

NEO

ZENONTM

Rosuvastatin + Ezetimibe



ροσουβαστατίνη/εζετιμίμη

10mg / 10mg



ροσουβαστατίνη/εζετιμίμη

20mg / 10mg



ροσουβαστατίνη/εζετιμίμη

40mg / 10mg

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ** τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

	Νοσοκομειακή τιμή	Χονδρική τιμή	Λιανική τιμή (+ΦΠΑ)
ZENON F.C.TAB (10+10) MG/TAB BTx30 tab	13,00€	14,93€	20,57€
ZENON F.C.TAB (20+10) MG/TAB BTx30 tab	14,42€	16,57€	22,83€
ZENON F.C.TAB (40+10) MG/TAB BTx30 tab	15,22€	17,50€	24,12€

Για Επαγγελματίες Υγείας μόνο.

Τρόπος διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Sanofi-aventis A.E.B.E.

Λ. Συγγρού 348, Κτίριο Α, 176 74, Καλλιθέα, Αθήνα, Τηλ.: 210 9001 600, Fax: 210 9249 129, www.sanofi.gr

SANOFI

Τριμηνιαίο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Αναγνωρισμένο από το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕ.Σ.Υ - Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Αριθμός Πρωτοκόλλου ΔΥ2α / Γ.Π. 36548, Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως - Φ.Ε.Κ. 546: 07/05/2003
Τροποποίηση της Α3α / 10651 / 05-11-1991

Ιδρυτής - Ιδιοκτήτης - Εκδότης: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Τηλ.: 210 8980461

url: <http://www.vegacom.gr>

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

Εκδίδεται από την Εταιρία:

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

Ιδρυτής - Πρόεδρος Δ.Σ.: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

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

Founder - Owner - Publisher: Dimitrios I. Gkrillas

Founder - Chairman & 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

**Πρόεδρος Συντακτικής
Επιτροπής**

Ματίνα Παγώνη

Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γ. Γεννηματάς
Επιστημονικά Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς

Διευθυντής Συντάξεως

Χρήστος Σαββόπουλος

Καθηγητής Παθολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Βοηθός Συντάξεως

Ελένη Καρλάφτη

Παθολόγος, Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Νέων Παθολόγων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογίας

Editor In Chief

Matina Pagoni

Director of Internal Medicine Clinic, Hospital "G.Gennimatas" Athens

Head of Hospital Lipidemic Medical Office -Scientifically Responsible. "G.Gennimatas General Hospital " Athens

Managing Editor

Christos Savopoulos

Professor of Internal Medicine, Director of 1st Propeudeutic Internal Medicine Clinic, AXEPA University General Hospital of Thessaloniki

Assistant Editor

Eleni Karlafti

Internal Medicine Doctor, PhD Aristotle University Of Thessaloniki, AXEPA University Hospital of Thessaloniki, Subcommittee Member of Young Internists of European Federation of Internal Medicine.

ΒΟΗΘΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΗJΜ

Υπεύθυνη Επικοινωνίας Περιοδικού Ανθή Παναγιώτη Αδαμοπούλου (Αθήνα) email: adamopoulou@vegacom.gr, Τηλ.: 210 8980461
Βιβλιογραφική Ενημέρωση - Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου Αλέξανδρος Σαραντόπουλος (Παθολόγος Ανοσολόγος, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη) Επιμέλεια Σελίδας Συνεδρίων Αποστολοπούλου Μάρθα (Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Θεσ/νίκη) Επιμέλεια Θεμάτων Ειδικότητας Αλ. Μουρουγιάκης (Ειδ. Παθολογίας, Θεσ/νίκη) Επιμέλεια Επαγγελματικών Θεμάτων Κωτούλας Σόλων (Ελεύθ. Επαγγελματίας, Τρίκαλα) Επιμέλεια Θεμάτων Συναφών Ειδικοτήτων Κανέλλος Ηλίας (Ειδ. Καρδιολογίας, Θεσ/νίκη)

Εκτύπωση-Βιβλιοδεσία LITHOS O.E.

Τιμή Τεύχους 1 λεπτό € - 1Eurocent ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ: Ιατροί 40€, Φοιτητές Ιατρικής 30€, Ιδρύματα - Εταιρείες 100€, Συνδρομές εξωτερικού 100€

Τα μέλη της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος και της Επαγγελματικής Ενώσεως Παθολόγων Ελλάδος λαμβάνουν το Περιοδικό Δωρεάν (περιλαμβάνεται στην εγγραφή 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 περιεχομένου του περιοδικού Η J M με οποιονδήποτε τρόπο, μηχανικό, ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογράφησης ή άλλο, χωρίς προηγούμενη γραπτή άδεια του Εκδότη. Νόμος 2121/1993 και Κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα.

©2021 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.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αλφαβητικώς



Αλεξανδρίδης Θεόδωρος

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Γαρούφαλλος Αλέξανδρος - Αναστάσιος

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, Πρύτανης Εθνικού και Καποδιστριακού
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 Παθολογίας 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 Π. Σπυρίδων

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Παπάζογλου Δημήτριος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου
Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Παπάνας Νικόλαος

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

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Χατζητόλιος Απόστολος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

HJM



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

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

INTERNAL MEDICINE SOCIETY OF GREECE

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Ματίνα Παγώνη Συν. Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αθήνα Επιστημονικά Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς
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, Θεσ/νίκη



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (Ε.Ε.Π.Ε)

ΕΔΡΑ: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης-Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Βιόπολις 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.)

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 – Υπερίχων
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 ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

Β' ΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

Τ.129
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ
2021

- 6-7 **Άρθρο Σύνταξης**
Ματίνα Παγώνη
- 8-13 **Άρθρα Ανασκόπησης**
Αγγειακή άνοια: Παλαιές και νεότερες αντιλήψεις
Θωμάς Τέγος
- 14-17 **Νέες προκλήσεις στην σύγχρονη αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού**
Στέλλα Παπαχρήστου
- 18-50 **Αφιέρωμα στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο**
Συνεχιζομένης Εκπαιδύσεως στην Εσωτερική Παθολογία
26-28 Φεβρουαρίου 2021
- 51 **Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου**
Γκουγκουρέλας Ιωάννης
- 52 **Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις**
στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία
και τις συναφείς Ειδικότητες
Μάρθα Αποστολοπούλου

Ν.129
JANUARY-MARCH
2021

- 6-7 **Editorial**
Matina Pagoni
- 8-13 **Review Articles**
Vascular dementia: Old and new concepts
Tegos Thomas
- 14-17 **New challenges in current management of diabetic foot**
Stella Papachristou
- 18-50 **6th Panhellenic Congress**
on Continuing Education in Internal Medicine
26-28 February 2021
- 51 **International Medicine Review**
Gkougkourelas Ioannis
- 52 **Coming National or International Congress**
and Meetings in Internal Medicine or Subspecialties
Martha Apostolopoulou

CONTENTS

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Χαιρετισμός Προέδρου
«Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος»,
για το 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζομένης
Εκπαιδεύσεως στην Εσωτερική Παθολογία



Αγαπητές και αγαπητοί Συνάδελφοι,

Tο Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε) βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει ότι το 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία, το οποίο διεξήχθη από 26 έως και 28 Φεβρουαρίου 2021, μέσω διαδικτύου, στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία.

Συγκεκριμένα, το Συνέδριο μας άγγιξε τον αριθμό των 3.215 εγγραφών, κατατέθηκαν 68 περιλήψεις εργασιών που δημοσιεύονται στο Επιστημονικό Περιοδικό «Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση», το οποίο και αποτελεί το επίσημο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, από τις οποίες 30 παρουσιάστηκαν ως Προφορική Ανακοίνωση στο 6ο συνέδριο της ΕΠΕ.

Στις τρεις ημέρες του 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία, διακεκριμένοι στα αντίστοιχα αντικείμενα Έλληνες συνάδελφοι, παρουσίασαν τις νεότερες εξελίξεις και τις σύγχρονες προσεγγίσεις σε όλα τα πεδία της Εσωτερικής Παθολογίας, μεταφέροντας επίσης την εμπειρία σε ερευνητικό, κλινικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Φιλοδοξία μας ήταν και παραμένει το Συνέδριο της Εταιρείας μας να αποτελεί ένα καθιερωμένο θεσμό στην Παθολογία, χώρο ανταλλαγής απόψεων και αλληλοεπίδρασης με όλες τις συναφείς ειδικότητες της Παθολογίας καθώς και βήμα προβληματισμού και αναζήτησης λύσεων για όλα τα κρίσιμα θέματα που αντιμετωπίζει η ειδικότητα της Παθολογίας και ο Παθολόγος κατά την άσκηση της Παθολογίας στη χώρα μας. Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειωθεί ότι το Συνέδριο δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την υποστήριξη φαρμακευτικών και άλλων εταιρειών, τις οποίες ευχαριστούμε.

Ευχαριστούμε επίσης όλους τους συμμετέχοντες συναδέλφους και σας ενημερώνουμε ότι θα συνεχιστούν οι διαδικτυακές επιστημονικές εκδηλώσεις της ΕΠΕ κατά την διάρκεια της ακαδημαϊκής περιόδου 2021, με την ελπίδα του χρόνου να επιτρέψουν οι συνθήκες το 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία να διεξαχθεί με φυσική μας παρουσία, επιστρέφοντας στην κανονικότητά μας.

Στο παρόν τεύχος, εκτός από τις 68 περιλήψεις των εργασιών του 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία, δημοσιεύεται άρθρο ανασκόπησης αναφορικά με τις παλαιές και νεότερες αντιλήψεις για την αγγειακή άνοια, καθώς και σύντομη αναφορά υπό μορφή ανασκόπησης σχετικά με τις νέες προκλήσεις στη σύγχρονη αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού.

Τέλος, στην ύλη περιλαμβάνεται ανασκόπηση του διεθνούς ιατρικού τύπου με επίκαιρα άρθρα-περιλήψεις δημοσιεύσεων και σελίδα των προσεχών Συνεδρίων και Επιστημονικών Εκδηλώσεων στην Ελλάδα και το εξωτερικό που αφορούν την Παθολογία και τις συναφείς ειδικότητες.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Η Πρόεδρος
Δρ. Παγώνη Ματίνα

Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.)
Συντονίστρια Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Επιστημονικά Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Πρόεδρος Ανωτάτου Πειθαρχικού Π.Ι.Σ.
Πρόεδρος ΕΙΝΑΠ
Αντιπρόεδρος ΟΕΝΓΕ

ΑΡΘΡΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Αγγειακή άνοια: Παλαιές και νεότερες αντιλήψεις



Τέγος Θωμάς

Τέγος Θωμάς¹, Ζηλακάκη Μαρία¹, Καϊάφα Γεωργία², Μύρου Αθηνά²,
Δάιος Στυλιανός³, Τσολάκη Μαγδαληνή¹, Σαββόπουλος Χρήστος²

1. Α' Νευρολογική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Α' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
3. Καρδιολογική Κλινική. 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Τέγος Θωμάς

Αν.Καθηγητής Νευρολογίας Αριστοτελείου

Πανεπιστημίου, Θεσσαλονίκη

email: ttegos@auth.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δύο κύριοι τύποι άνοιας μονοπωλούν το ενδιαφέρον ενός νευρολόγου στην καθημερινή κλινική πράξη: η εκφυλιστικού τύπου άνοια (συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Alzheimer) και η αγγειακού τύπου άνοια. Υπάρχουν όμως όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η αγγειακή παθολογία συχνά συνυπάρχει με τη νευροεκφυλιστική παθολογία. Ποικίλοι αγγειακοί μηχανισμοί μπορεί να συμβάλουν στην παθογένεση της αγγειακού τύπου νοητικής έκπτωσης. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη νευροπαθολογία και τη νευροαπεικόνιση οδήγησαν σε καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων της αγγειακής νόσου στη νόσηση. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη παρέμβαση (φαρμακευτική ή μη) και την αναστολή διαφόρων μηχανισμών, τα οποία με τη σειρά τους θα στοχεύσουν στην αναχαίτιση της εξέλιξης της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: αγγειακή άνοια, αγγειακοί παράγοντες κινδύνου, πρόληψη

Vascular dementia: Old and new concepts

Tegos Thomas¹, Zilakaki Maria¹, Kaiafa Georgia[±], Myrou Athina², Daios Stylianos³,
Tsolaki Magdalini¹, Savopoulos Christos²

1. 1st Neurology Department, AHEPA University General Hospital
2. 1st Propaedeutic Internal Medicine Department, AHEPA University General Hospital
3. Cardiology Department, 424 Military Hospital, Thessaloniki

SUMMARY

Two main types of dementia invite the interest of a physician in everyday clinical practice: the degenerative dementia (including Alzheimer's disease) and the vascular dementia. There is an increasing evidence

though that vascular pathology frequently coexists with neurodegenerative pathology. A variety of vascular mechanisms might contribute to the pathogenesis of vascular cognitive decline. Recent advances in neuropathology and neuroimaging have led to a better understanding of the effects of vascular disease on cognition. An early diagnosis is crucial for a prompt intervention (pharmacological or not) and inhibition of various mechanisms, ending up in the mitigation of the disease.

Key words: vascular dementia, vascular risk factors, prevention

1. Εισαγωγή

Δύο κύριοι τύποι άνοιας μονοπωλούν το ενδιαφέρον ενός νευρολόγου στην καθημερινή κλινική πράξη: η εκφυλιστικού τύπου άνοια (συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Alzheimer) και η αγγειακού τύπου άνοια.

Η διάγνωση της πιθανής νόσου του Alzheimer απαιτεί:

A. την παρουσία μείζονος ή ήπιας νευρογνωσιακής διαταραχής **α)** Επιρροή στην ανεξαρτησία του ασθενούς σε καθημερινές δραστηριότητες (μειζων) ή όχι (ήπια), **β)** Έκπτωση από ένα προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας και **γ)** Συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν από παραλήρημα ή μείζονα ψυχιατρική διαταραχή] και

B. Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ύπουλη έναρξη και σταδιακή εξέλιξη της διαταραχής σε έναν ή περισσότερους γνωσιακούς τομείς και
- Στοιχεία γενετικής μετάλλαξης που ενέχεται στην πρόκληση της νόσου του Alzheimer από το οικογενειακό ιστορικό ή γενετικό έλεγχο ή όλα τα ακόλουθα:
- Σαφείς ενδείξεις έκπτωσης της μνήμης και της μάθησης και τουλάχιστον ενός ακόμη γνωσιακού τομέα (βάσει λεπτομερούς ιστορικού ή επαναλαμβανόμενων νευροψυχολογικών δοκιμασιών)
- Σταθερά προοδευτική, σταδιακή νοητική έκπτωση, χωρίς εκτεταμένες περιόδους plateau
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις μικτής αιτιολογίας (δηλαδή απουσία άλλης νευροεκφυλιστικής ή αγγειακής νόσου του εγκεφάλου ή άλλης νευρολογικής, ψυχικής ή συστηματικής νόσου ή κατάστασης που πιθανώς συμβάλλει στη νοητική έκπτωση).^[1]

Βασικό στοιχείο της παθοφυσιολογίας της νόσου του Alzheimer θεωρείται ότι είναι η δυσλειτουργία του πεπτιδίου του β-αμυλοειδούς (Αβ), το οποίο συμβάλλει στο σχηματισμό γεροντικών πλακών και νευροϊνιδιακών αλλοιώσεων, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν ανεπάρκεια νευρωνικών συνάψεων και οδηγούν σε θάνατο των νευρικών κυττάρων.^[2]

Η διάγνωση της αγγειακής άνοιας απαιτεί τα ακόλουθα:

- Την παρουσία ήπιας ή μείζονος νευρογνωσιακής διαταραχής
- Τα κλινικά χαρακτηριστικά συνάδουν με αγγειακή αιτιολογία, όπως προκύπτει από ένα από τα ακόλουθα: Η έναρξη των νοητικών ελλειμμάτων σχετίζεται χρονικά με ένα ή περισσότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή ενδείξεις έκπτωσης κυρίως στη σύνθετη προσοχή (συμπεριλαμβανομένης της ταχύτητας επεξεργασίας) και στην εκτελεστική λειτουργία.
- Υπάρχουν ενδείξεις παρουσίας αγγειακής εγκεφαλικής νόσου από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και / ή τη νευροαπεικόνιση που θεωρούνται επαρκείς για να εξηγήσουν τα νευρογνωσιακά ελλείμματα.
- Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη εγκεφαλική νόσο ή συστηματική διαταραχή.

Πιθανή αγγειακού τύπου νευρογνωσιακή διαταραχή διαγιγνώσκεται εάν υπάρχει ένα από τα ακόλουθα:

- Τα κλινικά κριτήρια υποστηρίζονται από νευροαπεικονιστικές ενδείξεις σημαντικού βαθμού παρεγχυματικής βλάβης, η οποία αποδίδεται σε αγγειακή εγκεφαλκή νόσο.
- Το νευρογνωσιακό σύνδρομο σχετίζεται χρονικά με ένα ή περισσότερα τεκμηριωμένα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
- Υπάρχουν τόσο κλινικές όσο και γενετικές ενδείξεις αγγειακής εγκεφαλικής νόσου (π.χ. εγκεφαλκή αυτοσωματική κυρίαρχη αρτηριοπάθεια με υποφλοιώδη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια).^[1]

Διαφορετικά, θα πρέπει να τεθεί η διάγνωση της ενδεχόμενης αγγειακού τύπου νευρογνωσιακής διαταραχής. Τα προαναφερθέντα κριτήρια είναι σύμφωνα με το DSMV. Σε αντίθεση, το DSMIV δεν απαιτεί το προηγούμενο κλινικό ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου.^[3]

Η διαφοροποίηση, με σημαντικό βαθμό βεβαιότητας, μεταξύ του εκφυλιστικού τύπου άνοιας και του αγγειακού τύπου άνοιας βασίζεται στην κλίμακα Hachinski.^[4]

2. Επιδημιολογία και παράγοντες κινδύνου

Η αξιολόγηση της συμβολής της αγγειακής νόσου στην άνοια μπορεί να είναι δύσκολη καθώς συνυπάρχει συνήθως με άλλες νευροεκφυλιστικές ασθένειες όπως η νόσος του Alzheimer. Η αγγειακή άνοια είναι ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος άνοιας.^[6] Ωστόσο, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η αμιγώς αγγειακή άνοια είναι σχετικά σπάνια, ενώ η άνοια πολλαπλής αιτιολογίας με ένα συγκεκριμένο αγγειακό παράγοντα είναι πιο συχνή και αντιπροσωπεύει περίπου το 30 έως 40% όλων των περιπτώσεων άνοιας. Συγκεκριμένα, σε μια κλινική μελέτη κοόρτης, το 38% των ασθενών είχαν νόσο Alzheimer και έμφρακτα, το 30% είχε αμιγή νόσο Alzheimer, το 12% είχε μόνο έμφρακτα και το 4% είχε νόσο Alzheimer με έμφρακτα και νόσο σωματίων του Lewy, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο τη συμβολή της αγγειακής νόσου σε ποσοστό έως και 54% όλων των περιπτώσεων άνοιας.^[6]

Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της αγγειακής άνοιας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι 1,6% και αυξάνεται με την ηλικία.

Η συσχέτιση μεταξύ εγκεφαλικού επεισοδίου και ανάπτυξης άνοιας έχει αποδειχθεί σε αρκετές μελέτες. Περίπου το 10% των ασθενών έχουν άνοια προτού υποστούν το πρώτο τους εγκεφαλικό επεισόδιο, το 10% εμφανίζουν άνοια μετά το πρώτο τους εγκεφαλικό επεισόδιο και περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζουν άνοια μετά από δεύτερο εγκεφαλικό επεισόδιο.^[7] Μαζί με το κλινικά διαγνωσμένο εγκεφαλικό επεισόδιο, η παρουσία «σιωπηλών» εμφράκτων (η παρουσία τουλάχιστον ενός εμφράκτου στη μαγνητική τομογραφία χωρίς ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου) είναι σημαντική για την ανάπτυξη άνοιας. Περίπου το 20% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών έχει σιωπηλά έμφρακτα που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας.^[8]

Δεδομένου ότι το εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να προκαλέσει αγγειακή άνοια, είναι λογικό οι παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο να αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου για αγγειακή άνοια στο γενικό πληθυσμό. Σε μελέτες με βάση τον πληθυσμό, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για αγγειακή άνοια είναι: η προχωρημένη ηλικία, το ανδρικό φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η μη λευκή φυλή, η υπέρταση αλλά και η υπόταση, ο διαβήτης, τα αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, ο χαμηλός ή υψηλός δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, η ομοκυστεϊναμία, το αυξημένο ινωδογόνο, ο παράγοντας VII, η καρωτιδική νόσος, η στεφανιαία νόσος, η κολπική μαρμαρυγή και εν γένει ο καρδιοεμβολισμός, η καρδιακή βαλβι-

δοπάθεια, τα προηγούμενα παροδικά ή μόνιμα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε στρατηγικές θέσεις, η αποφρακτική άπνοια ύπνου και οι χειρουργικές επεμβάσεις, και ειδικότερα η γενική αναισθησία, στους ηλικιωμένους.

Η υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε νοητική δυσλειτουργία μέσω διαφόρων μηχανισμών: **1)** μικροαγγειακή βλάβη που προκαλείται από την υπέρταση και οδηγεί με τη σειρά της σε λευκοαραιώση, μικροέμφρακτα και μικροαιμορραγίες, και **2)** συσσώρευση αμυλοειδούς στον εγκέφαλο που προάγεται από τη διαταραχή της απομάκρυνσης του πεπτιδίου Αβ.^{[9][10]}

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε άνοια μέσω της δυσλειτουργίας της εγκεφαλικής μικροκυκλοφορίας, του οξειδωτικού stress που προκαλεί, της αντίστασης στην ινσουλίνη και της φλεγμονής. Είναι επίσης γνωστό ότι τα ένζυμα διάσπασης της ινσουλίνης φυσιολογικά διασπούν το πεπτιδίον Αβ, και δεδομένου ότι στη νόσο Alzheimer αυτά τα ένζυμα είναι ήδη ελαττωμένα, αυτό μπορεί να συμβάλει ακόμη περισσότερο στη συσσώρευση του πεπτιδίου Αβ.^{[11][12][13]}

Η σχέση υπερχοληστερολαιμίας και νοητικής έκπτωσης/επακόλουθης άνοιας είναι πολύπλοκη και μέχρι στιγμής δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν αυτήν τη σχέση, ενώ άλλες την απορρίπτουν.^{[14][15][18]}

Το κάπνισμα οδηγεί σε άνοια είτε μέσω της νόσου των μικρών αγγείων του εγκεφάλου είτε μέσω της ελάττωσης του φλοιού σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου.^{[16][17][18]}

Με βάση διάφορες μετα-αναλύσεις και συστηματικές μελέτες, υπάρχουν στοιχεία ότι η παχυσαρκία της μέσης ηλικίας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας. Ωστόσο, η σχέση αυτή μπορεί να είναι και αντίστροφη. Μια μεγάλη αναδρομική μελέτη κοόρτης κατέδειξε ότι όσοι ήταν υπέρβαροι στη μέση ηλικία δε διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν άνοια, ενώ εκείνοι που ήταν λιποβαρείς είχαν αυξημένο κίνδυνο.^{[18][19]}

3. Παθολογία

Σε γενικές γραμμές, οποιαδήποτε από τις διάφορες αιτίες του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (νόσος μικρών αγγείων, αθηροσκλήρωση μεγάλων αγγείων, καρδιοεμβολισμός, εγκεφαλική αμυλοειδική νόσος) μπορεί να προκαλέσει αγγειακού τύπου νοητική έκπτωση. Τα παθολογοανατομικά ευρήματα στην αγγειακή άνοια περιλαμβάνουν: μεγάλα έμφρακτα, κενοχωριώδη έμφρακτα, διάχυτες ισχαιμικές βλάβες λευκής ουσίας, αιμοδυναμικά έμφρακτα, κοκκιώδη φλοιϊκή ατροφία, μικροαιμορραγίες αλλά και διάχυτες γεροντικές πλάκες, ώριμες νευριτικές πλάκες και νευροϊνιδιακές συσσωρεύσεις.^{[20][21]}

Τα τρία τελευταία ευρήματα συνάδουν περισσότερο με την εκφυλιστική άνοια και το εύλογο ερώτημα που προκύπτει είναι εάν πράγματι οι διάφορες μορφές άνοιας (εκφυλιστική, αγγειακή) μπορούν να υπάρχουν ανεξάρτητα ή να συνυπάρχουν. Προς υποστήριξη της τελευταίας εκδοχής έρχεται η μελέτη Nun, η οποία υποστηρίζει ότι μόνο ο συνδυασμός εκφυλιστικών και αγγειακών στοιχείων στον εγκέφαλο είναι δυνατόν να οδηγήσει σε νοητική έκπτωση.^[22] Επομένως, είναι δόκιμο να αναφερόμαστε όχι σε αγγειακή ή εκφυλιστική άνοια αλλά σε κυρίως αγγειακή και κυρίως εκφυλιστική άνοια. Όσον αφορά τη θέση των εμφράκτων στην αγγειακή άνοια, μπορεί να είναι φλοιώδη, υποφλοιώδη και στρατηγικά τοποθετημένα (στον θάλαμο, στο γόνυ της έσω κάψας, στον κερκοφόρο πυρήνα, στο κέλυφος, στις έσω μετωπιαίες, έσω κροταφικές και στην αριστερή γωνιώδη έλικα).

4. Κλινικές εκδηλώσεις

Η αγγειακή άνοια, εξ ορισμού, περιλαμβάνει κάποιου βαθμού νοητική έκπτωση, η σοβαρότητα και το προφίλ της οποίας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη θέση και τη σοβαρότητα της αγγειακής εγκεφαλικής βλάβης. Η νοητική έκπτωση μπορεί να εξελίσσεται βαθμιαία μετά από ένα κλινικά διαγνωσμένο εγκεφαλικό επεισόδιο ή βαθμιαία χωρίς την ταυτόχρονη ύπαρξη ιστορικού εγκεφαλικού επεισοδίου, αλλά με νευροαπεικονιστικές ενδείξεις «σιωπηλής» αγγειακής εγκεφαλικής νόσου. Καθώς η αγγειακή εγκεφαλική νόσος συχνά προσβάλλει τους μετωπιαίους λοβούς και διακόπτει τις μετωποραβδωτές συνδέσεις, σημειώνονται κυρίως ελλείμματα στην προσοχή, στην ταχύτητα επεξεργασίας και στην εκτελεστική λειτουργία. Ωστόσο, η αγγειακή άνοια μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε γνωσιακό τομέα, μιμούμενη μερικές φορές άλλους τύπους άνοιας, όπως η νόσος Alzheimer. Συγκριτικά με τους ασθενείς με νόσο Alzheimer, οι ασθενείς με αγγειακή άνοια έχουν περισσότερο επηρεασμένη την εκτελεστική λειτουργία αλλά καλύτερη μνήμη. Τα συμπτώματα που αναφέρονται συχνά από τους ασθενείς και τους φροντιστές τους περιλαμβάνουν τα εξής: κυμαινόμενη πορεία των συμπτωμάτων, αδυναμία ανάκλησης γεγονότων, νυχτερινή σύγχυση, αποπροσανατολισμό ή μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων όπως τα οικονομικά ενός νοικοκυριού. Όπως και με τους υπόλοιπους τύπους άνοιας, τα μη νοητικά συμπτώματα είναι συχνά και μάλιστα μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητικά για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές στη συμπεριφορά, συναισθηματική ακράτεια, κατάθλιψη, απάθεια, αιπνία και ψύχωση.^[23] Ωστόσο, η προσωπικότητα μπορεί να διατηρηθεί σχετικά μέχρι τα τελευταία στάδια της νόσου.

Η νευρολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει σημεία προηγηθέντος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή κινητικά και αισθητικά ελλείμματα που σχετίζονται με νόσο μικρών αγγείων. Οι ασθενείς δύνανται να εμφανίσουν διαταραχές βάδισης, αστάθεια και συχνές πτώσεις, ακράτεια ούρων, ψευδοπρομηκική παράλυση και αγγειακό παρκινσονισμό.

5. Αξιολόγηση και διαγνωστική προσέγγιση

Η διερεύνηση ενός ασθενούς με υποψία αγγειακής άνοιας, όπως και σε ασθενείς με οποιαδήποτε άλλη αιτία νοητικής διαταραχής, θα πρέπει πρωτίστως να εστιάσει στον καθορισμό του βαθμού και της σοβαρότητας της νοητικής έκπτωσης. Η ανεύρεση οποιουδήποτε ιστορικού παροδικού ή μόνιμου εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και η αναγνώριση τυπικών παραγόντων κινδύνου και αιτιών εγκεφαλικού επεισοδίου ή σιωπηλής αγγειακής εγκεφαλικής νόσου μέσω κλινικών (υπέρταση), εργαστηριακών (εξετάσεις αίματος) και νευροαπεικονιστικών εξετάσεων (αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, υπερηχογραφικός έλεγχος του καρωτιδικού συστήματος, μαγνητική ή αξονική αγγειογραφία, υπερηχοκαρδιογραφία, παρατεταμένη καταγραφή με Holter ρυθμού) είναι ζωτικής σημασίας. Εν γένει ο ασθενής προσεγγίζεται σαν να έχει υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Είναι απαραίτητο επίσης να αναζητηθεί η παρουσία κλινικών χαρακτηριστικών ή βιοδεικτών άλλων νευροεκφυλιστικών νόσων, καθώς αυτές μπορεί να αποτελούν μια εναλλακτική ή συνυπάρχουσα αιτία άνοιας.^[24]

Ο αγγειακός υπέρηχος μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της αγγειακής άνοιας. Η παρουσία καρωτιδικής πλάκας και το αυξημένο πάχος του έσω-μέσου χιτώνα στις κοινές καρωτίδες αρτηρίες σχετίζονται με αγγειακή άνοια, σε αντίθεση με την εκφυλιστική άνοια.^[25] Επιπλέον, η αυξημένη ταχύτητα παλμικού κύματος καρωτίδας-μηριαίας αρτηρίας ευνοεί τη διάγνωση της αγγειακής άνοιας.^[26] Αυξημένος δείκτης παλμικότητας στη μέση εγκεφαλική αρτηρία στο διακρανιακό Doppler, δίνει προτεραιότητα στη διάγνωση της αγγειακής άνοιας έναντι της εκφυλιστικής.^[27] Ο μειωμένος δείκτης κατακρατησης αναπνοής στη μέση εγκεφαλική αρτηρία στο διακρανιακό Doppler ευνοεί την παρουσία αγγειακής άνοιας, σε σύγκριση με την εκφυλιστική άνοια.^[28] ^[29] Η ανίχνευση εμβόλων στη μέση εγκεφαλική αρτηρία στο διακρανιακό Doppler δε βοηθά στη διαφορική διάγνωση μεταξύ εκφυλιστικής και αγγειακής άνοιας, αλλά η παρουσία τους αποτελεί προγνωστικό παράγοντα επιδείνωσης της άνοιας στο μέλλον, ανεξάρτητα από τον τύπο της.^[30] ^[31] Ο ήπιος ερεθισμός και η κίνηση του άνω άκρου κατά το λειτουργικό

διακρανιακό Doppler καταδεικνύουν μη φυσιολογική αύξηση της ταχύτητας στη μέση εγκεφαλική αρτηρία στην αγγειακή άνοια, σε αντίθεση με την εκφυλιστική. [29] [32] [33]

6. Θεραπεία

Κατά τη συνολική διαχείριση ασθενών με αγγειακού τύπου νοητική έκπτωση, όπως και με άλλους τύπους άνοιας, θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση, τη συμβουλευτική και την παροχή πληροφοριών και υποστήριξης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους καθώς και στη μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας των ασθενών.

Ασθενείς με νοητική έκπτωση και κλινικές ή ακτινολογικές ενδείξεις αγγειακής εγκεφαλικής νόσου θα πρέπει να εξετάζονται και να υποβάλλονται στην κατάλληλη θεραπεία για παράγοντες αγγειακού κινδύνου, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή, η ομοκυστεϊναιμία, το αυξημένο ινωδογόνο, η αποφρακτική άπνοια ύπνου και η υπερλιπιδαιμία (με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία οι στατίνες μπορεί να έχουν τόσο αιτιολογική όσο και προληπτική δράση στην άνοια [34]). Παρόλο που η επιθετική αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων κινδύνου για την πρόληψη και την επιβράδυνση της εξέλιξης της αγγειακού τύπου νοητικής έκπτωσης φαίνεται λογική, προς το παρόν υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα που υποστηρίζουν μια τέτοια προσέγγιση. Αν και η αποτελεσματικότητα των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων στη δευτερογενή πρόληψη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι καλά τεκμηριωμένη, καμία τυχαίοποιημένη δοκιμή δεν έδειξε όφελος της ασπιρίνης ή άλλης αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας στην πρόληψη ή τη θεραπεία της αγγειακής άνοιας. [35]

Δοκιμές με αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης και μεμαντίνη, δύο από τις πιο αναγνωρισμένες και καθιερωμένες αγωγές για τη νόσο Alzheimer, έχουν δείξει μικτά αποτελέσματα στην αγγειακού τύπου νοητική έκπτωση. [36] [37] [38] Η λογική της δοκιμής αυτών των φαρμάκων στην αγγειακή άνοια βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στην ιδέα ότι αντιμετωπίζουν το εκφυλιστικό στοιχείο της αγγειακής άνοιας.

Η αγγειακή άνοια μπορεί επίσης να συνοδεύεται από νευροψυχιατρικά συμπτώματα, όπως άγχος, αϋπνία, διαταραχές συμπεριφοράς, ψύχωση και κατάθλιψη. Μερικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ψευδοπρομηκική παράλυση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα μπορούσε να έχει θέση η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Η δεξτρομεθορφάνη / κινιδίνη εγκρίθηκε πρόσφατα από τον FDA για τη θεραπεία της ψευδοπρομηκικής παράλυσης.

Ο αγγειακός παρκινσονισμός και η επιληψία θα πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται καταλλήλως.

Περιβαλλοντικές, συμπεριφορικές και άλλες μη φαρμακευτικές θεραπείες, όπως η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η υλοποίηση δραστηριοτήτων, οι αισθητηριακές παρεμβάσεις, η θεραπεία με κατοικίδια ζώα, μπορεί να είναι αποτελεσματικές, ενώ δεν μπορεί να παραβλεφθεί και η συμβολή της τέχνης στη θεραπεία της άνοιας (μουσικοθεραπεία, θεραπεία μέσω δράματος και μέσω χορού).

Ως γενικός κανόνας στη θεραπεία της αγγειακής άνοιας, η έγκαιρη διάγνωση θα μπορούσε να οδηγήσει σε έγκαιρη επέμβαση (φαρμακευτική ή μη), η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
2. Murphy MP, LeVine H 3rd. Alzheimer's disease and the amyloid-beta peptide. *J Alzheimers Dis.* 2010;19(1):311-323.
3. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Hachinski V, Oveisgharan S, Romney AK, Shankle WR. Optimizing the Hachinski Ischemic Scale. *Arch Neurol.* 2012 Feb;69(2):169-75
5. Smith EE. Clinical presentations and epidemiology of vascular dementia. *Clin Sci (Lond).* 2017 Jun 1;131(11):1059-1068.
6. Schneider JA, Arvanitakis Z, Bang W, Bennett DA. Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. *Neurology* 2007; 69:2197.
7. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8:1006.
8. Vermeer SE, Prins ND, den Heijer T, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. *N Engl J Med.* 2003 Mar 27;348(13):1215-22.
9. Sierra C. Hypertension and the Risk of Dementia. *Front Cardiovasc Med.* 2020;7:5. Published 2020 Jan 31.
10. Iadecola C. Hypertension and dementia. *Hypertension.* 2014; 64:3-5.
11. Ravona-Springer R, Schnaider-Beeri M. The association of diabetes and dementia and possible implications for nondiabetic populations. *Expert Rev Neurother.* 2011;11(11):1609-1617.

12. Biessels GJ, Despa F. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(10):591-604.
13. Cholerton B, Baker LD, Montine TJ, Craft S. Type 2 Diabetes, Cognition, and Dementia in Older Adults: Toward a Precision Health Approach. *Diabetes Spectr*. 2016;29(4):210-219.
14. Appleton JP, Scutt P, Sprigg N, Bath PM. Hypercholesterolaemia and vascular dementia. *Clin Sci (Lond)*. 2017 Jun 30;131(14):1561-1578.
15. Mielke MM, Zandi PP, Shao H, et al. The 32-year relationship between cholesterol and dementia from midlife to late life. *Neurology*. 2010;75(21):1888-1895.
16. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Guo JJ, Zhao Y (2015) Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers. *PLOS ONE* 10(3): e0118333.
17. Durazzo TC, Mattsson N, Weiner MW; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3 Suppl): S122-S145.
18. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dement*. 2015 Jun;11(6):718-26.
19. Qizilbash N, Gregson J, Johnson ME, Pearce N, Douglas I, Wing K, Evans SJW, Pocock SJ. BMI and risk of dementia in two million people over two decades: a retrospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Jun;3(6):431-436.
20. Kalaria RN. The pathology and pathophysiology of vascular dementia. *Neuropharmacology*. 2018 May 15;134(Pt B):226-239.
21. McAleese, K.E., Alafuzoff, I., Charidimou, A. et al. Post-mortem assessment in vascular dementia: advances and aspirations. *BMC Med* 14, 129 (2016).
22. Mortimer JA. The Nun Study: risk factors for pathology and clinical-pathologic correlations. *Curr Alzheimer Res*. 2012 Jul;9(6):621-7.
23. Gupta M, Dasgupta A, Khwaja GA, Chowdhury D, Patidar Y, Batra A. Behavioural and psychological symptoms in poststroke vascular cognitive impairment. *Behav Neurol*. 2014;2014:430128.
24. Biessels GJ. Diagnosis and treatment of vascular damage in dementia. *Biochim Biophys Acta*. 2016 May;1862(5):869-77.
25. Hofman A, Ott A, Breteler MM, Bots ML, Slooter AJ, van Harskamp F, van Duijn CN, Van Broeckhoven C, Grobbee DE. Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. *Lancet*. 1997 Jan 18;349(9046):151-4.
26. Hanon O, Haulon S, Lenoir H, Seux ML, Rigaud AS, Safar M, Girerd X, Forette F. Relationship between arterial stiffness and cognitive function in elderly subjects with complaints of memory loss. *Stroke*. 2005 Oct;36(10):2193-7.
27. Biedert S, Förstl H, Hewer W. Multiinfarct dementia versus Alzheimer's disease: sonographic criteria. *Angiology*. 1995;46:129-135.
28. Provinciali L, Minicotti P, Ceravolo G, Angeleri F, Sanguinetti CN: Transcranial Doppler sonography as a diagnostic tool in vascular dementia. *Eur Neurol* 1990;30:98-103.
29. Matteis M, Silvestrini M, Troisi E, Bragoni M, Vernieri F, Caltagirone C: Cerebral hemodynamic patterns during stimuli tasks in multi-infarct and Alzheimer types of dementia. *Acta Neurol Scand* 1998;97:374-380.
30. Purandare N, Burns A, Daly KJ, Hardicre J, Morris J, Macfarlane G, McCollum C: Cerebral embolias a potential cause of Alzheimer's disease and vascular dementia: case-control study. *BMJ* 2006;332: 1119-1124.
31. Purandare N, Voshaar RC, Morris J, Byrne JE, Wren J, Heller RF, McCollum CN, Burns A: Asymptomatic spontaneous cerebral emboli predict cognitive and functional decline in dementia. *Biol Psychiatry* 2007;62:339-344.
32. Aaslid R. Visually evoked dynamic blood flow response of the human cerebral circulation. *Stroke*. 1987 Jul-Aug;18(4):771-5.
33. Asil T, Uzuner N. Differentiation of vascular dementia and Alzheimer disease: a functional transcranial Doppler ultrasonographic study. *J Ultrasound Med*. 2005 Aug;24(8):1065-70.
34. Schultz BG, Patten DK, Berlau DJ. The role of statins in both cognitive impairment and protection against dementia: a tale of two mechanisms. *Transl Neurodegener*. 2018;7:5. Published 2018 Feb 27.
35. Ryan J, Storey E, Murray AM, Woods RL, Wolfe R, Reid CM, Nelson MR, Chong TTJ, Williamson JD, Ward SA, Lockery JE, Orchard SG, Trevaks R, Kirpach B, Newman AB, Ernst ME, McNeil JJ, Shah RC; ASPREE Investigator Group. Randomized placebo-controlled trial of the effects of aspirin on dementia and cognitive decline. *Neurology*. 2020 Jul 21;95(3):e320-e331.
36. Auchus AP, Brashear HR, Salloway S, Korczyn AD, De Deyn PP, Gassmann-Mayer C; GAL-INT-26 Study Group. Galantamine treatment of vascular dementia: a randomized trial. *Neurology*. 2007;69:448-458.
37. Roman GC, Salloway S, Black SE, et al. Randomized, placebo-controlled, clinical trial of donepezil in vascular dementia: differential effects by hippocampal size. *Stroke* 2010; 41: 1213-21.
38. Ballard C, Sauter M, Scheltens P, et al. Efficacy, safety and tolerability of rivastigmine capsules in patients with probable vascular dementia: the VantagE study. *Curr Med Res Opin* 2008; 24: 2561-74.

Νέες προκλήσεις στην σύγχρονη αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού

Στέλλα Παπαχρήστου, Νικόλαος Παπάνας*
* Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου
Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη



Στέλλα Παπαχρήστου

Διαβητολογικό Κέντρο-Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο
Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Στέλλα Παπαχρήστου

Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη, Τ.Κ. 68100

Τηλ. επικοινωνίας: +30 2551352529

email: papachristoustella@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επούλωση ελκών στο διαβητικό πόδι εξακολουθεί να παραμένει δύσκολη. Έτσι η σύγχρονη αντιμετώπισή τους χρειάζεται βελτίωση. Απαιτείται πιο έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση της νευροπάθειας και της αρτηριοπάθειας καθώς και ανίχνευση των ατόμων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για μελλοντικά έλκη διαβητικού ποδιού. Επίσης, βελτιώσεις αναζητούνται στα σχήματα αντιβίωσης και στην τοπική θεραπεία. Σημαντική είναι και η ανάγκη αναδιοργάνωσης των ιατρικών διαβητικού ποδιού, ώστε να αντιμετωπίζονται τις αυξημένες ανάγκες των ασθενών, ιδίως όταν η θεραπεία επείγει ή υπάρχουν σοβαρές συννοσηρότητες. Τέλος, η πανδημία COVID-19 έδωσε ώθηση στην τηλε-ιατρική και δημιούργησε την ανάγκη νέων θεραπευτικών αλγορίθμων διαλογής και αντιμετώπισης.

Λέξεις-κλειδιά: διαβητικό πόδι, διάγνωση, έλκη, θεραπεία, σακχαρώδης διαβήτης

New challenges in current management of diabetic foot

Stella Papachristou, Nikolaos Papanas

Diabetes Centre-Diabetic Foot Clinic, Second Department of Internal Medicine, Democritus University of Thrace, University Hospital of Alexandroupolis, Greece

SUMMARY

Diabetic foot ulcers remain difficult to heal. Thus, their current management needs some improvements. We need an earlier and more reliable diagnosis of diabetic neuropathy and peripheral arterial disease, as well as timely detection of subjects at high risk of developing foot ulcerations. Improvements are also being sought

in antibiotic regimens and local therapies. Re-organisation of diabetic foot clinics is highly desirable, as well. Indeed, they should cope with increasing patient needs, especially in the event of urgencies or serious comorbidities. Finally, the COVID-19 pandemic has induced the development of telemedicine, as well as the need of new therapeutic algorithms for patient triage and management.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, diagnosis, treatment, ulcer

Η επούλωση ελκών στο διαβητικό πόδι εξακολουθεί να παραμένει δύσκολη και δυστυχώς τα έλκη τείνουν να υποτροπιάζουν, περίπου 40% στον ένα χρόνο και 65% στα 5 έτη.¹ Έτσι η σύγχρονη αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού πιστεύουμε ότι χρειάζεται βελτίωση σε 6 τομείς:

1) Έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας

Η έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας είναι σημαντική για ποικίλους λόγους.^{1,2} Αρχικά, πρέπει να γίνεται τακτική και προσεκτική εξέταση, προκειμένου να αποφευχθούν τα διαβητικά έλκη.^{1,2} Επιπλέον, οφείλουν να ενθαρρύνονται ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος και η βελτίωση άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων (πχ υπέρταση, δυσλιπιδαιμία).^{1,2} Τέλος, η καθημερινή υγιεινή των ποδιών και τα σωστά υποδήματα είναι απαραίτητα.¹

Μερικές νεότερες κλινικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες για την έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής πολυνευροπάθειας. Σε αυτά ανήκουν, το αυτοκόλλητο επίθεμα ελέγχου της εφίδρωσης Neuropad, το VibraTip, η συσκευή NC-stat DPN και άλλα.² Το Neuropad έχει μελετηθεί επισταμένα επί έτη και έχει επιβεβαιωθεί διαθέτει μεγάλη επαναληψιμότητα, υψηλή ευαισθησία αλλά και ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει και ο ίδιος ο ασθενής.² Το Vibra Tip είναι μια μικρή φορητή συσκευή η οποία ασκεί δονήσεις στο μεγάλο δάχτυλο και η διαγνωστική του αξία έχει τεκμηριωθεί.³ Η συσκευή NC-stat DPN δύναται να χρησιμοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας, έπειτα από σύντομη και εύκολη εκπαίδευση.^{4,5} Μετρά την ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημιαίου νεύρου.^{4,5} Έχει τεκμηριωθεί πως διαθέτει πολύ υψηλή διαγνωστική αξία (ευαισθησία, ειδικότητα).^{4,5}

2) Έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών υψηλού κινδύνου

Η ξηρότητα του δέρματος του ποδιού, όταν αυτή εκτιμάται με το Neuropad, έχει φανεί ότι αποτελεί σημαντικό επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου μελλοντικής ανάπτυ-

ξης έλκους στο διαβητικό πόδι.⁶ Αυτό επιβεβαιώθηκε σε πολύ πρόσφατη πολυκεντρική προοπτική μελέτη καθ' ενθαρρύνει την ευρύτερη χρήση του Neuropad ως δοκιμασίας για την ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου.⁶

3) Ανίχνευση και εκτίμηση της ισχαιμίας

Η περιφερική αρτηριακή νόσος είναι συχνή και πολύ επικίνδυνη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.⁷ Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης χρησιμοποιείται συχνά και μπορεί να ανιχνεύσει κλινικά σημαντική ισχαιμία. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη σε άτομα που εμφανίζουν έλκη, ο δακτυλοβραχιόνιος δείκτης φαίνεται να είναι περισσότερο χρήσιμος δεδομένου ότι μπορεί να ανιχνεύσει περιφερική αρτηριακή νόσο όταν ο σφυροβραχιόνιος δείκτης είναι φυσιολογικός.⁷

4) Βελτίωση στην οργάνωση των ιατρικών διαβητικού ποδιού

Τα σύγχρονα ιατρεία διαβητικού ποδιού πρέπει να αναδι-αμορφωθούν, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες των ασθενών που αντιμετωπίζουν έλκη.⁸ Η περίθαλψη πρέπει να γίνεται γρήγορα και να συνεργάζονται πολλές ειδικότητες, ειδικά σε ασθενείς με συννοσηρότητες.⁸ Ο έγκαιρος χειρουργικός καθαρισμός και η χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, όπως και η διόρθωση της ισχαιμίας όταν χρειάζεται, αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικές παρεμβάσεις.^{9,10} Η ισχαιμία ή η εκτεταμένη λοίμωξη, γάγγραινα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε επείγουσα βάση, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα μυοκαρδίου ή το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο,¹⁰ ιδίως σε άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, όπου η πρόγνωση είναι χειρότερη.¹¹

5) Νέες θεραπείες

Αναζητούνται συνεχώς νέες θεραπευτικές δυνατότητες. Ανάμεσα σε αυτές, η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο (είτε συστηματικό είτε τοπικό) μπορεί να επιταχύνει την επούλωση των διαβητικών ελκών, ιδιαίτερα σε άτομα

που παρουσιάζουν ισχαιμία.^{12,14} Η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών με ισορροπημένη δίαιτα προάγει την επούλωση.¹⁵

Άλλο ένα ζήτημα είναι η χρόνια χορήγηση αντιβιοτικών. Η ενδοφλέβια χορήγηση δεν είναι πρακτική, δεδομένου ότι παρατείνει τη νοσηλεία και αυξάνει το κόστος.¹⁶ Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, η κατάλληλη λήψη αγωγής από το στόμα έπειτα από αρχική χορήγηση ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με την ενδοφλέβια αγωγή.¹⁶

Σχετικά με την περιποίηση της βλάβης, υπάρχουν διάφορα ενδιαφέροντα νεότερα υλικά. Τα επιθέματα τα οποία περιέχουν πολυεξανίδη και σουκραλφάτη έχουν φανεί ασφαλή και προάγουν την επούλωση σε νευροϊσχαιμικά έλκη σε 20 εβδομάδες.¹⁷

Άλλη υποσχόμενη θεραπεία αποτελεί η χρήση βλαστοκυττάρων του λιπώδους ιστού. Αυτά προάγουν την αγγειογένεση σε άτομα σε σακχαρώδη διαβήτη και σύμφωνα με πειραματικές μελέτες επιταχύνουν τη δημιουργία κοκκιδώδους ιστού, την επιθηλιοποίηση και τη νεοαγγείωση. Ωστόσο, χρειάζονται ακόμη περισσότερες κλινικές μελέτες.¹⁸

6) COVID-19 και φροντίδα του διαβητικού ποδιού

Στην εποχή της νέας πανδημίας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του απαγορευτικού δημιουργήθηκε η ανάγκη να καθιερωθεί ένα νέο σύστημα εκτίμησης των ασθενών.¹⁹⁻²¹ Έτσι, αναπτύχθηκε η τηλε-ιατρική.¹⁹⁻²¹ Στην Ιταλία,¹⁹ στις ΗΠΑ²⁰ και στο Ηνωμένο Βασίλειο,²⁰ η προσέγγιση απέβη εφικτή και είχε πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η νοσηλεία περιορίστηκε μόνο για τα έλκη που παρουσίαζαν σοβαρή λοίμωξη, ισχαιμία ή οστεομυελίτιδα.^{19,20}

Στους νοσηλευόμενους ασθενείς, η θεραπεία οφείλει να καθορίζεται από το πόσο επείγουσα κρίνεται η χειρουργική αντιμετώπιση και η βαρύτητα του διαβητικού ποδιού.²⁰⁻²² Προκειμένου να διευκολυνθεί αυτή διαδικασία έχουν ήδη προταθεί θεραπευτικοί αλγόριθμοι,^{22,23} οι οποίοι φαίνεται να είναι χρήσιμοι και χρειάζονται περαιτέρω εφαρμογή σε εξειδικευμένα κέντρα.

Συμπεράσματα

Τα έλκη στο διαβητικό πόδι αποτελούν καθημερινή θεραπευτική πρόκληση.¹ Χρειάζεται πρόσδος σε μερικούς τομείς, για να βελτιωθούν οι διαγνωστικές δυνατότητες και η έκβαση της θεραπείας.² Η κατάσταση επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας,²¹ όπου η τηλε-ιατρική απέβη απαραίτητη.²⁰

Βιβλιογραφία

1. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med* 2017;376:2367-75.
2. Papanas N. Diabetic neuropathy collection: progress in diagnosis and screening. *Diabetes Ther* 2006;11:761-4.
3. Papanas N, Pafili K, Demetriou M, Papachristou S, Kyrogrou S, Papazoglou D et al. The diagnostic utility of vibratip for distal symmetrical polyneuropathy in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Ther* 2020;11:341-6.
4. Chatzikosma G, Pafili K, Demetriou M, Vadikolias K, Maltezos E, Papanas N. Evaluation of sural nerve automated nerve conduction study in the diagnosis of peripheral neuropathy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Sci* 206;12:390-3.
5. Papanas N, Pafili K, Demetriou M, Chatzikosma G, Papachristou S, Papazoglou D. Automated measurement of sural nerve conduction is a useful screening tool for peripheral neuropathy in type 1 diabetes mellitus. *Rev Diabet Stud* 2019;15:58-9.
6. Panagoulas G, Eleftheriadou I, Papanas N, Manes C, Kamenov Z, Tesic D et al. Dryness of foot skin assessed by the visual indicator test and risk of diabetic foot ulceration: A prospective observational study. *Frontiers Endocrinol* 2020;11:625.
7. Manu CA, Freedman B, Rashid H, Winkley K, Edmonds ME. Peripheral arterial disease located in the feet of patients with diabetes and foot ulceration demands a new approach to the assessment of ischemia. *Int J Low Extrem Wounds* 2020 Aug 17:1534734620947979. [Online ahead of print].
8. Huang DY, Wilkins CJ, Evans DR. The diabetic foot: the importance of coordinated care. *Semin Intervent Radiol* 2014;31:307-12.
9. Manas AB, Taori S, Ahluwalia R, Slim H, Manu C, Rashid H et al. Admission time deep swab specimens compared with surgical bone sampling in hospitalized individuals with diabetic foot osteomyelitis and soft tissue infection. *Int J Low Extrem Wounds* 2020 May 5:1534734620916386. [Online ahead of print].
10. Vas PRJ, Edmonds M, Kavarthapu V, Rashid H, Ahluwalia R, Pankhurst C et al. The diabetic foot attack: Tis too late to retreat. *Int J Low Extrem Wounds* 2018;17:7-13.
11. Sharma A, Vas P, Cohen S, Patel T, Thomas S, Fountoulakis N et al. Clinical features and burden of new onset diabetic foot ulcers post simultaneous pancreas kidney transplantation and kidney only transplantation. *J Diabetes Complications* 2019;3:662-7.

12. Vas PR, Papanas N. Editorial and mini-review: topical oxygen therapy for diabetic foot ulcerations-avenue towards new hope? *Rev Diabet Stud* 2019;15:71-3.
13. Frykberg RG, Franks PJ, Edmonds M, Brantley JN, Téot L, Wild T et al. A multinational, multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial to evaluate the efficacy of cyclical topical wound oxygen (TWO2) therapy in the treatment of chronic diabetic foot ulcers: The TWO2 study. *Diabetes Care* 2020;43:616-24.
14. Perren S, Gatt A, Papanas N, Formosa C. Hyperbaric oxygen therapy in ischaemic foot ulcers in type 2 diabetes: a clinical trial. *Open Cardiovasc Med J* 2018;12:80-5.
15. Vas PRJ, Edmonds ME, Papanas N. Nutritional supplementation for diabetic foot ulcers: the big challenge. *Int J Low Extrem Wounds* 2017;16:226-9.
16. Scarborough M, Li HK, Rombach I, Zambellas R, Walker AS, McNally M et al. Oral versus intravenous antibiotics for bone and joint infections: the OVIVA non-inferiority RCT. *Health Technol Assess* 2019;23:1-92.
17. Edmonds M, Lázaro-Martínez JL, Alfayate-García JM, Martini J, Petit JM, Rayman G et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:186-96.
18. Álvaro Afonso FJ, Sanz Corbalán I, Lázaro-Martínez JL, Kakagia D, Papanas N Adipose derived mesenchymal stem cells in the treatment of diabetic foot ulcers: a review of preclinical and clinical studies. *Angiology* 2020;71:853-63.
19. Meloni M, Izzo V, Giurato L, Gandini R, Uccioli L. Management of diabetic persons with foot ulceration during COVID-19 health care emergency: Effectiveness of a new triage pathway. *Diabetes Res Clin Pract* 2020;165:108245.
20. Shin L, Bowling FL, Armstrong DG, Boulton AJM. Saving the diabetic foot during the COVID-19 pandemic: a tale of two cities. *Diabetes Care* 2020;43:1704-9.
21. Papanas N, Papachristou S. COVID-19 and diabetic foot: will the lamp burn bright?. *Int J Low Extrem Wounds* 2020;19:111.
22. Kelahmetoglu O, Camli, MF, Kirazoglu A, Erbayat Y, Asgarzade S, Durgun U et al. Recommendations for management of diabetic foot ulcers during COVID-19 outbreak. *Int Wound J* 2020;17: 1-4.
23. Meloni M, Bouillet B, Ahluwalia R, Lüdemann C, Sánchez-Ríos JP, Iacopi E et al. Fast-track pathway for diabetic foot ulceration during COVID-19 crisis: A document from International Diabetic Foot Care Group and D-Foot International. *Diabetes Metab Res Rev* 2020 Aug 17:e3396. [Online ahead of print].

Εταιρεία
Παθολογίας
Ελλάδος



Πανελλήνιο Συνέδριο
Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην

Εσωτερική Παθολογία

26-28 Φεβρουαρίου 2021

Διαδικτυακό
Συνέδριο



Υπό την αιγίδα

Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών



Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος



Χορήγηση Πιστοποιητικού Παρακολούθησης με Μόρια
Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Αφιέρωμα στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζομένης Εκπαιδύσεως στην Εσωτερική Παθολογία 26-28 Φεβρουαρίου 2021

6th Panhellenic Congress on Continuing Education in Internal Medicine 26-28 February 2021

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΑ 01 | ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ. ΔΥΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΕΚΒΑΣΗ

Κώστοςτου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος²,
Σπυρόπουλος Παναγιώτης³, Ξανθάκου Ελένη⁴,
Αθανασίου Παναγιώτης⁵

1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

2 Ρευματολογική Κλινική ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

3 Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

4 Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη

5 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Η νευρική ανορεξία και η νοσογόνος παχυσαρκία είναι διαταραχές της πρόσληψης τροφής που οδηγούν σε παθολογικά χαμηλή ή παθολογικά υψηλή μάζα σώματος. Οι διαταραχές αυτές οδηγούν το άτομο να προσλαμβάνει είτε πολλή μικρή ποσότητα είτε εξαιρετικά μεγάλη ποσότητα τροφής. Είναι επίμονες διαταραχές που παρά τη μεγάλη ενσυνείδητη προσπάθεια του ατόμου να τις καταπολεμήσει δεν αντιμετωπίζονται επιτυχώς. Τα άτομα λαμβάνουν διατροφικές οδηγίες τις οποίες αντιλαμβάνονται αλλά αδυνατούν να ακολουθήσουν. Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών με νευρική ανορεξία και μιας περίπτωσης με νοσογόνο παχυσαρκία που μετά από μακρά πορεία και πολλαπλές θεραπευτικές παρεμβάσεις κατέληξαν στο θάνατο.

Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών με νευρική ανορεξία που εμφανίστηκε σε ηλικία 17 και 19 ετών αντίστοιχα. Οι ασθενείς ήταν νεαρά θήλαα άτομα από οικογένειες μέσης οικονομικής κατάστασης. Στη μια περίπτωση η ασθενής τελείωσε με επιτυχία πανεπιστημιακές σπουδές ενώ στην δεύτερη περίπτωση δεν κατάφερε να ασχοληθεί με επιτυχία σε κάποιον τομέα. Εγιναν και στις δύο περιπτώσεις πολλαπλές θεραπευτικές παρεμβάσεις διαιτολογικές και με χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που όμως δεν είχαν επιτυχία, καθώς οι ασθενείς ήταν ελεγκτικές όσο αφορά τη χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων και δεν συμμορφώνονταν με τη λήψη τους. Στη μια εκ των ασθενών εμφανίστηκε δευτεροπαθής κλινικός υποθυρεοειδισμός και κατέστη αναγκαία η χορήγηση

θυροξίνης. Παρά τις πολλαπλές νοσηλείες οι νεαρές ασθενείς κατέληξαν. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς γυναίκες ηλικίας 30 ετών με νοσογόνο παχυσαρκία. Η ασθενής μετά πολλά έτη προσπαθειών με διαιτητική παρέμβαση και τη χρήση σκευασμάτων που ελαττώνουν την όρεξη υποβλήθηκε σε βαριατρική επέμβαση. Η επέμβαση ήταν επιτυχής όσο αφορά την απώλεια βάρους, Ωστόσο, η παθολογικά μεγάλη πρόσληψη τροφής επέμεινε με αποτέλεσμα πολλαπλές νοσηλείες λόγω επιπλοκών από την παθολογικά μεγάλη πρόσληψη τροφής. Η ασθενής εμφάνισε διαρροϊκό σύνδρομο και πολλαπλές ανεπάρκειες βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Μετά πολλαπλές και μακρόχρονες νοσηλείες η ασθενής κατέληξε σε ηλικία 53 ετών.

Η νοσογόνος παχυσαρκία και η νευρική ανορεξία είναι διαταραχές της πρόσληψης τροφής που επιμένουν παρά το ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται το πρόβλημα και επιζητούν βοήθεια. Φαίνεται ότι οι αιτίες των νοσημάτων αυτών βρίσκονται στο υποσυνείδητο και οι ασθενείς δεν μπορούν να αντιδράσουν με επιτυχία στο πρόβλημα και να υπακούσουν στις διαιτητικές οδηγίες ή να συμμορφωθούν με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Συμπερασματικά, οι διαταραχές της πρόσληψης τροφής, νευρική ανορεξία και νοσογόνο παχυσαρκία φαίνεται ότι είναι ψυχιατρικές διαταραχές που επιμένουν και ανθίστανται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και μπορεί να έχουν θανατοφόρο έκβαση.

ΕΑ 02 | ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΩΣΜΩΤΙΚΟ ΧΑΣΜΑ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΑΙΘΑΝΟΛΗ

Λιόντος Άγγελος¹, Φίλιππος-Ντεκουάν Σεμπάστιαν¹,
Κλούρας Ελευθέριος¹, Τσιάκας Ηλίας¹, Γκίκα Λουίζα¹,
Αθανασίου Αντώνιος¹, Σιάνου Σταυρούλα¹, Σιώζιου Μαρία¹,
Λιάμης Γεώργιος², Μηλιώνης Χαράλαμπος¹

1 Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

2 Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο προσδιορισμός του ωσμωτικού χάσματος στον ορό (ορίζεται ως μετρούμενη ωσμωτικότητα πλάσματος [Posm] – υπολογιζόμενη ωσμωτικότητα πλάσματος [Posm]) είναι

ένα χρήσιμο εργαλείο στην καθημερινή κλινική πρακτική, ειδικά σε ασθενείς με υποψία κατάποσης τοξικών αλκοολών. Ένα ωσμωτικό χάσμα >20 mosm/kg προκαλείται συνήθως από την κατάποση υδατοδιαλυτών παραγόντων χαμηλού μοριακού βάρους όπως: μεθανόλη, αιθυλενογλυκόλη, ισοπροπανόλη, προπυλενογλυκόλη, διαιθυλενογλυκόλη ή οργανικούς διαλύτες όπως η ακετόνη.

Υλικά και Μέθοδοι: Ένας 18χρονος άνδρας εισήχθη σε κωματώδη κατάσταση, μετά από οξεία κατανάλωση αλκοόλ. Ο ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό ιατρικό ιστορικό, ενώ δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή συστηματικά.

Αποτελέσματα: Τα αέρια του αρτηριακού αίματος αποκάλυψαν μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων και με φυσιολογικά επίπεδα γαλακτικού οξέος, κρεατινίνης, κινάσης κρεατινίνης και κετονών ορού.

Η μετρούμενη Posm ήταν 383 mosm/kg ενώ η υπολογιζόμενη Posm ήταν 297 mosm/kg με ωσμωτικό χάσμα: 86 mosm/kg. Η δηλητηρίαση από μεθανόλη ή αιθυλενογλυκόλη αποκλείστηκε με τοξικολογικές εξετάσεις ενώ επιβεβαιώθηκε δηλητηρίαση από αιθανόλη. Η ωσμωμοριακή συγκέντρωση αιθανόλης υπολογίστηκε σε 73 mosm/kg (η ωσμωμοριακή συγκέντρωση αιθανόλης είναι ίση με το επίπεδο αιθανόλης ορού σε mg/dl διαιρούμενη με το 4,6) και το ωσμωτικό χάσμα υπολογίστηκε σε 100 ως αποτέλεσμα της δηλητηρίασης από αιθανόλη. Ο ασθενής έλαβε φομεπιζόλη (αναστολέας της αλκοολικής αφυδρογονάσης που καταλύει τα αρχικά στάδια του μεταβολισμού της αιθανόλης, μεθανόλης και της αιθυλενογλυκόλης στους τοξικούς μεταβολίτες τους) με παράλληλη κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση (μείωση του ωσμωτικού χάσματος σε φυσιολογικά επίπεδα).

Συμπέρασμα: Η οξεία μεμονωμένη, δηλητηρίαση από αιθανόλη μπορεί να είναι μια σπάνια αιτία σημαντικής αύξησης του ωσμωτικού χάσματος και μεταβολικής οξέωσης με αυξημένο χάσμα ανιόντων λόγω αλκοολικής κετοξέωσης.

ΕΑ 03 | ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ COVID-19: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Λιόντος Άγγελος, Σαμανιδού Βαλεντίνη,
Φίλιππας-Ντεκουάν Σερμπάστιαν, Κλούρας Ελευθέριος,
Μάνθου Γεωργία, Μπίρος Δημήτριος, Χρηστάκη Μαρία,
Καλαμπόκης Γεώργιος, Μηλιώνης Χαράλαμπος
Ά Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Υπάρχουν πολλοί πιθανοί μηχανισμοί που συνδέουν τη νόσο COVID-19 με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ). Η σοβαρή μορφή της νόσου σχετίζεται με υπερφλεγμονώδη κατάσταση (καταιγίδα κυτοκινών) και υπερπηκτικότητα. Η θνησιμότητα σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα προϊόντων αποδόμησης του ινώδους και παρατεταμένους χρόνους προθρομβίνης και ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης.

Υλικά και Μέθοδοι: Μια αναδρομική σειρά περιπτώσεων δύο ασθενών που διαγνώστηκαν με λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 (με RT-PCR ρινοφαρυγγικού επίχρισματος), οι οποίοι εμφάνισαν κλινικά και νευροαπεικονιστικά στοιχεία ΙΑΕΕ κατά τη διάρκεια της λοίμωξης και εισήχθησαν στο τμήμα μας.

Περίπτωση #1: Γυναίκα ασθενής 84 ετών με θετική RT-PCR για SARS-CoV-2, 17 ημέρες πριν από την εισαγωγή της, εισήχθη με

διαταραχή επίπεδου συνείδησης, εστιακή νευρολογική σημειολογία και υποξυγοναιμία.

Περίπτωση #2: Άνδρας ασθενής 62 ετών με θετική RT-PCR εισήχθη λόγω εστιακής νευρολογικής σημειολογίας και υποξυγοναιμίας.

Αποτελέσματα: και οι 2 ασθενείς εμφάνιζαν δείκτη PaO₂/FiO₂ <300 και έχρηζαν χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου, ενώ η αξονική τομογραφία (CT) θώρακα ανέδειξε εικόνα σοβαρής λοίμωξης COVID-19.

Η CT εγκεφάλου στην περίπτωση #1, αποκάλυψε εκτεταμένη περιοχή ισχαιμίας στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο με οίδημα του εγκεφάλου και μια λιγότερο αξιοσημείωτη ισχαιμική περιοχή στο δεξίο εγκεφαλικό ημισφαίριο.

Στην περίπτωση #2, η ισχαιμική βλάβη εντοπίστηκε στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Η σοβαρότητα του επεισοδίου αξιολογήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα NIHSS. Και οι δύο ασθενείς τέθηκαν σε αντιβιοτική θεραπεία για πνευμονία εξ εισροφής. Η βαθμολογία mRS σε 15 ημέρες, ήταν έξι (θανατηφόρο εγκεφαλικό επεισόδιο).

Συμπεράσματα: Αυτή η σειρά περιπτώσεων προτείνει ότι η σοβαρή νόσος COVID-19 συνδέεται με σοβαρό ΙΑΕΕ ως αποτέλεσμα της θρομβοεμβολικής μορφής της νόσου.

ΕΑ 04 | ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ PROFIL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Τσαγκιά Σοφία¹, Καραουλάνη Θεοφανής², Κυριάκου Ευαγγελία¹, Σιορέντα Ελένη¹, Κόντα Άννα¹, Σαβράνη Ευσταθία¹, Απέργη Θεοδώρα¹, Βήνη Δήμητρα¹

1 Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν.Νίκαιας, Πειραιάς
2 Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, Λήμνος

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εκτιμηθεί το λιπιδαιμικό profil των ασθενών με μειζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναμία της Μονάδας Νοσηλείας Μεσογειακής Αναμίας του Γ.Ν.Νίκαιας.

Ασθενείς/Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 96 ασθενείς, 60 γυναίκες και 36 άντρες, με μειζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναμία, οι οποίοι βρίσκονται σε πρόγραμμα τακτικών μεταγίσεων. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε ηλικιακές ομάδες 31-40 ετών (16 πάσχοντες), 41-50 ετών (36 πάσχοντες), 51-60 ετών (31 πάσχοντες) και >61 ετών (14 πάσχοντες). Έγινε μέτρηση της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της LDL, της HDL καθώς και του αθηρωματικού δείκτη.

Αποτελέσματα: Όπως φαίνεται στον πίνακα οι ασθενείς με μεσογειακή αναμία κρατούν ένα χαμηλό λιπιδαιμικό προφίλ, ανεξάρτητα της ηλικίας τους και των συμπαραομαρτούντων νοσημάτων. Από το σύνολο των ασθενών μόνο 5 ασθενείς ξεπερνούσαν το ανώτερο όριο των 200mg/dl στη χοληστερόλη, ενώ στα τριγλυκερίδια υπήρχαν 30 ασθενείς που ξεπερνούσαν το ανώτερο όριο των 150 mg/dl.

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ	CHOL <200mg/dl	TG <150mg/dl	HDL mg/dl	LDL <160mg/dl	ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ
31-40	16	126±32	138±74	35±14	64±24	4,1±2,24
41-50	36	135±38	144±98	39±22	80±64	4,04±1,45
51-60	31	123±10	115±62	37±11	63±25	3,57±1,07
>61	14	134±26	114±55	43±15	68±21	3,7±1,47

Συμπέρασμα: Οι μηχανισμοί που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τις χαμηλές τιμές της ολικής χοληστερόλης και της LDL- χοληστερόλης είναι η αυξημένη ερυθροποίηση, η υπερφόρτωση σιδήρου και το οξειδωτικό stress στους θαλασσαιμικούς ασθενείς.

ΕΑ 05 | IgA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ

Σγουραλή Ελένη, Χαραλάμπους Γεώργιος, Σταύρου Αλέξανδρος
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η IgA αγγειίτιδα, γνωστή και ως πορφύρα Henoch-Schonlein, συνιστά συστηματική αγγειίτιδα μικρού μεγέθους αγγείων, της παιδικής ηλικίας, εντούτοις δύναται να εμφανιστεί σπανιότερα και σε ενήλικους. Σκοπός της παρουσίας είναι η έκθεση περιστατικού IgA αγγειίτιδας σε ενήλικα.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού αγγειίτιδας με συμμετοχή του ουροποιητικού και μυοσκελετικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Άνδρας 47 ετών με συρραφέν θλαστικό τραύμα δεξιάς κνήμης για το οποίο λαμβάνει αγωγή με αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό. Την τέταρτη ημέρα της θεραπείας εμφανίζει πυρετό και δύο ημέρες αργότερα, στην κλινική εικόνα προστίθεται κοιλιακό άλγος και δυο διαρροϊκές κενώσεις. Μια ημέρα μετά ακολουθεί ένα επεισόδιο αιματουρίας και οίδημα αριστερής ποδοκνημικής. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση, υπερτριγλυκεριδαιμία και αιμορροειδοπάθεια. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται υπερτροφικές αμυγδαλές, συρραφέν μη-φλεγμονώδες τραύμα δεξιάς κνήμης, ψηλαφητός βουβωνικός λεμφαδένας δεξιά, οίδημα αριστερής ποδοκνημικής άρθρωσης, μη-κνησμώδες εξάνθημα αριστερής μασχालιάς χώρας και ευαισθησία κοιλιακής χώρας με αυξημένους εντερικούς ήχους. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, υψηλή CRP και ΤΚΕ, φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Σύμφωνα με τα κριτήρια ACR/EULAR, τίθεται η διάγνωση της πορφύρας Henoch-Schonlein. Στον ασθενή άρχεται ενδοφλέβια ενυδάτωση και διακόπτεται η αντιβίωση και η σίτιση. Η εμφάνιση δύο ακόμη επεισοδίων αιματουρίας με παθολογική γενική ούρων και συλλογή ούρων εικοσιτετράωρου επιβάλλει περαιτέρω διερεύνηση. Ο ανοσολογικός έλεγχος αποβαίνει αρνητικός, ενώ η βιοψία νεφρού αναδεικνύει χαρακτηριστικές της νόσου αλλοιώσεις. Γίνεται έναρξη μεθυλπρενιζολόνης οδηγώντας στην κλινική ύφεση και τη βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Η IgA αγγειίτιδα, αν και σπάνιο αίτιο αγγειίτιδας των ενήλικων, χρήζει ιδιαίτερη προσοχή καθώς η έγκαιρη ανίχνευση και η επιτυχή παρέμβαση δύναται να ελαττώσει της επιπλοκές αυτής.

ΕΑ 06 | ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΟΖΑΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗΣ (LOCKDOWN), COVID-19. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ.

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Σοφία Θεοδωρίδου, Πάυλος Ροδίτης, Γεώργιος Παπαγόρας, Χρήστος Τσουμής, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Μαρία Στεφανίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος
Γ.Ν. Κοζάνης- Καρδιολογική κλινική

Εισαγωγή: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε πανδημία για τον Covid-19 στις 12 Μαρτίου 2020. Η Ελλάδα εφάρμοσε μέτρα καθολικής απαγόρευσης στις 10 Μαρτίου 2020. Η εισβολή του δεύτερου κύματος του ιού, ανάγκασε την πολιτική ηγεσία να λάβει περιοριστικά μέτρα εκ νέου, από τις 16/10/2020 στην περιοχή του Ν.Κοζάνης λόγω «κόκκινου» συναγερμού.

Σκοπός: της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε τον αριθμό ασθενών με OEM που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης τα επίμαχα διαστήματα της καθολικής απαγόρευσης (καραντίνας), ήτοι από 10 Μαρτίου έως 3 Μαΐου 2020 και από τις 16 Οκτωβρίου έως 31 Δεκεμβρίου 2020 και να τον συγκρίνουμε με τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα των ετών 2018 και 2019.

Υλικό και μέθοδος: Συλλέξαμε δεδομένα σχετικά με τις εισαγωγές ασθενών στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης από τα επίσημα μητρώα του νοσοκομείου από το 2018 έως το 2020. Έγινε καταγραφή όλων των εισαγωγών και κυρίως των οξέων στεφανιαίων επεισοδίων (ασταθής στηθάγχη, NSTEMI, STEMI). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση και σύγκριση των δεδομένων με τη μέθοδο χ².

	ΣΤΗΘΑΓΧΗ				ΑΙΤΙΑ	
12/3 - 3/5 2020	4	5	16	44 (33,08)	23	133
14/10 - 31/12 2020	1	4	14		66	
12/3 - 3/5 2019	6	7	7	62 (46,26%)	61	215
14/10 - 31/12 2019	13	11	18		92	
12/3 - 3/5 2018	15	16	14	99 (44%)	64	225
14/10 - 31/12 2018	13	18	23		62	

Αποτελέσματα: Περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα στα έτη 2018 και 2019 ($p>0,05$) ενώ οι εισαγωγές λόγω OEM ήταν λιγότερες το 2020 σε σύγκριση τόσο με το 2018 όσο και με το 2019 ($p<0,05$)

ΕΑ 07 | ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

Σγουραλή Ελένη¹, Χαραλάμπους Γεώργιος¹, Καραθανάσης Δημητρίος²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

² Α Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Συστηματική Σκλήρυνση συνιστά αυτοάνοσο νόσημα του συνδετικού ιστού, συχνά συνοδευόμενη από μικρές περικαρδιακές συλλογές, εντούτοις δύναται να δημιουργηθούν σπανιότερα αιμοδυναμικά σημαντικές συλλογές. Σκοπός της παρουσίασης είναι η έκθεση περιστατικού σκληροδερμίας με πρώτη εκδήλωση τη περικαρδιακή συλλογή.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού συστηματικής σκλήρυνσης με συμμετοχή από την καρδιά.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 54 ετών με αυξημένη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH) και μικρή περικαρδιακή συλλογή σε ετήσιο έλεγχο. Αναφερόμενα επεισόδια δύσπνοιας προσπαθείας, δυσφαγίας και αρθραλγιών από τριμήνου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, παρο-

ξυσμική Κολπική Μαρμαρυγή και θυρεοειδίτιδα Hashimoto υπό αγωγή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται φυσιολογική αρτηριακή πίεση, φλεβοκομβικός ρυθμός με 70 σφύξεις/λεπτό, φυσιολογικός κορεσμός αίματος σε οξυγόνο με 15 αναπνοές/λεπτό, χωρίς διάταση σφαγγιτίδων/καρδιακά φυσήματα ή φύσημα καρωτίδων, φαινόμενο Raynaud και ήπια πάχυνση δέρματος πέριξ της κοίτης των ονύχων των περισσότερων δακτύλων των άνω άκρων. Θεραπευτικά πραγματοποιείται αύξηση της λαμβανόμενης θυροξίνης και παράλληλα περαιτέρω διερεύνηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση, θρμοβοκυττάρωση, υψηλή τιμή δεικτών φλεγμονής. Ο απεικονιστικός έλεγχος αναδεικνύει φυσιολογικό καρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος με εντός ορίων καρδιοθωρακικό δείκτη. Μετά από τρεις εβδομάδες παρατηρείται βελτιωμένη TSH και μετρίως αυξημένη περικαρδιακή συλλογή χωρίς ευρήματα επιπωματισμού/πνευμονικής υπέρτασης. Από τα παραπάνω ετέθη η υποψία αυτοάνοσου νοσήματος. Από τον ανοσολογικό έλεγχο προκύπτουν θετικά έναντι τοποισομεράσης-I, αντιπυρηνικά και αντικαρδιολιπινικά αντισώματα. Σύμφωνα με τα κριτήρια ACR/EULAR, τίθεται η διάγνωση της Συστηματικής Σκλήρυνσης. Στην ασθενή άρχονται κορτικοστεροειδή συντελώντας στην κλινική ύφεση και τη βελτίωση των ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Η Συστηματική Σκλήρυνση, δεν πρέπει να δι-αλάθει της προσοχής καθώς η έγκαιρη διάγνωση και η απο-τελεσματική παρέμβαση δύναται να μειώσει της δυσμενείς εκβάσεις της.

ΕΑ 08 | ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΑΝΑΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ Βαλαρούτσου Όλγα-Μαρία¹, Μανώλης Χρήστος¹, Οικονόμου Ελένη², Τρύφων Σταύρος²

¹ Τμήμα Ιατρικής "Οβιδίου", Πανεπιστήμιο Κωνσταντίας

² Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σοβαρή υποξυγοναιμία, οποιασδήποτε αιτιολογίας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανακοπής. Ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (ΙΠΙ) εμφανίζουν σταδιακά επιδεινούμενη υποξυγοναιμία, αρχικά στην κόπωση, στη συνέχεια στην ηρεμία και χρήζουν συνεχούς χορήγησης διαρρινικού Οξυγόνου.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 68 ετών, με ΙΠΙ και χρήση φορητής συσκευής O₂, προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Η ασθενής δεν αντιλήφθηκε τη δυσλειτουργία της συσκευής. Κατά τη διάρκεια εισόδου της από το χώρο αναμονής στο ιατρείο εμφάνισε αδυναμία βάδισης, αποπροσανατολισμό και απώλεια συνείδησης.

Έγινε άμεση εφαρμογή πρωτοκόλλου υποστήριξης ζωής (acute life support, ALS). Η ασθενής ήταν με ρογχώδη προσπάθεια αναπνοής, υποσημαινόμενο περιφερικό σφυγμό, κυανή.

Ο περιφερικός κορεσμός της ασθενούς ήταν SpO₂=45%. Το ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυσφυγμία με εικόνα εμφράγματος κατωτέρου τοιχώματος. Στην ασθενή, χορηγήθηκε άμεσα, με μάσκα μη επανεισπνοής 15λιτ/λεπτό O₂.

Αποτελέσματα: Στο επόμενο λεπτό η ασθενής εμφάνισε ηλεκτροκαρδιογραφικά καρδιακή ανακοπή. Πριν ξεκινήσει ALS, η ασθενής επανεμφάνισε ηλεκτροκαρδιογραφική δραστηριότητα, αρχικά απροσδιόριστη και σε 30sec παρόμοια εικόνα με την αρχική. Σε 15λεπτά είχε SpO₂=99%, 100bpm και επανήλθε η μυική ισχύς και το επίπεδο επαφής της. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις αποκαταστάθηκαν 1 ώρα αργότερα.

Συμπέρασμα: Οι χρόνιοι αναπνευστικοί ασθενείς συχνά δεν αντιλαμβάνονται την υποξυγοναιμία τους κινδυνεύοντας να πεθάνουν. Το μυοκάρδιο των ασθενών αυτών, συνηθισμένο σε συνθήκες υποξίας, μπορεί να επανέλθει χωρίς σοβαρές επιπτώσεις μετά την άμεση αποκατάσταση ενός οξέος επεισοδίου υποξίας.

ΕΑ 09 | Η ΗΠΑΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

Κοντάνα Αναστασία, Κουρτίδου Χριστίνα, Κυζιρόγλου Μαρία, Κωστούρου Δανάη-Θωμαΐς, Μεντζής Παύλος, Μυλωνάς Δημήτριος, Νεοκοσμίδης Γεώργιος, Παπαδόπουλος Αναστάσιος, Πιλάλας Δημήτριος, Σαββόπουλος Χρήστος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ηπατική ίνωση αποτελεί αναδυόμενο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η σχέση της με τη λειτουργική έκβαση των ασθενών που υφίστανται οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης της ηπατικής ίνωσης με τη λειτουργική έκβαση των ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

Υλικά και μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,1% άνδρες, ηλικία 79,8±7,2 έτη). Η λειτουργική έκβαση του ΑΕΕ εκτιμήθηκε με την τροποποιημένη κλίμακα Rankin κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ως δυσμενής λειτουργική έκβαση ορίστηκε τροποποιημένη κλίμακα Rankin ≥ 2. Η ηπατική ίνωση εκτιμήθηκε με το δείκτη FIB-4, ο οποίος υπολογίζεται με βάση την εξίσωση: ηλικία × AST (IU/l) / (αιμοπετάλια (×10⁹/L) × √ALT (IU/l)).

Αποτελέσματα: Ο δείκτης FIB-4 σχετιζόταν θετικά με την τροποποιημένη κλίμακα Rankin κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (r = 0,123, p < 0,001). Οι ασθενείς με δυσμενή λειτουργική έκβαση είχαν υψηλότερο δείκτη FIB-4 σε σύγκριση με τους ασθενείς με ευνοϊκή λειτουργική έκβαση (2,4±1,7 έναντι 2,1±1,3 αντίστοιχα, p < 0,05).

Συμπέρασμα: Η ηπατική ίνωση σχετίζεται με δυσμενέστερη λειτουργική έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.

ΕΑ 10 | ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ Σαχλά Ζαχάρω, Χατζηγεωργίου Αρμονία, Ευσταθίου Κυπαριανός, Χριστοδούλου Εμμανουήλ, Γκόγκος Κ. Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν.Γ.Παπανικολάου

Εισαγωγή: Το λέμφωμα προκαλεί διάφορες νευρολογικές εκδη-

λώσεις που μπορούν να προσβάλλουν οποιοδήποτε τμήμα του νευρικού συστήματος και να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Η χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική πολυνευροπάθεια (CIDP) που σχετίζεται με λέμφωμα παρατηρείται στο 10% του λεμφώματος. Μπορεί να προηγείται της διάγνωσης του λεμφώματος 3-15 μήνες, να διαγιγνώσκεται ταυτόχρονα, να είναι δείκτης υποτροπής ή να έπεται της διάγνωσης του λεμφώματος.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 48 ετών εισήλθε προ έτους σε νευρολογική κλινική λόγω προιούσας αδυναμίας κάτω άκρων. Τέθηκε διάγνωση CIDP και αντιμετωπίστηκε με χορήγηση γ-σφαιρίνης και κορτιζόνης.

Ένα χρόνο αργότερα, ο ασθενής εμφάνισε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία και τριπήφια ΤΚΕ και εισήχθη στην παθολογική κλινική για διερεύνηση. Λόγω της πολυνευροπάθειας και της μονόκλωνης πρωτεΐνης στην διαφορική διάγνωση λήφθηκαν υπόψη το λέμφωμα το σύνδρομο POEMS και η πρωτοπαθής αμυλοειδωση.

Στα πλαίσια ελέγχου έγινε αξονική κοιλίας που ανέδειξε ηπατομεγαλία και λεμφαδενική μάζα οπισθοπεριτοναϊκά. Ακολούθησε κατευθυνόμενη βιοψία που ανέδειξε T-λέμφωμα.

Συμπέρασμα: Η κλινική εικόνα CIDP σχετιζόμενης με λέμφωμα είναι ίδια με αυτή της σποραδικής και απαντά στην θεραπεία με κορτιζόνη, γ-σφαιρίνη, πλασμαφαίρεση και ανασκοκατασταλτικά. Όταν τίθεται διάγνωση CIDP ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται και να παρακολουθείται για εμφάνιση λεμφώματος.

ΕΑ 11 | ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (ΟΕΜ) ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ (ΚΜ) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Στυλιανός Δάιος^{1,3}, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Ηλίας Κανέλλος¹, Χρήστος Γουδής^{1,3}, Ιφιγένεια Νάκου³, Στεργιανή Πεταλλωτή¹, Νικόλαος Χατζηδημητρίου¹, Δημήτριος Πιλάλας¹, Αναστασία Κοντάνα¹, Ελβίρα Ζτρίβα¹, Θωμάς Τέγος⁴, Αντώνιος Ζιάκας², Γεωργία Καϊάφα¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

4 Α' Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο κιρκάδιος ρυθμός διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στα καρδιαγγειακά συμβάντα και τις αρρυθμίες. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μια σύνθετη μεταβολική διαταραχή με επιπτώσεις στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ), ενώ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο μικροαγγειακής και μακροαγγειακής νόσου.

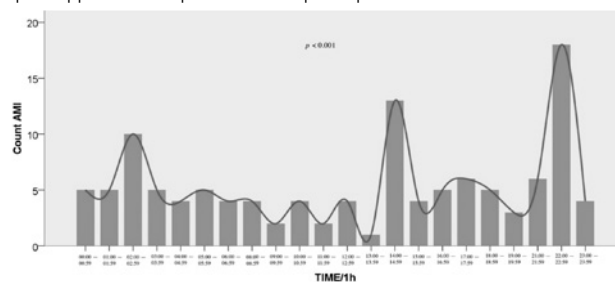
Σκοπός: Να αποδειχθεί εάν το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) ακολουθούν κιρκάδια κατανομή σε διαβητικούς ενός Δευτεροβάθμιου Περιφερειακού Νοσοκομείου.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη που περιλαμβάνει 178 διαβητικούς με μέση ηλικία 67,7 έτη και διάγνωση ΟΕΜ ή ΚΜ που εισήχθησαν στη Στεφανιαία Μονάδα του Νοσοκομείου μας. Η κιρκάδια κατανομή των ΟΕΜ και της ΚΜ προσδιορίστηκε σε περίοδο

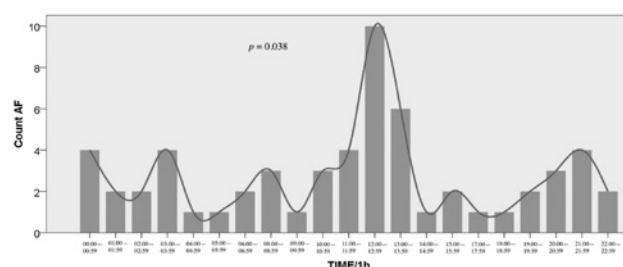
24 ωρών (διαστήματα 3 ωρών και 1 ώρα). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν επίσης σε 3 ομάδες σύμφωνα με την ηλικία: 40–65 ετών, 66–79 ετών και ασθενείς ηλικίας ≥ 80 ετών. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 22.

Αποτελέσματα: 1) Διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην εμφάνιση των ΟΕΜ τις βραδινές ώρες (21: 00–23: 59) ($p < 0,001$) (Εικόνα 1Α). 2) Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, οι ασθενείς μεταξύ 40 και 65 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΟΕΜ σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες ($p < 0,001$). Διαταραχές του ΑΝΣ, εργασιακές συνήθειες και κοινωνικοί λόγοι μπορεί να συμβάλουν στο φαινόμενο αυτό. 3) Επιπλέον παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά και στην επίπτωση της ΚΜ σε διαβητικούς ασθενείς τις μεσημεριανές ώρες (12: 00–14: 59) ($p = 0,019$) (Εικόνα 1Β).

Συμπέρασμα: Α) Οι διαβητικοί με ΟΕΜ και ΚΜ φαίνεται να ακολουθούν συγκεκριμένο κιρκάδιο ρυθμό, με το ΟΕΜ να παρουσιάζει τη μέγιστη κατανομή τις βραδινές ώρες και την ΚΜ κυρίως τις μεσημεριανές. Β) Οι διαταραχές του ΑΝΣ, οι γλυκαιμικές διακυμάνσεις, η αυξημένη χορήγηση αντιδιαβητικής θεραπείας πριν από το μεσημεριανό γεύμα και η αντίσταση στην ινσουλίνη δυνατόν να εξηγήσουν αυτή την κατανομή. Γ) Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και στοχευμένες μελέτες για να αποσαφηνιστεί η συσχέτιση του κιρκάδιου ρυθμού των ΟΕΜ και ΚΜ σε διαβητικούς, ώστε να συμβάλουν στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων στη κατεύθυνση αυτή.



Εικόνα 1Α. Κιρκάδια κατανομή των ΟΕΜ σε περίοδο 24 ωρών



Εικόνα 1Β. Κιρκάδια κατανομή των ΚΜ σε περίοδο 24 ωρών

ΕΑ 12 | ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SEZARY ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Στυλιανός Δάιος^{1,2}, Γεωργία Καϊάφα², Ιφιγένεια Νάκου¹, Δημήτριος Πιλάλας², Αντώνιος Τσαρτσάρης³, Ηλίας Κανέλλος², Σταυρούλα Βενέτη², Γρηγόριος Δήμας², Ιωάννης Βαγρόπουλος¹, Χρήστος Σαββόπουλος²

1 Β' Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

2 Α' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Δερματολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα δερματικά λεμφώματα T κυττάρων (non-Hodgkin Λεμφώματα) αποτελούν μια ετερογενή ομάδα λεμφοϋπερπλαστικών διαταραχών με σημαντικές μεταξύ τους διαφορές στην κλινική, ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εικόνα, καθώς και στην πρόγνωση. Η σπογγοειδής μυκητίαση είναι η συνηθέστερη μορφή δερματικού T λεμφώματος (CTCL – Cutaneous T Cell Lymphoma) και χαρακτηρίζεται από νεοπλασματικά CD4+ T βοηθητικά λεμφοκύτταρα εντοπισμένα στο δέρμα. Το σύνδρομο Sezary αποτελεί τη λευχαιμική μορφή της σπογγοειδούς μυκητίασης και χαρακτηρίζεται τυπικά από ερυθροδερμία, λεμφαδενοπάθεια και άτυπα μονοπύρνα κύτταρα στην κυκλοφορία (κύτταρα Sezary).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Άνδρας 77 ετών, με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου, κολπικής μαρμαρυγής, καλοήθους υπερπλασίας προστάτη και πιθανής ψωρίασης κατά πλάκας, εισήχθη στην κλινική για διερεύνηση απώλειας βάρους 10 κιλών το τελευταίο τρίμηνο και γενικευμένων οίδημάτων. Επισκοπικά παρουσίαζε ερυθροδερμία και απολέπιση (Εικόνα 1), με συνοδό ολοσωματικό κνησμό παρά τη συστηματική λήψη κορτικοστεροειδών. Προ εξαμήνου διαγνώσθηκε, με διενέργεια CT, εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια (τραχηλικοί, υπερκλειδικοί, βουβωνικοί και μεσοθωρακικοί λεμφαδένες) χωρίς αναφερόμενο εμπύρετο. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε δεκατική πυρετική κίνηση, αφυδάτωση, οίδημα ανά σάρκα, λεμφαδενοπάθεια, δερματική απολέπιση λόγω γενικευμένης ερυθροδερμίας και ονυχοδυστροφία.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μη προϋπάρχουσα ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναμία (HCT: 23,1%, Hb: 8,2 g/dl, MCV: 96,7 fl, MCH: 34,3%), λευκοκυττάρωση (WBC: 20.20 K/μL, NEUT: 53,8%, LYM: 31,9%, EOS: 10,9%) και οξεία νεφρική βλάβη (Cr: 1,35 mg/dl, Urea: 99 mg/dl). Από τον ιολογικό έλεγχο προέκυψε HAV-AB (+), AntiHBs (+), HB-core (+), CMVlgG (+) και EBVlgG (+). Επιπλέον παρατηρήθηκε λευκωματουρία νεφρωσικού επιπέδου (TP U24h: 3.769 mg) και υπολευκωματιναιμία (TP: 5,6 gr/Dl) με οξεία αλβουμίνη/σφαιρίνες < 1.

Η αξονική τομογραφία τραχήλου-θώρακος-άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξε παρόμοια ευρήματα με τον προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο, ως προς τον αριθμό και το μέγεθος των λεμφαδένων, πνευμονική συλλογή άμφω, υποτμηματική ατελεκτασία του δεξιού κάτω λοβού, καθώς και διόγκωση και ρύπανση του λιπώδους ιστού στο υποδόριο λίπος. Σε διαγνωστικές βιοψίες δέρματος και περιφερικού λεμφαδένα παρατηρήθηκε διήθηση από μέσου μεγέθους λεμφοειδή κύτταρα με διαυγές κυτταρόπλασμα, υποστρόγγυλους ή ελαφρά ακανόνιστους πυρήνες, βαθυχρωματικούς ή με μικρά διακριτά πυρήνια (κύτταρα Sezary) τα οποία υπερβαίνουν σε αριθμό τα 1000.

Από το συνδυασμό κλινικών, απεικονιστικών, ιστολογικών και ανοϊστοχημικών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση non Hodgkin λεμφώματος T κυτταρικής αρχής που παραπέμπει σε σύνδρομο Sezary. Ακολούθησαν πολλαπλές νοσηλείες για μεταγγίσεις αίματος, εν αναμονή της ειδικής θεραπείας σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Απεβίωσε, δύο μήνες μετά τη διάγνωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα T δερματικά λεμφώματα και ιδιαίτερα το σύνδρομο Sezary αποτελούν σπάνιες κλινικές οντότητες με ιδιαίτερα δύσκο-

λη την τελική διάγνωση. Το σύνδρομο Sezary είναι επιθετικότερο στην εξέλιξη και ανθεκτικότερο στη θεραπεία συγκριτικά με τη σπογγοειδή μυκητίαση. Δερματικές παθήσεις που χαρακτηρίζονται από ερυθροδερμία, γενικευμένο και επίμονο κνησμό και χρόνια υποτροπιάζουσα πορεία, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη αγωγή με αντιισταμινικά και κορτικοστεροειδή θα πρέπει να διερευνώνται επισταμένα από τον κλινικό ιατρό με το διαφοροδιαγνωστικό ερώτημα ενός δερματικού λεμφώματος, ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη διάγνωση και στοχευμένη θεραπευτική προσέγγιση.



Εικόνα 1. Ερύθημα, διάχυτη απολέπιση, και επιδερμική ατροφία

ΕΑ 13 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ζτρίβα Ελευθερία¹, Μυλωνάς Δημήτρης¹, Δάιος Στυλιανός¹, Τέγος Θωμάς², Καϊάφα Γεωργία¹, Κωστούρου Δανάη¹, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος¹, Σαββόπουλος Χρήστος¹

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Α' Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) είναι δυναμική παράμετρος που χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του 24ωρου. Η μεταβλητότητα της ΑΠ έχει συσχετιστεί με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την εμφάνιση οξέος ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΙΑΕΕ). Η κirkάδια διακύμανση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας εμφανίζει κάποια βασικά πρότυπα.

Σκοπός: Να συσχετισθούν οι αποκλίσεις από τα βασικά πρότυπα κirkάδιας διακύμανσης της ΑΠ με τον κίνδυνο εμφάνισης οξέος ΙΑΕΕ με στόχο την επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής παρέμβασης.

Υλικά – Μέθοδοι: Για την ολοκλήρωση της μελέτης μας ανατρέξαμε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία της περιόδου 1990-2020, μέσω των ιατρικών ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων.

Αποτελέσματα: Κατά τις νυχτερινές ώρες, η ΑΠ παρουσιάζει μία πτώση της τάξης του 10-20% σε νορμοτασικούς και ανεπίπλεκτους υπερτασικούς ασθενείς – φαινόμενο «dipping», ακολουθούμενη από ταχεία και βαθμιαία αύξηση κατά την έγερση. Στις υπό εξέταση μελέτες οι ασθενείς ταξινομούνται με βάση το ποσοστό πτώσης της ΣΑΠ στη διάρκεια της 24ωρης καταγραφής σε 4 κατηγορίες: τους «extreme-dippers» πτώση >20%, «dippers» πτώση >10% και <20%, «non-dippers» πτώση <10% και

>0% και "reverse-dippers" ή "risers" πτώση <0%. Τα αποκλίνοντα από το φυσιολογικό "dipping" πρότυπα συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οξέος ιΑΕΕ και τονίζουν την αξία της χρονοθεραπείας, ενώ ως προς την πρόγνωση του εγκεφαλικού επεισοδίου δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά. Το φαινόμενο "extreme-dipping" συσχετίζεται με την εμφάνιση ιΑΕΕ, είτε λόγω υποάρδευσης είτε λόγω επακόλουθης πρωινής υπερτασικής αιχμής, ενώ η επιθετική αντιυπερτασική αγωγή φαίνεται να ευθύνεται σημαντικά. Η εμφάνιση μικροαιμορραγιών σε έδαφος ιΑΕΕ έχει συσχετιστεί ισχυρά με το "reverse-dipping" πρότυπο.

Συμπεράσματα: Η διακύμανση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας αποτελεί ανεξάρτητο και ισχυρό προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου και του οξέος ιΑΕΕ. Η νυχτερινή ΑΠ μπορεί να καταστεί θεραπευτικός στόχος για την πρόληψη του οξέος ιΑΕΕ. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα για την επίδραση των αντιυπερτασικών φαρμάκων και την εφαρμογή της χρονοθεραπείας με την προ του ύπνου χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, είναι αντικρουόμενα ως προς τη βελτίωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Συνεπώς, επί του παρόντος, οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της ΑΠ δεν συνιστούν την προαναφερόμενη θεραπευτική προσέγγιση σε επίπεδο βέλτιστης αγωγής στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Απαιτούνται περισσότερες, μεγαλύτερες και στοχευμένες μελέτες στο μέλλον για την επιβεβαίωση δυνητικού οφέλους από την εφαρμογή της χρονοθεραπείας στην πρόληψη του οξέος ιΑΕΕ.

ΕΑ 14 | Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12, ΜΕΤΑ ΑΠΟ 12 ΜΗΝΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Ελένη Καρλάφτη¹, Εβελίνα Κοτζακιουλάφη^{1,2}, Ελένη Μαργαρίτη¹, Γεώργιος Μπατάνης¹, Παρθένα Γιαννουλάκη^{1,2}, Solomon Tesfaye³, Χρήστος Σαββόπουλος¹, Κωνσταντίνος Καταρτζής^{4,5,6}, Τριαντάφυλλος Διδάγγελος¹

¹ Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα.

² Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

³ Diabetes Research Unit, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield, UK.

⁴ Department of Internal Medicine IV, Division of Endocrinology, Diabetology and Nephrology, University of Tübingen, Tübingen, Germany

⁵ Institute for Diabetes Research and Metabolic Diseases (IDM) of the Helmholtz Centre Munich at the University of Tübingen, Tübingen, Germany.

⁶ German Center for Diabetes Research (DZD), Tübingen, Germany.

Σκοπός: Να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της χορήγησης για 12 μήνες, ενός από του στόματος διασπειρόμενου δισκίου, το οποίο περιέχει Βιταμίνη Β12 (1000 µg/24h), σε ασθενείς με Διαβητική Νευροπάθεια (ΔΝ).

Ασθενείς-Μέθοδος: Στην παρούσα προοπτική, διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, μελέτη συμμετείχαν 90 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), οι οποίοι λάμβαναν μεταφορμίνη τουλάχιστον 4 έτη κατά την έναρξη της μελέτης, με μέση ηλικία

63±11 έτη. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: ομάδα Α: έλαβε το δισκίο με την βιταμίνη Β12 (n=44) και ομάδα Β: έλαβε εικονικό φάρμακο (n=46). Οι ασθενείς είχαν διαγνωσθεί με Νευροπάθεια περιφερική και του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και είχαν επίπεδα βιταμίνης Β12 <400 pmol/L. Χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω μέθοδοι για την διάγνωση της Διαβητικής Περιφερικής Νευροπάθειας (ΔΠΝ) και της Διαβητικής Νευροπάθειας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΔΝΑΝΣ): Michigan Neuropathy Screening Instrument Questionnaire and Examination (MNSIQ and MNSIE), βιοθεσιόμετρο (ΒΙΟ) και Cardiovascular Autonomic Reflex Tests (CARTS: MCR, Vals, 30:15 ratio και Orthostatic Hypotension). Επίσης, μετρήθηκε η λειτουργία του γαστροκνήμιου νεύρου [sural nerve conduction velocity (SNCV), amplitude (SNAP)], ενώ η αισθητικοκινητική λειτουργία μετρήθηκε με την συσκευή Sudoscan [hand and foot Electrochemical Skin Conductance (H and FESC)]. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του πόνου (PAIN) και της ποιότητας ζωής (QL).

Αποτελέσματα: Όλες οι μετρούμενες εργαστηριακές παράμετροι και οι κλινικοί δείκτες, κατά την έναρξη της μελέτης δε διέφεραν μεταξύ των ομάδων Α και Β, συμπεριλαμβανομένης και της HbA1c (6.79±0.69% vs 6.81±0.72% p=0.874, Vit.B12 235±73 vs 231±86 pmol/L p=0.817). Οι δείκτες που βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ομάδα Α, είναι (baseline vs final): ΒΙΟ 32±13 vs 25±14 volts (p<0.001), MNSIQ 5.8±2.2 vs 5.4±2.1 (p=0.002), QL 39.9±10.3 vs 38.1±9.5 (p<0.0001), PAIN 18.4±9.7 vs 17.1±9.0 (p<0.0001), SNCV 28.1±22.7 vs 30.3±23.2 m/s (p<0.0001), SNAP 5.4±4.3 vs 7.3±4.7 µV (p<0.0001) και FESC 72.8±10.1 vs 74.5±10.1 µS (p=0.014). Οι δείκτες CARTS και MNSIE δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στην ομάδα Α (baseline vs final). Η βιταμίνη Β12 αυξήθηκε στην ομάδα Α 235±73 vs 776.7±242.2 pmol/L (p<0.0001) και δεν μεταβλήθηκε στην ομάδα Β. Παρατηρήθηκε σημαντική επιδείνωση στην ομάδα Β στους εξής δείκτες: MCR (p=0.025), MNSIQ (p=0.017), SNCV (p=0.045), SNAP (p<0.0001) και PAIN (p<0.0001).

Συμπέρασμα: Μετά από 12 μήνες χορήγησης του δισκίου που περιέχει βιταμίνη Β12 (Β12 fix 1000mcg) σε ασθενείς με ΣΔ2, παρατηρήθηκε βελτίωση στους δείκτες της Περιφερικής Νευροπάθειας, συμπεριλαμβανομένων των νευροφυσιολογικών παραμέτρων, της αισθητικοκινητικής λειτουργίας, του ερωτηματολογίου του πόνου και της Ποιότητας ζωής, εκτός από τους δείκτες CARTS και MNSIE. Επιπλέον, τα επίπεδα της βιταμίνης Β12 στην ομάδα Α που έλαβε το δισκίο που περιείχε βιταμίνη Β12 κατέστησαν φυσιολογικά.

ΕΑ 15 | ΕΙΔΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ

Κόντου Ελισάβετ¹, Μπλέτσα Αναστασία¹, Καραμπέτσου Μαρία², Πομώνη Στέλλα¹, Σουφλερός Κωνσταντίνος¹, Αμπελακιώτου Κλειώ¹, Εμμανουήλ Αγγελική², Λεμονή Αλεξάνδρα¹, Σφοντούρης Χαράλαμπος², Σιρογιάννη Αλεξάνδρα¹

¹ Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας

² Τμήμα Ρευματολογικό, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Ειδικά (Myositis specific autoantibodies/MSAs) και σχετιζόμενα με μυοσίτιδα (Myositis associated autoantibodies/MAAs) αυτοαντισώματα αποτελούν σημαντικούς βιοδείκτες στη διαγνωστική προσέγγιση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους

Μυοπάθειας (ΙΦΜ). Σήμερα η αναζήτηση αντισωμάτων (Abs) έναντι συνθετασών (Jo-1/ιστιδυλ-tRNA) ενισχύεται με τον προσδιορισμό Abs έναντι πολλαπλών αντιγονικών στόχων, δίνοντας τη δυνατότητα σε περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση και κλινική συσχέτιση της νόσου.

Σκοπός: Η μελέτη και αξιολόγηση φάσματος Abs έναντι πολλαπλών αντιγονικών επιτόπων, σύγκριση μεθόδων ανίχνευσής τους και συσχέτιση με κλινικές εκδηλώσεις της ΙΦΜ.

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

Αποτελέσματα: Πίνακας 1. Φάσμα Abs στην ΙΦΜ

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

Στα 15/30 δείγματα τα anti-Jo1 ήταν αρνητικά με ELISA και IB, ενώ σε 8 από αυτά ανιχνεύθηκε τουλάχιστον ένα αυτοαντίσωμα έναντι άλλου αντιγονικού επιτόπου. Στα 10/15 θετικά anti-Jo1 δείγματα παρατηρήθηκε ταυτόχρονη παρουσία και άλλων ειδικών/σχετιζόμενων Abs (κυρίως Ro52). Κλινικά η παρουσία των Mi-2 φαίνεται να σχετίζεται με δερματομυοσίτιδα, ενώ των PL-7/PL-12/Ku με πολυμυοσίτιδα και πνευμονική προσβολή.

Συμπεράσματα: Η αναζήτηση μόνο των anti-Jo1 στη διερεύνηση ΙΦΜ φαίνεται να μην καλύπτει όλες τις μορφές της νόσου. Έτσι, επί κλινικής υποψίας η ταυτόχρονη αναζήτηση και ειδικών/σχετιζόμενων με μυοσίτιδα Abs πιθανά προσθέτει στη διαγνωστική προσπέλαση και στη κλινική διάκριση της ΙΦΜ.

ΕΑ 16 | Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Σταματίου Ηλιάντα¹, Μυγαλιά Ασημίνα¹, Πετράκης Βασίλειος¹, Παναγόπουλος Περικλής¹, Πανοπούλου Μαρία², Παπάζογλου Δημήτριος¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

² Πανεπιστημιακό Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λοίμωξη Covid-19 από το νέο κορονοϊό (SARS-CoV-2) αποτελεί ένα μείζον εξελισσόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο καθορισμός του δείκτη θετικότητας, δηλαδή το ποσοστό των θετικών δειγμάτων επί του συνόλου των εξετασθέντων, αποτελεί καίριο δείκτη παρακολούθησης της εξάπλωσης της πανδημίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να προσδιορίσει την σημασία του δείκτη θετικότητας στην επιδημιολογική επιτήρηση της πανδημίας του πληθυσμού Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν όλα τα δείγματα που ελέγχθηκαν για Covid-19 με την μέθοδο της RT-PCR στο μικροβιολογικό εργα-

στήριο του Π.Γ.Ν.Α από 17/03/20 μέχρι 25/01/2021.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά εξετάστηκαν 28.847 δείγματα, εκ των οποίων 19580 στον νομό Έβρου. Σύμφωνα με τον δείκτη θετικότητας η εβδομαδιαία διασπορά κρουσμάτων ανά νομό εμφάνισε δύο κύματα: το πρώτο τον Μάρτιο στον ν.Έβρου (12%), στον ν.Ξάνθης(29%), στον ν.Ροδόπης(14%), στον ν.Δράμας(9%), στον ν.Σερρών(25%), το δεύτερο Σεπτέμβριο-Οκτώβριο στον ν.Έβρου 24%), στον ν.Ροδόπης(8%), στον ν.Δράμας(8%), με εξαίρεση τον ν.Ξάνθης ο οποίος παρουσίασε την αιχμή του δεύτερου κύματος Ιούνιο-Ιούλιο(13%). Από 4/10 έως 25/01/21 τα καταγεγραμμένα δείγματα αφορούν μόνο τον ν.Έβρου με μέγιστη τιμή του δείκτη θετικότητας στο 24% την τρίτη εβδομάδα Νοεμβρίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σημαντική ποσοστιαία διαφορά του δείκτη θετικότητας ανά περιοχή μεταξύ των δύο φάσεων της πανδημίας έγκειται στον μικρότερο αριθμό δειγμάτων που εξετάστηκαν στο πρώτο κύμα. Καταλυτική είναι, επομένως η σημασία του δείκτη θετικότητας τόσο στην επιτήρηση της διάδοσης της νόσου όσο και στην εποπτεία της επάρκειας του δειγματοληπτικού ελέγχου στον πληθυσμό.

ΕΑ 17 | ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗΣ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟ COVID-19:

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Λιόντος Άγγελος, Τσιάκας Ηλίας, Κλούρας Ελευθέριος, Φίλιππας-Ντεκουάν Σεμπάστιαν, Μάνθου Γεωργία, Ράπτη Ηρώ, Κοσμίδου, Μαρία Παντελή Αικατερινή, Κωνσταντοπούλου Ρεβέκκα, Χρηστάκη Μαρία, Σιάνου Σταυρούλα, Μηλιώνης Χαράλαμπος

Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η λοίμωξη από τον κορονοϊό του σοβαρού οξέως αναπνευστικού συνδρόμου τύπου 2 (SARS-CoV-2) μπορεί να προκαλέσει σοβαρή πνευμονία που οδηγεί σε υποξαιμία. Έχουν υπάρξει αναφορές για διάφορες μορφές διάχυτης πνευμονικής παρεγχυματικής νόσου (ΔΠΠΝ) ως συνέπεια της σοβαρής μορφής της νόσου COVID-19. Η κρυπτογενής οργανομένη πνευμονία (ΚΟΠ) είναι μια μορφή ΔΠΠΝ που συχνά σχετίζεται με πνευμονική βλάβη μετά από λοίμωξη ή σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS). Εδώ, περιγράφουμε μια περίπτωση ασθενούς με αποδεικτικά στοιχεία ΚΟΠ μετά από λοίμωξη από τον SARS-COV-2.

Υλικά και Μέθοδοι: Ένας 60χρονος ασθενής εισήχθη λόγω σοβαρής νόσου COVID-19. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο με ενδοφλέβια (i.v.) δεξαμεθαζόνη για 10 ημέρες, αντιβιοτικά, ανοσοτροποποιητική αγωγή (ανταγωνιστής της ιντερλευκίνης-1) υποδορίως για 10 ημέρες, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και αναπνευστική υποστήριξη με τη χρήση ρινικής κάνουλας υψηλής ροής. Παρά την αρχική σταθεροποίηση και την κλινική βελτίωση, ο ασθενής παρέμεινε σοβαρά υποξαιμικός με αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Η πνευμονική εμβολή αποκλείστηκε σε δύο διαδοχικές αξονικές αξονικές υπολογιστικές πνευμονικές αγγειογραφίες. (μεσοδιάστημα: 30 ημέρες). Η τελευταία αξονική τομογραφία ανέδειξε εκτεταμένη ΔΠΠΝ συμβατή με ΚΟΠ. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με πρεδνιζόνη 0,8 mg/kg/ημέρα per os με σημα-

ντική κλινική και ακτινολογική βελτίωση. Τέσσερις ημέρες μετά την έναρξη της πρεδνιζόνης οι ανάγκες οξυγόνου του ασθενούς μειώθηκαν και η ακτινολογική βελτίωση ήταν εμφανής από την 7η ημέρα με πλήρη αποκατάσταση μέχρι την ημέρα 30.

Συμπέρασμα: Η ΚΟΠ θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με ακτινολογικά ευρήματα ΔΠΠΝ μετά από σοβαρή νόσηση COVID-19 και να αντιμετωπίζεται ανάλογα.

ΕΑ 18 | ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μαθιοπούλου Γεωργία¹, Ιωάννου Πέτρος², Μαθιουδάκη Άννα², Παπαδάκης Ιωάννης², Δαράκη Βασιλική³, Παππάς Άγγελος⁴, Σουρής Σωτήρης¹, Σταθοπούλου Χρυσούλα⁵, Κοφτερίδης Διαμαντής²

1 Α΄ Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

2 Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

3 Ενδοκρινολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

4 Διαβητολογικό Ιατρείο, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

5 Εργαστήριο Ρευματολογίας, Αυτοανοσία και Φλεγμονή, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ινστιτούτο Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ασυμπτωματική βακτηριουρία (ΑΣΒ) είναι συχνό πρόβλημα στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν περισσότερα και πιο σοβαρά επεισόδια ουρολοιμώξεων. Σκοπός της μελέτης ήταν η ταυτοποίηση παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση ΑΣΒ σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Υλικά και μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική μελέτη ασθενών μαρτύρων έγινε συλλογή, ανάλυση και καλλιέργεια δειγμάτων ούρων από 437 ασθενείς με ΣΔτ2 χωρίς συμπτώματα ουρολοίμωξης. Επιπλέον καταγράφηκαν δεδομένα αντικειμενικής εξέτασης του ασθενούς, δημογραφικά, ιατρικό ιστορικό, διάρκεια διαβήτη, δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), χρήση αντιβιοτικών το προηγούμενο τρίμηνο, ουρολοιμώξεις το προηγούμενο έτος, πρόσφατη σεξουαλική επαφή και εργαστηριακά δεδομένα ανάλυσης ούρων και αίματος.

Αποτελέσματα: Από τους 437 ασθενείς με ΣΔτ2, οι 88 εμφάνισαν ΑΣΒ (20,1%). Η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο, η διάρκεια του διαβήτη, τα υψηλά επίπεδα HbA1c, οι ουρολοιμώξεις το προηγούμενο έτος, η πρόσφατη χρήση αντιβιοτικών, ο υψηλός ΔΜΣ, η πρόσφατη σεξουαλική επαφή, η αλβουμινουρία, η λευκοκυτταρική εσπεράση και τα νιτρώδη στα ούρα συσχετίστηκαν με την εμφάνιση ΑΣΒ σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η εμφάνιση της ΑΣΒ συσχετίστηκε θετικά με τα υψηλά επίπεδα της HbA1c, τα επεισόδια ουρολοιμώξεων το προηγούμενο έτος και τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης Β12.

Συμπέρασμα: Τα υψηλά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, οι ουρολοιμώξεις το προηγούμενο έτος και τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης Β12 φαίνεται να αποτελούν ανεξάρτητους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνισή της ΑΣΒ σε ασθενείς με ΣΔτ2.

ΕΑ 19 | ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΟΣΟΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ COVID-19

Κόγιας Διονύσιος¹, Γαβριηλίδης Ευστράτιος¹, Αντωνιάδου Χριστίνα¹, Αλή Χασάν², Τσιλιγκήρ Ορχάν², Μαλκοτς Μπελκίς², Σμυρλής Ανδρέας¹, Ζιώγα Νικολέτα¹, Φωτιάδου Ηλιάννα¹, Γεωργακαράκος Ευστράτιος³, Φουτζιτζή Σουλτάνα⁴, Πείχαμπερής Πασχάλης², Σκένδρος Παναγιώτης¹

1 Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

2 Παθολογική Κλινική ΕΣΥ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

3 Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

4 Εργαστήριο Ακτινολογίας – Ιατρικής Απεικόνισης, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Πειραματικά και κλινικά δεδομένα καταδεικνύουν την COVID-19 ως αναδυόμενο μοντέλο συστηματικής ανοσοθρόμβωσης. Στους νοσηλεύμενους ασθενείς το ποσοστό των μακρο/μικρο-θρομβωτικών συμβαμάτων κυμαίνεται στο 20-50%, επιβαρύνοντας σημαντικά την έκβαση.

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με COVID-19 και de novo θρόμβωση κοιλιακής αορτής με περιφερικές εμβολές κάτω άκρων.

Παρουσίαση: Άνδρας 59 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, εισάγεται λόγω σοβαρής λοίμωξης COVID-19 στην 8η ημέρα νόσου, με αμφοτερόπλευρες βρογχοπνευμονικές διηθήσεις, υψηλούς δείκτες φλεγμονής και $PO_2/FiO_2 < 150$. Χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη, tocilizumab (8 mg/kg, δύο δόσεις) αντιβιοτικά και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ) σε θεραπευτική δόση. Κατά τη 16η ημέρα νόσου, ενώ η αναπνευστική κατάσταση ήταν σε βελτίωση με μειούμενες ανάγκες οξυγόνωσης ($PO_2/FiO_2 > 200$), εμφάνισε αιφνίδιο άλγος κάτω άκρων, ψυχρότητα και αιμωδίες με αδυναμία ψηλάφησης περιφερικών σφύξεων. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε ευμεγέθη ενδοαυλικό θρόμβο κοιλιακής αορτής, εμβολικό υλικό αριστερής και δεξιάς περονιαίας, αριστερής οπίσθιας κνημιαίας και δεξιάς πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε έναρξη ασπιρίνης, αύξηση της δόσης ΗΧΜΒ και εμβολεκτομή, με μερική επαναϊμάτωση των άκρων ποδών. Ωστόσο, λόγω προοδευτικής επιδείνωσης της ισχαιμίας του αριστερού άκρου ποδός και τελικώς ξηρής γάγγραινας, πραγματοποιήθηκε διαμετατάριος ακρωτηριασμός την 45η μέρα νόσου.

Συμπέρασμα: Σοβαρές εκδηλώσεις ανοσοθρόμβωσης ενδέχεται να εκδηλωθούν όψιμα στην COVID-19, ασύγχρονα της βαρύτητας νόσου, παρά τη χορήγηση θεραπευτικών δόσεων ΗΧΜΒ και να αφορούν άτυπες θέσεις και επιπλοκές.

ΕΑ 20 | Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΕΡΙΝΟΙΔΙΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΙΘΑΝΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19.

Παπαδάτος Σ. Σταμάτης¹, Κοπελιά Μαρία², Μπουρδάκη Ειρήνη³, Φίλη Γεωργία⁴, Μπουρδάκης Αδαμάντιος^{1,5}, Χαροκόπος Νίκος⁵

1 Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

2 Γ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ

3 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

4 Παθολογικό ΤΕΠ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

5 Κλινική COVID, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Τόσο στην παρόξυνση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (COPD), όσο και στην COVID-19 οι ασθενείς λαμβάνουν κορτικοειδή κατά τη νοσηλεία τους και μάλιστα σε ισοδύναμες δόσεις (40mg prednisolone / 6 mg dexamethasone αντίστοιχα). Η δυσγλυκαιμία και η εμφάνιση στερινοειδή διαβήτη είναι σημαντική επιπλοκή αυτών των παρεμβάσεων. Η παρούσα καταγραφή στοχεύει στο να ελέγξει πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών που έλαβαν κορτιζονοθεραπεία νοσηλευόμενοι λόγω COPD και αυτών που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 ως προς την εμφάνιση και τα χαρακτηριστικά του στερινοειδούς διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι 44 γυναικών και 31 ανδρών μέσης ηλικίας 62,56±8,51 ετών, μέσου δείκτη μάζας σώματος 31,53±2,95, με μέση τιμή HbA1c 5,82±0,676, οι οποίοι δεν είχαν ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν ισοδύναμες δόσεις κορτικοειδών βάσει των διεθνών οδηγιών. Όλοι παρακολουθούνταν με μέτρηση τριχοειδικού σακχάρου καθημερινά το πρωί και μετά το γεύμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 37,3% των ασθενών ανέπτυξαν στερινοειδή διαβήτη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Δε φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ανάπτυξη στερινοειδούς διαβήτη κατά τη νοσηλεία ασθενών με COVID-19 συγκριτικά με του ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για παρόξυνση ΧΑΠ (p=0,789). Η ανάπτυξη στερινοειδούς διαβήτη δε διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών (p= 0,239) σχετίστηκε όμως με αυξημένη πιθανότητα διασωλήνωσης των ασθενών με COVID-19 (p=0,015). Η εγκατάσταση του διαβήτη ένα μήνα μετά τη νοσηλεία δε διέφερε στους ασθενείς με COVID-19 από αυτούς με COPD (p=0,219).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη στερινοειδούς διαβήτη πιθανά να σχετίζεται με χειρότερη έκβαση της νοσηλείας των ασθενών με COVID-19 συγκριτικά με ασθενείς που νοσηλεύονταν για COPD. Μεγαλύτερης έκτασης μελέτες απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί αιτιολογική συσχέτιση.

ΕΑ 21 | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ REMDESIVIR ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Πετράκης Βασίλειος, Παναγόπουλος Περικλής, Τερζή Ειρήνη, Παπάζογλου Δημήτριος

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τον Δεκέμβριο του 2019 παρατηρήθηκαν στην Κίνα αρκετές περιπτώσεις πνευμονίας αγνώστου αιτιολογίας. Ο νέος ιός που απομονώθηκε ονομάστηκε Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) και η νόσος που προκαλείται από αυτόν Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Αρκετοί ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί ή εκδηλώνουν ήπια συμπτωματολογία με αποτέλεσμα να αναρρώνουν χωρίς ιατρική παρέμβαση. Για τους ασθενείς με σοβαρότερη κλινική εικόνα που χρήζουν νοσηλείας έχουν δοκιμασθεί διάφορες θεραπευτικές επιλογές. Το remdesivir είναι ένα νουκλεοτιδικό ανάλογο που αναστέλλει την ιική RNA εξαρτώμενη RNA πολυμεράση που έχει λάβει έγκριση για τη θεραπεία της σοβαρής COVID-19 πνευμονίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αντιικής αγωγής με Remdesivir σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με

COVID-19 πνευμονία στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω επιβεβαιωμένης λοίμωξης αναπνευστικού από τον ιό SARS-CoV-2 και έλαβαν αντιική αγωγή με Remdesivir. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο), των συννοσηροτήτων, του συνολικού αριθμού των ημερών νοσηλείας και της χρήσης ανοσοτροποποιητικών παραγόντων. Επίσης υπολογίστηκε ο αριθμός ημερών από την έναρξη συμπτωματολογίας για τη χορήγηση αντιικής αγωγής και για τα 2 καταληκτικά σημεία, διασωλήνωση και θάνατο. Η κλινική κατάσταση των ασθενών αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα COVID-19 ordinal scale of clinical improvement. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS ver.19 και των στατιστικών ελέγχων: repeated measures ANOVA και Friedman test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 135 ασθενείς νοσηλευόμενοι με COVID-19 πνευμονία έλαβαν αντιική αγωγή με Remdesivir. Κατά κύριο λόγο ήταν άρρενες (62%) που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 40-60 ετών (31%). Σχεδόν το 50% των ασθενών εκδήλωσε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια. Διασωλήνωση απαιτήθηκε στο 20% και τελικά απεβίωσε το 17% των ασθενών. Συννοσηρότητες εμφάνιζε το 69% των με συχνότερες το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και την αρτηριακή υπέρταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που έλαβαν πενθήμερο σχήμα αγωγής με Remdesivir εμφάνισαν στατιστικά σημαντική κλινική βελτίωση μειώνοντας την πιθανότητα δυσμενούς έκβασης. Περισσότερες μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών απαιτούνται για την αξιολόγηση της ευεργετικής επίδρασης του συγκεκριμένου αντιικού παράγοντα στη θεραπεία ασθενών με COVID-19.

ΕΑ 22 | ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟCYSTIS JIROVECII ΣΕ ΑΝΟΣΟΪΚΑΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ COVID-19 ΕΠΟΧΗ

Φακοτή Ειρήνη, Παπαθανασίου Γεωργία, Πίτσιλλος Κυριάκος, Σαριδάκης Ιωάννης, Κονταξάκης Ιωάννης,

Τζαγκαράκης Εμμανουήλ

Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο-Πανάνειο, Ηράκλειο Κρήτης

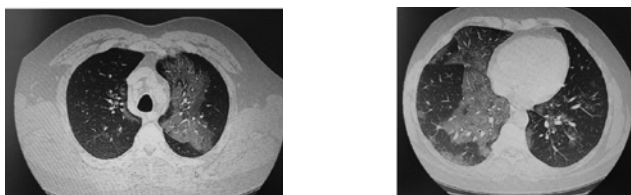
Εισαγωγή: Η πνευμονία από Pneumocystis Jirovecii (PCP) είναι μία μυκητιασική λοίμωξη η οποία επηρεάζει κυρίως τους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η κλινική εικόνα είναι όμοια με μία κοινή λοίμωξη αναπνευστικού ενώ η ακτινολογική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή που προκαλεί ο ιός SARS-COV-2.

Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικού περιστατικού άνδρα 48 ετών με Πνευμονία από P.Jirovecii στην "COVID-19 εποχή".

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 48 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, καπνιστής, προσήλθε αιτώμενος εμπύρετο εως 40o C από διημέρου με συνοδό μη παραγωγικό βήχα και δύσπνοια. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν Τρίζοντες ήχοι άμφω και Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου I με PaO2=55mmHg. Από την ακτινογραφία θώρακα εικόνα άμφω διητημάτων και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής από τον εργαστηριακό έλεγχο. Λήφθηκε rapid test και PCR δείγμα για SARS-COV-2 αρνητικά. Κατά την δεύτερη ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση του ασθενούς με αποκορεσμό και ακτινολογική επιδείνωση. Λήφθηκε εκ νέου δείγμα PCR για SARS-COV-2 το οποίο ήταν και πάλι αρνητικό. Πραγματοποιήθηκε αξονική θώρακα όπου παρατηρήθηκαν εκτεταμένες περι-

οχές θολής υάλου και κυψελιδικά διηθήματα στα πνευμονικά πεδία άμφω και συνοδός λεμφαδενοπάθεια. Η καλλιέργεια πτυέλων ήταν θετική για PCP και η αγωγή τροποποιήθηκε σε τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη με κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση. Από λοιπό έλεγχο δεν ανευρέθηκε υποκείμενη ανοσοκαταστολή.

Συμπέρασμα: Η πνευμονία από PCP σε ανοσοϊκανούς ασθενείς απαιτεί ισχυρή κλινική υποψία και αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού ειδικά στην 'COVID-19 εποχή' όπου η κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα είναι παρόμοια.



ΕΑ 23 | ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΙΟ ΣΥΧΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

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

² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μικροβιαμία αποτελεί μια από τις σοβαρότερες λοιμώξεις και μια από τις βασικές αιτίες θανάτου των νοσηλεύμενων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της μελέτης αποτελεί η καταγραφή των πιο συχνών μικροοργανισμών που απομονώθηκαν σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου και η σύγκριση της καταγραφής αυτής με δεδομένα του εθνικού δικτύου μελέτης και μικροβιακής αντοχής WHONET.

Υλικό και Μέθοδοι: Υλικό της μελέτης οποίας, αποτέλεσαν οι νοσηλεύμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι. κατά το διάστημα 9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomerieux, France) για την επώαση των αιμοκαλλιεργειών για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με Gram χρώση ώστε να προσδιοριστεί το είδος των παθογόνων μικροοργανισμών και στη συνέχεια πραγματοποιείται καλλιέργεια σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά και ταυτόπωση με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens Microscan.

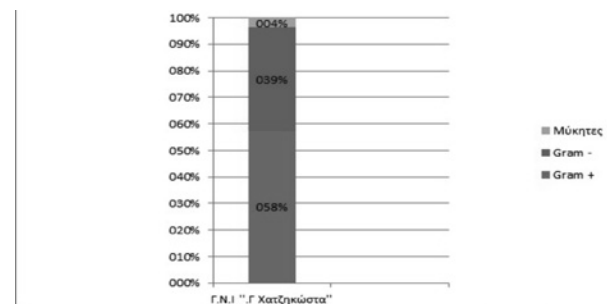
Αποτελέσματα: Το σύνολο των αιμοκαλλιεργειών που εστάλησαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Γ.Ν.Ι. για τους 44 ασθενείς με μικροβιαμία, ήταν 222 ζεύγη αερόβιων-αναερόβιων φιαλών, αρνητικές ήταν οι 142 και θετικές ήταν οι 80. Οι 46 θετικές αιμοκαλλιέργειες οφείλονται σε Gram(+) κόκκους (57,5%), οι 31 σε Gram(-) βακτήρια (38,75%) και οι 3 σε μύκητες (3,75%) (Πίνακας 1 και Εικόνα 1). Οι πιο συχνόι εκ των μικροοργανισμών αυτών καταγράφονται συγκριτικά με τα δεδομένα του WHONET στην Εικόνα 2.

Συμπεράσματα: Οι Gram(+) κόκκοι αποτέλεσαν την πλειονότητα των απομονωθέντων μικροοργανισμών και ακολούθησαν οι Gram(-) κόκκοι και οι μύκητες. Οι απομονωθέντες μικροοργανισμοί ποσοστιαία δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τα δεδομένα του WHONET.

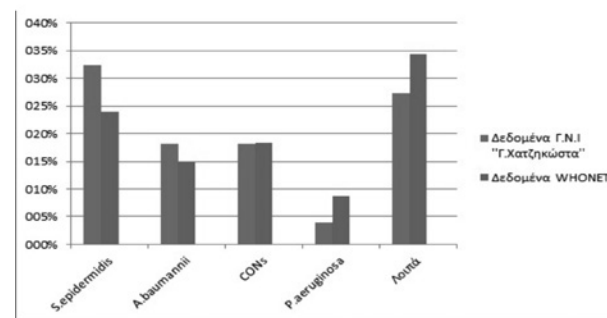
ομοί ποσοστιαία δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τα δεδομένα του WHONET.

Μικροοργανισμοί	Αριθμός	ποσοστό
Gram (+) κόκκοι	46	57,5%
Gram (-) βακτήρια	31	38,75%
Μύκητες	3	3,75%
Σύνολο	80	100%

Πίνακας 1 Κατηγοριοποίηση θετικών αιμοκαλλιεργειών ανάλογα με το είδος του μικροοργανισμού που απομονώθηκε



Εικόνα 1: Κατηγοριοποίηση των θετικών αιμοκαλλιεργειών με βάση τον μικροοργανισμό που απομονώθηκε



Εικόνα 2 Σύγκριση των 4 πιο συχνών Gram (+) και Gram (-) μικροοργανισμών που απομονώθηκαν στις αιμοκαλλιέργειες της ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι. Γ.Χατζηκώστα με τα δεδομένα του WHONET

ΕΑ 24 | ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ & SARS – COV - 2: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ & ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κουφοπούλου Παρασκευή¹, Κυριαζής Ιωάννης²,

Βοζίκης Αθανάσιος³, Σουλιώτης Κυριάκος⁴,

Αμπραχίμ Σάρα – Ελένη⁵, Μοσχοφίδου Μαρία – Παρασκευή⁶

¹ PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων, Πειραιάς.

² MD, PhD, Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE, Κηφισιά.

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

³ Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής,

Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος.

4 RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva, Κηφισιά.

5 MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση', Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Λαζάνη.

Εισαγωγή – Σκοπός: μια από τις επιπτώσεις της πανδημίας του SARS – CoV – 2 είναι η αλλαγή του διατροφικού προτύπου, σε παγκόσμια κλίμακα. Σκοπός μας είναι να αποτυπώσουμε τις βασικές κατευθύνσεις προς ένα υγιές διατροφικό πρότυπο ώστε να προτείνουμε βέλτιστες λύσεις για τα συστήματα υγείας.

Υλικά & Μέθοδοι: Αξιοποιήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία για το διάστημα 2010 – 2020 μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed με λέξεις – κλειδιά 'nutritional habits', 'SARS – CoV – 2', 'patients', 'impact', 'health systems'.

Αποτελέσματα: Καταλήξαμε σε 30, από τα 79 άρθρα που βρήκαμε αρχικά. Σύμφωνα με μελέτη του Οργανισμού Κτηνοτροφίας και Κρέατος της Αυστραλίας (MLA) οι αλλαγές που εντοπίστηκαν στα διατροφικά πρότυπα εστιάζουν σε τρεις παραμέτρους. Στις συνήθειες προετοιμασίας γευμάτων με κατ' οίκον μαγείρεμα με φρέσκα προϊόντα και κρέας, καθώς και δοκιμασία νέων μεθόδων μαγειρέματος του βόειου. Στην αύξηση της κατανάλωσης βόειου κρέατος ως πιο θρεπτική και ασφαλέστερη πρωτεΐνη, αλλά και βασικός παράγοντας για μια ισορροπημένη διατροφή. Σπουδαίο ρόλο έχει ο τρόπος αγοράς του κρέατος, με έμφαση στην ασφάλεια, την ποιότητα, τη διαθρεπτική αξία και τη χώρα προέλευσης. Οι καταναλωτές ακολουθούν υγιεινή διατροφή ακόμη και μετά το πέρας του SARS – CoV – 2 επικεντρώνοντας στην θωράκιση του οργανισμού, με κρέατα όπως το βόειο και το αρνί.

Συμπέρασμα: Ο SARS – CoV – 2 καθιέρωσε ένα υγιεινό διατροφικό πρότυπο. Με τον τρόπο αυτό θωρακίζεται ο ανθρώπινος οργανισμός και περιορίζεται η εκδήλωση σοβαρών ασθενειών. Έτσι μειώνεται το οικονομικό κόστος στα συστήματα υγείας δημιουργώντας ένα απόθεμα σε ανθρώπινους, χρηματικούς πόρους και υποδομές ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους.

ΕΑ 25 | Η ΗΠΑΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Πολυχρονόπουλος Γεώργιος, Πρωτοπαπάς Αδωνις, Σάτσογλου Σαράντης, Στογιάννου Δημήτριος, Τζαβέλας Μάριος, Χατζόπουλος Γεώργιος, Φιλιππίδης Αθανάσιος, Σαββόπουλος Χρήστος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ηπατική ίνωση αποτελεί αναδυόμενο παρά-

γοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η σχέση της με την ενδοσσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης της ηπατικής ίνωσης με την ενδοσσοκομειακή θνητότητα ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

Υλικά και μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,1% άνδρες, ηλικία 79,8±7,2 έτη). Η ηπατική ίνωση εκτιμήθηκε με το δείκτη FIB-4, ο οποίος υπολογίζεται με βάση την εξίσωση: ηλικία × AST (IU/l) / (αιμοπετάλια (×10⁹/L) × √ALT (IU/l)). Αποτελέσματα: Ο δείκτης FIB-4 σχετιζόταν θετικά με τη διάρκεια της νοσηλείας (r = 0,076, p < 0,05). Οι ασθενείς που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είχαν υψηλότερο δείκτη FIB-4 σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο (2,8±1,8 έναντι 2,3±1,5 αντίστοιχα, p < 0,05).

Συμπέρασμα: Η ηπατική ίνωση σχετίζεται με αυξημένη ενδοσσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΕΑ 26 | Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑΣ (ΜΑΒ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΧΑΠ)

Κυριακόπουλος Χρήστος¹, Μπαρτζιώκας Κωνσταντίνος¹, Παπαϊωάννου Ανδριάννα², Ντουνούση Ευαγγελία², Λουκίδης Στυλιανός³, Σπύρος Παπίρης³, Κωστίκας Κωνσταντίνος¹

1 Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

2 Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

3 Β' Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Αττικόν", Αθήνα

Εισαγωγή: Η ΜΑΒ αποτελεί έναν ευαίσθητο δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου και φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τη θνητότητα. Πρόσφατες μελέτες αξιολόγησαν τη ΜΑΒ σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ καθώς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ύπαρξης ΜΑΒ σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ και η συσχέτιση αυτής με την έκβαση των παροξύνσεων, τη διάρκεια νοσηλείας καθώς και με διάφορες παραμέτρους βαρύτητας της νόσου.

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 153 ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ που εισήχθησαν στις Πνευμονολογικές Κλινικές δύο Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων και Β' Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αττικόν). Κατά την εισαγωγή έγινε καταγραφή σωματομετρικών και κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων, εκτίμηση της βαρύτητας της ΧΑΠ και ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος. Ακολούθησε η παρακολούθηση των ασθενών για ένα έτος και πλήρη αξιολόγηση της έκβασης των παροξύνσεων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΜΑΒ κατά την εισαγωγή εμφάνισαν χειρότερη αναπνευστική λειτουργία (FEV1%) [διάμεση τιμή (IQR) 34 (25-44)% έναντι 61 (53-74)%, p<0.001], σοβαρότερη δύσπνοια κατά mMRC [3 (2-3) έναντι 1 (1-2), p<0.001] και περισσότερες μέρες νοσηλείας [9 (6-11) έναντι 4 (3-6), p<0.001]. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η διάρκεια νοσηλείας συσχετίστηκε

με [HR(95%CI)] τη MAB [2.034 (0.855-3.213)], τον FEV1 [-4.324(-7.067- -3.135)] και την παρουσία κολπικής μαρμαρυγής [0.988 (0.042-1.934)]. Κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος, οι ασθενείς με MAB παρουσίασαν μεγαλύτερο αριθμό παροξύνσεων [3 (1.5-4.5) έναντι 1 (0-3), $p<0.001$] και νοσηλείων [1 (0-2) έναντι 0 (0-1), $p<0.001$].

Συμπεράσματα: Η παρουσία MAB κατά την εισαγωγή για παρόξυνση ΧΑΠ σχετίστηκε με σοβαρότερη νόσο και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο παρόξυνσης και νοσηλείας κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος.

ΕΑ 27 | ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1Η ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ COVID-19 (ΜΑΡΤΙΟΥ-ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2020)

Κυριακόπουλος Χρήστος¹, Ξεφαρξος Κωνσταντίνος¹, Γόγαλη Αθηνά¹, Απολλωνάτου Βασιλική², Λουκίδης Στυλιανός², Παπίρης Σπυρίδων², Σιγάλα Ιωάννα³, Κατσαούνου Παρασκευή³, Αγγελίδης Μάξιμος⁴, Φούκα Εύα⁴, Πορπόδης Κωνσταντίνος⁴, Κοντακιάτης Θεόδωρος⁴, Σαμωνάς Φώτης⁵, Καραμπιτσάκος Θεόδωρος⁵, Τζουβελέκης Αργύριος⁵, Μπιμπάκη Ελένη⁶, Καραγιάννης Κωνσταντίνος⁶, Αντωνίου Κατερίνα⁶, Τζανάκης Νικόλαος⁶, Δημέας Ηλίας⁷, Δανιήλ Ζωή⁷, Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος⁷, Κουρατζή Μαρία⁸, Στερόπουλος Πασχάλης⁸, Αντωνάκης Εμμανουήλ⁹, Παπανικολάου Ηλίας⁹, Κωστίκας Κωνσταντίνος¹

- 1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
- 2 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Αθήνα
- 3 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Αθήνα
- 4 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- 5 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα
- 6 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο
- 7 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα
- 8 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
- 9 Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

Εισαγωγή: Κατά τη διάρκεια της έξαρσης του ιού SARS-CoV-2 σε ολόκληρο τον κόσμο, αλλά και στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν μεταβολές στις εισαγωγές ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις.

Σκοπός της μελέτης: Ο σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν να διαπιστωθούν μεταβολές στον αριθμό των εισαγωγών στις Πνευμονολογικές κλινικές 9 νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ελήφθη υπόψη το σύνολο των παθήσεων των νοσηλευθέντων στις ανωτέρω κλινικές.

Μέθοδοι: Συγκεκριμένα στη μελέτη συμπεριλήφθησαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Πνευμονολογική κλινική 8 πανεπιστημιακών: Αττικόν, Ευαγγελισμός, Παπανικολάου, Πάτρας, Ηρακλείου, Λάρισας, Ιωαννίνων, Αλεξανδρούπολης και ενός νομαρχιακού νοσοκομείου: Κέρκυρας, κατά τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο σε 3 διαδοχικές χρονιές (2018, 2019 και 2020). Από τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και η διάγνωση εξόδου.

Αποτελέσματα: Από τους 1307 ασθενείς που εισήχθησαν μεταξύ Μαρτίου-Απριλίου 2020, 444 (35.5%) ήταν άρρενες. Η μέση ηλικία (\pm SD) ήταν 66.0 \pm 16.5 έτη. Ο μέσος ημερήσιος αριθμός εισαγωγών για το 2020 ήταν 21.4, στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος εν συ-

γκρίσει με το 2018 [συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2487, IR:40.8, IRR: 0.525, 95% confidence interval (CI): 0.491-0.562, $P<0.001$], με το 2019 (συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2434, IR:39.9, IRR: 0.537, 95% CI: 0.502-0.574, $P<0.001$), καθώς και με τον μέσο όρο των 2 προηγούμενων ετών (IR:40.3, IRR: 0.531, 95% CI: 0.497-0.568, $P<0.001$).

Η μεταβολή του αριθμού εισαγωγών του 2020 συγκριτικά με το 2018 και το 2019 διέφερε ανάλογα με την αιτία εισαγωγής.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη αναδεικνύεται η αξιοσημείωτη μείωση εισαγωγών για αναπνευστικές παθήσεις κατά την περίοδο έξαρσης COVID-19 συγκριτικά με τα 2 προηγούμενα έτη, με διακύμανση του ποσοστού ανάλογα με την αιτία νοσηλείας.

ΕΑ 28 | ΝΕΥΡΟΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ: ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ Ο ΛΟΓΟΣ ΤΚΕ/CRP ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ;

Σ. Δάιος^{1,2}, Γ. Πολυχρονόπουλος², Δ. Πιλάλας², Ι. Νάκου¹, Θ. Τέγος³, Η. Κανέλλος², Α. Τσίκα¹, Ε. Βαλανίκας², Γ. Χατζόπουλος², Ι. Βαγρόπουλος¹, Γ. Καϊάφα², Χ. Σαββόπουλος²

- 1 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών
- 2 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
- 3 Α' Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Ο ιός του Δυτικού Νείλου, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια των φλαβοϊών, μπορεί να προκαλέσει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από ασυμπτωματική φορεία έως σοβαρή νευροδιδευτική νόσο, με τη μορφή εγκεφαλίτιδας, μηνιγγιτίδας ή οξείας χαλαρής παράλυσης. Μεταξύ των νοσούντων, 1 στους 150 - 250 αναπτύσσει νευροδιδευτική νόσο, η διάγνωση της οποίας τεκμηριώνεται με την ανεύρεση αντισωμάτων IgM στον ορό ή το ENY, σε συνδυασμό με τη συμβατή κλινική εικόνα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του λόγου ΤΚΕ/CRP ως χρήσιμου διαγνωστικού βιοδείκτη στη λοίμωξη κεντρικού νευρικού συστήματος από τον ιό Δυτικού Νείλου.

Μέθοδος/Υλικό: Πρόκειται για ανασκόπηση 14 περιστατικών ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν. Σερρών κατά το διάστημα 2018-2019 με τη διάγνωση νευροδιδευτικής νόσου από ιό Δυτικού Νείλου. Η διάγνωση τέθηκε με την ανίχνευση IgM ανοσοσφαιρίνης έναντι του ιού στο ENY, ενώ όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, η εκδήλωση της νόσου (μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα/ χαλαρή παράλυση), οι εργαστηριακές τιμές ΤΚΕ και CRP, τα ευρήματα μικροσκοπικής εξέτασης του ENY, η διάρκεια και η έκβαση της νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6.5 ημέρες (IQR: 4-9) και 2 από τους ασθενείς κατέληξαν. Το ENY όλων των ασθενών πλην ενός (ξανθόχρωμο) ήταν διαυγές, ενώ τα λοιπά ευρήματα από το ENY ήταν συμβατά με ιογενή λοίμωξη κεντρικού νευρικού συστήματος (μέτρια πλειοκύτωση με λεμφοκυτταρικό τύπο, μέτρια αύξηση του λευκώματος και σχεδόν φυσιολογική τιμή γλυκόζης). Οι καλλιέργειες ENY απέκλεισαν κοινά βακτηριακά παθογόνα. Λόγος ΤΚΕ/CRP μεγαλύτερος της μονάδας παρατηρήθηκε στους 11 από τους 14 ασθενείς, με μέση τιμή 2.35 (IQR: 1.51-3.63). Αξίζει να σημειωθεί ότι 2 από τους ασθενείς με λόγο ΤΚΕ/CRP < 1 ήταν μεγαλύτεροι των 90 ετών. Ένας από τους δύο ασθενείς που κατέληξαν είχε ηπλίο ΤΚΕ/CRP οριακά χαμηλότερο της μονάδας. Επίσης, από τη σειρά περιστατικών μας, μόνο ένας ασθε-

νής είχε τιμή CRP μεγαλύτερη από 100 mg/L και οι ασθενείς που κατέληξαν είχαν CRP χαμηλότερη από 50 mg/L.

Συμπεράσματα: Εξαιτίας της περιορισμένης διαθεσιμότητας εργαστηρίων με τη δυνατότητα ορολογικού ελέγχου για τον ιό του Δυτικού Νείλου, κρίνεται απαραίτητη η ανεύρεση βιοδεικτών που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη διάγνωση της νόσου. Προς αυτή την κατεύθυνση και όπως παρατηρήθηκε από την ανασκόπησή μας, αλλά και σύμφωνα με πρόσφατη βιβλιογραφία ο λόγος ΤΚΕ/CRP θα μπορούσε να αποτελέσει ένα τέτοιο εργαλείο.

ΕΑ 29 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Δημήτριος Πιλάλας¹, Στυλιανός Δάιος¹, Μελίνα Καχριμανίδου², Γεωργία Καϊάφα¹, Σουλτάνα Αυγέρη³, Ελένη Καρλάφτη¹, Ελευθερία Ζτρίβα¹, Αναστασία Κοντάνα¹, Ηλίας Κανέλλος¹, Αθηνά Μύρου¹, Τριαντάφυλλος Διδάγγελος¹, Χρήστος Σαββόπουλος

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Τμήμα Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Άγιος Παύλος

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον ιό της γρίπης σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα παγκοσμίως σε διαβητικούς. Οι Φορείς Δημόσιας Υγείας προτείνουν τον εμβολιασμό διαβητικών κατά της εποχικής γρίπης, ιδιαίτερα στην εποχή της COVID-19, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το ικό φορτίο της γρίπης στα Νοσοκομεία.

Σκοπός: Η καταγραφή, σύγκριση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού αναφορικά με την πρόληψη λοιμώξεων και επιπλοκών τους. Επίσης, καταγραφή της νοσηρότητας σε εμβολιασμένα και μη άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

Μέθοδοι: Μελέτη παρατήρησης για τον προσδιορισμό της συμμόρφωσης των διαβητικών στις οδηγίες για εμβολιασμό της γρίπης, με καταγραφή και των σχετικών παραγόντων μεταξύ διαβητικών στην Περιφέρεια Θεσσαλονίκης. Συμπληρώθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για τους ερευνητικούς στόχους της εργασίας και βασίστηκε σε προηγούμενα βιβλιογραφικά ερευνητικά δεδομένα και στις συστάσεις των εμβολιασμών που προτείνει το Κ.Ε.Ε.Λ.Π.Ν.Ο.

Αποτελέσματα: 1) Συμμετείχαν συνολικά 206 ασθενείς, με συνολικό ποσοστό 47,1% να αναφέρει ετησίως εμβολιασμό κατά της γρίπης (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, CI: 40,3% έως 53,9%). 2) Η παρουσία συνοσηροτήτων για τον εμβολιασμό συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα εμβολιασμού (OR: 0,29, 95% CI: 0,11 έως 0,68, p = 0,007). 3) Οι ηλικιωμένοι διαβητικοί είχαν περισσότερες πιθανότητες συμμόρφωσης για εμβολιασμό κατά της γρίπης (αύξηση 34% ανά διάστημα 10 ετών).

Συμπέρασμα: Α) Προκύπτει ένα σημαντικό έλλειμμα στο ποσοστό κάλυψης εμβολιασμού κατά της γρίπης σε διαβητικούς. Β) Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν, ώστε να

βελτιώσουν τη διαχείριση των εμβολίων κατά του SARS-CoV-2 με ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των ασθενών, ενώ το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης οφείλει να δώσει τη δυνατότητα στις Αρχές Δημόσιας Υγείας και στους ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης να αναλάβουν έναν πιο ενεργό ρόλο στο γενικό πληθυσμό.

ΕΑ 30 | ΗΛΑ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΙ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κίτσιου Βασιλική¹, Δέτσικα Μαρία², Γιατρά Χαρά³, Αθανασιάδης Θεόφιλος¹, Jahaj Edison², Κουνιάκη Διαμάντω¹, Δημοπούλου Ιωάννα², Ορφανός Στυλιανός^{2,4}, Ταράση Αικατερίνη¹, Παγώνη Μαρία³, Κοτανίδου Αναστασία², Τσιρογιάννη Αλεξάνδρα¹

1 Τμήμα Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας

2 Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΕΚΠΑ

3 Αιματολογική – Λεμφωμάτων Κλινική/ΜΜΜΟ, ΓΝΑ 'Ο Ευαγγελισμός', Αθήνα.

4 Β' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Αττικόν Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο ρόλος των HLA (Human Leukocyte Antigens), ως γενετικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εξέλιξη της COVID-19 λοίμωξης, βρίσκεται υπό διερεύνηση. Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση των HLA με τη βαρύτητα της COVID-19 σε Έλληνες ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν α) 95 Έλληνες ασθενείς (56 άνδρες, 39 γυναίκες) με COVID-19, οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες με: ήπια νόσο (ομάδα I, N=57), σοβαρή νόσο που χρειάστηκαν νοσηλεία (ομάδα II, N=16) και βαριά νόσο, που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και οι περισσότεροι διασωληνώθηκαν (ομάδα III, N=22) και β) 316 υγιείς Έλληνες-μάρτυρες (M). Έγινε μοριακή τυποποίηση (low resolution) των HLA τάξης I και II αλληλίων και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων σε λογισμικό SPSS (Antigen frequency-Af%, Odds Ratio-OR, Fisher's exact p-value, Bonferroni p correction-pc)).

Αποτελέσματα: Πίνακας 1: Παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα:

HLA αλληλίο	Μάρτυρες (M) Af%	Ήπια νόσος (I) Af%	Σοβαρή νόσος (II) Af%	Βαριά νόσος (III) Af%	
C*04	28.48	17.54	31.25	45.45	III vs I: p=0.019, OR=3.9, pc=NS
C*06	15.82	7.02	31.25	13.64	II vs I: p=0.020, OR=6.0, pc=NS
DRB1*01	10.76	24.56	31.25	13.64	II vs M: p=0.029, OR=3.8, pc=NS
DRB1*09	0.32	0.0	6.25	9.09	III vs M: p=0.012, OR=31.5, pc=NS II+III vs M: p=0.004, OR=27.0, pc=0.044

Στους νοσηλευόμενους ασθενείς (ομάδα II και III) και ιδιαίτερα σε αυτούς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αυξημένη η συχνότητα του HLA-DRB1*09, αλληλίο ιδιαίτερα σπάνιο στον Ελληνικό πληθυσμό και το οποίο δεν ανευρέθηκε στην ομάδα με ήπια νόσο.

Συμπεράσματα: Στην COVID-19 λοίμωξη η HLA τυποποίηση και η ανεύρεση συγκεκριμένων HLA αλληλίων πιθανά να συμβάλει τόσο στον έγκαιρο εντοπισμό ασθενών με υψηλό κίνδυνο σοβαρής νόσου όσο και στην επιλογή άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 01 | ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΩΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Λιόντος Άγγελος¹, Κλούρας Ελευθέριος¹, Δημητρίου Θεοδώρα², Τσιάκας Ηλίας¹, Φίλιππας-Ντεκουάν Σεμπάστιαν¹, Φυτσιλή Ευγενία¹, Χρηστάκη Μαρία¹, Παντελή Αικατερίνη¹, Οικονόμου Γεώργιος¹, Σιώζιου Μαρία¹, Λιάμης Γεώργιος², Μηλιώνης Χαράλαμπος¹

1 Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

2 Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Οι συσκευές εκτροπής ή παροχέτευσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (βαλβίδες εγκεφάλου) είναι απαραίτητες για τη διαχείριση της υδροκεφάλου. Η μόλυνση των συσκευών είναι μία από τις πιο σοβαρές επιπλοκές. Οι περισσότερες περιπτώσεις λοιμώξεων από τέτοιες συσκευές, αναπτύσσονται εντός του πρώτου έτους της τοποθέτησής τους. Περιγράφουμε δύο περιστατικά λοίμωξης από συσκευή κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης εμφανιζόμενες ως πυρετός αγνώστου αιτιολογίας μετά από 10 και πλέον χρόνια από την τοποθέτηση συσκευής κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.

Μέθοδοι: Περιστατικό #1. Μια 80χρονη γυναίκα παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο λόγω πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Η ασθενής εμφάνιζε πυρετό τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες με επεισόδια κεφαλαλγίας. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν στείρες, ενώ δεν επιτεύχθηκε διάγνωση μετά από εκτενή αξιολόγηση. Μια συσκευή κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης είχε τοποθετηθεί προ 15ετίας, λόγω υδροκεφάλου απότοκου ρήξης ανεύρυσματος εγκεφάλου. Η οσφρονωτιαία παρακέντηση αποκάλυψε λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) με απομόνωση *Pseudomonas aeruginosa* από τις καλλιέργειες του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Περιστατικό #2. Ένας 67χρονος άνδρας εισήχθη λόγω εμπύρετου διάρκειας 30 ημερών. Και σε αυτόν τον ασθενή είχε τοποθετηθεί προ 17ετίας συσκευή κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης λόγω υδροκεφάλου απότοκου ρήξης ανεύρυσματος εγκεφάλου. Από τις καλλιέργειες του εγκεφαλονωτιαίου υγρού απομονώθηκε *Pseudomonas aeruginosa*. Και οι δυο ασθενείς δεν είχαν πρόσφατη προηγηθείσα νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν επιτυχώς σε θεραπεία με νευροχειρουργική αντικατάσταση της συσκευής κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης παράλληλα με αντιβιοτική αγωγή και είχαν μια επιτυχή αποκατάσταση.

Συμπέρασμα: Η λοίμωξη από συσκευές κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης θα πρέπει να εξετάζεται σε ολιγοσυμπτωματικούς ασθενείς με τέτοιες συσκευές και με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας, ανεξάρτητα από το χρόνο από την τοποθέτηση της παροχέτευσης.

ΑΑ 02 | C1q ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ

Ματθιοπούλου Γεωργία¹, Σταθοπούλου Χρυσούλα²,

Ζερβού Μαρία³, Ιωάννου Πέτρος⁴, Παπαδάκης Ιωάννης⁴, Δαράκη Βασιλική⁵, Παππάς Άγγελος⁶, Σουρής Σωτήρης¹, Γουλιέλμος Γεώργιος^{3,4}, Κοφτερίδης Διαμαντής⁴

1 Α' Παθολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

2 Εργαστήριο Ρευματολογίας, Αυτοανοσία και Φλεγμονή, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ινστιτούτο Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας, Ηράκλειο, Κρήτη

3 Εργαστήριο Μοριακής Παθολογίας και Γενετικής Ανθρώπου, Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

4 Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

5 Ενδοκρινολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

6 Διαβητολογικό Ιατρείο, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εμφάνιση της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας (ΑΣΒ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) έχει συσχετισθεί με γενετικούς παράγοντες. Γονιδιακοί πολυμορφισμοί του C1q γονιδίου που κωδικοποιεί πρωτεΐνη της κλασσικής οδού του συμπληρώματος, επηρεάζουν την ευαισθησία σε βακτηριακές λοιμώξεις και άλλα νοσήματα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης του πολυμορφισμού C1q rs292001 (G>A) με την εμφάνιση ΑΣΒ σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Υλικά και μέθοδοι: Για τον σκοπό της μελέτης απομονώθηκε γενωμικό DNA από δείγματα αίματος 75 ασθενών με ΣΔτ2 και ΑΣΒ και 75 ασθενών με ΣΔτ2 χωρίς ΑΣΒ στα οποία έγινε γενετική ανάλυση με τη μέθοδο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης - πολυμορφισμών μεγέθους περιοριστικών τμημάτων DNA. Το πρόγραμμα GraphPad Software, San Diego, CA. χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση ενώ η σύγκριση νοσοτύπων, αλληλόμορφων έγινε με το χ2 τεστ ή το Fisher's exact τεστ.

Αποτελέσματα: Η μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα των ομόζυγων ατόμων για το επικρατές αλληλόμορφο G (γονότυπος GG) του C1q rs292001 πολυμορφισμού, ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με ΣΔτ2 και ΑΣΒ συγκριτικά με τους ασθενείς με ΣΔτ2 χωρίς ΑΣΒ [$p=0.048$, $OR = 0.339$ (0.120 - 0.954)].

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με την γνώση μας έως τώρα, είναι η πρώτη φορά που συσχετίζεται ο πολυμορφισμός C1q rs292001 με την εμφάνιση ΑΣΒ σε ενήλικες Κρητικούς ασθενείς με ΣΔτ2. Η ύπαρξη του συγκεκριμένου πολυμορφισμού σε αυτή την ομάδα ασθενών μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της ΑΣΒ.

ΑΑ 03 | ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΕΡΟΝΙΑΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.

Λιόντος Άγγελος, Κλούρας Ελευθέριος, Σαμανιδού Βαλεντίνη, Φίλιππας-Ντεκουάν Σεμπάστιαν, Μάνθου Γεωργία, Μπίρος Δημήτριος, Τσιάκας Ηλίας,

Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου, Χρηστάκη Μαρία, Καλαμπόκης Γεώργιος, Μηλιώνης Χαράλαμπος

Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ιστορικό και στόχοι: Η μακροχρόνια νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) σχετίζεται συχνά με νευρομυϊκή ατροφία κυρίως λόγω ακινητοποίησης και καταστολής των ασθενών. Οι ασθενείς με νόσο COVID-19 παραμένουν διασωληνωμένοι για αρκετές ημέρες στο περιβάλλον της ΜΕΘ και η υποστηρικτική διαχείριση περιλαμβάνει πρηνη τοποθέτηση για αρκετές ώρες την ημέρα που θα μπορούσε να οδηγήσει σε βλάβη εκ πίεσης στα περιφερικά νεύρα των κάτω άκρων.

Μέθοδοι: άνδρας 67 ετών με πυρετό και κοιλιακό άλγος διάρκειας δύο ημερών και θετικό έλεγχο με RT-PCR για λοίμωξη από τον κορονοϊό του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου τύπου 2 (SARS-CoV-2) εισήχθη στη Μονάδα Λοιμωδών Νόσων. Λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας ο ασθενής διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Ο ασθενής βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη ΜΕΘ και επείχε στην κλινική για περαιτέρω νοσηλεία έπειτα από 25 ημέρες διασωλήνωσης. Οι ενδοσσοκομειακές λοιμώξεις και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Ωστόσο, υπήρχαν ενδείξεις εκτεταμένης μυϊκής ατροφίας των κάτω άκρων που συνοδεύονταν από σημεία περιφερικής νευροπάθειας (υπαισθησία, αίσθημα καύσου, συνεχής πόνος και αίσθηση συμπίεσης), παρά τη σημαντική βελτίωση της κινητικής κατάστασης (3 έως 4/5 σε σύγκριση με το 1/5 στην εισαγωγή). **Αποτελέσματα:** Η ηλεκτρομυογραφία ανέδειξε περιφερική νευροπάθεια με αμφοτερόπλευρη περονιαία κατανομή ως αποτέλεσμα παρατεταμένης πρηγούς θέσης με επακόλουθο περιφερική νευρική βλάβη, ιδιαίτερα στο επιπολής εγγύς περονιαίο νεύρο.

Συμπέρασμα: Η περιφερική νευροπάθεια μπορεί να εμφανιστεί σε παρατεταμένη νοσηλεία σε ΜΕΘ των ασθενών με COVID-19. Εκτός από γνωστούς παράγοντες κινδύνου (ακινητοποίηση, καταστολή, υποσιτισμός, απώλεια βάρους), η πρηγής θέση περιλαμβάνει έναν πρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα για εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας σε αυτούς τους ασθενείς.

ΑΑ 04 | ΜΑΖΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΡΟΠΕΝΕΜΗΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Λιόντος Άγγελος¹, Φίλιππας-Ντεκούαν Σερμπάστιαν¹, Τσιμιχόδημος Βασίλειος², Μηλιώνης Χαράλαμπος¹

1 Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

2 Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ιστορικό και στόχοι: Η φαρμακοεπαγόμενη αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία είναι μια σοβαρή επιπλοκή, με κυμαινόμενη σοβαρότητα. Η φαρμακοεπαγόμενη αιμολυτική αναιμία που σχετίζεται με τριμερές σύμπλεγμα πρωτεϊνών σχετίζεται συνήθως με τη χρήση των κεφαλοσπορινών. Εκδηλώνεται ως αντίδραση που μοιάζει με σηψαιμία με μαζική ενδαγγειακή αιμόλυση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Περιγράφουμε μια περίπτωση μαζικής ενδαγγειακής αιμόλυσης με οξεία νεφρική ανεπάρκεια σχετιζόμενη με χορήγηση μεροπενέμης.

Μέθοδοι: Ένας 79χρονος ασθενής εισήχθη στην κλινική μας με ενδείξεις σηπτικού σοκ απότοκο οξείας πυελονεφρίτιδας. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε εμπειρικά με ενδοφλέβια χορήγη-

ση κεφτριαξόνης 2gr/ημέρα και αμικασίνης 1gr/ημέρα. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν θετικές για *Escherichia coli* παράγουσα β-λακταμάση ευρέος φάσματος και η αντιβιοτική θεραπεία κλιμακώθηκε σε κεφτολοζάνη/ταζομπακτάμη ενδοφλεβίως σύμφωνα με το αντιβιογράμμα. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος για 3 ημέρες αλλά λόγω υποτροπής του εμπυρέτου το αντιβιοτικό σχήμα τροποποιήθηκε σε μεροπενέμη. Την 16η ημέρα, ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου πυρετό, αιμόλυση, αιμοσφαιρίνουρία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA).

Αποτελέσματα: Ο εκτεταμένος και ενδελεχής έλεγχος προς διερεύνηση του αιτίου του νέου εμπυρέτου, της αιμόλυσης με τη συνοδή ONA, ανέδειξε θετική άμηση Coombs σε συστατικά του συμπληρωματος (C3++++), χωρίς ενδείξεις παρουσίας ανοσοσφαιρίνης. Ο έλεγχος για παρουσία ψυχοσυσγκόλλητων ήταν αρνητικός.

Η διακοπή της χορήγησης μεροπενέμης και η επακόλουθη χορήγηση κορτικοστεροειδών οδήγησε σε βελτίωση όσον αφορά την αιμόλυση, αλλά όχι σε αποκατάσταση της νεφρικής βλάβης.

Συμπέρασμα: Η μαζική ενδαγγειακή αιμόλυση σχετιζόμενη με καρβαπενέμη είναι μια εξαιρετικά σπάνια παρενέργεια της μεροπενέμης που μπορεί να αποδειχθεί μοιραία. Ένας υψηλός βαθμός υποψίας από τον κλινικό ιατρό είναι απαραίτητος προκειμένου να διαγνωστεί αμέσως και να αντιμετωπιστεί αυτή η σπάνια παρενέργεια.

ΑΑ 05 | ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΟΥΔΟ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΔΟΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2;

Παπαχρήστου Στέλλα, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Βαδικόλιας Κωνσταντίνος, Παπάνας Νικόλαος

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των δερματικών προϊόντων προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (AGEs) και του ουδού αντίληψης των ηλεκτρικών δονήσεων (vibration perception threshold, VPT) στον άκρο πόδα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμπεριελήφθησαν 60 άτομα (28 άνδρες, 32 γυναίκες) με μέση ηλικία 65.9 έτη και μέση διάρκεια Τ2ΣΔ 14.5 έτη. Η μέτρηση των AGEs στο δέρμα έγινε με τη φορητή συσκευή AGE reader mu connect (Diagnoptics, NL) στο αντιβράχιο του επικρατητικού άνω άκρου. Ο VPT μετρήθηκε με νευροθεσιόμετρο (Horwell Scientific Laboratory Supplies, UK) στους μεγάλους δακτύλους του άκρου ποδός αμφοτερόπλευρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέτρηση των AGEs παρουσίασε θετική συσχέτιση ($p < 0.05$) με το VPT του δεξιού ($r = 0.74$) και του αριστερού ($r = 0.70$) άκρου ποδός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θετική συσχέτιση των AGEs του δέρματος με τον VPT υπογραμμίζει τη σημασία των πρώτων ως πιθανών δεικτών για τη διάγνωση της διαβητικής πολυνευροπάθειας καθώς και για την εκτίμηση της βαρύτητάς της.

ΑΑ 06 | ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΕΛ
Καπέλλος Γεράσιμος¹, Κατσούλη Όλγα², Κατσούλη Παναγιώτα³**1** ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα**2** ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα**3** ΓΝΑ Αλεξάνδρας, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με Αυτοάνοση Αιμολυτική Αναίμια (AAA), ως εκδήλωση Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ). Η AAA αποτελεί μια ανοσολογική διαταραχή πυροδοτούμενη από αυτοαντισώματα, που στρέφονται εναντίον αυτοαντιγόνων της επιφάνειας των ερυθροκυττάρων. Διαχωρίζεται σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή, ενώ συνήθως ταξινομείται βάσει των θερμικών χαρακτηριστικών του αυτοαντισώματος σε θερμού, ψυχρού ή μικτού τύπου. Η θερμού τύπου-IgG μεσολαβούμενη AAA αντιπροσωπεύει το 65-70% της νόσου.

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας 62 ετών, με ιστορικό Δισκοειδούς Δερματικού Λύκου από 10ετία, προσήλθε λόγω εμπύρετου, αμφοτερόπλευρης γοναλγίας και καταβολής από ημερών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μεγαλοκυτταρική, υπέρχρωμη αναίμια με έντονη δικτυοερυθροκυττάρωση, παρουσία σφαιροκυττάρων στο επίχρισμα αίματος, αυξημένες τιμές έμμεσης χολερυθρίνης, LDH ορού και θετική άμηση Coombs (IgG+C3d).

Αποτελέσματα: Κατά την κλινική εξέταση, αναδείχθηκαν ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αμφω και αρθρίτιδα γονάτων. Διενεργήθηκε ανοσολογικός και έλεγχος λοιμώξεων. Αναδείχθηκαν θετικά ANA (1:640, λεπτός στικτός), Anti-Sm, Anti-Ro52, χαμηλές τιμές C3,C4, ενώ δεν αποδείχθηκε παρουσία λοίμωξης. Πραγματοποιήθηκε Αξονική Τομογραφία Θώρακος-Άνω/Κάτω κοιλίας και αναδείχθηκε ορογονίτιδα με μικρές υπεζωκοτικές και ασκίτικη συλλογή και ήπια σπληνομεγαλία. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβιες ώσεις Μεθυλπρεδνιζολόνης, με αποκατάσταση της αναίμιας και βελτίωση της κλινικής εικόνας. Δεδομένου του ιστορικού και των ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση της δευτεροπαθούς θερμού τύπου-AAA στα πλαίσια ΣΕΛ.

Συμπέρασμα: Η AAA περιγράφεται στο 4-10% των ασθενών με ΣΕΛ. Στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται με ανοσοτροποιοτικά φάρμακα (γλυκοκορτικοειδή). Ωστόσο, αν δεν αναγνωριστεί εγκαίρως, μπορεί να οδηγήσει σε κυκλοφορική κατέρρευση, θρομβοεμβολικά επεισόδια και σοβαρές λοιμώξεις.

ΑΑ 07 | ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΟΤΩΓΕΝΟΥΣ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ
ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ**Χριστοδούλου Εμμ., Σαχλά Ζαχ., Τσουτσούλη Βασ.,****Μπίντας Χρ., Γκουτζιούλη Αργ.**

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ιογενής εγκεφαλίτιδα είναι μια σποραδική νόσος και τα αίτια της στις μισές των περιπτώσεων δεν ανευρίσκονται. Όταν όμως εμφανίζονται δύο περιστατικά ταυτόχρονα σε εργάτες φάρμας αιγοπροβάτων και συγχρόνως ανεξήγητοι θάνατοι ζώων, τότε επιβάλλεται η εις βάθος διερεύνηση.

Υλικά-Μέθοδοι: Νέος 29, υπάλληλος φάρμας αιγοπροβάτων

στο νομό Θεσσαλονίκης, ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο με υψηλό πυρετό, έκπτωση επιπέδου συνείδησης και αυχενική δυσκαμψία. Από το ιστορικό μαθαίνουμε ότι συνάδελφός του νόσησε από μηνιγγοεγκεφαλίτιδα μια εβδομάδα νωρίτερα και νοσηλεύτηκε σε άλλο νοσοκομείο, όπου δεν βρέθηκαν τα αίτια της, καθώς και ότι πολλά ζώα έχουν πεθάνει στη φάρμα αιγοπροβάτων όπου δουλεύει παρουσιάζοντας τρόμο και αστάθεια. Ο ασθενής δεν έφερε σημάδια δήγματος κρότωντα στο σώμα του.

Αποτελέσματα: 15K λευκά στο περιφερικό αίμα και στο ENY 150 κύτταρα με πολυμορφοκυτταρικό τύπο, αυξημένο λεύκωμα και φυσιολογική γλυκόζη. CT εγκεφάλου φυσιολογική αλλά παθολογικό HEF στις μετωπιαίες περιοχές. Από τις εξετάσεις PCR στο ENY δεν ανεβρέθηκαν τα συνήθη αίτια εγκεφαλίτιδας. Αποφασίστηκε η διερεύνηση της κροτωγενούς εγκεφαλίτιδας η οποία επιβεβαίωσε την υποψία. Ενημερώθηκε το νοσοκομείο της νοσηλείας του συναδέλφου του ώστε να προβεί σε νέες εξετάσεις.

Συμπεράσματα: Δεδομένου της σχεδόν ταυτόχρονης νόσησης δύο ανθρώπων, αν και μέχρι τώρα μόνο ο ένας είναι επιβεβαιωμένα με Κροτωγενή Εγκεφαλίτιδα, και της εργασιακής τους σχέσης, μπορούμε να υποθέσουμε με κάποια βεβαιότητα ότι η μετάδοση σφειλεται στην κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων από μολυσμένα ζώα, πράγμα πολύ σπάνιο αλλά επιβεβαιωμένο.

ΑΑ 08 | ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΩΝ ΣΤΟΥΣ
ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΜΕΝΟΥΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ**Τσαγκιά Σοφία¹, Καραουλάνη Θεοφανή², Κυριάκου Ευαγγελία¹,**
Σιορέντα Ελένη¹, Κόντα Άννα¹, Σαβράνη Ευσταθία¹,
Απέργη Θεοδώρα¹, Βήνη Δήμητρα¹**1** Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναίμιας Γ.Ν.Νίκαιας, Πειραιάς**2** Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, Λήμνος

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να εκτιμηθούν τα επίπεδα ανοσοσφαιρινών του ορού των ασθενών με μείζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναίμια της Μονάδας Νοσηλείας Μεσογειακής Αναίμιας του Γ.Ν.Νίκαιας.

Ασθενείς/Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 95 ασθενείς, 59 γυναίκες και 36 άντρες, 48 σπληνεκτομημένοι και 47 μη σπληνεκτομημένοι, με μείζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναίμια, οι οποίοι βρίσκονται σε πρόγραμμα τακτικών μεταγγίσεων. Έγινε μέτρηση και ανάλυση των επιπέδων των ανοσοσφαιρινών IgG, IgM και IgA του ορού τους.

Αποτελέσματα: Όπως φαίνεται στον πίνακα οι ασθενείς με μεσογειακή αναίμια, είτε σπληνεκτομημένοι είτε όχι, παρουσιάζουν φυσιολογική μέση τιμή στα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών τους. Το εύρος τιμών στους σπληνεκτομημένους ασθενείς ήταν για την IgG (716-2800mg/dl) με μέση τιμή στα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα 1586mg/dl, για την IgM (25,8-486mg/dl) με μέση τιμή 126mg/dl και για την IgA (46,4-770mg/dl) με μέση τιμή ήπια αυξημένη 420mg/dl. Για τους μη σπληνεκτομημένους ασθενείς το εύρος τιμών ήταν για την IgG (394-2000mg/

dl) με μέση τιμή 1221mg/dl, για την IgM ήταν (49,5-508mg/dl) με μέση τιμή 174mg/dl και για την IgA (60-752mg/dl) και μέση τιμή 286mg/dl.

	IgG φ.τ.700 - 1600 mg/dl	IgM φ.τ.40 - 230 mg/dl	IgA φ.τ.70 - 400 mg/dl
Σπληνεκτομημένοι	1586±456	126±98,5	420±182
Μη σπληνεκτομημένοι	1221±297	174±105,5	286±158

Συμπέρασμα : Σε αυτή την ομάδα των ασθενών δεν παρουσιάζεται σημαντική διαφορά στη χυμική ανοσία μεταξύ των σπληνεκτομημένων και μη ασθενών.

ΑΑ 09 | ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Τσαγκιά Σοφία¹, Καραουλάνη Θεοφανή², Κυριάκου Ευαγγελία¹, Σιορέντα Ελένη¹, Κόντα Άννα¹, Σαβράνη Ευσταθία¹, Απέργη Θεοδώρα¹, Βήνη Δήμητρα¹

1 Μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναμίας Γ.Ν.Νίκαιας, Πειραιάς
2 Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, Λήμνος

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εκτιμηθεί ο επιπολασμός της λοίμωξης Covid-19 σε ασθενείς με μείζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο της Μονάδας Νοσηλείας Μεσογειακής Αναμίας του Γ.Ν.Νίκαιας.

Ασθενείς/Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 104 ασθενείς από τους οποίους οι 95 πάσχουν από μείζονα και ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και οι 9 από δρεπανοκυτταρική νόσο, 59 γυναίκες και 36 άντρες και βρίσκονται σε πρόγραμμα τακτικών μεταγίσεων. Διενεργήθηκαν συνολικά 249 rapid test αντιγόνου του SARS-COV-2 και 75 μοριακοί έλεγχοι, στα πλαίσια ελέγχου πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο για την προγραμματισμένη μεταγίση τους για περίοδο τριών μηνών (Νοέμβριος 2020- Φεβρουάριος 2021).

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ελέγχων με rapid test βρέθηκαν δύο ασθενείς, πάσχοντες από μείζονα μεσογειακή αναιμία, θετικοί στον Covid-19 οι οποίοι ήταν ασυμπτωματικοί και επιβεβαιώθηκε το αποτέλεσμα με μοριακό έλεγχο. Από το σύνολο των μοριακών ελέγχων βρέθηκε ένας ασθενής, πάσχον από μείζονα μεσογειακή αναιμία, θετικός στον Covid-19 ο οποίος είχε ήπια συμπτώματα (πυρετική κίνηση <38ο C για 2 ημέρες). Και οι τρεις θετικοί ασθενείς για τον SARS-COV-2 ήταν σπληνεκτομημένοι.

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των θαλασσαιμικών και δρεπανοκυτταρικών ασθενών που μολύνθηκαν από τον SARS-COV-2 ήταν χαμηλός, πιθανώς λόγω της καλύτερης συμμόρφωσής τους στα προληπτικά μέτρα.

ΑΑ 10 | ΣΑΡΚΩΜΑ EWING ΔΕΞΙΑΣ ΚΛΕΙΔΑΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Γγουραλή Ελένη¹, Χαραλάμπους Γεώργιος¹, Καραθανάσης Δημήτριος²

1 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

2 Α Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το σάρκωμα Ewing (ES) συνιστά τη δεύτερη πιο συχνή πρωτοπαθή κακοήθεια των οστών, συχνότερα απαντώμενη σε παιδιά και εφήβους, εντούτοις δύναται να εμφανιστεί σπανιότερα σε ενήλικους. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάπτυξη περιστατικού σπάνιας περίπτωσης ES με χαρακτηριστικά ευρήματα.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού σαρκώματος Ewing με ασυνήθιστη εντόπιση.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 30 ετών με άλγος δεξιού ώμου από τριμήνου για το οποίο ελήφθησαν αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά για δέκα ημέρες, χωρίς βελτίωση. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται έλλειψη του ενζύμου αφυδρογονάση της 6-φωσφορικής γλυκόζης και συστηματική σωματική εκγύμναση. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται φυσιολογικά αντανακλαστικά, μυϊκή ισχύς, αισθητικότητα και εύρος κίνησης του δεξιού άνω άκρου, χωρίς ευαισθησία στην άρθρωση του ώμου. Η ακτινογραφία δεξιού ώμου αποκαλύπτει λυτική εστία στο ακρωμιακό άκρο της κλείδας με εναπόθεση στρωμάτων νέου οστού «δίκην φύλλων κρεμμυδιού» και περιοριστική αντίδραση. Ο μαγνητικός συντονισμός αναφέρεται σε εικόνα συμβατή με ES ή οστεοσάρκωμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν αναδεικνύονται παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος για μεταστατική ή άλλη νόσο μέσου αξονικών τομογραφιών και σπινθηρογραφήματος οστών αποβαίνει αρνητικός. Η βιοψία του ιστού αναδεικνύει χαρακτηριστικές του ES αλλοιώσεις. Ιδιαίτερα αυξημένος προκύπτει ο ανοσοιστοχημικός δείκτης Βιμεντίνη ενώ παρατηρείται μετάθεση μεταξύ των χρωμοσωμάτων 11-22. Στην ασθενή πραγματοποιείται κύκλος χημειοθεραπειών και χειρουργική εκτομή του ιστού και του έξω τμήματος της κλείδας. Συνεχίζεται η χημειοθεραπεία και παράλληλα άρχετε ακτινοθεραπεία συντελώντας στην κλινική ύφεση και την υποχώρηση των απεικονιστικών ευρημάτων. Η παρακολούθηση συνεχίζεται χωρίς την εμφάνιση υποτροπών.
Συμπεράσματα: Το ES, αν και σπάνιος επιθετικός όγκος με τάσεις υποτροπής και πρώιμων μεταστάσεων, απαιτεί έγκαιρη αξιολόγηση και παρέμβαση καθώς δύναται να προληφθούν οι επιπλοκές αυτού.

ΑΑ 11 | ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Σαχλα Ζαχ, Μαρκατος Αν, Παπαδήμος Αν, Τσουτσουλη Βασ, Χριστοδουλου Εμ.

Παθολογική κλινική Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου

Ασθενής, άρρεν, 70 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο αιτιώμενος αδυναμία και άλγος δεξιού υποχονδρίου. Από το ιστορικό του: αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, υπερουριχαιμία και πρόσφατη λοίμωξη από COVID-19 (αρνητικός σε μοριακό έλεγχο από 20 ημερών). Σε εργαστηριακό έλεγχο εισόδου: τριψήφιες τιμές ALT, AST, γ-GT, τετραψήφια LDH, άνοδος χολερυθρίνης και διαταραχές πήξης. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (U/S ανω κοιλίας): πολλαπλές, διάσπαρτες κεχροειδείς βλάβες ήπατος, αύξηση μεγέθους δεξιού ηπατικού λοβού.

Κατά τη νοσηλεία του υπήρξε ταχεία επιδείνωση συμβατή με οξεία ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια. Διενεργήθη αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και μαγνητική τομογραφία

ήπατος που ανέδειξαν διόγκωση ήπατος, διάχυτες οζώδεις βλάβες με δακτυλιοειδή μορφολογία, διογκωμένους λεμφαδένες στη πύλη του ήπατος, στον κοιλιακό τρίποδα και επιδιφραγματικά, μικρή συλλογή υγρού περιηπατικά και στο δουλγασσείο χώρο. Διενεργήθηκε επείγουσα βιοψία ήπατος και θεραπεία διάσωσης με κορτιζόνη. Θεαματική βελτίωση κλινικής και εργαστηριακής εικόνας.

Τα αποτελέσματα της βιοψίας ανέδειξαν πυκνές συναθροίσεις CD20+, CD3-, CK8/18-, CD56-, TTF-1-. Hepar-1- κυττάρων με δείκτη πολλαπλασιασμού ki-67 στο 98%, ευρήματα συμβατά με μη-Hodgkin λέμφωμα από μεγάλα λεμφοκύτταρα Β-κυτταρικής αρχής υψηλού βαθμού κακοήθειας. Ο ασθενής διακομίστηκε στην αιματολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά, η ασαφής κλινική εικόνα και η ραγδαία επιδείνωση καθιστά κρίσιμη την εγρήγορση στη διερεύνηση του περιστατικού παράλληλα με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της οξείας ηπατικής ανεπάρκειας. Μέλλει να αποδειχθεί η συσχέτιση του πρωτοπαθούς λεμφώματος χρονικά όσο και αιτιολογικά με την COVID-19 και κατά πόσο αυτή επηρέασε την εξέλιξή του.

ΑΑ 12 | ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΑΙΤΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΒΗΧΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ

Σγουραλή Ελένη¹, Χαράλαμπος Γεώργιος¹, Μανδόλας Παναγιώτης²

1 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

2 Κέντρο Υγείας Μαρκόπουλου, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εισρόφηση ξένου σώματος συνιστά συχνή αιτία συμπτωμάτων από το αναπνευστικό, συχνότερα απαντώμενη σε παιδιά και εφήβους, παρόλα αυτά δύναται να εμφανιστεί σπανιότερα σε ενήλικες. Σκοπός της παρουσίασης είναι η έκθεση περιστατικού με ασυνήθιστη αιτία χρόνιου βήχα.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού ενήλικα με εισρόφηση ξένου σώματος.

Αποτελέσματα: Άνδρας 58 ετών μη-καπνιστής με δεκαετή πυρετική κίνηση και παραγωγικό βήχα από επταήμερου. Αναφερόμενη δύσπνοια προσπαθείας από τριμήνου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης τύπου-2, ψωρίαση, κατάχρηση αλκοόλ και τρία επεισόδια λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού εντός δύο ετών για τα οποία ελήφθη μακρολίδη και β-λακτάμη. Μετά το πρώτο επεισόδιο περιγράφεται παραμονή ξηρού βήχα με υφέσεις και εξάρσεις αλλά με φυσιολογική σπιρομέτρηση. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται πυρετός, αναπνευστική δυσχέρεια με χαμηλό κορεσμό αίματος στον αέρα, ταχυκαρδία, ψηλαφητός τραχηλικός λεμφαδένας δεξιά και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα δεξιάς πνευμονικής βάσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, θρομβοκυττάρωση, αυξημένη CRP/TKE και IgG Chlamydia Pneumoniae/Mycoplasma Pneumoniae αντισώματα. Η ακτινογραφία θώρακος αποκαλύπτει διήθηση δεξιάς πνευμονικής βάσης, ελκτικά φαινόμενα μεσοθωρακίου. Στην αξονική τομογραφία θώρακος περιγράφεται πύκνωση δεξιού κάτω λοβού και διογκωμένος υπερκλειδίος λεμφαδένας δεξιά – ευρήματα αμετάβλητα από τετραμήνου. Τίθεται η διάγνωση της πνευμονίας και αρχεται ενδοφλέβια αγωγή και βρογχοδιαστολή. Μετά από εικοσιτέσσερες ώρες, πραγματοποιείται βρογχοσκόπηση όπου

αφαιρείται ξένο σώμα που απόφραζε τον αεραγωγό. Έκτοτε, παρατηρείται κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση και η αγωγή συνεχίζεται κατ' οίκον. Ενάμιση μήνα μετά, παρατηρείται βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Η εισρόφηση ξένου σώματος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ενήλικες με παράγοντες κινδύνου καθώς η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση δύναται να μειώσει τις επιπλοκές της.

ΑΑ 13 | ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

Μύρου Αθηνά¹, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος², Καρακώστα Πασχαλιά³, Ασλανίδης Θεόδωρος⁴, Βουδούρης Αντώνιος⁵, Αγαλιάδου-Διορίτου Ουρανία⁶, Σαββόπουλος Χρήστος⁷

1 Παθολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ Α' ΠΡΠ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης.

2 Αν. Καθηγητής Παθολογίας-Διαβητολογίας, Α' ΠΡΠ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης.

3 Νεφρολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκης.

4 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκης.

5 Γενικός Χειρουργός-Εντατικολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκης.

6 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκης.

7 Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' ΠΡΠ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μετφορμίνη, συνδέεται σπάνια με γαλακτική οξέωση, μια σοβαρή κατάσταση με υψηλή θνησιμότητα.

Σκοπός: Περιγραφή οξείας γαλακτικής οξέωσης σχετιζόμενης με μετφορμίνη.

Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Ασθενής 72 ετών μεταφέρθηκε στο ΤΕΠ, λόγω αδυναμίας, ζάλης, δύσπνοιας, ανορεξίας, ναυτίας, και ολιγουρίας με ΣΔ2 υπό μετφορμίνη 850 mg x 2 /24h. Διαπιστώθηκε οξεία γαλακτική οξέωση. Το επίπεδο συνείδησης επιδεινώθηκε ραγδαία σε E2/V2/M3 (GCS), και διενεργήθηκε ταχεία διασωλήνωση.

Εφαρμόστηκε επιθετική αγωγή με υγρά, χορήγηση διττανθρακικών και ινóτροπη αγωγή (νοραδρεναλίνη 1.2 μg/kg/min, αδρεναλίνη 0.3 μg/kg/min σε συνεχή IV έγχυση). Λόγω της ανουρίας και της οξείας μεταβολικής οξέωσης που επέμεναν, η ασθενής υποβλήθηκε σε CRRT για 45 ώρες με προοδευτική διόρθωση της οξέωσης.

Day	Hct	Hb	PLT	WBC	CRP	PCT	Glu	Cr	Ur	BUN
1st	31.6	9.6	235	23.16	0.1	0.32	326	10.6	194	90.54
2nd	32.6	10.7	243	27.77	0.2	0.81	132	6.8	141	65.8
3rd	27.4	9.4	182	17	5	3.58	96	2.31	51	23.8
4th	25.6	8.9	140	12.85	5.2	2.55	158	2.44	45	21
5th	25.6	8.9	148	13.9	6.3	1.51	145	3.08	56	26.13

Day	Hct	Hb	PLT	WBC	CRP	PCT	Glu	Cr	Ur	BUN
7th	24.8	8.5	160	11.4	8.2	0.67	149	4.53	79	36.87
9th	23.3	8	264	9.34	11.7	0.34	74	4.97	84	39.2
10th	23.1	7.6	216	8.88	6.2	0.13	115	2.39	42	19.6
11th	25.6	8.4	285	12.82	6.9	0.22	120	2.93	67	31.27
14th	27.2	8.8	382	11.62	1.8	0.12	103	2.38	81	37.8
Day	Na+	K+	Ca+2	Phos	Prtot	Alb	CPK			
1st	137	5.8	7.6	11.7	5.3	3.1	53	Hct-Αιματοκρίτης (%)		
2nd	141	4	7.7	7.3	5.4	3.2	79	Hb- Αιμοσφαιρίνη (g/dl)		
3rd	138	4.6	7.7	3.5	4.9	3	362	PLT-αιμοπετάλια (κ/μl)		
4th	139	4.2	7.7	1.4	4.4	2.7	468	WBC-λευκά αιμοσφαίρια (κ/μl)		
5th	140	5.1	7.5	2.6	4.8	2.4	738	CRP- c αντιδρώσα πρωτεΐνη (mg/dl)		
7th	143	4.1	7.4	2.6	4.2	2.3	345	PCT-προκαλιτονίνη(ng/ml)		
9th	147	4	7.7	2.2	4.4	2.4	54	Glu- γλυκόζη (mg/dl)		
10th	142	4	8.4	1.6	4.9	2.4	60	Cr - κρεατινίνη(mg/dl)		
11th	145	4.3	8.1	3.5	4.7	2.7	68	Ur -ουρία (mg/dl)		
14th	150	4.6	7.7	3.5	5.2	3	71	BUN- άζωτο ουρίας αίματος (mg/dl)		
								Prtot-ολικές πρωτεΐνες (g/dl)		
								Alb-αλβουμίνη(g/dl)		
								CPK- κινάση της φωσφοκρεατινής (mg/dl)		

Πίνακας 1. Επιλεγμένες εργαστηριακές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στη ΜΕΘ.

Την 11η ημέρα της νοσηλείας διακόπηκε ο μηχανικός αερισμός και η ασθενής αποσωληνώθηκε.

Δύο ημέρες αργότερα, η ασθενής εξήλθε από τη ΜΕΘ.

α.

Time	pH	PaO2	FiO2	PaCO2	HC03 ⁻	Lac	BE	AGc	ΔGc	Δ/Δ ratio	SIDa	SIDe	SIG
ED	6.67	73.7	35	15.1	1.6	17	-30.3	22.75	10.75	0.38	12.4	5.21	5.19
20 min	6.63	159	99	27.8	2.8	16	-29.7	31.05	19.05	0.79	19.6	5.62	13.98
30 min	6.69	115	85	35	4	14.6	-27.8	28.25	16.25	0.7	20.9	7.61	12.71
40 min	6.609	157	99	34.4	3.2	16	-29.3	30.35	18.35	0.77	19.5	6.08	13.05
4 h	6.99	64.5	85	32.6	7.4	13.9	-21.6	24.75	12.75	0.63	21.6	16.04	5.04
8 h	7.11	55	90	29	9	10.7	-18.6	23.25	11.25	0.6	25.8	19.41	6.89
16 h	7.25	137	35	23.6	10	7.3	-15.8	21.25	9.25	0.5	29.7	22.53	8.17
24 h	7.28	151	35	21	9.8	5.7	-15.7	20.6	8.6	0.46	30.3	23.37	6.93
32 h	7.32	161	35	22	11.3	2.3	-13.7	20	8	0.43	33.7	24.72	8.98
45 h	7.33	135	35	36	18.7	2	-6.1	15.5	3.5	0.19	36	31.7	4.3

β.

Day	pH	PaO2	FiO2	PaCO2	HC03 ⁻	Lac	BE	AG	ΔG	Δ/Δ ratio
3rd	7.46	141	30	27	19.1	1.3	-4.1	10	-2	-0.41
4th	7.34	89.9	30	42.4	22.3	0.9	-2.5	7	-5	-2.94
5th	7.39	132	30	37.9	22.8	1.1	-1.4	6.4	-5.6	-4.67
6th	7.47	117	30	32.7	23.8	0.9	0.8	7.8	-4.2	-2.1
7th	7.45	119	30	35.7	24.8	1.1	1.3	8.6	-3.4	4.25
8th	7.39	142	30	42.6	25.7	0.9	1.4	7.6	-4.4	2.588
9th	7.37	139	30	45.7	26.2	0.7	1.6	5.9	-6.1	2.773
10th	7.35	82.7	40	47.3	25.9	0.6	1	9.4	-2.6	1.368
11th	7.42	95.2	40	39.2	25.1	0.5	1.1	8.6	-3.4	3.091
12th	7.44	69.7	40	38.1	25.7	0.9	2	7.6	-4.4	2.588
13th	7.42	108	41	35.6	22.9	0.6	-0.9	9.7	-2.3	-2.09
14th	7.43	140	41	35.4	23.3	0.9	-0.4	9.1	-2.9	-4.14

PaO2-μερική αρτηριακή πίεση οξυγόνου (mmHg)
PaCO2-μερική αρτηριακή πίεση διοξειδίου(mmHg)
FiO2 -κλάσμα εισπνεόμενου οξυγόνου (%)
HCO3 ⁻ διττανθρακικά (mEq/l)
Lac-γαλακτικά(mmol/l)
BE -έλλειμα βάσης
AGc-χάσμα ανιόντων διορθωμένο
ΔGc -delta gap corrected
Δ/Δ -delta delta ratio
SIDa Strong Ion Difference actual
SIDe - strong ion difference estimated
SIG - strong Ion Gap

Πίνακας 2 (α,β). Επιλεγμένες εξετάσεις Αερίων Αρτηριακού Αίματος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Γαλακτική οξέωση (ΓΟ) από μετφορμίνη (MALA):

1) MALA- Metformin-associated lactic acidosis: Σχετιζόμενη με μετφορμίνη ΓΟ, η μετφορμίνη ενισχύει τον βαθμό της ΓΟ, αλλά δεν αποτελεί τη μοναδική αιτία.

2) MULA- metformin unrelated lactic acidosis: Μη σχετιζόμενη με μετφορμίνη ΓΟ, τα επίπεδα της μετφορμίνης είναι απαραίτητα για τη διάκρισή της από τη MALA.

3) MILA- metformin induced lactic acidosis: Οφειλόμενη σε μετφορμίνη ΓΟ, τα υψηλά επίπεδα μετφορμίνης αποτελούν την κύρια αιτία που προκαλεί την οξέωση. Η MILA μπορεί να είναι οξεία δηλητηρίαση, απουσία νεφρικής δυσλειτουργίας, ή συσσώρευση λόγω νεφρικής ανεπάρκειας.

Το τελευταίο είναι ο μηχανισμός τοξικότητας που υποθέτουμε ότι ισχύει στη δική μας περίπτωση.

ECTR ανιστάται σε σοβαρή δηλητηρίαση από μετφορμίνη (1D)
Έναρξη ECTR αν:
Συγκέντρωση γαλακτικού > 20 mmol/L (180 mg/dL) (1D)
pH αίματος ≤ 7.0 (1D)
Τυπική θεραπεία (υποστηρικτικά μέτρα, διττανθρακικά, κ.λπ.) αποτυγχάνει (1D)
Το ECTR προτείνεται εάν:
Η συγκέντρωση γαλακτικού οξέος είναι 15–20 mmol/L (135–180mg/dL) (2D)
pH αίματος 7.0–7.1 (2D)
Συμπτώματα που μειώνουν το κατώτατο όριο για την έναρξη ECTR:
Επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (1D)
Σοκ (1D)
Μειωμένο επίπεδο συνείδησης (2D)
Ηπατική ανεπάρκεια (2D)
Η διακοπή του ECTR ενδείκνυται όταν η συγκέντρωση γαλακτικού είναι < 3 mmol/L (27mg/dL) και pH > 7,35 (1D)
Επιλογή ECTR:
Ως αρχικό ECTR, προτιμάται η διαλείπουσα HD με διάλυμα διττανθρακικού (1D), αλλά το CRRT είναι μια αποδεκτή εναλλακτική λύση εάν το HD δεν είναι διαθέσιμο (2D) Μετά την αρχική περίοδο λειτουργίας ECTR, είναι κατάλληλο είτε HD(1D) είτε CRRT (1D).

Πίνακας 3. Κατευθυντήριες οδηγίες EXTRIP για ενδείξεις έναρξης και διακοπής ECRT σε MALA.

ΑΑ 14 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ GRAM (+) ΚΟΚΚΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ WHONET Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

1 Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

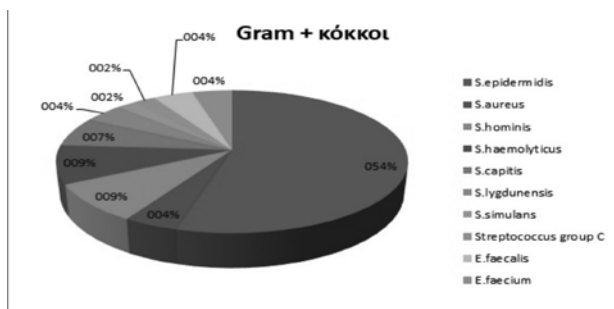
«Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μικροβιαίμια αποτελεί μια από σοβαρότερες λοιμώξεις και μια από τις βασικές αιτίες θανάτου των νοσηλευόμενων στις ΜΕΘ. Συχνότερα παθογόνα είναι οι Gram (+) κόκκοι. Σκοπό αποτελεί η καταγραφή των gram (+) κόκκων σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου και η σύγκριση με δεδομένα του εθνικού δικτύου μελέτης και μικροβιακής αντοχής WHONET. Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη υλικό της οποίας, αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γ.Ν. κατά το διάστημα 9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomérieux, France) για την επώαση των αιμοκαλλιεργειών για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με Gram χρώση και στη συνέχεια πραγματοποιείται καλλιέργεια σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά και ταυτοποίηση με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens Microscan.

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά των απομονωθέντων gram(+) κόκκων των αιμοκαλλιεργειών καταγράφονται στην Εικόνα 1. Σύμφωνα με τα δεδομένα του δικτύου WHONET κατά το διάστημα Ιανουάριος 2017 έως Δεκέμβριος 2017 καταγράφηκαν 1783 περιπτώσεις μικροβιαίμιας οφειλόμενες σε Gram (+) κόκκους στα νοσοκομεία της Ελλάδας (Πίνακας 1). Στην Εικόνα 2 παρουσιάζονται τα δεδομένα από το Γ.Ν.Ι Γ. Χατζηκώστα συγκριτικά με τα προαναφερθέντα δεδομένα του WHONET.

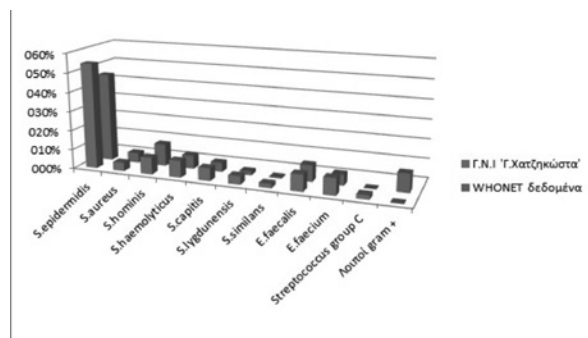
Συμπεράσματα: Πιο συχνά απαντώνται ο *S.epidermidis*(54,4%) και σταφυλόκοκκοι *CoNS*(30.5%). Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με τα στοιχεία του WHONET και πρέπει να αξιολογηθούν για τη σωστή λήψη κλινικών αποφάσεων όπως η ορθή χορήγηση των αντιβιοτικών και η εφαρμογή μέτρων για την αποφυγή της διασποράς των πολυανθεκτικών στελεχών.



Εικόνα 1 Καταγραφή των διαφόρων ειδών Gram (+) κόκκων που απομονώθηκαν

Gram (+) κόκκοι	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό
<i>S. epidermidis</i>	816	45.8%
<i>S. aureus</i>	89	5%
<i>S. capitis</i>	84	4,7%
<i>S. haemolyticus</i>	123	6.9%
<i>S. lygdunensis</i>	34	1,9%
<i>S. similans</i>	10	0,6%
<i>S. hominis</i>	202	11.3%
<i>E. faecalis</i>	154	8.6%
<i>E. faecium</i>	100	5,6%
Streptococcus group C	0	0%
Λοιποί Gram (+) κόκκοι	171	9.6%
Σύνολο Gram (+) κόκκων	1783	100%

Πίνακας 1 Καταγραφή των Gram (+) κόκκων για το 2017 με βάση τα δεδομένα του WHONET



Εικόνα 2 Σύγκριση ποσοστού απομονωθέντων Gram (+) κόκκων σε θετικές αιμοκαλλιέργειες στη ΜΕΘ Γ.Ν.Ι Χατζηκώστα με τα δεδομένα του WHONET

ΑΑ 15 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ GRAM (-) ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

- 1 Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
- 2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

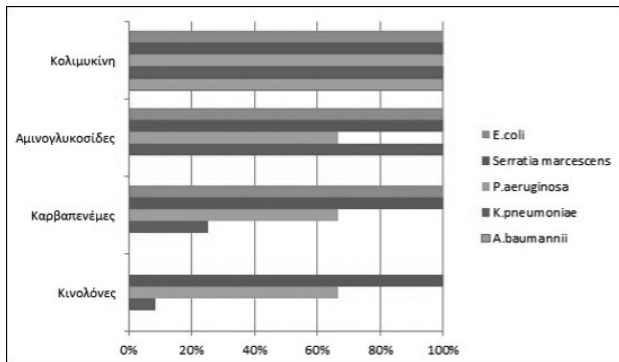
Εισαγωγή-Σκοπός: Οι νοσοκομειακές μικροβιαίμιες από πολυανθεκτικά στελέχη, αυξάνουν τη θνητότητα, τις επιπλοκές, το χρόνο και το κόστος νοσηλείας. Σκοπός της εργασίας αποτελεί η καταγραφή αντοχών των gram(-) βακτηρίων αιμοκαλλιεργειών ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου.

Υλικά και Μέθοδος: Υλικό της αναδρομικής μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι κατά το διάστημα 9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών. Ασθενείς με θετική αιμοκαλλιέργεια πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ αποκλείστηκαν. Αιμοκαλλιέργειες του ίδιου ασθενή με το ίδιο στέλεχος, καταγράφηκαν ως μια λοίμωξη. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomérieux, France) για επώαση για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με Gram χρώση και στη συνέχεια καλλιεργούνται σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά και ταυτοποίηση με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens-Microscan.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 14 στελεχών *A.baumannii*, όλα τα στελέχη εμφάνιζαν ευαισθησία στην κολιμυκίνη, 1 στέλεχος ήταν ανθεκτικό στα υπόλοιπα αντιβιοτικά. Στις καλλιέργειες με *K.pneumoniae*, το 100% εμφάνισε αντοχή στην αμπικιλίνη και αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό, το 91,6% εμφάνισε αντοχή στις κεφαλοσπορίνες 1ης, 2ης γενιάς και κινολόνες, το 83,3% στις κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς, το 75% στις καρβαπενέμες, και όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στην γενταμυκίνη και κολιμυκίνη. Οι 5 υπόλοιπες περιπτώσεις μικροβιαίων, οφείλονται οι 3 σε *Paeruginosa*, μια σε *S.marcescens* και 1 σε *E.coli* ESBL. (Εικόνα 1)

Συμπεράσματα: Από το σύνολο των 2 πιο συχνών απομονωθέν-

των (*A.baumannii* και *K.pneumoniae*), το 88% εμφάνισε αντοχή στις καρβαπενέμες, ένα εύρημα ανησυχητικό, καθώς αποδυναμώνεται το τελευταίο όπλο της θεραπευτικής φαρέτρας.



Εικόνα 1 Ευαισθησία των 5 πιο συχνών Gram (-) βακτηρίων που απομονώθηκαν από θετικές αιμοκαλλιέργειες στην ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι. Γ.Χατζηκώστα' σε 4 ομάδες ευρέως φάσματος αντιβιοτικών

ΑΑ 16 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ WHONET

Γερασίου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

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

2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μικροβιαίμια αποτελεί μια από τις σοβαρότερες λοιμώξεις και μια από τις βασικές αιτίες θανάτου των νοσηλευόμενων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η καταγραφή των θετικών αιμοκαλλιεργείων ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου, η κατηγοριοποίηση τους με βάση του είδους του απομονωθέντος μικροοργανισμού και η σύγκριση των δεδομένων αυτών με στοιχεία του εθνικού δικτύου μελέτης και μικροβιακής αντοχής WHONET.

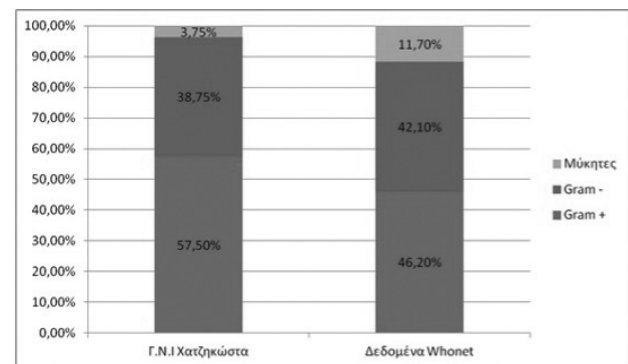
Υλικά και Μέθοδοι: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι κατά το διάστημα 9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών. Ασθενείς με θετική αιμοκαλλιέργεια πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ αποκλείστηκαν. Αιμοκαλλιέργειες του ίδιου ασθενή με το ίδιο στέλεχος, καταγράφηκαν ως μια λοίμωξη. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomérieux, France) για την επώαση των αιμοκαλλιεργείων για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με άμεση Gram χρώση ώστε να προσδιοριστεί το είδος των παθογόνων μικροοργανισμών και στη συνέχεια πραγματοποιείται καλλιέργεια σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά και ταυτοποίηση με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens Microscan.

Αποτελέσματα: το σύνολο των αιμοκαλλιεργείων που εστάλησαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Γ.Ν.Ι για τους 44 ασθενείς που εμφάνισαν μικροβιαίμια, ήταν 222 ζεύγη αερόβιων και αναερόβιων φιαλών, εκ των οποίων αρνητικές ήταν

οι 142 και θετικές ήταν οι 80 (Πίνακας 1). Οι 46 θετικές αιμοκαλλιέργειες οφείλονται σε Gram(+) κόκκους (57,5%) , οι 31 σε Gram(-) βακτήρια (38,75%) και οι 3 σε μύκητες (3,75%) (Πίνακας 1) Στην Εικόνα 1 παρουσιάζονται τα δεδομένα από το Γ.Ν.Ι Γ.Χατζηκώστα' συγκριτικά με τα δεδομένα του WHONET. Συμπεράσματα: Οι Gram(+) κόκκοι αποτέλεσαν την πλειονότητα των απομονωθέντων μικροοργανισμών και ακολούθησαν τα Gram(-) βακτήρια και οι μύκητες, δεδομένα που συμφωνούν με το WHONET και φανερώνουν την συνεχιζόμενη ανάγκη λήψη μέτρων περιορισμού των λοιμώξεων.

Μικροοργανισμοί	Αριθμός	ποσοστό
Gram (+) κόκκοι	46	57,5%
Gram (-) βακτήρια	31	38,75%
Μύκητες	3	3,75%
Σύνολο	80	100%

Πίνακας 1 Κατηγοριοποίηση θετικών αιμοκαλλιεργείων ανάλογα με το είδος του μικροοργανισμού που απομονώθηκε



Εικόνα 1: Κατηγοριοποίηση των θετικών αιμοκαλλιεργείων με βάση τον μικροοργανισμό που απομονώθηκε και σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία του WHONET

ΑΑ 17 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΝΤΟΧΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ GRAM (+) ΚΟΚΚΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ WHONET

Γερασίου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

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

2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

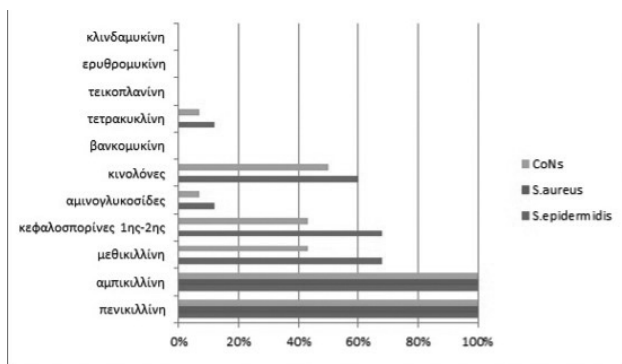
Εισαγωγή-Σκοπός: Οι νοσοκομειακών μικροβιαϊμών από πολυανθεκτικά στελέχη, αυξάνουν τη θνητότητα, τις επιπλοκές, το χρόνο και το κόστος νοσηλείας. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η καταγραφή αντοχών των gram(+) κόκκων αιμοκαλλιεργείων ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου και η σύγκριση αυτής της καταγραφής με δεδομένα του εθνικού δικτύου μελέτης και μικροβιακής αντοχής WHONET.

Υλικά και Μέθοδοι: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι κατά το διάστημα

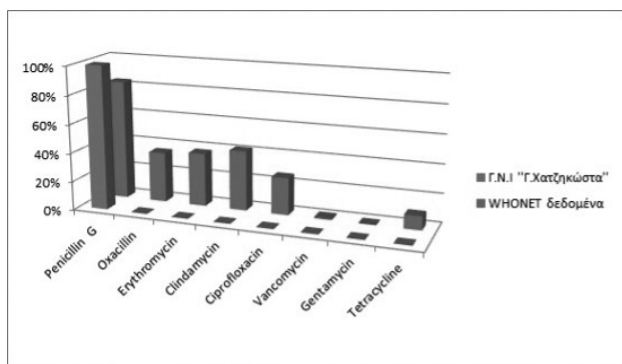
9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών Ασθενείς με θετική αιμοκαλλιέργεια πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ αποκλείστηκαν. Αιμοκαλλιέργειες του ίδιου ασθενή με το ίδιο στέλεχος καταγράφηκαν ως μια λοίμωξη. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomerieux, France) για την επώαση των αιμοκαλλιέργειών για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με Gram χρώση παθογόνων μικροοργανισμών και στη συνέχεια καλλιεργούνται σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά και ταυτοποίηση με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens Microscan.

Αποτελέσματα: Όλοι οι gram (+) κόκκοι ελέγχθηκαν για ένα ευρύ φάσμα αντιβιοτικών και οι αντοχές τους καταγράφονται στις Εικόνα 1,2 και 3.

Συμπεράσματα: Δεν καταγράφηκε κανένα περιστατικό Methicillin Resistant S.aureus μεταξύ των 2 θετικών αιμοκαλλιεργειών όπου απομονώθηκε γεγονός που εμφανίζει ασυμφωνία συγκριτικά με τα δεδομένα του WHONET αλλά μπορεί να αποδοθεί στο μικρό αριθμό καλλιεργειών με S.aureus της μελέτης. Το 60% των επιδερμικών σταφυλοκόκκων και το 43% των CoNS εμφάνισαν αντοχή στη μεθικιλίνη, ποσοστά που συμφωνούν με την διεθνή βιβλιογραφία. Από τους απομονωθέντες εντερόκοκκους κανένας δεν εμφάνισε αντοχή στην βανκομικίνη σε αντίθεση με τα δεδομένα του WHONET σύμφωνα με τα οποία το 11,15% των εντεροκόκκων είχε αντοχή στη βανκομικίνη.



Εικόνα 1 Μικροβιακή αντοχή των στελεχών των σταφυλοκόκκων που απομονώθηκαν σε αιμοκαλλιέργειες στη ΜΕΘ



Εικόνα 2 Μικροβιακή αντοχή των στελεχών S.aureus συγκριτικά με τα δεδομένα της WHONET που αφορούν στις ΜΕΘ (Ιανουάριος 2017-Δεκέμβριος 2017)

ΑΑ 18 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΝΤΟΧΩΝ Α. ΒΑΥΜΑΝΝΙ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γερασίμου Μαρίνα¹, Μαντζούκης Σταύρος²

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

2 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μικροβιαία αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μορφές λοιμώξεων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι νοσοκομειακές μικροβιαίες από πολυανθεκτικά στελέχη, αυξάνουν τη θνητότητα, τις επιπλοκές, το χρόνο νοσηλείας και το κόστος νοσηλείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η καταγραφή αντοχών του A.baumannii σε αιμοκαλλιέργειες ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ περιφερειακού νοσοκομείου.

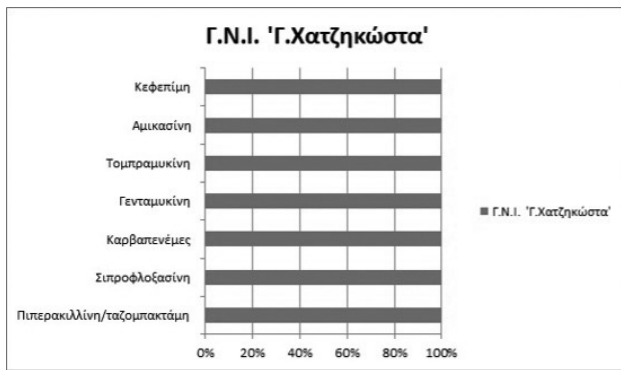
Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη υλικό της οποίας, αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων 'Γ.Χατζηκώστα' κατά το διάστημα 9/2017 ως 12/2018, με νοσηλεία άνω των 48 ωρών Ασθενείς με θετική αιμοκαλλιέργεια πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ αποκλείστηκαν. Αιμοκαλλιέργειες του ίδιου ασθενή στις οποίες απομονώθηκε το ίδιο στέλεχος, θεωρήθηκαν ως μια λοίμωξη. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αυτόματης ανίχνευσης BacT/Alert (Biomerieux, France) για την επώαση των αιμοκαλλιεργειών για 7 μέρες. Οι θετικές αιμοκαλλιέργειες ελέγχονται με άμεση Gram χρώση ώστε να προσδιοριστεί το είδος των παθογόνων μικροοργανισμών και στη συνέχεια πραγματοποιείται καλλιέργεια σε κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Έγινε έλεγχος στα αντιβιοτικά, με προσδιορισμό της ελάχιστης ανασταλτικής πυκνότητας (MIC) σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI, με το αυτοματοποιημένο σύστημα Siemens Microscan.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 14 στελεχών A.baumannii που απομονώθηκαν από θετικές αιμοκαλλιέργειες ασθενών της ΜΕΘ, όλα τα στελέχη εμφάνιζαν ευαισθησία στην κολιμικίνη, 1 στέλεχος ήταν ευαίσθητο στη τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη, ενώ όλα ήταν ανθεκτικά σε όλα τα υπόλοιπα αντιβιοτικά. (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Συμπεράσματα: Η μεγάλη ανθεκτικότητα των A.baumannii αποτελεί καμπανάκι κινδύνου και θα πρέπει να οδηγήσει σε δραστικά μέτρα περιορισμού των λοιμώξεων και της διασποράς αυτών στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα

Αντιβιοτικά	Ανθεκτικότητα
Πιπερακαλλινη/ταζομπασάμη	100%
Κεφταζιδίμη	100%
Κεφεπίμη	100%
Αμινογλυκοσίδες	100%
Καρβαπενέμες	100%
Τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη	92,8%
Κινολόνες	100%
Κολιμικίνη	0%

Πίνακας 1 Αντοχές A. baumannii σε θετικές αιμοκαλλιέργειες της ΜΕΘ Γ.Ν.Ι. 'Γ.Χατζηκώστα'



Σχήμα 1 Αντοχές *A.baumannii* σε αμοικαλλέργειες της ΜΕΘ του Γ.Ν.Ι. 'Γ.Χατζηκώστα'

ΑΑ 19 | ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ SARS – COV – 2: ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κουφοπούλου Παρασκευή¹, Βοζίκης Αθανάσιος², Σουλιώτης Κυριάκος³, Μπούρα Διονυσία⁴, Αμπραχίμ Σάρα – Ελένη⁵, Μοσχοφίδου Μαρία – Παρασκευή⁶

1 PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων, Πειραιάς.

2 Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

3 Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος.

4 MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Οι Άγιοι Ανάργυροι'.

5 RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva, Κηφισιά.

6 MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση', Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Λωζάνη.

Εισαγωγή – Σκοπός: Ένα από τα κύρια προβλήματα στα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι η ψυχική υγεία των παιδιών. Στόχος μας είναι η καταγραφή των βασικών ψυχικών διαταραχών των παιδιών κατά τη διάρκεια της πανδημίας SARS - CoV - 2 και προτάσεις για την ελαχιστοποίησή τους.

Υλικά & Μέθοδοι: Αξιοποιήσαμε διεθνή βιβλιογραφία για το διάστημα 2010 – 2020 μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed με λέξεις – κλειδιά 'children', 'mental disorders', 'SARS – CoV – 2', 'health systems'.

Αποτελέσματα: Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές των παιδιών είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η αντίθετη αντιφατική διαταραχή, η διαταραχή της συμπεριφοράς, η προσοχή - διαταραχή έλλειψης/υπερκινητικότητας, το σύνδρομο tourette, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το μετατραυματικό στρες. Τα συμπτώματα εστιάζουν στο παιχνίδι, τη μάθηση, την ομιλία, τη δράση και συναισθηματικά, ξεκινώντας από την παιδική ηλικία έως τα εφηβικά χρόνια. Το 13% με 20% των παιδιών που ζουν στις ΗΠΑ βιώνουν ψυχική διαταραχή ετησίως και το οικονομικό κόστος για άτομα, οικογένειες και κοινωνία εκτιμάται σε \$247 δις ετησίως το 2007. Κατά τη διάρκεια της κρίσης SARS - CoV – 2, εκτινάσσονται κλεισίματος του σχολείου, της έλλειψης υπαίθριας δραστηριότητας, τις παρεκκλίνουσες διατροφικές συνήθειες και τις συνήθειες ύπνου.

Συμπέρασμα: Οι κύριες προτεραιότητες των συστημάτων υγείας την εποχή του SARS - CoV - 2 με στόχο την διαχείριση των παιδικών ψυχικών διαταραχών με συνεργασία γονέων, παιδίατρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσοκομειακών αρχών, κυβερνήσεων και ΜΚΟ προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα συμπτώματα. Οι βέλτιστες πρακτικές πρέπει να εφαρμόζουν την στρατηγική της ενσυναίσθησης με συνεργασία των παιδιών και των οικογενειών τους.

ΑΑ 20 | Η ΣΥΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ SARS - COV - 2 & ΟΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Κουφοπούλου Παρασκευή¹, Βοζίκης Αθανάσιος², Σουλιώτης Κυριάκος³, Μπούρα Διονυσία⁴, Αμπραχίμ Σάρα – Ελένη⁵, Μοσχοφίδου Μαρία – Παρασκευή⁶

1 PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων, Πειραιάς.

2 Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

3 Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος.

4 MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Οι Άγιοι Ανάργυροι'.

5 RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva, Κηφισιά.

6 MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση', Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public

Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Λωζάνη.

Εισαγωγή – Σκοπός: Το SARS - CoV - 2 είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας. Στόχος μας είναι η καταγραφή των βασικών καταστάσεων συννοσηρότητας των ασθενών με SARS - CoV - 2 ώστε να προτείνουμε βέλτιστες πρακτικές για συστήματα υγείας.

Υλικά & Μέθοδοι: αξιοποιήσαμε την διεθνή βιβλιογραφία για το διάστημα 2010 - 2020 μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed με λέξεις – κλειδιά ‘comorbidity’, ‘SARS - CoV - 2’, ‘patients’, ‘impact’, ‘health systems’.

Αποτελέσματα: Βρήκαμε 48 άρθρα με τα κριτήρια που ορίσαμε από τα οποία τελικά επιλέχθηκαν 20. Βάσει αυτών, διαπιστώθηκε ότι ο κοροναϊός είναι μια πολύ σοβαρή λοίμωξη που έχει πολλαπλές επιπτώσεις στην υγεία περισσότερων ανδρών από τις γυναίκες. Ορίζεται από τις ταυτόχρονες ασθένειες του ατόμου όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτης, σκλήρυνση κατά πλάκας, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, παχυσαρκία, άνοια, μυϊκή δυστροφία, κοιλιοκάκη, καρκίνο του παχέος εντέρου, νεφρική ανεπάρκεια και διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα περισσότερα από αυτά υπήρχαν ήδη σε ασθενείς με SARS - CoV - 2, αλλά με την εκδήλωσή του, εκτός από τις άλλες επιδράσεις, υπάρχει αργή πνευμονική λειτουργία, αφήνοντας υπολείμματα μετά την ανάρρωση.

Συμπέρασμα: Η κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα ανά τον κόσμο έχει αλλάξει άρδην λόγω της πανδημίας του SARS - CoV - 2. Τα συστήματα υγείας επιβαρύνονται στον μέγιστο βαθμό λόγω έλλειψης προσωπικού, ανεπάρκειας πόρων και κυρίως λόγω της συννοσηρότητας των ασθενών. Συνίσταται, λοιπόν, η ορθή εκτίμηση των περιστατικών που εισέρχονται στις δομές υγείας από το υγειονομικό προσωπικό και σαφώς η ενίσχυση των υποδομών ώστε να μην αυξηθεί ο αριθμός των διασωληνωμένων και των θανόντων.

ΑΑ 21 | Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κουφοπούλου Παρασκευή¹, Κυριαζής Ιωάννης², Βοζίκης Αθανάσιος³, Σουλιώτης Κυριάκος⁴, Μπούρα Διονυσία⁵, Αμπραχίμ Σάρα – Ελένη⁶, Μοσχοφίδου Μαρία – Παρασκευή⁷

1 PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων, Πειραιάς.

2 MD, PhD, Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE, Κηφισιά.

3 Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

4 Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος.

5 MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Οι Άγιοι Ανάργυροι', Κηφισιά.

6 RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva, Spain, Κηφισιά.

7 MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση', Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Λωζάνη.

Εισαγωγή – Σκοπός: Το μεταβολικό σύνδρομο είναι μια κεντρική μεταβολική διαταραχή, με συνήθη αποτελέσματα τον σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, την δυσλιπιδαιμία και την υπέρταση. Επιφέρει προβλήματα τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Η αύξηση ουρικού οξέως (λιπώδες ήπαρ), οι πολυκυτταρικές ωοθήκες, η υπνική άπνοια και η αυξημένη πηκτικότητα του αίματος, αποδίδονται στο μεταβολικό σύνδρομο και την μειωμένη δράση της ινσουλίνης. Σκοπεύουμε στην αποτύπωση των βασικών προβλημάτων υγείας των ανδρών που δυσκολεύουν την ποιότητα ζωής τους.

Υλικά & Μέθοδοι: το υλικό προέρχεται από ελληνόγλωσσες και ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές. Επιλέχθηκαν άρθρα που αναφέρονται στο μεταβολικό σύνδρομο στα περιοδικά Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Νοσηλευτική, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης και Επιστημονικά Χρονικά. Μετέπειτα, μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed αναζητήθηκαν αναφορές το διάστημα 2010 - 2020 με λέξεις – κλειδιά ‘metabolic syndrome’, ‘men’ και ‘quality of life’.

Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε ότι, η άνοδος του μεταβολικού συνδρόμου, επιφέρει στυτική δυσλειτουργία ειδικά στους άνδρες μέσης και τρίτης ηλικίας (χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης). Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την ήδη καταπονημένη λειτουργικότητα του άνδρα όπως και ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την έλλειψη φυσικής άσκησης.

Συμπέρασμα: Το μεταβολικό σύνδρομο βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ανδρών εφόσον χάσουν περιττό βάρος, ακολουθήσουν υγιεινή διατροφή με κατανάλωση ψαριών (καθώς είναι πλούσια σε ω - 3 λιπαρά οξέα), περιορίσουν την κατανάλωση κρέατος, χρήση ελαιολάδου, κατανάλωση γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά, προτιμήσουν γλυκά του κουταλιού και απαραίτητως η καθημερινή άσκηση, τουλάχιστον για μισή ώρα. Όλα τα ανωτέρω θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ανδρών αλλά και θα συγκρατήσουν το ενδεχόμενο περιττό κόστος για το σύστημα υγείας

AA 22 | CRT IN OCTOGENARIAN PATIENTS – SINGLE CENTER EXPERIENCE.

N. Garyfallos¹, S. Kurtev², G. Vasilev³, E. Kurteva³, D. Vasilev²

¹ Medical Faculty, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria

² Clinic of Cardiology, University Hospital "Alexandrovskia", Department of Internal Medicine, Medical Faculty, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria

³ Laboratory of Clinical immunology, University Hospital "Saint Ivan Rilski", Department of Clinical Immunology, Medical Faculty, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria

Background: Cardiac resynchronization therapy (CRT) is a well-proven therapy in patients with congestive heart failure and reduced ejection fraction (HFrEF). Despite that relatively high number of elderly patients in the population suffer from HFpEF, they remain underrepresented in randomized studies referring to CRT.

Purpose: We compared the six-month outcome of CRT in 96 consecutive patients focused on the group of patients at 80 or older than 80 years (octogenarians).

Methods: We enrolled 96 consecutive patients from 2016 to 2019 with HFrEF treated with CRT pacemaker or defibrillator therapy with no preselection based on underlying rhythm (sinus or AF/AFL), class indications for CRT (I, IIa or IIb according to the current ESC guideline) or primary implantation/upgrade. At six months follow-up, we separated the patients into 5 different subgroups according to the most widespread definition for CRT response. The patients younger than 80 years (n = 81; 84.37% from the entire cohort) were as it follows: 34 (41.97%) responders (LVESV >15% and < 30%); 14 (17.28%) negative responders (LVESV equal or less than the basic LVESV); 12 patients (14.81%) non-responders (LVESV 1-15% from the basic); 15 patients (18.51%) super-responders (LVESV > 30 from the baseline) and 4 (4.93%) dead patients. The number of octogenarians in our group was 15 (15.62% from the population) as it follows: 7 patients (46.66%) responders; 3 patients (20%) negative responders; 1 (6.66%) non-responder; 2 (13.33%) super-responders, and 2 (13.33%) dead patients.

Results: We did not register any periprocedural death or infection. The following complications were registered: pneumothorax in 3 patients (0 of the octogenarian group); 2 big pericardial effusions led to pericardial drainage (0 octogenarians); 2 LV lead acute exit blocks (1 octogenarian) successfully reimplemented one month after the primary intervention; and 9 mild/big hematomas that did not require any further interventions (2 octogenarians)

Conclusions: Despite the relatively higher mortality in our cohort, the level of response in octogenarians to CRT does not differ significantly from younger patients. The level of complications in our cohort is similar or even lower in the octogenarian group. CRT should not be withheld from octogenarians meeting the current selection guidelines.

Key words: Heart failure, CRT, octogenarians

AA 23 | Η ΗΠΑΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΙΟ ΒΑΡΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Βαλανίκας Ευριπίδης, Βενέτη Σταυρούλα, Βέργου Μαρία, Γώγου Χριστιάνα, Ερυθροπούλου-Καλτσίδου Αναστασία,

Ζτρίβα Ελευθερία, Κιόση Μαρία, Σαββόπουλος Χρήστος, Τζιόμαλος Κωνσταντίνος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ηπατική ίνωση αποτελεί αναδυόμενο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η σχέση της με τη βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης της ηπατικής ίνωσης με τη βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.

Υλικά και μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,1% άνδρες, ηλικία 79,8±7,2 έτη). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Ως βαρύ ΑΕΕ ορίστηκε NIHSS ≥ 21. Η ηπατική ίνωση εκτιμήθηκε με το δείκτη FIB-4, ο οποίος υπολογίζεται με βάση την εξίσωση: ηλικία × AST (IU/l) / (αμμοπετάλια (×10⁹/L) × √ALT (IU/l)).

Αποτελέσματα: Ο δείκτης FIB-4 σχετιζόταν θετικά με την κλίμακα NIHSS στην εισαγωγή (r = 0,123, p < 0,001). Οι ασθενείς με βαρύ ΑΕΕ είχαν υψηλότερο δείκτη FIB-4 σε σύγκριση με τους ασθενείς με μη βαρύ ΑΕΕ (2,7±1,7 έναντι 2,3±1,5 αντίστοιχα, p < 0,05).

Συμπέρασμα: Η ηπατική ίνωση σχετίζεται με πιο βαρύ οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

AA 24 | ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΛΑΥΚΩΜΑ

Καρακούσης Νικόλαος^{1,2}, Καπίρη Μαριάνθη¹, Στριγκλή Κωνσταντίνα¹, Κοντογιάννη Μαρία¹, Γεωργακόπουλος Πέτρος¹, Καράμπελα Νικολίτσα¹, Παπαρηγοράκη Ελένη¹, Δημητρίου Μαρία¹, Βασιλειάδης Αλέξανδρος¹, Αλιμήσης Ηλίας¹, Τσάκωνας Χρήστος¹, Δημητριάδου Ευαγγελία¹

¹ Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Αμαρούσιον, Αττική

² Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με έντονη ζάλη και λιποθυμικό επεισόδιο υπό αντιγλαυκωματική αγωγή.

Υλικά και Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής 37 ετών προσήλθε στο παθολογικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Αμαρουσίου με έντονη ζάλη και εν συνεχεία λιποθυμικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της εξέτασής του.

Αποτελέσματα: Από το ιστορικό του αναφέρεται σε ηλικία 36 ετών τραυματισμός δεξιού οφθαλμού και απώλεια όρασης, με εγκατάσταση μετατραυματικού γλαυκώματος. Το λοιπό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Η φαρμακευτική του αγωγή περιλαμβάνει τη σχετικά πρόσφατη χορήγηση αντιγλαυκωματικών οφθαλμικών σταγόνων με σκεύασμα συνδυασμού δορζολαμίδης και τιμολόλης, καθώς και σκεύασμα βριμονιδίνης σε θεραπευτικές δόσεις, όπως αναφέρεται. Κατά την εξέταση, ο ασθενής παρουσίασε έντονη αστάθεια και λιποθυμικό επεισόδιο, ανακτώντας όμως γρήγορα τις αισθήσεις του από μόνος του. Πραγματοποιήθηκε άμεσα ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος, όπου αναδείχθηκε

φλεβοκομβική βραδυκαρδία με 40 σφύξεις/λεπτό. Η βραδυκαρδία ως αρχική εκτίμηση αποδόθηκε σε παρενέργεια των αντιγλαυκωματικών οφθαλμικών σταγόνων με β-αποκλειστή. Ο ασθενής διεκομίσθη άμεσα σε εφημερεύων νοσοκομείο, όπου επιβεβαιώθηκε η αρχική κλινική υποψία και ακολούθησε περαιτέρω έλεγχος και αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό ασθενείς που λαμβάνουν αντιγλαυκωματικές οφθαλμικές σταγόνες με μη εκλεκτικό β-αποκλειστή, όπως η τιμολλόλη, ιδιαίτερα μετά την έναρξη αγωγής, να ελέγχονται για εμφάνιση αρρυθμιών ως παρενέργεια, όπως επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Αναφορές: 1) Abbas SA, Hamadani SM, Ahmad U, et al. Ophthalmic Timolol and Hospitalization for Symptomatic Bradycardia and Syncope: A Case Series. *Cureus* 2020 Mar 14;12:e7270. 2) Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, et al. Association between Ophthalmic Timolol and Hospitalisation for Bradycardia. *J Ophthalmol* 2015;2015:567387

ΑΑ 25 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕ COAGULASE-NEGATIVE STAPHYLOCOCCUS ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ

Καρακούσης Νικόλαος^{1,2}, Καπίρη Μαριάνθη¹, Στριγκλή Κωνσταντίνα¹, Κοντογιάννη Μαρία¹, Γεωργακόπουλος Πέτρος¹, Καραμπέλα Νικολίτσα¹, Παπαγρηγοράκη Ελένη¹, Δημητρίου Μαρία¹, Βασιλειάδης Αλέξανδρος¹, Αλιμήσης Ηλίας¹, Τσάκωνας Χρήστος¹, Δημητριάδου Ευαγγελία¹

1 Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Αμαρουσίον, Αττική

2 Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με συμπτώματα λοίμωξης κατώτερου ουροποιητικού και αποτελέσματος καλλιέργειας ούρων υπό διερεύνηση.

Υλικά και Μέθοδοι: Θήλυ ασθενής 76 ετών προσήλθε στο τακτικό παθολογικό ιατρείο της Μονάδας Υγείας Αμαρουσίου με δυσουρικά ενοχλήματα και εικόνα κυστίτιδας.

Αποτελέσματα: Από το ιστορικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και οστεοπενία υπό αγωγή. Δεν αναφέρονται νοσηλείες. Κατά την επίσκεψη της, φέρει παθολογική εξέταση γενικής ούρων και καλλιέργεια ούρων με απομόνωση *Coagulase-Negative Staphylococcus* (30.000 cfu/ml). Από την εκτενή ιατρική συνέντευξη που ακολούθησε, όπου αναλύθηκε ο τρόπος λήψης του δείγματος αρχικά από την ίδια την ασθενή σε συνδυασμό με το είδος του παθογόνου που απομονώθηκε, τον αριθμό των αποικιών του, καθώς και το pH των ούρων, το οποίο ήταν βασικό, κρίθηκε απαραίτητη η λήψη νέας καλλιέργειας ούρων με σωστή προετοιμασία προ της αντιβιοτικής κάλυψης και υπερήχου νεφρών-κύστεως. Ο υπέρηχος δεν ήταν παθολογικός, ενώ η νέα καλλιέργεια ούρων ανέδειξε *Proteus Mirabilis* (>100.000 cfu/ml). Καλύφθηκε με κεφουροξίμη per os 500 mg x 2, σύμφωνα με το αντιβιογράμμα για 7 ημέρες. Παρουσίασε ύφεση συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό η εργαστηριακή διάγνωση να συνεκτιμάται πάντοτε με την κλινική εικόνα και το ιστορικό για την απόδοση της ορθής και βέλτιστης θεραπείας. Η λοίμωξη με *Coagulase-Negative Staphylococcus* χρήζει ιδιαίτερης προσοχής

στην αξιολόγησή της.

Αναφορές: 1) T Azimi, M Mirzadeh, S Sabour, et al. Coagulase-negative staphylococci (CoNS) meningitis: a narrative review of the literature from 2000 to 2020. *New Microbes New Infect* 2020 Sep 7;37:100755. 2) Argemi X, Hansmann Y, Prola K, Prévost G. Coagulase-Negative Staphylococci Pathogenomics. *Int J Mol Sci* 2019 Mar 11;20:1215. 3) N J Irwin, C P McCoy, L Carson. Effect of pH on the in vitro susceptibility of planktonic and biofilm-grown *Proteus mirabilis* to the quinolone antimicrobials. *J Appl Microbiol* 2013 Aug;115:382-9.

ΑΑ 26 | ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Καρακούσης Νικόλαος¹, Πυργιώτη Ελισάβετ², Μοσχολζόπουλος Δημήτριος³, Κωστακόπουλος Νικόλαος⁴

1 Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

2 Τμήμα Φαρμακευτικής, Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

3 Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

4 1η Ουρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με εμπύρετο και ιδιαίτερη παραλλαγή στο χρώμα των ούρων.

Υλικά και Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής 82 ετών νοσηλεύεται σε νευρολογική κλινική με συμπτωματολογία άνοιας και οργανικού ψυχοσυνδρόμου.

Αποτελέσματα: Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, διουρηθρική προστατευτική, κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού λόγω αδενοκαρκινώματος με κολοστομία, φέρει μόνιμο διουρηθρικό καθετήρα, ενώ αναφέρονται πολλαπλές νοσηλείες. Στην παρούσα νοσηλεία, παρουσίασε εμπύρετο έως 38°C με ρίγος. Πριν την έναρξη του εργαστηριακού ελέγχου και με μία σχολαστική επισκόπηση και κλινική εξέταση του ασθενούς, παρατηρήθηκε παραλλαγή του χρώματος των ούρων, τα οποία ήταν πράσινα. Αποκλείοντας πιθανή φαρμακευτική παρενέργεια, καθώς τα ούρα είχαν προηγουμένως φυσιολογική απόχρωση και δεν υπήρξε τροποποίηση της αγωγής του, αλλά και σε συνδυασμό με την κλινικοεργαστηριακή εικόνα εμπύρετης λοίμωξης, το χρώμα των ούρων και το ιστορικό πολλαπλών νοσηλείων, τέθηκε η υποψία λοίμωξης με *Pseudomonas aeruginosa*. Καλύφθηκε άμεσα με κεφταζιδίμη 1gr x 2 με βάση την νεφρική του λειτουργία, ενώ τόσο η καλλιέργεια ούρων, όσο και αίματος επιβεβαίωσε τη παρουσία της ψευδομόναδας. Ο ασθενής απυρέτησε, ενώ μακροσκοπικά επανήλθε και το χρώμα των ούρων.

Συμπεράσματα: Η επισκόπηση του αρρώστου αποτελεί πάντοτε το πρώτο βήμα στην κλινική εξέταση, το οποίο μπορεί να κατευθύνει το θεράποντα ιατρό στη σωστή κλινικοεργαστηριακή διάγνωση και αντιμετώπιση.

Αναφορές: 1) Koratala A, Leghrouz M. Green urine. *Clin Case Rep.* 2017;5:549-550. 2) Prakash S, Saini S, Mullick P, Pawar M. Green urine: A cause for concern?. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2017;33:128-130.

ΑΑ 27 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ/ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ (UA/CR) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ

Κυριακόπουλος Χρήστος, Μπαρτζιώκας Κωνσταντίνος, Έξαρχος Κωνσταντίνος, Κωστίκας Κωνσταντίνος
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η ιστική υποξία προκαλεί τον καταβολισμό πουρινών. Το UA αποτελεί το τελικό προϊόν της μεταβολικής αυτής οδού και έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της ιστικής υποξίας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του λόγου UA/CR ως προγνωστικού δείκτη για την έκβαση ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο λόγω επεισοδίου ΠΕ, καθώς και η συσχέτισή τους με άλλες κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 116 ασθενείς κατά την εισαγωγή τους και μετρήθηκαν ο λόγος UA/CR καθώς και οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά το διαγνωστικό έλεγχο ενός ασθενούς με πιθανότητα ΠΕ. Ως έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η θνητότητα, το ενδεχόμενο θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Όλοι οι ασθενείς σταδιοποιήθηκαν ως προς τη βαρύτητα της ΠΕ με βάση το δείκτη PESI και τον απλοποιημένο δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2014 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Η διάγνωση τέθηκε με πνευμονική αγγειογραφία.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλότερες τιμές του λόγου UA/CR (≥ 7.59) παρουσίασαν παρατεταμένη νοσηλεία [6 (4-7) έναντι 6,5 (5-11) ημέρες, $p=0.006$], αυξημένη θνητότητα (3,4% έναντι 25,8%, $p=0.001$) και χειρότερη σύνθετη έκβαση (3,4% έναντι 31%, $p<0.001$). Διαπιστώθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση των τιμών του λόγου UA/CR με το δείκτη PESI ($p<0.001$), τον απλοποιημένο δείκτη PESI ($p=0.003$), το διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2014 ($p<0.001$).

Συμπεράσματα: Οι τιμές του λόγου UA/CR κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ΠΕ αποτελούν προγνωστικό δείκτη της έκβασης, ενώ συσχετίζονται με τους συνήθεις εκτιμώμενους δείκτες βαρύτητας της νόσου, με σημαντικές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους.

ΑΑ 28 | ΥΠΕΡΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)

Κυριακόπουλος Χρήστος, Χρόνης Χρήστος, Παπαπέτρου Ευαγγελία, Τατσιώνη Αθηνά, Γόγαλη Αθηνά, Βαγγελή Κατερίνα, Τάτσης Κωνσταντίνος, Κωστίκας Κωνσταντίνος, Κωνσταντινίδης Αθανάσιος
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Εισαγωγή: Σε πολλές μελέτες έχει αναδειχθεί ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ.

Σκοπός: Να διερευνηθεί εάν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης διαφέρουν μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χω-

ρίς ΧΑΠ και να καθοριστεί η συσχέτιση των παραγόντων πήξης με την αναπνευστική λειτουργία, τη βαρύτητα της ΧΑΠ και του ιστορικού παροξύνσεων.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη cross-sectional, στην οποία συγκρίθηκαν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης: FI, FII, FV, FVII, FVIII, FIX, FX, D-dimers, INR και aPTT και των φυσικών αναστολέων πήξης: πρωτεΐνης S, πρωτεΐνης C και αντιθρομβίνης III μεταξύ 103 ασθενών με ΧΑΠ, σε σταθερή κατάσταση χωρίς πρόσφατο επεισόδιο παρόξυνσης και 42 καπνιστών χωρίς ΧΑΠ, παρόμοιας ηλικίας και φύλου.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν υψηλότερα επίπεδα έναντι της ομάδας ελέγχου: D-dimers: 540 ng/mL \pm 940 έναντι 290 \pm 140 ng/mL, $p=0.001$, FI: 399 \pm 82 έναντι 346 \pm 65, $p<0.001$, FII: 122 \pm 22 έναντι 109 \pm 19, $p=0.004$, FV: 131 \pm 25 έναντι 121 \pm 19, $p=0.015$, FVIII: 143 \pm 32 έναντι 122 \pm 20, $p<0.001$, FX: 114 \pm 23 έναντι 100 \pm 16, $p=0.002$ και χαμηλότερα επίπεδα: πρωτεΐνης S: 95.1 \pm 18.74. έναντι 110.5 \pm 17.9, $p<0.001$ και αντιθρομβίνης III: 94.4 \pm 11.5 έναντι 102.3 \pm 13.2, $p=0.001$. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο FI σχετίστηκε με την CRP, $p=0.007$ και την ΤΚΕ, $p<0.001$, ο FII με την FEV1, $p<0.001$ και την ηλικία, $p=0.006$, ο FV με την FEV1, $p=0.001$, ο FVIII με την ΤΚΕ, $p=0.043$, ο FX με την FEV1, $p<0.001$ και την TLC, $p=0.045$, τα D-dimers με την ΤΚΕ, $p=0.022$, η πρωτεΐνης S με την ηλικία, $p<0.001$, το CAT skor, $p=0.004$ και την CRP, $p=0.002$ και η αντιθρομβίνης III με την ηλικία, $p=0.002$.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε την ύπαρξη υπερπηκτικότητας στους ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ, αναδεικνύοντας ένα σημαντικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου στη ΧΑΠ.

ΑΑ 29 | ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ) ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ

Κυριακόπουλος Χρήστος, Μπαρτζιώκας Κωνσταντίνος, Έξαρχος Κωνσταντίνος, Κωστίκας Κωνσταντίνος
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η διαστρωμάτωση κινδύνου στους ασθενείς με ΠΕ είναι καίριας σημασίας για τη διαχείριση αυτών, ενώ μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό επιβίωσης. Τα εν χρήσει μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου περιλαμβάνουν κλινικοεργαστηριακές και υπερηχογραφικές παραμέτρους.

Σκοπός: Η ανεύρεση ενός μοντέλου βιοδεικτών ως προγνωστικού δείκτη για τη διάρκεια της νοσηλείας, λόγω ΠΕ και της έκβασης αυτής με ακρίβεια παρόμοια ή μεγαλύτερη από τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς με ΠΕ και μετρήθηκαν οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά τον αρχικό διαγνωστικό έλεγχο. Για την έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της νοσηλείας, η θνητότητα, η διενέργεια θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Οι βιοδείκτες που συσχετίστηκαν με την έκβαση συγκρίθηκαν με τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν 116 ασθενείς (38,8% άρρενες) με διάμεση ηλικία 53,5 έτη (IQR 48-58). Η σύνθετη έκβαση παρατηρήθηκε σε 20 (17,2%) ασθενείς. Μέσω πολυπαραγοντι-

κής και Roc Curve ανάλυσης, επιλέχθηκε ο συνδυασμός γλυκόζης και d-dimers που εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με την νοσηλεία, τη θνητότητα και την σύνθετη έκβαση. Το μοντέλο πρόβλεψης παρουσίασε τη βέλτιστη προγνωστική ακρίβεια για την σύνθετη έκβαση AUC=0.809 (95%CI: 0.679-0.940, P<0.001), που ήταν σημαντικά ανώτερη από το δείκτη PESI, τον απλοποιημένο δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2019 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη διάρκεια της νοσηλείας HR=6.055 (95%CI: 4.412-7.698, P<0.001).

Συμπεράσματα: Το μοντέλο που περιλάμβανε τα d-dimers και τη γλυκόζη είχε καλύτερη προγνωστική ακρίβεια από το δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2019, ενώ ο απλοποιημένος δείκτης PESI ήταν μη προγνωστικός.

AA 30 | ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ (ΜΑΒ), ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ (VWFAG) ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ (VWFAC) ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VON WILLEBRAND

Κυριακόπουλος Χρήστος, Χρόνης Χρήστος, Παπαπέτρου Ευαγγελία, Τσαούση Χριστίνα, Τατσιώνη Αθηνά, Γόγαλη Αθηνά, Βαγγελή Κατερίνα, Κωστίκας Κωνσταντίνος, Κωνσταντινίδης Αθανάσιος

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου σε ασθενείς με ΧΑΠ.

Σκοπός: Σύγκριση επίπτωσης και βαρύτητας της ΜΑΒ, καθώς επίσης των επιπέδων και της ενεργότητας του vWf μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χωρίς ΧΑΠ.

Υλικό και Μέθοδος: 84 ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ και 32 καπνιστές χωρίς σπιρομετρική απόφραξη.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση ΜΑΒ ήταν σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με ΧΑΠ: 26,1% έναντι 9% της ομάδας ελέγχου, P=0.047. Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν επίσης υψηλότερα επίπεδα ΜΑΒ έναντι της ομάδας ελέγχου, (διάμεση τιμή-IQR): 15,22 (0,59-29,85) έναντι 12,08 (8,51-15,64) mg/g, P=0.002.

Τα επίπεδα της ΜΑΒ ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ και CAT σκορ ≥ 10 σε σύγκριση με αυτούς με CAT σκορ < 10 , P=0.011 και στους ασθενείς με FEV1 $< 50\%$ σε σύγκριση με τους ασθενείς με FEV1 $\geq 50\%$ της προβλεπόμενης, P=0.04).

Τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου: vWfAg: 150 (118,5-181,5) έναντι 108,5 (87-130), P<0.001, vWf Ac: 141 (112,5-169,5) έναντι 113 (89,5-136,5), P<0.001. Στους ασθενείς με ΧΑΠ, τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα ABCD γκρουπ, P=0.004 και P=0.005 αντίστοιχα, εμφανίζοντας τις υψηλότερες τιμές στο γκρουπ D.

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμήθηκε με το HEART score και δεν διέφερε ανάμεσα στις 2 ομάδες, P=0.249.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε διαταραχή του ενδοθηλίου στους ασθενείς με ΧΑΠ, με σημαντικά υψηλότερη επίπτωση και βαρύτητα ΜΑΒ, καθώς επίσης υψηλότερα επίπεδα vWfAg και vWfAc συγκριτικά με καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Επιπρόσθετα, μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ, η ΜΑΒ και τα επίπεδα

vWfAg και vWfAc σχετίζονται με τη βαρύτητα της ΧΑΠ (GOLD ABCD) και χαμηλότερες τιμές αναπνευστικής λειτουργίας.

AA 31 | ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΚΟΙΛΙΑΓΧΗΣ

Σαχλά Ζαχάρω, Χατζηγεωργίου Αρμονία, Καμπράνης Δημήτριος, Χριστοδούλου Εμμανουήλ, Γκόγκος Κ. Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου"

Εισαγωγή: Το σύνδρομο μέσου τοξοειδούς συνδέσμου (MALS) είναι σπάνιο και αφορά συμπτωματολογία μεταγευματικού άλγους λόγω πύεσης της κοιλιακής αρτηρίας από τον μέσο τοξοειδή σύνδεσμο του διαφράγματος.

Ο μέσος τοξοειδής σύνδεσμος του διαφράγματος αποτελεί μια ινώδη ταινία που ενώνει τα δύο σκέλη του διαφράγματος σε κάθε πλευρά του αορτικού τρήματος. Συνήθως πορεύεται άνωθεν της κοιλιακής αρτηρίας.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 66 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος σβανώματος τριδύμου και κατάθλιψης, εισήχθη στην παθολογική κλινική λόγω αναφερόμενης επιδείνωσης υπολειπόμενης νευρολογικής σημειολογίας.

Το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας του, άμεσα μεταγευματικά, παρουσίασε εικόνα οξείας κοιλίας με έντονο πόνο και διάχυτη ευαισθησία στην κλινική εξέταση. Ανέφερε και άλλα παρόμοια επεισόδια το τελευταίο διάστημα, πάντα μεταγευματικά.

Τέθηκε υπόνοια κοιλιόγχης και έγινε άμεσα αξονική κοιλίας και αξονική αγγειογραφία κοιλίας που ανέδειξε πίεση κοιλιακής αρτηρίας από τον τοξοειδή σύνδεσμο και μεταστενωτική διάταση αυτής. Μεσεντέριος αρτηρία βατή και γαστροσκόπηση χωρίς ευρήματα.

Παραπέμφθηκε στην χειρουργική κλινική για λαπαροσκοπική αποσυμπύεση κοιλιακής αρτηρίας από τον σύνδεσμο.

Συμπέρασμα: Το MALS είναι σπάνιο αίτιο χρόνιου κοιλιακού άλγους. Το χρόνιο άλγος είναι κατάσταση με αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, άγχος, ελαττωμένη λειτουργικότητα και κακή ποιότητα ζωής. Ασθενείς με χρόνιο κοιλιακό άλγος και αρνητικό έλεγχο για άλλες καταστάσεις που προκαλούν άλγος πρέπει να ελέγχονται για πιθανό MALS.

AA 32 | ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Σαχλά Ζαχάρω, Χατζηγεωργίου Αρμονία, Ευσταθίου Κυπαριανός, Χριστοδούλου Εμμανουήλ, Γκόγκος Κ. Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου"

Εισαγωγή: Το λέμφωμα προκαλεί διάφορες νευρολογικές εκδηλώσεις που μπορούν να προσβάλλουν οποιοδήποτε τμήμα του νευρικού συστήματος και να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Η χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική πολυνευροπάθεια (CIDP) που σχετίζεται με λέμφωμα παρατηρείται στο 10% του λεμφώματος. Μπορεί να προηγείται της διάγνωσης του λεμφώματος 3-15 μήνες, να διαγιγνώσκεται ταυτόχρονα, να είναι δείκτης υποτροπής ή να έπεται της διάγνωσης του λεμφώματος.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 48 ετών εισήλθε προ έτους σε νευρολογική κλινική λόγω προιούσας αδυναμίας κάτω άκρων. Τέθηκε

διάγνωση CIDP και αντιμετωπίστηκε με χορήγηση γ-σφαιρίνης και κορτιζόνης.

Ένα χρόνο αργότερα, ο ασθενής εμφάνισε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία και τριψήφια ΤΚΕ και εισήχθη στην παθολογική κλινική για διερεύνηση. Λόγω της πολυνευροπάθειας και της μονόκλωνης πρωτεΐνης στην διαφορική διάγνωση λήφθηκαν υπόψη το λέμφωμα το σύνδρομο POEMS και η πρωτοπαθής αμυλοείδωση.

Στα πλαίσια ελέγχου έγινε αξονική κοιλίας που ανέδειξε ηπατομεγαλία και λεμφαδενική μάζα οπισθοπεριτοναϊκά. Ακολούθησε κατευθυνόμενη βιοψία που ανέδειξε T-λέμφωμα

Συμπέρασμα: Η κλινική εικόνα CIDP σχετιζόμενης με λέμφωμα είναι ίδια με αυτή της σποραδικής και απαντά στην θεραπεία με κορτιζόνη, γ-σφαιρίνη, πλασμαφαίρεση και ανοσοκατασταλτικά. Όταν τίθεται διάγνωση CIDP ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται και να παρακολουθείται για εμφάνιση λεμφώματος.

AA 33 | ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CASTLEMAN ΣΕ ΑΝΔΡΑ 25 ΕΤΩΝ

Σαχλά Ζαχάρω, Κουρσιουμπάς Γεώργιος, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη, Πασκαλής Γεώργιος, Γκόγκος Κωνσταντίνος

ΓΝΘ «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νόσος Castleman (αγγειοθλακιδώδης λεμφαδενική υπερπλασία) είναι μια εξαιρετικά σπάνια μη κακοήθης κλινικοπαθολογοανατομική οντότητα που εκδηλώνεται με λεμφαδενοπάθεια και συστηματικές εκδηλώσεις. Υπάρχουν δύο τύποι, ο υαλινοαγγειακός και ο πλασματοκυτταρικός, ο τελευταίος με χειρότερη πρόγνωση. Ενοχοποιούνται οι ιοί EBV και HHV-8 και τα αυξημένα επίπεδα IL-6. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με ιστολογική εξέταση λεμφαδένα ή λεμφικού ιστού.

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας 25 ετών με ελεύθερο ιστορικό πλην μετατραυματικής επιληψίας από 15ετίας υπό αγωγή διακομίστηκε στην κλινική μας από επαρχιακό νοσοκομείο για διερεύνηση εμπυρέτου, αναιμίας, θρομβοπενίας και ηπατοσπληνομεγαλίας. Ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος επί ένα μήνα ήταν μη διαγνωστικός και ο ασθενής παρουσίαζε επιδείνωση της κλινικής του εικόνας. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν πολλαπλοί, μικροί τραχηλικοί και μασχαλιαίοι λεμφαδένες άμφω, ηπατοσπληνομεγαλία, περικαρδιακό υγρό και πλευριτική συλλογή άμφω, πολλαπλοί, μικροί λεμφαδένες <1 cm στο πρόσθιο μεσοθωράκιο και απεικόνιση ιστού οπισθοστερνικά με σαφή πρόσληψη σκιαγραφικού και χαρακτηρισές λεμφαδενικού ιστού. Το σπινθηρογράφημα ήπατος – σπληνός ανέδειξε ευρήματα υπερσπληνισμού. Αποφασίστηκε η βιοψία του λεμφικού ιστού του μεσοθωρακίου.

Αποτελέσματα: Η βιοψία ήταν θετική για νόσο Castleman πλασματοκυτταρικού τύπου. Ο ασθενής με την αφαίρεση του ιστού παρουσίασε θεαματική βελτίωση κλινικής και εργαστηριακής κατάστασης. Υποβλήθηκε σε θεραπεία με rituximab με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας του και των αιματολογικών του παραμέτρων. Ένα χρόνο μετά, στα πλαίσια επανελέγχου, βρέθηκε υπολειμματικός ιστός στο μεσοθωράκιο και ο ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία. Έκτοτε παραμένει ελεύθερος νόσου.

Συμπέρασμα: Για τη διάγνωση της νόσου Castleman απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί βιοψία. Η πολυκεντρική μορφή της νόσου έχει πτωχή πρόγνωση και απαιτείται επιθετική θεραπεία.

AA 34 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σαχλά Ζαχάρω, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη, Κουρσιουμπάς Γεώργιος, Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης, Γκόγκος Κωνσταντίνος

ΓΝΘ «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (APS) είναι αυτοάνοση διαταραχή με αγγειακές και μαιευτικές εκδηλώσεις. Το καταστροφικό αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (CAPS) είναι σπάνια εκδήλωση που συμβαίνει στο 1% των ασθενών με APS. Χαρακτηρίζεται από διάχυτη θρόμβωση μικρών αγγείων, συμμετοχή πολλαπλών οργάνων σε χρονικό διάστημα μικρότερο της εβδομάδας και μεγάλη θνητότητα.

Υλικά και Μέθοδοι: Γυναίκα 65 ετών με ιστορικό ΣΔ τύπου 2 υπό μετφορμίνη και χωρίς ιστορικό κυήσεων εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου και έντονης καταβολής. Από προηγούμενο εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε αιμοπετάλια 130000/mm³. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε αναιμία, θρομβοπενία με αιμοπετάλια 70.000/mm³, παράταση aPTT 70sec, χωρίς σχιστοκύτταρα, σπληνομεγαλία, ανουρία, αύξηση τρανσαμινασών, αγγειοκυτταρικό δερματικό εξάνθημα και θρομβοφλεβίτιδα δεξιού κάτω άκρου. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε εικόνα οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου. Τέθηκε υπόνοια CAPS και στάλθηκε έλεγχος για αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα. Λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας με συνοδό πλευριτική συλλογή και ηπατικής δυσπραγίας διασωληνώθηκε και διεκομίσθη σε ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Ο έλεγχος αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων αναδείχθηκε θετικός με αντιπηκτικό λύκου 1,96 (φτ <1,25), αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης IgG 14,65U/mL (φτ <10U/mL) και IgM 125U/mL (φτ <10U/mL). Από τον υπόλοιπο έλεγχο παρουσιάσε ANA θετικά 1/160. Χορηγήθηκαν prednisolone 100mg/24h, γ-σφαιρίνη 0,4gr/kg, αντιπηκτική αγωγή και υποβλήθηκε σε συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαθήρηση (CVVHDF). Η ασθενής απεβίωσε την 5η μέρα από την εισαγωγή λόγω ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων και βαριάς γαλακτικής οξέωσης. Δεν πάρθηκαν βιοψίες ούτε διενεργήθηκε νεκροτομή. Η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια «πιθανού CAPS» 1, 2 και 4 κατά Asherson et al (2003).

Συμπέρασμα: Το CAPS είναι ιατρικό επειγόν που απαιτεί άμεση αναγνώριση – διάγνωση και επιθετική θεραπεία. Η αναφορά περιπτώσεων είναι σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση μελλοντικών περιστατικών.

AA 35 | ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μπάκας Κωνσταντίνος¹, Γερασίμου Μαρίνα², Μαντζούκης Σταύρος³, Λεπίδα Δήμητρα¹, Ρίζος Δημήτριος¹, Κοσμά Ελένη¹, Υγροπούλου Όλγα¹, Μουσαφίρη Ουρανία¹

¹ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
² Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

2 Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα
3 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής πολλές φορές συνοδεύεται από την εμφάνιση παρενεργειών. Κάποιες από αυτές είναι σπάνιες αλλά μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα στην κλινική πορεία των ασθενών.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 16 ετών με σύνδρομο Hunter syndrome –MPS II με συνυπάρχουσα επιληψία, διανοητική υστέρηση, κινητικές διαταραχές και χρόνια κλινοστατισμό που ελάμβανε Elapraxe μία φορά εβδομαδιαίως για χρόνια, ανέπτυξε αναπνευστική δυσχέρεια σε έδαφος λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, διασωληνώθηκε και εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής ενώ ελάμβανε collistin λόγω μικροβιαμίας από *A.baumannii* παρουσίασε εκ νέου εμπύρετο έως 39,6 και οι καλλιέργειες βρογχικών εκρίσεων ήταν θετικές για *K.pneumoniae* με ευαισθησία μόνο στην Tigacycline με MIC<1. Ο ασθενής ετέθη σε Tigacycline και παρουσίασε ύφεση του εμπύρετου με βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Μετά από 7 ημέρες παρουσίασε αύξηση της αμυλάσης αίματος και ούρων και της λιπάσης > 7 φορές από την ανώτερη φυσιολογική τιμή. Διενεργήθηκε υπερηχογραφήματα και CT κοιλίας, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διεκόπη η χορήγηση tigacycline με προοδευτική πτώση και φυσιολογικοποίηση των εργαστηριακών παραμέτρων. Ο ασθενής μετά από μακρά νοσηλεία αποσωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στην παθολογική κλινική για συνέχιση της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση Tigacycline βιβλιογραφικά έχει συσχετιστεί με εμφάνιση παγκρεατίτιδας, τυπικά αναφέρεται αύξηση της αμυλάσης μετά από 7-10 ημέρες από την έναρξη της χορήγησης Tigacycline που υποχωρεί με την διακοπή του φαρμάκου. Η ύπαρξη αυτής της σπάνιας παρενέργειας δεν θα πρέπει να λησμονείται από τον κλινικό ιατρό.

ΑΑ 36 | ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ

Μπάκας Κωνσταντίνος¹, Γερασίμου Μαρίνα², Μαντζούκης Σταύρος³, Λεπίδα Δημήτρα¹, Ρίζος Δημήτριος¹, Κοσμά Ελένη¹, Υγροπούλου Όλγα¹, Μουσαφίρη Ουρανία¹

1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

2 Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

3 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Σημαντικό ποσοστό από αυτά είναι εμβολικά στα πλαίσια κολπικής μαρμαρυγής. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η παρουσίαση ασθενή με ισχαιμικό ΑΕΕ λόγω in situ thrombosis.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής καπνιστής 23 ετών που προσεκομίσθη στο Τμήμα επειγόντων Περιστατικών λόγω έντονης υπνη-

λίας και δεξιάς ημιπάρεσης.

Αποτελέσματα: Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθη πάρεση προσωπικού κεντρικού τύπου και οφθαλοπληγία. Διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου που ανέδειξε μικρές υπότυκνες αλλοιώσεις στον οπίσθιο λοβό παρεγκεφαλίδας άμφω, στον πρόσθιο λοβό της παρεγκεφαλίδας αριστερά και αριστερά ινιακά. Διενεργήθηκε μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε απουσία ροής της βασικής αρτηρίας συμβατή με θρομβωτική απόφραξη αυτής. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας, ο ασθενής διασωληνώθηκε και εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ετέθη σε αντιπηκτική και αποϊδηματική αγωγή με βάση την νευρολογική εκτίμηση. Διενεργήθηκε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς παθολογικά ευρήματα και εστάλη μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία και προοδευτικά τέθηκε σε μάσκα τραχειοστομίας με καλή κινητικότητα άκρων, καλή επικοινωνία και συνεργασία. Διεκομίσθη στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για περαιτέρω νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Από το ιστορικό του ασθενή διαπιστώθηκε ήπιας έντασης κάκωση κεφαλής πρό 5 ημέρου. Ακολούθως οι συγγενείς του ασθενούς ανέφεραν ότι ο ασθενής παρουσίασε διαταραχές μνήμης και κεφαλαλγία προοδευτικά επιδεινούμενα. Η κάκωση αυτή φαίνεται να ήταν η γενεσιουργός αιτία του θρομβωτικού γεγονότος. Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει την σημασία της ορθής λήψης ιστορικού, στην σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθενούς.

ΑΑ 37 | ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ

Dr.Αθανάσιος Γ. Βήτας, Γεώργιος Αθ. Βήτας,

Αναστασία Αν. Αϊδενλή, Ευρυδική Αθ. Βήτα.

Π.Π.Ι.Δοξάτου, Κ.Υ.Προσοτσάνης, Ιατρική Σχολή Φιλιππούπολης

Εισαγωγή-Σκοπός: τα κακοήθη νοσήματα (ΚΝ) αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου στα Βαλκάνια, ευθύνονται για το 12,5% των ετήσιων θανάτων παγκοσμίως και στο τέλος του 2020 ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων με ΚΝ αναμένεται αυξημένος κατά 27%. Η προέλευση του καρκίνου είναι σύνθετη κι εν πολλοίς άγνωστη. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης παρατήρησης ήταν η εκζήτηση των γνωσμένων αιτιολογικών παραγόντων (ΑΠ) σε ασθενείς με ΚΝ.

Πληθυσμός-Μέθοδοι: την τετραετία που διανύθηκε εξετάστηκαν συνολικά 847 ασθενείς (Α) με ΚΝ, κάτοικοι Βορείου Ελλάδος και της επαρχίας Φιλιππούπολης Βουλγαρίας. Στους συμμετέχοντες καταγράφηκε ενδελεχώς το ατομικό ιστορικό, η φύση της ΚΝ, οι τυχόν μεταστάσεις, το στάδιο και το είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι ΑΠ διαχωρίστηκαν σε επαγγελματικούς (ΕΑΠ)-(φυσικοί, χημικοί), σε ιατρογενείς (ΙΑΠ)-(ακτινοβολία, οιστρογόνα, αντισυλληπτικά), γενετικούς (ΓΑΠ)-(κληρονομικότητα, διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, ιοί, ορμόνες) και δευτερεύοντες (ΔΑΠ)-(παχυσαρκία, μόλυνση περιβάλλοντος, καθιστική ζωή). Για την ανάλυση των συλλεχθέντων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε το S.P.S.S.v21.

Αποτελέσματα: οι 412 (48.64%) ήταν άρρενες με μέση ηλικία (ΜΗ) τα 58.9+13.7 χρόνια και οι 435 (51.3%) θήλυς με ΜΗ 57.4+12.9 έτη (p NS). Τα συχνότερα ΚΝ ήταν: ΚΝ Γαστρεντερικού

(ΚΝΓ) 203Α (23.9%), ΚΝ Ουροποιητικού (ΚΝΟ) 181Α (21.3%), ΚΝ Πνεύμονα (ΚΝΠ) 176Α (20.7%), ΚΝ μαστού (ΚΝΜ) 89Α (10.5%), ΚΝ Γενετικών Οργάνων (ΚΝΓΟ) 82Α (9.6%), ΚΝ αίματος (ΚΝΑ) 79Α (9.3%), ΚΝ δέρματος (ΚΝΔ) 31Α (3.65%) και άλλα 6Α (0.7%). Οι ΕΑΠ σχετίζονταν θετικά με τα ΚΝΟ $r=0.74$ ($p<0.003$) και οι ΓΑΠ με τα ΚΝΠ $r=0.61$ ($p<0.02$). Οι ΔΑΠ παρουσίασαν ήπια θετική γραμμική συσχέτιση με τα ΚΝΜ $r=0.51$ ($p<0.05$) και τα ΚΝΔ $r=0.48$ ($p=0.0612$). Σε σημαντικό αριθμό Α (211 - 24.9%) δεν αναγνωρίστηκαν ΑΠ: 62Α-ΚΝΓ ($p<0.04$), 43Α-ΚΝΟ ($p<0.05$), 31Α-ΚΝΠ ($p<0.03$), 29Α-ΚΝΓΟ ($p<0.04$), 22Α-ΚΝΜ ($p<0.01$), ΚΝΑ 18Α ($p<0.02$). Πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η αθροιστική διαστρωμάτωση των ΑΠ δεν επιδρά στην εξέλιξη ή τη βαρύτητα των ΚΝ.

Συμπεράσματα: αποτυπώθηκε μια κατηγορηματικά ευθεία σύνδεση μεταξύ των κλασσικών ΑΠ και των ΚΝ στην πλειονότητα του δείγματος που μελετήθηκε, όμως, τα διαθέσιμα δεδομένα υπαινίσσονται την υπόταση επιμέρους, άδηλων ΑΠ, οι οποίοι είναι πιθανώς εξίσου ή περισσότερο νοσογόνοι κι ευελπιστούμε να ανευρεθούν σύντομα.

ΑΑ 38 | ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΡΠΗΤΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

Παπαχρήστου Στέλλα, Πετράκης Βασίλειος,

Μπαλτατζίδου Μαρία, Παναγόπουλος Περικλής,

Παπάνας Νικόλαος, Παπάζογλου Δημήτριος

Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Epstein- Barr Virus (EBV) εγκεφαλίτιδα αποτελεί μια από τις σοβαρές εκδηλώσεις λοίμωξης από EBV. Οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί σε άτομα νεαρής ηλικίας και είναι σπανιότερες σε σύγκριση με τις λοιμώξεις από τους ερπητοϊούς 1&2 (HSV-1, HSV-2). Όσον αφορά στον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV), η πλειονότητα των ανθρώπων που μολύνονται είναι ασυμπτωματικοί, περίπου 20% εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ιογενούς συνδρομής και λιγότεροι από 1% παρουσιάζουν σοβαρότερες εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης, άνδρα 73 ετών με συλλοίμωξη από ερπητοϊό και τον ιό του Δυτικού Νείλου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 73 ετών με ατομικό αναμνηστικό κολπικής μαρμαρυγής, υποθυρεοειδισμού, ΧΑΠ και διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας προσήλθε την θερινή περίοδο στο Νοσοκομείο μας λόγω εμπυρέτου από εβδομάδος, με συνοδό μη παραγωγικό βήχα για το οποίο ελάμβανε αμοξυκιλλίνη/ κλαβουλανικό οξύ και στη συνέχεια μοξιφλοξασίνη χωρίς ύφεση. Ανέφερε πολυήμερη έκθεση σε κώνωπες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια των πρώτων ωρών της νοσηλείας του εμφάνισε νευρολογική σημειολογία (αποπροσανατολισμό σε χώρο-χρόνο, οξεία εμφάνιση μυοκλονιών, δυσαρθρία, δυσκαταποσία, τρόμο χειρών) και διενεργήθηκε επείγουσα αξονική εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ) η οποία ανέδειξε ~200 κύτταρα, χωρίς υπογλυκορραχία ή αύξηση λευκωματινών, ενώ ο μοριακός έλεγχος με την μέθοδο της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) στο ENY αλλά και

το αίμα ήταν θετικός για τον ιό EB. Παράλληλα ο ανοσολογικός έλεγχος αίματος και ENY ήταν υπέρ συλλοίμωξης από WNV (αντισώματα IgM θετικά). Ο ασθενής έλαβε ασυκλοβίρη με βελτίωση της κλινικής του εικόνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση την εποχική και γεωγραφική κατανομή του ιού πρέπει πάντοτε να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση ατόμων με λοίμωξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ο WNV. Οι περιπτώσεις συλλοίμωξης δεν είναι τόσο σπάνιες οπότε η ορθή εργαστηριακή προσέγγιση είναι απαραίτητη. .

Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου International Medicine Review



Hellenic Journal of Medicine
2021: 129: 51

Επιμέλεια:

Γκουγκουρέλας Ιωάννης

Επιμελητής Β', Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»

Αποτελεσματικότητα της μπανλαμιβιμάμπης ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με τη ετεσιβιμάμπη στο ιικό φορτίο σε ασθενείς με ήπια έως μέτριας βαρύτητας λοίμωξη από COVID-19. Μια τυχαιοποιημένη μελέτη.

Η τυχαιοποιημένη μελέτη BLAZE-1 εμφανίζεται στη στήλη των πιο αναγνωσμένων στο τελευταίο τεύχος του JAMA καθώς αναλύει το επίκαιρο θέμα της θεραπευτικής χρήσης αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης ακίδα στη Covid-19 λοίμωξη. Συμπερασματικά, μεταξύ 613 μη νοσηλευόμενων ασθενών με ήπια έως μέτρια COVID-19 νόσο, η θεραπεία με bamlanivimab και etesevimab, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική μείωση του ιικού φορτίου SARS-CoV-2 την ημέρα 11. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη μείωση του ιικού φορτίου στους ασθενείς που τέθηκαν σε μονοθεραπεία με bamlanivimab. Περαιτέρω κλινικές δοκιμές θα επικεντρωθούν στην αξιολόγηση του κλινικού οφέλους των εξουδετερωτικών αντισωμάτων σε ασθενείς με COVID-19. Τα εξουδετερωτικά αντισώματα μπλοκάρουν διαφορετικούς επιτόπους του ιού και μειώνουν τον πολλαπλασιασμό του αλλά μόνο σε συνδυασμό και σε υψηλές δόσεις, όταν χορηγηθούν πρώιμα. Η εν λόγω μελέτη δεν απέδειξε μείωση της θνητότητας.

Effect of Bamlanivimab as Monotherapy or in Combination With Etesevimab on Viral Load in Patients With Mild to Moderate COVID-19

A Randomized Clinical Trial. | **Robert L. Gottlieb, MD, PhD; Ajay Nirula, MD, PhD; Peter Chen, MD et al** JAMA. 2021 Feb 16;325(7):632-644. doi: 10.1001/jama.2021.0202

Οι γενετικές παραλλαγές του SARS –CoV-2—Τι σημαίνουν;

Μεγάλη συζήτηση γίνεται στη παγκόσμια βιβλιογραφία για τη σημασία και τον αντίκτυπο που θα έχει στη εξέλιξη της πανδημίας η διάδοση των μεταλλαγμένων στελεχών του ιού Covid-19. Η εμφάνιση των μεταλλαγμένων στελεχών κατά τόπους οδηγεί τις κυβερνήσεις σε λήψεις αυστηρότερων μέτρων ή στο να «παραμείνουν ψύχραιμες». Τα μεταλλαγμένα στελέχη αναφέρονται με το όνομα της περιοχής που ανακαλύφθηκαν και θεωρούνται πιο μολυσματικά. Στο άρθρο αυτό οι συγγραφείς παρουσιάζουν τις αντιγονικές αλλαγές που υπόκειται ο ιός από την εξελεχτική σκοπιά. Η φυσική επιλογή οδηγεί στην επικράτηση στελεχών που μεταδίδονται πιο εύκολα και ίσως είναι λιγότερα λοιμογόνα. Έχει έντονο ενδιαφέρον για το εάν οι μεταλλάξεις στην γλυκοπρωτεΐνη ακίδα διαμεσολαβούν μηχανισμούς διαφυγής από τις αντισωματικές απαντήσεις των ξενιστών και θα μπορούσαν ενδεχομένως να περιορίσουν την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, καθώς η πρωτεΐνη ακίδα είναι ο κύριος επίτοπος στα σύγχρονα εμβόλια. Καθορισμός αυτών των δυναμικών και της πιθανής επιρροής τους στην αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού, θα απαιτήσει παρακολούθηση μεγάλης κλίμακας.

Genetic Variants of SARS-CoV-2—What Do They Mean? | **Adam S. Lauring, MD, PhD** JAMA February 9, 2021 Volume 325, Number 6

Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία και τις συναφείς Ειδικότητες

Επιμέλεια: **Μάρθα Αποστολοπούλου,**
Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ.



29ο Έτος Ημέρες Παθολογίας 2021 «Διλήμματα στην Κλινική Παθολογία», 02-03/04/2021,
Ξενοδοχείο Crowne Plaza, Αθήνα, ΟΚΙΒΕΕ- Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

- **ESH-ISH Joint Meeting, 11-14/04/2021,** virtual congress, <https://www.hypertension2021.org/>, European Society of Hypertension-International Society of Hypertension
- **4ο Προσυνεδριακό σεμινάριο EuGMS (European Geriatric Medicine Society), Ανάγκες ιατρικής περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων και η προστιθέμενη αξία της Γηριατρικής, 17/04/2021,** Διαδικτυακή Παρουσίαση, <https://www.eventora.com/el/Events/eugms-webinar>, Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Έρευνας της Γήρανσης
- **55th EDEG Annual Meeting, 26-27/04/2021,** virtual conference, <https://www.edeg-web-meeting2021.com/index>, European Diabetes Epidemiology Group (EDEG)-Working Group of the European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- **2021 Meeting Group of the Working Group on Obesity, Diabetes and the High Risk Patient, 06-09/05/2021,** Ξενοδοχείο Blue Lagoon Princess, Working Group on Obesity, Diabetes and the High Risk Patient, European Society of Hypertension
- **36ο Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, 06-08/05/2021,** Διαδικτυακή Παρουσίαση, www.elikar.gr, Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας
- **15ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας, 13-15/05/2021,** Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα, Υβριδική Διεξαγωγή, <https://pcoconvin.eventsair.com/eiep21/>, Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (Ε.Ι.Ε.Π.)
- **Εαρινή Επιστημονική Εκδήλωση 2021, Αυτοάνοσα, Αυτοφλεγμονώδη, Ρευματικά, Μυοσκελετικά και Μεταβολικά Νοσήματα, Συνεργασία των Ιατρικών Ειδικοτήτων και Ποιότητα Ζωής των Ασθενών, 14-16/05/2021,** Porto Palace, Θεσσαλονίκη, Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών
- **47ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 20-22/05/2021,** Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα, Υβριδική Διεξαγωγή, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
- **32ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολογίας, 03-06/06/2021,** Hyatt Regency, Θεσσαλονίκη, Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία
- **Πανελλήνιο Συνέδριο Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, 24-27/06/2021,** Ξενοδοχείο Valis, Αγριά Βόλου, Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος (ΕΕΠΕ)
- **Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Ακαδημίας Διαβήτη (ΕΑΔ), 24-27/06/2021,** Ξενοδοχείο Dolphin Bay, Σύρος, Ελληνική Ακαδημία Διαβήτη
- **11ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Σακχαρώδης Διαβήτης, Συννοσηρότητες, Μεταβολικά Νοσήματα, 24-27/06/2021,** Ξενοδοχείο Grand Serai Ιωάννινα, Υβριδική Διεξαγωγή, Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας & Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
- **81st Scientific Sessions, 25-29/06/2021, American Diabetes Association,** virtual congress, <https://professional.diabetes.org/scientific-sessions>