

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

33^ο ΕΤΟΣ

Ημέρες Παθολογίας 2025

"Διλήμματα στην Κλινική
Παθολογία"

27 Μαρτίου έως
29 Μαρτίου
2025



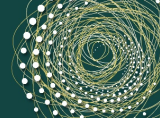
ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ

22,5 ΜΟΡΙΑ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS)

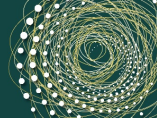
Ξενοδοχείο
Crowne Plaza
Αθήνα

www.medicinedays2025.welcometravel.gr

**ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ01

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ 894 ΑΤΟΜΑ.

Α. Κομνιανού¹, Α. Μέντη¹, Ε. Ντασκαγιάννη¹, Κ. Κυριακούλης¹, Β. Ντουσόπουλος, Π. Λεμπιδάκη, Γ. Στεργίου¹, Α. Κόλλιας¹

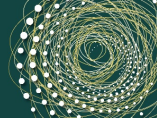
1. Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθεί ο επιπολασμός της ασυμπτωματικής καρωτιδικής αθηρωμάτωσης και οι καθοριστικοί παράγοντές της σε δείγμα γενικού πληθυσμού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη διενεργήθηκε σε δείγμα γενικού πληθυσμού σε συνεργασία με Δήμους της Αττικής (άτομα ηλικίας 40-69 ετών, χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο) την περίοδο 2023-2025. Για την αξιολόγηση του βαθμού αθηρωμάτωσης των καρωτίδων χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος του πάχους έσω-μέσου χιτώνα σε κοινή καρωτίδα/βολβό άμφω επί απουσίας αθηρωματικής πλάκας και το ύψος ή το άθροισμα του ύψους των αθηρωματικών πλακών σε κοινή/βολβό/έσω καρωτίδα άμφω επί παρουσίας αθηρωματικής πλάκας (carotid atherosclerosis score, CAS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν 894 συμμετέχοντες [μέση ηλικία 58 ± 8 , άνδρες 44%, καπνιστές 31%, δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28 ± 5 kg/m², διαβητικοί 8%, ΑΠ (συστολική/διαστολική) $124 \pm 15/77 \pm 10$ mmHg, LDL-χοληστερόλη 109 ± 34 mg/dl, CAS 1.39 ($0.77-3.3$) mm, υπό αντιυπερτασική/αντιλιπιδαιμική θεραπεία 42%/49% αντίστοιχα και 55% με αθηρωματική πλάκα]. Στο συνολικό δείγμα το CAS συσχετιζόταν με την ηλικία ($r=0.38$, $p<0.01$), τη διαφορική ΑΠ ($r=0.30$, $p<0.01$), το ΔΜΣ ($r=0.17$, $p<0.01$), τη γλυκόζη νηστείας ($r=0.20$, $p<0.01$), το λόγο τριγλυκερίδια/HDL-χοληστερόλη ($r=0.18$, $p<0.01$), τη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής ($r=0.25$, $p<0.01$) και αντιλιπιδαιμικής αγωγής ($r=0.25$, $p<0.01$), ενώ εμφάνιζε θετική συσχέτιση με την LDL-χοληστερόλη στους ασθενείς χωρίς αντιλιπιδαιμική αγωγή ($r=0.12$, $p<0.05$) και με τη λιποπρωτεΐνη-α στις γυναίκες ($r=0.13$, $p<0.05$). Από πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η αθηρωμάτωση καρωτίδων προβλεπόταν από την ηλικία (OR=1.08, $p<0.01$), το άρρεν φύλο (OR=1.98, $p<0.01$), το κάπνισμα (OR=2.27, $p<0.01$), το λόγο τριγλυκερίδια/HDL-χοληστερόλη (OR=1.15, $p<0.05$), τη διαφορική ΑΠ (OR=1.03, $p<0.01$), τη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής (OR=1.70, $p<0.05$) και τη λήψη αντιλιπιδαιμικής αγωγής (OR=1.56, $p<0.05$), ενώ από την LDL-χοληστερόλη στους ασθενείς χωρίς αντιλιπιδαιμική αγωγή (OR=1.02, $p<0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό των εξεταζόμενων εμφάνιζε καρωτιδική αθηρωμάτωση η οποία αντιστοιχεί σε υψηλό συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η ηλικία, το άρρεν φύλο, το κάπνισμα, η διαφορική ΑΠ και τα λιπίδια σχετίζονται με την παρουσία της. Το υπερηχογράφημα καρωτίδων έχει σημαντικό ρόλο στη βέλτιστη στρατηγική πρωτογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης.



ΠΑ02

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ EGFR/KRAS ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Α. Γεωργαντά¹, Μ.Ε. Λιβανού¹, Ε. Παναγιώτου¹, Η. Μπίτσας¹, Α. Τρίμης¹, Κ.Ν. Συρίγος¹, Ι. Βαθιώτης¹, Μ. Πέππα^{1,2}

¹Ογκολογική Μονάδα, Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

²Μονάδα ενδοκρινικών και οστικών μεταβολικών διαταραχών, 2ο Προπαιδευτικό Τμήμα Εσωτερικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν»

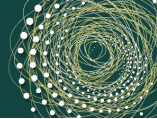
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μεταλλάξεις των γονιδίων EGFR και KRAS έχουν προγνωστική σημασία για τους ασθενείς με μη πλακώδη, μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (ΜΜΚΠ), καθώς και προβλεπτική σημασία για την ανταπόκριση σε αναστολείς τυροσινικής κινάσης. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τα χαρακτηριστικά των ασθενών με μεταλλάξεις EGFR/KRAS είναι περιορισμένα καθώς επίσης και η συσχέτιση με το φύλο, την αναπαραγωγική ηλικία (προ- και μετά την εμμηνόπαυση και την ανδρόπαυση) δεν έχει μελετηθεί εκτενώς.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση φακέλων ασθενών με μεταστατικό, μη πλακώδη ΜΜΚΠ σταδίου IV, που έλαβαν θεραπεία στην Ογκολογική Μονάδα της Γ' Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία». Τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών εκτιμήθηκαν με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και ανάλυση των χαρακτηριστικών ασθενών με μεταστατικό, μη πλακώδη ΜΜΚΠ με μετάλλαξη EGFR ή KRAS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην μελέτη συμμετείχαν 844 ασθενείς. Ο μέσος όρος ηλικίας στην διάγνωση με καρκίνου του πνεύμονα ήταν 68 έτη (εύρος 34-92 έτη). Το 66.6%, 27.1% και 6.2% ήταν καπνιστές, πρώην καπνιστές και μη καπνιστές, αντίστοιχα. Ελέγχθηκαν για μεταλλάξεις στο γονίδιο του EGFR 527 ασθενείς (62.4%), ενώ για το KRAS 228 ασθενείς (27.0%). Μετάλλαξη EGFR ανευρέθη σε 70 ασθενείς (8.3%): exon 19 deletion (45.7%), L858R (32.8%), exon 20 insertion (5.6%), G719X (2.8%), L861Q (2.8%), άλλες μεταλλάξεις (10.0%), ενώ μετάλλαξη KRAS ανευρέθη σε 84 ασθενείς (36.8%): p.G12C (38.1%), p.G12V (21.4%), p.G12D (13.1%), p.G12A (9.5%), p.G13C (4.9%), p.G12S (3.6%), G13D (2.4%), άλλες μεταλλάξεις (6.0%). Η ανίχνευση μεταλλάξεων KRAS δεν σχετιζόταν με το φύλο ($p=0.48$) ή την αναπαραγωγική ηλικία ($p=0.17$), ενώ οι μεταλλάξεις του EGFR ήταν συχνότερες στις γυναίκες (26.9% vs 7.3%, $p<0.001$) και επίσης δεν σχετιζόνταν με την αναπαραγωγική ηλικία ($p=0.18$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το προφίλ των μεταλλάξεων ήταν αντίστοιχα με αυτά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Ενώ έχει παρατηρηθεί διεθνώς αυξημένος επιπολασμός μοριακών μεταλλάξεων EGFR και KRAS στις γυναίκες, σε αυτή τη μελέτη ήταν αυξημένος μόνο για την μετάλλαξη EGFR. Η ανίχνευση μοριακών μεταλλάξεων προσφέρει επιπλέον θεραπευτικές επιλογές με τη χρήση αναστολέων τυροσινικής κινάσης.



ΠΑ03

ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΗ ΠΤΕΡΥΓΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Β.Ράπτη¹, Π.Μαυρουδής¹, Ε.Βουλγαράκη¹, Π.Αλεξίου¹, Δ.Ματθαίου¹, Α.Μαυρομάτη², Ι.Μήτρου¹, Χ.Χαραλάμπους¹, Ε.Μωραΐτου², Ε.Ζέρβας³, Η.Καϊνης⁴, Π.Δεμερτζής⁵, Ι.Δημητρούλης⁶, Β.Σακκά¹, Α-Ε.Ψωφάκη¹, Π.Μπακάκος⁷, Γ.Τσουκαλάς⁸, Σ.Καραμπελάς², Κ.Ν.Συρίγος¹, Γ.Πουλάκου¹

1. 3^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων. ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
3. 7^η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
4. 10^η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
5. 9^η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
6. 6^η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
7. Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
8. 4^η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή των χαρακτηριστικών και της έκβασης ασθενών με βακτηριαμία νοσηλεύομενων στην κοινή πτέρυγα νοσοκομείου αναφοράς για τη νόσο COVID-19 κατά τη διάρκεια της πανδημίας και εκτίμηση του αντίκτυπου των DTR (difficult-to-treat resistance) παθογόνων.

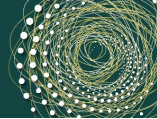
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών με μικροβιαμία, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην κοινή πτέρυγα νοσοκομείου αναφοράς (7 μονάδες COVID-19 και 1 παθολογική κλινική) το χρονικό διάστημα 04/2020-03/2023. Καταγράφηκαν: δημογραφικά χαρακτηριστικά, δείκτες βαρύτητας νόσησης, μικροβιολογικά δεδομένα, χρήση αντιμικροβιακών και έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριελήφθησαν συνολικά 101 ασθενείς; Άντρες: n=58 (57,4%), μέση ηλικία: 73,3 έτη (SD:16,4), COVID-19 νόσος: n=72 (71,3%), προηγούμενη νοσηλεία σε ΜΕΘ: n=18 (17,8%). Οι πρωτοπαθής, δευτερογενής και σχετιζόμενη με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα βακτηριαμίες αποτέλεσαν το 16,8%, 60,4% και 15,8% των βακτηριαμιών, αντίστοιχα. Το *Acinetobacter baumannii* ήταν το πιο συχνά απαντώμενο παθογόνο (23,7%), ακολουθούμενο από είδη εντεροκόκκων (21,7%), *Klebsiella pneumoniae* (17,8%), *Escherichia coli* (11,8%), *Pseudomonas aeruginosa* (7,9%) και *Stenotrophomonas maltophilia* (5,9%). Το ποσοστό των DTR παθογόνων άγγιξε το 74,3%. Επιπλέον, μυκηταμία από διάφορα είδη *Candida* διαπιστώθηκε στο 6,9% των ασθενών. Η συνολική θνητότητα ήταν 30,7%. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης ταξινομημένα βάσει της τελικής έκβασης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η ηλικία, τα DTR παθογόνα, ο δείκτης νοσηρότητας Charlson (Charlson Comorbidity Index-CCI), η βαθμολογία SOFA (sequential organ failure assessment) τη στιγμή της κλινικής υποψίας για βακτηριαμία, η χρήση αγγειοσυσπαστικών, η παρεντερική σίτιση και η λήψη αντιβιοτικών κατά την εισαγωγή συσχετίστηκαν σημαντικά με το θνητότητα στη μονοπαραγοντική ανάλυση. Αντίθετα, στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο η χρήση αγγειοσυσπαστικών (p=0,048) και η τιμή CCI (p=0,05) παρέμειναν σημαντικές.

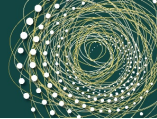
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός των DTR βακτηριαμιών ήταν σημαντικός τόσο σε COVID-19 όσο σε μη COVID-19 ασθενείς νοσοκομείου αναφοράς κατά την πανδημία. Κύριοι προβλεπτικοί παραγόντες θνητότητας αποτέλεσαν η χρήση αγγειοσυσπαστικών και η τιμή CCI, ενώ η νόσος COVID-19 και οι σχετιζόμενες θεραπείες δε φάνηκε να επιδρούν στη θνητότητα.

Πίνακας 1. Κλινικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης βάσει της τελικής έκβασης

Μεταβλητές	Επιζήσαντες n=70	Θανόντες n=31	Τιμή p
Δημογραφικά χαρακτηριστικά			
Μέση ηλικία, έτη (SD)	69,56 (15,411)	83,35 (12,571)	0,00
Φύλο			
Άρρεν (%)	38 (54,3)	14 (45,02)	0,397
CCI (μέση τιμή, SD)	4,06 (2,581)	5,9 (2,329)	0,001
Τιμή SOFA επί κλινικής υποψίας	2,08 (2,080)	6,50 (1,852)	0,000
Διάρκεια αντιμικροβιακής θεραπείας	11,36 (4,565)	9,6 (10,504)	0,272



Κάπνισμα	27/52 (51,9)	8/24 (33,3)	0,131
Αρτηριακή Υπέρταση	32/70 (45,7)	18/31 (58,1)	0,252
Σακχαρώδης Διαβήτης	22/70 (31,4)	8/31 (25,8)	0,568
ΧΑΠ	8/70 (11,4)	3/31 (9,7)	1
Άσθμα	2/70 (2,9)	0/31 (0)	1
Στεφανιαία Νόσος	3/70 (4,3)	2/31 (6,5)	0,640
Καρδιαγγειακή Νόσος	2/70 (2,9)	2/31(6,5)	0,584
Καρδιακή Ανεπάρκεια	5/70 (7,1)	3/31 (9,7)	0,698
Δυσλιπιδαιμία	11/70 (15,7)	10/31 (32,3)	0,059
Λήψη κορτικοστεροειδών κατ'οίκον	9/70 (12,9)	4/31 (12,9)	1
Αντιβιοτικά το τελευταίο τρίμηνο	24/68 (35,3)	15/28 (53,6)	0,097
Χειρουργείο το τελευταίο τρίμηνο	3/69 (4,3)	5/31(16,1)	0,103
Νοσηλεία το τελευταίο τρίμηνο	17/69 (24,6)	9/31 (29)	0,643
Προηγούμενη SARS-CoV-2 λοίμωξη	3/51 (5,9)	2/25 (8)	1
Αντιβιοτικά κατά την εισαγωγή	40/57 (70,2)	28/28 (100)	<0,001
Remdesivir	30/57 (52,6)	18/28 (64,3)	0,308
Tocilizumab	4/56 (7,1)	0/28 (0)	0,296
Baricitinib	4/56 (7,1)	1/28 (3,6)	0,661
Anakinra	4/56 (7,1)	2/28 (7,1)	1
Άλλος τύπος ανοσοτροποποίησης	3/56 (5,4)	0/28 (0)	0,547
Κορτικοστεροειδή	37/56 (66,1)	21/28 (75)	0,404
Παρατεταμένη λήψη κορτικοστεροειδών	14/53 (26,4)	6/28 (21,4)	0,621
Παρεντερική σίτιση	1/54 (1,8)	8/28 (28,6)	<0,001
Λοίμωξη από <i>C.difficile</i>	3/68 (4,4)	3/31 (9,7)	0,374
Προηγθείσα νοσηλεία στη ΜΕΘ	15/69 (21,7)	3/31 (9,7)	0,146
Διασωλήνωση	14/69 (20,3)	3/31 (9,7)	0,191
DTR	47/70 (67,1)	28/31 (90,3)	0,015
Αγγειοσυσπαστικά	6/66 (9,1)	12/30 (40)	<0,001
Υδροκορτιζόνη/Δεξαμεθαζόνη για παρόν σηπτικό επεισόδιο	6/67 (9)	7/30 (23,3)	0,102
Νόσος COVID-19	48/70 (68,6)	23/31 (74,2)	0,568
Οποιοδήποτε ανοσοτροποποιητικό	15/56 (26,8)	3/28 (10,7)	0,091



ΠΑ04

ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ε. Σδόγκος¹, Α. Σιδέρη², Ν. Βαλλιάνου³, Θ. Κωνσταντίνου¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Α. Κουμπατή⁴, Ε. Κουλούρης⁵, Σ. Σανίδα¹, Α. Παπαστεργίου¹, Ζ. Σταλίδου¹, Ι. Βογιατζής¹

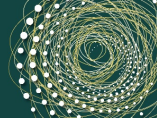
1. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
2. Νευρολόγος, Βέροια
3. Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα
4. Γενική/Οικογενειακή Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
5. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η σιδηροπενία στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι παράγοντας που επηρεάζει την πορεία της νόσου τους. Όταν συνυπάρχει και αναιμία, τότε η πρόγνωση επιβαρύνεται έτι περαιτέρω. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των αποτελεσμάτων της ενδοφλέβιας χορήγησης σιδηρικής καρβοξυμαλτόζης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο (<40%) ή ήπια ελαττωμένο (41-49%) κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας και σιδηροπενική αναιμία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 57 ασθενείς (39 άνδρες – 18 γυναίκες), μέσης ηλικίας $73,28 \pm 9,2$ χρόνων με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια λειτουργικής κατηγορίας II ή III κατά NYHA, κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <50%, ανεπάρκεια σιδήρου (φερριτίνη <100 ng/ml ή φερριτίνη 100-299 και κορεσμός τρανσφερρίνης <20%) και τιμές αιμοσφαιρίνης <13,5g/d για τους άνδρες και <12g/dl για τις γυναίκες. Οι ασθενείς έλαβαν 500-2000 mg ενδοφλέβιου σιδήρου (σιδηρικής καρβοξυμαλτόζης), αναλόγως του σωματικού τους βάρους και της αρχικής τιμής αιμοσφαιρίνης, σε μία ή δύο συνεδρίες. Μετά από 3 μήνες από την ολοκλήρωση της θεραπείας εκτιμήθηκαν η λειτουργική τάξη κατά NYHA, η απόσταση που κάλυψαν στη δοκιμασία των 6 λεπτών (6 Minute Walk Test – 6MWT) και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ερωτηματολόγιο EQ-5D).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από 3 μήνες, η λειτουργική και κλινική κατάσταση κατά NYHA βελτιώθηκε από $2,65 \pm 0,48$ σε $2,21 \pm 0,41$ ($p < 0,001$). Επίσης, βελτιώθηκε η απόσταση που διανύθηκε στο 6MWT από $322,34 \pm 109,68$ m σε $356,68 \pm 114,73$ m ($p < 0,001$) και η συνολική ποιότητα ζωής σύμφωνα με τα ερωτηματολόγιο EQ-5D (VAS Score από $0,66 \pm 0,21$ σε $0,69 \pm 0,19$ – $p = 0,027$). Όλοι οι ασθενείς ερωτήθηκαν αν είχαν υποβληθεί σε ενδοσκοπικό έλεγχο του πεπτικού συστήματος. Οι 30 εξ αυτών δεν είχαν υποβληθεί σε γαστροσκόπηση ή κολονοσκόπηση, οπότε και παραπέμφθηκαν σε γαστρεντερολόγο. Σε 5 ανευρέθησαν ευρήματα που δικαιολογούσαν τη σιδηροπενική αναιμία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η θεραπεία με ενδοφλέβια αναπλήρωση σιδήρου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, βελτιώνει την ικανότητά τους για βάρδια, τη λειτουργική τους κατάσταση καθώς και την ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του πεπτικού συστήματος.



ΠΑ05

ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Η. Γεωργόπουλος¹, Μ. Καραμάνου², Λ. Κοζίρης², Κ. Κατσαρός², Α. Χατζόπουλος^{1,2}, Π. Χέρας^{1,2}

¹ Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

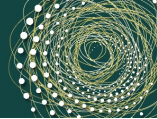
² Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Άργους

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και μελέτη της συχνότητας των αιτιολογικών παραγόντων και της έκβασης της σηψαιμίας, αλλά και των χαρακτηριστικών των υπεύθυνων παθογόνων μικροοργανισμών σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 123 ασθενείς (70 άνδρες και 53 γυναίκες) μέσης ηλικίας $71,5 \pm 14$ έτη (23-91 έτη) σε μέσο χρόνο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης $14,5 \pm 50$ μήνες και μετά χρόνο παρακολούθησης 36 μηνών (2635 patients-months) καταγράφηκαν επεισόδια σηψαιμίας (κλινικά κριτήρια με μικροβιολογική επιβεβαίωση, η πιθανή αιτιολογία, η σχέση με την αγγειακή προσπέλαση, η θεραπευτική παρέμβαση, οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί και η έκβαση της νόσου).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 26 επεισόδια σηψαιμίας σε 19 ασθενείς (9 άνδρες-47,3% και 10 γυναίκες-52,7%) με μέση επίπτωση 0,98 επεισόδια/ 100 patients-months, 21 επεισόδια (80,8%) συνέβησαν σε ασθενείς ηλικίας 50 ετών ενώ 10 ασθενείς (50%) είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Η λοίμωξη αποδόθηκε σε 19/26 ασθενείς αποδόθηκε στην αγγειακή προσπέλαση, ενώ εμφανής αιτιολογία παρατηρήθηκε σε 7 επεισόδια (26,9%) (2 χολαγγειίτιδα, 1 προστατίτιδα, 1 πνευμονία, 1 σηπτική αρθρίτιδα, 1 ρυπαρό έλκος κνήμης, 1 διαβητικό έλκος). Η αγγειακή προσπέλαση ήταν 15/26 (58%), ενδαγγειακός καθετήρας (14 σφαγιτιδικές, 1 υποκλείδια), AV φίστουλα 5/26, AV graft 6/26. Η σχέση Gram +/- ήταν 15/11 στο σύνολο των επεισοδίων και 13/6 στις λοιμώξεις αγγειακής προσπέλασης. Ο πλέον συχνός Gram (+) μικροοργανισμός στο σύνολο των επεισοδίων ήταν ο *Staphylococcus Aureus* (15/26) και στις λοιμώξεις αγγειακής προσπέλασης ήταν 4/19, ενώ *E.Coli* βρέθηκε στα 7/26. Σε 5 περιπτώσεις ασθενών με ενδαγγειακούς καθετήρες κρίθηκε αναγκαία η αφαίρεση του καθετήρα. Σε 3 άτομα έγινε καλλιέργεια άκρου και αναπτύχθηκε ο ίδιος μικροοργανισμός. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξ αρχής αντισταφυλοκοκκικό παράγοντα (βανκομυκίνη-τεικοπλανίνη) με αμινογλυκοσίδη (νετιλμικίνη) και ενίοτε κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς (ανάλογα με την κλινική εικόνα), που τροποποιήθηκε με την λήψη του αντιβιογράμματος. Η έκβαση υπήρξε επιτυχής στους 24/26, ενώ 2 ασθενείς της ομάδας λοίμωξης ενδαγγειακής προσπέλασης απεβίωσαν (*Staphylococcus Aureus* και *Epidermidis*).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η σηψαιμία είναι συχνή στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση συνιστώντας σημαντικό αίτιο θανάτου. Η αγγειακή προσπέλαση αποτελεί την συχνότερη αιτία. Η θεραπεία θα πρέπει να είναι άμεση και στοχευμένη ενάντια στους συνηθέστερους παθογόνους μικροοργανισμούς (*Staphylococcus Aureus* και Gram αρνητικά βακτηρίδια).



ΠΑ06

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΜΥΚΟΦΑΙΝΟΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A. Τσουπλάκωβα¹, A. Catic-Djordjevic², Ε.Δ Καραλής¹

¹ Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Πανεπιστημιούπολη, Ζωγράφου, 15784, Αθήνα, Ελλάδα

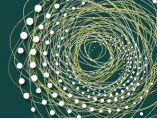
² Department of Pharmacy, Faculty of Medicine, University of Nis, Nis, Serbia

ΣΚΟΠΟΣ: Το μυκοφαινολικό οξύ (MPA) είναι ένα βασικό ανοσοκατασταλτικό που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, συνήθως χορηγούμενο είτε ως μυκοφαινολική μοφετίλη (MMF) είτε MPA. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή μεθόδων μηχανικής μάθησης σε ασθενείς με μεταμόσχευση, με στόχο τον εντοπισμό των σημαντικότερων παραγόντων που καθορίζουν τα επίπεδα του MPA.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμμετείχαν 80 ασθενείς με μεταμόσχευση, στους οποίους πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις των επιπέδων MPA σε διαδοχικούς μήνες. Τα επίπεδα MPA μετρήθηκαν τόσο στο πλάσμα όσο και στο σάλιο. Επιπλέον των δημογραφικών και σωματομετρικών χαρακτηριστικών, καταγράφηκαν η χρονική απόσταση από τη μεταμόσχευση (PTR), η νεφρική λειτουργία (ουρία, κρεατινίνη) και αιματολογικές παράμετροι. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές μηχανικής μάθησης όπως η ανάλυση κύριων συνιστωσών (PCA), οι συναθροιστικές προσεγγίσεις (Bagged και Boosted Trees) και το τυχαίο δάσος (Random Forest).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση με bagged trees έδειξε ότι η δόση του MPA (ή MMF) έχει τη μεγαλύτερη θετική συμβολή, επιβεβαιώνοντας την ισχυρή της επιρροή στα επίπεδα του MPA. Η ουρία και το PTR παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο, ενώ η ηλικία έχει μέτρια επίδραση. Οι παράμετροι WBC, PLT και RBC συμβάλλουν ελάχιστα, υποδεικνύοντας μια πιο αδύναμη σχέση με τα επίπεδα MPA. Ομοίως, η ανάλυση PCA επιβεβαίωσε την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της δόσης και των επιπέδων MPA, ενισχύοντας τη σημασία της δόσης ως βασικού προβλεπτικού παράγοντα. Αντίθετα, η ουρία έδειξε αντίστροφη σχέση με αυτές τις μεταβλητές. Οι PTR, WBC, RBC και PLT σχηματίζουν ένα διακριτό σύμπλεγμα, υποδεικνύοντας κοινή επίδραση στη διακύμανση. Η ηλικία τοποθετείται μεταξύ της ουρίας και του PTR, υποδηλώνοντας μέτρια αλλά ξεχωριστή επίδραση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ανάλυση μηχανικής και βαθιάς μάθησης έδειξε ότι η δόση του MPA (ή MMF) είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας των επιπέδων MPA, με την ουρία και το PTR να διαδραματίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο. Η ηλικία έχει μέτρια επίδραση, ενώ οι WBC, PLT και RBC συμβάλλουν ελάχιστα.



ΠΑ07

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ(ΑΔΚΠ) ΚΑΙ EGFR ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ(Ο.Τ.) ΤΟΥ ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Βάιος Ωραιόπουλος¹, Θεόδωρος Τέγος¹, Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Ευάγγελος Κούστας¹, Κωνσταντίνα Καραγιώργου¹, Μυρτώ Κίτσου¹, Ευθύμιος Γκότσης¹, Κωνσταντίνος Φωλήνας¹, Γεώργιος Κυριακόπουλος¹, Μιχάλης Βασλαματζής¹

1 EVANGELISMOS GENERAL HOSPITAL

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων και η αύξηση των ΑΔΚΠ εξαρτάται από την ενεργότητα των υποδοχέων των κυτταρικών μεμβρανών οι οποίοι ελέγχουν την ενδοκυττάρια μετάδοση του σήματος που καθορίζει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, την απόπτωση, την αγγειογένεση, την προσκόλληση και την κινητικότητα. Οι κυτταρικοί αυτοί υποδοχείς περιλαμβάνουν τους υποδοχείς της τυροσινικής κινάσης (TK), EGFR (ή HER1 ή erbB-1) tyrosine kinases (TKs). Οι EGFR υπάρχουν ως μονομερή επί της κυτταρικής επιφανείας και ο διμερισμός τους ενεργοποιεί τους υποδοχείς της TK. Ενώ η δραστηριότητα αυτών ελέγχεται αυστηρά σε φυσιολογικά κύτταρα, σε κακοήγη κύτταρα οι υποδοχείς ξεφεύγουν από τον φυσιολογικό έλεγχο των ενδοκυττάρων ανασταλτικών μηχανισμών.

Η πλειοψηφία των γονιδιακών αλλαγών του EGFR υποδοχέα αφορά σε εξάλειψη του exon 19 ή/και σε σημειακές μεταλλάξεις του L858R στο exon 21 και εμφανίζουν μεγάλη ευαισθησία σε αναστολείς των EGFR TK. Αυτό αποδείχθηκε στην μελέτη IPASS όπου σε ασθενείς με μετάλλαξη του EGFR η χρήση gefitinib αποδείχθηκε αποτελεσματικότερη στην επίτευξη διαμέσου διαστήματος ελεύθερου προόδου νόσου έναντι του συνδυασμού carboplatin και paclitaxel (9.5 versus 6.3 μήνες, hazard ratio [HR] = 0.48); Τα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώνονταν σε ασθενείς χωρίς την μετάλλαξη του EGFR. Σπανιότερες βλάβες παρατηρούνται στα exons 18 και 20(προσθήκες ή βλάβες στο S768L) ή στο exon21(L861X). Φαίνεται ότι οι αναστολείς Τυροσινικής Κινάσης(TK) 3ης γενιάς είναι περισσότερο δραστικοί θεραπευτικά έναντι των περισσότερων από τις παραπάνω γονιδιακές βλάβες, αν και η ακριβής θεραπεία σε σχέση με το είδος της επί μέρους βλάβης του EGFR σε ασθενείς με ΑΔΚΠ δεν είναι απολύτως καθορισμένη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή της κλινικής πορείας και της εκβάσεως της νόσου υπό θεραπεία σε ασθενείς με ΑΔΚΠ σταδίων IIIB+IV και μεταλλάξεις του EGFR που νοσηλεύτηκαν συνεχόμενα στο Ο.Τ., από 01/2017 έως σήμερα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Μεταξύ 415 ασθενών(282(68%)άνδρες, 133(32%)γυναίκες), με ΑΔΚΠ, σε 34(8%) [16(6%)άνδρες, 18(14%)γυναίκες], διάμεσης ηλικίας 63(39-82)έτη και διάμεσου ECOG 2(0-4), παρατηρήθηκε μετάλλαξη του EGFR. Εξ αυτών σε 23(68%) ανιχνεύθηκε μετάλλαξη στο exon 19, σε 8(24%) στο exon 21, σε 2(6%) στο exon 20, και σε 1 ασθενή συμμετάλλαξη στα exons 19&20(2%).Καπνιστές ήταν οι 4/34(12%), μη καπνιστές 26/34(76%) και πρώην καπνιστές 4/34(12%). Μεταστάσεις στην πρωτοεμφάνιση της νόσου σε:

πνεύμονες: 6

Ήπαρ: 8

Οστά: 9

Εγκέφαλος: 10. Εντόπιση μόνο στον εγκέφαλο:3

Υπεζωκότας: 1

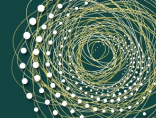
Λεμφαδένες: 9

Στάδιο IIIB: 2

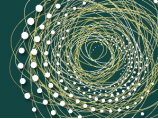
Θεραπεία με TKIs 2ης γενιάς (Afatinib): 3(9%) ασθενείς (Ομάδα 1). Διάστημα ελεύθερο προόδου νόσου (ΔΕΠΝ) 8, 26, 55 μήνες. Στην τεκμηρίωση ΠΝ(πνεύμονες, ήπαρ, πλευριτική συλλογή), μετάλλαξη T790M. ανιχνεύθηκε σε 1. Χορηγήθηκε Osimertinib: ΔΕΠΝ 42 μήνες. Χημειοθεραπεία(ΧΘΠ) με βάση CDDP:1+2(χωρίς T790M). Συνολική Ανταπόκριση (ΣΑ) 0. Συνολική Επιβίωση(ΣΕ) 6, 6 και 8 μήνες.

Ομάδα 2: 31(92%)ασθενείς: Όλοι έλαβαν θεραπεία με TKIs 3^{ης} γενιάς (Osimertinib). Σε Διάμεση Παρακολούθηση 30+(4-49)μήνες ΣΑ είχαν 24(77%) Προϊούσα Νόσος (ΠΝ):7(23%)ασθενείς ΔΕΠΝ 22+(14-46+)μήνες. Συχνότερα σημεία υποτροπής εγκέφαλος(4), σε καμία περίπτωση ως μόνη θέση. Ήπαρ(6), οστά(5), λεμφαδένες (4) ασθενείς. Μεταλλάξεις: MET:2 KRAS: 4, Όλοι έλαβαν ΧΘΠ με βάση CDDP. Μερική Ύφεση 4:ΔΕΠΝ:5(3-8)μήνες. ΠΝ :6 Διάμεση Επιβίωση 8(2-10) μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:



1. Η EGFR μετάλλαξη παρατηρήθηκε στην σειρά μας στο 8%, συχνότερα σε γυναίκες (14%) σε σχέση με τους άνδρες (6%), πιθανότατα λόγω των καπνιστικών συνηθειών των δύο ομάδων.
2. Οι μεταλλάξεις του EGFR σε ασθενείς με ΑΔΚΠ πρέπει να αναζητώνται διότι υπάρχουν ήδη αποτελεσματικές θεραπείες.
3. Με τις σύγχρονες γνώσεις για τις στοχεύουσες θεραπείες επί του συνόλου των μεταλλάξεων στα ΑΔΚΠ, η αναζήτηση πλήρους μοριακού profile στην φάση την ΠΝ, είναι απαραίτητη.



ΠΑ08

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Α. Μαντά¹, Α. Ρούμπου¹, Μ. Γερογιάννη¹, Ρ. Ζακοπούλου², Κ. Τζαννής², Α. Μάμαλη², Β. Μαλαματίνη², Κ. Κακογιάννη², Α. Μπάμιας², Μ. Πέππα^{1,3}

1. Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "Αττικόν"

2. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "Αττικόν"

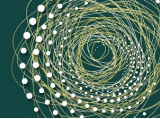
3. Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συσχέτισης του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) με την επιβίωση ασθενών που πάσχουν από ουροθηλιακό καρκίνο (ΟΚ).

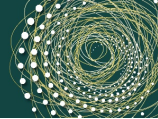
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 112 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο ΟΚ, οι οποίοι διαγνώστηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2018 και Φεβρουαρίου 2024. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση την παρουσία του ΜΣ (≥ 3 κριτήρια) ή των επιμέρους συστατικών του. Οι παράμετροι επιβίωσης, συμπεριλαμβανομένης της συνολικής επιβίωσης (overall survival - OS) και της επιβίωσης χωρίς πρόοδο νόσου (progression free survival - PFS), αναλύθηκαν με τη μέθοδο Kaplan–Meier και μοντέλα Cox proportional hazard regression, λαμβάνοντας υπόψη το στάδιο της νόσου και άλλους παράγοντες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 112 ασθενείς (82.1% άνδρες, διάμεση ηλικία διάγνωσης 71.9 έτη [IQR 65.8-79]), το 43,8% (49 ασθενείς) πληρούσαν τα κριτήρια για ΜΣ. Οι ασθενείς με ΜΣ παρουσίασαν σημαντικά μειωμένα OS (HR: 2,04, $p=0,018$) και PFS (HR: 2.13, $p=0,024$) σε σύγκριση με εκείνους χωρίς ΜΣ, λαμβάνοντας υπόψη το στάδιο της νόσου. Μεταξύ των επιμέρους συστατικών του ΜΣ, ο διαβήτης αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένα OS (HR: 3,34, $p=0,001$) και PFS (HR: 3,35, $p=0,002$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ΜΣ αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την επιβίωση των ασθενών με ΟΚ. Η διαχείριση του ΜΣ, ιδιαίτερα του διαβήτη και της υπέρτασης, θα μπορούσαν να βελτιώσουν την πρόγνωση των ασθενών με ΟΚ, είτε άμεσα είτε έμμεσα βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΑΑ01

ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΙΤΡΩΔΩΝ ΣΤΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μ.Μ. Αντωνανάκη¹, Α.Τσατσαράγκου²

¹φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

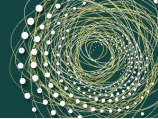
²Γενική Οικογένειακη Ιατρός MsC, PhD – Ιπτάμενη Ιατρός Ε.Κ.Α.Β.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εφαρμογή των νιτρωδών φαρμάκων, αν και συνήθως ευεργετική για τη διαχείριση καρδιογενών καταστάσεων και πνευμονικού οιδήματος, μπορεί να οδηγήσει σε απροσδόκητες συνέπειες στη πνευμονική και αναπνευστική λειτουργία.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τελευταίες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η αγγειοδιασταλτική δράση των νιτρωδών μπορεί να προκαλέσει σημαντική μείωση της αρτηριακής πίεσης, κάτι που επηρεάζει την πνευμονική κυκλοφορία. Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει ήδη διαταραχή στη ροή αίματος, όπως σε πνευμονική υπέρταση, η εφαρμογή νιτρωδών μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της καταστάσεως. Η μείωση του προφορτίου που προκαλούν τα νιτρώδη φαίνεται να έχει αμφιλεγόμενη επίδραση στην οξυγόνωση. Σε ασθενείς με σοβαρή πνευμονική υπέρταση, η ταχεία πτώση του όγκου αίματος μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη παροχή οξυγόνου στους πνεύμονες, επιδεινώνοντας την αναπνευστική δυσχέρεια. Αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η χρήση νιτρωδών πρέπει να γίνεται με προσοχή σε τέτοιες καταστάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επομένως ενδέχεται να παρατηρηθεί μια αντιφατική κατάσταση όπου η αναμενόμενη βελτίωση στην αναπνευστική λειτουργία υποχωρεί, προκαλώντας αναπνευστική δυσχέρεια λόγω της μειωμένης παροχής οξυγόνου στις κρίσιμες περιοχές του πνεύμονα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η φαρμακευτική προσέγγιση απαιτεί συνεχιζόμενη παρακολούθηση και εξατομίκευση για να αποφευχθεί η εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων.



ΑΑ02

ΕΚΒΛΑΣΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Μ.Μ. Αντωναράκη¹, Α.Τσατσaráγκου²

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

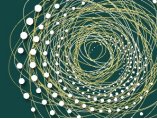
²Γενική Οικογένειακή Ιατρός MsC,PhD – Ιπτάμενη Ιατρός Ε.Κ.Α.Β.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση των εκβλαστήσεων στην αριστερή κοιλία της καρδιάς, η διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων όπως η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και οι πρωτογενείς καρδιακοί όγκοι, καθώς και η παρουσίαση νεότερων διαγνωστικών μεθόδων και θεραπευτικών παρεμβάσεων που βελτιώνουν την κλινική αντιμετώπιση αυτών των σπάνιων, αλλά σοβαρών παθολογικών καταστάσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εκβλαστήσεις στην αριστερή κοιλία είναι σπάνιες, αλλά δυνητικά επικίνδυνες, καθώς συχνά σχετίζονται με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, η οποία μπορεί να επηρεάσει τις καρδιακές βαλβίδες, ιδιαίτερα τη μιτροειδή. Επίσης, σπάνιοι πρωτογενείς καρδιακοί όγκοι, όπως οι αιματικές κύστεις, ενδέχεται να προκαλέσουν δομικές και λειτουργικές διαταραχές στην αριστερή κοιλία. Πρόσφατες καινοτομίες, όπως η μέτρηση του μυοκαρδιακού έργου (Myocardial Work - MW) μέσω προηγμένης ηχοκαρδιογραφίας, προσφέρουν πιο ακριβή εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας, λαμβάνοντας υπόψη το μεταφορτίο της αριστερής κοιλίας. Η τρισδιάστατη ηχοκαρδιογραφία και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς παρέχουν υψηλής ανάλυσης απεικόνιση των ενδοκαρδιακών δομών, βελτιώνοντας τη διάγνωση και την αξιολόγηση της έκτασης των εκβλαστήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των εκβλαστήσεων της αριστερής κοιλίας είναι καθοριστικής σημασίας λόγω του κινδύνου σοβαρών επιπλοκών. Οι σύγχρονες δια



ΑΑ03

Η ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ ΜΕ ΑΕΡΟΘΑΛΑΜΟ ΓΕΛΗΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Μ.Μ. Αντωνανάκη¹, Α.Τσατσαράγκου²

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

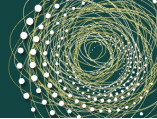
²Γενική Οικογενειακή Ιατρός MsC, PhD – Ιπτάμενη Ιατρός Ε.Κ.Α.Β.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στην παρουσίαση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων σχετικά με τη χρήση ενδοτραχειακών σωλήνων που διαθέτουν αεροθάλαμο γεμάτο με γέλη (gel-filled cuff), εστιάζοντας στα πλεονεκτήματα, τις κλινικές εφαρμογές και τις προοπτικές τους στη σύγχρονη αναισθησιολογία και εντατική θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ενδοτραχειακοί σωλήνες με αεροθάλαμο γέλης έχουν αναδειχθεί ως μια καινοτόμος προσέγγιση στη διαχείριση των αεραγωγών. Η γέλη, λόγω του ιξώδους και της ελαστικότητάς, προσαρμόζεται καλύτερα στα τοιχώματα της τραχείας, μειώνοντας τις διαρροές αερίων και εξασφαλίζοντας αποτελεσματικότερη στεγανότητα. Επιπλέον, η ομοιόμορφη κατανομή της πίεσης μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμίας και βλάβης του τραχειακού βλεννογόνου, συμβάλλοντας στη μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με την παρατεταμένη διασωλήνωση. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η χρήση αυτών των σωλήνων σε ασθενείς που απαιτούν μακροχρόνια μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, όπως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, έχει συσχετιστεί με βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, όπως η μείωση της συχνότητας τραχειομαλακίας και τραχειοοισοφαγικών συριγγίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενσωμάτωση των ενδοτραχειακών σωλήνων με αεροθάλαμο γέλης στην κλινική πρακτική προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στη διαχείριση των αεραγωγών, ιδιαίτερα σε ασθενείς που απαιτούν παρατεταμένη διασωλήνωση. Η βελτιωμένη στεγανότητα και η μειωμένη πίεση στα τραχειακά τοιχώματα συμβάλλουν στη μείωση των επιπλοκών και στη βελτίωση της συνολικής έκβασης των ασθενών. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες για την πλήρη αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων επιδράσεων και την καθιέρωση βέλτιστων πρακτικών χρήσης αυτών των συσκευών.



AA04

ΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Μ.Μ. Αντωνανάκη¹, Α.Τσατσαράγκου²

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

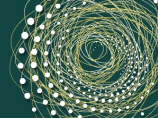
²Γενική Οικογενειακή Ιατρός MsC, PhD – Ιπτάμενη Ιατρός Ε.Κ.Α.Β.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στην παρουσίαση των τελευταίων εξελίξεων στις κυτταρικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας, με έμφαση στις κλινικές δοκιμές που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των βλαστοκυττάρων στη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόσφατες πολυεθνικές κλινικές δοκιμές, όπως αυτή που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Stem Cells Translational Medicine, ανέδειξαν ότι ασθενείς με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής μετά από θεραπεία με βλαστοκύτταρα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία ανέφεραν μείωση των καθημερινών δυσκολιών και των συμπτωμάτων τους, καθώς και μειωμένα ποσοστά νοσηλείας και θνησιμότητας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, σύμφωνα με το περιοδικό Nature, περισσότερες από 100 κλινικές δοκιμές βρίσκονται σε εξέλιξη, διερευνώντας τη δυνατότητα των βλαστοκυττάρων να αντικαθιστούν ή να αποκαθιστούν ιστούς σε διάφορες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κυτταρικές θεραπείες, ιδιαίτερα εκείνες που βασίζονται στη χρήση βλαστοκυττάρων, παρουσιάζουν υποσχόμενα αποτελέσματα στη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας. Παρόλο που οι μελέτες βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την επιβεβαίωση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας αυτών των θεραπειών, καθώς και για την κατανόηση των μηχανισμών δράσης τους. Η συνεχής πρόοδος σε αυτόν τον τομέα μπορεί να οδηγήσει σε νέες, καινοτόμες προσεγγίσεις για τη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας στο μέλλον.



ΑΑ05

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΙΝΟΤΡΟΠΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μ.Μ. Αντωναράκη¹, Α.Τσατσaráγκου²

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

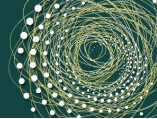
²Γενική Οικογενειακή Ιατρός MsC, PhD – Ιπτάμενη Ιατρός Ε.Κ.Α.Β.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιάσει τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις στη χρήση ινοτροπικών φαρμάκων, εστιάζοντας σε καινοτόμες θεραπείες που βελτιώνουν την καρδιοαναπνευστική υποστήριξη, μειώνουν τις παρενέργειες και βελτιστοποιούν την κλινική πορεία των ασθενών με οξεία καρδιογενή ανεπάρκεια, προσφέροντας πρακτική καθοδήγηση στους εντατικολόγους.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πρόσφατη πρόοδος στη χρήση ινοτροπικών φαρμάκων για την υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας έχει φέρει θετικές εξελίξεις στην κλινική πρακτική. Σύμφωνα με νέες κλινικές μελέτες, η χρήση αναστολέων φωσφοδιεστεράσης τύπου 3 (PDE3), όπως η Milrinone, συνεχίζει να παρέχει ενίσχυση της καρδιακής συστολής, ωστόσο η ανάπτυξη νέων σκευασμάτων με βελτιωμένη αποδοτικότητα και λιγότερες παρενέργειες έχει αναδείξει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Απο τα πιο σημαντικά αποτελέσματα είναι η εφαρμογή της Levosimendan, η οποία έχει αποδειχθεί κλινικά ότι μειώνει τα συμπτώματα της καρδιογενούς ανεπάρκειας χωρίς να προκαλεί σημαντική αύξηση των αρρυθμιών. Αυτή η καινοτόμος προσέγγιση έχει βελτιώσει την κλινική πορεία των ασθενών, μειώνοντας τη νοσηρότητα και νοσηλείες σε σύγκριση με παραδοσιακές θεραπείες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα του 2024 δείχνουν ότι τα σύγχρονα ινοτροπικά φάρμακα προσφέρουν μια πιο ασφαλή και αποτελεσματική λύση για τη διαχείριση της οξείας καρδιογενούς ανεπάρκειας. Οι νέες θεραπείες, με καλύτερο προφίλ ασφάλειας και μειωμένη επιβάρυνση σε σχέση με τα παλαιότερα φάρμακα, επιτρέπουν στους εντατικολόγους να παρέχουν εξατομικευμένη και βελτιωμένη φροντίδα στους ασθενείς τους, με στόχο την αποκατάσταση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και τη μείωση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών.



ΑΑ06

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ

Ε.Βλάχος¹

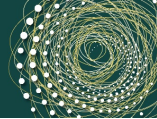
1. Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) είναι μία χρόνια φλεγμονώδης αρθρίτιδα, που εμφανίζεται σε ασθενείς με ψωρίαση (επιπολασμός 4 έως 40%) . Είναι μια εκδηλώση της ψωριασικής νόσου και περιλαμβάνει υμενίτιδα, ενθεσίτιδα και/ή δακτυλίτιδα. Είναι ακόμη άγνωστο πότε ένας ψωριασικός θα αναπτύξει και ΨΑ και γι' αυτό στόχος είναι να μελετηθούν οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ΨΑ, για πρόληψη και πιο έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων στις βάσεις PubMed και UpToDate με τη χρήση «λέξεων-κλειδιών», όπως: «psoriasis», «psoriatic arthritis», «risk factors», «prevalence».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μελέτες έδειξαν ότι ο ισχυρότερος παράγοντας για ανάπτυξη ΨΑ είναι η σοβαρότητα της ψωριασικής νόσου των ασθενών, η οποία μπορεί να εκτιμηθεί τόσο από τον αριθμό των δερματικών βλαβών ανά ασθενή, όσο και από το ποσοστό της επιφάνειας σώματος που καταλαμβάνουν οι βλάβες. Ακόμη, η ψωριασική ονυχία είναι ίσως ένας δείκτης αυξημένης φλεγμονής που προδιαθέτει σε ΨΑ, αλλά μπορεί και η ίδια να αποτελεί την αρχική φάση μιας αρχόμενης ΨΑ. Η παχυσαρκία φάνηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με την ΨΑ, καθώς υψηλός δείκτης μάζας σώματος συνεπάγεται μεγαλύτερο μηχανικό φορτίο στις αρθρώσεις. Ο ρόλος του καπνίσματος στην εξέλιξη της ΨΑ δεν είναι σαφής, καθώς στις μελέτες δεν υπήρξε ξεκάθαρη συσχέτιση, ενώ σε ό,τι αφορά το αλκοόλ, τα ποσοστά ΨΑ σε σοβαρό αλκοολισμό ήταν στατιστικά μεγαλύτερα σε σχέση με την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος, το stress, το τραύμα, οι λοιμώξεις που χρήζουν νοσηλίας και το φαινόμενο Koebner, όλα προάγουν τη φλεγμονή, όμως η συσχέτιση τους με την ΨΑ δεν είναι άμεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση για έγκαιρη διάγνωση της ΨΑ σε ασθενείς με ψωρίαση, καθώς οι βλάβες που προκύπτουν από αυτήν είναι συχνά μη αναστρέψιμες. Η έκταση των δερματικών βλαβών, η συμμετοχή των ονύχων, καθώς και η παχυσαρκία πρέπει να ενισχύουν την υποψία μας και να συνεκτιμώνται.



AA07

OMENTAL CAKE: NOT A PIECE OF CAKE

A. Βουρλιωτάκης¹, Α. Ζάτα¹, Χ. Ζήρου¹, Α. Μπίλης¹, Δ. Μπερώτας², Α. Παπαβασιλείου², Α. Αργυράκη¹

1. Παθολογική κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

2. Αντιφυματικό Τμήμα - Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος omental cake αναφέρεται σε ένα σπάνιο ακτινολογικό εύρημα που αφορά πάχυνση του επιπλόου, οφειλόμενη σε διήθηση του επιπλοϊκού λίπους από καρκινικά κύτταρα, κυρίως σε καρκίνους των ωοθηκών και του γαστρεντερικού συστήματος. Η πάχυνση ομοιάζει με επικάλυψη κέικ και από εκεί προέρχεται ο όρος omental cake.

ΣΚΟΠΟΣ: η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού εξωπνευμονικής φυματίωσης με εικόνα omental cake.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 61 ετών νοσηλευόμενος λόγω υπεζωκοτικής συλλογής.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Άνδρας 61 ετών με ατομικό αναμνηστικό αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (υπό galinumab), ΧΑΠ, στεφανιαίας νόσου, ΣΔ2 κι αναφερόμενης λήψης αντιφυματικής αγωγής προ 20ετίας, προσήλθε λόγω ανεύρεσης υπεζωκοτικής συλλογής στα πλαίσια τακτικού προεγχειρητικού ελέγχου και απώλειας βάρους από εξαμήνου. Η παρακέντηση της συλλογής απέδωσε οροαιματηρό περιεχόμενο (εξίδρωμα λεμφοκυτταρικού τύπου), η CT θώρακα ανέδειξε διογκωμένους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες και η CT κοιλίας εικόνα omental cake. Διενεργήθηκε PET-SCAN που ανέδειξε αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στους ορογόνους της κοιλίας και του θώρακα, καθώς και στο περικάρδιο. Στη βιοψία του περιτοναίου αναδείχτηκαν μη νεκρωτικά κοκκιώματα. Ακολούθησαν βρογχοσκόπηση και PCR σε BAL, το οποίο ήταν θετικό για *Mycobacterium Tuberculosis* ανθεκτικό στη ριφαμπικίνη. Ο ασθενής έλαβε αντιφυματική αγωγή, με σχήμα BPaLM [bedaquiline (B), pretomanid (Pa), linezolid (L) and moxifloxacin (M)], ως επί ανθεκτικής εξωπνευμονικής φυματίωσης. Ανταποκρίθηκε καλώς, με υποστροφή του omental cake σε απεικόνιση 3 μήνες αργότερα, μείωση του μεγέθους των λεμφαδένων, μείωση πρόσληψης της φθοριοδεοξυγλυκόζης σε επαναληπτικό PET-SCAN και αύξηση του βάρους του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το omental cake συνήθως ανευρίσκεται σε γενικευμένη καρκινωμάτωση. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να αναδεικνύει εικόνα φλεγμονής, όπως σε εξωπνευμονική TB. Συμπερασματικά, αποτελεί ακτινολογικό εύρημα συνήθως συμβατό με κακοήγη νοσήματα, ωστόσο η τελική διάγνωση πρέπει να μπαίνει με τη βιοψία, ώστε να αποκλείονται χρόνιες λοιμώξεις.



AA08

ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ-ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ

Πανταζής-Μιχαήλ Βουτσινάς¹, Βασιλική Κουλούρη¹, Μαρία Ν. Γκαμαλέτσου¹, Ανδρέας Γουλές¹

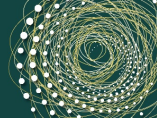
1. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό», ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ιός της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα (Varicella zoster virus, VZV) είναι ο μόνος ανθρώπινος ιός που πολλαπλασιάζεται στις αρτηρίες προκαλώντας αγγειοπάθεια τόσο των ενδοκρανιακών όσο και εξωκρανιακών αρτηριών και εκδηλώνεται είτε ως παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είτε ως ισχαιμικό/αιμορραγικό αγγειακό ισχαιμικό επεισόδιο. Υπολογίζεται ότι τα 2/3 των ασθενών θα εμφανίσουν εξάνθημα, που συχνά προηγείται περίπου 4 μήνες της νευρολογικής συμπτωματολογίας. Διαρκώς αυξάνεται η βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η παθολογοανατομική εικόνα της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας που προσομοιάζει αυτή της VZV αγγειοπάθειας (κοκκιωματώδης διατοίχωματική φλεγμονή με νέκρωση, πολυπύρρνα γιγαντοκύτταρα ή/και επιθηλιοειδή μακροφάγα) πιθανώς να πυροδοτείται από τον πολλαπλασιασμό του VZV.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Θήλυ 61 ετών Γεωργιανής καταγωγής με ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto, χρόνιας ιγμορίτιδας, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και λοίμωξης από SARS-CoV-2 προ διμήνου εισάγεται λόγω άλγους στην περιοχή του δεξιού γναθιαίου άντρου από δεκαήμερου, λόγο για τον οποίο τέθηκε σε αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ χωρίς βελτίωση. Λίγο πριν την εισαγωγή της, αναφέρεται άλγος δεξιού οφθαλμού, οίδημα και ερυθρότητα βλεφάρων, καθώς και μείωση της οπτικής οξύτητας με οίδημα οπτικής θηλής από βυθοσκόπηση που έγινε σε εξωτερική βάση. Από το ιστορικό και την κλινική εξέταση δεν προκύπτει παρουσία εξανθήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την εισαγωγή πραγματοποιήθηκε επαναληπτική βυθοσκόπηση που ανέδειξε οίδημα οπτικής θηλής δεξιού οφθαλμού «δίκην κιμωλίας» ως επί πρόσθιας ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας από πιθανή γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (GCA). Η απουσία δεικτών φλεγμονής και άλλων κλινικών ευρημάτων συμβατών με GCA καθώς και η παρουσία συρρεουσών μικροϊσχαιμικών αλλοιώσεων στη γέφυρα στη μαγνητική εγκεφάλου (άνευ σκιαγραφικής ουσίας) οδήγησαν τους θεράποντες σε περεταίρω διερεύνηση με διενέργεια οσφυονωτιαίας παρακέντησης, από την οποία προέκυψαν 217 κύτταρα (λεμφοκυτταρικός τύπος), αυξημένο λεύκωμα και γλυκόζη, καθώς και θετικός έλεγχος για VZV από την multiplex PCR του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY). Εκ του λοιπού ελέγχου, η κυτταρολογική και ο ανοσοφαινότυπος του ENY δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα, το πάνελ των αντισωμάτων για αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα, πολλαπλή σκλήρυνση, οπτική νευρομυελίτιδα και έναντι γλυκοπρωτεΐνης της μυελίνης των ολιγοδενδροκυττάρων (MOG) ήταν αρνητικά όπως και η PCR για *Mycobacterium tuberculosis*. Εν συνεχεία, η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ασυκλοβίρη σε δόση 10 mg/kg τρεις ημερησίως για 14 ημέρες και πενθήμερο σχήμα πρεδνιζολόνης 1 mg/kg με κλινική βελτίωση, υποχώρηση οιδήματος και ανάκτηση της οπτικής οξύτητας σε 4/10.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, ζωτικής σημασίας φαίνεται να είναι η αναγνώριση και η διάκριση από τον κλινικό ιατρό της αγγειοπάθειας που σχετίζεται με τον VZV από την GCA μιας και η χορήγηση αμιγώς κορτικοστεροειδών χωρίς αντιϊκή θεραπεία μπορεί να αποβεί μοιραία στην εξέλιξη της πορείας του ασθενούς.



ΑΑ09

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Ντουράκη¹, Α. Ρούμπου², Ε. Παναγιώτου¹, Α. Ασημακοπούλου^{1,3}, Α. Μαριόλη³, Ι. Γκίζος¹, Φ. Σαρροπούλου¹, Μ. Μάνη¹, Δ. Μπούκλας⁴, Γ. Κακιάπουλος⁴, Κ. Συρίγος^{1,3}, Μ. Πέππα^{1,2}

¹ Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

³ Ογκολογική Μονάδα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

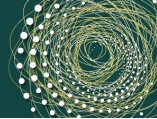
⁴ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η υπόφυση αποτελεί σπάνια θέση μετάστασης, με συχνότερες πρωτοπαθείς εστίες τον καρκίνο του πνεύμονα (ΚΠ) και του μαστού. Στον ΚΠ, η μετάσταση στην υπόφυση, σχετίζεται με προχωρημένο στάδιο νόσου, και κακή πρόγνωση. Η συνοδός υποφυσιακή ανεπάρκεια, συχνά υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται, με τεράστιο αντίκτυπο στην έκβαση αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΠ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση τεσσάρων διακριτών περιστατικών μετάστασης στην υπόφυση, από διαφορετικούς ιστολογικούς υποτύπους ΚΠ, με εκδήλωση σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα από τη διάγνωση, και ποικίλα κλινικά σημεία και συμπτώματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά 4 ασθενών, 2 άρρενες και 2 θήλεα, με ΚΠ διαφορετικών ιστολογικών υποτύπων και μετάσταση στην υπόφυση. Οι 3 ασθενείς παρουσίασαν πέραν των γενικών και συμπτώματα που σχετίζονταν με ανεπάρκεια των ορμονών του προσθίου λοβού της υπόφυσης, ενώ ο τέταρτος ασθενής ήταν ασυμπτωματικός στην διάγνωση. Σε έναν ασθενή προηγήθηκε υποφυσίτιδα σχετιζόμενη με την ανοσοθεραπεία. Οι ασθενείς έλαβαν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη και υδροκορτιζόνη. Ο μέσος όρος επιβίωσης των τριών ασθενών ήταν 7 μήνες, ενώ η τέταρτη ασθενής, 5 μήνες μετά την διάγνωση παρακολουθείται και λαμβάνει πλην της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και αντινεοπλασματική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μετάσταση στην υπόφυση, είναι σπάνια στον ΚΠ, και συνήθως συμβαίνει στον οπίσθιο λοβό λόγω της άμεσης αιμάτωσης από την υποφυσιακή αρτηρία. Η μετάσταση στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, είναι δυνατή και ίσως διευκολύνεται στην περίπτωση υποφυσίτιδας από την ανοσοθεραπεία. Συχνά λανθάνει δεδομένης της ομοιότητας της κλινικής σημειολογίας της υποφυσιακής ανεπάρκειας με αυτήν του ΚΠ και της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Η ευαισθητοποίηση στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση σχετίζεται με βελτίωση της έκβασης αλλά και της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΠ.



AA10

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ «CHARCOT» ΧΩΡΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ, ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Γαλανοπούλου Α.¹, Μαίση Ν.¹, Δήμα Μαρία¹, Γουλές Δ.¹

1. Ομάδα Ιατρών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ)

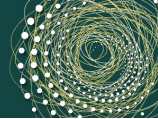
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται περίπτωση διαβητικού ασθενούς με κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα αρθροπάθειας Charcot χωρίς κλινική και εργαστηριακή προσβολή του νευρολογικού συστήματος.

ΥΛΙΚΟ: Πρόκειται για γυναίκα 55 ετών με ιστορικό ΣΔ που προσήλθε στο ιατρείο με θερμό οιδηματώδες πόδι, εξάλειψη της ποδικής καμάρας, προβολή έσω επιφανειών του άκρου ποδός λόγω υπεξαρθρημάτων και συνολικά χαρακτηριστική εικόνα αρθροπάθειας Charcot σε διαβητικό πόδι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ευρήματα συμβατά με αρθροπάθεια Charcot (υπεξαρθρήματα, απορρόφηση φαλάγγων και οστών σε μεγάλη έκταση). Η νευρολογική και ηλεκτρομυογραφική εξέταση δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Από το ιστορικό δεν ανέφερε εμφάνιση άτονων ελκών και ισχαιμικών διαταραχών, ενώ η υπερηχογραφία triplex δεν ανέδειξε αρτηριοπάθεια και η επανάληψη της βιοψίας επιβεβαίωσε τη νόσο.

Η ασθενής είχε νοσηλευτεί για ρευματοειδή αρθρίτιδα λαμβάνοντας θεραπεία με μεθοτρεξάτη, κατόπιν εσφαλμένης εκτίμησης των απεικονιστικών ευρημάτων. Ακολούθησε βιοψία υπό καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας. Συμπερασματικά, τα απεικονιστικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, ήταν απόλυτα συμβατά με αρθροπάθεια Charcot. Η ασθενής επανήλθε για εξέταση σε επιδεινωμένη κατάσταση μετά 16 μηνών με επιδεινωμένη κλινική εικόνα και απεικονιστικά ευρήματα. Η βιοψία επιβεβαίωσε τη νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένου ότι η ασθενής δεν εμφάνισε νευρολογικά ευρήματα, φαινόμενο παράδοξο για τον ορισμό της νόσου, το κλινικό περιστατικό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και χρησιμότητα, προς ευαισθητοποίηση των κλινικών ιατρών και των απεικονιστών.



AA11

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ "Q"

Θ. Γρηγορίου¹, Ν.Βασιλάκη², Ε.Τζαγκαράκης³ Χ.Λυδάκης⁴ .

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, "Βενιζέλειο" .

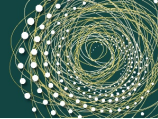
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο πυρετός Q είναι μια ζωνόσος που οφείλεται στο βακτήριο *Coxiella burnetii*. Τα βοοειδή και τα αιγοπρόβατα αποτελούν τα κυριότερα ζωικά υπόδοχα και στον άνθρωπο μεταδίδεται μέσω εισπνοής μικροσωματιδίων μετά από έκθεση σε μολυσμένα ζώα ή σε προϊόντα τους. Περιγράφεται για πρώτη φορά το 1930, και διακρίνεται από πληθώρα κλινικών συνδρόμων όπως λεμφαδενίτιδα, πνευμονία, ηπατίτιδα, ενδοκαρδίτιδα ενώ συχνά η οξεία λοίμωξη διαδράμει ασυμπτωματικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με πυρετό "Q" σε ασθενή που διαμένει και εργάζεται σε αστική περιοχή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 61 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε αιτιώμενος εμπύρετο έως 39.5°C, με συνοδό βήχα από εβδομάδος. Λαμβάνει αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ από 4ημέρου χωρίς ύφεση της συμπτωματολογίας του. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας: SGOT 69 IU/L, SGPT 77 IU/L, γ-GT 71 IU/L, αύξηση της LDH 307U/l και CRP 29. Η γενική ούρων ήταν χωρίς ευρήματα. Διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος χωρίς εμφανές διήθημα και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας όπου διαπιστώθηκε ηπατομεγαλία(16εκ.) και σπληνομεγαλία (13.5εκ.). Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων, και στα πλαίσια διερεύνησης εστάλη ιολογικός και ορολογικός έλεγχος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια εμπειρική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και λεβοφλοξασίνη. Ο ορολογικός έλεγχος με τη μέθοδο ανίχνευσης αντισωμάτων Elisa απέβη θετικός για αντισώματα IgG και IgM φάσης II, έναντι της *C. burnetii*. Ο ασθενής εξήλθε την 5^η ημέρα νοσηλείας σε άριστη κλινική κατάσταση με συνέχιση της λεβοφλοξασίνης από του στόματος. Επανεξετάστηκε 21 ημέρες μετά και ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε ευρήματα συμβατά με αποδράμουςα λοίμωξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Επιδημιολογικά ο πυρετός "Q" αποτελεί μία σπάνια νόσο στην Ελλάδα όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στη διαφορική διάγνωση εμπύρετου αφού είναι μια δυνητικά επικίνδυνη λοίμωξη, που λαμβάνει και χρόνιες μορφές, αν δε διαγνωστεί και θεραπευτεί εγκαίρως.



AA12

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟ ΑΣΘΜΑ

Χ.Δέδε

Νοσηλεύτρια στο Σισμανόγλειο, Τμήμα: Μονάδα Λιθοτριψίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ λοιμώξεων και άσθματος, καθώς και η ανάλυση του τρόπου με τον οποίο διάφοροι λοιμογόννοι παράγοντες επηρεάζουν την έναρξη, την επιδείνωση και την πορεία της νόσου.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Για την εκπόνηση της εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικά άρθρα, μελέτες και κλινικές δοκιμές που αφορούν τη σχέση μεταξύ λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος και άσθματος. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται από διεθνείς βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, Scopus και Google Scholar.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ιογενείς λοιμώξεις: Ιοί όπως ο ρινοϊός, ο ιός της γρίπης και ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση και την επιδείνωση του άσθματος, ιδιαίτερα στα παιδιά.

Βακτηριακές λοιμώξεις: Πνευμονιοκοκκικές και μυκοπλασματικές λοιμώξεις έχουν αναφερθεί ότι μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τις κρίσεις άσθματος.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΡΑΣΗΣ: Οι λοιμώξεις προκαλούν φλεγμονώδη απόκριση, αυξημένη παραγωγή βλέννας και υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών, συμβάλλοντας στην επιδείνωση του άσθματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Ο εμβολιασμός, η έγκαιρη διάγνωση και η χρήση αντιϊκών ή αντιβιοτικών (όταν απαιτείται) μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο λοιμώξεων και τις επιπτώσεις τους στο άσθμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι λοιμώξεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια και την επιδείνωση του άσθματος, ιδιαίτερα σε παιδιά και ευπαθείς ομάδες. Η πρόληψη μέσω εμβολιασμών, η σωστή διαχείριση των λοιμώξεων και η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος αποτελούν βασικές στρατηγικές για τη μείωση των επιπτώσεων τους στη νόσο.



ΑΑ13

ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ - ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Α. Δόβα , Α.Ι. Καραμολέγκου, Ε. Τσιούρη, Η. Κουρεμένος, Χ. Μιχαλόπουλος, Ε. Μοστράτου

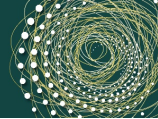
Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας περίπτωσης είναι η περιγραφή ασθενούς με σοβαρή λοίμωξη μαλακών μορίων προσώπου με συνοδό εμπύρετο, επιδείνωση οιδήματος, ερυθρότητα και δυσφαγία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 48 ετών προσήλθε λόγω οιδήματος αρ. παρειάς και κροταφικής χώρας με συνοδό εμπύρετο έως 39,9 από 3ημέρου. Είχε λάβει Μοξιφλοξασίνη per os από 24ώρου με σταδιακή επιδείνωση του οιδήματος. Από την κλινική εξέταση, εκσεσημασμένο οίδημα αρ. ημίσεος προσώπου και περικογχικά, με συνοδό ερυθρότητα και σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής με λευκοκυττάρωση (12.200/μl και CRP:195.5), επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (Κρεατινίνη:1.8), ήπια τρανσαμινασαιμία . Από την Αξονική Εγκεφάλου παρατηρείται θολερότητα - εξίδηση του υποδόριου λίπους και πάχυνση του δέρματος της αριστερής παρειάς, καθώς και εξίδηση του κροταφίτη μυ. Από τον υπέρηχο τραχήλου παρουσιάστηκαν αντιδραστικοί υπογνάθιοι, παρωτιδικοί και προωτιαίοι λεμφαδένες. Διενεργήθηκε Ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση με πρόσθια ρινοσκόπηση χωρίς παρουσία πύου ή αποστήματος, καθώς και Οφθαλμολογική εκτίμηση. Η αξονική θώρακος, χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με Κεφτριαξόνη, Βανκομυκίνη, ενώ προστέθηκε και Αμπικιλίνη ως επί σοβαρής κυτταρίτιδας προσώπου. Η κλινική πορεία ήταν ομαλή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η κυτταρίτιδα προσώπου είναι μια οξεία, εξαπλούμενη φλεγμονή του χορίου και υποδόριου ιστού, με μεγάλη επικινδυνότητα για την υγεία ενός ασθενούς, μέχρι και θάνατο. Η εισχώριση ενός παθογόνου μικροοργανισμού στο πρόσωπο και τον τράχηλο, μπορεί να επέλθει από λοίμωξη των κάτω γομφίων ή προγομφίων (περιστεφανίτιδα, οξύ οδοντοφατνιακό απόστημα), με επιπλοκές Λουδοβίκειο κυνάγχη ή σηπτική θρομβοφλεβίτιδα της έσω σφαγίτιδας φλέβας (Σύνδρομο Lemierre). Στην κυτταρίτιδα προσώπου είναι βασικό να αποκλειστεί η παραρρινοκολπίτιδα, καθώς και η προσβολή του οφθαλμικού κόγχου που μπορεί να οδηγήσει σε επέκταση στο Κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως μηνιγγίτιδα, απόστημα, θρόμβωση σηραγγωδών κόλπων.



AA14

ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΦΑΣΙΙΤΙΔΑ

Α. Δόβα , Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Σουρλός, Θ. Φαφούτης, Μ. Γαζή, Ε. Μοστράτου

Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

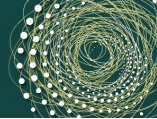
ΣΚΟΠΟΣ: Οι νεκρωτικές λοιμώξεις των μαλακών μορίων μπορεί να εμφανιστούν μετά από τραυματικές κακώσεις, καθώς και μετά από μικροτραυματισμούς του δέρματος (π.χ. τσιμπήματα εντόμων) και μη διατιτραίνοντες τραυματισμούς των μαλακών μορίων (π.χ. μυϊκή διάταση ή θλάση). Στους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα διαβητικά έλκη ή τα έλκη κατάκλισης. Η διενέργεια ακτινογραφίας για εμφάνιση αέρα στους ιστούς είναι ζωτικής σημασίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 60 ετών, εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω άλγους με συνοδό οίδημα κάτω άκρου από 20 ημερών. Αναφέρεται μικρό διατιτραίνον τραύμα άκρας ποδός, χωρίς άλγος, λόγω περιφερικής νευροπάθειας.

ΚΛΙΝΙΚΑ: κυτταρίτιδα του ποδιού με επέκταση στον αστράγαλο, εξιδρώματα, έλκος. Εργαστηριακές εξετάσεις: λευκοκυττάρωση, αυξημένη CRP: 281 mg/dl. Διαγνώστηκε Σακχαρώδης Διαβήτης (γλυκόζη 350 mg/dl, HbA1C 13,7). Χορηγήθηκε θεραπεία με αντιμικροβιακά ευρέος φάσματος, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους για πρόληψη και ανοσοποίηση κατά του τετάνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε διάστημα 24 ωρών, η φλεγμονή έγινε εκτεταμένη, το δέρμα έγινε πορφυρό και εμφανίστηκαν φυσαλίδες, με τοπικά νεκρωτικά στοιχεία. Η ακτινογραφία έδειξε παρουσία αέρα, ενώ η αξονική τομογραφία παρουσίασε αέρα στους μύες μέχρι το γόνατο και οίδημα μαλακών μορίων. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα χειρουργική επέμβαση και αφαίρεση όλων των νεκρωμένων ιστών. Διενεργήθηκε χρώση κατά Gram και καλλιέργεια: παρουσία παθογόνου μικροοργανισμού *Peptococcus* spp. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του πραγματοποιήθηκε δεύτερος και τρίτος χειρουργικός καθαρισμός, δερματικό μόσχευμα και τοποθέτηση Vac (Vacuum-Assisted Closure). Μετά από 7 εβδομάδες αντιμικροβιακής θεραπείας και υπερβαρικού οξυγόνου, η κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε σημαντικά και πήρε εξιτήριο με ινσουλινοθεραπεία και οδηγίες για παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο μη ρυθμισμένος Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για νεκρωτική φασίτιδα. Η διενέργεια μιας απλής ακτινογραφίας μπορεί να αποδείξει μόνο οίδημα μαλακών μορίων. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να έχουν υψηλό δείκτη υποψίας για αυτή την απειλητική για τη ζωή κατάσταση, ενώ ο έγκαιρος χειρουργικός καθαρισμός (εντός 6 ωρών), με σύνοδο ευρέος φάσματος αντιμικροβιακή αγωγή είναι ζωτικής σημασίας



AA15

ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΑ ΝΕΥΡΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ VEGF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ

Ι.Π. Θεοφύλη¹, Η. Λιόλης², Ε.Δ. Καραλής¹, Γ. Σιβολαπένκο³

¹ Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Πανεπιστημιούπολη, Ζωγράφου, 15784, Αθήνα, Ελλάδα

² Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, 26504, Πάτρα, Ελλάδα

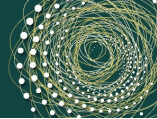
³ Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, 26504, Πάτρα, Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών παραγόντων στα επίπεδα του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF) και του bevacizumab σε ασθενείς με καρκίνο μαστού και ωοθηκών και τραχήλου μήτρας. Ειδικότερα, η μελέτη εστιάζει στον εντοπισμό των βασικών παραγόντων που επηρεάζουν τη μείωση του VEGF (VEGF_D).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές μηχανικής μάθησης και τεχνητά νευρωνικά δίκτυα (Artificial Neural Networks, ANN). Αρχικά εφαρμόστηκαν οι μέθοδοι όπως η κατηγορική ανάλυση κύριων συνιστωσών (CAT-PCA), πολλαπλή αντιστοιχιστική ανάλυση (MCA), ανάλυση κύριων συνιστωσών (PCA) και ανάλυση παραγόντων μικτών δεδομένων (FAMD). Για τη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών και του VEGF_D χρησιμοποιήθηκαν οι αλγόριθμοι τυχαίου δάσους (Random Forest), ενισχυμένων δέντρων απόφασης (Boosted Trees), συναθροισμένων δέντρων απόφασης (Bagged Trees) και ANN.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα Boosted Trees έδειξαν ως σημαντικότερους παράγοντες την AV_D (μέγιστα - ελάχιστα επίπεδα bevacizumab), το βάρος και τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Η AV_D είχε τη μεγαλύτερη συνεισφορά, υποδηλώνοντας ότι επηρεάζει καθοριστικά τη VEGF_D. Η σημασία του βάρους και της διάρκειας της χημειοθεραπείας ήταν μικρότερη, αλλά εξακολουθούσαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της VEGF_D. Στα ANN παρατηρήθηκε παρόμοια συμπεριφορά. Συνολικά φάνηκε ότι η AV_D αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα που σχετίζεται με τη μείωση των επιπέδων VEGF, ανεξαρτήτως του μοντέλου μηχανικής μάθησης που χρησιμοποιήθηκε. Το βάρος και η διάρκεια της θεραπείας έχουν επίσης επίδραση, αλλά με μικρότερη ισχύ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τεχνικές μηχανικής μάθησης μπορούν να αποκαλύψουν κρίσιμες σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και της μείωσης του VEGF, προσφέροντας πολύτιμες πληροφορίες για την εξατομίκευση της θεραπείας.



AA16

ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΕΠΙΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ ΠΕΝΤΕ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ε.-Λ. Καλτσούνης, Ι. Σερέπας, Α. Ρόκα, Δ. Σιούτης, Ε. Τασούλη, Ε. Sofronieva, Μ. Χατζηαντωνάκης, Ζ. Χαραλαμπίδη, Π. Σφαέλλου, Δ. Τούκλι, Ν. Αλεξίου, Α. Παπαδάκη, Ο. Τσατόβ, Μ. Κουπετώρη, Σ. Συμπάρδη

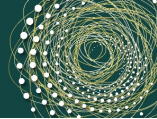
Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κεφεπίμη είναι κεφαλοσπορίνη 4^{ης} γενιάς με ευρύ φάσμα αντιμικροβιακής δράσης και ιδιαίτερα αντιψευδομοναδική δραστηριότητα. Δύναται να διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να ανταγωνίζεται το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), κύριο ανασταλτικό νευροδιαβιβαστή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Στους παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση νευροτοξικότητας, περιλαμβάνονται η διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, η υπερδοσολογία, η προϋπάρχουσα εγκεφαλική βλάβη και η αύξηση της συγκέντρωσης κεφεπίμης στον ορό.

ΣΚΟΠΟΣ : Στη συγκεκριμένη σειρά πέντε κλινικών περιπτώσεων, τονίζεται η ανάγκη ταχείας αναγνώρισης σημείων οξείας νευρολογικής βλάβης σε ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο, που λαμβάνουν κεφεπίμη, ώστε να διακοπεί τάχιστα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται πέντε (5) ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο σταδίου 2, 3 και 4 (GFR 15-70 mL/min/1.73 m²). Οι ασθενείς (προθεραπευμένοι και με άλλα αντιμικροβιακά), έλαβαν εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφεπίμη, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους για πνευμονία της κοινότητας με παράγοντες κινδύνου για ψευδομοναδική λοίμωξη. Στη πορεία της νόσου, ενώ βελτιώθηκαν οι παράμετροι της λοίμωξης, παρουσίασαν αιφνίδια σημαντική νευρολογική σημειολογία, που αποδόθηκε σε νευροτοξικότητα του φαρμάκου. Ασθενής (Α): Η νευροτοξικότητα εκδηλώθηκε με εικόνα χοραιοαθέτωσης που στη συνέχεια εξελίχθηκε σε τονικούς σπασμούς. Από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα έγινε εγγραφή γενικευμένων περιοδικών εκφορτίσεων τριφασικών κυμάτων αιχμηρής μορφολογίας – ευρήματα συμβατά με επιληπτόμορφα κύματα. Ασθενής (Β): Εκδήλωση μη σπασμωδικού επιληπτικού status (nonconvulsive status epilepticus - NCSE). Ασθενής (Γ): Παρουσιάστηκαν επιληπτικές κρίσεις. Ασθενής (Δ): Εκδήλωση επίμονων μυοκλωνιών. Ασθενής (Ε): Αιφνίδια πτώση επιπέδου συνείδησης με συνοδές στερεοτυπικές κινήσεις άνω άκρου. Τα συμπτώματα εμφανίστηκαν εντός τεσσάρων έως έξι ημερών από την έναρξη της αντιμικροβιακής αγωγής και με εξαίρεση τον ασθενή (Α), υποχώρησαν εντός τριών ημερών από τη διακοπή της κεφεπίμης. Οξείες δομικές ανωμαλίες αποκλείστηκαν μέσω επαναληπτικής αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αυξημένος κίνδυνος για τη νευροτοξικότητα της κεφεπίμης, όπως σχολιάζεται στη βιβλιογραφία, εξαρτάται από τη συγκέντρωση της στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και μπορεί να σχετίζεται με την ενισχυμένη συγγένεια (και δομική) του φαρμάκου για τον υποδοχέα GABA. Τα παραπάνω περιστατικά υποδεικνύουν τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της νευροτοξικότητας από κεφεπίμη, ιδιαίτερα σε ασθενείς με οξεία νεφρική βλάβη σε έδαφος χρόνιας νεφρικής νόσου. Η προσαρμογή της δόσης είναι κρίσιμη για την πρόληψη νευροτοξικότητας.



AA17

ΟΞΕΙΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ Α: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε.-Λ. Καλτσούνης, Α. Ρόκα, Α. Σταμάτη, Ι. Σερέπας, Δ. Σιούτης, Ε. Τασούλη, Μ. Χατζηαντωνάκης, Ν. Αλεξίου, Α. Παπαδάκη, Ο. Τσατόβ, Μ. Κουπετώρη, Σ. Συμπάρδη

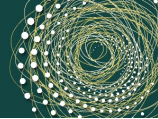
Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οφθαλμική μυοσίτιδα (ΟΜ) είναι μια σπάνια φλεγμονώδης νόσος, αποτελώντας ωστόσο τη δεύτερη πιο συχνή αιτία νόσου των έξω οφθαλμικών μυών (ΕΟΜ) μετά τη θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια (ΘΟ). Συνήθως εμφανίζεται με οξεία, επώδυνη διπλωπία σε νεαρές ενήλικες γυναίκες, επηρεάζοντας έναν μόνο μυ και ανταποκρίνεται καλά σε κορτικοστεροειδή. Ωστόσο, υπάρχουν άτυπες μορφές, όπως χρόνιες ή υποτροπιάζουσες περιπτώσεις, ανθεκτικές στη θεραπεία ή συνδεδεμένες με συστηματικά φλεγμονώδη, αυτοάνοσα, λοιμώδη νοσήματα ή φαρμακευτική αγωγή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση στοχεύει στην ανάδειξη μιας σπάνιας περίπτωσης οξείας οφθαλμικής μυοσίτιδας που εκδηλώθηκε ως επιπλοκή οξείας λοίμωξης από γρίπη Α, σε ασθενή με πολλαπλές συννοσηρότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής με ιστορικό πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας, σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, χρόνιας νεφρικής νόσου και κολπικής μαρμαρυγής, εισήχθη λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου Ι, επί εδάφους γρίπης Α. Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του και ενώ μετά από αντιϊκή θεραπεία είχε σημειωθεί πτώση των δεικτών φλεγμονής και αερομετρική βελτίωση, παρουσιάσθηκε αιφνίδιο οπισθοβολβικό άλγος, βλεφαρόπτωση με ήπιο οίδημα και περιορισμός της οφθαλμοκινητικότητας δεξιά. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε σφηνοειδίτιδα, πάχυνση των οφθαλμοκινητικών μυών (ιδία του έσω και κάτω ορθού δεξιά), εικόνα συμβατή με οξεία δεξιά οφθαλμική μυοσίτιδα. Λόγω της ανάδειξης σφηνοειδίτιδας χορηγήθηκαν αντιμικροβιακά iv και αργότερα προσετέθη μεθυλπρεδνιζολόνη IV, με βελτίωση εντός 24 ωρών. Η νευρολογική και οφθαλμολογική εκτίμηση καθώς και πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, απέκλεισαν το σύνδρομο Miller-Fisher και άλλες αυτοάνοσες αιτίες. Ο ασθενής εξήλθε λαμβάνοντας αγωγή με πρεδνιζολόνη per os και οδηγίες σταδιακής μείωσης, με ιατρική παρακολούθηση. Η έγκαιρη διάγνωση και η στοχευμένη συνδυαστική θεραπεία συνέβαλαν στην ταχεία ανάρρωση, αναδεικνύοντας τη σημασία της αναγνώρισης αυτής της σπάνιας οντότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα περίπτωση, η λοίμωξη από γρίπη Α φαίνεται να έδρασε ως εκλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση ΟΜ, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία των ιογενών λοιμώξεων στη παθογένεση της νόσου. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές που συνδέουν την ΟΜ με τον έρπητα ζωστήρα και τη νόσο Lyme, ενώ έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μετά από εμβολιασμό για τον ιό H1N1. Στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση, η ταχεία ανταπόκριση στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή επιβεβαιώνει την μεταλοιμώδη προέλευση.



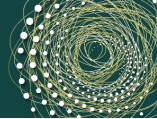
AA18

ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Κουλουρίδης.

Παθολόγος-Νεφρολόγος.

Πληθώρα επιδημιολογικών μελετών έχουν δείξει ότι η αρτηριακή υπέρταση συνδέεται αιτιολογικά με την αυξημένη πρόσληψη αλατιού και την μειωμένη πρόσληψη καλίου. Από αιώνος έχει επικρατήσει η άποψη ότι το ιόν νατρίου είναι υπεύθυνο για την πρόκληση υπέρτασης ξεχνώντας ότι η πρόσληψη νατρίου σχεδόν υποχρεωτικά συνοδεύεται από την πρόσληψη χλωρίου με τη μορφή NaCl. Η διακυτταρική μεταφορά νατρίου στον άπω νεφρώνα επιτυγχάνεται με συνμεταφορά χλωρίου μέσω των συνμεταφορέων νατρίου-χλωρίου η δραστηριότητα των οποίων ελέγχεται από μία ομάδα ενδοκυττάρων κινασών γνωστές ως With no Lysine Kinases (WNKs). Η δραστηριότητα των WNKs ρυθμίζεται από την συγκέντρωση του ενδοκυττάρου χλωρίου το οποίο με τη σειρά του επηρεάζεται από την εξωκυττάρια συγκέντρωση καλίου. Η αλληλεπίδραση των ανωτέρω παραγόντων σε μοριακό επίπεδο διευκρινίστηκε εν πολλοίς την τελευταία 20-ετία. Από τα μέχρι τώρα δεδομένα προκύπτει ότι προταρχικός σκοπός των νεφρών μας είναι η επίτευξη ομοιοστασίας καλίου στον εξωκυττάριο χώρο δεδομένου ότι αυτή καθορίζει το δυναμικό της κυτταρικής μεμβράνης και την απρόσκοπτη λειτουργία των διεγερσιμων κυττάρων από την οποία εξαρτάται η επιβίωση του είδους μας. Από τελεολογικής άποψης αυτή η ιεράρχιση είναι το αποτέλεσμα της εξελικτικής προσαρμογής του ανθρώπινου είδους στις διατητικές συνήθειες εκατομμυρίων ετών που χαρακτηρίζονταν από μειωμένη πρόσληψη νατρίου και αυξημένη πρόσληψη καλίου. Οι διαιτητικές συνήθειες του ανθρώπου άλλαξαν τα τελευταία 10.000 χρόνια χωρίς να γίνει εφικτή η γενετική προσαρμογή του νεφρού μας στα νέα δεδομένα με αποτέλεσμα την αθρόα επαναρρόφηση νατρίου της τροφής από τον «Παλαιολιθικό» νεφρό μας και την εμφάνιση υπέρτασης. Αντίδοτο αυτής της ανατροπής αποτελεί η μείωση της πρόσληψης αλατιού και η αύξηση της πρόσληψης καλίου κάτι το οποίο λείπει από τη διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου.



AA19

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΥΠΟΥ ΟΡΟΝΟΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗΣ ΣΕ 74ΧΡΟΝΟ ΑΝΔΡΑ

A. Κουρουτζόγλου¹, Κ. Καρδαμάκης¹, Λ. Μούργος¹, Ο.Αλεξανδρή¹, Γ.Κουβακάς¹, Γ. Γρηγορίου¹, Α. Τουλιάτου¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»

Η αντίδραση τύπου ορονοσίας είναι μια σπάνια περίπτωση υπερευαισθησίας που χαρακτηρίζεται από ανοσολογικής αρχής συστηματικά συμπτώματα που παρομοιάζουν αυτά της ορονοσίας. Οι αντιδράσεις τύπου ορονοσίας έχουν λιγότερο σοβαρή κλινική εικόνα από την κλασική ορονοσία και μπορεί να περιλαμβάνουν αρθραλγίες, λεμφαδενοπάθεια και κνιδωτικό εξάνθημα, με ή χωρίς πυρετό. Αυτή η περίπτωση αναφέρεται σε έναν 74χρονο άνδρα που εμφάνισε αντίδραση τύπου ορονοσίας μετά από χορήγηση σιπροφλοξασίνης, παρέχοντας πληροφορίες για τα διαγνωστικά κριτήρια, την κλινική πορεία και τη διαχείριση της νόσου. Η κλινική εικόνα αυτού του περιστατικού οδήγησε σε λεπτομερή διαφορική διάγνωση άλλων πιθανών καταστάσεων, όπως σηψαιμία, σύνδρομο υπερευαισθησίας λόγω φαρμάκων (DIHS) και εικόνα κνιδωτικής αγγειίτιδας με χαμηλό συμπλήρωμα. Το ιστορικό του ασθενούς περιλάμβανε αλλεργία σε β λακταμικά αντιβιοτικά.

Εισαγωγή: Η αντίδραση τύπου ορονοσίας (serum-sickness like reaction-SSLR) είναι μια αντίδραση υπερευαισθησίας που χαρακτηρίζεται από πυρετό, εξάνθημα και συστηματικά συμπτώματα, χωρίς την παρουσία εναπόθεσης ανοσοσυμπλεγμάτων, όπως παρατηρείται στην κλασική ορονοσία (1). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται σπάνια περιστατικά SSLR, που σχετίζονται συχνότερα με αντιβιοτικά(2), ιδίως β-λακτάμες και φθοροκινολόνες, καθώς και με μονοκλωνικά αντισώματα, αντιεπιληπτικά φάρμακα και σε ορισμένες περιπτώσεις με ηπατίτιδας Β ή εμβόλια (3). Δεδομένης της αλληλεπικάλυψης των συμπτωμάτων του με άλλα σύνδρομα υπερευαισθησίας, απαιτείται λεπτομερής κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση για τη διάγνωσή του.

Παρουσίαση: Ένας 74χρονος άνδρας εισήχθη στην Παθολογική Κλινική με κνησμούς, εξάνθημα δίκην στόχου στον κορμό και τα κάτω άκρα, καθώς και αρθραλγίες, κυρίως στις αρθρώσεις των γονάτων. Τα συμπτώματα εμφανίστηκαν 6 ημέρες μετά από λήψη σιπροφλοξασίνης που ο ασθενής είχε λάβει για αντιμετώπιση λοίμωξης του ουροποιητικού. Ο ασθενής ανέφερε παρόμοια συμπτωματολογία στο παρελθόν, μετά τη λήψη β λακταμικού αντιβιοτικού, για την οποία είχε υποβληθεί σε βιοψία δέρματος, όπου δεν αναδείχτηκαν στοιχεία αγγειίτιδας, ινιδειδούς νέκρωσης ή πυρηνικών υπολειμμάτων. Το ιστορικό του περιλάμβανε υπέρταση, παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, καλοήγη υπερπλασία του προστάτη και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Κατά την εισαγωγή του, το εξάνθημα ήταν κνησμώνες αλλά όχι επώδυνο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, εμφάνισε συστηματικά συμπτώματα, όπως υπόταση και υψηλό πυρετό (>38°C), απαιτώντας εντατική διαχείριση. Τα εργαστηριακά αποτελέσματα καταγράφονται περιλάμβαναν υψηλές τιμές λευκών αιμοσφαιρίων, προκαλσιτονίνη, χαμηλές τιμές συμπληρώματος και αρνητικό ανοσολογικό έλεγχο.

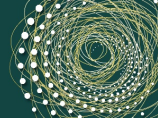
Με βάση την κλινική εικόνα, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας χωρίς ειδικά ευρήματα.

Η θεραπεία περιλάμβανε χορήγηση ενδοφλέβιων αγγειοσυσπαστικών και τη μεθυλπρεδνιζολόνη. Επιπλέον, επειδή η σηπτική καταπληξία συμπεριλήφθηκε στη διαφορική διάγνωση, καθώς οι δείκτες φλεγμονής, όπως η προκαλσιτονίνη (PCT) και ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC), ήταν σημαντικά αυξημένοι, έγινε έναρξη ευρέος φάσματος αντιβιοτικών (αζτρεονάμη-βανκομυκίνη).

Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά και εξήλθε απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός και με ύφεση των συμπτωμάτων του.

Η διάγνωση του SLS βασίστηκε στα τρέχοντα συμπτώματα, το ιατρικό ιστορικό, τα εργαστηριακά ευρήματα και τον αποκλεισμό λοιμώξεων και αυτοάνοσων νοσημάτων. Η παρουσίαση του αλγορίθμου που ακολουθήθηκε για το προγραμματισμό εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, προς την ολοκλήρωση του διαφορο-διαγνωστικού ελέγχου παρουσιάζεται στο **Σχήμα 1**.

Συμπέρασμα: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη άμεσης αναγνώρισης και διαχείρισης του συνδρόμου τύπου ορονοσίας (SSLR), ιδιαίτερα σε ασθενείς με ιστορικό προηγούμενων αλλεργικών αντιδράσεων. Η άμεση διακοπή του υπεύθυνου παράγοντα και η χορήγηση κορτικοστεροειδών είναι κρίσιμες για μια ευνοϊκή έκβαση. Τέλος, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του SSLR, καθώς και για την ανακάλυψη νέων θεραπευτικών στρατηγικών.

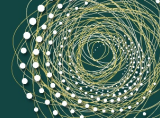


Βιβλιογραφία

1. Yorulmaz A, Akin F, Sert A, Ağır MA, Yılmaz R, Arslan Ş. Demographic and clinical characteristics of patients with serum sickness-like reaction. Clin Rheumatol. 2018 Dec;37(5):1389–94.
2. Knowles SR, Uetrecht J, Shear NH. Idiosyncratic drug reactions: the reactive metabolite syndromes. Lancet Lond Engl. 2000 Nov 4;356(9241):1587–91.
3. Apisarnthanarak A, Uyeki TM, Miller ER, Mundy LM. Serum sickness-like reaction associated with inactivated influenza vaccination among Thai health care personnel: risk factors and outcomes. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2009 Jul 1;49(1):e18-22.

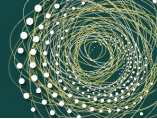
Σχήμα 1.

Κλινική αξιολόγηση	• Κνησμώδες εξάνθημα • Πυρετός • Αρθραλγίες • Ανασκόπηση ιστορικού για τυχόν αλλεργικές αντιδράσεις στο παρελθόν
Εργαστηριακές εξετάσεις & Απεικόνιση	• Αιματολογικός έλεγχος • Βιοχημικές Εξετάσεις • Ανοσολογικός έλεγχος • Δείκτες Φλεγμονής -PCT • Απεικονιστικές Εξετάσεις
Διαφορική Διάγνωση	• Λοιμώξεις • Αυτόνασσσα (αγγειίτιδα) • Σύνδρομο Υπερευαισθησίας από φάρμακα DIHS
Διαχείριση	• Άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου • Έναρξη κορτικοστεροειδών • Ενδοφλέβια υγρά και πιθανώς αγγειοσυσπαστικά • Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και συστηματικών συμπτωμάτων
Εξιτήριο και Παρακολούθηση	• Διασφάλιση κλινικής σταθερότητας προ του εξιτηρίου • Εκπαίδευση του ασθενούς: Αποφυγή συγκεκριμένων φαρμάκων • Προγραμματισμός επανεξέτασης • Διασύνδεση με αλλεργιολόγο



ΑΑ20

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΣΥΡΘΗΚΕ



AA21

ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΕΠΑΓΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΝΟΣΟ ΨΥΧΡΟΣΥΓΚΟΛΛΗΤΙΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΙΑ ΑΠΟ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ MRSA

Μ.Λουκάκη¹, Ν.Βασιλάκη¹, Χ.Λυδάκης¹

1. Β' Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, "Βενιζέλειο"

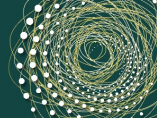
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος των ψυχροσυγκολλητινών (cold agglutinin disease-CAD) αποτελεί μια κλωνική νόσο των Β κυττάρων. Χαρακτηρίζεται από αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία επαγόμενη από IgM αυτοαντισώματα που οδηγούν σε ενεργοποίηση και κατανάλωση του συμπληρώματος. Οφείλεται σε λοιμώξεις όπως το μυκόπλασμα πνευμονίας ή EBV λοίμωξη, σε αυτοάνοσες διαταραχές ή νεοπλασίες του λεμφικού ιστού.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με νόσο ψυχροσυγκολλητινών επαγόμενη από μικροβιαία σταφυλόκοκκο MRSA που επεπλάκη με σπονδυλοδισκίτιδα και Νεφρική Βλάβη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, 79 ετών με ιστορικό Νεφρικής Νόσου σταδίου IV, Αρτηριακής Υπέρτασης, Σακχαρώδη Διαβήτη τ.2 προσήλθε λόγω ανεύρεσης χαμηλού αιματοκρίτη. Επιπροσθέτως προκύπτει προ 4μήνου, επιπλεγμένη νοσηλεία με μικροβιαία από σταφυλόκοκκο MRSA σχετιζόμενη με κεντρικό φλεβικό καθετήρα λόγω συνεδριών αιμοκάθαρσης που υπεβλήθη στα πλαίσια νεφρικής βλάβης, από την οποία απεντάχθηκε πλήρως. Στην παρούσα νοσηλεία, από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναντιστοιχία μεταξύ αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης και επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Κλινικά δεν προέκυπταν σημεία ενεργού αιμορραγίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προς περαιτέρω διερεύνηση εστάλη επίχρισμα περιφερικού αίματος όπου διαπιστώθηκε συγκόλληση ερυθρών με αριστερή στροφή, πολυμορφοκυτταρικός τύπος και τοξική κοκκίωση ουδετερόφιλων με κεντοπιώδη εκφύλιση. Προέκυψε θετική άμεση Coombs και αναδείχτηκε σημαντική ελάττωση των συστατικών C3 και C4 του συμπληρώματος ενώ η ανοσοκαθήλωση ούρων ήταν αρνητική για πρωτεΐνη Bence-Jonson. Στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε παρουσία αποστήματος και εκτεταμένη σπονδυλοδισκίτιδα οσφυϊκής μοίρας. Από την λήψη αιμοκαλλιεργειών και παρασπονδυλικού ιστού απομονώθηκε σταφυλόκοκκος MRSA. Στην ασθενή χορηγήθηκε στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή και διενεργήθηκε παροχέτευση του αποστήματος, με σημαντική βελτίωση της κλινικής της εικόνας και αποκατάσταση της νεφρικής της λειτουργίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση τα παραπάνω, τέθηκε η διάγνωση της CAD που προκλήθηκε από μικροβιαία από σταφυλόκοκκο MRSA. Πρόκειται για σπάνιο σύνδρομο που προκαλεί βλάβες οργάνων στόχων μέσω ενεργοποίησης και κατανάλωσης του συμπληρώματος ενώ η χορηγούμενη θεραπεία σχετίζεται με την υποκείμενη νόσο.



AA22

ΚΟΙΝΗ ΠΟΙΚΙΛΗ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΚΠΑΑ): ΟΨΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΕΣ

Σταύρου Β.¹, Μακίνα Α.¹, Χιώτη Σ.¹, Πάλλας Χρ. ¹, Αλεξάνδρου Ε. ¹, Μαυρίκη Α.²

1. Β Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

2. Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

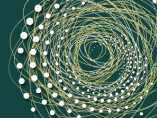
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΚΠΑΑ είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα ανοσοσφαιρινών στον ορό του αίματος και αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις. Μπορεί να είναι μία σχετικά συνηθισμένη μορφή ανοσοανεπάρκειας, ωστόσο εάν δεν αναγνωρισθεί και διαγνωσθεί και για το λόγο ότι οι ασθενείς π.χ. νοσηλεύονται με την οξεία λοίμωξή τους στο εκάστοτε εφημερεύον νοσοκομείο, δεν δύναται να θωρακιστούν με προληπτικά μέτρα, εκθέτοντας αφενός τον εαυτό τους επανειλημμένα σε κίνδυνο και επιβαρύνοντας αφετέρου το σύστημα υγείας με υψηλά κόστη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή όψιμης διάγνωσης (ΚΠΑΑ) σε υπερήλικα με επαναλαμβανόμενες ιογενείς μηνιγγοεγκεφαλίτιδες. Πρόκειται για το 3^ο επεισόδιο μηνιγγοεγκεφαλίτιδας μέσα σε ένα έτος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: 87χρονος ασθενής διακομίστηκε στο ΤΕΠ του Θριασίου νοσοκομείου με εμπύρετο και κεφαλαλγία σε συγχυτική κατάσταση. Απο το ατομικό του ιστορικό αναφέρθηκαν δυο προηγούμενες νοσηλείες σε έτερα νοσοκομεία με λοιμώξεις ΚΝΣ. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων σχετιζόταν χρονικά με την επιδιόρθωση και εξαγωγή οδόντων. Στις διαγνωστικές εξετάσεις του επειγόντως WBC:9900, Hct: 41.8%, Hgb 13.5 g/dL, Ur:35mg/dl, Cr: 0.95mg/dl, Na ορού: 126mmol/l, K: 4.03mg/dl, CRP: < 3. Διενεργήθη CT εγκεφάλου (-) Αρνητικό για υπο-επισκληρίδιο ή ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα. Δεν αναδείχθηκε εμφανής ποσότητα αίματος στους υπαραχνοειδείς χώρους, στις δεξαμενές της βάσεως και στο κοιλιακό σύστημα. Αλλοιώσεις ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας. Μικροέμφρακτο παλαιού χρόνου στο οπίσθιο σκέλος της έσω κάψας αριστερά, ακολούθησε οσφυονωτιαία παρακέντηση -ENY: Κύτταρα: 40κκx, Ερυθρά: 80κκx με Gram χρώση(-), Γλυκόζη: 61 mg/dl, LDH: 12IU/l ενώ από τη συνδρομική διάγνωση του ENY καθώς και των αντισωμάτων δεν αναδείχθηκε παθογόνο. Έγινε έλεγχος και διερεύνηση πιθανής ανοσοκαταστολής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις αιματολογικές εξετάσεις από τον ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοσφαιρινών διαπιστώθηκε IgG ανοσοσφαιρίνη ορού: 718 mg/dl (800-1700), IgM ανοσοσφαιρίνη ορού: 40.7 mg/dl (40-230) ενώ C3: 93.9mg/dl, C4: 24,1mg/dl. Παράλληλα εστάλησαν αντισώματα για ιολογικό έλεγχο (αρνητικά). Για περαιτέρω διερεύνηση ο ασθενής υποβλήθηκε σε **CT, CTA, CTV** και MRI εγκεφάλου χωρίς ιδιαίτερα απεικονιστικά ευρήματα. Η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του με περαιτέρω λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και έχρηζε κλιμάκωσης των αντιβιοτικών σχημάτων. Μετά από συνολικά 21 ημέρες νοσηλείας έλαβε εξιτήριο σε καλή γενική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση ΚΠΑΑ είναι σημαντική για τους ασθενείς ώστε να μπορούν να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες (π.χ. για εμβόλια) και να παίρνουν προφυλάξεις με φάρμακα (αντιβιοτικά, γ-σφαιρίνη) ιδίως πριν από την έναρξη διαδικασιών που αφορούν χειρουργικές επεμβάσεις ακόμη και μικρότερες, όπως μια εξαγωγή όδοντος.



ΑΑ23

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ LEGIONELLA PNEUMOPHILA ΚΑΙ PARAINFLUENZA VIRUS

Δ.Μαριγλής¹, Γ.Ιωαννίδου¹, Γ.Μουστάκας¹, Η.Καλύβας¹, Α.Μανώλης¹, Α.Τσιάμη¹, Π.Γρηγοροπούλου¹, Α.Φράγκου¹

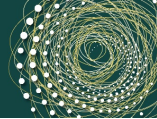
¹Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η απομόνωση παθογόνου μικροοργανισμού σε νοσηλευόμενους ασθενείς με λοίμωξη αναπνευστικού δεν είναι συχνή, παρά τη μικροβιολογική διερεύνηση, και η θεραπεία συνήθως είναι εμπειρική. Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός ασθενή με λοίμωξη του αναπνευστικού από *Legionella pneumophila* και *Parainfluenza virus*, με αρνητικό αντιγόνο λεγιονέλλας στα ούρα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής άρρεν 50 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσεκομίσθη λόγω εμπυρέτου έως 39,6°C, μη παραγωγικού βήχα, αδυναμίας και μετωπιαίας κεφαλαλγίας από τριημέρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την εισαγωγή του ασθενούς διαπιστώθηκε εμπύρετο ύψους 38°C, χωρίς υποξυγοναιμία, με μη μουσικούς ήχους στην αριστερή βάση του πνεύμονα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλικό τύπο, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και υπονατρίαζία. Από την ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε αρχόμενο πυκνωτικό διήθημα αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου. Τα αντιγόνα λεγιονέλλας και πνευμονιοκόκκου στα ούρα ήταν αρνητικά. Ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και κλαριθρομυκίνη. Την 2^η ημέρα νοσηλείας, διενεργήθηκε αξονική θώρακος η οποία ανέδειξε πυκνωτικού τύπου διήθημα σε όλο τον αριστερό κάτω πνευμονικό λοβό και πλευριτική συλλογή σύστοιχα. Την 5^η ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής παρουσίασε κλινική επιδείνωση με ανάγκη οξυγονοθεραπείας, μη μουσικούς ήχους στη δεξιά πνευμονική βάση και λόγω υψηλών τιμών Δ-Διμερών διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία πνευμόνων η οποία δεν ανέδειξε έλλειμμα πλήρωσης, αλλά επιδείνωση της πύκνωσης αριστερά και αρχόμενη εικόνα πυκνωτικού διηθήματος δεξιά με υπεζωκοτικές συλλογές άμφω. Έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής σε κεφταρολίνη και κλαριθρομυκίνη. Εστάλη μοριακή εξέταση πτυέλων, όπου ανιχνεύθηκαν *Legionella pneumophila* και *Parainfluenza virus* και έγινε αποκλιμάκωση της αντιμικροβιακής αγωγής σε λεβοφλοξασίνη, με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η απομόνωση της λεγιονέλλας στα ούρα είναι μια εξέταση με μέτρια ευαισθησία 70-80% και υψηλή ειδικότητα >99% για την ανίχνευση μόνο του ορότυπου 1 της *L.pneumophila*. Επομένως, σε περιπτώσεις κλινικής υποψίας νόσου των Λεγεωναρίων, είναι απαραίτητη η μοριακή ανίχνευση του παθογόνου στα πτύελα, καθώς πρόκειται για εξέταση υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας, η οποία ανιχνεύει όλα τα είδη και ορότυπους της λεγιονέλλας.



AA24

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Αλέξιος Μαυρουδής¹

1. Παιδιατρική Κλινική του Γ.Π.Ν.Τρίπολης, Αρκαδία.

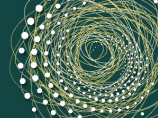
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στους ενήλικες, το αλκοόλ δρα αρχικά ως ηρεμιστικό, μειώνοντας την καθυστέρηση έναρξης του ύπνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Επίδραση του αλκοόλ στον ανθρώπινο ύπνο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελέτη πανεπιστημιακών σημειώσεων των εξ' αποστάσεως μαθημάτων του ΕΚΠΑ και καταγραφή των μοριακών μηχανισμών που μεταβάλλουν τη φυσιολογία του ύπνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από πειραματικά δεδομένα φαίνονται ότι τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα είναι στα υψηλότερα κατά το πρώτο μισό περιόδου του ύπνου, ενώ στο δεύτερο μισό, τα επίπεδα στο αίμα μειώνονται σημαντικά και συνεχίζεται να υπάρχει διαταραχή του ύπνου. Πιστεύεται ότι τα αποτελέσματα της αρχιτεκτονικής ύπνου που σχετίζονται με το αλκοόλ συνδέονται στενά με τις επιδράσεις του με το νευροδιαβιβαστή GABA και το γλουταμικό. Επίσης, το αλκοόλ είναι ένα από τα πιο παρεξηγημένα βοηθήματα ύπνου. Ωστόσο, υπάρχουν μετρήσιμες αλλαγές στα επίπεδά του μετά την κατανάλωση ακόμα και ενός ποτηριού κρασιού. Το αλκοόλ ανήκει στην κατηγορία των κατασταλτικών ναρκωτικών. Η καταστολή δεν είναι ύπνος. Αλλά αν κάποιος καταναλώσει 1-2 μερίδες έχει την εντύπωση ότι θα κοιμηθεί πιο γρήγορα, στην πραγματικότητα όμως, καταστέλλεται ήπια πιο γρήγορα. Τα στάδια του φυσιολογικού ύπνου διαφέρουν από τα στάδια του ύπνου που δημιουργούνται μετά από την κατανάλωση αλκοόλ, αφού μεταβάλλεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Επίσης, η κατανάλωση του αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα να διακοπεί ο ύπνος, δηλαδή θα ξυπνήσουμε πολλές φορές μέσα στη νύχτα και η ποιότητα του θα είναι χειρότερη. Αυτό που συμβαίνει ονομάζεται κατακερματισμός του ύπνου. Τα ξυπνήματα (arousals) που προκαλούνται είναι σύντομα και δεν αποθηκεύονται στη μνήμη. Οπότε, ξυπνάμε την επόμενη μέρα και δεν αισθανόμαστε ξεκούραστοι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καλύτερη συμβουλή για τη διαχείριση της κατανάλωσης του αλκοόλ είναι να ακολουθείται μια σταθερότητα σχετικά με την υγιεινή του ύπνου, αφού βοηθά τον κirkάδιο ρυθμό.



AA25

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ COVID-19.

Αλέξιος Μαυρουδής¹, Βασιλική Χουλιανρά¹

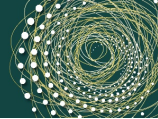
1. Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Τρίπολης, Αρκαδία.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη της πρωτογενούς αιμόστασης, η οποία αποτελεί ένα μοναδικό γεγονός και περιλαμβάνει ένα σύνολο βιοχημικών μηχανισμών αλληλεπίδρασης μεταξύ των κυττάρων του αίματος και του ενδοθηλιακού ιστού.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση έγκριτων βιβλιογραφικών άρθρων που δημοσιεύονται στο διαδίκτυο (pub med), χωρίς περιορισμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βασικός ενорχηστρωτής της φυσιολογίας της αιμόστασης είναι το αιμοπετάλιο με τη μοριακή του υπόσταση, το οποίο συμμετέχει στο σχηματισμό του θρόμβου και συνδέεται στενά με τους ρυθμιστές των μηχανισμών ελέγχου της πήξης (checkpoints), ενώ η λειτουργία του εξαρτάται πλήρως από την έκφραση των προπηκτικών επιφανειών, την ενεργοποίηση συγκεκριμένων υποδοχέων και τη συγκέντρωση του παράγοντα FV. Είναι μια διαδικασία που υπό φυσιολογικές συνθήκες καταλήγει στο βέλτιστο αιμοστατικό αποτέλεσμα, ενώ όταν είναι υπέρμετρη οδηγεί στη θρόμβωση. Άλλωστε, η μελέτη των βιολογικών οδών που ρυθμίζουν τη λειτουργία των αιμοπεταλίων στην πρωτογενή αιμόσταση επηρεάζουν την ανοσία και τη φλεγμονή, ενώ από την άλλη πλευρά θεωρείται ιδιαίτερη πρόκληση για μελλοντική έρευνα και εκπαίδευση στο πεδίο της ιατρικής βιοτεχνολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιμόσταση φανερώνει τη δυναμική ισορροπία του αιμοπεταλίου με περιβαλλοντικά ερεθίσματα που συνδέονται με την άμυνα του ξενιστή (π.χ. η παγίδευση παθογόνων) ή με τη βιολογία της φλεγμονής (π.χ. απελευθέρωση φλεγμονωδών μορίων και χημειοταξία).



AA26

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ E. COLI

Μ. Παπαδάκης¹, Α. Ζάτα¹, Χ. Ζήρου¹, Α. Μπίλης¹, Α. Αργυράκη¹

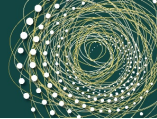
1. Παθολογική κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΣΚΟΠΟΣ: Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα είναι ιατρικό επείγον κι αποτελεί αιτία αυξημένης θνητότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες στη μηνιγγίτιδα κοινότητας ενηλίκων σε ανεπτυγμένες χώρες είναι οι *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitis*, και, πρωτίστως σε ενήλικες άνω των 50 ετών ή σε ανοσοκατεσταλμένους, η *Listeria monocytogenes*. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού ανοσοκατεσταλμένου ασθενή με μηνιγγίτιδα από *E. Coli* K1.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 77 ετών με μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα και προοδευτικά επιδεινούμενη διαταραχή επιπέδου συνείδησης και παραισθησίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άνδρας 77 ετών, με ιστορικό μικροκυτταρικού Ca πνεύμονα από έτους, με εγκεφαλικές μεταστάσεις από τριμήνου, για τις οποίες υποβλήθηκε σε 7 συνεδρίες Cyberknife προ διμήνου και πλέον λαμβάνει σύγχρονη χημειοθεραπεία (τρίτος κύκλος) και ανοσοθεραπεία με ιρινοτεκάνη, γεμισταβίνη και ατεζολιζουμάμπη αντίστοιχα, θεραπευθέντος non-Hodgkin λεμφώματος από β-κύτταρα από διετίας, παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, καλοήθους υπερπλασίας προστάτη, ετερόζυγης β-θαλασσαιμίας και ΣΔ2, προσεκομίσθη λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης διαταραχής επικοινωνίας και παραισθησιών από πενταήμερου (μία μέρα μετά τη λήψη χημειοθεραπείας και ανοσοθεραπείας). Κατά την κλινική εξέταση ήταν περιστασιακά συγχυτικός και ενίοτε προσανατολισμένος, χωρίς παθολογικά ευρήματα από πνεύμονες, καρδιά και κοιλιά. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο ανευρέθησαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής με CRP: 16mg/dl, PCT: 0,86ng/ml. Έγινε ακτινογραφία θώρακος, χωρίς ενεργό πύκνωση, και εσάλη γενική ούρων, χωρίς στοιχεία λοίμωξης. Έγινε CT εγκεφάλου χωρίς οξύ σύμβαμα. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση. Από τον εξέταση του ENY ανευρέθηκαν 2 WBCs, υπογλυκορραχία κι αυξημένες ολικές πρωτεΐνες ενώ στο Film-array ανιχνεύθηκε *E. Coli* K1. Ετέθη σε ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη σε δοσολογία λοίμωξης ΚΝΣ, με σταδιακή αποκατάσταση του επιπέδου συνείδησης. Εξήλθε κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρ' ότι ο αερόβιος gram (-) βάκιλος *E.Coli* είναι σπάνια ο αιτιολογικός παράγοντας μηνιγγίτιδας κοινότητας ενηλίκων, πρέπει να τίθεται στην διαφοροδιάγνωση, ειδικά σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.



AA27

ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΜΦΟΪΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΕΚ ΤΡΙΧΩΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Β. Ράπτη¹, Σ Καρακατσάνης¹, Θ Νιτσοτόλης¹, Κ Αθανασίου¹, Ε Παπαθανασίου², Γ Κανέλλης³, Γ Πουλάκου¹, Κ Συρίγος¹

1. 3^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
2. Αντιφυματικό Τμήμα και Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
3. Αιμοπαθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

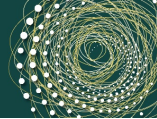
ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περίπτωσης αιμοφαγοκυτταρικής λεμφοϊστιοκυττάρωσης προκαλούμενης από φυματίωση μυελού των οστών σε ασθενή με λευχαιμία εκ τριχωτών κυττάρων και προηγηθείσα νοσηλεία για πυρετό αγνώστου αιτιολογίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άντρας 57 ετών με προσφάτως διαγνωσμένη λευχαιμία εκ τριχωτών κυττάρων εισήχθη στην κλινική για να λάβει τον δεύτερο κύκλο της συνδυαστικής θεραπείας με κλαδριβίνη και ριτουξιμάμπη. Το ατομικό του αναμνηστικό περιελάμβανε αρτηριακή υπέρταση, νοσογόνο παχυσαρκία και θετικό τεστ QuantiFeron-TB Gold για το οποίο είχε λάβει πρόσφατα θεραπεία με ισονιαζίδη. Αξίζει να τονισθεί ότι την περίοδο διάγνωσης της λευχαιμίας, νοσηλευόταν για πυρετό αγνώστου αιτιολογίας, ο οποίος αποδόθηκε στην υποκείμενη κακοήθεια μετά από εκτεταμένο διαγνωστικό έλεγχο.

Κατά την εισαγωγή, τόσο η φυσική εξέταση όσο και οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν ήταν αξιοσημείωτες. Μετά τη λήψη του πενθήμερου σχήματος με κλαδριβίνη, ακολουθούμενου από τη χορήγηση ριτουξιμάμπης, παρουσίασε πυρετό με ρίγος ($\theta_{\max}$: 39.2°C, 4 φορές ημερησίως). Ο μικροβιολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων των καλλιιεργειών αίματος και ούρων, ήταν αρνητικός και ο ασθενής υποβλήθηκε σε Αξονική Τομογραφία Θώρακος και Κοιλίας, οι οποίες ήταν μη διαγνωστικές. Παρά τη λήψη αντιβιοτικών ευρέος φάσματος και αντιμυκητιασικών, επιδεινώθηκε περαιτέρω κλινικά και προσοδευτικά ανέπτυξε πανκυτταροπενία και οξεία ηπατική βλάβη. Επίσης, παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές φερριτίνης και τριγλυκεριδίων. Η διάγνωση της αιμοφαγοκυτταρικής λεμφοϊστιοκυττάρωσης θεωρήθηκε πιθανή, καθώς η πιθανότητα αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου ήταν 80-88% με βάση το HScore [1]. Η βιοψία μυελού των οστών ανέδειξε επιθηλιοειδή, μη νεκρωτικά κοκκιώματα [χρώση Ziehl-Neelsen:αρνητική], ενώ τόσο ο μοριακός έλεγχος όσο η καλλιέργεια για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης σε ιστοτεμάχια μυελού των οστών αποδείχθηκαν θετικά. Κατόπιν τούτου, ο ασθενής τέθηκε σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με Ριφαμπικίνη-Εθαμβουτόλη-Λεβοφλοξασίνη-Αμικασίνη και υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης, οδηγώντας σε αξιοσημείωτη κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

Ένα χρόνο μετά, η καλλιέργεια του μυελού των οστών απέβη αρνητική και αναμένεται η επανέναρξη του χημειοθεραπευτικού σχήματος το προσεχές διάστημα.

Τώρα υποθέτουμε ότι ο πυρετός τη στιγμή της διάγνωσης του HCL ήταν εκδήλωση της εξωπνευμονικής φυματίωσης.



ΑΑ28

ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΛΜΠΕΝΔΑΖΟΛΗ ΚΑΙ ΠΡΑΖΙΚΟΥΑΝΤΕΛΗ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ

Β. Ράπτη¹, Ε-Χ. Αντωνογιαννάκη¹, Η. Στραβοδήμου¹, Γ. Δουγέκου¹, Σ. Σιασιάκου¹, Α. Κρασσάς², Ν. Χονδρόπουλος², Γ. Πουλάκου¹, Κ.Ν. Συρίγος¹

1. 3^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

2. Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή της αποτελεσματικότητας της συνδυαστικής θεραπείας με αλμπενδαζόλη και πραζικουαντέλη σε i) ασθενή με εχινόκοκκο κύστη πνεύμονα και ii) ασθενή με βρογχοχολικό συρίγγιο κατόπιν ρήξης της ηπατικής υδάτιδας κύστης.

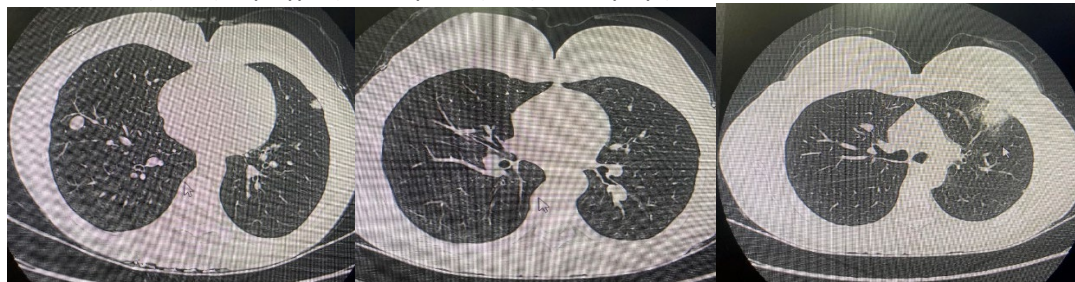
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ:

Ασθενής 1

Μια 45χρονη, κατά τα άλλα υγιής, γυναίκα προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη πλευριτικού τύπου άλγους εντοπιζόμενου στο αριστερό ημιθώρακιο από τριμήρου.

Η Αξονική Τομογραφία Θώρακος ανέδειξε πολλαπλούς πνευμονικούς όζους αμφοτερόπλευρα, ο μεγαλύτερος εκ των οποίων είχε υποϋπεζωκοτική θέση στον αριστερό άνω λοβό και περιβαλλόταν από διηθήματα δίκην θαμβής υάλου (εικόνα 1)

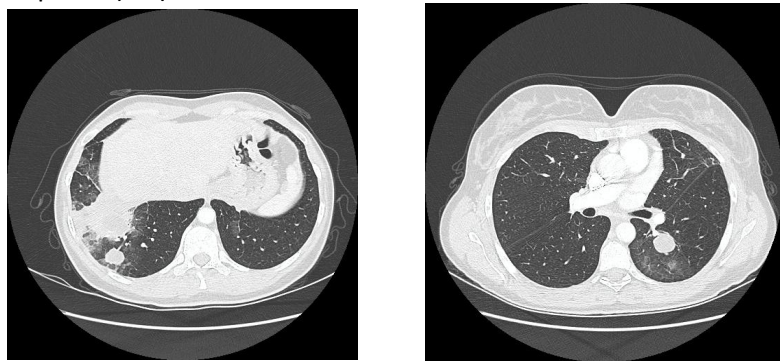
Εικόνα 1. Αξονική τομογραφία θώρακος στην εισαγωγή



Η διάγνωση της εχινόκοκκου κύστης πνεύμονα επιτεύχθηκε κατόπιν διενέργειας θωρακοσκοπικής χειρουργικής υποβοηθούμενης από βίντεο και παθολογοανατομικής εξέτασης των βλαβών. Ως εκ τούτου, έγινε έναρξη θεραπείας με αλμπενδαζόλη.

Εντός των πρώτων δύο εβδομάδων της ανθελμινθικής θεραπείας, η ασθενής επανεισήχθη λόγω κλινικής (πυρετός, παραγωγικός βήχας) και ακτινολογικής επιδείνωσης (αύξηση του αριθμού και του μεγέθους των πνευμονικών όζων-εικόνα 2). Με την ολοκλήρωση ενός νέου διευρημένου διαγνωστικού ελέγχου, η πραζικουαντέλη προστέθηκε στο θεραπευτικό σχήμα.

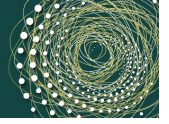
Εικόνα 2. Αξονική τομογραφία θώρακα που δείχνει ακτινολογική επιδείνωση με την έναρξη της μονοθεραπείας με αλβενδαζόλη



Τα τελευταία δύο χρόνια, η ασθενής λαμβάνει συνδυαστική θεραπεία με αλμπενδαζόλη και πραζικουαντέλη με συνοδό σταδιακή υποχώρηση των ακτινολογικών ευρημάτων.

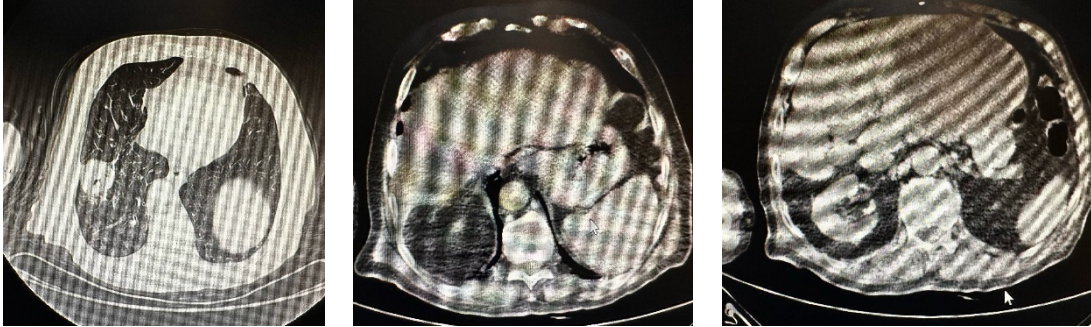
Ασθενής 2

Άνδρας 85 ετών παραπέμφθηκε στο κέντρο μας λόγω διαλείποντος πυρετού διάρκειας 20 ημερών και παραγωγικού βήχα με μεγάλη ποσότητα κίτρινων αφρωδών πτυέλων.



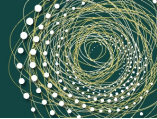
Η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας (εικόνα 3), ακολουθούμενη από μαγνητική χολαγγειογραφία, ανέδειξαν βρογχοχολικό συρίγγιο και επικοινωνία μεταξύ της πνευμονικής κοιλότητας και της ηπατικής υδάτιδας κύστης.

Εικόνα 3. Αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας, στην οποία παρατηρήθηκε πνευμονικός όζος σε ανατομική συνέχεια με υποδιαφραγματική υπόπυκνη κυστική εστιακή αλλοίωση (διάμετρος:5,2 cm) στο ηπατικό παρέγχυμα, καθώς και μεγαλύτερη υδάτιδα κύστη (διάμετρος:13 cm) στον αριστερό ηπατικό λοβό.



Προτιμήθηκε η συνδυαστική θεραπεία με αλμπενδαζόλη και πραζικουαντέλη, καθώς ο ασθενής δεν ήταν κατάλληλος για χειρουργική αφαίρεση των βλαβών λόγω συννοσηροτήτων.

Ένα χρόνο αργότερα, ο ασθενής εξακολουθεί να λαμβάνει συνδυασμένη ανθελμινθική θεραπεία και παραμένει ασυμπτωματικός.



AA29

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ PDR *A.BAUMANNII* ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΚΕΦΙΔΕΡΟΚΟΛΗ

Β. Ράπτη¹ Η. Στραβοδήμου¹, Β. Σακκά¹, Ε. Κάκαλου¹, Μ. Αντωνίου¹, Χ. Ζήσης², Ε. Θεοδωράκης², Γ. Πουλάκου, Κ.Ν.Συρίγος¹

1. 3^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
2. Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άντρας 56 ετών, με ατομικό αναμνηστικό χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, παραπέμφθηκε στη Μονάδα Λοιμώξεων προς αντιμετώπιση πιθανής πνευμονικής ασπεργίλλωσης. Πρόκειται για ασθενή, ο οποίος είχε υποβληθεί σε αποφλοιώση αριστερού πνεύμονα λόγω αμφοτερόπλευρης υπεζωκοτικής συλλογής (2) μήνες πριν την εισαγωγή του, ενώ στο ληφθέν βιοπτικό υλικό είχαν ανευρεθεί υφές μυκήτων. Παράλληλα, είχε προσφάτως νοσηλευτεί λόγω εμπύηματος από *Serratia* και έκτοτε έφερε βαλβίδα Heimlich αριστερά.

Κατά την εισαγωγή του, υποβλήθηκε σε Αξονική Τομογραφία Θώρακος (εικόνα 1). β-D-Γλυκάνη ορού/BAL και *Aspergillus* *sp* DNA σε δείγμα BAL απέβησαν θετικά και ως εκ τούτου έγινε έναρξη βορικοναζόλης ενδοφλεβίως.

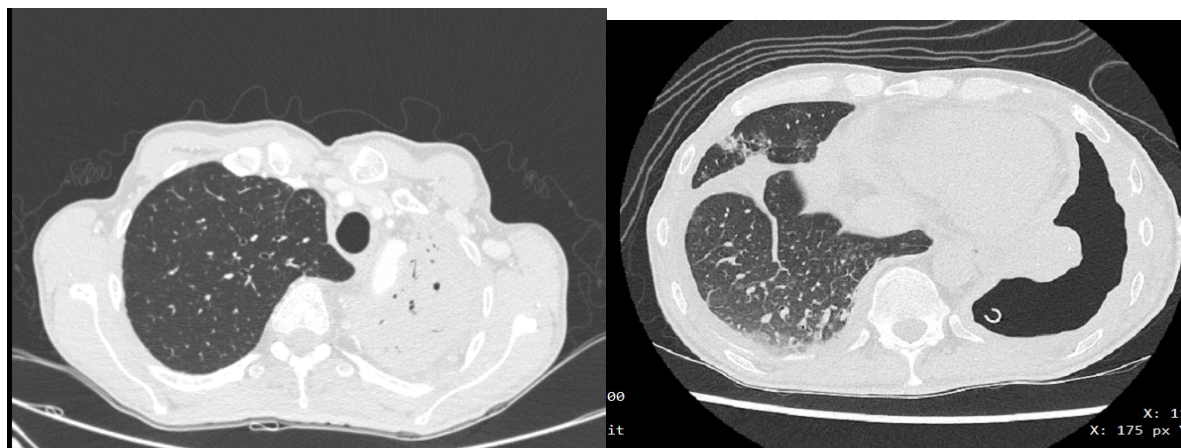
Την 12^η ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής παρουσίασε υψηλό πυρετό με συνοδό κίνηση των δεικτών φλεγμονής. Από τις καλλιέργειες αίματος και πλευριτικού υγρού απομονώθηκε *A.baumannii*, Ε:Κολιμυκίνη και η αντιμικροβιακή αγωγή αναβαθμίστηκε σε αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη (συνολική ημερήσια δόση 27gr) και κολιμυκίνη με προβλεπόμενη διάρκεια θεραπείας 2-3 εβδομάδες.

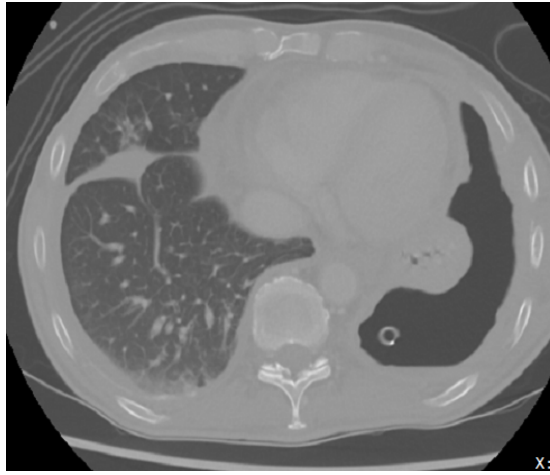
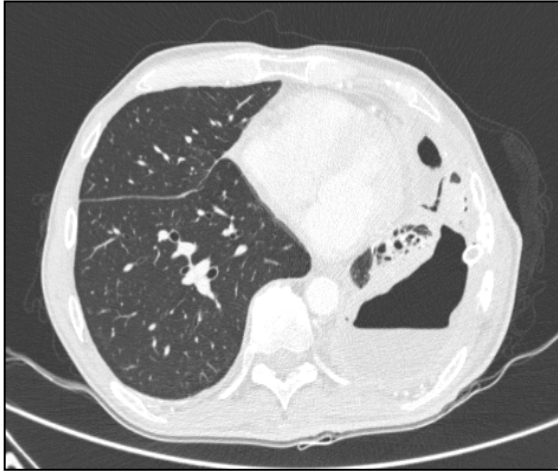
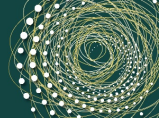
Παρά το γεγονός ότι ο ασθενής είχε απυρετήσει πλήρως ήδη από τις 48 πρώτες ώρες χορήγησης της στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής και επόμενο σκεταμοκαλλιέργειών ήταν στείρο μικροβίων, η βαλβίδα Heimlich συνέχιζε να αποδίδει σταθερή ποσότητα ρυπαρού περιεχομένου ημερησίως (~150cc). Υποβλήθηκε σε επαναληπτική Αξονική Τομογραφία Θώρακος, στην οποία διαπιστώθηκε βαθμός ελάττωσης της έκτασης των πυκνωτικών αλλοιώσεων κατά το ΔΚΛ και επανελέχθηκε ο υγροπνευμοθώρακας αριστερά. Κατόπιν θωρακοχειρουργικής εκτίμησης, τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας Bulau σε αρνητική πίεση και εστάλη νέο δείγμα πλευριτικού υγρού, από το οποίο απομονώθηκε PDR *A.baumannii*. Επομένως, ο ασθενής τέθηκε σε συνδυαστική θεραπεία με κεφιδεροκόλη και αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη (συνολική ημερήσια δόση 27gr) για 14 ημέρες. Αναφορικά με το χειρουργικό καθαρισμό, μετατέθηκε σε δεύτερο χρόνο, καθώς κρίθηκε υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου λόγω και της εκτεταμένης πνευμονικής ασπεργίλλωσης.

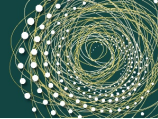
Στο πλαίσιο της απόδοσης σταθερής ποσότητας ρυπαρού περιεχομένου από το θωρακοσωλήνα παρά την ολοκλήρωση της συνδυαστικής θεραπείας με κεφιδεροκόλη και αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη, εστάλη δείγμα πλευριτικού υγρού, από το οποίο απομονώθηκε εκ νέου PDR *A.baumannii*. Παράλληλα, διενεργήθηκε εκ νέου Αξονική Τομογραφία Θώρακος στην οποία δεν παρατηρήθηκε ουσιαστική διαφοροποίηση. Δεδομένης και της σύγχρονης ολοκλήρωσης της αντιμυκητιασικής αγωγής, αποφασίστηκε η διενέργεια αριστερής πνευμονεκτομής.

Από το διεγχειρητικό υλικό που εστάλη για καλλιέργεια, απομονώθηκε PDR *A.baumannii*, Ε:Κεφιδεροκόλη. Κατόπιν τούτου, τέθηκε σε συνδυαστική θεραπεία με κεφιδεροκόλη και αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη για ακόμα 14 ημέρες. Εν τέλει, έλαβε εξιτήριο μετά από τριμηνή νοσηλεία.

Εικόνα 1. Αξονική Τομογραφία Θώρακος στην εισαγωγή: Πυκνωτικά διηθήματα στο δεξιό κάτω λόβο και υγροπνευμοθώρακας αριστερά, με πυκνοατελεκτασία του παρακείμενου παρεγχύματος







ΑΑ30

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ 3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗΣ ΤΙΜΗΣ CPK ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ Κ.Υ ΝΙΚΑΙΑΣ- 2 ΥΠΕ ΤΟ 2024

Χ.Σειτοπούλου¹, Γ.Καλλιώρα², Χ.Νάτσης³, Μ.Σταμούλη⁴, Ν.Καλόγηρος⁵, Α.Μουρτζίκου⁶

1. Βιοπαθολογικό εργαστήριο ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΦΥ 2η ΔΥΠΕ, Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»
2. Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ
3. Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ»
4. Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ»
5. Τμήμα Ιατρικής Πατρών
6. Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι ένα χρόνια, υποτροπιάζον, πολυσυστημικό αυτοάνοσο νόσημα. Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά είναι συχνότερη στις γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών, με αναλογία γυναίκες προς άντρες περίπου 9:1. Η νόσος του ΣΕΛ σύμφωνα με τα κλινικά, ανοσολογικά και αιματολογικά ευρήματα διακρίνεται στο δισκοειδή (χρόνιο), στο συστηματικό (οξύ) και σε μια ενδιάμεση μορφή τον υποξύ ερυθματώδη λύκο. Ασθενής, θήλυ 25 ετών, ημιδαπή, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό εργαστήριο του ΚΥ Νίκαιας για τον ετήσιο εργαστηριακό έλεγχο.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: τριχόπτωση, οιδήματα στα άνω-κάτω άκρα, κεφαλαλγίες, φωτοευαισθησία, έντονη καταβολή.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: μητέρα και αδερφή με παρόμοια συμπτωματολογία, χωρίς περαιτέρω διερεύνηση.

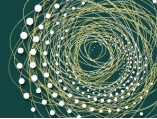
ΣΚΟΠΟΣ: ήταν η διερεύνηση της ↑↑↑ υψηλής τιμής CPK σε νέα ασθενή χωρίς διεγνωσμένα υποκείμενα νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: υλικό απετέλεσαν η γενική αίματος, ο βιοχημικός έλεγχος. Ο αιματολογικός έλεγχος διεξήχθη στον αναλυτή Celltac G της NIHON-KOHDEN, και ο βιοχημικός στον KONELAB 60.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Μέλη οικογένειας	CPK	AST/GOT	CK-MB	Γενική αίματος	ΤΚΕ	ΑΝΑ αντισώματα	RF
Α 25 ετών	1936	167	17	Αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία	↑	Θετικά	+
Β 30 ετών	1161	98	12	Ίδια εικόνα	↑	Θετικά	+
Γ 50 ετών	1287	69	11	Ίδια εικόνα	↑	Θετικά	+

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ο ΣΕΛ μπορεί να θεωρηθεί οικογενής, δηλαδή να έχει κληρονομική διάθεση. Τα παιδιά μπορούν να κληρονομήσουν από τους γονείς τους κάποιους άγνωστους ακόμα γενετικούς παράγοντες που μπορεί να καθορίζουν την προδιάθεση για την ανάπτυξη του ΣΕΛ. Ρόλος της ΠΦΥ, είναι να ανιχνεύσει πιθανή συμπτωματολογία αυτοάνοσων νοσημάτων, και να παραπέμψει τον ασθενή για περαιτέρω κλινικό/απεικονιστικό/εργαστηριακό έλεγχο.



AA31

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι.Σερέπας, Ε.-Α.Καλτσούνης, Φ.Παπαηλία, Α. Παπαδάκη, Ν.Αλεξίου, Τ.Ταταρίδου, Ζ. Χαραλαμπίδη, Π. Σφαέλου, Δ. Σιούτης, Μ. Χατζηαντωνάκης, Δ.Τούκλη, Α.Ανδριανότος, Ο. Τσατοβ, Μ. Κουπετώρη, Σ. Συμπάρδη

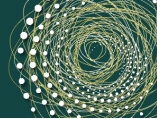
Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. ΘΡΙΑΣΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ασθενούς, με καλά ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που νοσηλεύθηκε λόγω οξείας εκδήλωσης νεφρωσικού συνδρόμου και ταυτόχρονης συμπτωματικής λοίμωξης αναπνευστικού, από τον ιό SARS-COV2.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας ετών 59 προσέρχεται λόγω υπερτασικής αιχμής και αιφνίδιας εμφάνισης οιδήματος κάτω άκρων από 4ημέρου. Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό μετφορμίνη. Στο ΤΕΠ: Θ= 37,5°C, αρτηριακή πίεση (192/93mmHg), SATO2=87% (υπό V/M 35%), ακροαστικά=τρίζοντες βάσεων, οιδήματα κάτω άκρων με εντύπωμα, DXT=117mg/dl, rapid test /PCR για SARS-COV2 (+).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εργαστηριακά: HbA1c=6%, Cr=3,40mg/dl, Ur=103 mg/dl, Λεύκωμα ούρων 24ώρου=7,105 gr, αλβουμίνη ορού=3,29 gr/dl, LDL=167 mg/dl, WBC=11.600 K/μl, CRP =32 mg/ml, T.K.E.=125 mm, Ινωδογόνο=918 mg/dl, Ra test <9 IU/ml, suPAR=6,7 ng/ml, proBNP =10.586 pg/ml. Καλλιέργειες αίματος/ούρων(-). HIV/HBV/HCV: (-), R.P.R.(-). Wright test (-). C3=54,4 mg/dl, C4=21,2 mg/dl. Δείκτες νεοπλασίας (-). Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων: αύξηση ζώνης α2. Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών IgG=557 mg/dl και IgM=31,7 mg/dl. Ανοσοκαθήλωση ορού και ούρων (-). Ανοσολογικός έλεγχος: ANA(-), c-και p-ANCA (-), Anti-dsDNA (-), Anti-CCP(-), Anti-PLA2R (-), Anti-GBM (-), Anti-PR3(-), Anti-MPO(-). CT θώρακος, άνω/κάτω κοιλίας = περιοχές θαμβής υάλου και πλευριτικές συλλογές άμφω, οιδηματώδης απεικόνιση των νεφρών, περινεφρικά διηθήματα, χωρίς διάταση των πυελοκαλυκτικών συστημάτων, συλλογή υγρού περιηπατικά και περισπληνικά, οίδημα ανασάρκα. U/S νεφρών-Triplex νεφρικών αγγείων: νεφροί φυσιολογικού πάχους παρεγχύματος και ηχογένειας φλοιού (!), χωρίς διάταση πυελοκαλυκτικού συστήματος, νεφρικές αρτηρίες με δείκτες περιφερικών αντιστάσεων οριακά αυξημένοι RI έως 0,80, νεφρικές φλέβες με φυσιολογική βατότητα. Χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφταρολίνη, ρεμντεσιβίρη και ενδοφλέβια διουρητικά. Βιοψία νεφρού: ευμεγέθεις μεσαγγειακοί όζοι Kimmelstiel-Wilson RPS stage IV και αλλοιώσεις εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης (απότοκες της διαβητικής νεφροπάθειας). Επιπλέον διάμεση ίνωση, σωληναριακή ατροφία και ίχνη συμπληρώματος C1 στο μεσάγγειο. Congo-red(-).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η οξεία COVID-19 με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, στην κλινική πράξη δύναται να πυροδοτήσει κλινικές οντότητες πέραν του αναπνευστικού, όπως στην περίπτωση αυτή οξεία εκδήλωση νεφρωσικού συνδρόμου. Τα ιστολογικά ευρήματα στις περισσότερες κλινικές περιπτώσεις είναι μεικτής αιτιολογίας, ανοσολογικής και αγγειακής αρχής.



AA32

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΖΩΔΟΥΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ (CMV)

Α. Σπύρου, Ε. Καλογιάννη, Σ. Λέτσα, Μ. Τζαννή, Μ. Αστρίτη

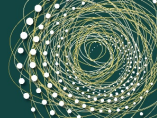
Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης που σχετίζεται με τον ιό Epstein-Barr (EBV) αποτελεί αναγνωρισμένο εκλυτικό παράγοντα για το οζώδες ερύθημα (OE). Αντίθετα, η σύνδεση του OE με την οξεία λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) καταγράφεται σπάνια. Η παρούσα κλινική περίπτωση περιγράφει CMV μονοπυρήνωση στα πλαίσια της οποίας εκδηλώθηκε OE.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Μία 50χρονη γυναίκα ελληνικής καταγωγής με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε αιτιώμενη εμπύρετο, αδυναμία/καταβολή και επώδυνη εξέρυθρη διόγκωση μαλακών μορίων αριστερού μηρού. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά ως κυτταρίτιδα μαλακών μορίων και τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη. Τα συμπτώματα επέμειναν και συνοδεύθηκαν από εμφάνιση έτερης βλάβης στο δεξί κάτω άκρο, εικόνα συμβατή πλέον με OE. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια άνοδο των τρασαμινασών (SGOT:46 U/L, SGPT:34 U/L), οριακά θετική τιμή CRP: 6.6 mg/L (κφ <5 mg/L), τιμή λευκών αιμοσφαιρίων 7,970/μL με 53.4% λεμφοκυτταρικό τύπο (απόλυτη τιμή 4,260/μL). Το επίχρισμα του περιφερικού αίματος ανέδειξε απόλυτη λεμφοκυττάρωση με ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα. Υπερηχογραφικά ανεδείχθη ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία. Ο ορολογικός έλεγχος για αντισώματα έναντι HIV, HBV, HCV, EBV, ιό του απλού έρπητα (HSV) 1, 2, και *Toxoplasma gondii*, ήταν αρνητικός. Οι καλλιέργειες αίματος, ο έλεγχος QuantiFERON, και ο έλεγχος για σαρκοείδωση με μετατρεπτικό ενζύμο αγγειοτενσίνης (SACE) ήταν επίσης αρνητικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθηκαν θετικά IgM και αμφίβολα IgG έναντι CMV (Alisei Quality System Elisa), συμβατά με οξεία CMV λοίμωξη. Η διάγνωση OE στα πλαίσια οξείας CMV μονοπυρήνωσης επιβεβαιώθηκε με επαναληπτική μέτρηση αντισωμάτων 2 μήνες αργότερα (ορομετατροπή IgG και αρνητικά IgM) που συνοδεύθηκε με ύφεση των συμπτωμάτων και ομαλοποίηση των εργαστηριακών τιμών. Νέος υπέρηχος κοιλίας ανέδειξε ήπαρ και σπλήνα φυσιολογικών διαστάσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κλινική περίπτωση περιγράφει μια ασυνήθη εκδήλωση της CMV μονοπυρήνωσης. Σε αντίθεση με τον EBV που αποτελεί συχνό αιτιολογικό παράγοντα, η σύνδεση του CMV με το OE είναι σπάνια καταγεγραμμένη βιβλιογραφικά. Η αποκλειστική ανεύρεση οξείας CMV λοίμωξης, σε συνδυασμό με την αρνητική διερεύνηση άλλων αιτιών, καθιστούν τον CMV τον πλέον πιθανό υπεύθυνο παράγοντα. Η αναγνώριση της σχέσης CMV και OE μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη διάγνωση και αποφυγή περιττών θεραπειών, βελτιώνοντας τη διαχείριση των ασθενών.



ΑΑ33

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΕΓΚΕΦΑΛΟ

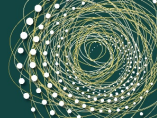
Ηλέκτρα Στραβοδήμου¹, Βασιλική Ράπτη¹, Χρήστος Κούρνης¹, Καλομοίρα Αθανασίου¹, Σοφία Σιασιάκου¹, Ελένη Κάκαλου¹, Βησσαρία Σακκά¹, Κωνσταντίνος Συρίγος¹, Γαρυφαλλιά Πουλάκου¹

1. Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ασθενούς που νοσηλεύτηκε στη Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» με εικόνα μηνιγγοεγκεφαλίτιδας και πνευμοεγκέφαλο μη τραυματικής αιτιολογίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: Άντρας 59 χρονών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος πυρετό, δυσουρικά ενοχλήματα, συνοδό κεφαλαλγία, ναυτία και εμέτους από 4ημέρου. Έχει ατομικό αναμνηστικό χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας και ουρολοιμώξεων. Καλύφθηκε μεΤο 2^ο 24 ωρο νοσηλείας, ο ασθενής παρέμενε εμπύρετος ($\theta_{\max}$:39.2°C) και παρουσίαζε προοδευτικά επιδεινούμενη κεφαλαλγία και φωτοφοβία. Από την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκαν αυχενική δυσκαμψία και θετικά σημεία Kerning και Brudzinski. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφαλικού και σπλαχνικού κρανίου, όπου διαπιστώθηκαν εικόνα πνευμοεγκέφαλου και λύση σφηνοειδούς οστού. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση και η εξέταση ENY ανέδειξε τα εξής: διαυγές, με φυσιολογική πίεση εκροής και παρουσία πολλαπλών φυσαλίδων αέρα, κύτταρα:1440/μl (πολυμορφοπυρηνικού τύπου), λεύκωμα:128 mg/dl, γλυκόζη:42 mg/dl. Εν αναμονή των αποτελεσμάτων της πολυπλεκτικής PCR στο ENY και λόγω του ιστορικού χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας, υπήρξε υψηλή υποψία πολυμικροβιακής αρχής μηνιγγίτιδας. Ως εκ τούτου, τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή έναντι των παθογόνων που προκαλούν χρόνια παραρρινοκολπίτιδα, με κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη και κλινδαμυκίνη και στη συνέχεια λόγω επιδείνωσης σε μεροπενέμη, λινεζολίδη, μετρονιδαζόλη και αμφοτερικίνη Β. Από τη multiplex-PCR ταυτοποιήθηκε *H.influenzae* και αποκλιμακώθηκε σε κεφτριαξόνη και μετρονιδαζόλη. Παράλληλα, ο ασθενής διακομίσθηκε σε νευροχειρουργική κλινική, όπου έγινε αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος με τη χρήση μοσχεύματος λίπους και μυικής περιτονίας (μηρό) και ειδικού στεγανοποιητικού υλικού. Έπειτα από την ολοκλήρωση των νευροχειρουργικών παρεμβάσεων ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Λοιμώξεων του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για συνέχιση αντιμικροβιακής αγωγής με κεφδιτορένη και μετρονιδαζόλη με στόχο διάρκειας αντιμικροβιακής θεραπείας τους 3 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ύπαρξη πνευμοεγκέφαλου σε ασθενείς με μηνιγγοεγκεφαλίτιδα είναι μια εξαιρετικά σπάνια αλλά ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Υποδεικνύει την ύπαρξη οστικού ελλείμματος και επικοινωνίας μεταξύ εγκεφαλικού και σπλαχνικού κρανίου, καθιστώντας αυξημένη την πιθανότητα ύπαρξης πολυμικροβιακού αιτιολογικού παράγοντα μηνιγγοεγκεφαλίτιδας με ταυτόχρονη ανάγκη προσθήκης στην εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή αντιμυκητιασικού παράγοντα. Παράλληλα, ιδιαίτερο προβληματισμό προκαλεί η διάρκεια της αντιμικροβιακής αγωγής λόγω του επιπλεγμένου μηχανισμού που οδήγησε στη μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.



ΑΑ34

ΚΑΡΔΙΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ ΤΟΥ BRUTON

Ι. Μήττας, Ε. Ακήφογλου, Σ. Μαδυτινού, Ε. Ζιάκα, Ι. Κατραντζής, Τ. Μποζ, Ι. Στρατάκης, Λ. Μυλωναδάκη, Ν. Καμπουρίδης, Ν. Παπουλίδης.

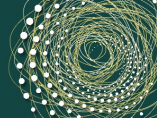
Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καβάλας

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού καρδιακής ανεπάρκειας απότοκος ταχείας κολπικής μαρμαρυγής ως αποτέλεσμα καρδιοτοξικής δράσης του χημειοθεραπευτικού ibrutinib, ενός νέου ισχυρού αναστολέα της τυροσινικής κινάσης του Bruton (BTK).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άντρας ηλικίας 67 ετών, με ατομικό αναμνηστικό μακροσφαιριναιμίας του Waldenstrom, για το οποίο νόσημα λαμβάνει από μηνών χημειοθεραπεία με ibrutinib, προσήλθε λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών από μηνός, με επιδείνωση της λειτουργικής του κατάστασης και εκδήλωσης δύσπνοιας στην ελάχιστη κόπωση (NYHA III). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα υπήρχε καταγραφή ταχείας κολπικής μαρμαρυγής, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε διάταση αριστερής κοιλίας με ομότιμη υποκινησία τοιχωμάτων, επηρεασμένη συνολική συστολική λειτουργία (LVEF~40%) και ευρήματα συμβατά με αυξημένες τελοδιαστολικές πιέσεις πλήρωσης, καθώς και διάταση του αριστερού κόλπου και μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς. Στον ασθενή χορηγήθηκε αποιδηματική αγωγή με φουροσεμίδη, β-αποκλειστή για τον έλεγχο της συχνότητας και αντιπηκτικό rivaroxaban, καθώς και βαλσαρτάνη και επλερενόνη. Μετά από επικοινωνία με την θεράποντα αιματολόγο έγινε διακοπή του ibrutinib. Ακολούθησε αυτοανάταξη της αρρυθμίας και εξιτήριο του ασθενούς με φλεβοκομβικό ρυθμό.

Η στεφανιογραφία του ασθενούς ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς κριτικές αλλοιώσεις. 2 μήνες μετά, σε επανέλεγχο, ο ασθενής, υπό βαλσαρτάνη, επλερενόνη, βισοπρολόλη, εμπαγλιφλοζίδη, φουροσεμίδη, rivaroxaban και εναλλακτική αιματολογική αγωγή, περιγράφει λειτουργική κατάσταση NYHA II, διατηρεί φλεβοκομβικό ρυθμό, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα αναδεικνύει φυσιολογική γεωμετρία αριστερής κοιλίας με διατηρημένη συνολική συστολική λειτουργία (LVEF~50%) και βελτίωση της λειτουργικής ανεπάρκειας της μιτροειδούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ibrutinib είναι αποτελεσματικό και γενικά καλά ανεκτό φάρμακο για τη θεραπεία λεμφωμάτων B-κυττάρων, όπως είναι και η μακροσφαιριναιμία του Waldenstrom. Η επίπτωση της σχετιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής εκτιμάται από 3% στο 16%. Αποτελεί παρενέργεια που μπορεί να περιορίσει τη θεραπεία, και για αυτό οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την ειδική διαχείριση των ασθενών αυτών, αλλά και των επιπλοκών που μπορούν να πυροδοτηθούν από τις σύγχρονες αντινεοπλασματικές θεραπείες.



ΑΑ35

ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟ SHOCK ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ

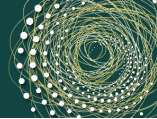
Ι. Μήττας, Ε. Ακήφογλου, Σ. Μαδυτινού, Ε.Ζιάκα, Ι. Κατραντζής, Τ. Μποζ, Ι. Στρατάκης, Δ. Μακρυγιάννης, Ν. Καμπουρίδης, Ν. Παπουλίδης.

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καβάλας

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με εκδήλωση αναφυλακτικής αντίδρασης μετά από ενδοφλέβια χορήγηση αμιωδαρόνης στα πλαίσια προσπάθειας ανάταξης κολπικής μαρμαρυγής προσφάτου ενάρξεως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκα ηλικίας 70 ετών, με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, προσήλθε λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών από ωρών προ της εισαγωγής. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου κατεγράφη κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση, οπότε και αποφασίστηκε προσπάθεια ανάταξης της αρρυθμίας με ενδοφλέβια χορήγηση αμιωδαρόνης. Λίγα λεπτά μετά την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου, η ασθενής αιτιάθηκε δύσπνοια, παρουσίασε διάχυτη ερυθρότητα και ακολούθησε έκπτωση επιπέδου συνείδησης με αιμοδυναμική κατάρριψη και κυάνωση. Η ασθενής υποστήριχθηκε καρδιοαναπνευστικά, διασωληνώθηκε και, καθώς θεωρήθηκε η αμιωδαρόνη ως αίτιο αναφυλακτικής αντίδρασης, χορηγήθηκε αδρεναλίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Ακολούθησε συγχρονισμένη ηλεκτρική καρδιοανάταξη της αρρυθμίας, και μερικές ώρες αργότερα η ασθενής αποσωληνώθηκε έχοντας αποκαταστήσει ζωτικά σημεία, αρτηριακή πίεση και κορεσμό σε οξυγόνο. Η ασθενής πήρε εξιτήριο με φλεβοκομβικό ρυθμό με οδηγίες για συνέχιση του αντιπηκτικού rivaroxaban και β-αποκλειστή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αμιωδαρόνη είναι ένα συχνά χρησιμοποιούμενο και αποτελεσματικό αντιαρρυθμικό φάρμακο, αλλά και με μεγάλη ποικιλία συστηματικών παρενεργειών. Μπορεί όμως να προκαλέσει και αλλεργικές αντιδράσεις, που κυμαίνονται από αγγειοοίδημα έως αναφυλακτικό shock, ιδιαίτερα σε ασθενείς με γνωστή αλλεργία σε ιωδιούχα σκιαστικά. Απαιτείται εγρήγορση των κλινικών γιατρών για την έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία μίας κατάστασης απειλητικής για τη ζωή του ασθενούς.



AA36

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΑΛΣΙΝΕΥΡΙΝΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ

A. Τσουπλάκωβα¹, Aleksandra Catic-Djordjevic², Nikola Stefanović², Ε.Δ Καραλής¹

¹ Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Πανεπιστημιούπολη, Ζωγράφου, 15784, Αθήνα, Ελλάδα

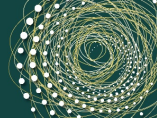
² Department of Pharmacy, Faculty of Medicine, University of Nis, Nis, Serbia

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη διερευνά τους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα αναστολέων καλσινευρίνης (CN) σε μεταμοσχευμένους ασθενείς, αξιοποιώντας τεχνικές μηχανικής μάθησης και τεχνητών νευρωνικών δικτύων για τη βελτιστοποίηση της παρακολούθησης και της προσαρμογής της ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 80 μεταμοσχευμένοι ασθενείς, στους οποίους τα επίπεδα CN μετρήθηκαν σε διαδοχικούς μήνες. Οι ασθενείς ήταν σε αγωγή υπό κυκλοσπορίνη ή τακρόλιμους, ενώ λάμβαναν και μυκοφαινολικό οξύ (ή μοφετίλ). Επιπλέον των δημογραφικών και σωματομετρικών χαρακτηριστικών, καταγράφηκαν η χρονική απόσταση από τη μεταμόσχευση (PTT), η νεφρική λειτουργία, αιματολογικές παράμετροι, η συνολική ημερήσια δόση MPA/MMF και κυκλοσπορίνης ή τακρόλιμους, καθώς και τα επίπεδα CN. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές μηχανικής μάθησης όπως η ανάλυση κύριων συνιστωσών (PCA), η ανάλυση K-πλησιέστερων γειτόνων (KNN), οι συναθροιστικές προσεγγίσεις (bagged και boosted Trees) καθώς και μία σειρά από τεχνητά νευρωνικά δίκτυα (ρηχά, μέτρια, βαθιά).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι αναλύσεις αξιολόγησαν τη σημασία των χαρακτηριστικών στην πρόβλεψη των επιπέδων καλσινευρίνης, αναδεικνύοντας σταθερά το χρόνο μετά τη μεταμόσχευση και την κρεατινίνη ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες. Η δόση MPA/MMF αποτέλεσε επίσης βασικό παράγοντα σε όλα τα μοντέλα, ενώ η συνολική δόση κυκλοσπορίνης/τακρόλιμους παρουσίασε μέτρια σημασία, ιδιαίτερα στα τεχνητά νευρωνικά δίκτυα. Το φύλο βρέθηκε να έχει μία σχετικά μεγάλη επίδραση, ενώ ο τύπος του αναστολέα καλσινευρίνης παρέμεινε ο λιγότερο σημαντικός παράγοντας σε όλα τα μοντέλα. Συνολικά, τα ευρήματα επιβεβαίωσαν τη σημασία της νεφρικής λειτουργίας, του χρόνου μετά τη μεταμόσχευση και της ανοσοκατασταλτικής δοσολογίας στα επίπεδα CN, με μικρές διακυμάνσεις στους δευτερεύοντες προβλεπτικούς παράγοντες μεταξύ των μεθόδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ανάλυση επιβεβαίωσε το χρόνο μετά τη μεταμόσχευση και τα επίπεδα κρεατινίνης στο αίμα ως κύριους προβλεπτικούς παράγοντες των επιπέδων καλσινευρίνης. Η δόση MPA/MMF είχε επίσης σημαντική επίδραση, ενώ ο τύπος του αναστολέα καλσινευρίνης είχε ελάχιστη επίδραση.



ΑΑ37

Η ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κωνσταντίνος Φωλήνας¹, Κλεοπάτρα Ράπτη¹, Βαλεντίνη Αποστολοπούλου³, Αρετή Καλφούτζου¹, Αλεξάνδρα Κορόβηλα¹, Μαριάντζελα Λαμπράκη¹, Ελευθερία Μπαγιώκου¹, Δήμητρα Μπαρτζή¹, Τέγος Θεόδωρος², Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος², Ραμφίδης Βασίλειος¹

1. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ, Αθήνα

2. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

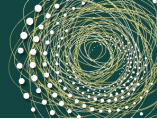
3. Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ν.Μ.Ι.Τ.Σ.», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Στη σημερινή εποχή, νέες στοχευτικές και ανοσοθεραπευτικές θεραπείες αναδύονται (κατά μόνας ή σε συνδυασμούς) στα καρκινώματα του ουροποιογεννητικού συστήματος. Οι ασθενείς με καρκίνο του ουροποιογεννητικού συστήματος αντιμετωπίζουν διάφορες προκλήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής τους πορείας, ενώ μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν κλινικά την ψυχολογική τους δυσφορία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ψυχολογική δυσφορία έχει σημαντικό αντίκτυπο στη διάθεση και στη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Αφορά σε συναισθηματικά συμπτώματα (άγχος και κατάθλιψη), αλλά και πρακτικά (οικονομικά και μεταφορικά), σωματικά (κόπωση, πόνος και παρενέργειες από την αγωγή) και πνευματικά προβλήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η φύση των καρκινωμάτων, που εδράζεται στο κέντρο του σεξουαλικού του πυρήνα, είναι αρκετή για να καταστήσει πρόδηλη την πηγή της ψυχολογικής αυτής δυσφορίας. Στην κατεύθυνση αυτή είναι σημαντική η ανάπτυξη ψυχοκοινωνιολογικών και υποστηρικτικών δομών που δύνανται να βοηθήσουν τη δυσφορία αυτή, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανταπεξέλθουν στην πρόγνωση του νεοπλασματος και στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πολλοί ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του ουροποιογεννητικού συστήματος εμφανίζουν σχετική ψυχολογική δυσφορία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους, σε κάποιο στάδιο της θεραπευτικής τους πορείας, λόγω και του ότι εδράζονται στο κέντρο του σεξουαλικού πυρήνα τους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές αναφορές στην ανάγκη εξέτασης για το στρες αυτό και της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι πιθανόν, στην καθ'ημέρα κλινική πράξη, να υποεκτιμάται και να υποαναγνωρίζεται η επίδραση αυτή. Για το λόγο αυτό, είναι πρόδηλη η ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου ψυχολογικής δυσφορίας στον πληθυσμό αυτό.



ΑΑ38

ΛΕΙΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΜΙΑ ΑΓΝΩΣΤΗ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ

Κωνσταντίνος Φωλήνας¹, Κλεοπάτρα Ράπτη¹, Βαλεντίνα Αποστολοπούλου³, Αρετή Καλφούτζου¹, Αλεξάνδρα Κορόβηλα¹, Μαριάντζελα Λαμπράκη¹, Ελευθερία Μπαγιώκου¹, Δήμητρα Μπαρτζή¹, Τέγος Θεόδωρος², Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος², Ραμφίδης Βασίλειος¹

1.Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ, Αθήνα

2. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

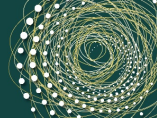
3.Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ν.Μ.Ι.Τ.Σ.», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η Λειψμανίαση είναι μια κατηγορία ασθενειών διαμεσολαβούμενη από ένα φορέα που προκαλούνται από ενδοκυττάρια πρωτόζωα που ανήκουν στο γένος της Λειψμάνια. Περίπου 1,5 με 2 εκατομμύρια νέα κρούσματα παγκοσμίως εμφανίζονται ετησίως με 310 εκατομμύρια άτομα σε κίνδυνο, ενώ 40.000-70000 άτομα πεθαίνουν ετησίως. Ο καρκίνος αφορά σε μια κατηγορία ασθενειών που σχετίζονται με την ανώμαλη κυτταρική αύξηση, που τείνουν να αναπτύσσεται με εκθετικό τρόπο και εντέλλει να μεθίσταται σε πολλές εστίες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η πιθανή συσχέτιση Λειψμάνιας και καρκίνου αρχίζει στους αιτιολογικούς (λοιμώδεις) παράγοντες που δύναται να αφορούν παράσιτα (Opisthorchis, Clonorchis, Theileria, Schistosoma). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε μελέτες με ανθρώπινα και ζωικά μοντέλα έχει στοιχειοθετηθεί η πρόκληση καρκινωμάτων από παράσιτα του γένους Λειψμάνια. Επίσης, λόγω κοινών κλινικών σημείων και συμπτωμάτων μεταξύ των δύο αυτών κλινικών οντοτήτων, υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία λανθασμένη διάγνωση καρκίνου όπου υποβόσκει ενεργός Λειψμανίαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Επιπρόσθετα, πολλά μόρια που εμφανίζουν αντικαρκινική δράση, έχουν δράση έναντι των παρασίτων του γένους της Λειψμάνιας. Η χρήση κοινών φαρμακευτικών μορίων για τις δύο κλινικές οντότητες, επισημαίνει ότι υπάρχει αλληλεπικάλυψη όσον αφορά τους μοριακούς μηχανισμούς, την ανοσοπαθολογία και τους θεραπευτικούς στόχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη βιβλιογραφία έχουν χαρακτηριστεί πρωτεΐνες, των οποίων η άνωθεν ή κάτωθεν ρύθμιση, συσχετίζονται με την επιβίωση, ανάπτυξη, παθογένεια, μεταβολικά μονοπάτια και σηματοδότηση σε παρασιτικές λοιμώξεις και καρκινικά κύτταρα. Η ρύθμιση αυτών των δεικτών μπορούν να εξεταστούν σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ παρασίτων του γένους της Λειψμάνιας και καρκινικών κυττάρων σε «in vitro» και «in vivo» μοντέλα.



ΑΑ39

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΕΝΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κωνσταντίνος Φωλήνας¹, Κλεοπάτρα Ράπτη¹, Βαλεντίνα Αποστολοπούλου³, Αρετή Καλφούτζου¹, Αλεξάνδρα Κορόβηλα¹, Μαριάντζελα Λαμπράκη¹, Ελευθερία Μπαγιώκου¹, Δήμητρα Μπαρτζή¹, Τέγος Θεόδωρος², Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος², Ραμφίδης Βασίλειος¹

1.Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ, Αθήνα

2. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

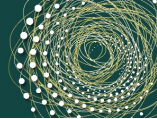
3.Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ν.Μ.Ι.Τ.Σ.», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η προκαλσιτονίνη (PCT) είναι ένα πολυπεπτίδιο (16 αμινοξέων) που παράγεται από τα C-κύτταρα των θυρεοειδών αδένων. Στη καθ' ημέρα κλινική πράξη, η PCT έχει εξελιχθεί σε ένα νέο και πολλά υποσχόμενο βιοδείκτη της πρώιμης εντόπισης μιας συστηματικής βακτηριακής λοίμωξης. Σε αντίθεση με άλλους βιοδείκτες σχετιζόμενους με λοίμωξη, δύναται να διαχωρίσει βακτηριακή και μη λοίμωξη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η λοίμωξη είναι μια από τις πιο σημαντικές επιπλοκές σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ συχνά προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας και της θνητότητας των ασθενών αυτών. Οι ασθενείς με κακοήθεια εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κινδύνου για λοίμωξη. Μια άνοδος της PCT και των λευκών αιμοσφαιρίων δύναται να οφείλεται σε μια άσηπτη διαδικασία σε ασθενείς με καρκίνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ενώ είναι αποδεδειγμένη η προβλεπτική ικανότητα της PCT όσον αφορά την πορεία μιας βακτηριακής λοίμωξης και του πυρετού σε μη-ουδετεροπενικούς ασθενείς, πρόσφατες μελέτες, όμως, εξετάζεται η σχέση της PCT με την μετάσταση και του προχωρημένου μιας νεοπλασίας (θυρεοειδικός καρκίνος, μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η PCT έχει συγκεκριμένο και επαρκώς περιγεγραμμένο ρόλο στη πρόβλεψη της πορείας μιας βακτηριακής λοίμωξης καθώς και δρά επικουρικά στην απόφαση για αποκλιμάκωση της αντιβιοτικής αγωγή, βάσει της ισχύουσας βιβλιογραφίας. Όμως, μόλις αχνοφαίνεται ο ρόλος της κατά τη διάρκεια μιας λοίμωξης σε ένα καρκινοπαθή (ακόμα και αν δεν έχει εμφανίσει ουδετροπενία) καθώς και ως προβλεπτικό παράγοντα όσον αφορά τη πορεία της ογκολογικής νόσου. Μεγαλύτερες μελέτες χρειάζονται για να επιβεβαιωθεί ο ρόλος και η έκταση της επίδρασης της PCT στην παρακολούθηση ενός ογκολογικού ασθενούς.



ΑΑ40

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ: ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Κωνσταντίνος Φωλήνας¹, Κλεοπάτρα Ράπτη¹, Βαλεντίνια Αποστολοπούλου³, Αρετή Καλφούτζου¹, Αλεξάνδρα Κορόβηλα¹, Μαριάντζελα Λαμπράκη¹, Ελευθερία Μπαγιώκου¹, Δήμητρα Μπαρτζή¹, Τέγος Θεόδωρος², Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος², Ραμφίδης Βασίλειος¹

1. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ 251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ, Αθήνα

2. Ογκολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

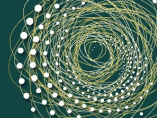
3. Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ν.Μ.Ι.Τ.Σ.», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύστημα Υγείας είναι πολύπλοκο και αποτελεί μια πρόκληση για όλες τις πλευρές που έχουν ρόλο στην πραγμάτωσή του. Η Τεχνητή Νοημοσύνη (ΤΝ) έχει αναδιαμορφώσει αρκετά πεδία, συμπεριλαμβανομένου και της Υγείας, με την προοπτική να βελτιώσει την θεραπευτική του ασθενούς και την ποιότητα υγείας του. Τα επιτεύγματα της ΤΝ έχουν προκαλέσει επανάσταση στο χώρο της υγείας με την ενσωμάτωση της στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ΤΝ είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση ασθενειών, στην προσωποποίηση του θεραπευτικού πλάνου στον κάθε ασθενή και να συνεπικουρήσει στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων από τους θεράποντες. Αντί για την πραγματοποίηση αυτοματοποιημένων εργασιών, η ΤΝ παρουσιάζει τη δυνατότητα να αναπτύξει τεχνολογίες, αλλά και να αυτο-εκπαιδεύεται, ώστε να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν προκλήσεις όσον αφορά την ασφάλεια και την προκατάληψη των δεδομένων, και την ανάγκη για ανθρώπινο δυναμικό για να φέρουν την ευθύνη και να εξασφαλίζουν τη αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της ΤΝ στον χώρο της υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, ο περιγεγραμμένος αυτός ρόλος της ΤΝ, όλο και με περισσότερη ζέση στη διεθνή βιβλιογραφία συν τω χρόνω, δύναται να αλλάξει τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αρκεί, όμως, να ληφθούν υπόψη οι προβληματισμοί για την ενσωμάτωση της στην καθ' ημέρα κλινική πράξη και να λειτουργήσουν τα ανακλαστικά μας για την καλύτερη ρύθμιση της λειτουργίας της ΤΝ, ώστε να αποδώσει στο έπακρο τις δυνατότητες της στο χώρο της Υγείας.



ΑΑ41

ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ Β-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΜΦΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Χαμακιώτη, Α. Σουρλάς, Θ. Παπαμιχάλης, Ηλ. Κουρεμένος, Μ. Τσεπέλη, Ε. Μοστράτου

Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

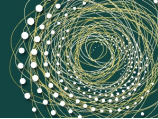
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πρωτογενείς λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές του σπλήνα είναι σπάνιες κλινικές οντότητες που στην πλειονότητα τους εκδηλώνονται με μη ειδικά συμπτώματα καθιστώντας τη διάγνυσή τους πραγματική πρόκληση. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση επιθετικής Β-κυτταρικής λεμφοϋπερπλαστικής διαταραχής του σπλήνα, η οποία διαγνώστηκε μετά από εκτενή διερεύνηση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Μια 63χρονη γυναίκα προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη κόπωση και αδυναμία από τριμήνου, με συνοδό επιγαστραλγία, που δε σχετιζόταν με την πρόσληψη τροφής. Η ασθενής ανέφερε πρόσφατη διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ, στα πλαίσια της διάγνωσης αυτής αναφέρεται προσπάθεια μέσω διατροφής για την απώλεια βάρους και διαρροϊκό σύνδρομο που εμφανίστηκε το τελευταίο δεκαπενθήμερο, πιθανόν λόγω της χρήσης μετφορμίνης. Σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο που προσκομίζει η ασθενής αναδείχθηκε μικροκυτταρική υποχρωμική αναιμία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής χωρίς εμφανή αιτία.

Κατά τη νοσηλεία, πραγματοποιήθηκε διαγνωστική διερεύνηση, η οποία περιελάμβανε υπερηχοκαρδιογράφημα, αξονικές τομογραφίες, ενδοσκοπήσεις γαστρεντερικού και PET-CT. Η αξονική τομογραφία της κοιλιάς έδειξε σπληνομεγαλία με πολλαπλές, διάσπαρτες, ασθενώς υπόπυκνες, ασαφών ορίων, εστιακές αλλοιώσεις και διογκωμένους λεμφαδένες αριστερά της έκφυσης του αλληρείου, πέριξ της πορείας της σπληνικής αρτηρίας και παραορτικά αριστερά. Η PET-CT ανέδειξε υπερμεταβολικές εστίες στο σπλήνα και υπερμεταβολικούς λεμφαδένες στην άνω κοιλία καθώς και ασθενή διάχυτη καθήλωση σε όλο το μυελό. Η γαστροσκόπηση έδειξε ήπια φλεγμονώδη διήθηση του χορίου με λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.

Πραγματοποιήθηκε οστεομυελική βιοψία, της οποίας η παθολογοανατομική εξέταση δεν κατέληξε σε διάγνωση. Ωστόσο, η στοχευμένη διαδερμική βιοψία των παραορτικών λεμφαδένων που διενεργήθηκε από επεμβατικούς ακτινολόγους με την καθοδήγηση αξονικού τομογράφου, επιβεβαίωσε τη διάγνωση μιας επιθετικής Β-κυτταρικής λεμφοϋπερπλαστικής διαταραχής του σπλήνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η περίπτωση αυτή υπερτονίζει τον υψηλό βαθμό δυσκολίας στη διάγνωση των πρωτογενών λεμφοϋπερπλαστικών διαταραχών του σπλήνα, καταδεικνύοντας ταυτόχρονα τη σημασία της πολυδιάστατης απεικόνισης και της στοχευμένης βιοψίας για την ακριβή διάγνωση. Η πρώιμη αναγνώριση και διερεύνηση των άτυπων κλινικών εκδηλώσεων είναι κρίσιμες για την έγκαιρη παρέμβαση και τη βελτίωση της πρόγνωσης.



ΑΑ42

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΙΤΙΩΝ ΥΠΟΧΡΩΜΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

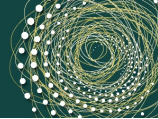
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Η υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία απαντάται πολύ συχνά σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Παθολογική Κλινική. Πλήθος κλινικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσουν σε αυτή. Σκοπός μας η μελέτη της συχνότητας και των αιτιών της υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας στους ασθενείς της Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο 2024 έως και τον Ιούνιο 2024.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 71 ασθενείς (37 άνδρες και 34 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 63,7 έτη), που νοσηλεύτηκαν κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα στην Παθολογική Κλινική και στους οποίους είχε διαπιστωθεί τόσο από την γενική αίματος όσο και από το επίχρισμα του περιφερικού αίματος (υποχρωμία και μικροκυττάρωση).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο κλινικός, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε τις παρακάτω αιτίες: Ετερόζυγος β-μεσογειακή αναιμία n=27 (38,02%), πεπτικό έλκος n=15 (21,12%), κακοήγη νοσήματα n=14 (19,71%), αιμορροιδοπάθεια n=6 (8,45%), μηνορραγία n=4 (5,63%), ινομύωμα μήτρας n=8 (4,22%), Νόσος Crohn 1 (1,4%), διαφραγματοκήλη n=1 (1,4%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ετερόζυγος Β- Μεσογειακή αναιμία και το πεπτικό έλκος αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας στους νοσηλευόμενους της Παθολογικής Κλινικής.



ΑΑ43

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η. Γεωργόπουλος¹, Α. Χατζόπουλος¹, Κ. Κατσαρός², Π. Χέρας²

¹ Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

² Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

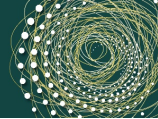
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επίπτωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) αυξάνει προοιούσης της ηλικίας. Η κλινική εκδήλωση της νόσου και η βαρύτητα των παροξύνσεων της σε άτομα της 3^{ης} και της 4^{ης} ηλικίας εξαρτάται και από την συνύπαρξη και άλλων παθολογικών καταστάσεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταδείξουμε τα εκλυτικά αίτια παρόξυνσης της ΧΑΠ σε γηριατρικούς ασθενείς και των παραγόντων που επιδεινώνουν την δύσπνοια αυτών των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αποτελείται από 51 ασθενείς κατά μέσο όρο ηλικίας τα 76,8 έτη που προσήλθαν σε επαρχιακό νοσοκομείο με παρόξυνση ΧΑΠ κατά την διάρκεια του 2024.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Α. Εκλυτικά αίτια παρόξυνσης της ΧΑΠ: 72% λοίμωξη αναπνευστικού, 41% μη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή, 23% παθητικό κάπνισμα, 32% ενεργητικό κάπνισμα, 65 έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες. Β. Παράγοντες που επιβαρύνουν την δύσπνοια: Καρδιακή ανεπάρκεια 77%, Εμπύρετος λοίμωξη αναπνευστικού με Θ>38°C 57%, αναιμία 40%, κακοήθεια 18%, αρρυθμίες 31%, παχυσαρκία 28%, Πλευριτική συλλογή και ίνωση 3%, Χρόνια Νεφρική Νόσος 11% και αφυδάτωση 6%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ιογενής ή μικροβιακή λοίμωξη αναπνευστικού είναι οι συχνότερες υπεύθυνες αιτίες παρόξυνσης ΧΑΠ. Η απεξάρτηση από τον καπνό είναι δύσκολη ακόμα και στους βαρέως πάσχοντες. Η συνύπαρξη και άλλων παθολογικών καταστάσεων σε αυτούς τους ασθενείς καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της νόσου. Για αυτό τον λόγο απαιτείται και η εκπαίδευση και των Γενικών Ιατρών στο αντικείμενο της ΧΑΠ να είναι άρτια και πλήρως καταρτισμένη, έτσι ώστε να μπορεί να έχει επιτυχή αντιμετώπιση της νόσου από τα αρχικά στάδια αυτής.



ΑΑ44

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

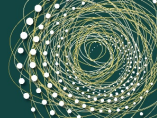
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Μακροκυττάρωση ορίζεται ως η αύξηση του μέσου όγκου ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) άνω των 100 fl. Σκοπός της εργασίας μας είναι η διερεύνηση των αιτιών μακροκυττάρωσης στους ασθενείς Παθολογικής Κλινικής Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 74 ασθενείς με $MCV > 100$ fl στην Παθολογική Κλινική μας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Ιούνιος 2024. Από τους 74 ασθενείς, οι 40 (54%) ήταν άνδρες και οι 34 (46%) ήταν γυναίκες. Η ηλικία κυμαινόταν μεταξύ 44-82 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αίτια της μακροκυττάρωσης στις διάφορες ομάδες τιμών MCV ήταν: Κίρρωση ήπατος με $MCV = 102-110$ fl σε 8 ασθενείς, μεγαλοβλαστική αναιμία με $MCV = 108-120$ fl σε 15 ασθενείς, χρόνιας αιθυλισμός με $MCV = 104-110$ fl σε 17 ασθενείς, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο με $MCV = 102-125$ fl σε 13 ασθενείς, κακοήθης νεοπλασία (Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία, Πολλαπλούν Μυέλωμα) με $MCV = 100-110$ fl σε 3 ασθενείς, χρόνια φαρμακευτική αγωγή (αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά) με $MCV = 100-105$ fl σε 14 ασθενείς, αδιευκρίνιστα αίτια με $MCV = 100-110$ fl σε 4 ασθενείς. Αναιμία εμφανίστηκε σε 58 ασθενείς (74%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συχνότερα αίτια μακροκυττάρωσης σε νοσηλευόμενους ασθενείς δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου αποτελούν κατά σειρά συχνότητας: η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ καθώς και η κατανάλωση φαρμάκων και τα αιματολογικά νοσήματα.



AA45

Η ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΠΡΟΣΦΟΡΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΑΝΤΙΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ (SIADH)

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

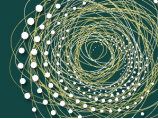
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Το Σύνδρομο Απρόσφορης Έκκρισης Αντιδιουρητικής Ορμόνης (SIADH) είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υπονατρίαemia και οφείλεται σε διάφορα αίτια. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσία ενδιαφέροντος περιστατικό βρουκέλλωσης ως αιτίου υπονατρίαemias λόγω SIADH.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 39 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 39,5 °C, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Ο ασθενής αναφέρει θετικό επιδημιολογικό ιστορικό για βρουκέλλα (κτηνοτρόφος και κατανάλωση φρέσκων γαλακτοκομικών προϊόντων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπονατρίαemia (Νάτριο ορού 120 mmol/l). Ο ασθενής δεν αναφέρει λήψη φαρμάκων. Στον απεικονιστικό έλεγχο Α/Α θώρακος, Υπερηχογράφημα κοιλίας και Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου) δεν ανεδείχθησαν παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο συνήθης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ από τα λοιπά εργαστηριακά ευρήματα επισημαίνουμε τα εξής: Νάτριο ούρων=163 mmol/l, ουρία=20 mg/dl και ουρικό οξύ =2,5 mg/dl, θυρεοειδικός έλεγχος και κορτιζόνη ορού εντός φυσιολογικών ορίων, εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με SIADH. Από τον ορολογικό έλεγχο ανεδείχθη αντίδραση Wright 1/1280 (+), ενώ εκ της καλλιέργειας αίματος απομονώθηκε *Brucella Melitensis*. Ο ασθενής έλαβε την ενδεικνυόμενη αγωγή (στρεπτομυκίνη ενδομυϊκά για 15 ημέρες και δοξκυκλίνη για 6 εβδομάδες), ενώ παράλληλα έγινε και στέρηση ύδατος (λήψη έως και 1 L/24ωρο). Ο ασθενής παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων (απυρεξία) και υποχώρηση της υπονατρίαemias.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η βρουκέλλωση δεν θεωρείται ως ένα από τα γνωστά αίτια του SIADH. Υπάρχουν λίγα περιστατικά στην διεθνή βιβλιογραφία που παρουσιάζουν βρουκέλλωση με συνοδό υπονατρίαemia. Η παρουσία υπονατρίαemias σε ασθενείς με βρουκέλλωση θα πρέπει να θέτει την πιθανή διάγνωση του SIADH.



AA46

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΕΡΡΙΤΙΝΑΙΜΙΑΣ

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

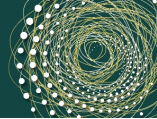
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη της κλινικής σημασίας της υπερφερριτιναιμίας σε συνδυασμό με τα πλέον συνήθη νοσήματα που την προκαλούν.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 73 ασθενείς που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ιατρείο της Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο 2024, οι οποίοι εμφάνισαν υπερφερριτιναιμία. Από αυτούς 35 ήταν άνδρες και 38 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 67,2 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λοίμωξη ανευρέθηκε σε 33 ασθενείς (ποσοστό 45,2%), κακοήθεια σε 22 (30,13%), νοσήματα του κολλαγόνου σε 5 ασθενείς (6.84%), νεφροπάθεια σε 3 (4,10%), ενώ στους υπόλοιπους 10 (13,7%) δεν αποδόθηκε σε καμία νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι λοιμώξεις και τα κακοήγη νοσήματα αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες αύξησης της φερριτίνης. Ως εκ τούτου ο προσδιορισμός αυτής αποτελεί χρήσιμο δείκτη διαφορικής διάγνωσης.



AA47

ΜΟΝΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ ΑΠΟ BRUCELLA MELITENSIS

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Αναφορά σε ενδιαφέρον περιστατικό μονοαρθρίτιδας γόνατος οφειλόμενο σε Μελιταίο Πυρετό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 68 ετών, κτηνοτρόφος, νοσηλεύτηκε στην Κλινική μας με εμπύρετο έως 39 °C από 3ημέρου και συνοδό αρθραλγία αριστερού γόνατος αιφνίδιας ενάρξεως. Ο ασθενής αναφέρει ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας και βρουκέλλωσης χωρίς οστική εντόπιση, προ ετών. Κατά την αντικειμενική εξέταση η εν λόγω άρθρωση παρουσίαζε οίδημα, ερυθρότητα, ευαισθησία και περιορισμό των κινήσεων, Α/Α θώρακος με εκσεσημασμένη καρδιομεγαλία, ΗΚΓ: κολπική μαρμαρυγή και έκτακτες κοιλιακές συστολές, Εργαστηριακός έλεγχος: Λευκοκύτταρα: 10000/μl με πολυμορφοπύρρηνα 65%, ΤΚΕ=59 mm/h, CRP=18,8 mg/l, ολική Χολερυθρίνη=4 mg/dl με έμμεση Χολερυθρίνη=3,4 mg/dl, και LDH=211 iu/l. Ο υπόλοιπος βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικό: άμεση Coombs-ASTO-Ρευματοειδής Παράγων αρνητικά. Υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς: Διατεταμένες αριστερές κοιλότητες με συστολική δυσλειτουργία, χωρίς περικαρδιακή συλλογή και υπερηχογράφημα κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Αντίδραση Wright με φαινόμενο προζώνης αρνητικό, καλλιέργειες αίματος αρνητικές και καλλιέργεια αρθρικού υγρού θετική για Brucella Melitensis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον ασθενή χορηγήθηκε τριπλή αγωγή με Ριφαμπικίνη, Δοξυκυκλίνη και Κοτριμοξαζόλη επί 6 μήνες με άριστο κλινικό αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εντοπισμένη οστεοαρθρίτιδα ως επιπλοκή Μελιταίου Πυρετού εμφανίζεται σε ποσοστό 26% των ασθενών. Ο εργαστηριακός έλεγχος του αρθρικού υγρού και το σπινθηρογράφημα οστών, είναι ιδιαίτερα σημαντικές εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία της νόσου.