



vildagliptin/metformin
ZOMARIST®



vildagliptin
JALRA®



GR1511406268

flyngcolours

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: Novartis Europharm Limited
Τοπικός αντιπρόσωπος: Novartis (Hellas) A.E.B.E., 12ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών-Λαμίας, 144 51 Μεταμόρφωση, Τηλ: 210 2811712

Γραφεία Θεσσαλονίκης: 12ο χλμ. Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανιών,
Κτίριο Βρονά - 2ος όροφος, 57001 Θέρμη, Τηλ: 2310 421023 - 24

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 2828812

www.novartis.gr

www.winmedica.gr

Για περαιτέρω επιστημονικές πληροφορίες
απευθυνθείτε στο ιατρικό τμήμα της WinMedica

WinMedica
Serving Health for Life

Επιστημονική Ενημέρωση: WinMedica A.E.
Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35 Τ.Κ. 15238, Χαλάνδρι.
Τηλ. 210 7488821, 210 7488860 • Fax: 210 7488827

Γραφεία Θεσσαλονίκης: Εθν. Αντιστάσεως 74 & Αίαντος, Τ.Κ. 55133
Τηλ. 2310488658 • Fax: 2310 488659



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος
Ματίνα Παγώνη
Συν. Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.
Αθήνα

Αντιπρόεδροι
Χαράλαμπος Γώγος
Καθηγητής Παθολογίας
Πάτρα

Απόστολος Χατζητόλιος
Καθηγητής Παθολογίας
Θεσσαλονίκη

Γενικός Γραμματέας
Ιωάννης Κυριαζής
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
Αθήνα

Ειδικός Γραμματέας
Στυλιανός Καραταπάνης
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
Ρόδος

Ταμίας
Ιωάννης Χατζηγεωργίου
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
Σύρος

Μέλη
Αχιλλέας Γκίκας
Καθηγητής Παθολογίας
Ηράκλειο, Κρήτη
Σοφία Ζαφειράτου
Παθολόγος
Κεφαλλονιά

Στέφανος Μυλωνάς
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
Τρίκαλα

Δημήτριος Παπάζογλου
Καθηγητής Παθολογίας
Αλεξανδρούπολη

Χρήστος Σαββόπουλος
Καθηγητής Παθολογίας
Θεσσαλονίκη

Αθήνα, Φεβρουάριος 2019

Αγαπητή/έ Φίλη/ε,

Το τριμηνιαίο ιατρικό περιοδικό «HJM» συμπλήρωσε ήδη το τριακοστό χρόνο κυκλοφορίας του, με αποδέκτες 10.000 ιατρούς σ' όλη την χώρα (συμπεριλαμβανομένων της διανομής του περιοδικού HJM στα Ιατρικά Συνέδρια), με ετήσιο κόστος παραγωγής - εκτύπωσης - ταχυδρόμησης και των 4 τευχών, συνολικά, περίπου στα 80 Ευρώ.

Ως γνωστόν, το Περιοδικό «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση - Hellenic Journal Of Medicine - HJM» βασίζεται οικονομικά, αποκλειστικά, στις χορηγίες και τις δωρεές των φίλων του και δεν λαμβάνει κρατική χορηγία. Προκειμένου το περιοδικό HJM να συνεχίσει την απρόσκοπτη έκδοσή του θα ήταν σημαντική και η δική σας οικονομική συμβολή.

Το ετήσιο κόστος Συνδρομής του περιοδικού (4 τεύχη) ανέρχεται στα 80 ευρώ για Ιδρύματα, Εταιρείες, στα 40 ευρώ για Ιατρούς, στα 30 ευρώ για Φοιτητές Ιατρικής, και για το εξωτερικό σε 100 ευρώ.

Το ετήσιο κόστος της συνδρομής του περιοδικού της εταιρείας, για τα ενεργά μέλη της «Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος» περιλαμβάνεται στην ετήσια συνδρομή τους.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις Ετήσιες Συνδρομές του Τριμηνιαίου Ιατρικού Περιοδικού «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση - Hellenic Journal Of Medicine - HJM» παρακαλούμε επικοινωνήστε τηλεφωνικώς: Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966, Κινητό Τηλ.: 6944 304490 ή μέσω email: medicine@vegacom.gr

Με εκτίμηση,
Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

HELLENIC JOURNAL OF MEDICINE

Ανακοίνωση

**Το Ιατρικό Περιοδικό
«Ελληνικό Ιατρική Επιθεώρηση»
-«Hellenic Journal of Medicine»
με τις αποφάσεις του Υπουργού Υγείας
και του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας - ΚΕ.Σ.Υ
Αριθμός Πρωτ. ΔΥ2α/Γ.Π. 36548 τής 14/4/2003
οι οποίες δημοσιεύθηκαν
στο Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
-Φ.Ε.Κ. 546: 07-05-2003
όπως επισήμως επικαιροποιήθηκαν την 4η Ιουλίου 2018
συμπεριλαμβάνεται στα Κορυφαία Ιατρικά
Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, στα οποία
οι δημοσιευμένες εργασίες των Ιατρών
αποτελούν κριτήριο συγκριτικής
αξιολόγησης για την κατάληψη
θέσεως του κλάδου Ιατρών του
Εθνικού Συστήματος Υγείας - Ε.Σ.Υ.**



Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος

Ερμού 57, 3ος όροφος – Τ.Κ. 54636 Θεσ/νίκη - Τηλ: 2313 303480
Fax: 2310994773 – Α.Φ.Μ.: 998209271 – Δ.Ο.Υ.: Ι' Θεσ/νίκης
Email: info@epe.edu.gr, www.epe.edu.gr

Internal Medicine Society of Greece



Επαγγελματική Ενωση Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε)

ΕΔΡΑ: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης-Πανεπιστημιακή Παθολογική
Κλινική Βιόπολης Τ.Κ 41110-ΛΑΡΙΣΑ - Τηλ.: 2310 994770
Fax: 2310994773 - e-mail: eepe2014@gmail.com / eepe2014.blogspot.gr

Hellenic Professional Union of Internists (H.P.U.I.)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ματίνα Παγώνη Συν. Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αθήνα
Αντιπρόεδροι	Χαράλαμπος Γώγος Καθηγητής Παθολογίας, Πάτρα Απόστολος Χατζητόλιος Καθηγητής Παθολογίας, Θεσ/νίκη
Γεν. Γραμματέας	Ιωάννης Κυριαζής Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Αθήνα
Ειδ. Γραμματέας	Στυλιανός Καραταπάνης Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ρόδος
Ταμίας	Ιωάννης Χατζηγεωργίου Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Σύρος
Μέλη	Αχιλλέας Γκίκας Καθηγητής Παθολογίας, Ηράκλειο, Κρήτη Σοφία Ζαφειράτου Παθολόγος, Κεφαλλονιά Στέφανος Μυλωνάς Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Τρίκαλα Δημήτριος Παπάζογλου Καθηγητής Παθολογίας, Αλεξ/πολη Χρήστος Σαββόπουλος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης

ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ευάγγελος Τούλης Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσ/νίκη
Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη
Γεν. Γραμματέας	Σόλων Κωτούλας Ελεύθερος Επαγγελματίας, Τρίκαλα
Αναπλ. Γεν. Γραμματέας	Ανδρέας Πάγκαλης Ελεύθερος Επαγγελματίας, Αθήνα
Ταμίας	Δημήτριος Βήτος Ελεύθερος Επαγ/τίας, Καρδίτσα
Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης	Ηλίας Τσέρκης Ελεύθερος Επαγγελματίας Ρόδος
Υπεύθυνος Διοικητικών & Νομικών Θεμάτων	Μάριος Πυρπασόπουλος Ελεύθ. Επαγ/ματίας Χαλκιδική
Υπεύθυνος Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης	Αντώνιος Αντωνιάδης Ελεύθ. Επαγ/τίας Αθήνα
Υπεύθυνος Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων	Παναγιώτης Χαλβατσιώτης Πανεπιστημιακός, Αθήνα

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ε.Π.Ε. | ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΚΩΤΟΥΛΑΣ ΣΟΛΩΝ: Ομάδα Εργασίας Επαγγελματικών Θεμάτων & Δεοντολογίας
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ: Ομάδα Εργασίας Προπτυχιακής, Μεταπτυχιακής, Δια Βίου Εκπαίδευσης & Θεμάτων Ειδικευομένων
ΣΚΟΥΤΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: Ομάδα Εργασίας Αγωγής Υγείας & Ενημερωτικών Εκδηλώσεων για το Κοινό
ΚΩΤΣΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ: Ομάδα Εργασίας Περιοδικού
ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ: Ομάδα Εργασίας Γηριατρικής
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ: Ομάδα Εργασίας Αρτηριακής Υπέρτασης
ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ: Ομάδα Εργασίας Δυσλιπιδαιμιών
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ: Ομάδα Εργασίας Σακχαρώδη Διαβήτη
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ: Ομάδα Εργασίας Παχυσαρκίας – Καπνίσματος – Διαταραχών Ύπνου
ΞΑΝΘΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ: Ομάδα Εργασίας Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων & Θρομβοεμβολικών Νόσων
ΨΩΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ: Ομάδα Εργασίας Λοιμώξεων
ΜΠΟΥΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ (ΝΟΤΑ): Ομάδα Εργασίας Ανοσολογίας – Ρευματικών Νοσημάτων
ΣΙΝΑΚΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ: Ομάδα Εργασίας Νοσημάτων Ήπατος
ΚΩΤΟΥΛΑΣ ΣΟΛΩΝ: Ομάδα Εργασίας Αγγειολογίας – Υπερήχων
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΘΑ: Ομάδα Εργασίας Αναπνευστικών & Αλλεργικών Παθήσεων

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΑΘΗΝΑ: Ομάδα Εργασίας Στερεάς Ελλάδας
ΓΕΩΡΓΑΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΣΠΑΡΤΗ: Ομάδα Εργασίας Πελοποννήσου
ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ, ΚΡΗΤΗ: Ομάδα Εργασίας Κρήτης
ΚΑΝΕΛΛΟΥ ΑΝΝΑ, ΤΗΝΟΣ: Ομάδα Εργασίας Νοτίου Αιγαίου
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ: Ομάδα Εργασίας Θράκης
ΦΩΤΙΑΔΗΣ ΣΠΥΡΟΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ομάδα Εργασίας Μακεδονίας
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΤΡΙΚΑΛΑ: Ομάδα Εργασίας Θεσσαλίας
ΜΗΛΙΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ: Ομάδα Εργασίας Ηπείρου
ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ ΣΟΦΙΑ, ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑ: Ομάδα Εργασίας Νήσων Ιονίου
ΒΟΥΤΣΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, ΛΗΜΝΟΣ: Ομάδα Εργασίας Νήσων Βορείου Αιγαίου

Α' ΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ Ανδρέας Πάγκαλης
ΜΕΛΗ Σοφία Αραμπατζή
Μπετίνα Κρουμπολής
Δημήτριος Αλεγκάκης
Σοφία Διαμαντίδου

Β' ΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ Παν. Χαλβατσιώτης
ΜΕΛΗ Σταματίνα Παγώνη
Ξενοφών Κροκίδης
Ηρακλής Τσανεκίδης
Μάρθα Αποστολοπούλου

ΒΟΗΘΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΗΜ

Υπεύθυνη Επικοινωνίας Περιοδικού:
Ανθή Π. Αδαμοπούλου (Αθήνα)
email: adamopoulou@vegacom.gr,
Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966.
Βοηθός Συντάξας Περιοδικού:
Ελένη Καρλάφτη
(Ιατρός, MD, PhD, Θεσ/νίκη)

Επιμέλεια Σελίδας Συνεδρίων:
Αποστολοπούλου Μάρθα
(Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Θεσ/νίκη)
Επιμέλεια Θεμάτων ειδικότητας:
Αλ. Μουρουγκάκης
(Ειδ. Παθολογίας, Θεσ/νίκη)
Επιμέλεια Επαγγελματικών Θεμάτων:

Κωτούλας Σόλων (Ελεύθ. Επαγγελματίας, Τρίκαλα)
Βιβλιογραφική ενημέρωση:
Τζόμαλος Κωνσταντίνος
(Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Θεσ/νίκη)
Επιμέλεια θεμάτων συναφών ειδικοτήτων:
Κανέλλος Ηλίας
(Ειδ. Καρδιολογίας, Θεσ/νίκη)

Τριμηνιαίο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Ιδιοκτήτης-Εκδότης: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Τηλ.: 210 8980461, 210 8037966, Fax: 210 8986265

url: [http:// www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr)

email: medicine@vegacom.gr, email: hjm@vegacom.gr

Εκδίδεται από την Εταιρία:

“VEGA E.C.M. Εκδοτική, Διαφημιστική,
Εκθεσιακή, Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε.”

Πρόεδρος Δ.Σ.: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Έδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47, Γλυφάδα, 166 74

Owner - Publisher: Dimitrios I. Gkrillas

President and CEO at “VEGA E.C.M. LTD”

www.vegacom.gr - email: chairman@vegacom.gr

45 - 47, Ioustinianou Str. 166 74, Glyfada, Aixoni, Hellas.

Tel.: + 30 210 8980461, + 30 210 8037966, Fax: + 30 210 8986265

Πρόεδρος Συντακτικής
Επιτροπής

Ματίνα Παγώνη

Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γ. Γεννηματάς
Director of C Pathological Clinic, Hospital G. Gennimatas, Athens.

Διευθυντής Συντάξεως

Χρήστος Σαββόπουλος

Καθηγητής Παθολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Editor In Chief

Matina Pagoni

Director of C Pathological Clinic, Hospital G. Gennimatas, Athens

Managing Editor

Christos Savopoulos

Professor in Internal Medicine, Medical School Aristotle University Of Thessaloniki,
AXEPA General Hospital, Thessaloniki.

Εκτύπωση-Βιβλιοδεσία LITHOS O.E.

Τιμή Τεύχους 1 λεπτό Ευρώ - 1 Eurocent Ετήσιες Συνδρομές: Ιατροί 40 ευρώ, Φοιτητές Ιατρικής 30 ευρώ
Ιδρύματα - Εταιρείες 80 ευρώ, Συνδρομές εξωτερικού 100 ευρώ

Τα μέλη της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος και της Επαγγελματικής Ενώσεως Παθολόγων Ελλάδος λαμβάνουν το
Περιοδικό Δωρεάν (περιλαμβάνεται στην ετήσια συνδρομή τους). Πληροφορίες: et.pathologies@hotmail.com

Παλαιότερα τεύχη του περιοδικού “H J M” καθώς και δημοσιευμένα Γραπτά Συμπόσια Ιατρικής μπορείτε να δείτε
στην ιστοσελίδα της εταιρίας “VEGA E.C.M. Ε.Π.Ε.”: www.vegacom.gr στην Ενότητα: Εκδόσεις - Συνέδρια.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, ολική ή μερική ή περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή απόδοση του περιεχο-
μένου του περιοδικού H J M με οποιονδήποτε τρόπο, μηχανικό, ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογράφησης ή άλλο, χωρίς προηγούμενη
γραφτή άδεια του Εκδότη. Νόμος 2121/1993 και Κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα.

©2019 Hellenic Journal of Medicine. All rights reserved. Nothing appearing in Hellenic J Med may be reprinted, reproduced or
transmitted, either wholly or in part, by any electronic or mechanical means, without prior written permission from the publisher.
Hellenic J Med®Registered in the GR Patent and Trademark Office.



www.vegacom.gr

1996

Συνεδριακή - Εκθεσιακή Εταιρία
Ιατρικά Συνέδρια - Συμπόσια - Ημερίδες
Congress - Event - Exhibitions - Conferences



Mr. Dimitrios Gkrillas
Founder - Owner



Γλυφάδα - Χαλάνδρι . Τηλ.: 210 8980461 - 210 8037966
Έδρα Εταιρίας : Ιουστινιανού 45 - 47 , Γλυφάδα , Αιξωνή , 166 74
www.vegacom.gr, email: info@vegacom.gr

Follow Us In Social Networks



Συντακτική Επιτροπή

Αλφαβητικώς

Αλεξανδρίδης Θεόδωρος

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Γαρύφαλλος Αλέξανδρος - Αναστάσιος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γκίκας Αχιλλέας

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Γώγος Χαράλαμπος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος

Καθηγητής Θεραπευτικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ελισάφ Σ. Μωυσής

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ζεμπεκάκης Παντελής

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ηλιοδρομίτης Ευστάθιος

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Kantartzis Konstantinos

MD Department of Internal Medicine Division of Endocrinology, Diabetology Nephrology, Vascular Disease and Clinical Chemistry, University of Tübingen, Germany

Κολιάκος Γεώργιος

Καθηγητής Βιοχημείας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μαλτέζος Ευστράτιος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Mantzoros Christos

MD DSc PhD h.c. Editor in Chief, Metabolism, Clinical and Experimental Professor of Medicine, Harvard Medical School, Cambridge, U.S.A.

Μηλιώνης Χαράλαμπος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Bakris George

MD, F.A.S.H., F.A.S.N. Professor of Medicine Director, ASH Comprehensive Hypertension Center The University of Chicago Medicine, Chicago, U.S.A.

Μπούρα Παναγιώτα

Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ντουράκης Σπυρίδων

Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Παπάζογλου Δημήτριος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Παπάνας Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Παπανδρέου Χρήστος

Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Spyridopoulos Ioakim

Professor of Cardiology Chairman of Cardiovascular Gerontology, Institute of Genetic Medicine, Newcastle University, Newcastle, United Kingdom

Συρίγος Ν.Κωνσταντίνος

Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Tsakiris A. Dimitrios

Professor of Medicine, MD, Diagnostic Hematology University Hospital Basel, Switzerland

Τσάπας Απόστολος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

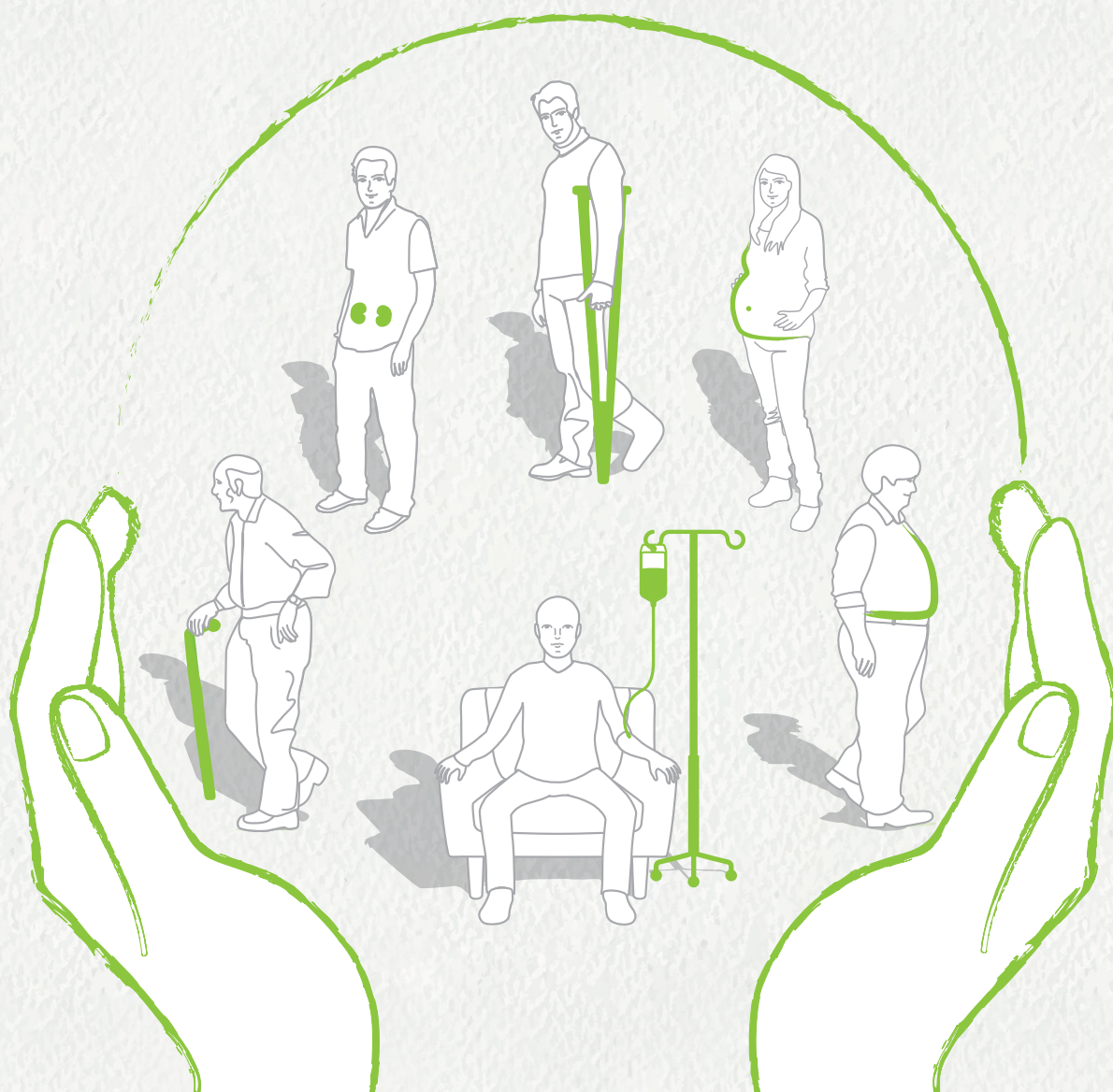
Χατζητόλιος Απόστολος,

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

HJM

innohep[®]

tinzaparin sodium



LEO copyright Innohep adv MAT-08721 APR 2017 ALL LEO TRADEMARKS MENTIONED BELONG TO THE LEO GROUP

...ιδιαίτερη φροντίδα

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες επικοινωνήστε με την:

LEO Pharmaceuticals Hellas S.A.

Λ. Κύμης & Σενέκα 10, 14564 - Κηφισιά, Τηλ. 212 2225000, Fax. 210 6834342 <http://www.leo-pharma.gr>

LEO[®]



**Τεύχος - Αφιέρωμα στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζομένης
Εκπαιδεύσεως στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή
Συμμετοχή της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα, 20 - 24 Φεβρουαρίου 2019**

**5th Panhellenic Congress on Continuing Education In Internal
Medicine with International Participation
20 - 24 / 2 / 2019 Zappeion Mansion, Athens**

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ

«ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ»

ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. **14**
ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ. **14**

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΝΕΦΡΟΥ. **15**

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΑΛΑΚΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ. **15**

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ

«ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ»

ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ (ADPKD): ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ. **17**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ. **17**

ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ. **18**

ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΩΣΗ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ. **18**

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ «ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΝΕΟΥΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥΣ»

ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΑΣ ΣΥΧΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ. **19**

ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ. **19**

ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ. **20**

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ. **20**

“ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ”. **21**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ..... 22-24

01. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟ-

ΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ..... **22**

02. ΠΑΡΕΤΙΚΗ ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ (ΠΙ) ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ..... **22**

03. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΩΣ..... **23**

04. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΝΗ 4-10 NG/ML (ΓΚΡΙΖΑ ΖΩΝΗ) ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ..... **23**

05. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΜΕ ΔΕΝΟΣΟΥΜΑΜΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ..... **23**

06. ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013-2018..... **24**

07. ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΙΝΩΣΗΣ/ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C..... **24**

08. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Ν-ΓΛΥΚΑΝΗΣ ΟΡΟΥ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... **25**

09. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5..... **25**

10. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΡΡΩΣΗ..... **26**

11. Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ..... **26**

12. ΜΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ..... **27**

13. ΝΕΑΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ (NA) ΜΕ ΥΠΟΦΥΣΙΟΓΕΝΗ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟ..... **28**

14. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΧΘΗΚΕ ΜΕ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ..... **28**

15. ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ TORS-

ADES DE POINTES.....	29	38. ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ.ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΝ ΒΕΡΟΙΑΣ	41
16. ΓΛΥΚΑΓΟΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING ΛΟΓΩ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΩΔΕΚΑ-ΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	29	39. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ	41
17. ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ.....	30	40. ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΥΠΟ Η΄ ΧΩΡΙΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	42
18. ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ.....	30	41. ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	42
19. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΕΝΑΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	30	42. PARVO ΙΟΣ B19: ΜΙΑ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΓΝΟΟΥΜΕ ΕΝ ΜΕΣΩ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΙΛΑΡΑΣ.....	43
20. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ (ΣΒΙ)	31	43. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2018.....	43
21. ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΒΑΣΗ	32	44. ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΩΝ GRAM ΚΟΚΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ.....	44
22. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ Η΄ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	32	45. ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ.....	45
23. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΙΑΕΕ)	33	46. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ	45
24. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΕΩΝ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ.....	33	ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ.....	46-76
25. ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	34	01. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	46
26. ΜΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	34	02. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΑΙΜΙΑ.....	46
27. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΣΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ (ΝΟΑΣ).....	35	03. ΒΑΡΙΑ ΜΟΡΦΗ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ.....	46
28. ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.....	35	04. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑΣΤΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΑΕΕ.....	47
29. ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ.....	36	05. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ.....	47
30. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ MMP-9 ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΓΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	37	06. ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ- ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ.....	49
31. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ.....	37	07. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ.....	50
32. Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΩΔΥΝΗΣ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΑΤΑΙ ΑΜΕΣΩΣ;.....	38	08. IRIS & LATE PRESENTERS.ΕΝΑΣ ΕΜΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΓΡΙΦΟΣ.....	50
33. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ.....	38	09. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ.....	50
34. ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΟΞΕΩΣ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ.....	39	10. INTENTIONAL CHLOROFORM OVERDOSE CAUSING RHABDOMYOLYSIS AND DELAYED LIVER INJURY:A CASE REPORT(E-POSTER).....	51
35. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	39	11. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	52
36. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	40	12. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ.....	52
37. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 3ΜΗΝΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΙΚΗ ΔΙΣΜΟΥΤΑΣΗ, Α-ΛΙΠΟΙΚΟ ΟΞΥ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β12 AND ΑΚΕΤΥΛ- L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗ, ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.....	40	13. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΚΝΣ ΑΠΟ NOCARDIA FARCIACA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.....	53
		14. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΚΑΠΗ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	53
		15. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	

ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	54	ΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ.....	64
16. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΛΗΨΗ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ, ΜΣΑΦ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΗΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	54	38. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΒΑΚΚΙΝΙΟΥ ΜΑΚΡΟΚΑΡΠΟΥ (CRANFIX) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	65
17. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ).....	55	39. Η ΑΟΡΤΙΤΙΔΑ ΣΑΝ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑΣ.....	65
18. Η ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΣ ΚΟΙΝΟΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ.....	55	40. ΟΞΕΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΙΟ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.....	66
19. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ	56	41. ΒΑΡΙΑ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ	66
20. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ.....	56	42. ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ LISTERIA ΜΟΝΟ CΥΤΟΓΕΝΕΣ-ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ	67
21. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΙΛΕΟΥ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ.....	57	43. Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΡΟΣΟΥΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ HDL - ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	67
22. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	57	44. ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN: Ο "ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΥΠΟΠΤΟΣ" ΣΕ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ.....	68
23. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ.....	58	45. ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΕΙΔΕΙΝΩΣΗ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	68
24. ΠΥΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	58	46. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ M.MALMOENSE.....	69
25. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΟΙΔΗΜΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΠΙΡΟΞΙΚΑΜΗΣ.....	59	47. ΑΤΥΠΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ.....	69
26. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΗΠΑΤΟΣ.....	59	48. ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ ΑΠΟ CORYNOBACTERIUM ULCERANS.....	70
27. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΟΥΡΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ.....	60	49. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	70
28. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣΟΞΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ.....	60	50. ΑΙΤΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ) ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	71
29. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C- ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	61	51. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ NTREGS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕΛ ΚΑΙ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	71
30. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ GROHN- ΜΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	61	52. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ.....	72
31. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΟΡΕΙΑ-ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΜΥΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	62	53. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	72
32. ΝΟΣΟΣ WILSON ΠΡΟΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΛΙΓΕΣ ΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	62	54. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	73
33. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WERNICKE-KORSAKOF ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	63	55. ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ.....	73
34. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΜΕΛΛΑΓΓΙΑΣ ΜΕ TRIFLUSAL	63	56. ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΛΗΜΜΥΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΑΝΔΡΑ-ΑΤΤΙΚΗΣ.....	74
35. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PILATES ΜΕ ΕΛΒΕΤΙΚΗ ΜΠΑΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ.....	63	57. ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΦΝΕ.....	74
36. ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING.....	64	58. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (Α.Ε.Ε.).....	75
37. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ: ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2016-2017, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΘΕ-		59. ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ.....	75
		60. ΝΟΣΟΣ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	76

Αφιέρωμα στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζομένης Εκπαιδύσεως στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα, 20 - 24 Φεβρουαρίου 2019

5th Panhellenic Congress on Continuing Education In Internal Medicine with International Participation

20 - 24 / 2 / 2019 Zappeion Mansion , Athens

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ «ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ»

ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κακασής Αθανάσιος, Μαυροειδής Ιωάννης, Βαρελάς Παναγιώτης, Κουτετέ Δήμητρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα
Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ Γεννηματάς», Αθήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρανεοπλασματική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση (PCD) είναι ένας ειδικός τύπος παρανεοπλασματικού συνδρόμου (PNS) που οφείλεται σε εκτεταμένη εκφύλιση των κυττάρων Purkinje, με ποικίλωση συμμετοχή άλλων φλοιωδών παρεγκεφαλιδικών νευρώνων, εν τω βάθει παρεγκεφαλιδικών πυρήνων και νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικών οδών. Οι ασθενείς τυπικά αναπτύσσουν παρεγκεφαλιδική αταξία, δυσμετρία, νυσταγμό, διπλωπία, ίλιγγο και δυσαρθρία, τα οποία συχνά προηγούνται της διάγνωσης του καρκίνου. Η PCD έχει συσχετισθεί με μια ποικιλία ογκονευρωνικών αντισωμάτων που περιλαμβάνουν Hu, Yo, Ri, Tr, Zic4, mGluR1, και VGCC. Οι όγκοι που απαντώνται συχνότερα είναι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα (SCLC), ο καρκίνος του μαστού και των ωοθηκών και το λέμφωμα Hodgkin.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για γυναίκα 75 ετών που διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας αιτιώμενη ζάλη περιστροφικού τύπου και αστάθεια βάδισης από 2ημέρου. Κατά την κλινική εξέταση η ασθενής παρουσιάζει οριζόντιο – οριζοντιοκυκλικό νυσταγμό σε όλες τις βλεμματικές θέσεις, δυσαρθρία,

αστάθεια βάδισης και παθολογικές παρεγκεφαλιδικές δοκιμασίες. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε οξεία παθολογία ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσιάζει υπονατριαιμία. Κατά τη νοσηλεία της η ασθενής παρουσίασε ταχέως εξελισσόμενη παρεγκεφαλιδική συνδρομή και υπεβλήθη σε εκτεταμένο απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο από όπου ανεδείχθη μονήρης παθολογικού μεγέθους υποτροπιδικός λεμφαδένας σε συνδυασμό με την παρουσία anti-Zic4 αντισωμάτων. Η ασθενής βάσει των ανωτέρω υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση όπου ανεδείχθη η παρουσία SCLC, θέτοντας τη διάγνωση της PCD στα πλαίσια SCLC.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα παρανεοπλασματικά νευρολογικά σύνδρομα αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Ασθενείς με PCD έχουν πτωχή πρόγνωση και μειωμένο ποσοστό επιβίωσης. Η έγκαιρη ανίχνευση της νεοπλασματικής διεργασίας είναι ζωτικής σημασίας για την θεραπεία του ασθενούς. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ταχύς έλεγχος του όγκου βελτιώνει την πορεία των PNS.

ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μαυροειδής Ιωάννης, Βαρελάς Παναγιώτης, Κακασής Αθανάσιος, Κουτετέ Δήμητρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

© 2019

Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 121: 14-17

Hellenic Journal of Medicine 121: 14-17

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο στρεπτόκοκκος της πνευμονίας αποτελεί ένα ασύνηθες, αλλά όχι σπάνιο αίτιο σηπτικής αρθρίτιδας στους ενήλικες (ποσοστό 6-8%). Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ρευματοειδής αρθρίτις ή άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, ο αλκοολισμός, η οστεοαρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η προσθετική άρθρωση, η χορ. Σκοστεροειδών, το πολλαπλούν μυέλωμα, οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες και οι κακοήθειες. Πολυαρθρική προσβολή παρατηρείται στο 36%, ενώ η βακτηριαμία είναι κοινή στο 72%.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας ασθενής 71 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη και ουρικής αρθρίτιδας προσήλθε λόγω εμπυρέτου με συνοδό ρίγος, παραγωγικό βήχα και γοναλγία δεξιά από τριημέρου. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε εικόνα αρθρίτιδας δεξιού γόνατος με περιορισμό της κινητικότητας της άρθρωσης στις ενεργητικές και παθητικές κινήσεις, ενώ από την ακρόαση θώρακα διεισπώθηκαν μέσοι μη μουσικοί ρόγχοι ραχιαίας επιφάνειας δεξιάς βάσης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη λευκοκυττάρωση (WBC: 18600 /mm³ με 88% πολυμορφονύρνη) και αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 255 mg/dl, TKE: 112 mm/h, PCT: 7,5μg/L). Ο ασθενής υπεβλήθη σε CT θώρακος που ανέδειξε παρουσία μέτριας ποσότητας υγρού αριστερά και συνοδό πυκνοατελεκτασία με αεροβροχόγραμμα στον αριστερό κάτω λοβό. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ο ασθενής ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόν 2 grx 1 iv και βαν-

κομυκίνη 1grx 2 iv. Έγινε παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής, που ανέδειξε εικόνα παραπνευμονικής συλλογής και παρακέντηση του δεξιού γόνατος. Η μικροσκοπική εξέταση του αρθρικού υγρού ανέδειξε παρουσία 192000 κυττάρων/mm³ με πολυμορφονυρνικό τύπο. Η εξέταση νωπού παρασκευάσματος και η Gram χρώση ανακάλυψαν Gram (+) κόκκους, ενώ στην καλλιέργεια αρθρικού υγρού απομονώθηκε *streptococcus pneumoniae*. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε πνευμονοκοκκική βακτηριαμία. Διενεργήθηκε MRI δεξιάς κατά γόνυ άρθρωσης που ανέδειξε σπμαντική συλλογή υγρού εντός του αρθρικού θυλάκου και εικόνα εκτεταμένης φλεγμονώδους αρθροπάθειας και ακολούθως ο ασθενής υπεβλήθη σε αρθροσκοπική έκπλυση της άρθρωσης. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή ύφεση του εμπυρέτου και πτώση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 5,6, PCT: 0,012). Έλαβε αντιβιοτική αγωγή ενδοφλεβίως για 2 εβδομάδες και ακολούθως per os κλινδαμυκίνη 300 mgx 4 βάσει αντιβιογράμματος για 1 μήνα. Κατά την επανεκτίμηση μετά το πέρας της αγωγής επιβεβαιώθηκε η καλή έκβαση της νόσου και η λειτουργική αποκατάσταση της πάσχουσας άρθρωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σηπτική αρθρίτιδα αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή της πνευμονοκοκκικής βακτηριαμίας (0,3-0,6%). Η μη επιπλεγμένη πνευμονοκοκκική σηπτική αρθρίτιδα μπορεί να αντιμετωπισθεί με αρθροκέντηση, αρθροσκοπική ή χειρουργική παροχέτευση της πάσχουσας άρθρωσης και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής για 4-6 εβδομάδες.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΝΕΦΡΟΥ

Γεωργούτσου Δήμητρα, Σιασιάκου Σοφία, Μπατσούλη Αθηνά, Βαρελάς Παναγιώτης, Ερωτοκρίτου Αργυρή, Νίκος Κώστας, Παγώνη Σταμάτα

Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα νεοπλάσματα των παραρρίνιων κόλπων αποτελούν συνήθως πρωτοπαθείς όγκους. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις, κακοήγη νεοπλάσματα μεθίστανται στους παραρρίνιους κόλπους με συχνότερο το κακόηθες νεόπλασμα νεφρού. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός τέτοιου περιστατικού και των δυσκολιών στη διαγνωστική προσέγγισή του.

Υλικό-Μέθοδοι- Αποτελέσματα: Ασθενής 72 ετών, καπνιστής, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και χειρουργικής επέμβασης σιγμοειδούς λόγω πολυποδίασης, προσεκομίσθη λόγω διαταραχής συμπεριφοράς και επιληπτικών κρίσεων. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανευρέθησαν επιπλέον των αιμορραγικών εστιών στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, πολλαπλές αλλοιώσεις μαλακού ιστού στους παραρρίνιους κόλπους ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε ευμεγέθη χωρακατακτιπτική εξεργασία στο δεξιό νεφρό με χαρακτήρες υπέρ κακοήθους νεοπλασματος. Η διενέργεια βιοψίας μαλακού ιστού

παραρρίνιων κόλπων κρίθηκε απαραίτητη με σκοπό την διαφορική διάγνωση σύγχρονης ή μεταστατικής κακοήθειας και τους περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς. Λόγω όμως των συμπτωμάτων από το κεντρικό νευρικό σύστημα δεν μπορούσε να διενεργηθεί άμεσα αλλά με τη σταθεροποίηση του ασθενούς. Η βιοψία της εξεργασίας σφηνοειδούς-ηθμοειδούς κόλπου καθυστέρησε χρονικά για τους παραπάνω λόγους και όταν διενεργήθηκε ανέδειξε εικόνα συμβατή ιστολογικά με μεταστατική διήθηση από δι-αυγοκυτταρικό καρκίνωμα νεφρού.

Από τη βιβλιογραφία έχει καταγραφεί περιορισμένος αριθμός ασθενών μεταστατικής διήθησης παραρρίνιων κόλπων από κακοήθεια νεφρού.

Συμπέρασμα: Οι παραρρίνιοι κόλποι αποτελούν εξαιρετικά σπάνια δευτεροπαθή εντόπιση σε κακοήθες νεόπλασμα νεφρού, ωστόσο σε κάθε περίπτωση ανεύρεσης οζομορφης αλλοίωσης στα παραρρίνια θα πρέπει να γίνεται διερεύνηση για ύπαρξη πρωτοπαθούς εστίας στους νεφρούς.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΑΛΑΚΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

¹Γεωργακοπούλου Γεωργία, ¹Ζούλιας Εμμανουήλ, ¹Φέκας Αθανάσιος, ²Γραββάνης Χρήστος, ²Παπαναστασίου Λαμπρινή, ¹Βογιάκη Σοφία, ²Κουνάδη Θεοδώρα, ¹Παγώνη Σταμάτα

1 Γ παθολογική κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα
2 Ενδοκρινολογική κλινική, ΓΝΑ Γ.Γεννηματάς, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού οστεομαλακίας και δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού λόγω έλλειψης βιταμίνης D ως αποτέλεσμα βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα ηλικίας 45 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο αιτιώμενη άλγος στο άνω τριτημόριο της προσθίας επιφανείας του αριστερού μηρού από 6 μηνών τουλάχιστον με συνέπεια το σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων της. Είχε υποβληθεί σε δυσασποροφπτική βαριατρική επέμβαση προ 14 ετών. Έκτοτε υποβάλλεται σε παρεντερική χορήγηση σιδήρου και βιταμίνης B12. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε χωρότητα, έντονο άλγος και ευαισθησία στην περιοχή του αρι-

στερού μηρού, ενώ αδυνατούσε να ορθοστατήσει χωρίς υποβοήθηση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σιδηροπενική αναιμία (Hct=23,4%, φερριτίνη=4μg/L), 25OHvitD=3,9ng/cc, PTH=316,5pg/cc, Ca=8,6mg/dl, P=1,7mg/dl, αλβουμίνη=3,3gr/dl, ALP=173IU/L, Ca ούρων=0,03gr ημερησίως και P ούρων=0,26gr ημερησίως. Αρχικά αποκλείστηκε η πιθανότητα απώλειας αίματος από το ανώτερο πεπτικό με τη διενέργεια γαστροσκόπησης.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν ακτινογραφία λεκάνης ισχίων, CT θώρακος, άνω κάτω κοιλίας, CT αριστερού μηρού, MRI αριστερού μηρού και DEXA οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης και αυχένα δεξιού μηριαίου οστού.



looser zones 18/10/2018



30/11/2018

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ του απεικονιστικού ελέγχου διαπιστώθηκαν looser zones σε αριστερό ηβικό οστό, σύστοιχο ισχιακό οστό και άνω τριτημόριο διάφυσης αριστερού μηριαίου οστού. Οι μελέτες με DEXA ανέδειξαν οστεοπόρωση. Η κλινική εικόνα ήταν συμβατή με οστεομαλακία λόγω έλλειψης βιταμίνης D σε έδαφος δυσασποροφπτικής βαριατρικής επέμβασης. Χορηγήθηκε από του στόματος κιτρικό ασβέστιο 1,5 gr. ημερησίως, ενδοφλεβίως 1 α υδροξυκολληκαλσιφερόλη 2μgr ημερησί-

ως και στη συνέχεια ενδομυϊκώς εργοκαλσιφερόλη 600.000 iu. Σε επανεξέταση 10 ημέρες μετά η ασθενής προσήλθε περιπατητική χωρίς ανάγκη αναλγησίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει τις πιθανές συνέπειες της βαριατρικής χειρουργικής στον οστικό μεταβολισμό και την ανάγκη τακτικής παρακολούθησης των ασθενών αυτών για την πρόληψη έλλειψης βιταμίνης D και οστεομαλακίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ «ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ»

ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ (ADPKD): ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Κώστας Νίκος, Σιασιάκου Σοφία, Τράκης Γεώργιος, Μπατσούλη Αθηνά, Βαρελάς Παναγιώτης, Γεωργούτσου Δήμητρα, Ζαχαράκη Αναστασία, Παγώνη Σταμάτα

Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Εισαγωγή- Σκοπός : Η προσβολή του ήπατος είναι η πιο συχνή εξωνεφρική εκδήλωση στην ADPKD. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία κύστεων στο ήπαρ, το μέγεθος και ο αριθμός των οποίων αυξάνονται με την ηλικία και την πρόοδο της νεφρικής νόσου. Η κλινική πορεία είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η εμφάνιση ασκίτικης συλλογής αποτελεί σπάνια επιπλοκή, με ιδιαιτερότητες, ειδικά στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάλυση των ιδιαιτεροτήτων αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την κλινική πορεία νοσηλεύμενου ασθενούς Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Αθήνας με γνωστή ADPKD και ηπατική προσβολή, ο οποίος προσήλθε λόγω εμπύρετου.

Αποτελέσματα: Άνδρας 66 ετών, πάσχων από ADPKD, υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση από δεκαετίας, προσήλθε λόγω εμπύρετου, καταβολής δυνάμεων, κοιλιακού άλγους και μετεωρισμού κοιλίας. Στον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε υψη-

λούς δείκτες φλεγμονής, χολοστατικών ενζύμων και του καρκινικού αντιγόνου 19-9 (Ca 19-9) ενώ αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν *Enterobacter cloacae*. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σημαντική ποσότητα ασκίτικης συλλογής, η παρακέντηση της οποίας ανέδειξε στοιχεία υπέρ πυλαίας υπέρτασης, στοιχείο ασύνθητες για αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με ADPKD απουσία άλλου τεκμηριωμένου αίτιου πυλαίας υπέρτασης. Ως πιθανότερη διάγνωση ετέθη αυτή της απόφραξης ηπατικής φλεβικής ροής λόγω των πολυάριθμων και ευμεγέθων ηπατικών κύστεων. Ο ασθενής βελτιώθηκε με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή, συχνές παρακεντήσεις ασκίτη και παράταση του χρόνου της αιμοκάθαρσης. Ο ασθενής δεν επιθυμούσε περαιτέρω διερεύνηση ενώ δεν συμμορφώθηκε στην παρακολούθηση μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Ο ασκίτης με στοιχεία πυλαίας υπέρτασης, αν και σπάνιος σε ασθενείς με ADPKD και ηπατική προσβολή, αποτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα για τον Παθολόγο.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Τράκης Γιώργος, Βογιαδάκη Σοφία, Γεωργακοπούλου Γεωργία, Καλογιάννης Αγγελος, Λουκόπουλος Θεόδωρος, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Ματίνα.

Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) είναι συχνό αίτιο εισαγωγής σε Νοσοκομείο που σε μερικές περιπτώσεις συνοδεύεται από επιπλοκές που απαιτούν μακρά νοσηλεία.

Σκοπός της μελέτης: Η εκτίμηση των παραγόντων που σχετίζονται με μακρά νοσηλεία ασθενών με ΟΠ.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών με ήπια ΟΠ που νοσηλεύθηκαν στη Κλινική μας τη διετία 2017-18. Εκτιμήθηκαν κλινικά δεδομένα, το αιματολογικό και βιοχημικό προφίλ, η CRP και οιαπεικονιστικές μέθοδοι.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 55 ασθενείς, μέσης ηλικίας 66 έτη, άντρες 55%. Οι δείκτες βαρύτητας υπολογίστηκαν με τη κλίμακα BISAP και το δείκτη συνοσηρότητας Charlson. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 11 ημέρες (εύρος 5-32). Το 67% των ασθενών νοσηλεύθηκαν άνω των 8 ημερών. Τα αίτια της παγκρεατίτιδας ήταν 62% χολολιθίαση, 10%, αλκοολισμός, 7% δισχιδές πάγκρεας 5% ηπριτριγλυκεριδαμία, 5% υπερασβεστιαιμία, 1 ασθενής με ψευδοανεύ-

ρυσμαπαγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας και 9% άγνωστο αίτιο. Συνολικά 52 ασθενείς (95%) και 50 (91%) υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας αντίστοιχα ενώ 25 ασθενείς (45%), σε μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP), 19% σε ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα και 4 ασθενείς (7%) σε ERCP. Η επανασίτιση άρχισε τη 4η ημέρα (εύρος 1-12) και από αυτούς οι 8 (14.5%) εμφάνισαν δυσανεξία και διέκοψαν σίτιση.

Σε πολυπαραγοντική ανάλυση δεν δείχθηκε συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με τη CRP (P=NS) ενώ δείχθηκε συσχέτιση με τη συνοσηρότητα (P<0.05) τη δυσανεξία στη σίτιση, την εμφάνιση συλλογών απεικονιστικά (P=0.05) καθώς και την αναγκαιότητα να υποβληθούν σε MRCP και ERCP.

Συμπεράσματα : Από τους παράγοντες που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία ασθενών με ήπια ΟΠ είναι η συνοσηρότητα, η πλευριτική συλλογή, η δυσανεξία στην σίτιση, και η αναγκαιότητα συμπληρωματικών εξετάσεων.

ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

Τσόκα Ευαγγελία, Ερωτοκρίτου Αργυρή, Κούμπος Βασίλειος, Βαρελάς Παναγιώτης, Ζούλιας Εμμανουήλ, Χίνη Σταυρούλα, Βογιάνη Σοφία, Παγώνη Σταμάτα

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με εμπύρετο και μικροσκοπική αιματοουρία.

Υλικά και Μέθοδοι: Κλινικές, εργαστηριακές-παρακλινικές και απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Άντρας 78 ετών με αδυναμία, καταβολή και εμπύρετο από δεκαπενθημέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, αρθροπλαστική ισχίων, χειρουργηθείς καταρράκτης δεξιού οφθαλμού. Κατά την εισαγωγή εμφάνιζε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, τριψήφια ταχύτητα καθίζησης ερυθρών και μικροσκοπική αιματοουρία. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Ο ανοσολογικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Με τον ενδοσκοπικό και τον

απεικονιστικό έλεγχο αποκλείστηκαν τα συνήθη κακοήθη νοσήματα. Η βιοψία της κροταφικής αρτηρίας ήταν αρνητική. Η ψηφιακή εκλεκτική αγγειογραφία έδειξε εικόνα αγγειίτιδας (στενώσεις, διατάσεις, μικροανευρυσμάτια) και στους δύο νεφρούς. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε αυτόματο αιμάτωμα αριστερού άνω άκρου με θρόμβωση υποκλειδίου και βραχιόνιας φλέβας και στη συνέχεια χαλαρή παράλυση και υπαισθησία του άκρου. Ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόνη 1mg/Kg βάρους σώματος (και ταυτόχρονη χορήγηση ασβεστίου, βιταμίνης D) με προοδευτική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής.

Συμπέρασμα: Η οξώδης πολυαρτηρίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με εμπύρετο και μικροσκοπική αιματοουρία.

ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΩΣΗ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ

Κακασής Αθανάσιος, Μαυροειδής Ιωάννης, Αθανασίου Γεώργιος, Κουτετέ Δήμητρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα. Γ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ Γεννηματάς», Αθήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμπύρετος ουδετεροφιλική δερμάτωση (σύνδρομο Sweet), είναι μια μη λοιμώδης δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από πυρετό, ουδετεροφιλία και επώδυνες ερυθριματώδεις δερματικές βλάβες με χαρακτηριστική ουδετεροφιλική διήθηση του δέρματος στην ιστολογική εξέταση. Το σύνδρομο Sweet μπορεί να εμφανιστεί σε 3 κλινικές καταστάσεις: το κλασικό ή ιδιοπαθές, το σχετιζόμενο με κακοήθεια και το φαρμακευτικό σύνδρομο Sweet.

Το κλασικό σύνδρομο Sweet προσβάλλει κυρίως γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών ενώ συνήθως έχει προηγηθεί λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού. Το σχετιζόμενο με κακοήθεια σύνδρομο Sweet εμφανίζεται συνήθως στα πλαίσια αιματολογικών νεοπλασιών, ιδιαίτερος σε οξεία μυελογενή λευχαιμία. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση κορτικοστεροειδών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 40 ετών με ελεύθερο ιστορικό διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας από περιφερειακό δευτεροβάθμιο νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν λόγω εμπύρετου με συνοδό εξάνθημα από 4ημέρου. Κατά την αντικειμενική εξέταση η ασθενής είχε όψη πάσχουσας, επιπεφυκίτιδα, εμπύρε-

το έως 38,5 βαθμούς κελσίου ενώ παρουσίαζε επώδυνο ερυθριματώδες εξάνθημα με εικόνα επηρμένων πλακών με κεντρική φυσαλίδα στον κορμό και τα άνω άκρα και συρρέον ερυθριώδες εξάνθημα με εικόνα υποδερματίτιδας στις προκνημιαίες επιφάνειες αμφοτερόπλευρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται ουδετεροφιλία και αυξημένη ΤΚΕ και CRP. Η ασθενής υπεβλήθη σε λήψη βιοψιών δέρματος από τις πάσχουσες περιοχές και έγινε έναρξη αγωγής με κορτικοστεροειδή με σύντομη και άριστη κλινική ανταπόκριση.

Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε εικόνα πολυμορφοπυρηνικής αγγειοπαθητικής δερματοπάθειας χωρίς στοιχεία αγγειίτιδας και σε συνδυασμό με την κλινική και εργαστηριακή εικόνα της ασθενούς τεκμηριώθηκε η διάγνωση του συνδρόμου Sweet.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση των εξανθηματικών νοσημάτων μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον ιατρό της εσωτερικής παθολογίας. Η ενδελεχής λήψη του ιστορικού, η λεπτομερής κλινική εξέταση και η βιοψία δέρματος θα βοηθήσουν στην σωστή διαγνωστική προσέγγιση και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ «Ενδιαφέρουσες Κλινικές Περιπτώσεις από Νέους Παθολόγους»

ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΑΣ ΣΥΧΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Γραββάνη Αρετή¹, Παπαδάτος Σ. Σταμάτης¹, Πολύζος Δημήτριος¹, Καρακατσάνης Σταμάτης²

1 Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

2 Αιματολογικό Τμήμα Γ' Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Εισαγωγή - Σκοπός: Λεμφώματα, λευχαιμίες και πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) είναι οι τρεις συχνότερες αιματολογικές κακοήθειες στον Δυτικό κόσμο οι οποίες τις περισσότερες φορές εμφανίζονται με χαρακτηριστική κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Σε σπάνιες περιπτώσεις η κλινική εικόνα είναι άτυπη και τα εργαστηριακά ευρήματα δεν είναι εμφανώς συνηγορητικά και η διαφοροδιάγνωση διευρύνεται.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Γυναίκα 52 ετών, καπνίστρια, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αιμόπτυσης. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και από την ανασκόπηση συστημάτων αυτόματες εκχυμώσεις και επίσταση από 4 εβδομάδων. Η κλινική εξέταση ανέδειξε άμφω υπερπλασία αμυγδαλών, ήπια ωχρότητα επιπεφυκότων και ψηλαφητό σπλήνα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνονται λευκο- και λεμφοκυττάρωση, μακροκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Στη μικροσκόπηση περιφερικού αίματος φάνηκαν λευκοερυθροβλαστική αντίδραση, λεπτή βασεόφιλη στίξη, rouleaux ερυθρών και σφαιροκύτταρα.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονικές τομογραφίες θώρακος

- κοιλίας ανέδειξε μαζική οργανομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια και περιοχική θολή ύαλου στον δεξιό άνω πνευμονικό λοβό. Έγινε οστεομυελική βιοψία και παράλληλα ζητήθηκε ανοσοφαινότυπος μυελού ενώ στάλθηκε δείγμα μυελού και μοριακός έλεγχος για την αναζήτηση της αντιμετάθεσης PML/RARα. Τα παραπάνω ήταν αρνητικά για την παρουσία άωρων κυττάρων ή ΟΜ3Λ, ενώ από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών ανέδειξε IgG 9 gr/dl με συνολικό ανοσοπάρεση.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή με MM IgGλ και άτυπη κλινικοεργαστηριακή εικόνα, συμπεριλαμβανούσα λευκοερυθροβλαστική αντίδραση, ηπατομεγαλία και μαζική σπληνομεγαλία, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, χαμηλές απτοσφαιρίνες και συμπλήρωμα με συνοδό απεικονιστικό εύρημα περιοχική θολή ύαλου στο πνευμονικό παρέγχυμα και παραπλησία μικροοζιδιακή αλλοίωση.

Συμπεράσματα: Η κλινική εικόνα του ΠΜ μπορεί να διαφέρει σημαντικά από την κλασική. Απαιτείται επαγρύπνηση των κλινικών προκειμένου να μην καθυστερήσει η διάγνωση και η αντιμετώπιση.

ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ TAKOTSUBO ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

Ερωτοκρίτου Αργυρή, Βογιάκη Σοφία, Μαυροειδής Γιάννης, Βαρελάς Παναγιώτης, Μουσούλη Τάνια, Παγώνη Ματίνα.
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Ο ιός του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) είναι σύνθετος αίτιο εμπύρετης εγκεφαλίτιδας και μυοκαρδίτιδας ωστόσο δεν υπάρχουν αναφορές για εμφάνιση συνδρόμου Takotsubo σχετιζόμενο με τον ιό.

Σκοπός: Ηπαρουσίαση ασθενούς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ενώ νοσηλευόταν για ιογενές εμπύρετο.

Μέθοδοι: Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), μέτρηση τροπονίνης, υπέρηχο καρδιάς και στεφανιογραφία για διάγνωση του συνδρόμου.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 73 ετών προσήλθε με πυρετό, εμέτους και βυθιότητα. Αναφέρθηκε κυνάγχη από 48ωρου πριν την εισαγωγή της και ιδιοπαθής υπέρταση υπό αγωγή. Δεν είχε ταξιδέψει σε άλλη χώρα, κατοικούσε στη Δυτική Αττική και είχε

ωδικά πουλιά. Στην είσοδο οι δείκτες φλεγμονής και η τροπονίνη ήταν φυσιολογικά. Την 1η ημέρα της νοσηλείας της εμφανίσε ταχυκαρδία και εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Το ΗΚΓ έδειξε εικόνα κατασπάσεων, ταχεία αύξηση της τροπονίνης και του BNP ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα απέδειξε εικόνα διάχυτων υποκινησιών της αριστεράς κοιλίας με κλάσμα εξωθήσεως 25% τύπου Takotsubo. Η ασθενής έλαβε συμπτωματική θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας και λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας μεταφέρθηκε στη Μονάδα. Την ίδια μέρα εμφάνισε οξεία αναπνευστική δυσχέρεια και ετέθη σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Στο ENY και στον ορό δείχθηκαν αντι σώματα IgM θετικά για οξεία λοίμωξη από ΙΔΝ. Την 5η μέρα της νοσηλείας της υποχώρησαν οι τιμές της τροπονίνης και βελτιώθηκε το κλάσμα εξώ-

θησης. Παρά τη σημαντική βελτίωση των παραμέτρων η ασθενής κατέληξε τη 15η μέρα της νοσηλείας από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη.

Συμπέρασμα : Σε σοβαρές ιογενείς λοιμώξεις πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση για την εμφάνιση οξείας μυοκαρδιοπάθειας που εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου.

ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ

Τρίτζηλη Μαρούλα¹, Μαλαματένιος Μάρκος¹, Γιαννάς Ραφαήλ¹, Σπάρτακος Ιορδανίδης¹, Βούλτσος Ιωάννης², Γεωργαλή Ανδρούλα¹, Γιαννικόπουλος Γεώργιος¹.

1 Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη

2 Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

Εισαγωγή-σκοπός: Η μηνιγγίτιδα από *Staphylococcus aureus* είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε περίπτωση σταφυλοκοκκικής μηνιγγίτιδας σε ασθενή με οσφυαλγία.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 29 ετών με από πενθήμερου οσφυαλγία και από 24ώρου κεφαλαλγία, εμέτους και 39°C. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Λόγω υποψίας μηνιγγίτιδας, έλαβε κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη σε περιφεριακό ιατρείο προ της εισαγωγής. ΑΠ115/60mmHg, σφύξεις 70/λεπτό, 36,7°C (υπό παρακαταμόλη), GCS 15, τελική αυχενική δυσκαμψία, οσφυϊκή ευαισθησία, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC 13.560/uL (Π97%), CRP 116, HIV(-). Ένεκα παρατεταμένου INR, υπεβλήθη σε ΟΝΠ την επόμενη ημέρα. Ο ασθενής εμφάνισε σπηκτική εικόνα με πυρεξία, σύγχυση, πτώση αρτηριακής πίεσης, αμέσως μετά την ΟΝΠ που ανέδειξε 800κκx(Π95%). Λόγω της σπηκτικής εικόνας και εν αναμονή καλλιέργειών, η αγωγή τροποποιήθηκε σε μεροπενέμη και βανκομυκίνη. Όλες οι καλλιέργειες ήταν στείρες, ενώ η PCR ENY κατέδειξε *Staphylococcus aureus*. Έλεγχος για μεταστατικές εστίες με αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας και

υπερηχογράφημα καρδιάς, απέβει αρνητικός. Η τομογραφία της ΟΜΣΣ ήταν συμβατή με σπονδυλοδισκίτιδα Ο1-Ο5 κι η αγωγή τροποποιήθηκε σε λινεζολίδη 600mg 1x2 IV. Παρέμεινε απύρετος μετά πάροδο 48ώρου και εξήλθε τη 14η μέρα, συνεχίζοντας την παρακολούθηση σε κέντρο του εξωτερικού με per os τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη.

Αποτελέσματα: Μηνιγγίτιδα από *staphylococcus aureus* αποτελεί το 2-10% των βακτηριακών μηνιγγιτίδων, σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις ή από παρακείμενη φλεγμονώδη εστία. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν ο πυρετός (84%), η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (75%), μηνιγγικά σημεία (62%) και κεφαλαλγία (41%).

Κριτικής σημασίας παραμένει ο εκτεταμένος έλεγχος για πιθανή πρωτοπαθή εστία και εντόπιση δευτεροπαθών μεταστατικών φλεγμονωδών εστιών.

Συμπεράσματα: Υψηλός δείκτης υποψίας, και πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απαιτούνται σε κάθε περίπτωση σταφυλοκοκκικής μηνιγγίτιδας για επιτυχή έκβαση και θεραπεία.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Παφίλη Καλλιόπη¹, Κωτούλας Κωνσταντίνος², Παπαχρήστου Στέλλα¹, Παπάνας Νικόλαος¹, Παπάζογλου Άννα¹,

Παναγόπουλος Περικλής¹, Τερζή Ειρήνη¹, Παπάζογλου Δημήτριος¹

1 Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου

2 Ουρολογική Κλινική ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Έβρου

Εισαγωγή- Σκοπός: Ως γυναικομαστία χαρακτηρίζεται η καλοήγητος διόγκωση του μαστικού αδένος στον άνδρα. Ο επιπολασμός της φαίνεται να ανέρχεται στο 40%. Σχετίζεται με πληθώρα καταστάσεων, μεταξύ αυτών με τα αυξημένα επίπεδα χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG). Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος και σπάνιου περιστατικού με υποτροπή καρκίνου της ουροδόχου κύστεως που παρουσίαστη με εικόνα γυναικομαστίας.

Υλικά και μέθοδοι: Άνδρας 72 ετών προσήλθε αιτιώμενος γυναικομαστία, με εντόπιση ιδίως αριστερά και άλγος θηλέας άνω από τριμήνου. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής εμφάνιζε καρκίνο της ουροδόχου κύστεως (από διαιτίας) το οποίο είχε αντιμετωπισθεί με διουρηθρική εκτομή και εγχύσεις με φυσιολογική ιστολογική ένα χρόνο μετά. Από τον ορμονολογικό

έλεγχο προέκυψαν τα εξής: αυξημένη hCG, κατασταλμένη ωχρινότροπος και ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη, αυξημένη οιστραδιόλη και φυσιολογική τεστοστερόνη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα όρχεων χωρίς παθολογικά ευρήματα. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας, μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας (χαμηλής έντασης σήματος) και κυστεοσκόπηση χωρίς εικόνα υποτροπής του καρκίνου ουροδόχου κύστης.

Λόγω περιγραφής στη διεθνή βιβλιογραφία περιστατικού γυναικομαστίας ως πρώτη εκδήλωση υποτροπής καρκίνου της ουροδόχου κύστης λόγω παρανεοπλασματικής έκκρισης hCG διενεργήθηκε έλεγχος με κυτταρολογική ούρων που ήταν θετική για κακοήθεια και ο ασθενής υπεβλήθη σε νέα μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας υψηλής έντασης σήματος η οποία ήταν θετική

για υποτροπή της νόσου.

Έπειτα από εφαρμογή χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας η τιμή της hCG επανήλθε στο φυσιολογικό και ο ασθενής ανέφερε κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με αιφνίδια εμφάνιση γυναικομαστίας με υψηλή τιμή hCG και θετικό ιστορικό καρκίνου της ουροδόχου κύστεως πρέπει να διερευνώνται για πιθανότητα υποτροπής.

«ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ»

Πολυχρονόπουλος Γεώργιος, Παπαγιάννης Αχιλλέας, Μπουντόλα Σταυρούλα, Καρλάφτη Ελένη, Περιφάνης Βασίλειος, Καϊάφα Γεωργία

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο είναι αυτοάνοσοπολυσυστηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από θρομβώσεις αρτηριών, φλεβών ή μικρών αγγείων ή/ και νοσηρότητα κατά την κύηση με ταυτόχρονη επίμονη παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων στον ορό. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (aPLs) αποτελούν ετερογενή ομάδα αυτοαντισωμάτων, τα οποία στρέφονται έναντι πρωτεϊνών που δεσμεύουν τα φωσφολιπίδια. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές, δευτεροπαθές (σε έδαφος ΣΕΛ, αυτοάνοσων διαταραχών, κακοηθειών, λήψης φαρμάκων, λοιμώξεων) και καταστροφικό (προσβολή 3 ή περισσότερων οργάνων – συστημάτων εντός ολίγων ημερών). Σκοπός: Η περιγραφή του περιστατικού 58χρονης γυναίκας που εισήχθη με εμπύρετο, αδυναμία και καταβολή και εμφάνισε κλινικά σημαντικά επεισόδια θρομβώσεων κατά τη νοσηλεία.

Μέθοδος/Υλικό: Η ασθενής προσεκομίσθη λόγω εμπύρετου, αδυναμίας, καταβολής και απώλειας σωματικού βάρους. Από το ατομικό της ιστορικό ανέφερε κάπνισμα και ένα επεισόδιο εν τω βάθειφλεβοθρόμβωσης κάτω άκρου προ έτους (χωρίς περαιτέρω διερεύνηση), ενώ το μαιευτικό της ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά την κλινική εξέταση δεν ανευρέθησαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, αύξηση δεικτών φλεγμονής και αύξηση ορισμένων καρκινικών δεικτών. Στο πλαίσιο διερεύνησης της αναιμίας, διενεργήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, χωρίς παθολογικά ευρήματα και CTΘΑΚΟ στην οποία ανευρέθησαν παθολογικά διογκωμένοι μεσαυλικοί λεμφαδένες (ο μεγαλύτερος εκ των οποίων 2,5εκ.), εμφυσηματικές αλλοιώσεις πνευμόνων άμφω, ήπια ηπατοσπληνομεγαλία, πιθανό έμφρακτοσπληνός καθώς και ανομοιογενούς εμπλουτισμού εξεργασία δεξιού επινεφριδίου. Στο μεταξύ, ενώ ελάμβανε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με ενδοφλέβια λεβοφλοξασίνη, κατόπιν απομόνωσης *Achromobacter xylosoxidans* στην

αιμοκαλλιέργεια, η αγωγή τροποποιήθηκε βάσει αντιβιογραμματος σε πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη. Κατά τη διερεύνηση του εμπύρετου με τη συνοδό λεμφαδενοπάθεια, ελήφθη πλήρης έλεγχος για ειδικές λοιμώξεις (αρνητικός), διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία (χωρίς παθολογικά ευρήματα) και έγινε ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε θετικά αντισώματα β2GPIIgM (>200), ANA (1:640), anti-Ro. Κατά την πορεία της νοσηλείας, η ασθενής εμφάνισε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και έγινε έναρξη αγωγής με ασπιρίνη και ατορβαστατίνη. Εν συνεχεία, εμφάνισε ταχεία κολπική μαρμαρυγή καθώς και ήπια υποξυγοναιμία με υποκαπνία, γεγονός που αποδόθηκε σε πνευμονική εμβολή (κύριοι κλάδοι δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας) για την οποία προστέθηκε στην αγωγή ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση και βισοπρολόλη. Η ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε κλινικά και κατόπιν νέας CTτραχήλου-ΘΑΚΟ αποφασίσθηκε η διενέργεια μεσαυλιοσκόπησης, κατά την οποία ελήφθησαν λεμφαδένες για βιοψία.

Αποτελέσματα: Προέκυψε η διάγνωση αδενοκαρκινώματος πνεύμονα. Η ασθενής αρνήθηκε περαιτέρω αντιμετώπιση της νεοπλασίας, ενώ λόγω υψηλής κλινικής υποψίας για αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, εξήλθε με αγωγή η οποία περιλάμβανε ασπιρίνη, ασενοκουμαρόλη, ατορβαστατίνη και βισοπρολόλη. Κατά τον προγραμματισμένο επανέλεγχο, μετά από 12 εβδομάδες, ανευρέθησαν θετικά αντισώματα β2GPIIgM και IgG, επιβεβαιώνοντας, έτσι, την διάγνωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, πιθανώς σε έδαφος κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Σε περιπτώσεις μη αιτιολογημένης, υποτροπιάζουσας αρτηριακής ή/και φλεβικής θρόμβωσης, ιδίως σε νέους ασθενείς που στερούνται κλασικών παραγόντων κινδύνου αθηροσκλήρωσης, καθώς και σε περιπτώσεις αυτόματων αποβολών κυήματος, καθίσταται αναγκαία η επαγρύπνηση για τη διερεύνηση πιθανού αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου.

01. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Τσιφί Αγγελική, Αυγέρη Σοφία, Στεφάνοβα Στέλα, Σέργη Ευαγγελία, Ντόρλης Κυριάκος, Βουλγαρίδης Απόστολος, Σακκαλής Αναστάσιος, Κατσιάρη Μαρία, Κουνουγέρη Αικατερίνη, Λάσκου Μαρία, Νικολάου Χαρίκλεια, Μαθάς Χρήστος Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Ιωνίας- Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αποτελούν ομάδα αυξημένου κινδύνου για ενδοκαρδίτιδα δεξιών κοιλοτήτων. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ενδοκαρδίτιδας σε χρήστη, ο οποίος διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας 47 ετών, με ηπατίτιδα C, χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών διεκομίσθη στο νοσοκομείο λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου έως 40°C και πνευροδυσπνοίας από δημέρου και εισήχθη στην παθολογική κλινική. Το αρχικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα δεν ανέδειξε εκβλάστηση. Λόγω συστολικού φυσιόμενου στην εστία ακρόασης της τριγλώχινας και αυξημένων δεικτών φλεγμονής ελήφθησαν 3 ζεύγη αιμοκαλλιεργείων, προγραμματίστηκε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας, επαναληπτικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα και διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ λόγω αναπνευστικής επιδείνωσης και μεταβολικής οξέωσης.

Αποτελέσματα: Από την αξονική τομογραφία θώρακος προέκυψαν διπθήματα ομοιάζοντα με έμφρακτα, οι αιμοκαλλιέργειες

έξ ανέδειξαν *Staphylococcus aureus* (MSSE) και το επαναληπτικό διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξαν μόρφωμα σεγλωχίνα της τριγλώχινας διαστάσεων 1,8x2 cm. Έγινε έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής με κλοξακιλλίνη και γενταμικίνη.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία, η οποία έκλεισε μετά την αποδέσμευσή του από τον αναπνευστήρα, ενώ η αντιμικροβιακή αγωγή ενισχύθηκε/τροποποιήθηκε λόγω λοιμώξεων σχετιζόμενων με τη μακροχρόνια νοσηλεία.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε την 74η ημέρα νοσηλείας του στην παθολογική κλινική κατόπιν καρδιοχειρουργικής εκτίμησης λόγω της συνυπάρχουσας δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας με σύσταση για διακοπή χρήσης ναρκωτικών ουσιών και περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Η ελαττωμένη συμμόρφωση, το αυξημένο ποσοστό υποτροπών και η αδυναμία διακοπής της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών καθιστούν τη θεραπεία της ενδοκαρδίτιδας δεξιών κοιλοτήτων δυσχερή, ιδίως όταν ο ασθενής έχει απόλυτη ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση.

02. ΠΑΡΕΤΙΚΗ ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ (ΠΙ) ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δέσποινα Παυλοπούλου^{1,2}, Χρήστος Τσαγκάρης^{1,2}, Θαλής Ασημακόπουλος^{1,3}, Θεόδωρος Αγγελόπουλος^{1,2}

1: Ομάδα Νέων Ιατρών και Φοιτητών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα

2: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο

3: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο κεντρικής στένωσης του νωτιαίου σωλήνα εντάσσεται στα Οσφυο-Ισχιαλγικά σύνδρομα μηχανικής αιτιολογίας (ΟΙ) και ορίζεται ως στένωση της οβελιαίας διαμέτρου του σωλήνα μικρότερης των 12χιλ. Διάμετρος μικρότερη των 10χιλ. Θεωρείται σημαντική στένωση και συνοδεύεται συνήθως από κλινικά συμπτώματα. Στην ΠΙ διεθνώς προτείνεται χειρουργική θεραπεία (πεταλεκτομή). Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε μία περίπτωση ασθενούς με ΣΝΣ και ΠΙ η οποία ακολούθησε επιτυχή συντηρητική θεραπεία. Σκοπός μας είναι να αναδείξουμε τα οφέλη της συντηρητικής αντιμετώπισης ως εναλλακτικής της χειρουργικής επέμβασης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 53 ετών προσήλθε σε ιδιωτικό ιατρείο αναφέροντας έντονη αριστερή ισχιαλγία και αδυναμία άκρου ποδός από 6μηνου. Της συστήθηκε επέμβαση στη ΣΣ την οποία αρνήθηκε. Η ασθενής εμφανίζει την τελευταία 20 ετία περιοδικές κρίσεις ΟΙ, οι οποίες αντιμετωπίζονταν με συντηρητική θεραπεία και κλινοστατισμό. Από εξάμηνο εμφανισε προοδευτικά επιδεινούμενο ισχιαλγικό άλγος που τον τελευταίο μήνα κατέληξε σε παρετική ισχιαλγία παρα την χρήση μσφ, κορ-

τιζονης και επικουρικών αναλγητικών (πρεγκαμπαλίνη, τραματόλη και κωδεΐνη). Η αναποτελεσματικότητα και παρενέργειες των οποίων αναγκάσαν σε διακοπή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε αδυναμία βάδισης και ορθοστάτησης >2 λεπτά, πτώση άκρου ποδός και ανασπασή στη βαδίση. Το SLR ήταν θετικό στις 70ο χωρίς αισθητικές διαταραχές. Η MRI έδειξε πολλαπλή κεντρική στένωση με οβελιαία διάμετρο 6χιλ (ΦΤ > 12χιλ) στο επίπεδο Ο3- Ο4-Ο5-Ι1. Το ΗΜΓ ήταν συμβατό με ριζοπαθεια της Ο5 και συμμετοχή της Ι1. Η ασθενής τέθηκε στο ιατρείο σε θεραπεία εγχύσεων κορτικοστεροειδούς στο τρήμα και manipulation. Παρατηρήθηκε άμεση ανακούφιση του πόνου και της πάρεσης και ανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργικότητας της ασθενούς το οποίο παραμένει σταθερό κατά το τελευταίο τρίμηνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Βασίζόμενοι και σε προηγούμενη εμπειρία του ιατρείου, φαίνεται ότι ασθενείς ΣΝΣ και ΠΙ, στους οποίους ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση, μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά αποφεύγοντας μείζονες επεμβάσεις (πεταλεκτομές).

03. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΩΣ

Νάστου Σωτηρία MD¹, Φώτος Γεώργιος MD¹, Γιώργη Χριστίνα MD¹, Ραφτόπουλος Ιωάννης MD², Χαλιώτης Γεώργιος MD, PhD¹

1 Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

2 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα δήγματα όφρεως αποτελούν συχνό φαινόμενο για την επαρχία, συγκεκριμένα για το νησί της Εύβοιας και είναι συχνό αίτιο νοσηλείας στο νοσοκομείο. Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη επιδημιολογικών μελετών όσον αφορά τα δήγματα όφρεως, παρότι αποτελεί δυνητικά επείγουσα κατάσταση. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των βασικών χαρακτηριστικών και των επιπλοκών νοσηλευόμενων ασθενών για δήγμα όφρεως.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη που ανασκοπεί τα επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και την έκβαση 62 ασθενών που νοσηλεύθηκαν για δήγμα όφρεως από το 2015 έως το 2018 στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των 62 ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό δηγμάτων παρατηρήθηκε σε άντρες (78,8%) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 56 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών ζούσε και εργαζόταν σε αγροτικές περιοχές και τα πιο πολλά κρούσματα σημειώθηκαν στην ευρύτερη περιοχή των Ψαχνών (27%). Τα δήγματα είχαν σαφή εποχιακή κατανομή από Μάρτιο έως Οκτώβριο. Η κύρια περιοχή εντόπισης του δήγματος ήταν η άκρη χείρα (64%). Τα πιο συχνά συμπτώματα και ση-

μεία ήταν: σημεία οδόντων (93,7%), άλγος (92,1%), τοπικό οίδημα (93,7%) με μέγεθος οιδήματος < 7,5 cm στο 61%, ταχυκαρδία (3%), ζάλη (10%), έμετοι (11,1%), ναυτία (7,9%), υπόταση (6,3%), πυρετός > 38 C (1,6%), και παραισθησίες (1,6%). Εκ του εργαστηριακού ελέγχου οι κυριότερες διαταραχές που παρατηρήθηκαν είναι: λευκοκυττάρωση (35,5%), αυξημένα D-dimers (34,5%), αυξημένη CPK (33,3%), θρομβοπενία (27%), διαταραχές PT - PTT (2%) και διαταραχή βιοχημείας ήπατος (6%). Οι κυριότερες επιπλοκές που αναπτύχθηκαν ήταν: διαταραχές πηκτικότητας (27%), γαστρεντερικές διαταραχές (15,9%), διαπίσηση τραύματος (1,6%) και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (1,6%). Η μεγαλύτερη πλειοψηφία ασθενών αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με επιτυχία χωρίς να σημειωθεί κανένας θάνατος. Η χορήγηση αντιοφικού ορού κρίθηκε απαραίτητη σε 11 ασθενείς (17,7%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το δήγμα όφρεως είναι ένα σοβαρό συμβάν το οποίο απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς μπορούν να εμφανιστούν πολλές επιπλοκές. Η διενέργεια περισσότερων μελετών κρίνεται απαραίτητη με σκοπό την βέλτιστη διαχείριση αυτών των ασθενών.

04. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΝΗ 4-10 ng/ml (ΓΚΡΙΖΑ ΖΩΝΗ) ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καραφωτιάς Αχιλλέας, Τοπαλίδης Στέφανος, Φίλιος Αθανάσιος, Πρίφτη Φιοράντη, Φιλντίσης Ανδρέας, Κωνσταντίνος Χαράλαμπος, Δελακάς Δημήτριος
ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) είναι μία καλλικρεϊνική πρωτεάση, η οποία παράγεται από τα αδενικά κύτταρα του προστάτη. Το PSA εντοπίζεται κυρίως στο σπέρμα, όπου βοηθάει στην ρευστοποίηση του, και μικρές ποσότητες του κυκλοφορούν και στο αίμα. Χρησιμοποιείται ως δείκτης για τη διάγνωση του προστατικού καρκίνου.

Υλικά και Μέθοδοι: Σε σύνολο 404 ασθενών με ευρήματα ύποπτα για αδενοκαρκίνωμα προστάτου αδένος, 28 προσήλθαν με PSA < 2,5 ng/ml (Ομάδα Α), 56 με PSA 2,5-4,0 ng/ml (Ομάδα Β), 267 με τιμές PSA 4,01-10,0 ng/ml (Ομάδα Γ) και 53 με PSA > 10,0 ng/ml (Ομάδα Δ).

Το σύνολο των ασθενών υποβλήθηκε σε βιοψία προστάτου με υπερηχογραφική καθοδήγηση.

Αποτελέσματα: Από την Ομάδα Β, 81 ασθενείς εμφάνισαν αδενοκαρκίνωμα του προστάτου και σε 93 αναγνωρίστηκε

προκαρκινωμάτωσης εξεργασία (PIN), στους οποίους συστήθηκε επαναληπτική βιοψία. Οι υπόλοιποι ασθενείς ήταν ελεύθεροι νόσου, στην πλειοψηφία των οποίων αναγνωρίστηκαν χρόνια ή και οξεία φλεγμονώδη στοιχεία στον παθολογοανατομικό έλεγχο. Από τους 81 ασθενείς, οι 4 εμφάνισαν υψηλό Gleason score > 8, σε 2 αναγνωρίστηκε Gleason score 8, ενώ στους υπόλοιπους εντοπίστηκε αδενοκαρκίνωμα προστάτου με Gleason score < 8. Και οι 81 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή, εκ των οποίων μόνο 3 εμφάνισαν λεμφαδενικές μεταστάσεις στους επινώριους λεμφαδένες.

Συμπέρασμα: Το PSA είναι ένας δείκτης που χρησιμεύει στην ενίσχυση της υποψίας για αδενοκαρκίνωμα του προστάτου αδένος. Δεν συνδέεται όμως μόνο με τον προστατικό καρκίνο, αλλά και με άλλες καταστάσεις και παθήσεις που ενισχύουν την παραγωγή του από τα αδενικά κύτταρα του οργάνου.

05. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΜΕ ΔΕΝΟΣΟΥΜΑΜΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ιωάννα Γκαλονάκη, Χρήστος Σαββόπουλος, Νικόλαος Καπέλλας, Μελανία Ερωτοκρίτου, Δημήτριος Πιλάλας,

Ελευθερία Ζτρίβα, Γρηγόρης Δήμας, Αρετή Σοφογιάννη, Γεωργία Καϊάφα, Βασίλειος Περιφάνης, Ευθύμιος Κανάκης, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος

Α΄ Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η υπερασβεσταιμία είναι μια συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με κακοήθεις νόσους και συνδέεται με κακή πρόγνωση. Ο μέσος επιπολασμός της σε ασθενείς με διαγνωσμένη κακοήγη νόσο είναι 2,7%, ενώ σε ασθενείς με νόσους όπως το πολλαπλό μυέλωμα πλησιάζει το 10%. Η χορήγηση ενδοφλέβιων διφωσφονικών είναι η θεραπεία εκλογής για την ανθεκτική υπερασβεσταιμία. Σε περιπτώσεις που είναι αναποτελεσματική ή η χρήση τους αντενδείκνυται λόγω νεφρικής νόσου, έχει περιγραφεί επιτυχής αντιμετώπισή της υπερασβεσταιμίας με χορήγηση δανοσοουμάμπης, ενός μονοκλωνικού αντισώματος το οποίο δρα στον άξονα RANK/RANKL/OPG μειώνοντας την οστική απορρόφηση.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης επιτυχούς αντιμετώπισης υπερασβεσταιμίας σχετιζόμενης με κακοήγη νόσο σε ασθενή με οξεία νεφρική βλάβη.

Υλικά- Μέθοδοι: Άνδρας 87 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και οξείας μυελομονοκυτταρικής λευχαιμίας προ 13 ετών προσήλθε λόγω οιδήματος αριστερού κάτω άκρου. Κατά την κλινική εξέταση ήταν συγχυτικοδιεγερτικός χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε

οξεία νεφρική βλάβη (eGFR:19ml/min/1,73m²) και υπερασβεσταιμία (13.1mg/dl) με χαμηλή παραθορμόνη (0.6pmol/l). Η αξονική τομογραφία απεικόνισε λεμφαδενικές μάζες με πίεση των λαγόνων αγγείων και ουρητήρων και διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος κυρίως αριστερά. Λόγω των προαναφερθέντων ευρημάτων εξ αποκλεισμού η υπερασβεσταιμία αποδόθηκε σε κακοήγη νόσο.

Αποτελέσματα: Η χορήγηση φυσιολογικού ορού παράλληλα με φουροσεμίδη δεν ήταν απολεσματική για τη διόρθωση της υπερασβεσταιμίας, ενώ παράλληλα τέθηκε αγωγή με πρεδνιζολόνη. Λόγω επιδείνωσης της υπερασβεσταιμίας χωρίς βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας την 7η ημέρα νοσηλείας χορηγήθηκε δανοσοουμάμπη με επιστροφή των επιπέδων του ασβεστίου σε σταθερά φυσιολογικά επίπεδα 3 ημέρες μετά. Ο ασθενής κατέληξε λόγω σπητικής καταπληξίας συνέπεια λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού μετά από ένα μήνα.

Συμπέρασμα: Η δανοσοουμάμπη αποτελεί μια αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή για τη θεραπεία της ανθεκτικής υπερασβεσταιμίας σχετιζόμενης με κακοήγη νόσο.

06. ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013-2018

Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Μάνη Ηλιάνα, Βασιλείβα Λαρίσα, Σιάφη Ειρήνη, Βασιλείου Νικόλαος, Γκαμπρέλα Ελεάνα, Παπαδημητρώπουλος Βασίλειος, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκης Π. Σπύρος

Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η ελαστογραφία ήπατος είναι μια μη επεμβατική τεχνική εκτίμησης της ηπατικής ίνωσης που αντικατέστησε σε πολλές περιπτώσεις την βιοψία ήπατος. Στην παρούσα εργασία μελετάται η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ιατρών ως προς τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα ηπατικά νοσήματα μέσω του προσδιορισμού των χαρακτηριστικών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία ήπατος το διάστημα 2013-2018.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύθηκαν 3005 ασθενείς, την χρονική περίοδο 2013-2018. Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών 3 χρονικών περιόδων (Π): 2013-2014 (Π1), 2015-2016 (Π2) και 2017-2018 (Π3). Μόνο οι ασθενείς με γνωστή αιτιολογία καταγράφηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην Π3 οι ασθενείς ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτεροι, με μέση ηλικία 53,04 έτη (± 14.34) έναντι 52,50 (± 13.84) στην ομάδα Π2 και 50,90 (± 14.28) στην Π1 ($P=0.03$). Περισσότεροι άνδρες υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία

ήπατος και στις 3 ομάδες, αποτελώντας το 56.1%, 52.1%, 50.9% στην Π3, Π2 και Π1. Η κύρια αιτία παραπομπής ήταν η χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) στις Π3 και Π2 και η χρόνια ηπατίτιδα (ΧΗΒ) στην Π1 με ποσοστά 28.8% έναντι 25.7%, 44.1% έναντι 27.5% και 35.3% έναντι 36.7% στις Π3, Π2, Π1 αντίστοιχα. Καταγράφηκε τάση για αυξημένη παραπομπή ασθενών με μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα (ΜΑΛΝΗ) για ελαστογραφία τα τελευταία χρόνια, εμφανίζοντας ποσοστά 13.2% (Π3), 6.2% (Π2) και 8.6% (Π1).

Επίσης το ίδιο εύρημα συναντάται και στην διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με ποσοστά 15.3%, 11.2% και 11.3%, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΧΗC παραμένει σταθερά κυρίαρχη αιτία παραπομπής για ελαστογραφία.

Επίσης καταγράφεται αυξημένο ποσοστό παραπομπής ασθενών με ΜΑΛΝΗ τα τελευταία έτη, που αντανακλά το ενδιαφέρον που δείχνουν πλέον οι γιατροί για την αξιολόγηση της ίνωσης σε αυτήν την νόσο.

07. ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΙΝΩΣΗΣ/ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Μάνη Ηλιάνα, Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Γκαμπρέλα Ελεάνα, Βασιλείβα Λαρίσα, Παπαδημητρώπουλος Βασίλειος, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκης Π. Σπύρος

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η διάκριση ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και προχωρημένη ίνωση/κίρρωση είναι σημαντική για την επιλογή θεραπείας και την ακόλουθη επιτήρηση. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της ακρίβειας ευρέως διαθέσιμων scores για την ανίχνευση της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης έχοντας ως μέθοδο αναφοράς την ελαστογραφία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 233 ασθενείς με ΧΗC (70% άνδρες, μέση ηλικία 55 ± 13.5 έτη) διαχωρίστηκαν βάσει ελαστογραφίας σε: 111 (47.6%) ασθενείς με τιμή < 10 kPa ως F0-F2, 122 (52.4%) με > 10 kPa ως F3-F4, και 92 (39.5%) με ≥ 12.5 kPa ως F4. Αξιολογήθηκαν τα scores APRI και FIB4.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης APRI διέκρινε ικανοποιητικά τους ασθενείς με κίρρωση (AUROC 0.795). Εκ των προτεινόμενων τιμών για τη διάκριση κίρρωσης, τιμή > 1 παρουσίαζε ευαισθησία 51.1%, ειδικότητα 87.9%, PPV 74.6%, NPV 73.37%. Στην

ομάδα μας, η τιμή 0.6103 παρουσίαζε ευαισθησία 79.3%, ειδικότητα 69.5%, PPV 62.93%, NPV 83.76%. Για τα F3-F4, η διαγνωστική ακρίβεια ήταν ελαφρώς χαμηλότερη (AUROC 0.745), με την τιμή 0.6103 να επιτυγχάνει την βέλτιστη πρόβλεψη. Το FIB4 ήταν πιο ακριβές στη διάγνωση της κίρρωσης (AUROC 0.836). Εκ των προτεινόμενων τιμών, η 1.45 παρουσίαζε ευαισθησία 83.5%, ειδικότητα 66.7%, PPV 61.79%, NPV 86.24%. Η τιμή 1.58 επιτύχανε την ακριβέστερη διάγνωση με ευαισθησία 81.3%, ειδικότητα 70.9%, PPV 64.35%, NPV 85.47%. Για τη συνεκτίμηση των F3-F4, η διαγνωστική ικανότητα ήταν χαμηλότερη (AUROC 0.794), με το καλύτερο αποτέλεσμα στην τιμή 1.57.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ευρεία διακύμανση των βέλτιστων τιμών διάκρισης της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης δεν δικαιολογεί την χρήση τους έναντι της ελαστογραφίας ήπατος. Ωστόσο, από τις ορολογικές μεθόδους ο καλύτερος μη επεμβατικός δείκτης στη ΧΗC είναι το FIB4.

08.ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Ν-ΓΛΥΚΑΝΗΣ ΟΡΟΥ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μάνη Ηλιάνα, Χατζηγιάννη Αιμιλία, Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκης Π. Σπύρος
Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η Ν-γλυκοζυλίωση των γλυκοπρωτεϊνών έχει φανεί πως μεταβάλλεται στη χρόνια ηπατική νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των μεταβολών των γλυκοπρωτεϊνών ως προς την ικανότητα διάκρισης της σημαντικής ίνωσης/κίρρωσης έχοντας ως μέθοδο αναφοράς την ελαστογραφία ήπατος.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν βάσει ελαστογραφίας σε 2 ομάδες: Ομάδα 1 < 6 kPa και Ομάδα 2 > 13 kPa. Οι Ν-Γλυκάνες αναλύθηκαν με τη μέθοδο Helena Biosciences Europe, Glycoliver profile test. Μετρήθηκαν οι γλυκάνες NA2, NA3, NA4, NGA2F και NA2F και οι λόγοι NGA2F/N3 (Glycofibro) και NA2F/N3 (Glycocirrho).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 38 ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο [63.2% άνδρες, 59 (32-78) ετών]: 19 με χρόνια ιογενή ηπατίτιδα, 6 με μη αλκοολική λιπώδη νόσο, 2 με αλκοολική νόσο και 11 με αυτοάνοση ηπατίτιδα. 22 ασθενείς εντάχθηκαν στην ομάδα 1 και 16 στην ομάδα 2. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία ($p=0.071$), το φύλο ($p=0.565$) και την

αιτιολογία της ηπατικής νόσου μεταξύ των ομάδων ($p=0.267$). Έχοντας την ελαστογραφία ως μέθοδο αναφοράς, στο 71% (27) υπήρχε πλήρης συμφωνία των αποτελεσμάτων, στο 24% (9) τα αποτελέσματα ήταν αρκετά κοντά και στο 5% (2) υπήρχε ασυμφωνία με τη μέθοδο Glycoliver. Στις 2 αυτές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα του Glycoliver test αξιολογήθηκαν ως ακριβέστερα βάσει διαθέσιμης ηπατικής βιοψίας. Ο λόγος Glycocirrho διακρίνει αξιόπιστα την κίρρωση (AUROC=0.858). Η τιμή -0.2025 παρουσιάζει ευαισθησία 50%, ειδικότητα 100%, θετική προγνωστική αξία (PPV) 100%, αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 73.3%.

Ο λόγος Glycofibro προβλέπει ακόμα πιο αξιόπιστα την κίρρωση (AUROC=0.935) με την τιμή 0.1165 να επιτυγχάνει τη βέλτιστη εκτίμηση. (ευαισθησία 93.8%, ειδικότητα 99%, PPV 88.2%, NPV 95.2%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μεταβολή των επιπέδων των γλυκανών αποτελεί ιδιαίτερα αξιόπιστο μη επεμβατικό δείκτη διάκρισης της κίρρωσης.

09. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Λαμπριανού Φωτεινή, Χάσιου Αικατερίνη, Διακονικόλα Δέσποινα, Σπανού Σπυριδούλα, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Ντέτσκας Γεώργιος, Σταμπόρη Μαρία, Ψελλάκης Γεώργιος, Βαμβακά Ευμορφία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Καραπαπάνης Στυλιανός
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή-Σκοπός : Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό

ότι στη περιοχή μας υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο. Σκοπός ήταν να μελετηθεί η απάντηση

στη θεραπεία με τα νεότερα από του στόματος αντιικά φάρμακα σε ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 5.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε 23 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=5/18, μέση ηλικία 68,8 έτη) που έφεραν το γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν σημαντική ίνωση και/ή κίρρωση (F3 ή F4 με Fibroscan). Από τους ασθενείς με κίρρωση 17/23 κανείς δεν εμφάνιζε ρήξη της αντιρρόπησης. Από τους ασθενείς αυτούς 7/23 είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης με ριμπαβιρίνη. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1X1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ<75kg και 1200mg όταν το ΒΣ>75kg) για 12 εβδομάδες, και 8 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης 23/23 επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (ΕΟΤ).

Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 20/20 (100%) ασθενείς που διαθέτουμε στοιχεία 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης μας, εκτός από δύο ασθενείς που διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης.

Συμπεράσματα : Μολονότι ο αριθμός των ασθενών της μελέτης μας είναι μικρός, φαίνεται ότι τα νεότερα αντιικά φάρμακα επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR. Ο συνδυασμός sofosbuvir με ριμπαβιρίνη ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικός σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το γονότυπο 5.

10. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΡΡΩΣΗ

Μαρία Λαγκαδινού¹, Αγγελική Ανδρικοπούλου², Ουρανία Κυριακοπούλου¹, Κατερίνα Ψαρομυάλου¹, Χρήστος Δάβουλος^{1,3}, Ειρήνη Στεφανή^{1,3}, Ευδοξία Αβραμοπούλου^{1,3} και Δημήτρης Βελισσάρας^{1,3}

1:Τμήμα επειγόντων Παθολογικής κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

2: Αγροτικός Ιατρός

3: Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Νοσοκομείου Πατρών

Εισαγωγή: Στους κίρρωτικούς ασθενείς, η σοβαρότητα της ηπατικής νόσου αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την εξέλιξη αλλά και τη θνητότητα. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο, τον περιορισμό της εξέλιξης της νόσου καθώς και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Η βιοψία ήπατος αποτελεί golden-standard στη διάγνωση και στο καθορισμό του βαθμού της ίνωσης. Ωστόσο, πολλοί μη επεμβατικοί βιοδείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αυτό το σκοπό. Ο λόγος των ουδετερόφιλων προς τα λεμφοκύτταρα (NLR), που έχει ήδη συσχετισθεί με κακή έκβαση σε καρδιακές νόσους και σε κάποιες μορφές κακοήθειας, όταν είναι αυξημένος, θα μπορούσε να αποτελεί σημαντικό δείκτη για τον καθορισμό της έκτασης της φλεγμονής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η συσχέτιση του NLR με την αιτία της κίρρωσης, με την παρουσία ή όχι λοίμωξης κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο καθώς επίσης και την εμφάνιση αιμορραγίας από το πεπτικό-κίρροραγίας. Επίσης στόχος μας ήταν η συσχέτιση του λόγου με την έκβαση των ασθενών της μελέτης.

Ασθενείς και μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος κίρρωτικοί ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μας σε διάστημα ενάμιση έτους. Έγινε καταγραφή (από τους νοσηλευτικούς φακέλους): των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών (ηλικία, φύλο), της αιτίας της κίρρωσης, της αιτίας εισόδου των ασθενών στο νοσοκομείο, του NLR, του MELD score και της έκ-

βασης των ασθενών (θάνατος).

Αποτελέσματα: Έγινε καταγραφή 124 ασθενών. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν τα 60 έτη. Υπερείχαν οι άνδρες (81.45%). Η κύρια αιτία κίρρωσης ήταν το αλκοόλ (65.3%) ενώ η δεύτερη πιο συχνή ήταν οι ηπατίτιδες (17.8%). Από τους 24 ασθενείς που μπήκαν με λοίμωξη και σήψη, οι 15 (62.5%) είχαν δείκτη NLR αυξημένο (>6). Οι ασθενείς με κίρρωση που εισήχθησαν λόγω αιμορραγίας είχαν σε ποσοστό 71.4%, δείκτη NLR<6 και ένα μικρό μόνο ποσοστό (28.6%) εμφάνισε υψηλό λόγο. Από τη συσχέτιση του NLR με το MELD score προέκυψαν τα εξής: το 89.7% των κίρρωτικών, ανεξάρτητα από την αιτία της κίρρωσης, με NLR>6, είχαν MELD score > 10 (χειρότερη πρόγνωση αναφορικά με την έκβαση της κίρρωσης). Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν συνολικά 10. Από αυτούς, το 70% είχε δείκτη NLR > 6.

Συμπεράσματα: Η κύρια αιτία κίρρωσης εξακολουθεί να είναι το αλκοόλ, κάτι που είναι σύμφωνο με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ο δείκτης NLR μπορεί να αποτελεί σημαντικό, μη επεμβατικό προγνωστικό δείκτη παρουσίας ή όχι λοίμωξης σε ασθενείς με κίρρωση όπως επίσης και σημαντικό προγνωστικό παράγοντα έκβασης της κίρρωσης, μιας και αποδεικνύεται θετική συσχέτιση με το MELD SCORE. Απαιτούνται και άλλες μελέτες, με περισσότερους ασθενείς, προκειμένου να αποδειχθεί η θετική συσχέτιση του λόγου με την παρουσία λοίμωξης, την έκβαση της κίρρωσης και τη θνητότητα των ασθενών.

11. Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ.

Μαρία Λαγκαδινού¹, Ηλίας Αρβανιτάκης², Ουρανία Κυριακοπούλου¹, Κατερίνα Ψαρομυάλου¹, Χρήστος Δάβουλος^{1,4}, Ειρήνη Στεφανή^{1,4}, Ευδοξία Αβραμοπούλου^{1,4}, Αγγελική Ανδρικοπούλου³ και Δημήτρης Βελισσάρας^{1,4}

1: Τμήμα επειγόντων Παθολογικής κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών

2: Κέντρο Υγείας Νότιου Τομέα Πάτρα

3: Αγροτικός Ιατρός

4: Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Νοσοκομείου Πατρών

Εισαγωγή: Η οξεία παγκρεατίτιδα αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο μοντέλο τοπικής και συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης. Είναι δυναμικά ήπια και αυτοπεριοριζόμενη νόσος, σοβαρές όμως περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύονται από πολυοργανική ανεπάρκεια (25%) με θνητότητα έως 50%. Συστήματα βαθμολόγησης χρησιμοποιούνται για τη αξιολόγηση της σοβαρότητας και την έναρξη επιθετικής πρώιμης θεραπείας. Τα κριτήρια RANSON, SOFA και APACHE II χρησιμοποιούνται ευρύτερα στην κλινική πράξη. Σκοπός της μελέτης είναι η ανεύρεση πιθανής συσχέτισης του λόγου Πολυμορφοπύρρηνα / Λεμφοκύτταρα (NLR) κατά την εισαγωγή των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα με τα ανωτέρω scores.

Μεθοδολογία-Ασθενείς: Αναδρομική μελέτη βασισμένη στα ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών που εισήχθησαν στη Παθολογική Κλινική του ΠΓΝ Πατρών με επιβεβαιωμένη διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας κατά την περίοδο Νοέμβριος 2015 έως Νοέμβριος 2017. Η μέτρηση του NLR (Neutrophil/Lymphocyte Ratio) προσδιορίστηκε με βάση τον απόλυτο αριθμό ουδετερόφιλων και λεμφοκυττάρων από την γενική εξέταση αίματος εισαγωγής. Η ανάλυση δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το συντελεστή r του Spearman για την αναζήτηση σημαντικών συσχετισμών μεταξύ NLR, C αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ορού, ηλικίας και SOFA, APACHE II scores. Το επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε $p = 0,05$. Όλες οι αναλύσεις δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με πακέτο λογισμικού IBM SPSS Statistics version 23.0.

ήθηκαν με πακέτο λογισμικού IBM SPSS Statistics version 23.0.

Αποτελέσματα: Καταγράφησαν 54 ασθενείς (55.6% άνδρες) με συνολικά μέση ηλικία ήταν 70 ± 14 έτη. Ο μέσος όρος NLR κατά την εισαγωγή των ασθενών ήταν 8.7 ± 6.7 . Ανευρέθη θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ NLR και των SOFA ($r: 0.311, p: 0.025$) και APACHE II ($r: 0.196, p: 0.177$) scores εισαγωγής, ενώ αρνητική συσχέτιση μεταξύ NLR και CRP ($r: -0.116, p: 0.475$) εισαγωγής. Ο συνολικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) συσχετίστηκε θετικά με τα SOFA ($r: 0.311, p: 0.025$) και APACHE II scores. Ο δείκτης NLR είχε επίσης σημαντική θετική συσχέτιση με την βαθμονόμηση RANSON. Η ηλικία των ασθενών είχε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το NLR καθώς και με τα scores βαρύτητας. Συνολικά επιβίωσαν 52 ασθενείς, 2 διακομίσθηκαν στην ΜΕΘ όπου απεβίωσαν.

Συμπεράσματα: Τα προγνωστικά συστήματα βαθμολόγησης, όπως τα κριτήρια του Ranson, APACHE II και SOFA scores, έχουν περιορισμούς στην κλινική πράξη, δεδομένου ότι είναι σύνθετα. Αποκτά μεγάλο ενδιαφέρον η ανάπτυξη απλών, γρήγορων και ανέξοδων δοκιμασιών ιδιαίτερα σε σύνθετες παθήσεις όπως η οξεία παγκρεατίτιδα. Το NLR είναι μια απλή δοκιμασία που εκτελείται κατά την αρχική φάση αξιολόγησης των ασθενών και εύκολα αναπαραγώγιμη. Απαραίτητα κρίνονται τα αποτελέσματα μεγάλων προοπτικών μελετών προς επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων μας.

Πίνακας κυριότερων τιμών

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age (years)	40	96	70.96	14.05
NLR	1.9	39.17	8.7	6.7
WBC (103/ μ L)	5890	24270	12690	
Serum CRP (mg/dL)	1.2	13.93	2.2	
SOFA	1	8	2.33	
APACHE II	1	15	7.32	

12. ΜΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ

Τζαβέλλα Κωνσταντίνα¹, Ott Roland¹, Schatke Winfried¹, Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

¹ Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας – Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ασθενής, 21 ετών, ελάμβανε αντιβίωση με κεφουροξίμη από εβδομάδος λόγω ιγμορίτιδος. Κατά τη διάρκεια των διακοπών της στη Σικελία ενεφάνισε στο δείπνο σοβαρό πρόβλημα κατά τη λήψη της τροφής (η οποία περιελάμβανε μεταξύ άλλων ξηρούς καρπούς) με αποτέλεσμα το αίσθημα της αδυναμίας κατάποσης αυτής. Χορηγήθηκαν άμεσα 2 λίτρα υγρών από το στόμα, χωρίς η ασθενής να αναφέρει βελτίωση. Λόγω βαθμιαίας επιδείνωσης με οξύ άλγος στη δεξιά άνω κοιλία έγινε εισαγωγή στο τοπικό νοσοκο-

μείο. Η ακτινογραφία θώρακος που διενεργήθηκε δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Στη συνέχεια η ασθενής παρουσίασε επανειλημμένα επεισόδια εμετού και αρχόμενο οπισθοστερνικό άλγος οπότε και ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζόνη (50 mg), παρακεταμόλη (1000 mg) και τραμαδόλη. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας η ασθενής διακομίσθηκε την μεθεπομένη της εισαγωγής της κατόπιν συνεννόησης κατεπείγοντως σε νοσοκομείο του Μονάχου. Κατά την άφιξη της στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου η ασθενής πλέον ανέφερε

οξύ πόνο κατά την κατάποση, καυστικό οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στην πλάτη και στο δεξί χέρι ενώ παρουσίαζε σιελόρροια και δυσκολία στη ομιλία (σχεδόν αφωνία). Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε μια ήπια λευκοκυττάρωση. Μετά την χορήγηση μεταμιζόλης (1g), μεθυλπρεδνιζολόνης (32 mg) και παντοπραζόλης η ασθενής έλαβε την ίδια ημέρα εξιτήριο με τη σύσταση ΩΡΛ εκτίμησης λόγω υποψίας λαρυγγίτιδας. Με πρωτοβουλία του πατέρα η ασθενής προσήλθε μετά το εξιτήριο άμεσα στο γαστρεντερολογικό ιατρείο. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος κατέδειξε την ύπαρξη 2 ξένων σωμάτων (2 τεμάχια καρυδιού) να αποφράσουν τον οισοφάγο κάτω από τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα με παρακείμενη νέκρωση του οισοφαγικού βλεννογόνου. Τα τεμάχια καρυδιού προωθήθηκαν χωρίς δυσκολία με το γα-

στροσκόπιο στον στόμαχο. Μετά την ενδοσκόπηση η ασθενής ανέφερε άμεση ύφεση όλων των συμπτωμάτων με πλήρη αποκατάσταση της ομιλίας.

Συμπέρασμα: Η κατάποση ξένου σώματος, ιδιαίτερα σε περίπτωση ενσφίνωσης στον οισοφάγο, αποτελεί επείγουσα κατάσταση η οποία χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται απαραίτητα στη διαφορική διάγνωση της οξείας δυσκαταποσίας. Η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για την οριστική θεραπεία. Είναι αξιοσημείωτο στην παρούσα περίπτωση ότι παρά το χαρακτηριστικό ιστορικό και τη χαρακτηριστική συμπτωματολογία δεν επιτεύχθηκε άμεσα η σωστή διάγνωση με συνέπεια την καθυστερημένη ενδοσκοπική παρέμβαση.

13. ΝΕΑΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ (NA) ΜΕ ΥΠΟΦΥΣΙΟΓΕΝΗ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟ

Βαρελάς Παναγιώτης¹, Σιασιάκου Σοφία¹, Κουτσογιάννη Αναστασία², Ερωτοκρίτου Αργυρή¹, Ζαχαράκη Αναστασία¹, Κούμπος Βασίλειος¹, Νίκος Κώστας¹, Μπατσούλη Αθηνά¹, Γεωργούτσου Δήμητρα¹, Λυμπερόπουλος Κώστας², Παγώνη Σταμάτα¹

1Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

2Τμήμα Νεωτέρων Απεικονιστικών Μεθόδων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο υπογοναδισμός αποτελεί το πιό συχνό σύμπτωμα της NA και περιλαμβάνεται στο φαινότυπο σχεδόν όλων των περιπτώσεων έως το τέλος της δεύτερης δεκαετίας της ζωής. Βιβλιογραφικά δεδομένα συνηγορούν ότι στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό συμμετέχει πρωτίστως η προσβολή της υπόφυσης και των γονάδων, από την εναπόθεση σιδήρου, και δευτερευόντως η προσβολή του παγκρέατος και του ήπατος. Η γνώση των μηχανισμών αυτών θα βοηθήσει στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με NA και υποφυσιογενή υπογοναδισμό.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 24 ετών προσέρχεται αναφέροντας από εξαμήνου σταδιακά επιδεινούμενη στυτική δυσλειτουργία με μειωμένη παραγωγή σπέρματος.

Από την κλινική εξέταση δεν παρουσίαζε κόπωση, αρθραλγίες, ηπατομεγαλία, δερματική πορφύρα ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια αύξηση των αμινοτρανσφερασών και

υπερφερριτιναιμία, με αυξημένο κορεσμό τρανσφαιρίνης.

Αποτελέσματα: Ο κλινικός φαινότυπος σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό έλεγχο έθεσε την υποψία της NA. Ο μοριακός έλεγχος ανέδειξε ομοζυγωτία στην μετάλλαξη G320V του γονιδίου hemojuvelin HJV, επιβεβαιώνοντας την κλινική υποψία και θέτοντας τη διάγνωση.

Στον ορμονολογικό έλεγχο τα επίπεδα τεστοστερόνης και ωοθηλακιοτρόπου ορμόνης ήταν χαμηλά. Η μαγνητική τομογραφία υπόφυσης ανέδειξε εναπόθεση σιδήρου στην αδενουπόφυση.

Συμπέρασμα: Είναι πολύ σημαντικό για την καλύτερη έκβαση ασθενών με NA η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία. Η υψηλή κλινική υποψία σε ασθενείς με υπογοναδισμό στην δεύτερη δεκαετία της ζωής και η γνώση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών συμβάλουν στην καλύτερη έκβαση ασθενών με NA και των επιπλοκών της.

14. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΧΘΗΚΕ ΜΕ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Σοφούλης Σταμάτιος¹, Σαββάλα Θεοδώρα Νεκταρία¹, Θεοδωρίδου Σοφία¹, Ζαφείρης Αριστείδης¹, Στόκκος Κωνσταντίνος¹, Κουλούρης Ευστάθιος¹, Λαμπρόπουλος Στυλιανός¹, Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

1 Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη, 2 Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ασθενής 50 ετών με παλαιό κάταγμα βάσης κρανίου εξαιτίας τροχαίου ατυχήματος προσέρχεται στο ΤΕΠ εξαιτίας αδυναμίας, κόπωσης και εμέτων. Εισέρχεται στη παθολογική κλινική λόγω ραβδομυόλυσης και υπογλυκαιμίας όπου και χορηγούνται επιθετικά υγρά στα πλαίσια της συντηρητικής αντιμετώπισης. Το ίδιο βράδυ εισέρχεται σε πνευμονικό οίδημα ενώ στον υπέρηχο που ακολουθεί διαγιγνώσκεται σοβαρά επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης (KE) 15-20% και δευτεροπαθή σοβαρή ανεπάρκεια της μι-

τροειδούς βαλβίδας, ενώ χαρακτηριστικά αναφέρεται το καρδιογράφημά της, το οποίο παρουσίαζε χαμηλά δυναμικά και σχετική φλεβοκομβική βραδυκαρδία για την κλινική της κατάσταση. Λόγω του ιστορικού αποστέλλεται πλήρης έλεγχος λειτουργικότητας προσθίου λοβού της υπόφυσης, ο οποίος είναι διαγνωστικός πλήρους υποφυσιικής ανεπάρκειας, οπότε και τίθεται σε αγωγή με θυροξίνη από του στόματος και ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη. Σημειώνεται πως κατά τη νοσηλεία της ασθενούς κατα-

γράφηκε έντονη αρρυθμιογένεση με επεισόδια παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής, πολλαπλές έκτακτες κοιλιακές συστολές από διάφορα κέντρα, όπως επίσης και αυτοαναστάσιμα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας. Η ασθενής από τα πρώτα 24ωρα της αγωγής βελτιώθηκε σημαντικά με παύση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων, βελτίωση της ραβδομυόλυσης και της κλινικής εικόνας καθώς και παύση της κοιλιακής αρρυθμιογένεσης. Εξήλθε με κλάσμα εξώθησης 35-40% και μέτρια ανεπάρκεια της μι-

τροειδούς βαλβίδας, ενώ σε επανέλεγχο υπήρξε περαιτέρω βελτίωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας και καλύτερη σε μέγεθος και λειτουργικότητα αριστερή κοιλία.

Η θυρεοειδική παθολογία αποτελεί ένα σύμπλοκο κλινικό σύνδρομο το οποίο μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στα πρωταρχικά του στάδια σε καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ όσο καθυστερεί η διάγνωση τόσο η εξέλιξη σε διατακτική μυοκαρδιοπάθεια είναι και πιθανότερη.

15. ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ TORSADES DE POINTES

Σοφούλης Σταμάτιος¹, Σαββάλα Θεοδώρα Νεκταρία¹, Θεοδωρίδου Σοφία¹, Ζαφείρης Αριστείδης¹, Στόκκος Κωνσταντίνος¹, Κουλούρης Ευστάθιος¹, Λαμπρόπουλος Στυλιανός¹, Σαββόπουλος Χρήστος², Χατζητόλιος Απόστολος²

1 Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη, 2 Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ασθενής ετών 70 προσέρχεται λόγω συγκοπτικών επεισοδίων στο ΤΕΠ οπότε και διαγιγνώσκεται long QTs. Κατά την προσέλευση ο υπέρηχος καρδιάς δείχνει ένα φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης αλλά 5 μέρες μετά, νέα απεικόνιση δείχνει σοβαρά επηρεασμένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας και συγκεκριμένα ΚΕ 30%. Η ασθενής στεφανιογραφείται μιας και είχε ήπια κινητοποίηση ενζύμων και αποδεικνύεται φυσιολογική η στεφανιαία αγγείωση. Επομένως σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήρες οδηγίες η ασθενής αποστέλλεται για ενδομυοκαρδιακή βιοψία προς αποκλεισμό κεραυνοβόλου μυοκαρδίτιδας δεδομένου και των τριών επεισοδίων πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας όσο νοσηλευόταν στη Σ/Μ της κλινικής μας που χρει-

άσθηκαν καρδιομετατροπή. Η βιοψία δεν ήταν διαγνωστική μυοκαρδίτιδας, ενώ πέραν των καρδιολογικών παρεμβάσεων είχε αυξηθεί η ήδη λαμβανόμενη θυροξίνη λόγω ενός εργαστηριακά ευρισκόμενου ήπιου υποθυρεοειδισμού. Σταδιακά κατά της νοσηλείας της και όσο εργαστηριακά βελτιωνόταν η θυρεοειδική λειτουργία, άλλο τόσο διορθωνόταν τόσο το QTc, όσο και το κλάσμα εξώθησης για να φτάσουμε στο τέλος της νοσηλείας της να εξέλθει με φυσιολογικές τιμές αυτών.

Στη βιβλιογραφία περιγράφεται παράταση του QTc διαστήματος ακόμη και στον υποκλινικό υποθυρεοειδισμό με αποτέλεσμα τη θορυβώδη κλινική εικόνα παρά τα ήπια εργαστηριακά ευρήματα.

16. ΓΛΟΥΚΑΓΟΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING ΛΟΓΩ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Φλούρου Χριστίνα, Τοφαρίδης Ανδρέας, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Ανδρέας, Αζίνα Χαρά, Πάρπας Γιώργος, Κάγκα Δήμητρα

Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία.

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος (NETS) αποτελούν σπάνια νεοπλασμάτα, με συμμετοχή συχνά σε οικογενείς ενδοκρινόπαθειες. Η συνύπαρξη τους με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του γαστρεντερικού συστήματος (ΓΕΣ) δεν έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης ασθενούς με γλουκαγονώμα και σύγχρονο αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου με παρανεοπλασματική εκδήλωση συνδρόμου Cushing.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής θήλεος φύλου, 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό Αρτηριακής Υπέρτασης νοσηλεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2018 στη Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.

Αποτελέσματα: Η εν λόγω ασθενής προσήλθε αιτώμενη αδυναμία, καταβολή και απώλεια βάρους. Παρουσίαζε ικτερική χροιά, γλωσσίτιδα, και ψηλαφητό επώδυνο ήπαρ.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπεργλυκαιμία, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και γαλακτική αφυδρογονάση, εμμένουσα υποκαλιαιμία ενώ σημαντικά αυξημένες ήταν οι τιμές της ACTH και κορτιζόλης ορού. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μάζα στην κεφαλή παγκρέατος με πολλαπλές εστίες ήπατος. Ακολούθησε

ενδοσκοπικός έλεγχος και βιοψία από τη μάζα της παγκρέατος που πίεζε εκ των έξω το μείζον τόξο στομάχου, και βιοψία από ενδοαυλική μάζα στο δεύτερο τμήμα του δωδεκαδακτύλου. Διεγεργήθηκε βιοψία από τις ηπατικές εστίες υπό καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας με ανοσομορφολογικά χαρακτηριστικά γλουκαγονώματος (grade3).

Η ιστοπαθολογική εξέταση ήταν υπέρ γλουκαγονώματος στην 1η εστία της ενδοσκόπησης (ανοσοϊστοχημεία θετική για GLUT-1, NSE, χρωμογρανίνη και αρνητική για γαστρίνη), υπεραδενοκαρκινώματος δωδεκαδακτύλου (με ανοσοϊστοχημεία θετική για ACTH).

Η ασθενής κατέληξε την 21η ημέρα νοσηλείας λόγω επεισοδίου επιληπτικών σπασμών με ανάδειξη πολλαπλών εστιών στα δυο παρεγκεφαλικά ημισφαίρια και οιδήματος.

Συμπερασμα: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι παγκρέατος αν και σπάνιοι όγκοι μπορούν να συνυπάρχουν και με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του ΓΕΣ. Ως εκ τούτου η πλήρης διερεύνηση των ασθενών με κλινικά σύνδρομα από NETS είναι σημαντική, ενώ η κατάλληλη αντιμετώπιση ανάλογων περιπτώσεων θα πρέπει να διασαφηνιστεί.

17. ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Ερυθροπούλου-Καλτσιόδου Αναστασία¹, Ζτρίβα Ελευθερία¹, Καρλάφτη Ελένη¹, Πιλάλας Δημήτριος¹, Κοντάνα Αναστασία¹, Χατζόπουλος Γεώργιος¹, Παραμυθιώτης Δανιήλ², Ψωμά Ελισάβετ³, Χατζητόλιος Απόστολος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹

1Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2 Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

3 Ακτινολογικό Εργαστήριο ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-σκοπός: Τα ηπατικά αποστήματα αποτελούν μια σπάνια αλλά σοβαρή νοσολογική οντότητα, καθώς παρουσιάζονται με μη ειδικά συμπτώματα και έχουν σχετικά υψηλή θνητότητα. Τα πιο συχνά ηπατικά αποστήματα είναι τα λοιμώδη αποστήματα, που προέρχονται τις περισσότερες φορές από επέκταστικής φλεγμονής και προκαλούνται συνήθως από βακτήρια. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ηπατικού αποστήματος σε ασθενή με μοναδικό σύμπτωμα το εμπύρετο.

Υλικό και μέθοδος: Άνδρας ασθενής 72 ετών, με ιστορικό χολολιθίαςης, προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 38°C κυρίως τις απογευματινές ώρες, διάρκειας δύο εβδομάδων, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Προ δεκαπενθήμερου νοσηλεύτηκε σε χειρουργική κλινική λόγω χολοκυστίτιδας.

Αποτελέσματα: Το υπερηχογράφημα και η αξονική κοιλίας ανέδειξαν την ύπαρξη στο τμήμα IV του ήπατος υπόπυκνου σχηματισμού 7,5 εκατοστών, με κυστικά στοιχεία και ατελή διαφραγμάτια, καθώς και έντονη διάταση της χοληδόχου κύστεως με χολόλιθους στον αυχένα. Το απεικονιστικό αυτό εύρημα δεν υπήρ-

χε σε προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της προηγούμενης νοσηλείας του. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και στη συνέχεια έγινε διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος, με τοποθέτηση καθετήρα στη χοληδόχο κύστη, λόγω ύπαρξης επικοινωνίας μεταξύ αυτής και του αποστήματος. Το παθογόνο μικρόβιο που απομονώθηκε από την καλλιέργεια του υλικού του αποστήματος ήταν η *Escherichia Coli*. Ο ασθενής απύρετσε και βελτιώθηκε η κλινική, εργαστηριακή και ακτινολογική του εικόνα. Ωστόσο, λόγω μη πλήρους υποχώρησης του ηπατικού αποστήματος, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με υφολική χολοκυστεκτομή και χειρουργική παροχέτευση του αποστήματος.

Συμπεράσματα: Η σωστή αντιμετώπιση του ηπατικού αποστήματος, με τη συνεργασία παθολόγων, ακτινολόγων και χειρουργών, είναι πρωταρχικής σημασίας, λόγω της υψηλής θνητότητας και των πιθανών επιπλοκών.

Απαιτείται υψηλή κλινική υποψία για την έγκαιρη διάγνωση του ηπατικού αποστήματος λόγω των μη ειδικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων.

18. ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ

Τρίτζαλη Μαρούλα¹, Μαλαματένιος Μάρκος¹, Γιαννάς Ραφαήλ¹, Σπάρτακος Ιορδανίδης¹, Βούλτσος Ιωάννης², Γεωργαλή Ανδρούλα¹, Γιαννικόπουλος Γεώργιος¹.

1 Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη

2 Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

Εισαγωγή-σκοπός: Η μηνιγγίτιδα από *Staphylococcus aureus* είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε περίπτωση σταφυλοκοκκικής μηνιγγίτιδας σε ασθενή με οσφυαλγία.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 29 ετών με από πενθήμερου οσφυαλγία και από 24ώρου κεφαλαλγία, εμέτους και 39°C. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Λόγω υποψίας μηνιγγίτιδας, έλαβε κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη σε περιφεριακό ιατρείο προ της εισαγωγής. ΑΠ 115/60 mmHg, σφύξεις 70/λεπτό, 36,7°C (υπό παρακεταμόλη), GCS 15, τελική αυχενική δυσκαμψία, οσφυϊκή ευαεσθσία, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC 13.560/uL (P97%), CRP 116, HIV(-). Ένεκα παρατεταμένου INR, υπεβλήθη σε ΟΝΠ την επόμενη ημέρα. Ο ασθενής εμφάνισε σπητική εικόνα με πυρεξία, σύγχυση, πτώση αρτηριακής πίεσης, αμέσως μετά την ΟΝΠ που ανέδειξε 800 κκκ (P95%). Λόγω της σπητικής εικόνας και εν αναμονή καλλιιεργιών, η αγωγή τροποποιήθηκε σε μεροπενέμη και βανκομυκίνη. Όλες οι καλλιιεργίες ήταν στείρες, ενώ η PCR ENY κατέδειξε *Staphylococcus aureus*. Έλεγχος για μεταστατικές εστίες με

αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας και υπερηχογράφημα καρδιάς, απέβει αρνητικός. Η τομογραφία της ΟΜΣΣ ήταν συμβατή με σπονδυλοδισκίτιδα Ο1-Ο5 κι η αγωγή τροποποιήθηκε σε λινεζολίδη 600mg 1x2 IV. Παρέμεινε απύρετος μετά πάροδο 48ώρου και εξήλθε τη 14η μέρα, συνεχίζοντας την παρακολούθηση σε κέντρο του εξωτερικού με per os τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη.

Αποτελέσματα: Μηνιγγίτιδα από *staphylococcus aureus* αποτελεί το 2-10% των βακτηριακών μηνιγγιτίδων, σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις ή από παρακείμενη φλεγμονώδη εστία. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν ο πυρετός (84%), η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (75%), μηνιγγικά σημεία (62%) και κεφαλαλγία (41%). Κριτικής σημασίας παραμένει ο εκτεταμένος έλεγχος για πιθανή πρωτοπαθή εστία και εντόπιση δευτεροπαθών μεταστατικών φλεγμονωδών εστιών.

Συμπεράσματα: Υψηλός δείκτης υποψίας, και πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απαιτούνται σε κάθε περίπτωση σταφυλοκοκκικής μηνιγγίτιδας για επιτυχή έκβαση και θεραπεία.

19. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΕΝΑΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹, Θεόδωρος Μ. Τούμπουρας¹, Θωμάς Ι. Τέγος², Ιωάννης Μ. Καραμούζης³, Μάρκος Ανδρόνολου¹, Αναστασία Καραπατάζογλου¹, Σοφία Δημοπούλου¹, Γεώργιος Χατζόπουλος¹, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα¹, Σταυρούλα Βενέτη¹, Σπυρίδων Φωτιάδης¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹

1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Α΄ Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Αναζητώντας βιοδείκτες που να προσδιορίζουν ένα κλινικό μοντέλο υπέρτασης - παχυσαρκίας και προδιαθέτοντας για αθηροσκληρώση συσχετίστηκε μια σειρά διαφόρων κυττοκινών και αυξητικών παραγόντων. Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών - 23 (FibroblastGrowthFactor - 23, FGF-23) έχει ενοχοποιηθεί τελευταία στη χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και είναι σημαντικός στον άνθρωπο κατά την οστεογένεση.

Πρόσφατα πειραματικά δεδομένα υποστηρίζουν έναν ρόλο για τον FGF-23 στην ευόδωση κυτταροκινών από το λιπώδη ιστό αλλά υποκείμενοι μηχανισμοί δεν έχουν διερευνηθεί.

Η λευκωματουρία εκτός από πρώιμος δείκτης XNN και καρδιαγγειακής νόσου (KAN) έχει βρεθεί σε συχνότητα 1 στους 4 υπερτασικούς ασθενείς, καθώς και 1 στους 3 υπερήλικες (>65 ετών).

Έχει βρεθεί ότι η βιταμίνη D εμφανίζεται ιδιαίτερα μειωμένη στους υπερτασικούς ασθενείς με λευκωματουρία. Στην παρούσα μελέτη αναζητούνται βιοδείκτες αφενός που να πλαισιώνουν το μοντέλο και αφετέρου που να σχετίζονται με αθηροσκληρώση σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 80 ασθενείς με ΑΥ και λευκωματουρία από 300mg– 2.5gr ημερησίως με δείκτη μάζας σώματος (BodyMassIndex, BMI) >30 kg/m² και 100 ασθενείς με ΑΥ χωρίς λευκωματουρία και BMI <30 kg/m².

Τα επίπεδα ορού του FGF-23, της 1.25(OH)2D3, του Αγγειακού Ενδοθηλιακού Αυξητικού Παράγοντα - Α (VascularEndothelialGrowthFactor - A, VEGF-A) και του Ιστικού Αναστολέα των Πρωτεασών-1 (TissueInhibitor of Metalloproteinase-1, TIMP-1) μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο προσδιορισμός των επιπέ-

δων της ομοκυστεΐνης (Hmct) έγινε με τη μέθοδο του πολωμένου ανοσοφθορισμού (FPIA), ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR-1 (C677T) και MTHFR-2 (A1298C) με τη μέθοδο της Real Time PCR, η οποία ανιχνεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο.

Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (Intima-MediaThickness, IMT) των καρωτίδων, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υπερηχοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας, ενώ η αλβουμινουρία μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά του FGF-23 (0.5±0.1ng/ml, p<0.001), του VEGF-A (350±50pg/ml, p<0.0001), του TIMP-1 (400±20ng/ml, p<0.0001), της Hmct (10±5μmol/l, p<0.0001), της 1.25(OH)2D3 (40±25pg/ml, p<0.0001), του IMT (0.4±0.1mm, p<0.0001) και της λευκωματουρίας (1500±500mg, p<0.0001) σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων λευκωματουρίας και IMT (r: 0.75, p<0.0001), λευκωματουρίας με ΑΥ (r: 0.7, p<0.0001), VEGF-A με λευκωματουρία (r: 0.7, p<0.0001), VEGF-A με ΑΥ και IMT (r: 0.75, p<0.0001) και VEGF-A με Hmct (r: 0.7, p<0.0001), FGF-23 με ΑΥ και IMT (r: 0.65, p<0.001).

Στην ομάδα ασθενών η μετάλλαξη MTHFR-1 (C677T) ήταν παρούσα στο 75% των ασθενών και η MTHFR-2 (A1298C) στο 40%. Στην ομάδα υγιών 20% εμφάνιζαν την MTHFR-1 και 10% την MTHFR-2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στο μοντέλο της ΑΥ σε παχύσαρκους ασθενείς με λευκωματουρία και υποβιταμιναιμία D, ο VEGF-A, ο TIMP-1, ο FGF-23, η Hmct και ο MTHFR-1 εμφανίζονται να προδιαθέτουν σε αθηροσκληρώση και εγκεφαλική ισχαιμία.

20. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ (ΣΒΙ)

Δέσποινα Παυλοπούλου¹, Θαλής Ασημακόπουλος^{1,2}, Θεόδωρος Αγγελόπουλος^{1,3}, Χρήστος Τσαγκάρης^{1,3}

1: Ομάδα Νέων Ιατρών και Φοιτητών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα

2: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

3: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η στένωση ή απόφραξη της σπονδυλοβασικής αρτηρίας ευθύνεται για το 20-25% των ν αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ). Η αθηρωμάτωση αλλά και η μηχανική συμπίεση της σπονδυλικής αρτηρίας από εκφυλιστικές και οστεοφυτικές διεργασίες της ΑΜΣΣ αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας και απελευθέρωσης εμβόλων.

Η απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του σπονδυλοβασικού συστήματος περιλαμβάνει την αξιολόγηση των σπονδυλικών αρτηριών, της βασικής αρτηρίας και των κύριων κλάδων τους ώστε να ελεγχθεί η οπίσθια εγκεφαλική κυκλοφορία.

Μέθοδος: Η μελέτη αυτή αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση - αξιολόγηση των μεθόδων απεικονιστικής προσέγγισης της ΣΒΙ. Έγινε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (ischemia, vertebral circulation, cervical, imaging) στις βάσεις Pubmed και Scopus. Κριτήρια εισαγωγής ήταν η μελέτη μεγάλου δείγματος ασθενών και η διαθεσιμότητα της μελέτης στα αγγλικά.

Αποτελέσματα: Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι: το Duplex υπερηχογράφημα, το Διακρανιακό Doppler υπερηχογράφημα, η Υπολογιστική Τομογραφία - Αγγειογραφία η Μαγνητική Τομογραφία, η Μαγνητι-

κή Αγγειογραφία και η Ψηφιακή Αφαιρετική Αγγειογραφία.

Το υπερηχογράφημα συνιστά το πρώτο βήμα στην προσέγγιση ασθενών με κλινική ΣΒΙ (ζάλη, λιποθυμία, αστάθεια βάδισης κ.α) και δύναται να ανιχνεύσει αναστροφή ροής, τη βατότητα των σπονδυλικών αρτηριών ή των μεγάλων αγγείων.

Για τον εντοπισμό της στένωσης και το σχεδιασμό επεμβατικών πράξεων είναι απαραίτητος ο αγγειογραφικός έλεγχος με υπολογιστική, μαγνητική και ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία

Συμπεράσματα: Το υπερηχογράφημα (ΥΓ) είναι μέθοδος μη επεμβατική και ευρέως διαθέσιμη. Κύριοι περιορισμοί του είναι οι ανατομικές παραλλαγές και η δύσκολη προσβασιμότητα των σπονδυλικών αρτηριών.

Η υπολογιστική αγγειογραφία μπορεί να αναδείξει ισχαιμία εντός 24 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων ενώ μεγαλύτερη ευαισθησία έχει Μαγνητική Αγγειογραφία.

Η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία είναι η αξιοπιστότερη, παρέχει εξαιρετική απεικόνιση της ενδοεγκεφαλικής κυκλοφορίας, ενέχει όμως κινδύνους όπως άμεσο ΑΕΕ.

21. ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

Δέσποινα Παυλοπούλου¹, Θεόδωρος Αγγελόπουλος^{1,2}, Θαλής Ασημακόπουλος^{1,3}, Χρήστος Τσαγκάρης^{1,2}

1: Ομάδα Νέων Ιατρών και Φοιτητών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα

2: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο

3: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Αυχενογενής Σπονδυλοβασική Ισχαιμία (ΑΣΒΙ) είναι μια πάθηση υποδιαγνωσόμενη, ασαφούς συμπτωματολογίας, απειλητική για τη ζωή και δυνητικά θεραπεύσιμη με λιγοστή βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μορφοποιηθεί η αιτιοπαθογενετική και η κλινική εικόνα της ΑΣΒΙ.

Μέθοδος: Γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση της (ΑΣΒΙ), από το 1991 ταξινομώντας και μορφοποιώντας τα αίτια, κλινικά συμπτώματα, παθοφυσιολογία και μεθόδους διάγνωσης. Έγινε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (ischemia, vertebral circulation, cervical) στις βάσεις Pubmed και Scopus. Κριτήρια εισαγωγής ήταν η μελέτη μεγάλου δείγματος ασθενών και η διαθεσιμότητα της μελέτης στα αγγλικά.

Αποτελέσματα: Τα κλινικά συμπτώματα της ΣΒΙ μπορεί να είναι ασαφή, πολλαπλά, παροδικά και επαναλαμβανόμενα. Χαρακτηρίζονται από αστάθεια, ίλιγγο, εμβοές, δυσφαγία, δυσαρθρία, διπλωπία, περιτοματική αιμωδία, επεισόδια πτώσης και τέλος εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα αίτια της ΣΒΙ μπορεί να είναι ενδοαυλικά όπως αθηροσκλήρωση ή εξωαυλικά οφειλό-

μενα σε μηχανική συμπίεση: αυχενικά οστεόφυτα, σπονδυλολίση ή σπονδυλική αστάθεια, στένωση εγκάρσιων τρημάτων, κλπ. και παρατηρείται συχνότερα σε άνδρες τέταρτης ή πέμπτης δεκαετίας με αυχενική σπονδυλωση, Παθοφυσιολογικά η ΑΣΒΙ προκαλείται λόγω χαμηλής παροχής αίματος ή εμβολής. Η διάγνωση τίθεται νευροαπεικονιστικά: η αρτηριογραφία σπονδυλοβασικής θεωρείται η σημαντικότερη, αλλά λόγω σοβαρών κινδύνων προηγούνται ο διακρανιακός υπέρηχος, αξονική και μαγνητική αγγειογραφία, καθώς και το τεστ καταστολής του σπονδυλοβασικού νυσταγμού.

Συζήτηση: Έχουν αναφερθεί αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κατά την πλάγια κάμψη του αυχένα (σύνδρομο κυνηγού) ή κατά την υπερέκτασή του (σύνδρομο λουσίματος κομωτηρίου). Θεωρείται ότι συχνά η ΑΣΒΙ μπορεί να διαλαθεί διαιγνωστικά. Κρίνεται απαραίτητο ο κλινικός ιατρός να προβαίνει σε διερεύνηση παρουσίας ενδείξεων εκ του ιστορικού για την εγκαίρως πρόληψη ή εκδήλωσης ΑΕΕ.

Λέξεις κλειδιά. Σπονδυλοβασική ισχαιμία, σπονδυλική αρτηρία, αυχενική σπονδυλωση

22. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ Η Ή ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ζτρίβα Ελευθερία¹, Παπαναστασίου Αναστάσιος¹, Σέββα Χριστίνα¹, Σαμαρά Σοφία¹, Σαμοήλης Γιώργος², Πιλάλας Δημήτριος¹, Χατζόπουλος Γιώργος¹, Καϊάφα Γεωργία¹, Τέγος Θωμάς³, Καλογερά Άννα², Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹

1Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

2Ακτινοδιαγνωστικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

3Α΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας σε ασθενείς που λάμβαναν αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, καθώς και η εκτίμηση της βαρύτητας της αιμορραγίας στους ασθενείς αυτούς

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 18 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία στην Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου το έτος 2018-2019. Για την εκτίμηση της βαρύτητας της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο Intracerebral Hemorrhage (ICH)

score, το οποίο εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή των ασθενών. Το score εκτιμά την θνητότητα αλλά και την καλή έκβαση των ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία τις επόμενες 30 μέρες και περιλαμβάνει τον υπολογισμό της κλίμακας λειτουργικότητας NIHSS, τον όγκο της αιμορραγίας, την εντόπιση της και την προέλευση της, καθώς και την ηλικία του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Από τους 18 ασθενείς οι 13(72.2%) λάμβαναν αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή- 4 αντιπηκτική, 7 αντιαιμοπεταλιακή και 2 αντιπηκτική και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Οι ασθενείς που λάμβαναν αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή είχαν χειρότερη πρόγνωση, όπως προέκυψε από την εκτίμηση του ICHscore κατά την εισαγωγή τους. 5 ασθενείς απεβίωσαν μέσα στις επόμενες 30 μέρες. Λάμβαναν

όλοι αντιπηκτική ή και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

Αποτελέσματα: Η αυτόματη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αποτελεί το 10-15% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αφορά ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Η εξέλιξη και η πρόγνωση της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας είναι χειρότερη στους ασθενείς υπό αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη επέκταση του αιματώματος.

Για το λόγο αυτό οι σύγχρονες μελέτες κατευθύνονται στην αναστροφή της δράσης της αγωγής αυτής σε περιπτώσεις απειλητικής αιμορραγίας.

23. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΙΑΕΕ)

Κυριάκου Φανή¹, Σιάφη Ειρήνη-Χαρίκλεια¹, Τάγαρης Θάνος², Νούτσου Μαρίνα¹, Ντουράκης Σπυρίδων¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

² Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών ΕΜΠ

Εισαγωγή- Σκοπός: Τα ΙΑΕΕ αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, καθώς και μακροπρόθεσμης αναπηρίας.

Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων κινδύνου και εργαστηριακών παραμέτρων κατά την εισαγωγή των ασθενών με την έκβαση έως την έξοδο από το νοσοκομείο.

Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 266 διαδοχικοί ασθενείς με ΙΑΕΕ (γυναίκες 57,5%), μεταξύ Απριλίου 2016 και Μαρτίου 2018.

Η μέση ηλικία ήταν 80,6 ($\pm$ 10,1) έτη και η διάρκεια νοσηλείας 6,2 ($\pm$ 5,4) ημέρες. Από το ατομικό αναμνηστικό: 24,2% είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), 67% αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), 40,7% δυσλιπιδαιμία, 18% στεφανιαία νόσο (ΣΝ), 12,4% κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ).

Εστάλη εργαστηριακός έλεγχος για γλυκόζη κατά την προσέλευση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), γλυκόζη νηστείας (εντός 24ώρου), λιπιδαιμικό προφίλ, τροπονίνη, γενι-

κή αίματος, c-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Επιπλέον, έγινε CT εγκεφάλου κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ και μετά 48 ώρες.

Αποτελέσματα: Ο θάνατος των ασθενών με ΙΑΕΕ μέχρι τη έξοδο από το νοσοκομείο συσχετίστηκε θετικά με: τη γλυκόζη νηστείας (r 0,2156, $p < 0,05$), τη CRP (r 0,2524, $p < 0,05$), την ηλικία (r 0,1984 $p < 0,05$) και τη διάρκεια νοσηλείας (r 0,151, $p < 0,05$), ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με: την HDL-χοληστερίνη (r -0,1525, $p < 0,05$) και τον αριθμό των λεμφοκυττάρων (r -0,1693, $p < 0,05$).

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, οι τέσσερις παράμετροι που επηρέασαν περισσότερο την έκβαση νοσηλείας (θάνατος) και με σειρά σημαντικότητας ήταν: CRP, γλυκόζη νηστείας, ημέρες νοσηλείας και ηλικία.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΙΑΕΕ, η έκβαση μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο (έπιβωση ή θάνατος), θα μπορούσε να προβλεφθεί και ενδεχομένως να τροποποιηθεί χρησιμοποιώντας απλές παραμέτρους διαθέσιμες από το τμήμα επειγόντων περιστατικών.

24. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΕΩΝ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ

Γκολιοπούλου Αθηνά¹, Ρέντζου Γιαννούλα², Μαραθωνίτης Αναστάσιος¹, Παγκράτης Προκόπης³, Τσόγκας Ναπολέων¹, Μποκή Κυριακή⁴, Μοντσενίγος Θωμάς¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

² Μονάδα Λοιμώξεων, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α Λαϊκό

³ Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

⁴ Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Σκοπός: Θρομβωτικές μικροαγγειοπάθειες (ΤΜΑ) αποτελούν μια νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία. Διαχωρίζεται στα πρωτοπαθή σύνδρομα και στις σχετιζόμενες με συστηματικά νοσήματα καταστάσεις.

Σκοπός είναι να παρουσιάσουμε περιστατικό μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας και θρομβοπενίας σε νέονηλικο.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 38 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω κοιλιακού άλγους από δεκαήμερου. Κλινική εξέταση: αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, κοιλία: μαλθακή, ευπίεστη, ευαισθησία στην ψηλάφηση εντοπιζόμενη στο επιγάστριο, αντανάκλαση στη ράχη, λοιπά συστήματα κατά φύση. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου: υψηλή τιμή αιμολύσης ορού, ούρων, αναιμία, θρομβοπενία και υψηλή τιμή τρο-

πονίνης, ΗΚΓ: φυσιολογικό. Ατομικό ιστορικό: ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προ 4ετίας, βαρύς καπνιστής, αυξημένο BMI. Κατά την λεπτομερέστερη μελέτη του ατομικού ιστορικού διαπιστώθηκε ήπια θρομβοπενία από 5ετίας η οποία δεν είχε διερευνηθεί.

Ο ασθενής εισήχθη στην Α' Παθολογική Κλινική προς περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας, η οποία ανέδειξε: παλαιό εγκεφαλικό έμφρακτο, ασαφοποίηση περιπαγκρεατικού λίπους, Triplex καρδιάς: ήπιες υποκινησίες κατώτερου τοιχώματος. Μικροσκοπική εξέταση επικρίσματος περιφερικού αίματος, αιματολογική εκτίμηση: χωρίς παθολογικά ευρήματα κατά την παρούσα χρονική στιγμή. Εστάλη πλήρης έλεγχος προς διερεύνηση θρομβοπενίας.

Λόγω άμεσης Coombs(+) και αντιπηκτικού λύκου(+): έναρξη ώσεων μεθυλπρεδνιζολόνης. Λόγω εμμένουσας θρομβοπενίας και αναιμίας χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη για 5 ημέρες, χωρίς βελτίωση. Την δέκατη ημέρα νοσηλείας ανιχνεύθηκαν στο πλακάκι περιφερικού αίματος σχιστοκύτταρα, σε συνδυασμό με τη θρομβοπενία ετέθη η διάγνωση θρομβωτικής μικραγγειοπάθειας: ο ασθενής υπεβλήθη σε πλασμοφαίρεση. Ο παράγοντας Adamts13 ήταν στην γκρίζα ζώνη. Παρουσίασε βελτίωση της αιματολογικής του εικόνας.

Συμπεράσματα: Η θρομβοφιλία σε συνδυασμό με θρομβωτικές καταστάσεις εγείρει την υποψία διαταραχών σε επίπεδο μικρών αγγείων. Ο αποκλεισμός συστηματικών νοσημάτων και η άμεση έναρξη θεραπείας αποτελούν ακρογωνιαίους λίθους της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

25. ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Γεωργία Δ. Καϊάφα¹, Αναστασία Κ. Ερυθροπούλου-Καλτσίδου¹, Ιωάννης Μ. Καραμούζης², Ηλίας Κανέλλος¹, Γρηγόριος Παναγιώτου¹, Σαράντης Α. Σάτσογλου¹, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα¹, Αναστασία Κοντάνα¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹, Δημήτριος Μ. Γρέκας¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών FGF-23 παράγεται από τα οστεοκύτταρα και τους ινοβλάστες και δρα φυσιολογικά στο νεφρό επάγοντας τη φωσφατουρία και αναστέλλοντας τη σύνθεση της 1.25 (OH)₂D. Η παραθορμόνη (PTH) δρα άμεσα στα οστεοκύτταρα αυξάνοντας την έκφραση του FGF-23. Η παρατήρηση ότι η αναιμία και ο Β' παθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΔΥΠΘ) στην διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) ξεκινούν νωρίτερα σε σύγκριση με άλλες αιτίες χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) οδήγησε στη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού των FGF-23 και 1.25 (OH)₂D και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αναιμίας και ΔΥΠΘ σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ και ΔΝ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1 και 2 και ΔΝ. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγιείς μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκ-

κριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο FGF-23 και η 1.25 (OH)₂D μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η παραθορμόνη μετρήθηκε με τη μέθοδο της ηλεκτρο-χημειοφωταύγειας (ECLIA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες μεταξύ FGF-23 (0.5 ± 0.1 , $p < 0.005$), 1.25 (OH)₂D3 (40 ± 3 , $p < 0.005$), PTH (3 ± 0.5 , $p < 0.005$) και αιμοσφαιρίνης (Hb, 4 ± 1 , $p < 0.005$). Επιπλέον υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και 1.25 (OH)₂D ($r = -0.7$, $p < 0.005$), FGF-23 και Hb ($r = -0.75$, $p < 0.005$), θετική συσχέτιση 1.25 (OH)₂D και Hb ($r = 0.6$, $p < 0.005$) και FGF-23 και PTH ($r = 0.7$, $p < 0.005$) στην ομάδα των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα ορού FGF-23 και τα χαμηλά επίπεδα ορού της 1.25 (OH)₂D3 να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα για ΔΥΠΘ και αναιμία, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια ΔΝ προς την εξέλιξη σε ΧΝΝ.

26. ΜΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Γεωργία Δ. Καϊάφα¹, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα¹, Ελένη Μπερετούλη², Γρηγόριος Παναγιώτου¹, Αναστασία Κ. Ερυθροπούλου-Καλτσίδου¹, Σαράντης Α. Σάτσογλου¹, Αναστασία Κοντάνα¹, Γεωργία Καραγιαννοπούλου², Τριανταφυλλιά Κολέτσα², Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Μ. Γρέκας¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Τα νοσήματα στα οποία ανευρίσκονται εξωκυτταρικές εναποθέσεις ινιδίων στο σπείραμα ταξινομούνται με βάση τη σύσταση των ινιδίων και τη χρώση ερυθρού του Κογκό. Θετική στη χρώση με ερυθρό του Κογκό εμφανίζεται η αμυλοείδωση, ενώ αρνητικές οι κρουσφαιριναιμίες, οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες και διάφορες άλλες όπως ο ΣΕΛ. Από ινίδια κολλαγό-

νου εμφανίζονται πρωτοπαθείς σπειραματονεφρίτιδες (ΣΝ), κυρίως μεσαγγειακές και η διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ), ενώ από κυκλοφορούσες πρωτεΐνες παρουσιάζονται οι κρουσφαιριναιμίες, οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες, η αμυλοείδωση και διάφορες άλλες.

Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα (Ιν ΣΝ) αποτελεί μέλος των

ινιδιακών ΣΝ, ως υπερμικροσκοπική οντότητα που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση μη διακλαδιζόμενων μικροϊνιδίων, διαμέτρου μικρότερης των 30 nm, τα οποία διατίθενται τυχαίως στο μεσάγγειο και στα τοιχώματα των σπειραματικών τριχοειδών, αρνητικών σε χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Η ινιδιακή αυτή μη αμυλοειδική ΣΝ περιγράφεται ως σπειραματοπάθεια με αμυλοειδές αρνητικό στο ερυθρό του Κονγκό. Πρόκειται για σπειραματική νόσο από εναπόθεση οργανωμένου ινιδιακού υλικού, το οποίο δεν έχει τις ιδιότητες του αμυλοειδούς, αλλά μοιάζει με την κλινική εικόνα της αμυλοείδωσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Περιγράφονται οι περιπτώσεις τριών γυναικών, ηλικίας 52, 59 και 65 ετών, οι οποίες εμφάνισαν βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο, ταχέως εξελισσόμενη νεφρική νόσο (ΤΕΝΝ) με λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές.

Διενεργήθηκε νεφρική βιοψία, η οποία συνοδεύτηκε από μέλση με ανοσοϊστοχημεία, ανοσοφθορισμό και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (ΗΜ). Οι σπειραματικοί μηννοειδείς σχηματισμοί παρουσιάζονται στο 30% των νεφρικών βιοψιών (18/54, 7/21 και

9/27 σπειράματα αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Η νεφρική βιοψία έδειξε εξωκυττάρια εναπόθεση ουσίας ομοιάζουσας με αμυλοειδές στο μεσάγγειο και στις σπειραματικές βασικές μεμβράνες, αλλά αρνητική στη χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ανέδειξε Ιν ΣΝ. Η πρώτη περίπτωση κατέληξε δύο μήνες αφότου εντάχθηκε στον Τεχνητό Νεφρό (ΤΝ) σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης.

Η δεύτερη εξακολουθεί μετά από ένα χρόνο να υποστηρίζεται με μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης (ΤΝ). Η τρίτη περίπτωση βρίσκεται στο τέταρτο στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ, GFR: 25ml/min/1.73m²).

Συμπέρασμα: Η επίπτωση της Ιν ΣΝ στον πληθυσμό όπου διενεργήθηκε βιοψία νεφρού εκτιμάται από 0.2-0.5% με μέση ηλικία 50-65 έτη και ελαφρά υπερχή στις γυναίκες. Η νεότερη αντίληψη υποδεικνύει φτωχή πρόγνωση, με δεδομένη την εξέλιξη από πρόσφατες σειρές αναφερομένων περιστατικών σε τελικό στάδιο ΧΝΝ να ανέρχεται σε >50% σε δύο χρόνια.

27. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΣΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ (ΝΟΑΚ)

Σιασιάκου Σοφία¹, Μπατσούλη Αθηνά¹, Καούκης Ανδρέας², Γεωργούτσου Δήμητρα¹, Βαρελάς Παναγιώτης¹, Ερωτοκρίτου Αργυρή¹, Νερούτσος Γεώργιος², Πυργάκης Βλάσιος², Παγώνη Σταμάτα¹

1 Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

2 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Τα ΝΟΑΚ αποτελούν εναλλακτική των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (VKA) αγωγή, επί ενδείξεων, και προτείνονται ως πρώτης γραμμής αγωγή από επιστημονικούς φορείς λόγω απλού δοσολογικού σχήματος, λιγότερων αλληλεπιδράσεων με τροφή και φάρμακα και της μη αναγκαιότητας παρακολούθησης ηπικτικότητας του αίματος. Τα πλεονεκτήματα τους έχουν οδηγήσει στην ευρεία χορήγησή τους από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων. Παράλληλα, συχνά διαπιστώνεται ότι η χορήγηση των ΝΟΑΚ, επί σωστών ενδείξεων, είναι λανθασμένη όσον αφορά στην επιλογή του φαρμάκου αλλά και στη δοσολογία. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετασθεί η έκταση του φαινομένου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη καταγραφής στοιχείων φακέλων 107 ασθενών που εισήχθησαν σε Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Αθήνας και λάμβαναν ΝΟΑΚ και αξιολόγηση της επιλογής του είδους και της δοσολο-

γίας ΝΟΑΚ από 2 καρδιολόγους (αξιολογητές 1 και 2)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 51,4% των ασθενών ήταν άνδρες. Η διάμεση τιμή της ηλικίας και του βάρους ήταν 81,3 έτη και 72 κιλά αντίστοιχα. 62% των ασθενών ήταν ηλικίας ≥85 ετών. Οι αξιολογητές 1 και 2 χαρακτήρισαν λανθασμένη την αγωγή στο 58,8% και 66,3% αντίστοιχα των ασθενών στην εισαγωγή τους και στο 46% και 63,4% αντίστοιχα των ασθενών κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι δύο αξιολογητές συμφώνησαν (σωστή ή λανθασμένη χορήγηση ΝΟΑΚ) στο 82% των ασθενών στην εισαγωγή και στο 67,7% των ασθενών κατά την έξοδό τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Προοπτικές πολυκεντρικές κλινικές μελέτες πρέπει να οργανωθούν άμεσα με σκοπό τον προσδιορισμό της έκτασης και αναζήτησης των αιτίων του φαινομένου της σε υψηλό ποσοστό λανθασμένης χορήγησης ΝΟΑΚ. Πιθανά η λειτουργία Ιατρείου Πήξης σε Δομές Υγείας βοηθήσουν τον περιορισμό του.

28. ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ-ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Παπαγόρας Χαράλαμπος^{1,2}, Γκούσιος Θεμιστοκλής¹, Μπτρούλης Ιωάννης^{1,2}, Χρηστακίδου Παρασκευή¹, Μόσχος Ιωάννης¹, Πιτσιάβα Δήμητρα¹, Δάλλα Βασιλική¹, Τσίγαλου Χριστίνα³, Κουκλάκης Γεώργιος¹, Ρίτης Κωνσταντίνος^{1,2}, Σκένδρος Παναγιώτης^{1,2}.

1Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, 2 Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας, 3 Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

Εισαγωγή: Η δερματομυοσίτιδα (ΔΜ), η πολυμυοσίτιδα (ΠΜ) και η αυτοάνοση νεκρωτική μυοσίτιδα (ΑΝΜ) αποτελούν

τις συχνότερες μορφές ανοσολογικά-διαμεσολαβούμενης φλεγμονώδους μυοσίτιδας (ΑΔΦΜ).

Χαρακτηρίζονται από κεντρομελική αδυναμία και ποικίλα εξανθήματα στην περίπτωση της ΔΜ. Παρατηρείται αύξηση των μυϊκών ένζυμων, μυοπαθητικού τύπου αλλοιώσεις στο ηλεκτρομυογράφημα, ενώ φλεγμονώδη διηθήματα, ατροφία και νέκρωση των μυϊκών ινών αποτελούν τυπικά ιστολογικά ευρήματα. Έως 25% συσχετίζονται με κακοήθεια, ενώ σπανιότερα με λήψη στατίνης ή συνυπάρχουν με άλλα αυτοάνοσα/αυτοφλεγ-

μονώδη νοσήματα.

Σκοπός: Η εμπειρία τριτοβάθμιας Παθολογικής κλινικής αναφορικά με τις ΑΔΦΜ την τελευταία πενταετία.

Υλικό-Μέθοδοι: Ανασκόπηση των φακέλων ασθενών με διάγνωση «Μυοσίτιδα» ή παρεμφερή όρο από το 2013.

Αποτελέσματα: Αναγνωρίστηκαν 12 ασθενείς με ΑΔΦΜ (Πίνακας):

α/α	Φύλο/ Ηλικία	Διάγνωση	Συσχέτιση	Θεραπεία	Έκβαση
1	Γ/67	ΔΜ	Ca ωοθηκών	GC	Θάνατος
2	Γ/44	ΠΜ	Θυλακιώδες Ca θυρεοειδούς	GC/AZA	Ύφεση
3	Γ/62	ΠΜ	Ca πνεύμονα	GC	Ύφεση
4	Γ/57	ΔΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-SRP (+)	GC/MTX/AZA/MPA	Ύφεση
5	Γ/83	ΔΜ	Πρωτοπαθής	IVIG	Ύφεση
6	Γ/80	ANM	Νευροενδοκρινικός όγκος στομάχου	GC/IVIG	Θάνατος
7	Γ/72	ANM	Έκθεση σε στατίνες, Αντι-HMGCοA-Αναγωγή (+)	GC/IVIG/PLEX	Θάνατος
8	Γ/51	ΠΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-Jo-1 (+)	GC/AZA/MPA/RTX	Ύφεση ΔΠΝ/ΠΥ
9	A/36	ΔΜ	Πρωτοπαθής, ANA (+)	GC/AZA	Ύφεση
10	A/44	ΠΜ/ΣΣ	Πρωτοπαθής, Αντι-Ro52 (+)	GC	Ύφεση
11	A/72	ΔΜ	Νευροενδοκρινικό Ca προστάτη από μεγάλα κύτταρα	GC	Θάνατος
12	A/34	ΔΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-NXP-2 (+)	GC/MTX/RTX/IVIG	Θάνατος

ΣΣ=συστηματικό σκληρόδερμα, ΔΠΝ=διάμεση πνευμονοπάθεια, ΠΥ=πνευμονική υπέρταση, GC=γλυκοκορτικοειδή, MPA=μυκοφαϊνολικό οξύ, RTX=rituximab, MTX=μεθοτρεξάτη, AZA=αζαθειοπρίνη, IVIG=γ-σφαιρίνη, PLEX=πλάσμαφαίρεση

Συμπέρασμα: Οι ΑΔΦΜ αποτελούν ιδιαίτερα σοβαρά νοσήματα που απαιτούν άμεση διάγνωση, αναζήτηση πιθανών συσχετίσεων και έγκαιρη έναρξη θεραπείας λόγω της ταχείας εξέλιξής τους.

29. ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ

Λουππίδης Στυλιανός¹, Τσιολάκης Γεώργιος¹, Γεωργίου Γεώργιος², Κληρίδου Μάρω¹, Τοφαρίδης Ανδρέας¹, Φλούρου Χριστίνα¹, Ιωάννου Αντρέας^{1,3}

1 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

2 Ιστοπαθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

3 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα (ΠΣ) αποτελούν μία ετερογενή ομάδα συστηματικών διαταραχών σχετιζόμενη με κακοήθειες (σε ποσοστό έως 8%). Εμφανίζονται σε πρώιμα στάδια της νεοπλασίας, με μηχανισμούς που δεν σχετίζονται με την χωροκατακτητική/διηθητική δράση της. Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς, με εκδήλωση σκληροδερματικών

αλλοιώσεων επί εδάφους υποκείμενης νεοπλασίας και αυτοάνοσης δερματικής νόσου.

Υλικά και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 65 ετών, με γνωστό ιστορικό ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη και πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς διαγνωσμένου από 5 ετίας, υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή. Εισήχθη για διερεύνηση προο-

δευτικά επιδεινούμενης αδυναμίας, καταβολής, δυσφαγίας, ανορεξίας, καχεξίας, νεοεμφανισθέντων σκληροδερματικών εκδηλώσεων και έξαρσης υποκείμενου πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς, από εξαμήνου.

Αποτελέσματα: Κατά τον αρχικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, αύξηση δεικτών φλεγμονής, κοιλικός πτερυγισμός και δεξιά εξιδρωματική πνευριτική συλλογή. Η περαιτέρω παρακλινική διερεύνηση της ασθενούς έθεσε τη διάγνωση παρανεοπλασματικού σκληροδέρματος επί εδάφους αδενοκαρκινώματος αγνώστου πρωτο-

παθούς εστίας.

Συμπέρασμα: Η σπανιότητα των ΠΣ και η πρώιμη εκδήλωσή τους, ειδικότερα σε λανθάνουσες κακοήθειες, αποτελεί πρόκληση για τον σύγχρονο Παθολόγο. Είναι απαραίτητη η κλινική υποψία για έγκαιρη αναγνώριση τους και διαχωρισμός τους από παρόμοια αυτοάνοσα νοσήματα, ειδικότερα σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας. Η περαιτέρω διερεύνηση της παθογένειας των ΠΣ, καθώς και της προδιάθεσης για νεοπλασίες σε ασθενείς με υποκείμενα αυτοάνοσα νοσήματα, θα διευκολύνουν τη διαγνωστική προσέλαση ασθενών με παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις.

30. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ MMP-9 ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Κωνσταντίνος Βοσκαρίδης², Ιωάννα Γ. Γκαλονάκη¹, Ιωάννης Μ. Καραμούζης³, Γεώργιος Χατζόπουλος¹, Θεόδωρος Μ. Τούμπουρας¹, Ευριπίδης Βαλανίκας¹, Αναστασία Κοντάνα¹, Κωνσταντίνος Δέλτας², Απόστολος Ι.

Χατζητόλιος¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹, Δημήτριος Μ. Γρέκας¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Κέντρο Ερευνών Μοριακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κύπρου

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Έχουν προταθεί διάφοροι γενετικοί πολυμορφισμοί φλεγμονωδών κυτοκινών να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια των νεφρικών νοσημάτων. Η μεταλλοπρωτεϊνάση -9 (MMP-9) θεωρείται σήμερα μία κυτταροκίνη που αποδομεί συστατικά της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας (extracellular matrix) και έχει συσχετισθεί με την χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και την καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ). Έχουν μελετηθεί κάποιοι λειτουργικοί πολυμορφισμοί της στη συσχέτιση με αθηροσκλήρωση αλλά η ερμηνεία των αποτελεσμάτων παραμένει μεθοδολογικά πολύπλοκη. Στη μελέτη μας ο πολυμορφισμός R279Q MMP-9 συσχετίζεται με την υπέρταση της IgA νεφροπάθειας (IgAN), ενός φλεγμονώδους νοσήματος που οδηγεί σε ΧΝΝ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με πρωτοπαθή IgAN (n=29, 15 άνδρες μεταξύ 27 και 42 ετών) και 35 υγιείς μάρτυρες έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη. Ο MMP9-

R279Q έχειγονοτυπηθεί μέσω απομόνωσης DNA από ολικό αίμα με τη μέθοδο KASPar από την εταιρεία KBioscience. Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (polymerase chain reaction, PCR). Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε και στις δύο ομάδες στον pearson chi-square και η λογισμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την προσαρμογή στην ηλικία και το φύλο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το αλληλίο QQ έχει βρεθεί σε 15 ασθενείς οι οποίοι στο σύνολό τους εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση με στατιστικά σημαντική πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα της έσω καρωτίδας (Intima Media Thickness, IMT: 0.25±0.09 mm, p<0.004 προσαρμοσμένο για φύλο και ηλικία).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη μας υποδεικνύει τον πολυμορφισμό MMP9-279Q/Q να προδιαθέτει σε υπέρταση σε σχέση με τα αλληλία RR και RQ τους ασθενείς με IgA νεφροπάθεια.

31. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΝΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹, Γεώργιος Λ. Πολυχρονόπουλος¹, Θωμάς Ι. Τέγος², Ιωάννης Μ. Καραμούζης³, Ηλίας Κανέλλος¹, Γρηγόριος Παναγιώτου¹, Δημήτριος Πιλάλας¹, Ευριπίδης Βαλανίκας¹, Σταυρούλα Κωστάκη¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Μ. Γρέκας¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η υπερτροφία, η φλεγμονή και η ίνωση στο σπείραμα και στον διάμεσο ιστό αποτελούν κοινά ευρήματα στην εμφάνιση της χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας (ΧΣΝ). Ο μεταμορφικός αυξητικός παράγοντας (Transforming Growth Factor-β1, TGF-β1) θεωρείται μία προινώδης κυτοκίνη, η οποία διεγείρεται από τη φλεγμονή, το διαβητικό περιβάλλον και επάγει τη νεφρική υπερτροφία. Οι σύγ-

χρονες όμως αντικρουόμενες κλινικές και πειραματικές μελέτες δεν μπορούν να αποδώσουν μέχρι σήμερα έναν σαφή ρόλο του TGF-β1 στην παθογένεια της ΧΣΝ, της αλβουμινουρίας και της αθηροσκλήρωσης.

Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών-2 (tissue inhibitor of metalloproteinase -2, TIMP-2) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση, ενώ πρόσφατα έχει καθιερωθεί στα ούρα ως δεί-

κτης οξείας νεφρικής βλάβης. Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) θεωρείται μία προ-φλεγμονώδης λιποκυτταροκίνη και η highsensitivityC-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP) αποτελεί δείκτη οξείας φλεγμονής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού του TGF-β1 και του TIMP-2 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες φλεγμονής σε ασθενείς με πρωτοπαθή ΧΣΝ σε πρώιμα στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ).

Ασθενείς/ Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 80 ασθενείς σε πρώιμα στάδια ΧΝΝ 1 και 2, με ΧΣΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 80 υγιείς εθελοντές. Ο TGF-β1, ο TIMP-2, η IL-6 και η hsCRP μετρήθηκαν σε ορό αίματος με τη μέθοδο ELISA, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ορού TGFβ-1, TIMP-2, αλβουμινουρίας, IL-6 και hsCRP. Τα επίπεδα ορού του TGF-β1 ήταν 18000 ± 7500 pg/ml

στην ομάδα ασθενών και 3775 ± 1250 pg/ml στην ομάδα υγιών.

Τα επίπεδα ορού του TIMP-2 ήταν 125 ± 55 ng/ml στην ομάδα ασθενών και 475 ± 115 ng/ml στην ομάδα υγιών. Ο TGF-β1 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με τον TIMP-2 ($r: -0.75$, $p < 0.0001$), ενώ ο TIMP-2 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την IL-6 και την hsCRP ($r: -0.7$, $p < 0.0001$), καθώς και με την αλβουμινουρία ($r: -0.65$, $p < 0.004$).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ TGF-β1 (10000 ± 7000 , $p < 0.001$), TIMP-2 (100 ± 5 , $p < 0.0001$), IL-6 (4 ± 0.5 pg/ml, $p < 0.0001$), hs CRP (2.5 ± 0.9 mg/dl, $p < 0.0001$) και αλβουμινουρίας (3000 ± 1500 mg/24h, $p < 0.0001$) στην ομάδα ασθενών σε σχέση με αυτή των μαρτύρων.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα υψηλά επίπεδα ορού του TGF-β1 και τα χαμηλά επίπεδα του TIMP-2 να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε ΧΝΝ σε ασθενείς με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.

32. Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΩΔΥΝΗΣ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΑΤΑΙ ΑΜΕΣΩΣ;

Καραφωτιάς Αχιλλέας, Τοπαλίδης Στέφανος, Περικλέους Στέφανος, Ελευθερόπουλος Ιωάννης, Σεραφετινίδης Εφραίμ, Δελακάς Δημήτριος
ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ώστε να αποκλεισθεί τυχόν κακοήθεια. Είναι ένα θορυβώδες σύμπτωμα που κινητοποιεί τον ασθενή να αναζητήσει την ιατρική συμβολή χωρίς ιδιαίτερες χρονικές καθυστερήσεις, θέτοντας εξαρχής επιτακτική τη διάγνωση.

Υλικά και Μέθοδοι: Το τελευταίο έτος έχουν επισκεφτεί το τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου μας 178 ασθενείς με αναφερόμενη ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία. Κατά την αρχική διερεύνηση διερευνήθηκε υπερηχογράφημα νεφρών-ουρητήρων-ουροδόχου κύστεως σε όλους τους ασθενείς, καθώς και καλλιέργεια και γενική εξέταση ούρων, γενική αίματος και βιοχημικός έλεγχος. Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε κυστεοσκοπικό έλεγχο, κυτταρολογική εξέταση ούρων, στερία δείγματα διαφορετικών ημερών και CT ουρογραφία.

Αποτελέσματα: Από τους 178 ασθενείς, οι 136 εμφάνισαν εξωφυτική αλλοίωση στον ουροδόχου κύστης κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Σε 11 ασθενείς ανευρέθηκε έλλει-

μα πλήρωσης στην ενδοαυλική μοίρα του ουρητήρα, ενώ σε 4 ασθενείς αναγνωρίστηκε αλλοίωση εντός της νεφρικής πυέλου. Ένας ασθενής ελέγχθηκε με όγκο νεφρικού παρεγχύματος, ο οποίος προέβαλε εντός της νεφρικής πυέλου. Αναγνωρίστηκαν, επιπλέον, δύσμορφα ερυθροκύτταρα σε 5 ασθενείς στη μικροσκοπική εξέταση των ούρων και παραπέμφθηκαν σε Νεφρολόγο. Σε σύνολο 16 αρρένων ασθενών ανευρέθηκε κατά τον κυστεοσκοπικό έλεγχο υπερπλασία του προστάτη αδένος, ενώ σε αυτών οι 13 ακολουθούσαν αγωγή με αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες ή δικουμαρινικά αντιπηκτικά. Σε 5 ασθενείς αναγνωρίστηκε νεφρικός λίθος, στον οποίο αποδόθηκε η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία και προγραμματίστηκε η χειρουργική αφαίρεση αυτού.

Συμπέρασμα: Η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία αποτελεί ένα διαγνωστικό πρόβλημα αρκετά συχνό στην καθημερινή ιατρική πράξη. Χρήζει περαιτέρω ουρολογικής παρέμβασης και συνεργασίας με άλλες παθολογικές και εργαστηριακές ειδικότητες, ώστε να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

33. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γρηγόριος Γ. Δήμας¹, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος¹, Αρετή Χ. Σοφογιάννη¹, Θωμάς Ι. Τέγος², Ιωάννης Μ. Καραμούζης³, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα¹, Δημήτριος Πιλάλας¹, Δημήτριος Αγαπάκης¹, Ηλίας Κανέλλος¹, Αχιλλέας Παπαγιάννης¹, Δημήτριος Μυλωνάς¹, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹, Δημήτριος Μ. Γρέκας¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

² Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/ Σκοπός: Τελευταία πειραματικά και κλινικά δεδομένα έχουν καθιερώσει κάποιους δείκτες να προδιαθέτουν σε

αθηροσκλήρωση, να οδηγούν σε οξεία νεφρική βλάβη και χρόνια νεφρική νόσο. Οιστικός αναστολέας των πρωτεασών-1 (τι

ssueinhibitorofmetalloproteinase-1, TIMP-1) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση στην επιθηλιο-μεσεγχυματική μετάπτωση, ενώ η υπερэкφρασή του σε ζωικό μοντέλο αθηροσκληρώσεως υποστρέφει τις αγγειακές βλάβες. Αντικρουόμενα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών δεν προσδίδουν έναν σαφή ρόλο για τον TIMP-1 στην παθογένεια της διαβητικής αλβουμινουρίας και αθηροσκληρώσεως. Η εξέλιξη του οξειδωτικού στρες (ΟΣ) από τα πρώιμα στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας από την άλλη, δεν είναι απολύτως διευκρινισμένη. Η συγκέντρωση των επιπέδων ορού της οξειδωμένης-LDL (oxidized-LDL, ox-LDL) και του 15-F2t-isoprostone (15-F2t-IsoP) αποτελούν αξιόπιστους βιοχημικούς δείκτες ΟΣ σε ασθενείς με διάφορες παθολογικές κλινικές οντότητες, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα ορού του TIMP-1, της ox-LDL και του 15-F2t-IsoP και να εξεταστεί ο ρόλος τους στην αθηροσκληρώση και αλβουμινουρία σε ασθενείς με XNN σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Ασθενείς/ Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 50 ασθενείς σε πρώιμα στάδια XNN 1 και 2, με τύπου 2 ΔΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 50 υγιείς εθελοντές. Ο TIMP-1, η ox-LDL και το 15-F2t-IsoP μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο πρώιμος αθηρωματικός δείκτης IMT (Intimamediatthickness)

των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφο, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ox-LDL (50 ± 5 , $p < 0.0001$), 15-F2t-IsoP (150 ± 50 , $p < 0.0001$), TIMP-1 (400 ± 20 , $p < 0.0001$), IMT (0.3 ± 0.09 , $p < 0.0001$) και αλβουμινουρίας (300 ± 150 , $p < 0.0001$) στην ομάδα ασθενών σε σχέση με αυτή των μαρτύρων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ox-LDL και TIMP-1 ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), 15-F2t-IsoP και TIMP-1 ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), μεταξύ TIMP-1 και IMT ($r = -0.7$, $p < 0.0001$), καθώς και μεταξύ TIMP-1 και αλβουμινουρίας ($r = -0.65$, $p < 0.0001$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ox-LDL και 15-F2t-IsoP με IMT ($r = 0.7$, $p < 0.0001$), καθώς και ox-LDL και 15-F2t-IsoP με αλβουμινουρία ($r = 0.65$, $p < 0.0001$). Επιπρόσθετα τα υψηλά επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP και τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-1 συσχετιζόταν ανεξάρτητα με IMT και αθηρωματική πλάκα.

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-1 και τα αυξημένα επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP υποδεικνύονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες αθηροσκληρώσεως και αλβουμινουρίας από τα αρχικά στάδια XNN με ΔΝ προς την εξέλιξη της νόσου.

34. ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΟΞΕΩΣ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Γκαμάζ Σάμι, Χρήστου Ελένη, Παπαβασιλείου Δημήτριος, Νικολόπουλος Ιωάννης, Μοντσενίγος Θωμάς, Κουρμπάνης Βασίλειος

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή-σκοπός: Περιγραφή κλινικής περίπτωσης.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 69 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, υπό αγωγή με μίγμα ανάλογου ινσουλίνης και σταθερό συνδυασμό metformin και canagliflozin, και επιπλέον, αρτηριακής υπέρτασης, κολπικής μαρμαρυγής και χοληδοχολιθίας, εμφανίζεται στα ΤΕΠ λόγω κοιλιακού άλγους και αιματέμεσης. Δεδομένης της παρουσίας άμεσης υπερκολερυθριναιμίας και διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας, πιθανολογείται οξεία χολαγγειίτιδα. Η ασθενής ετέθη σε νηστεία και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και αντιβιοτικής αγωγής, με καλά αποτελέσματα. Επεισόδιο κοιλιακού άλγους, εμέτων και ταχύπνοιας, το 3ο 24ωρο νοσηλείας, αποδίδεται σε βαριά μεταβολική οξέωση ($\text{pH} = 7.04$, $\text{HCO}_3^- < 3 \text{ mmol/L}$, $\text{pCO}_2 = 13.4 \text{ mmHg}$). Παρατηρείται αυξημένο χάσμα ανιόντων, χωρίς παρουσία αυξημένου γαλακτικού οξέος. Συνύπαρξη γλυκόζης πλάσματος $< 250 \text{ mg/dl}$, και κετονουρίας οδηγεί στη διάγνωση της ευγλυκαιμικής κετοξέωσης. Η παρουσία, επιπλέον, γλυκοζουρίας,

παρά την ευγλυκαιμία, αποδίδεται στη δραστηριότητα της canagliflozin. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης και ορών dextrose με ηλεκτρολύτες.

Συζήτηση: Η canagliflozin ανήκει στην οικογένεια των αναστολέων συμμεταφοράς νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2 inhibitors). Από πολλές βιβλιογραφικές αναφορές προκύπτει η πιθανότητα ευγλυκαιμικής κετοξέωσης, ως ανεπιθύμητη ενέργεια της συγκεκριμένης κατηγορίας φαρμάκων. Στην παρούσα περίπτωση, η παρουσία αφυδάτωσης (έμετοι), νηστείας και αυξημένων ενεργειακών αναγκών (λοίμωξη) συνέτειναν στην εμφάνιση ευγλυκαιμικής κετοξέωσης.

Συμπέρασμα: Η παρουσία ευγλυκαιμικής κετοξέωσης σε νοσούντες διαβητικούς τύπου II δεν πρέπει να παροράται, ως αίτιο μεταβολικής οξέωσης. Οι ασθενείς δέον να ενημερώνονται για πιθανή προσωρινή διακοπή των SGLT-2 αναστολέων σε περιπτώσεις οξείας νόσου.

35. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μοστράτου Ελένη, Γεώργιος Δημόπουλος, Ζαπαντιώτης Δημήτριος, Παππά Αικατερίνη, Ντασκαγιάννη Ευαγγελία, Παναγιωτόπουλος Ιωάννης, Τσολακίδης Γεώργιος

Α' Παθολογική Κλινική,

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας (251 ΓΝΑ)

Σκοπός: Να τονιστεί ο αυξημένος κίνδυνος φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής στους νέους διαβητικούς ασθενείς.

Υλικό: Ασθενής 32 ετών με ατομικό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 1 και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, προσήλθε λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας. Προ 3ημέρου είχε διαγνωσθεί ουρολοίμωξη.

Στο ΤΕΠ: θερμοκρασία 37,3 C, σφύξεις 100/λεπτό, SaO2 90%, ΑΠ 125/75 mmHg. Αέρια αρτηριακού αίματος (FiO2 21%): PH 7,43, PO2 66,7, PCO2 31, HCO3 20,8

D dimmers: 1 mg/L. Λόγω της υποξαιμίας και υποκαπνίας, διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θώρακα (CTPA): ελλείμματα πλήρωσης σε περιφερικούς υποτμηματικούς κλάδους κυρίως στον δ. κάτω λοβό, μικρή πλευριτική συλλογή δεξιά.

CT κοιλίας: πυελονεφρίτιδα αριστερού νεφρού σε έδαφος νεφρολιθίασης και μικρή διάταση αριστερού ΠΚΣ, χωρίς σημεία απόφραξης.

Triplex καρδιάς: αυξημένες πιέσεις στην πνευμονική (RVSP

40 mmHg) και ανεπάρκεια τριγλώχινος, ευρήματα συμβατά με πνευμονική εμβολή.

Αποτελέσματα: Τέθηκε σε αντιβίωση με συνδυασμό πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης και λεβοφλοξασίνης και σε θεραπευτική δόση ηπαρίνης χαμηλού ΜΒ.

Triplex φλεβών κ. άκρων αρνητικό.

Στα πλαίσια ελέγχου θρομβοφιλίας, διενεργήθηκαν υπερηχογράφημα μαστού, άνω-κάτω κοιλίας: αρνητικά. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός. Από τους Ca δείκτες: οριακά αυξημένος ο CA 19-9 (48,19). Λόγω του αρρύθμιστου ΣΔ (HbA1c: 12,3%), συνεστήθη επανάλληψη του δείκτη, καθώς %, συνεστήθη επανάλληψη του δείκτη, καθώς ήπια αύξηση του δείκτη αυτού μπορεί να βρεθεί στους διαβητικούς ασθενείς. Η ασθενής εξήλθε με arixaban 5 mg X 2 PO και είχε ομαλή κλινική πορεία.

Συμπέρασμα: Πρέπει να υπάρχει κλινική επαγρύπνηση, καθώς ο ΣΔ είναι παράγοντας κινδύνου για φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, ιδιαίτερα στους νέους ασθενείς κάτω από 50 ετών, με τον μεγαλύτερο κίνδυνο στις ηλικίες 20-29 ετών.

36. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟ-ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Κυριαζής Ιωάννης¹, Σγούρος Κωνσταντίνος², Στεφανή Δήμητρα¹, Καλαφάτης Εμμανουήλ¹, Πολύζος Κωνσταντίνος¹, Πούλιου Ευτυχία¹, Τατάκης Φώτιος¹, Λαΐνης Βασίλειος¹, Στρίγκος Θεόδωρος¹, Τσαντούλας Αλέξανδρος¹, Παπαχρήστου Αντωνία¹, Λελέκης Μωυσής¹.
1 Παθολογική Κλινική Γ.Ν Αττικής ΚΑΤ
2 Παθολογική Κλινική Γ.Ν Πύργου

ΣΚΟΠΟΣ: Επιπολασμός του Μεταβολικού Συνδρόμου και του Προ-διαβήτη σε μη διαβητικό πληθυσμό ηλικιωμένων, και σχετιζόμενοι παράγοντες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 273 μη διαβητικά άτομα >65 ετών (103Α/170Γ) με μέση ηλικία τα 71.3 έτη). Μετρήθηκαν (περίμετρος μέσης, δείκτης μάζας σώματος (BMI) ,σχετιζόμενοι με το φύλο κεντρική παχυσαρκία, αρτηριακή πίεση, σάκχαρο, χοληστερόλη (HDL, LDL) και τριγλυκερίδια. Η διάγνωση του προ-διαβήτη έγινε με κριτήρια ADA-2018 και του μεταβολικού συνδρόμου με NCEP-ATP III

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 45,7% παρουσίαζαν κάποια διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης και ειδικότερα :7,9% νεοδιαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) με 71,5% να έχει και μεταβολικό σύνδρομο (p=0,01) και 23,1% προ-διαβήτη με 48,9% να έχει και μεταβολικό σύνδρομο (p=N.S). Δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε το 61,3%. Παχυσαρκία (βαρύτητας I έως III) πα-

ρουσίαζε το 61,5%, ενώ κεντρική παχυσαρκία σχετιζόμενη με το φύλο το 71,3%. Το 43,7% εμφάνιζε μεταβολικό σύνδρομο. Ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων [59,1%] για την εμφάνισή του ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής πίεσης $\geq 140/90$ mmHg, η περίμετρος μέσης ≥ 102 cm για άνδρες ή ≥ 88 cm για γυναίκες και τα τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl με δεύτερο [45.9%], την τριάδα : περίμετρος μέσης ≥ 102 cm για άνδρες ή ≥ 88 cm για γυναίκες, τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl και HDL ≤ 40 mg/dl για άνδρες ή ≤ 50 mg/dl για γυναίκες. Από τα άτομα που εμφάνιζαν μεταβολικό σύνδρομο, το 59,7% είχαν τρεις παράγοντες, το 31,5% τέσσερις, ενώ το 9,3% είχε και τους πέντε παράγοντες του συνδρόμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ύπαρξη προ-διαβήτη στον ελεγχθέντα πληθυσμό δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το μεταβολικό σύνδρομο σε αντίθεση με την ύπαρξη νεοδιαγνωσθέντα ΣΔΤ2, που παρουσιάζει στατιστική συσχέτιση.

37. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 3ΜΗΝΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΙΚΗ ΔΙΣΜΟΥΤΑΣΗ, Α-ΛΙΠΟΙΚΟ ΟΞΥ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ B12 AND ΑΚΕΤΥΛ- L- ΚΑΡΝΙΤΙΝΗ, ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Ελένη Καρλάφτη, Τριαντάφυλλος Διδάγγελος, Κωνσταντίνος Τζιόμαλος, Ζήσης Κοντονίνας, Χαράλαμπος Μαργαριτίδης, Ναπολέων Κρίκης, Απόστολος Χατζηπόλλιος.
Διαβητολογικό Κέντρο, Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 'ΑΧΕΠΑ', Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα.

Σκοπός: Μελέτη της επίδρασης ενός νέου συνδυασμού τεσσάρων στοιχείων [Υπεροξειδική Διαμουτάση(SOD), α- λιποϊκό οξύ(ALA), Ακετυλ- L- Καρνιτίνη(AC), Βιταμίνη B12(Vit.B12)] που περιέχεται σε ένα χάπι, στην Επώδυνη Διαβητική Νευροπάθεια(ΕΔΝ). Είναι ένας συνδυασμός δύο αντιοξειδωτικών μαζί με Vit. B12 και AC.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Η μελέτη ήταν διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, συμμετείχαν 65 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη(ΣΔ) τύπου 2 (31 γυναίκες), με μέση ηλικία 63 ± 11 έτη, μέση διάρκεια ΣΔ 15 έτη. Από την τυχαιοποίηση προήλθαν δύο ομάδες: ομάδα Α:(n = 32) έλαβαν εικονικό φάρμακο και ομάδα Β:(n = 33) έλαβαν το χάπι με το συνδυασμό των τεσσάρων στοιχείων (SOD, ALA, Vit.B12, ACL). Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν θεραπεία είτε με συνδυασμό αντιδιαβητικών φαρμάκων είτε με συνδυασμό ινσουλίνης και φαρμάκων. Η θεραπεία του ΣΔ δεν άλλαξε κατά τους τρεις μήνες παρακολούθησης. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μέθοδοι για την ανίχνευση της Διαβητικής Νευροπάθειας του Περιφερικού και του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος (ΠΑΝ, ΑΝΣ): Michigan Neuropathy Screening Instrument Questionnaire and Examination (MNSIQ and MNSIE), μέτρηση του ορίου δόσης δόνησης με βιοθεσίμετρο (BIO) και Καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες (CARTs): μεταβολή του R-R κατά τη διάρκεια της βαθιάς αναπνοής [αξιολογήθηκε με μέση κυκλική προκύπτουσα (MCR)], δοκιμασία

Valsalva(Vals), δείκτης 30:15 και ορθοστατική υπόταση (OH). Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση του πόνου (PS) και την ποιότητα ζωής (QL).

Αποτελέσματα: Όλοι οι δείκτες των μετρήσεων μεταξύ των δύο ομάδων, συμπεριλαμβανομένης της HbA1c (ομάδα Α $6,8 \pm 1,2$ vs ομάδας Β $7,2 \pm 1,2$ $p = 0,660$) δεν διέφεραν κατά την έναρξη. Οι ακόλουθοι δείκτες αυξήθηκαν σημαντικά στην ομάδα Β (αρχικοί vs τελικοί): BIO 35 ± 13 vs 28 ± 15 ($p < 0,001$), MNSIQ $4,3 \pm 3,0$ vs $4,2 \pm 2,99$ ($p = 0,009$), QL $39,0 \pm 11,4$ vs $37,2 \pm 10,9$ ($p < 0,001$) και PAIN $20,5 \pm 7,1$ vs $18,6 \pm 6,7$ ($p < 0,001$). Οι δείκτες των CARTs και MNSIE δεν διέφεραν σημαντικά στην ομάδα Β (αρχή vs τέλος).

Δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή σε όλους τους δείκτες στην ομάδα Α (ομάδα εικονικού φαρμάκου)

Συμπεράσματα: Μετά από τρεις μήνες παρακολούθησης με την χορήγηση του συνδυασμού των τεσσάρων συστατικών σε ένα χάπι, παρατηρήθηκε βελτίωση στο όριο αντίληψης των δονήσεων, όπως μετρήθηκε με το βιοθεσίμετρο, στον πόνο, στην Ποιότητα Ζωής και στο Ερωτηματολόγιο MNSI. Το χάπι περιέχει δύο αντιοξειδωτικά (SOD,ALA), Vit B12 και Ακετυλο-L-καρνιτίνη και αυτά θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διαχείριση επώδυνων συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΕΔΝ ή θα μπορούσαν να είναι ένα καλό σημείο εκκίνησης ως έγκυρο ενισχυτικό για τη θεραπεία του πόνου.

38. ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΝ ΒΕΡΟΙΑΣ

Παυλίδης Αθηνόδωρος¹, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος¹, Δεληγιάννη Δέσποινα¹, Γουργιώτης Παναγιώτης¹, Παπαδόπουλος Ανατόλι¹, Μπάρμπας Ιωάννης¹, Παπαπρετώνης Παναγιώτης², Ζωγράφου Μουσχιανή¹, Κούτρας Χρήστος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

² MSc Δημόσια Υγεία, PhD Επιδημιολογία, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Την τελευταία δεκαετία καταγράφεται στη χώρα μας αύξηση των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου, ιδίως τους θερινούς μήνες. Η προσβολή του ΚΝΣ αποτελεί την πλέον σοβαρή εκδήλωση της νόσου.

Σκοπός: Η καταγραφή των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό Δυτικού Νείλου στο Νοσοκομείο της Βέροιας.

Υλικό-μέθοδος: Μελετήθηκαν 24 ασθενείς (15 άνδρες) που νοσηλεύτηκαν στη Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Βέροιας με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη από ιό Δυτικού Νείλου(Ιούνιος 2018 – Σεπτέμβριος 2018). Μέση ηλικία ασθενών 70 έτη (sd=16,80).

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7,25 ημέρες (sd=3,44). Από τους 24 ασθενείς, οι 12 εμφάνισαν εγκεφαλίτιδα. Ενώ επί συνόλου ασθενών οι 4 κατέληξαν. Δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της τελικής έκβασης της ασθένειας (θάνατος ή ίαση) και της εμφάνισης εγκεφαλίτιδας (Χ2 test,

$p=1,000$). Ταυτόχρονα η ηλικία δεν φάνηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση εγκεφαλίτιδας.

Η μέση ηλικία των ασθενών που εμφάνισαν εγκεφαλίτιδα ήταν μικρότερη από αυτών που δεν εμφάνισαν (διαφορά 5,67 έτη), η διαφορά ωστόσο δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (T-test, $p=0,421$). Η ηλικία επίσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με την τελική έκβαση της ασθένειας. Η μέση ηλικία των ασθενών που ίαθηκαν ήταν σαφώς μικρότερη από αυτών που κατέληξαν (διαφορά 10,8 έτη), η διαφορά όμως δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (T-test, $p=0,249$).

Συμπεράσματα: Τα επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας αναδεικνύουν αύξηση των κρουσμάτων από τον ιό του Δυτικού Νείλου σε όλη την επικράτεια. Η εργαστηριακή διερεύνηση κάθε κλινικά ύποπτου περιστατικού και η έγκαιρη διάγνωση κρουσμάτων σε κάθε περιοχή έχει τεράστια σημασία, για την βέλτιστη εφαρμογή μέτρων δημόσιας Υγείας και Πρόληψης.

39. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

Χριστοδούλου Παναγιώτης¹, Γερασίου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος², Κολλιπούλου Γεωργία³, Βαρσάμος Νικόλαος⁴, Ζώτος Νικόλαος¹

¹ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα
TOMY Ιωαννίνων

Σκοπός: Τα σωματικά υγρά (πλευριτικό, περιτοναϊκό, αρθρικό, περικαρδιακό, εγκεφαλονωτιαίο) αποτελούν σημαντικό στοιχείο στην ανίχνευση μικροοργανισμών. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να ελέγχονται σε ασθενείς της ΜΕΘ.

Υλικό και μέθοδος: Τα σωματικά υγρά μεταφέρονται μέσω αποστειρωμένων δοχείων και εμπλουτίζονται το συντομότερο δυνατόν με ζωμό TSB. Μετά από μία ημέρα επώασης ο ζωμός μεταγγίζεται σε εκλεκτικά θρεπτικά υλικά: αιματούχο, MacconkeyNo. 2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ.

Τα παραπάνω επωάζονται για 2 ημέρες. Μετά από αυτή την περίοδο, αν ανιχνευθεί οποιοσδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram. Ακολούθως, οι απομο-

νωμένοι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) και πραγματοποιείται δοκιμή ευαισθησίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμασία με βάση την μέθοδο KirbyBauer.

Αποτελέσματα: Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 60 δείγματα σωματικών υγρών από τη ΜΕΘ. Από αυτά τα 6 ήταν δείγματα περιτοναϊκών υγρών, 18 δείγματα υπεζωκοτικών υγρών, 36 δείγματα εγκεφαλονωτιαίου υγρού. 36 βρέθηκαν θετικά. Από αυτά ο *S. epidermidis* ταυτοποιήθηκαν σε 18, *S. haemolyticus* σε 6, και *E. Faecium* σε 12.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν χαμηλή ανίχνευση μικροοργανισμών σε καλλιέργειες σωματικών υγρών.

40. ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΥΠΟ Η΄ ΧΩΡΙΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ζτρίβα Ελευθερία¹, Σπυριδάκη Κωνσταντίνα¹, Ψαθάς Θωμάς¹, Γερασόπουλος Γιώργος¹, Πιλάλλας, Δημήτριος¹, Χατζοπούλος Γιώργος¹, Τέγος Θωμάς¹, Καραπατάζογλου Αναστασία¹, Ανδρόνογλου Μάρκος¹, Χατζητόλιας Ι. Απόστολος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹

1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

2 Α΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Έχει παρατηρηθεί σε μελέτες ότι χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης μπορεί να συσχετιστούν με αυξημένο κίνδυνο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Αυξημένος κίνδυνος ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας έχει επίσης παρατηρηθεί σε μελέτες ασθενών που λάμβαναν αντιλιπιδαιμική αγωγή ως δευτερογενή πρόληψη ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρατήρηση πιθανής συσχέτισης του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών υπό ή χωρίς αγωγή με την εμφάνιση ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 18 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου λόγω ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας μη τραυματικής. Η καταγραφή του λιπιδαιμικού προφίλ έγινε το πρώτο 24ωρο νοσηλείας μετά την εμφάνιση ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη μας προέκυψε ότι: 11 ασθενείς παρουσίαζαν φυσιολογικά επίπεδα ολικής χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων – οι 5 ασθενείς ήταν σε αντιλιπιδαιμική αγωγή. 5 ασθενείς παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης-1 με αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και 4 με φυσιολογικά επίπε-

δα τριγλυκεριδίων. 2 ασθενείς παρουσίαζαν οριακά χαμηλά επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων, ενώ δεν ήταν υπό αντιλιπιδαιμική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων λιπιδίων και της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής με την εμφάνιση αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας δεν είναι σαφής. Στη μελέτη μας δε φάνηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών ή της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής και του κινδύνου εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι χαμηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

Η αντιλιπιδαιμική αγωγή μάλλον δεν επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Ωστόσο σε γηριατρικούς ασθενείς με χαμηλό λιπιδαιμικό προφίλ η αντιλιπιδαιμική αγωγή πρέπει να αποφεύγεται. Στη μελέτη μας δε φάνηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών ή της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής και του κινδύνου εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

41. ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σπερνοβασίλης Νικόλαος¹, Μπλιώνη Αθανασία¹, Καρακωνσταντής Σταμάτιος², Δρανδάκη Μαρία³, Γιατράκη Βικτωρία⁴, Μαρκάκη Ιουλία¹, Κοφτερίδης Διαμαντής¹

1 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, 2 «Βενιζέλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο 3 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά, 4 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος

Εισαγωγή-Σκοπός: Η κατανόηση των αντιλήψεων και των στάσεων των νέων ιατρών σχετικά με τη συνταγογράφηση/χο-

ρήγηση αντιμικροβιακών παραγόντων αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τον σχεδιασμό πολιτικών ορθολογικής χρήσης τους. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάδειξη των αντιλήψεων και στάσεων αυτών.

Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην περιφέρεια Κρήτης μεταξύ 27 Οκτωβρίου 2018 και 17 Νοεμβρίου 2018. Χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο το οποίο εστάλη προς το σύνολο των αγροτικών και ειδικευμένων ιατρών της περιφέρειας που δέχτηκαν να παραχωρήσουν τη διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας τους. Εξαιρέθηκαν οι ειδικευμένοι Ακτινολογίας, Ακτινοθεραπευτικής, Αναισθησιολογίας, Μικροβιολογίας, Κυτταρολογίας, Παθολογοανατομίας και Ιατροδικαστικής.

Αποτελέσματα: Από τους 313 παραλήπτες του ερωτηματολογίου, 214 (68.4%) το συμπλήρωσαν πλήρως. Εκατό ενενήντα εννέα είχαν συνταγογραφήσει/χορηγήσει αντιμικροβιακό φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο και, σε κλίμακα ιεράρχησης από

το 1 έως το 5, ο ισχυρότερος παράγοντας επίδρασης στη συνταγογράφηση/χορήγηση αντιμικροβιακών ήταν η ανασκόπηση των κατευθυντήριων οδηγιών (4.1/5), ακολουθούμενη από τη συμβουλευτική ειδικού ιατρού (3.9/5), την προσωπική ύπαρξή της γνώσης και εμπειρίας (3.4/5), την πίεση εκ μέρους του ασθενούς (1.9/5) και την προώθηση εκ μέρους της φαρμακοβιομηχανίας (1.7/5). Από τους συνολικά 214 νέους ιατρούς, το 96.7% πιστεύει ότι στην Ελλάδα γίνεται υπερβολική/ακατάλληλη χρήση αντιμικροβιακών, αλλά μόνο το 75.7% θεωρεί ότι αυτό λαμβάνει χώρα στην υγειονομική δομή στην οποία εργάζεται, ενώ μόλις το 45.3% θεωρεί ότι προκειται για παγκόσμιο πρόβλημα.

Συμπεράσματα: Τα προγράμματα ορθολογικής χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων στον ελληνικό χώρο οφείλουν να συμπεριλάβουν δράσεις που θα βοηθήσουν στην κατανόηση ότι η υπερβολική/ακατάλληλη χρήση τους αφενός παρατηρείται στη συντριπτική πλειοψηφία των δομών Υγείας της χώρας, αφετέρου συνιστά μείζον παγκόσμιο πρόβλημα.

42. PARVO ΙΟΣ Β19: ΜΙΑ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΓΝΟΟΥΜΕ ΕΝ ΜΕΣΩ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΙΛΑΡΑΣ

Βαλαώρα Δέσποινα¹, Καπασούρη Ευθυμία Μαρία¹, Παναγόπουλος Περικλής², Μαλτσάν Τζελάλ², Τερζή Ειρήνη², Κυργιαννάκη Βασιλική², Μαλτέζος Ευστράτιος², Παπάζογλου Δημήτριος²

1 Προπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

2 Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Ο ανθρώπιος πάρβοϊός Β19 (Parvo-B19) αποτελεί το αίτιο της 5ης εξανθηματικής νόσου στα παιδιά ενώ στους ενήλικες εμφανίζεται με ποικίλες κλινικές εικόνες που υποδιαγιγνώσκονται.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων που διαγνώστηκαν με Parvo-B19 σε περίοδο επιδημίας ιλαράς και νοσηλεύτηκαν στην ΒΠΠΚ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, καθώς και η καταγραφή της κλινικής και εργαστηριακής τους εικόνας.

Ασθενείς - Μέθοδος: Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης σε περίοδο 6 μηνών (3-9/2018).

Με διάγνωση εισόδου «Εμπύρετο εξάνθημα» εισήχθησαν 12 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΛ. Καταγράφηκαν η τελική διάγνωση, η κλινική πορεία και η έκβαση σε καθένα από αυτούς.

Αποτελέσματα: Στο 25% (3/12) των ασθενών τέθηκε η διάγνωση λοίμωξης από Parvo B19. Οι 2/3 ασθενείς ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας, ανοσοεπαρκείς και μη ευρισκόμενες σε κύηση.

Σε όλους υπήρχε εξάνθημα κηλιδώδες κορμού που φείδετο παλαμών και πελμάτων, ενώ αμιγής απλασία ερυθράς παρουσίασαν 2/3 και έντονες αρθραλγίες 1/3. Αντιμετωπίστηκαν συμπτωτικά και εξήλθαν σε άριστη κατάσταση, ενώ έκτοτε παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Λοιμώξεων. Και στις 3 περιπτώσεις υπήρχε έκθεση σε πηγή ηλικίας < 18 ετών, ενώ η αρχική διάγνωση αλλαχού ήταν ιλαρά.

Συμπεράσματα: Παρά το γεγονός ότι ο παρβοϊός είναι επικίνδυνος σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (παιδιά, εγκύους, ανοσοκατεσταλμένους) δεν πρέπει να τον αποκλείουμε εκ της διαφορικής μας διαγνωστικής σε περιπτώσεις εξανθηματικών νοσημάτων ακόμη και κατά τη διάρκεια επιδημιών όπως της πρόσφατης Πανευρωπαϊκής της ιλαράς.

43. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2018

Μπίτσικας Ιωάννης, Νικολαΐδου Ξανθίππη

Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Καλλιθέας-1η ΥΠΕ Αττικής, Καλλιθέα

Εισαγωγή: Το ΚΥ Καλλιθέας είναι δημόσια δομή παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σκοπός: Έλεγχος της ανοσοποίησης κατά της γρίπης, σε ενήλικες, την περίοδο 2017-2018.

Υλικό: 299 ασθενείς που προσήλθαν στο Τοπικό Ιατρείο (ΤΙ)

Π.Φαλήρου και στο Ιατρείο Επειγόντων του ΚΥ Καλλιθέας.

Μέθοδος: Συντάχθηκε ερωτηματολόγιο που απαντούσαν οι ασθενείς. Απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 183 ασθενείς (Α 74 - Γ 109), που παρακολουθούνται στο τακτικό Παθολογικό Ιατρείο του ΤΙ Π.Φαλήρου και 116 (Α 48 - Γ 68) ασθενείς, που

προσλήθαν στο Ιατρείο Επειγόντων του ΚΥ Καλλιθέας. Όλοι είχαν ένδειξη για εμβολιασμό. Έγινε στατιστική επεξεργασία με τη δοκιμασία Χ².

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των συμμετασχόντων (299) εμβολιάστηκαν 135(45,15 %). Από τους προσελθόντες στο ΤΙ Π Φαλήρου (183) εμβολιάστηκαν 91(49,73%), ενώ από τους προσελθόντες στο Ιατρείο Επειγόντων του ΚΥ Καλλιθέας (116) εμβολιάστηκαν 44(37,93%). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$). Από τους άνδρες (122) εμβολιάστηκαν 47(38,52%), ενώ από τις γυναίκες (177) εμβολιάστηκαν 88(49,72 %).

Η διαφορά είναι ασαφής ($p < 0,1$). Όσοι εμβολιάστηκαν, είχαν

όλοι ενημερωθεί για την ανάγκη εμβολιασμού, κατά πλειοψηφία από το θεράποντα ιατρό. Η μεγάλη πλειοψηφία όσων δεν εμβολιάστηκαν, καίτοι είχαν ενημερωθεί, δικαιολόγησε την άρνηση με την απάντηση "δεν πιστεύω στα εμβόλια".

Συμπέρασμα: Εμβολιάζονται κατά της γρίπης περίπου οι μισοί από όσους έχουν ένδειξη.

Φαίνεται ότι : Όσοι παρακολουθούνται συστηματικά εμβολιάζονται συχνότερα.

Οι γυναίκες εμβολιάζονται συχνότερα.

Είναι καθοριστικός ο ρόλος του θεράποντος ιατρού.

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα επηρεάζει αρνητικά.

44. ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΩΝ GRAM ΚΟΚΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Καραουλάνη Θεοφανή¹, Λαμπρόπουλος Παναγιώτης², Ουρανού Ευαγγελία², Σολωμού Σόλων², Τσαγκιά Σοφία¹, Σιουρούνης Παναγιώτης¹, Πετεινέλλη Ειρήνη³ Θεοδώρου Μαργαρίτα³, Κουντούρη Αντωνία³, Τολιόπουλος Απόστολος³, Παύλου Μαρία², Καραμανλή Κωνσταντίνα², Υφαντή Αρετή², Γκολφάκης Πάρις², Πάρις Αρμύρος², Φιλίππου Φίλιππος², Καπάτας Ανδρέας²,

¹ Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"- Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

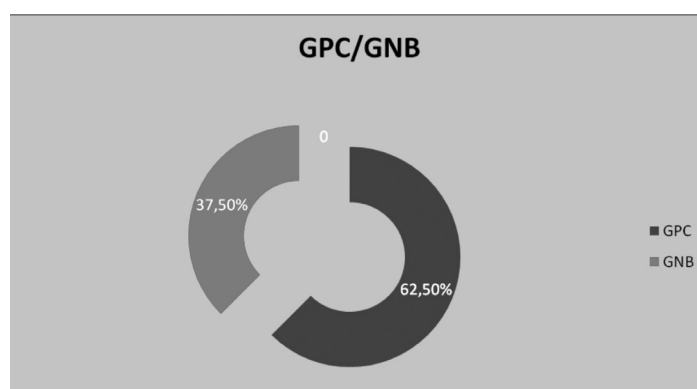
² Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

³ Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα"

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα προκαλείται συνήθως από gram αρνητικά βακτήρια (gram negative bacteria-GNB) κυρίως εντεροβακτηρίδια. Τελευταία παρουσιάζεται αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από gram θετικούς κόκκους (gram positive cocci-GPC) και πολυανθεκτικά βακτηρίδια σε κιρρωτικούς ηπατοπαθείς ασθενείς.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των πιθανών μεταβολών στα μικροβιακά αίτια που προκαλούν την αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ).

Υλικά-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 69 περιπτώσεις 74,8% ήταν άνδρες με ΑΒΠ και θετική καλλιέργεια την περίοδο 2014-2017. Οι 49(73,1%) είχαν προηγούμενες νοσηλείες το τελευταίο τρίμηνο, ενώ οι υπόλοιποι (36,9%) είχαν λοιμώξεις της κοινότητας. Οι GPC αποτελούσαν το συχνότερο αίτιο (62,5%). Τα αίτια ήταν enterococci spp (22 συνολικά, εκ των οποίων, (12) E. faecium, (5) streptococci, (14) E. coli, (9) klebsiella, staph. aureus (4), staph coagulase(-)4, pseudomonas aeruginosa (3), acenotobacter (2), proteus (2).



Αποτελέσματα: Οι 49 (73,1%) είχαν προηγούμενες νοσηλείες το τελευταίο τρίμηνο, ενώ οι υπόλοιποι (36,9%) είχαν λοιμώξεις της κοινότητας. Οι GPC αποτελούσαν το συχνότερο αίτιο (62,5%). Τα αίτια ήταν enterococci spp (22 συνολικά, εκ των οποίων, (12) E. faecium, (5) streptococci, (14) E. coli, (9) klebsiella, staph. aureus (4), staph coagulase(-)4, pseudomonas aeruginosa (3), acenotobacter (2), proteus (2).

Οι ασθενείς που είχαν προηγούμενες νοσηλείες, παρουσίασαν πολυανθεκτικά βακτηρίδια σε σύγκριση με λοιμώξεις της

κοινότητας (100%-58%) και ασθενείς με βαρύτερη ηπατική νόσο (Meldscore: 24 ± 8 έναντι 18 ± 6). Οι λοιμώξεις με GNB ήταν συχνότερες στους ασθενείς με προηγούμενες νοσηλείες από τις λοιμώξεις με GPC (58,2% έναντι 41,8%).

Συμπεράσματα: Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα οφείλεται κυρίως σε gram positive cocci-GPC, με απομόνωση πολυανθεκτικών βακτηριδίων στη συνιστώμενη αντιβιοτική αγωγή, με συνέπεια η επιλογή της θεραπείας είναι δύσκολη και σχεδόν πάντα συνδυαστική.

45. ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

Μαρία Χριστίνα Γραμμένου¹, Δημήτριος Πιλάλας¹, Γρηγόρης Παναγιώτου¹, Ελευθερία Ζτρίβα¹, Γεώργιος Θεοδώρου², Πολυχρόνης Σακαλής³, Νικόλαος Φόρογλου³, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος¹, Χρήστος Σαββόπουλος¹

1 Α΄ Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Α΄ Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Α΄ Νευροχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Κατά το 2018 παρατηρήθηκε έντονη επιδημική εξάπλωση του Ιού του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) με συνολικά 316 κρούσματα, εκ των οποίων 241 εμφάνισαν νευροδιεισδυτική νόσο και 47 κατέληξαν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού μηνιγγοεγκεφαλίτιδας από ΙΔΝ με επιπλοκή υποσκληρίδια αιμορραγία.

Υλικά-Μέθοδοι: Ασθενής 74 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και στεφανιαίας νόσου νοσηλεύθηκε στο Γ.Ν.Κιλκίς λόγω υποτροπιάζοντων πυρετικών κυμάτων, πάρεσης αριστερού κάτω άκρου και συγχυτικοδιεγερτικής κατάστασης. Πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με ευρήματα υπέρ ιογενούς μηνιγγίτιδας και εν αναμονή των καλλιιεργειών και του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου, ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με βανκομυκίνη, μεροπενέμη, ακυκλοβίρη. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων διακομίσθηκε στο

Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ όπου με επανάληψη της οσφυονωτιαίας παρακέντησης ο ορολογικός έλεγχος έθεσε τη διάγνωση μηνιγγοεγκεφαλίτιδας από ΙΔΝ.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής δε βελτιώθηκε κλινικά και κατά την 7η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε επεισόδιο κοιλιακής μαρμαρυγής με έναρξη αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Την επόμενη ημέρα η νευρολογική του εικόνα επιδεινώθηκε έντονα με GCS 6/15 και στην αξονική που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε υποσκληρίδιος αιμορραγία.

Πραγματοποιήθηκε επείγουσα κρανιεκτομή και ο ασθενής διακομίσθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου κατέληξε μετά από 10 ημέρες λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας σε έδαφος σπητικής καταπληξίας.

Συμπεράσματα: Η προχωρημένη ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση της λοίμωξης από ΙΔΝ. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει περιορισμένος αριθμός περιστατικών που συσχετίζουν τη λοίμωξη από τον ιό με αιμορραγική διάθεση.

46. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Χριστοδούλου Παναγιώτης¹, Γερασίου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος², Κολλιοπούλου Γεωργία³, Βαρσάμος Νικόλαος⁴, Ζώτος Νικόλαος¹

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα

TOMY Ιωαννίνων

Σκοπός: Η μικροβιαμία είναι μια σοβαρή κατάσταση όπου τα βακτηρίδια εισβάλλουν στην κυκλοφορία του αίματος και προκαλούν συστηματική νόσο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, εκτελούνται καλλιέργειες αίματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι καλλιέργειες αίματος που προέρχονται από τη ΜΕΘ.

Υλικό και μέθοδος: Χρησιμοποιείται το σύστημα BacT / Alert, το οποίο ανιχνεύει την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα. Το θετικό αποτέλεσμα στο σύστημα BacT / Alert ακολουθείται από καλλιέργεια στα ακόλουθα εκλεκτικά μέσα: άγαρ, Macconkey No 2, σοκολάτα, MuellerHinton, Chapman και Sabaureaud άγαρ. Μετά την απομόνωση, ακολουθείται η χρώση Gram και οι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) και ακολουθείται από μια δοκιμή ευαισθησίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή βασισμένη στο KirbyBauer.

σμένη στο KirbyBauer.

Αποτελέσματα: Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 3347 καλλιέργειες αίματος. Από αυτές, 170 προέρχονταν από τη ΜΕΘ. 116 βρέθηκαν θετικές. Από αυτές: *S. epidermidis* ταυτοποιήθηκε σε 42, *A. Baumannii* σε 27, *K. Pneumoniae* σε 12 (4 από αυτά KPC θετικά), *S. hominis* σε 8, *E. Faecium* σε 7, *E. Faecalis* σε 5, *P. Aeruginosa* σε 3, *C. albicans* σε 3, *S. capitis* σε 2, *K. Oxytoca* σε 2, *P. Mirabilis* σε 2, *E. Coli* σε 1, *S. intermedium* σε 1 και *S. lugdunensis* σε 1.

Συμπεράσματα: Η μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων και των φαινοτύπων μικροβιακής αντοχής είναι απαραίτητη για την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος για την έγκαιρη θεραπεία και τον περιορισμό των πολυανθεκτικών στελεχών, ενώ αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για την επίλυση διαγνωστικών προβλημάτων.

01. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Γιώργου Κατερίνα, Φυσικοθεραπεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής Α.Π.Θ

Ιδιωτικό Φυσικοθεραπευτήριο, Νίκης 2 Κατερίνη

Εισαγωγή: Η άσκηση είναι αναγκαία για την καλύτερη αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η οποία προκαλεί δυσκολία στη βάδιση, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις καθημερινές δραστηριότητες, στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή.

Σκοπός: Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων επιλεγμένων προγραμμάτων θεραπευτικής άσκησης σε 19 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Υλικό- Μεθοδολογία: Αξιολογήθηκαν 19 ασθενείς, ηλικίας 48-69 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε διάστημα 6 μηνών. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα Α αποτελούνταν από 10 ασθενείς που παρακολούθησαν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης για 6 μήνες. Το πρόγραμμα γινόταν στο φυσικοθεραπευτήριο και δινόταν ασκήσεις και για το σπίτι. Στην ομάδα Β (ομάδα σύγκρισης) υπήρχαν 9 ασθενείς που δεν επιθυμούσαν να ακολουθήσουν πρόγραμμα άσκησης. Στην αρχή της αξι-

ολόγησης όπως και στο τέλος του προγράμματος, όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ειδικά ερωτηματολόγια. Με τα ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν η βελτίωση της κίνησης, η μείωση του πόνου, και η βελτίωση της καθημερινότητας.

Αποτελέσματα: Στο τέλος της μελέτης, στην ομάδα Α, υπήρχε σημαντική βελτίωση στην κίνηση, στον πόνο και στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ σε ασθενείς της ομάδας Β παρατηρήθηκαν σε άλλους καμιά σημαντική διαφορά και σε άλλους επιδείνωση.

Συμπεράσματα: Η συστηματική άσκηση παρέχει στους ασθενείς προστασία απέναντι στις επιπτώσεις της νόσου και βελτιώνει τις δυσλειτουργίες και την ποιότητα ζωής τους. Εξειδικευμένα προγράμματα προσαρμοσμένα στις ικανότητες και ανάγκες των ασθενών συμβάλλουν στη λειτουργική ανεξαρτησία και την αποκατάσταση.

02. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΑΙΜΙΑ

Παυλίδης Αθηνόδωρος, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος, Ζωγράφου Μουσχιανη, Παπαδόπουλος Ανατόλι, Παρτσανάκης Ευστάθιος, Τσιαμήτρος Στέφανος, Κούτρας Χρήστος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

Εισαγωγή: Η υπερομοκυστεϊναιμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με γνωστή υπερομοκυστεϊναιμία μη επαρκώς ελεγχόμενη και εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Υλικό-μέθοδος: Γυναίκα 54 ετών με γνωστή υπερομοκυστεϊναιμία από 25ετίας, ΜΤΗΦομόζυγη(διάγνωση ύστερα από επιπλοκές στην εγκυμοσύνη),β-ετερόζυγη μεσογειακή αναιμία, με περιστασιακή λήψηφυλλικού οξέος. Καπνίστρια.Προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω κεφαλαλγίας, θάμπος όρασης και αιμωδίες δεξιά.

Αποτελέσματα: Κατά την εξέταση στα ΤΕΠ η ασθενής ήταν απύρετη, αερομετρικά-αιμοδυναμικά σταθερή. Προσανατολισμένη x 3. Ήπια υπαισθησία δεξιάς πλευράς.Χωρίς παθολογικά ευρήματα στην ΩΡΛ και Κ/Δ εκτίμηση.Χωρίς παθολογικά ευρήματα εκ του εργαστηριακού ελέγχου(ΤΕΠ). Η επείγουσα CΤεγκεφάλου δεν ανέδειξε ισχαιμική ή αιμορραγική βλάβη. Λόγω του

ιστορικού της,έγινε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και στατίνης. Η επαναληπτική CΤεγκεφάλου 48ωρου, ανέδειξε δύο πρόσφατες ισχαιμικές βλάβες αριστερά(στην κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνα και στην υποφλοιώδη λευκή ουσία μετωποβρεγματικά). Η τιμή της ομοκυστεϊνης ήταν αυξημένη, ενώ το λιπιδαιμικό προφίλ της ασθενούς δεν παρουσίαζε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Εξήλθε βελτιωμένη με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και στατίνη και οδηγία για συστηματική λήψη φυλλικού οξέος και βιταμίνης Β12. Σύσταση για υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και για διακοπή καπνίσματος.

Συμπεράσματα: Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεϊνης αποτελούν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος και θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Ο κίνδυνος αυξάνεται όταν συνυπάρχουν και άλλοιεπιβαρυντικοί παράγοντες (κάπνισμα, παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία κ.α.). Η αντιμετώπιση της υπερομοκυστεϊναιμίας βασίζεται στη διαιτητική ενίσχυση και στη φαρμακευτική χορήγηση βιταμινών που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της με βασικότερη το φυλλικό οξύ.

03. ΒΑΡΙΑ ΜΟΡΦΗ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Παυλίδης Αθηνόδωρος¹, Δεληγιάννη Δέσποινα¹, Γιαννάκη Χρυσάνθη¹, Παπαδόπουλος Ανατόλι¹, Παρτσανάκης Ευστάθιος¹, Γκαλιαγκούση Σοφία², Ματέι Χριστίνα², Κούτρας Χρήστος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

² ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

Εισαγωγή: Η νόσος του Weil αποτελεί την πιο σοβαρή εκδήλωση προσβολής από λεπτόσπειρα. Επίσης είναι η συχνότε-

ρη λεπτοσπείρωση στη χώρα μας. Η θνητότητα της νόσου παραμένει υψηλή, ακόμη και σε νέους ασθενείς (έως και 5%).

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού, νέου ασθενή με πολύ βαριά εκδήλωση της νόσου, πολυοργανική ανεπάρκεια που η έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής και η διασωλήνωση συνέβαλλαν στην επιτυχή έκβαση.

Υλικό-μέθοδος: Άνδρας 19 ετών, αθλητής, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου από τριημέρου, μυαλγών, έντονης κεφαλαλγίας και εμέτων.

Αποτελέσματα: Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υπερπυρεξία, αποπροσανατολισμός, αυχενική δυσκαμψία, ολιγουρία, υπόταση. Εκ του αρχικού εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση, θρομβοπενία, αναιμία, παράταση χρόνου προθρομβίνης. Αύξηση τρανσαμινασών, CPK, ουρίας και κρεατινίνης. Μικρή αύξηση χολερυθρίνης, ιδιαίτερα αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής. Διενεργήθη-

κε ΟΝΠ(αυξημένες τιμές λευκώματος και λεμφοκυττάρων, φυσιολογικές τιμές σακχάρου). Χωρίς παθολογικά ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο. Εκ του ιστορικού αναφέρθηκε έκθεση του ασθενούς σε χώρο με τρωκτικά που έθεσε την υπόνοια λεπτοσπείρωσης Έγινε έναρξη αντιβιοτικής(κεφτριαξόνη και δοξκυκλίνη) και υποστηρικτικής αγωγής. Ωστόσο ο ασθενής το δεύτερο 24ωρο παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με καταπληξία- πολυοργανική ανεπάρκεια. Διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Η υπόνοια για νόσο του Weil επιβεβαιώθηκε με τη θετική PCR. Ο ασθενής σταδιακά παρουσίασε βελτίωση της εικόνας του. Αποσωληνώθηκε την 9η μέρα και εξήλθε από το Νοσοκομείο δύο μέρες αργότερα.

Συμπεράσματα: Η θνητότητα από τη Νόσο του Weil παραμένει υψηλή ακόμη και σε νέες ηλικίες. Η έκβαση της νόσου εξαρτάται από την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής σε υψηλή κλινική υπόνοια για λεπτοσπείρωση.

04. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΤΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι.ΑΕΕ

Παυλίδης Αθηνόδωρος, Ζωγράφου Μουσχιανη, Κηρυττόπουλος Πέτρος, Μπάρμπας Ιωάννης, Σαλβαρίδης Δημήτριος, Τσιαμήτρος Στέφανος, Γεωργακούδας Γεώργιος, Κούτρας Χρήστος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας(Υ.Μ. Βέροιας)

Εισαγωγή: Η ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη εγκατάσταση εμφράκτων στην περιοχή του θαλάμου αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση ΙΑΕΕ. Αποτελεί ταυτόχρονα, σπάνιο αίτιο οξείας εγκατάστασης κώματος.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με αμφοτερόπλευρα θαλαμικά έμφρακτα.

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής 71 ετών με ιστορικό υπέρτασης, υποθυρεοειδισμού και δυσλιπιδαιμίας με προηγούμενο Rankin score 0, διακομίζεται στα ΤΕΠ λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης κώματος.

Αποτελέσματα: Κατά την εξέταση στα ΤΕΠ διαπιστώθηκε: Έκπτωση επιπέδου συνείδησης. G.C.S.: 7 (2- 1- 4). Κόρες σε μύση άμφω, ισομεγέθεις χωρίς αντίδραση στο φώς. Babinski δεξιά. Πέλματα καμπικά άμφω. Απύρετος, αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός. Νορμογλυκαιμικός. Χωρίς παθολογικά ευρήματα από το ΗΚΓ. Φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών και Αερίων Αίματος. Η επείγουσα CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε αιμορραγία ή ισχαιμική βλάβη, ούτε εικόνα παρεκτόπισης μέσης γραμμής. Ο

ασθενής τέθηκε σε παρακολούθηση. Δύο μέρες αργότερα ανέκτησε πλήρη επαφή με το περιβάλλον παρουσιάζοντας δυσαρθρία και διαταραχές προσανατολισμού, χωρίς άλλη νευρολογική σημειολογία.

Η επαναληπτική CT εγκεφάλου(48 ώρου) καθώς και η MRI εγκεφάλου ανέδειξε εικόνα πρόσφατου ισχαιμικού εμφράκτου στους θαλάμους άμφω, λόγω παρουσίας αρτηρίας Percheron. Ο ασθενής παρουσίασε περαιτέρω βελτίωση της νευρολογικής του εικόνας και εξήλθε μετά από 10 ημέρες νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Η ταυτόχρονη εγκατάσταση αμφοτερόπλευρων ισχαιμικών εμφράκτων στην περιοχή του θαλάμου είναι εξαιρετικά σπάνια(<1%) περίπτωση ΙΑΕΕ. Περιλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση, ως αίτιο αιφνίδιας εγκατάστασης κωματώδους κατάστασης.

Λόγω της εντόπισης των βλαβών, για την ορθή διάγνωση κρίνεται αναγκαία η διενέργεια επαναληπτικής Αξονικής Τομογραφίας 48 ώρου καθώς και η διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας Εγκεφάλου.

05. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

Καραουλάνη Θεοφανή¹, Ουρανού Ευαγγελία², Λαμπρόπουλος Παναγιώτης², Σολωμού Σόλων², Τσαγκιά Σοφία¹, Σιουρούνης Παναγιώτης¹, Πετεινέλλη Ειρήνη³ Θεοδώρου Μαργαρίτα³, Κουντούρη Αντωνία³, Τολιόπουλος Απόστολος³, Παύλου Μαρία², Καραμανλή Κωνσταντίνα², Υφαντή Αρετή², Γκολφάκης Πάρις², Πάρις Αρμύρος², Φιλίππου Φίλιππος², Καπάτας Ανδρέας²,

¹Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"- Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

²Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

³Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα"

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα ΑΕΕ στο δυτικό κόσμο είναι σημαντικό αίτιο νοσηρότητας, θνητότητας και αναπηρίας με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός ασθενών να νοσηλεύεται στις παθολογι-

κές κλινικές καταλαμβάνοντας περίπου το ¼ των κλινών των νοσοκομείων.

Υλικά-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 240 φάκελλοι ασθενών με

συμπτωματολογία ΑΕΕ. Σε όλους τους ασθενείς έγινε CTεγκεφάλου. Μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες: 1) παχυσαρκία 2) υπερλιπιδαιμία, 2) ηλικία και φύλο, 3) ατομικό αναμνηστικό για ύπαρξη παλαιού ΑΕΕ, ΣΔ, ΑΥ, ΣΝ, κολπική μαρμαρυγή και κάπνισμα.

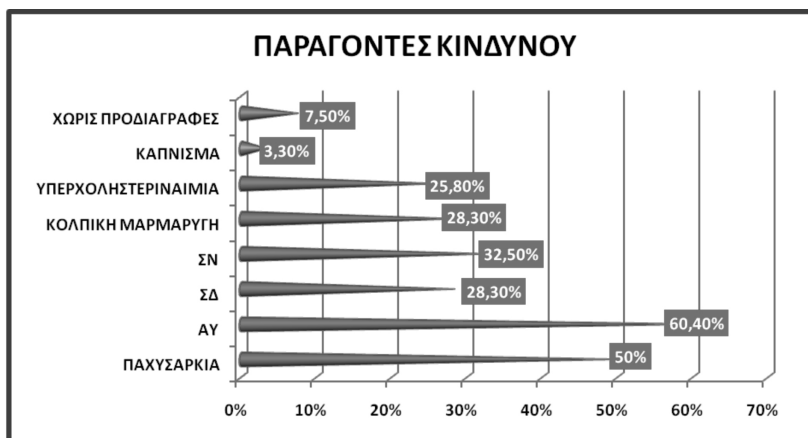
Αποτελέσματα: Από τους 240 ασθενείς που μελετήσαμε, οι 102 (42,5%) ήταν άνδρες και 138 (57,5%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 75,2 έτη. Η συχνότητα ανεύρεσης των παραγόντων κινδύνου ήταν: Παχυσαρκία: 120 (50%), ΑΥ: 145 (60,4%), ΣΔ: 68 (28,3%), ΣΝ: 78 (32,5%), κολπική μαρμαρυγή: 68 (28,3%), υπερχοληστεριναιμία: 62 (25,8%), κάπνισμα: 8 (3,3%) και χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες 18 (7,5%).

Τα ευρήματα από την CT ήταν: ισχαιμικό έμφρακτο: 9,7%, αιμορραγία: 7%, αιμορραγικό έμφρακτο: 2,6%. Η νευρολογική ση-

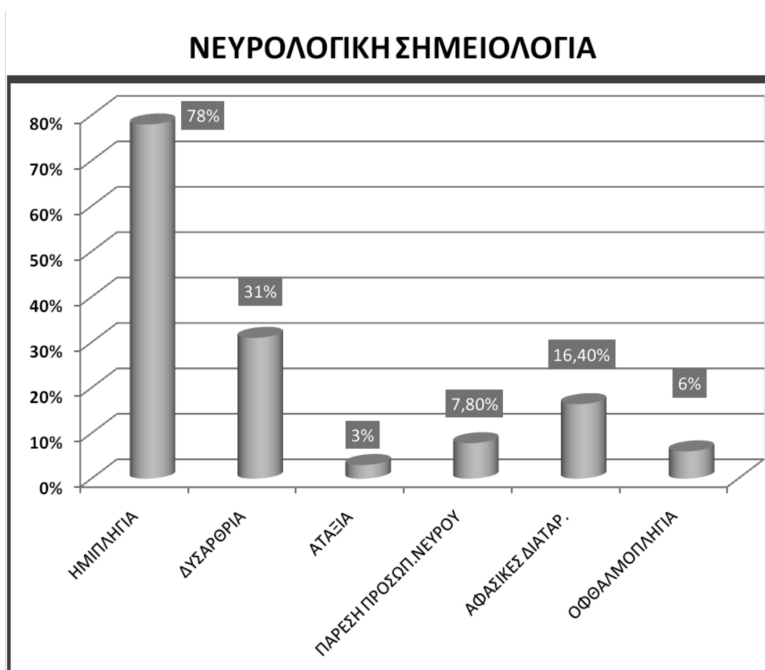
μειολογία περιελάμβανε: 1) ημιπληγία 78%, 2) δυσarthρία 31%, 3) αταξία 3%, 4) κεντρική πάρεση του προσωπικού νεύρου 7,8%, 5) αφασικές διαταραχές 16,4%, και 5) οφθαλμοπληγία 6%.

Η συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων στην υποομάδα των ασθενών με δυσμενή έκβαση ήταν: Παχυσαρκία: 55%, ΑΥ: 50%, ΣΝ: 16,7%, Κολπική μαρμαρυγή: 33,3%, ΣΔ: 10,7%, υπερχοληστεριναιμία: 9%, κάπνισμα 3%.

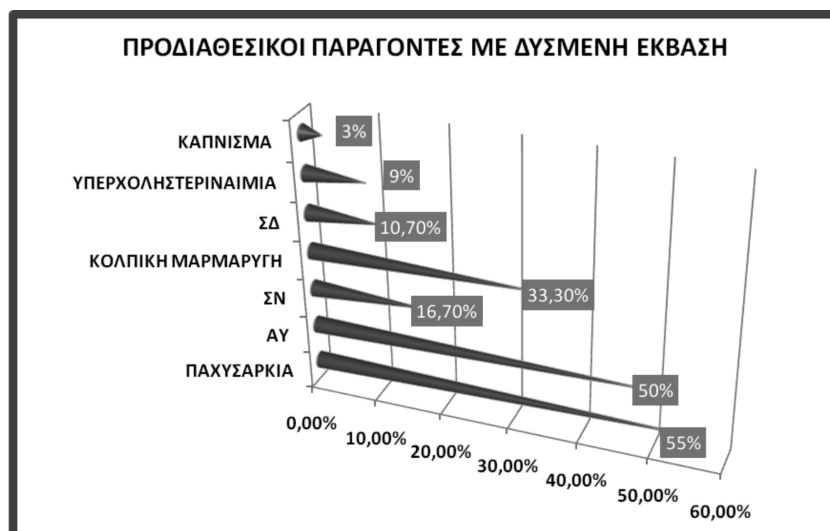
Συμπεράσματα: Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ΑΕΕ σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των επεισοδίων είναι μη αιμορραγικά, ενώ ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η ΑΥ. Η συχνότητα των ΑΕΕ αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία, ενώ οι σημαντικοί παράγοντες δυσμενούς εξέλιξης των ΑΕΕ είναι η παχυσαρκία, ΑΥ, ΣΝ, ΣΔ και η κολπική μαρμαρυγή.



Τα ευρήματα από την CT ήταν: ισχαιμικό έμφρακτο: 9,7%, αιμορραγία: 7%, αιμορραγικό έμφρακτο: 2,6%. Η νευρολογική σημειολογία περιελάμβανε: 1) ημιπληγία 78%, 2) δυσarthρία 31%, 3) αταξία 3%, 4) κεντρική πάρεση του προσωπικού νεύρου 7,8%, 5) αφασικές διαταραχές 16,4%, και 5) οφθαλμοπληγία 6%.



Η συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων στην υποομάδα των ασθενών με δυσμενή έκβαση ήταν: Παχυσαρκία: 55%, ΑΥ: 50%, ΣΝ: 16,7%, Κολπική μαρμαρυγή: 33,3%, ΣΔ: 10,7%, υπερχοληστεριναιμία: 9%, κάπνισμα 3%.



Συμπέρασμα: Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ΑΕΕ σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των επεισοδίων είναι μη αιμορραγικά, ενώ ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η ΑΥ. Η συχνότητα των ΑΕΕ αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία, ενώ οι σημαντικοί παραγόντες δυσμενούς εξέλιξης των ΑΕΕ είναι η παχυσαρκία, ΑΥ, ΣΝ, ΣΔ και η κολπική μαρμαρυγή.

06. ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ- ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Καραουλάνη Θεοφανή¹, Σολωμού Σόλων², Λαμπρόπουλος Παναγιώτης², Ουρανού Ευαγγελία², Τσαγκιά Σοφία¹, Σιουρούνης Παναγιώτης¹, Πετεινέλλη Ειρήνη³ Θεοδώρα Μαργαρίτα³, Κουντούρη Αντωνία³, Τολιόπουλος Απόστολος³, Παύλου Μαρία², Καραμανλή Κωνσταντίνα², Υφαντή Αρετή², Γκολφάκης Πάρις², Πάρις Αρμύρος², Φιλίππου Φίλιππος², Καπάτας Ανδρέας²,

¹Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"- Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

²Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",

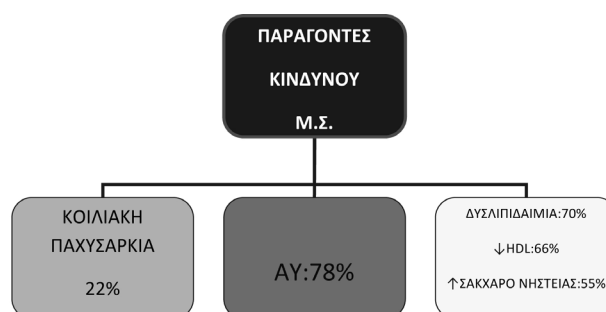
³Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα"

Εισαγωγή-Σκοπός: Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί μια σύγχρονη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ (ΣΔΙΙ), η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και η δυσλιπιδαιμία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 11/2017-05/2018 σε ασθενείς που προσήλθαν στο Νοσοκομείο μας.

Υλικά-Μέθοδοι: 751 άτομα με λήψη πλήρους ιστορικού, βιοχημικών παραμέτρων, κλινική εξέταση και λήψη ζωτικών σημείων. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν σωματομετρικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος) και περίμετρος μέσης.

Αποτελέσματα: 426 άτομα ήταν άνδρες (56,7%) και 325 γυναίκες (43,3%), ενώ το 57%, 427 άτομα παρουσίασαν ΜΣ με συχνότητα 52% στους άντρες (222,1 άτομα) και 48% στις γυναίκες (204,9 άτομα). Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του ΜΣ με την αύξηση της ηλικίας (35% στα άτομα ηλικίας έως 55 ετών και 45% στα άτομα >60 ετών). Στους ασθενείς με ΣΔΙΙ η συχνότητα εμφάνισης του ΜΣ ήταν 78%, στους ασθενείς με ΑΥ 58% και στους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία 52%. Η συχνότητα εμφάνισης των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη του ΜΣ στο σύνολο του δείγματος ήταν 22%

κοιλιακή παχυσαρκία, 78% ΑΥ, 70% δυσλιπιδαιμία, 66% μειωμένη HDL και 55% αυξημένο σάκχαρο νηστείας.



Συμπεράσματα: Η συχνότητα εμφάνισης του ΜΣ βρέθηκε αυξημένη στον πληθυσμό που μελετήθηκε. Η έγκαιρη διάγνωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και η έγκαιρη έναρξη θεραπευτικής αγωγής συμβάλει σημαντικά στη μείωση της επιβάρυνσης της υγείας αλλά και των επιπλοκών που συνοδεύουν το ΜΣ.

07. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Αυγέρη Σοφία, Τσιφίη Αγγελική, Σέργη Ευαγγελία, Στεφάνοβα Στέλα, Σακκαλής Αναστάσιος, Βουλγαρίδης Απόστολος, Ντόρλης Κυριάκος, Κατσιάρη Μαρία, Νικολάου Χαρίκλεια, Κουνουγέρη Αικατερίνη, Λάσκου Μαρία, Μαθάς Χρήστος
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

Εισαγωγή – Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας με αρνητικό έλεγχο κοπράνων για κλωστηριδιακές τοξίνες Α και Β, αλλά με παθογνομική ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για άνδρα ασθενή 73 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, υπερτροφίας προστάτου, δυσλιπιδαιμίας και προηγούμενων ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων, ο οποίος προσεκομίσθη λόγω επιληπτικών κρίσεων και διασωληνώθηκε λόγω κώματος. Διαπιστώθηκε με Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου νέο έμφρακτο και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Κατά τη νοσηλεία του, χρειάστηκε να λάβει διάφορα σχήματα αντιμικροβιακής αγωγής λόγω λοιμώξεων, ενώ μετά από 16 ημέρες, εμφάνισε εμπύρετο με συνοδό λευκοκυττάρωση και διαρροϊκές κενώσεις. Απομονώθηκε από τα κόπρανα μόνο

θετικό αντιγόνο *Clostridium Difficile*, αλλά λόγω εμμονής των διαρροϊκών κενώσεων, διενεργήθηκε ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η οποία ανέδειξε ψευδομεμβράνες.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μετρονιδαζόλη iv και βανκομικίνη per os, με πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας. Στη συνέχεια, σταθεροποιήθηκε νευρολογικά και υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία λόγω παρατεταμένης διασωλήνωσης. Σταδιακά κατάφερε να απογαλακτιστεί από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής επιτυχώς και να επιστρέψει στο αρχικό τμήμα νοσηλείας.

Συμπέρασμα: Επί ισχυρής κλινικής υποψίας, πρέπει να συνεχίζονται οι προσπάθειες απόδειξης της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας, καθώς αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά νόσο με ειλεό και τοξικό megacolon, ενώ με την κατάλληλη αγωγή ελέγχεται αποτελεσματικά.

08. IRIS & LATE PRESENTERS. ΕΝΑΣ ΕΜΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΓΡΙΦΟΣ

Μαλτσάντζελάλ, Παναγόπουλος Περικλής, Πετράκης Βασίλης, Μπαλτατζίδου Μαρία, Κυργιαννάκη Βάσω, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος
Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή:

Το Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης (IRIS) αποτελεί μία όχι και τόσο σπάνια κατάσταση παρά την άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και μπορεί να αφορά ποικιλία νοσημάτων, τόσο λοιμωδών όσο και μη.

Παρουσίαση περιστατικού:

Άνδρας 34 ετών, MSM, από αγροτική περιοχή, διεγνώσθη σε προεγχειρητικό έλεγχο (χολοκυστεκτομή) θετικός για τον *Ι.Η.Ι.Β.* Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο πλην της χολολιθίασης με επεισόδια κολικού. Στις 28/8/2018 διεγνώσθη και στις 25/10/2018 ξεκίνησε αντιρετροϊκή αγωγή (TAF/FTC/COB/DRV).

Τέσσερις εβδομάδες αργότερα εισήχθη λόγω δυσαρθρίας και μυϊκής αδυναμίας δεξιού άνω και κάτω άκρου σταδιακά επιδεινούμενου με εγκατάσταση σπαστικότητας συστοίχως.

Ο απεικονιστικός έλεγχος (Μαγνητική και Αξονική τομογραφία

εγκεφάλου) ανέδειξε διάχυτη προσβολή της λευκής ουσίας. Υπεβλήθη σε δύο οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις όπου λόγω PCR θετικής για *JCPolyomavirus* ετέθη η διάγνωση της Προοδευτικής Πολυεστιακής Λευκοεγκεφαλοπάθειας. Παράλληλα εμφάνισε διαρροϊκό σύνδρομο με θετική την καλλιέργεια κοπράνων για *Kρυπτοσπορίδιο*.

Οι κλινικές αυτές εικόνες απεδώθησαν σε Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης λόγω ταχείας πτώσης του ιικού φορτίου τις πρώτες εβδομάδες της αντιρετροϊκής αγωγής.

Συμπεράσματα

Η καθυστερημένη διάγνωση της HIV λοίμωξης κρύβει κινδύνους λόγω της προχωρημένης ανοσοανεπάρκειας των ασθενών. Το Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης ενώ σηματοδοτεί την άνοδο των Τ-λεμφοκυττάρων και τη βελτίωση της ανοσίας των ασθενών επιπλέκει την πορεία τους με αναζωπύρωση νοσημάτων που βρίσκονταν σε υποκλινική φάση.

09. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Μύρου Αθηνά¹, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χατζητόλιος Απόστολος¹.
1. Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η Διαβητική Νεφροπάθεια συνιστά την πρώτη αιτία της ΧΝΝ. Μία από τις επιπλοκές είναι η νεφρική οστεοδυστροφία. Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων των 25(OH)D₃, 1,25(OH)₂D₃, παραθορμόνης, ασβεστίου σε ασθενείς με διαβήτη

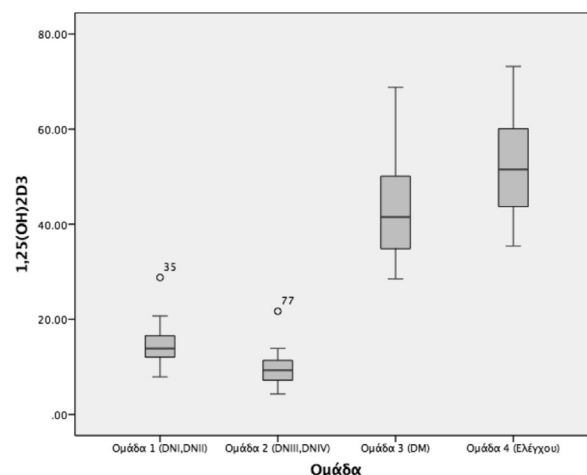
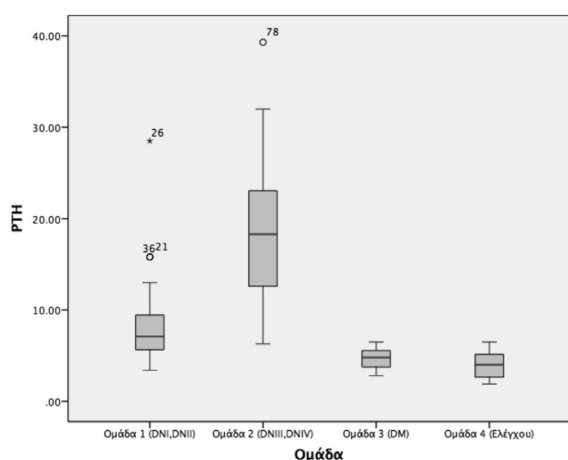
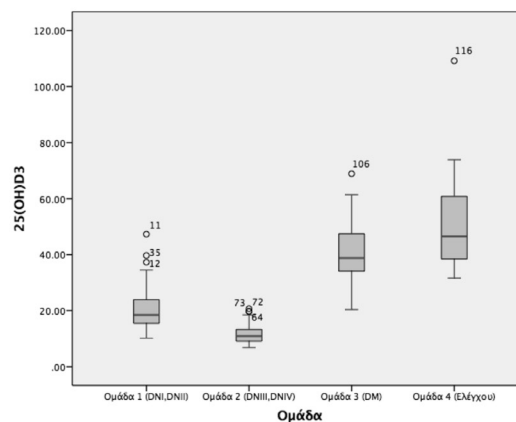
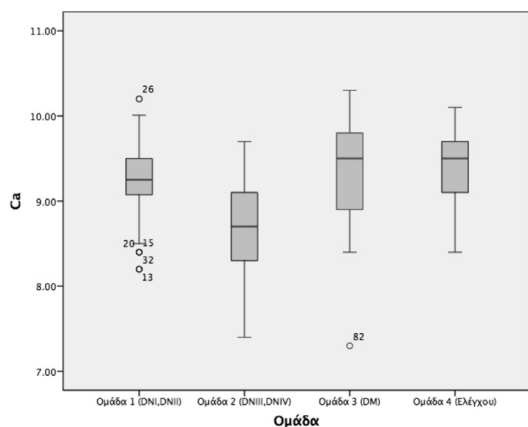
τύπου 2 και νεφροπάθεια.

Ασθενείς/μέθοδος: Μελετήθηκαν 48 ασθενείς ομάδας 1 (Διαβητική νεφροπάθεια σταδίου I, II), 32 ασθενείς ομάδας 2 (Διαβητική νεφροπάθεια σταδίου III, IV), 31 ασθενείς ομάδας 3

(Σακχαρώδης διαβήτης, χωρίς νεφρική νόσο), 31 μάρτυρες ομάδας 4 (Υγιείς). Οι βιοχημικές εξετάσεις διενεργήθηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

Αποτελέσματα: Ασβέστιο: ομάδα 1: 9.26 (TA=0.45), ομάδα 2: 8.66 (TA=0.54), ομάδα 3: 9.37 (TA=0.64), ομάδα 4: 9.42 (TA=0.47). PTH: ομάδα 1: 8.08 (TA=4.11), ομάδα

2: 18.41 (TA=8.15), ομάδα 3: 4.70 (TA=1.13), ομάδα 4: 3.99 (TA=1.41). 25(OH)D3: ομάδα 1: 20.667 (TA=7.64), ομάδα 2: 11.86 (TA=3.60), ομάδα 3: 40.63 (TA=11.24), ομάδα 4: 50.98 (TA=16.10). 1,25(OH)2D3: ομάδα 1: 14.56 (TA=3.55), ομάδα 2: 9.51 (TA=3.33), ομάδα 3: 43.33 (TA=10.53), ομάδα 4: 52.45 (TA=10.31).



Συμπέρασμα: Οι μικρότερες τιμές 25(OH)D3 και 1,25(OH)2D3 παρατηρούνται στα στάδια νεφρικής νόσου III, IV. Στην νεφρική νόσο σταδίου III και IV παρουσιάζεται μεγαλύτερη τιμή της PTH σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Η ομάδα με

διαβήτη και νεφρική νόσο σταδίου III και IV φαίνεται να έχει σαφώς μικρότερη τιμή ασβεστίου από τις υπόλοιπες 3 ομάδες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο οστικός μεταβολισμός διαταράσσεται στα τελικά στάδια της διαβητικής νεφροπάθειας.

10. INTENTIONAL CHLOROFORM OVERDOSE CAUSING RHABDOMYOLYSIS AND DELAYED LIVER INJURY: A CASE REPORT (e-poster)

Authors: Paneta Maria, Waring W. Stephen

Acute Medical Unit, York Teaching Hospital NHS Foundation Trust, York, UK

Introduction: Chloroform, a halogenated hydrocarbon can cause depression of the central nervous system, seizures, ventricular arrhythmia, cardiogenic shock, liver and renal impairment. We report a case of intentional chloroform exposure in a 47-year-old man, with delayed liver toxicity successfully treated with N-acetylcysteine.

Methods: Systematic review of published cases of acute chloroform toxicity using MEDLINE and PUBMED search engines was conducted.

Results/Case report: 47-year-old man brought in A+E,

with low Glasgow Coma Score 3/15, shortly improved to 14/15, and hypotension, following inhalation of 500ml of chloroform, 13 hours earlier. Creatine kinase was abnormally high, and admission was arranged to allow intravenous hydration and monitoring of renal function. On day three, prothrombin time (PT) rose to 27.8 seconds and alanine transaminase (ALT) to 3721 units per litre. Vitamin K 10 milligrams and an intravenous infusion of acetylcysteine - according to standardised protocol for paracetamol poisoning - given. ALT and PT peaked at 88 hours after exposure and bilirubin at 180

hours. The acetylcysteine infusion was stopped at 180 hours. Liver biochemistry improved, and the patient was transferred to a psychiatry hospital for further assessment.

Conclusion: This and previous cases indicate liver injury

may become detectable 48-72 hours after exposure. Clinicians should be aware of the risks of acute liver injury occurring after recovery from the acute anaesthetic effects and the therapeutic options.

11. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σφαντού Δανάη, Σαββανής Σπυρίδων, Τσέτικα Ελευθερία-Γαρυφαλιά, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Γαλιούρης Αθανάσιος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι αναστολείς της αναγωγής του 3-υδροξυ-μεθυλ-γλουταρυλ-συνενζύμου A(HMG-CoA)-στατίνες αποτελούν τους πλέον συχνότερα συνταγογραφούμενους υπολιπιδαιμικούς παράγοντες καθώς μειώνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού που αφορά ηπατίτιδα επαγόμενη από χορήγηση ατορβαστατίνης.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 67 ετών με ατομικό αναμνηστικό οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου προ ζετίας (τοποθέτηση επικαλυμμένου stent) υπό επαναχορήγηση μειωμένης δόσης ατορβαστατίνης (10mg) λόγω αύξησης αμινοτρανσφερασών οριακά $>3 \times \text{ULN}$, παρουσίασε εργαστηριακή εικόνα οξείας ηπατίτιδας με αυξημένες τιμές αμινοτρανσφερασών $>10 \times \text{ULN}$ σε τακτικό εργαστηριακό έλεγχο.

Άμεσα διακόπηκε η χορήγηση στατίνης και εισήχθη για διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο διαγνωστικής διερεύνησης, ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες ήταν αρνητικός, από τον ανοσολογικό έλεγχο τα ANA ήταν θετικά (1:320) και η τιμή της ανο-

σοφαιρίνης IgG ήταν $>1,1 \times \text{ULN}$. Λόγω των σταθερά αυξημένων τρανσαμινασών για >2 εβδομάδες από τη διακοπή της στατίνης, στην ασθενή χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη σε δόση 1mg/kg βάρους σώματος ημερησίως ως επί πιθανής επαγόμενης από φάρμακο αυτοάνοσης ηπατίτιδας μεταχείριση πτωτική πορεία των αμινοτρανσφερασών.

Ακολούθησε ταχεία μείωση των κορτικοειδών έως την οριστική διακοπή τους με επάνοδο της ηπατικής βιοχημείας σε φυσιολογικά όρια. Έκτοτε παρακολουθείται στο Ηπατολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου μας χωρίς να παρουσιάσει υποτροπή εντός του πρώτου εξαμήνου παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση στατινών έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση «ιδιοσυγκρασιακής» ηπατοτοξικότητας καθώς σε ποσοστό 1.9-5.5% των ασθενών υπό στατίνη έχει εμφανιστεί ηπατοτοξικότητα μέσω οξειδωτικού stress. Πιστεύεται ότι οι στατίνες μπορεί να πυροδοτήσουν ή να αποκαλύψουν μία αυτοάνοση διεργασία καθώς μπορεί να δράσουν ως χημικοί εκλυτικοί παράγοντες μέσω μηχανισμού μοριακής μίμησης και να επάγουν την εμφάνιση αυτοάνοσης ηπατίτιδας.

12. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Τοφαρίδης Ανδρέας, Πάρπας Γιώργος, Φλούρου Χριστίνα, Σκίτσα Ξένια, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Αντρέας, Χριστάκη Ειρήνη, Αζίνα Χαρά.
Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Εισαγωγή- Σκοπός: Ενδοκοιλιακή φυματίωση, που περιλαμβάνει τον γαστρεντερικό σωλήνα, περιτόναιο, λεμφαδένες, συμπαγή όργανα, αφορά το 5% όλων των περιπτώσεων φυματίωσης. Παράγοντες κινδύνου για ενδοκοιλιακή φυματίωση αποτελούν, η λοίμωξη από HIV, σακχαρώδης διαβήτης, λήψη anti-TNF παράγοντες. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού με διαλείποντα επεισόδια αιματοχεσίας και θρομβοπενίας.

Υλικό: Ασθενής με επεισόδια αιματοχεσίας

Μέθοδος: Ασθενής 32 ετών με καταγωγή από την Κένυα, προσήλθε λόγω επεισοδίων αιματοχεσίας από ημερών με συνολικό απώλεια 20kg τους τελευταίους 3 μήνες. Κατά την εισαγωγή του ανευρέθηκε αιμοσφαιρίνη 4 mg/dl με συνολικό θρομβοπενία. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση με ευρήματα γαστρίτιδας και κολονοσκόπηση που περιγράφονται οίδημα ορθού, σιγμοειδούς και τυφλού. Στα πλαίσια διερεύνησης διενεργήθηκε αξονική θώρακος –κοιλίας με ευρήματα άμφω πλευριτικές συλλογές κυρίως αριστερά, με συνολικό 2 μικρών οζιδιακών αλλοιώσεων στον δεξιό πνεύμονα. Από αξονική κοιλίας περιγρά-

φεται κυστικόμορφο μόρφωμα στη περιοχή μεταξύ παγκρέατος, ήπατος και στομαχού. Η παρακέντηση των πλευριτικών συλλογών ανέδειξε εξίδρωμα με αυξημένα μονοκύτταρα (χρώση Ziel Nilzen, afbs υγρού αρνητικό) αλλά η καλλιέργεια του πλευριτικού υγρού θετική για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Επιπλέον η φυματινοαντίδραση στο αρνητική.

Ακολούθως τις επόμενες μέρες λόγω αιμοδυναμικής ασταθείας και κατόπιν διενέργειας αξονικής αγγειογραφίας – παρατηρείται εξαγγείωση από άνω μεσεντέρια αρτηρία –διενεργήθηκε άμεσος εμβολισμός και ακολούθως λόγω αστάθειας χειρουργική αντιμετώπιση με ευρήματα διάσπαρτα κοκκώματα σε όλο το περιτόναιο και λεπτό έντερο, η βιοψία των οποίων ανέδειξε ευρήματα συμβατά με φυματιώδη περιτονίτιδα – κεχροειδή φυματίωση.

Έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής με ενδοφλέβια ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, λεβοφλοξασίνη και στρεπτομυκίνη ενδομυϊκώς αλλά ο ασθενής κατέληξε λόγω αιμορραγίας.

Αποτελέσματα: Φυματιώδης περιτονίτιδα – κεχροειδής

φυματίωσης για την οποία έγινε έναρξη τετραπλής αντιφυματικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Σε οποιοδήποτε άτομο, που προέρχεται

από χώρες που ενδημεί η φυματίωση, πρέπει να βρίσκεται ψηλά στη διαφοροδιαγνωστική μας σκέψη, ιδίως όταν υπάρχει άτυπη κλινική εικόνα.

13. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΚΝΣ ΑΠΟ NOCARDIA FARCINICA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Μαρία Λαγκαδινού¹, Μαρία Λίγκα², Νίκος Σπυρίδης², Δημήτρης Αγγελινάς², Καλλιόπη Λέκκα², Ιρις Σπηλιοπούλου³, Αλέξανδρος Σπυριδωνίδης² και Μάρκος Μαραγκός³

1: Τμήμα Επειγόντων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

2: Αιματολογικό τμήμα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ΜΜΜΟ

3: Μικροβιολογικό Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

4: Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

Εισαγωγή: Η νοκαρδία απαντάται σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς όπως οι λήπτες συμπαγών οργάνων ή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, ασθενείς με χαμηλό αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων ή αιματολογικές κακοήθειες. Χαρακτηρίζεται από κακή έκβαση. Ο πιο συχνός τύπος που προκαλεί νόσο στον άνθρωπο είναι η *Nocardia asteroides*.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης λοίμωξης κεντρικού νευρικού συστήματος από *Nocardia* σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή πέντε χρόνια μετά από αλλογενή μεταμόσχευση αιματοποιητικών κυττάρων.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 47 ετών, πέντε χρόνια μετά την αλλογενή μεταμόσχευση από HLA συμβατό συγγενή δότη λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας, εισήχθη στο νοσοκομείο με συμπτώματα κεφαλαλγίας, ζάλης και ημιπάρεσης δεξιά. Το ατομικό ιστορικό περιελάμβανε θρόμβωση σφαγιτιδικών και αμφιβληστροειδικών φλεβών.

Η αξονική τομογραφία και η MRI εγκεφάλου, ανέδειξαν την παρουσία δύο παθολογικών εστιών με σχετικά ανώμαλα όρια μέγιστης διαμέτρου 3,5cm με συνοδό οίδημα, στον AP βρεγματικό λοβό. Έγινε έναρξη θεραπείας με δεξαμεθαζόνη και φαινοτυϊνη με μικρή βελτίωση της κινητικότητας του κάτω άκρου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε στερεοτακτική βιοψία εγκεφάλου και

από καλλιέργειες απομονώθηκαν: *Staphylococcus epidermidis* και *Bacillus brevis*, ενώ υπήρχε ισχυρή υποψία για λοίμωξη από *Nocardia*. Ο ασθενής έλαβε επιπλέον βανκομυκίνη κεφτριαξόνη, TMX-SXT, μετρονιδαζόλη.

10 ημέρες αργότερα, σε επανέλεγχο με αξονική εγκεφάλου, υπήρχαν δύο νέες παθολογικές περιοχές με μετατόπιση των δομών της μέσης γραμμής προς τα δεξιά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε κρανιοτομή και παροχέτευση των αποστημάτων ενώ από τις καλλιέργειες απομονώθηκε *Nocardia farcinica*.

Ο ασθενής συνέχισε θεραπεία με: κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη, TMP-SXT (τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη), μινοκυκλίνη, παρουσιάζοντας σταδιακή κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Εξήλθε με TMP-SXT και μινοκυκλίνη, τα οποία έλαβε συνολικά για ένα έτος χωρίς νευρολογικό υπόλειμμα ενώ χειρουργικά αποκαταστάθηκε το οστικό έλλειμμα.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή όπως μετά από αλλογενή μεταμόσχευση πρέπει να υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία, για την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από τη μεταμόσχευση. Ο συνδυασμός TMP/SMX με μινοκυκλίνη μπορεί να αποτελεί αποτελεσματικό συνδυασμό στην θεραπεία εγκεφαλικών αποστημάτων από είδη *Νοκάρδιας*.

14. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΚΑΠΗ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μπίτσικας Ιωάννης¹, Μπατιστάτου Χαραλαμπία¹, Νικολαΐδου Ξανθίππη¹, Δημοτάση Παρασκευή², Καλκαβούρα Δήμητρα², Κεχαγιά Θεοδώρα².

1.Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Καλλιθέας-1η ΥΠΕ Αττικής, Καλλιθέα

2.Δήμος Π.Φαλήρου, Π.Φάληρο

Εισαγωγή: Στο ΚΥ Καλλιθέας, μιας δημόσιας δομής παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, λειτουργεί Ιατρείο Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων (ΙΠΙΕ). Στο πλαίσιο του ΚΥ Καλλιθέας λειτουργεί το Τοπικό Ιατρείο Π.Φαλήρου. Στο Δήμο Π.Φαλήρου υπάρχουν τρία ΚΑΠΗ.

Σκοπός: Έλεγχος του αντιγριπικού εμβολιασμού σε μέλη των ΚΑΠΗ του Π.Φαλήρου, που αποτελούν ευπαθή ομάδα. Προηγήθηκε ενημερωτική παρέμβαση, στο πλαίσιο Αγωγής Υγείας στην κοινότητα, από το ΙΠΙΕ.

Υλικό: Μέλη των ΚΑΠΗ Π.Φαλήρου, που τα επισκέπτονται συστηματικά.

Μέθοδος:

Τον Οκτώβριο του 2017 έγινε ενημερωτική παρέμβαση σε κάθε ΚΑΠΗ, μετά προαναγγελία. Επισκέφθηκαν τα ΚΑΠΗ για τρώς και επαγγελματίας Δημόσιας Υγείας του ΙΠΙΕ. Έγινε παρουσίαση με διαφάνειες, ακολούθησε συζήτηση και απαντήθηκαν απορίες.

Συνταγογραφήθηκαν αντιγριπικά εμβόλια στο ΙΠΙΕ.

Επαγγελματίας Υγείας σε κάθε ΚΑΠΗ ανέλαβε να υπενθυμίζει σε τακτά διαστήματα την ανάγκη αντιγριπικού εμβολιασμού.

Μετά το πέρας τής εμβολιαστικής περιόδου, δόθηκε ερωτηματολόγιο στα μέλη των ΚΑΠΗ.

Αποτελέσματα: Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 288 μέλη και εμβολιάστηκαν 242(84,03%).

Από όσους εμβολιάστηκαν, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι:

- ενημερώθηκε για την ανάγκη εμβολιασμού στο ΚΑΠΗ,
- εμβολιάστηκε έγκαιρα, το δίμηνο Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2017,

• θα εμβολιασθεί και πάλι την επόμενη εμβολιαστική περίοδο. Όσοι δεν εμβολιάστηκαν απάντησαν, κατά πλειοψηφία, ότι:

- “δεν πιστεύουν στα εμβόλια” και
- δεν θα εμβολιαστούν την επόμενη περίοδο.

Συμπέρασμα: Η συστηματική παρέμβαση στα ΚΑΠΗ από ειδικούς και έμπειρους Επαγγελματίες Υγείας οδηγεί σε υψηλά ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού στους ηλικιωμένους.

15. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Ντέτσκας Γεώργιος, Χάσιου Αικατερίνη, Φαμηλιάς Ιωάννης, Σταμπόρη Μαρία, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Βαμβακά Ευμορφία, Καρλής Γεώργιος, Κοζικοπούλου Δήμητρα, Παπαοικονόμου Ευάγγελος, Καραταπάνης Στυλιανός
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής σε ασθενείς με κακοήθειες και/ή αιματολογικά νοσήματα μπορεί να συνδυαστεί με ενεργοποίηση της ηπατίτιδας Β, ακόμη και σε ασθενείς που απουσιάζει το αντιγόνο επιφανείας (HBsAg) με δυσμενή έκβαση για τον ασθενή. Για τη πρόληψη της ενεργοποίησης συστήνεται η χορήγηση νουκλεοσιδικών παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητα και διάρκεια της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και με το ορολογικό προφίλ του ασθενούς σε σχέση με την ηπατίτιδα Β. Να παρουσιαστεί η εμπειρία μας από τη προληπτική χορήγηση νουκλεοσιδικών παραγόντων σε ασθενείς με κακοήθειες και/ή αιματολογικές παθήσεις που ελάμβαναν ανοσοκατασταλτική αγωγή.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 74 ασθενείς (Α/Γ=26/48) που έλαβαν ανοσοκατασταλτική αγωγή λόγω κακοήθους/αιματολογικού νοσήματος (NHL=33, συμπαγείς όγκοι=22, πολλ.μυέλωμα=7, ρευμ.αρθρίτιδα=5, ΙΘΠ=2,

αλλα=5). Από τους ασθενείς αυτούς οι 12 είχαν θετικό το HBsAg (χωρίς ιαμιά), και οι υπόλοιποι είχαν θετικό το anti-HBc με ή χωρίς θετικό το anti-HBs. Από τους ασθενείς αυτούς οι 40 έλαβαν αγωγή με entecavir ή tenofovir και οι 34 αγωγή με lamivudine.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών είναι 29 μήνες (εύρος= 6-49). Στο διάστημα αυτό κανένας ασθενής δεν εμφάνισε ενεργοποίηση της ηπατίτιδας Β (θετικοποίηση του HBsAg, ή του HBV-DNA). Στο ίδιο χρονικό διάστημα δύο ασθενείς με NHL που δεν ελάμβαναν προληπτική αγωγή με νουκλεοσιδικό παράγοντα ανέπτυξαν ενεργοποίηση της ηπατίτιδας Β, (αναδρομικά διαπιστώθηκε παρουσία anti-HBs σε χαμηλούς τίτλους πριν την ανοσοκατασταλτική αγωγή).

Συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση νουκλεοσιδικών παραγόντων σε ασθενείς με κακοήθειες που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή, αποτρέπει την ενεργοποίηση της ηπατίτιδας Β ακόμη και σε περιπτώσεις χορήγησης ισχυρής ανοσοκαταστολής.

16. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΛΗΨΗ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ, ΜΣΑΦ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΗΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ε. Αναστασίου, Β. Παπαστεργίου, Δ. Διακονικόλα, Γ. Ντέτσκας, Φ. Παπακωνσταντίνου, Α. Χάσιου, Γ. Ψελλάκης, Ο. Καρίκη, Α. Χατζηαντωνίου, Ε. Παπαοικονόμου, Σ. Καραταπάνης
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Η λήψη μεγάλων δόσεων διάφορων φαρμάκων συμπεριλαμβανομένης της παρακεταμόλης, μπορεί να συνδυαστεί με εκδήλωση οξείας ηπατικής βλάβης και κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας που μπορεί να απαιτήσει τη διενέργεια μεταμόσχευσης για τη διάσωση του ασθενούς.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς που έλαβε ταυτόχρονα μεγάλες δόσεις παρακεταμόλης, ΜΣΑΦ, ασπιρίνης, αλκοόλης και ηρεμιστικών και εκδήλωσε ηπατική βλάβη που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής ηλικίας 37 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας αναφέροντας τη λήψη 40 δισκίων παρακεταμόλης, 40 δισκίων ασπιρίνης, 30 δισκίων ΜΣΑΦ (20 δισκία ιβοπροφαίνης και 10 δισκία νιμεσουλίδης), και ταυ-

τόχρονη χρήση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ και ηρεμιστικών. Ο ασθενής λίγο μετά την εισαγωγή του εμφάνισε οξεία ηπατική βλάβη με πολύ αυξημένες τρανσαμινάσες ALT=7500 IU/ml, AST=5300 IU/ml, INR= 2.90, Bil=8mg% και ελαφρά σύγχυση. Στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με Ν-ακετυλοκυστείνη και έγινε συνεννόηση με τον ΕΟΜ και μεταμοσχευτικό κέντρο. Η κατάσταση του ασθενούς άρχισε να βελτιώνεται μετά από μερικές μέρες με προοδευτική βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας και βελτίωση του INR. Παρατήθηκε όμως σημαντική επιδείνωση του ικτέρου με τιμές χολερυθρίνης=50mg%. Προοδευτικά άρχισε να βελτιώνεται και η χολόσταση του ασθενούς και τελικά ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου σε σημαντικά βελτιωμένη κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η λήψη μεγάλων δόσεων παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ στον ίδιο ασθενή συνδυάστηκε με εκδήλωση σοβαρής ηπατικής βλάβης που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συντηρητικά.

Η στενή παρακολούθηση αυτών των ασθενών σε συνεργασία με μεταμοσχευτικό κέντρο είναι απαραίτητη για την ορθή αντιμετώπιση τέτοιων σοβαρών περιστατικών.

17. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ)

¹Κετίκογλου Ιωάννης, ²Παπαστεργίου Βασίλειος, ¹Κοτσίρη Ιωάννα, ¹Κυρίτσης Αντώνιος, ¹Κουλιός Εμμανουήλ, ¹Ζουμπούλη Χριστίνα, ¹Καφίρη Γεωργία, ²Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, ²Χάσιου Αικατερίνη, ²Χατζηαντωνίου Αγαπητός, ²Βαμβακά Ευμορφία, ²Καραπαπάνης Στυλιανός

1 Κρατική Παθολογική Κλινική «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αθηνών, 2 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι χρόνιες ηπατίτιδες που επιμένουν έχουν ως συνέπεια την δημιουργία κίρρωσης του ήπατος και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Ο βαθμός καρκινογένεσης όμως δεν είναι ίδιος για τις διάφορες μορφές χρόνιας ηπατοκυτταρικής βλάβης. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση των αιτιολογικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με ΗΚΚ που διαγνώστηκαν σε δύο ηπατολογικά ιατρεία.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς με επιβεβαιωμένο ΗΚΚ που διαγνώσαμε στα δύο κέντρα, στο διάστημα της τελευταίας δεκαετίας.

Όλοι οι ασθενείς με ΗΚΚ ελέγχοντο για την ύπαρξη ενδεχόμενης χρόνιας ηπατικής βλάβης (ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος), και ελαμβάνοντο στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ.

Αποτελέσματα: Συνολικά διαπιστώσαμε 84 ασθενείς με ΗΚΚ. Μέση ηλικία ασθενών 62.5 έτη (εύρος= 54-84), με υπε-

ροχή των ανδρών Α/Γ= 55/29. Όσον αφορά την αιτιολογική δι-
 άγνωση της χρόνιας ηπατοπάθειας διαπιστώσαμε : 23 έπασχαν από χρόνια ηπατίτιδα Β (27.4%), 17 από αλκοολική ηπατοπάθεια (20.5%), 19 από χρόνια ηπατίτιδα C (22.6%), 8 ασθενείς από χρόνια ηπατίτιδα Β και αλκοολική ηπατοπάθεια (9.5%), 5 από χρόνια ηπατίτιδα C και αλκοολική ηπατοπάθεια (5.9%), 12 (14.3%) από κρυψιγενούς αιτιολογίας κίρρωση (πιθανότητα μη αλκοολική στετοηπατίτιδα) του ήπατος και 2 (2.4%) χωρίς ιστορικό χρόνιας ηπατικής νόσου.

Συμπεράσματα: Από το υλικό της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι συνηθέστερες αιτίες δημιουργίας ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χρόνια ηπατίτιδα Β, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρόνια ηπατίτιδα C. Σημαντικό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν ΗΚΚ σε έδαφος μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας. Αντιθέτως η δημιουργία ΗΚΚ είναι σπάνιο φαινόμενο στους ασθενείς με αυτοάνοσες παθήσεις του ήπατος.

18. Η ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΣ ΚΟΙΝΟΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Ηλίας Κανέλλος¹, Έλενα Ματοπούλου^{1,2}, Γεωργία Καϊάφα¹, Στυλιανός Χαντανής⁴, Αγγελική Αγγελίδη¹, Σκούτας Δημήτριος¹, Τσώκος Νικόλαος⁵, Έλενα Πούρου¹, Ευγενία Βλάχου³, Παναγιώτα Κανούλα², Βασιλική Ντινενή², Μαρία Παπαδοπούλου², Χριστίνα Μπάμι², Κυριακή Κεχαγιά², Φωφώ Παυλίδου², Χρήστος Σαββόπουλος¹, Απόστολος Χατζητόλιος¹.

1 1η Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη

2 Ποδολογικό κέντρο "ΕΛΕΝΑ ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ"

3 Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

4 Καρδιολογική κλινική "Τζάνειο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

5 Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Μ. "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ" Αθήνα

Εισαγωγή: Οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 1 (ΣΔ1) και τύπου 2 (ΣΔ2), αναπτύσσουν σταδιακά μικροαγγειοπάθεια και νευροπάθεια. Οι βλάβες αυτές στο αγγειακό τοίχωμα και στο νευρικό ιστό πιθανότατα δρουν και ως κοινό παθοφυσιολογικό μονοπάτι συσχέτισης μεταξύ καρδιαγγειακών συμβαμάτων και νοσημάτων του άκρου πόδα. Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται προσπάθεια με επιδημιολογικά δεδομένα από ιδιωτικό ποδολογικό κέντρο, ανάδειξης του βαθμού συσχέτισης βαρύτητας στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) και νοσημάτων διαβητικού ποδιού (ΔΠ), καθώς και διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ κολπικής μαρ-

μαρυγής και ΔΠ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη του βαθμού συσχέτισης βαρύτητας στεφανιαίας νόσου και ΔΠ, καθώς και διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ ΚΜ και ΔΠ.

Μέθοδοι: Για την πραγματοποίηση της αναδρομικής μελέτης χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 380 ασθενείς (314 με ΣΔ2 και 66 ΣΔ1) από το ποδολογικό κέντρο "ΕΛΕΝΑ ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ". Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των δεδομένων τους με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού πακέτου SPSS, καθώς

και καταγραφή των παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Κριτήρια ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 και η παρουσία νοσημάτων διαβητικού ποδιού, ανεξάρτητα από το φύλο των ασθενών, με μέσο όρο ηλικίας των ασθενών 60 ανθρωποέτη.

Αποτελέσματα: Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ ΚΜ και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2. (24% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν κολπική μαρμαρυγή).

Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ ΚΜ και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1. (27% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν κολπική μαρμαρυγή).

Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ ΣΝ(αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αγγειοπλαστική) και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2, [6% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν ΣΝ(αορτοστεφανιαία παράκαμψη), 7% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν ΣΝ(αγγειοπλαστική)].

Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ ΣΝ (αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αγγειοπλαστική) και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1, [9% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν ΣΝ(αορτοστεφανιαία παράκαμψη), 8% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν ΣΝ(αγγειοπλαστική)].

Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ υπέρτασης και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2, (20% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωσαν υπέρταση).

Στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ υπέρτασης και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1, (24% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωσαν υπέρταση).

Συμπεράσματα:

Διαπιστώνουμε ότι ασθενείς με ΣΔ 2 και 1 και νόσο διαβητικού ποδιού έχουν υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης ΚΜ και επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπέρτασης και ΔΠ, ενώ μικρότερα είναι τα ποσοστά εκδήλωσης ΣΝ (είτε αυτά αντιμετωπίστηκαν με αγγειοπλαστική είτε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη) στους εν λόγω ασθενείς.

Ωστόσο όμως η εργασία μας παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς καθώς το δείγμα των ασθενών είναι μικρό, ενώ δεν υπήρχε η δυνατότητα διάγνωσης και αξιολόγησης πιθανής νευροπάθειας.

Περισσότερες μελέτες πρέπει να πραγματοποιηθούν, ώστε να αναδειχθεί ο κοινός παθοφυσιολογικός μηχανισμός (πιθανότατα νευροπάθεια) σε ΣΔ 1 και 2, ο οποίος και πιθανότατα ερμηνεύει την υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης κολπικής μαρμαρυγής, που διατρέχουν ασθενείς με διαβητικό πόδι.

19. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ

Χριστοδούλου Παναγιώτης¹, Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος², Κολλιοπούλου Γεωργία³, Βαρσάμος Νικόλαος⁴, Ζώτος Νικόλαος¹

1. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Ιωάννινα

2. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

3. Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυματών, Αθήνα

4. TOMY Ιωαννίνων

Σκοπός: Οι ασθενείς στη ΜΕΘ εκτίθενται σε διαφορετικό φάσμα μικροοργανισμών σε σχέση με το υπόλοιπο νοσοκομείο. Λόγω του γεγονότος ότι η πλειοψηφία αυτών των ασθενών είναι διασωληνωμένοι, θα πρέπει να εξεταστούν οι βρογχικές εκκρίσεις τους.

Υλικό και μέθοδος: Οι βρογχικές εκκρίσεις πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή ώστε να μην αναμειγνύονται με πτύελα ή σάλιο. Οι βρογχικές εκκρίσεις τοποθετούνται σε αποστειρωμένο δοχείο και στη συνέχεια καλλιεργούνται σε αιματούχο, Macconkey No2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ. Μετά από περίοδο 2 ημερών, εάν ανιχνευθεί οποιοσδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram και κατόπιν οι απομονωμένοι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) ακολουθούμενο από δοκιμασία ευαισθη-

σίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή KirbyBauer.

Αποτελέσματα: Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 365 δείγματα βρογχικών εκκρίσεων από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. 237 βρέθηκαν θετικά. Από αυτά, απομονώθηκαν *S. epidermidis* σε 1, *A. Baumannii* σε 115, *K. Pneumoniae* σε 42, *P. Aeruginosa* σε 50, *C. albicans* σε 40, *P. Mirabilis* σε 4, *E. Coli* σε *S. maltophilia* σε 6, *S. marcescens* σε 6, *S. aureus* σε 12, *S. pneumoniae* σε 1, *S. haemolyticus* σε 4, *P. Fluorescens* σε 1, *E. Aerogenes* σε 1, *E. Cloacae* σε 5.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών της ΜΕΘ φαίνεται να είναι ένα εύφορο έδαφος για την ανάπτυξη λοιμώξεων. Η φύση των ευρημάτων υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό μέρος των βακτηρίων που βρέθηκαν προέρχεται από τη μονάδα (ενδο-νοσοκομειακή λοίμωξη).

20. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

Χριστοδούλου Παναγιώτης¹, Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος², Κολλιοπούλου Γεωργία³, Βαρσάμος Νικόλαος⁴, Ζώτος Νικόλαος¹

1. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

2. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

3. Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα

4. TOMY Ιωαννίνων

Σκοπός: Το περιβάλλον της ΜΕΘ ευνοεί την ανάπτυξη μικροοργανισμών. Μια ποικιλία μικροοργανισμών αποκτά πρόσβαση στην ενδοαγγειακή περιοχή και μεταφέρεται σε όλο το κυκλοφορικό σύστημα. Επομένως, η εξέταση των καθετήρων που χρησιμοποιούνται είναι υψίστης σημασίας.

Υλικό και μέθοδος: Το μέσο καλλιέργειας είναι το άκρο καθετήρα, το οποίο εμπλουτίζεται με θρεπτικό υλικό TSB. Μετά από μία ημέρα επώασης, ο ζωμός καλλιεργείται στα ακόλουθα εκλεκτικά θρεπτικά υλικά: αιματούχο, MacconkeyNo. 2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ. Τα παραπάνω υλικά επωάζονται για 2 ημέρες.

Μετά από αυτή την περίοδο, εάν ανιχνευθεί οποιοσδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram και κατόπιν οι μικροοργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τε-

χνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) που ακολουθείται από δοκιμή ευαισθησίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή KirbyBauer.

Αποτελέσματα: Το 2017, το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 84 καθετήρες από τη ΜΕΘ. 39 βρέθηκαν θετικές. Από αυτές, το *S. epidermidistaυτοποιήθηκε* σε 8, *A. Baumannii* σε 10, *K. Pneumoniae* σε 6, *P. Aeruginosa* σε 6, *P. Mirabilis* σε 3, *S. simulans* σε 1, *S. haemolyticus* σε 4, *S. aureus* σε 3, *S. hominis* σε 1, *S. haemolyticus* σε 4, *P. vulgaris* σε 1 και *Bacillus* spp σε 2.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η τοποθέτηση και η συντήρηση των καθετήρων σε ασθενείς της ΜΕΘ είναι σχετικά επιτυχημένη, δεδομένου του δυσμενούς περιβάλλοντος της μονάδας.

21. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΙΛΕΟΥ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ

Χριστοδούλου Μιχάλης, Ιωαννίδου Κατερίνα, Τσανκώφ Χριστίνα, Κυριακίδης Στέλιος, Μεντίζης Παύλος, Κωνσταντινίδου Μιλάντα, Αντωνίου Μαρία, Παπαδοπούλου Περσεφόνη
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 43 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε στα Τ.Ε.Π. με έντονο κοιλιακό άλγος, εμέτους, μετεωρισμό και διόγκωση κοιλιάς από 24ώρου, λίγες ώρες μετά τη λήψη συμπληρώματος διατροφής, που περιείχε μέλι, βασιλικό πολτό, γύρη και δηλητήριο μέλισσας.

Κλινικοεργαστηριακή εικόνα: Ευαισθησία στη ψηλάφηση της κοιλιάς (ΔΕ), υπερπερισταλτικότητα, μετακινούμενη αμβλύτητα και ήπια οιδήματα βλεφάρων και σφυρών, πυρετιολοιπά συστήματα κατά φύση. Δεν αναφέρθηκαν διαταραχές κενώσεων. Α/α θώρακος κφ, Α/α κοιλιάς: υδραερικά επίπεδα, αεροπλήθεια εντέρου, CΤΑΚΟ: μεγάλη ποσότητα ελεύθερου ασκίτικού υγρού ενδοκοιλιακά, οριακά διογκωμένοι παραορτικοί λεμφαδένες, στένωση κατιόντος και ορθοσιγμοειδούς, διάταση ανιόντος-εγκάρσιου τμήματος Π.Ε., λευκοκυττάρωση, αναίμια ήπια αύξηση CRP. Ο έλεγχος συνεχίστηκε με MRIκοιλιάς και ECHO. Το ασκίτικό υγρό ήταν εξίδρωμα με παρουσία άτυπων κυττάρων.

Πραγματοποιήθηκε ανοσολογικός, ιολογικός έλεγχος, κ/ε

κοπράνων, γυναικολογική, καρδιολογική εξέταση (ECHOκαρδιάς), χωρίς ευρήματα.

Από τον έλεγχο δεν βρέθηκε αίτιο που να δικαιολογεί την κλινική εικόνα της ασθενούς. Λόγω οιδημάτων στα βλέφαρα και έντονου οιδήματος εντέρου δόθηκε ολιγοήμερο σχήμα κορτιζόνης και αντισταμινικών για το ενδεχόμενο τροφικής αλλεργίας στο σκεύασμα που έλαβε. Παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση ενώ τη 5η ημέρα νοσηλείας διενεργήθηκε κολονοσκόπηση που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Την 7η ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε πλήρης εξαφάνιση του ασκίτη, του οιδήματος, και αποκατάσταση της στένωσης εντέρου σε νέο απεικονιστικό έλεγχο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κρίνεται απαραίτητη η αυξημένη κλινική υποψία προς αναζήτηση ασυνήθιστης αιτιοπαθογένειας οιδήματος εντέρου με συνοδό ειλέο και αντιδραστικό ασκίτη, όπως τροφικές αλλεργίες από συμπληρώματα διατροφής, τα οποία είναι σε ευρεία χρήση τα τελευταία χρόνια κυρίως από νεαρά άτομα.

22. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕΘΩΔΟ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Φωτιάδου Έλενα, Κεραμιδάκη Κωνσταντία, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Γουνιτσιώτη Ηρώ, Δημητρούλα Χαρίκλεια, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος
Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management-COM), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη νόσος και του ψηλό ποσοστό σωματικού λίπους (BF%) συσχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Για τον υπολογισμό του συνήθως χρησιμοποιούνται η βιοηλεκτρική εμπέδηση (BIA) και ανθρωπομετρι-

κές εξισώσεις. Πολύ σημαντική για αξιόπιστη εκτίμηση του σωματικού λίπους είναι η ακρίβεια της μεθόδου που χρησιμοποιείται. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι σύγκριση των τιμών σωματικού λίπους μέσω BIA και σχετικής λιπώδους μάζας (RFM)

μέσω μιας απλής ανθρωπομετρικής γραμμικής εξίσωσης σεπαχύσαρκους ασθενείς.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη πήραν μέρος 572 παχύσαρκοι άνδρες και γυναίκες (γυναίκες 76%, μέση ηλικία 48,8±12,8, μέσος ΔΜΣ 39,9±8,2). Για την αξιολόγηση της σωματικής σύστασης χρησιμοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρους, ύψους, περιφέρεια μέσης) και BIA. Η σχετική λιπώδης μάζα υπολογίστηκε από την εξίσωση $RFM=64 - (20 \times (\text{ύψος}/\text{περίμετρος μέσης})) + (12 \times \text{φύλο})$ όπου το ύψος και η περίμετρος μέσης εκφράζονται σε μέτρα και το φύλο κωδικοποιείται ως 0 για άνδρες και 1 για γυναίκες.

Αποτελέσματα: Η μέση σχετική λιπώδης μάζα βρέθηκε 44,9±5,8 και το μέσοσωματικό λίπους με BIA 45,8±8,05. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα των 2 μεθόδων εκτίμησης λίπους.

Συμπέρασμα: Οι τιμές του σωματικού λίπους που υπολογίστηκαν με τις 2 μεθόδους είναι ισοδύναμες και έτσι είναι φανερό ότι η σχετική λιπώδης μάζα (RFM), μια απλή γραμμική εξίσωση βασισμένη στον λόγο ύψους/περίμετρου μέσης, αποτελεί ένα εναλλακτικό εργαλείο για την εκτίμηση του συνολικού ποσοστού λίπους σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες και μπορεί να αντικαταστήσει το BIA σε παχύσαρκους ασθενείς.

23. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

Φρουζάκη Χριστίνα¹, Χριστοδούλου Μιχάλης¹, Τσανκώφ Χριστίνα¹, Κροκίδης Ξενοφών¹, Παπαντωνίου Στέφανος¹, Ζαχαριάδου Κορνηλία², Χλή Αναστασία², Παπαδοπούλου Περσεφόνη¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας, 2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Καβάλας.

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, εκφράζονται με αύξηση δεικτών νοσηρότητας και θνητότητας, της διάρκειας και του κόστους νοσηλείας.

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη καταγραφής λοιμώξεων που τεκμηριώθηκαν το 2018, το είδος μικροβίων και το τόπου διαμονής των ασθενών. (οικεία-ίδρυμα)

Υλικό-μέθοδος: Σε σύνολο 1709 ασθενών, 222 (12,9%) εμφάνισαν τεκμηριωμένες εργαστηριακά λοιμώξεις. Αναλογία ανδρών-γυναικών: 40%-60%.

Μ.Ο. ηλικίας: 77,09 έτη. Ελήφθησαν καλλιέργειες ανάλογα με το νόσημα του ασθενούς και καλλιέργειες αίματος αναλόγως της βαρύτητας. Μέθοδος ταυτοποίησης-Vitek 2 biomerieux, κλίβανος Bactec 9120.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν: -ουρολοιμώξεις (74%) κυρίαρχο μικρόβιο Escherichiacoli (47%). Ακολούθως Klebsiella (15%), Pseudomonas (13%), Proteus (11%). Οι ουρολοιμώξεις παρατηρήθηκαν κυρίως σε γυναίκες (62%) τους καλοκαιρινούς μήνες.

-Λοιμώξεις κατακλίσεων (17%) -Συχνότερα Staphylococcus MRSA (18%), Klebsiella (15%), Proteus (15%), Pseudomo-

nas (13%). -Στις βακτηριακές παρατηρήθηκε ίδια αναλογία στα δύο φύλα-Staphylococcus MSSA (45%). Θετικές αιμοκαλλιέργειες παρατηρήθηκαν κυρίως σε ασθενείς με επανειλημμένες νοσηλείες.

-Θετικές καλλιέργειες κοπράνων (3%). Διαπιστώθηκε Cambylobacter (57%) και Salmonella (43%).

Συμπεράσματα:

1) Μειωμένο ποσοστό ουρολοιμώξεων από Escherichiacoli σε σχέση με το Μ.Ο. διεθνώς (47,27% έναντι 75-95% διεθνώς) και αύξηση λοιμώξεων από άλλα ανθεκτικά Gram (-) μικρόβια, γεγονός που εξηγείται από την πολυανθεκτικότητα των μικροβίων που φέρουν οι ιδρυματιζόμενοι, ηλικιωμένοι και συχνά νοσηλευόμενοι ασθενείς.

2) Θετικές αιμοκαλλιέργειες κυρίως σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενες νοσηλείες.

3) Η πολυανθεκτικότητα των μικροβίων που παρατηρείται κυρίως σε ιδρυματιζόμενους ασθενείς με θετικές καλλιέργειες κατακλίσεων ίσως να οφείλεται στους ελλείψεις κανόνες υγιεινής.

4) Αυξημένο ποσοστό θετικών καλλιέργειών κοπράνων από Cambylobacter (57%), σε σχέση με τα λοιπά ενοχοποιούμενα μικρόβια στην Ελλάδα.

24. ΠΥΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Τρίτζαλη Μαρούλα¹, Λημναίος Αλέξανδρος², Βλασταράκος Παναγιώτης², Μπλιώνα Θεοδώρα³, Γιαννικόπουλος Γεώργιος¹.

1 Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη

2 Ορθοπαιδικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

3 Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

Εισαγωγή-σκοπός: Η πυομυοσίτιδα αποτελεί σπάνια υποξεία φλεγμονή των σκελετικών μυών. Παρουσιάζουμε περίπτωση πυομυοσίτιδας του μείζονος θωρακικού μυ σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 28 ετών με από εβδομάδος προοδευτικά επιδεινούμενο άλγος στον αριστερό ώμο και πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Λόγω επαγγέλματος θεωρήθηκε μυοσκελετικό άλγος και χορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη, χωρίς ιδιαίτερη

βελτίωση. Ο ασθενής δύο μέρες προ της εισαγωγής παρατήρησε ετερόπλευρη επώδυνη διόγκωση του θωρακικού τοιχώματος και από 24ώρου εμπύρετο έως 38,5°C. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. ΑΠ125/80mmHg, σφύξεις 105/λεπτό, 38,3°C, SatO2 98%, οίδημα, ερυθρότητα και έντονη ευαισθησία στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC 10.140/uL (P76%), CRP 98,7mg/L, CPK 83 IU/L, TKE 45, HIV(-). Ο ασθενής υπεβλήθη

σε τομογραφία θώρακα, που ανέδειξε εικόνα συμβατή με πυομυοσιτίδα του μείζονος θωρακικού μυ. Έλαβε ενδοφλεβίως βανκομυκίνη. Η αιμοκαλλιέργεια ανέδειξε *Staphylococcus aureus* (MSSA). Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο, όπου συνέχισε την αγωγή για 14 ημέρες, με πλήρη υποχώρηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, χωρίς ανάδειξη δευτεροπαθούς εστίας ή ενδοκαρδίτιδας.

Αποτελέσματα: Η πυομυοσιτίδα αποτελεί νόσημα των τροπικών χωρών, αν και τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα περιστατικά στο δυτικό κόσμο, με την αμερική να αναφέρει 676 πε-

ριστικά από το 1971. Η παθογένεια είναι άγνωστη, αν και πιθανολογείται ότι αναπτύσσεται μετά από παροδική βακτηριαμία στα πλαίσια τραυματισμού του μυ. Ανοσοκαταστολή, διαβήτης και ΧΝΑ αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες κι ο *Staphylococcus aureus* αποτελεί κυρίαρχο αίτο σε ποσοστό μέχρι 90% των περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι ενήμεροι και να συμπεριλαμβάνουν στη διαφορική τους διάγνωση την πυομυοσιτίδα, σε κάθε ασθενή με εμπύρετο και σημεία τοπικής μυϊκής φλεγμονής.

25. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΟΙΔΗΜΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΠΙΡΟΞΙΚΑΜΗΣ

Πανοπλίας Ιάσωνας, Πειχαμπέρης Δημήτριος, Παπαδάτου Μαρία, Μαργαρίτη Αντιγόνη, Σκιαδάς Θωμάς, Αδαμίδου Σωτηρούλα, Τρίτζαλη Μαρούλα, Γιαννάς Ραφαήλ, Σπάρτακος Ιορδανίδης, Γιαννικόπουλος Γεώργιος.
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη

Εισαγωγή, σκοπός: Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποτελούν μια από τις πλέον διαδεδομένες κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής, η χρήση τους όμως ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Παρουσιάζουμε περίπτωση εκδήλωσης γενικευμένου οιδήματος και απορρύθμισης της αρτηριακής πίεσης από λήψη πιροξικάμης.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 78 ετών με από πεντημέρου εκτεταμένο οίδημα κάτω άκρων, οίδημα χεριών και προσώπου, μετά από εβδομάδος λήψη πιροξικάμης 20mg για αρθρίτιδα ώμου. Ατομικό ιστορικό μονόενφρου, χρόνιας νεφρικής νόσου σταδίου 3α, υπέρτασης υπό αγωγή από ετών με αμλοδιπίνη και δυσλιπιδαιμίας υπό ατορβαστατίνη. Από τη φυσική εξέταση ΑΠ 205/105mmHg, σφύξεις 72/λεπτό, 36,7°C, SatO2 98%, ακροαστικώς χωρίς επιπρόσθετους ήχους ή φυσήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: ουρία 50mg/dL, κρεατινίνη 1,2mg/dL, αλβουμίνη 3,4mg/dL, κάλιο 4,8 mmol/L, νάτριο 136 mmol/L, ΤΚΕ 39, WBC 9.480k/uL (P65%), D-dimers 516ng/mL, γενική ούρων με

ίνην λευκώματος και triplex καρδιάς χωρίς ευρήματα συμβατά με καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική υπέρταση. Στον ασθενή διεκόπη η πιροξικάμη, χορηγήθηκε φουροσεμίδη, με αποτέλεσμα τη σταδιακή υποχώρηση των οιδημάτων.

Αποτελέσματα: Η πιροξικάμη αποτελεί αναστολέα της κυκλοοξυγενάσης. Αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδίνης PGE2 στον νεφρό, οδηγεί σε κατακράτηση νατρίου και ύδατος με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση περιφερικού οιδήματος, υπέρτασης και επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας, συνήθως στην πρώτη εβδομάδα της χορήγησης και σε ποσοστό που κυμαίνεται από 3,4-6,3%. Η επιδείνωση της υπέρτασης συνδέεται αφενός με την κατακράτηση νατρίου, αφετέρου με την περιφερική αγγειοσύσπαση, αποτέλεσμα της αναστολής σύνθεσης προστακυκλίνης PGI2.

Συμπεράσματα: Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση ΜΣΑΦ σε ασθενείς ηλικιωμένους, ιδία σε όσους έχουν εγκατεστημένη νεφρική, ηπατική ή καρδιακή νόσο, λόγω αυξημένου κινδύνου σοβαρών επιπλοκών.

26. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΗΠΑΤΟΣ

Μαργαρίτη Ελένη, Βαγιωνάς Αναστάσιος, Βαλανίκας Ευριπίδης, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι ηπατικές μεταστάσεις εμφανίζονται σχεδόν στους μισούς ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Η ηπατεκτομή αποτελεί μέχρι σήμερα θεραπεία εκλογής.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με μεταστατικό καρκίνο ήπατος από παχύ έντερο που η συνδυασμένη χημειοθεραπευτική αγωγή βελτίωσε αισθητά το μέγεθος των βλαβών στο ήπαρ.

Υλικό-μέθοδος: Άντρας 57 ετών, με ιστορικό Στ. Νόσου, Σακχαρώδη Διαβήτη, Δυσλιπιδαιμίας διαγνώστηκε με Ca παχέος εντέρου στα πλαίσια διερεύνησης μαζικής αιματοχεσίας. Στον απεικονιστικό έλεγχο – σταδιοποίηση, αναδείχθηκαν πολλαπλές μετα εστίες στο ήπαρ(και στους δύο λοβούς) και ταυτόχρονη μεγάλη αύξηση του μεγέθους αυτού.

Αποτελέσματα: Δύο μήνες μετά τη χειρουργική εξαίρεση του όγκου από το έντερο και με την εργαστηριακή επιβεβαίωση της μη ύπαρξης μετάλλαξης (εξώνια 2, 3,4) του γονιδίου k-ras, έγινε έναρξη αρχικώς ιρινοκετάνης με τη προσθήκη στη συνέχεια κετουξιμάμπης. Παρά τη πολυνοσηρότητα του ασθενούς, το σχήμα έγινε πολύ καλά ανεκτό. Υπήρξε βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας και της γενικής του κατάστασης. Η θεραπευτική παρέμβαση συμπληρώθηκε με τη προσθήκη per os καπεσιταβίνης. Στο εξάμηνο μετά την έναρξη της συνδυασμένης ΧΜ/Θ εκτός από την βελτίωση της κλινικής εικόνας, διαπιστώθηκε στον απεικονιστικό έλεγχο θεαματική μείωση των διαστάσεων των βλαβών στο ήπαρ καθώς και του μεγέθους αυτού.

Συμπεράσματα: Ο μεταστατικός καρκίνος ήπατος από το

παχύ έντερο επιβάλλει ως θεραπεία την ηπατεκτομή. Παρά τη πρόοδο στη χειρουργική η θνητότητα (περιεχειριτική και μετεγχειριτική) παραμένει υψηλή, ιδίως στα άτομα με πολυνοσηρότητες και στις περιπτώσεις πολλαπλών και συρρεόντων μεταστά-

σεων. Η συνδυασμένη χημειοθεραπευτική αγωγή φαίνεται να αφήνει ελπιδοφόρα μηνύματα. Τόσο ως neoadjuvant χημειοθεραπεία, όσο και ως πρόδρομος άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων – ablation, χημειοεμβολισμού.

27. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΟΥΡΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Βούλγαρη Χριστίνα,¹ Κλωπά Αγγελική,¹ Λακιωτάκη Δήμητρα,¹ Κωστάκη Κωνσταντίνα,¹ Μανιάτης Πέτρος,² Ιωαννίδης Ιωάννης¹

1 Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

2 Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας-Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αποφρακτική ουροπάθεια αποτελεί το 2-15% των περιπτώσεων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση παρατηρείται στο 3.5% των ασθενών προκαλώντας συχνά ουραιμία. Περιγραφή ασθενούς με ουραιμία λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας και μεταστατικού καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής ετών 90, με μεταστατικό καρκίνο τραχήλου μήτρας, μη θεραπευθέν, προηγουμένως σε καλή γνωσιακή κατάσταση, μεταφέρθηκε στο ΤΕΠ Παθολογικό λόγω ληθαργικότητας, άρνησης λήψης τροφής-ύδατος, και διαρροϊκών κενώσεων από εβδομάδας. Δεν παρουσίαζε πυρετό ή ρίγος, και δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Ετέθη κλινική υποψία αποφρακτικής ουροπάθειας με συνοδό αφυδάτωση από υπέρτονες απώλειες υγρών. Έγινε ουρολογική εκτίμηση και ανεπιτυχής προσπάθεια τοποθέτησης ουροκαθετήρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ουρία 452mg/dl, κρεατινίνη 23.7mg/dl, και pHCO_3^- 36.0mmol/L. Έγινε νεφρολογική εκτίμηση και η ασθενής ετέθη άμεσα σε αιμοκάθαρση. Κατά τη νοσηλεία της παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη με κλινική

ανταπόκριση στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Διενεργήθει αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας, που ανέδειξε σημαντική διάταση της πυέλου και σύστοιχα των ουρητήρων άμφω. Λόγω αναιμίας, η ασθενής έλαβε υποστηρικτικά μεταγγίσεις, καθώς και ενδοφλέβια αγωγή με σίδηρο. Παράλληλα, έγινε έναρξη χορήγησης ερυθροποιτίνης. Εξήλθε με οδηγίες για ενυδάτωση, συνεδρίες αιμοκάθαρσης, και προγραμματισμό διενέργειας διαδερμικών νεφροστομιών.

Αποτελέσματα: Μια εβδομάδα μετά το εξιτήριό της, η ασθενής επανήλθε στο ΤΕΠ με εμπύρετο έως 39°, βυθιότητα, λευκά αιμοσφαίρια 11,5xιλ./μλ με 88,0% πολυμορφοπύρνα, και CRP 200mg/dl. Έλαβε εμπειρικά πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη, ενώ από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Streptococcus dysgalactiae* ευαίσθητος στην αντιμικροβιακή αγωγή. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά.

Συμπεράσματα: Σε συμπτωματική ουραιμία λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας στους ασθενείς με κακοήθεια, η άμεση θεραπεία εκλογής είναι η αιμοκάθαρση. Οι λοιμώξεις αποτελούν συχνή επιπλοκή.

28. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣΟΞΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Βούλγαρη Χριστίνα,¹ Ζαχαριουδάκη Σοφία,¹ Ζέρβα Ελένη,¹ Αθανασοπούλου Θεοδώρα,¹ Μάθου Νικολέττα,² Ιωαννίδης Ιωάννης¹

1 Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

2 Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οξεία κλινική εκδήλωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας στις γυναίκες είναι λιγότερο συχνή, και η παθογένειά της δεν είναι πλήρως γνωστή. Περιγραφή ασθενούς με οξεία αλκοολική ηπατίτιδα, και ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 62 ετών διεκομίσθη στο ΤΕΠ/Παθολογικό λόγω σταδιακής έκπτωσης των κινητικών/νοητικών λειτουργιών από 4μηνου, με οξεία επιδείνωση προ 7ημέρου. Στη κλινική εξέταση παρουσίαζε έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, και κεντρομυελική αδυναμία. Από το ιστορικό αναφέρονταν κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης από 10ετίας. Ήταν βαριά καπνίστρια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν Κάλιο 2,0mmol/L, AST 243IU/L, ALT 179IU/L, γGT 1060IU/L, ολι-

κή χολερυθρίνη 1,40mg/dl (άμεση 0,70), αμμωνία 32μmol/L, με INR 1,04. Έγινε ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλικά διαλύματα. Λόγω αναιμίας (Hct 21.6%) μεταγγίσθηκε με 2 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών-αιμοσφαιρίων. Από τους δείκτες αναίμι-ας προέκυψε έλλειψη B12, και υψηλή φερριτίνη (1500ng/ml) ως επί ηπατοπάθειας. Χορηγήθηκαν φυλλικό οξύ και βιταμίνη B12. Ηυποκαλιαιμία αποδόθηκε σε χρόνια υποσιτισμό. Έγιναν υπερηχογράφημα/αξονική κοιλίας, που δεν ανέδειξαν κίρρωση/ασκίτη/εστιακή ηπατική μάζα, αλλά σοβαρού βαθμού λιπώδη διήθηση ήπατος. Η αξονική/εγκεφάλου ανέδειξε προχωρημένη ατροφία, και ευρήματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Οι δείκτες HBV/HCV/HIV, και CMV/EBV ιών ήταν αρνητικοί. Προς αποκλεισμό νό-

σου Wilsonεστάλη σερουλοπλασμίνη, που ήταν χαμηλή (118ng/ml). Οι δείκτες aFP/CEA/CA19.9 ήταν αρνητικοί. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε γαστρίτιδα.

Αποτελέσματα: Λόγω εμπυρέτου, και ακροαστικών ευρημάτων έγινε αξονική/θώρακος, που ανέδειξε εμφυσηματικού τύπου αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Έγινε γαστρεντερολογική/ψυχια-

τρική εκτίμηση. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά, και εργαστηριακά, και εξήλθε με σύσταση για διακοπή αλκοόλ, και καπνίσματος.

Συμπεράσματα: Η αλκοολική ηπατίτιδα έχει υψηλή θνητότητα έως 40%. Η παρουσία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη. Η έγκυρη θεραπευτική αντιμετώπιση βελτιώνει τη πρόγνωση των ασθενών αυτών.

29. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C- ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέσκας Γεώργιος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Κατσίλη Άννα, Χάσιου Αικατερίνη, Βαμβακά Ευμορφία, Σταμπόρη Μαρία, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Ψέλλας Χρυσόστομος, Καρλής Γεώργιος, Κοζικοπούλου Δήμητρα, Ψελλάκης Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή -Σκοπός: Η αντιμετώπιση της χρόνιας ηπατίτιδας C με τα νεότερα από του στόματος αντιικά προσφέρει σημαντικές ελπίδες για έλεγχο της νόσου, λόγω των υψηλών ποσοστών μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης που επιτυγχάνουν. Οι χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών αποτελούν μια δεξαμενή ασθενών που συμβάλλει σημαντικά στην διασπορά της λοίμωξης, ενώ συγχρόνως εμφανίζει αρκετά προβλήματα στην προσέγγιση και αντιμετώπιση της χρόνιας ηπατίτιδας C. Σκοπός της μελέτης ήταν να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (με τα νεότερα αντιικά φάρμακα) με πρόσφατη ή ενεργό χρήση ΕΦ τοξικών ουσιών.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 43 ασθενείς (Α/Γ=27/16) χρήστες ΕΦ τοξικών ουσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς (29/43) ακολουθούν πρόγραμμα του OKANA. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε έλεγχο του HCV-RNA, του γονότυπου του ιού και σε ελαστογραφία για την διαπίστωση του

βαθμού της ηπατικής ίνωσης. Τα άτομα με βαθμό ίνωσης ≥ 2 υπεβάλλοντο σε αντιική αγωγή χωρίς ιντερφερόνη ανάλογα με τον γονότυπο και τον βαθμό της ίνωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συνταγογράφηση της αγωγής έγινε και στους 43 ασθενείς. Από αυτούς οι 3 δεν την έλαβαν ποτέ, ενώ από τους υπόλοιπους που την ξεκίνησαν, άλλοι δυο παραβίασαν σημαντικά το πρόγραμμα λήψης των φαρμάκων. Από τους υπολοίπους ασθενείς που συμπλήρωσαν επιτυχώς την θεραπεία 8 δεν επανήλθαν στο τέλος της αγωγής για επανέλεγχο, αλλά αρκετά αργότερα. Τελικά σε πλήρη επανέλεγχο υπεβλήθησαν 30 ασθενείς και το ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης ήταν 100%.

Συμπεράσματα: Μολονότι η χορήγηση αντιικής αγωγής σε χρήστες ΕΦ ουσιών είναι δυσχερής και απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση, η χορήγηση της συνδυάζεται με υψηλό ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

30. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ GROHN- ΜΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Διακονικόλα Δέσποινα, Αναστασίου Ευσταθία, Χάσιου Αικατερίνη, Σπανού Σπυριδούλα, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Καρλής Γεώργιος, Ερωτόκριτου Στεφανία, Βαμβακά Ευμορφία, Καραταπάνης Στυλιανός
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή - Σκοπός: Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι μια γενετικά ετερογενής κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες, σοβαρές βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις και σχηματισμό κοκκιωμάτων. Προκαλείται από διαταραχές στην φαγοκυτταρική οξειδάση της (NADPH). Οι γενετικές αυτές διαταραχές οδηγούν σε αδυναμία των φαγοκυττάρων (ουδετερόφιλα, μονοκύτταρα και μακροφάγα) να καταστρέψουν ορισμένα μικρόβια. Είναι πολύ σπάνια νόσος (1/1200.000 γεννήσεις), αφορά κυρίως άρρενες και συνδέεται με διαταραχές του Χ χρωμοσώματος. Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό είναι συχνές, η ανάπτυξη όμως ΙΦΝΕ είναι σημαντικά σπανιότερη. Παρουσιάζουμε η περίπτωση ενός ασθενούς με χρόνια κοκκιοματώδη νόσο, που ανέπτυξε και νόσο του Crohn

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 40 ετών

ο οποίος εισήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμπυρέτου. Ο ασθενής σε ηλικία 6 ετών εμφάνισε ηπατικό απόστημα και η διάγνωση της χρόνιας κοκκιοματώδους νόσου έγινε το 1994. Ελάμβανε αγωγή με ιντερφερόνη-γ και το 2001 εμφάνισε πνευμονικό απόστημα, ενώ από το 2006 άρχισε να έχει εκδηλώσεις νόσου Grohn (συρίγγια εντέρου κυρίως στη περιοχή του πρωκτού). Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI, το 2008, έδειξε στοιχεία αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας-ηπατίτιδας και πολλαπλά περιφερικά αποστήματα. Λογωστενωτικών φαινομένων το 2012 υποβλήθηκε σε ειλεοστομία και εκτοτε η παθολογία του έντερου αντιμετωπίζεται ως νόσος του Crohn. Το 3/2018, λόγω βαριάς παγκολίτιδας και ευρημάτων δυσπλασίας υπεβλήθη σε ολική κολεκτομή. Ο ασθενής λαμβάνει μακροχρόνια αγωγή με (Septtrin, Sporapox και IFN-γ).

Συμπεράσματα: Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι ια ιδιαίτερα σπάνια οντότητα με την εμφάνιση πολλαπλών σοβαρών υποτροπιάζουσών λοιμώξεων. Η εμφάνιση εκδηλώσεων από το

πεπτικό είναι συχνές, ενώ σπανιότερα οι εκδηλώσεις ταυτίζονται με αυτές των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου (ΙΦΝΕ).

31. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΟΡΕΙΑ-ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΜΥΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Διακονικόλα¹ Δέσποινα, Αναστασίου¹ Ευσταθία, Παπακωνσταντίνου¹ Φίλιππος, Λιάπης² Ιωάννης, Χάσιου¹ Αικατερίνη, Σπύρου² Αφροδίτη, Κοζικοπούλου² Δήμητρα, Καλλιτοζόγλου² Αναστασία, Χατζηαντωνίου¹ Αγαπητός, ²Ερωτόκριτου Στεφανία, Καρλής¹ Γεώργιος, Καραταπάνης² Στυλιανός
1 Α' Παθολογική και 2 Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί σπάνια συγγενή διαταραχή που προκαλείται από μεταλλαγή στο γονίδιο που κωδικοποιεί για τις δομικές πρωτεΐνες των ερυθροκυττάρων. Η πάθηση αυτή ανήκει σε μια ομάδα τεσσάρων νόσων με το όνομα νευρο-ακάνθωση. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων με μορφή ακανθοκυττάρων στη περιφερική εξέταση του αίματος.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν επιληψία, διαταραχές συμπεριφοράς, εκφύλιση μυών και νευρωνικές εκφυλίσεις παρόμοιες με αυτές της νόσου Huntington. Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων και επεισοδίων επιληψίας που διαγνώστηκαν τελικά ως χορεία-ακανθοκυττάρωση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 37 ετών που από έτους εμφάνιζε καταβολή δυνάμεων και κόπωση, σημαντική αύξηση της CPK (έως 6000 IU/ml), δύο επιληπτικά επεισόδια, και πρόσφατα προμηνιακή ομιλία και δυσκαταποσία. Στη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν πάρεση υπογλωσσίου

(ΔΕ), δυσαρθρία, προμηνιακή ομιλία, μείωση γλωσσοφαρυγγικού αντανακλαστικού άμφω και δυσκαταποσία στα στερεά, ενώ τα τεκνόντια αντανακλαστικά ήταν νωθρά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο έλεγχο που περιελάμβανε ανοσολογικό έλεγχο (-), οσφυονωτιαία παρακέντηση (κφ), ολοσωμική αξονική τομογραφία (κφ), ΗΕΓ (κφ), και ΗΜΓ (κφ).

Ο ασθενής υπεβλήθη επίσης σε MRI-εγκεφάλου και σε βιοψία ΔΕ δελτοειδούς. Τα ευρήματα από τον εγκεφαλο ήταν συμβατά με την νόσο χορεία-ακανθοκυττάρωση, ενώ και οι βιοψία μυός αποκάλυψε εκφυλιστικές αλλοιώσεις συμβατές με την ίδια νόσο. Η μικροσκοπική εξέταση του περιφερικού αίματος αποκάλυψε την παρουσία των χαρακτηριστικών ακανθοκυττάρων της νόσου.

Συμπεράσματα: Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί πολύ σπάνια συγγενή διαταραχή που πρέπει να αναζητείται σε κάθε ασθενή με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων στον ορό, επιληπτικά επεισόδια και προμηνιακή συμμετοχή.

32. ΝΟΣΟΣ WILSON ΠΡΟΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΛΙΓΕΣ ΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Λαμπριανού Φωτεινή, Διακονικόλα Δέσποινα, Ντέσκακας Γεώργιος, Χάσιου Αικατερίνη, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Αναστασίου Ευσταθία, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Σπανού Σπυριδούλα, Σταμπόρη Μαρία, Ψελλάκης Γεώργιος, Καρλής Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νόσος Wilson αποτελεί μια συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού του χαλκού που έχει ποικίλες εκδηλώσεις, ανάλογα με την ηλικία διάγνωσης και τα όργανα που προσβάλλονται. Η νευρολογική συμμετοχή, οι ηπατικές εκδηλώσεις και ο δακτύλιος Kaiser-Fleisher αποτελούν τις πιο χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου. Η νόσος συχνά διαλάθει με άτυπη συμπτωματολογία και συνεπώς πρέπει να υπάρχει υψηλός βαθμός εγρήγορσης για έγκαιρη διάγνωση. Σκοπός ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση μιας λεχωίδας γυναίκας που εμφάνισε ασκίτικη συλλογή στο τέλος της κύησης και διαπιστώθηκε να πάσχει από ν. Wilson.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα 27 ετών που στη διάρκεια της πρώτης της κύησης ανέπτυξε συμπτωματολογία προεκλαμψίας προς το τέλος της κύησης και ευρίσκειτο σε στενή ιατρική παρακολούθηση. Λίγες μέρες μετά τον τοκε-

τό διαπιστώθηκε σημαντική διάταση της κοιλίας και διαπιστώθηκε η παρουσία ασκίτικης συλλογής. Η παρακέντηση του ασκίτικού υγρού είχε χαρακτηριστικά πυλαίας υπέρτασης (διαφορά λευκωματίνης ορού από λευκωματίνη ασκίτικού υγρού - SAAG > 1.2). Λόγω της ηπατικής συμμετοχής η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο για διερεύνηση της ηπατικής βλάβης (ιογενείς και αυτοάνοσες ηπατίτιδες κλη). Η ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο με σχιμοειδή λυχνία που απεκάλυψε την παρουσία δακτυλίου Kaiser-Fleisher στον κερατοειδή. Ο έλεγχος για σερουλοπλασμίνη και ο χαλκός των ούρων μας έδωσε ευρήματα συμβατά με παρουσία νόσου Wilson. Η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με το χηλικό παράγοντα τριεντίνη,

Συμπεράσματα: Η νόσος Wilson πρέπει να υπάρχει πάντοτε στη διαφορική διάγνωση των ηπατικών παθήσεων και ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα με ανεμμένη ηπατική προσβολή.

33. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WERNICKE-KORSAKOF ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

¹Παπαστεργίου Βασίλειος, ¹Λαμπριανού Φωτεινή, ²Σπύρου Αφροδίτη, ²Λιάπης Ιωάννης, ¹Βαμβακά Ευμορφία, ²Καλλιτζόγλου Αναστασία, ¹Αναστασίου Ευσταθία, ¹Σταμπόρη Μαρία, ¹Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, ¹Χατζηπαντωνίου Αγαπητός, ¹Σπανού Σπυριδούλα, ¹Χάσιου Αικατερίνη, ¹Καραταπάνης Στυλιανός
1Α' Παθολογική και 2Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή-Σκοπός: Το σύνδρομο Wernicke-Korsakof μπορεί να αποτελεί σπάνια εκδήλωση υπερέμεσης κύησης. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας εγκύου γυναίκας με υπερέμεση της κύησης που εμφάνισε σύνδρομο Wernicke-Korsakof δύο μήνες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων της υπερέμεσης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα 25 ετών που εμφάνισε υπερέμεση της κύησης την 9η εβδομάδα της κύησης. Λόγω προοδευτικής επιδείνωσης συμπτωμάτων από το πεπτικό τέθηκε σε παρεντερική διατροφή την 14η εβδομάδα της κύησης. Λίγες μέρες μετά την έναρξη της παρεντερικής σίτισης η ασθενής εμφάνισε διαταραχές της μνήμης, αδυναμία βάδισης και μεταπτώσεις στο συναίσθημα. Η ασθενής τέθηκε σε αντιψυχωτική αγωγή. Δύο μέρες μετά την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής η ασθενής μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας λόγω απάθειας και βραδυψυχισμού. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν αδυναμία σε όλα τα άκρα, απάθεια και νυσταγμός σε όλες

τις θέσεις των οφθαλμών. Η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο περιλαμβανομένης της MRI-εγκεφάλου, που έδειξε αλλοιώσεις συμβατές με σύνδρομο Wernicke. Η ασθενής έλαβε υψηλές δόσεις βιταμίνης B1 και από τη 3η μέρα εμφάνισε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της. Τα επίπεδα βιταμίνης B1 που είχαν ληφθεί ήταν χαμηλά. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου 10 ημέρες μετά την εισαγωγή σαφώς βελτιωμένη, αλλά με υπολειμματική συνδρομή συνδρόμου Korsakof (διαταραχές μνήμης και κορμική αταξία). Η κορμική αταξία υποχώρησε ένα μήνα μετά την έξοδο της ασθενούς, παρέμεναν όμως οι διαταραχές της μνήμης.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Wernicke-Korsakof αποτελεί σπάνια επιπλοκή της υπερέμεσης της κύησης και πρέπει να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενούς με υπερέμεση που εκδηλώνει διαταραχές της συμπεριφοράς και/ή του συναισθήματος, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

34. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΜΕΛΑΛΓΙΑΣ ΜΕ TRIFLUSAL

Βολονάκη Αικατερίνη¹, Γερακιού Καλλιόπη²
1 Παθολόγος, Γενική Κλινική Δωδ/νήσου
2 Γενικός Ιατρός, ΤΟΜΥ Ρόδου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Η περιγραφή περιστατικού που παρουσίαζε δευτεροπαθή ερυθρομελαλγία λόγω μυελοϋπερπλαστικού συνδρόμου και αντιμετωπίστηκε με triflusal.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Γυναίκα 45 ετών με ιστορικό μυελοϋπερπλαστικού νοσήματος (ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση) από επταετίας, προσέρχεται λόγω έντονων καυσαλγιών με συνοδό ερυθρότητα στους άκρους πόδες, καθώς και ψλαφητά, επώδυνα, ακανόνιστου σχήματος οζίδια καθ'όλο το μήκος των κάτω άκρων τα οποία κατέλειπαν μεταφλεγμονώδη υπερμελάγχρωση. Η κλινική αυτή εικόνα παρουσιάστηκε από τετραετίας, με έντονη δυσανεξία στη θερμότητα και μερική ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ. Η βιοψία των βλαβών απέκλεισε αγγειίτιδα ή κάποιο αυτοάνοσο νόσημα και ετέθη η διάγνωση της δευτεροπαθούς ερυθρομελαλγίας.

Η ασθενής όμως έχει παντελή έλλειψη G6PD ως εκ τούτου η θεραπεία με ασπιρίνη αντενδεικνυόταν. Έγινε έναρξη αγωγής με triflusal ένα δομικό ανάλογο της ασπιρίνης με διαφορετικές όμως φαρμακολογικές ιδιότητες και υπήρξε άμεση και μεγάλη ανταπόκριση. Δυσαισθησίες εμφανίζονται ακόμη στους άκρους πόδες στην έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες (ψύχος ή θερμότητα) αλλά μειωμένες σε ένταση ώστε να μην διαταράσσεται πλέον η ποιότητα ζωής της ασθενούς. Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται παρόμοια χρήση της triflusal.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η triflusal αποτελεί πιθανά μια καλή εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε δευτεροπαθή ερυθρομελαλγία, όταν η χρήση της ασπιρίνης που είναι η πρώτη επιλογή αντενδείκνυται.

35. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PILATES ΜΕ ΕΛΒΕΤΙΚΗ ΜΠΑΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ.

Γιώργου Κατερίνα, Φυσικοθεραπεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής Α.Π.Θ
Αντώνιος Κουτσοκώστας, Φυσικοθεραπευτής, MSc
Ιδιωτικά Φυσικοθεραπευτήρια, Κατερίνη

Εισαγωγή: Η μέθοδος Pilates είναι ένα σύστημα ασκήσεων ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων

της χρόνιας οσφυαλγίας.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την αξιολόγηση-

της επίδραση προγράμματος Pilates με ελβετική μπάλα σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία.

Υλικό- Μεθοδολογία: Αξιολογήθηκαν 24 ασθενείς, ηλικίας 22-64 ετών με χρόνια οσφυαλγία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, των 12 ατόμων η κάθε ομάδα. Η ομάδα Α παρακολούθησε πρόγραμμα Pilates με μπάλες για 5 μήνες. Το πρόγραμμα γινόταν στο φυσικοθεραπευτήριο. Στην ομάδα Β (ομάδα σύγκρισης) οι ασθενείς δεν ακολουθούσαν πρόγραμμα άσκησης. Έγιναν μετρήσεις για την αξιολόγηση του πόνου και της λειτουργικότητας μέσω της

οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου Roland Morris, του ερωτηματολογίου Oswestry Low-Back Pain Disability Questionnaire (OSWDQ) και του ερωτηματολογίου ψυχικής διάθεσης Emotions Scale (EMS).

Αποτελέσματα: Στο τέλος της μελέτης, στην ομάδα Α, υπήρχε σημαντική βελτίωση στην κίνηση, στον πόνο και στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και στην ψυχική διάθεση, ενώ στους ασθενείς της ομάδας Β δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Προκύπτει ότι η μέθοδος Pilates με ελβετικές μπάλες έχει θετική επίδραση σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

36. ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

Φλούρου Χριστίνα, Τοφαρίδης Ανδρέας, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Αντρέας, Αζίνα Χαρά, Κάγκα Δήμητρα
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινή καρκινώματα παγκρέατος (NECs) αποτελούν σπάνια νεοπλασμάτα με φτωχή πρόγνωση. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση νευροενδοκρινούς καρκινώματος παγκρέατος (NEC G3) με σύγχρονο αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου και παρανεοπλασματικό σύνδρομο Cushing.

Υλικά και Μέθοδοι: Γυναίκα 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση αδυναμίας, καταβολής και ακούσιας απώλειας σωματικού βάρους. Κλινικά διαπιστώθηκαν ίκτερος, γλωσσίτιδα και επώδυνη ηπατομεγαλία.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπεργλυκαιμία, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και γαλακτική αφυδρογονάση και εμμένουσα σοβαρή υποκαλιαιμία. Οι αυξημένες ACTH και κορτιζόλη ορού και η αρνητική δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη, επιβεβαίωσαν το σύνδρομο Cushing. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εξεργασία κεφαλής παγκρέατος με δευτεροπαθείς εστίες ήπατος. Διενεργήθηκε βιοψία υπό ενδοσκοπικό

υπόπνο της παγκρεατικής μάζας καθώς και ανευρεθείσας σύγχρονης ενδοαυλικής εξεργασίας δωδεκαδακτύλου, με ιστοπαθολογική εικόνα συμβατή με NEC grade 3 με παραγωγή γλουκαγόну (ανοσοϊστοχημεία θετική για GLUT1, NSE, χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη) και αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου αντίστοιχα. Η βιοψία υπό αξονική των ηπατικών μεταστάσεων, τεκμηρίωσε την προέλευσή τους από το πρωτοπαθές ενεργό νευροενδοκρινές καρκίνωμα παγκρέατος. Η ασθενής κατέληξε την 21η ημέρα νοσηλείας λόγω επεισοδίου γενικευμένων τονικοκλονικών επιληπτικών σπασμών και διασκινηδιακού εγχολεασμού από υποκείμενες δευτεροπαθείς εντοπίσεις με περιεσσιακό οίδημα στην παρεγκεφαλίδα.

Συμπέρασμα: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος, αν και αποτελούν σπάνιες νεοπλασίες, μπορούν να συνυπάρχουν με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του γαστρεντερικού. Αποτελεί πρόκληση για κάθε Παθολόγο η διαγνωστική τους προσέλαση, η εξακρίβωση της ενεργότητάς τους καθώς και η διερεύνηση πιθανών υποκείμενων παρανεοπλασματικών

37. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ: ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2016-2017, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Δημοσιάρη Αθηνά¹, Κυδώνα Χριστίνα¹, Πυρπασοπούλου Αθηνά^{2,4}, Βέττας Χρήστος¹, Γαρυφαλλος Αλέξανδρος¹, Ρονλίδης Εμμανουήλ^{3,4}

1 Δ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

2 Β Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

3 Γ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

4 Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Η πνευμονία κοινότητας, συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επείγοντων περιστατικών στην Ευρώπη, αποτελεί την 4η αιτία θανάτου στον ανεπτυγμένο κόσμο και συνήθως αντιμετωπίζεται εμπειρικά λόγω σπάνιας ανεύρεσης αιτιοπαθογού.

Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξουμε ιδιαίτερα χαρακτη-

ριστικά ασθενών με πνευμονία κοινότητας που έρχονταν νοσηλείας, και την έκβαση συναρτήσει της ταχύτητας προσέλευσης στο νοσοκομείο, της εμπειρικής θεραπευτικής στρατηγικής και των συνοσηροτήτων.

Υλικό-Μέθοδοι: Μετά από ανασκόπηση του τηρούμενου

αρχείου, συμπεριλήφθηκαν αναδρομικά ασθενείς με πνευμονία κοινότητας από 1.1.2016 έως 31.12.2017.

Αποκλείστηκαν ασθενείς με πρόσφατη νοσπλεία, εισρόφηση, καρκίνο τελικού σταδίου, άνοια. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, η ακτινολογική εικόνα, δείκτες φλεγμονής, η ύπαρξη υποξυγοναιμίας και οξέωσης, συνοσπρότητες, το αντιβιοτικό σχήμα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσπλεία και η έκβαση αυτής.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 151 ασθενείς (44% άνδρες, 56% γυναίκες), 69,6% άνω των 76 ετών. Περίπου τα μισά περιστατικά νοσπλεύτηκαν χειμερινούς μήνες (47,7%), με μέσο χρόνο νοσπλείας 8,3 ημέρες και μέση διάρκεια συμπτωμάτων προ της προσέλευσης 3,6 ημέρες. Το 17% ελάμβανε αντιβιοτική

αγωγή προ της εισαγωγής, κυρίως β-λακταμικά, ενώ μόλις 21% παρουσίαζε αρχικά υποξυγοναιμία ($PO_2 < 50\text{mmHg}$). Ως προς τις συνοσπρότητες, 33% συνυπήρχε σακχαρώδης διαβήτης, 26% στεφανιαία νόσος, 33% χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, 16,5% χρόνια νεφρική νόσος, 12% ανοσοκαταστολή. Οι ασθενείς έλαβαν κατά μέσο όρο -και μετά το εξιτήριο- 12 ημέρες αγωγή με 83% θετική έκβαση. Αρνητική έκβαση καταγράφεται στο 17% (12% θάνατοι, 5% διασωλήνωση και μεταφορά σε μονάδα εντατικής θεραπείας).

Συμπέρασμα: Είναι αναγκαία η παρακολούθηση της έκβασης της νοσπλεύουσας πνευμονίας, σε σχέση με τα εμπειρικά θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται με στόχο την πιθανή αναθεώρηση αυτών.

38. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΒΑΚΚΙΝΙΟΥ ΜΑΚΡΟΚΑΡΠΟΥ (CRANFIX) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Αλεξάκης Κωνσταντίνος, Σπερνοβασίλης Νικόλαος, Κλάδου Ελένη, Μπικής Χαράλαμπος-Σταύρος, Πλατάκη Μαρίνα, Ανδριανάκη Αγγελική, Κοφτερίδης Διαμαντής
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις αποτελούν συχνή αιτία χορήγησης αντιμικροβιακών, οδηγώντας στην επιλογή ανθεκτικών στελεχών των υπεύθυνων μικροοργανισμών. Το CranFix είναι ένας συνδυασμός εκχυλίσματος cranberry με βιταμίνη C, σελήνιο και ψευδάργυρο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της επιτυχούς προφύλαξης από ουρολοιμώξεις σε ενήλικες γυναίκες που λάμβαναν σκεύασμα cranberry.

Υλικά και μέθοδοι: Προοπτική μελέτη ενήλικων γυναικών με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις παρακολουθούμενες στο τακτικό λοιμωξιολογικό ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου μεταξύ Ιανουαρίου του 2014 και Μαΐου του 2018. Κριτήριο ένταξης ήταν η παρουσία τουλάχιστον 2 επεισοδίων κυστίτιδας ανά εξαμηνιο. Όλες οι ασθενείς έλαβαν αρχικά προφύλαξη με cranberry.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 33 γυναίκες μέσης ηλικίας 49.12 (20-78) ετών με μέσο όρο 3.78 (2-6) επεισόδια κυστί-

τιδας ανά εξαμηνιο. Δεκαέξι (48.4%) ήταν μετεμμηνοπαυσιακές. Συσχέτιση με τη σεξουαλική επαφή παρατηρήθηκε σε 14 (42.4%). Τα απομονωθέντα παθογόνα ήταν *Escherichiacoli* (23;69.7%), *Klebsiellasp* (4;12.1%), *Enterococcusfaecalis* (2;6%), *Pseudomonasaeruginosa* (1;3%) και *Proteusmirabilis* (1;3%). Γαστρεντερικές διαταραχές που θεωρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες εμφάνισαν 3 (9%). Επτά διέκοψαν την λήψη cranberry αυτοβούλως μετά από 147,8 (15-360) ημέρες.

Από τις εναπομείνουσες 26, εννέα (27.3%) υποτροπίασαν σε μέσο χρονικό διάστημα 98 ημερών (20-360). Από τις υπόλοιπες 15 (45,5%) καμία δεν εμφάνισε υποτροπή στον ένα χρόνο παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η χρήση του cranberry στην πρόληψη των υποτροπιάζουσων ουρολοιμώξεων συνιστά ένα ασφαλές και αποτελεσματικό μέσο προφύλαξης τόσο σε προ- όσο και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

39. Η ΑΟΡΤΙΤΙΔΑ ΣΑΝ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Κουβαριώτης Γεώργιος, Βογιάκη Σοφία, Τράκης Γεώργιος, Καλογιάννης Αγγελος, Λουκόπουλος Θεόδωρος, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Ματίνα.
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η αορτίτιδα είναι φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος κύρια φλεγμονώδους η αυτοάνοσης αιτιολογίας. Είναι σπάνια και εμφανίζεται με άτυπες εκδηλώσεις όπως πόνος, πυρετός και απώλεια βάρους.

Σκοπός της μελέτης: Ηδιαγνωστική προσέγγιση ασθενή με εμπύρετο και αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα.

Μέθοδοι: Κλινικές και νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Άντρας 55 ετών προσήλθε με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας από 15ημέρου. Στο ιστορικό αναφέρθη-

κε πρόσφατη νοσπλεία για διερεύνηση αναιμίας, απώλειας βάρους και κοιλιακού άλγους με έλεγχο σε άλλο Νοσοκομείο που δεν απέδειξε την αιτία. Από 20ετίας είχε νόσο Buerger, ήταν καπνιστής και ανέφερε χρήση αλκοόλ στο παρελθόν. Στην εισαγωγή εμφάνιζε αναιμία χρονίας νόσου με αύξηση δεικτών φλεγμονής.

Η διερεύνηση λοιμωδών και ανοσολογικών αιτίων απέβη αρνητική. Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων, ο ανοσολογικός και το συμπλήρωμα ήταν φυσιολογικά. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της καρδιάς για ενδοκαρδίτιδα απέβη αρνητικός. Ο απεικονιστι-

κός έλεγχος με αζονική αγγειογραφία έδειξε συγκεντρική πάχυνση του τοιχώματος της αορτής με στένωση του αυλού στο ύψος έκφυσης της άνω μεσεντερίου και θολερότητα περιαορτικά. Η εικόνα ήταν συμβατή με αορτίτιδα. Αποκλείσθηκαν τα λεμφώματα και οι συμπαγείς όγκοι. Η οφθαλμολογική εξέταση απέδειξε τοξική νευρίτιδα. Ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία με πρεδνιζολόνη 1mg/Kg βάρους σώματος και χορηγήθηκαν βιταμίνες συμπέγματος Β, D, ασβέστιο και φυλλικό οξύ με κλινική αντα-

πόκριση εντός 48ωρου και προοδευτική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της αναιμίας εντός 10ημέρου. Ο ασθενής 3 μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματικός υπό αγωγή με κορτιζόνη σταδιακά μειούμενη.

Συμπεράσματα: Η αορτίτιδα εμφανίζεται με άτυπες κλινικές εκδηλώσεις όπως ο πυρετός και η αναιμία. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι κύρια η αζονική αγγειογραφία βοηθούν τον κλινικό γιατρό στην έγκαιρη διάγνωση.

40. ΟΞΕΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΙΟ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.

Γεωργακοπούλου Γεωργία, Ζούλιας Μανώλης, Βογιάκη Σοφία, Γεωργούτσου Δήμητρα, Παγώνη Ματίνα.
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς» Αθήνα

Εισαγωγή: Ο κυτταρομεγαλοϊός (ΚΜΙ) είναι ένας DNAϊός που εκδηλώνεται κύρια μεπνευμονίτιδα, ηπατίτιδα και αμφιβληστροειδίτιδα. Η εμφάνιση εγκεφαλίτιδας είναι σπάνια και κύρια αφορά ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

Σκοπός: Μελέτη ασθενούς με εμπύρετο και σύγχυση μετά από πρόσφατη υστερεκτομή.

Μέθοδος: Απεικονιστικές μέθοδοι, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) με ορολογική και μοριακή μέθοδο (PCR).

Αποτελέσματα: Μία 57χρονη ασθενής με ιστορικό υστερεκτομής για νεοπλασία προσήλθε με πυρετό και πτώση επιπέδου συνείδησης.

Στην είσοδο η θερμοκρασία ήταν 40°C χωρίς μηνιγγισμό η νευρολογικά. Η αζονική τομογραφία κοιλίας έδειξε μετεγχειρητική λεμφοκλήλη και η εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Ελήφθησαν καλλιέργειες και ετέθη σε ευρέως φάσματος αντιμικροβιακή αγωγή. Προγραμματίστηκε παροχέτευση της λεμφοκλήλης υπό ακτινολογικό έλεγχο και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Τη

2η μέρα νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε επιληπτικές κρίσεις και παρά τη χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής status epilepticus και διασωληνώθηκε. Το ΕΝΥ έδειξε 13 ΚΟΠ, 71mg/dl λευκωμα και εστάλη μοριακός έλεγχος για τους ανιχνεύσιμους ιούς. Η ασθενής εμφάνισε σταδιακή νευρολογική βελτίωση και την 5η ημέρα αποσωληνώθηκε.

Ακολούθησε παροχέτευση, υπό ακτινολογικό έλεγχο, του περικυκλωμένου της λεμφοκλήλης σε δύο χρόνους η καλλιέργεια του οποίου ήταν στείρα και η κυτταρολογική αρνητική για κακοήθεια. Στο ΕΝΥ ανιχνεύθηκε ο κυτταρομεγαλοϊός με μοριακή μέθοδο και επιβεβαιώθηκε ορολογικά με ανίχνευση των IgM αντισωμάτων που ήταν θετικά για οξεία λοίμωξη. Η ασθενής εξήλθε την 14η μέρα χωρίς νευρολογική σημειολογία με αντιεπιληπτική αγωγή.

Συμπέρασμα: Η εγκεφαλίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό είναι σπάνια και εμφανίζεται με πυρετό και επιληπτικές κρίσεις. Η διάγνωση γίνεται με τη κλινική υποψία και την ανίχνευση του ιού στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και στο περιφερικό αίμα.

41. ΒΑΡΙΑ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Σκούρα Ειρήνη¹, Ιωάννου Αλκιβιάδης-Βασίλειος¹, Αλεξίου Νικόλαος¹, Ταταρίδου Τατιάνα¹, Μαϊκαντής Γεώργιος¹, Τσατόβ Οξάνα¹, Κουπετώρη Μαρίνα¹, Παπαϊωάννου Γεώργιος², Βιδάλη Μαρία², Πιερρακάκης Στέφανος², Συμπάρδη Στυλιανή¹
1Α' Παθολογική Κλινική & 2Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Θριάσιο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γαλακτική οξέωση που προκαλείται σε συνδυασμό με τη χορήγηση μετφορμίνης (ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιδιαβητικό φάρμακο της ομάδας διγουανιδίων), είναι μια σπανίως αναφερόμενη επιπλοκή, αλλά με ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα (έως 50%).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφεται περίπτωση γυναίκας ετών 81, που προσήλθε στο ΤΕΠ με καλό επίπεδο επικοινωνίας (GCS=15/15), αιτιώμενη από ωρών οξύ ζωστροειδές κοιλιακό άλγος και εμέτους, με κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία οξείας κοιλίας. Ατομ. Αναμνηστικό: Σακχαρώδης διαβήτης (υπό μετφορμίνη), αρτηριακή υπέρταση (υπό ιβεσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη), παλαιό ισχαιμικό αγγειακό επεισόδιο (με σαλκυλικό οξύ, ατορβαστατίνη). Εργαστηριακός έλεγχος: Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Κρεατινίνη: 4.4mg/dl), βαριά μεταβολική οξέωση (HCO₃⁻: 3mEq/L, pH: 6.92, pCO₂: 18mmHg, pO₂: 168mmHg), γαλακτικό οξύ: 22mEq/L, σάκχαρο: 123mg/dl, αρνητικές κετόνες.

Χάσμα ανιόντων: 53, d-dimers: 7,10mg/L, INR: 1.47. WBC: 23000/μL-πολυμορφ: 90%). Λοιπός έλεγχος: κ.φ.

Στον αξονοτομογραφικό έλεγχο θώρακος/άνω-κάτω κοιλίας ευρέθησαν οιδηματώδεις εντερικές έλικες με μείωση σκιαγράφησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με υψηλή την πιθανότητα οξείας εντερικής ισχαιμίας, οδηγήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία, όπου όμως δεν ανευρέθη εντερική ισχαιμία, ούτε άλλη παθολογία ενδοπεριτοναϊκών οργάνων ή οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Μετά την επείγουσα χειρουργική επέμβαση, παρέμεινε διασωληνωμένη υπό ΜΥΑ. Έγινε πλήρης έλεγχος για λοιπές τοξίνες (επίπεδα σαλκυλικών, έλεγχος για αιθυλενογλυκόλη): αρνητικός. Αιμοκαλλιέργειες (3 ζεύγη): αρνητικές. Χορηγήθηκαν φορτίσεις με κρυσταλλοειδή υγρά, γλυκονικό ασβέστιο, διττανθρακικά 1ml/kg*, ευρεία εμπειρική κάλυψη με αντιμικροβιακά και θειαμίνη.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα καθημερινή αιμοκάθαρ-

ση για τα δύο επόμενα 24ωρα χωρίς όμως να βελτιωθεί η βαριά γαλακτική οξέωση. Απεβίωσε από καρδιακή ανακοπή, στο 3ο 24ωρο νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μη αναταχθείσα γαλακτική οξέωση, αποκλεισμένων όλων των αιτιών ισχαιμίας, ιστικής υποάρδευσης και υποξίας, μας οδήγησε στη διάγνωση της αθροιστικής δράσης

της μεταρμόνισης από επιδεινωθείσα νεφρική λειτουργία λόγω αφυδάτωσης από διουρητικά. Η γαλακτική οξέωση είναι εξαιρετικά σπάνια στους ασθενείς με Σακχ. Διαβήτη II (4,3/100.000 άτομα θεραπευόμενα με μεταρμόνι), όμως το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται υπό τακτική εργαστηριακή παρακολούθηση και να διακόπτεται σε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας.

42. ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *LISTERIA MONOCYTOGENES*-ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

Βέττας Χρήστος¹, Δημητρώλας Θεόδωρος¹, Δημοσιάρη Αθηνά¹, Κυδώνα Χριστίνα¹, Πυρπασοπούλου Αθηνά^{2,4}, Ρονλίδης Εμμανουήλ^{3,4}, Γαρυφαλλός Αλέξανδρος¹

1 Δ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

2 Β Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

3 Γ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

4 Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η *Listeria monocytogenes* είναι ένα ευκαιριακό παθογόνο που προκαλεί σοβαρές λοιμώξεις κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους και ηλικιωμένους ασθενείς, με συχνότερη εκδήλωση από το Κ.Ν.Σ. (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα) την μηνιγγίτιδα –υψηλότερη θνητότητα από κάθε μικροβιακή μηνιγγίτιδα, σπανιότερα δε παρατηρούνται εγκεφαλικά αποστήματα.

Περιστατικό: Παρουσιάζουμε άρρεν ασθενή 70 ετών με ιστορικό ετερόζυγου μεσογειακής αναμίας και υπερπλασίας προστάτη με ταξίδι στη Μαδαγασκάρη προ 10μήνου, που προσήλθε με παρατεινόμενο εμπύρετο και υποτροπιάζοντα επεισόδια κεφαλαλγίας, χωρίς ανταπόκριση σε εμπειρική από του στόματος αντιβιοτική αγωγή. Σύγχρονα παρουσίασε επεισόδια παροδικής νευρολογικής σημειολογίας με αιμωδίες κάτω άκρου χωρίς απεικονιστικά ευρήματα σε CT εγκεφάλου, αλλά με υψηλούς δείκτες φλεγμονής. Μετά από πολλαπλές νοσηλείες και ποικίλα ενδοφλέβια σχήματα αντιβιοτικών χωρίς ανταπόκριση, τέθηκε η υποψία αγγειίτιδας μεγάλων αγγείων λόγω αναφερόμενων στενώσεων σε MR αγγειογραφία τραχήλου και εγκεφάλου. Ακο-

λούθησε έναρξη κορτιζονοθεραπείας (ώσεις και δόση συντήρησης), παρότι η βιοψία κροταφικής ήταν αρνητική. Παρά την παροδική απυρεξία, επανεισέχθη με εμπύρετο και συγχυτική κατάσταση. Τα ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία ήταν συμβατά με εγκεφαλικά αποστήματα στα πλαίσια λοίμωξης Κ.Ν.Σ. Από την οσφυονωτιαία παρακέντηση και τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε *Listeria Monocytogenes* και τέθηκε σε μονοθεραπεία με αμπικιλίνη με άριστη ανταπόκριση, χωρίς να τεκμηριωθεί ανοσοκαταστολή ή άλλο υποκείμενο νόσημα. Εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση και απεικονιστική βελτίωση.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, αναφέρουμε το παρόν περιστατικό, προκειμένου να τονιστεί η χαμηλή κλινική υποψία μη συκλών στη σύγχρονη δυτική ιατρική παθογόνων κατά τη διερεύνηση παρατεινόμενου εμπύρετου, αλλά και η πιθανή «υπερδιάγνωση» αυτοάνοσων νοσημάτων τα οποία χρήζουν κορτιζονοθεραπείας. Επιπρόσθετα, η στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή εξακολουθεί να αποτελεί χρυσό κανόνα, όταν προωθημένα αντιβιοτικά σχήματα αποτυγχάνουν.

43. Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΡΟΣΟΥΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αγαπάκης Δημήτρης¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Ηλιάδης Σταύρος², Κολιάκος Γεώργιος², Χατζητόλιος Απόστολος¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2 Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η επαγόμενη από τις στατίνες αύξηση των χαμηλών επιπέδων HDL-C επιπρόσθετα της μείωσης της LDL-C, αποτελεί επιθυμητό στόχο για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Ο μηχανισμός αυτής της δράσης είναι εν πολλοίς αδιευκρίνιστος. Η ενδοθηλιακή λιπάση (EL) αποτελεί ένζυμο που συμμετέχει στη διαμόρφωση των επιπέδων της HDL-C και συσχετίζεται αντίστροφα με τα επίπεδά της.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της ροσουβαστατίνης στην αναστολή της ενδοθηλιακής λιπάσης (EL), ως μέσου αύξησης της HDL-C.

Υλικό-Μέθοδος: Στην τρίμηνη αυτή μελέτη συμμετείχαν 70

πρωτοδιαγνωσθέντες δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς (42 γυναίκες), διάμεσης ηλικίας 58 ετών (52-64). Στους συμμετέχοντες έγινε καταγραφή των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος-ΔΜΣ, καταγράφηκαν οι συνήθειες και οι συν-νοσηρότητες. Οι ασθενείς (Α) έλαβαν ροσουβαστατίνη 20 mg/ημέρα, σύμφωνα με τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο προσδιορισμός των λιπιδαιμικών παραμέτρων: T-C, LDL-C, HDL-C, EL, TRG, καθώς και της hs-CRP, έγινε αρχικά και επαναλήφθηκε στο τέλος της μελέτης.

86 νορμολιπιδαιμικά άτομα ανάλογου φύλου και ηλικίας αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (Μ).

Η στατιστική ανάλυση για τις διαφορές των διάμεσων τιμών μεταξύ των ομάδων, καθώς και πριν και μετά τη θεραπεία, έγινε με τη χρήση της δοκιμασίας t-test του Student. Η συσχέτιση των μεταβολών της EL με τις άλλες παραμέτρους έγινε με τη δοκιμασία Spearman's (συντελεστής συσχέτισης ρ). Η επίδραση της μεταβολής της EL στη μεταβολή της HDL-C ελέγχθηκε με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Οι δύο ομάδες (Α, Μ) δεν διέφεραν σημαντικά ως προς το φύλο και την ηλικία ($p > 0.05$). Σημαντικές διαφορές υπήρχαν στις ακόλουθες παραμέτρους:

T-C, HDL-C, EL, LDL-C, TRG, hs-CRP, ΔΜΣ ($p < 0.001$ για όλα).

Συγκριτικά, πριν και μετά τη χορήγηση της ροσουβαστατίνης καταγράφηκαν οι εξής διαφορές:

N=70	Πριν τη θεραπεία	Μετά τη θεραπεία	Μεταβολή (%)	p
HDL-C mg/dl (median, IQR)	40.0 (34.85, 46.1)	44.05 (37.80, 49.77)	4.05 (10.12)	<0.001
EL ng/ml (median, IQR)	308.78 (211.33, 404.29)	261.39 (172.67, 74.15)	-47.39 (-15.4)	0.003
T-C mg/dl (median, IQR)	273.5 (257.00, 296.00)	189.5 (164.75, 212.50)	-84 (-30.7)	<0.001
LDL-C mg/dl (median, IQR)	198.45 (182.47, 220.72)	121.45 (92.97, 136.57)	-77 (-38.8)	<0.001
TRG mg/dl (median, IQR)	163.5 (121.74, 209.50)	135.5 (107.50, 166)	-30 (-17.12)	<0.001
hs-CRP mg/L (median, IQR)	3.16 (1.90, 4.50)	2.05 (1.27, 3.30)	-1.11 (-35.12)	<0.001

Οι μεταβολές της HDL-C συσχετίστηκαν σημαντικά με τις μεταβολές της EL ($\rho = -0.47$, $p < 0.001$) και της hs-CRP ($\rho = -0.44$, $p < 0.001$), αλλά όχι με εκείνες της LDL-C. Από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση διαπιστώθηκε ότι η μεταβολή της EL ερμηνεύει το 23.4% της διακύμανσης της μεταβολής της HDL-C.

Συμπέρασμα: Η ροσουβαστατίνη μείωσε στατιστικά σημαντικά την EL και η μεταβολή αυτή συσχετίστηκε σημαντικά με την προκαλούμενη αύξηση της HDL-C. Η μελέτη μας προτείνει έναν ανεξάρτητο μηχανισμό επίδρασης της ροσουβαστατίνης στην αύξηση της HDL-C.

44. ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN: Ο “ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΥΠΟΠΤΟΣ” ΣΕ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Πολυπαθέλη Ιωάννα, Ματσαρίδου Ελένη, Ιωακείμ Κωνσταντίνος, Κρασόβσκαγια Ιρίνα, Τζατζάγου Γλυκερία.
Α' Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νόσος Castleman είναι μια ιδιότυπη οντότητα υπερπλασίας των λεμφαδένων, άγνωστης αιτιολογίας. Ιστολογικά διακρίνονται 3 τύποι, ενώ κλινικά περιγράφονται η εντοπισμένη και η πολυκεντρική μορφή. Παρουσιάζεται περίπτωση πολυκεντρικής νόσου Castleman σε ηλικιωμένη γυναίκα.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ετών 83 προσέρχεται με εμπύρετο έως 38.2°C, καταβολή, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία από 6μήνου, επιβεβαιωμένη με αξονική κοιλίας. Κλινικά ψηλαφώνται λεμφαδένες τραχήλου, μασχαλιαίο λεμφαδενικό block αριστερά και βουβωνικοί άμφω. Εργαστηριακά διαπιστώνεται ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία (PLTs=95.000), λίγα άτυπα λεμφοκύτταρα και παρελθούσα HBV και CMV λοίμωξη, με δερμοαντίδραση Mantoux αρνητική. Η διάγνωση τέθηκε από βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα που ανέδειξε νόσο Castleman πλάσματοκυτταρικού τύπου.

Συζήτηση: Ιστολογικά διακρίνουμε 3 τύπους: τον υαλοειδή αγγειακό, τον πλάσματοκυτταρικό και τον σχετιζόμενο με HHV-8 λοίμωξη. Η μονοκεντρική μορφή είναι ασυμπτωματική, αφο-

ρά κυρίως νεαρούς ενήλικες με υαλοειδή τύπο και ενέχει αυξημένο κίνδυνο Non-Hodgkin λεμφώματος, ενώ αντιμετωπίζεται με εκτομή του πάσχοντος λεμφαδένα. Αντίθετα η πολυκεντρική μορφή αφορά πλάσματοκυτταρικό τύπο, όπως στο παρόν περιστατικό, και συνοδεύεται από ηπατοσπληνομεγαλία, ενίοτε αναιμία, υπολευκωματιναιμία, υπεργαμμασφαιριναιμία και υψηλή ΤΚΕ.

Επίσης συχνά συνυπάρχει με HIV λοίμωξη και δύναται να εξελιχθεί σε Β-πλάσμαβλαστικό λέμφωμα, ενώ θεραπευτικά χορηγούνται γλυκοκορτικοειδή, ριτουξιμάμπη ή χημειοθεραπευτικά. Η ασθενής μας λόγω της προχωρημένης ηλικίας, της ύφεσης του εμπύρετου και ελλείψης πιεστικών φαινομένων δεν τέθηκε άμεσα σε συστηματική αγωγή και παραμένει υπό παρακολούθηση ανά 4μηνιο.

Συμπεράσματα: Η νόσος Castleman είναι σπάνια κλινική οντότητα, λόγω όμως της δυνητικής εξέλιξής της σε λέμφωμα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση της εντοπισμένης ή γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας.

45. ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΕΙΔΕΙΝΩΣΗ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

¹Τριανταφύλλου Ελευθέριος, ¹Λιάπης Ιωάννης, ¹Αυτός Μηνάς, ²Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, ²Χατζηαντωνίου Αγαπητός, ²Χάσιου Αικατερίνη, ²Σπανού Σπυριδούλα, ¹Καλλιολαζόγλου Ιωάννα, ²Σταμπόρη Μαρία, ²Βαμβακά Ευμορφία, ²Καραταπάνης Στυλιανός

Νευρολογική Κλινική και Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νευροσύφιλη αποτελεί σπάνια εκδήλωση προσβολής του ΚΝΣ από το τρεπόννημα *parallidum*. Η νευροσύφιλη μπορεί να εκδηλωθεί με πολλές μορφές αρχικά μεεπινέμηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, των μηνίγγων και των αγγείων (ασυμπτωματική ή συμπτωματική μηνιγγίτιδα και μηνιγγο-αγγειακή νόσος) και αργότερα με προσβολή του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού (γενική παράλυση και *tabes dorsalis*). Σκοπός ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με νευροσύφιλη που είχε ως αρχική εκδήλωση βαρηκοΐα και ταχεία εξέλιξη της προσβολής του ΚΝΣ.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής ηλικίας 56 ετών, εισήχθη στην ΩΡΛ κλινική, τον 7/18 λόγω βαρηκοΐας και περιφερικού τύπου πάρεση προσωπικού. Υποβλήθηκε σε μαγνητική εγκεφάλου που ανέδειξε παθολογικό μαγνητικό σήμα στη μεσότητα της γέφυρας (κατά μήκος της γεφυρο-παρεγκεφαλιδικής δεξαμενής) εκτεινόμενη έως το σύστοιχο παρεγκεφαλιδικό σκέλος, με ενίσχυση του σήματος με τη λήψη παραμαγνητικής ουσίας. Αντι-

μετωπίστηκε με κορτικοειδή, και μετά την έξοδο του δεν επανήλθε για εκτίμηση. Τον 10/18 εισήχθη στη νευρολογική κλινική με δυσarthρία και ΔΕ ημιπάρεση. Υποβάλλεται σε νέα μαγνητική όπου εμφανίζονται συρρέουσες εστίες παθολογικού σήματος σε αμφότερα τα βασικά γάγγλια, οι οποίες αρχικά θεωρηθήκαν ισχαιμικής αιτιολογίας. Στη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει σημεία ταχέως εξελισσόμενης άνοιας και προοδευτική έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Υποβάλλεται σε περαιτέρω έλεγχο συμπεριλαμβανομένης της ΟΝΠ που έδειξε αυξημένα κύτταρα (λεμφοκύτταρα) και αυξημένο λευκόμα (120mg%). Αντισώματα για τρεπόννημα στον ορό και στο ΕΝΥ απέβησαν θετικά. Χορηγήθηκε κεφτριαξόνη ΕΦ, με προοδευτική του βελτίωση της κλινικής εικόνας.

Συμπεράσματα: Η σπανιότητα της σύφιλης ως λοίμωξης τις ημέρες μας, δεν επιτρέπεται να μας διαλάθει στη διαφορική διάγνωση περιστατικών με υπόνοια για συμμετοχή του ΚΝΣ, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

46. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ M.MALMOENSE

Τσουτσούλη Βασιλική, Σαχλά Ζαχάρω, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Παπαδήμος Γεώργιος, Πασκαλής Γεώργιος, Γκόγκος Κωνσταντίνος
ΓΝΘ Γ.Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την εξειδικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των μυκοβακτηριδιακών μη φυματιώδων εξωπνευμονικών λοιμώξεων είναι περιορισμένα και βέλτιστη αντιβιοτική αγωγή μέχρι στιγμής άγνωστη. Η συγκεκριμένη παρουσίαση αφορά σπάνιο περιστατικό υποτροπιάζουσας μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας που αντιμετωπίστηκε με τριπλό σχήμα αντιβιοτικής αγωγής.

Υλικά και μέθοδοι: Ανάκτηση φακέλου ασθενούς από το αρχείο της Παθολογικής κλινικής, έρευνα σε βάσεις δεδομένων MEDSCAPE, PUBMED

Αποτελέσματα: Άλλοδαπός 29 ετών ασιατικής καταγωγής με προηγούμενες νοσηλείες για υποτροπιάζουσα μεσεντεριο λεμφαδενίτιδα από *M.malmoense*, διαγνωσθέν προ 9μήνου προσέρχεται στο ΤΕΠ με εμπύρετο και κολικοειδές κοιλιακό άλγος. Ο ασθενής τελούσε υπο τετραπλή αντιβιοτική αγωγή για 3 μήνες την οποία διέκοψε εθελούσια.

Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας όπου διαπιστώθηκαν συρρέουσες λεμφαδενικές διογκώσεις με τήξη. Ο ασθενής τέθηκε αρχικά σε ριφαμπικίνη, αιθαμβουτόλη και κλαριθρομυ-

κίνη. Ελήφθη βιοψικό υλικό από την περιοχή του τυφλού και στάλθηκαν βιοψίες. Στη συνέχεια κατόπιν προηγούμενου αντιβιογράμματος από καλλιέργεια πτυέλων η αγωγή τροποποιήθηκε σε ριφαμπικίνη, λεβοφλοξασίνη και αζιθρομυκίνη. Ο ασθενής απυρέτησε και το κοιλιακό άλγος υφέθηκε πλήρως. Εξήλθε με οδηγίες συνέχισης της αντιβιοτικής αγωγής.

Επανεκτιμήθηκε σε 1 μήνα και σε 6 μήνες με πλήρη αποκατάσταση των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχουν πολλές καταγεγραμμένες περιπτώσεις εξωπνευμονικής λοίμωξης και ειδικότερα μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας από *M.malmoense* στη βιβλιογραφία. Είναι σημαντικό να τίθεται η υπόνοια νόσου σε περιπτώσεις που από το ιστορικό αναφέρεται ταξίδι ή καταγωγή από χώρες ενδημικότητας του μυκοβακτηριδίου και να χορηγείται εξατομικευμένη θεραπεία σε κάθε ασθενή, προσιτά οικονομική και απλή προκειμένου να μπορεί να την ακολουθήσει. Δεν είναι απαραίτητη η καταφυγή σε ακριβότερα σκευάσματα για να πετύχουμε το στόχο μας.

47. ΑΤΥΠΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

Σαχλά Ζαχάρω, Τσουτσούλη Βασιλική, Νικοπούλου Άννα, Παπαδήμος Γεώργιος, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Πασκαλής Γεώργιος, Γκόγκος Κωνσταντίνος
Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λείσμανιαση, είναι ζωνόσος που μεταδίδεται στον άνθρωπο από πρωτόζωα παράσιτα του γένους *Leishmaniae*. Στην Ελλάδα το 90% των περιπτώσεων αποτε-

λείται από σπλαγχνική λεισμανίαση (*kala-azar*), δυνάμει θανατηφόρα αν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Χαρακτηριστικά της νόσου είναι ρίγος, εμπύρετο, διόγκωση ήπατος-σπληνός, πανκυ-

ταροπενία και υπεργαστροφαιριναιμία. Η διάγνωση στηρίζεται στη χαρακτηριστική κλινική εικόνα και στα εργαστηριακά ευρήματα, ενώ επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση παρασίτων σε βιοψίες ήπατος, σπληνός και μυελού των οστών. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η αμφοτερικίνη Β.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ανάκτηση φακέλου ασθενούς από το αρχείο της Παθολογικής κλινικής

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 48 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή προσήλθε λόγω ανεύρεσης οριακής πανκυτταροπενίας (WBC: 3120/mm³ Hb: 10,4g/dl Ht: 32,5% PLT: 114000) και σπληνομεγαλίας (26cm) σε εξωτερικό εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία, αντίστοιχα.

Πραγματοποιήθηκε μυελόγραμμα που ανεβρέθησαν μυελός αυξημένης κυτταροβρίθειας, εικόνα συμβατή με υπερσπληνισμό

και άφθονες λείσμανιες στα επιχρίσματα. Από την κλινική εικόνα του ασθενούς απουσίαζαν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα ρίγους, κακουχίας και εμπύρετου, καθώς και η εργαστηριακή υπεργαστροφαιριναιμία.

Η σπλαχνική λείσμανίαση επιβεβαιώθηκε και με θετική PCR και αντισώματα σε δείγμα αίματος, οπότε τέθηκε αγωγή με αμφοτερικίνη Β σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες και με αποτέλεσμα την ίασή του. Ο ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται για την εμμένουσα σπληνομεγαλία, με κίνδυνο υποτροπής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πιθανότητα της σπλαχνικής λείσμανίας θα πρέπει να εξετάζεται διεξοδικά σε ασθενείς με σπληνομεγαλία και πανκυτταροπενία, ακόμη και αν απουσιάζει η θορυβώδης κλινική εικόνα με συμπτώματα όπως η κακουχία και το εμπύρετο με ρίγος, ώστε να τίθεται η σωστή διάγνωση και θεραπεία.

48. ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ ΑΠΟ CORYNOBACTERIUM ULCERANS

Δώδος Κωνσταντίνος¹, Κατσίκας Θεόδωρος¹, Βρεττός Ιωάννης¹, Κοντογεώργου Δήμητρα¹, Εμμανουλίδου Γεωργία¹, Σκοτσιμάρα Γεωργία¹, Καλλιακμάνης Ανδρέας¹.

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Αγίοι Ανάργυροι»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Το *Corynebacterium ulcerans* αποτελεί σπάνιο αίτιο ερυσιπέλατος στον άνθρωπο, ενώ σχετίζεται κυρίως με επαφή με οικόσιτα και άγρια ζώα. Ωστόσο, κατά τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα και η σοβαρότητα των λοιμώξεων του ανθρώπου που σχετίζονται με το *Corynebacterium ulcerans* αυξάνονται. Περιγράφουμε μία περίπτωση μιας ασθενούς με προκνημιαία δερματική λοίμωξη που προκλήθηκε από *Corynebacterium ulcerans*.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 69 ετών, προσήλθε από δεκαήμερου κνημιαίο ερύθημα δεξιού κάτω άκρου με σαφή όχθο, τρία άτονα έλκη και υπέγερση δέρματος πέριξ των ελκών, καθώς και δεκαημέρη πυρετική κίνηση (έως 37,4 °C) από τριημέρου. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο και δεν αναφερόταν επαφή με ζώα. Από την κλινική εξέταση επισκοπικά διαπιστώθηκε όψη δέρματος φλοιού πορτοκαλιού επί της βλάβης, ψηλαφητές ιγνυακές και ραχιαίες αρτηρίες του ποδός και μη ψηλαφητοί λεμφαδένες. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκά αιμοσφαίρια 13240/μL με 11000/μL ουδετερόφιλα, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 203mg/L και TKE 103mm/h. Totriplex αρτηριών και φλεβών κάτω άκρων ήταν αρνητικό για θρόμβωση. Ετέθη ενδοφλέβια εμπειρική αγωγή με σιπροφλοξα-

σίνη 400mgx2 και κλινδαμυκίνη 600mgx3. Η λήψη και καλλιέργεια εκκρίματος από τις δερματικές βλάβες καθώς και βιοψία ιστού που λήφθηκε χειρουργικά από τα άτονα έλκη αποκάλυψε *Corynebacterium ulcerans* ευαίσθητο σε πενικιλίνη, ερυθρομυκίνη, τετρακυκλίνη, φουσιδικό οξύ, σιπροφλοξασίνη, ριφαμπικίνη, τριμεθοπρίμη και κλινδαμυκίνη, γεγονός που επέτρεψε τη συνέχιση της αρχικής εμπειρικής αγωγής. Διενεργήθηκε έλεγχος φορέας όπου επίσης διαπιστώθηκε *Corynebacterium ulcerans* και έλαβε θεραπεία εκρίζωσης μετά το τέλος της ενδοφλέβιας αγωγής. Η ασθενής παρέμεινε άπυρετη με σταδιακή βελτίωση του ερυθήματος και των δεικτών φλεγμονής, εξερχόμενη μετά από 15 ημέρες νοσηλείας με λευκά αιμοσφαίρια 7180/μL και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 7,25mg/L και οδηγίες για συνέχιση σιπροφλοξασίνης για 14 ημέρες. Σε επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε 10 ημέρες μετά το εξιτήριο επιβεβαιώθηκε η εξάλειψη του ερυθήματος και η εσαροποίηση των ελκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το *Corynebacterium ulcerans*, αν και σπάνιο παθογόνο, είναι δυνατόν να προκαλέσει δερματική λοίμωξη και άτονα έλκη, ακόμα και σε ασθενείς ελεύθερους συννοσηροτήτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά και παραγόντων κινδύνου, όπως η επαφή με ζώα.

49. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Φωτιάδου Έλενα, Κεραμιδάκη Κωνσταντία, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Γουνιτσιώτη Ηρώ, Δημητρούλα Χαρίκλεια, Μουρουγιάκης Αλέξανδρος, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος

Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, ΕΑΣΟ διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management - COM), Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή- Σκοπός: Η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη νόσος και το υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους (BF%) συσχετίζε-

ται με αυξημένη θνησιμότητα. Για τον υπολογισμό του συνήθως χρησιμοποιούνται η βιοηλεκτρική εμπέδηση (BIA) και ανθρωπο-

μετρικές εξισώσεις. Πολύ σημαντική για αξιόπιστη εκτίμηση του σωματικού λίπους είναι η ακρίβεια της μεθόδου που χρησιμοποιείται. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση των τιμών σωματικού λίπους μέσω BIA και σχετικής λιπώδους μάζας (RFM) μέσω μιας απλής ανθρωπομετρικής γραμμικής εξίσωσης σε παχύσαρκους ασθενείς.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη πήραν μέρος 572 παχύσαρκοι άνδρες και γυναίκες (γυναίκες 76%, μέση ηλικία 48,8±12,8, μέσος ΔΜΣ 39,9±8,2). Για την αξιολόγηση της σωματικής σύστασης χρησιμοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρος, ύψος, περιφέρεια μέσης) και BIA. Η σχετική λιπώδης μάζα υπολογίστηκε από την εξίσωση $RFM = 64 - (20 \times (\text{ύψος} / \text{περίμετρος μέσης})) + (12 \times \text{φύλο})$ όπου το ύψος και η περιφέρεια μέσης εκφράζονται σε

μέτρα και το φύλο κωδικοποιείται ως 0 για άνδρες και 1 για γυναίκες.

Αποτελέσματα: Η μέση σχετική λιπώδης μάζα βρέθηκε 44,9±5,8 και το μέσο σωματικό λίπος με BIA 45,8±8,05. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα των 2 μεθόδων εκτίμησης λίπους.

Συμπέρασμα: Οι τιμές του σωματικού λίπους που υπολογίστηκαν με τις 2 μεθόδους είναι ισοδύναμες και έτσι είναι φανερό ότι η σχετική λιπώδης μάζα (RFM), μια απλή γραμμική εξίσωση βασισμένη στον λόγο ύψος/περίμετρος μέσης, αποτελεί ένα εναλλακτικό εργαλείο για την εκτίμηση του συνολικού ποσοστού λίπους σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες και μπορεί να αντικαταστήσει το BIA σε παχύσαρκους ασθενείς.

50. ΑΙΤΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ) ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Καζαντζή Αικατερίνη^{1,2}, Βουλγαρίδου Βιργινία², Γκιρτοβίτης Ι. Φώτης^{1,2}, Σαββόπουλος Χρήστος¹, Χασαποπούλου – Ματάμη Ελένη², Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹

1. Ιατρείο Αιμόστασης, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
2. Κέντρο Αίματος, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η συχνότητα των ΙΑΕΕ σε νέους ασθενείς είναι περίπου 10%, η αιτία των οποίων πολλές φορές δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί.

Σκοπός: Να διερευνηθούν τα αίτια των ΙΑΕΕ σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 59 ετών, χωρίς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά την τελευταία 8ετία εξετάστηκαν στο Ιατρείο Αιμόστασης της Α΄ ΠΡΠ κλινικής του ΠΓΝΘ-ΑΧΕΠΑ, 83 ασθενείς, 29 άνδρες-54 γυναίκες, μέσης ηλικίας 42,8 έτη (εύρος 17-59) με ΙΑΕΕ. Όλοι υποβλήθηκαν σε έλεγχο με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, Triplex καρωτίδων, Holter ρυθμού, καθώς και σε έλεγχο θρομβοφιλίας (πρωτεΐνη-S, πρωτεΐνη-C, αντιθρομβίνη-III, ομοκυστεΐνη ορού, παράγοντα VIII, αντιπηκτικό του λύκου, αντικαρδιολιπινικά αντισώματα και αντισώματα έναντι της β2 γλυκοπρωτεΐνης-I).

Αποτελέσματα: Σε 31 ασθενείς (37,3%) διαπιστώθηκε ως αιτία το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, ενώ σε 10 (12%), έλλειψη πρωτεΐνης S ή C. Μεγάλο ανοικτό ωοειδές τρήμα με θετική

δοκιμασία φυσαλίδων, διαγνώστηκε σε 8 ασθενείς (9,6%) εκ των οποίων 2 είχαν και ανευρυσματική διάταση μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Διαχωρισμός καρωτίδας διαπιστώθηκε σε 3 (3,6%). Σε 2 ανευρέθη χρόνια κολπική μαρμαρυγή, στον έναν εκ των οποίων και καρδιακές εκβλαστήσεις, ενώ σε 4 ασθενείς το επεισόδιο αποδόθηκε σε αγγειίτιδα. Ένας ασθενής βρέθηκε με ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης >200 μmol/L χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα, ενώ σε άλλους 15 συνυπήρχαν αυξημένα επίπεδα, τα οποία ήταν χαμηλού έως μετρίου βαθμού (μέση τιμή 22 μmol/L). Σε 12 ασθενείς (14,4%) παρά τον ανωτέρω έλεγχο δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση του αιτίου.

Συμπεράσματα: Η πρώτη αιτία ΙΑΕΕ σε νέους ασθενείς βρέθηκε να είναι το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο. Δεύτερη αιτία, βρέθηκαν τα ελαττωμένα επίπεδα των φυσικών ανασταλτών της πήξης και κυρίως της πρωτεΐνης S. Παρά την αμφιλεγόμενη σημασία των ελαττωμένων επιπέδων των ανασταλτών στην πρόκληση αρτηριακών θρομβώσεων, αυτά θα πρέπει να συγκαταλέγονται στην διερεύνηση, τουλάχιστον των ΙΑΕΕ, σε νέα άτομα.

51. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ nTREGS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕΛ ΚΑΙ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γεωργιάδου Αναστασία-Μαρία^{1,2}, Γκουγκουρέλας Ιωάννης¹, Ταπάρκου Άννα³, Φαρμάκη Ευαγγελία³, Μπούρα Παναγιώτα¹

1. Εργαστήριο Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

2. Υπότροφος Ελληνικού Ιδρύματος Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ.)-Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ)

3. Ανοσολογικό Εργαστήριο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα φυσικά Τ ρυθμιστικά λεμφοκύτταρα (nTregs) κατέχουν κεντρικό ρόλο στην ανοσορρύθμιση στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου των nTregs σε ασθενή με νε-

φρίτιδα ΣΕΛ και ερπητική λοίμωξη (έρπης ζωστήρας).

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκε σειριακά η % αναλογία των nTregs (CD4+CD25^{high}FOXP3+) περιφερικού αίματος με κυτταρομετρία ροής, τα HSV IgG και IgM με ELISA και ο δείκτης

ενεργότητας της νόσου SLEDAI-2K σε ασθενή 38 ετών με νεφρίτιδα ΣΕΛ και εκτεταμένο ερπητικό εξάνθημα στο θώρακα (έρπης ζωστήρας) 3 εβδομάδες μετά την έκθυση, καθώς και μετά 3 και 6 μήνες.

Αποτελέσματα: Καταδείχθηκε σημαντική αύξηση των nTregs σε σχέση με παλαιότερη μέτρηση της ασθενούς. Μετά την ίαση της ερπητικής λοίμωξης τα nTregs επανήλθαν σταδιακά στα προ του συμβάματος επίπεδα, της περιόδου ύφεσης της νόσου υπό θεραπεία βάσεως:

	nTregs	HSV IgG >1.1 θετικό	HSV IgM >1.1 θετικό	SLEDAI
3 εβδομάδες μετά έκθυση εξανθήματος	4.8%	11.1	3.5	12
3 μήνες μετά	1.65%	7.6	<0.5	10
6 μήνες μετά	0.85%	10.0	0.7	6
προ λοίμωξης μέτρηση	0.98%			8

Συμπέρασμα: Η σημαντική αύξηση των nTregs στα πλαίσια της ερπητικής λοίμωξης καταδεικνύει βάρυνση της ανοσοκαταστολής της ασθενούς, παρά τη μείωση της θεραπείας βάσεως. Ερμηνεύει το γεγονός ότι παρά τον υψηλό SLEDAI και την προσωρινή μείωση της θεραπείας βάσεως, η κλινικοεργαστηρια-

κή πορεία έβαινε βελτιούμενη. Τα nTregs μπορούν να χρησιμεύσουν ως βιοδείκτες στο σχεδιασμό των θεραπευτικών χειρισμών. Από όσο γνωρίζουμε, δεν έχει περιγραφεί παρόμοιο περιστατικό νεφρίτιδας ΣΕΛ με ερπητική λοίμωξη στην πορεία της οποίας να αναλύεται ο ρόλος των nTregs.

52. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Παναγιώτης Δημητρίου¹, Γεώργιος Νικολόπουλος², Μαρία Κολιού³, Ελισάβετ Κωνσταντίνου³, Φλούρου Χριστίνα¹, Τοφαρίδης Ανδρέας¹, Χαρά Αζίνα¹, Ειρήνη Χριστάκη^{1, 2}

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία-Κύπρος

² Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία-Κύπρος

³ Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας Κύπρου, Λευκωσία-Κύπρος

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα τελευταία έτη έχει παρατηρηθεί αύξηση των κρουσμάτων οξείας Ηπατίτιδας Α (ΟΗΑ) με εμφάνιση επιδημιών στην Ευρώπη σε άντρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άντρες (MSM).

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση τυχόν αύξησης των περιστατικών ΟΗΑ κατά τα τελευταία 5 έτη στην Κύπρο και της συσχέτισής της πιθανώς με τον τρόπο μετάδοσης της νόσου.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των ασθενών που δηλώθηκαν στις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Κύπρου την τελευταία πενταετία (Ιανουάριος 2013-Ιούλιος 2018) με διάγνωση ΟΗΑ και ανάλυση των επιδημιολογικών τους δεδομένων.

Αποτελέσματα: Αναλύσαμε αναδρομικά 33 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με ΟΗΑ (26/33 άνδρες, ηλικία 33.6±16.8). Εννέα ασθενείς νοσηλεύθηκαν το πρώτο εξάμηνο του 2018, αναδεικνύοντας σημαντική αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Οι 32 ασθενείς είχαν άριστη έκβαση συμπεριλαμβανομένου ενός

ασθενή με ιστορικό χρόνιας ηπατίτιδας Β που παρουσίασε οξεία ηπατική ανεπάρκεια και χρειάστηκε μεταμόσχευση ήπατος. Ένας ασθενής με ιστορικό νοσογόνου παχυσαρκίας κατέληξε από οξεία ηπατική ανεπάρκεια.

Επιπλέον ένας ασθενής διαγνώστηκε ταυτόχρονα με σύφιλη και ένας άλλος ασθενής ελάμβανε προφυλακτικά αντιρετροϊκή αγωγή λόγω σεξουαλικών επαφών αυξημένου ρίσκου. Έξι ασθενείς είχαν καταγωγή από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και ιστορικό πρόσφατης επίσκεψης σε αυτές και οκτώ από τη Μέση Ανατολή, εκ των οποίων και μια οικογένεια με νόσηση τεσσάρων μελών της το 2014.

Συμπεράσματα: Το τελευταίο έτος παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ασθενών που δηλώθηκαν με ΟΗΑ στη Κύπρο. Δεδομένων των πρόσφατων επιδημιών ΟΗΑ σε MSM στην Ευρώπη χρειάζεται εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης της ηπατίτιδας Α και σύνταξη οδηγιών για εμβολιασμό ομάδων του πληθυσμού που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο.

53. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη, Καμπράνης Δημήτριος, Χριστοδούλου Εμμανουήλ, Σαχλά Ζαχάρω, Γκόγκος Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Παρά τη σχετικά μεγάλη συχνότητα του υποθυρεοειδισμού, το μυξοιδηματικό κώμα αποτελεί πολύ

σπάνια, αλλά βαριά, εκδήλωσή του.

Υλικά-Μέθοδοι: Άνδρας 74 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, προσκομίστηκε στα επείγοντα λόγω βραδυψυχισμού και δύσπνοιας, που επιδεινώνονταν σταδιακά από μηνός. Παρουσίαζε οιδήματα ανά σάρκα και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία και χωρίς αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα από τα εργαστηριακά αποτελέσματα. Η εκτίμηση των αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε αντιρροπούμενη-χρόνια αναπνευστική οξέωση και υποξυγοναιμία.

Αποτελέσματα: Παρά την αρχική αντιμετώπιση με χορήγηση οξυγόνου και διουρητικών, η δύσπνοια επιδεινώθηκε, ενώ ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός προσέφερε μόνο παροδική βελτίωση.

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω επιδεινούμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας. Παράλληλα, στα εργαστηριακά διαπιστώθηκε αυξημένη TSH (68 mIU/L) και ο ασθενής

αντιμετωπίστηκε ως μυξοιδηματικό κώμα με ενδοφλέβια χορήγηση λεβοθυροξίνης 300 μg σε σταδιακή μείωση και αντιβίωσης. Σε οκτώ ημέρες αποσωληνώθηκε και στη συνέχεια επανήλθε σε κοινό θάλαμο με εντυπωσιακή βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, ήπια υποξυγοναιμία χωρίς υπερκαπνία, σχετική μείωση των οιδημάτων, ενώ παρέμενε ημικίνη αδυναμία.

Τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα ήταν θετικά και οι απεικονιστικές εξετάσεις ανέδειξαν ατροφία του θυρεοειδικού παρεγχύματος. Μετά από δύο επιπλέον εβδομάδες νοσηλείας και κινησιοθεραπείας ήταν σε θέση να επιστρέψει στο σπίτι του με σύσταση για συνέχιση φυσιοθεραπειών, φαρμακευτική αγωγή με 100 μg λεβοθυροξίνης και στενή ιατρική παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Το μυξοιδηματικό κώμα είναι επικίνδυνο για τη ζωή εκδήλωση του υποθυρεοειδισμού και απαιτεί έγκαιρη, επιθετική αντιμετώπιση.

Οι εκδηλώσεις εμφανίζονται από διάφορα συστήματα και η υψηλή κλινική υποψία είναι απαραίτητη για τη διάγνωση.

54. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Κατσαβούνη Χαρούλα¹, Αθανασίου Λάμπρος², Τσακίριδης Παύλος¹, Μαυρουδή Μαρία¹, Δεβετζή Ειρήνη¹, Γάτσιου Μαρίνα¹, Παντελίδης Δημήτριος¹

¹ Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

² Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ο οικογενής μεσογειακός πυρετός είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος που οφείλεται σε γενετικές αιτίες. Προσβάλλει ασθενείς κυρίως στην περιοχή της Μεσογείου. Αντιμετωπίζεται επιτυχώς με τη χρόνια χορήγηση κολχικίνης. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με μεσογειακό πυρετό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής, ηλικίας 20 ετών εμφανίστηκε με περιοδικά εκδηλούμενα επεισόδια οξείας κοιλίας με εμέτους διάρκειας <24h και αυτόματη ύφεση από τριετίας. Σε ορισμένα από τα επεισόδια παρατηρείτο και δεκαημέρη πυρετική κίνηση ως 37.60C. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ανιχνεύονταν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Δεν αναφέρθηκαν ποτέ εξάνθημα, αρθρίτιδες, μυαλγίες ή λοιπές ορογονίτιδες. Εγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού και ιστολογική εκτίμηση.

Ο έλεγχος απέβη αρνητικός για την ύπαρξη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Λόγω της επιμονής και περιοδικότητας των συμπτωμάτων έγινε γενετικός έλεγχος για αυτοφλεγμονώδη νοσήματα. Ανιχνεύθηκαν 3 ετεροζυγωτικοί πολυμορ-

φισμοί (pD102D, pG138G, pA165A) στο εξόνιο 2 του γονιδίου MEFV και τέθηκε η διάγνωση του οικογενούς μεσογειακού πυρετού (τριπλή ετεροζυγωτία). Ο ασθενής τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με κολχικίνη. Λόγω πτωχής συμμόρφωσης εμφάνιζε συχνές υποτροπές με περισσότερα των 7 επεισοδίων ετησίως. Πρόσφατα, εμφάνισε υποτροπή με έντονο κοιλιακό άλγος, πολλαπλούς εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις και TKE 50mm/1h ενώ η CRP ήταν 3.5 mg/dl (ΦΤ <0.5 mg/dl). Χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή και η έντονη συμπτωματολογία υποχώρησε. Εκτοτε ο ασθενής ετέθη σε συστηματική αγωγή με κολχικίνη σε καθημερινή χορήγηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο οικογενής μεσογειακός πυρετός είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος γενετικής αιτιολογίας. Τα επεισόδια κοιλιακού άλγους δημιουργούν συχνά πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από οξεία κοιλία άλλης αιτιολογίας και μπορεί να οδηγούν τους ασθενείς στο χειρουργείο. Η γενετική εκτίμηση και η περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου με κολχικίνη αποτελούν τη λύση στο σπάνιο αυτό αλλά βασανιστικό για τον ασθενή και την οικογένειά του πρόβλημα.

55. ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Τσαντικίδου Ζηνοβία, Λεκάκου Λεώνη, Ταταρίδου Τατιάνα, Νίκος Αλεξίου, Κουπετώρη Μαρίνα, Συμπάρδη Στυλιανή. Α Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ιός του έρπητα ζωστήρα (Varicella Zoster Virus, VZV) πέραν της συχνότατης δερματικής προσβολής στους υπερήλικες ανοσοεπαρκείς ασθενείς ενήλικες, έως πρότινος θεωρείτο ότι σπανίως προσβάλλει το ΚΝΣ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 70 ετών προσεκομίσθη στο ΤΕΠ με αδυναμία ορθοστάτισης, σύγχυση, ληθαργικότητα από 24 ωρου. Ο ασθενής ανέφερε έρπητα ζωστήρα κατανομής 4ου-5ου-6ου νευροτομίου αριστερά από δημέρου, υποθερα-

πεία με βαλακυκλοβίρη. Ατομικό αναμνηστικό: Εμβολισμός αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας στην παρεγκεφαλίδα προ βετίας. Αντικειμενική εξέταση:

Πυρετός έως 39,0C, τετρακινητικός, αποπροσανατολισμένος σε χώρο/χρόνο. Νευρολογική εξέταση: Αυξημένος μυϊκός τόνος διάχυτα, φυσιολογικά τενόντια αντανάκλαστικά, τρόμος άνω άκρων, μείωση μυϊκής ισχύος κάτω άκρων (2/5) και δυσμετρία. Δεν εμφάνιζε διαταραχές αισθητικότητας. CT εγκεφάλου: αναδείχθηκαν αλλοιώσεις ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας και φλοιώδης ατροφία. Ο λοιπός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα εκτός αυξημένης c- αντιδράσας πρωτεΐνης (142 mg/l, Φ.Τ<5).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον ασθενή χορηγήθηκε 3ηλή εμπειρική θεραπεία ως επι πιθανής βακτηριακής λοίμωξης ΚΝΣ και ενδοφλέβια ακυκλοβίρη. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση και

από το ΕΝΥ προέκυψαν: κύτταρα=15, γλυκόζη =72mg/dl, λέυκωμα =84 mg/dl, LDH 17 IU/L. Με PCR ανιχνεύθηκε DNA Varicella Zoster Virus. Έγινε διακοπή των αντιμικροβιακών από το 2ο 24ωρο και παρέμεινε σε ενδοφλέβια ακυκλοβίρη για 14 μέρες, με προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας. Η αγωγή συνεχίστηκε με από του στόματος χορήγηση βαλακυκλοβίρης έως συμπλήρωσης συνολικά 21 ημερών.

Κατά τη νοσηλεία υποβλήθηκε σε ΗΕΓ που ανέδειξε βραδυρρυθμίες και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που απεικόνισε μικροαιμορραγικά στοιχεία στη συμβολή των παρεγκεφαλιδικών ημισφαιρίων στα πλαίσια της προσβολής από ερπητοϊό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νεώτερες μοριακές τεχνικές ανίχνευσης παθογόνων ανέδειξαν την μεγαλύτερη συχνότητα του ιού έρπητα ζωστήρα στη παθογένεση της άσηπτης μηνιγγοεγκεφαλίτιδας ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς πληθυσμούς ενηλίκων.

56. ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΛΗΜΜΥΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΑΝΔΡΑ-ΑΤΤΙΚΗΣ

Β. Γόγολας, **Α.Μακίνα**, **Μ.Χρυσανθακοπούλου**, **Β.Ωραιόπουλος**, **Π. Κατσέλη**, **Ι.Κοντόλαιμου**, **Ζ. Αλεξίου**
Β Παθολογική Γ Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περιστατικού με λοίμωξη μαλακών μορίων περιγεννητικής περιοχής σε ανοσοεπαρκή γυναίκα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 72 ετών με ιστορικό ΑΥ και Δυσλιπιδαιμίας προσήλθε λόγω εμπυρέτου με ρίγος από τριήμερου υπο Σιπροφλοξασίνη. Ανέφερε αίσθημα καύσου στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Η ασθενής διέμενε στην περιοχή της Μάνδρας -Αττικής, όπου λόγω της πλημμύρας ήρθε σε επαφή με μολυσμένα ύδατα στα κάτω άκρα.

Από την επισκόπηση εικόνα λοίμωξης μαλακών μορίων (οίδημα, επώδυνη ερυθρότητα στο εφήβαιο, περιοχή μαλακών χειλέων αιδοίου με πέκταση στην αριστερή μηροβουβωνική χώρα. Εργ έλεγχος: WBC=6600, πολυ78,1%, Hct 39,9%, Plt=163 K/μL γλυκόζη: 108, Ουρία=45, κρεατ=1.0, SGOT =125,SGPT=85, γGT=168, Αλκ.Φωσφ=173 IU/L,Na=135, CRP=75.

Ζωτικά σημεία: ΑΠ: 130/60, Σφ: 78, Θ:39oC. CT άνω-κάτω κοιλίας :εικόνα θολερότητας λίπους του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος στο υπογάστριο, μικροί βουβωνικοί λεμφαδένες Αρ,

έγινε χειρουργική, γυναικολογική και ουρολογική εκτίμηση.

Η ασθενής καλύφθηκε με ευρέως φάσματος αντιβίωση Pip/tazo και Λινεζόλιδη.

Την επόμενη μέρα η εικόνα της ασθενούς επιδεινώθηκε με έντονο οίδημα, ερυθρότητα και μαύρα στίγματα στην επιφάνια.

ABC's: PH 7.32, PO2: 75, PCO2:28, BE:-6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με την υποψία γάγγραινας Fournier η ασθενής υποβλήθηκε σε CT άνω κάτω κοιλίας χωρίς ουσιώδη διαφορά από την προηγούμενη CT. Λόγω εκδήλωσης αλλεργικής αντίδρασης τροποποιήθηκε η αγωγή σε Δαπτομυκίνη όπου εκδήλωσε ξανά αλλεργική αντίδραση.

Η αγωγή τροποποιήθηκε σε Αζτρεονάμη, Τιγκεκυκλίνη, γενταμυκίνη και μετρονιδαζόλη με προοδευτική ανταπόκριση. ΑΜΚ στείρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: οι λοιμώξεις περιγεννητικής περιοχής μπορεί να εξελιχθούν σε βαριές χειρουργικές λοιμώξεις σε ταχύ χρονικό διάστημα.

Η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση προλαμβάνει τις βαριές σηπτικές καταστάσεις.

57. ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΦΝΕ

Χρυσανθακοπούλου Μαρία, **Γρηγοροπούλου Φωτεινή**, **Κουή Αλεξάνδρα**,
Ρούλια Ευφροσύνη, **Κ.Ηλιοπούλου**, **Αλεξίου Ζωή**.
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε «Θριάσιο», Ελευσίνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας που ανέπτυξε κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό (CMV).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ασθενής 80 ετών προσεκομίσθει λόγω αναφερόμενων διαρροϊκών κενώσεων με πρόσμιξη αίματος από 3ημέρου.

Ατομικό Αναμνηστικό: ελκώδης κολίτιδα (υπό μεσαλαζίνη

και μεθυλπρεδνιζολόνη), ΣΔΙΙ, ΑΥ.

Κλινική εξέταση: όψη/θρέψη πάσχοντος, προσανατολισμένος χωροχρονικά, ευκρινείς καρδιακοί ήχοι, ομότιμο αναπνευστικό ψιθύρισμα, κοιλιά με ήπια ευαισθησία και αυξημένους εντερικούς ήχους.

ΑΠ:105/70mmHg, Σφ: 78bpm, Sat:95%, Θ:36,7oC.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:16.600(Poly:88%, Lymf:7.8%)

Hct:46%, Hb:14.7gr/dl, PLT:182000, TKE: 6mm, CRP:27.30, Ur:90, Cr:1.3, Na:137, K:3.5, SGOT/SGPT:29/36, LDH:211.

Καλλιέργεια-παρασιτολογική κοπράνων αρνητική, αρνητική καλλιέργεια κοπράνων για Cl. Difficile.

Απεικονιστικός έλεγχος: υπέρηχος άνω-κάτω κοιλίας χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Διενεργήθηκε αξονική άνω-κάτω κοιλίας πάχυνση του τοιχώματος του ορθοσιγμοειδούς.

Κολονοσκόπηση: εικόνα κολίτιδος πιθανή ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα ορθοσιγμοειδούς, έμσχος πολύποδας κατιόντος (ελήφθησαν βιοψίες).

Από τις βιοψίες αναδείχθηκαν αλλοιώσεις CMV κολίτιδας σε έδαφος χρόνιας ελκώδους κολίτιδας.

Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος απέβη θετικός για CMV.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω των ανωτέρων ευρημάτων, ο ασθενής ετέθη σε γκανσικλοβίρη ενδοφλεβίως.

Εμφάνισε άμεσα βελτίωση της κλινικής εικόνας, μείωση των διαρροικών κενώσεων, απουσία αίματος με τις κενώσεις και έγινε σταδιακή έναρξη σίτισης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό είναι πιο συνήθης σε σοβαρές μορφές κολίτιδας ή σε κορτικοανθεκτική ελκώδη κολίτιδα καθώς και σε HIV θετικούς ασθενείς, σε μεταμοσχευθέντες και σε ασθενείς με νεοπλασία.

Σχετίζεται με υψηλά ποσοστά κολεκτομής καθώς και με αυξημένη θνητότητα.

58. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (Α.Ε.Ε.)

Δημήτριος Τσίλιας¹, Ελένη Σταματοπούλου², Αθανασία Σταματοπούλου³, Μαραθωνίτης Γεώργιος⁴

1 Νοσηλεύτρια Τ.Ε. MSc Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού.

2 Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑΔΑ & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Member Primary Care Respiratory Society UK (PCRS-UK)

3 Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑΔΑ & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

4 Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ

Εισαγωγή: Τα Α.Ε.Ε. αποτελούν την πρώτη αιτία σοβαρής αναπηρίας και την δεύτερη αιτία θανάτου και άνοιας.

Σκοπός: Η ανάδειξη παραγόντων κινδύνου και πρόληψης των Α.Ε.Ε.

Υλικό και Μέθοδος ανασκόπησης: Πραγματοποιήθηκε διεθνής βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Risk factors, vascular cerebral episode, prevention.

Αποτελέσματα: Ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται οι γενετικοί, το οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων, η παχυσαρκία, υπέρταση, η θρομβοφιλία, η υπερχοληστερολαϊμία, ο σχηματισμός καρωτιδικών πλακών, το άγχος, ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κολπική μαρμαρυγή, η στεφανιαία νόσος, η διαλείπουσα κωλόπληξη, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και οι αυξημένες τιμές Ht, Hb, και ουρικού οξέως.

Οι παράγοντες κινδύνου για ΑΕΕ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Η ηλικία, το

φύλο και η φυλή / εθνικότητα είναι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου τόσο για ισχαιμικό όσο και για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αντίθετα η υπέρταση, το κάπνισμα, η διατροφή, η σωματική αδράνεια συγκαταλέγονται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Η πρόληψη των ΑΕΕ εστιάζεται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Ο τρόπος ζωής και η αλλαγή της συμπεριφοράς όπως η τροποποίηση στις διαιτητικές συνήθειες, η διακοπή του καπνίσματος, του αλκοόλ, η σωματική άσκηση, μειώνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Σημαντικές στρατηγικές πρόληψης περιλαμβάνουν την διάγνωση και τη θεραπεία της υπέρτασης του διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Συμπεράσματα: Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για το ΑΕΕ και η στόχευση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου αποτελεί σημαντική στρατηγική πρόληψη μειώνοντας το ψυχοκοινωνικό κόστος Δημόσιας Υγείας με στόχο την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

59. ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ

Αθανασίου Λάμπρος¹, Τσακίριδης Παύλος², Καϊάφα Γεωργία³, Γάτσιου Μαρίνα², Κατσαβούνη Χαρούλα², Γεροδήμος Χαράλαμπος², Κώστογλου Φιγένη⁴, Χατζητόλιος Απόστολος³, Σαββόπουλος Χρήστος³, Αθανασίου Παναγιώτης²

1 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

2 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

3 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

4 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση είναι σπάνια απειλητική για τη ζωή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από

εκτεταμένη αποκόλληση της επιδερμίδας, διάβρωση των βλενογόνων και σοβαρά συστηματικά συμπτώματα. Γενικά θεωρείται ότι προκαλείται από έκθεση σε κάποιο φαρμακευτικό παράγοντα. Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο που εμφάνισε τοξική επιδερμική νεκρόλυση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 78 ετών παρουσιάστηκε με ερυθματώδες εξάνθημα κορμού και άνω άκρων. Είχε αρτηριακή υπέρταση και ήταν υπό αντιυπερτασική αγωγή. Εγινε εργαστηριακός έλεγχος που έδειξε TKE 116 mm/1h, CRP 1.1 mg/dl (<0.5 mg/dl), C3 68 mg/dl (ΦΤ 88-206 mg/dl), C4 5 mg/dl (13-75 mg/dl), θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα 1/1280, θετικά anti-Sm αντισώματα, θετικά anti-Ro αντισώματα και θετική άμεση δοκιμασία Coombs. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος που έδειξε ευρήματα συμβατά με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Χορηγήθηκε κλαριθρομυκίνη 500 mg δις ημερησίως. Ένα μήνα αργότερα η ασθενής εμφανίστηκε με πυρετό 38.3°C, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού και άνω άκρων, σχηματισμό φουσαλίδων σε θέσεις πίεσης και ψηλαφητή πορφύρα κάτω άκρων. Στη στοματική κοιλότητα

παρατηρούντο νεκρωτικές βλάβες. Τέθηκε η διάγνωση της τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης. Τα αντιβιοτικά διακόπηκαν. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων δεν έδειξαν κάποιο ειδικό παθογόνο παράγοντα. Χορηγήθηκαν αντιβιοτικά και οι δερματικές βλάβες αντιμετωπίστηκαν με τοπικούς αντιβακτηριακούς παράγοντες. Χορηγήθηκαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης σε δόση 500 mg/ημέρα επί 3 συνεχείς ημέρες. Εγιναν συνεδρίες π्लाσмаφαίρεσης. Η ασθενής παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια σήψης, που αντιμετωπίστηκαν με αντιβιοτικά. Τελικά, η ασθενής επιβίωσε και είναι σήμερα σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη από του στόματος 8 mg/ημέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, η περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε τοξική επιδερμική νεκρόλυση σε έδαφος συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση θεωρείται σήμερα ότι προκαλείται από έκθεση σε φάρμακα, με κύριο εκλυτικό παράγοντα τα αντιβιοτικά. Επιπροσθέτως, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιεπιληπτικά μπορεί να προκαλούν τη διαταραχή αυτή. Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης.

60. ΝΟΣΟΣ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Αθανασίου Παναγιώτης¹, Τζαναβάρη Αικατερίνη¹, Αθανασίου Λάμπρος², Τσακίριδης Παύλος¹, Δεβετζή Ειρήνη¹, Γάτσιου Μαρίνα¹, Καϊάφα Γεωργία³, Χατζητόλιος Απόστολος³, Σαββόπουλος Χρήστος³, Κώστογλου Ιφιγένεια⁴

¹ Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

² Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

⁴ Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η νόσος Still των ενηλίκων είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από πυρετό, αρθρίτιδα και εξάνθημα. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Συζητούνται λοιμώδεις και γενετικές αιτίες. Η πορεία της μπορεί να είναι μονοφασική, διαλείπουσα ή χρόνια. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων συμπεριλαμβανομένης της πορείας της νόσου, της θεραπευτικής προσέγγισης και της μακρόχρονης παρακολούθησης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Περιγράφονται 3 περιπτώσεις ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων. Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα ηλικίας ετών 40 που παρουσιάστηκε προ 7ετίας με πυρετό, αρθραλγίες, πνευριτική συλλογή άμφω, σπληνομεγαλία, λεμφαδενίτιδα, εξάνθημα δίκην σολωμού και άλγος στο φάρυγγα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τρανσαμινασαιμία, λευκοκυττάρωση (WBC 20.500/mm³, πολυμορφοπύρνη 77,1%), θρομβοκυττάρωση (PLT 608.000/mm³), TKE 83mm/1h, CRP 19,8 mg/dl (ΦΤ<0,5 mg/dl), φερριτίνη >1.000 ng/dl, ANA (-), και RF (-). Ετέθη η διάγνωση της νόσου Still των ενηλίκων και έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg ημερησίως, με ανταπόκριση και σταδιακό tapering, μεθοτρεξάτη και ακολούθως apakinra (ανταγωνιστή του υποδοχέα της ανθρώπινης ιντερλευκίνης-1) με μερική ανταπόκριση. Μετά 2ετία ετέθη σε επιτυχή αγωγή με canakinumab (πλήρως ανθρώπινο μο-

νοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ανθρώπινης ιντερλευκίνης-1β). Μετά τριετή ύφεση το canakinumab διεκόπη, ωστόσο η νόσος υποτροπίασε μετά 5 μήνες και έγινε επιτυχής επανέναρξή του. Η δεύτερη περίπτωση αφορά άνδρα 23 ετών με γνωστή νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, συστηματικού τύπου [ANA(-) και RF(-)] που διεγνώσθη σε ηλικία 6,5 ετών. Σε ηλικία 21 ετών εμφάνισε πυρετό, λευκοκυττάρωση (WBC 15.400/mm³, πολυ 83,3%), TKE 82 mm/1h, CRP 20 mg/dl, αναιμία, φερριτίνη 1.313 ng/dl, θωρακικό άλγος, αρθραλγίες και πολυορογονίτιδα. Χορηγήθηκαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και ακολούθως έγινε επιτυχής χορήγηση canakinumab. Η τρίτη περίπτωση αφορά ασθενή, άρρενα, ετών 15, που νοσηλεύτηκε με πυρετό 39°C, αρθρίτιδα ΔΕ ΠΔΚ και γονάτων άμφω, άλγος φάρυγγα, WBC 26.400/mm³ (πολυ 86,6%), TKE 90mm/1h, CRP 14,9 mg/dl και φερριτίνη 1.027 ng/dl. Τέθηκε η διάγνωση νόσου Still και χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη και ακολούθως επιτυχώς canakinumab.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται ομάδα ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων. Η νόσος ανταποκρίθηκε στον παράγοντα canakinumab και ετέθη σε μακροχρόνια πλήρη ύφεση. Συμπερασματικά, περιγράφεται η συστηματικότητα και χρονιότητα της νόσου Still των ενηλίκων και η ανταπόκριση της νόσου σε παράγοντες που καταστέλλουν την ενεργότητα των αυτοφλεγμονωδών νοσημάτων.



Ανακοίνωση

Για την προβολή του Επιστημονικού τους έργου και την ενημέρωση των Συναδέλφων Ιατρών, όσοι επιθυμούν μπορούν να αποστέλλουν προς δημοσίευση στο Περιοδικό "HJM - Hellenic Journal of Medicine - Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση", δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις (Abstracts) οι οποίες έχουν ανακοινωθεί ή έχουν γίνει αποδεκτές σε Ελληνικά ή Διεθνή Ιατρικά Συνέδρια.

e mail υποβολής: medicine@vegacom.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Spectracef®
cefditoren pivoxil

1. ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: • Spectracef 200mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. • Spectracef 400mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ

Spectracef 200 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 200 mg cefditoren που ισοδυναμεί με 245,1 mg cefditoren pivoxil.

Spectracef 400 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 400 mg cefditoren που ισοδυναμεί με 490,2 mg cefditoren pivoxil.

Εκδοχο με γνωστή δράση: 26,2 mg νατρίου (sodium) ανά δισκίο. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.

3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο. Λευκό δισκίο ελλειψοειδούς σχήματος που έχει τυπωμένο στην μια πλευρά με υπέρ μελάνι το λογότυπο "TMF".

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις: Το Spectracef ενδείκνυται για την θεραπεία των παρακάτω λοιμώξεων που προκαλούνται από ευαίσθητους στο φάρμακο μικροοργανισμούς: • Οξεία φαρυγγίτιδα/ αμυγδαλίτιδα • Οξεία ηγιορίτιδα • Παροξύνσεις χρόνιες βρογχίτιδας • Ήπιες έως μέτριες βαρύτητας πνευμονία της κοινότητας • Μη επιπλεγμένες λοιμώξεις δέρματος και δερματικών δομών, όπως κυτταρίτιδα, επιμολυσμένα τραύματα, αποστήματα, θυλακίτιδα, μολυσματικό κηρίο και δοθηνές. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επίσημες οδηγίες που αφορούν στην κατάλληλη χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων.

4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης: Η συνιστώμενη δόση εξαρτάται από την σοβαρότητα της λοίμωξης, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τους εν δυνάμει εμπλεκόμενους μικροοργανισμούς.

Δοσολογία: *Ενήλικες και έφηβα (άντα των 12 ετών):* • Οξεία φαρυγγίτιδα/ αμυγδαλίτιδα: 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 10 ημέρες. • Οξεία ηγιορίτιδα: 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 10 ημέρες. • Παροξύνσεις χρόνιες βρογχίτιδας: 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 5 ημέρες. • Πνευμονία της κοινότητας: – Σε ήπιες περιπτώσεις: 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 14 ημέρες. – Σε μέτριες περιπτώσεις: 400 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 14 ημέρες. • Μη επιπλεγμένες λοιμώξεις δέρματος και δερματικής δομής: 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες για 10 ημέρες.

Παιδιατρικοί πληθυσμοί: Το Spectracef δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών. Η εμπειρία στα παιδιά είναι περιορισμένη.

Ηλικιωμένοι: Στους ηλικιωμένους ασθενείς δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχουν βαρεία νεφρική ή/και ηπατική ανεπάρκεια.

Νεφρική ανεπάρκεια: Δεν χρειάζεται προσαρμογή της δόσης για ασθενείς με ήπια νεφρική ανεπάρκεια. Σε ασθενείς με μέτρια νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης 30-50 ml/min) η ολική ημερήσια δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 200 mg cefditoren κάθε 12 ώρες. Σε ασθενείς με βαρεία νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης < 30 ml/min) συνιστάται εφάπαξ δόση 200 mg cefditoren μία φορά ημερησίως. Δεν έχει καθοριστεί η συνιστώμενη δόση για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (βλέπε παράγραφο 4.4). Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση

Ηπατική ανεπάρκεια: Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης για ασθενείς με ήπια ηπατική ανεπάρκεια (Child-Pugh A) έως μέτρια ηπατική ανεπάρκεια (Child-Pugh B). Σε περιπτώση βαρείας ανεπάρκειας (Child-Pugh C) δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα που θα επέτρεπαν τον καθορισμό συνιστώμενης δόσης.

Τρόπος χορήγησης: Τα δισκία πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα, με αρκετή ποσότητα νερού. Τα δισκία πρέπει να λαμβάνονται με τροφή.

4.3 Αντενδείξεις: • Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία, σε οποιαδήποτε άλλη κεφαλοσπορίνη ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. Για ασθενείς με υπερευαίσθησία στην καζεΐνη πρέπει να αναφερθεί ότι το φαρμακευτικό προϊόν περιέχει καζεϊνικό νάτριο (sodium caseinate). • Προηγούμενη άμεση ή/και σοβαρή αντίδραση υπερευαίσθησίας σε πενικιλίνη ή σε οποιαδήποτε άλλη δραστική ουσία τύπου β-λακτάμης. • Όπως και τα άλλα σκευάσματα που αποδίδουν *rinvalate*, η cefditoren pivoxil αντενδείκνυται στις περιπτώσεις πρωτοπαθούς ανεπάρκειας καρνιτίνης.

4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Πριν την έναρξη αγωγής με cefditoren, πρέπει να γίνει προ-οκτική εξέταση για να διευκρινιστεί εάν ο ασθενής έχει ιστορικό προηγούμενων αντιδράσεων υπερευαίσθησίας σε cefditoren, κεφαλοσπορίνες, πενικιλίνες ή άλλες β-λακταμικές δραστικές ουσίες.

Η cefditoren πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς που έχουν παρουσιάσει οποιαδήποτε άλλη αντίδραση υπερευαίσθησίας σε πενικιλίνη ή σε οποιαδήποτε άλλη δραστική ουσία τύπου β-λακτάμης.

Διάφορα σχετιζόμενη με αντιβιοτικά, κοιλίτιδα και ψευδομεμβρανοειδή κοιλίτιδα έχουν αναφερθεί με τη χρήση της cefditoren. Αυτές οι διαγνώσεις πρέπει να ληφθούν υπόψη αν κάποιος ασθενής εμφανιστεί διάφορα κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη θεραπεία. Η χορήγηση cefditoren πρέπει να διακοπεί αν σοβαρή ή/και αιματηρή διάφορα εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της αγωγής και πρέπει να ξεκινήσει κατάλληλη θεραπεία.

Η cefditoren πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης γαστρεντερικής νόσου, ιδιαίτερα κολίτιδας.

Σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια ο ρυθμός και η έκταση της έκθεσης σε cefditoren αυξάνονται. Για το λόγο αυτό, η ολική ημερήσια δόση πρέπει να μειωθεί όταν η cefditoren χορηγείται σε ασθενείς με οξεία ή χρόνια, μέτρια έως σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, έτσι ώστε να αποφευχθούν πιθανές κλινικές συνέπειες, όπως σπασμοί (βλέπε παράγραφο 4.2). Οι κεφαλοσπορίνες πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς που λαμβάνουν συγχρόνως θεραπεία με νεφροτοξικές δραστικές ουσίες, όπως αμινογλυκοσίδες ή ισχυρά διουρητικά (όπως φουροσεμίδη), καθώς αυτοί οι συνδυασμοί μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες δράσεις στη νεφρική λειτουργία και έχουν συσχετιστεί με ωτοτοξικότητα.

Παρατεταμένη χρήση cefditoren μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση ανθεκτικών μικροοργανισμών, όπως *Enterococci* και *Candida spp.*

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με κεφαλοσπορίνες, μπορεί να εμφανιστεί μείωση της δραστηριότητας της προθρομβίνης. Για αυτό το λόγο, ο χρόνος προθρομβίνης πρέπει να ελέγχεται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια ή ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή.

Η χορήγηση φαρμάκων που αποδίδουν *rinvalate*, έχει συσχετιστεί με τη μείωση των συγκεντρώσεων καρνιτίνης στο πλάσμα. Παρόλα αυτά, κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι καμία κλινική επίδραση από τη μείωση της καρνιτίνης δεν σχετίστηκε με τη χορήγηση cefditoren pivoxil.

Το Spectracef 400 mg, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, περιέχει 1,14 mmol (περίπου 26,2 mg) νάτριο (sodium) ανά δόση. Αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από ασθενείς που βρίσκονται σε δίαιτα ελεγχόμενου νατρίου.

4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης

Αντιόξινα: Συγχρόνηση αντιόξινων σκευασμάτων που περιέχουν υδροξείδιο του μαγνησίου και υδροξείδιο του αργιλίου με cefditoren pivoxil με τροφή προκαλέσει μείωση στη C_{max} και στην AUC της cefditoren κατά 14% και 11% αντίστοιχα. Συνιστάται να παρεμβάλλεται ένα χρονικό διάστημα 2 ωρών μεταξύ της χορήγησης αντιόξινων και cefditoren pivoxil.

Ανταγωνιστές H2-υποδοχών: Η ταυτόχρονη χορήγηση φαμοτιδίνης ενδοφλεβίως και cefditoren pivoxil από το στόματος προκάλεσε μια μείωση στη C_{max} και στην AUC της cefditoren κατά 27% και 22%, αντίστοιχα. Για αυτό το λόγο δεν συνιστάται η ταυτόχρονη χορήγηση cefditoren pivoxil και ανταγωνιστών H2-υποδοχών.

Προβενεσίλη: Η συγχρόνηση προβενεσίλης και cefditoren pivoxil μειώνει την νεφρική απέκκριση της cefditoren, οδηγώντας σε αύξηση 49% στη C_{max}, 122% στην AUC, και 53% στο χρόνο ημίσειας ζωής της αποβολής.

Από το στόματος αντισυλληπτικά: Η χορήγηση cefditoren pivoxil δεν μετέβαλε τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες του από το στόματος χορηγούμενου αντισυλληπτικού αιθινυλοιστραδίου. Η cefditoren pivoxil μπορεί να ληφθεί ταυτόχρονα με τους συνδυασμούς αντισυλληπτικών χορηγούμενων από το στόματος που περιέχουν αιθινυλοιστραδιόλη.

Αλληλεπιδράσεις φαρμακευτικών προϊόντων / εργαστηριακών δοκιμασιών:

• Οι κεφαλοσπορίνες μπορούν να προκαλέσουν ψευδώς θετικό αποτέλεσμα στην άμεση αντίδραση Coombs's, που μπορεί να επηρεάσει τη δοκιμασία διασταύρωσης του αίματος.

• Ψευδή θετικά αποτελέσματα γλυκόζης στα ούρα μπορεί να εμφανιστούν όταν χρησιμοποιηθούν δοκιμασίες που βασίζονται στην αναγωγή του χαλκού. Αυτό δεν συμβαίνει αν χρησιμοποιηθούν δοκιμασίες που βασίζονται σε ένζυμα.

• Ψευδές αρνητικό αποτέλεσμα μπορεί να παρουσιαστεί στη σιδηρικών-ουρικού δοκιμασία για προσδιορισμό της γλυκόζης στο πλάσμα ή στο ολικό αίμα. Προτείνεται η χρησιμοποίηση των δοκιμασιών της οξειδάσης ή της εξάκινσης της γλυκόζης για τον προσδιορισμό της γλυκόζης στο ολικό αίμα/πλάσμα των ασθενών που λαμβάνουν cefditoren pivoxil.

4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία

Κύηση: Μελέτες σε ζώα δεν υποδεικνύουν άμεσες ή έμμεσες βλαπτικές επιδράσεις στην εγκυμοσύνη, στην ανάπτυξη του εμβρύου, στον τοκετό ή στη μεταγεννητική ανάπτυξη. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα από τη χρήση της cefditoren pivoxil σε έγκυες γυναίκες.

Θηλασμός: Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με την παρουσία της cefditoren pivoxil στο μητρικό γάλα. Για αυτό το λόγο, η χορήγηση του SPECTRACEF δεν συνιστάται κατά την διάρκεια του θηλασμού.

4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων. Η cefditoren pivoxil έχει μικρή ή μέτρια επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων. Η cefditoren pivoxil μπορεί να προκαλέσει ζάλη και υπνηλία (βλέπε παράγραφο 4.8).

4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες: Περίπου 6000 ασθενείς, κατά την διάρκεια κλινικών μελετών, έλαβαν cefditoren είτε 200 mg είτε 400 mg δύο φορές ημερησίως έως και 14 ημέρες. Περίπου το 24% των ασθενών ανέφεραν τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη ενέργεια. Διακοπή της θεραπείας ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητων ενεργειών παρουσιάστηκε σε ποσοστό 2,6% των ασθενών.

Οι συχνότερα εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος. Στις περισσότερες μελέτες, εμφανίστηκε διάφορα σε περισσότερο από το 10% του συνόλου των ασθενών και ήταν συχνότερη με τα 400 mg από

ότι με τα 200 mg δύο φορές ημερησίως. Οι παρατηρηθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν είτε κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών είτε μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου, περιγράφονται στην συνέχεια:

Εντός κάθε κατηγορίας συχνότητας εμφάνισης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας.

Παρακλινικές εξετάσεις:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Λευκοπενία, αυξημένη ALT
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Παρατεταμένος χρόνος πήξης, αυξημένο AST, αυξημένη αλκαλική φωσφατάση, λευκαϊναιουρία, μειωμένος χρόνος θρομβοπλαστικής, αυξημένη LDH και αυξημένη κρεατινίνη
- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Μείωση καρνιτίνης ορού

Καρδιακές διαταραχές:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια, συγκοπτική κρίση, ταχυκαρδία, κολιακές έκτακτες συστολές

Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Θρομβοκυττάρωση, λευκοπενία
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Ηωσινοφιλία, ουδετεροπενία, θρομβοκυττοπενία, αιμολυτική αναιμία, λεμφοδενοπάθεια

- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Ακκοκυκτωταραιμία

Διαταραχές του νευρικού συστήματος:

- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/100, <1/10): Κεφαλαλγία
- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Νευροπάθεια, ζάλη, υπνηλία, διαταραχές ύπνου
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Αμνησία, ασυνέργια, υπερτονία, μηνιγγίτιδα, τρόμος

Οφθαλμικές διαταραχές:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Αμφυωπία, οφθαλμική διαταραχή, πόνος του οφθαλμού, βλεφαρίτιδα

Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Εμβόες

Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσωθωρικού:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Φαρυγγίτιδα, ρινίτιδα, παραρρινοκοιλίτιδα
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Ασθμα
- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Ηωσινοφιλική πνευμονία, διάμεση πνευμονία

Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος:

- Πολύ συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10): Διάρροια
- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/100, <1/10): Ναυτία, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία
- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός, έμετος, καντινίαση του στόματος, ερυθές, ξηροστομία, δυσγευσία
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Στοματίτιδα, στοματικά έλκη, αιμορραγική κοιλίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα, γλωστίτιδα, λόξυγκας, δυσχρωματισμένη γλώσσα

Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Δυσουρία, πόνος στη νεφρική χώρα, νεφρίτιδα, νυκτουρία, πολουρία, ακράτεια, λευκομυκτινουρία

- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Οξεία νεφρική ανεπάρκεια

Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Εξάνθημα, κνησμός, κνίδωση
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Ακμή, αλωπεκία, έκζεμα, απορροϊδική δερματίτιδα, έρπης απλός, αντίδραση φωτοευαίσθησης
- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Σύνδρομο Stevens Johnson, πολύμορφο ερύθημα, τοξική επιδερμική νεκρόλυση

Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος, του συνδετικού ιστού και των οστών:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Μυαλγία

Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Ανορεξία
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Αφυδάτωση, υπεργλυκαιμία, υποκαλιαιμία, υποπρωτεϊναιμία

Λοιμώξεις και παρασιτώσεις:

- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/100, <1/10): Κολπική καντιντίαση
- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Μυκητίαση
- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Ουρολοιμώξη, κοιλίτιδα σχετιζόμενη με *Clostridium difficile*

Άγνωστες διαταραχές:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Ορθοστατική υπόταση

Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Πυρετός, εξασθένιση, άλγος, εφίδρωση

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Κακοσμία σώματος, ρίγη

Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:

- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Αναφυλακτική καταπληξία, ορονοσία

Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Διαταραχή ηπατικής λειτουργίας

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Χολερυθραιμία

- Άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία): Βλάβη του ήπατος, ηπατίτιδα

Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και των μαστών:

- Όχι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/1.000, <1/100): Κολπίτιδα, λευκορροία

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Μασταλγία, διαταραχές εμμηνοϋ ρύσης, μητρορραγία, στυτική δυσλειτουργία

Ψυχιατρικές διαταραχές:

- Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 1/10.000, <1/1.000): Άνοια, αποπροσωποποίηση, συναισθηματική αδυναμία, ευφορία, ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης, αυξημένη γενεσιϊσα ορμή

Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να εμφανιστούν, καθώς έχουν παρατηρηθεί σε άλλες κεφαλοσπορίνες: χολόσταση και απλάστική αναιμία.

Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών: Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Τζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποεδοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, GR-15562 Κολαγρός, Αθήνα, Τηλ.: +30 213 2040380/337, Φαξ: +30 210 6549585, Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>).

4.9 Υπερδοσολογία: Δεν έχει αναφερθεί περίπτωση υπερδοσολογίας με Spectracef. Συμπτώματα υπερδοσολογίας που έχουν αναφερθεί για άλλα αντιβιοτικά της ομάδας των κεφαλοσπορίνων είναι εγκαρφαλός ερεθισμός που οδηγεί σε σπασμούς. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, πρέπει να εφαρμοστεί πλήρη στομάχο. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά και να του δοθεί η κατάλληλη συμπτωματική και υποστηρικτική αγωγή. Η Cefditoren pivoxil μπορεί να απομακρυνθεί μερικώς μέσω αιμοκάθαρσης.

6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

6.1 Κατάλογος εκδόχων: *Πυρίνας:* Sodium caseinate, sodium croscarmellose, mannitol E421, sodium tripolyphosphate, magnesium stearate. *Επικαλυτή δισκίου:* Opadry Y-1-7000 που περιέχει: Hypromellose, titanium dioxide E171, macrogol 400, camtauha wax. *Μελάνι εκτύπωσης OPACODE S-1-20986 μπλε που περιέχει:* Shellac glaze, brilliant blue lacquer titanium dioxide E171, propylene glycol, concentrated ammonia solution.

6.2 Ασυμβατότητες: Δεν εφαρμόζεται

6.3 Διάρκεια ζωής: • Spectracef, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 200 mg/TAB: 3 χρόνια. • Spectracef, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 400 mg/TAB: 3 χρόνια

6.4 Ιδιότητες προφυλάξεως κατά την φύλοξη του προϊόντος: Μη φυλάσσετε σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 30°C. Να φυλάσσεται στην αρχική συσκευασία.

6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη: Κυψέλες (blisters) μεμονωμένες δόσης με διάτρηση, με ράχη αλουμινίου/ πολυβινυλοχλωριδίου (PVC) και επίστρωση PVC/αλουμινίου/ΡΑ• Ο χάρτινος περιέκτης Spectracef 200 mg περιέχει 16, 20 ή 500 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία • Ο χάρτινος περιέκτης Spectracef 400 mg περιέχει 10 ή 500 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Μπορεί να μη κυκλοφορούν όλες οι συσκευασίες.

6.6 Ιδιότητες προφυλάξεως απόρριψης: Καμία ειδική υποχρέωση.

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΦΑΡΑΝ Α.Β.Ε.Ε. Αχαΐας 5 & Τροϊζινίας, 145 64 Ν. Κηφισού, Αττικής, Τηλ.: 210 6254175.

8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

SPECTRACEF 200 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: 33276/15/31-07-2018.

SPECTRACEF 400 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: 40674/15/31-07-2018.

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: 17-01-2005 / 31-07-2018

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 17-01-2005 / 31-07-2018

- Spectracef F.C. TAB. 400 mg / BT x 10. Α.Τ.: 33,71 €

- Spectracef F.C. TAB. 200 mg / BT x 20. Α.Τ.: 32,39 €

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Κάθε υπόπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ)

Τηλ.: 2132040380, Fax: 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαθέσιμη και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ, www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή