



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

18^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

> www.hsim.gr

> 18.10. - 20.10.2012

> Αθήνα

> Ξενοδοχείο Divani Caravel

**Τελικό Πρόγραμμα
&
Βιβλίο Περιλήψεων**



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ



EUROPEAN ACADEMY
OF SCIENCES AND ARTS



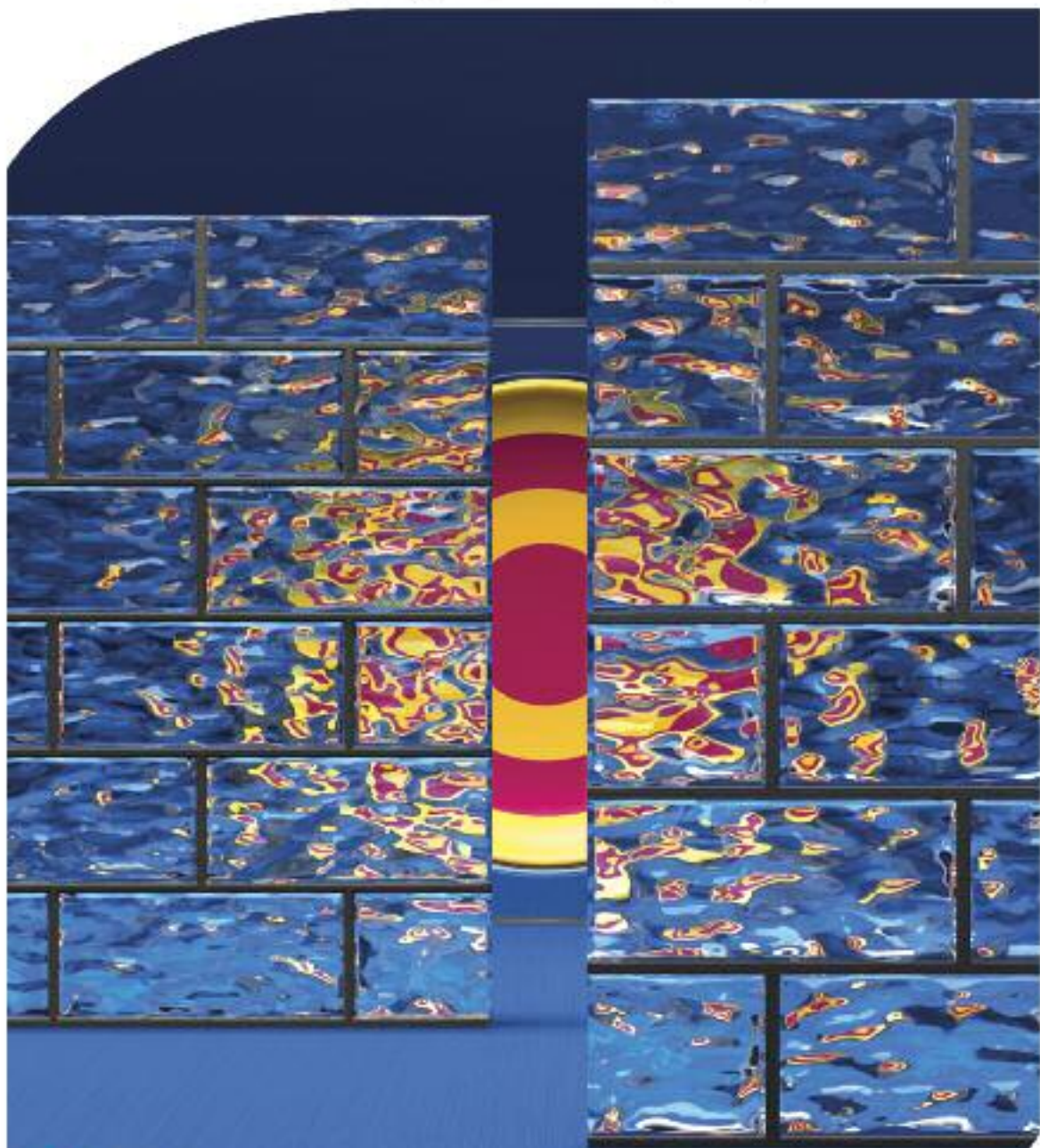
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΠΡΟΛΗΨΗΣ
& ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ



EUROPEAN
INSTITUTE OF HEALTH

Janumet[®]

(sitagliptin/metformin, MSD)



BIANEE A.E. ΣΕΜΙΒΑΡΛΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

UKOPOY EΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΓΙΑ **MERCK SHARP & DOHME**, Division of MERCK & Co, Inc. Warehouse Station NJ, USA. Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τετοβίη 145 71 Α, Γαλάτσι, Τηλ: 210 6099111, E-Mail: info@bianee.gr • **INTERNET:** <http://www.bianee.gr>

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Οδός 2, Τηλ: 210 8338833 • **ΠΑΤΡΑ:** Μαρίσκος 131, Τηλ: 2610 221397

† Registered Trademark of Merck & Co, Inc. of Warehouse Station New Jersey, USA. ® Used under license from MERCK & Co, INC.

ME13005/MT-02/12



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ	5
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ - ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	6
ΑΙΓΙΔΕΣ ΦΟΡΕΩΝ	6
ΧΟΡΗΓΟΙ	7
ΕΚΘΕΣΗ	
Εκθέτες	8
Πλάνο Έκθεσης	8
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
Ημερομηνία Συνεδρίου	10
Συνεδριακός Χώρος	10
Γλώσσα Συνεδρίου	10
Ιστότοπος Ε.Ε.Ε.Π.	10
Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)	10
Γραμματεία Συνεδρίου	10
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	
Εγγραφές	11
Βεβαιώσεις Παρακολούθησης	11
Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης	11
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΜΙΛΗΤΕΣ	11
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	12
Θεματολογία Ανακοινώσεων	12
Αναρτημένες Ανακοινώσεις	12
Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων	12
Βραβεύσεις Εργασιών	13
ΤΙΜΗΤΙΚΑ ΒΡΑΒΕΙΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ	13
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
Πέμπτη 18 Οκτωβρίου 2012	16
Παρασκευή 19 Οκτωβρίου 2012	18
Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012	27
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ.....	37
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ	91
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	97



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ



Αγαπητοί και Αγαπητοί Συνεδριώφθι,

Στο σημερινό κοινωνικό περιβάλλον έντονου ανταγωνισμού, που επιτείνεται από την παγκοσμιοποίηση της γνώσης και τη δυσμενή διεθνή οικονομική συγκυρία, η συνεχιζόμενη επιμόρφωση στην Ιατρική επιστήμη καθίσταται αδήριτη ανάγκη. Την ανάγκη αυτή επιτάσσουν οι αλματώδεις εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών. Η σταδιακή αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, η εξέλιξη νέων, πρωτοποριακών διαγνωστικών μεθόδων και ο εμπλουτισμός της φαρμακευτικής «φαρέτρας» με ασφαλέστερα και αποτελεσματικότερα «όπλα» εξελίσσουν καθημερινά την επιστημονική πραγματικότητα και διευρύνουν θεαματικά τους θεραπευτικούς ορίζοντες για το άμεσο μέλλον.

Με αυτά τα δεδομένα, και με το βλέμμα πάντα στραμμένο στις ανάγκες του σύγχρονου Έλληνα ιατρού, η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.) πραγματοποιεί κι εφέτος το 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας στις 18 (Πέμπτη) - 20 (Σάββατο) Οκτωβρίου 2012 στην Αθήνα. Μετά τις καινοτόμες πρωτοβουλίες των προηγούμενων ετών, την ανοιχτή επικοινωνία με τους ιατρούς της ειδικότητας μέσω του διαδικτύου και την φιλοξενία στην Αθήνα του 10^{ου} Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας τον Οκτώβριο του 2011, με την επιστημονική αυτή εκδήλωση η Ε.Ε.Ε.Π. εντείνει τις προσπάθειές της για την ποιοτική αναβάθμιση της ειδικότητας της Εσωτερικής Παθολογίας και την ανάληψη δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στη συνεχή προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Στο πλαίσιο αυτό, το επιστημονικό πρόγραμμα του 18^{ου} Συνεδρίου εμπλουτίζεται με διακεκριμένους προσκεκλημένους ομιλητές και περιλαμβάνει σημαντικές διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, παρουσιάσεις κλινικών περιπτώσεων κτλ. Αποτελεί, επομένως, τιμή για το Δ.Σ. της Ε.Ε.Ε.Π. και μένα να καλωσορίσω όλους εσάς και ιδιαίτερα τις προσωπικότητες που επηρέασαν σημαντικά την εξέλιξη της Παθολογίας στην χώρα μας και διεθνώς.

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, σας προσκαλούμε να παρακολουθήσετε το Συνέδριο και σας ευχόμαστε μια ιδιαίτερα παραγωγική συμμετοχή.

Θα θέλαμε, επίσης, να ευχαριστήσουμε εκ βάθους καρδιάς, όλους όσους παρά τη δύσκολη οικονομική συγκυρία που αντιμετωπίζει η Ελλάδα, υποστηρίζουν το Συνέδριο ως χορηγοί και εκθέτες.

Με φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής Σωτήριος Α. Ράπτης
Πρόεδρος Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
και της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου



ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Την οργανωτική επιτροπή του Συνεδρίου αποτελούν τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας.

Πρόεδρος

Αντιπρόεδρος

Γενικός Γραμματέας

Ταμίας

Μέλη

Σωτήριος Α. Ράπτης

Νικόλαος Λ. Κατσιλάμπρος

Εμμανουήλ Ι. Διαμαντόπουλος

Νικόλαος Κ. Τεντολούρης

Γεώργιος Δ. Δημητριάδης

Ξενοφών Κ. Κροκίδης

Ελένη Ι. Μπουτάτη

Αχιλλέας Α. Τουρκαντώνης

Ελένη Ι. Μπουτάτη

Γενικός Συντονισμός Συνεδρίου

Επιμέλεια Επιστημονικού Προγράμματος

Παναγιώτης Γ. Χαλβατσιώτης

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

Ταχυδρ. Θυρίδα 17151, 100 24 Αθήνα, Πλουτάρχου 3, 3^{ος} όροφος, 106 75 Αθήνα

Τηλ. 210 7295160, 210 7209856 • Fax 210 7295168, 210 7297565

E-mail: info@hsim.gr • Website: www.hsim.gr

ΑΙΓΙΔΕΣ ΦΟΡΕΩΝ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ



EUROPEAN ACADEMY
OF SCIENCES AND ARTS



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΠΡΟΛΗΨΗΣ
& ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ



EUROPEAN
INSTITUTE OF HEALTH



ΧΟΡΗΓΟΙ

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της:



MENARINI HELLAS A.E.

Nature's Plus
The Energy Supplements.

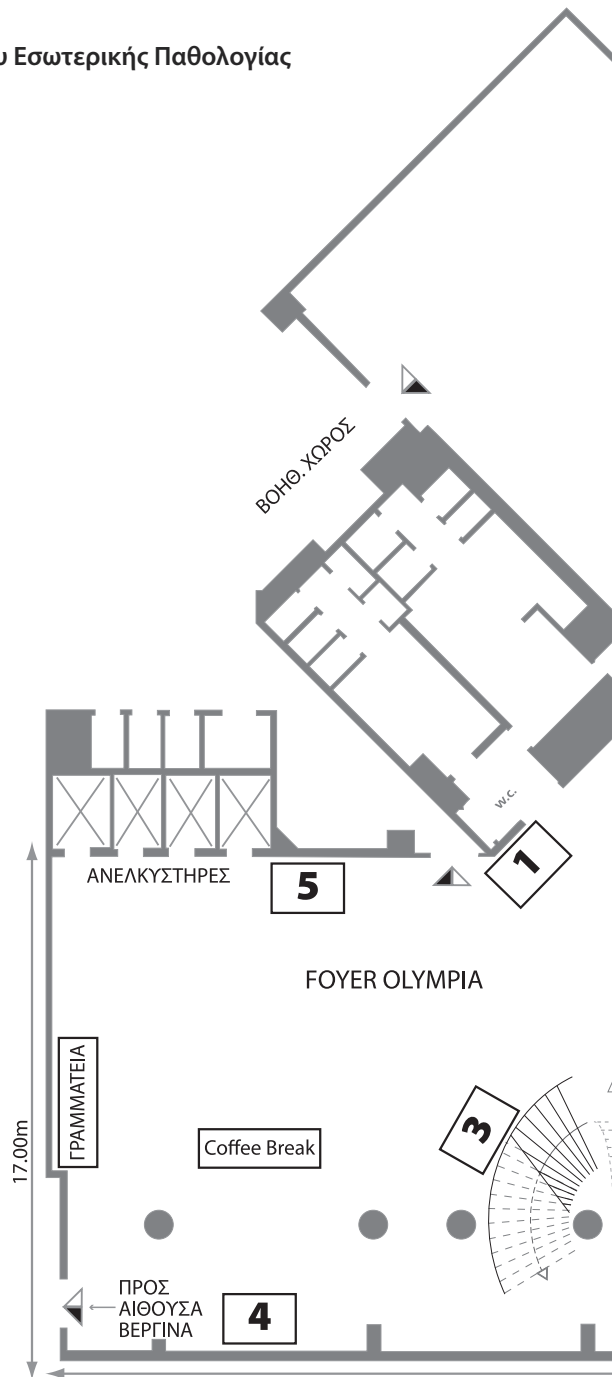


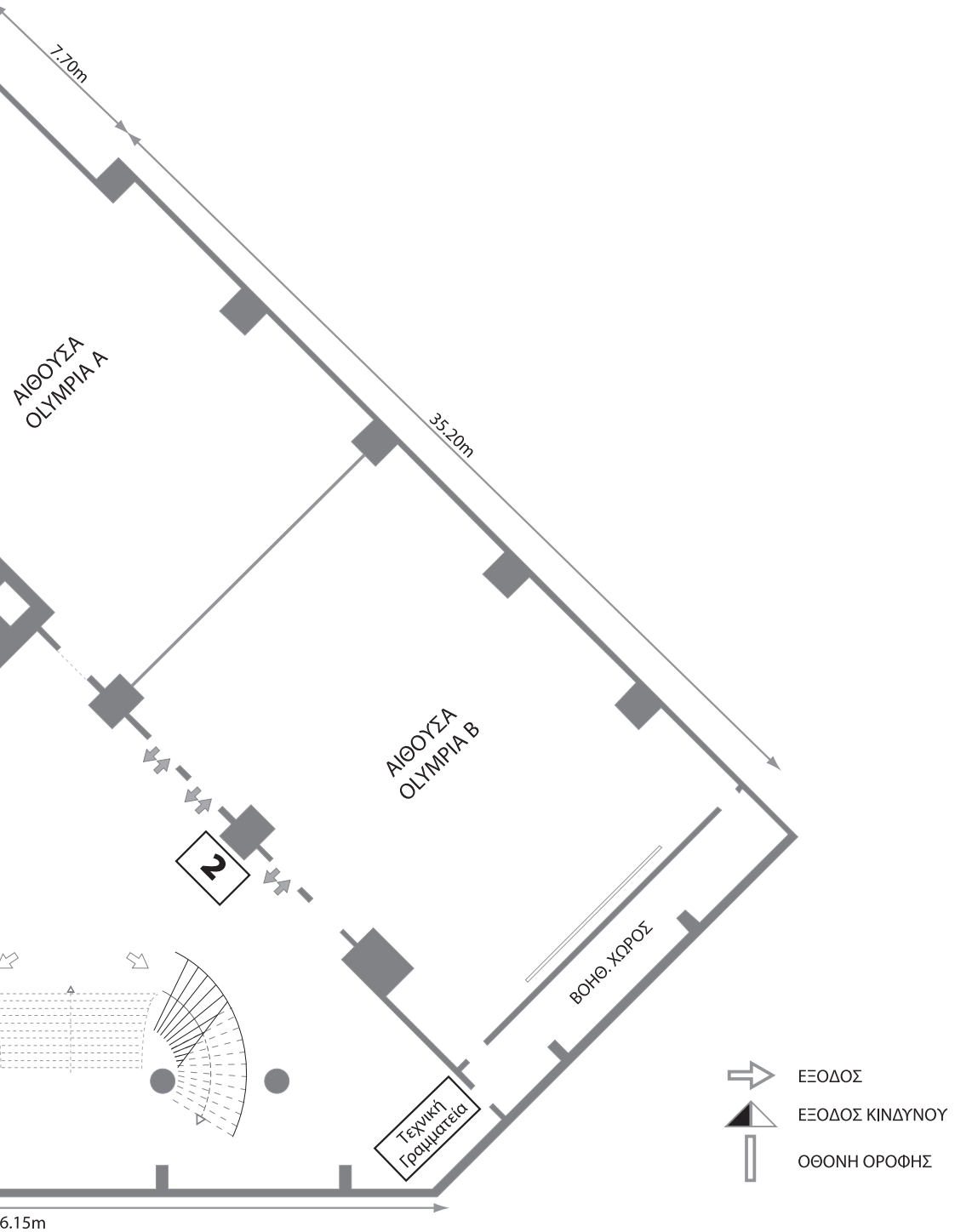


ΕΚΘΕΤΕΣ - ΠΛΑΝΟ ΕΚΘΕΣΗΣ

Στην έκθεση του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας μετέχουν οι εταιρίες:

- 1BIANEX
- 2NOVARTIS HELLAS
- 3NATURE'S PLUS
- 4ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- 5MEDTRONIC







ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Οι εργασίες του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.) θα πραγματοποιηθούν από Πέμπτη 18 Οκτωβρίου 2012 έως και το Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012.

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Βασιλέως Αλεξάνδρου 2, 161 21 Αθήνα

Τηλ.: 210 72 07 000

Website: www.divanis.com

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ Ε.Ε.Ε.Π.

www.hsim.gr

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ (BADGES)

Κάθε σύνεδρος θα παραλαμβάνει μία ονομαστική κονκάρδα κατά την εγγραφή του. Για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, οι σύνεδροι παρακαλούνται να φέρουν την κονκάρδα τους καθόλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Διακριτικά Χρώματα

ΜπλεΟργανωτική Επιτροπή, Ομιλητές, Συντονιστές, Πρόεδροι

ΚόκκινοΜέλη Ε.Ε.Ε.Π., Μη Μέλη Ε.Ε.Ε.Π., Ειδικευόμενοι

ΠράσινοΦοιτητές, Νοσηλευτές, Επαγγελματίες Υγείας

Κίτρινο.....Χορηγοί, Εκθέτες

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η Γραμματεία λειτουργεί στο χώρο της έκθεσης του Συνεδρίου, στο «φουαγιέ» της αίθουσας «Olyμπία», στο επίπεδο (-1), τις εξής ημέρες και ώρες:

Πέμπτη	18	Οκτωβρίου	2012	16:00-21:30
Παρασκευή	19	Οκτωβρίου	2012	08:30-20:00
Σάββατο	20	Οκτωβρίου	2012	08:30-21:00



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	230,00 €
Μη μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	260,00 €
Ειδικευόμενοι	140,00 €
Φοιτητές / Νοσηλευτές/ Επαγγελματίες Υγείας	ΔΩΡΕΑΝ

Οι παραπάνω τιμές συμπεριλαμβάνουν ΦΠΑ

Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Έντυπο υλικό του Συνεδρίου
- Πιστοποιητικό Παρακολούθησης με μόρια
- Συμμετοχή στις Κοινωνικές Εκδηλώσεις

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το **Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Με την εγγραφή και την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου παρέχονται **δεκατέσσερα (14) μόρια** στο πλαίσιο του θεσμού της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME), αμοιβαία αναγνωρίσιμα από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και η σχετική πιστοποίηση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS). Τα πιστοποιητικά θα αποσταλούν στους συμμετέχοντες ταχυδρομικώς, εφόσον έχουν συμπληρώσει το έντυπο αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται από τη γραμματεία του Συνεδρίου κατά την εγγραφή τους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Η αίθουσα θα είναι πλήρως εξοπλισμένη για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Παρακαλούνται οι ομιλητές να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων τουλάχιστον μία ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας.



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Οι θεματικές ενότητες των Αναρτημένων Ανακοινώσεων (poster) του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας αφορούν την Παθολογία στο σύνολό της και τις συναφείς της ειδικότητες με Παθολογική κατεύθυνση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

- Η ανάρτηση των ανακοινώσεων θα πραγματοποιηθεί την **Πέμπτη 18 Οκτωβρίου 2012** και ώρα **17:00 - 21:00** στην αίθουσα **Olympia A**, επίπεδο (-1).
- Σε κάθε πλαίσιο ανάρτησης ανακοινώσεων θα έχει τοποθετηθεί από την εταιρία οργάνωσης ο κωδικός αριθμός κάθε περιλήψης. Οι συγγραφείς καλούνται να αναρτήσουν τις εργασίες τους στις προβλεπόμενες θέσεις.
- Οι συγγραφείς θα προμηθευτούν τα απαιτούμενα υλικά (ταινία διπλής όψης) για την ανάρτηση των ανακοινώσεων από τη Γραμματεία που λειτουργεί στο ίδιο επίπεδο.
- Οι διαστάσεις των πλαισίων poster είναι 1,20 εκ. ύψος x 0,80 εκ. πλάτος, με κάθετο προσανατολισμό.
- Οι ανακοινώσεις θα μείνουν αναρτημένες καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.
- Η αποξήλωση των αναρτημένων ανακοινώσεων θα γίνει το **Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012** και ώρα **17:00 - 21:00**. Σε περίπτωση που δεν έχει πραγματοποιηθεί η αποξήλωση των αναρτημένων ανακοινώσεων την συγκεκριμένη ώρα και μέρα, ο οργανωτής δεν φέρει ευθύνη για την απώλεια ή την καταστροφή αυτών.
- Κάθε αναρτημένη ανακοίνωση θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από **τουλάχιστον μία εγγραφή** μέλους της συγγραφικής ομάδας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Παρασκευή 19 Οκτωβρίου 2012 15:00-16:30 ΑΙΘΟΥΣΑ OLYMPIA A	Σελ. 19	AA01- AA11	Συντονιστής: Ξ. Κροκίδης
	Σελ. 20	AA12 - AA22	Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης
	Σελ. 22	AA23 - AA33	Συντονιστής: Αθ.Ε. Ράπτης
	Σελ. 24	AA34 - AA44	Συντονιστής: Γ. Βαϊόπουλος
Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012 15:00-16:30 ΑΙΘΟΥΣΑ OLYMPIA A	Σελ. 28	AA45 - AA55	Συντονιστής: Π.Γ. Χαλβασιώτης
	Σελ. 30	AA56 - AA66	Συντονίστρια: Β. Λαμπαδιάρη
	Σελ. 32	AA67 - AA77	Συντονίστρια: Ε.Ι. Μπουτάτη
	Σελ. 33	AA78 - AA88	Συντονίστρια: Π. Μήτρου



ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου, το **Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012** και ώρα **20:15 - 20:45** θα απονεμηθούν τιμητικά βραβεία των καλύτερων αναρτημένων ανακοινώσεων του Συνεδρίου.

Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία **τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας** κάθε αναρτημένης ανακοίνωσης. Σε αντίθετη περίπτωση, το βραβείο θα απονεμηθεί στην επόμενη, κατά σειρά βαθμολογίας, αναρτημένη ανακοίνωση. Επιτροπή Αξιολόγησης: Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π.

ΤΙΜΗΤΙΚΑ ΒΡΑΒΕΙΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ

Κατά την Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα δοθούν τα κάτωθι βραβεία:

16^ο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ΒΡΑΒΕΙΟ

Ένα ετήσιο βραβείο, που θεσμοθετήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας τον Οκτώβριο του 1995, με την ευκαιρία της διεξαγωγής του 13^{ου} Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, παράλληλα με το 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογίας στην Αθήνα και απονέμει σε διακεκριμένους παθολόγους ή συναφών ειδικοτήτων διεθνούς εμβέλειας.

Το 16^ο Ιπποκράτειο Βραβείο θα δοθεί στον Καθηγητή Felix Unger.

Το Ιπποκράτειο Βραβείο έχει απονεμηθεί μέχρι σήμερα στους:

- Professor L. Montagnier, M.D. Paris, France (1995)
- Professor H.G. Lasch, M.D. Giessen, Germany (1996)
- Professor T. Fliedner, M.D. Ulm, Germany (1998)
- Sir D.J. Weatherall, M.D. Oxford, UK (1999)
- Professor M.R. Taskinen, M.D. Helsinki, Finland (2000)
- Professor V. Diehl, M.D. Köln, Germany (2001)
- Professor W. Siegenthaler, M.D. Zürich, Switzerland, (2002)
- Professor P. Godeau, M.D. Paris, France (2003)
- Professor S. Efendic, M.D. Stockholm, Sweden (2004)
- Professor W. Waldhäusl, M.D. Vienna, Austria (2005)
- Professor M.W. Büchler, M.D. Heidelberg, USA (2006)
- Professor Ch. Gavras, M.D. Boston. USA (2007)
- Professor Andrew T. Lister, U.K. (2008)
- Professor Dr. Michael P. Manns, Hannover, Germany (2009)
- Professor Dr. J. Kiriopoulos, Athens, Greece (2010)
- Professor Dr. M. Graf von der Schulenburg, Hannover, Germany (2011)
- Professor Dr. med., Dr. (h.c.) Felix Unger, Salzburg, Austria (2012)



12^ο ΒΡΑΒΕΙΟ «ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΜΑΛΑΜΟΥ»

Ένα ετήσιο βραβείο που θεσμοθετήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας το 2000, με στόχο να τιμήσει Έλληνες συναδέλφους που διακρίνονται για το ερευνητικό, κλινικό και διδακτικό τους έργο στην Ελλάδα και διεθνώς.

12^ο «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΡΑΒΕΙΟ

Ένα ετήσιο βραβείο που θεσμοθετήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας το 2000, με στόχο να τιμήσει Έλληνες συναδέλφους που διέπρεψαν ως μάχιμοι κλινικοί ιατροί στο πεδίο του καθήκοντος.

Η απονομή των τιμητικών βραβείων θα πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της Εναρκτήριας Τελετής του Συνεδρίου, την Πέμπτη 18 Οκτωβρίου 2012 και ώρα 20.30 στην αίθουσα Olympia B του ξενοδοχείου Divani Caravel.

Κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου θα δοθούν τα κάτωθι βραβεία:

ΒΡΑΒΕΙΟ «ΗΡΑΚΛΗ ΦΙΛΗ»

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας απονέμει ετησίως το Βραβείο «Ηρακλή Φίλη» στην καλύτερη αναρτημένη κλινική εργασία που ανακοινώνεται στο Συνέδριο, με πρώτο συγγραφέα ειδικευόμενο ή ειδικευμένο έως 3 έτη από την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Το βραβείο αυτό απονέμεται στη μνήμη του Δρ. Η. Φίλη (που φέτος συμπληρώνονται 10 έτη από την απώλειά του) διακεκριμένου ιατρού, ιδρυτικού μέλους και μέλους επί σειρά ετών του Δ.Σ. της Ε.Ε.Ε.Π., Προέδρου της Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος και συνοδεύεται από χρηματικό έπαθλο 1.000,00 ευρώ (2 βραβεία από 500,00 ευρώ έκαστο) που προσφέρεται από την οικογένειά του.

ΒΡΑΒΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Το 2001, με αφορμή τη διοργάνωση του 7^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Παθολογίας, θεσμοθετήθηκε η βράβευση των τριών καλύτερων αναρτημένων ανακοινώσεων του Συνεδρίου. Κριτήρια επιλογής αποτελούν η πρωτοτυπία του θέματος, η ποιότητα, καθώς και η ολοκληρωμένη παρουσίαση κατά τη συζήτηση.

Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία **τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας** κάθε αναρτημένης ανακοίνωσης. Σε αντίθετη περίπτωση, το βραβείο θα απονεμηθεί στην επόμενη, κατά σειρά βαθμολογίας, αναρτημένη ανακοίνωση. Επιτροπή Αξιολόγησης: Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π.



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

1^η Ημέρα - Πέμπτη 18 Οκτωβρίου 2012

16.00 - 17.00 Προσέλευση - Εγγραφές

17.00 - 18.30 Επίκαιρα Θέματα Παθολογίας I

Συντονιστής: Α.Α. Τουρκαντώνης

Ομιλητής: Σ. Παπίρης

«Οι νέες οδηγίες για τις διάμεσες πνευμονοπάθειες»

Ομιλητής: Π. Σφηκάκης

«Ρευματική πολυμυαλγία - Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα: Νεότερα δεδομένα διάγνωσης και θεραπείας»

Ομιλητής: Χ. Στεφανάδης

«Κλασική Στεφανιογραφία έναντι Ενδοστεφανιαίας Υπερηχοκαρδιογραφίας»

18.30 - 18.45 Διάλειμμα Καφέ

18.45 - 20.00 Δορυφορικό Συμπόσιο της Εταιρίας ΒΙΑΝΕΞ

«Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον των Ινκρετινών»

Συντονιστής: Σ.Α. Ράπτης

Εισαγωγή: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλήτρια: Α. Μητράκου

«Κλινικές και θεραπευτικές ενδείξεις των DPP-4 αναστολέων»

Ομιλητής: Π.Γ. Χαλβατσιώτης

«Πλειοτροπικές δράσεις των ινκρετινών»

Ομιλητής: Σ.Α. Ράπτης

«Τι αποκομίσαμε από τα έξι (6) χρόνια της χρήσης των DPP-4 αναστολέων στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

20.00 - 21.30

Τελετή Έναρξης

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης, Ν.Λ. Κατσιλάμπρος, Ε.Ι. Διαμαντόπουλος

20.00 - 20.30

Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί

• Καθηγητής Σ.Α. Ράπτης

Πρόεδρος Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας

(Έχουν προσκληθεί να παραστούν)

• Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Καισαριανής, Βύρωνος και Υμηττού κ.κ. Δανιήλ
Ευλογία των Εργασιών του Συνεδρίου

• Καθηγητής Α.Μ. Δημόπουλος

Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

• Γ. Πατούλης

Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών

• Μ. Βλασταράκος

Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Κήρυξη Έναρξης Εργασιών του Συνεδρίου

Ανδρέας Λυκουρέντζος

Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

20.30 - 20.45

Απονομή Βραβείων

Παρουσίαση των βραβευομένων

• «Βραβείο Β. Μαλάμου»

από τον Ακαδημαϊκό (Α.Μ.) - Καθηγητή Α.Α. Τουρκαντώνη

• «Ασκληπιείο Βραβείο»

από τον Πρόεδρο του Δ.Σ. της Ε.Ε.Ε.Π., Ακαδημαϊκό (Ε.Α.Σ.Α.) - Καθηγητή Σ.Α. Ράπτη

20.45 - 21.30

Ιπποκράτειο Βραβείο και Ιπποκράτειος Διάλεξη

«The eternal Hippocrates»

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης, Στ. Γερουλάνος

Ομιλητής:

Professor, Dr. med., Dr. (h.c.) Felix Unger

Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (Ε.Α.Σ.Α.),

Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Υγείας της Ε.Α.Σ.Α.,

Σάλτσμπουργκ, Αυστρία

Επίτιμος Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

21.30

Δεξίωση Υποδοχής



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

2^η Ημέρα - Παρασκευή 19 Οκτωβρίου 2012

09.30 - 11.00

Διαλέξεις

- Συντονιστής: Θ. Οικονομόπουλος
Ομιλητής: Στ. Ορφανός
«Εξελίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της πνευμονικής υπέρτασης»
Ομιλητής: Σ. Ντουράκης
«Ηπατίτιδες: νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπισή τους»
Ομιλητής: Ι. Τούντας
«Ο ρόλος της προληπτικής ιατρικής σήμερα»

11.00 - 11.30

Διάλειμμα Καφέ

11.30 - 12.30

Meet the Experts

- «Παχυσαρκία: Μία σύγχρονη μάστιγα και η αντιμετώπισή της»
Συντονιστές: Σ.Α. Ράπτης, Αθ. Λ. Γιαννόπουλος
Ομιλητής: Ν.Λ. Κατσιλάμπρος
«Από την πλευρά του παθολόγου»
Ομιλητής: Κ. Κωνσταντινίδης
«Από την πλευρά του χειρουργού»

12.30 - 13.30

Στρογγυλό Τραπέζι

- «Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην υπέρταση»
Συντονιστής: Χ. Πίτσαβος
Ομιλητής: Δ. Βλαχάκος
«Σε ασθενείς με νεφρική νόσο»
Ομιλητής: Αθ.Ε. Ράπτης
«Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη»

13.30 - 15.00

Στρογγυλό Τραπέζι

- «Παθολογικά νοσήματα: Πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση»
Συντονιστής: Ε.Ι. Διαμαντόπουλος
Ομιλητής: Δ. Κελέκης
«Αλγόριθμοι διαγνωστικής απεικόνισης στην Εσωτερική Παθολογία»
Ομιλητής: Ι. Χρήστου
«Σύγχρονη αντιμετώπιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου»
Ομιλητής: Α. Μελιδώνης
«Κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής και Αμερικανικής Εταιρίας για το Διαβήτη (EASD - ADA)»
Ομιλητής: Γ. Δημητριάδης
«Εντατική ινσουλινοθεραπεία: Πότε και πως»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

15.00 - 16.30 Μεσημβρινή Διακοπή

Αίθουσα Olympia A

15.00 - 16.30 Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων I (AA01 - AA44)

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων I (AA01 - AA11)

Συντονιστής: Ξ. Κροκίδης

AA01. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΛΟΓΩ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΛΕΒΟΝΤΟΠΑ

Γκολφινόπουλος Σταύρος, Βρασίδα Μαρία, Εμμέλεια Βουνού
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος

AA02. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΦΥΓΜΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΚΡΟ - ΚΑΙ ΜΙΚΡΟ - ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χωρεψιμά Σταματία, Πρωτογέρου Αθανάσιος, Κόκκινος Αλέξανδρος, Παπαδογιάννης Δημήτριος, Τεντολούρης Νικόλαος
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

AA03. ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΒΑΡΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Βολακάκης Νικόλαος, Κατσουλάκη Μαρία, Κοσμίδου Κυριακή, Τσαφά Ευφροσύνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Α΄ Παθολογική Κλινική

AA04. ΒΑΡΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ

Κατσουλάκη Μαρία, Βολακάκης Νικόλαος, Τριανταφυλλίδου Δομινίκη, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Τσαφά Ευφροσύνη, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ
Α΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

AA05. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ, ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Πετσιμέρη Βασιλική, Θεοχάρη Μαρία, Καρανίκας Δημήτρης, Καρρά Γεωργία, Κολιάκου Ελένη, Σπηλιωτόπουλος Χρήστος, Τσιμπιδάκης Αντώνιος
Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου, Καρπενήσι

AA06. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΠΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ

Κονναρή Κωνσταντίνα, Καρλής Γεώργιος, Μάγκας Νικόλαος, Αλμυρούδη Μαρία-Παναγιώτα, Αρμένη Ελένη
Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA07. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΑΡΣ ΣΕ ΜΕΣΗΛΙΚΑ ΑΝΤΡΑ

Κούμα Δήμητρα, Λαβράνος Γιάγκος, Παπανικολάου Ελένη, Ζηνιτίλης Χρυσόστομος, Χειμωνίδης Σόλωνας

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

AA08. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS BOVIS

Αλμυρούδη Μαρία - Παναγιώτα, Κονναρή Κωνσταντίνα, Καρλής Γεώργιος, Σκαφίδα Αναστασία, Μάγκας Νικόλαος, Αρμένη Ελένη

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

AA09. Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΞΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΟ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΜΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΟΧΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ

Πέτσιου Ελένη¹, Μήτρου Παναγιώτα², Λαμπαδιάρη Βαία¹, Παπακωνσταντίνου Αιμιλία¹, Μαράτου Ειρήνη², Σπανούδη Φιλιώ¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{1,2}, Δημητριάδης Γεώργιος¹

1. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

2. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ), Αθήνα

AA10. ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Β (S.AGALACTIAE) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Τσάλτα Δανάη, Νικολόπουλος Αθανάσιος, Κολλόκας Άγγελος, Κορακάκης Γεώργιος, Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β΄ Παθολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν. Ν. Ιωνίας, Αθήνα

AA11. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΠΥΡΕΞΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαμανώλης Εμμανουήλ, Παπαστεργίου Βασίλειος, Παρδαλού Φωτεινή, Ντέτσκας Γεώργιος, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Λίσγος Φίλιππος, Ψέλλας Χρυσόστομος, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Πλακομύτη Θεοδώρα, Σαμαρά Νίκη, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων I (AA12 - AA22)

Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης

AA12. ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ GEFITINIB ΚΑΙ ERLOTINIB - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σπανού Εμμανουήλ, Παπαστεργίου Βασίλειος, Κόνσολας Ιωάννης, Κώστας Νικόλαος, Σκορδά Λαμπρινή, Μανωλίτσης Στυλιανός, Ντέτσκας Γεώργιος, Παπακωνσταντίνου Λάζαρος, Σταμπόρη Μαρία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Σαμαρά Νίκη, Καραταπάνης Στυλιανός

Αιματολογική, Πνευμονολογική και Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA13. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καραταπάνης Στυλιανός², Παπαστεργίου Βασίλειος², Δελαπόρτα Ειρήνη¹, Γεωργανάς Μάριος¹, Κώστας Νικόλαος², Βενετοκλής Αναστάσιος¹, Λίσγος Φίλιππος², Κώτης Αλέξανδρος¹

1. Ακτινολογικό Τμήμα- Γ.Ν. Ρόδου
2. Α΄ Παθολογική Κλινική-Γ.Ν. Ρόδου

AA14. ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΩΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέτσκας Γεώργιος, Παρδαλού Φωτεινή, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Γιαννιάς Γεώργιος, Λίσγος Φίλιππος, Ψέλλας Χρυσόστομος, Σαμαρά Νίκη, Σπανού Εμμανουήλ, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Πλακομύτη Θεοδώρα, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

AA15. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑ ΛΟΓΩ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ντέτσκας Γεώργιος, Παπαστεργίου Βασίλειος, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Λίσγος Φίλιππος, Σαμαρά Νίκη, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Παρδαλού Φωτεινή, Ψέλλας Χρυσόστομος, Πλακομύτη Θεοδώρα, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

AA16. ΜΗ ΕΚΚΡΙΤΙΚΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΑ ΟΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σπανού Εμμανουήλ, Κώστας Νικόλαος, Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέτσκας Γεώργιος, Κόνσολας Ιωάννης, Παρδαλού Φωτεινή, Σκορδά Λαμπρινή, Μανωλίτσης Στυλιανός, Μαντζωρογεώργου Ελένη, Σταμπόρη Μαρία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Γιαννιάς Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός

Αιματολογική Κλινική και Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

AA17. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΙΚΗ ΜΥΕΛΙΝΟΛΥΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Απέρης Γεώργιος¹, Καϊκής Αριστείδης¹, Παπαστεργίου Βασίλειος², Σταμπόρη Μαρία², Καλλιοντζόγλου Αναστασία³, Λίσγος Φίλιππος³, Ντέτσκας Γεώργιος², Κώστας Νικόλαος², Γερακιού Καλλιόπη², Κώτης Αλέξανδρος⁴, Καραταπάνης Στυλιανός²

1. Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
2. Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
3. Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
4. Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Γ. Ν. Ρόδου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA18. ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΚΕΡΚΩΣΗΣ
Αναστασιάδου Αφροδίτη, Κακουλίδης Ιωάννης, Μπουτέλ Δημήτριος, Πλούγαρης Ευθύμιος, Κεχαγιά Εμμανουηλία, Βασιλείου Αικατερίνη-Μαρία
Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική

AA19. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΕΞΥ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΕΑΡΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΡΡΕΝΩΝ (ΝΕΟΣΥΛΛΕΚΤΩΝ)

Κουμουτσέα Δάφνη¹, †Ζώκαρης Δημήτριος², Καρύδης Ιωάννης³, Πετροπούλου Κωνσταντίνα¹, **Ηρακλέους Ηρακλής⁴**, Νάκος Ανδρέας², Παπαβαγγέλης Χρήστος³, Πάτσιος Δημήτριος², Παχιαδάκης Ιωάννης¹, Λιάτσος Χρήστος¹, Πανάγου Εμμανουήλ¹, Ταμπακόπουλος Δημήτριος¹

1. Γαστρεντερολογικό Τμήμα 401 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Ιατρικός (Υγειονομικός) Τομέας Ελληνικής Δύναμης Κύπρου (ΕΛ. ΔΥ. Κ.)
3. Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
4. Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Πάφου, Κύπρος

AA20. ΘΕΡΑΠΕΙΑ VRE ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΖΑΛΗΣ
Μίχας Γεώργιος¹, Τόλη Ειρήνη¹, Νικολοπούλου Λευκή¹, Σαράντη Νίκη¹, Γεωργακοπούλου Δήμητρα², Μπισρογιάννης Γεώργιος², Βρυώνης Ευάγγελος¹

1. Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα
2. Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

AA21. Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ
Μίχας Γεώργιος, **Νικολοπούλου Λευκή**, Βαρυτιμιάδη Ευθυμία, Θεοδωροπούλου Ανδριάνα, Μαρκοπούλου Αναστασία, Αποστολοπούλου Νικολέττα, Ξυδιά Νικολέττα

Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

AA22. ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΥΠΟ ΜΟΡΦΗΝ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ (Περιγραφή περιστατικού)

Καλπάκου Γεωργία, **Κοντογιάννη Χρύσα**, Καράμπα Γεωργία, Κοκαρίδα Αικατερίνη, Δαμιανού Χάρις, Μήλια Αδαμαντία, Κάρδαρη Αικατερίνη

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων I (AA23 - AA33)

Συντονιστής: Αθ.Ε. Ράπτης

AA23. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Καλπάκου Γεωργία¹, **Καράμπα Γεωργία¹**, Κάπρος Ηλίας², Κοντογιάννη Χρύσα¹, Μήλια Αδαμαντία¹, Κοκαρίδα Αικατερίνη¹, Δαμιανού Χάρις¹, Κάρδαρη Αικατερίνη¹

1. Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου
2. Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA24. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΗbA1C ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΑΡΟΜΑΡΤΟΥΝΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Τσότρας Ιωάννης, Τσίμπρης Γεώργιος, Κακοσαίου Ζωή, Στάμου Παναγιώτα, Τσάμης Κωνσταντίνος, Ρούμελης Παναγιώτης, Καλαβρή Ελένη, Γουναρίδη Παναγιώτα, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

AA25. ΟΙ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Τσίμπρης Γεώργιος, Τσότρας Ιωάννης, Καλαβρή Ελένη, Κακοσαίου Ζωή, Ρούμελης Παναγιώτης, Τσάμης Κωνσταντίνος, Στάμου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Καραμήτρου Παναγιώτα, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

AA26. ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Κακοσαίου Ζωή, Καλαβρή Ελένη, Ρούμελης Παναγιώτης, Τσάμης Κωνσταντίνος, Στάμου Παναγιώτα, Τσίμπρης Γεώργιος, Τσότρας Ιωάννης, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

AA27. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ (ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΗΣ) ΔΙΑΡΡΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Ρούμελης Παναγιώτης, Καλαβρή Ελένη, Κακοσαίου Ζωή, Τσάμης Κωνσταντίνος, Τσίμπρης Γεώργιος, Στάμου Παναγιώτα, Τσότρας Ιωάννης, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

AA28. ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΕΙΠΤΙΔΑ, ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ IgG4 ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παντελίδου Ηλιάνα, Λεκκάκου Λεώνη, Παντελίδη Μαρία, Βιτώρος Βασίλειος, Αλεξίου Νικόλαος, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή, Πανουτσόπουλος Γεώργιος

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

AA29. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ελευθεριάδου Ιωάννα, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Αργιανά Βασιλική, Λιάσκος Χρήστος, Κόκκινος Αλέξανδρος, Περρέα Δέσποινα, Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Τεντολούρης Νικόλαος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA30. ΟΙ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΝΕΣ ΩΣ ΝΕΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Γαργαλιώνης Αντώνιος Ν.¹, Νταλαγιώργου Γεωργία¹, Κορκολοπούλου Πηνελόπη², Πιπέρη Χριστίνα¹, Λεβίδου Γεωργία², Ζήζη-Σερμπετζόγλου Αδαμαντία³, Αδαμόπουλος Χρήστος¹, Καραβοκυρός Ιωάννης⁴, Τσαβαρής Νικόλαος⁵, Μπάσδρα Ευθυμία Κ.¹, Παπαβασιλείου Αθανάσιος Γ.¹

1. Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιώς «Τζάνειο»
4. Α΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
5. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

AA31. ΑΙΤΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

Μπριστιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος¹, Κατωπόδη Ευανθία², Αστρέχα Δήμητρα¹, Σαραφάδη Μαγδαληνή¹, Κουλουκούρα Ασπασία¹, Παπαγγελή Ελένη¹, Παπαγιαννοπούλου Μαρία¹, Τσιλιγκρού Βαίνα¹

1. Γ. Ν. Λαμίας
2. Γ. Ν. Αμφισσας

AA32. ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΖΟΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΑ ΤΕΠ ΛΟΓΩ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Πάνου Χαράλαμπος, Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Παλιογιάννη Ελένη, Κουτσογιάννης Γεώργιος, Λιασκώνη Κωνσταντίνα, Τσερκεζίδου Ευανθία, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Τσιλιγκρού Βαίνα

Γ. Ν. Λαμίας

AA33. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μπριστιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος¹, Κατωπόδη Ευανθία², Αστρέχα Δήμητρα¹, Σαραφάδη Μαγδαληνή¹, Λεοντσίνης Ιωάννης¹, Χολέβας Χρήστος¹, Τσιάρα Άννα¹, Καραμπουσλή Ελένη¹, Καραϊσκος Γρηγόρης¹, Τσιλιγκρού Βαίνα¹

1. Γ.Ν. Λαμίας
2. Γ. Ν. Αμφισσας

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων I (AA34 - AA44)

Συντονιστής: Γ. Βαϊόπουλος

AA34. ΝΟΣΟΣ STILL-ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοσμίδου Κυριακή, Πολυμίλη Γεωργία, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Ορφανουδάκη Ελένη, Κατσουλάκη Μαρία, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Καστανάκης Σεραφείμ

Α΄ Παθολογική Κλινική Χανίων



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

- AA35. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΟΣΤΕΟΒΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ ΝΟΝ HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ**
Ορφανουδάκη Ελένη, Βολακάκης Νικόλαος, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Κοσμίδου Κυριακή, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Α΄ Παθολογική Κλινική
- AA36. ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ**
Ορφανουδάκη Ελένη, Πήττας Κωνσταντίνος, Κοσμίδου Κυριακή, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Α΄ Παθολογική Κλινική
- AA37. ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΛΑΝΣΟΠΡΑΖΟΛΗ**
Ζώτικα Χριστίνα, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Ασμάνης Ευάγγελος, Στουπάκη Μαρία, Καλλέργη Αγγελική, Φύλλας Ηλίας, Σκουλικίδη Σταματία, Κωστή Αναστασία, Μπαλτά Αγγελική, Μαλακός Ιωάννης, Ζώρζου Μαρκέλα-Παγωνίτσα, Γιαννικόπουλος Γεώργιος
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χίου «Σκυλίτσειον»
- AA38. Η «ΜΕΣΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΟΧΟ» ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΣΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**
Καραφωτιάς Ιωάσαφ¹, Μουρατίδου Μαρία², Γιακουμής Μιχαήλ¹, Σορολή Ευσταθία¹, Κουτσογιάννη Κλημεντίνη², Καβαλλιέρου Γαρυφαλλιά², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹
1. Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»
2. Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»
- AA39. ΒΑΡΕΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CMV ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ**
Καραφωτιάς Ιωάσαφ, Γεωργιτισσιαννάκου Μαρία, Χρύσης Δημήτριος, Μπάλλα Ηλιάννα, Μηνατσή Γεωργία, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος
Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»
- AA40. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΜΠΑΤΑΣΕΠΤΗ**
Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας
- AA41. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΑΚΙΝΡΑ**
Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

- AA42. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ**
Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας
- AA43. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΕΤΑΝΕΡΣΕΠΤΗ**
Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας
- AA44. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΙΝΦΛΙΞΙΜΑΜΠΗ**
Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Αίθουσα Olympia B

16.30 - 18.00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Η έκφραση νοσημάτων εσωτερικής παθολογίας:»

- Συντονιστής: Σ.Α. Ράπτης
Ομιλητής: Ι. Βέργαδος
«Στον οφθαλμό»
Ομιλητής: Δ. Ρηγόπουλος
«Στα νύχια»
Ομιλητής: Ν. Τεντολούρης
«Στο πόδι»
Ομιλητής: Ι. Στεφανίδης
«Στους νεφρούς»

18.00 - 18.30

Διάλειμμα Καφέ

18.30 - 20.00

Επίκαιρα Θέματα Παθολογίας II

- Συντονιστής: Δ. Χατζηδάκης
Ομιλητής: Γ. Νταλέκος
«Αυτοάνοση Ηπατίτιδα»
Ομιλήτρια: Ε. Διαμάντη - Κανδαράκη
«Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS)»
Ομιλητής: Α. Τσατσούλης
«Θεραπεία υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση: Ναι ή όχι;»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

3^η Ημέρα - Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2012

09.00 - 11.00 **Επίκαιρα Θέματα Παθολογίας III**

- Συντονιστής: Γ. Δημητριάδης
Ομιλήτρια: Μ. Πέππα
«Μορφώματα επινεφριδίων («Τυχαιώματα»): Ο ρόλος του Παθολόγου»
- Ομιλήτρια: Β. Κυριαζοπούλου
«Υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδιακός άξονας στη σήψη»
- Ομιλητής: Π.Γ. Χαλβατσιώτης
«Δυνατότητες και όρια της σωματικής άσκησης σε παθολογικά νοσήματα»
- Ομιλητής: Κ. Μοίρας
«Η Επιγενετική στην ανάπτυξη της μνήμης»
- Ομιλητής: Ε. Τσιάνος
«Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου»

11.00 - 11.30 **Διάλειμμα Καφέ**

11.30 - 13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

- «Κατάθλιψη: Σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις»
- Συντονιστής: Γ. Παπαδημητρίου
Ομιλητής: Χ. Παπαγεωργίου
«Κατάθλιψη και στρεσογόνα γεγονότα ζωής»
- Ομιλητής: Κ. Κοντοάγγελος
«Κατάθλιψη και διασυνδεδετική ψυχιατρική»
- Ομιλητής: Δ. Πλουμπίδης
«Κατάθλιψη και κοινωνικές διαστάσεις»

13.00 - 15.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

- «Εξελίξεις στην Καρδιολογία: Από την πρόληψη στη θεραπεία»
- Συντονιστής: Δ. Κρεμαστινός
Ομιλητής: Χ. Πίτσαβος
«Διερεύνηση της στεφανιαίας νόσου στον ασυμπτωματικό διαβητικό ασθενή»
- Ομιλητής: Ε. Ηλιοδρομίτης
«Υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα - Χρόνια περικαρδιακή συλλογή»
- Ομιλητής: Ξ. Κροκίδης
«Αναστολείς διαύλων ασβεστίου στην κλινική πράξη»
- Ομιλητής: Γ. Βαϊόπουλος
«Υπερουριχαιμία: Μία παραμελημένη επιδημία που απαιτεί άμεση παρέμβαση»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

15.00 - 16.30 Μεσημβρινή Διακοπή

Αίθουσα Olympia A

15.00 - 16.30 Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων II (AA45 - AA88)

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων II (AA45 - AA55)

Συντονιστής: Π.Γ. Χαλβατσιώτης

AA45. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Παππάς Απόστολος, Δημητριάδης Ιωάννης, Μακρής Αθανάσιος, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Χουλιτούδη Βασιλική, Παυλάκη Μαρία, Ανδριανόπουλος Γεώργιος
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

AA46. ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φύλλας Ηλίας, Σκουλικίδη Σταματία, Καλλέργη Αγγέλα, Ζώτικα Χριστίνα, Στουπάκη Μαρία, Ασμάνης Ευάγγελος, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Μπαλτά Αγγελική, Γιαννικόπουλος Γεώργιος, Ζώρζου Μαρκέλα - Παγωνίτσα, Μαλακός Ιωάννης
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χίου «Σκυλίτσειο»

AA47. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΣΧΙΔΕΣ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Παρτάλης Νικόλαος, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πήττας Κωνσταντίνος, Μποτωνάκη Κέλλυ, Παπαδόσηφου Αγγελική, Τρανταφυλλίδου Δομινίκη, Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

AA48. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΑΙΜΟΛΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ

Τσάλτα Δανάη¹, Νικολόπουλος Αθανάσιος¹, Βάρσου Γεωργία¹, Πολύζου Αρχοντούλα¹, Ιωαννίδης Ιωάννης¹, Βγόντζα Νίκη², Κομιτόπουλος Νικόλαος¹
1. Β' Παθολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα
2. Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα

AA49. Η ΔΙΠΛΩΠΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γκουγκούτση Αλεξάνδρα^{1,2}, Τέλιος Θωμάς¹, Κρανιδιώτης Γεώργιος¹, Καψαλάκης Γεώργιος¹, Χριστόπουλος Γεώργιος¹, Χαλκιάς Αθανάσιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹
1. Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς
2. Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων, Αμαρουσίου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA50. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ 12 & 24 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Δραγουμάνος Βασίλειος¹, Μελάς Νικόλαος¹, Βούρβου Μαρία², Φουστέρης Ευάγγελος¹, Γαβρά Παρασκευή¹, Χριστόπουλος Γεώργιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά
2. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

AA51. Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ST2 ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φουστέρης Ευάγγελος¹, Τσιαούσης Γεώργιος², Τζερεφός Σταύρος², Ματσάγγος Σπυρίδων³, Σπυροπούλου Παναγιώτα³, Μπουτάτη Ελένη^{4,5}, Δημητριάδης Γεώργιος^{4,5}, Φούσσας Στέφανος³, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{4,5}

1. Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά
2. Καρδιολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά
3. Τμήμα Αιμοδοσίας, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά
4. Β΄ προπαιδευτική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
5. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Αθήνα

AA52. ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΜΕ BCG ΓΙΑ Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Τσιρώνης Γεώργιος, Βιτώρος Βασίλειος, Παντελίδου Ηλιάννα- Μαρία, Παντελίδη Μαρία, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Νικόλαος, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

AA53. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Σταυρινίδης Σταύρος¹, Τασσιάς Γεώργιος², Παπαβασιλείου Ευστάθιος², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹

1. Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»
2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

AA54. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΒΝΡ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΧΟΛΙΝΗΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ

Στριλάκου Αθηνά¹, Στυλιανάκη Αικατερίνη¹, Καρκαλούσος Πέτρος², Καλαφατάκης Κωνσταντίνος¹, Λιάπη Χάρις¹

1. Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA55. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ 2012 ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αλεξίου Νικόλαος¹, Βιτώρος Βασίλειος¹, Τσιρώνης Γεώργιος¹, Παναγοπούλου Παναγιώτα¹, Παντελίδη Μαρία¹, Κουπετώρη Μαρίνα¹, Αλεξίου Ζωή¹, Παλυβός Λάμπρος², Δουρίδας Γεώργιος², Πιερρακάκης Στέφανος², Συμπάρδη Στυλιανή¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

2. Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων II (AA56 - AA66)

Συντονίστρια: Β. Λαμπαδιάρη

AA56. ΝΕΩΤΕΡΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αλεξίου Νικόλαος, Κουρουτού Παρασκευή, Παντελίδου Ηλιάννα, Κοτινά Ειρήνη, Τσιρώνης Γεώργιος, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

AA57. ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αλεξίου Νικόλαος, Κοτινά Ειρήνη, Παναγοπούλου Παναγιώτα, Παντελίδου Ηλιάννα, Καλλιέρης Φώτιος, Βιτώρος Βασίλειος, Κουρουτού Παρασκευή, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

AA58. ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΚΑΙ ΟΞΥ ΝΕΦΡΙΤΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΙΤΡΑΚΟΝΑΖΟΛΗΣ

Κολομτσάς Ζαχαρίας, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Τσελάς Κων/νος, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

AA59. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ BRUGADA) ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΘΑΝΑΤΟ

Μηλάκη Καλλιόπη, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Φωσκολάκης Νικόλαος, Τσελάς Κων/νος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

AA60. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σεϊτανίδη Ελένη, Χατζόπουλος Αντώνιος, Νιάρου Βασιλική, Αθανασίου Βασιλική, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Κρικέτου Δέσποινα, Σπηλιόπουλος Νικόλαος, Παπαδήμα Έφη, Κόνσολας Χρήστος, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ναυπλίου, Ναύπλιο



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA61. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Αγγελίδη Αγγελική¹, Ματσάγγος Σπύρος², Σεργεντάνης Θεόδωρος³, Πρωτοψάλτης Ιωάννης¹, Μπουτάτη Ελένη⁴, Δημητριάδης Γιώργος⁴, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{4,5}

1. Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιά

2. Ν. Υ. Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιά

3. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

4. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Αθήνα

5. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Αθήνα

AA62. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ 15 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΝΙΓΜΟΥ-ΠΑΡ'ΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΥ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κωστοπούλου Μυρτώ, Αθανασίου Βασιλική, Χατζόπουλος Αντώνιος, Σεϊτανίδη Ελένη, Νιάρου Βασιλική, Μπέχλη Ανδρονίκη, Σπηλιόπουλος Νικόλαος, Νέλλα Αικατερίνη-Κωνσταντίνα, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ναυπλίου, Ναύπλιο

AA63. ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΑΠΟ SERRATIA MARCESCENS ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Δολαψάκης Χριστόδουλος, Φανουργιάκης Παναγιώτης, Τσαφά Ευφροσύνη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Παρτάλης Νικόλαος, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Καστανάκης Σεραφείμ

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

AA64. ΔΗΓΜΑ ΚΡΟΤΩΝΟΣ ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORII

Δημητριάδης Ιωάννης, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Μακρής Αθανάσιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Παπαϊωάννου Παρασκευή, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

AA65. ΕΜΠΥΡΕΤΟ + ΑΝΑΙΜΙΑ + ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ = ???

Δημητριάδης Ιωάννης, Μακρής Αθανάσιος, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Χουλιτούδη Βασιλική, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

AA66. ΑΤΥΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΡΦΥΡΑΣ HENoch-SCHÖNLEIN ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 3^{ης} ΗΛΙΚΙΑΣ

Δημητριάδης Ιωάννης, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Μακρής Αθανάσιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Παππάς Απόστολος, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων II (AA67 - AA77)

Συντονίστρια: Ε.Ι. Μπουτάτη

AA67. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Νιάρου Βασιλική, Χατζόπουλος Αντώνιος, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Ανδρικόπουλος Ευάγγελος, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης
Παθολογική Κλινική Ναυπλίου, Ναύπλιο

AA68. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ NT-proBNP ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σταματελάτου Μαρία¹, Μπουτάτη Ελένη², Πέππα Μελλομένη², Κακαβά Ευαγγελία², Μαράτου Ειρήνη³, Δημητριάδης Γεώργιος², Ράπτης Σωτήριος Α.³

1. *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*
2. *Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα*
3. *Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ), Αθήνα*

AA69. ΤΟΞΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΥΜΟΥ ΤΗΣ ΠΙΚΡΑΓΟΥΡΙΑΣ

Σταματελάτου Μαρία¹, Ρέλλος Κων/νος¹, Ιωαννίδης Παναγιώτης², Μανωλαράκης Γεώργιος³, Χρυσουλάκη Μαρία¹, Βασιλάκη Νεκταρία¹, Αφορδακού Μαρία¹, Γαργεράκη Αναστασία², Δασενάκη Μαρία¹

1. *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*
2. *Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*
3. *Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*

AA70. ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORII ΚΑΙ RICKETTSIA SIBIRICA

Σταματελάτου Μαρία, Τσιμούλης Δημήτρης, Βασιλάκη Νεκταρία, Χρυσουλάκη Μαρία, Αφορδακού Μαρία, Ρέλλος Κων/νος, Δασενάκη Μαρία
Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

AA71. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΚΡΟΤΩΝΑ (TIBOLA-Tick Borne Lymphadenopathy)

Σταματελάτου Μαρία¹, Τσιμούλης Δημήτρης¹, Χρυσουλάκη Μαρία¹, Βασιλάκη Νεκταρία¹, Αφορδακού Μαρία¹, Ρέλλος Κων/νος¹, Δελιμηπαλατάκης Γεώργιος², Δασενάκη Μαρία¹

1. *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*
2. *Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας*

AA72. ΔΥΣΔΙΑΓΝΩΣΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Κακουλίδης Ιωάννης¹, Ρούσκας Παύλος², Αναστασιάδου Αφροδίτη¹, Τσαγκαλίδου Ευγενία¹, Σακαλή Κωνσταντίνα¹, Κεχαγιά Εμμανουηλία¹

1. *Γ.Ν. Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική*
2. *Γ.Ν. Γιαννιτσών, Καρδιολογική Κλινική*



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA73. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΟLANZAPINE
Βούλγαρης Βασίλειος¹, Μαμάκου Βασιλική¹, Ζεγγίνη Ελένη¹, Σεραφετινίδης Ιωάννης², Γλέζου Ειρήνη³, Βλαχάκη Καλλιρόη³

1. Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτείο
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γεώργιος Γεννηματάς
3. Ψυχιατρική Κλινική Δρομοκαϊτείου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

AA74. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΕΚΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Μακίνα Άννα, Κόντος Ιωάννης, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη, Καραχάλιος Γεώργιος

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

AA75. ΑΓΓΕΙΙΤΙΣ ΤΑΚΑΥΑΣU ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μακίνα Άννα¹, Λιακοπούλου Ευθυμία¹, Συμπάρδη Στυλιανή¹, Καταξάκη Ευαγγελία², Καραχάλιος Γεώργιος¹

1. Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
2. Ρευματολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

AA76. HIV ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μαμάκου Βασιλική¹, Βούλγαρης Βασίλειος¹, Σεραφετινίδης Ιωάννης², Ζεγγίνη Ελένη¹, Γλέζου Ειρήνη³, Βλαχάκη Καλλιρόη³

1. Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτείο
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γεώργιος Γεννηματάς
3. Ψυχιατρική Κλινική Δρομοκαϊτείου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

AA77. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΙΔΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΑΣΚΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΑΠΟ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ

Χριστόπουλου Βασιλική¹, Ζάρπας Χαρίλαος¹, Γιαννούτσος Σπυρίδων¹, Κατσαούνης Παναγιώτης¹, Παπαδοπούλου Αναστασία¹, Οικονομόπουλος Νικόλαος², Χαλβατσιώτης Παναγιώτης¹, Δημητριάδης Γεώργιος¹

1. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
2. Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων II (AA78 - AA88)

Συντονίστρια: Π. Μήτρου

AA78. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Δαδήρας Νικόλαος³, Κούτσικα Ειρήνη³, Χλέτσος Μιχαήλ⁴, Αθανασίου Παναγιώτης³

1. Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ
2. Φοιτητής Ιατρικής ΕΚΠΑ
3. Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»
4. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA79. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Δαδήρας Νικόλαος³, Κούτσικα Ειρήνη³, Χλέτσος Μιχαήλ⁴, Αθανασίου Παναγιώτης³

1. Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

2. Φοιτητής Ιατρικής ΕΚΠΑ

3. Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

4. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

AA80. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΡΕΝΙΝΗΣ ΑΛΙΣΚΙΡΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΠΡΟΔΡΟΜΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μαρκάκης Κωνσταντίνος¹, Μαζιώτη Μαρία¹, Μαράτου Ειρήνη², Τσιρογιάννη Αλεξάνδρα³, Λαμπαδιάρη Βάια¹, Δημητριάδης Γεώργιος¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{1,2}, Ράπτης Αθανάσιος¹

1. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

2. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του, Αθήνα

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

AA81. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ

Καραγιάννης Χρήστος, Αλεξάκη Ελευθερία, Αυγέρη Σοφία, Βένδρα Κωνσταντίνα, Φωτοπούλου Κατερίνα, Τσιόδρα Παρασκευή, Βογιάκη Σοφία, Παγώνη Σταματίνα
Γ' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς»

AA82. Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔτ2 ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Μηλάκη Καλλιόπη, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Φωσκολάκης Νικόλαος, Τσελάς Κων/νος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

AA83. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Τσελάς Κωνσταντίνος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

AA84. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Τσελάς Κων/νος
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia A

AA85. ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ (TRALI): ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Παπαδοπούλου Ευθυμία¹, Μπουλταδάκη Ανδριανή², Κωστή Αναστασία¹, Μπούκη Μαρία¹, Ασμάνης Ευάγγελος¹, Καλλέργη Αγγελική¹, Σκουλικίδη Αναστασία¹, Φύλλας Ηλίας¹, Χριστοδούλου Ηλέκτρα¹, Στουπάκη Μαρία¹, Ζώτικα Χριστίνα¹, Μαλακός Ιωάννης¹, Γιαννικόπουλος Γεώργιος¹, Ζώρζου Μαρκέλα- Παγωνίτσα¹

1. Παθολογική Κλινική Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειον»

2. Ακτινολογικό Τμήμα Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειον»

AA86. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΚΟΥΣΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Αθανασίου Βασιλική, Θεοδωρομανωλάκης Παναγιώτης, Χατζόπουλος Αντώνιος, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Νιάρου Βασιλική, Σεϊτανίδη Ελένη, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Ναυπλίου, Ναύπλιο

AA87. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ CMV ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΕΝΗΛΙΚΑ

Λαβράνος Γιάγκος, Παπανικολάου Ελένη, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική, Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

AA88. ΡΗΞΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Στεργίου Αικατερίνη¹, Σπηλιοπούλου Αικατερίνη¹, Φράγκου Αρχοντούλα¹, Χαρχαλάκης Γεώργιος², Κουτσιαύτης Ιωάννης¹, Πεσκέσης Γεώργιος¹, Διαμάντης Ευάγγελος¹, Τσαρούχας Ξενοφών¹, Γαλούρης Αθανάσιος¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου «Ελπίς»

2. Β΄ Θωρακοχειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία»

Αίθουσα Olympia B

16.30 - 17.45 Στρογγυλό Τραπέζι

«Σύγχρονες απόψεις στα λοιμώδη νοσήματα»

Συντονίστρια: Ε. Γιαμαρέλλου

Ομιλήτρια: Ε. Γιαμαρέλλου

«Κλεμπίελα πνευμονίας: Μία νέα παγκόσμια απειλή»

Ομιλητής: Γ. Δαΐκος

«Λοιμώξεις από MRSA»

Ομιλήτρια: Ε.Ι. Μπουτάτη

«Λοιμώδη νοσήματα σε μετακινούμενους πληθυσμούς»

17.45 - 18.00 Διάλειμμα Καφέ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αίθουσα Olympia B

- 18.00 - 19.30** **Στρογγυλό Τραπέζι**
«Τα κακοήθη νοσήματα στην εσωτερική παθολογία»
Συντονιστής: Δ. Πεκτασίδης
Ομιλήτρια: Α. Ψυρρή
«Φαρμακολογικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση κακοήθων νοσημάτων»
Ομιλητής: Α. Πολύζος
«Καρκίνος του πνεύμονα: Από τη διάγνωση στην αντιμετώπιση»
Ομιλητής: Α.Μ. Δημόπουλος
«Σύγχρονη προσέγγιση και αντιμετώπιση του πολλαπλού μυελώματος»
Ομιλητής: Σ. Παπαγεωργίου
«Απώτερες επιπλοκές σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει μετά από θεραπεία για λέμφωμα Hodgkin και non-Hodgkin λεμφώματα»
- 19.30 - 21.00** **Τελετή Λήξης**
- 19.30 - 20.15** **Διάλεξη Λήξεως**
«Μοριακή καρκινογένεση και επιλεκτική φαρμακευτική στόχευση»
Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης
Ομιλητής: Αθ. Παπαβασιλείου
- 20.15 - 20.45** **Απονομή Βραβείων**
Τριών (3) Βραβείων Αναρτημένων Ανακοινώσεων
Δύο (2) Βραβείων «Η. ΦΙΛΗ» Αναρτημένων Ανακοινώσεων για ειδικευμένους και ειδικευμένους έως 3 έτη από την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας
- 20.45 - 21.00** **Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου**



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΑΑ01. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΛΟΓΩ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΛΕΒΟΝΤΟΠΑ

Γκολφινόπουλος Σταύρος, Βρασίδα Μαρία, Εμμέλεια Βουνού

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος

Εισαγωγή: Το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο είναι μία σπάνια αλλά συχνά θανατηφόρα κατάσταση που προκύπτει λόγω διαταραχής της μεσολαβούμενης από την ντοπαμίνη νευροδιαβίβασης. Αν και αρχικά περιγράφηκε σε ασθενείς που λάμβαναν νευροληπτικά φάρμακα, η ίδια κατάσταση μπορεί να προκύψει επί μείωσης ή διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής στη νόσο του Πάρκινσον.

Σκοπός: Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς που ανέπτυξε κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο όταν μειώθηκε η δόση της λεβοντόπα που λάμβανε ως αντιπαρκινσονική αγωγή.

Υλικό: Γυναίκα 72 ετών νοσηλευόμενη λόγω οξείας βρογχίτιδας. Είχε διαγνωστεί με νόσο του Parkinson από 20ετία για την οποία λάμβανε λεβοντόπα/καρβιντόπα, εντακαπόνη, αμανταδίνη και πραμιπεξόλη. Κατόπιν μείωσης της δόσης της λεβοντόπα για αντιμετώπιση υπερκινησιών στα άνω άκρα η ασθενής εμφάνισε πτώση του επιπέδου συνείδησης, υψηλά πυρετικά κύματα, εναλλαγές της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας και γενικευμένη μυϊκή υπερτονία.

Μέθοδος: Η αντικειμενική εξέταση δεν ανέδειξε σαφή εστία λοίμωξης. Ο νέος παρακλινικός έλεγχος ανέδειξε σχετική ουδετεροφιλία, ραβδομύωση, αφυδάτωση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Οι δείκτες φλεγμονής παρέμειναν χαμηλοί και οι επαναλαμβανόμενες καλλιέργειες βιολογικών υλικών ήταν στείρες. Ο απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η συνεκτίμηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων έθεσε την υποψία του κακόηθους νευροληπτικού συνδρόμου και χορηγήθηκε η ενδεικνυόμενη αγωγή.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και τελικά πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας.

Συμπέρασμα: Το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί ανεξάρτητα από τη λήψη νευροληπτικών φαρμάκων. Δεδομένης της μεγάλης σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης για την αποτελεσματική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη η διατήρηση ισχυρής κλινικής υποψίας από τον θεράποντα ιατρό. Επίσης, συνιστάται όλες οι αλλαγές στη αντιπαρκινσονική αγωγή να γίνονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και να αποφεύγονται σε φάσεις οξείας νόσου.

ΑΑ02. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΦΥΓΜΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΚΡΟ - ΚΑΙ ΜΙΚΡΟ - ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χωρεψιμά Σταματία, Πρωτογέρου Αθανάσιος, Κόκκινος Αλέξανδρος, Παπαδογιάννης Δημήτριος, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) έχουν αυξημένη αρτηριακή σκληρία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς διαβήτη. Η μέτρηση της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την εκτίμηση της αρτηριακής σκληρίας. Τιμές της PWV μεγαλύτερες από 12 m/s αντανακλούν βλάβη των οργάνων στόχων και προδικάζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τη συσχέτιση της PWV με την ύπαρξη μακρο-και μικρο-αγγειοπαθολογικών επιπλοκών στα άτομα με ΣΔ2.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 197 ασθενείς με ΣΔ2 μέσης ηλικίας 65±8 ετών και διάρκειας διαβήτη 14±9 ετών. Ελήφθη λεπτομερές ατομικό ιστορικό και πραγματοποιήθηκαν κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος. Η αρτηριακή σκληρία εκτιμήθηκε με μέτρηση της καρωτιδομηριαίας PWV με τη συσκευή Sphygmocor και οι ασθενείς ταξινομήθηκαν-σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες-σε έχοντες φυσιολογική (≤12m/s) και παθολογική (>12 m/s) τιμή PWV.

Αποτελέσματα: Στην πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια διαβήτη και τη μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ), βρέθηκε ότι η ύπαρξη παθολογικής τιμής PWV σχετίζεται ανεξάρτητα με την ηλικία [odds ratio (OR) (CI 95%): 1.09(1.03-1.16), p=0.003], τη ΜΑΠ [1.05(1.01-1.08), p=0.005], την ύπαρξη περιφερικής νευροπάθειας [3.86(1.64-9.08), p=0.002] και περιφερικής αρτηριοπάθειας [2.38(1.00-5.67), p=0.051]. Δεν αναδείχθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την ύπαρξη νεφροπάθειας, αμφιβληστροειδοπάθειας ή άλλων μακροαγγειοπαθολογικών επιπλοκών.

Συμπέρασμα: Από τις μακρο-και τις μικροαγγειοπαθολογικές επιπλοκές του διαβήτη, μόνο η ύπαρξη περιφερικής νευροπάθειας και ίσως περιφερικής αρτηριοπάθειας σχετίζεται με παθολογική τιμή PWV στα άτομα με ΣΔ2.



ΑΑ03. ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΒΑΡΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Βολακάκης Νικόλαος, Κατσουλάκη Μαρία, Κοσμίδου Κυριακή, Τσαφά Ευφροσύνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Α΄ Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή: Η οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα πρόκειται για σοβαρή νόσο που εμφανίζεται σε ασθενείς μετά από τραυματισμό, εγχείρηση, περίοδο λοχείας, εγκαύματα, σπυαίμια ή βαρύ νόσημα σε συστηματικές παθήσεις όπως σαρκοείδωση, φυματίωση, σύφιλη, σε μικροβιακές λοιμώξεις *Shigella*, *Leptospira*, *Coxiella burnetii*, *Streptococcus*, *V.cholerae* και σε παρασιτώσεις. Η παρατεταμένη παρεντερική σίτιση προδιαθέτει σε στάση της χολής και οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα λεχώνα 39 ετών εισέρχεται στην κλινική μας με υψηλό εμπύρετο (>39°C) και διάρροιες. Από την κ/α κοπράνων απομονώνεται *Salmonella* group C και τίθεται σε θεραπεία με αζιθρομυκίνη με άμεση κλινική βελτίωση.

Σε 15 ημέρες μετά την έξοδο της επανέρχεται με εικόνα βαρείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Εργαστηριακά ευρήματα: αμυλασαιμία, λιπασαιμία. Απεικονιστικά ευρήματα: U/S κοιλίας + C/T κοιλίας: 1) οίδημα τοιχώματος χοληδόχου κύστεως και απουσία ιζήματος ή λίθων εντός αυτής 2) οιδηματώδης απεικόνιση παγκρεατικού παρεγχύματος με ανάδειξη περιοχών (σώματος και ουράς) με ελλειμματική σκιαγράφηση, ενδεικτικό οξείας παγκρεατίτιδας με τοπικούς νεκρωτικούς χαρακτήρες 3) εκτεταμένες συλλογές υγρού (υψηπατικά, παρακολικές αύλακες άμφω, πλευριτική συλλογή AP). Σε δεύτερο χρόνο ανάπτυξη ψευδοκύστεων παγκρέατος στο σώμα (4cm) κ στην ουρά κρεμάμενη κύστη(6cm).

Αποτελέσματα:

- Η οξεία φλεγμονή της αλιθιασικής χοληδόχου κύστεως που οδήγησε στην νεκρωτική παγκρεατίτιδα μπορεί να αποδοθεί στη λοίμωξη από *Salmonella*.

- Η αγωγή με αζιθρομυκίνη μπορεί να οδηγήσει σε χολόσταση ή ακόμα σπανιότερα σε παγκρεατίτιδα.

Συμπέρασμα: Η αλιθιασική φλεγμονώδης χολοκυστίτιδα υπό θεραπεία με αζιθρομυκίνη ήταν ο συνδυασμός της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας.

ΑΑ04. ΒΑΡΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ

Κατσουλάκη Μαρία, Βολακάκης Νικόλαος, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Τσαφά Ευφροσύνη, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ

Α΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Εισαγωγή: Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων αποτελεί οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια που οφείλεται σε μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα με αύξηση της διαπερατότητας των κυψελιδικών τριχοειδών λόγω βλάβης του ενδοθηλίου των τριχοειδών.

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με ρευματοειδή αρθρίτιδα με ταχέως εξελισσόμενη διάμεση πνευμονία

Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 73 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό κορτικοειδή και μεθοτρεξάτη, Ca γεννητικών οργάνων και χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω εμπυρέτου.

Εκ του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκαν τρίζοντες δεξιάς βάσης με αυξημένους δείκτες φλεγμονής χωρίς σαφή εικόνα πύκνωσης από την ακτινογραφία θώρακος, χωρίς εικόνα περικαρδίτιδας. Εισήχθη ως πιθανή λοίμωξη αναπνευστικού και τέθηκε σε εμπειρικό αντιβιοτικό σχήμα.

Κατά τη νοσηλεία της παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας με δύσπνοια και ταχυκαρδία, τέθηκε υποψία πνευμονικής εμβολής και η ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε spiral CT η οποία ανέδειξε μικρή πνευμονική εμβολή δεξιού κλάδου πνευμονικής αρτηρίας και αμφοτερόπλευρα διάμεσα πνευμονικά διηθήματα που σέβονται την περιφέρεια των πνευμονικών πεδίων. Εντός 12ώρου εμφάνισε συνεχώς επιδεινούμενη κλινική και ακτινολογική εικόνα ως επί ARDS ή διάμεσης πνευμονίας, καλύφθηκε ως πιθανή λοίμωξη από *Pneumocystis carinii* με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, μεροπενέμη, οσελαμιβίρη και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Ανταποκρίθηκε καλά στη θεραπεία και εξήλθε μετά από 20 μέρες νοσηλείας σε καλή γενική κατάσταση με αντιπηκτική αγωγή για 6 μήνες.

Συμπέρασμα: Σε ανοσοκατασταλμένα άτομα οιασδήποτε αιτιολογίας κατά τη διάρκεια λοιμώξεων θα πρέπει να είμαστε σε συνεχή εγρήγορση ως προς της απρόβλεπτη εξέλιξη της κλινικής τους εικόνας.

**ΑΑ05. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ, ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ**

Πετσιμέρη Βασιλική, Θεοχάρη Μαρία, Καρανίκας Δημήτρης, Καρρά Γεωργία, Κολιάκου Ελένη, Σπηλιωτόπουλος Χρήστος, Τσιμπιδάκης Αντώνιος

Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου, Καρπενήσι

Εισαγωγή: Η κολλική μαρμαρυγή εμφανίζεται ως μοναδική πάθηση ή σε συνδυασμό με άλλες παθήσεις.

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας κολλικής μαρμαρυγής ως μοναδική πάθηση, σε συνδυασμό με καρδιακή ανεπάρκεια ή με καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καθώς και το είδος αντιπηκτικής αγωγής που χορηγούνται.

Υλικό: Μελετήθηκαν 48 ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν για διάφορες παθήσεις.

Μέθοδοι: Καταγράφηκε πόσοι έπασχαν μόνο από κολλική μαρμαρυγή και πόσοι έπασχαν και από καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Παράλληλα καταγράφηκε πόσοι ελάμβαναν ως αντιπηκτική αγωγή ακετυλοσαλικυλικό οξύ, πόσοι κλοπιδογρέλη και πόσοι ασενοκουμαρόλη.

Αποτελέσματα: Οι 17 (35,41%) έπασχαν μόνο από κολλική μαρμαρυγή, οι 19 (39,58%) από κολλική μαρμαρυγή και καρδιακή ανεπάρκεια και οι 12 (25%) από κολλική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Από τους 48 ασθενείς οι 31 (64,58%) ελάμβαναν ακετυλοσαλικυλικό οξύ, οι 9 (18,75%) ασενοκουμαρόλη, οι 4 (8,33%) κλοπιδογρέλη, οι 3 (6,25%) ακετυλοσαλικυλικό οξύ και κλοπιδογρέλη και 1 ασθενής (2,08%) ελάμβανε ακετυλοσαλικυλικό οξύ και ασενοκουμαρόλη.

Συμπεράσματα: Η κολλική μαρμαρυγή ως μοναδική πάθηση ή σε συνδυασμό με καρδιακή ανεπάρκεια είναι περίπου το ίδιο συχνή, ενώ πιο σπάνια συνυπάρχει και με τις δυο αυτές παθήσεις. Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ είναι το πιο συχνά χορηγούμενο αντιπηκτικό και σε μικρότερο ποσοστό χορηγείται η ασενοκουμαρόλη και πιο σπάνια η κλοπιδογρέλη. Σπανιότερα χορηγείται ακετυλοσαλικυλικό οξύ με κλοπιδογρέλη ή ακετυλοσαλικυλικό οξύ με ασενοκουμαρόλη.

ΑΑ06. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΠΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ

Κονναρή Κωνσταντίνα, Καρλής Γεώργιος, Μάγκας Νικόλαος, Αλμυρούδη Μαρία-Παναγιώτα, Αρμένη Ελένη

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η βρουκέλλα είναι ζωνόσος που εκδηλώνεται ως συστηματική λοίμωξη. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο, αν και οι καρδιαγγειακές επιπλοκές της νόσου αφορούν μόνο το 1% των περιπτώσεων.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την περίπτωση βρουκέλλωσης που εκδηλώθηκε ως σπονδυλοδισκίτιδα με συνυπάρχουσα περικαρδίτιδα.

Υλικό: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που προσήλθε αιτιώμενος από δύο εβδομάδων εμπύρετο με νυχτερινές εφιδρώσεις και οσφυαλγία, στον οποίο διαπιστώθηκε βρουκέλλωση που εκδηλώθηκε ως σπονδυλοδισκίτιδα και περικαρδιακή συλλογή. Ο ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ενώ παραδέχτηκε κατανάλωση φρέσκου απαστερίωτου γάλακτος τους τελευταίους τρεις μήνες

Μέθοδος: Πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος που περιλάμβανε καλλιέργειες αίματος και ανοσολογικές εξετάσεις, έγχρωμο υπερηχογράφημα καρδιάς, αξονική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας.

Αποτελέσματα: Κλινικά διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία που επιβεβαιώθηκε στον υπερηχογραφικό έλεγχο. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο προέκυψαν: ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, σημαντικά αυξημένες τιμές των ηπατικών και αποφρακτικών ενζύμων, C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και αρνητική τροπονίνη. Η αξονική τομογραφία ΟΜΣΣ ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα Ο3-Ο5. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε: θετική οροαντίδραση Wright, αντισώματα βρουκέλλας IgM και IgG, ενώ η καλλιέργεια αίματος απομόνωσε Brucella. Το έγχρωμο υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε περικαρδιακή συλλογή χωρίς σημεία επιπωματισμού και καρδιακές βαλβίδες χωρίς εκβλαστήσεις. Ο ασθενής ετέθει σε τριπλή αντιβιοτική αγωγή με δοξυκυκλίνη, ριφαμπικίνη και σιπροφλοξασίνη και εξήλθε απύρετος και σε καλή κλινική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η βρουκέλλωση μπορεί να εκδηλωθεί με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Παρόλο που η μεμονωμένη περικαρδιακή συλλογή, ιδιαίτερα χωρίς συνυπάρχουσα ενδοκαρδίτιδα, είναι πολύ σπάνια εκδήλωση της, θα πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο ώστε να μη διαφύγει στη διάγνωση μια τόσο σοβαρή επιπλοκή, ιδιαίτερα στις χώρες όπου ενδημεί.



AA07. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΥ APS ΣΕ ΜΕΣΗΛΙΚΑ ΑΝΤΡΑ

Κούμα Δήμητρα, Λαβράνος Γιάγκος, Παπανικολάου Ελένη, Ζηντίλης Χρυσόστομος, Χειμωνίδης Σόλωνας

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Εισαγωγή: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (APS) είναι μια αυτοάνοση διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων και τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα: φλεβικής ή αρτηριακής θρόμβωσης, υποτροπιάζουσών αποβολών, θρομβοπενίας. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές στα πλαίσια αυτοάνοσων διαταραχών, λοιμώξεων, φαρμακευτικών συνδρόμων και νεοπλασμάτων.

Σκοπός: Στην εργασία παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με χαρακτηριστικά πρωτοπαθούς πιθανόν καταστροφικού APS.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 42 ετών Αφροαμερικανικής καταγωγής με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο τμήμα επειγόντων λόγω οιδήματος και άλγους αριστερού κάτω άκρου από τριήμερο με συνοδό εμπύρετο. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο και CTαγγειογραφία διαπιστώθηκε θρόμβωση μηριαίας φλέβας αριστερά και πλήρης απόφραξη κάτω κοίλης φλέβας και κοινών λαγονίων φλεβών άμφω. Σε CT αναδείχθηκε ισχαιμικό έμφρακτο στο τμήμα IV του ήπατος. CΤΡΑ, ECHO καρδιάς ήταν αρνητικά για εμβολή ή εκπλασθήσεις/περικαρδίτιδα αντίστοιχα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλές τιμές PT, aPTT, ουρία, κρεατινίνη, ALT, AST και πρωτεϊνουρία, φυσιολογικά αιμοπετάλια και αιμολυτική αναιμία με θετική άμεση Coombs. Ανευρέθηκε αντιπηκτικό του λύκου θετικό (επιβεβαιωμένο στις 12 εβδομάδες), ενώ λοιπός έλεγχος για ACL, αντι-β2GPI αντισώματα, θρομβοφιλίες, αυτοάνοσα, λοιμώξεις και κακοήθειες ήταν αρνητικός. Λόγω υποψίας πιθανού καταστροφικού APS, ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη με καλή ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Το καταστροφικό APS αποτελεί σπάνια (0,8%) και απειλητική για τη ζωή του ασθενούς (50% θνησιμότητα) μορφή του APS. Η θεραπεία συνιστάται σε αντιπηκτική και ανοσοκατασταλτική αγωγή. Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για αυτούς που επιβιώνουν είναι άριστη παρά τον αυξημένο βραχυπρόθεσμο κίνδυνο, γι' αυτό και απαιτείται από τον κλινικό ιατρό ευαισθητοποίηση για το ενδεχόμενο καταστροφικού APS για έγκαιρη έναρξη θεραπείας.

AA08. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS BOVIS

Αλμυρούδη Μαρία - Παναγιώτα, Κωνναρή Κωνσταντίνα, Καρλής Γεώργιος, Σκαφίδα Αναστασία, Μάγκας Νικόλαος, Αρμένη Ελένη

B΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο streptococcus bovis ανήκει στην ομάδα D των μη εντερόκοκκων στρεπτόκοκκων, και αποτελεί μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου στο 5-10% των ενηλίκων. Κλινικά εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους που περιλαμβάνουν απλή βακτηριαμία έως και συστηματικές λοιμώξεις όπως ενδοκαρδίτιδα και σπανίως μηνιγγίτιδα.

Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού με μηνιγγίτιδα από streptococcus bovis.

Υλικό: Άνδρας 60 ετών προσήλθε με εμπύρετο, εμέτους και έκπτωση επιπέδου συνείδησης από 24ώρου. Από το παλιό ιστορικό διαπιστώθηκαν προ έτους αιμορροϊδοπάθεια δεύτερου βαθμού και αδενωματώδεις πολύποδες μαχέρος εντέρου γαστρεντερικού ως μέτριας επιθηλιακής δυσπλασίας.

Μέθοδος: Ο ασθενής υπεβλήθη σε οσφουοντιαία παρακέντηση, διαθωρακικό triplex καρδιάς, ενδοσκοπικό έλεγχο του γαστρεντερικού, αξονική τομογραφία εγκεφάλου και άνω-κάτω κοιλίας.

Αποτελέσματα: Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) ανευρέθηκαν 24.000 κύτταρα/κκx (90% πολυμορφοπύρρηνα), γλυκόζη 40,7mg/dl και αυξημένες τιμές ολικών πρωτεϊνών (311,4mg/dl), λευκωματίνης (200,3mg/dl) και LDH (161,2mg/dl). Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια κεφτριαξόνη και αμπικιλίνη. Κατά τη νοσηλεία ο ασθενής εμφάνισε κεφαλαλγία που υποχώρησε σταδιακά. Στην καλλιέργεια του ENY απομονώθηκε streptococcus bovis ευαίσθητος στην πενικιλίνη, ενώ οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Στις αξονικές τομογραφίες και στο triplex καρδιάς δεν ανεδείχθησαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Τόσο η γαστροσκόπηση όσο και η κολονοσκόπηση ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Τα συμπτώματα του ασθενούς υποχώρησαν πλήρως σε πέντε μέρες, και εξήλθε από το νοσοκομείο άπυρετος και αιμοδυναμικά σταθερός.

Συμπέρασμα: Ο streptococcus bovis αποτελεί σπάνιο αίτιο μηνιγγίτιδας στους ενήλικες. Βιβλιογραφικά σχετίζεται με νόσους του γαστρεντερικού συστήματος, όπως καρκίνος, εκκολπωμάτωση, πολυποδίαση και φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, που πιθανόν να ενοχοποιούνται για την αιματογενή διασπορά του μικροοργανισμού. Στα πλαίσια αυτά καθίσταται επιτακτικός ο λεπτομερής ενδοσκοπικός έλεγχος προς αποκλεισμό ενεργής νόσου.



AA09. Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΞΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΟ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΜΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΟΧΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ

Πέτσιου Ελένη¹, Μήτρου Παναγιώτα², Λαμπαδιάρη Βάια¹, Παπακωνσταντίνου Αιμιλία¹, Μαράτου Ειρήνη², Σπανούδη Φιλώ¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{1,2}, Δημητριάδης Γεώργιος¹

1. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

2. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ), Αθήνα

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες (Mitrou P et al, Diabetes Care, 2010, Liatis S et al, Eur J Clin Nutr, 2010) έχουν δείξει ότι η χορήγηση οξικού οξέος (βασικού συστατικού του ξυδιού) μειώνει τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία και υπερινσουλιναιμία σε υγιή άτομα και σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, αλλά οι υποκείμενοι μηχανισμοί παραμένουν αδιευκρίνιστοι.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση της κατανάλωσης οξικού οξέος στην πρόσληψη γλυκόζης από το μυϊκό ιστό μετά από ένα μικτό γεύμα σε άτομα με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη.

Υλικά και μέθοδος: Οκτώ ασθενείς με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, χωρίς φαρμακευτική αγωγή (ηλικίας: 46±3,6 ετών, BMI: 29±1,6 kg/m²) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν αρχικά ξύδι (30ml νερό) ή εικονικό φάρμακο (50 ml νερό) πριν την λήψη γεύματος (566kcal, 75g υδατάνθρακες, 26g πρωτεΐνες, 6g λίπος). Δείγματα αίματος λαμβάνονταν από την κερκιδική αρτηρία και τη μεσοβασιλική φλέβα του βραχίονα, προγευματικά και ανά 15-60 λεπτά για 5 ώρες μεταγευματικά για μέτρηση γλυκόζης και ινσουλίνης. Η ροή αίματος στο μυϊκό ιστό μετρήθηκε με πηλθυσμογραφία. Η πρόσληψη γλυκόζης από το μυϊκό ιστό υπολογίστηκε ως: [Αρτηριοφλεβώδεις διαφορές γλυκόζης * Ροή αίματος]. Η επαναληπτική μελέτη έγινε σε 15 ημέρες.

Αποτελέσματα: Το ξύδι σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο: (α) αύξησε την ινσουλινοεξαρτώμενη πρόσληψη γλυκόζης στο μυϊκό ιστό (AUC₀₋₃₀₀ 1013±85 έναντι 832±96 μmol/100mlιστού, p<0.05) και (β) μείωσε τη μεταγευματική υπερινσουλιναιμία (AUC₀₋₃₀₀ 12792±2166 έναντι 16099±2977 mU/Lmin, p<0.05).

Συμπεράσματα: Η κατανάλωση οξικού οξέος βελτιώνει την ευαισθησία του μυϊκού ιστού στην ινσουλίνη σε άτομα με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη.

AA10. ΣΗΦΑΙΜΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Β (S.AGALACTIAE) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Τσάλτα Δανάη, Νικολόπουλος Αθανάσιος, Κολλόκας Άγγελος, Κορακάκης Γεώργιος, Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν. Ν. Ιωνίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η κεραυνόβολος λοίμωξη μετά από σπληνεκτομή (Overwhelming Postsplenectomy Infection, OPSI) συνιστά σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή συνέπεια λοιμώξεως από φέροντα κάψα ελυτροφόρα βακτήρια. Ο S.agalactiae δεν συμπεριλαμβάνεται στα συνήθη αίτια του συνδρόμου σε ενήλικες μη εγκύους ασθενείς.

Σκοπός: Περιγράφεται περίπτωση σπληνεκτομηθέντα διαβητικού ασθενούς με σοβαρή λοίμωξη από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδος Β (S.agalactiae).

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 87 ετών προσήλθε λόγω πυρετού με συνοδό σύγχυση, κοιλιακού άλγους, εμέτων και διαρροϊκών κενώσεων. Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε χειρουργηθείσα νεοεξεργασία παγκρέατος και σπληνεκτομή προ διατίας, υπέρταση και διαβήτη υπό ινσουλinoθεραπεία. Από τη κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ΑΠ=80/50mmHg, θερμοκρασία 39°C, κοιλιά διατεταμένη, ευπίεστη και διάχυτα επώδυνη στην ψηλάφηση με αυξημένους εντερικούς ήχους, μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα και συνοδό υποξυγοναιμία (PO₂=57mmHg), GCS 14/15 και αδρό νευρολογικό έλεγχο χωρίς εστιακή σημεολογία. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC 20300χιλ/μl, PMNs 95%, CRP 196mg/l), αναίμια (Hct 31.9%, Hb 10g/dl), υπεργλυκαιμία Glu=228mg/dl, νεφρική ανεπάρκεια και σοβαρή υποκαλιαιμία K⁺=2.7mmol/l. Στις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε S. Agalactiae, ενώ οι καλλιέργειες ούρων και κοπράνων ήταν στείρες. Από τον απεικονιστικό έλεγχο δεν αναδείχθηκε αποστηματική συλλογή. Ο υπερχοκαρδιογραφικός έλεγχος ήταν αρνητικός για εκβλαστήσεις βαλβίδων.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποστηρίχθηκε αιμοδυναμικά με οξυγονοθεραπεία και εντατική ενδοφλέβια ενυδάτωση, με διόρθωση της συνυπάρχουσας υποκαλιαιμίας. Έλαβε ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με σταδιακή υποχώρηση του πυρετού και των δεικτών φλεγμονής. Το επίπεδο συνείδησης αποκαταστάθηκε γρήγορα ενώ το κλινικό σύνδρομο του κοιλιακού άλγους και των διαρροϊκών απέδραμε βραδέως.

Συμπεράσματα: Ο S.agalactiae είναι σπάνιο αίτιο σηψαιμίας σε ενήλικες μη εγκύους ασθενείς, ενώ αναδεικνύεται σε δυνητικά θανατηφόρο παθογόνο σε σπληνεκτομηθέντες με συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας.



AA11. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΠΥΡΕΞΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαμανώλης Εμμανουήλ, Παπαστεργίου Βασίλειος, Παρδαλού Φωτεινή, Ντέτσκας Γεώργιος, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Λίσγος Φίλιππος, Ψέλλας Χρυσόστομος, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Πλακομύτη Θεοδώρα, Σαμαρά Νίκη, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ) αποτελεί αυτοάνοση πάθηση που εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες, και μπορεί να εκδηλωθεί ενίοτε με έντονα οξέα συμπτώματα. Η εμφάνιση αιμορραγικής κυψελιδίτιδας αποτελεί σπάνια εκδήλωση της νόσου και δη ως αρχική εκδήλωση.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τη περίπτωση νεαρού άνδρα που προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω υψηλού πυρετού από εβδομάδος και αιφνίδια εμφάνιση δύσπνοιας μια μέρα μετά την εισαγωγή του, σε έδαφος πρωτοεμφανιζόμενου ΣΕΛ. **Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 24 ετών, που εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω υψηλής πυρετικής κίνησης από εβδομάδος.

Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς δεν έδειξε κάτι σημαντικό πέραν από την αύξηση των δεικτών οξείας φλεγμονής. Η ακτινογραφία θώρακος την ώρα της εισαγωγής του ασθενούς ήταν απόλυτα φυσιολογική. Είκοσι τέσσερις ώρες μετά την εισαγωγή ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει προοδευτική δύσπνοια, ενώ συνέχισε η υψηλή πυρετική κίνηση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε άμεση επανεξέταση των πνευμόνων συμπεριλαμβανομένης της αξονικής τομογραφίας που έδειξε διάχυτη θολερότητα σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία συμβατή με κυψελιδική συμμετοχή. Η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε ραγδαία και μετά από λίγες ώρες διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα βρογχοσκόπηση που διαπίστωσε την αιμορραγική φύση της κυψελιδικής συμμετοχής. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε ταχέως σε αγωγή με κορτικοειδή, ενώ ο ορολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με την παρουσία ΣΕΛ.

Συμπεράσματα: Ο ΣΕΛ αποτελεί σπάνια νόσο ιδιαίτερα σε άνδρες. Μπορεί όμως να εκδηλωθεί με οξέα συμπτώματα και ακόμη σπανιότερα να αποτελεί αίτιο αιμορραγικής κυψελιδίτιδας που απαιτεί ταχεία διάγνωση και αντιμετώπιση με κορτικοειδή.

AA12. ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ GEFITINIB ΚΑΙ ERLOTINIB - ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σπανού Εμμανουήλ, Παπαστεργίου Βασίλειος, Κόνσολας Ιωάννης, Κώστας Νικόλαος, Σκορδά Λαμπρινή, Μανωλίτσης Στυλιανός, Ντέτσκας Γεώργιος, Παπακωνσταντίνου Λάζαρος, Σταμπόρη Μαρία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Σαμαρά Νίκη, Καραταπάνης Στυλιανός

Αιματολογική, Πνευμονολογική και Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Τα τελευταία έτη η συστηματική χημειοθεραπεία σε καρκίνο παγκρέατος έδωσε κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Συνήθως γίνεται χορήγηση αναστολέων του υποδοχέα της τυροσινικής κινάσης του αυξητικού επιδερμικού παράγοντος (EGFR) όπως gefitinib και erlotinib. Με τη χορήγηση gefitinib έχουν αναφερθεί περιπτώσεις οξείας διάμεσης πνευμονοπάθειας (ILD) ενίοτε θανατηφόρες. Το ίδιο σύνδρομο έχει παρατηρηθεί (σπανιότερα) με τη χρήση του erlotinib.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τη περίπτωση ενός ασθενούς με καρκίνο παγκρέατος που ανέπτυξε οξεία διάμεση πνευμονίτιδα, ενώ ελάμβανε χημειοθεραπεία με gefitinib και erlotinib.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα 66 ετών που προσήλθε στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου από εβδομάδος και δύσπνοιας από τριήμερου. Ο ασθενής έπαυσε από καρκίνο παγκρέατος που είχε διαγνωστεί τέσσερις μήνες νωρίτερα, και υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία με το συνδυασμό gefitinib 1400mg/εβδ από τριμήνου και σε erlotinib 100mg/ημ από μηνός. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής δεν είχε δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο ήπαρ και τον πνεύμονα.

Αποτελέσματα: Στον ακτινολογικό έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκαν διηθήσεις σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία, και στην αξονική τομογραφία που ακολούθησε τα ευρήματα ήταν συμβατά με διάμεση πνευμονίτιδα. Αρχικά ο ασθενής αντιμετώπιστηκε με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής χωρίς βελτίωση, και με την υπόνοια της διάμεσης πνευμονίτιδας χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις κορτικοειδών, με ταχεία ανταπόκριση της κλινικής και απεικονιστικής εικόνας. Το erlotinib διακόπηκε και ο ασθενής συνεχίζει αγωγή μόνο με gefitinib χωρίς πρόβλημα.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση οξείας διάμεσης πνευμονίτιδας (ILD) σε ασθενείς υπό αγωγή με αναστολείς του EGFR, αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική επιπλοκή. Η διακοπή του φαρμάκου και οι υψηλές δόσεις κορτικοειδών φαίνεται να βοηθούν σημαντικά.



AA13. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καραταπάνης Στυλιανός², Παπαστεργίου Βασίλειος², Δελαπόρτα Ειρήνη¹, Γεωργανάς Μάριος¹, Κώστας Νικόλαος², Βενετοκλής Αναστάσιος¹, Λίσγος Φίλιππος², Κώτης Αλέξανδρος¹

1. Ακτινολογικό Τμήμα-Γ.Ν. Ρόδου

2. Α΄ Παθολογική Κλινική-Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η συγγενής πολυκυστική νόσος του παγκρέατος συχνότερα συνυπάρχει με κυστική νόσο άλλων οργάνων (νεφροί/ήπαρ), και συσχετίζεται με γενετικά νοσήματα (νόσος πολυκυστικού νεφρού, κυστική ίνωση, νόσος Von Hippel-Lindau).

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η περίπτωση νεαρού ασθενούς με γιγαντιαίο κυστικό μόρφωμα σε έδαφος μεμονωμένης πολυκυστικής νόσου παγκρέατος.

Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για άρρεν, 22 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος προσήλθε στο παθολογικό εξωτερικό ιατρείο αναφέροντας από 3-μήνου αίσθημα επιγάστριου βάρους και διάτασης, με συνοδό ναυτία. Τα συμπτώματα είχαν ενταθεί από μηνός με επιδείνωση ιδιαίτερα κατά τη λήψη τροφής.

Αποτελέσματα: Η κλινική εξέταση αποκάλυψε τη παρουσία ψηλαφητής μάζας επεκτεινόμενης στο επιγάστριο και αριστερό υπογάστριο, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η διενέργεια δυναμικής αξονικής τομογραφίας της άνω κοιλίας ανέδειξε την παρουσία υπόπυκνης, μονής κοιλότητας, γιγαντιαίας κυστικής μάζας (διαστάσεων 23x21 cm), με πεπαχυσμένα τοιχώματα, η οποία εξορμούμενη από το σώμα και την ουρά του παγκρέατος προκαλούσε έντονα πιεστικά φαινόμενα επί του στομάχου, του δωδεκαδάχτυλου και της σπληνικής φλέβας. Το υπόλοιπο πάγκρεας απεικονιζότο έντονα πολυκυστικό με σχεδόν εξ' ολοκλήρου αντικατάσταση του παγκρεατικού παρεγχύματος από αναρίθμητες κύστες. Φυσιολογική ήταν η απεικόνιση του ήπατος καθώς και των νεφρών.

Συμπεράσματα: Η μεμονωμένη συγγενής πολυκυστική νόσος του παγκρέατος αποτελεί σπάνια οντότητα, συνήθως ασυμπτωματική, με καλοήγη κλινική έκβαση. Οι παγκρεατικές κύστες δύνανται ωστόσο να λάβουν γιγαντιαίες διαστάσεις και να αποτελέσουν αιτία πιεστικών φαινομένων χρήζοντας άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης.

AA14. ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΩΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέτσκας Γεώργιος, Παρδαλού Φωτεινή, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Γιαννιάς Γεώργιος, Λίσγος Φίλιππος, Ψέλλας Χρυσόστομος, Σαμαρά Νίκη, Σπανού Εμμανουήλ, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Πλακομύτη Θεοδώρα, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η μαστοκυττάρωση αποτελεί σπάνια νόσο που προέρχεται από τα αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών. Διακρίνεται κυρίως σε δερματική και συστηματική μαστοκυττάρωση με την τελευταία να προσβάλλει κυρίως τον μυελό. Ενίοτε η μαστοκυττάρωση μπορεί να εκδηλωθεί ως πυρετός αγνώστου αιτιολογίας.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την περίπτωση ενός ασθενούς με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας, πάσχων ταυτόχρονα από κίρρωση του ήπατος σε έδαφος χρόνιας ηπατίτιδας Β (ΧΗΒ)

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 58 ετών, πάσχων από κίρρωση του ήπατος σε έδαφος ΧΗΒ, ο οποίος προσήλθε για διερεύνηση πυρετικής κίνησης από μηνός. Ο ασθενής ελάμβανε αγωγή με εντεκαβίρη από έτους, και πρόσφατος έλεγχος του HBV-DNA απέβη αρνητικός.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα και με συνέχιση της πυρετικής κίνησης. Ο προσδιορισμός των αντισωμάτων για μελταίο διαπιστώθηκε θετικός στο δεύτερο επανέλεγχο και με την υπόνοια βρουκέλλωσης χορηγήθηκε αγωγή με γενταμικίνη (για 2 εβδομάδες) και δοξκυκλίνη για 6 εβδομάδες. Αρχικά υπήρχε η εικόνα ύφεσης της πυρετικής κίνησης και σχετικής βελτίωσης του ασθενούς, στην συνέχεια όμως ο πυρετός επέμεινε και συνεπώς η αγωγή δεν ολοκληρώθηκε. Λόγω της επιμονής του πυρετού πραγματοποιήθηκε οστεομυελική βιοψία όπου διαπιστώθηκε διήθηση του μυελού σε σημαντικό ποσοστό από μαστοκύτταρα. Ο ασθενής έλαβε μικρές δόσεις κορτικοειδών (10mg prednisolone) με συνέπεια την πλήρη υποχώρηση της πυρετικής κίνησης και της σημαντικής μείωσης των μαστοκυττάρων στον μυελό.

Συμπεράσματα: Η μαστοκυττάρωση αποτελεί σπάνια νόσο, μπορεί όμως να εμφανιστεί ως πυρετός αγνώστου αιτιολογίας και συνεπώς πρέπει να αποκλείεται η παρουσία της σε σχετικές καταστάσεις.



AA15. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑ ΛΟΓΩ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ντέτσκας Γεώργιος, Παπαστεργίου Βασίλειος, Κώστας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Σκορδά Λαμπρινή, Λίσγος Φίλιππος, Σαμαρά Νίκη, Προδρομίδου Κλεοπάτρα, Παρδαλού Φωτεινή, Ψέλλας Χρυσόστομος, Πλακομύτη Θεοδώρα, Καραταπάνης Στυλιανός

Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η βακτηριακή θυρεοειδίτιδα αποτελεί σπάνια λοίμωξη του θυρεοειδούς αδένος, και ενοχοποιούνται διάφορα παθογόνα. Η λοίμωξη από ψευδομονάδα αποτελεί ιδιαίτερος σπάνια προσβολή του θυρεοειδούς και η πρόκληση βακτηριαμίας ακόμη σπανιότερη.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τη περίπτωση μιας γυναίκας με παραμελημένο νεόπλασμα θυρεοειδούς που προσήλθε ως παρατείνοντο εμπύρετο, και διαγνωστική ψευδομοναδική βακτηριαμία σε έδαφος εντοπισμένης προσβολής του θυρεοειδούς αδένος.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 64 ετών, που εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω επίμονης πυρετικής κίνησης από εβδομάδος. Η ασθενής ανέφερε ήπια ευαισθησία στη περιοχή του θυρεοειδούς. Από τετραετίας είχε διαγνωστεί μεγάλος όζος στο δεξιό λοβό του θυρεοειδούς και της είχε συσταθεί η επείγουσα χειρουργική αφαίρεση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο για διερεύνηση του πυρετού χωρίς κάποιο ιδιαίτερο εύρημα πέραν της διόγκωσης της περιοχής του θυρεοειδούς. Αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν στην εισαγωγή της ασθενούς απέβησαν θετικές στην ψευδομονάδα και χορηγήθηκε αντιψευδομοναδική αγωγή με αρχικά μικρή μόνον βελτίωση της κλινικής εικόνας. Στη συνέχεια τα τοπικά φαινόμενα από το θυρεοειδή και η γενική κατάσταση της ασθενούς επιδεινώθηκε και κρίθηκε αναγκαία η επείγουσα επέμβαση για αφαίρεση του θυρεοειδούς. Ο αφαιρεθείς δεξιός λοβός του θυρεοειδούς έφερε εκτεταμένο αδιαφοροποίητο νεόπλασμα του θυρεοειδούς με εστίες διαπύησης. Παρά την επέμβαση η κατάσταση της ασθενούς επιδεινώθηκε λόγω των φαινομένων ασφυξίας από την νεοπλασματική διήθηση της περιοχής της τραχείας και η ασθενής κατέληξε στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Η βακτηριαδική θυρεοειδίτιδα αποτελεί σπάνια λοίμωξη του θυρεοειδούς, η παρουσία όμως νεοπλάσματος είναι πιθανόν να επάγει την επιλοίμωξη της περιοχής, και σπανίως να προκαλεί βακτηριαμία.

AA16. ΜΗ ΕΚΚΡΙΤΙΚΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΑ ΟΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ -ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σπανού Εμμανουήλ, Κώστας Νικόλαος, Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέτσκας Γεώργιος, Κόνσολας Ιωάννης, Παρδαλού Φωτεινή, Σκορδά Λαμπρινή, Μανωλίτσης Στυλιανός, Μαντζωρογεώργου Ελένη, Σταμπόρη Μαρία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Γιαννιάς Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός

Αιματολογική Κλινική και Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Το μη εκκριτικό πολλαπλούν μυέλωμα αντιστοιχεί στο 1-5% των περιπτώσεων πολλαπλού μυελώματος (ΠΜ) και χαρακτηρίζεται από την απουσία παθολογικής παραπρωτεΐνης στο αίμα και τα ούρα. Η διάγνωση του μη εκκριτικού μυελώματος γίνεται με την ανεύρεση αυξημένου αριθμού πλασματοκυττάρων στον μυελό των ασθενών με υπόνοια μυελώματος αλλά χωρίς την ύπαρξη παθολογικής μονοκλωνικής παραπρωτεΐνης στην ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων.

Σκοπός: Να παρουσιάσει η περίπτωση ενός ασθενούς με μη εκκριτικό πολλαπλούν μυέλωμα που εκδηλώθηκε με οστικά άλγη και αυτόματα κατάγματα.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα 66 ετών που προσήλθε στην κλινική μας προ εξαμήνου, για διερεύνηση διάχυτων οστικών αλγών, αυτόματων καταγμάτων στα πλευρά και απεικονιστική εικόνα καθήλωσης των κατωτέρων σπονδύλων της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής μοίρας.

Αποτελέσματα: Στον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία (Hb=8.8g%), ήπια λευκοπενία και θρομβοπενία, αυξημένη ΤΚΕ(90), μικρή αύξηση της κρεατινίνης (1.5mg%), ήπια υπερασβεσταιμία (10.4mg%) και σημαντική αύξηση του ουρικού οξέος (11.5mg%). Στην ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων το κλάσμα της γ-σφαιρίνης ήταν σημαντικά μειωμένο (γ-σφαιρίνη=6.9%), ενώ το ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοσφαιρινών διαπιστώθηκαν IgG=589, IgA=41, IgM=46 και IgE=6.2. Στην ανοσοκαθάλωση ορού διαπιστώθηκαν ίχνη λ ελαφρών αλύσεων, ενώ στα ούρα δεν διαπιστώθηκε παρουσία Bence-Jones. Στην εξέταση του μυελού διαπιστώθηκε διήθηση από πλασματοκύτταρα σε ποσοστό >60%, τα οποία έφεραν τον ανοσοφαινότυπο (CD138+Clgλ+CD56+CD20-). Στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με Velcate και μικρές δόσεις dexamethazone με ικανοποιητική μέχρις στιγμής απάντηση.

Συμπεράσματα: Το μη εκκριτικό πολλαπλούν μυέλωμα αποτελεί μια σπάνια εκδήλωση της νόσου, πρέπει όμως να τίθεται η υπόνοια του σε κάθε ασθενή με εικόνα συμβατή με πολλαπλούν μυέλωμα και απουσία παθολογικής παραπρωτεΐνης στον ορό ή στα ούρα.



AA17. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΙΚΗ ΜΥΕΛΙΝΟΛΥΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Απέρης Γεώργιος¹, Καϊκης Αριστείδης¹, Παπαστεργίου Βασίλειος², Σταμπόρη Μαρία², Καλλιοντζόγλου Αναστασία³, Λίσγος Φίλιππος³, Ντέσκας Γεώργιος², Κώστας Νικόλαος², Γερακιού Καλλιόπη², Κώτης Αλέξανδρος⁴, Καραταπάνης Στυλιανός²

1. Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
2. Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
3. Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
4. Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Γ. Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η κεντρική γεφυρική μυελινόλυση (ΚΓΜ) αποτελεί σπάνιο σύνδρομο, που οφείλεται σε ποικίλα αίτια, με συνηθέστερο την ταχεία διόρθωση της υπονατρημίας.

Σκοπός: Η περιγραφή μίας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με κεντρική γεφυρική μυελινόλυση (ΚΓΜ).

Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 61 ετών, καπνιστής με ιστορικό χρόνιας καταπόλησης αλκοόλ, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία εισήχθη στο Νοσοκομείο λόγω αισθήματος ζάλης, αιμωδιών στο αριστερό άνω και κάτω άκρο και δυσκολίας στην κατάποση. Από την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής διέθετε άριστα ζωτικά σημεία. Στη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν ελαττωμένη αισθητικότητα στο αριστερό άνω και κάτω άκρο, βάδιση με ευρεία βάση, αριστερή δυσμετρία, νυσταγμός αριστερά και δυσαρθρία.

Αποτελέσματα: Η γενική αίματος ήταν φυσιολογική με μόνη αύξηση του MCV 100,50 fL, ενώ ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε μικρή αύξηση της SGOT 49 U/L, και της γGT 94 U/L. Η CT εγκεφάλου με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό ανέδειξε υπόπυκνες εστίες στα πρόσθια κέρατα των πλάγιων κοιλιών, τη γέφυρα και εγκεφαλική ατροφία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε MRI εγκεφάλου όπου απεικονίστηκαν υπέρπυκνες αλλοιώσεις στη γέφυρα, το δεξιό οπίσθιο προμήκη και στις πλάγιες κοιλίες. Στην T2 ακολουθία διαπιστώθηκαν υπέρπυκνες αλλοιώσεις στη λευκή ουσία, κυρίως δεξιά. Τα παραπάνω απεικονιστικά ευρήματα είναι συμβατά με τη διάγνωση της κεντρικής γεφυρικής μυελινόλυσης. Η θεραπεία ήταν υποστηρικτική, και τα συμπτώματα του βελτιώθηκαν μετά από 15 ημέρες με πλήρη υποχώρηση μετά από ένα μήνα.

Συμπέρασμα: Η ΚΓΜ μπορεί να επιπλέξει ταχεία διόρθωση υπονατρημίας ή χρόνιας αλκοολισμώ. Οι περισσότερες περιπτώσεις που περιλαμβάνονται στη διεθνή βιβλιογραφία συμπεριλαμβανομένης και της δικής μας συνοδεύονται από ευνοϊκή πρόγνωση με υποχώρηση των κλινικών ευρημάτων και βελτίωση των απεικονιστικών αλλοιώσεων.

AA18. ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΚΕΡΚΩΣΗΣ

Αναστασιάδου Αφροδίτη, Κακούλιδης Ιωάννης, Μπουτέλ Δημήτριος, Πλούγαρης Ευθύμιος, Κεχαγιά Εμμανουηλία, Βασιλείου Αικατερίνη-Μαρία

Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτών, Παθολογική Κλινική, Διευθυντής: Κούγκας Ε.

Σκοπός: Περίπτωση ασθενούς, πάσχουσα από κυστικέρκωση για δεκαεπτά έτη.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα τριαντατεσσάρων ετών, Ελληνίδα, επισκέφτηκε το ΤΕΠ του Νοσοκομείου, λόγω κοιλιακού άλγους, τάσης προς έμετο, διαρροϊκών κενώσεων, βορβορυγμών, αισθήματος κοιλιακής πληρότητας, περιπρωκτικού κνησμού, ζάλης, κεφαλαλγίας, αυξημένης όρεξης και αποβολής παρασίτων μικρού μεγέθους άσπρου χρώματος, από τον πρωκτό. Τα συμπτώματα ήταν διαλείποντα μέσα στην συνολική δεκαεπτάχρονη νόσηση. Η ασθενής αντιμετώπιστηκε πολλακώς ως οξουρίαση με Μεβενδαζόλη χωρίς αποτέλεσμα.

Κλινικά: Καχεξία, ΒΣ 37 κιλά χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα.

Εργαστηριακά: ήπια αναιμία και μακροκυττάρωση (Ht 38%, MCV 101). Υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλιάς: φυσιολογικός. Παρασιτολογική εξέταση κοπράνων αρνητική. Στις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς περιλαμβάνονταν η κατανάλωση ωμού κρέατος από πολύ νεαρή ηλικία. Για πρώτη φορά η ασθενής σε ηλικία 17 ετών, παρατήρησε την έξοδο των παρασίτων κατά την αφόδευση ή και χωρίς. Η ασθενής εμφάνιζε έντονη ψυχολογική επιβάρυνση.

Τα αποπίπτοντα παράσιτα ταυτοποιήθηκαν ως *Taenia Solium*. Στην ασθενή χορηγήθηκαν δύο χάπια Praziquantel εφάπαξ.

Στο επόμενο 24ωρο η ασθενής περιγράφει απώλεια με την αφόδευση μεγάλης ταινίας στρογγυλής, λευκού χρώματος και μήκους πολλών μέτρων και ταυτόχρονα αίσθηση μεγάλης ανακούφισης.

Στον επανέλεγχό της ασθενούς έναν μήνα μετά διαπιστώθηκε αύξηση του βάρους της ασθενούς κατά 8 κιλά και σημαντική βελτίωση της ψυχικής της κατάστασης.

Συμπέρασμα: Παρά την σπανιότητα της κυστικέρκωσης στην χώρα μας, πρέπει ο γιατρός να την υποπτεύεται και να την αναζητά, επειδή είναι πάθηση με σημαντική νοσηρότητα που μπορεί να ιαθεί πλήρως.



ΑΑ19. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΕΑΡΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΡΡΕΝΩΝ (ΝΕΟΣΥΛΛΕΚΤΩΝ)

Κουμουτσέα Δάφνη¹, †Ζώκαρης Δημήτριος², Καρύδης Ιωάννης³, Πετροπούλου Κωνσταντίνα¹, **Ηρακλέους Ηρακλής⁴**, Νάκος Ανδρέας², Παπαβαγγέλης Χρήστος³, Πάτσιος Δημήτριος², Παχιαδάκης Ιωάννης¹, Λιάτσος Χρήστος¹, Πανάγου Εμμανουήλ¹, Ταμπακόπουλος Δημήτριος¹

1. Γαστρεντερολογικό Τμήμα 401 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών
2. Ιατρικός (Υγειονομικός) Τομέας Ελληνικής Δύναμης Κύπρου (ΕΛ. ΔΥ. Κ.)
3. Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας και Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
4. Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Πάφου, Κύπρος

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να τονίσει ιδιαίτερα και με έμφαση την ανάγκη εστίασης της προσοχής των κλινικών γιατρών αναφορικά με την αξιοπιστία, την ευαισθησία και την ειδικότητα των καθιερωμένων ορολογικών δοκιμασιών για την κοιλιοκάκη [αντισωμάτων έναντι της ιστικής τρανσγλουταμίνης (IgA - t-TG) και αντισωμάτων έναντι του ενδομυσίου (IgA - EMA)] συγκριτικά με τα χαρακτηριστικά για την κοιλιοκάκη βιοψικά ευρήματα ιστοτεμαχιδίων 2^{ης} και 3^{ης} μοίρας δωδεκαδακτύλου σε σχετικά μεγάλο δείγμα μεσογειακού πληθυσμού νεαρών ενηλίκων αρρένων (νεοσυλλέκτων).

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συλλογή δειγμάτων ορού από 4798 νεαρούς άρρενες νεοσυλλέκτους στρατεύσιμης ηλικίας 18-26 ετών στη διάρκεια μιας μακρόχρονης περιόδου 72 μηνών και διενεργήθηκε ορολογικός έλεγχος για αντισώματα έναντι της ιστικής τρανσγλουταμίνης (IgA - t-TG) και έναντι του ενδομυσίου (IgA - EMA) με τη μέθοδο ELISA. Στο σύνολο των ανευρεθέντων οροθετικών στα αντισώματα αυτά νεοσυλλέκτων ζητήθηκε να υποβληθούν σε ενδοσκοπικό έλεγχο και βιοψία δωδεκαδακτύλου.

Αποτελέσματα: Από τους 4798 νεοσυλλέκτους σε 31 δηλαδή σε ποσοστό 0,646% ανευρέθησαν θετικά αντισώματα τόσο έναντι της ιστικής τρανσγλουταμίνης (t-TG), όσο και έναντι του ενδομυσίου (EMA). Τονίζεται η σύγχρονη ταυτοσημία ως προς την οροθετικότητα και των δύο ορολογικών δοκιμασιών (IgA - t-TG / IgA - EMA). Από τους 31 οροθετικούς στις δύο καθιερωμένες ορολογικές δοκιμασίες νεοσυλλέκτους οι 29 συμφώνησαν να υποβληθούν σε ενδοσκοπικό έλεγχο και βιοψία και από αυτούς τους 29 που συμφώνησαν τελικά, στους 27 αναδείχθηκαν ιστοπαθολογικά ευρήματα χαρακτηριστικά της κοιλιοκάκης (ατροφία λαχνών, υπερτροφία κρυπτών και αυξημένη διήθηση από ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα), που τεκμηρίωσαν τη διάγνωση της νόσου.

Συμπεράσματα: Η κοιλιοκάκη αναδεικνύεται σε μια σχετικά κοινή πάθηση ακόμη και σε αμιγώς μεσογειακό πληθυσμό νεαρών ενηλίκων αρρένων. Η παρουσία οροθετικότητας με τη μέθοδο ELISA στις δοκιμασίες αντισωμάτων έναντι της ιστικής τρανσγλουταμίνης (IgA - t-TG) και του ενδομυσίου (IgA - EMA) αναδεικνύεται ιδιαίτερα προγνωστική και ενδεικτική της κοιλιοκάκης που επιτρέπει τη βέλτιστη δυνατή διαλογή του υποψηφίου για τη διενέργεια βιοψίας 2^{ης} και 3^{ης} μοίρας δωδεκαδακτύλου, που θα τεκμηρίώσει τη διάγνωση με την ανάδειξη των χαρακτηριστικών για τη νόσο ιστοπαθολογικών ευρημάτων (ανεύρεση ατροφίας λαχνών, υπερτροφίας κρυπτών και αυξημένης διήθησης από ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα).



AA20. ΘΕΡΑΠΕΙΑ VRE ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΖΑΛΗΣ

Μίχας Γεώργιος¹, Τόλη Ειρήνη¹, Νικολοπούλου Λευκή¹, Σαράντη Νίκη¹, Γεωργακοπούλου Δήμητρα², Μπισροτσιγιάννης Γεώργιος², Βρυώνης Ευάγγελος¹

1. Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

2. Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Η θεραπεία της VRE (vancomycin-resistant enterococci) ενδοκαρδίτιδας αποτελεί θεραπευτική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

Σκοπός: Σκοπός της ενδιαφέρουσας αυτής περίπτωσης είναι η παρουσίαση επιτυχούς θεραπείας VRE ενδοκαρδίτιδας τριγλώχινος βαλβίδας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 67 ετών διαβητικός, υπέρτασικός, σε αιμοκάθαρση από διαιτίας εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω παρατετινόμενου εμπυρέτου. Από τα τρία σετ αιμοκαλλιέργειών απομονώθηκε VRE, με πιθανότερη πύλη εισόδου την κεντρική φλεβική γραμμή (το VRE στέλεχος απομονώθηκε και στο άκρο του κεντρικού φλεβικού καθετήρα), ενώ το διοισοφάγιο υπερχογράφημα καρδιάς ανέδειξε εκβλάστηση στην τριγλώχινα βαλβίδα. Ο ασθενής, βάσει αντιβιογράμματος, έλαβε δαπτομυκίνη και γενταμυκίνη που γίνονταν ανά 48 ώρες στην αιμοκάθαρση. Στη δεύτερη βδομάδα της θεραπείας του ανέφερε άτυπα και ασαφή ενοχλήματα: ζάλη, αστάθεια και μυϊκή κόπωση. Πλήρης απεικονιστικός έλεγχος (αξονική και μαγνητική εγκεφάλου) ήταν αρνητικός και τα συμπτώματα αυτά αποδόθηκαν σε τοξικότητα της δαπτομυκίνης. Η θεραπεία με δαπτομυκίνη δεν διακόπηκε λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς και συνεχίστηκε για 6 βδομάδες.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής μετά από 6 βδομάδες είχε αρνητικές αιμοκαλλιέργειες και η θεραπεία ολοκληρώθηκε με επιτυχία. Το αίσημα ζάλης αντιμετώπιστηκε όλο αυτό το χρονικό διάστημα συμπτωματικά.

Συμπεράσματα: Έξι μήνες μετά ο ασθενής είναι χωρίς υποτροπή νόσου. Αυτό το κλινικό περιστατικό έρχεται να επιβεβαιώσει άλλες ενδιαφέρουσες περιπτώσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας που αναφέρουν επιτυχή θεραπεία VRE ενδοκαρδίτιδας με δαπτομυκίνη και εμφάνιση ζάλης και αστάθειας στους θεραπευόμενους ασθενείς.

AA21. Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Μίχας Γεώργιος, Νικολοπούλου Λευκή, Βαρυτιμιάδη Ευθυμία, Θεοδωροπούλου Ανδριάντα, Μαρκοπούλου Αναστασία, Αποστολοπούλου Νικολέττα, Ξυδιά Νικολέττα

Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Η οσφυαλγία είναι ένα κοινό σύμπτωμα που συνήθως είναι καλόηθες και οφείλεται σε τοπικά αίτια. Υπάρχουν και περιπτώσεις όμως που μπορεί να αντανάκλα άλλα νοσήματα (λοιμώδη, αιματολογικά, κακοήθειες).

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού, άρρεν 47 ετών προσήλθε με προεξάρχον σύμπτωμα την οσφυαλγία για την οποία βρισκόταν σε αγωγή με αντιφλεγμονώδη χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων από επταήμερο.

Υλικό - Μέθοδος: Προ δεκαήμερου λόγω πιθανής φαρυγοαμυγδαλίτιδας είχε λάβει από εξωτερικό ιατρό αμοξικιλίνη/ κλαβουλανικό το οποίο και διέκοψε μετά από τρεις μέρες. Ο ασθενής δεν είχε θερμομετρηθεί στο μεσοδιάστημα ούτε αντιλαμβανόταν την ύπαρξη πυρετού. Επισκοπικά κατά την προσέλευσή του στο ΤΕΠ του νοσοκομείου διαπιστώθηκε ταχύπνοια, επιδρωση, θερμομετρήθηκε και διαπιστώθηκε πυρετός ως 38,5°C. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ήπιο συστολικό φύσημα (2/6) στην εστία ακροάσεως της μιτροειδούς. Από την αναδίφηση του ιστορικού ο ασθενής σε μικρή ηλικία είχε περάσει ρευματικό πυρετό. Ο διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς που πραγματοποιήθηκε ανέδειξε ευρήματα στένωσης και ανεπάρκειας αορτικής βαλβίδος και στη μιτροειδή ευρήματα που έθεσαν την υποψία εκβλαστήσεως.

Αποτελέσματα: Με βάση τα παραπάνω ετέθη ισχυρά η υποψία ενδοκαρδίτιδας και για το λόγο αυτό ελήφθησαν έξι αιμοκαλλιέργειες και έγινε άμεσα έναρξη θεραπείας με βανκομυκίνη και γενταμυκίνη. Και τα έξι δείγματα αιμοκαλλιέργειών ανέδειξαν *Staph aureus* και με βάση το αντιβιογράμμα συνεχίστηκε η ίδια θεραπεία. Ο ασθενής διακομίστηκε μετά από μερικές ημέρες σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για τη διενέργεια διοισοφάγιου υπερίχου και για καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η ενδοκαρδίτιδα μπορεί να εμφανιστεί με πρώτη εκδήλωση την οσφυαλγία και αυτό είναι κάτι που ο κλινικός ιατρός πρέπει πάντα να έχει στη διαφοροδιάγνωση του.



AA22. ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΥΠΟ ΜΟΡΦΗΝ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ (Περιγραφή περιστατικού)

Καλπάκου Γεωργία, Κοντογιάννη Χρύσα, Καραμπα Γεωργία, Κοκαρίδα Αικατερίνη, Δαμιανού Χάρης, Μήλια Αδαμαντία, Κάρδαρη Αικατερίνη

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου

Γυναίκα 37 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου μας λόγω άλγους αιφνίδιας έναρξης στο δεξιό υποχόνδριο και εμέτων. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο, δεν κάπνιζε και δεν ελάμβανε φάρμακα ή άλλες ουσίες. Το σωματικό της βάρος ήταν φυσιολογικό.

Ήταν παντρεμένη και μητέρα ενός τέκνου. Κατά την αντικειμενική εξέταση της ασθενούς δεν υπήρχαν ιδιαίτερα ευρήματα, εκτός από ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος εμφάνιζε ήπια αύξηση των τρανσαμινασών (στο διπλάσιο του φυσιολογικού) και μικρή άνοδο των λευκών αιμοσφαιρίων (13.000, 78% πολυμορφοπύρρηνα). Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του ήπατος αποκάλυψε οίδημα στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης χωρίς παρουσία χολολίθων, εικόνα συμβατή με οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα.

Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και ξεκίνησε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Η κλινική της εικόνα όμως επιδεινώθηκε και ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ραγδαία αύξηση στα επίπεδα των τρανσαμινασών. Ο ορολογικός έλεγχος απέδειξε την οξεία λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας Β. Η ασθενής εκδήλωσε βαρεία ηπατική ανεπάρκεια, επιβίωσε όμως και η υγεία της αποκαταστάθηκε πλήρως.

Σχόλια: Η κλινική εκδήλωση της λοίμωξης από ιό ηπατίτιδας Β είναι συνήθως τυπική. Στην περίπτωση της ασθενούς μας όμως η αρχική εικόνα ήταν διαφορετική, μιμούμενη οξεία χολοκυστίτιδα. Ανάλογες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Η σχετιζόμενη με οξεία ηπατίτιδα Β χολοκυστίτιδα συνήθως παρέρχεται αυτόματα, μπορεί όμως και να αποβεί θανατηφόρα αν επισυμβεί γαγγραινοποίηση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης.

AA23. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Καλπάκου Γεωργία¹, Καραμπα Γεωργία¹, Κάπρος Ηλίας², Κοντογιάννη Χρύσα¹, Μήλια Αδαμαντία¹, Κοκαρίδα Αικατερίνη¹, Δαμιανού Χάρης¹, Κάρδαρη Αικατερίνη¹

1. Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου

2. Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου

Εισαγωγή: Η εγκεφαλική ατροφία είναι κοινό και συχνά ασυμπτωματικό εύρημα στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία ζητείται συνήθως στα πλαίσια διερεύνησης άλλων κλινικών καταστάσεων και ιδιαίτερα σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην παρούσα μελέτη σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε την επίπτωση της εγκεφαλικής ατροφίας και τη συσχέτιση της με άλλες εγκεφαλικές βλάβες.

Υλικό: Κατά τη διάρκεια ενός έτους διενεργήθηκαν στο νοσοκομείο μας 328 αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου λόγω ποικίλων κλινικών καταστάσεων, με εξαίρεση τις περιπτώσεις τραυματισμού-κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Σε 150 ασθενείς διαπιστώθηκε παρουσία ισχαιμικών αλλοιώσεων, σε 101 εξ αυτών διαπιστώθηκε ισχαιμική βλάβη και εγκεφαλική ατροφία, ενώ σε 28 ασθενείς η ατροφία ήταν το μοναδικό εύρημα.

Συμπεράσματα-Σχόλια: Σε ποσοστό 67% των ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνυπάρχει εγκεφαλική ατροφία. Το γεγονός αυτό σχετίζεται πρωτίστως με την ηλικία αφού η πλειονότητα των περιστατικών αφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς, υποδηλώνει όμως και συσχέτιση της μικροισχαιμικής αγγειακής νόσου με την εγκεφαλική ατροφία. Αν και ο αριθμός των ασθενών δεν είναι μεγάλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ατροφία συνυπάρχει με ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, όχι όμως και με άλλες εγκεφαλικές βλάβες. Η συνολική επίπτωση της εγκεφαλικής ατροφίας στους ασθενείς μας ήταν 39%, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το 67% που παρατηρήθηκε στην υποομάδα των ασθενών με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.



AA24. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΗbA1C ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΑΡΟΜΑΡΤΟΥΝΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Τσότρας Ιωάννης, Τσίμπρης Γεώργιος, Κακοσαίου Ζωή, Στάμου Παναγιώτα, Τσάμης Κωνσταντίνος, Ρούμελης Παναγιώτης, Καλαβρή Ελένη, Γουναρίδη Παναγιώτα, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

Εισαγωγή: Η ΗbA1C είναι μια παγκόσμια αναγνωρισμένη εξέταση για εκτίμηση και παρακολούθηση ευγλυκαιμίας στους διαβητικούς αρρώστους.

Σκοπός: Η καταγραφή στατιστικά σημαντικές μεταβολές της ΗbA1C σε νοσηλευόμενους ασθενείς και συσχέτισή τους με συμπαρομαρτούντα νοσήματα.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 125 νοσηλευόμενοι διαβητικοί ασθενείς (θεραπευόμενοι και με δισκία και με ινσουλίνη) την περίοδο 2010-2012.

Αποτελέσματα:

- 57% ήταν άνδρες και 43% γυναίκες.
- Ηλικιακή κατανομή

Ηλικία HbA1C	50-60	60-70	70-80	>80
		6,5-7,5%	7-8%	8-9%
μικρονευροπάθεια	5	37	40	43

- Η λοίμωξη οποιασδήποτε αιτιολογίας αυξάνει την ΗbA1C ανάλογα με την βαρύτητα και την CRP.
- Η αυξημένη ΗbA1C σχετίζεται με Ο.Ε.Μ. και Α.Ε.Ε. κατά 30% και 40% αντίστοιχα.
- Διαταραχές μεταβολισμού και απορρόφησης του Fe επηρεάζει αυξητικά την ΗbA1C.
- Αυξημένη επίπτωση της μικρονευροπάθειας ανάλογα με την ηλικία.
- 30% έχουν στερινοειδή διαβήτη λόγω χρόνιας αγωγής (10% ρευματοπάθεια - 12% Χ.Α.Π. - 5% διάφορα π.χ. Ca).

Θεραπεία	Μονοθεραπεία	Διπλή	Τριπλή	Basal ινσουλίνη	Basal+Tabl	Basal+Plus
Σύνολο ασθενών	5%	15%	25%	10%	30%	15%
HbA1C	6-9%	7-9%	6,5-8,5%	7-8%	6-8%	6-7,5%

Συμπεράσματα:

- Η ΗbA1C αυξάνεται με την ηλικία (μεταβολισμός-συμμόρφωση).
- Η σιδηροπενική αναιμία αυξάνει ψευδώς την ΗbA1C και η επαρκής θεραπεία με Fe την επαναφέρει πραγματικές τιμές.
- Η αυξημένη ΗbA1C σχετίζεται με θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια.
- Εκρίζωση της λοίμωξης επαναφέρει την γλυκαιμική ρύθμιση σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Η συχνότητα της μικρονευροπάθειας αυξάνει με την διάρκεια της νόσου από Σ.Δ.
- Η πρώιμη αγωγή με ινσουλίνη έχει καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο στις ηλικίες <65.



ΑΑ25. ΟΙ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Τσίμπρης Γεώργιος, Τσότρας Ιωάννης, Καλαβρή Ελένη, Κακοσαίου Ζωή, Ρούμελης Παναγιώτης, **Τσάμης Κωνσταντίνος**, Στάμου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Καραμήτρου Παναγιώτα, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Λιβαδειάς

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις αποτελούν συχνή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας με επιπλοκές στα διάφορα ζωτικά συστήματα του οργανισμού (αιμοποιητικό).

Σκοπός: Η καταγραφή των επιδράσεων των διαφόρων λοιμώξεων στο αιμοποιητικό σύστημα και η πιθανή στατιστική συσχέτισή τους.

Υλικό-Μέθοδος: Μεταξύ 2010-2012 κατεγράφησαν 675 νοσηλευόμενοι ασθενείς της παθολογικής κλινικής με εμπύρετα λοιμώδους αιτιολογίας.

Αποτελέσματα:

Παρατηρούμενες διαταραχές με τα αντίστοιχα νοσήματα:

1. Αιμολυτική αναμία: 1 ελονοσία, 2 E-coli (HUS), 3 HBV, 2 EBV, 1 HCV, 2 CMV

2. Διαταραχές λευκών: α) ουδετεροπενία: 2 κεχροειδή TBC, 4 βρουκέλλωση,

22 HBV, 33 CMV, 1 εντερίτιδα shigella

β) λευκοκυττάρωση: 100 λοιμώξεις αναπνευστικού - ουροποιητικού - μαλακών μορίων, 10 κολίτιδα (cl-dif) 3 shigella, 3 TBC, 1 ελονοσία

γ) λεμφοκυττάρωση: 30 EBV, 25 CMV

δ) ηωσινοφιλία: 2 μυκητίαση, 2 λείσμανία - 1 ελονοσία

3. Θρομβοπενία <60 χιλ: 2 HCV, 1 HIV, 10 H-pylori, 3 HBV, 25 CMV, 35 EBV, 15 VZV, 13 γρίπης A

ουροποιητικού: 20 Gram + κόκκοι strepto, 35 Gram - E-coli

Βρουκέλλωση 6, πνευμονία 5, μυκητίαση 3, τοξοπλάσμωση 2, λείσμανίαση 1

4. Διαταραχές πήξης: 7 σηπτική καταπληξία από Gram "+", 2 ΔΕΠ (σχιστοκύτταρα)

Συμπεράσματα:

• Τα αιμοπετάλια προφανώς συμμετέχουν στην φλεγμονή και αλληλεπιδρούν με κύτταρα της ανοσίας.

• Η θεραπεία εκρίζωσης από H-pylori συντελεί στην αποκατάσταση των αιματολογικών διαταραχών.

• Η εντερίτιδα από shigella ξεκινάει με ουδετεροπενία, ενώ διαδράμει με λευκοκυττάρωση.

• Η λευχαιμοειδής αντίδραση-η συχνότερη εκδήλωση της κολίτιδας από cl-dif.

• 2 περιπτώσεις θρομβοπενίας μετά από εμβόλια πνευμονιοκόκκου, αιμοφίλου B.

• Στην λοίμωξη από (VZV) στους ηλικιωμένους συνοδεύεται από λευκοπενία με ήπια ουδετεροπενία και θρομβοπενία.

• Στην εντερίτιδα από shigella και κεχροειδή TBC παρατηρείται συχνά λευχαιμοειδής αντίδραση.



AA26. ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Κακοσαίου Ζωή, Καλαβρή Ελένη, Ρούμελης Παναγιώτης, Τσάμης Κωνσταντίνος, Στάμου Παναγιώτα, Τσίμπρης Γεώργιος, Τσότρας Ιωάννης, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

Εισαγωγή: Η αντιπηκτική αγωγή στοχεύει στην πρόληψη σχηματισμού θρόμβου ή αποφυγή επέκτασης υπάρχοντος στο φλεβικό ή αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας.

Σκοπός: Η καταγραφή των παρενεργειών της αντιπηκτικής θεραπείας και τα οφέλη της σε διάφορες ομάδες κινδύνου.

Υλικό-Μέθοδος: 165 νοσηλευόμενοι ασθενείς 2010-2012

Ηλικία	<65χρ	65-75	>75
Αγωγή	ASA	ASA ή KA	KA
AF	4%	6%	10%

Αποτελέσματα:

- 40% υπολευκοματιναιμία

- Σε προσθετικές βαλβίδες επίπτωση ΑΕΕ (χωρίς αγωγή 4%, μόνο με ASA 2%, με ASA+KA 1%.

- Αιμορραγίες με INR<3 υπέκρουπε νεφρική 5% ή ΓΕΣ 7% βλάβη.

- ↑ INR

- Ηπατική δυσλειτουργία 30%
- ΔΕΠ (ένδεια Κ) 0,2%
- ΣΕΛ 0,01%
- Κατάχρηση ASA 5%
- Συγχρορήγηση με θυροξίνη 2%
- Πυρετός 5%
- Υπερθυρεοειδισμός 2%
- Αποφρακτικός ίκτερος 10%
- Κοιλιοκάκη (↓Κ) 2%

- ↓ INR-Διάρροια 50%, Έμετοι 30%

- Αιμορραγίες • Βλεννογόνων 3%, ΚΝΣ 2%, γαστρορραγίες 50%, αιματουρίες 5%, μητρορραγίες 2%, •1% ελάσσονες, 0,2% μείζονες, • >75 χρ 5%

- Ιστορικό ΠΙΕ 20%, ΑΕΕ 30%, εμβολές 1%, ΑΥ 85%, ρευμ βαλβιδοπάθεια 2%, μετεγχειρητικοί 5%, νεοπλασίες 2%, ΚΜ30%, θρομβοφιλία 0,5%, καρδ ανεπάρκεια (ΚΕ>40% και διάμετρο κόλλπου>55cm 50%), ΟΕΜ 40%

- Οστεοπόρωση 35%

Συμπεράσματα:

- Στην μετάβαση από Sintrom σε Dabigatran ↑ καρδιαγγειακά συμβάματα με ΠΙΕ και ΑΕΕ (3% των ασθενών).

- Ανάγκη έναρξης (KA) με χαμηλές δόσεις και σταδιακή αύξηση για αποφυγή αιμορραγιών.

- Σε ΚΜ χορήγηση (KA) ↓ κινδύνου ΑΕΕ 3 φορές και ↑ 1,5 φορά κινδύνου αιμορραγίας.

- Επί μακρόν χορήγηση KA επιφέρει ↑ κινδύνου αιμορραγίας παρά οφέλη (ΣΕΛ+ΙΘΠ).

- Βραδύτερη επάνοδος INR σε ηλικιωμένους και καρκινοπαθείς.

- Υπερδιόρθωση του INR με Bit K αφήνει τον άρρωστο ακάλυπτο για 7 μέρες (αντοχή).



ΑΑ27. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ (ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΗΣ) ΔΙΑΡΡΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ

Χοσνής Γαβριήλ, Ραχιώτη Αικατερίνη, Ρούμελης Παναγιώτης, Καλαβρή Ελένη, Κακοσαίου Ζωή, Τσάμης Κωνσταντίνος, Τσίμπρης Γεώργιος, Στάμου Παναγιώτα, Τσότρας Ιωάννης, Καραμήτρου Παναγιώτα, Μάστορα Αδελαΐς, Γουναρίδη Παναγιώτα, Ράπτη Μαγδαληνή

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λιβαδειάς

Εισαγωγή: Η νοσοκομειακή διάρροια σε «χρόνια» νοσηλευόμενους ασθενείς είναι υποδιεγνωσμένη λοίμωξη με πολυπαραγοντική νοσηρότητα και επίπτωση στην θνητότητα.

Σκοπός: Η καταγραφή της νοσοκομειακής διάρροιας και συσχέτιση των παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της στην παθολογική κλινική.

Υλικό-Μέθοδος: Εξετάσθηκαν 156 νοσηλευόμενοι ασθενείς με διάρροια 72 ώρες μετά την εισαγωγή τους το διάστημα 2010-2012.

Αποτελέσματα:

1. 70% των ασθενών είναι χρόνια ιδρυματοποιημένοι.
2. 50% κατάχρηση αντιβιοτικών το τελευταίο 6μηνο με πολλές νοσηλείες.
3. 30% είχαν ΧΑΠ με ιστορικό 3 νοσηλείες τουλάχιστον/έτος.
4. 90% των ασθενών είχαν λάβει συνδυασμό τουλάχιστον 2 εκ των αντιβιοτικών (C3G-Σιπροφλοξασίνη-Μακρολίδιο-Κλινδαμικίνη-Β-λακταμικά).
5. 5% ήταν ουδετεροπενικοί υπό προφύλαξη με Σιπροφλοξασίνη και C3G.
6. 7% των νοσηλευόμενων ήταν θετικοί για cl-Dif.
7. 85% των θετικών για cl-dif ουδετεροπενικών κατέληξαν.
8. 60% των θετικών για cl-dif ήταν νοσηλευόμενοι σε κοινούς θαλάμους.
9. 20% των θετικών για cl-dif ήταν ESBL(8%) και MRSA(12%).

Συμπεράσματα:

1. Πρέπει να διαχειριστούμε τα αντιβιοτικά με περίσκεψη αντισταθμίζοντας πάντα τα οφέλη/ζημιές.
2. Η κατάχρηση FQ σε ΧΑΠ κυρίως στους χειμερινούς μήνες πρέπει να αποφευχθεί.
3. Τριπλάσια θνητότητα των χρόνιων πασχόντων με θετικό cl-dif.
4. Ανάγκη απομόνωσης των περιστατικών με cl-dif για περιορισμό της διασποράς.
5. Η αξία της διατροφής και της χρήσης προβιοτικών στη φυσιολογική χλωρίδα του εντέρου.
6. Ο ρόλος της αποστείρωσης των κλινών και ανάγκη για υγιεινή των χεριών σε ιατρονοσηλευτικό επίπεδο.



AA28. ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ, ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ IgG₄ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παντελίδου Ηλιάννα, Λεκκάκου Λεώνη, Παντελίδη Μαρία, Βιτώρος Βασίλειος, Αλεξίου Νικόλαος, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή, Πανουτσόπουλος Γεώργιος

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα συνυπάρχει συχνά με άλλες ανοσολογικές παθολογικές οντότητες, όπως σκληρυντική χολαγγειίτιδα, σκληρυντική σιελαδενίτιδα, πρωτοπαθή χολική κίρρωση, οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση. Υπάρχουν ελάχιστες αναφορές για νεφρική συμμετοχή κυρίως του τύπου σωληναριακής-διαμέσου νεφρίτιδας.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης εκδήλωσης νεφρωσικού συνδρόμου λόγω εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης, στα πλαίσια IgG₄ αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας-σκληρυντικής χολαγγειίτιδας.

Περιγραφή Περίπτωσης: Άνδρας 59 ετών προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους, ικτέρου και κνησμού. Ανέφερε επίσης υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη και απώλεια βάρους 15 kg εντός του τελευταίου 6μήνου. Ατομ.Αναμνηστικό: Πρόσφατα διεγνωσμένος ΣΔ. Εργαστηριακά: Αυξημένα ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα(SGOT:119, SGPT:297 U/L, ALP:314, γGT:338 U/L), αυξημένη άμεση χολερυθρίνη(3,4 mg/dl) και αμυλάση ορού(450 U/L). Από U/S και CT κοιλίας δεν προέκυψαν σαφή ευρήματα, έτσι ο ασθενής υποβλήθηκε σε MRI άνω κοιλίας και MRCP, που ανέδειξαν κομβολογοειδή απεικόνιση των ενδο- και εξωηπατικών χοληφόρων, διάχυτη διόγκωση του παγκρέατος και στένωση του παγκρεατικού πόρου. Η διάγνωση της σκληρυντικής χολαγγειίτιδας επιβεβαιώθηκε με βιοψία ήπατος και της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας με ανεύρεση υψηλού τίτλου IgG₄ αντισωμάτων στον ορό(745 mg/dl). Η χορήγηση πρεδνιζολόνης επέφερε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Μετά εννέα μήνες επανήλθε λόγω αύξησης της κρεατινίνης ορού στον τακτικό έλεγχο. Εκτός αυτής, βρέθηκε λευκωματουρία σε επίπεδο νεφρωσικού συνδρόμου(5gr/24h), που ελέγχθηκε με βιοψία νεφρού. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αλλοιώσεις εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης. Αντιμετωπίστηκε και πάλι με κορτικοειδή με πλήρη ύφεση των ευρημάτων.

Συμπέρασμα: Η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, που είναι ένας ιδιόμορφος τύπος παγκρεατικής νόσου με αδιευκρίνιστη παθογένεια, έχει πολλές αναφορές σε συνδυασμό με ποικιλία εξωπαγκρεατικών εκδηλώσεων στα πλαίσια συστηματικής IgG₄ σκληρυντικής νόσου. Η νεφρική συμμετοχή όμως, σαν σπανιότερη εκδήλωση, θα πρέπει να διερευνάται ιδίως στην αποκλιμάκωση της κορτικοθεραπείας.



AA29. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ελευθεριάδου Ιωάννα, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Αργιανά Βασιλική, Λιάσκος Χρήστος, Κόκκινος Αλέξανδρος, Περρέα Δέσποινα, Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Τεντολούρης Νικόλαος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η μέτρηση του κνημοβραχιονίου δείκτη (ABI) και του δείκτη δακτυλικών πιέσεων (TBI) είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι για την ανίχνευση της περιφερικής αγγειοπάθειας (ΠΑ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Υπάρχουν όμως ακόμα αμφιβολίες σχετικά με την ακρίβειά τους.

Σκοπός: Να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία διαφόρων αναίμακτων μεθόδων ανίχνευσης ΠΑ σε ασθενείς με ΣΔ2 και να εξετάσουμε αν η παρουσία περιφερικής νευροπάθειας (ΠΝ) επηρεάζει την ακρίβειά τους.

Υλικό: Συνολικά έλαβαν μέρος 100 ασθενείς με ΣΔ2.

Μέθοδος: Ο προσδιορισμός του ABI έγινε με φορητό μηχάνημα υπερήχων doppler στην οπίσθια κνημιαία αρτηρία, ενώ του TBI με φωτοπληθυσμογραφία στο μεγάλο δάκτυλο των κάτω άκρων. Η διαδερμική τάση οξυγόνου (TcPO₂) μετρήθηκε στη ραχιαία επιφάνεια των κάτω άκρων και ο κορεσμός του περιφερικού αίματος σε οξυγόνο (SpO₂) με παλμικό οξυμέτρο στο δείκτη των άνω άκρων και στο μεγάλο δάκτυλο των κάτω άκρων. Η διάγνωση της ΠΑ βασίστηκε στην απουσία τριφασικής κυματομορφής στην οπίσθια κνημιαία αρτηρία. Η διάγνωση της ΠΝ βασίστηκε στο δείκτη ευρημάτων νευροπάθειας και στο ουδό αντίληψης δονήσεων.

Αποτελέσματα:

	ABI ≤0.9	TBI ≤0.54	TcPO ₂ <40 mmHg	SpO ₂ <95% στο μεγάλο δάκτυλο και με διαφορά >2% από το δείκτη
Σύνολο ασθενών (n = 100) / 41 ασθενείς με ΠΑ				
ευαισθησία (%)	72	67	32	41
ειδικότητα (%)	100	93	91	55
Ασθενείς με ΠΝ (n = 50)				
ευαισθησία (%)	76	74	36	37
ειδικότητα (%)	100	87	87	68

Συμπέρασμα: Η μέτρηση του ABI είναι η καλύτερη μέθοδος ανίχνευσης της ΠΑ σε ασθενείς με ΣΔ2, ενώ η παρουσία ΠΝ δεν επηρεάζει την αξιοπιστία του.



ΑΑ30. ΟΙ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΝΕΣ ΩΣ ΝΕΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Γαργαλιώνης Αντώνιος Ν.¹, Νταλαγιώργου Γεωργία¹, Κορκολοπούλου Πηνελόπη², Πιπέρη Χριστίνα¹, Λεβίδου Γεωργία², Ζήζη-Σερμπετζόγλου Αδαμαντία³, Αδαμόπουλος Χρήστος¹, Καραβοκυρός Ιωάννης⁴, Τσαβαρής Νικόλαος⁵, Μπάσδρα Ευθυμία Κ.¹, Παπαβασιλείου Αθανάσιος Γ.¹

1. Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιώς «Τζάνειο»
4. Α΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
5. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Οι πολυκυστίνες 1 και 2 (PC-1, PC-2) συνιστούν μια οικογένεια μηχανο-αισθητήριων πρωτεϊνών που συμμετέχουν σε παθοβιοχημικούς μηχανισμούς ενός ευρέος φάσματος ασθενειών, με κύριο εκπρόσωπο την αυτοσωμική πολυκυστική νόσο των νεφρών. Η συμβολή τους στην κυτταρική ομοιόσταση, στον κυτταρικό προσανατολισμό και στην ιστική μορφογένεση, καθώς και η μοναδικότητά τους στη διαμεσολάβηση διακυτταρικών αλληλεπιδράσεων πιθανολογούν τη συμμετοχή τους σε ογκογενετικές διεργασίες διήθησης και μετάστασης.

Σκοπός: Η διερεύνηση της έκφρασης των πολυκυστινών σε ιστούς ασθενών με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου και της ενεργοποίησης του σηματοδοτικού μονοπατιού mTOR, για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό: Διενεργήθηκαν πειράματα σε βιοπτικό υλικό 144 ασθενών και στην ανθρώπινη κυτταρική σειρά αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου, SW480.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική διερεύνηση της πρωτεϊνικής έκφρασης και μελέτη των μοριακών μηχανισμών με ανοσοαποτύπωση κατά Western, ανοσοφθορισμό και κυτταρομετρία ροής.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε υψηλή έκφραση της PC-1 στα βλεννώδη αδενοκαρκινώματα ($p=0.0035$) σε συνδυασμό με μικρότερη πιθανότητα πενταετούς επιβίωσης ($p=0.0078$), ενώ παρέκκλιση της έκφρασής της στη ζώνη μετάπτωσης με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής ($p=0.0019$). Η υψηλή έκφραση της PC-2 στα βλεννώδη αδενοκαρκινώματα ($p<0.0001$) συσχετίστηκε με αυξημένο στάδιο της νόσου ($p=0.0324$) και βάθος διήθησης του όγκου ($p=0.0311$), ενώ παρέκκλιση της έκφρασής της στη ζώνη μετάπτωσης με μικρότερη πιθανότητα πενταετούς επιβίωσης ($p=0.0198$). Παράλληλα, στα διαμολυσμένα με το γονίδιο της PC-2 SW480 κύτταρα παρατηρήθηκε επαγόμενη ρύθμιση της ενεργότητας μορίων-στόχων της πρωτεϊνικής κινάσης mTOR.

Συμπεράσματα: Οι PC-1 και PC-2 εμπλέκονται σε παθολογικούς μηχανισμούς ανάπτυξης επιθετικού φαινοτύπου στον καρκίνο του παχέος εντέρου, αποτελώντας εν δυνάμει διαγνωστικούς και προγνωστικούς δείκτες της νόσου, μέσω ρύθμισης μορίων-κλειδιών στον σηματοδοτικό καταρράκτη της mTOR.

ΑΑ31. ΑΙΤΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

Μπιστιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος¹, Κατωπόδη Ευανθία², Αστρέχα Δήμητρα¹, Σαραφάδη Μαγδαληνή¹, Κουλουκούρα Ασπασία¹, Παπαγγελή Ελένη¹, Παπαγιαννοπούλου Μαρία¹, Τσιλιγκρού Βαίνα¹

1. Γ. Ν. Λαμίας
2. Γ. Ν. Αμφισσας

Εισαγωγή: Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) είναι ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους σε παγκόσμια κλίμακα.

Σκοπός: Η καταγραφή των αιτιών δημιουργίας ΗΚΚ στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας στην διάρκεια των 4 τελευταίων χρόνων.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε 32 ασθενείς με ΗΚΚ, 23 άνδρες (71,8%) και 9 γυναίκες (28,1%), που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας. Υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, στον οποίο περιελάμβανε και έλεγχο για ηπατίτιδες, υπερηχογραφικός έλεγχος, αξονική τομογραφία και μαγνητική όπου κρίθηκε απαραίτητη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών υποβλήθηκε σε βιοψία ήπατος και περαιτέρω ηπατολογικό έλεγχο, μετά από παραπομπή σε οργανωμένο κέντρο.

Αποτελέσματα: Σε 14 ασθενείς (43,7%) το αίτιο του ΗΚΚ ήταν λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β, στους 7 (21,8%) από τον ιό της ηπατίτιδας C, σε 4 (12,5%) ήταν αλκοολικής αιτιολογίας, σε 4 (12,5%) συνδυασμός αλκοόλ με λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β ή C, στους 2 (6,25%) λόγω αυτοάνοσης ηπατίτιδας και σε 1 (3,12%) κρυσφινεής κίρρωση.

Συμπεράσματα: Από την μελέτη μας, το πιο συχνό αίτιο ΗΚΚ στους ασθενείς είναι η λοίμωξη από τους ιούς ηπατίτιδας Β και C.



AA32. ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΖΟΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΑ ΤΕΠ ΛΟΓΩ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Πάνου Χαράλαμπος, Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Παληογιάννη Ελένη, Κουτσογιάννης Γεώργιος, Λιασκώνη Κωνσταντίνα, Τσερκεζίδου Ευανθία, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Τσιλιγκρού Βαίνα

Γ. Ν. Λαμίας

Εισαγωγή: Αναμφισβήτητη είναι η αξία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη για την αντιμετώπιση και την εξέλιξη της νόσου. Με την εξέταση του PSA, η διάγνωση γίνεται στην πλειοψηφία των ανδρών στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο αρκετοί είναι αυτοί που προσέρχονται στα ΤΕΠ εξαιτίας επιπλοκών της νόσου.

Σκοπός: Η μελέτη των συμπτωμάτων και συσχετίσή τους με το στάδιο της νόσου

Υλικό - Μέθοδος: Στα τελευταία 6 έτη, 46 άνδρες ηλικίας 65-86 ετών προσήλθαν στο ΤΕΠ με συμπτώματα τα οποία όπως αποδείχτηκε σε περαιτέρω έλεγχο (Δακτυλική εξέταση, Βιοψία προστάτη) οφειλόταν σε καρκίνο προστάτη. Σε κανέναν δεν είχε θεθεί πριν η διάγνωση. Ακολούθησε σταδιοποίηση του όγκου και συσχέτιση των συμπτωμάτων με το στάδιο της νόσου.

Αποτελέσματα: Από τους 46 άνδρες, οι 22 (47,8%) ως αίτιο προσέλευσης ανέφεραν συμπτώματα αποφρακτικής ουροπάθειας, οι 12 (26,08%) εμφάνισαν μακροσκοπική αιματοουρία, οι 6 (13,04%) αναιμία, οι 4(8,6%) επίσχεση ούρων και οι 2 (4,3%) άλγος στην οσφύ και κατάγματα της σπονδυλικής στήλης. 5 (10,8%) από τους 46 σταδιοποιήθηκαν ως T2, 17 (36,9%) ως T3 και 24(52,1%) ως T4. Μεταστατική νόσος κατά τον έλεγχο ανευρέθηκε σε 20(43,4%) ασθενείς. Υψηλή συσχέτιση ανευρέθηκε μεταξύ T4 σταδίου και καταγμάτων σπονδυλικής στήλης, αναιμίας και αποφρακτικής ουροπάθειας.

Συμπεράσματα: Αρκετοί ασθενείς εμφάνιζαν συμπτώματα προχωρημένης νόσου. Η πληροφόρηση μέσω προγραμμάτων υγείας μπορεί να βοηθήσει στην πρόωρη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη.

AA33. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μπριστιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος¹, Κατωπόδη Ευανθία², Αστρέχα Δήμητρα¹, Σαραφάδη Μαγδαληνή¹, Λεοντσίνης Ιωάννης¹, Χολέβας Χρήστος¹, Τσιάρα Άννα¹, Καραμπουσλή Ελένη¹, Καραϊσκος Γρηγόρης¹, **Τσιλιγκρού Βαίνα¹**

1. Γ.Ν. Λαμίας

2. Γ. Ν. Αμφισσας

Εισαγωγή: Το πρόβλημα των δηλητηριάσεων είναι παγκόσμιο με ιδιαίτερη έξαρση σε αναπτυσσόμενες χώρες. Άρχισε να εμφανίζεται στην δεκαετία του 1940 και έκτοτε πήρε μεγάλες διαστάσεις.

Σκοπός: Μελετήθηκαν οι περιπτώσεις φαρμακευτικής δηλητηρίασης που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα 3 τελευταία έτη

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν τους φακέλους 82 ασθενών, 24 άνδρες (29,2%) και 58 γυναίκες (70,7%), ηλικίας 17-69 έτη, που νοσηλεύτηκαν λόγω φαρμακευτικής δηλητηρίασης.

Αποτελέσματα: Για όλους τους ασθενείς ενημερώθηκε το Κέντρο Δηλητηριάσεων και εδόθησαν οδηγίες. Το 67,6% των ασθενών έλαβε περισσότερες από 1 ουσία.

Από τους ασθενείς αυτούς, 39 (47,5%) είχαν ελεύθερο ιστορικό, 12 (14,6%) είχαν γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό, 2 (2,4%) ήταν χρήστες ναρκωτικών ουσιών, 4 (4,8%) ήταν χρήστες αλκοόλ, 10 (12,1%) είχαν οικογενειακά προβλήματα, 5 (6,09%) είχαν προβλήματα με τον σύντροφό τους και 10(12,1%) είχαν άλλα νοσήματα. Ως προς την τελική έκβαση, 48 (58,5%) πήραν εξιτήριο, 12 (14,6%) μεταφέρθηκαν σε άλλες κλινικές λόγω επιπλοκών (ΜΕΘ, καρδιολογική, πνευμονολογική), 9 (10,9%) εξήλθαν με υπογραφή των οικειών τους, 11 (13,4%) χρειάστηκαν περαιτέρω ψυχιατρική παρακολούθηση και 2 (2,4%) εξήλθαν λάθρα.

Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ηρεμιστικά (30,6%), παρακεταμόλη και ΜΣΑΦ (19,8%), ασπιρίνη και αντιαιμοπεταλιακά (4,7%), αντικαταθλιπτικά (10,6%), αντιυπερτασικά και καρδιολογικά σκευάσματα (9,5%) και άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα (6,8%).

Συμπεράσματα: Οι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις αφορούν κυρίως γυναίκες, συνήθως έχουν καλή έκβαση, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών λαμβάνει περισσότερα από ένα σκευάσματα.

**AA34. ΝΟΣΟΣ STILL - ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

Κοσμίδου Κυριακή, Πολυμίλη Γεωργία, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Ορφανουδάκη Ελένη, Κατσουλάκη Μαρία, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Καστανάκης Σεραφείμ

Α΄ Παθολογική Κλινική Χανίων

Εισαγωγή: Νόσος Still των ενηλίκων ορίζεται η ως φλεγμονώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από πυρετό, αρθρίτιδα και παροδικό εξάνθημα. Προσβάλλει άτομα ηλικίας 15-25 και 36-46. Η διάγνωση απαιτεί την παρουσία 5 κριτηρίων από τα οποία τουλάχιστον 2 πρέπει να είναι μείζονα.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 25 ετών με ελεύθερο ιστορικό από τις 6 Ιουλίου παρουσιάζει υψηλό πυρετό, κυνάγχη (πυώδη αμυγδαλίτιδα) για το οποίο λαμβάνει κεφακλόρη και μετέπειτα αμοξικιλίνη -κλαβουλανικό οξύ. Στις 09 /07 λόγω υψηλού εμπυρέτου και καταβολής εισέρχεται σε ιδιωτική κλινική όπου ετέθη σε αγωγή με κεφτριαξόνη και κλαριθρομικίνη επί 2 ημέρου. Παρέμεινε στην κλινική για 2 ημέρες όπου εκτελείτε αξονική τομογραφία τραχήλου για τον αποκλεισμό πλάγιου φαρυγγικού αποστήματος η οποία ήτο αρνητική. Λόγω της εμμονής του πυρετού και της λευκοκυττάρωσης (28500 με πολυμορφοπύρρηνα 85%) παραπέμπεται στο ΓΝΧ και εισάγεται στην ΩΡΛ κλινική. Μετά 2 ημέρου παραμονής στην ΩΡΛ μεταφέρεται στην Α παθολογική με υψηλό πυρετό, φευγαλό εξάνθημα κορμού και εξάνθημα ακτών, απουσία αρθρίτιδας. Τίθεται υπόνοια της Νόσου του Still αλλά μέχρι αποκλεισμού συστηματικής λοίμωξης χορηγείται μεροπενέμη, λινεζολιδη και μετά από 3 ήμερο με γενταμικίνη και στις 20 /07 προστίθεται αζιθρομικίνη.

Από την κλινική εξέταση προκύπτει πλευριτική συλλογή (αρ) και το εξάνθημα κορμού που επιτείνεται κατά την διάρκεια του πυρετού. Από τον παρακλινικό έλεγχο CT θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας πέραν της πλευριτικής συλλογής χωρίς παθολογικά ευρήματα έγινε παρακέντηση του θώρακος εξιδρωματική πλευρίτιδα με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, (κ/α για κοινά και β- Koch (-), βρογχοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Echo καρδιάς χωρίς περικαρδιακή συλλογή και απουσία εκπλαστήσεων. Ορολογικός έλεγχος για άτυπα μικρόβια και RF αρνητικά.

Συμπέρασμα: Εφόσον αποκλείστηκαν τα λοιπά αίτια του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας και ο ασθενής πληρούσε 3 μείζονα και 2 ελάσσονα κριτήρια της νόσου Still τέθηκε η διάγνωση και απυρέτησε με κορτιζονοθεραπεία.

AA35. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΟΣΤΕΟΒΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ NON HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ

Ορφανουδάκη Ελένη, Βολακάκης Νικόλαος, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Δολαψάκης Χριστόδουλος, Κοσμίδου Κυριακή, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφείμ

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Α΄ Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή: Τα μη Hodgkin λεμφώματα αποτελούν ετερογενή ομάδα κακοήθων νόσων που εξορμούνται από τους λεμφαδένες και τα λεμφικά στοιχεία άλλων ιστών. Η συχνότητά τους έχει σχέση με την ηλικία των ασθενών και παρουσιάζει διαφορετική γεωγραφική κατανομή. Η προσβολή είναι συχνότερη στους άντρες (1.5-3/1). Το συνηθέστερο κλινικό εύρημα των ασθενών με NHL είναι η διόγκωση των λεμφαδένων ιδιαίτερα στον τράχηλο. Μολονότι τα NHL απαρτίζουν το 10% όλων των όγκων της παιδικής ηλικίας η συχνότητα αυτών είναι μεγαλύτερη στους ενήλικες με το λεμφοζιδιακό λέμφωμα να αποτελεί το συχνότερο (πρωτοπαθές λέμφωμα οστών <2% των λεμφωμάτων σε ενήλικες). **Υλικό και μέθοδος:** Άνδρας 24 ετών εισέρχεται στην κλινική για με εργαστηριακό έλεγχο που είχε κάνει σε εξωτερική βάση λόγω εμμένουσας αυχενάλγιας και οσφυαλγίας από 3μήνου. Ο ασθενής είχε απευθυνθεί αυτούς τους 3 μήνες σε ορθοπεδικούς και αντιμετώπιζόταν ως αυχενικό σύνδρομο- ραιβόκρονο με χρήση μυοχαλαρωτικών, αντιφλεγμονωδών και κολάρου αυχένος. Προς διερεύνηση του υποτροπιάζοντος άλγους είχε ζητηθεί MRI ΑΜΣΣ η οποία ανέδειξε εκτεταμένη διήθηση του οστικού μυελού σε Α1-Α2-Α3, ιδιαίτερη διήθηση πρόσθιου και οπίσθιου τόξου άτραντα, οπίσθια στοιχεία Α2, Α6 Θ1, διήθηση του οστικού μυελού στα πλαίσια συστηματικού ή αιματολογικού νοσήματος. Στη συνέχεια σπινθηρογράφημα οστών με αυξημένη καθήλωση ραδιοφαρμάκου σε οστά κρανίου, σπονδυλικά άκρα 5,7,8 πλευρά αριστερά, αρ ιερολαγόνιο, 2^η πλευρά δε πρόσθια, 6-10-12 πλευρά ΔΕ, 10 ΑΡ πλάγιου ΑΜΣΣ.

Κατά την είσοδο του στην κλινική πραγματοποιήθηκε βιοψία σε μασχαλαίο λεμφαδένα που ψηλαφηθήκε ΑΡ (επιβεβαιωθέν εύρημα από την ολόσωμη CT -συνοδό εύρημα πάχυνση του σιγμοειδούς με αρνητική κολονοσκόπηση) η οποία και έθεσε τη διάγνωση λεμφοζιδιακού λεμφώματος τύπου IIIa.

Συμπεράσματα: Η αυχενάλγια σε νέους ενήλικες μπορεί να υποκρύπτει συστηματικό νόσημα.

Είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση συστηματικού νοσήματος σε ασθενείς με οστικές εντοπίσεις για την άμεση αντιμετώπισή τους προς αποφυγή αναπηρίας καθώς και την πιθανή ίαση της νόσου.



ΑΑ36. ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

Ορφανουδάκη Ελένη, Πήττας Κωνσταντίνος, Κοσμίδου Κυριακή, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πολυμίλη Γεωργία, Καστανάκης Σεραφεΐμ

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Α΄ Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή: Προϋπόθεση για την εμφάνιση αποστήματος είναι η διείσδυση βακτηριδίων στο ηπατικό παρέγχυμα, κινητοποίηση του ανοσολογικού μηχανισμού, ιστική νέκρωση και τέλος σχηματισμός πυογόνου κοιλότητας.

Τα αίτια δημιουργίας του πυογόνου αποστήματος είναι τα νοσήματα των χοληφόρων (λίθοι, νεοπλασμάτα, στενώσεις) -συνήθως πολλαπλά καθώς και φλεγμονές της σπλαχνικής κοίτης (σκωληκοειδίτις, εκκολπωματίτις, παγκρεατίτις κυρίως προ αντιβιοτικών) συνήθως μονήρη, ενώ το αμοιβαδικό απόστημα (*Entamoeba histolytica*) αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού πολλαπλών ηπατικών αποστημάτων.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 74 ετών με ιστορικό από 10ετίας Ca φύματος Vater χειρουργηθέντος με Whipple, παγκρεατο12δακτυλεκτομή κατά Bilroth I και χολοπεπτική αναστόμωση και πρόσφατης νοσηλείας στην κλινική μας με εμπύρετο το οποίο είχε αντιμετωπιστεί ως λοίμωξη αναπνευστικού προσήλθε στα ΤΕΠ με νέο εμπύρετο ενώ ήταν υπό αντιβιοτική αγωγή 7 ημέρες μετά το εξιτήριο. Κατά την πρώτη νοσηλεία είχε ανευρεθεί υπερηχογραφικά λεμφαδένας στην πύλη του ήπατος και αυξημένοι δείκτες κακοηθείας CA 19-9:728 U/ml, CA 125:70 U/ml και είχε συστηθεί έλεγχος σε εξωτερική βάση. Οι αξονικές είχαν αναδείξει μια υπόπυκνη εστία στο ΔΕ λοβό του ήπατος (όχι λεμφαδένα) ενώ το νέο υπερηχογράφημα έκανε λόγο για 3. Τέθηκε η υποψία αποστημάτων ήπατος ενώ έπρεπε ταυτόχρονα να αποκλειστεί και η πιθανότητα ηπατικών μεταστάσεων με τήξη στο έδαφος των οποίων ανεπύχθη λοίμωξη. Ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρικό αντιβιοτικό σχήμα, ελέγχθηκε με ενδοσκόπηση MRCP, MRI και απυρέτησε. Μετά από 3μηνη θεραπεία σε επαναληπτική απεικόνιση οι κοιλότητες παρουσίασαν σαφή σμίκρυνση, οι δείκτες κακοηθείας είχαν αρνητικοποιηθεί και ο ασθενής ήταν σαφώς βελτιωμένος.

Συμπέρασμα: Η αιτία των ηπατικών αποστημάτων είναι συνήθως εμφανής, μερικές φορές η αιτία του αποστήματος είναι ανεξήγητη. Τα πολλαπλά αποστήματα είναι συνήθη στη συστηματική μικροβιαμία ή στην πλήρη απόφραξη της χοληφόρου οδού.

Η από 10ετίας χειρουργική επέμβαση λόγω Ca φύματος Vater σε συνδυασμό με την πιθανή μικροβιαμία λόγω λοίμωξης του αναπνευστικού πιθανόν να οδήγησαν στη δημιουργία των πολλαπλών αποστημάτων του ήπατος.

ΑΑ37. ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΛΑΝΣΟΠΡΑΖΟΛΗ

Ζώτικα Χριστίνα, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Ασμάνης Ευάγγελος, Στουπάκη Μαρία, Καλλέργη Αγγελική, Φύλλας Ηλίας, Σκουλικίδη Σταματία, Κωστή Αναστασία, Μπαλά Αγγελική, Μαλακός Ιωάννης, Ζώρζου Μαρκέλα-Παγωνίτσα, Γιαννικόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χίου «Σκυλίτσειον»

Εισαγωγή: Οι αναστολέτες της αντλίας πρωτονίων (PPIs) αποτελούν επίτευγμα των τελευταίων 30 περίπου χρόνων. Η χρήση τους έφερε επανάσταση στην Ιατρική, αλλάζοντας την έκβαση σημαντικών νόσων όπως το πεπτικό έλκος. Ταυτόχρονα το ασφαλές προφίλ τους οδήγησε στην ευρύτατη χρήση τους.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με αναφυλακτική καταπληξία μετά από λήψη *per os* λανσοπραζόλης.

Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 55 ετών με ιστορικό δυσπεψίας υπό αγωγή περιστασιακά με ραμεπραζόλη, εσομεπραζόλη, παντοπραζόλη και ιστορικό αλλεργίας σε τετρακυκλίνη, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων με εικόνα καταπληξίας ανώστου αιτιολογίας. Από το συγγενικό περιβάλλον αναφέρθηκε η έναρξη αγωγής με λανσοπραζόλη περίπου μισή ώρα πριν και η εκδήλωση κνησμού στα άνω άκρα. Μετά την πρωτοβάθμια εκτίμηση και τον κλινικό αποκλεισμό άλλων αιτιών καταπληξίας πιθανολογήθηκε αναφυλακτική καταπληξία. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά με οξυγονοθεραπεία, επιθετική ενυδάτωση και υποδόρια αδρεναλίνη 0.3ml ανά 5-10 λεπτά (συνολικά 10 ώσεις) μέχρις ότου απέκτησε ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις και ανέκτησε φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης.

Αποτελεσμα: Παρά το ασφαλές προφίλ τους, μεμονωμένα περιστατικά αναφυλακτικής αντίδρασης σε όλους τους PPIs έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία, με την εξαίρεση μέχρι στιγμής της εσομεπραζόλης. Η ευαισθησία που άλλοτε οφείλεται στην έκκριση IgEs και άλλοτε αποδίδεται σε άλλο μηχανισμό, φαίνεται να είναι διασταυρούμενη. Αυτό οφείλεται πιθανόν στην παρουσία του κοινού βενζιμιδαζολικού δακτυλίου. Η διασταυρούμενη αντίδραση μπορεί να επιβεβαιωθεί με δερματικά τεστ.

Συμπέρασμα: Ο κίνδυνος αναφυλαξίας από την χρήση PPIs είναι υπαρκτός. Για τον λόγο αυτό καθίσταται σημαντική η επαγρύπνηση των επαγγελματιών υγείας κατά την χορήγηση τους καθώς και η ανάκτηση περισσότερων πληροφοριών σχετικά με την συχνότητα πρόκλησης αναφυλακτικών αντιδράσεων.



AA38. Η «ΜΕΣΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΟΧΟ» ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΣΕΝΟΚΟΥΜΑΡΟΛΗ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Καραφωτιάς Ιωάσαφ¹, Μουρατίδου Μαρία², Γιακουμής Μιχαήλ¹, Σορολή Ευσταθία¹, Κουτσογιάννη Κλημεντίνη², Καβαλλιέρου Γαρυφαλλιά², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹

1. Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

2. Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

Εισαγωγή: Ο «χρόνος εντός θεραπευτικού εύρους» (TTR), που χρησιμοποιείται ως δείκτης ποιότητας της αντιπηκτικής αγωγής με κουμαρινικά, δεν έχει ευαισθησία στο βαθμό απόκλισης της INR από το θεραπευτικό στόχο.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η μέση απόκλιση από το στόχο INR ως δείκτης ποιότητας της αγωγής με ασενοκουμαρόλη (Sintrom) σε ασθενείς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή (ΧΚΜ).

Υλικό: Αναλύθηκαν 1290 μετρήσεις INR σε 109 ασθενείς (53 άνδρες, 56 γυναίκες, μ.ό. ηλικίας 74,5 έτη) με ΧΚΜ υπό αγωγή με Sintrom. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 294 ημέρες.

Μέθοδος: Για κάθε ασθενή υπολογίσθηκαν α) ο TTR με τη γραμμική μέθοδο του Rosendaal, β) το ποσοστό των INR που βρίσκονταν εντός του θεραπευτικού εύρους 2,0-3,0 (%IR: % In Range) και γ) η μέση % απόκλιση από το στόχο INR 2,5 (MDT: Mean Deviation from Target).

Αποτελέσματα: Οι μέσες τιμές TTR, IR και MDT φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

	TTR(%)	%IR	MDT(%)
Μέση τιμή	46,8	45,3	25,2
95% όρια αξιοπιστίας (CI)	42,9-50,8	42,0-48,6	23,8-26,6

Υπήρχε πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ TTR και %IR ($r=0,86$) καθώς και MDT με TTR ($r=-0,74$) και %IR ($r=-0,82$).

Στους ασθενείς ($n=20$), οι οποίοι είχαν τουλάχιστον μια μέτρηση $INR>4,0$ (και συγκριτικά μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγιών) η MDT (30,4%, CI:25,8-35,1) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή του συνόλου των ασθενών ($p<0,05$), ενώ τόσο ο TTR (49%, CI:39,5-58,5) όσο και το IR (44,2%, CI:35,5-52,9) δεν διέφεραν σημαντικά.

Συμπέρασμα: Η MDT έχει άριστη συσχέτιση με τους δείκτες ποιότητας της αντιπηκτικής αγωγής, ενώ πλεονεκτεί ως προς την ευαισθησία σε ακραίες τιμές INR, που σχετίζονται με επεισόδια θρομβοεμβολής και αιμορραγίας.

AA39. ΒΑΡΕΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CMV ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ

Καραφωτιάς Ιωάσαφ, **Γεωργιτσογιαννάκου Μαρία**, Χρύσης Δημήτριος, Μπάλλα Ηλιάννα, Μηναστή Γεωργία, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

Εισαγωγή: Κλινικά σημαντική θρομβοπενία είναι σπάνια εκδήλωση λοίμωξης από κυτταρομεγαλοϊό (CMV). Η λοίμωξη από CMV μετά σπληνεκτομή αποτελεί ιδιαίτερο κλινικο-εργαστηριακό σύνδρομο.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με βαρεία θρομβοπενία ως πρώτη εκδήλωση λοίμωξης από CMV σε έδαφος σπληνεκτομής για αυτοάνοση θρομβοπενική πορφύρα (ITP).

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 24 ετών εισήχθη λόγω αιμορραγιών δέρματος και βλεννογόνων από πενθημέρου, χωρίς συμπτώματα λοίμωξης. Ιστορικό πρωτοπαθούς ITP με σπληνεκτομή προ 2,5 ετών και έκτοτε φυσιολογικά επίπεδα αιμοπεταλίων σε τακτικούς ελέγχους.

Αποτελέσματα: Κλινικό: Διάχυτο πετεχειώδες εξάνθημα και εκχυμώσεις κορμού και άκρων. Απύρετη, χωρίς λεμφαδενοπάθεια ή οργανομεγαλία. Γενική αίματος: Αιμοπετάλια 6.000 κκχ, Hb 14 g/dl, λευκά 7.100 με φυσιολογικό τύπο. Βιοχημικός έλεγχος, ANA, anti-dsDNA, PT και APTT φυσιολογικά. Χορηγήθηκε IV ανοσοσφαιρίνη 1g/kg ημερησίως για 2 ημέρες με άμεση ανταπόκριση (αιμοπετάλια 114.000 κκχ την 3^η ημέρα). Δύο ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο η ασθενής ανέφερε πυρετό μέχρι 38,5°C και κεφαλαλγία, ενώ κλινικώς διαπιστώθηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Σε επαναληπτικό εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκαν αναστροφή του λευκοκυτταρικού τύπου με διεγερμένα λεμφοκύτταρα και ήπια υπερτρανσαμινασαιμία. Ο ορολογικός έλεγχος ήταν θετικός για αντισώματα CMV IgM και IgG. Η ποσοτική ανίχνευση CMV-DNA με RT-PCR στο περιφερικό αίμα ήταν θετική (2.100 αντίγραφα ιού / ml) επιβεβαιώνοντας ενεργό λοίμωξη. Το εμπύρετο και η λεμφαδενοπάθεια υφέθηκαν σταδιακά σε διάστημα 3 εβδομάδων με παράλληλη ομαλοποίηση των εργαστηριακών διαταραχών.

Συμπέρασμα: Σοβαρή θρομβοπενία μπορεί σπανίως να προηγηθεί χρονικά των λοιπών εκδηλώσεων λοίμωξης από CMV. Σε ασθενή με ITP ευρισκόμενο σε ύφεση μετά σπληνεκτομή απαιτείται διαφορική διάγνωση μεταξύ υποτροπής της βασικής νόσου και ασυμπτωματικής λοίμωξης από CMV.



AA40. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΜΠΑΤΑΣΕΠΤΗ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Είναι ένας όρος που υπεισέρχεται στην καθημερινότητα αλλά και όρος ευρέως χρησιμοποιούμενος από φιλοσοφικά ρεύματα. Πρόσφατα, αναπτύχθηκε έντονο ενδιαφέρον για την έρευνα ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, που στοχεύουν στη μέτρησή της.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) πριν και μετά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα αμπατασέπτη.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 25 ασθενείς με ΡΑ πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση αμπατασέπτης. Όλοι οι ασθενείς είχαν ήδη λάβει θεραπεία με ένα τουλάχιστον βιολογικό αντι-TNFα παράγοντα. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ελάμβαναν μεθοτρεξάτη σαν θεραπεία βάσης. Πριν και μετά τη χορήγηση της αμπατασέπτης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίσθηκε ο δείκτης DAS28.

Αποτελέσματα. Στους ασθενείς με ΡΑ που χορηγήθηκε αμπατασέπτη παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ από 50,16±4,72 mm/h (μέση τιμή±SEM) σε 33,36±5,77 mm/h ($p<0,005$, Student's t test), της CRP από 2,56±0,43 mg/dl σε 1,67±0,99 mg/dl ($p>0,05$), του δείκτη DAS28 από 5,65±0,17 σε 3,49±0,27 ($p<0,001$), του δείκτη HAQ από 1,87±0,08 σε 0,63±0,1 ($p<0,001$) και του δείκτη VAS από 71,08±2,64 σε 34,6±4,56 ($p<0,001$). Παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ κατά 33%, της CRP κατά 35%, του δείκτη DAS28 κατά 38%, του δείκτη HAQ κατά 66% και του δείκτη VAS κατά 51%.

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση αμπατασέπτης.

AA41. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΑΚΙΝΡΑ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η γενικότερη κατάσταση ευεξίας ατόμων και κοινωνιών. Η ποιότητα ζωής είναι από καιρό ένας σκοπός πολιτικής εμφανής ή αφανής και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων εξέχουσα θέση κατέχει η υγεία.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) πριν και μετά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα ανακίναρα.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 21 ασθενείς με ΡΑ πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση ανακίναρα. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ελάμβαναν μεθοτρεξάτη σαν θεραπεία βάσης. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ανακίναρα επί 1 έτος για την αντιμετώπιση της νόσου. Πριν και μετά τη χορήγηση ανακίναρα οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίσθηκε ο δείκτης DAS28 πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση του ανακίναρα.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε ανακίναρα παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ από 37,57±4,58 mm/h σε 14,57±1,96 mm/h (μέση τιμή ± SEM) ($p<0,001$, Student's t test), της CRP από 2,92±0,90 mg/dl σε 0,71±0,17 mg/dl ($p<0,05$), του δείκτη DAS28 από 4,86±0,24 σε 2,5±0,25 ($p<0,001$), του δείκτη HAQ από 1,56±0,15 σε 0,32±0,1 ($p<0,001$) και του δείκτη VAS από 66,19±2,74 σε 24,19±4,57 ($p<0,001$). Παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ κατά 61%, της CRP κατά 76%, του δείκτη DAS28 κατά 48%, του δείκτη HAQ 79% και του δείκτη VAS κατά 63%.

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση ανακίναρα.



AA42. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήςρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι βιολογικοί αντι-TNFα παράγοντες χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αγωγή χρησιμοποιούνται βιολογικοί παράγοντες με εναλλακτικό τρόπο δράσης, όπως είναι η ριτουξιμάμπη.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ΡΑ πριν και μετά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα ριτουξιμάμπη.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 21 ασθενείς με ΡΑ πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση ριτουξιμάμπης. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ελάμβαναν μεθοτρεξάτησαν θεραπεία βάσης. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει θεραπεία με τουλάχιστον ένα αντι-TNFα βιολογικό παράγοντα. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη επί 1 έτος για την αντιμετώπιση της νόσου. Πριν και μετά τη χορήγηση ριτουξιμάμπης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίσθηκε ο δείκτης DAS28.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ από 57,1±5,38 mm/h (mean±SEM) σε 24,67±3,23 mm/h ($p<0,001$, Student's t test), της CRP από 3,97±0,73 mg/dl σε 1,53±0,40 mg/dl ($p=0,001$), του δείκτη DAS28 από 5,58±0,28 σε 3,15±0,24 ($p<0,001$), του δείκτη HAQ από 1,32±0,13 σε 0,54±0,1 ($p<0,001$) και του δείκτη VAS από 62,1±4,9 σε 30,38±4,20 ($p<0,001$). Παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ κατά 57%, της CRP 61%, του δείκτη DAS28 44%, του δείκτη HAQ 59% και του δείκτη VAS κατά 51%.

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση ριτουξιμάμπης.

AA43. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΕΤΑΝΕΡΣΕΠΤΗ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήςρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρη Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, τη σωματική ευεξία, τη ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία. Χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η γενικότερη κατάσταση ευεξίας (well being) ατόμων και κοινωνιών. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την υγεία.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) πριν και μετά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα ετανερσέπτη.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 17 ασθενείς με ΡΑ πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση ετανερσέπτης. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ελάμβαναν μεθοτρεξάτη σαν θεραπεία βάσης. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ετανερσέπτη επί 1 έτος για την αντιμετώπιση της νόσου. Πριν και μετά τη χορήγηση ετανερσέπτης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίσθηκε ο δείκτης DAS28 πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση της ετανερσέπτης.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε ετανερσέπτη παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ από 49,35±5,74 mm/h (mean±SEM) σε 26,47±4,41 mm/h ($p=0,001$, Student's t test), της CRP από 3,43±1,12 mg/dl σε 0,87±0,25 mg/dl ($p<0,05$), του δείκτη DAS28 από 5,16±0,27 σε 2,77±0,3 ($p<0,001$), του δείκτη HAQ από 1,5±0,1 σε 0,51±0,1 ($p<0,001$) και του δείκτη VAS από 64,12±4,24 σε 23,94±5,27 ($p<0,001$). Παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ κατά 46%, της CRP κατά 75%, του δείκτη DAS28 κατά 46%, του δείκτη HAQ κατά 67% και του δείκτη VAS κατά 63%.

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση ετανερσέπτης.



AA44. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΙΝΦΛΙΞΙΜΑΜΠΗ

Αθανασίου Παναγιώτης, Δαδήρας Νικόλαος, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια, Τζαναβάρα Αικατερίνη, Χλέτσος Μιχαήλ

Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι χρόνια, δυσίατη νόσος, που απαιτεί μακροχρόνια εφ' όρου ζωής ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή. Συνοδεύεται από χρόνιο αίσθημα πόνου και προκαλεί αναπηρία. Επηρεάζει την ικανότητα των ασθενών για εργασία και συχνά οδηγεί σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Πολλές μελέτες σε πολλούς πληθυσμούς ασθενών έχουν δείξει ότι η ΡΑ επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ΡΑ πριν και μετά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα ινφλιξιμάμπη.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 16 ασθενείς με ΡΑ πριν και 1 έτος μετά τη χορήγηση ινφλιξιμάμπης. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς λάμβαναν μεθοτρεξάτη σαν θεραπεία βάσης. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ινφλιξιμάμπη επί 1 έτος για την αντιμετώπιση της νόσου. Πριν και μετά τη χορήγηση της ινφλιξιμάμπης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο HAQ και το δείκτη VAS του πόνου με κλίμακα οπτικού αναλόγου (visual analogue scale-VAS) και υπολογίστηκε ο δείκτης DAS28.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε ινφλιξιμάμπη παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ από $52,69 \pm 7,52$ mm/h (mean \pm SEM) σε $18,06 \pm 2,55$ mm/h ($p < 0,001$, Student's t test), της CRP από $4,05 \pm 0,87$ mg/dl σε $0,64 \pm 0,32$ mg/dl ($p = 0,002$), του δείκτη DAS28 από $5,63 \pm 0,25$ σε $2,49 \pm 0,27$ ($p < 0,001$), του δείκτη HAQ από $1,71 \pm 0,13$ σε $0,49 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) και του δείκτη VAS από $64,88 \pm 4,65$ σε $23,94 \pm 4,74$ ($p < 0,001$). Παρατηρήθηκε βελτίωση της ΤΚΕ κατά 66%, της CRP 84%, του δείκτη DAS28 56%, του δείκτη HAQ 71% και του δείκτη VAS κατά 63%.

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με ΡΑ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της ποιότητας ζωής μετά τη χορήγηση ινφλιξιμάμπης.

AA45. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Παππάς Απόστολος, Δημητριάδης Ιωάννης, Μακρής Αθανάσιος, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Χουλιτούδη Βασιλική, Παυλάκη Μαρία, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Άργους

Εισαγωγή: Η πλειοψηφία των ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) αντιμετωπίζεται σε θαλάμους γενικής νοσηλείας. Η έλλειψη οργανωμένων μονάδων υποδοχής και κέντρων αποκατάστασης καθιστά πολλές φορές προβληματική τη νοσηλεία τους.

Σκοπός: Αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την διάρκεια νοσηλείας ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ.

Μεθοδολογία: Αξιολόγηση 133 ασθενών, με πρωτοεμφανιζόμενο ισχαιμικό ΑΕΕ. Μελετώμενες μεταβλητές: φύλο, ηλικία, παρουσία καρδιαγγειακού ιστορικού, διάστημα μέχρι την άφιξη στο νοσοκομείο, βαρύτητα του ΑΕΕ κατά την εισαγωγή (κλίμακα NIHSS) και διάρκεια νοσηλείας. Επιπλέον καταγράφηκε η λειτουργική κατάσταση των ασθενών κατά την έξοδο (κλίμακα Rankin), και η θνητότητα στις 30 ημέρες.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια νοσηλείας κυμάνθηκε από 1-24 ημέρες με διάμεση τιμή τις 5 ημέρες. Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με την κλίμακα NIHSS ($r = 0.32, p < 0.001$), δεν βρέθηκε συσχέτιση με τις υπόλοιπες μεταβλητές. Το 6.7% του παρατηρούμενου εύρους των ημερών νοσηλείας δικαιολογούνταν από τις μελετώμενες μεταβλητές. Συνεκτιμώντας την κλίμακα NIHSS, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με την κλίμακα Rankin ($B = 0.34, p = 0.32$) και την θνητότητα στις 30 ημέρες ($B = -3.35, p = -0.13$).

Συμπέρασμα: Από τις μελετώμενες μεταβλητές μόνο η βαρύτητα της κλινικής εικόνας επηρέασε σημαντικά την διάρκεια νοσηλείας. Το σύνολο των υπό μελέτη παραγόντων ερμήνευσε ένα μικρό μέρος του παρατηρούμενου εύρους των ημερών νοσηλείας. Ενδεχομένως η παρουσία αστάθμητων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, να δικαιολογεί το μεγαλύτερο κομμάτι του παρατηρούμενου εύρους. Μεταξύ ασθενών με την ίδια βαρύτητα η διάρκεια νοσηλείας δεν επηρέασε την πρόγνωση.



AA46. ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φύλλας Ηλίας, Σκουλικιδη Σταματία, Καλλέργη Αγγέλα, Ζώτικα Χριστίνα, Στουπάκη Μαρία, Ασμάνης Ευάγγελος, Παπαδοπούλου Ευθυμία, Μπαλά Αγγελική, Γιαννικόπουλος Γεώργιος, Ζώρζου Μαρκέλα - Παγωνίτσα, Μαλακός Ιωάννης

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χίου «Σκυλίτσειο»

Εισαγωγή: Η μουκορμύκωση αποτελεί απειλητική για την ζωή ευκαιριακή λοίμωξη κυρίως ανοσοκατεσταλμένων ατόμων.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ρινοκοχχοτραχηλικής μουκορμύκωσης σε ασθενή με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και διαβήτη τύπου 2.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 80 ετών με ιστορικό μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου από Ζετίας και ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη τύπου 2 από 10ετία, προσήλθε αναφέροντας υψηλό πυρετό από 48ώρου. Από το ιστορικό της ανέφερε πολλαπλές αντιβιοτικές θεραπείες λόγω συχνών λοιμώξεων και προφυλακτική χορήγηση φλουκοναζόλης. Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε εμφανής εστία λοίμωξης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, ευρήματα συμβατά με μυελοδυσπλαστικό (ουδετεροπενική). Η ασθενής τέθηκε τυφλά σε πιπερακιλλίνη/ ταζομπακτάμ και αμικασίνη. Το δεύτερο εικοσιτετράωρο παρατηρήθηκε νεκρωτική εσχάρα στην δεξιά ρινική χοάνη και στη μαλακή υπερώα. Ελήφθησαν καλλιέργειες ιστού για μύκητες που ανεδείχθησαν θετικές για μουκορμύκητα. Η αξονική τομογραφία προσωπικού κρανίου ανέδειξε οστικό έλλειμμα σκληρής υπερώας και οίδημα - θολερότητα υποδορίου λίπους δεξιού οφθαλμικού κόγχου και ρινός. Η ασθενής τέθηκε σε αντιμυκητιασική αγωγή με αμφοτερικίνη Β και της συστήθηκε εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός, τον οποίο αρνήθηκε. Παρά την συντηρητική αντιμετώπιση, η ασθενής απεβίωσε.

Αποτελέσματα: Η ρινοκοχχοτραχηλική μουκορμύκωση οφείλεται στον *Rhizopus oryzae*, έναν μύκητα που σπάνια προκαλεί ευκαιριακές λοιμώξεις σε ασθενείς με διαβήτη, αιματολογικές κακοήθειες, μεταμόσχευση, χρόνια κορτιζονοθεραπεία, υπερφόρτωση σιδήρου ή AIDS. Η προφυλακτική χορήγηση αντιμυκητιασικών και οι πολλαπλές αντιβιοθεραπείες αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής. Η αντιμετώπιση της βασίζεται στην συνδυασμένη θεραπεία με αμφοτερικίνη Β, χειρουργικό καθαρισμό και επιθετική αντιμετώπιση του προδιαθεσικού παράγοντα όπου αυτό είναι δυνατόν.

Συμπέρασμα: Η μουκορμύκωση αποτελεί θανατηφόρο επιπλοκή στις παραπάνω ομάδες ασθενών. Τούτο καθιστά επιτακτική την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισής της ειδικά παρουσία ή περισσότερων προδιαθεσικών παραγόντων.

AA47. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΣΧΙΔΕΣ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Παρτάλης Νικόλαος, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Πήττας Κωνσταντίνος, Μποτωνάκη Κέλλυ, Παπαδόσηφου Αγγελική, Τρανταφυλλίδου Δομινίκη, Καστανάκης Σεραφεΐμ

Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Το δισχιδές πάγκρεας επηρεάζει 5-10% του πληθυσμού και θεωρείται συγγενής διαμαρτία της διαμόρφωσης των παγκρεατικών πόρων. Εμβρυολογικά, ο κοιλιακός και ο ραχιαίος πόρος συνενώνονται και η αποχέτευση των ενζύμων πραγματοποιείται κυρίως από τον κοιλιακό πόρο ενώ ο ραχιαίος πόρος παραμένει ως πόρος του Santorini και εκβάλλει στην ελάσσονα θηλή. Αποτυχία σύνδεσης των δύο πόρων καταλήγει στο δισχιδές πάγκρεας και η αποχέτευση των ενζύμων πραγματοποιείται από το ραχιαίο παγκρεατικό πόρο.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 54 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσέρχεται λόγω επιγαστραλγίας από δώδεκα ώρες και αδυναμίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων στον ορό (αμυλάση:1398, λιπάση:2543) και στα ούρα (αμυλάση:12311) χωρίς διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και με αρνητικούς τους χολοστατικούς δείκτες. Από το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας ανευρέθη φυσιολογική ηχογένεια και διαστάσεις του παγκρέατος με οριακή διάταση του παγκρεατικού πόρου (d=2,5cm). Ο ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας και σε μαγνητική χολαγγειο-παγκρεατο-γραφία η οποία ανέδειξε ύπαρξη δισχιδούς παγκρέατος, ήπια διάταση του κοιλιακού παγκρεατικού πόρου χωρίς τη παρουσία λίθου. Από τις υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις ανευρέθη αυξημένο το CA-19.9 (120), χωρίς κλινική σημασία.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση και με απαγόρευση λήψης τροφής ωστόσο η κλινικο-εργαστηριακή του εικόνα το επέτρεπε. Η κλινική του πορεία βελτιώθηκε σταθερά και γρήγορα με ένταξη διαίτας σταδιακά αυξανόμενης σε λίπη και πρωτεΐνες.

Συζήτηση-Συμπέρασμα: Το δισχιδές πάγκρεας σχετίζεται με χρόνια αλλά και με κρίσεις οξείας παγκρεατίτιδας λόγω στενού κοιλιακού παγκρεατικού πόρου και δεν είναι σπάνιο στο γενικό πληθυσμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν παράγει κλινική εικόνα αλλά πρέπει πάντα να υποψιαζόμαστε την ύπαρξή του σε περιπτώσεις όπου έχουμε παγκρεατίτιδα με συνοδό διάταση του παγκρεατικού πόρου, χωρίς διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και χωρίς χολόσταση.



AA48. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΑΙΜΟΛΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ

Τσάλτα Δανάη¹, Νικολόπουλος Αθανάσιος¹, Βάρσου Γεωργία¹, Πολύζου Αρχοντούλα¹, Ιωαννίδης Ιωάννης¹, Βγόντζα Νίκη², Κομιτόπουλος Νικόλαος¹

1. Β΄ Παθολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα

2. Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο υπεραιμόλυσης είναι σπάνια και δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή των μεταγγίσεων, συνηθέστερα σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς με Δρεπανοκυτταρική Νόσο. Χαρακτηρίζεται από πτώση τιμών Hb/Hct μετά από μετάγγιση συμβατού αίματος, σε χαμηλότερα της προ μετάγγισης επίπεδα. Συνδεύεται από δικτυοερυθροπενία και επιδεινώνεται με περαιτέρω μεταγγίσεις.

Περιγράφεται περίπτωση συνδρόμου υπεραιμόλυσης μετά από μετάγγιση σε ασθενή με μικροδρεπανοκυτταρική νόσο και επιπλακείσα χοληδοχολιθίαση.

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση: Άνδρας 48 ετών με μικροδρεπανοκυτταρική νόσο και χολοκυστεκτομή με stent χοληφόρων προσήλθε με πυρετό, ίκτερο και άλγος δεξιού υποχονδρίου. Ο ασθενής είχε ιστορικό πολλαπλών μεταγγίσεων και αλλοαντίσωμα αντι-*c*. Διαπιστώθηκε χοληδοχολιθίαση και διενεργήθηκε ERCP προς άρση της απόφραξης. Η πορεία του ασθενούς επιπλάκη με σχηματισμό ηπατικών αποστημάτων από πολυανθεκτικά στελέχη *K.Pneumoniae* και *E.Faecium*. Λόγω πτώσης τιμών Hb/Hct ο ασθενής χρειάστηκε μετάγγιση 3 μονάδων συμβατού αίματος, αρνητικό ως προς *c*, χωρίς κλινική ανταπόκριση. Επόμενες αναγκαίες μεταγγίσεις συμβατού αίματος συνοδεύτηκαν από πτώση τιμών Hb/Hct σε χαμηλότερα της προ μετάγγισης επίπεδα. Τέθηκε υπόνοια υπεραιμόλυσης όψιμης εμφάνισης (άμεση Coombs θετική με εμφάνιση νέων αλλοαντισωμάτων που δεν κατέστη δυνατό να ταυτοποιηθούν). Οι μεταγγίσεις διεκόπησαν και ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβιο ανοσοσφαιρίνη και κορτιζόνη. Η διακοπή των μεταγγίσεων και η θεραπεία με ανοσοσφαιρίνη και κορτιζόνη οδήγησαν σε σταδιακή άνοδο των Hb/Hct. Η παροχέτευση των αποστημάτων και η αγωγή με κατάλληλα αντιβιοτικά βελτίωσαν την κλινική εικόνα του ασθενούς. Ο ασθενής εξήλθε σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η αναγνώριση του συνδρόμου υπεραιμόλυσης απαιτεί εγρήγορση και κλινική υποψία. Η άμεση διακοπή των μεταγγίσεων και η θεραπεία με κορτιζόνη και ανοσοσφαιρίνη αποκαθιστούν τις τιμές Hb/Hct σε απειλητικές για τη ζωή περιπτώσεις του συνδρόμου.

AA49. Η ΔΙΠΛΩΠΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ- ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γκουγκούση Αλεξάνδρα^{1,2}, Τέλιος Θωμάς¹, Κρανιδιώτης Γεώργιος¹, Καψαλάκης Γεώργιος¹, Χριστόπουλος Γεώργιος¹, Χαλκιάς Αθανάσιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

2. Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων, Αμάρουσιο

Εισαγωγή: Ο ιός του Δυτικού Νείλου παρουσιάζει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από την ασυμπτωματική νόσηση και, την εικόνα γριπώδους συνδρομής έως την άσηπτη μηνιγγίτιδα, την εγκεφαλίτιδα, την προσβολή περιφερικών νεύρων και κρανιακών συζυγιών, την οξεία χαλαρή παράλυση και το θάνατο.

Σκοπός της μελέτης: Η παρουσίαση μιας σπάνιας επιπλοκής σε λοίμωξη από ιό του Δυτικού Νείλου με συμμετοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος και διπλωπία.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για ασθενή, 60 ετών, κάτοικο Αττικής, που προσήλθε λόγω αναφερόμενης δεκατικής πυρετικής κίνησης από δύο εβδομάδων με συνοδό εξάνθημα κορμού- τραχήλου σε αποδορμή και εμφάνιση μπυρρέτου έως 39 από 24ωρου με συνοδό διπλωπία και ήπια κεφαλαλγία. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε διπλωπία σε μακρινές αποστάσεις, σε όλες τις θέσεις, κυρίως στην αριστερή ατένιση. Δεν διαπιστώθηκε αυχενική δυσκαμψία. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική και η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) ήταν η εξής: κύτταρα 150κκχ, πολυμορφοπύρρηνα 65%, λεμφοκύτταρα 35%, σάκχαρο 94mg/dl, ολικό λεύκωμα 65 mg%, LDH < 50 iu/l, αρνητική gram χρωση καθώς και καλλιέργειες ENY για μικρόβια. Ανιχνεύθηκαν IgM αντισώματα έναντι του ιού του δυτικού νείλου τόσο στον ορό όσο και στο ENY του ασθενούς, ως επί οξείας λοίμωξης. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε μικροϊσχαιμική αλλοίωση στη γέφυρα (συγκριτικά παλιό εύρημα).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίαζε μηνιγγοεγκεφαλίτιδα από ιό Δυτικού Νείλου με διπλωπία που υποχώρησε εντός 48 ωρών. Εξήλθε σε πολύ καλή κατάσταση.

Συμπέρασμα: Ο ιός του Δυτικού Νείλου μπορεί να επιπλακεί με διαταραχές της οφθαλμικής κινητικότητας σε σπάνιες περιπτώσεις προκαλώντας διπλωπία. Το περιστατικό μας έρχεται να προστεθεί σε σποραδικές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία με προσβολή κρανιακών νεύρων από τον ιό.



AA50. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ 12 & 24 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Δραγουμάνος Βασίλειος¹, Μελάς Νικόλαος¹, Βούρβου Μαρία², Φουστέρης Ευάγγελος¹, **Γαβρά Παρασκευή¹**, Χριστόπουλος Γεώργιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά

2. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με διαβήτη έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών αγγειακών συμβαμάτων ενώ η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης αυξάνει ακόμη περισσότερο τη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σκοπός: Προοπτική μελέτη επιπολασμού και σύγκρισης πρώτου και δευτέρου έτους στη νευρολογική έκβαση διαβητικών μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) σε σχέση με την αντιυπερτασική αγωγή που ελάμβαναν.

Υλικό: 312 τύπου-II διαβητικοί ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ.

Μέθοδος: Η νευρολογική των ασθενών εκτίμηση έγινε κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο σύμφωνα με την κλίμακα NIHSS(0-42). Βελτίωση της λειτουργικής έκβασης θεωρήθηκε μείωση της NIHSS κατά τουλάχιστον 4 μονάδες.

Αποτελέσματα: Νευρολογική βελτίωση παρατηρήθηκε σε 167(53.5%) συμμετέχοντες στο πρώτο και σε 175(56.1%) στο δεύτερο έτος. Συνολικά, 178(57.1%) λάμβαναν ΑΜΕΑ, 136(43.6%) διουρητικά, 95(30.4%) αναστολείς ασβεστίου, 61(19.6%) β-αναστολείς, 59(18.9%) ΑΤII, 39(12.5%) κανένα και 31(9.9%) άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα. Οι ασθενείς που λάμβαναν ΑΜΕΑ(OR=5,58,p<0,001) ή ΑΤII(OR=3,99,p=0,022) ή ΑΜΕΑ με διουρητικό(OR=7,71,p<0,001) ή ΑΜΕΑ με αναστολείς ασβεστίου(OR=1,16,p<0,001) παρουσίασαν βελτίωση στο πρώτο έτος. Αντίστοιχη βελτίωση παρατηρήθηκε στο δεύτερο έτος σε διαβητικούς που λάμβαναν ΑΜΕΑ(OR=3,38,p=0,004) ή ΑΤII(OR=3,58,p=0,037) ή ΑΜΕΑ με διουρητικό (OR=5,24,p<0,001) ή ΑΜΕΑ με αναστολείς ασβεστίου(OR=1,15,p<0,001). Οι συνδυασμοί ΑΜΕΑ και διουρητικού με αναστολείς ασβεστίου(OR=5,87,p=0,009) ή ΑΤII(OR=6,32,p=0,006) επίδρασαν θετικά μετά το πρώτο έτος. Μονοθεραπεία με β-αναστολείς, αναστολείς ασβεστίου ή διουρητικά δεν σχετίστηκε με βελτίωση σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο(p>0.05).

Συμπέρασμα: Ο έλεγχος της υπέρτασης, όπως αυτός ορίζεται από απλή ή συνδυαστική φαρμακευτική αγωγή μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ, βελτιώνει την πρόγνωση των διαβητικών ασθενών. Οι θεραπείες με ΑΜΕΑ ή ΑΤII ή ο συνδυασμός ΑΜΕΑ με διουρητικό ή ΑΜΕΑ με αναστολείς ασβεστίου σχετίζονται με καλύτερη νευρολογική έκβαση.



AA51. Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ST2 ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φουστέρης Ευάγγελος¹, Τσιαούσης Γεώργιος², Τζερεφός Σταύρος², Ματσάγγος Σπυρίδων³, Σπυροπούλου Παναγιώτα³, Μπουτάτη Ελένη^{4,5}, Δημητριάδης Γεώργιος^{4,5}, Φούσσας Στέφανος³, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{4,5}

1. Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

2. Καρδιολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

3. Τμήμα Αιμοδοσίας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

4. Β' προπαιδευτική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

5. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Αθήνα

Εισαγωγή: Ο διαλυτός sST2 είναι δείκτης φλεγμονής - ενδιάμεσος μεσολαβητής της IL-33. Διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα sST2.

Σκοπός: Προοπτική μελέτη 12 μηνών ελέγχου της προγνωστικής δύναμης του sST2 στην πρωτοεμφάνιση διαστολικής δυσλειτουργίας αριστερής κοιλίας (ΔΔΑΚ) σε διαβητικούς.

Υλικό: 48 εθελοντές με διαβήτη τύπου 2 του Διαβητολογικού μας Κέντρου.

Μέθοδος: Οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε υπερηχοτογραφικό έλεγχο καρδιάς εισαγωγής και 12 μήνες μετά. Παράλληλα, μετρήσαμε HbA1c, λιπιδαιμικό προφίλ, hs-CRP, Ινωδογόνο, BNP και τον sST2 (Presage™ ST2 assay kit). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το Mann-Whitney test, το X² test και το συντελεστή Spearman.

Αποτελέσματα: Οι 10 ασθενείς (20,83%) που μετέπεσαν από φυσιολογική καρδιακή λειτουργία σε ΔΔΑΚ είχαν μέσο διαλυτό ST2±SD εισαγωγής: 10,40±3,14 ng/ml. Οι 38 που διατήρησαν φυσιολογική καρδιακή λειτουργία είχαν διαλυτό ST2 εισαγωγής: 11,55±3,11 ng/ml (p=0,534).

Οι 10 ασθενείς με ΔΔΑΚ είχαν υψηλότερη μέση ολική χοληστερόλη (p=0,012), LDL-χοληστερόλη (p=0,036) & τριγλυκερίδια (p=0,044). Η μεταβολή της μέσης HbA1c ήταν -1,46% για αυτούς με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία (τάση μείωσης) και +0,36% για αυτούς με ΔΔΑΚ (τάση αύξησης) (p=0,007).

Ο sST2 συσχετίζεται με: σάκχαρο νηστείας (p=0,003), HDL-χοληστερόλη εισαγωγής και 12μήνου (p=0,004 & 0,009 αντίστοιχα), HbA1c εισαγωγής (p<0,001), μεταβολή της HbA1c (p=0,009) και διάμετρο αριστερού κόλπου.

Συμπέρασμα: Ο διαλυτός ST2 δεν μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση ΔΔΑΚ μέσα σε διάστημα 12 μηνών σε διαβητικούς ασθενείς. Ίσως η χαμηλού βαθμού χρόνια φλεγμονή του διαβήτη χρειάζεται περισσότερο βάθος χρόνου για να μπορέσει να συσχετισθεί με μακροσκοπικές λειτουργικές ανωμαλίες. Οι διαβητικοί ασθενείς με χειρότερο λιπιδαιμικό προφίλ αναπτύσσουν συχνότερα ΔΔΑΚ.

Ευχαριστίες: Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του.



AA52. ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΜΕ BCG ΓΙΑ Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Τσιρώνης Γεώργιος, Βιτώρος Βασίλειος, Παντελίδου Ηλιάνα- Μαρία, Παντελίδη Μαρία, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Νικόλαος, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

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

Εισαγωγή: Η ενδοκυστική έγχυση με *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG), ένα ζωντανό εξασθενημένο στέλεχος του *Mycobacterium bovis*, συνήθως πρακτική στην επικουρική (adjuvant) θεραπεία των επιφανειακών όγκων της ουροδόχου κύστεως, είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες. Από αυτές οι συστηματικές είναι σπάνιες αλλά αποτελούν τις σοβαρότερες μορφές. Πυρετός >39°C παρατηρείται μόνο στο 2,9% των ασθενών.

Σκοπός: Παρουσιάζεται ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με εμμένον εμπύρετο μετά από ενδοκυστικές εγχύσεις με BCG.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 75 ετών προσήλθε στο Τ.Ε.Π. αιτιώμενος αίσθημα κακουχίας, εμέτους και ζάλη σε έδαφος Ca ουροδόχου κύστεως υπό θεραπεία με ενδοκυστικές εγχύσεις BCG, η τελευταία προ ημερών. Διαπιστώθηκε εμπύρετο 38°C ενώ από τον λοιπό κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακος, γενική ούρων, U/S και CT κοιλίας) δεν προέκυψε εστία λοίμωξης. Κατά την νοσηλεία του και παρά την χορηγηθείσα αντιμικροβιακή αγωγή για κοινά παθογόνα ο ασθενής συνέχισε να πυρέσσει χωρίς να εμφανίζει άλλα συνοδά συμπτώματα. Επαναλαμβανόμενες καλλιέργειες αίματος-ούρων ήταν στείρες. Λόγω της υποψίας «BCGίτιδας» πραγματοποιήθηκαν δοκιμασία δερμοαντίδρασης mantoux «-», HRCT θώρακα η οποία απεικόνισε ολιγάριθμους υποϋπεζοκωτικούς όζους και ήπια διάμεσα στοιχεία άνω λοβών και ελήφθη σαν αιμοκαλλιέργειες για μυκοβακτηρίδιο «-». Ο ασθενής έλαβε αντιμυκοβακτηριδιακή αγωγή (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη) και μεθυλπρεδνιζολόνη με αποτέλεσμα να καταστεί απύρετος εντός πενήντημέρου.

Συζήτηση: Αυτό το περιστατικό αναδεικνύει την ανάγκη κλινικής υποψίας συστηματικών λοιμωδών επιπλοκών σε ασθενείς με εμπύρετο και ιστορικό Ca ουροδόχου κύστεως υπό ενδοκυστικές εγχύσεις με BCG. Πρέπει δε να μελετηθούν πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες.



ΑΑ53. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Σταυρινίδης Σταύρος¹, Τασσιάς Γεώργιος², Παπαβασιλείου Ευστάθιος², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹

1. Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

Εισαγωγή: Μια ατελής κολονοσκόπηση δυσχεραίνει τη διαγνωστική διαδικασία και συνεπάγεται ταλαιπωρία του ασθενή και αύξηση του κόστους.

Σκοπός: Η διερεύνηση παραμέτρων - εκτός της εμπειρίας του ενδοσκόπου - που επηρεάζουν την πιθανότητα ολοκλήρωσης της εξέτασης.

Υλικό: Από 456 προγραμματισμένες κολονοσκοπήσεις που διενεργήθηκαν σε διάστημα ενός έτους σε ασθενείς ενός γενικού νοσοκομείου μελετήθηκαν οι 391, αφού εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπήρχαν πλήρη στοιχεία και εκείνες στις οποίες υπήρχε ανατομικό κώλυμα που δεν επέτρεπε την προώθηση του ενδοσκοπίου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ολοκλήρωση (ενδοσκόπηση μέχρι το τυφλό, ειλεοτυφλική βαλβίδα ή ειλεό) της κολονοσκόπησης και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, το φύλο, την προέλευση (νοσηλεύόμενος ή εξωτερικός) του ασθενούς, τον τύπο προετοιμασίας του εντέρου (υποκλυσμοί ή καθαρτικό), τη χορήγηση ή μη καταστολής κατά την εξέταση και την ποιότητα προετοιμασίας του εντέρου (επαρκής-ανεπαρκής).

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τις εκθέσεις ενδοσκόπησης, τα συχνότερα αίτια ατελούς εξέτασης ήταν κακή προετοιμασία του εντέρου (79%) και δυσανεξία του ασθενούς (13,5%). Η στατιστική ανάλυση (πίνακας) ανέδειξε κατά σειρά την επάρκεια της προετοιμασίας του εντέρου, τη χορήγηση καταστολής και την προετοιμασία με καθαρτικά ως τους σπουδαιότερους παράγοντες επιτυχούς κολονοσκόπησης. Η μεγαλύτερη πιθανότητα ολοκλήρωσης της εξέτασης στους άρρενες ήταν στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας.

Μεταβλητή	Επίπεδο (p) σημαντικότητας	Λόγος πιθανοτήτων	95% όρια αξιοπιστίας
Άρρεν φύλο	0,06	1,84	0,96-3,51
Ηλικία	0,35	1,01	0,98-1,03
Νοσηλεύόμενος	0,57	0,81	0,40-1,65
Καταστολή	<0,0001	20,29	6,37-64,63
Είδος προετοιμασίας	0,0009	10,08	2,56-39,63
Ποιότητα προετοιμασίας	<0,0001	26,92	6,95-104,20

Συμπέρασμα: Συστηματική χρήση καταστολής παράλληλα με έμφαση στην προετοιμασία του εντέρου θα ελαττώσουν τα ποσοστά ατελούς κολονοσκόπησης.



AA54. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΒΝΡ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΧΟΛΙΝΗΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ

Στριλάκου Αθηνά¹, Στυλιανάκη Αικατερίνη¹, Καρκαλούσος Πέτρος², Καλαφατάκης Κωνσταντίνος¹, Λιάπη Χάρις¹

1. Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

2. Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών

Εισαγωγή: Η χολίνη είναι απαραίτητο συστατικό της διατροφής και η ανεπάρκεια της εμπλέκεται σε ηπατικές, νεφρικές και καρδιαγγειακές παθήσεις. Το Β τύπου νατριουρητικό πεπτιδίο (BNP) αποτελεί κατοχυρωμένο δείκτη καρδιακής δυσλειτουργίας. Η καρνιτίνη, έχοντας παρόμοια χημική δομή με τη χολίνη, έχει χρησιμοποιηθεί λόγω της αντιφλεγμονώδους και αντιοξειδωτικής της ικανότητας σε διάφορες καρδιακές νόσους.

Σκοπός: Μελέτη των επιπέδων BNP ορού σε ανεπάρκεια χολίνης και διερεύνηση της επίδρασης της καρνιτίνης.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 24 άρρενες επίμυες Albino Wistar ηλικίας περίπου 3 μηνών και βάρους 350±50gr, οι οποίοι χωρίστηκαν σε: α) Ομάδα ελέγχου (Ε), β) Ομάδα ισορροπημένης διατροφής με καρνιτίνη στο πόσιμο ύδωρ 0,15% w/v (KAPN), γ) Ομάδα διαίτας ελλειπούς σε χολίνη (ΔΕΧ) και δ) Ομάδα διαίτας ελλειπούς σε χολίνη με καρνιτίνη στο πόσιμο ύδωρ (ΔΕΧ και KAPN). Μετά από τέσσερις εβδομάδες διατροφικής παρέμβασης, τα ζώα ευθανάτωθηκαν. Το BNP μετρήθηκε στον ορό με ELISA Kit.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα ΔΕΧ διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική αύξηση του BNP σε σχέση τόσο με την Ε ($p < 0.004$) όσο και με την KAPN ($p < 0.004$). Στην ομάδα ΔΕΧ+KAPN το BNP μειώνεται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τη ΔΕΧ ($p < 0.026$), αν και τα επίπεδα παραμένουν υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου.

Συμπέρασμα: Η διαιτητική έλλειψη χολίνης επηρεάζει δυσμενώς την καρδιακή λειτουργία στην ενήλικη ζωή ανεξαρτήτως παρουσίας συνοδού οργανικού νοσήματος. Σε αυτό το υπόστρωμα η καρνιτίνη φαίνεται να έχει προστατευτικό ρόλο αναχαιτίζοντας τη δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, ώστε το προσδοκώμενο remodeling της καρδιάς να εξασφαλίζει τη διατήρηση επαρκούς λειτουργία της. Περαιτέρω μελέτες θα διευκρινήσουν την αλληλεπίδραση χολίνης και καρνιτίνης στο μυοκάρδιο.

AA55. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ 2012 ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αλεξίου Νικόλαος¹, Βιτώρος Βασίλειος¹, Τσιρώνης Γεώργιος¹, Παναγοπούλου Παναγιώτα¹, Παντελίδη Μαρία¹, Κουπετώρη Μαρίνα¹, Αλεξίου Ζωή¹, Παλυβός Λάμπρος², Δουρίδας Γεώργιος², Πιερρακάκης Στέφανος², Συμπάρδη Στυλιανή¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

2. Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η μετακίνηση και οι συνθήκες διαβίωσης των οικονομικών μεταναστών στη χώρα μας ευνοούν την εκδήλωση και αναζωπύρωση της φυματίωσης, που εκδηλώνεται με εξωπνευμονική εντόπιση και άτυπη κλινική εικόνα.

Σκοπός: Περιγραφή τριών περιπτώσεων εξωπνευμονικής φυματίωσης.

Μέθοδος - Αποτελέσματα: Περίπτωση 1^η: Άνδρας, Ινδός 32 ετών, διακομίσθηκε από δύο διαδοχικά νοσοκομεία της επαρχίας, λόγω εμπυρέτου-σύγχυσης και δεξιάς ημιπάρεσης. Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο. CT εγκεφάλου: (1^η) αρνητική, ENY:395 κύτταρα (Π:49%, Λ:51%), γλυκόζη:29mg/dl, λεύκωμα:55mg/dl. PCR (ENY) για *Neisseria meningitidis*-*Haemophilus influenzae*-*Streptococcus pneumoniae*-*Listeria monocytogenes* αρνητική. Εν αναμονή της PCR (ENY) για *Mycobacterium Tuberculosis*, με Mantoux (-) αλλά με ακτινογραφία συμβατή με κεχροειδή φυματίωση, έγινε έναρξη αντιTB θεραπείας (INH-RF-PRZ-ETH) εκτός από τα ήδη θεθέντα δεξαμεθαζόνη-κεφτριαζόνη-αμικιλιλίνη-βανκομυκίνη. Αποκλιμάκωση της θεραπείας μετά 2ήμερο όταν η PCR του ENY για *Mycobacterium T* (+). Ραδαία όμως επιδείνωση του ασθενούς το επόμενο 48ωρο (επιληπτικές κρίσεις, κώμα, υδροκέφαλος στη νέα CT εγκεφάλου), οδήγησαν σε διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη αναπνοής. Ο ασθενής πέθανε μετά 15ήμερη νοσηλεία στη ΜΕΘ. **Περίπτωση 2^η:** Άνδρας, Πακιστανός 35 ετών, προσήλθε αναφέροντας επεισόδια αιματοχεσίας. Στο ΤΕΠ: ενεργός αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού και βαρεία αναιμία (Ht:20%), αλλά αιμοδυναμικά σταθερός. Ενδοσκοπικός έλεγχος όλου του πεπτικού: υποβλεννογόνια οζία με λεμφοκυτταρική διήθηση, με ανοσοϊστοχημεία συμβατή με TB. Mantoux θετική. Ετέθη σε 4πλη αντι-TB αγωγή με κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. **Περίπτωση 3^η:** Γυναίκα 45 ετών εισέρχεται με εικόνα οξείας κοιλίας και πυρετό. CT κοιλίας: φλεγμαιοσυσμα μάζα στο μεσόκολο σε επαφή με το ανιόν κόλον. Στη λαπαροτομία βρέθηκε τυροειδές υλικό στο οποίο: Ziel Neelsen (+) για μυκοβακτηρίδια και PCR (+). Έλαβε πλήρη αντι-TB αγωγή με σταδιακή βελτίωση.

Συμπέρασμα: Απαιτείται προσοχή και επαγρύπνηση στην ιατρική-νοσηλευτική φροντίδα των οικονομικών μεταναστών, που συχνά πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, όπως η εξωπνευμονική φυματίωση, η οποία παρουσιάζει μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα.



AA56. ΝΕΩΤΕΡΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αλεξίου Νικόλαος, Κουρουτού Παρασκευή, Παντελίδου Ηλιάννα, Κοτινά Ειρήνη, Τσιρώνης Γεώργιος, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο (ΚΝΣ) αποτελεί σπάνια αλλά την πλέον σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια των αντιψυχωσικών φαρμάκων, με υψηλή θνητότητα και επίπτωση μεταξύ 0.02 και 3%. Αρχικά περιγράφηκε ως επιπλοκή φαρμακευτικής αγωγής με κλασικά νευροληπτικά, μπορεί όμως να προκληθεί και από άτυπα αντιψυχωσικά όπως η αμισουλπρίδη (Isfredil, Solian).

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με ΚΝΣ που αποδόθηκε στην αμισουλπρίδη.

Περιγραφή Περιπτώσης: Άνδρας, 52 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενος σύγχυση, αδυναμία στήριξης-βάδισης από 15ημέρου. Ο ασθενής απύρετος, σε καλή γενική κατάσταση. Η CT εγκεφάλου αρνητική. Τις επόμενες ώρες εμφάνισε αιγινίδια υπερπυρεξία (41°C), μυϊκή δυσκαμψία, σύγχυση, αύξηση της κρεατινικής φωσφοκινάσης και λευκοκυττάρωση. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκαν στεφανιαία νόσος και μείζονα καταθλιπτική συνδρομή. Φαρμακευτική αγωγή: αμισουλπρίδη (έναρξη προ 15νθήμερου), ντουλοξετίνη, αλπραζολάμη, τρυγική-ζολπιδέμη, ακετυλοσαλικυλικό-οξύ, κλοπιδογρέλη, κινολοξονίνη, αλλοπουρινόλη, μετοπρολόλη, σιμβαστατίνη, ραντιδίνη. Από τον διενεργηθέντα έλεγχο: ENY: χωρίς παθολογικά ευρήματα, CRP:1,5 (<5mg/dl), καλλιέργειες αίματος, και ούρων: αρνητικές. Θεωρήθηκε ως πιθανή η διάγνωση του ΚΝΣ από την αμισουλπρίδη.

Αποτέλεσμα: Έγινε άμεση διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής. Παρά την λήψη υποστηρικτικών μέτρων (αναπλήρωση υγρών, χορήγηση οξυγόνου, ψύξη με μηχανικά μέσα), ο ασθενής ανέπτυξε ραγδαία οξεία αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια. Λόγω της βαρύτητας της κλινικής κατάστασης ο ασθενής τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ, όπου χορηγήθηκε δαντρόλενη. Νοσηλεύτηκε υποστηριζόμενος για 20 ημέρες σε ΜΕΘ, ωστόσο ανέρρωσε χωρίς υπολειμματικές βλάβες.

Συμπεράσματα: Η παθοφυσιολογία του ΚΝΣ δεν έχει διευκρινιστεί, πιθανολογείται αιφνίδιος αποκλεισμός της ντοπαμινεργικής νευροδιαβίβασης. Η πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου μπορεί να ελαττώσει τη νοσηρότητα και θνητότητα και πιθανώς αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συνέβαλλαν στην ελάττωση της θνητότητας από ΚΝΣ τα τελευταία χρόνια.

AA57. ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αλεξίου Νικόλαος, Κοτινά Ειρήνη, Παναγοπούλου Παναγιώτα, Παντελίδου Ηλιάννα, Καλλιέρης Φώτιος, Βιτώρος Βασίλειος, Κουρουτού Παρασκευή, Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Καρδιολογικά φάρμακα μπορεί να παρουσιάζουν ηπατοτοξικότητα. Συχνότερα οφείλεται σε ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση έναντι κάποιου μεταβολίτη ή στα πλαίσια υπερευαισθησίας.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με οξύ χολοστατικό σύνδρομο λόγω της Υδροχλωρικής Προπαιφαινόλης (ΥΠ-αντιαρρυθμικό, κλάση 1C), παρενέργεια εξαιρετικά σπάνια (0,1-0,2%).

Περιγραφή Περιπτώσης: Άνδρας 78 ετών, προσήλθε στο Νοσοκομείο λόγω αδυναμίας, κακουχίας, ικτερικής χροιάς από ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, υπερτροφία προστάτου, όχι ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, γνωστής ηπατοπάθειας ή αλλεργίας. Η αγωγή που λάμβανε: ΥΠ από τριμήνου, Ατενολόλη, Ακετυλοσαλικυλικό οξύ, Πραζοσίνη. Ο ασθενής απύρετος, καλά ζωτικά σημεία, ικτερική χροιά δέρματος, επιπεφυκότων, ήπια ευαισθησία σε δεξιά υποχόνδριο. Εργαστηριακός έλεγχος: Ht:34,4%, Hb:11,5g/dl, WBC:7500 (ΠΟΛ:66%, ΛΕΜΦΟ:17%, ΗΩΣ:0,2%), AST:43mg/dl, ALT:52mg/dl, ALP:374mg/dl, γ-GT:174mg/dl, TBL:18mg/dl, DBIL:16,5mg/dl, AFP:0,83ng/dl. Ιολογικός έλεγχος για HAV-HBV-HCV λοίμωξη αρνητικός. Ανοσολογικός έλεγχος (ANA-AMA-SMA) αρνητικός. Απεικονιστικός έλεγχος (U/S-CT-MRI-MRCP) αρνητικός για διάταση ενδο/εξωηπατικών χοληφόρων ή παγκρεατικού πόρου. ERCP: κενός, φυσιολογικός χοληδόχος πόρος. Βιοψία ήπατος: εικόνα φαρμακευτικής χολόστασης που τελικά αποδόθηκε στην ΥΠ.

Αποτέλεσμα: Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα εκδηλώθηκε με χολοστατική μορφή (ALP>2xUNL, ALT/ULN<2) με τιμές TBL:18ng/dl που ομαλοποιείται σταδιακά (<2,5ng/dl εντός διμήνου).

Συμπεράσματα - Συζήτηση: Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα είναι συχνότερη στους ασθενείς τρίτης ηλικίας λόγω πολυφαρμακίας, μείωσης ρυθμού μεταβολισμού των φαρμάκων και μειωμένης λειτουργικότητας πρωτεϊνών-φορέων όπως η λευκωματίνη. Αν και εξαιρετικά σπάνια, η ηπατοτοξικότητα από την ΥΠ θα πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση οξέος ηπατοκυτταρικού ή χολοστατικού συνδρόμου. Η ηπατοτοξικότητα προκαλείται με άγνωστο μηχανισμό, είναι απρόβλεπτη και δεν εξαρτάται από τη δόση του φαρμάκου. Απαιτείται τακτικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας πριν αλλά και μετά την έναρξη αγωγής με ΥΠ ιδίως σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με ηπατοπάθεια.



AA58. ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΚΑΙ ΟΞΥ ΝΕΦΡΙΤΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΙΤΡΑΚΟΝΑΖΟΛΗΣ

Κολομτσάς Ζαχαρίας, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Τσελάς Κων/νος, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

Εισαγωγή: Η ιτρακοναζόλη αποτελεί ένα ευρείας χρήσης αντιμυκητιασικό φάρμακο, στην αντιμετώπιση ενδημικών, συστηματικών και τοπικών λοιμώξεων. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, και προκαλεί συχνά, γαστρεντερικές διαταραχές, τρανσαμινασαιμία, κεφαλαλγία αλλά και σοβαρότερες όπως υπέρταση και οίδημα. Παγκοσμίως, έχουν βρεθεί περισσότερες από 50 περιπτώσεις ασθενών με σοβαρές ανεπιθύμητες μετά από χρήση της, σε προηγουμένως υγιή άτομα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 39 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που έλαβε ιτρακοναζόλη για θεραπεία ονυχομυκητιάσεως από τις 27/07/12 έως τις 03/08/12 (διέκοψε λόγω καυσalgίας, έντονης καταβολής και πνευμονικού τύπου άλγους), και ξεκίνησε ξανά στις 07/08/12 λόγω έναρξης εμπύρετου (μαζί με κεφουροξίμη, πιθανή λοίμωξη αναπνευστικού) έως τις 16/08/12, προσήλθε με οξεία δύσπνοια (Sat:76%, pH:7.415, pCO₂:34.3, pO₂:40, HCO₃:22), πνευμονικού τύπου άλγος, ταχύπνοια και ροδόχροα αφρώδη πτύελα. Ζωτικά σημεία: θ: 36,3°C, Α.Π: 175/105 mmHg και 83 σφύξεις/min. Αντικειμενική εξέταση: υγροί ρόγχοι στις βάσεις άμφω, οιδήματα κάτω άκρων, χωρίς διόγκωση σφαγίτιδων. Εργαστηριακός έλεγχος: Ο.Ν.Α. (Ur: 100.4, Cr: 1.6), K⁺: 6.0, WBC: κ.φ., C.R.P.: 0.4, HGB, HCT, PLT: κ.φ., TroP I: 0.000, D- Dimers: 589, B.N.P.: 246.H.K.G. φυσιολογικό, Ro θώρακος: αναστροφή της αγγείωσης αύξηση ΚΘΔ (δεν υπήρχε προ 20 ημερών), Γενική ούρων: αιματοουρία (ίζημα ούρων: σπειραματικά RBC και ερυθροκυτταρικούς κυλινδρούς), υ/σκαριάς: ήπια πνευμονική υπέρταση HRCT: χωρίς απόφραξη αγγείου. Ανοσολογικός έλεγχος: αρνητικός. Ο ασθενής βελτιώθηκε με την διούρηση. Μετά το πέρας 7 ημερών και την πτώση των θεραπευτικών επιπέδων της ιτρακοναζόλης παρουσίασε κλινικοεργαστηρική αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η Ιτρακοναζόλη, φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση οξέος νεφριτιδικού συνδρόμου και μη καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος. Αποτελεί το 1^ο επίσημο καταγεγραμμένο περιστατικό στην Ελλάδα.

AA59. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ BRUGADA) ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΘΑΝΑΤΟ

Μηλάκη Καλλιόπη, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Φωσκολάκης Νικόλαος, Τσελάς Κων/νος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο brugada είναι μια συγγενής ανωμαλία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα παθολογικά ΗΚΓ ευρήματα (διαβάθμιση 3 τύπων) και σχετίζεται με αυξημένο αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Εξαιτίας της σχετικά πρόσφατης περιγραφής του η επίπτωση του συνδρόμου δεν έχει ακόμα πλήρως καταγραφεί. Αποτελεί μια σχετικά σπάνια ανωμαλία (0.14% στο δυτικό πληθυσμό) πλήττοντας κυρίως νέους άνδρες. Συνήθως αποκαλύπτεται μετά από συγκεκριμένους αιτιολογικούς παράγοντες.

Περιγραφή περιστατικών:

1. Άνδρας 33 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο φαρυγγαλγία από 5ημέρου. Στα πλαίσια της παρακλινικής εξέτασης ζητήθηκε ΗΚΓ χωρίς συμπτώματα από το καρδιαγγειακό. Βρέθηκε επί εμπυρέτου θ=38.8°C ανασπάσεις ST σε V2/V3 >2mm και αρνητικά T οι οποίες επί ύφεσης του εμπυρέτου εξαλήφθηκαν.
2. Άνδρας 21 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο οξύ διαρροϊκό από 24ώρου. Επί πυρετού θ=39°C εμφάνισε προκάρδιο άλγος με αντανάκλαση στη ράχη. Το ΗΚΓ ανέδειξε ανασπάσεις ST >2mm σε V2/V3. Το άλγος υφέθηκε με την ύφεση του εμπυρέτου και στο νέο καρδιογράφημα που διενεργήθηκε οι προηγούμενες αλλοιώσεις είχαν εξαφανιστεί.

Συζήτηση: Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε αύξηση των τιμών των καρδιακών ενζύμων σε επαναλαμβανόμενους εργαστηριακούς ελέγχους ενώ δεν παρουσίασε καμία δομική ανωμαλία σε υπερηχογραφικό έλεγχο της καρδιάς. Οι ασθενείς διεγνώσθησαν σύμφωνα με τα ΗΚΓ κριτήρια του συνδρόμου brugada σε τύπου I (1) και τύπου II (2) και ο αιτιολογικός παράγοντας που αποκάλυψε τη διάγνωση ήταν η εμπύρετη λοίμωξη από *ιό coxsaekie*.

Συμπέρασμα: Η ανεύρεση δύο περιστατικών του συνδρόμου σε μια μικρή περιοχή υγειονομικής ευθύνης προκρίνει την περαιτέρω καταγραφή και μελέτη του συνδρόμου στην Ελλάδα με απότερο στόχο τη μείωση των αιφνιδίων θανάτων.



ΑΑ60. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σεϊτανίδη Ελένη, Χατζόπουλος Αντώνιος, Νιάρου Βασιλική, Αθανασίου Βασιλική, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Κρικέτου Δέσποινα, Σηπλιόπουλος Νικόλαος, Παπαδήμα Έφη, Κόνσολας Χρήστος, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ναυπλίου, Ναύπλιο

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η καταγραφή των επιδημιολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό (ΑΕΕ).

Ασθενείς και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 500 ασθενών με ΑΕΕ που νοσηλεύθηκαν την τελευταία πενταετία στην Παθολογική Κλινική.

Αποτελέσματα: 265 ήταν άνδρες και 235 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 79,2 (26-95) έτη. Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 4,2 (1-17) μέρες. 273 ισχαιμικά και 41 αιμορραγικά ΑΕΕ. Κατέληξαν 63 ασθενείς · 52 με ισχαιμικό και 11 με αιμορραγικό ΑΕΕ. Εκ του ατομικού αναμνηστικού ανεδείχθη ότι 340 ασθενείς ήταν υπέρτασικοί, 127 είχαν αυξημένα επίπεδα λιπιδαιμίας (22 χωρίς αγωγή). 134 ασθενείς ήταν σακχαροδιαβητικοί (27 χωρίς αγωγή). Επίσης 174 έπασχαν από κολπική μαρμαρυγή, 83 από τους οποίους υποβάλλονταν σε αντιπηκτική αγωγή, 56 σε αντιαιμοπεταλιακή και 35 ασθενείς δεν ελάμβαναν αγωγή. 102 ασθενείς ανέφεραν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στο παρελθόν, με 73 από αυτούς να ακολουθούν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. 214 ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, οι οποίες ανέδειξαν 160 ισχαιμικά, 29 αιμορραγικά ενώ 25 ήταν αρνητικές. 173 ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφικό έλεγχο με triplex καρωτίδων, από τον οποίο ανεδείχθησαν στενώσεις διαφόρου βαθμού σε 64 από αυτούς (στένωση <30%: 31 ασθενείς, στένωση 30-50%: 26 ασθενείς, 50-70%: 4 ασθενείς, στένωση >70%: 3 ασθενείς).

Συμπέρασμα: Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης προκύπτει αβίαστα η αναγκαιότητα της υπάρξεως σε κάθε νοσοκομείο που προσφέρει δευτεροβάθμια φροντίδα, αξονικού τομογράφου και υπερηχογραφικού ελέγχου με triplex καρωτίδων για την ορθή διάγνωση του ΑΕΕ και θεραπεία.



AA61. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Αγγελίδη Αγγελική¹, Ματσάγγος Σπύρος², Σεργεντάνης Θεόδωρος³, Πρωτοψάλτης Ιωάννης¹, Μπουτάτη Ελένη⁴, Δημητριάδης Γιώργος⁴, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{4,5}

1. Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιά

2. Ν. Υ. Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιά

3. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

4. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Αθήνα

5. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.Δι.), Αθήνα

Εισαγωγή: Η ασύμμετρη διμεθυλαργινίνη (ADMA), ενδογενής αναστολέας της συνθετάσης του μονοξειδίου του αζώτου (NO), συνδέεται με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία κι εμπλέκεται στην παθογένεια της αθηροσκληρωτικής νόσου. Η ADMA ενδεχομένως αποτελεί έναν νέο ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και θνητότητας. Παράγοντες που συνδέονται με τα επίπεδα της ADMA έχουν μελετηθεί σε άτομα υγιή ή με έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο.

Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων της ADMA με καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και μοντέλα πρόγνωσης καρδιαγγειακού κινδύνου σε άτομα με προδιαβήτη.

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 53 άτομα με νεοδιαγνωσθέντα προδιαβήτη (μετά από εκτέλεση δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) δίχως καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο.

Μέθοδος: Σε κάθε συμμετέχοντα πραγματοποιήθηκε λήψη πλήρους ιστορικού, καταγραφή ανθρωπομετρικών παραμέτρων, προσδιορισμός διαφόρων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου καθώς και της ινσουλinoαντίστασης (δείκτης HOMA-IR). Τα επίπεδα ADMA υπολογίστηκαν με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση λογισμικού STATA11.1.

Αποτελέσματα: Κατά τη μονομεταβλητή ανάλυση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των επιπέδων ADMA με τις ακόλουθες παραμέτρους: λήψη στατινών ($p=0.018$), οικογενειακό ιστορικό ΣΔ ($p=0.021$), BMI ($\rho=+0.360, p=0.008$), περίμετρο μέσης ($\rho=+0.310, p=0.029$), μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ), ($\rho=+0.645, p<0.0001$) καθώς και με τα προγνωστικά μοντέλα καρδιαγγειακού κινδύνου Framingham ($\rho=+0.417, p=0.003$) και Heartscore-Hellas ($\rho=+0.289, p=0.042$). Στην πολυμεταβλητή ανάλυση τα επίπεδα ADMA σχετίζονταν σημαντικά κι ανεξάρτητα με τη ΜΑΠ (OR=1.07, 95%CI:1.02-1.12, $p=0.006$) και τη λήψη στατινών (OR=0.28, 95%CI:0.08-0.98, $p=0.047$).

Συμπέρασμα: Η μειωμένη βιοδιαθεσιμότητα του NO που προκαλείται λόγω της ADMA πιθανόν να εμπλέκεται στη συσχέτιση της τελευταίας με την αρτηριακή πίεση. Επιπρόσθετα, οι πλειοτροπικές και καρδιοπροστατευτικές δράσεις των στατινών ενδεχομένως να επάγονται και μέσω της αρνητικής συσχέτισης αυτών με τα επίπεδα ADMA.



AA62. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ 15 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΝΙΓΜΟΥ - ΠΑΡ'ΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΥ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κωστοπούλου Μυρτώ, Αθανασίου Βασιλική, Χατζόπουλος Αντώνιος, Σεϊτανίδη Ελένη, Νιάρου Βασιλική, Μπέχλη Ανδρονίκη, Σπηλιόπουλος Νικόλαος, Νέλλα Αικατερίνη-Κωνσταντίνα, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ναυπλίου, Ναύπλιο

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η καταγραφή των περιστατικών με πνιγμό και παρ'ολίγον πνιγμό που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας το θέρους του 2011-2012.

Ασθενείς και Μέθοδος: Κατεγράφησαν το φύλο, η ηλικία, ο χρόνος νοσηλείας, τα αέρια αίματος, η ακτινογραφία θώρακος, τα εργαστηριακά ευρήματα, η χρησιμοποιηθείσα αγωγή, όπως και η έκβαση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 15 ασθενείς (4 γυναίκες και 11 άνδρες) ηλικίας 67±3 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 2,1 μέρες. Μεταβολική οξέωση κατεγράφη σε 5 ασθενείς, υποξυγοναιμία σε 4 ασθενείς και υπερκαπνία σε 3 ασθενείς, λευκοκυττάρωση σε 8 ασθενείς, αύξηση της LDH σε 5 ασθενείς, ηλεκτροκαρδιογράφημα: φλεβοκομβική ταχυκαρδία σε 9 ασθενείς, ακτινογραφία θώρακος: πυκνωτικά στοιχεία σε 6 ασθενείς, πυρετός >38°C σε 4 ασθενείς. Διεκομίσθησαν σε ΜΕΘ 2 ασθενείς. Θάνατος σε 1 ασθενή, χορήγηση αντιβιοτικών σε 10 ασθενείς και κορτιζόνη σε όλους τους ασθενείς.

Συμπέρασμα: Ο πνιγμός-παρ'ολίγον πνιγμός συμβαίνει κατά μείζονα λόγο σε ηλικιωμένους και κυρίως άνδρες. Οι επιπλοκές και η έκβαση είναι σοβαρές, ωστόσο, με σωστή αντιμετώπιση μπορεί να περιοριστεί η θνητότητα, όπως και να αλλάξει δραματικά η κλινική πορεία και έκβαση.

AA63. ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΑΠΟ SERRATIA MARCESCENS ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Δολαψάκης Χριστόδουλος, Φανουργιάκης Παναγιώτης, Τσαφά Ευφροσύνη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Παρτάλης Νικόλαος, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Καστανάκης Σεραφεύμ

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Εισαγωγή: Η *Serratia marcescens* είναι gram αρνητικό βακτήριο, το οποίο βρίσκεται παντού στο περιβάλλον και αναπτύσσεται εύκολα σε συνθήκες υγρασίας. Παλαιότερα θεωρούνταν αβλαβές μικρόβιο, αλλά σήμερα έχει αναγνωριστεί ως ευκαιριακό παθογόνο σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Είναι υπεύθυνη για το 1.5% των νοσοκομειακών βακτηριακών στις ΗΠΑ και έχει προκαλέσει νοσοκομειακές επιδημίες μέσω επιμόλυνσης καθετήρων, φαρμάκων και ορών.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού μυοσίτιδας από *Serratia marcescens* σε έναν χρήστη ενδοφλέβιων ουσιών.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ασθενής 38 ετών, χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών και φορέας ηπατίτιδας C, εισήχθη στην παθολογική κλινική λόγω εμπυρέτου. Ο ασθενής παρουσίαζε έντονο άλγος κατά την ενεργητική και παθητική κίνηση στην αριστερή κατ'ίσχιον άρθρωση και αδυναμία έγερσης και βάδισης. Εργαστηριακά, υπήρχε άνοδος των δεικτών φλεγμονής και αύξηση των τρανσαμινασών και της κρεατινικής κινάσης. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αζονική τομογραφία, η οποία ανέδειξε ασαφοποίηση και διόγκωση του αριστερού ψοίτη μύος, χωρίς εικόνα αρθρίτιδας ή οστεομυελίτιδας, θέτοντας τη διάγνωση της μυοσίτιδας. Στις καλλιέργειες αίματος αναπτύχθηκε *Serratia marcescens* και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κεφτριαξόνη και λεβοφλοξασίνη βάσει αντιβιογράμματος. Απυρέτησε την 4^η ημέρα νοσηλείας και έλαβε ενδοφλέβια αγωγή για 10 ημέρες.

Εξήλθε κλινικά βελτιωμένος με οδηγίες για συνέχιση της αντιμικροβιακής αγωγής και επανεξέταση με απεικονιστικό επανέλεγχο, τις οποίες οδηγίες δυστυχώς δεν ακολούθησε.

Συμπέρασμα: Η *Serratia marcescens* -αν και θεωρείται κατεχοξήν νοσοκομειακό παθογόνο- εξαιτίας της ικανότητας της να αναπτύσσεται εύκολα σε υγρό περιβάλλον μπορεί να επιμολύνει τις σύριγγες των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών, καθιστώντας αυτόν τον πληθυσμό ιδιαίτερα ευπαθή σε βακτηριακία και εντοπισμένες λοιμώξεις, κυρίως οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα και ενδοκαρδίτιδα.



AA64. ΔΗΓΜΑ ΚΡΟΤΩΝΟΣ ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORII

Δημητριάδης Ιωάννης, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Μακρής Αθανάσιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Παπαϊωάννου Παρασκευή, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ρικέτσιες αποτελούν Gram αρνητικά κοκκοβακτηρίδια τα οποία αναπτύσσονται αποκλειστικά μέσα σε ευκαρυωτικά κύτταρα. Διακινούνται μεταξύ των θηλαστικών υποδόχων τους μέσω εντόμων ή κρότωνων. Ο άνθρωπος είναι συνήθως τυχαίος ξενιστής. Υποψία κλινικής λοίμωξης από ρικέτσια θα πρέπει να γίνεται κάθε φορά που παρατηρούνται στοιχεία φλεγμονής σε ασθενή που ήλθε σε επαφή με κρότωνα.

Υλικό: Άνδρας ετών 48, αραβικής καταγωγής, απασχολούμενος σε κτηνοτροφικές εργασίες, προσήλθε αναφέροντας εμπύρετο από δεκαήμερου με συνοδό ανορεξία και καταβολή. Η λήψη ιστορικού και η κλινική εξέταση υπήρξε δυσχερής λόγω αδυναμίας γλωσσικής επικοινωνίας. Καταβλήσαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες, ηπατομεγαλία ή σπληνομεγαλία, και η ακρόαση θώρακος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο ακτινολογικός έλεγχος ήταν κατά φύση και στον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε χαμηλός αριθμός WBC (3500/μL) και θρομβοπενία (60000/μL). Οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και οι δοκιμασίες για βρουκέλλωση και ελονοσία απέβησαν αρνητικές.

Μέθοδος: Προσεκτικότερη λήψη ιστορικού και ενδελεχής έλεγχος του ασθενούς βοήθησε στην παρατήρηση ότι υπήρχε δήγμα από κρότωνα στο λοβό του αριστερού ώτους το οποίο προηγήθηκε της εμφάνισης του εμπυρέτου κατά μια περίοδο εβδομάδα. Μετά από αυτό το εύρημα ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με δοξυκυκλίνη (100mg/12h) και ριφαμπικίνη (600mg/24h).

Αποτελέσματα: Από την πέμπτη ημέρα λήψης της αντιβιοτικής αγωγής ξεκίνησε η ύφεση του εμπυρέτου, με πλήρη εξάλειψη του την έβδομη ημέρα. Στα αποτελέσματα του ανοσοολογικού ελέγχου θετικοποιήθηκαν τα IgM αντισώματα του Rickettsia conorii. Το τελευταίο εύρημα συμφωνούσε με την ύπαρξη μαιώνης εσχάρας στο σημείο ενοφθαλμισμού του κρότωνος και έθετε ως πιθανότερη τη διάγνωση του μεσογειακού κηλιδώδους πυρετού.

Συμπεράσματα: Οι ρικετσιώσεις αποτελούν μια ιδιόμορφη κατηγορία νοσημάτων λόγω του χαμηλού επιπολασμού τους και της ατυπίας στην κλινική εικόνα τους. Οι παρακλινικές μέθοδοι ταυτοποίησης τους κοστίζουν σε χρόνο και χρήμα. Η προσεκτική λήψη του ατομικού και κοινωνικού ιστορικού του αρρώστου και η λεπτομερής κλινική εξέταση αποτελούν τον πιο σύντομο δρόμο για να τεθεί η διάγνωση τους.

AA65. ΕΜΠΥΡΕΤΟ + ΑΝΑΙΜΙΑ + ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ = ???

Δημητριάδης Ιωάννης, Μακρής Αθανάσιος, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Χουλιτούδη Βασιλική, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

Εισαγωγή-Σκοπός: Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (TTP) είναι μια καιροσκόπος και συχνά θανατηφόρος νόσος, από βλάβη του ενδοθηλίου και επακόλουθη απελευθέρωση του παράγοντα von Willebrand και άλλων προπηκτικών ουσιών. Η κλασική πεντάδα της TTP συνίσταται σε αιμολυτική αναιμία με παρουσία σχιστοκυττάρων και σημεία ενδαγγειακής αιμόλυσης, θρομβοπενία, νευρολογικά ελλείμματα (σύγχυση, αλλαγές επιπέδου συνείδησης, σπασμοί), νεφρική έκπτωση και πυρετός. Υπολογίζεται ότι περίπου 80% των ασθενών ανταποκρίνονται στην πλασμαφαίρεση.

Υλικό: Άνδρας, 37 ετών, απασχολούμενος στην κτηνοτροφία, προσήλθε αναφέροντας εμπύρετο έως 38,5°C από πενθήμερου με σημαντική καταβολή δυνάμεων και αδυναμία στήριξης. Αναφέρεται πιθανή ιογενής συνδρομή στο οικογενειακό του περιβάλλον τις προηγούμενες ημέρες. Η ακρόαση θώρακος και ο ακτινολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογία από το αναπνευστικό, δεν ανευρέθησαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες, αλλά ήπαρ και σπλήνας ήταν ψηλαφητοί σημαντικά κάτω από το πλευρικό τόξο.

Μέθοδος: Η γενική εξέταση αίματος κατέδειξε φυσιολογικό αριθμό και τύπο λευκών αιμοσφαιρίων, και αναιμία νορμόχρωμη νορμοκυτταρική (Hct 17.3 %, Hgb 5.8 g/dL, RBC 2*10⁶/μL, MCV 85 fL, MCH 28.6 pg) και βαριά θρομβοπενία (7000/μL). Στον βιοχημικό έλεγχο κυριαρχούσε η έμμεση χολερυθριναιμία (ολική χολερυθρίνη 3,47 mg/dL, άμεση χολερυθρίνη 0,91 mg/dL), κι η αύξηση της LDH (1607 U/L) παρά τη φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Στη γενική εξέταση ούρων προέκυψε μικροσκοπική αιματοουρία. Η άμεση και έμμεση αντίδραση Coombs ήταν αρνητικές.

Αποτελέσματα: Η υποψία ενδαγγειακής αιμολυτικής αναιμίας από το σύνολο του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου και η απειλητική για τη ζωή θρομβοπενία του ασθενούς, οδήγησαν στη μεταφορά του σε ειδικό αιματολογικό κέντρο τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Εκεί ανευρέθησαν σχιστοκύτταρα στο περιφερικό αίμα του ασθενούς, το οποίο συνδυασμένο με τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαίωσε τη διάγνωση της θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας. Ο ασθενής τέθηκε σε πρόγραμμα πλασμαφαίρεσεων με σταδιακή σταθεροποίηση της κλινικής του εικόνας.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη κλινική υποψία και διάγνωση της TTP, πριν την εμφάνιση νευρολογικών ή νεφρολογικών επιπλοκών, μπορεί να βελτιώσει θεαματικά την επιβίωση και αποκατάσταση των ασθενών.



AA66. ΑΤΥΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΡΦΥΡΑΣ HENOSCH-SCHÖNLEIN ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 3^{ης} ΗΛΙΚΙΑΣ

Δημητριάδης Ιωάννης, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Μακρής Αθανάσιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Παππάς Απόστολος, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πορφύρα Henoch-Schönlein είναι μια αγγειίτιδα μικρών αγγείων που χαρακτηρίζεται από ψηλαφητή πορφύρα στους γλυτούς και στα κάτω άκρα, αρθραλγίες, συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό και σπειραματονεφρίτιδα. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι παιδιά 4-7 ετών, σπανιότερα νήπια και ενήλικες. Ενοχοποιούνται διάφοροι λοιμώδεις παράγοντες που σχετίζονται με το αναπνευστικό και στις νεφρικές βιοψίες κυριαρχούν IgA ανοσοσυμπλέγματα. Στους ενήλικες επικρατούν εκδηλώσεις από το δέρμα και τις αρθρώσεις ενώ η νεφρική προσβολή είναι πιο συχνή και σοβαρή.

Υλικό: Άνδρας, 80 ετών προσήλθε λόγω ψηλαφητού πορφυρικού εξανθήματος στον κορμό και κάτω άκρα, και μακροσκοπικής αιματουρίας από τετραήμερο. Ανέφερε προσπάτως διαγνωσθείσα λοίμωξη κατωτέρου αναπνευστικού. Στον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη ήπια λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση (12000 WBC/μL, 85% poly) και επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (ουρία 133 mg/dL, κρεατινίνη 1.8 mg/dL). Στην γενική εξέταση ούρων ευρέθησαν αρκετά ερυθρά αιμοσφαίρια.

Μέθοδος: Οι δερματικές εκδηλώσεις του ασθενούς σε συνδυασμό με την εικόνα σπειραματονεφρίτιδας ήγειραν την υποψία συστηματικού νοσήματος, συγκεκριμένα πορφύρας Henoch-Schönlein. Ανευρέθη σημαντική λευκωματουρία (6684 mg/24h), εστάλη ανοσολογικός έλεγχος για ρευματικά νοσήματα και ελήφθη βιοψία δέρματος. Ξεκίνησε κορτικοθεραπεία (50 mg πρεδνιζολόνη/24h).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα του ανοσολογικού ελέγχου ήταν φυσιολογικά για συμπλήρωμα, αντιπυρηνικά αντισώματα, anti-dsDNA, p-ANCA, c-ANCA, ενώ ανευρέθη ήπια αύξηση των επιπέδων IgA ανοσοσφαιρίνης. Στη βιοψία δέρματος αναγνωρίστηκε εικόνα δερματικής νεκρωτικής αγγειίτιδας με εξαγγείωση ερυθροκυττάρων, ενδοτοιχωματικές και περιαγγειακές φλεγμονώδεις διηθήσεις από ουδετερόφιλα και λεμφοκύτταρα (λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα). Τα παραπάνω ευρήματα και η ταχεία ανταπόκριση του ασθενούς στην κορτικοθεραπεία θέτουν ως πιθανότερη διάγνωση την πορφύρα Henoch-Schönlein, παρόλο που η κλινική εικόνα δεν συνδυεύτηκε από συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό και δεν κατέστη δυνατό να επιβεβαιωθεί με βιοψία νεφρού.

Συμπέρασμα: Η πορφύρα Henoch-Schönlein δεν είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα και η παρουσίαση πορφυροειδούς δερματικού εξανθήματος με τη χαρακτηριστική κατανομή σε γλυτούς και κάτω άκρα θα πρέπει πάντα να την θέτει στη διαφορική διάγνωση με σκοπό να αποφευχθούν σοβαρές συστηματικές επιπλοκές από αυτή.

AA67. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Νιάρου Βασιλική, Χατζόπουλος Αντώνιος, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Ανδρικόπουλος Ευάγγελος, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Ναυπλίου, Ναύπλιο

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η καταγραφή των αιτιών και της συχνότητας της καλοήθους αιμορραγίας πεπτικού, καθώς και η συσχέτιση αυτών με την ηλικία και το φύλο.

Ασθενείς και Μέθοδος: Στην αναδρομική μελέτη συμμετείχαν 208 ασθενείς ηλικίας 56±19 έτη, που νοσηλεύτηκαν για αιμορραγία πεπτικού το χρονικό διάστημα 2009-2011. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο και πραγματοποιήθηκε καταγραφή των ευρημάτων.

Αποτελέσματα: Από τους 208 ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού 109 (52,4%) ήταν άνδρες και 99 γυναίκες (47,6%). Το 76% των ασθενών ήταν άνω των 50 ετών. Σε 167 (80,2%) ασθενείς διενεώθηκε αιμορραγία ανωτέρου και σε 32 (15,4%) κατωτέρου πεπτικού ενώ σε 9 (4,4%) δεν ανεδείχθη εστία. Το πεπτικό έλκος ήταν η συνηθέστερη αιτία αιμορραγίας (62%) και ακολούθησαν οι κίρσοι οισοφάγου (10,2%) και το σύνδρομο Mallory Weiss (6,9%). Το 58,4% των ασθενών με πεπτικό έλκος έκανε λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) φαρμάκων και το 45,1% παρουσίασε ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Από τους 32 ασθενείς που παρουσίασαν αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού 13 ήταν άνδρες και 19 γυναίκες. Εκκολπώματα παρατηρήθηκαν στο 46,9% των ασθενών, κολίτιδες στο 26,7% αιμορροϊδες στο 17,9%, αγγειοδυσπλασίες στο 5,7% και φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου στο 2,8%.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού σε σχέση με την αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού συστήματος (ΚΠΣ), με σαφή υπεροχή των γυναικών. Το πεπτικό έλκος και η συχνή χρήση ΜΣΑΦ αποτελούν τις συχνότερες αιτίες αιμορραγιών. Τα εκκολπώματα παχέος εντέρου και κολίτιδες, αποτέλεσαν τις συχνότερες αιτίες αιμορραγίας ΚΠΣ. Άτομα άνω των 50 ετών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας πεπτικού.



AA68. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ NT-proBNP ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σταματελάτου Μαρία¹, Μπουτάτη Ελένη², Πέππα Μελοπομένη², Κακαβά Ευαγγελία², Μαράτου Ειρήνη³, Δημητριάδης Γεώργιος², Ράπτης Σωτήριος Α.³

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

2. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

3. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ), Αθήνα

Εισαγωγή: Το NT-pro BNP αυξάνεται σε δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Σε μελέτες υγιών ατόμων αυξημένα επίπεδα NTpro-BNP έχουν βρεθεί στις γυναίκες και σε αυξημένη ηλικία. Υπάρχουν μελέτες που ανέδειξαν μειωμένα επίπεδα του σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο (1) και άλλες όπου δε διαφαίνεται σημαντική μείωση των επιπέδων αυτού (2).

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση του NT-pro BNP με το μεταβολικό σύνδρομο.

Μέθοδος: Από ένα δείγμα 179 φαινομενικώς υγιών ατόμων που δεν ελάμβαναν AMEA ή β αναστολείς και χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο από το γενικό πληθυσμό χωρίσαμε 2 ομάδες ανάλογης ηλικίας: 1) 89 Άτομα με μεταβολικό σύνδρομο (MS), σύμφωνα με τον ορισμό κατά NCEP και 2) 90 άτομα άνευ (NMS). Η μέτρηση του NT-pro BNP έγινε με τη μέθοδο Lumiplex.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή (mean±SD) του NT-pro BNP σε άτομα με MS ήταν 98.15±200.85 pg/ml, έναντι 104.40±261.40 pg/ml της ομάδας NMS. Δε διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.85) μεταξύ τους. Ωστόσο όταν οι ασθενείς διαχωρίστηκαν βάσει φύλου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.03) μεταξύ του NT-pro BNP και των γυναικών με MS 150.09±281 pg/ml έναντι των γυναικών NMS 52.20±57.25 pg/ml και οριακή διαφορά p=0.07 μεταξύ του NT-pro BNP και των ανδρών με MS 53.78±60.92 pg/ml έναντι των ανδρών NMS 144.33±339.68 pg/ml.

Συμπέρασμα: Δεν ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων του NT-pro BNP και του MS, ενδεχομένως λόγω αντικρουόμενων δράσεων, άλλοτε θετικών και άλλοτε αρνητικών κάθε συνιστώσας του MS σε αυτά. Μία εξ αυτών φαίνεται να είναι και το φύλο, όπως διαφαίνεται στη μελέτη μας.

Βιβλιογραφία: 1) Yuanyuan Bao et al. Relationship between N-terminal pro-B-type natriuretic peptide levels and metabolic syndrome. Arch. Med Sci 2011;7;2:247-256.

2) Wen-Yi Li et al. Association of aminoterminal Pro brain Natriuretic peptide with Metabolic Syndrome. Intern Med 50:1143-1147,2011.

AA69. ΤΟΞΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΥΜΟΥ ΤΗΣ ΠΙΚΡΑΓΓΟΥΡΙΑΣ

Σταματελάτου Μαρία¹, Ρέλλος Κων/νος¹, Ιωαννίδης Παναγιώτης², Μανωλαράκης Γεώργιος³, Χρυσουλάκη Μαρία¹, Βασιλάκη Νεκταρία¹, Αφορδακού Μαρία¹, Γαργεράκη Αναστασία², Δασενάκη Μαρία¹

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

2. Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

3. Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

Εισαγωγή: Η πικραγγουριά ή Ekbaliium elaterium ανήκει στην οικογένεια των κολοκυνθωδών (Cucurbitaceae). Ο χυμός της περιέχει την ελατηρίνη, άκρως τοξική ουσία. Από την αρχαιότητα το θεωρούσαν πανάκτα και το χρησιμοποιούσαν σε πλήθος νοσημάτων όπως σε κακοήθειες του πεπτικού, τη δυσκοιλιότητα, την κίρρωση, οιδήματα σχετιζόμενα με νεφρική ή καρδιακή νόσο, την κώφωση, την ψωρίαση, χρόνια δερματικά και ρευματολογικά νοσήματα κ.α. Σήμερα ιδιαίτερος χρησιμοποίησης ως γιατροσόφι για τη θεραπεία της ιγμορίτιδας.

Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικού περιστατικού, όπου διαφαίνεται η τοξική δράση του χυμού της πικραγγουρίας.

Περιστατικό: Άνδρας 42 ετών, ιατρός προσέρχεται με σοβαρό οίδημα σταφυλής, δύσπνοια, αίσθημα πνιγμονής, εντόνου βαθμού σιελόρροια και δυσκαταποσία μετά από ενστάλλαξη του χυμού πικραγγουρίας στη ρινική κοιλότητα, 6 ώρες προ της προσελεύσεως του λόγω ρινικής συμφόρησης στα πλαίσια ιγμορίτιδας. Εν συνεχεία παρουσίασε τοπικά διάβρωση του βλεννογόνου του φάρυγγα, ξηροφθαλμία και εμμένουσα (>72 ώρες) φλεκομβική ταχυκαρδία. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου δε διεπιστώθη τι το παθολογικό. Triplex καρδιάς: οριακή διαστολική δυσλειτουργία στο σήμα διαμπτροειδικής (πιθανώς στα πλαίσια της ταχυκαρδίας). Αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών, αντισταμινικά και χορήγηση β αναστολέα per os με προοδευτική βελτίωση των συμπτωμάτων του.

Συμπέρασμα: Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στις φαρμακευτικές και θεραπευτικές ιδιότητες του χυμού της πικραγγουρίας, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που δύναται να επιφέρει. Πέραν του οίδηματος σταφυλής, αναφορά έχει γίνει για τοξική δράση στους σφθαλμούς, νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια, όπως και αιφνίδιο θάνατο.



AA70. ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORII ΚΑΙ RICKETTSIA SIBIRICA

Σταματελάτου Μαρία, Τσιμούλης Δημήτρης, Βασιλάκη Νεκταρία, Χρυσουλάκη Μαρία, Αφορδακού Μαρία, Ρέλλος Κων/νος, Δασενάκη Μαρία

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

Εισαγωγή: Η *Rickettsia conorii* εθεωρείτο για σειρά ετών το μοναδικό αίτιο κηλιδώδους μεσογειακού πυρετού. Σήμερα πάνω από 30 διαφορετικά είδη ρικετσιών με παθογόνο δράση στον άνθρωπο έχουν απομονωθεί. Η πρώτη κλινική περίπτωση λοίμωξης από *Rickettsia sibirica* αναφέρεται για πρώτη φορά στη Γαλλία το 1996. Το ακρώνυμο LAR (Lymphangitis associated rickettsiosis) περιγράφει καλύτερα τη λοίμωξη από την ανωτέρω ρικέτσια, δεδομένου ότι η λεμφαγγειίτιδα είναι από τις κύριες κλινικές της εκδηλώσεις. Παθογόνο που μεταδίδεται με δήγμα κρότωντα του είδους *Rhipicephalus* ή *Hyalomma*.

Σκοπός: Η ανάδειξη σπανιότερων ειδών ρικετσιώσεων στην Ελλάδα, όπως της *Rickettsia sibirica*. Καθώς και η παρουσία περιστατικών συλλοιμωξης με περισσότερα του ενός είδους ρικέτσιας.

Περιστατικό: Στην ανατολική Κρήτη (Σητεία), μήνα Αύγουστο, 83 ετών άνδρας προσέρχεται με υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, έντονη κακουχία, αρθραλγίες, τρόμο προσπαθείας και αστάθεια βαδίσεως από 5ημέρου αρχόμενα. Εν συνεχεία διαπιστώθηκε παρουσία νεκρωτικής εσχάρας στο δεξιό άνω άκρο με συνοδό λεμφαγγειίτιδα και λεμφαδενοπάθεια δεξιάς μασχαλαίας χώρας. Τις προεχείς ημέρες παρουσίασε κηλιδοβλατιδώδες αιμορραγικό εξάνθημα κεφαλής, κορμού και άκρων συμπεριλαμβανομένων των παλαμών και των πελμάτων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: WBC 8660, TKE 53 mm/h, CRP 160 mg/dl (<10), SGOT 219,4 U/L (<40), SGPT 177,8 U/L (<40), γGT 121 U/L (<50). Ο ορολογικός έλεγχος με PCR ορού και ENY συμβατός με οξεία λοίμωξη από *R.conorii* IgM 1/20480 και *R.sibirica* IgM 1/16384. Αντιμετωπίστηκε με χορήγηση δοξυκυκλίνης 200 mg για 21 ημέρες με προοδευτική βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας.

Συμπέρασμα: Στην καθ' ημέρα πράξη κατά την υποψία κηλιδώδους μεσογειακού πυρετού ο εργαστηριακός έλεγχος συνήθως συμπεριλαμβάνει ορολογικό έλεγχο αποκλειστικά για *R.conorii* και *R.typhi*. Σήμερα φαίνεται ότι ολόένα και περισσότερα νέα στελέχη (πχ *R.sibirica*, *R.slovanca*) είναι παθογόνα στον άνθρωπο και πρέπει να τίθενται στη διαφορική διάγνωση.

AA71. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΚΡΟΤΩΝΑ (TIBOLA-Tick Borne Lymphadenopathy)

Σταματελάτου Μαρία¹, Τσιμούλης Δημήτρης¹, Χρυσουλάκη Μαρία¹, Βασιλάκη Νεκταρία¹, Αφορδακού Μαρία¹, Ρέλλος Κων/νος¹, Δεληπαλαταδάκης Γεώργιος², Δασενάκη Μαρία¹

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

2. Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

Εισαγωγή: Οι ρικέτσιας είναι ενδοκυττάρια G(-) βακτηρίδια και διαχωρίζονται σε 3 κύριες ομάδες α) την ομάδα του τύπου (*R.typhi*, *R.prowazekii*), β) την ομάδα του κηλιδοβλατιδώδη πυρετού (*R.rickettsii*, *R.conorii*, *R.slovanca*, *R.sibirica* κ.α) και γ) τις αταξινόμητες (*R.bellii*, κ.α). Η TIBOLA (Tick-Borne-Lymphadenopathy) περιγράφηκε για πρώτη φορά στη Γαλλία το 1997 με αιτιολογικό παράγοντα τη *Rickettsia slovanca*. Παθογόνο που μεταδίδεται με δήγμα κρότωντα του είδους *Dermacentor marginatus* και σπανιότερα *reticulatus*.

Σκοπός: Η ανάδειξη σπανιότερων αιτιών ρικετσιώσεων, και πιο συγκεκριμένα της *Rickettsia slovanca* στην Ελλάδα.

Περιστατικό: Στην ανατολική Κρήτη (Σητεία), μήνα Απρίλιο 47 ετών γυναίκα νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική, λόγω εμφανίσεως νεκρωτικής εσχάρας με οιδηματώδη άκρα στο αντιβράχιο, επέκταση της φλεγμονής στο βραχίονα και επώδυνη μασχαλαία και τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Αρνείται επαφή με ζώα. Αντιμετωπίστηκε με χειρουργική διάνοιξη της φλεγμονής, όσο και με iv χορήγηση κλινδαμυκίνης, κεφοξιτίνης και φουσιδικού οξέος με ήπια βελτίωση, αλλά άνευ ύφεσεως τοπικά της φλεγμονής. Δεδομένου αυτού και εμμένουσας εντόνου βαθμού καταβολής δυνάμεων και κακουχίας επισκέφτηκε δερματολόγο και λοιμωξιολόγο, χωρίς να προστεθεί οτιδήποτε στη διαγνωστική προσπάθεια της. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα, TKE 19 mm/h, CRP 6mg/dl (<10), λοιπά κφ. Η PCR ορού ανέδειξε IgM 1/512, IgG 1/128 θετική για *R.Slovanca*. Αντιμετωπίστηκε με χορήγηση δοξυκυκλίνης με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων της.

Συμπέρασμα: Η επίγνωση της λεμφαδενοπάθειας μεταδιδόμενης με νήγμα κρότωντα (TIBOLA) με τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα, όπως περιγράφεται ανωτέρω, μαζί με τη γνωστοποίηση ύπαρξης σπανιότερων ειδών ρικέτσιας, όπως της *R.slovanca* και στον Ελλαδικό χώρο, δύναται να οδηγήσει σε αποφυγή άσκοπης και πολύπλοκης διαγνωστικής προσέλασης ή θεραπείας.

1. *Rickettsia slovanca* in *Dermacentor marginatus* and Tick-borne Lymphadenopathy, Tuscany, Italy-Emerg Infect Dis. 2008 May; 14(5): 817-820. doi: 10.3201/eid1405.070976

2. Μοριακή επιδημιολογία ρικετσιών-Καρχιμανίδου Μελανία-διδακτορική διατριβή

3. *Rickettsia slovanca* and *R. taoulitii* in tick-borne Rickettsioses. *Emerg Infect Dis.* 2009 Jul;15(7):1105-8.

4. Οικογενεαφική μελέτη των ρικετσιών στην περιοχή της Σητείας¹ Ερμανακής Άντωνης



AA72. ΔΥΣΔΙΑΓΝΩΣΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Κακουλίδης Ιωάννης¹, Ρούσκας Παύλος², Αναστασιάδου Αφροδίτη¹, Τσαγκαλίδου Ευγενία¹, Σακαλή Κωνσταντίνα¹, Κεχαγιά Εμμανουηλία¹

1. Γ.Ν. Γιαννιτσών, Παθολογική Κλινική, Διευθυντής: Κούγκας Ευάγγελος

2. Γ.Ν. Γιαννιτσών, Καρδιολογική Κλινική, Διευθυντής: Κατσέας Γεώργιος

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού δυσδιάγνωστης μυοκαρδίτιδος σε νεαρό άνδρα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 34 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου αιτώμενος συσφυκτικό οπισθοστερνικό άλγος από 12ώρου. Προ 3ημέρου είχε επισκεφθεί το Νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου έως 38,9°C για το οποίο έκανε εργαστηριακό έλεγχο όπου διαπιστώθηκαν: λευκοκυττάρωση (14790/μl με P=86%), CRP 2,34mg/dl και γενική ούρων με 55-65 ερυθρά κ.ο.π. Ο ασθενής εξήλθε υπό αντιμικροβιακή αγωγή (αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ) ως πιθανή ουρολοίμωξη. Ατομικό αναμνηστικό: Καπνιστής (1,5 πακέτο/ημέρα για 16 χρόνια).

Κλινικός: Ωχρότητα, ανησυχία, φυσιολογική θερμοκρασία, Αρτηριακή πίεση 115/75mmHg. Ακρόαση πνευμόνων / καρδιάς: κ.φ. ΗΚΓ: ανασπάσεις του ST διαστήματος στις απαγωγές II,III, aVF, και V1.

Έγινε εισαγωγή στη στεφανιαία μονάδα ως πιθανό οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και χορηγήθηκαν οπιούχα αναλγητικά και πλήρης αντιπηκτική, αντιαιμοπεταλιακή και αντισηθαστική αγωγή. Εργαστηριακός έλεγχος: πλήρης κινητοποίηση μυοκαρδιακών ενζύμων νέκρωσης (ως επί εμφράγματος): CPK 2566, CPK-MB 219, SGOT 231 IU/dl, LDH 5971U/dl, τροπονίνη T>2, παθολογικό λιπιδαιμικό profile (LDL 123mg/dl, HDL 9,4mg/dl). Ακτινογραφία θώρακος: πνευμονικές διηθήσεις. U/S καρδιάς: καλή κινητικότητα αριστερής κοιλίας, χωρίς περικαρδιακό υγρό ή ανεπάρκεια βαλβίδων. Ο ασθενής με ομαλή ενδοσσοκομειακή πορεία εξήλθε με πλήρη αγωγή στεφανιαίας νόσου και προγραμματισμό για στεφανιογραφία, η οποία απέβη φυσιολογική. Πλήρης ανοσολογικός, μικροβιολογικός και ιολογικός έλεγχος: μη διαγνωστικός.

Συμπέρασμα: Η οξεία μυοκαρδίτιδα συχνά μιμείται τα εργαστηριακά ευρήματα και τις κλινικές εκδηλώσεις οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, και αποτελεί σημαντική παράμετρο στη διαφορική διάγνωση.

AA73. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ OLANZAPINE

Βούλγαρης Βασίλειος¹, Μαμάκου Βασιλική¹, Ζεγγίνη Ελένη¹, Σεραφετινίδης Ιωάννης², Γλέζου Ειρήνη³, Βλαχάκη Καλλιρόη³

1. Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτείο

2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γεώργιος Γεννημάτας

3. Ψυχιατρική Κλινική Δρομοκαϊτείου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Σκοπός: Η Olanzapine ανήκει στις νεώτερες γενεές νευροληπτικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας-ηβηφρένειας, διπολικών και μαιταιχμακών διαταραχών. Η συχνή χρήση της λόγω της χαμηλής εξωπυραμιδικής συμπτωματολογίας, δε φείδεται παρενεργειών όπως: υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, οίδημα κάτω άκρων, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερτριγλυκεριδαμία, τρανσαμινασαιμία.

Στην εργασία παρουσιάζεται περιστατικό ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ σε ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ, που ελάμβανε olanzapine (Zyprexa) λόγω χρόνιας ψυχωσικής συνδρομής.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 23 ετών με ιστορικό ψυχωσικής συνδρομής υπο αγωγή με olanzapine 10mg ημερησίως, χωρίς οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και χωρίς καμία εργαστηριακή ένδειξη σακχαρώδους διαβήτη σε παρελθόντα έλεγχο. Προσήλθε υπνηλός με έντονη αδυναμία- καταβολή, επιγαστρική και τροφώδεις εμέτους. A/E: έντονη αφυδάτωση, ταχύπνοια, ευαισθησία στο επιγάστριο. E/E: αυξημένη τιμή σφαιρού αίματος (gluc=512mg/dl), οξέωση: (PH=7,21, HCO₃=12,8), WBC=12800/mm³ (poly=65%, lympho=26%, mono=8%), PLT=82.000/mm³, ουρία=104mg/dl, Cr=2.1mg/dl, Na=172mmol/L, K=4,9mmol/L, TRG=380mmol/dl. Οι κετόνες ορού και ούρων ήταν θετικές.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με I.V. χορήγηση υγρών, ινσουλίνης, γαστροπροστασία και διακοπή της olanzapine. Η μεταβολική αποκατάσταση επήλθε μετά 2ημέρου, ενώ 3 μέρες αργότερα ο ασθενής ήταν σε άριστη γενική κατάσταση. Εξήλθε μετά από 12ήμερη νοσηλεία με οδηγίες για χορήγηση ανάλογου μίγματος ινσουλίνης (υπερταχίας/ ενδιάμεσης δράσης) δις ημερησίως, διαίτα διαβήτου και παρακολούθηση στο τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

Συμπεράσματα: Η olanzapine ως αντιψυχωσικό νέας γενιάς χρησιμοποιείται συχνότατα στις θεραπευτικές ψυχιατρικές οδηγίες. Εντούτοις η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, ακόμα και με μορφή ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ, πρέπει να εγείρει υποψίες στον κλινικό ιατρό ότι μπορεί να αποτελεί επιπλοκή της αγωγής με olanzapine.



AA74. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΕΚΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Μακίνα Άννα, Κόντος Ιωάννης, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη, Καραχάλιος Γεώργιος
Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (HS) έχει σπανίως αναφερθεί κατά την πορεία της νόσου του Still των ενηλίκων (NSE).

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα, ηλικίας 44 ετών, με ιστορικό νόσου του Still των ενηλίκων προσήλθε στο νοσοκομείο μας επειδή κατά τις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες εμφάνισε μέτρια πυρετική κίνηση, κυνάγχη, λεμφαδενοπάθεια, δερματικό εξάνθημα, αρθραλγίες και μυαλγίες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν αναιμία Hgb=6.2g/dl, πανκυτταροπενία, τριψήφια ΤΚΕ, αυξημένη φερριτίνη και ηπατοκυτταρικά ένζυμα (ALT, AST και υπερχοληρυθριναιμία). Η βιοψία του λεμφαδένα δεν ήταν δυνατή. Ενώ το επίχρισμα μυελού και η βιοψία του μυελού των οστών έδειξε την ύπαρξη τυπικών παθολογοανατομικών χαρακτηριστικών της αιμοφαγοκυτταρώσεως τα οποία συνυπάρχουν με την NSE και HS. Η ασθενής υπεβλήθη σε θεραπεία με πρεδνιζολόνη και η κατάσταση άρχισε να βελτιώνεται βαθμιαίως. Στοιχεία λοιμώδους νόσου δεν κατέστη δυνατόν να ανευρεθούν.

Συμπέρασμα: Εμείς αναφέρουμε περίπτωση ενηλίκου γυναίκας με νόσο του Still των ενηλίκων επιπλακείσα με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Τα κορτικοστεροειδή είναι κατάλληλη θεραπεία για το HS, ως κυτταροτοξικά για τα λεμφοκύτταρα καταστέλλουν επίσης τον καταρράκτη της φλεγμονώδους αντίδρασης.

AA75. ΑΓΓΕΙΙΤΙΣ TAKAYASU ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μακίνα Άννα¹, Λιακοπούλου Ευθυμία¹, Συμπάρδη Στυλιανή¹, Καταξάκη Ευαγγελία², Καραχάλιος Γεώργιος¹

1. Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

2. Ρευματολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η αγγειίτιδα Takayasu είναι μία σπάνια συστηματική, φλεγμονώδη αγγειίτιδα μεγάλων αγγείων, που εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται ως κοκκιωματώδης φλεγμονή της αορτής και μεγάλων κλάδων της. Προσβάλει 1/200.000 άτομα, ηλικίας μεταξύ 15-40 ετών, μεταξύ ενηλίκων 80-90% είναι γυναίκες.

Σκοπός-Υλικό: Περιγραφή δυο περιπτώσεων αγγειίτιδας Takayasu ως αίτιο πυρετού αγνώστου αιτιολογίας (ΠΑΑ) σε γυναίκες ηλικίας άνω των 55 ετών.

Περιγραφή-Αποτελέσματα: Περιστατικό 1^ο: Γυναίκα 58 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου από μηνός, με συνοδό ρίγος, αρθραλγίες, μυαλγίες και ήπιο μη παραγωγικό βήχα. Η αντικειμενική εξέταση κφ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBC=12900, πολυμορφοπύρρηνα= 80,9%, HCT=30,9%, HGB= 9,7g/dL, Plt=565.000, βιοχημικός έλεγχος κφ, πλην δυσλιπιδαιμίας. Ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός. Φερριτίνη ορού =549ng/mL, ΤΚΕ=131mm. Mantoux(-). Έλεγχος για TBC(-). ΩΡΛ, βυθοσκόπηση (-). U/S καρδιάς (-). ΩΜΒ= αλλοιώσεις μιμούμενων μυελοδυσπλασίας πιθανόν στα πλαίσια αυτοάνοσου νοσήματος. ΥΤ ολόσωμες(-). MRI θώρακος (-) Βιοψία κροταφικής αρτηρίας αρνητική για κροταφική αγγειίτιδα.

Περιστατικό 2^ο: Γυναίκα 56 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό μεταφέρθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο για διερεύνηση πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Αντικειμενική εξέταση =κφ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκαν αύξηση των CRP έως 79,70mg/l, ΤΚΕ έως 120mm και ινωδογόνου έως 560mg/dl.

Η ασθενής παρέμεινε απύρετη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στην κλινική μας, ο έλεγχος για την διερεύνηση του ΠΑΑ (-). Οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε PET/CT με ευρήματα συμβατά με αρτηρίτιδα μεγάλων αγγείων.

Συμπέρασμα: Παρά τη σπανιότητα της άσφυγμής νόσου, η αρτηρίτιδα Takayasu πρέπει να συμπεριλαμβάνεται πάντα στην διαφορική διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας.



AA76. HIV ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μαμάκου Βασιλική¹, Βούλγαρης Βασίλειος¹, Σεραφετινίδης Ιωάννης², Ζεγγίνη Ελένη¹, Γλέζου Ειρήνη³, Βλαχάκη Καλλιρόη³

1. Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτείο

2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γεώργιος Γεννηματάς

3. Ψυχιατρική Κλινική Δρομοκαϊτείου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Γενικά: Οι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό της επίκτητης ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας παρουσιάζουν ποικίλες ρευματικές εκδηλώσεις οι οποίες περιγραφικά θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

• Εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (τις αρθρώσεις, τα οστά και τους μυς)

• Εκδηλώσεις που θυμίζουν νοσήματα του συνδετικού ιστού, όπως συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ), σύνδρομο Sjögren, ιδιοπαθή φλεγμονώδη μυοπάθεια ή αγγειίτιδες.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 43 ετών με αρθραλγίες που εντοπιζόνταν κυρίως στα γόνατα, στους ώμους και στους αγκώνες. Συνοδές εκδηλώσεις, αποτελούσαν γριπώδη συνδρομή, στοματικά έλκη, και γενικευμένες μυαλγίες ενώ ο ασθενής ήταν οροθετικός για HIV.

Διαφορική Διάγνωση: Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται η ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ), το ΣΕΛ, το σύνδρομο Sjögren, το αντιψωσφολιπιδικό σύνδρομο, αγγειίτιδες κ.ά. Αρκετοί συγγραφείς έχουν περιγράψει την ανίχνευση θετικού τίτλου ρευματοειδούς παράγοντα, κρουσφαιρινών, αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA), αντισωμάτων κατά των κοκκίων του κυτταροπλάσματος των ουδετεροφίλων (ANCA), αντιψωσφολιπιδικά αντισώματα (κατά καρδιολιπίνης και κατά β2-GPI), κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα καθώς και ελάττωση των κλασμάτων C3 και C4 του συμπληρώματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η ανίχνευση σε υψηλό ποσοστό αντικεντρομεριδιακών αντισωμάτων -παραπέμπουν σε παθήσεις όπως το συστηματικό σκληρόδερμα κ.ά.- καθώς και ANCA (χαρακτηρίζουν αγγειίτιδες όπως την κοκκιωμάτωση Wegener, τη μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα κ.ά.).

Αποτελέσματα: Μετά από ενδελεχή ανοσολογικό και απεικονιστικό έλεγχο ο ασθενής πληρούσε τα κριτήρια διάγνωσης ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Συμπέρασμα: Λόγω του γεγονότος ότι σε ασθενείς με HIV-λοίμωξη η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) συνοδεύεται από ύφεση ανάλογη της μείωσης του αριθμού των CD4⁺ Τ-λεμφοκυττάρων, διατυπώθηκε αρχικά η υπόθεση ότι στη HIV-λοίμωξη δεν μπορεί να αναπτυχθεί ΡΑ. Εντούτοις, σύντομα αποδείχθηκε ότι τα δύο νοσήματα μπορούν να συνυπάρχουν.



AA77. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΔΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΑΣΚΙΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΑΠΟ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ

Χριστόπουλου Βασιλική¹, Ζάρπας Χαρίλαος¹, Γιαννούτσος Σπυρίδων¹, Κατσαούνης Παναγιώτης¹, Παπαδοπούλου Αναστασία¹, Οικονομόπουλος Νικόλαος², Χαλβασιώτης Παναγιώτης¹, Δημητριάδης Γεώργιος¹

1. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

2. Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με εκτεταμένες περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και ασκίτικη συλλογή με χαρακτηρισές διδρώματος, η οποία έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) και ελάμβανε αγωγή με κορτιζόνη.

Περιγραφή Περίπτωσης: Γυναίκα 75 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω αδυναμίας λήψης τροφής και εμετών, προσκομίζουσα αξονική τομογραφία κοιλίας στην οποία αναδεικνύετο μεγάλη διάταση στομάχου και ασκίτικη συλλογή. Η ασθενής έπασχε από ΡΑ και ελάμβανε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη. Ακολούθως η ασθενής υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε γαστρίτιδα εκ στάσεως και οισοφαγίτιδα. Αντιμετώπιστηκε με εσομεπραζόλη και μετοκλοπραμίδη, χωρίς ύφεση της συμπτωματολογίας. Υποβλήθηκε σε νέα αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε εκτεταμένες περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και αύξηση του ασκίτικού υγρού. Το triplex σπληνοπυλαίου άξονα δεν ανέδειξε πυλαία υπέρταση και το triplex καρδιάς δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Η παρακέντηση του ασκίτικού υγρού ανέδειξε εικόνα διδρώματος, κύτταρα: 170/mm³, λευκώματα: 1,40 g/dl, λεύκωμα υγρού/λεύκωμα ορού: <0,5, κλίση λευκωματίνης υγρού από λευκωματίνη ορού: >1,1, LDH:474, LDH υγρού/LDH ορού: <0,6. Οι κυτταρολογικές εξετάσεις του ασκίτικού υγρού ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Λόγω ταχείας επιδείνωσης της κατάστασης της ασθενούς έγινε νέα αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε ταχεία πρόοδο νόσου. Αποφασίσθηκε η διενέργεια λήψης βιοψίας λαπαροσκοπικής, η οποία ανέδειξε μέτριας διαφοροποίησεως αδενοκαρκίνωμα στομάχου.

Συμπέρασμα και Σχόλια: Είναι γνωστό ότι το ασκίτικό υγρό σε περίπτωση μεταστατικού καρκίνου στο περιτόναιο είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εξιδρώμα, καθώς επίσης ότι η κυτταρολογική εξέταση του ασκίτικού υγρού, είναι θετική σε ποσοστό 96,7%. Η ασθενής ελάμβανε αγωγή με κορτιζόνη η οποία πιθανώς συνέβαλε στην μη παραγωγή εξιδρώματος -όπως θα αναμένετο- και στο οποίο η αύξηση της INFγ και της 1L-18, οδήγησε σε ευνοϊκότερη εξέλιξη και μεγαλύτερη επιβίωση, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Καθώς επίσης στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι αναλόγως η επαγωγή της WNT5A αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για εμφάνιση ΡΑ και καρκίνου, ειδικότερα δε για διάχυτο καρκίνου του στομάχου. Φαίνεται ότι η λήψη κορτιζόνης και η ΡΑ από την οποία έπασχε η ασθενής να συνέβαλαν στην διαφοροποίηση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας εμφάνισης και εξέλιξης του καρκίνου του στομάχου σε αυτή την ασθενή.



AA78. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Δαδήρας Νικόλαος³, Κούτσικα Ειρήνη³, Χλέτσος Μιχαήλ⁴, Αθανασίου Παναγιώτης³

1. Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

2. Φοιτητής Ιατρικής ΕΚΠΑ

3. Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

4. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η επικοινωνία αποτελεί σημαντικό στοιχείο που είναι απαραίτητο για την αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων υγείας. Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού ασθενούς είναι απαραίτητη για την επιτέλεση αυτής καθεαυτής της λειτουργίας των μονάδων υγείας και για την εκπλήρωση του σκοπού τους που είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς στην ικανοποίηση των ασθενών από την προσφορά φροντίδας υγείας.

Υλικό και μέθοδοι: Διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σε 135 ασθενείς μετά τη λήξη της νοσηλείας τους σε νοσοκομειακή μονάδα του ΕΣΥ, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος». Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στο πρότυπο του Likert (Likert scale questionnaire) και σε ερωτηματολόγιο που έχει αξιολογηθεί και βρίσκεται σε εργασία δημοσιευμένη το 2010 στο J Clin Psychol Med Settings (Bieber et al, 2010) και έχει τροποποιηθεί και συμπληρωθεί. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Από την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε ότι 25 έδειξαν ότι οι ασθενείς δεν συμφωνούν ότι η επικοινωνία με το γιατρό ήταν ικανοποιητική, 67 ότι συμφωνούν μερικά ότι η επικοινωνία με το γιατρό ήταν ικανοποιητική, 618 ότι συμφωνούν ότι η επικοινωνία με το γιατρό ήταν ικανοποιητική, 566 ότι συμφωνούν έντονα ότι η επικοινωνία με το γιατρό ήταν ικανοποιητική και 1019 ότι συμφωνούν απόλυτα ότι η επικοινωνία με το γιατρό ήταν ικανοποιητική. Η αξιοπιστία των ερωτήσεων όπως αυτή εκτιμήθηκε από το συντελεστή εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) ήταν 0.958 (>0.7). Οι ασθενείς φάνηκε να είναι ικανοποιημένοι από την επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους με τις γυναίκες, τους μεγαλύτερους σε ηλικία, τους μη μακροχρόνια πάσχοντες και τους μη έχοντες αναπηρία να είναι πιο ικανοποιημένοι από τους άνδρες, τους νεότερους, τους μακροχρόνια πάσχοντες και τους έχοντες αναπηρία, αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Η επικοινωνία ιατρού ασθενούς φάνηκε να συμβάλει στην ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή φροντίδας υγείας.



AA79. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια¹, Αθανασίου Λάμπρος², Δαδήρας Νικόλαος³, Κούτσικα Ειρήνη³, Χλέτσος Μιχαήλ⁴, Αθανασίου Παναγιώτης³

1. Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

2. Φοιτητής Ιατρικής ΕΚΠΑ

3. Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

4. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι κεντρική λειτουργία της κλινικής ιατρικής πρακτικής. Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι η επικοινωνία ιατρού ασθενούς έχει καθεαυτή θεραπευτική επίδραση και επηρεάζει την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης. Μελέτες έχουν δείξει έδειξε ότι η έκβαση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί από την επαρκή επικοινωνία ιατρού ασθενούς.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς στη σωματική και ψυχική υγεία καθώς και στην έκβαση της υγείας μετά θεραπευτική παρέμβαση.

Υλικό και μέθοδοι: Διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σε 135 ασθενείς μετά τη λήξη της νοσηλείας τους σε νοσοκομειακή μονάδα του ΕΣΥ, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος». Το ερωτηματολόγιο είναι Likert scale questionnaire και βασίζεται σε αντίστοιχο που έχει αξιολογηθεί (Bieber et al, J Clin Psychol Med Settings 2010). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των απαντήσεων των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη σε καμία δεν φάνηκε ότι η νοσηλεία και η επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκειά της δεν ήταν καθόλου σημαντική για την υγεία, σε 25 φάνηκε ότι η νοσηλεία και η επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκειά της ήταν ελάχιστα σημαντική για την υγεία, σε 107 φάνηκε ότι η νοσηλεία και η επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκειά της ήταν αρκετά σημαντική για την υγεία, σε 149 φάνηκε ότι η νοσηλεία και η επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκειά της ήταν πολύ σημαντική για την υγεία και σε 124 φάνηκε ότι η νοσηλεία και η επικοινωνία ιατρού ασθενούς κατά τη διάρκειά της ήταν πάρα πολύ σημαντική για την υγεία. Η αξιοπιστία - reliability - σύμφωνα με το συντελεστή Cronbach's alpha των ερωτήσεων ήταν 0.786 (>0.7).

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η επικοινωνία ιατρού ασθενούς βελτιώνει την ψυχική και σωματική υγεία και επηρεάζει την έκβαση της υγείας μετά από θεραπευτική παρέμβαση.



AA80. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΡΕΝΙΝΗΣ ΑΛΙΣΚΙΡΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΠΡΟΔΡΟΜΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μαρκάκης Κωνσταντίνος¹, Μαζιώτη Μαρία¹, Μαράτου Ειρήνη², Τσιρογιάννη Αλεξάνδρα³
Λαμπαδιάρη Βάια¹, Δημητριάδης Γεώργιος¹, Ράπτης Σωτήριος Α.^{1,2}, Ράπτης Αθανάσιος¹

1. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αττικόν, Αθήνα

2. Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του, Αθήνα

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

Εισαγωγή: Τα πρόδρομα ενδοθηλιακά κύτταρα (ΠΕΚ) προέρχονται από το μυελό των οστών και διαφοροποιούνται περιφερικά σε ενδοθηλιακά κύτταρα με υψηλό δυναμικό αγγειογένεσης. Ο ΣΔ αποτελεί ισχυρό παράγοντα μείωσης του αριθμού των ΠΕΚ, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη των αγγειακών επιπλοκών του. Οι δυνατότητες φαρμακευτικού χειρισμού των ΠΕΚ αποτελούν αντικείμενο έρευνας τα τελευταία χρόνια.

Σκοπός: Η εργασία στοχεύει στη διερεύνηση της επίδρασης της αναστολής της ρενίνης στον πληθυσμό των (ΠΕΚ) σε ασθενείς με ΣΔ2 και ΑΥ.

Υλικό: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς ηλικίας > των 50 ετών, με ΣΔ2 υπό σταθερό γλυκαιμικό έλεγχο και πρωτοδιαγνωσθείσα ήπια αρτηριακή υπέρταση.

Μέθοδος: Οι ασθενείς τέθηκαν σε αγωγή με 300 mg αλισκιρένης ημερησίως για 3 μήνες η οποία στη συνέχεια αντικαταστάθηκε με 25 mg υδροχλωροθειαζίδης ημερησίως για τους επόμενους 3 μήνες. Τα επίπεδα των ΠΕΚ στο περιφερικό αίμα εκτιμήθηκαν κατά την έναρξη και στις φάσεις ολοκλήρωσης της αγωγής με αλισκιρένη ή υδροχλωροθειαζίδη, με προσδιορισμό του αριθμού των CD34+/CD133+ κυττάρων με κυτταρομετρία ροής καθώς και με μέτρηση του αριθμού των κυττάρων διπλά θετικών σε χρώση με Dil-AcLDL και FITC-UEA-1 σε καλλιέργεια του κλάσματος των μονοκυττάρων του περιφερικού αίματος.

Αποτελέσματα: Με την ολοκλήρωση της φάσης λήψης της αλισκιρένης (n=18) παρατηρήθηκε αύξηση των CD34+/CD133+ κυττάρων κατά 31% (p < 0,05) και αύξηση των Dil-AcLDL+/ FITC-UEA-1+ κυττάρων κατά 40% (p < 0,05) σε σύγκριση με τις τιμές κατά την έναρξη της αγωγής. Στους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη φάση λήψης υδροχλωροθειαζίδης (n=11) τα CD34+/CD133+ και τα Dil-AcLDL+/ FITC-UEA-1+ κύτταρα επανήλθαν σε επίπεδα παραπλήσια αυτών κατά την έναρξη της μελέτης σημειώνοντας πτώση κατά 39% (p < 0,05) και 20% (p < 0,10) αντίστοιχα σε σχέση με τα επίπεδα των ίδιων ασθενών υπό αλισκιρένη. Οι τιμές αρτηριακής πίεσης υπό υδροχλωροθειαζίδη δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση από τις αντίστοιχες υπό αλισκιρένη.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση αλισκιρένης οδηγεί σε αύξηση των κυκλοφορούντων ΠΕΚ, δράση η οποία πιθανώς είναι ανεξάρτητη από την πτώση της αρτηριακής πίεσης. Με βάση τα ανωτέρω συμπεραίνεται ότι η χορήγηση αλισκιρένης μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των αγγειακών επιπλοκών.



AA81. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ

Καραγιάννης Χρήστος, Αλεξάκη Ελευθερία, Αυγέρη Σοφία, Βένδρα Κωνσταντίνα, Φωτοπούλου Κατερίνα, Τσιόδρα Παρασκευή, Βογιακή Σοφία, Παγώνη Σταματίνα

Γ' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η διερεύνηση εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας αποτελεί πρόκληση για κάθε κλινικό γιατρό καθ'ότι ο κατάλογος των αιτιών είναι μεγάλος και η προσέγγιση της διάγνωσης δυσκολεύει όταν τα κλινικά ευρήματα είναι λίγα. Ένα από τα σπάνια αίτια πυρετού αγνώστου αιτιολογίας είναι ο οικογενής μεσογειακός πυρετός (FMF). Πρόκειται για κληρονομική ασθένεια που οφείλεται σε υπολειπόμενο αυτοσωμικό γονίδιο (MEFV). Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες προσβολές πυρετού που συνοδεύονται από κοιλιακό άλγος ή /και θωρακικό άλγος ή/και πόνο διόγκωση αρθρώσεων. Εντούτοις ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών περίπου 25% είναι ασυμπτωματικοί.

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού άνδρα 32 ετών που έπασχε από Μεσογειακό πυρετό χωρίς συνοδό συμπτωματολογία.

Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα: Άρρεν 32 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή προσήλθε στα ΤΕΠ παθολογικού λόγω εμπυρέτου από εβδομάδος έως 39°C και χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα, αναφέρει μόνο δύο επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων από ημέρας. Ο ασθενής υπεβλήθει σε εκτεταμένο εργαστηρικό, ανοσολογικό, ιολογικό - μικροβιολογικό και απεικονιστικό έλεγχο χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Εστάλει δείγμα για ανίχνευση μεταλλάξεων FMF με PCR στο οποίο ήταν ετερόζυγος για την παρουσία της μετάλλαξης E148Q του γονιδίου MEFV υπεύθυνου για τον οικογενή μεσογειακό πυρετό. Ο ασθενής απυρέτησε με χορήγηση κολχικίνης

Συμπέρασμα: Ο μεσογειακός πυρετός συμπεριλαμβάνεται στα αίτια εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, 25% των ασθενών, στον οποίο ανήκει και ο ασθενής μας δεν εμφανίζει συμπτωματολογία. Το υψηλό ποσοστό ασυμπτωματικών ασθενών με μεσογειακό πυρετό καταδεικνύει την ανάγκη ενδελεχούς διερεύνησης των περιστατικών με εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας ακόμα και για σπάνιες αιτίες, ειδικά σε ασθενείς νεαρής ηλικίας.

AA82. Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔτ2 ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Κουτσοβασιλης Αναστάσιος, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Μηλάκη Καλλιόπη, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Φωσκολάκης Νικόλαος, Τσελάς Κων/νος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες συχνά σχετίζονται άμεσα με τον θάνατο ατόμων με ΣΔ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν ο καθορισμός του επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ2 ημιαστικού πληθυσμού.

Υλικό: Στην μελέτη εντάχθηκαν 238 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου μας από τον Αύγουστο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012.

Μέθοδος: Οι ασθενείς απάντησαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με σκοπό την καταγραφή κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών, δημογραφικών παραγόντων, σωματομετρικών χαρακτηριστικών καθώς και των χρόνιων επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Από τους 238 ασθενείς της μελέτης ηλικίας 72.17±14.47 έτη τουλάχιστον μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζαν 152 (63.8%) ασθενείς. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 105 (44.1%) ασθενείς και μικροαγγειακές 98 (41.2%) ασθενείς. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλοαγγειακής νόσου, νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και διαβητικού ποδιού ήταν: 27%, 16%, 21.1%, 12.9%, 19.1%, 3.9% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες ήταν η ηλικία (p=0.022), η διάρκεια του ΣΔτ2 (p=0.016), το κάπνισμα (p=0.004), το φύλο (p=0.033), η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (p=0.048) και η απόσταση από το αστικό κέντρο (p=0.010). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν στατιστικά την επίδραση τους είναι η διάρκεια του ΣΔτ2 (p=0.011), το κάπνισμα (p=0.016) και η απόσταση από το αστικό κέντρο (p=0.044).

Συμπέρασμα: Σημαντικός αριθμός ατόμων με ΣΔτ2 ημιαστικού πληθυσμού παρουσιάζει χρόνιες επιπλοκές. Καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των επιπλοκών διαδραματίζει η διάρκεια του ΣΔτ2, το κάπνισμα και η ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές μονάδες.



AA83. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Τσελάς Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι η πρωτεύουσα αιτία ανικανότητας και θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αναλύει την επίδραση της υπεργλυκαιμίας κατά την εισαγωγή στην βραχυπρόθεσμη έκβαση του ΑΕΕ.

Υλικό: Μελετήθηκαν 102 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του ΓΝ-ΚΥ Ιεράπετρας από τον Φεβρουάριο του 2010 έως και τον Φεβρουάριο του 2012 με ισχαιμικό ΑΕΕ.

Μέθοδος: Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, έγινε καταγραφή του σακχάρου αίματος εισαγωγής, ενώ η βαρύτητα του ΑΕΕ αξιολογήθηκε με βάση την Scandinavian Stroke Scale (SSS).

Αποτελέσματα: Από τους 102 ασθενείς οι 60 (58.8%) παρουσίαζαν υπεργλυκαιμία, κατά την εισαγωγή ενώ 42 (41.2%) δεν παρουσίαζαν χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0.688$). Οι ασθενείς με την υπεργλυκαιμία ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (82.14 ± 9.09 έναντι 79.60 ± 11.49 έτη, $p=0.402$) και παρουσίαζαν μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας (5.83 ± 5.07 έναντι 4.19 ± 2.15 ημέρες, $p=0.169$) χωρίς να υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι ασθενείς με βαρύτερη κλινική εικόνα ($SSS < 25$) παρουσίαζαν σε υψηλότερη συχνότητα αυξημένες τιμές σακχάρου κατά την εισαγωγή ($p=0.016$). Από τους 102 ασθενείς 16 (15.7%) απεβίωσαν κατά τις πρώτες 30 ημέρες μετά το ΑΕΕ. Από τους ασθενείς που απεβίωσαν το 62.5% παρουσίαζε υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή έναντι του 37.5% που είχε φυσιολογικές τιμές σακχάρου αίματος ($p=0.018$).

Συμπέρασμα: Η υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή είναι συχνή μεταξύ των ασθενών με ΑΕΕ και φαίνεται να σχετίζεται με την βαρύτητα και την έκβαση του ΑΕΕ.

AA84. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Κουτσοβασίλης Αναστάσιος, Μηλάκη Καλλιόπη, Ταμπουρατζή Δήμητρα, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Τσελάς Κων/νος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, Ιεράπετρα

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού αποτελούν ομάδα λοιμώξεων πολύπλοκου χαρακτήρα η έκβαση των οποίων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της κοιλιακής παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη στην διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού.

Υλικό: Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 92 ασθενείς με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας από τον Φεβρουάριο του 2011 έως τον Ιούλιο του 2012.

Μέθοδος: Έγινε πλήρη καταγραφή των μεταβολικών παραγόντων κινδύνου καθώς και της παρουσίας χρόνιας αναπνευστικής νόσου.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.68 ± 1.67 ημέρες. Το 35% των ανδρών και το 17.3% των γυναικών παρουσίαζαν σακχαρώδη διαβήτη ($p=0.028$). Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 79% των ασθενών, ενώ παθολογική περίμετρο μέσης παρουσίαζε το 76% των ασθενών με τους άνδρες να υπερτερούν σημαντικά ($p=0.018$). Υψηλότερη συννοσηρότητα (>2 χρόνια νοσήματα) στους άνδρες ($p=0.033$). Χρόνια αναπνευστική νόσο παρουσίαζε το 15.2% των ασθενών. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά την διάρκεια νοσηλείας είναι η ηλικία ($OR=1.09$, $CI:1.06-2.88$, $p=0.026$), ο σακχαρώδης διαβήτης ($OR=1.22$, $CI:1.12-2.93$, $p=0.001$), η αυξημένη περίμετρος μέσης ($OR=1.16$, $CI:1.06-3.17$, $p=0.045$) και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου ($OR=1.33$, $CI:1.14-2.87$, $p<0.001$).

Συμπέρασμα: Η διάρκεια νοσηλείας ασθενών με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού επηρεάζεται εκτός από την παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου και την ηλικία και από σημαντικούς μεταβολικούς παράγοντες όπως είναι η παθολογική περίμετρος μέσης και η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη.



AA85. ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ (TRALI): ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Παπαδοπούλου Ευθυμία¹, Μπουλταδάκη Ανδριανή², Κωστή Αναστασία¹, Μπούκη Μαρία¹, Ασμάνης Ευάγγελος¹, Καλλέργη Αγγελική¹, Σκουλικίδη Αναστασία¹, Φύλλας Ηλίας¹, Χριστοδούλου Ηλέκτρα¹, Στουπάκη Μαρία¹, Ζώτικα Χριστίνα¹, Μαλακός Ιωάννης¹, Γιαννικόπουλος Γεώργιος¹, Ζώρζου Μαρκέλα- Παγωνίτσα¹

1. Παθολογική Κλινική Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειον»

2. Ακτινολογικό Τμήμα Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειον»

Εισαγωγή: Η μετάγγιση με φρεσκοκατεψυγμένο πλάσμα αποτελεί συχνή ιατρική πράξη, δεν είναι όμως άμοιρη επιπλοκών, με πιο θανατηφόρα την εμφάνιση οξείας πνευμονικής βλάβης (TRALI).

Σκοπός: Η περιγραφή μίας τυπικής κλινικής εικόνας του συνδρόμου.

Υλικό, Μέθοδος: Ασθενείς 80 ετών, με ιστορικό χρόνιας ηπατίτιδας Β, νοσηλεύτηκε για οξεία πνευμονοεμφύριδα και αρχόμενη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση. Στην εισαγωγή του, άριστα ζωτικά σημεία πλην πυρετού, κλινικοεργαστηριακά ευρήματα συμβατά με οξεία πνευμονοεμφύριδα και εικόνα αρχόμενης διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης από το περιφερικό αίμα. Έλαβε αγωγή με ενυδάτωση και σιπροφλοξασίνη και μεταγγίστηκε με φρεσκοκατεψυγμένο πλάσμα. Αμέσως μετά, δύσπνοια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία και αναπνευστική ανεπάρκεια. Ακτινογραφία Θώρακος: αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα. Υπέρηχος καρδιάς, pro-BNP εντός φυσιολογικών ορίων. Αντιμετωπίστηκε με οξυγονοθεραπεία. Βελτιώθηκε σταδιακά και εξήλθε σε άριστη κατάσταση την 10^η ημέρα.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση του TRALI βασίζεται στην εμφάνιση οξείας πνευμονικής βλάβης, εντός 6 ωρών από την μετάγγιση παραγώγων αίματος συχνότερα πλάσματος, σε ασθενή ελεύθερο αναπνευστικών συμπτωμάτων, απουσία εναλλακτικής ερμηνείας αυτής. Η διάγνωση απαιτεί την παρουσία σοβαρής υποξαιμίας και αμφοτερόπλευρων πνευμονικών διηθημάτων και την απουσία κλινικών ενδείξεων υπερφόρτωσης της αριστερής κοιλίας. Η συχνότητά του υπολογίζεται στο 0.1% των μεταγγίσεων, αν και ελαφρότερες μορφές υποδιαγνώσκονται. Αποδίδεται στην παρουσία αντισωμάτων κατά των λευκών αιμοσφαιρίων προερχομένων είτε από τον λήπτη είτε από τον δότη, αν και η παρουσία τους δεν εξασφαλίζει την εμφάνιση του συνδρόμου. Η θνητότητά του ανέρχεται σε 5-8%. Η θεραπεία παραμένει συμπτωματική.

Συμπέρασμα: Το TRALI πρέπει να τίθεται στην διαφοροδιάγνωση της οξείας δύσπνοιας μετά μετάγγιση, η οποία συχνά εσφαλμένα αποδίδεται σε καρδιολογική επιβάρυνση, και να συνυπολογίζεται στην απόφαση για μετάγγιση παραγώγων αίματος.

AA86. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΚΟΥΣΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Αθανασίου Βασιλική, Θεόδωρομανωλάκης Παναγιώτης, Χατζόπουλος Αντώνιος, Μπέχλη Ανδρονίκη, Κωστοπούλου Μυρτώ, Νιάρου Βασιλική, Σεϊτανίδη Ελένη, Λαμπρόπουλος Χρήστος, Χέρας Παναγιώτης

Παθολογική Κλινική Ναυπλίου, Ναύπλιο

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η ανάλυση των αιτιών των εκουσίων φαρμακευτικών δηλητηριάσεων στην περιοχή ευθύνης του Γ.Ν.Ναυπλίου, τα έτη 2009-2012.

Ασθενείς και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία της Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν. Ναυπλίου.

Αποτελέσματα: Στην Κλινική μας τα προαναφερθέντα έτη προσεκομίσθησαν 58 ασθενείς ηλικίας 17-47 ετών ένεκα εκούσιας φαρμακευτικής δηλητηρίασης. Από αυτούς 11 (19%) ήταν άνδρες και 47 (81%) γυναίκες. Εγγαμιοί ήταν 24 (41,4 %) και άγαμοι 34 (58,6%) αντίστοιχα. Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών ήταν 37,2% στοιχειώδους εκπαίδευσης, 43,5% μέσης, 7,3% ανώτερης, 8% ανώτατης και 4% αναλόγως.

Τα αίτια που οδήγησαν τους ασθενείς στην απόπειρα αυτοκτονίας ήταν κατά σειρά συχνότητας: συναισθηματικά-ερωτικά 28,7%, σύγκρουση με πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος 27,8%, προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο 27,8%, ενδογενείς ψυχώσεις 9,2% και οικονομικά 6,5%. 3 (5,2%) άτομα προσκομίσθησαν σε κωματώδη κατάσταση, 24 (41,1%) άτομα σε συγχυτική κατάσταση, 15 (25,8%) άτομα με συμπτώματα από τα διάφορα συστήματα και 12 (20,7%) χωρίς συμπτώματα. Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως διάφορα φάρμακα (45,4%): παυσίπονα και σαλικυλικά 24,1%, οξεία και αλκάλια 7,4%, άλλα φάρμακα και ουσίες 23,1%. Το 41,5% των φαρμακευτικών δηλητηριάσεων πραγματοποιήθηκε σε ημέρες αργίας, κατά τις πρώτες βραδυνές ώρες. Από το σύνολο των ασθενών ουδείς απεβίωσε.

Συμπεράσματα: Οι εκουσίες φαρμακευτικές δηλητηριάσεις αφορούν περισσότερο γυναίκες 81%, άτομα με μέση εκπαίδευση 43,5% και τα αίτια τους είναι ιδίως συναισθηματικά και τα προβλήματα στο σπίτι και στο σχολείο. Όλοι οι ασθενείς εκτιμήθηκαν από τους ψυχιάτρους κατά τη νοσηλεία τους.



AA87. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ CMV ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΕΝΗΛΙΚΑ

Λαβράνος Γάγκος, Παπανικολάου Ελένη, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική, Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Εισαγωγή: Η οξεία συμπτωματική ηπατίτιδα αποτελεί συνήθη αιτία εισαγωγής ατόμων νεαρής ηλικίας στις Παθολογικές Κλινικές. Συχνότερα οφείλεται σε λήψη αιθανόλης, φαρμάκων ή τοξινών ή λοίμωξη (συνηθέστερα ιογενή). Η διερεύνηση της αιτιολογίας της αποτελεί προτεραιότητα, δεδομένου ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση διαφοροποιεί την έκβαση.

Σκοπός: Παρουσιάζεται περιστατικό νεαρού ανοσοεπαρκή άνδρα με συμπτωματική ηπατίτιδα που απεδόθη σε οξεία λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 28 ετών προσήλθε στο ΤΑΕΠ αιτώμενος εμπύρετο ως 38,8 βαθμούς Κελσίου από δεκαπενθημέρου με συνοδό καταβολή, κεφαλαλγία, διάχυτο κοιλιακό άλγος, μυαλγίες και αρθραλγίες. Το τελευταίο 24ωρο προσετέθη επίσης ικτερική χροιά δέρματος και σκληρών. Δεν αναφέρεται λήψη φαρμάκων, πέρα από παρακεταμόλη εντός θεραπευτικών ορίων. Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν υψηλές τιμές χολερυθρίνης (μικτού τύπου) και τρανσαμινασών με ήπια παράταση του INR και διατήρηση της συνθετικής λειτουργίας του ήπατος. Ο απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογία. Ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, αυτοάνοσα νοσήματα και επίπεδα φαρμάκων ήταν αρνητικός. Σε συμπληρωματικό έλεγχο για ηπατοτρόπους ιούς διαπιστώθηκε υψηλός τίτλος CMV IgM με συμβατή μέτρηση CMV DNA στο αίμα. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση χωρίς ειδική αγωγή με πλήρη εργαστηριακή αποκατάσταση εντός 1 μηνός.

Συμπέρασμα: Η CMV λοίμωξη μπορεί σπάνια να προκαλέσει συμπτωματική ηπατίτιδα σε ανοσοεπαρκή άτομα με περίοδο αποκατάστασης έως 8 μήνες. Για το λόγο αυτό πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση ασθενών με εξελισσόμενη οξεία ηπατίτιδα που δεν αποδίδεται σε άλλα αίτια.

AA88. ΡΗΞΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Στεργίου Αικατερίνη¹, Σηληιοπούλου Αικατερίνη¹, Φράγκου Αρχοντούλα¹, Χαρχαλάκης Γεώργιος², Κουτσιαύτης Ιωάννης¹, Πεσκέσης Γεώργιος¹, Διαμάντης Ευάγγελος¹, Τσαρούχας Ξενοφών¹, Γαλιούρης Αθανάσιος¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου «Ελπίς»

2. Β΄ Θωρακοχειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία»

Άνδρας 78 ετών, καπνιστής (70 ρ/ys), με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, προσήλθε με αδυναμία-καταβολή και αναφερόμενη δυσκαταποσία από 2μήνου. Ο ασθενής εμφάνιζε δύσπνοια, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, λευκοκυττάρωση (Λ: 28.000), πλευριτική συλλογή αριστερά με υποψία πνευμοθώρακα. Ευρήματα που απεικονιστικά επιβεβαιώθηκαν με αξονική τομογραφία θώρακος. Το πλευριτικό υγρό είχε χαρακτήρα εξιδρώματος με υψηλή τιμή αμυλάσης. Ετέθη σωλήνας παροχέτευσης (Billow) και επιβεβαιώθηκε άμεσα η υποψία οισοφαγούπεζωκοτικού συριγγίου, με τη χορήγηση από το στόμα διαλύματος κυανού του μεθυλενίου, που μέσα σε λίγα λεπτά έγχρωσε μπλε το πλευριτικό υγρό μέσα στο δοχείο συλλογής. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα θωρακοχειρουργική εξαίρεση του κατώτερου τριτημρίου του οισοφάγου όπου διαπιστώθηκε μάζα (μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα, πλακώδους τύπου, χαμηλής διαφοροποίησης), που το διηθούσε κυκλοτερώς. Ετέθη σε παρεντερική αγωγή και αντιμικροβιακή αγωγή ευρέος φάσματος. Απεβίωσε την 16^η μετεγχειρητική ημέρα. Αν και έχουν περάσει περισσότερα από 250 χρόνια από την αρχική περιγραφή της διάτρησης του οισοφάγου (*Boerhaave* 1723) η διάγνωση εξακολουθεί να είναι πρόκληση, η αντιμετώπιση αμφιλεγόμενη και η θνησιμότητα υψηλή (25-89%) και εξαρτάται από την πρώιμη διάγνωση και το υποκείμενο αίτιο της ρήξης. Η πλειοψηφία των αιτιών είναι ιατρογενείς (59%) λόγω της αυξανόμενης χρήσης ενδοσκοπικών πρακτικών, αυτόματη ρήξη (15%), ξένα σώματα (12%), τραύμα (9%), διεγχειρητικές κακώσεις (2%), κακοήθεια (1%). Εάν η αντιμετώπιση είναι έγκαιρη μέσα στο πρώτο 24ωρο από την έναρξη των συμπτωμάτων η θνησιμότητα ανέρχεται στο 25%, ενώ φτάνει στο 65% μετά τις 24 ώρες και εξικνείται στο 75-89% μετά τις 48 ώρες.



**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ
ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ**



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ

	Σελ.		Σελ.
UNGER FELIX	17	ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ.	18, 27
Professor, Dr. med., Dr. (h.c.), Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (E.A.S.A.), Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Υγείας της E.A.S.A., Σάλτσμπουργκ, Αυστρία Επίτιμος Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών		Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής - Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	24, 27	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΕΛΕΤΙΟΣ Κ.	17, 36
M.D., Παθολόγος - Ρευματολόγος, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα		Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα	
ΒΕΡΓΑΔΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Α.	26	ΔΙΑΜΑΝΤΗ - ΚΑΝΔΑΡΑΚΗ ΕΥΑΝΘΙΑ Δ.	26
Αναπληρωτής Καθηγητής Οφθαλμολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Διευθυντής Athens Eye Hospital (Οφθαλμολογικό Νοσοκομείο Αθηνών), Αθήνα		Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα	
ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Β.	18	ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Ι.	17, 18
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα		Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. Συντονιστής Διευθυντής Δ΄ Παθολογικού Τμήματος & Αγγειοπαθολογικής Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.), Αθήνα	
ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ Ι.	17	ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Κ.	27
Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Ζυρίχης, τ. Καθηγητής Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πρόεδρος Διεθνούς Ιπποκρατείου Ιδρύματος, Αθήνα		Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ	35	ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Λ.	17, 18
Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Λοιμωξιολόγος, Αθήνα		Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, PhD, FACP, SCOPE, Founding Fellow, EFIM Hon. Fellow, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν.Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ», Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.), Αθήνα	
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Λ.	18	ΚΕΛΕΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α.	18
Καθηγητής Χειρουργικής, Α΄ Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», τ. Υφυπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα		Ομότιμος Καθηγητής Ακτινολογίας, Διευθυντής Μονάδας Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ» Θεραπευτήριο, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Επεμβατικής Ακτινολογίας, Αθήνα	
ΔΑΪΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ.	35		
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα			



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ

	Σελ.		Σελ.
ΚΟΝΤΟΑΓΓΕΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.	27	ΜΗΤΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ι.	33
Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα		Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Θ.	27	ΜΟΙΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι.	27
Ακαδημαϊκός (Ε.Α.Σ.Α.), Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα		Ομότιμος Καθηγητής Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα	
ΚΡΟΚΙΔΗΣ ΞΕΝΟΦΩΝ Κ.	19, 27	ΜΠΟΥΤΑΤΗ ΕΛΕΝΗ Ι.	32, 35
Δρ. Πανεπιστημίου Mainz Γερμανίας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας, Καβάλα		Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας- Σακχαρώδη Διαβήτη, Λοιμωξιολόγος, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΒΕΝΕΤΣΑΝΑ Ε.	27	ΝΤΑΛΕΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν.	26
Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Κοσμήτωρ Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα		Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα	
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Μ.	18	ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Π.	18
Διευθυντής Γενικής, Λαπαροσκοπικής, Βαριατρικής και Ρομποτικής Χειρουργικής Κλινικής του «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ» Αθηνών, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Ohio State University, ΗΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Ρομποτικής Χειρουργικής, Πρόεδρος Ρομποτικής Χειρουργικής Εταιρείας Νοτιοανατολικής Ευρώπης, Αθήνα		Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα	
ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ ΒΑΪΑ Α.	30	ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ Κ.	18
Λέκτορας Παθολογίας, Μεταβολισμού & Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα		Καθηγητής (Ομότιμος) Παθολογίας - Ογκολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ Ι.	18	ΟΡΦΑΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Ε.	18
Παθολόγος, Εξειδικευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς		Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας - Παθολογίας, Β΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΜΗΤΡΑΚΟΥ ΑΣΗΜΙΝΑ Γ.	16	ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ.	36
Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Υπεύθυνη Μονάδας Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα		Καθηγητής Βιοχημείας, Διευθυντής Εργαστηρίου Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα	



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ

	Σελ.		Σελ.
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΩΤΗΡΗΣ Γ.	36	ΠΟΛΥΖΟΣ ΑΡΗΣ Κ.	36
Αιματολόγος, Επιμελητής Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα		Παθολόγος - Ογκολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα	
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Χ.	27	ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ.	26
Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα		Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Διευθυντής Β΄ Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν.	27	ΡΑΠΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Ε.	18, 22
Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα		Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΠΑΠΙΡΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Α.	16	ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ Α.	16, 17, 18, 26, 36
Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας, Διευθυντής Β΄ Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα		Καθηγητής (Ομότιμος) Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας, Ακαδημαϊκός και Μέλος της Συγκλήτου της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (ΕΑΣΑ, Σάλτσμπουργκ - Αυστρία), Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιατρικής Επιμόρφωσης (Ε.Α.Ι.Ε.), Πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.), Αθήνα	
ΠΕΚΤΑΣΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ.	36	ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ Ι.	16
Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα		Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα	
ΠΕΠΠΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ Μ.	27		
Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα			
ΠΙΤΣΑΒΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Η.	18, 27		
Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα			
ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ν.	27		
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα			



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ

	Σελ.		Σελ.
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Λ.	26	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ.	16, 27, 28
Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα		Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Εξειδικευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΣΦΗΚΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ Π.	16	ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ι.	26
Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Ρευματολογικής Μονάδας & Ερευνητικού Ανοσολογικού Εργαστηρίου Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα		Καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, Υπεύθυνος Ενδοκρινολογικής Μονάδας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.	20, 26	ΧΡΗΣΤΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ Ν.	18
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Εξειδικευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα		Ειδικός Παθολόγος, Υπεύθυνος Παθολόγος, Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ», Κορωπί, Αθήνα	
ΤΟΥΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Κ.	18	ΨΥΡΡΗ ΑΜΑΝΤΑ Κ.	36
Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), Αθήνα		Λέκτορας Ογκολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα	
ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ Α.	16, 17		
Καθηγητής (Ομότιμος) Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ακαδημαϊκός (Α.Μ.), Θεσσαλονίκη			
ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ ΑΓΑΘΟΚΛΗΣ Α.	26		
Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Ενδοκρινολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα			
ΤΣΙΑΝΟΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ Β.	27		
Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και Ηπατογαστρεντερολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα			

Με 5600 IU
Βιταμίνης D!

FOSAVANCE[®]

alendronate/colecalciferol

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.



BIANEX Α.Ε. ΒΟΛΗΚΙΑΣ ΕΜΠΛΩΤΗ/ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΔΙΣΤΡΩΤΗΡ ΟΥ ΜΕΡΚ ΣΤΡΑΪΠ & ΔΟΜΜΕ, Division of MERCK & CO., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
Γραφείο Επιστημονικής Σημείωσης • ΑΘΗΝΑ: ΟΣέρ, Ταύρος 145 71 Ν. Σούβραο, Τηλ: 210 9020111
• E-Mail: os@bianex.gr • INTERNET: <http://www.bianex.gr> • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Σ. Χατζής 2, Τηλ: 2510 833893 • ΠΑΤΡΑ: Μακίνοο, 131, Τηλ: 2610 221397
† Registered Trademark of Merck & Co., Inc., of Whitehouse Station, New Jersey U.S.A. & used under license from MERCK & Co., INC.

40008



**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

A

Αγγελίδη Αγγελική	AA 61
Αδαμόπουλος Χρήστος	AA 30
Αθανασίου Βασιλική	AA 60, AA 62,AA 86
Αθανασίου Λάμπρος	AA 78, AA 79
Αθανασίου Παναγιώτης	AA 40, AA 41,AA 42, AA 43,AA 44, AA 78,AA 79
Αλεξάκη Ελευθερία	AA 81
Αλεξίου Ζωή	AA 28, AA 52,AA 55, AA 56,AA 57
Αλεξίου Νικόλαος	AA 28, AA 52,AA 55, AA 56,AA 57
Αλμυρούδη Μαρία - Παναγιώτα	AA 06, AA 08
Αναστασιάδου Αφροδίτη	AA 18, AA 72
Ανδριανόπουλος Γεώργιος	AA 45, AA 64,AA 65, AA 66
Ανδρικόπουλος Ευάγγελος	AA 67
Απέρης Γεώργιος	AA 17
Αποστολοπούλου Νικολέττα	AA 21
Αργιανά Βασιλική	AA 29
Αρμένη Ελένη	AA 06, AA 08
Ασμάνης Ευάγγελος	AA 37, AA 46,AA 85
Αστρέχα Δήμητρα	AA 31, AA 33
Αυγέρη Σοφία	AA 81
Αφορδακού Μαρία	AA 69, AA 70,AA 71

B

Βάρσου Γεωργία	AA 48
Βαρυτιμάδη Ευθυμία	AA 21
Βασιλάκη Νεκταρία	AA 69, AA 70,AA 71
Βασιλείου Αικατερίνη-Μαρία	AA 18
Βγόντζα Νίκη	AA 48
Βένδρα Κωνσταντίνα	AA 81
Βενετοκλής Αναστάσιος	AA 13
Βιτώρος Βασίλειος	AA 28, AA 52,AA 55, AA 57
Βλαχάκη Καλλιρόη	AA 73, AA 76
Βογιάκη Σοφία	AA 81
Βολακάκης Νικόλαος	AA 03, AA 04,AA 35

Βούλγαρης Βασίλειος	AA 73, AA 76
Βουνού Εμμέλεια	AA 01
Βούρβου Μαρία	AA 50
Βρασίδα Μαρία	AA 01
Βρυώνης Ευάγγελος	AA 20

Γ

Γαβρά Παρασκευή	AA 50
Γαργαλιώνης Αντώνιος Ν.	AA 30
Γαργεράκη Αναστασία	AA 69
Γερακιού Καλλιόπη	AA 17
Γεωργακοπούλου Δήμητρα	AA 20
Γεωργανάς Μάριος	AA 13
Γεωργιτσογιαννάκου Μαρία	AA 39
Γιακουμής Μιχαήλ	AA 38
Γιαλούρης Αθανάσιος	AA 88
Γιαννιάς Γεώργιος	AA 14, AA 16
Γιαννικόπουλος Γεώργιος	AA 37, AA 46,AA 85
Γιαννούτσος Σπυρίδων	AA 77
Γκολφινόπουλος Σταύρος	AA 01
Γκουγκούτση Αλεξάνδρα	AA 49
Γλέζου Ειρήνη	AA 73, AA 76
Γουναρίδη Παναγιώτα	AA 24, AA 25,AA 26, AA 27
Γρηγοροπούλου Πηνελόπη	AA 29

Δ

Δαδήρας Νικόλαος	AA 40, AA 41,AA 42, AA 43,AA 44, AA 78,AA 79
Δαμιανού Χάρης	AA 22, AA 23
Δασενάκη Μαρία	AA 69, AA 70,AA 71
Δελαπόρτα Ειρήνη	AA 13
Δελημπαλαδάκης Γεώργιος	AA 71
Δημητριάδης Γεώργιος	AA 09, AA 51,AA 61, AA 68,AA 77, AA 80
Δημητριάδης Ιωάννης	AA 45, AA 64,AA 65, AA 66
Διαμάντης Ευάγγελος	AA 88
Δολαψάκης Χριστόδουλος	AA 04, AA 34,AA 35, AA 63
Δουρίδας Γεώργιος	AA 55
Δραγουμάνος Βασίλειος	AA 50



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

E

Ελευθεριάδου Ιωάννα.....AA 29

Z

Ζάρπας Χαρίλαος.....AA 77
Ζεγγίνη ΕλένηAA 73, AA 76
Ζήζη-Σερμπετζόγλου ΑδαμαντίαAA 30
Ζηντίλης ΧρυσόστομοςAA 07
‡Ζώκαρης ΔημήτριοςAA 19
Ζώρζου Μαρκέλα- ΠαγωνίτσαAA 37, AA 46,
.....AA 85
Ζώτικα ΧριστίναAA 37, AA 46,
.....AA 85

H

Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα.....AA 74
Ηρακλέους Ηρακλής.....AA 19

Θ

Θεοδωρομανωλάκης Παναγιώτης...AA 86
Θεοδωροπούλου ΑνδριάνταAA 21
Θεοχάρη ΜαρίαAA 05

I

Ιωαννίδης Ιωάννης.....AA 48
Ιωαννίδης Παναγιώτης.....AA 69

K

Καβαλλιέρου ΓαρυφαλλιάAA 38
Καϊκής ΑριστείδηςAA 17
Κακαβά ΕυαγγελίαAA 68
Κακοσαίου Ζωή.....AA 24, AA 25,
.....AA 26, AA 27
Κακουλίδης ΙωάννηςAA 18, AA 72
Καλαβρή ΕλένηAA 24, AA 25,
.....AA 26, AA 27
Καλαφατάκης ΚωνταντίνοςAA 54
Καλλέργη ΑγγελικήAA 37, AA 46,
.....AA 85
Καλλιέρης ΦώτιοςAA 57
Καλλιοντζόγλου ΑναστασίαAA 17
Καλπάκου ΓεωργίαAA 22, AA 23
Κάπρος Ηλίας.....AA 23
Καραβοκυρός Ιωάννης.....AA 30
Καραγιάννης ΧρήστοςAA 81

Καραγιαννίδης Ευστράτιος.....AA 45, AA 64,
.....AA 65, AA 66
Καραϊσκος Γρηγόρης.....AA 33
Καραμήτρου ΠαναγιώταAA 24, AA 25,
.....AA 26, AA 27
Καράμπα Γεωργία.....AA 22, AA 23
Καραμπουσή Ελένη.....AA 33
Καρανίκας ΔημήτρηςAA 05
Καραταπάνης ΣτυλιανόςAA 11, AA 12,
.....AA 13, AA 14,
.....AA 15, AA 16,
.....AA 17
Καραφωτιάς Ιωάσαφ.....AA 38, AA 39
Καραχάλιος ΓεώργιοςAA 74, AA 75
Κάρδαρη Αικατερίνη.....AA 22, AA 23
Καρκαλούσος ΠέτροςAA 54
Καρλής Γεώργιος.....AA 06, AA 08
Καρρά ΓεωργίαAA 05
Καρύδης Ιωάννης.....AA 19
Καστανάκης ΣεραφείμAA 03, AA 04,
.....AA 34, AA 35,
.....AA 36, AA 47,
.....AA 63
Καταξάκη ΕυαγγελίαAA 75
Κατσαούνης Παναγιώτης.....AA 77
Κατσιλάμπρος ΝικόλαοςAA 29
Κατσουλάκη ΜαρίαAA 03, AA 04,
.....AA 34
Κατωπόδη ΕυανθίαAA 31, AA 33
Καψαλάκης ΓεώργιοςAA 49
Κεχαγιά ΕμμανουηλίαAA 18, AA 72
Κοκαρίδα ΑικατερίνηAA 22, AA 23
Κόκκινος Αλέξανδρος.....AA 02, AA 29
Κολιάκου Ελένη.....AA 05
Κολλόκας ΆγγελοςAA 10
Κολομτσάς Ζαχαρίας.....AA 58, AA 59,
.....AA 82, AA 83,
.....AA 84
Κομπόπουλος ΝικόλαοςAA 10, AA 48
Κονναρή ΚωνσταντίναAA 06, AA 08
Κόνσολας ΙωάννηςAA 12, AA 16
Κόνσολας ΧρήστοςAA 60
Κοντογιάννη Χρύσα.....AA 22, AA 23
Κόντος Ιωάννης.....AA 74
Κορακάκης Γεώργιος.....AA 10
Κορκολοπούλου ΠηνελόπηAA 30
Κοσμίδου ΚυριακήAA 03, AA 34,
.....AA 35, AA 36
Κοτινά ΕιρήνηAA 56, AA 57
Κουλουκούρα ΑσπασίαAA 31



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Κούμα Δήμητρα	AA 07
Κουμουτσέα Δάφνη.....	AA 19
Κουπετώρη Μαρίνα.....	AA 28, AA 52,AA 55, AA 56,AA 57
Κουρουτού Παρασκευή	AA 56, AA 57
Κουτσιαύτης Ιωάννης	AA 88
Κούτσικα Ειρήνη.....	AA 78, AA 79
Κουτσοβασίλης Αναστάσιος.....	AA 58, AA 59,AA 82, AA 83,AA 84
Κουτσογιάννη Κλημεντίνη	AA 38
Κουτσογιάννης Γεώργιος.....	AA 32
Κρανιδιώτης Γεώργιος	AA 49
Κρικέτου Δέσποινα	AA 60
Κώστας Νικόλαος	AA 11, AA 12,AA 13, AA 14,AA 15, AA 16,AA 17
Κωστή Αναστασία	AA 37, AA 85
Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια.....	AA 40, AA 41,AA 42, AA 43,AA 44, AA 78,AA 79
Κωστοπούλου Μυρτώ	AA 60, AA 62,AA 67, AA 86
Κώτης Αλέξανδρος	AA 13, AA 17

Λ

Λαβράνος Γιάγκος	AA 07, AA 87
Λαμπαδιάρη Βαία.....	AA 09, AA 80
Λαμπρόπουλος Χρήστος.....	AA 60, AA 62,AA 67, AA 86
Λεβίδου Γεωργία.....	AA 30
Λεγκάκου Λεώνη	AA 28
Λεοντσίνης Ιωάννης	AA 33
Λιακοπούλου Ευθυμία	AA 75
Λιάπη Χάρης	AA 54
Λιάσκος Χρήστος	AA 29
Λιασκώνη Κωνσταντίνα	AA 32
Λιάτσος Χρήστος	AA 19
Λίστος Φίλιππος	AA 11, AA 13,AA 14, AA 15,AA 17

Μ

Μάγκας Νικόλαος.....	AA 06, AA 08
Μαζιώτη Μαρία.....	AA 80
Μακίνα Άννα	AA 74, AA 75
Μακρής Αθανάσιος	AA 45, AA 64,AA 65, AA 66AA 85
Μαλακός Ιωάννης.....	AA 37, AA 46,AA 85
Μαμάκου Βασιλική	AA 73, AA 76
Μαντζωρογεώργου Ελένη	AA 16
Μανωλαράκης Γεώργιος	AA 69
Μανωλίτσης Στυλιανός.....	AA 12, AA 16
Μαράτου Ειρήνη.....	AA 09, AA 68,AA 80
Μαρκάκης Κωνσταντίνος	AA 80
Μαρκοπούλου Αναστασία	AA 21
Μάστορα Αδελαΐς	AA 24, AA 25,AA 26, AA 27
Ματσάγγος Σπυρίδων	AA 51, AA 61
Μαύρας Γεώργιος.....	AA 64, AA 65,AA 66
Μελάς Νικόλαος	AA 50
Μελιδώνης Ανδρέας	AA 49, AA 50,AA 51, AA 61
Μηλάκη Καλλιόπη	AA 58, AA 59,AA 82, AA 83,AA 84
Μήλια Αδαμαντία.....	AA 22, AA 23
Μηνετσάκη Γεωργία.....	AA 39
Μήτρου Παναγιώτα	AA 09
Μίχας Γεώργιος	AA 20, AA 21
Μουρατίδου Μαρία	AA 38
Μπάλλα Ηλιάνα.....	AA 39
Μπαλτά Αγγελική	AA 37, AA 46
Μπαμπίλη Κωνσταντίνα.....	AA 03, AA 34,AA 35, AA 36,AA 47, AA 63
Μπάσδρα Ευθυμία Κ.	AA 30
Μπαχλιτζανάκη Μαρία	AA 58, AA 59,AA 82, AA 83,AA 84
Μπέχλη Ανδρονίκη	AA 60, AA 62,AA 67, AA 86
Μπιρστογιάννης Γεώργιος	AA 20
Μποτωνάκη Κέλλυ	AA 47, AA 63
Μπούκη Μαρία	AA 85
Μπουλταδάκη Ανδριανή	AA 85
Μπουτάτη Ελένη.....	AA 51, AA 61,AA 68



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Μπουτέλ ΔημήτριοςΑΑ 18
Μπριστιάνου ΜαγδαληνήΑΑ 31, ΑΑ 32,
.....ΑΑ 33

N

Νάκος ΑνδρέαςΑΑ 19
Νέλλα Αικατερίνη-ΚωνσταντίναΑΑ 62
Νιάρου ΒασιλικήΑΑ 60, ΑΑ 62,
.....ΑΑ 67, ΑΑ 86
Νικολόπουλος ΑθανάσιοςΑΑ 10, ΑΑ 48
Νικολοπούλου ΛευκήΑΑ 20, ΑΑ 21
Νταλαγιώργου ΓεωργίαΑΑ 30
Ντέτσας ΓεώργιοςΑΑ 11, ΑΑ 12,
.....ΑΑ 14, ΑΑ 15,
.....ΑΑ 16, ΑΑ 17

Ξ

Ξυδιά ΝικολέτταΑΑ 21

O

Οικονομόπουλος ΝικόλαοςΑΑ 77
Ορφανουδάκη ΕλένηΑΑ 34, ΑΑ 35,
.....ΑΑ 36

Π

Παγώνη ΣταματίναΑΑ 81
Παληγιάννη ΕλένηΑΑ 32
Παλυβός ΛάμπροςΑΑ 55
Παναγοπούλου ΠαναγιώταΑΑ 55, ΑΑ 57
Πανάγου ΕμμανουήλΑΑ 19
Πάνου ΧαράλαμποςΑΑ 31, ΑΑ 32,
.....ΑΑ 33
Πανουτσόπουλος ΓεώργιοςΑΑ 28
Πανουτσόπουλος ΑθανάσιοςΑΑ 64, ΑΑ 65,
.....ΑΑ 66
Παντελίδη ΜαρίαΑΑ 28, ΑΑ 52,
.....ΑΑ 55
Παντελίδου Ηλιάννα- ΜαρίαΑΑ 28, ΑΑ 52,
.....ΑΑ 56, ΑΑ 57
Παπαβαγγέλης ΧρήστοςΑΑ 19
Παπαβασιλείου Αθανάσιος Γ.ΑΑ 30
Παπαβασιλείου ΕυστάθιοςΑΑ 53
Παπαγγελή ΕλένηΑΑ 31
Παπαγιαννοπούλου ΜαρίαΑΑ 31
Παπαδήμα ΈφηΑΑ 60
Παπαδογιάννης ΔημήτριοςΑΑ 02
Παπαδοπούλου ΑναστασίαΑΑ 77

Παπαδοπούλου ΕυθυμίαΑΑ 37, ΑΑ 46,
.....ΑΑ 85
Παπαδόσηφου ΑγγελικήΑΑ 47
Παπαϊωάννου ΠαρασκευήΑΑ 64
Παπακωνσταντίνου ΑιμιλίαΑΑ 09
Παπακωνσταντίνου ΛάζαροςΑΑ 12
Παπαμανώλης ΕμμανουήλΑΑ 11
Παπανικολάου ΕλένηΑΑ 07, ΑΑ 87
Παπαστεργίου ΒασίλειοςΑΑ 11, ΑΑ 12,
.....ΑΑ 13, ΑΑ 14,
.....ΑΑ 15, ΑΑ 16,
.....ΑΑ 17
Παππάς ΑπόστολοςΑΑ 45, ΑΑ 66
Παρδαλού ΦωτεινήΑΑ 11, ΑΑ 14,
.....ΑΑ 15, ΑΑ 16
Παρτάλης ΝικόλαοςΑΑ 47, ΑΑ 63
Παρτσαλάκη ΕιρήνηΑΑ 35, ΑΑ 36
Πάτσιος ΔημήτριοςΑΑ 19
Παυλάκη ΜαρίαΑΑ 45
Παχιαδάκης ΙωάννηςΑΑ 19
Πέππα ΜελπομένηΑΑ 68
Περρέα ΔέσποιναΑΑ 29
Πεσκέσης ΓεώργιοςΑΑ 88
Πετροπούλου ΚωνσταντίναΑΑ 19
Πετσιμέρη ΒασιλικήΑΑ 05
Πέτσιου ΕλένηΑΑ 09
Πήττας ΚωνσταντίνοςΑΑ 36, ΑΑ 47
Πιερρακάκης ΣτέφανοςΑΑ 55
Πιπέρη ΧριστίναΑΑ 30
Πλακομύτη ΘεοδώραΑΑ 11, ΑΑ 14,
.....ΑΑ 15
Πλούγαρης ΕυθύμιοςΑΑ 18
Πολύζου ΑρχοντούλαΑΑ 48
Πολυμίλη ΓεωργίαΑΑ 03, ΑΑ 04,
.....ΑΑ 34, ΑΑ 35,
.....ΑΑ 36
Προδρομίδου ΚλεοπάτραΑΑ 11, ΑΑ 12,
.....ΑΑ 14, ΑΑ 15
Πρωτογέρου ΑθανάσιοςΑΑ 02
Πρωτοψάλτης ΙωάννηςΑΑ 61

P

Ράπτη ΜαγδαληνήΑΑ 24, ΑΑ 25,
.....ΑΑ 26, ΑΑ 27
Ράπτης Αθανάσιος Ε.ΑΑ 80
Ράπτης Σωτήριος Α.ΑΑ 09, ΑΑ 51,
.....ΑΑ 61, ΑΑ 68,
.....ΑΑ 80



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Ραχιώτη Αικατερίνη	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27
Ρέλλος Κωνσταντίνος	AA 69, AA 70,
.....	AA 71
Ρόζη Φωτεινή.....	AA 64, AA 65,
.....	AA 66
Ρούλια Ευφροσύνη	AA 74
Ρούμελης Παναγιώτης	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27
Ρούσκας Παύλος.....	AA 72

Σ

Σακαλή Κωνσταντίνα	AA 72
Σαμαρά Νίκη	AA 11, AA 12,
.....	AA 14, AA 15
Σαράντη Νίκη	AA 20
Σαραφάδη Μαγδαληνή	AA 31, AA 32,
.....	AA 33
Σεϊτανίδη Ελένη	AA 60, AA 62,
.....	AA 86
Σεραφεινίδης Ιωάννης	AA 73, AA 76
Σεργεντάνης Θεόδωρος	AA 61
Σκαφίδα Αναστασία.....	AA 08
Σκορδά Λαμπρινή	AA 11, AA 12,
.....	AA 14, AA 15,
.....	AA 16
Σκουλικίδη Αναστασία	AA 85
Σκουλικίδη Σταματία.....	AA 37, AA 46
Σορολή Ευσταθία	AA 38
Σπανού Εμμανουήλ	AA 12, AA 14,
.....	AA 16
Σπανούδη Φιλίω	AA 09
Σπηλιόπουλος Νικόλαος	AA 60, AA 62
Σπηλιοπούλου Αικατερίνη	AA 88
Σπηλιωτόπουλος Χρήστος	AA 05
Σπυροπούλου Παναγιώτα.....	AA 51
Σταματελάτου Μαρία	AA 68, AA 69,
.....	AA 70, AA 71
Στάμου Παναγιώτα	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27
Σταμπόρη Μαρία	AA 11, AA 12,
.....	AA 14, AA 15,
.....	AA 16, AA 17
Σταυρινίδης Σταύρος	AA 53
Στεργίου Αικατερίνη	AA 88
Στουπάκη Μαρία	AA 37, AA 46,
.....	AA 85
Στριλάκου Αθηνά	AA 54
Στυλιανάκη Αικατερίνη	AA 54

Συμπάρδη Στυλιανή	AA 28, AA 52,
.....	AA 55, AA 56,
.....	AA 57, AA 75

Τ

Ταμπακόπουλος Δημήτριος	AA 19
Ταμπουρατζή Δήμητρα	AA 58, AA 59,
.....	AA 82, AA 83,
.....	AA 84
Τασσιάς Γεώργιος	AA 53
Τέλιος Θωμάς.....	AA 49
Τεντολούρης Νικόλαος	AA 02, AA 29
Τζαναβάρη Αικατερίνη.....	AA 40, AA 41,
.....	AA 42, AA 43,
.....	AA 44
Τζερεφός Σταύρος	AA 51
Τόλη Ειρήνη	AA 20
Τριανταφυλλίδου Δομνίκη.....	AA 04, AA 34,
.....	AA 47
Τσαβαρής Νικόλαος	AA 30
Τσαγκαλίδου Ευγενία	AA 72
Τσάλτα Δανάη	AA 10, AA 48
Τσάμης Κωνσταντίνος	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27
Τσαρούχας Ξενοφών.....	AA 88
Τσαφά Ευφροσύνη	AA 03, AA 04,
.....	AA 63
Τσελάς Κωνσταντίνος	AA 58, AA 59,
.....	AA 82, AA 83,
.....	AA 84
Τσερκεζίδου Ευανθία	AA 32
Τσιαούσης Γεώργιος	AA 51
Τσιάρα Άννα	AA 33
Τσιλιγκρού Βαίνα	AA 31, AA 32,
.....	AA 33
Τσιμούλης Δημήτρης	AA 70, AA 71
Τσιμπιδάκης Αντώνιος	AA 05
Τσίμπρης Γεώργιος.....	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27
Τσιόδρα Παρασκευή.....	AA 81
Τσιρογιάννη Αλεξάνδρα	AA 80
Τσιρώνης Γεώργιος	AA 52, AA 55,
.....	AA 56
Τσότρας Ιωάννης	AA 24, AA 25,
.....	AA 26, AA 27

Φ

Φανουργιάκης Παναγιώτης	AA 63
-------------------------------	-------



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Φούσσας Στέφανος	AA 51
Φουστέρης Ευάγγελος	AA 50, AA 51
Φράγκου Αρχοντούλα	AA 88
Φύλλας Ηλίας	AA 37, AA 46,AA 85
Φωσκολάκης Νικόλαος	AA 59, AA 82
Φωτοπούλου Κατερίνα.....	AA 81

Χ

Χαλβασιώτης Παναγιώτης.....	AA 77
Χαλκιάς Αθανάσιος	AA 49
Χαρχαλάκης Γεώργιος.....	AA 88
Χατζόπουλος Αντώνιος	AA 60, AA 62,AA 67, AA 86
Χειμωνίδης Σόλων	AA 07, AA 87
Χέρας Παναγιώτης	AA 60, AA 62,AA 67, AA 86
Χλέτσος Μιχαήλ	AA 40, AA 41,AA 42, AA 43,AA 44, AA 78,AA 79
Χολέβας Χρήστος.....	AA 33
Χοσνής Γαβριήλ	AA 24, AA 25,AA 26, AA 27
Χουλιτούδη Βασιλική	AA 45, AA 65
Χριστοδούλου Ηλέκτρα.....	AA 85
Χριστόπουλος Γεώργιος.....	AA 49, AA 50
Χριστόπουλος Κωνσταντίνος.....	AA 38, AA 39,AA 53
Χριστόπουλου Βασιλική.....	AA 77
Χρύσης Δημήτριος.....	AA 39
Χρυσουλάκη Μαρία.....	AA 69, AA 70,AA 71
Χωρεψιμά Σταματία.....	AA 02

Ψ

Ψέλλας Χρυσόστομος.....	AA 11, AA12AA 14, AA 15,AA 16
-------------------------	---

Adenuric[®]

(febuxostat)



MENARINI HELLAS A.E.

ΑΝ. ΔΑΜΒΕΡΓΗ 7, 10445 Αθήνα, ΤΗΛ.: 210-83.16.111-13, FAX: 210-83.17.343, E-MAIL: menarini@otenet.gr

Το Adenuric[®] αποτελεί σήμα κατατεθέν της Teijin Pharma Limited, Τόκιο, Ιαπωνία

Εξατομικευμένη Θεραπεία

προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενούς

Ασθενείς με την ίδια ασθένεια



Θεραπευτική προσέγγιση
"μία θεραπεία για όλους"

Σήμερα οι περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται με τον ίδιο τρόπο με αποτέλεσμα:

- μόλις το 25-80% των ασθενών να λαμβάνουν αποτελεσματική θεραπεία*
- να σημειώνονται περισσότεροι από 100.000 θάνατοι έτος από ανεπιθύμητες ενέργειες στις Η.Π.Α.*

Εξατομικευμένη Θεραπεία:
η κατάλληλη θεραπεία, για τον κατάλληλο ασθενή, στην κατάλληλη χρονική στιγμή

Προσδευτικά οι θεραπείες θα στοχεύουν σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών, οι οποίες προσδιορίζονται από βιοδείκτες.

Η Roche, μέσω της σύμπραξης των κλάδων φαρμάκων και διαγνωστικών, ήταν από τις πρώτες εταιρείες που επένδυσαν σε τεχνολογίες μαριακής βιολογίας. Χάρη στην εκτενή εμπειρία που προσφέρει αυτή η επένδυση, βρισκόμαστε στη μοναδική θέση να προωθούμε την ανάπτυξη της Εξατομικευμένης Θεραπείας, παρουσιάζοντας ποικίλες εφαρμογές στη θεραπεία του καρκίνου, των ιαγενών και μεταβολικών νόσων.

Ομάδα ασθενών με την ίδια ασθένεια



Στοχευμένη Θεραπεία



ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ:



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
Τηλ.: 210 6048260, Fax: 210 6047457
E-mail: alebesi@free-spirit.gr