύθμισης του αυξητικού παράγοντα TGF-β1, και επιγενετικές τροποποιήσεις, όπως αλλαγές των επιπέδων microRNA (miR)-451a και miR-455-3p. Επιπλέον, η συναπτική δυσλειτουργία, διαταραχή της ρύθμισης των νευροδιαβιβαστών (συμπεριλαμβανομένης της ακετυλοχολίνης, ντοπαμίνης, σεροτονίνης, γ-αμινοβουτυρικού οξέος και νορεπινεφρίνης), καθώς και η εκφύλιση του υπομέλανα τόπου αποτελούν σημαντικούς μηχανισμούς που ενδέχεται να συνδέουν την ΗΣΔ με την αμυλοειδοπάθεια και ταυ πρωτεϊνοπάθεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διερεύνηση της νευροβιολογικής βάσης της ΗΣΔ θα μπορούσε να συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση των πρώιμων σταδίων νοητικής έκπτωσης, και εν τέλει στην ανάπτυξη στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

## 285. ΔΕΝ ΑΝΑΡΤΗΘΗΚΕ

## 286. ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ: 20 ΕΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΠΝ

Β. Γιατράκου*[1], Ε. Παπαθανασίου*[1], Χ. Κορός[1], Β. Κωνσταντινίδης[1,2], Ε. Αγγελοπούλου[1], Ρ. Αντωνέλλου[1], Ε. Σμαραγδάκη[1], Κ. Βούρου[1], Ε. Στανίτσα[1], Φ. Μπουφίδου[2], Χ. Κρούπης[3], Α. Κυρώζης[1], Γ. Παρασκευάς[4], Ι. Παπατριανταφύλλου[1], Ε. Καπάκη[1,2], Λ. Στεφανής[1], Σ. Παπαγεωργίου[1]

*[1]1η Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Αθηνών, [2]Μονάδα Νευροχημείας, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο. [3]Βιοχημικό Εργαστήριο ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο. [4]2η Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο*

**ΣΚΟΠΟΣ**: Η κλινική εκδήλωση της Μετωποκροταφικής εκφύλισης (ΜΚΕ) παρουσιάζει σημαντική φαινοτυπική ετερογένεια. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθούν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών στο φάσμα της ΜΚΕ με έμφαση στην συμπτωματολογία κατά την έναρξη της νόσου.
**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**: Από ένα αρχικό σύνολο 230 ασθενών, με κλινική διάγνωση στο φάσμα της ΜΚΕ, που παρακολουθήθηκαν στο Ειδικό κέντρο Σπανίων Ανοιών της 1ης Νευρολογικής Κλινικής του Αιγινητείου Νοσοκομείου κατά το χρονικό διάστημα 20 ετών (2006-2025) στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 100 άτομα των οποίων ήταν διαθέσιμα πλήρη στοιχεία. Η καταγραφή περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία (ηλικία , φύλο) και τη διάρκεια νόσου μέχρι την πρώτη εκτίμηση στο κέντρο μας. Επίσης έγινε καταγραφή της συμπτωματολογίας κατά την αρχική εξέταση.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η ομάδα των ασθενών που μελετήθηκε περιλάμβανε 45 άνδρες (45%) και 55 γυναίκες (55%), με μέσο όρο ηλικίας 63,03 (± 8,81) έτη . Η μέση διάρκεια της νόσου κατά την εκτίμηση ήταν 3,056 (±2,034) έτη. Όσον αφορά τις αρχικές εκδηλώσεις της ΜΚΕ, οι κυριότερες περιλαμβάνουν τις Διαταραχές του Λόγου (39%), την Απάθεια (38%) και τη Διαταραχή της πρόσφατης Μνήμης (34%). Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν την Άρση Αναστολών (30%), την Ευερεθιστότητα-Επιθετικότητα (30%) την Απόσυρση και έλλειψη κοινωνικού ενδιαφέροντος (21%) και την Κατονομαστική Δυσχέρεια ( 21%). Σημαντική είναι και η αναφορά Εμμονικών εκδηλώσεων (16%) και διαταραχών Διατροφής (16%).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η ομάδα ασθενων με ΜΚΕ που μελετήθηκε εμφανίζει σχετικά πρώιμη έναρξη της νόσου με επικράτηση διαταραχών συμπεριφοράς στο φάσμα της απάθειας και της άρσης αναστολών καθώς και διαταραχών στο λόγο. Πρέπει να επισημανθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει αμνησιακό προφίλ κατά την έναρξη της συμπτωματολογίας σε συμφωνία και με παλαιότερα βιβλιογραφικά δεδομένα, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαφορική διάγνωση στα πρώιμα στάδια.

## 287. ATLS ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΣΕ ΣΟΒΑΡΕΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ: ΠΟΤΕ ΕΠΕΜΒΑΙΝΟΥΜΕ;

Α. Παπαχρήστου, Δ. Παπουτσάκης, Α. Νίκοβα, Σ. Λυπηρίδης, Γ. Μακρυγιαννάκης, Χ. Γώγος
*Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας*

**ΣΚΟΠΟΣ:** να παραθέσουμε τις βασικές θεραπευτικές οδηγίες και να λύσουμε όλες τις αντιπαραθέσεις που αφορούν το ρόλο του νευροχειρουργού πριν, κατά την έλευση και μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση.
**ΥΛΙΚΟ:** τα νεότερα δεδομένα και οδηγίες βάσει παγκοσμίων guidelines, ευρέως αποδεκτών εκπαιδευτικών προγραμμάτων (λ.χ. ATLS) και πρόσφατων βιβλιογραφικών μελετών.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** η προνοσοκομειακή διαχείριση των ασθενών με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις αρχές του προγράμματος εξειδικευμένης υποστήριξης ζωής στο τραύμα (ATLS). Η επιτήρηση και διατήρηση σε φυσιολογικές τιμές του κορεσμού του οξυγόνου και της αρτηριακής πίεσης έχει οδηγήσει σε μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας. Κατά την έλευση του ασθενούς στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) προτεραιότητα πρέπει να δίνεται στον έλεγχο του αεραγωγού, στη σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης, στην ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης και στη διόρθωση της πηκτικότητας. Αφού φτάσουμε στο βήμα D, διενεργείται μία απλή νευρολογική εκτίμηση (κλίμακα Γλασκώβης, εκτίμηση κορών οφθαλμών, μέτρηση σακχάρου). Τα ευρήματα της επείγουσας αξονικής τομογραφίας (CT) εγκεφάλου θα δώσουν την ένδειξη για τυχόν άμεση χειρουργική παρέμβαση, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τις συννοσηρότητες του ασθενούς. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη χρήση άλλων νευροπροστατευτικών φαρμάκων ή/ και ενεργειών.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και οι επείγουσες νευροχειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν τη «τελική λύση» σε ασθενείς με ένδειξη χειρουργείου και σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, όλοι οι ιατροί που εργάζονται εκτός κι εντός ΤΕΠ οφείλουν να τηρούν με ευλάβεια τις βασικές αρχές του ATLS, ώστε να προληφθούν οι δευτερογενείς βλάβες. Η ορθή συνεργασία ιατρών ΤΕΠ και νευροχειρουργών είναι ζωτικής σημασίας, με σκοπό την άμεση αντιμετώπιση σοβαρών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων.

## 288. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΓΙΔΕΥΜΕΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Ε. Νικολαΐδης, Χ. Βαζαίος, Δ. Αναγνωστόπουλος, Ν. Μπαλταγιάννης, Ν. Μπολάνος
*Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΑΝ Πειραιά «Μεταξά»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως παγιδευμένος πνεύμονας ορίζεται η αδυναμία του πνεύμονα να εκπτυχθεί και να καταλάβει ολόκληρη τη θωρακική κοιλότητα εξ΄αιτίας ενός ινώδους σπλαγχνικού υπεζωκότος που εμποδίζει τη φυσιολογική επαφή του σπλαχνικού με τον τοιχωματικό υπεζωκότα. Προκαλείται από φλεγμονώδη προσβολή του υπεζωκότα και τυπικά εμφανίζεται ως χρόνια σταθερή πλευριτική συλλογή. Υπάρχουν τρείς ευδιάκριτες αιτίες που προκαλούν το σύνδρομο του «παγιδευμένου πνεύμονα»: α) Η παρουσία ενδοβρογχικής βλάβη που αποφράσσει τον αυλό του βρόγχου και οδηγεί σε κατάρρευση του πνευμονικού λοβού, β) η χρόνια ατελεκτασία και γ) η βλάβη και ίνωση του σπλαχνικού υπεζωκότα που οδηγεί στη παγίδευση του πνεύμονα. Η ακριβής επίπτωση του παγιδευμένου πνεύμονα είναι άγνωστη. Η μελέτη του Dresler και συν. θεωρεί ότι το 10% των ασθενών που υποβάλλονται σε θωρακοκέντηση, το 20% των ασθενών που υποβάλλονται γενικώς σε θεραπευτική θωρακοκέντηση και το 30% εκείνων που υφίστανται θεραπευτική θωρακοκέντηση για κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή έχουν «παγιδευμένο πνεύμονα». Στη παρούσα εργασία περιγράφουμε μία περίπτωση «παγιδευμένου πνεύμονα» και εξετάζουμε θεραπευτικές λύσεις.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας 70 ετών με γνωστό καρκίνωμα του πνεύμονος προσήλθε με δύσπνοια από 10ημέρου. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε μεγάλη πλευριτική συλλογή του αριστερού ημιθωρακίου με μετατόπιση του μεσοθωρακίου προς την αντίθετη πλευρά. Υποβλήθηκε σε θωρακοκέντηση και στη συνέχεια σε εκκένωση και αποσυμφόρηση της υπεζωκοτικής κοιλότητας με την τοποθέτηση σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας–bulau. Η αξονική τομογραφία θώρακα μετά τη θωρακοκέντηση για την αξιολόγηση της υποκείμενης παθολογίας των πνευμόνων έδειξε υπεζωκοτική πάχυνση. Η κυτταρολογική εξέταση του πλευριτικού υγρού ήταν θετική για κακοήθη πλακώδη κύτταρα. Το ολόσωμο PET/CT ανέδειξε εκτεταμένη προσβολή της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Ένας μόνιμος υπεζωκοτικός καθετήρας τοποθετήθηκε για την μακροχρόνια αντιμετώπιση της κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής του. Ο ασθενής κατέστη ασυμπτωματικός με καλή οξυγόνωση στον αέρα του δωματίου.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Ο «παγιδευμένος πνεύμονας» ή το «σύνδρομο παγιδευμένου πνεύμονα» οφείλεται κυρίως σε κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή. Η δεύτερη πιο συχνή αιτία είναι οι φλεγμονές της υπεζωκοτικής κοιλότητας και ακολουθούν οι αυτοάνοσες διαταραχές, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η σαρκοείδωση, η νόσος Behcet, η νόσος του Graves και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Φαίνεται ότι τα περισσότερα κέντρα συμφωνούν ότι επί καρκινοπαθών ασθενών ο χρυσός θεραπευτικός κανόνας είναι το poudrage μέσω VATS. Σε ασθενείς που αδυνατούν να υποβληθούν σε επέμβαση, η τοποθέτηση ενός μόνιμου υπεζωκοτικού καθετήρα συνιστά ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία. Ωστόσο, οι ασθενείς με σύνδρομο «παγιδευμένο πνεύμονα» φλεγμονώδους αιτιολογίας επωφελούνται σημαντικά από την αποφλοίωση με VATS.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η έκβαση των ασθενών με παγιδευμένο πνεύμονα εξαρτάται από την υποκείμενη αιτία. Η συνεργασία πνευμονολόγων, θωρακοχειρουργών, ακτινολόγων και ογκολόγων βελτιώνει την ποιότητα της αντιμετώπισης των ασθενών. Η εκπαίδευση των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που φέρουν μόνιμους εκκενωτικούς καθετήρες, είναι εξαιρετικά σημαντική.

## 289. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΧΟΡΙΟΕΙΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ.

Ε. Νικολαΐδης, Χ. Βαζαίος, Δ. Αναγνωστόπουλος, Ν. Μπαλταγιάννης, Ν. Μπολάνος
*Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΑΝ Πειραιά «Μεταξά»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμφάνιση πολλαπλών ανεξάρτητων πρωτοπαθών καρκίνων στον ίδιο ασθενή εξακολουθεί να αυξάνεται και κυμαίνεται από 1% έως 18% . Ο ορισμός των πολλαπλών πρωτοπαθών καρκίνων βασίζεται στα κλασικά κριτήρια των Warren και Gates που περιλαμβάνουν: α) τη θέση προέλευσης, β) τη μορφολογία και την ιστολογία του όγκου και γ) το χρονικό διάστημα που παρήλθε από την αρχική διάγνωση. Οι πολλαπλοί πρωτοπαθείς καρκίνοι διακρίνονται σε σύγχρονους- όταν η διάγνωση τεκμηριώνετα μέσα σε 6 μήνες- και μετάχρονους όταν καθυστερεί πάνω από ένα εξάμηνο. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Η συχνότητα πολλαπλών πρωτοπαθών νεοπλασμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από 4% έως 17%. Σε αυτή τη παρουσίαση περιγράφουμε μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση καρκίνου του μαστού με πνευμονική μετάσταση και πρωτοπαθές μελάνωμα του χοριοειδούς χιτώνα του οφθαλμού.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής ηλικίας 65 ετών με ιστορικό χειρουργικής αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, προσήλθε με μάζα του πνεύμονος θετική στο PET/CT. Μετά από λεπτομερή προεγχειρητικό έλεγχο υποβλήθηκε σε λοβεκτομή λόγω γειτνίασης του όγκου του πνεύμονος με τα μεγάλα αγγεία της μεσολοβίου σχισμής. Η ιστολογική εξέταση απέδειξε ότι πρόκειται για πνευμονική μεταστατική εστία από το γνωστό πρωτοπαθές καρκίνωμα του μαστού. Δύο μήνες αργότερα η ασθενής παρατήρησε θάμβος οράσεως του δεξιού οφθαλμού Η οφθαλμολογική μελέτη στην οποίαν υποβλήθηκε κατέδειξε ότι πάσχει από μελάνωμα του χοριοειδούς χιτώνα του δεξιού οφθαλμού με συνοδό εξιδρωματική αποκόλληση. Μετά από αυτή την εξέλιξη η ασθενής αντιμετωπίσθηκε με βραχυθεραπεία με πλάκα ρουθηνίου. Παρουσίασε βελτίωση και παραπέμφθηκε για περαιτέρω ογκολογική θεραπεία της μεταστατικής νόσου.
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το 4–17% των ασθενών με καρκίνο του μαστού αναπτύσσουν πολλαπλές πρωτοπαθείς κακοήθειες. Τα συχνότερα σύγχρονα νεοπλάσματα είναι η ανάπτυξη ετερόπλευρου καρκίνο του μαστού και καρκίνου των γεννητικών οργάνων, κυρίως του τραχήλου της μήτρας. Η σύγχρονη παρουσία μελανώματος του χοριοειδούς χιτώνα του οφθαλμού είναι εξαιρετικά σπάνια. Αντίθετα συχνά ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται στούς πνεύμονες, τα οστά και το ήπαρ. Περίπου το 60% των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού υποφέρουν από μετάσταση στους πνεύμονες ή τα οστά. Η εμφάνιση πολλαπλών σύγχρονων πρωτοπαθών νεοπλασμάτων αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς και ταυτόχρονα ιδιάζον θεραπευτικό δίλημμα. Η θεραπευτική στρατηγική επιβάλλεται να εκπονείται από αρμόδια διεπιστημονική ομάδα.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο πιο συχνός τύπος σύγχρονης κακοήθειας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι ο ετερόπλευρος καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων. Η μετάσταση του καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες δεν είναι σπάνια. Η πιθανότητα ανάπτυξης σύγχρονου πρωτοπαθούς καρκίνου σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή μετάστασης υπαγορεύει εγρήγορση και κατάλληλη διαγνωστική επιτήρηση.

## 290. ΔΙΠΛΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΑΠΟ PEMBROLIZUMAB: ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΟΥΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑΣ

Χ. Χατζηγρηγοριάδης[1], Ε. Αβραμίδη[2], Π. Αβραμίδης[1], Χ. Δάβουλος[3], Φ. Δημητρακόπουλος[4], Γ. Ελευθεράκης[3], Χ. Πετροπούλου[3], Δ. Σπερδούλη[5], Γ. Στεργιόπουλος[6], Π. Γαλιατσάτος[7], Σ. Ασημακόπουλος[8]

*[1]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [2]Ιατρικό Πανεπιστήμιο Σόφιας, Σόφια, Βουλγαρία, [3]Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο, Ελλάδα, [4]Τμήμα Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [5]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, [6]Τμήμα Μοριακής Ιατρικής, Mayo Clinic, Rochester, ΗΠΑ, [7]Τμήμα Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Johns Hopkins, Βαλτιμόρη, ΗΠΑ, [8]Διεύθυνση Λοιμωδών Νοσημάτων, Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα ανοσοθεραπευτικά φάρμακα, όπως το pembrolizumab, αντιπροσωπεύουν μια σύγχρονη προσέγγιση στη διαχείριση διαφόρων κακοηθειών, συμπεριλαμβανομένου του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Η θεραπευτική τους επίδραση επιτυγχάνεται μέσω της ενεργοποίησης των ανοσίας εναντίον των καρκινικών κυττάρων. Ωστόσο, η συστηματική ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αυτοανοσίας. Περιστασιακά ο συνδυασμός σπάνιων αυτοάνοσων επιπλοκών παρατηρείται ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή.

**ΥΛΙΚΟ:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός 66χρονου άνδρα με πλακώδες μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με δύσπνοια και αναπνευστική ανεπάρκεια. Τα ευρήματα της απεικόνισης ήταν συμβατά με πνευμονική εμβολή και μη ειδική διάμεση πνευμονίτιδα. Ο ίδιος ασθενής είχε διαγνωστεί ένα μήνα πριν με πομφολυγώδες πεμφιγοειδές μετά από 21 κύκλους ανοσοθεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα απεικονιστικά ευρήματα, η έλλειψη ανταπόκρισης στα αντιβιοτικά, οι αρνητικές μικροβιολογικές εξετάσεις και η εξαιρετική ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή οδήγησαν στη διάγνωση της πνευμονίτιδας από pembrolizumab. Ο συνδυασμός πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς και πνευμονίτιδας από pembrolizumab είναι σπάνιος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη συνύπαρξη πολλαπλών αυτοάνοσων επιπλοκών σε ασθενείς υπό ανοσοθεραπεία. Απαιτείται ο αποκλεισμός λοιμώξεων και άλλων ανοσολογικών διαταραχών με παρόμοια κλινική εικόνα με στόχο την έγκαιρη διάγνωση των αυτοάνοσων επιπλοκών της ανοσοθεραπείας και την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας. Οι ορολογικές εξετάσεις, τα ιστολογικά ευρήματα και ο άμεσος ανοσοφθορισμός οδηγούν στη διάγνωση του πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς. Η απεικόνιση, ο μικροβιολογικός έλεγχος και η βρογχοσκόπηση (αν είναι εφικτή) επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της πνευμονίτιδας, η οποία σχετίζεται με την ανοσοθεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κύρια διαφοροδιάγνωση της πνευμονίτιδας σε ασθενείς υπό pembrolizumab είναι η πνευμονία με Pneumonocystis jirovecii, καθώς η τελευταία πάθηση επίσης παρατηρείται σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι απαραίτητη για την ορθολογική διαχείριση αυτών των περιπτώσεων.

# 291. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (ΜΜΚΠ) ΚΑΙ ΔΙΠΛΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ EGFR

Ε. Γκότσης[1], Β. Παντελαίων[2], Θ. Τέγος[1], Γ. Κυριακόπουλος[2], Ν. Αλεβιζόπουλος[1], Ε. Κούστας[1], Κ. Καραγιώργου[1], Β. Ωραιόπουλος[1], Μ. Κίτσου[1], Χ. Βουρλάκου[2], Μ. Βασλαματζής[1]

*[1]Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», [2]Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μελέτη μοριακού profile(MP) του ΜΜΚΠ συνέβαλε σε ανάπτυξη θεραπειών στοχευουσών συγκεκριμένες μεταλλάξεις, επάγοντας αύξηση επιβιώσεως των ασθενών. Η μετάλλαξη του EGFR (εξώνια 19,21,20, κατά συχνότητα ανιχνεύσεως) είναι η συχνότερη όλων. Θεραπεία με τον αναστολέας Τυροσινικής Κινάσης ΤΚ) Epidermal growth factor receptor (EGFR) συνιστά 1ης γραμμής θεραπεία για συνήθεις EGFR μεταλλάξεις (εξαλείψεις εξωνίου 19, μεταλλάξεις του 21 L858R) ή/και σπάνιες (συντήξεις ή γονιδιακό πολλαπλασιασμό EGFR). Διπλές σύγχρονες μεταλλάξεις σε εξώνια του EGFR, αναφέρονται σπανιότατα:

1. Εξαλείψεις περισσότερων τμημάτων του 19→Οδηγούν σε μεταθέσεις του πλαισίου ανάγνωσης και σε όγκους αυξημένης επιθετικότητας.
2. Εξαλείψεις στο 19, βλάβες στο 21(L858R)→ Αύξηση ενεργοποίησης της EGFR/ΤΚ.
3. Μεταλλάξεις σε τμήματα του 20.→Αντίσταση σε 1ης γενεάς αντιΤΚΙ's.
4. Σύγχρονες μεταλλάξεις 19+T790M.→Ευαισθησία μόνο σε 3ης γενεάς αντιΤΚΙ's.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της μελέτης είναι η παρουσίαση της κλινικής πορείας ασθενούς με βλάβες δύο EGFR εξωνίων.

**ΑΣΘΕΝΗΣ:** γυναίκα 58 ετών μη καπνίστρια με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα(ΑΔΚΠ) (ECOG IV), μεταφέρθηκε στις 1/2/2018 στο Ογκολογικό Τμήμα(ΟΤ) από την Πνευμονολογική Κλινική. Είχε ορθόπνοια, ταχύπνοια, αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή (δεξιά>αριστερά), φλεβοθρόμβωση αριστερού κάτω άκρου, πνευμονική εμβολή δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας, μεγάλη μάζα δεξιού άνω/μέσω λοβού, εκτεταμένη μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια και μεγάλου βαθμού νεοπλασματική περικαρδίτιδα κυρίως έμπροσθεν των δεξιών κοιλοτήτων, υποξιφοειδικά και πέριξ της αριστερής κοιλίας, που απωθούσε(Echo καρδίας). MP: εξάλειψη στο εξώνιο 19 (19del) και αντικατάσταση μιας αζωτουχου βάσεως κυτοσίονης από θυμίνη στο εξώνιο 20[20c.2369C>T(p.Th790M)]. Ήταν ορθοπνοϊκή/ταχυπνοική, απαιτήθηκε arrow στο περικάρδιο. Ξεκίνησε επειγόντως(2ος/2018) geotrif 40mg/ημέρα. Σύντομα(4-5 μέρες) η ασθενής εμφάνισε μεγάλη βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας, εξαφάνιση της περικαρδίτιδας και σε 3 εβδομάδες των υπεζωκοτικών συλλογών. Υπήρχε σημαντικότατη μείωση της πνευμονικής μάζας, ενώ ο δείκτης δραστηριότητάς της ήταν 0. Η ασθενής υποτροπίασε τον 2ο/2020(μάζα στο κορυφαίο τμήμα του δεξιού κάτω και πολλαπλές πνευμονικές μεταστάσεις -η μεγαλύτερη στην γλωσσίδα). Η βρογχοσκόπηση/βιοψία έδειξε ΑΔΚΠ με MP: βλάβη στο εξώνιο 19(21del) και μετάλλαξη στο 20(S7681). Λοιπές μεταλλάξεις(-). Λόγω έντονης συμπτωματολογίας η ασθενής ξεκίνησε ΧΜΘ(CDDP/PEMETREXED/ AVASTIN) μεταξύ 2–5/2020. Ανταποκρίθηκε εξαιρετικά μέχρι τον 5ο/2021 όταν εμφάνισε νέα πνευμονική υποτροπή. Η μελέτη MP έδειξε ίδιο MP με το αρχικό και ετέθη σε tagriso 80mg/ημέρα. Παρέμεινε σε πλήρη ύφεση μέχρι τον 1ο/2023 όταν εμφάνισε προϊούσα νόσο-ΠΝ(ήπαρ, εγκέφαλος, σπόνδυλοι, πνεύμονες). Έλεγχος T790M(-). Ακτινοβολήθηκε στον εγκέφαλο (15/02/2023–24/02/2023) και άρχισε CDDP/TXT(1ος-3ος/2023), αλλά εμφάνισε ΠΝ και κατέληξε(25/03/2023).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: ΕΠΙ ΜΜΚΠ**

1. Λεπτομερής μελέτη EGFR, σε όλα τα στάδια της νόσου, είναι σκόπιμη.
2. Βλάβες σε >1 εξώνια είναι σπάνιες.
3. Οι 3ης γενιάς αντιΤΚΙ's είναι θεραπεία εκλογής.

## 292. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ ADH ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Θ. Καραουλάνη[1], Χ. Καπάτανς[2], Ε. Γεφυροπούλου[3], Τ. Πίτσια[1], Β. Μαμάκου[4], Ε. Λάσκος[1], Α. Κουντούρη[5], Μ. Θεοδώρου[5], Σ. Τσαγκιά[6], Μ. Μπαλαχούτη [1], Α. Τσιανίκα [7], Α. Υφαντή[2], Ν. Τσάκαλης[2], Π. Αρμύρος[2], Π. Ορφανού[2], Π. Λαμπρόπουλος[2], Α. Καπάτανς[2], Σ. Σολωμού[2]

*[1]Μικροβιολογικό & Βιοχημικό Εργαστήριο, ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο», [2]Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [3]Κέντρο Υγείας Κεραμεικού, [4]Παθολογική Κλινική, ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο», [5]Εργαστήριο Βιοχημικού, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [6]Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»- ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [7]Φοιτήτρια Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλές μελέτες δείχνουν συσχέτιση μεταξύ γενετικών πολυμορφισμών και κατανάλωσης αλκοόλ στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον άνθρωπο. Σκοπός της μελέτης είναι η επισκόπηση των δημοσιευμένων άρθρων σχετικά με τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ και συγκεκριμένα του ρόλου του πολυμορφισμού των γονιδίων της ADH στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε βάσεις δεδομένων (Scopus, PubMed, Google Scholar) όσον αφορά τη συσχέτιση των γενετικών πολυμορφισμών ADH και της εμφάνισης καρκίνου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελέτες σε ασιατικούς πληθυσμούς διαπίστωσαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου της ανώτερης πεπτικής οδού, της στοματικής κοιλότητας και του υποφάρυγγα σε άτομα που κατανάλωναν μέτρια ή συχνά αλκοόλ και είχαν γονότυπο ADH1B*1/*1 από αυτούς που με ADH1B*1/*2 ή ADH1B*2/*2. Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που φέρουν παραλλαγή ADH1C*1 βρέθηκαν να διατρέχουν 1,8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες με άλλους γονότυπους. Μελέτες in vitro ανέφεραν ότι οι ενζυμικές υπομονάδες που κωδικοποιούνται από το αλληλόμορφο ADH1C*1 μεταβολίζουν το αλκοόλ σε ακεταλδεΰδη δυόμιση φορές ταχύτερα από το αλληλόμορφο ADH1C*2. Η επίδραση του γονότυπου ADH1C και της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ συνδέεται με τον κίνδυνο καρκίνου του ήπατος σε Καυκάσιους. Επιπλέον, έχει αναφερθεί σημαντικά υψηλότερος κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου σε γυναίκες που κατανάλωναν συχνά αλκοόλ με γονότυπο ADH1C*1/*1 (Ratna & Mandrekar, 2017). Σε μελέτη ασθενών-μαρτύρων με 234 Ιάπωνες άντρες διαπιστώθηκε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου εκ πλακωδών κυττάρων (OSCC) σε άτομα με γονότυπο ADH1B*1/*1 σε σύγκριση με φορείς του αλληλόμορφου ADH1B*2. Μια άλλη από την Ταϊβάν ανέφερε ότι μεταξύ των καπνιστών, εκείνοι οι οποίοι κατανάλωναν λίγη έως μέτρια ποσότητα αλκοόλ με γονότυπο ADH1B*1/*1 είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο από τους μη πότες με το αλληλόμορφο ADH1B*2. (Matejcic et al., 2017).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το γονίδιο ADH1B εμφανίζει αρκετούς πολυμορφισμούς και έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο διαφορετικών καρκίνων. Είναι απαραίτητη περαιτέρω διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ γενετικών πολυμορφισμών ADH και της εμφάνισης καρκίνου για εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

# 293. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΚΙΝΑΣΩΝ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΜΑΣΤΟΥ SKBR3 ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΗΜΙΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΑΝΑΛΟΓΟΥ ΤΗΣ ΟΛΕΥΡΩΠΕΪΝΗΣ

Χ. Κναή[1], Ν. Αγγέλης[1], Κ. Νικολακόπουλος[2], Α. Βελέντζας[2], Ε. Παρώνης[1], Γ. Σαρικάκη[3], Π. Παπακότση[4], Κ. Μπαξεβάνης[1], Α. Σκαλτσούνης[4], Ι. Κωστάκης[3], Ο. Τσιτσιλώνη[1], Δ. Στραβοπόδης[2]

*[1]Μονάδα Κυτταρομετρίας Ροής, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [2]Τομέας Βιολογίας Κυττάρου & Βιοφυσικής, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [3]Τομέας Φαρμακευτικής Χημείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, ΕΚΠΑ, [4]Τομέας Φαρμακογνωσίας-Χημείας Φυσικών Προϊόντων, Τμήμα Φαρμακευτικής, ΕΚΠΑ*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Προηγούμενα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι το ημισυνθετικό ανάλογο της ολευρωπεΐνης GS32, παρουσιάζει ενισχυμένη αντικαρκινική δράση *in vitro* και*invivo*. Σκοπός μας ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του GS32 στο κίνωμα (kinome) καρκινικών κυττάρων.

**ΥΛΙΚΟ:** Ανθρώπινα καρκινικά κύτταρα μαστού SKBR3 επωάστηκαν με 5 μM GS32 για 6, 12 και 24 ώρες. Τα πρωτεϊνικά εκχυλίσματά τους αναλύθηκαν με ειδικές τρισδιάστατες μικροσυστοιχίες (Pamchip microarrays) που περιέχουν ακινητοποιημένα πεπτίδια-στόχους πολυάριθμων κινασών τυροσίνης και σερίνης/θρεονίνης. Η ποσοτικοποίηση της φωσφορυλίωσης των πεπτιδίων εκτιμήθηκε από το σήμα φθορισμού μέσω κάμερας CCD πολύ υψηλής ανάλυσης, με τη χρήση ειδικών αντισωμάτων σημασμένων με FITC. Η βιοπληροφορική επεξεργασία (ποιοτικός έλεγχος πεπτιδίων, ποσοτικοποίηση σημάτων, κανονικοποίηση δεδομένων, οπτικοποίηση και πρόβλεψη των εμπλεκομένων κινασών) έγινε με το λογισμικό Bionavigator (PamGene International BV), χρησιμοποιώντας ως αρνητικό μάρτυρα SKBR3 που επωάστηκαν απουσία GS32.

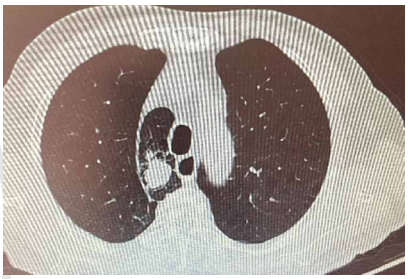
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η επώαση με το GS32 ανέδειξε σημαντικές χρονο-εξαρτώμενες μεταβολές στο προφίλ ενεργότητας συστατικών (>350) του κινώματος των κυττάρων SKBR3. Παρατηρήθηκε αυξημένη ενεργότητα συγκεκριμένων κινασών τυροσίνης (π.χ. FLT1/VEGFR1, HER4/ERBB4, DDR1) και, ταυτόχρονα, σημαντική μείωση της ενεργότητας ορισμένων κινασών σερίνης/θρεονίνης (π.χ. Akt1/2, PKAα) σε σύγκριση με τον μάρτυρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το GS32 επιδεικνύει μία διαφορική δράση στο κίνωμα των κυττάρων SKBR3, αυξάνοντας την ενζυμική ενεργότητα κινασών τυροσίνης που συμμετέχουν στην αγγειογένεση και την αναδιαμόρφωση της εξωκυττάριας μήτρας, και καταστέλλοντας την δραστικότητα κινασών σερίνης/θρεονίνης που προωθούν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τη μετάσταση. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι το GS32 αποτελεί έναν υποσχόμενο αντικαρκινικό παράγοντα με στοχευμένη δράση και δυνατότητα περαιτέρω κλινικής αξιοποίησης.

## 294. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΣΕ ΛΟΒΟ ΑΖΥΓΟΥ

Ε. Νικολαΐδης, Χ. Βαζαίος, Δ. Αναγνωστόπουλος, Ν. Μπαλταγιάννης, Ν. Μπολάνος
*Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο λοβός αζύγου είναι γνωστή και σπάνια συγγενής ανατομική παραλλαγή του δεξιού άνω λοβού του πνεύμονος. Σχηματίζεται από ένα ελάττωμα στη μετανάστευση της αζύγου φλέβας κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Η συχνότητα εμφάνισης του λοβού αζύγου υπολογίζεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού. Γενικά ανιχνεύεται παρεμπιπτόντως στην ακτινογραφία ή στην αξονική τομογραφία. Ωστόσο, η ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονα σε λοβό αζύγου είναι εξαιρετικά σπάνια περίπτωση. Σε αυτή την εργασία μοιραζόμαστε την εμπειρία μας στη αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος που εξορμάται από λοβό αζύγου.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου προσήλθε άνδρας ηλικίας 72 ετών με ακτινογραφία θώρακος , η οποία διενεργήθηκε για την εργασία του, η οποία απεικόνιζε ομοιογενή σκίαση στον δεξιό άνω λοβό του πνεύμονος. Υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Η υπολογιστική τομογραφία θώρακος αποκάλυψε βλάβη διαστάσεων 2,3 X2,4 cm εντός λοβού αζύγου του πνεύμονος. [εικ.1] Η βιοψία FNB (fine needle biopsy) με τη βοήθεια κεντροθέτησης υπό Αξονικό τομογράφο αποκάλυψε μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα με κυτταρομορφολογικά ευρήματα συμβατά με αδενοκαρκίνωμα. Δεν βρέθηκαν άλλες μεταστατικές εστίες στις συστηματικές δοκιμασίες προσυμπτωματικού ελέγχου. Η σπιρομέτρηση (FEV1 = 2134 ml -87%) και ο πλήρης καρδιολογικός έλεγχος όπως και οι άλλες εργαστηριακές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές. Με βάση αυτά τα αισιόδοξα δεδομένα ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά άνω λοβεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό. Η μεμβράνη στον άζυγο λοβό διαιρέθηκε και ο λοβός απελευθερώθηκε με έλξη κάτω από την άζυγο φλέβα. Η παροχέτευση της θωρακικής κοιλότητας αφαιρέθηκε την τέταρτη ημέρα μετά την επέμβαση και ο ασθενής είχε ανεπίπλεκτη ανάρρωση.
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Ο λοβός αζύγου περιεγράφη για πρώτη φορά το 1877 από τον Heinrich Wrisberg. Ο λοβός αζύγου συνιστά συγγενή ανωμαλία του πνεύμονος και ο μηχανισμός ανάπτυξης στηρίζεται στη διέλευση και πορεία της αζύγου έμπροσθεν του πνεύμονος. Είναι μια συγγενής παραλλαγή που παρατηρείται στο 0,11-1,06% του πληθυσμού. Δεν πρόκειται για πραγματικό επικουρικό λοβό, καθώς δεν έχει δικό του βρόγχο και δεν αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο βρογχοπνευμονικό τμήμα. Δεν έχει σοβαρές συνέπειες και δεν χρειάζεται ειδική μεταχείριση. Σε μία Κυπριακή μελέτη λοβός της αζύγου φλέβας διαπιστώθηκε στο 0,4% των ακτινογραφιών του θώρακος και στο 1,2% των αξονικών τομογραφιών. Χαρακτηρίζεται από το σημείο ανεστραμμένο κόμμα, «comma sign'», δεξιά παρατραχειακά. Τη πρώτη περίπτωση καρκινώματος του πνεύμονος σε λοβό αζύγου ανέφερε ο Mullin και οι συν. το 1969. Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα ή και του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα που παρουσιάζεται στο λοβό αζύγου. Υπάρχουν λίγες σποραδικές αναφορές πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος που αναπτύσσεται στο λοβό αζύγου. Η πιο ενδιαφέρουσα από αυτές είναι η ταυτόχρονη συνύπαρξη πρωτοπαθούς αδενοκαρκινώματος σε λοβό αζύγου του δεξιού πνεύμονος και πρωτοπαθούς πλακώδους καρκινώματος του άνω λοβού του αριστερού πνεύμονος που περιέγραψε ο Papiashvili και συν. το 2015.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η παρουσία λοβού αζύγου του δεξιού πνεύμονος είναι σπάνια συγγενής διαταραχή. Η εντόπιση πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος σε λοβό αζύγου ακόμη σπανιώτερη. Η ογκολογική φροντίδα και οι αρχές της χειρουργικής θεραπείας αυτών των ασθενών δεν διαφέρουν απο τις συνήθεις περιπτώσεις.



## 295. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΜΕ ΤΗ Β-ΚΑΤΕΝΙΝΗ

Α. Ντουράκης[1], Φ. Αναγνώστη[1], Α. Λάζαρης[2], Σ. Σακελλαρίου[2], Ε. Θυμάρα[2]

*[1]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**ΜΕΘΟΔΟΣ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση του ρόλου της Β-κατενίνης, της Ε-καντχερίνης και του μονοπατιού Wnt σε δείγματα οισοφαγεκτομής από ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου σε έδαφος οισοφάγου Barrett.
**ΥΛΙΚΟ:** Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας έχει βασιστεί αρχικά σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και έπειτα σε 71 περιστατικά μετά τις διαφραγματικές οισοφαγεκτομές.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στο Α΄ Παθολογοανατομικό εργαστήριο της Ιατρικής σχολής Αθηνών. Η αξιολόγηση της θετικής έκφρασης της Β-κατενίνης και της Ε-καντχερίνης στα νεοπλασματικά κύτταρα έγινε σε συνάρτηση με το στάδιο των ασθενών, τον βαθμό διαφοροποίησης, την προηγηθείσα χημειοθεραπεία, τον βαθμό υποστροφής στην πενταβάθμια κλίμακα κατά Mandard, και την ανάπτυξη του ή όχι σε έδαφος Barrett. Σε μελέτη 71 δειγμάτων πασχόντων από αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου με ή χωρίς προηγηθείσες θεραπείες παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό της ύπαρξης της Ανοσοιστοχημείας Β-Κατενίνης τείνει να αυξάνεται με την αύξηση του ποσοστού της Ανασοιστοχημείας Ε-Καντχερίνης. Πιο συγκεκριμένα διατηρώντας όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές σταθερές η Ανοσοιστοχημεία Β-Κατενίνης αυξάνεται κατά 1,578 ποσοστιαίες μονάδες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι 2 ομάδες έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους τους και η χαμηλή τιμή του p (0.000) επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης Η0, εφόσον δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων, καθώς οι 2 ομάδες διαφέρουν σημαντικά ως προς το χαρακτηριστικό που μετρήθηκε, το οποίο είναι η ποσόστωση τους στην ύπαρξη του αδενοκαρκινώματος. Ο συντελεστής συσχέτισης είναι 0,658 και αποδεικνύει τη σχετικά υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των 2 μεταβλητών, καθότι όταν η μία αυξάνεται τείνει να αυξάνεται και η άλλη.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μονοπάτι Wnt παίζει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της κυτταρικής ανάπτυξης, ενώ όταν ενεργοποιηθεί προκαλεί αντίσταση σε θεραπείες, προωθεί την μετάσταση και δεν βοηθά στην πρόγνωση. Στην συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ταυτόχρονη αύξηση της Β-κατενίνης και της Ε-καντχερίνης.

## ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

# 296. ΑΝΟΙΧΤΗ Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΣΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ;

Ι. Μπαλτογιάννη[1], Φ. Φίλη[2], Ν. Μπαλτογιάννης[2]

*[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Η Ελπίς», [2]Παιδοχειρουργική Κλινική Ιατρικού Ομίλου Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σύγκριση της ανοιχτής και λαπαροσκοπικής χειρουργικής αντιμετώπισης της κιρσοκήλης στην παιδική ηλικία στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών (2020-2024).
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 43 ασθενείς (μέση ηλικία 13 έτη) με κιρσοκήλη βαθμού 4-5 κατά Sarteschi. Από αυτούς, 17 υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική Palomo με ψαλίδι υπερήχων, ενώ 26 αντιμετωπίστηκαν με ανοιχτή μέθοδο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, χειρουργική τεχνική και επιπλοκές.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλοι οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς υποτροπές. Τρεις ασθενείς της λαπαροσκοπικής ομάδας εμφάνισαν υδροκήλη. Μεγαλύτερος μετεγχειρητικός πόνος αναφέρθηκε στη λαπαροσκοπική μέθοδο, ενώ οι ανοιχτοί ασθενείς έλαβαν εξιτήριο αυθημερόν.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λαπαροσκοπική μέθοδος είναι ασφαλής αλλά εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό υδροκήλης και μεγαλύτερο μετεγχειρητικό άλγος. Στην κλινική μας προτιμάται η ανοιχτή μέθοδος λόγω ταχύτερης ανάρρωσης και λιγότερων επιπλοκών.

# 297. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ι. Μπαλτογιάννη[1], Φ. Φίλη[2], Ν. Μπαλτογιάννης[2]

*[1]Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «Η Ελπίς», [2]Παιδοχειρουργική Κλινική Ιατρικού Ομίλου Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή είναι πλέον καθιερωμένη στην παιδοχειρουργική και εφαρμόζεται τόσο σε απλές όσο και σε επιπλεγμένες περιπτώσεις σκωληκοειδίτιδας. Η συντηρητική αντιμετώπιση αποτελεί εναλλακτική προσέγγιση, αλλά δεν είναι καθολικά αποδεκτή. Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την εμπειρία ενός χειρουργού σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη 204 παιδιών (3-16 ετών) που νοσηλεύθηκαν για σκωληκοειδίτιδα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών (2020-2024). Η αρχική εκτίμηση περιελάβανε κλινική εξέταση, γενική αίματος, μέτρηση CRP και υπερηχογράφημα κοιλίας. Μερικοί ασθενείς με απλή σκωληκοειδίτιδα αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ενώ οι υπόλοιποι υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή. Καταγράφηκαν ηλικία, φύλο, διάρκεια συμπτωμάτων, εγχειρητικά ευρήματα, διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικές επιπλοκές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 62,75% των ασθενών ήταν αγόρια και το 37,25% κορίτσια. Ο μέσος χρόνος συμπτωμάτων ήταν 72 ώρες. Διάτρηση διαπιστώθηκε σε 29,8% των περιπτώσεων, οδηγώντας σε μεγαλύτερη νοσηλεία. Το ποσοστό αρνητικής σκωληκοειδεκτομής ήταν 6%. Συνολικά, 11 ασθενείς (6%) παρουσίασαν επιπλοκές, περιλαμβανομένων πέντε λοιμώξεων τραύματος, τριών ενδοκοιλιακών αποστημάτων και τριών περιπτώσεων παρατεταμένου πυρετού. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν τέσσερις ημέρες. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο σε άριστη κατάσταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στα παιδιά βασίζεται κυρίως στην κλινική εκτίμηση, με το υπερηχογράφημα να αποτελεί πολύτιμο εργαλείο. Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή αποδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματική, ακόμη και σε επιπλεγμένες περιπτώσεις, και θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη επιλογή για τη χειρουργική αντιμετώπιση της σκωληκοειδίτιδας στα παιδιά.

## ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

# 298. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΔΕΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Β. Σαλαβού, Γ. Γιαννακόπουλος
*Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός είναι η αφηγηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που διερευνούν τους παράγοντες που συμβάλουν στην ασφάλεια στο δεσμό στην εφηβεία. Ο δεσμός με τους γονείς στην εφηβεία κρίνεται σημαντικός καθώς α) περιπλέκεται με εξελικτική ψυχοπαθολογία όπως αντικοινωνική συμπεριφορά (Sroufe et al., 1999) και β) συμβάλει σε αναπτυξιακά και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα όπως είναι η κοινωνική προσαρμογή και η αυτονόμηση (Allen et al. 2002). Η ανασκόπηση δίνει έμφαση στη μελέτη παραγόντων όπως η γονεϊκή ευαισθησία και αναστοχαστική ικανότητα για τη διαγενεακή μετάδοση της ασφάλειας στο δεσμό (Verhage et al. 2016; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019)
**ΥΛΙΚΟ:** Το υλικό περιλαμβάνει διεθνείς συγχρονικές και διαχρονικές μελέτες κοινοτικών και κλινικών δειγμάτων με τη χρήση εργαλείων ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας τις πέντε τελευταίες δεκαετίες.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναδεικνύονται: α) η ανάγκη για χρήση ποιοτικών εργαλείων για τη μελέτη της ασφάλειας στο δεσμό στην εφηβεία, που μπορούν να μελετήσουν περισκοπικά τις στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, την προσαρμοστική και την αναστοχαστική ικανότητα των εφήβων (Kriss et al., 2012). β) η ανάγκη για μεγαλύτερη διερεύνηση της συμβολής του δεσμού με τον πατέρα, ιδιαίτερα καθώς οι γονεϊκοί ρόλοι μετασχηματίζονται με κοινωνικές αλλαγές που επηρεάζουν τα οικογενειακά συστήματα, ιδιαίτερα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Verhage et al., 2016; Grossmann et al., 2002). γ) η ανάγκη για μελέτη της αναστοχαστικής ικανότητας των γονέων και πώς αυτή επηρεάζει το δεσμό στην εφηβεία, που περιλαμβάνει διαπραγματεύσεις αυτονόμησης από τα πρόσωπα φροντίδας (Slade et al., 2005; Venta & Sharp, 2015).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στα πλαίσια του δεσμού με τους γονείς οι έφηβοι επαναδιαπραγματεύονται στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος που επηρεάζουν την προσαρμοστική τους ικανότητα, τις κοινωνικές τους σχέσεις, την αυτονόμηση και την ψυχική τους υγεία τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή (Sroufe, 2005; Vernon & Moretti, 2024).

## 299. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σ. Μουσαβί, . Βρυώνη, Α. Χανιώτου
*ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θανάτου. Στην Ελλάδα ανήλθε το 2023 το ποσοστό των ενήλικων καπνιστών ανήλθε στο 28% του πληθυσμού, που σε απόλυτους αριθμούς αντιστοιχεί περίπου σε 2.200.000 άτομα, στην πλειονότητά τους άνδρες ηλικίας 35-54 ετών. Τα στοιχεία του ΕΟΔΥ αναφέρουν ότι σήμερα στην χώρα μας, το κάπνισμα αποτελεί την αιτία σχεδόν του 25% των θανάτων μεταξύ των ανδρών και του 7,5% των θανάτων μεταξύ των γυναικών. Ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (24,9%), ενώ παράλληλα η πρόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος, σύμφωνα με στοιχεία του 2018, έχει αυξηθεί σημαντικά (>40).

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης είναι η έρευνα των παραγόντων εκείνων που αποτελούν κίνητρο για την απόφαση των καπνιστών να διακόψουν την καπνιστική συνήθεια.

**ΜΕΦΟΔΟΣ:** για τον σκοπό αυτό ερωτήθηκαν άτομα τα οποία προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος στο διάστημα των 3 τελευταίων ετών (50 άνδρες και 38 γυναίκες μέσης ηλικίας 55 ετών).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ**: Ποσοστό 73% (38 άνδρες, 26 γυναίκες) πήραν την απόφαση της διακοπής για λόγους υγείας (βήχα, δύσπνοια, μειωμένη αντοχή) ενώ από αυτούς 41 άτομα, ποσοστό 47%, ανέφερε ότι παροτρύνθηκε από την οικογένεια. Μικρότερο ποσοστό 24% (21 άτομα, 12 άντρες και 9 γυναίκες) αποφάσισαν την διακοπή καπνίσματος εξ αιτίας του κοινωνικού ή και εργασιακού περιβάλλοντος. Τέλος 3 γυναίκες το αποφάσισαν για λόγους αισθητικής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το μεγαλύτερο κίνητρο για την διακοπή καπνίσματος είναι οι λόγοι υγείας και ακολουθεί ο κοινωνικός/ εργασιακός περίγυρος.

Πολλή σημαντική επίσης είναι και η στήριξη/παρότρυνση της οικογένειας .

Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οδηγήσει στην κατανόηση και εύρεση αποτελεσματικών στρατηγικών διακοπής του καπνίσματος.

## *300.* ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Σ. Μουσαβί, Ι. Βρυώνη, Α. Χανιώτου
*Πνευμονολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος πνεύμονος προδιαθέτει σε αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης( Lung Cancer Associated Thrombosis, L - CAT) που απαιτεί έναρξη αντιπηκτικής αγωγής η οποία αυξάνει τον κινδυνο αιμορραγίας. Παράλληλα η αιμόπτυση είναι συχνό σύμπτωμα στον καρκίνο του πνεύμονα και μπορεί να ειναι σοβαρή, Παρ όλα αυτά λίγα είναι γνωστά για τον κίνδυνο αιμόπτυσης *σε* ασθενείς με L-CAT οι οποίοι υποβάλλονται σε αντιπηκτική αγωγή.
**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε αναδρομικά τους φακέλους ασθενών με διαγνωσμένο καρκίνο του πνεύμονα και θεραπεία για θρόμβωση, από 1/1/2015 ως 31/6/2024, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο ΓΟΝΚ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ". Παρακολουθήσαμε την εμφάνιση αιμόπτυσης σε χρονικό διάστημα 6 μηνών και καταγράψαμε την επίπτωση της, στην κλινική πορεία των ασθενών και τη σύνδεση της με θάνατο την αντίστοιχη περίοδο.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 108 ασθενών με L-CAT, 12 ασθενείς (11%) παρουσίασαν αιμόπτυση στους 6 μήνες, Κανένα επεισόδιο δεν ήταν θανατηφόρο αλλά 5 ασθενείς χρειάσθηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο και θεραπευτική αντιμετώπιση με ενδοφλέβια χορήγηση τρανσαμίνης. Σε 42 ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης αιμορραγίας 8 εμφάνισαν αιμόπτυση υπό αντιπηκτική αγωγή (19,9%) και 6 απεβίωσαν (14%).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** η αιμόπτυση συνέβη στο 11% των L-CAT ασθενών μετά την έναρξη
αντιπηκτικής αγωγής. Τα περισσότερα επεισόδια ήταν ήπια και δεν είχαν επίπτωση στην αγωγή των ασθενών. Το ιστορικό αιμορραγίας ήταν κύριος παράγοντας εμφάνισης αιμόπτυσης. Η επίπτωση της αιμορραγίας στην επιβίωση των ασθενών με L-CAT χρήζει σίγουρα περαιτέρω διερεύνησης με μελέτες πολυκεντρικές με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

## 301. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΝΟΣΟ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ

Σ. Μουσαβί, Ι. Βρυώνη, Α. Χανιώτου
*ΓΟΝΚ «Οι Αγιοι Ανάργυροι»*

Η απόφραξη των μικρών αεραγωγών (SAO), είναι κοινό εύρημα σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Όμως δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες αναφορικά με τον επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την απόφραξη των μικρών αεραγωγών.

**ΣΚΟΠΟΣ** είναι η μελέτη των πιθανών παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στο πρώϊμο αυτό εύρημα. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή της βίαιης εκπνευστικής ροής μεταξύ 25% και 75% (FEF 25-75).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** πρόκειται για επιδημιολογική αναδρομική μελέτη. Μελετήθηκαν φάκελοι 198 ασθενών ηλικίας από 18 έως 80 ετών, από τα ΤΕΙ οι οποίοι είχαν προσέλθει για έλεγχο και είχαν υποβληθεί σε σπιρομετρικό έλεγχο, σε διάστημα ενός έτους. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με γνωστό ιστορικό αποφρακτικού νοσήματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** από τα 198 άτομα τα οποία είχαν υποβληθεί σε σπιρομέτρηση τα 52 (ποσοστό 26%) παρουσίαζαν μειωμένες τιμές FEF 25-75, μικρότερες από 70%.

Δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το φύλο, αλλά με το αυξημένο ΒΣ (BMI) σε ποσοστό 18% (36 ασθενείς), με την καπνιστική συνήθεια 46% (92 ασθενείς), με το παθητικό κάπνισμα 12% (23 ασθενείς), με την έκθεση σε σκόνη στο εργασιακό περιβάλλον 13% (26 άτομα) και με την ηλικία. Τα 110 άτομα τα οποία ήταν άνω των 60 ετών παρουσίαζαν και την μεγαλύτερη μείωση < 65% στην τιμή FEF 25-75.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** η απόφραξη των μικρών αεραγωγών στον γενικό πληθυσμό σχετίζεται με τους ίδιους παράγοντες κινδύνου όπως και στη ΧΑΠ. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για την συμπτωματολογία και την πρόγνωση όσων ατόμων παρουσιάζουν απόφραξη μικρών αεραγωγών.

## 302. ΧΗΜΙΚΗ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ TALC ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ. ΤΟ «LESS IS MORE» ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Δ. Λιούμπας[1], Θ. Κάντας[1], Ά. Ελευθερίου[1], Γ. Καρακαϊδός[1], Φ. Τζαγκαράκης[2], Δ. Χούτος[3], Ε. Πολέντα[3], Μ. Καλμούτη[3], Τ. Kiknadze[3], Δ. Ξεκαλάκης[3], Α. Αντωνιάδης[1], Γ. Μπενάκης[1]

*[1]Χειρουργική Θώρακος, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [2]Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, [3]Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της πλευρόδεσης με χρήση καθετήρων μικρής διαμέτρου (12F) σε κακοήθεις υπεζωκοτικές συλλογές, ως προς τις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο (LOS), την αποτελεσματικότητα της στις 30 ημέρες και την βαθμολογία του πόνου.

**ΥΛΙΚΟ:** Ολοκληρώσαμε μια προοπτική μελέτη 68 ασθενών, που υποβλήθηκαν σε πλευρόδεση με talc για υποτροπιάζουσες κακοήθεις υπεζωκοτικές συλλογές όλων των αιτιών, μεταξύ Μαΐου 2018 - Ιουλίου 2023. Η πλειοψηφία ήταν άνδρες άνω των 57 ετών (16±30y.o). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, βάσει της διαμέτρου του καθετήρα που χρησιμοποιήθηκε (12F vs. 24F). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 52 ημέρες. Ασθενείς που είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε οποιοδήποτε τύπο υπεζωκοτικής παρέμβασης αποκλείστηκαν από την μελέτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το συνολικό ποσοστό επιτυχίας της πλευρόδεσης στις 30 ημέρες δε παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,62 ) μεταξύ των ομάδων (overall success rate 78,5% 12F vs. 82% 24F). Αξιοσημείωτο είναι, ότι οι συνολικές ημέρες νοσηλείας στην ομάδα των 12F ήταν λιγότερες (6± 2 ημέρες), καθώς ο χρόνος για την αφαίρεση του καθετήρα ήταν μικρότερος, ενώ η βαθμολογία της κλίμακας οπτικής αναλογίας πόνου ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα ασθενών των 12F (p<0,001). Οι επιπλοκές μετά την πλευρόδεση περιλάμβαναν την απόφραξη καθετήρων μικρής διαμέτρου σε δύο ασθενείς (4,5%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα ανάλυσή απέτυχε να καταδείξει όφελος στην επιτυχία της πλευρόδεσης με talc στις 30 ημέρες, βάσει της διαμέτρου του χρησιμοποιημένου καθετήρα. Οι καθετήρες μικρής διαμέτρου μπορούν να θεωρούνται ως αξιόπιστη και αποτελεσματική θεραπεία πρώτης γραμμής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πλευρόδεση ως παρηγορητική φροντίδα, καθώς φαίνεται να περιορίζουν τις ημέρες παραμονής τους στο νοσοκομείο και τον πόνο.

## 303. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ PET/CT SCAN ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ε. Γελαδάρη, Α. Ρουμπάκη, Ν. Αγγελής, Κ. Παπαχριστοδούλου, Α. Στούρας, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος Still των ενηλίκων (AOSD) είναι ένα σπάνιο αυτοφλεγμονώδες σύνδρομο. Κλινικά εκδηλώνεται με πυρετό, αρθρίτιδα και εξάνθημα. Συνυπάρχει σπληνομεγαλία και λεμφαδενοπάθεια. Η λεμφαδενοπάθεια ανευρίσκεται στο ½ των ασθενών και εντοπίζεται συχνότερα στον τράχηλο. Η βιοψία λεμφαδένα είναι απαραίτητη προκειμένου να αποκλειστούν αιματολογικές κακοήθειες.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με AOSD όπου η χρήση του PET/CT συνέβαλε στην έγκαιρη διάγνωση.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας ασθενής, ηλικίας 38 ετών, προσέρχεται λόγω πυρετού από 15ημέρου. Ο ασθενής αναφέρει νυχτερινές εφιδρώσεις, αρθραλγία ΔΕ γόνατος και διαλείπων βλατιδώδες εξάνθημα στον κορμό. Κατά την κλινική εξέταση πέραν της σπληνομεγαλίας δεν παρατηρήθηκε εξάνθημα ή και αρθρίτιδα, ενώ οι λεμφαδένες σε τράχηλο, μασχάλες και βουβώνες δεν ήταν ψηλαφητοί. Εστάλη ορολογικός έλεγχος για βακτήρια, ιούς και για ρευματικά νοσήματα, ο οποίος απέβη αρνητικός. Διενεργήθηκε CT θώρακα και κοιλίας και αναδείχθηκε σπληνομεγαλία. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων/CT (PET/CT) με φθόριο-18-φθορο-δεοξυ-γλυκόζη (18F-FDG) ανέδειξε υπερμεταβολικούς λεμφαδένες σε τραχηλική και μασχαλιαία χώρα, με τον δεξιό έσω σφαγιτιδικό λεμφαδένα να προσλαμβάνει περισσότερο. Αυξημένη 18F-FDG πρόσληψη από το μυελό των οστών και το σπλήνα, έθεσε την υπόνοια αιματολογικής κακοήθειας. Τα υψηλά επίπεδα φερριτίνης σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα έθεσαν στη διαφορική διάγνωση την AOSD. Αποφασίστηκε να γίνει βιοψία του λεμφαδένα καθώς και του μυελού των οστών. Η ιστοπαθολογική εξέταση δεν ανέδειξε κακοήθη κύτταρα. Ο ασθενής μας αντιμετωπίσθηκε με υψηλές δόσεις κορτιζόνης και παράγοντα έναντι IL-1.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία πυρετού, αρθραλγιών, σπληνομεγαλίας, εξανθήματος και υπερφερριτιναιμίας θα πρέπει να θέτει στη διαφορική διάγνωση την AOSD. Στον ασθενή μας, το PET/CT υπέδειξε την ανατομική θέση για βιοψία λεμφαδένα. Η αυξημένη πρόσληψη 18F-FDG από τους τραχηλικούς και μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι χαρακτηριστική της AOSD.

## 304. Η ΤΡΟΠΟΝΙΝΑΙΜΙΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Γ. Σαρρή, Δ. Εξαρχοπούλου, Ν. Αγγελής, Ά. Σκούρου, Κ. Παπαχριστοδούλου, Ε. Αδαμοπούλου, Α. Κατσανδρή, Β. Σεβαστιανός
*Γ΄Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με ραβδομυόλυση, τροπονιναιμία και διάγνωση αυτοάνοσου νοσήματος.
**ΥΛΙΚΟ:** Ασθενής 24 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και καταγωγή από την Ερυθραία, προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» αιτιώμενη κοιλιακό άλγος από 5ημέρου προοδευτικά επιδεινούμενο, συγκοπτικό επεισόδιο χωρίς απώλεια ούρων ή κοπράνων και εμπύρετο έως 40οC από 3ημέρου. Η ασθενής δεν ήταν ποτέ καπνίστρια ή κατανάλωνε αλκοόλ.
Κλινικά παρουσίαζε σκληρία από την ψηλάφηση της κοιλιάς, με διάχυτο κοιλιακό άλγος, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε τροπονιναιμία και ραβδομυόλυση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε διαταραχές επαναπόλωσης, ενώ το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν περιέγραφε σαφή παθολογικά ευρήματα, Ακολούθως, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας, χωρίς την ανάδειξη οξέων παθολογικών ευρημάτων.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ενδοφλέβιων κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, χωρίς βελτίωση των τιμών φωσφοκρεατινικής κινάσης και τροπονίνης. Για τον λόγο αυτό στάλθηκε εκτενής ανοσολογικός έλεγχος, από τον οποίο προέκυψαν θετικά αντισώματα ENA, ANA (1:640) και anti-RNP (A), ενώ το panel μυοσιτίδων, ο μικροβιολογικός έλεγχος και η βιοψία δέρματος-μυός-αγγείου ήταν αρνητικά. Η ασθενής εκτιμήθηκε από το Τμήμα Ρευματολογίας του νοσοκομείου μας και τέθηκε η διάγνωση της μικτής νόσου συνδετικού ιστού.
**0ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μικτή νόσος συνδετικού ιστού αποτελεί συστηματικό ρευματολογικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από την παρουσία υψηλού τίτλου αυτοαντισωμάτων έναντι της ριβονουκλεοπρωτεΐνης (anti -RNP), σε συνδυασμό με κλινικά χαρακτηριστικά αυτοανόσων νοσημάτων όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η πολυμυοσίτιδα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν εκδηλώσεις από το δέρμα, το γαστρεντερικό σύστημα, την καρδιά, τους πνεύμονες, τους νεφρούς και το νευρικό σύστημα.

## 305. ΔΕΣΜΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΩΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Ε. Γελαδάρη, Α. Στούρας, Ν. Αγγελής, Ε. Αδαμοπούλου, Β. Σεβαστιανός
*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ηπατος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι δεσμοειδείς όγκοι (ΔΟ) αναπτύσσονται από συνδετικό ιστό, περιτονίες και απονευρώσεις, σε έδαφος πολλαπλασιασμού καλά διαφοροποιημένων ινοβλαστών. Αναπτύσσονται είτε στα πλαίσια οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης (FAP), είτε σποραδικά, και εντοπίζονται εντός ή και εκτός του κοιλιακού τοιχώματος. Δε μεθίστανται και θεωρούνται καλοήθεις όγκοι. Δεδομένου της ταχείας τοπικής επέκτασης σε παρακείμενες δομές είναι επιθετικοί, ενώ τα ποσοστά υποτροπής που παρουσιάζουν κυμαίνονται από 25% έως 85%.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με ιστορικό κολεκτομής σε έδαφος αδενωματώδους πολυποδίασης και ανάπτυξης δεσμοειδούς όγκου στην όψιμη μετεγχειρητική περίοδο.
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 31 ετών, διακομίζεται στο ΤΕΠ λόγω πυρετού έως 38.8 °C και άλγος οσφυϊκής χώρας ΔΕ. Πρόκειται για ασθενή με ολική κολεκτομή και τελική ειλεοστομία σε έδαφος FAP. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται θετικό σημείο Giordano σύστοιχα του άλγους και η γενική ούρων αναδεικνύει πυοσφαίρια. Διενεργήθηκε CT άνω-κάτω κοιλίας όπου διαπιστώθηκαν παρουσία παθολογικού ιστού μεταξύ κοιλιακής αορτής και ΚΚΦ που περιβρογχίζει τον ουρητήρα ΔΕ με διάταση ΠΚΣ, αλλοιώσεις στο κοιλιακό τοίχωμα υπερηβικά στη μέση γραμμή, ΑΡ της μέσης γραμμής και εστιακές αλλοιώσεις εντός του ΔΕ ορθού κοιλιακού μυός. Λόγω της αποφρακτικής ουροπάθειας τοποθετήθηκε νεφροστομία ΔΕ. Στα πλαίσια διερεύνησης των εξω- και ενδοκοιλιακών αλλοιώσεων έγινε βιοψία των βλαβών υπό CT και η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με δεσμοειδούς τύπου ινωμάτωση.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η FAP κληρονομείται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Συχνά συνυπάρχουν με ΔΟ, οστεώματα ή και επιδερμοειδείς κύστεις. Οι ασθενείς με ΔΟ και FAP θα πρέπει να αντιμετωπίζονται διεπιστημονικά. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τη χορήγηση ΜΣΑΦ, ταμοξιφαίνης και επί μη ανταπόκρισης την έναρξη χημειοθεραπείας. Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να αποτελεί τελική επιλογή για την επίλυση των επιπλοκών που σχετίζονται με τον όγκο.

## 306. ΤΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΤΡΟΝ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Η ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ. Χαντζή[1], Α. Μαρίνου [1], Μ. Παπαδολιοπούλου[2], Θ. Σιδηρόπουλος [2], Σ. Χριστοδούλου[2], Ν. Δανιάς[2]
*[1]Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, [2]Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο φλέγμονας ή πλαστρόν είναι μια μορφή επιπλεγμένης οξείας σκωληκοειδίτιδας στην οποία παρατηρείται ο σχηματισμός φλεγμονώδους μάζας και χαρακτηρίζεται από απουσία πυώδους εκκρίματος. Αποτελεί το 2-10% των περιστατικών οξείας σκωληκοειδίτιδας και η αρχική αντιμετώπιση του τις περισσότερες φορές είναι συντηρητική, ενώ συνήθως ακολουθεί εκλεκτική σκωληκοειδεκτομή.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ανασκοπήθηκε ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς και η συναφής βιβλιογραφία.
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Παρουσιάζεται ασθενής, 71 ετών, με πολλαπλές υποτροπές πλαστρόν σκωληκοειδούς. Αρχικά, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος επιδεινούμενο άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου με έναρξη προ 15 ημερών, αίσθημα μετεωρισμού μετά την λήψη τροφής, απώλεια όρεξης και βάρους. Κατά την κλινική εξέταση, παρατηρήθηκε σημείο McBurney και μετά από απεικονιστικό έλεγχο τέθηκε η διάγνωση φλέγμονα σκωληκοειδούς αποφύσεως. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Τρεις μήνες μετά, επανεμφανίστηκε, με παρόμοια κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, διαγνώστηκε με υποτροπή και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Μετά το πέρας δύο μηνών, εμφάνισε υποτροπή και κατά τη νοσηλεία του αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Αφού προηγήθηκε ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου χωρίς ευρήματα κακοήθειας, διενεργήθηκε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή.
**ΣΥΝΟΨΗ:** Αρχικά επιλέχθηκε συντηρητική θεραπεία του ασθενούς, καθώς εκτιμήθηκε υψηλή η πιθανότητα ανάγκης ειλεοτυφλεκτομής. Ωστόσο, λόγω της παρουσίας πολλαπλών υποτροπών, αποφασίστηκε τελικά χειρουργική αντιμετώπιση. Η επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης του πλαστρόν είναι αμφιλεγόμενη. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες από το Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), η αρχική αντιμετώπιση είναι χειρουργική. Αντίθετα το World Society of Emergency Surgery (WSES),ορίζει ότι αυτή πρέπει να είναι μη χειρουργική, με χορήγηση αντιβιοτικών, ενώ παρουσία χειρουργού έμπειρου στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, γίνεται σύσταση για σκωληκοειδεκτομή. Αναφορικά με την εκλεκτική σκωληκοειδεκτομή σε περιστατικά με πολλαπλές υποτροπές, οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν την πραγματοποίησή της.

## 307. ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΜΕΤΑ ΡΗΞΗ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.

Χ. Αγγελή, Κ. Πατέας, Χ. Πάχης, Δ. Στρατηγάκος, Μ. Πονηράκος, Κ. Διβάρης, Δ. Καπνιάς, Β. Θεοχαρίδης, Ν. Κίκας, Β. Μουστακάκη, Γ. Ζωγράφος

*Α΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**: Τα περισσότερα κυστικά νεοπλάσματα παγκρέατος ανακαλύπτονται τυχαία σε απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιείται για άλλη αιτία.
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση περίπτωσης ρήξης ευμεγέθους κυστικού νεοπλάσματος παγκρέατος με συνοδό ενδοκοιλιακή αιμορραγία μετά από πτώση κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας.
**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γυναίκα ασθενής ηλικίας 23 ετών προσήλθε με έντονο κοιλιακό άλγος μετά από πτώση σε πρηνή θέση κατά τη διάρκεια προπόνησης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία τομογραφία κοιλίας η οποία ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους κυστικού μορφώματος 18 x 12 x 9 εκατοστών στην περιοχή της αριστερής κοιλίας με πιο πιθανή διάγνωση αυτή του κυστικού νεοπλάσματος της ουράς του παγκρέατος. Το μόρφωμα παρουσίαζε εικόνα ρήξης με ενεργό εξαγγείωση στην εσωτερική επιφάνεια αυτού και με μεγάλες συλλογές αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια και υποβλήθηκε άμεσα σε ερευνητική λαπαροτομία η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία του κυστικού νεοπλάσματος της ουράς του παγκρέατος με εικόνα ρήξης. Το νεόπλασμα ήταν στέρεα συμφυόμενο με τον στόμαχο, την σπληνική καμπή και το οπίσθιο περιτόναιο. Πραγματοποιήθηκε περιφερική παγκρεατεκτομή και σπληνεκτομή. Η ασθενής παρουσίασε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα σε πολύ καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική έκθεση αναμένεται.
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος μπορεί να είναι ασυμπτωματικά ακόμα και όταν αποκτήσουν ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος και η ρήξη τους σε περίπτωση τραυματισμού μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία απειλητική για την ζωή του ασθενούς.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

### 309. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η. Γεωργόπουλος, Μ. Χέρα, Γ. Κορδοπάτη, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας
*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι 1. Να προσδιοριστεί η εικόνα εαυτού που έχουν οι ασθενείς με Καρκίνο Πνεύμονα (ΚΠ) σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες σε σχέση με τους παράγοντες που την αποτελούν: α. φυσική εμφάνιση, β. συμπεριφορά, γ. άγχος, δ. πνευματικό και επαγγελματικό επίπεδο, ε. ευτυχία και ικανοποίηση, 2. Να προσδιοριστεί κατά πόσο δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την εικόνα εαυτού, και 3. Να προσδιοριστούν ορισμένοι και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψηπου έχουν οι ασθενείς με ΚΠ σχετικά με τους παραπάνω παράγοντες.
**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 165 ασθενείς με ΚΠ και 212 υγιείς μάρτυρες. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την κλίμακα Piers-Harris και με ένα δεύτερο συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο.
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΚΠ έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους συγκρινόμενοι με υγιείς μάρτυρες. Αναλυτικότερα παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (p=0,001). Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται ανάλογα με την συμπεριφορά των συγγενών τους μεταξύ τους και προς αυτούς, καθώς επίσης και από την συμπεριφορά των σημαντικά άλλων. Η ασθένεια τους θέτει εμπόδια στην σωστή επαγγελματική και πνευματική πορεία (p=0,001), αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι και ευτυχισμένοι συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες και απαιτούν περισσότερη και σαφέστερη ενημέρωση, για θέματα που τους αφορούν. Η ασθένεια και η θεραπεία τους προκαλούν σωματικές αλλαγές που επηρεάζουν την εικόνα τους (p=0,002).
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΚΠ πέραν της οποιασδήποτε χειρουργικής, χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, χρειάζονται παράλληλα ειδική νοσηλευτική και ψυχολογική φροντίδα επί τη βάσει της Ιατρικής του Προσώπου για την πλήρη ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση και πιθανόν και την μακρότερη επιβίωση τους.

# ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ
# ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

**A**
A. BAUMANNII....208
ADENOCARCINOMA ESOPHAGUS....295
ADH....14, 292
ALS....59
AXILLARY WEB SYNDROME....93

**B**
BARRETT ESOPHAGUS....295
B-CATENIN....295
BIOTECHNOLOGY....110

**C**
C. AURIS....63
CANDIDA ALBICANS....146
CANDIDA AURIS....146
CINNAMOMUM ZEYLANICUM BLUME....132
CLABSI....267
CMV....232, 238
COVID-19....58, 60, 177, 179, 214, 238
COXIELLA....238
CRISPR/DCAS9....10
CUSTOM IMPLANTS....130
CYTOF....7

**D**
DAMAGE CONTROL....156
DNA....262
DRESS....241

**E**
EBV....232
E-CADHERIN....295

**G**
GLF16....5
GPRC5D....9

**H**
HIV....277
HLA-G....10
HSV....238

**I**
IN VITRO....293

**K**
K. PNEUMONIAE....206, 208

**L**
LADA....92

**M**
MANAGEMENT....77
MDR-GNBS....208
MRSA....207

**N**
NANOBUBBLE TECHNOLOGY
NANOTECHNOLOGY....110
NEISSERIA GONORRHOEAE....145
NGF....4
NOCARDIA....202, 203

**O**
OMENTAL CAKE....89
ORIGANUM VULGARE L.....132

**P**
P. AERUGINOSA....208
PAGET....165
PASTEURELLA MULTOCIDA....90
PATIENT CENTERED CARE....78
PAXLOVID....60
PDR....206
PET-CT....303

PID....224

**R**

REUTZFELD-JACOB ....65

**S**

SALMONELLA....167
SALVIA ROSMARINUS SPENN. ....132
SARS-CoV-2....179
SHIGELLA FLEXNERI....209
SOS IATPOI ....60
STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA ....205
STREPTOCOCCUS ANGINOSUS....239
STREPTOCOCCUS PYOGENES....199
STRESS ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ....308
SYZYGIUM AROMATICUM L. ....132

**T**

TEVAR....278
THYMUS VULGARIS L. ....132
TREPONEMA PALLIDUM....145

**U**

UM171 ....1

**V**

VIRTUAL SURGICAL PLANNING ....127
VRE....207

**W**

WHIPPLE ....111
WNT....295
WOUND HEALING DISSOLVED OXYGEN
TISSUE REGENERATION ....110

**X**

XDR....206

**Α**


ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....281
ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ.....64
ΑΓΧΟΣ.....58, 308
ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....308
ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ GLP-1.....136
ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ.....229
ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....70, 291
ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER ....149
ΑΕΕ.....57
ΑΕΡΟΒΙΑ.....123
IgA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ.....131
ΑΙΘΥΛΙΣΜΟΣ.....97
ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΕΝΔΟΘΗΛΙΩΜΑ.....71
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ .....204
ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ .....236
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ.....307
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....150, 152, 153, 154, 155
ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ.....206, 207, 208
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΟ.....189
ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΙΑΙΑ
ΚΥΤΤΑΡΑ (HSCS).....1
ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ.....300
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ..... 179, 233
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ.....261
ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ.....186
ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ.....191
ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ..... 183, 186,
..... 195, 197
ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ..... 84
ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ..... 71
ΑΙΩΝΟΒΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....260
ΑΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ.....185
ΑΚΟΟΓΡΑΜΜΑ ..... 181, 211
ΑΚΟΟΜΕΤΡΙΑ.....211
ΑΚΡΑ ΧΕΙΡΑ .....104
ΑΛΚΑΛΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΡΩΝ.....101
ΑΛΚΟΟΛ.....14, 55, 250
ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ..... 96
ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ..... 15
ΑΛΛΟΠΟΥΡΙΝΟΛΗ.....244
ΑΜΟΞΙΚΙΛΛΙΝΗ-ΚΛΑΒΟΥΛΑΝΙΚΟ.....242
ΑΜΥΛΑΣΑΙΜΙΑ..... 17
ΑΜΥΛΟΕΙΔΕΣ.....284
ΑΜΦΙ-ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ .....9
ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗ .....240
ΑΝΑΙΜΙΑ .....191, 228, 236
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ/ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΙΣΕΣ
ΜΟΝΑΔΕΣ ..... 188, 190
ΑΝΑΠΗΡΙΑ..... 54
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....231
ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ.....298
ΑΝΔΡΑΣ..... 99
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ..... 226, 244
ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ..... 99
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ..... 58
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ..... 77
ΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ..... 77
ΑΝΟΙΑ..... 114, 115, 116, 284
ΑΝΟΣΙΑ .....177
ΑΝΟΣΟΓΗΡΑΝΣΗ.....9
ΑΝΟΣΟΔΙΑΦΥΓΗ.....9
ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....6, 237, 290
ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ..... 142, 230
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ.....177
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ .....200
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΟΧΗ..... 10
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ.....38, 107
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....7
ΑΝΟΣΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ..... 10
ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΙΣΗ .....7
ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ .....187
ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ..... 62
ΑΝΤΙΒΙΩΣΗ.....242
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΥΠΟΥ ΟΡΟΝΟΣΙΑΣ .....199
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ..309
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ..... 81
ΑΝΤΙΟΣΤΕΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ..... 21

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ....233
ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ....300
ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΣ....192α
ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΘΥΡΟΞΙΝΗ....29
ΑΝΤΟΧΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ
ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ....192β
ΑΝΩ ΑΚΡΟ....105
ΑΟΥΡΑΜΙΝΗ Ο....201
ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ....244
ΑΠΛΟΤΑΥΤΟΣΗΜΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ
ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ....6
ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ....63
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ... 22, 23, 119, 123, 126, 130
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ....102
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ
ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ....248
ΑΠΟΞΗΡΑΜΕΝΕΣ ΚΗΛΙΔΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΥ
ΤΥΠΟΥ ΜΗΤΡΑΣ....11
ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗ....195
ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗ QUALITY OF LIFE....197
ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ....182
ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ....87
ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ....143
ΑΠΟΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ....20
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ....200
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ....128
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ....301
ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ....52
ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ....159
ΑΡΡΥΘΜΙΑ....138
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ....109
ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ TAKAYASU....247
ΑΣΘΕΝΕΙΣ....59, 60
ΑΣΘΕΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ....78
ΑΣΘΜΑ....56, 231
ΑΣΚΗΣΗ....123
ΑΣΚΗΣΗ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ....12
ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ....219
ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ....59
ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ....245
ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ....92, 290
ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ....87, 304
ΑΥΤΟ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ....42
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ....308
ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ....87
ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ....259

**Β**

Β-ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ....1, 3
ΒΑΚΤΗΡΙΑ....11
ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ....206, 207, 208
ΒΑΛΒΙΔΑ ΚΑΤΑ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ....12
ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ....96
ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ....37
ΒΑΣΙΛΙΑΣ....158
ΒΙΒΛΙΚΟΣ....158
ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ....5, 7, 8
ΒΙΟΗΘΙΚΗ....52
ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗ....254
ΒΙΟΤΡΑΠΕΖΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ....117
ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ....172
ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β12....228
ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ....75
ΒΛΑΒΕΣ....109
ΒΛΑΒΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ....54
ΒΛΕΝΝΩΔΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ....68
ΒΟΤΟΥΛΙΝΙΚΗ ΤΟΞΙΝΗ....180
ΒΟΥΒΩΝΙΚΗ ΜΑΖΑ....170
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ....175
ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ....252

**Γ**

ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ....12
ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟ....121
ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ....41
ΓΕΝΕΤΙΚΗ....13
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ....204
ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ....20, 123
ΓΛΑΥΚΩΜΑ....172
ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ....178

ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ.....183
ΓΛΥΚΟΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ.....148
ΓΝΑΘΟΙ.....21
ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....127
ΓΝΑΘΟΣ.....130
ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ.....20
ΓΟΝΑΤΟ ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....159
ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....2, 3
ΓΡΙΠΗ.....85
Γ-ΣΦΑΙΡΙΝΗ.....1

**Δ**

ΔΑΥΙΔ.....158
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.....108
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.....39
ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ.....202
ΔΕΡΜΟ-ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΑ.....169
ΔΕΣΜΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ.....305
ΔΕΣΜΟΣ.....298
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....83
ΔΗΓΜΑΤΑ.....22
ΔΗΓΜΑΤΑ ΚΥΝΟΣ.....22
ΔΗΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.....22
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ.....95
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....38, 107
ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....27, 92
ΔΙΑΓΕΝΕΑΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ
ΤΥΠΟΥ ΔΕΣΜΟΥ.....298
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....15, 92
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....163
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....59
ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ.....80
ΔΙΑΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ.....41
ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ.....188, 190
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....43
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....251
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ.....179
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΝΗΜΗΣ.....116
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ
ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....24
ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....135, 172
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ.....118
ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ.....81
ΔΙΑΦΟΡΕΣ.....40
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....74
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....43
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ.....260
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....74
ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....182
ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ.....286
ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....75
ΔΙΠΛΗ ΜΕΤΑΛΑΞΗ EGFR.....291
ΔΟΥΓΛΑΣΣΕΙΟΣ.....224
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ
ΖΩΗΣ.....281
ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....183, 186
ΔΥΝΑΠΕΝΙΑ.....44
ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ.....257
ΔΥΣΒΙΩΣΗ.....246, 262, 283
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ.....134
ΔΥΣΦΑΓΙΑ.....124
ΔΥΣΦΩΝΙΑ.....180

**Ε**

ΕΓΚΑΥΜΑ.....105, 106
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ.....124, 125
ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ.....65
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ.....282, 285
ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ.....129
ΕΓΚΥΟΣ.....220
ΕΓΧΟΝΔΡΩΜΑΤΑ.....98
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ.....120
ΕΚΒΑΣΗ.....291
ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ IGA ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....175
ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ.....306
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....120
ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....112
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ.....4

ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ..... 32
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ..... 102, 105, 127
ΕΛΛΑΔΑ ..... 37, 52
ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ..... 127
ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ..... 32
ΕΛΟΝΟΣΙΑ ..... 99
ΕΜΒΟΛΙΑ ..... 200
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ..... 31, 85, 177, 192α, 200
ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ..... 31
ΕΜΕΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ..... 255
ΕΜΠΥΗΜΑ ..... 277
ΕΜΠΥΗΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ..... 266
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ..... 130
ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΑΓΓΕΙΟΜΥΞΩΜΑ ..... 170
ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ..... 84
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ..... 170
ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ..... 222
ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ..... 92
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ ..... 92
ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ BCG ..... 86
ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ..... 261
ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ ..... 81
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ..... 30
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΟ ..... 212
ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ..... 161
ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΑ ΠΟΤΑ ..... 245
ΕΝΕΡΓΟΣ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΤΔΑ ..... 101
ΕΝΗΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ..... 32
ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ ..... 200, 246, 283
ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ..... 200, 283
ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΦΡΑΓΜΟΣ ..... 246
ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ ..... 101
ΕΞΑΝΘΗΜΑ ..... 199
ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ Τ-ΚΥΤΤΑΡΩΝ BCMA ..... 9
ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ..... 160
ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ..... 23
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ..... 117
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ..... 13
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ..... 308
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ..... 58
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ..... 263
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ..... 52, 71, 77
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ..... 37
ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ..... 151
ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ..... 118
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ..... 243
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ ΑΓΓΕΙΟΜΥΞΩΜΑ ..... 170
ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΑ ..... 103
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ..... 39
ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ..... 97
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ..... 185
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΡΙΠΗΣ ..... 85
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ..... 43
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ..... 37
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ..... 281
ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ ..... 221
ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ..... 221
ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ..... 192
ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΣΗ ..... 1
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ..... 52
ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ..... 6
ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ ..... 113
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΥΠΝΩΝ ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ ..... 42
ΕΦΗΒΕΙΑ ..... 178, 179, 289

**Z**

ΖΑΛΗ ..... 251

**Η**

ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ ..... 121, 122, 180
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ..... 31
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ..... 42
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ..... 41
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ..... 60
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ..... 44, 243
ΗΜΙ-ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ..... 142
ΗΠΑΡ ..... 242
ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ ..... 143

ΗΠΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....284
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ.....257
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ.....257

**Θ**

ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ.....186, 195, 197
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....203, 243
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ.....263
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ.....68
3D ΕΚΤΥΠΩΣΗ.....127
ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....194
ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ.....187
ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ.....189
ΘΡΟΜΒΩΣΗ.....186
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ.....28, 92
ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO.....137
ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ.....138

**Ι**

ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΝΗΜΗΣ.....115
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....37, 38, 54
ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ.....39
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....77
ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ.....121
ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ CASTELMAN.....88
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....286
ΙΚΤΕΡΟΣ.....242
ΙΛΙΓΓΟΣ.....251, 259
ΙΝΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.....96
ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS.....235
ΙΣΤΟΙ ΗΠΑΤΟΣ ΠΟΝΤΙΚΟΥ.....11
ΙΣΤΟΡΙΑ.....211, 212
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....214
ΙΣΧΙΑΚΟ.....122
ΙΦΝΕ.....246

**Κ**

ΚΑΒΕΡΓΟΛΙΝΗ.....100
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ.....125
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΠΟΡΩΣΗ.....168
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....24
ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ.....89
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.237
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΩΟΘΗΚΩΝ ΑΣΚΙΤΗΣ.....17
ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ.....40
ΚΑΛΙΟ.....152
ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ.....205
ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....55, 57, 168
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ.....123
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....135
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ.....123
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ.....13
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....138
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.....216, 217
ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....28, 128, 218, 292, 300
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....23
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.....23
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ.....86, 169
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....67, 111
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....302
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....229
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....289
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.....309
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ.....68
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ.....60
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ.....138
ΚΑΤΑΓΜΑ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ.....79, 83
ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ.....82, 157
ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΛΕΙΔΑΣ.....168
ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ.....81, 157
ΚΑΤΑΓΜΑ PIPKIN.....160
ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΟΛΥΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ.....162
ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ.....83
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....58
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ.....192α
ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....40
ΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ.....267

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ..... 64
ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ..... 259
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ..... 62, 63
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ..... 259
ΚΗΛΙΔΟΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ..... 252
ΚΙΝΑΣΗ ..... 304
ΚΙΝΗΤΡΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ..... 299
ΚΙΝΩΜΑ ..... 293
ΚΙΡΣΟΚΗΛΗ ..... 296
ΚΛΙΜΑΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ..... 215
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ..... 137
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ..... 39
ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ ..... 185
ΚΝΗΣΜΟΣ ..... 155
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ ..... 236, 257
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ..... 53, 59
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ..... 55, 56
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ» ΑΣΘΕΝΗΣ ..... 53
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ..... 138
ΚΟΛΠΙΚΟ ΥΓΡΟ ..... 224
ΚΟΣΤΟΣ ..... 76
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ..... 299
ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΙΟ ..... 210
ΚΥΣΤΗ ΙΣΧΙΟΥ ..... 163
ΚΥΣΤΙΚΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ..... 307
ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ..... 5
ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ..... 174
ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΡΟΗΣ ..... 4, 9
ΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ..... 84

**Λ**

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ..... 296
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ..... 306
ΛΕΒΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ ..... 205
ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΑ ..... 33
ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ..... 33
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ..... 164
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ..... 159
ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ..... 87, 303
ΛΕΜΦΟΫΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ..... 219
ΛΕΜΦΩΜΑ ..... 187
ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΡΧΕΟΣ ..... 72
ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ..... 192
ΛΕΥΚΟΠΕΝΙΑ ..... 137
ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ..... 187
ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ..... 151
ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ..... 141, 183
ΛΙΠΩΔΗΣ ΕΜΒΟΛΗ ..... 156
ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ ..... 278
ΛΟΒΟΣ ΑΖΥΓΟΥ ..... 294
ΛΟΓΟΣ ΑΛΒΟΥΜΙΝΗΣ ΠΡΟΣ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ..... 26
ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΠΡΟΣ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ..... 26
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ..... 15, 60, 62, 65, 192α, 231, 262
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ..... 192α, 192β, 278
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ..... 61
ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΝΣ ..... 230
ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΑ ..... 30

**Μ**

ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ..... 24
ΜΕΓΑΛΑ Β ΚΥΤΤΑΡΑ ..... 84
ΜΕΓΙΣΤΗ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ..... 12
ΜΕΘ ..... 262, 266
ΜΕΘΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ ..... 95
ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ ..... 131
ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΧΟΡΙΟΕΙΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ ..... 289
ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ ..... 166
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ..... 141
ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ ARDS ΔΥΣΠΝΟΙΑ ..... 91
ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ 108
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ..... 20
ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΙΣΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ..... 188, 190
ΜΕΤΑΘΕΣΕΙΣ ..... 234

ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ..... 13
ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ EGFR20 ΕΚΒΑΣΗ ..... 70
ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ ..... 194
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ..... 154
ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ..... 229
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ ..... 255
ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ ..... 227
ΜΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ..... 23
ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ..... 234
ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ..... 290
ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ..... 230, 267
ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ..... 61
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ..... 201
ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ..... 200, 246, 262, 283
ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ..... 142
ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ..... 166
ΜΙΚΡΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ..... 4, 8
ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ..... 102
ΜΙΚΤΗ ..... 304
ΜΙΣΧΩΤΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ..... 104
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ..... 267
ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ..... 76
ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ..... 74
ΜΟΝΟΨΗΦΙΑ ΤΙΜΗ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗ ..... 260
ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ..... 117
ΜΟΝΩΤΕΣ ΧΡΩΜΑΤΙΝΗΣ ..... 2
ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ..... 92
ΜΥΕΛΟΓΡΑΜΜΑ ..... 193
ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ..... 193
ΜΥΕΛΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ..... 71
ΜΥΕΛΟΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ..... 4
ΜΥΪΚΗ ΔΥΝΑΜΗ ..... 20
ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ..... 146
ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ..... 201
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ..... 13, 88

**Ν**

ΝΑΝΟ-ΒΙΟΫΛΙΚΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΑΝΘΡΑΚΑ ..... 254
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ..... 250
ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ..... 87
ΝΕΟΓΝΑ ..... 192
ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ..... 37
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ..... 254
ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ ..... 254
ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ..... 282, 285
ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ..... 116
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ..... 282, 285
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ..... 228
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ..... 116
ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΙΣΤΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ..... 254
ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ..... 131
ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ..... 149
ΝΙΤΡΩΔΕΣ ΝΑΤΡΙΟ ..... 95
ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ..... 114
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ..... 133
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ..... 214
ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ..... 116, 284
ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN ..... 198
ΝΟΣΟΣ OLLIER ..... 98
ΝΟΣΟΣ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ..... 114, 115
ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΛΕΓΕΩΝΑΡΙΩΝ ..... 33
ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΠΙΕΣΗ ..... 108
ΝΩΔΟΤΗΤΑ ..... 130

**Ξ**

ΞΑΝΘΕΛΑΣΜΑ ΣΤΑΤΙΝΗ ..... 139

**Ο**

ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ..... 127
ΟΙΔΗΜΑ ..... 159
ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ ..... 305
ΟΛΕΥΡΩΠΕΪΝΗ ..... 293
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ..80, 164
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ..... 165, 167

ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ..... 221
ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ..... 40
ΟΝΔΑΝΣΕΤΡΟΝΗ ..... 255
ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ..... 306
ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ..... 226
ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ..... 248
ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ..... 172
ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ..... 138
ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ..... 16
ΟΠΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ ..... 172
ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ..... 172
ΟΠΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟ ..... 172
ΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΧΟΙ ..... 109
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ..... 129
ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ..... 188, 190
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ..... 188
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ..... 159
ΟΡΟΝΟΣΙΑ ..... 199
ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ..... 161, 243
ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ..... 21
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ..... 79, 83, 158
ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ..... 160
ΟΣΦΡΗΤΙΚΟ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ..... 251
ΟΥΡΗΘΡΑ ..... 210
ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ ..... 210
ΟΦΕΛΟΣ ..... 76

## Π

''ΠΑΓΙΔΕΥΜΕΝΟΣ'' ΠΝΕΥΜΩΝ ..... 288
ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ..... 111
ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ..... 111
ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ..... 91, 220
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ ..... 302
ΠΑΘΟΛΟΓΙΕΣ ..... 246
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ..... 92
ΠΑΙΔΙΑ 4 ΜΕ 18 ΕΤΩΝ ..... 175
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ..... 192α
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ..... 174, 200, 296, 297
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ..... 209
ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ..... 76
ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ..... 117
ΠΑΝΔΗΜΙΑ ..... 58, 60
ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ..... 193, 240
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ..... 128
ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ..... 281
ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗ ..... 153
ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ..... 153
ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ ..... 54
ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΟΙ ΚΟΛΠΟΙ ..... 212
ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ..... 53
ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ..... 235
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ..... 38
ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ..... 86
ΠΑΡΕΣΗ ..... 182
ΠΑΡΩΝΥΧΙΑ ..... 132
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ..... 108, 109, 136, 178
ΠΕΡΙΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ..... 224
ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ..... 167
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ..... 138
ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ ..... 89
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΣ ..... 259
ΠΕΡΟΝΙΑΙΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ..... 127
ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ..... 9
ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ..... 73
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ..... 22, 23
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ..... 106
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ..... 102, 103
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΙΣΧΩΤΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ..... 105
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΥΜΕΝΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ ..... 104
ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ..... 219
ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ ..... 302
ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΙΑ ..... 148
ΠΛΕΥΡΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ..... 148
ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ ..... 234

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ....203
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ....192β
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ....278
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ....192β
ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑ....290
ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ....248
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ....55, 123, 218
ΠΟΛΕΜΙΚΑ....166
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ....77
ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ....289
ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ....286
ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ....4, 5, 7, 8, 9, 73
ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ....208
ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ....30
ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ....192β
ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ....166
ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΑ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ....6
ΠΟΛΥΚΑΤΑΓΜΑΤΙΑΣ....156
ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ....13
ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΜΑΖΑΣ....7
ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ....290
ΠΟΝΟΣ....159
ΠΟΣΟΣΤΟ....138
ΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ....257
ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΑ....246, 262
ΠΡΟΓΝΩΣΗ....68
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ....40
ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ....181
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ....221
ΠΡΟΛΗΨΗ....79
ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ....38, 39, 107
ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ....233
ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ....39
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ AMIS....160, 161
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ....251
ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ....78
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ....40
ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ....41
ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ....156
ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ....128
ΠΡΩΙΝΟ ΓΕΥΜΑ....178
ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗ....11
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ....250
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ....16, 79
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ....38, 107
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ....294
ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ....224
ΠΥΛΑΙΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ....239
ΠΥΟΓΟΝΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ....143
ΠΥΡΕΤΟΣ....185, 303
ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ....247
ΠΥΡΕΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ....144
ΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ....122

**Ρ**

ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ....101
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ....120
ΡΗΞΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ....171
ΡΙΓΟΣ....255
ΡΙΝΟΣ....212
ΡΥΘΜΟΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ....26

**Σ**

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1....198
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2....26, 133, 134, 136
ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ....223
ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ....44
ΣΑΡΚΩΜΑ....113
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)....145
ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ....191
ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΙ ΜΥΕΣ....234
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ....16, 59
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ....297
ΣΠΑΣΜΩΔΙΚΗ ΔΥΣΦΩΝΙΑ....180

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ ..... 301
ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ..... 240
ΣΠΛΗΝΑΣ ..... 87
ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ ..... 303
ΣΠΟΓΓΩΔΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΕΣ ..... 65
ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ..... 52
ΣΤΑΤΙΝΗ ..... 226
ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ..... 77
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ..... 123
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ..... 128
ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ..... 129
ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ..... 263
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ..... 298
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ..... 77
ΣΤΡΕΣ ..... 58, 174
ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ..... 125
ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ CMV-EBV ..... 232
ΣΥΜΜΕΤΡΙΚΗ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΛΙΠΩΜΑΤΩΣΗ ..... 97
ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ..... 140
ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ..... 304
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΣΗΠΤΩΝ ΣΠΛΗΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ..... 87
ΣΥΝΔΡΟΜΟ GUILLAIN-BARRÉ ..... 232
ΣΥΝΔΡΟΜΟ «ΠΑΓΙΔΕΥΜΕΝΟΥ» ΠΝΕΥΜΟΝΑ ..... 288
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΡΦΥΡΩΝ ΟΥΡΩΝ ..... 100
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ..... 306
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ..... 37, 74
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΚΙΝΗΤΑ ..... 117
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ..... 77
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ..... 175
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ..... 84
C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ..... 149
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ..... 21, 175
ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΑΦΑΣΙΑ ..... 126
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΠΑΝΑΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ..... 151

**Τ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ..... 259
TAFRO ΣΥΝΔΡΟΜΟ ..... 88
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ..... 138
ΤΕΛΟΣ ΖΩΗΣ ..... 52
ΤΕΤΑΝΟΣ ..... 90
ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ ..... 54
ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗ ..... 114, 116
ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ..... 21
ΤΙΚΤΟΚ ..... 27
ΤΙΜΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ..... 192
Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ..... 9, 10
ΤΟΚΟΦΕΡΟΛΗ ..... 172
ΤΟΠΙΚΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ ..... 103, 104
ΤΡΑΝΕΞΑΜΙΚΟ ΟΞΥ ..... 188
ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΝΕΣ ..... 242
ΤΡΑΥΜΑ ..... 104, 105,
ΤΡΑΥΜΑΤΑ ..... 166
ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ..... 74
ΤΡΙΙΔΩΘΥΡΟΝΙΝΗ ..... 136
ΤΡΙΜΕΘΟΠΡΙΜΗ/ΣΟΥΛΦΑΜΕΘΟΞΑΖΟΛΗ (TMP-SMX) ..... 205
ΤΡΙΦΘΟΡΟΞΙΚΟ ΟΞΥ ..... 11
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ..... 304
ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ..... 32
ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ..... 24
ΤΥΜΠΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ..... 211

**Υ**

ΥΓΕΙΟΜΕΤΡΟ ..... 42
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ..... 58
ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ..... 227
ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ..... 196
ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ..... 196
ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ..... 150
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ..... 108, 109, 138
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ..... 74, 77

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ..... 29
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ..... 228
ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ..... 82
ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ..... 7
ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ ..... 227
ΥΠΟΠΕΡΙΟΣΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ..... 130
ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ..... 8
ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ ..... 306

**Φ**

ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑ ..... 112
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ..... 172
ΦΑΣΜΑΤΟΜΕΤΡΙΑ ΜΑΖΑ ..... 11
ΦΘΟΡΙΣΜΟΣ ..... 201
ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ..... 194
ΦΛΕΓΜΟΝΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ..... 306
ΦΛΕΓΜΟΝΗ ..... 174, 246
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ... 224
ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ..... 40
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΑΤΟΣ ..... 74
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ..... 214
ΦΤΩΧΕΙΑ ..... 56
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ..... 89, 223, 261
ΦΥΣΙΚΟ ΣΚΕΥΑΣΜΑ ..... 132
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ..... 159
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ..... 24
ΦΩΣΦΟΚΡΕΑΤΙΝΙΚΗ ..... 304

**Χ**

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ..... 296, 297
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ..... 161
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ..... 129
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ..... 113
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ..... 111
ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ..... 225, 239
ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ ..... 242
ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ..... 242
ΧΟΝΔΡΟΣΑΡΚΩΜΑ ..... 98
ΧΡΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ..... 190
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ..... 55
ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ..... 184
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ..... 26, 154, 155
ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ..... 184, 266

**Ψ**

ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΗ ..... 168
ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ
ΕΞΥΠΝΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ..... 117
ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ ..... 41, 116
ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ..... 214
ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ..... 19
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ..... 58, 308
ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ..... 52
ΨΥΧΩΣΙΚΗ ..... 228

**Ω**

ΩΜΑΛΓΙΑ ..... 119
ΩΤΟΑΚΟΥΣΤΙΚΕΣ ΕΚΠΟΜΠΕΣ ..... 181
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ ..... 74