

19^Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

> www.hsim.gr

> 11 - 14 Δεκεμβρίου 2013

> Ξενοδοχείο Divani Caravel

> Αθήνα

**Τελικό Πρόγραμμα &
Βιβλίο Περιλήψεων**



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΑΘΗΝΩΝ



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



EUROPEAN ACADEMY
OF SCIENCES AND ARTS



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ



EUROPEAN
INSTITUTE OF HEALTH



Η ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

H No 1 βασική ινσουλίνη παγκοσμίως¹

47 ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ανθρωποέτη κλινικής εμπειρίας²

10 ΧΡΟΝΙΑ αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας και ασφάλειας³⁻⁹



LANTUS
insulin glargine

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. ΟΛΗ ΜΕΡΑ. ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ.

1. IMS-MAT, June 2012. 2. Data on file. Periodic Safety Report Update, April 2012. 3. Gerstein HC, et al. *Diabet Med* 2006;23:736-42. 4. Rosenstock J, et al. *Diabetes Care* 2006;29:554-9. 5. Aschner P, et al. *Lancet* 2012;379:2262-9. 6. Yki-Järvinen H, et al. *Diabetologia* 2006; 49:442-51. 7. Riddle MC, et al. *Diabetes Care* 2003;26:3080-6. 8. Schreiber SA, et al. *Diabetes Technol Ther* 2008;10(2):121-7. 9. DeVries JH, et al. *Diabetes* 2012;61(Suppl 1):A552-3. 10. Lantus® P.I.X.T.

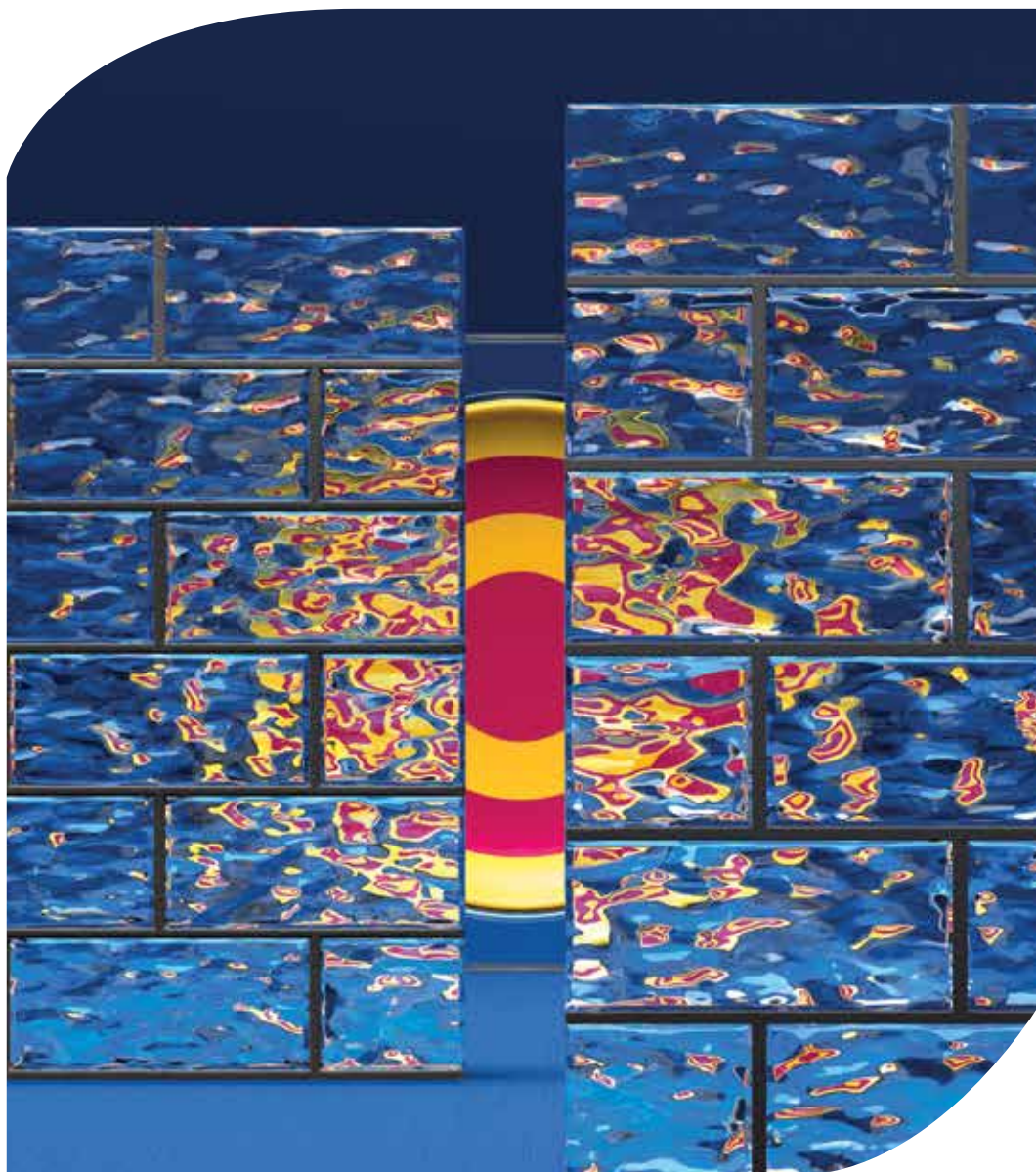
Lantus Σύντομος Συνταγογραφικός Οδηγός Δοσολογία και μορφή: Lantus 100 μονάδες/ml ενέσιμο διάλυμα ινσουλίνης glargine, διαθέσιμη σε φιαλίδια των 10 ml, σε φυσιώγη των 3ml για την πένα ClickSTAR και σε προετοιμασμένη συσκευή τύπου πένας των 3ml SoloStar. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά ηλικίας 2 ετών και πάνω. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθητο στη δράση της ινσουλίνης ή σε κάποιο από τα έκδοσα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το Lantus δεν είναι η ινσουλίνη εκλογής για τη θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης. Αντίθετα σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται η χρήση ινσουλίνης βραδείας δράσης (regular) ενδοφλέβιας. Στην περίπτωση που η ρύθμιση του σακχάρου είναι ανεπαρκής ή υπάρχει τόσο για επείγουσα υπερ- ή υπογλυκαιμία, πριν γίνει αναπροσαρμογή της δόσης, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η εμμονή που ασκούνται στο καθιερωμένο θεραπευτικό σχήμα, οι θέσεις των ενέσεων και η ουσιαστική τους καύση και όλα οι άλλοι συσχετιζόμενοι παράγοντες. Η μετάβαση που ασκείται σε έναν άλλο τύπο ή εμπορικό σκεύασμα ινσουλίνης πρέπει να γίνεται κάτω από αυστηρή ιατρική παρακολούθηση. Αλλαγές στην περιεκτικότητα, το εμπορικό σκεύασμα (παράγωγος), τον τύπο (κανονική, ισορροπική [NPH], βραδείας δράσης [lente], μακράς δράσης κ.λπ.), την προέλευση (ζωική, ανθρώπινη, ανάλογη ανθρώπινης ινσουλίνης) ή και τη μέθοδο παραγωγής μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα κάποια μεταβολή στη δόση. Η χρήση ινσουλίνης μπορεί να προκαλέσει το σχηματισμό αποσπασμάτων έναντι της ινσουλίνης. Σε σπάνιες περιπτώσεις η παρουσία τέτοιων αποσπασμάτων έναντι της ινσουλίνης μπορεί να απαιτήσει την προσαρμογή της δόσης ινσουλίνης προκειμένου να διασφαλιστεί η δόση για υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία. **Υπογλυκαιμία:** Ο χρόνος που εμφανίζεται η υπογλυκαιμία εξαρτάται από το προφίλ δράσης των ινσουλινών οι οποίες χρησιμοποιούνται και συνεπώς δυνατόν να αλλάξει όταν τροποποιηθεί το θεραπευτικό σχήμα. Επειδή με το Lantus ο εφελκυσμός της βασικής ινσουλίνης είναι πιο σταθερός, μπορεί να αναμένεται λιγότερο κυκλική υπογλυκαιμία αλλά περισσότερο πολύ πρωινή υπογλυκαιμία. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και συνιστάται εντατικότερη παρακολούθηση του σακχάρου του αίματος σε ασθενείς στους οποίους η υπογλυκαιμική επείγουσα μπορεί να σχετίζεται με ιδιαίτερες κλινικές καταστάσεις όπως σε ασθενείς με σημαντική στένωση των στεφανιαίων αρτηριών ή των αγγείων στεφανιαίας αρτηρίας που υποβάλλονται σε επείγουσα (κίνδυνος καρδιακών ή εγκεφαλικών επεισοδίων από την υπογλυκαιμία) καθώς επίσης και σε ασθενείς με παραγωγική αμφιβλαστροειδοπάθεια, ιδιαίτερα αν δεν έχει αντιμετωπιστεί με φωτεινότητα (κίνδυνος ανώμαλης αμφοδύσας μετά από υπογλυκαιμία). Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης το προετοιμασμένο σύστημα της υπογλυκαιμίας είναι ελαττωμένο. Τα προετοιμασμένα συστήματα της υπογλυκαιμίας μπορεί να διασκορπισθούν, να γίνουν λιγότερο εκθέσιμα ή να εκλύονται σε ορισμένες ομάδες κινδύνου. Αυτές περιλαμβάνουν ασθενείς: στους οποίους ο γλυκαιμικός έλεγχος έχει βελτιωθεί σημαντικά, στους οποίους η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται βαθιά, που είναι ηλικιωμένα, οι οποίοι μεταβαίνουν από ζωική ινσουλίνη σε ανθρώπινη, οι οποίοι εμφανίζουν αυξημένη ευαισθησία, με μακροχρόνιο ιστορικό διαβήτη, που πάσχουν από ψυχιατρικό πρόβλημα, που λαμβάνουν ταυτόχρονα άλλα συσκευασμένα φαρμακευτικά προϊόντα. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να οδηγούν σε σοβαρή υπογλυκαιμία (για πιθανή απώλεια της συνείδησης) πριν προλάβει να αντιληφθεί την υπογλυκαιμία. Η παρατεταμένη δράση της υπογλυκαιμίας μπορεί να καθυστερήσει την ανίχνευση από υπογλυκαιμία. Εξάρων παρατηρηθούν ψυχολογικά ή ακόμη και μεμνηστικά γλυκαιμικές αμοιροσύνες, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η πιθανότητα υποτροπών, μη αναγνωρισμένων (ιδίαιτα κατά τη νύχτα) επείγουσιν υπογλυκαιμίας. Η εμμονή των ασθενών στη δόση και τα διακριτικά σχήμα, η αυστηρή χρήση ινσουλίνης και η αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας είναι απαραίτητα για τη μείωση των κινδύνων στην υπογλυκαιμία. Οι παρήγορες που αυξάνουν την ευαισθησία για υπογλυκαιμία στενάζουν ιδιαίτερα στην παρακολούθηση και μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς, συνοδό ναυτία (π.χ. έμετος, διάρροια), ανεπαρκή πρόληψη τροφής, παράλληλη γευστική, κατάπληξη ανοησιότητας, διάρροιας με αναποδογυρισμένες ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. σε υποθυρεοειδισμό και σε ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης ή του φλοιού των επινεφριδίων), αναρροή των κινήσεων με κάποιο άλλο συσκευασμένο φαρμακευτικό προϊόν. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Η υπογλυκαιμία, γενικά ή πιο συχνά ανεπιθύμητη αντίδραση κατά την ινσουλινθεραπεία, μπορεί να εμφανιστεί αν η δόση της ινσουλίνης είναι πολύ υψηλή σε σχέση με τις απαιτήσεις για ινσουλίνη. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρούνται πιο συχνά σύμφωνα με την κατάσταση ανά οργανικό σύστημα και με σειρά φθίνουσας συχνότητας (πολύ συχνές: $\geq 1/10$, συχνές: $\geq 1/100$ έως $< 1/10$, αισές: $\geq 1/1000$ έως $< 1/100$, σπάνιες: $\geq 1/10000$ έως $< 1/1000$, πολύ σπάνιες: $< 1/10000$). Ενώς κάθε κατηγορίας ανιστάται εμφάνιση: οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρούνται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας. Διαταραχές του μεταβολισμού και της άφης: Σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια, ιδιαίτερα αν υποστηρίζουν, μπορεί να οδηγήσουν σε νευρολογικές βλάβες. Παρατηρούνται ή σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια μπορεί να είναι επικίνδυνα για τη ζωή. Σε πολλούς ασθενείς το σάκχαρο και τα συμπτώματα μιας νευρολογικής προηγούμενα των σημείων μιας σοβαρότερης αναποδογυρισμένης δράσης. Κατά κανόνα, όσο πιο μεγάλη και ταχύτερη είναι η μείωση του σακχάρου στο αίμα, τόσο πιο άσχημα είναι το φαινόμενο που αφορά στην αναρροή και τα συμπτώματα του. Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος: Άσχημα τύπου αλλεργικής αντίδρασης στην ινσουλίνη είναι σπάνιες. Τέτοιες αντιδράσεις στην ινσουλίνη (περιλαμβανομένης της ινσουλίνης glargine) ή από έκδοσα μπορεί να παραδίδουν να σχετίζονται με γαλακτωματικές αντιδράσεις, αγγειοίληξη, βρογχόσπασμο, υπόταση και καταπληξία και μπορεί να είναι επικίνδυνες για τη ζωή. Η χρήση ινσουλίνης μπορεί να προκαλέσει το σχηματισμό αποσπασμάτων έναντι της ινσουλίνης. Σε κλινικές μελέτες, ορισμένα από τα παρασκευάσματα διαπιστώθηκαν αντίδραση με την ανθρώπινη ινσουλίνη και την ινσουλίνη glargine παρατηρήθηκαν με την ίδια συχνότητα σε ομάδες ο οποίος αναμενόμενα θεραπευτικό τόσο με NPH όσο και με ινσουλίνη glargine. Σε σπάνιες περιπτώσεις η παρουσία τέτοιων αποσπασμάτων έναντι της ινσουλίνης μπορεί να απαιτήσει την προσαρμογή της δόσης ινσουλίνης προκειμένου να διασφαλιστεί η δόση για υπογλυκαιμία ή υπογλυκαιμία. **Οδηγίες διαταραχές:** Μο είναι αλληλκή των γλυκαιμικών ελέγχου μπορεί να προκαλέσει προσωρινές διαταραχές της όρασης εξαιτίας της προσωρινής μεταβολής της θερμοκρασίας του διαθλαστικού δείκτη των υγρών. Η μακροχρόνια βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου κλινικών του κίνδυνου εξέλιξης της διαβητικής αμφιβλαστροειδοπάθειας. Οποιο, η ανατομική της ινσουλινθεραπείας με στόχου βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου μπορεί να σχετίζεται με προσωρινή επιδείνωση της διαβητικής αμφιβλαστροειδοπάθειας. Σε ασθενείς με παραγωγική αμφιβλαστροειδοπάθεια, ιδιαίτερα αν δεν έχει αντιμετωπιστεί με φωτεινότητα, οι σοβαρές υπογλυκαιμικές κρίσεις μπορεί να προκαλέσουν πρόσθια αμφοδύσας. Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού: Όπως σε κάθε ινσουλινθεραπεία, η λιποδυστροφία μπορεί να παρουσιαστεί από θέση της ένεσης και να καθυστερήσει την απορρόφηση της ινσουλίνης τοπικά. Η έντονη ενδοκαλκή της θέσης της ένεσης ενός της προκαθορισμένης περιοχής των ενέσεων μπορεί να βοηθήσει στην μείωση ή στην πρόληψη τέτοιων αντιδράσεων. Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της αού χρήσης: Οι αντιδράσεις από θέση της ένεσης περιλαμβάνουν ερυθρότητα, άγχος, κνησμός, ερύσημα, οίδημα ή φλεγμονή. Οι πλέον ήπιες αντιδράσεις από την ινσουλίνη από θέση της ένεσης συνήθως υποχωρούν μέσα σε λίγες ημέρες έως και λίγες εβδομάδες. Σπάνια η ινσουλίνη μπορεί να προκαλέσει καταπόνηση νεφρού και οίδημα, ιδιαίτερα αν προηγούμενος ο μακρύς έλεγχος του μεταβολισμού βελτιωθεί με εντατική θεραπεία ινσουλίνης. Οι σύντομες συνταγογραφικές οδηγίες είναι βασισμένες στην ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA). Ημερομηνία τελευταίας αναθεώρησης του κειμένου: 25.05.2012. Πάντοτε να συμβουλευτείτε την πλήρη Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (P.I.X.T.) πριν τη συνταγογράφηση.

SANOFI DIABETES

Sanofi-aventis A.E.B.E., Αθήνα: Α. Συγγρού 348, Κτήριο Α, 17674, Καλλιθέα, Τηλ.: 210 9001600, Fax: 210 9249088, www.sanofi.gr

Janumet®

(sitagliptin/metformin, MSD)



Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

LICENSEE/DISTRIBUTOR OF **MERCK SHARP & DOHME**,

Division of **MERCK & Co., Inc.**, Whitehouse Station, N.J., USA.

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• **ΑΘΗΝΑ:** Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

• **E-Mail:** mailbox@vianex.gr • **INTERNET:** <http://www.vianex.gr>

• **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:** Ακάδημου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη,

Εύοσμος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ.: 2310 833893

• **ΠΑΤΡΑ:** Μαιζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397



MSD

Συμπρωθήση από την εταιρεία:

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 2109897300

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεο/νίκης - Θέρμης, 570 01 ΠΥΛΑΙΑ,

ΤΗΛ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687

www.msd.gr



Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου	5
Οργανωτική Επιτροπή - Φορέας Διοργάνωσης	6
Αιγίδες Φορέων	6
Χορηγοί	7

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΕΚΘΕΣΗ

Πλάνο Έκθεσης	11
---------------------	----

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Συνεδρίου	12
Συνεδριακός Χώρος	12
Γλώσσα Συνεδρίου	12
Ιστότοπος Ε.Ε.Ε.Π.	12
Έκθεση Συνεδρίου	12
Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)	12
Γραμματεία Συνεδρίου	12

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Εγγραφές	13
Βεβαιώσεις Παρακολούθησης	13
Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης	13

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Αναρτημένες Ανακοινώσεις	14
Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων	14
Προφορικές Ανακοινώσεις	15
Παρουσίαση Προφορικών Ανακοινώσεων	15
Βραβεύσεις Εργασιών	15

ΤΙΜΗΤΙΚΑ ΒΡΑΒΕΙΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ

ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τετάρτη, 11 Δεκεμβρίου 2013

Πέμπτη, 12 Δεκεμβρίου 2013

Γενική Συνέλευση Μελών Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)	32
Σε περίπτωση μη απαρτίας η συνεδρίαση θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 13 Δεκεμβρίου 2013	

Παρασκευή, 13 Δεκεμβρίου 2013

Γενική Συνέλευση Μελών Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)	50
(Εφόσον δεν πραγματοποιηθεί την Πέμπτη 12 Δεκεμβρίου 2013)	

Σάββατο, 14 Δεκεμβρίου 2013

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ



Χαιρετισμός Προέδρου



Αγαπητές και αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με το βλέμμα πάντα στραμμένο στις ανάγκες του σύγχρονου Έλληνα ιατρού, η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.) συνεχίζει κι εφέτος την εικοσιπενταετή και πλέον επιστημονική ανοδική πορεία της με τη διοργάνωση του 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, το οποίο πραγματοποιείται στις 11 - 14 Δεκεμβρίου 2013 στην Αθήνα.

Φιλοδοξώντας να προάγει την ιατρική γνώση και να υποβοηθήσει με κάθε τρόπο το σύγχρονο ιατρό στο δύσκολο έργο του, το Συνέδριο αυτό θα εστιάσει και πάλι σε όλα εκείνα τα θέματα που τον ενδιαφέρουν και τον προβληματίζουν στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, σήμερα και στο άμεσο μέλλον.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, οι εξειδικευμένοι στα θέματά τους διακεκριμένοι επιστήμονες που συμμετέχουν θα παρουσιάσουν με τον πλέον εμπειριστατωμένο τρόπο όλες τις νεότερες παγκόσμιες εξελίξεις στην Εσωτερική Παθολογία, μεταλαμπαδεύοντας, έτσι, τις πολύτιμες γνώσεις τους σε όλους τους νεότερους ιατρούς.

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Ε.Π., είναι πεποίθησή μας ότι θα ανταποκριθείτε άμεσα στην πρόσκλησή μας για συμμετοχή σε αυτή την προσπάθεια, η οποία θα εμπλουτίσει τις γνώσεις μας και θα ανοίξει νέους δρόμους στην καθημερινή κλινική μας πρακτική, και σας ευχαριστούμε που την ενισχύετε με την παρουσία και την επιστημονική σας επάρκεια.

Με φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής Σωτήριος Α. Ράπτης

Πρόεδρος Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
και της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου



Οργανωτική Επιτροπή

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

Πρόεδρος:	Σωτήριος Α. Ράπτης
Αντιπρόεδρος:	Νικόλαος Λ. Κατσιλάμπρος
Γενικός Γραμματέας:	Εμμανουήλ Ιακ. Διαμαντόπουλος
Ταμίας:	Νικόλαος Κ. Τεντολούρης
Μέλη:	Γεώργιος Δ. Δημητριάδης Ξενοφών Κ. Κροκίδης Ελένη Ι. Μπουτάτη Αχιλλέας Α. Τουρκαντώνης

- Γενικός Συντονισμός Συνεδρίου και Επιστημονικού Προγράμματος: Ελένη Ι. Μπουτάτη
- Επιμέλεια Επιστημονικού Προγράμματος: Παναγιώτης Γ. Χαλβασιώτης

Φορέας Διοργάνωσης



Πλουτάρχου 3, 106 75, Αθήνα. Τηλ. 210 7299168 • Fax 210 7295168
E-mail: info@hsim.gr • Website: www.hsim.gr

Αιγίδες Φορέων



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



EUROPEAN ACADEMY
OF SCIENCES AND ARTS



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΑΘΗΝΩΝ



EUROPEAN
INSTITUTE OF HEALTH



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



Χορηγοί

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της:



&





Οργάνωση - Γραμματεία



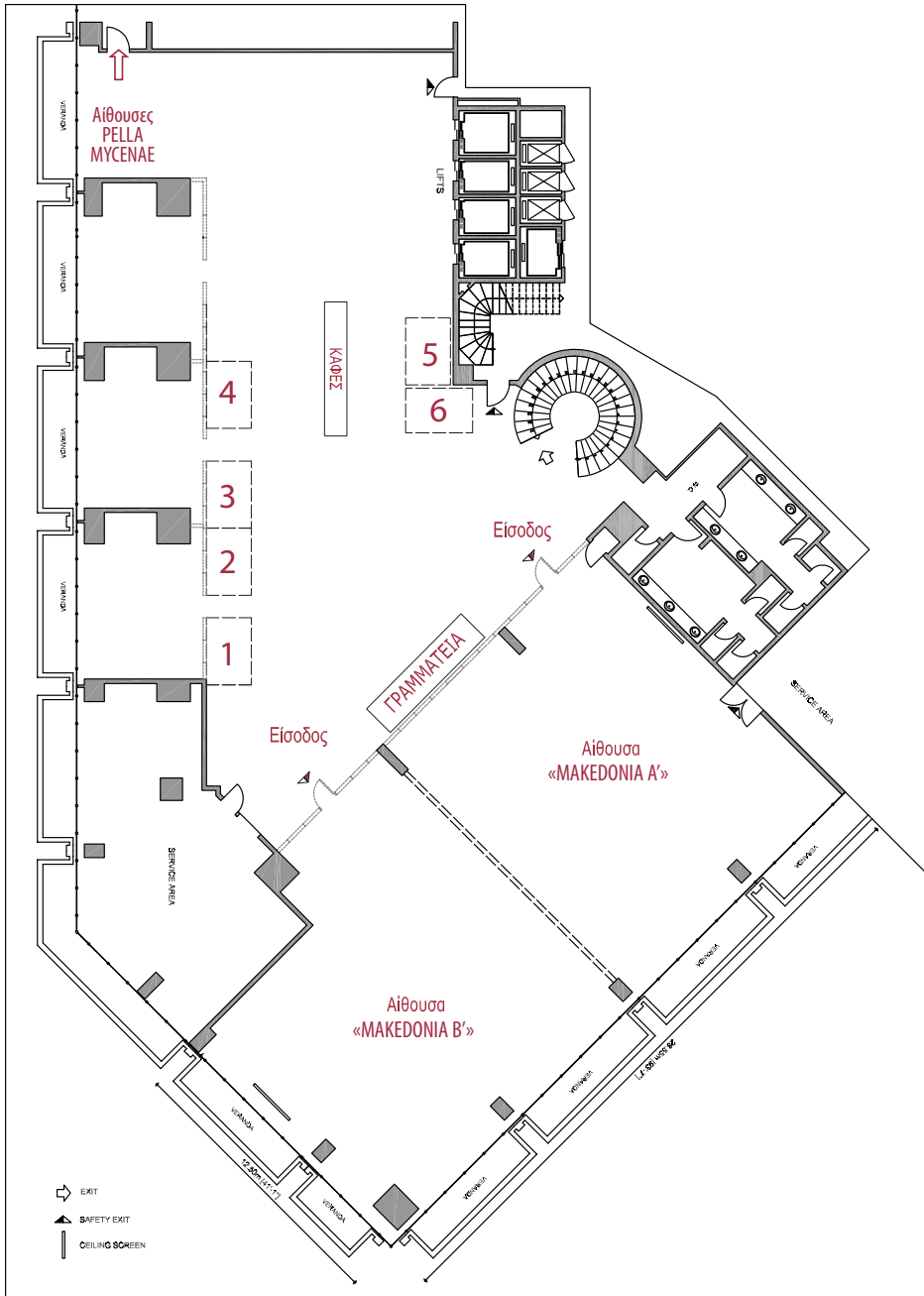
Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
Τηλ.: 210 6048 260, Fax: 210 6047 457
Web site: www.free-spirit.gr
E-mail: alebesi@free-spirit.gr

Πληροφορίες Συνεδρίου





Πλάνο Έκθεσης





Γενικές Πληροφορίες

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Οι εργασίες του 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου
Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)
θα πραγματοποιηθούν από
Τετάρτη 11 Δεκεμβρίου 2013
έως και το Σάββατο 14 Δεκεμβρίου 2013.

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Ξενοδοχείο Divani Caravel
Βασιλέως Αλεξάνδρου 2, 161 21 Αθήνα
Τηλ.: 210 72 07 000
Website: www.divanis.com
Αίθουσες:
MAKEDONIA, MAKEDONIA A',
MAKEDONIA B', PELLA - MYCENAE

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η
Ελληνική.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ Ε.Ε.Ε.Π.

www.hsim.gr

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί
έκθεση φαρμακευτικών και άλλων προϊόντων,
καθώς και ιατρικού εξοπλισμού.

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ (BADGES)

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη
γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες
για την είσοδο τόσο στους συνεδριακούς
χώρους όσο και στην έκθεση καθ' όλη τη
διάρκεια του Συνεδρίου. Οι κονκάρδες φέρουν
γραμμωτό κώδικα (barcode), ώστε να ελέγχεται
η είσοδος και η έξοδος από τις συνεδριακές
αίθουσες. Η συνολική ώρα παρακολούθησης
του επιστημονικού προγράμματος του
Συνεδρίου αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για
τη διάθεση των μορίων, σύμφωνα με τις οδηγίες
της U.E.M.S., του Π.Ι.Σ. και του Ε.Ο.Φ.

Διακριτικά Χρώματα

	Μπλε	Μέλη Δ.Σ., Οργανωτική Επιτροπή, Ομιλητές, Συντονιστές, Πρόεδροι
	Κόκκινο	Μέλη Ε.Ε.Ε.Π., Μη Μέλη Ε.Ε.Ε.Π., Ειδικευόμενοι, Επαγγελματίες Υγείας
	Πράσινο	Φοιτητές, Νοσηλευτές
	Κίτρινο	Χορηγοί, Εκθέτες

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η Γραμματεία λειτουργεί στο χώρο
της έκθεσης του Συνεδρίου, στον προθάλαμο
της αίθουσας «MAKEDONIA», στον ημιόροφο,
τις εξής ημέρες και ώρες:

Τετάρτη, 11 Δεκεμβρίου 2013
15:00 - 21:00
Πέμπτη, 12 Δεκεμβρίου 2013
08:00 - 20:00
Παρασκευή, 13 Δεκεμβρίου 2013
08:00 - 20:00
Σάββατο, 14 Δεκεμβρίου 2013
09:00 - 19:15



Πληροφορίες για Συμμετέχοντες

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κατηγορίες Συμμετεχόντων	Εγγραφή
Μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	170,00 €
Μη μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	180,00 €
Ειδικευόμενοι / Επαγγελματίες Υγείας	80,00 €
Φοιτητές / Νοσηλεύτες	ΔΩΡΕΑΝ

* Η είσπραξη του δικαιώματος συμμετοχής στο Συνέδριο θα γίνεται από την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας η οποία βάσει των ΠΟΛ. 1285/1998 Ν.1642/1986 και ΠΟΛ. 1097/5-7-2005 Ν. 2859/2000 δεν υπόκειται στον καταλογισμό - απόδοση Φ.Π.Α. στις εγγραφές των συνέδρων.

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 συμμετοχής εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το **Σάββατο 14 Δεκεμβρίου 2013**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

Πληροφορίες για Ομιλητές

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Οι αίθουσες θα είναι πλήρως εξοπλισμένες 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.**

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με **εικοσιτέσσερα (24)** Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S. (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών).

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύνοδρος ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων. **Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ταχυδρομικώς 15 ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύνοδροι κατά την εγγραφή τους.**



Πληροφορίες για Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- Η ανάρτηση των ανακοινώσεων θα πραγματοποιηθεί την **Τετάρτη 11 Δεκεμβρίου 2013** και ώρα **15:00 - 19:30** στις αίθουσες **PELLA - MYCENAE**.
- Σε κάθε πλαίσιο ανάρτησης ανακοινώσεων θα έχει τοποθετηθεί από την εταιρία οργάνωσης ο κωδικός αριθμός κάθε περίπτωσης. 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 14 Δεκεμβρίου 2013** και ώρα **12:00 - 18:00**. 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

Πέμπτη, 12 Δεκεμβρίου 2013

15:00 - 16:30 ΑΙΘΟΥΣΕΣ PELLA - MYCENAE

Σελ. 33 AA01-AA09

Θεματολογία: Παθολογία I
Συντονιστής: Π.Γ. Χαλβασιώτης

Σελ. 35 AA10-AA19

Θεματολογία: Λοιμώξεις I
Συντονίστρια: Ε. Μπουτάτη

Σελ. 37 AA20-AA29

Θεματολογία: Λοιμώξεις II
Συντονιστής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

Παρασκευή, 13 Δεκεμβρίου 2013

15:00 - 16:30 ΑΙΘΟΥΣΕΣ PELLA - MYCENAE

Σελ. 51 AA30-AA39

Θεματολογία: Παθολογία II
Συντονιστής: Ξ. Κροκίδης

Σελ. 53 AA40-AA49

Θεματολογία: Παθολογία III
Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης



Πληροφορίες για Προφορικές Ανακοινώσεις

Κάθε προφορική ανακοίνωση θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από τουλάχιστον μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Πέμπτη, 12 Δεκεμβρίου 2013

08:30 - 09:30 ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α'

Σελ. 30 ΠΑ01-ΠΑ06

Θεματολογία: Διαβήτης Ι
Συντονιστής: Α. Μελιδώνης

Παρασκευή, 13 Δεκεμβρίου 2013

08:30 - 09:30 ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α'

Σελ. 48 ΠΑ13-ΠΑ18

Θεματολογία: Παθολογία
Συντονιστής: Χ. Μανές

Πέμπτη, 12 Δεκεμβρίου 2013

08:30 - 09:30 ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Β'

Σελ. 40 ΠΑ07-ΠΑ12

Θεματολογία: Διαβήτης ΙΙ
Συντονιστής: Κ. Μακρυλάκης

Παρασκευή, 13 Δεκεμβρίου 2013

08:30 - 09:30 ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Β'

Σελ. 56 ΠΑ19-ΠΑ23

Θεματολογία: Λοιμώξεις
Συντονίστρια: Ε. Μπουτάτη

Βραβεύσεις Εργασιών

Κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου, το **Σάββατο 14 Δεκεμβρίου 2013** και ώρα **18:30 - 19:00** θα απονεμηθούν τιμητικά βραβεία των καλύτερων ανακοινώσεων του Συνεδρίου.

Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας κάθε ανακοίνωσης.

Σε αντίθετη περίπτωση, το βραβείο θα απονεμηθεί στην επόμενη, κατά σειρά βαθμολογίας, ανακοίνωση.



Τιμητικά Βραβεία - Βραβεύσεις

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

18° «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 18° Ιπποκράτειο Βραβείο θα δοθεί στον Καθηγητή Andreas F. H. Pfeiffer.

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, Germany (2006)
Professor Ch. Gavras, M.D.	Boston, USA (2007)
Professor Andrew T. Lister	London, U.K. (2008)
Professor Dr. Michael P. Manns	Hannover, Germany (2009)
Professor Dr. J. Kiriopoulos	Athens, Greece (2010)
Prof. Dr. M. Graf von der Schulenburg	Hannover, Germany (2011)
Prof. Dr. med., Dr. (h.c.) Felix Unger	Salzburg, Austria (2012)
Professor Dr. med. Andreas F. H. Pfeiffer	Berlin, Germany (2013)

13° 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.

13° «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 Τετάρτη 11 Δεκεμβρίου 2013 και ώρα 20:00 στην αίθουσα Μακεδονία 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 κλινική εργασία (προφορική ή αναρτημένη ανακοίνωση) που ανακοινώνεται στο Συνέδριο, με πρώτο συγγραφέα ειδικεύόμενο ή ειδικευόμενο έως 3 έτη από την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Το βραβείο αυτό απονέμεται εις μνήμην του Δρ. Η. Φίλη (που φέτος συμπληρώνονται 11 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. Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας κάθε ανακοίνωσης. Σε αντίθετη περίπτωση, το βραβείο θα απονεμηθεί στην επόμενη, κατά σειρά βαθμολογίας, ανακοίνωση. Επιτροπή Αξιολόγησης: Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π.

ΒΡΑΒΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Το 2001, με αφορμή τη διοργάνωση του 7^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Παθολογίας, θεσμοθετήθηκε η βράβευση των τεσσάρων καλύτερων ανακοινώσεων του Συνεδρίου (προφορική ή αναρτημένη ανακοίνωση). 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 ανακοίνωσης. Σε αντίθετη περίπτωση, το βραβείο θα απονεμηθεί στην επόμενη, κατά σειρά βαθμολογίας, ανακοίνωση. Επιτροπή Αξιολόγησης: Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π.

Συνεργαζόμενοι Φορείς

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ευχαριστώ θερμότατα για την ανταπόκρισή σας να συμμετάσχετε στο 19^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.).

Με την ευκαιρία αυτή, θα ήθελα να σας συγχαρώ και να σας ευχαριστήσω που ακολουθήσατε κατά μεγάλο μέρος την προταθείσα θεματολογία μας και την επεξεργαστήκατε με βάση την έγκυρη επιστημονική γνώση της Εταιρίας σας, ομολογουμένως με ιδιαίτερη επιτυχία.

Αποτέλεσμα της κοινής αυτής προσπάθειας αποτελεί η παραγωγή μιας συνολικής θεματολογίας υψηλού επιπέδου για όλο το φάσμα της Παθολογίας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π. και εγώ προσωπικά σας περιμένουμε στο Συνέδριο για μια εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων, με τη βεβαιότητα ότι μέσα από αυτήν όλοι οι συμμετέχοντες θα αποκομίσουμε σημαντικά οφέλη.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Σωτήριος Α. Ράπτης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ -
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ - ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Τετάρτη,
11 Δεκεμβρίου 2013**





Συνοπτικό Πρόγραμμα

Τετάρτη, 11 Δεκεμβρίου 2013

Ώρα	Αίθουσα MAKEDONIA
15:00 - 16:00	ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ
16:00 - 17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Ο γενικός ιατρός στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας» Συντονιστής: Μπ. - Π. Μερκούρης Α. Συμεωνίδης - «Κατάθλιψη» Σ. Αργυριάδου - «Κατάγματα στην Τρίτη Ηλικία» Α. Μπατίκας - «Διαχείριση ασθενή με καρδιαγγειακό κίνδυνο»
17:30 - 19:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Νεφρολογική συνεισφορά στην αντιμετώπιση νοσημάτων άλλων Παθολογικών Ειδικοτήτων» Συντονιστής: Δ. Βλαχάκος Δ. Βλαχάκος - «Καρδιακή ανεπάρκεια και αναιμία» Α. Δράκου - «Υπέρταση και Σακχαρώδης Διαβήτης» Κ. Φουρτούνας - «Πνευμονολογία και Γαστρεντερολογία» Κ. Σταματέλου - «Ρευματολογία - Δερματολογία»
19:30 - 21:00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Σημειώσεις

15:00 - 16:00

Προσέλευση - Εγγραφές

16:00 - 17:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Ο γενικός ιατρός στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας»

Συντονιστής: Μπ. - Π. Μερκούρης

Ομιλητής: Α. Συμεωνίδης

«Κατάθλιψη»

Ομιλήτρια: Σ. Αργυριάδου

«Κατάγματα στην Τρίτη Ηλικία»

Ομιλητής: Α. Μπατίκας

«Διαχείριση ασθενή με καρδιαγγειακό κίνδυνο»

17:30 - 19:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Νεφρολογική συνεισφορά στην αντιμετώπιση νοσημάτων άλλων Παθολογικών Ειδικοτήτων»

Συντονιστής: Δ. Βλαχάκος

Ομιλητής: Δ. Βλαχάκος

«Καρδιακή ανεπάρκεια και αναιμία»

Ομιλήτρια: Α. Δράκου

«Υπέρταση και Σακχαρώδης Διαβήτης»

Ομιλητής: Κ. Φουρτούνας

«Πνευμονολογία και Γαστρεντερολογία»

Ομιλήτρια: Κ. Σταματέλου

«Ρευματολογία - Δερματολογία»

**19:30 - 21:00****ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ****Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης, Ν.Α. Κατσιλάμπρος****19:30 - 20:00****Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί****• Καθηγητής Σ.Α. Ράπτης**

Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας

• Καθηγητής Ν.Α. Κατσιλάμπρος

Αντιπρόεδρος του 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 (Ι.Σ.Α.)

• Μ. Βλασταράκος

Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.)

• Δ. Λιντζέρης

Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)

• Καθηγητής Π. Σκανδαλάκης

Πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

• Ζέττα Μακρή

Υφυπουργός Υγείας

Κήρυξη Έναρξης Εργασιών του Συνεδρίου**Αδωνις Γεωργιάδης**

Υπουργός Υγείας

20:00 - 20:30**Απονομή βραβείων****Παρουσίαση των βραβευμένων από τον Πρόεδρο της Ελληνικής
Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας Καθηγητή Σ.Α. Ράπτη****• «Βραβείο Β. Μαλάμου»****Καθηγητής Νικόλαος Α. Κατσιλάμπρος****• «Ασκληπιείο Βραβείο»****Δρ. Γεώργιος Α. Χαλιώτης****20:30 - 21:00****Ιπποκράτειο Βραβείο και Ιπποκράτειος Διάλεξη****«Pathophysiology and treatment of human fatty liver:
Good news»****Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης****Ομιλητής: Καθηγητής Andreas F. H. Pfeiffer**Τακτικός Καθηγητής Παθολογίας & Διευθυντής του Τμήματος Ενδοκρινολογίας,
Διαβήτη και Διατροφής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Βερολίνου Charité
& Διευθυντής του Τμήματος Κλινικής Διατροφής
Γερμανικό Ινστιτούτο Διατροφής Potsdam-Rehbruecke, Βερολίνο**21:00****Δεξίωση Υποδοχής**

Σημειώσεις

Δράστε νωρίς



Σταγλιπτιν
(αναστολέας του DPP-IV)

VS

Victoza®

Γλιμπερίδη
(SU)

VS

Victoza®

Ροσιγλιταζόνη
(TZD)

VS

Victoza®

**ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΣΔτ2 ΣΤΟ ΣΤΟΧΟ⁵
ΚΑΙ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.¹⁻³**

Το position statement των **ADA/EASD** περιλαμβάνει τη χρήση των αγωνιστών του υποδοχέα GLP-1, όπως το **Victoza®**, αμέσως μετά τη μετρορμηνή.⁴

VICTOZA®
liraglutide injection

ADA=Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία.
EASD=Ευρωπαϊκή Διαβητολογική Εταιρεία.

¹Ο στόχος ορίζεται HbA1c <7%.

Βιβλιογραφία: 1. Pringle R, Nauck M, Bailey T, et al for the 1660-USA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. *Int J Clin Pract*. 2011;65(4):397-407. 2. Nauck M, Frid A, Hermanns K, et al for the LEAD-2 Study Group. Efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride, and placebo, all in combination with metformin, in type 2 diabetes: the LEAD (liraglutide effect and action in diabetes) 2 study. *Diabetes Care*. 2009;32(11):184-90. 3. Mann M, Shaw J, Brandle M, et al on behalf of the LEAD-1 SU study group. Liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, added to a sulphonylurea over 26 weeks produces greater improvements in glycaemic and weight control compared with adding rosiglitazone or placebo in subjects with type 2 diabetes (LEAD-1 SU). *Diabet Med*. 2009;26(12):268-278. 4. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012;35(6):1364-1379. <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2012/04/19/1364-1379.full.pdf+html>.

Περιλήψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων

Όνομαστος του φαρμακευτικού προϊόντος: Victoza 6 mg/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμενίνη συσκευή τύπου πένες. Ποσότητα και ποσοτική ανάλυση: Ένα ml διαλύματος περιέχει 6 mg liraglutid. Μία προγεμενίνη συσκευή τύπου πένες περιέχει 18 mg liraglutid. Η δοσολογία είναι 3 ml. Θεραπευτικές ενδείξεις: Το Victoza ενδείκνυται για χρήση σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 για την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου. Σε συνδυασμό με μετρορμίνη ή σουλφονυλουρία, μετρορμίνη και σουλφονυλουρία, ή μετρορμίνη και θιαζολιδινονική, σουλφονυλ: Προκαλούνται να βελτιωθεί η γαστρεντερική αντοχή, η αρχική δόση είναι 0,6 mg liraglutid ημερησίως. Μετά από μία εβδομάδα ταυτοποίησης, η δόση πρέπει να αυξηθεί στα 1,2 mg. Ορισμένοι ασθενείς αναμένεται να αυξηθούν από μία αύξηση της δόσης από τα 1,2 mg στα 1,8 mg και με βάση την κλινική ανταπόκριση, μετά από μία εβδομάδα ταυτοποίησης, η δόση μπορεί να αυξηθεί στα 1,8 mg προκαλώντας να βελτιωθεί περαιτέρω ο γλυκαιμικός έλεγχος. Ημερήσιες δόσεις μεγαλύτερες των 1,8 mg δεν συνιστώνται. Αντενδείξεις: Υπερπαραθυροειδισμός στη διαρκή ανάλυση ή σε κάποια από τις δοσολογίες. Τρόπος χορήγησης: Το Victoza δεν πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Το Victoza χορηγείται μία φορά ημερησίως, οποιαδήποτε στιγμή, ανεξάρτητα από τα γεύματα, και μπορεί να εγχυθεί υποδόρια στην κοιλία, στο μηρό ή στο βραχίονα. Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή για τη θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης. Το Victoza δεν είναι υποκατάστατο της ινσουλίνης. Η προσθήκη liraglutid σε ασθενείς που λαμβάνουν ήδη θεραπεία με ινσουλίνη δεν έχει αξιολογηθεί ακόμη και συνεπώς δε συνιστάται. Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε ασθενείς με συστηματική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας III σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA (New York Heart Association). Δεν υπάρχει εμπειρία σε ασθενείς με συστηματική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας II-IV σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA (New York Heart Association). Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε

ασθενείς με φλεγμονώδη εντερική νόσο και διαβητική γαστροπάρεση και, κατά συνέπεια, το Victoza δε συνιστάται στους ασθενείς αυτούς. Η χρήση του Victoza αντενδείκνυται με παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες που γαστρεντερικού συστήματος, όπως ναυτία, έμετος και διάρροια. Η χρήση ανισορροπία του GLP-1 έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο εμφάνισης παγκρεατίτιδας. Έχουν αναφερθεί λίγα περιστατικά οξείας παγκρεατίτιδας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οξείας παγκρεατίτιδας: επίμονο, σοβαρό κοιλιακό άλγος. Εάν υπάρχει ύποπτο παγκρεατίτιδας, το Victoza καθώς και άλλα διαιτητικά όπλα φαρμακευτικά προϊόντα πρέπει να διακοπθούν. Κατά την διεξαγωγή κλινικών δοκιμών αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στο θυρεοειδή αδένα, που περιλάμβαναν αύξηση της καλσιτονίνης στο αίμα, βρογχίτιση και θυρεοειδικά νεοπλάσματα ειδικά σε ασθενείς με προληπτικούς θυρεοειδή νόσο. Οι ασθενείς που λαμβάνουν το Victoza σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία ενδέχεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας μπορεί να ελαττωθεί με μείωση της δόσης της σουλφονυλουρίας. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ως θεραπεία το Victoza έχουν αναφερθεί σημεία και συμπτώματα ορθοστάσης, τα οποία περιλαμβάνουν νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Εγκυμοσύνη: Το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αντί αυτού συνιστάται η χρήση ινσουλίνης. Θηλασμός: Λόγω έλλειψης εμπειρίας, το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Γονιμότητα: Εκτός από μία μικρή μείωση στον αριθμό των γόνιμων ζευγαριών, μείωση σε όσα δεν υποδιαιρούνται άμεσα, επιβλαβείς επιπτώσεις σε σχέση με τη γονιμότητα. Ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν από μοναδικά δοκασίες, ελεγχόμενες μελέτες φάσης III και από συνδυαστικές αναφορές είναι: Συνδυασμός λιποθυμίας με μετρορμίνη: Συχνές λιποθυμίες, μειωμένη όρεξη, όλη, έμετος, δυσπεψία, γαστρίτιδα, ανδράρσεις στο σημείο της ένεσης. Πολύ συχνές: Κεφαλαλγία, ναυτία, διάρροια. Συνδυασμός λιποθυμίας με γλιμπερίδη: Συχνές (ανταρραγγιότητα, υπογλυκαιμία, ανόρεξη, ναυτία, έμετος, δυσπεψία, δυσκολία στην κατάποση, κούραση, δύσπνοια, ανδράρσεις στο σημείο της ένεσης). Συνδυασμός λιποθυμίας με μετρορμίνη και γλιμπερίδη: Όχι συχνές (ανδράρσεις στο σημείο της ένεσης) - Συχνές (βρογχίτιδα, ανόρεξη, κεφαλαλγία, έμετος, δυσπεψία, άλγος άνω κοιλιακής χώρας, δυσκοιλιότητα, οδοντοπίαση) - Πολύ συχνές (υπογλυκαιμία, ναυτία, διάρροια). Συνδυασμός λιποθυμίας με μετρορμίνη και ροσιγλιταζόνη: Συχνές (ανταρραγγιότητα, υπογλυκαιμία, ανόρεξη, μειωμένη όρεξη, κεφαλαλγία, δυσπεψία, δυσκολία στην κατάποση, κούραση, δύσπνοια, ανδράρσεις στο σημείο της ένεσης) - Πολύ συχνές (ναυτία, διάρροια, έμετος). Σε λίγες περιπτώσεις (<0,2%) αναφέρθηκαν εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας κατά τη διάρκεια μακρών δοκασίας κλινικών δοκιμών με το Victoza. Η παγκρεατίτιδα αναφέρθηκε επίσης μετά τη χορήγηση. Τα θυρεοειδικά νεοπλάσματα, η αύξηση της καλσιτονίνης στο αίμα και οι βρογχίτιδες ήταν οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες του θυρεοειδούς. Ανεπιθύμητες αναφορές: Συχνές (βρογχίτιδα). Όχι συχνές (δυσκοιλιότητα, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, νεφρική δυσλειτουργία, αρθροπάθεια, κίνδυνο, κίνδυνο). Σπάνιες (ανταρραγγιότητες ανδράρσεις). Κάποιες της οξείας κωφότητας: Novo Nordisk A/S, Novo A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Δανία. Αρχικοί δότες κυκλοφορίας: EU/1/09/529/031-005. Ημερομηνία πρώτης έγκρισης/ανανέωσης της δόσης: 30/06/2009. Ημερομηνία ανανέωσης: καμία (03/2013). Λειτουργική πληροφορία: στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στην δικτυακή τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu/>. Χορηγείται με ιατρική συνταγή.

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.

Αδ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τρύφων 55
153 43 Αγία Παροικία
Τηλ: 210 60 71 600
<http://www.novonordisk.gr>
<http://www.novonordisk.com>

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα τα ασφαλή
Συντηρήστε την **ΚΑΤΗΡΝΙΑ ΚΑΡΤΑ**.

Αναφορές:

- **OMES** σε ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα (N)
- **Σε ΣΑΡΑΕΡ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γενικά φάρμακα


novo nordisk®

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Πέμπτη,
12 Δεκεμβρίου 2013**



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





Ώρα	Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α΄
08:30 - 09:30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΠΑ01 – ΠΑ06)
09:30 - 10:30	Α΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο : Δ. Χατζηδάκης Π. Μήτρου - «Μονογονιδιακός Διαβήτης (MODY)» Α. Μητράκου - «Λιπώδες ήπαρ, Πρακτική προσέγγιση» Δ. Χατζηδάκης - «Οστεοπόρωση: Σύγχρονα δεδομένα» Μ. Πέππα - «Επινεφριδιακή ανεπάρκεια»
10:30 - 11:30	
11:30 - 12:00	Διάλειμμα Καφέ
12:00 - 13:00	Β΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Ι. Δερβενούλας Ε. Χανδρινού - «Αντιδράσεις από την μετάγγιση αίματος και παραγώνων-Κατευθυντήριες οδηγίες διάγνωσης, αντιμετώπισης και πρόληψης» Ε. Γιαμαρέλλος Μπουρμπούλης - «Εμβόλια ενηλίκων» Χ. Λιάπης - «Εγκεφαλική ισχαιμία: Σύγχρονη αντιμετώπιση»
13:00 - 13:30	
13:30 - 15:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Συνήθη σφάλματα στην αντιμετώπιση των κοινών λοιμώξεων της κοινότητας» Συντονιστής: Π. Νικολαΐδης Α. Πεφάνης - «Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος» Μ. Μαραγκός - «Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μοριών» Γ. Τσεκές - «Λοιμώξεις του γαστρεντερικού συστήματος»
15:00 - 16:30	Μεσημβρινή Διακοπή ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΜΕΛΩΝ Ε.Ε.Ε.Π.
16:30 - 17:30	Α΄ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Ε. Μπουτάτη Π. Σφηκάκης - «Χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα και καρδιαγγειακός κίνδυνος» Γ. Πετρίκκος - «Το ανερχόμενο πρόβλημα των συστηματικών μυκητιάσεων στους νοσοκομειακούς ασθενείς» Ι. Βέργαδος - «Οίδημα ωχράς κηλίδας»
17:30 - 18:00	
18:00 - 18:30	Διάλειμμα Καφέ
18:30 - 20:00	Β΄ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης Ν. Γατσέλης - «Ορθολογική εργαστηριακή διερεύνηση χολοστατικών συνδρόμων» Γ. Νταλέκος - «Κοιλιοκάκη ενηλίκων μια κρυφή αλλά συναρπαστική νόσος» Β. Κυριαζοπούλου - «Η συσχέτιση δυσλειτουργίας του λιπώδους ιστού με τα μεταβολικά νοσήματα»



Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Β΄	PELLA- MYCENAE	Ώρα
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΠΑ07 – ΠΑ12)		08:30 - 09:30
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Κολπική Μαρμαρυγή» Συντονιστές: Γ. Θεοδωράκης, Α. Κατσιβας Α. Αντωνίου - «Φαρμ/κή θεραπεία Κολπικής Μαρμαρυγής – Παλαιότερες και νεότερες φαρμ/κές ουσίες» Στ. Τζέης - «Επεμβατικές θεραπείες στην Κολπική Μαρμαρυγή – Σε ποιους ασθενείς?» Π. Φλεβάρη - «Νεότερα αντιπηκτικά στη μη βαλβιδική Κολπική Μαρμαρυγή» Αθ. Μανώλης - «Η βηματοδότηση στην Κολπική Μαρμαρυγή έχει θέση?»		09:30 - 10:30
Διάλειμμα Καφέ		10:30 - 11:30
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «DEBATE – Παχυσαρκία & Μεταβολική Χειρουργική» Συντονιστής: Α. Αλαβέρας Κ. Μιχαλάκης - «Στη θεραπεία της παχυσαρκίας – Υπέρ» Α. Κόκκινος - «Στη θεραπεία της παχυσαρκίας – Κατά» Γ. Βαλσαμάκης - «Στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 – Υπέρ» Σ. Λιάτης - «Στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 – Κατά»		11:30 - 12:00
ΔΙΑΛΕΞΗ «Κοινωνικός εθισμός: Πολυφαγία, Internet, χαρτοπαιξία» Πρόεδρος: Εμμ. Φραγκούλης Ομιλητής: Κ. Μοίρας		12:00 - 13:00
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Νέα <i>per os</i> αντιπηκτικά φάρμακα (NOAs): Πλεονεκτήματα και προβληματισμοί» Συντονίστρια: Ο. Κατσαρού Ε. Γρουζή - «Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά παλιών και νέων αντιπηκτικών» Η. Κυριάκου - «Ενδείξεις χορήγησης των NOAs» Ε. Μερκούρη - «Εργ. έλεγχος της δράσης των NOAs: Σε ποιους ασθενείς και με ποιες δοκιμασίες?» Α. Γάφου - «Αιμορραγικές επιπλοκές και αναστροφή της δράσης των NOAs»		13:00 - 13:30
Μεσημβρινή Διακοπή	15:00 - 16:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (AA01 – AA29)	13:30 - 15:00
Α΄ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Θ. Οικονομόπουλος Εμμ. Φραγκούλης - «Η πρόοδος της Μοριακής Βιολογίας αφετηρία ανάπτυξης της Φαρμακογενωμικής και της Εξατομικευμένης Ιατρικής» Σ. Παπίρης - «Φυματίωση σήμερα στην Ελλάδα και σε όλο τον κόσμο»		15:00 - 16:30
		16:30 - 17:30
		17:30 - 18:00
		18:00 - 18:30
		18:30 - 20:00



Σημειώσεις

08:30 - 09:30

Προφορικές Ανακοινώσεις Ι

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Ι (ΠΑ01 - ΠΑ06)

Συντονιστής: Α. Μελιδώνης

ΠΑ01. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ
Κωνσταντίνου Μαρία, Σωτηρίου Χριστάκης, Σεντονάρης Γεώργιος, Χειμωνίδης Σόλων
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΠΑ02. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Γκιόκα Μαρία¹, Βάσσης Κωνσταντίνος²,

Αναστογιάννης Χαράλαμπος²,

Φιλίππου Βασίλειος², Φραγκούλια Αγγελική³

¹ Παθολόγος, Επιμ. Α΄ Ε.Σ.Υ. με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

² Ειδικεύμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

³ Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παθολόγος, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

ΠΑ03. ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2). ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΑΙΤΙΕΣ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Γκιόκα Μαρία¹, Φιλίππου Βασίλης²,

Αναστογιάννης Χαράλαμπος², Βάσσης Κωνσταντίνος²,

Φραγκούλια Αγγελική³

¹ Παθολόγος, Επιμ. Α΄ Ε.Σ.Υ. με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

² Ειδικεύμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

³ Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παθολόγος, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

ΠΑ04. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ sVEGFR-1, sVEGFR-2, ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ, ΧΗΜΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΙΩΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Χαλβασιώτης Παναγιώτης¹, Αγγελόπουλος Μιλτιάδης²,

Καρακίτσος Πέτρος³, Παναγόπουλος Περικλής²,

Πατσούρας Κωνσταντίνος², Αλεπάκη Μαρία³,

Χρέλιας Χαράλαμπος², Τζιάρου Κανέλλα¹,

Σπυριδάκη Αθηνά¹, Σιαμπλή Δάφνη¹,

Κασσάνος Δημήτρης², Δημητριάδης Γεώργιος¹

¹ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

² Γ΄ Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

³ Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»



ΠΑ05. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ, ΤΗΣ ΡΕΖΙΣΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ

Χαλβατσιώτης Παναγιώτης¹, Σπυριδάκη Αθηνά¹, Καρακίτσος Πέτρος³, Παναγόπουλος Περικλής², Πατσούρας Κωνσταντίνος², Αλεπάκη Μαρία³, Χρέλιας Χαράλαμπος², Τζιάρου Κανέλλα¹, Αγγελόπουλος Μιλτιάδης², Σιαμπλή Δάφνη¹, Κασσάνος Δημήτρης², Δημητριάδης Γεώργιος¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

² Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

³ Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σημειώσεις

ΠΑ06. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ - ΓΛΙΜΕΠΙΡΙΔΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ - ΒΙΑΝΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ

Χαλβατσιώτης Παναγιώτης¹, Τζιάρου Κανέλλα¹, Σπυριδάκη Αθηνά¹, Σιαμπλή Δάφνη¹, Βασιλάκης Ανδρέας², Δημητριάδης Γεώργιος¹

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

² Τμήμα Στατιστικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

09:30 - 11:30

Α' ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Δ. Χατζηδάκης

Ομιλήτρια: Π. Μήτρου

«Μονογονιδιακός Διαβήτης (MODY)»

Ομιλήτρια: Α. Μητράκου

«Λιπώδες ήπαρ, Πρακτική προσέγγιση»

Ομιλητής: Δ. Χατζηδάκης

«Οστεοπόρωση: Σύγχρονα δεδομένα»

Ομιλήτρια: Μ. Πέππα

«Επινεφριδιακή ανεπάρκεια»

11:30 - 12:00

Διάλειμμα Καφέ

Σημειώσεις

12:00 - 13:30

Β΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Ι. Δερβενούλας

Ομιλήτρια: Ε. Χανδρινού

«Αντιδράσεις από τη μετάγγιση αίματος και παραγώγων - Κατευθυντήριες οδηγίες διάγνωσης, αντιμετώπισης και πρόληψης»

Ομιλητής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

«Εμβόλια ενηλίκων»

Ομιλητής: Χ. Λιάπης

«Εγκεφαλική ισχαιμία: Σύγχρονη αντιμετώπιση»

13:30 - 15:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Συνήθη σφάλματα στην αντιμετώπιση των κοινών λοιμώξεων της κοινότητας»

Συντονιστής: Π. Νικολαΐδης

Ομιλητής: Α. Πεφάνης

«Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος»

Ομιλητής: Μ. Μαραγκός

«Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων»

Ομιλητής: Γ. Τσεκές

«Λοιμώξεις του γαστρεντερικού συστήματος»

15:00 - 16:30

Μεσημβρινή Διακοπή

15:00 - 16:30

Γενική Συνέλευση Μελών

Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)

Εκλογαπολογιστική Συνεδρίαση

Σε περίπτωση μη απαρτίας, σύμφωνα με το καταστατικό της Ε.Ε.Ε.Π., άρθρο 15, παράγραφος 1, η συνεδρίαση θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 13 Δεκεμβρίου 2013, ώρα 14:30 - 16:30, ανεξαρτήτως αριθμού ταμειακώς τακτοποιημένων παρόντων μελών (www.hsim.gr)



15:00 - 16:30

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων**ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ Ι (ΑΑ01 - ΑΑ09)****Συντονιστής: Π.Γ. Χαλβατσιώτης**

Σημειώσεις

ΑΑ01. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)**ΑΑ02. ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΗΨΗ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ, ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΚΑΙ ΧΥΜΟΥ GRAPEFRUIT: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Γκαμπράνης Ιωάννης, Κουφάκης Θεοχάρης, Τουλουμενίδης Δημήτριος, Μπατάλλα Στέλλα, Νταής Κωνσταντίνος, Μπιτέρνας Μιχαήλ, Μαργαρίτης Αναστάσιος, Μακρυγιάννης Κωνσταντίνος, Καρανίκας Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

ΑΑ03. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣΧρυσανθακοπούλου Μαρία, Νοδάρης Χρήστος, Βρέκος Παναγιώτης, Μαυρίκη Άννα, Παπαγεωργίου Ελένη, Πανταζή Κατερίνα, Λιακοπούλου Ευσταθία, Ρούλια Ευφροσύνη, Ηλιοπούλου Κων/να, Καλφούντζος Δημήτριος, Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΑΑ04. ΜΑΚΡΟΑΜΥΛΑΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWNΝοδάρης Χρήστος, Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Βρέκος Παναγιώτης, Μαυρίκη Άννα, Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία, Πανταζή Κατερίνα, Παπαδημητρίου Σωτήριος, Ρούλια Ευφροσύνη, Ηλιοπούλου Κων/να, Καλφούντζος Δημήτριος, Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΑΑ05. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΜπριστιάνου Μαγδαληνή, Πάνου Χαράλαμπος¹, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Καραμπουσλή Ελίνα, Χατζιδάκης Ιωάννης, Παπαγιαννοπούλου Μαρία, Καλύβας Μάριος, Τζήκα Θάλεια, Λιασκώνη Κωνσταντίνα¹, Λαναράς ΛεωνίδαςΠαθολογική - Ουρολογική¹ Κλινική Γ.Ν. Λαμίας**ΑΑ06. ΔΗΓΜΑ ΑΡΑΧΝΗΣ ΓΕΝΟΥΣ «ΜΑΥΡΗΣ ΧΗΡΑΣ» ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 62 ΕΤΩΝ**Ιωάννου Ελένη, Μπασάνου Ελένη, Σαρρής Παναγιώτης, Κολλίου Βασιλική, Νέου Πολυξένη, Παπακωνσταντίνου Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου



Σημειώσεις

- ΑΑ07.** ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑ - ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
Πλατσούκα Φερενίκη, Κώτση Ειρήνη, Καλημέρης Γεώργιος, Μούργος Λεωνίδας, Τουλιάτου Αικατερίνη
Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Γ. Γεννηματάς»
- ΑΑ08.** ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΤΟΥ 2013
Στυλιανού Ανδρέας, Σκορδή Χρυστάλλα, Δημητρίου Δήμητρα, Ολυμπίου Χαρίκλεια, Παύλου Μάριος, Ποφαΐδης Κωνσταντίνος, Κίζη Ανθούλα, Κοντού Μάρω
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, Λάρνακα
- ΑΑ09.** ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΣΠΟΡΟΥΣ RICINUS COMMUNIS ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ
Παπαδόπουλος Πάρις, Τσάλτα Δανάη, Γριβάκου Ευγενία, Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα, Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος, Κορακάκης Γεώργιος, Πολύζου Αρχοντούλα, Νικολόπουλος Αθανάσιος, Πετσιμέρη Βασιλική, Κομιτόπουλος Νικόλαος
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων», Αθήνα

**ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ Ι (ΑΑ10 - ΑΑ19)**

Σημειώσεις

Συντονίστρια: Ε. Μπουτάτη

- ΑΑ10.** ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Τσαπακίδης Κωνσταντίνος¹, Γκαμπράνης Ιωάννης¹,
Παπαϊωάννου Βασιλική², Κουφάκης Θεοχάρης¹,
Τουλουμενίδης Δημήτριος¹, Μπατάλα Στέλλα¹,
Μαργαρίτης Αναστάσιος¹, Μακρυγιάννης Κωνσταντίνος¹,
Καρανίκας Κωνσταντίνος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

- ΑΑ11.** ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΪΚΑΝΟ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)

- ΑΑ12.** ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΜΗΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ IV ΟΥΣΙΩΝ

Μακρής Αθανάσιος, Ρόκιζα Αικατερίνη,
Χουλιτούδη Βασιλική, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος,
Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Σταυρουλάκη Γεωργία,
Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος,
Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

- ΑΑ13.** ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Πανταζή Κατερίνα,
Βρέκος Παναγιώτης, Παπαγεωργίου Ελένη,
Νοδάρας Χρήστος, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Ρούλια Ευφροσύνη, Καλφούντζος Δημήτριος,
Ηλιοπούλου Κων/να, Αλεξίου Ζωή
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ»

- ΑΑ14.** ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΑΠΟ p.FALCIPARUM ΣΤΟ Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ
Ορφανουδάκη Ελένη, Πολυμίλη Γεωργία,
Κοσμίδου Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος,
Φωτάκη Κυριακή, Νικολιδάκη Αφροδίτη,
Πήττας Κωνσταντίνος, Τσαφά Ευφροσύνη,
Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



Σημειώσεις

- AA15. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**
Βεργόπουλος Γεώργιος¹, Τσάλτα Δανάη¹, Τσιβιλής Ιωάννης¹, Ρούσσου Ζωή², Αντωνάτος Διονύσιος³, Ιωαννίδης Ιωάννης¹, Πλατσούκα Ευαγγελία², Κομιτόπουλος Νικόλαος¹
¹ Β' Παθολογική Κλινική
² Μικροβιολογικό Τμήμα
³ Καρδιολογική Κλινική
Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων, Αθήνα
- AA16. ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΠΑΡΒΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ B12**
Ηροδότου Γιολάντα, Σάββα Φλωρεντία, Κλεάνθους Αγγελική, Τούρβα Δήμητρα, Κουσιαππή Έλενα, Παπουρής Γεώργιος, Βενιζέλου Δέσπω, Θεοφάνους Ελένη, Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης, Ξενοφώντος Έλενα, Βουνού Εμμέλεια
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού
- AA17. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**
Χριστοπούλου Βασιλική¹, Λάζου Ελένη¹, Κατσινέλος Δημήτριος¹, Αντωνάτος Γεώργιος¹, Βασιλάτου Ευαγγελίνα¹, Κοντοπούλου Χριστίνα², Τσιόδρας Σωτήριος³
¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
² Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
³ Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- AA18. ACINETOBACTER BAUMANNII ΣΤΗ ΜΕΘ. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)**
- AA19. ΛΟΙΜΩΞΗ ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)**

**ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ II (AA20 - AA29)**

Σημειώσεις

Συντονιστής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

AA20. ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΓΙΩΝΕΛΛΩΣΗΣ ΜΕ ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ;
Αλεξίου Νικόλαος, Βιτώρος Βασίλειος, Παντελίδου Ηλιάνα, Κουρουτού Παρασκευή, Ιωάννου Αλκιβιάδης, Τσιρώνης Γεώργιος, Αξιώτη Αργυρώ, Σκούρα Ειρήνη, Μακίνα Άννα, Κουπετώρη Μαρίνα, Συμπάρδη Στυλιανή
 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο»

AA21. ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ
Κουδούνα Ασπασία, Πήττας Κωνσταντίνος, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Βιτωράκης Εμμανουήλ, Τσαφά Ευφροσύνη, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Καστανάκης Σεραφείμ
 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

AA22. ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ
Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Ρόζη Φωτεινή¹, Δημητριάδης Ιωάννης¹, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος¹, Χουλιτούδη Βασιλική¹, Δημόπουλος Γεώργιος¹, Ανδριανοπούλου Άρτεμις², Αθανασιάδη Καλλιόπη³, Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους² Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Άργους³ Θωρακοχειρουργικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός»

AA23. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΥΣΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΓΛΟΙΩΜΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ
Πήττας Κωνσταντίνος, Πολυμίλη Γεωργία, Παρτάλης Νικόλαος, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Κατσουλάκη Μαρία, Ορφανουδάκη Ελένη, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Τσαφά Ευφροσύνη, Καστανάκης Σεραφείμ
 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

AA24. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
Τσαφά Ευφροσύνη, Παρτάλης Νικόλαος, Βιτωράκης Εμμανουήλ, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Φιωτάκη Κυριακή, Κουδούνα Ασπασία, Καστανάκης Σεραφείμ
 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



Σημειώσεις

AA25. ΠΥΡΕΤΟΣ Q

Μποτωνάκη Κέλλυ, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα,
Φιωτάκη Κυριακή, Φουστέρη Ζωή, Κοσμίδου Κυριακή,
Κατσουλάκη Μαρία, Νικολιδάκη Αφροδίτη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

**AA26. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΙΝΟΚΡΑΝΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ
ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**

Στεφανή Δήμητρα¹, Μανούσος Τριαντάφυλλος¹,
Αναστασόπουλος Βασίλειος¹, Τσιπλάκου Σοφία²,
Σφήκα Αγγελική¹, Κωνσταντοπούλου Γεωργία¹,
Παπαϊωάννου Βασιλική², Λελέκης Μωυσής¹

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,
Κηφισιά

² Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,
Κηφισιά

**AA27. ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ RICKETTSIA
CONORII**

Αλεξίου Νικόλαος, Ιωάννου Αλκιβιάδης,
Αξιώτη Αργυρώ, Κοτινά Ειρήνη, Σκούρα Ειρήνη,
Μακίνα Άννα, Συμπάρδη Στυλιανή

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

**AA28. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ: ΜΙΑ ΣΟΒΑΡΗ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΗ
ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ**

Λούπα Χαρίκλεια¹, Τζίφας Κωνσταντίνος¹,
Ξυδάκη Αικατερίνη¹, Μάλιος Ιωάννης¹,
Δασκαλόπουλος Βασίλειος¹, Σουλιώτης Νικόλαος¹,
Κουμπάρη Γεωργία², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Μ. «Α. ΦΛΕΜΙΓΚ», Αθήνα

**AA29 ΟΞΕΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

Σαρρής Ευάγγελος, Μάλιος Ιωάννης,
Δούμας Ιωάννης, Ξυδάκη Αικατερίνη,
Παπαδάκη Αγγελική, Μητράκης Γεώργιος,
Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

**16:30 - 18:00****Α' ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ***Προεδρείο: Ε. Μπουτάτη**Ομιλητής: Π. Σφηκάκης**«Χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα και καρδιαγγειακός κίνδυνος»**Ομιλητής: Γ. Πετρίκκος**«Το ανερχόμενο πρόβλημα των συστηματικών μυκητιάσεων στους νοσοκομειακούς ασθενείς»**Ομιλητής: Ι. Βέργαδος**«Οίδημα ωχράς κηλίδας»***18:00 - 18:30***Διάλειμμα Καφέ***18:30 - 20:00****Β' ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ***Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης**Ομιλητής: Ν. Γατσέλης**«Ορθολογική εργαστηριακή διερεύνηση χολοστατικών συνδρόμων»**Ομιλητής: Γ. Νταλέκος**«Κοιλιοκάκη ενηλίκων μια κρυφή αλλά συναρπαστική νόσος»**Ομιλήτρια: Β. Κυριαζοπούλου**«Η συσχέτιση δυσλειτουργίας του λιπώδους ιστού με τα μεταβολικά νοσήματα»*

Σημειώσεις



Σημειώσεις

08:30 - 09:30

Προφορικές Ανακοινώσεις II

ΔΙΑΒΗΤΗΣ II (ΠΑ07 - ΠΑ12)

Συντονιστής: Κ. Μακρυλάκης

ΠΑ07. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ 3872A<G ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ WHR ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Τούσουλης Δημήτριος², Παπαδογιάννης Δημήτριος¹, Μήλιου Αντιγόνη², Παπαγεωργίου Νικόλαος², Χατζής Γεώργιος², Στεφανάδης Χριστόδουλος²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό» Αθήνα

² Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΠΑ08. ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Σωτηρίου Χριστάκης, Κωνσταντίνου Μαρία,

Σεντονάρης Γεώργιος, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΠΑ09. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Αγγελίδη Αγγελική¹, Πρωτοψάλτης Ιωάννης¹, Γκριτζάκης Άγγελος², Σεργεντάνης Θεόδωρος³, Ματσάγγος Σπύρος⁴, Οικονομόπουλος Θεοφάνης⁵, Μπουτάτη Ελένη⁵, Δημητριάδης Γεώργιος⁵, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος^{5,6}

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

2. Locus Medicus, Αθήνα

3. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

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

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

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



ΠΑ10. ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ - ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΥΕΣ

**Τζανετάκου Ειρήνη¹, Κορού Μαρία-Λασκαρίνα¹,
Δουλάμης Ηλίας¹, Βλάχος Ιωάννης¹, Αγρογιάννης
Γεώργιος², Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Περρέα Δέσποινα¹**

1. Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σημειώσεις

ΠΑ11. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ - ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΕΙΡΑΜΑ

**Τζανετάκου Ειρήνη, Δουλάμης Ηλίας,
Κορού Μαρία-Λασκαρίνα, Βλάχος Ιωάννης,
Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Περρέα Δέσποινα**

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑ12. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΜΥΩΝ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΠΟΓΟΝΩΝ ΤΟΥΣ

**Τζανετάκου Ειρήνη, Κορού Μαρία-Λασκαρίνα,
Δουλάμης Ηλίας, Βλάχος Ιωάννης,
Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Περρέα Δέσποινα**

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

09:30 - 11:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κολπική Μαρμαρυγή»

Συντονιστές: Γ. Θεοδωράκης, Α. Κατσίβας

Ομιλήτρια: Α. Αντωνίου

«Φαρμακευτική Θεραπεία Κολπικής Μαρμαρυγής - Παλαιότερες και νεότερες φαρμακευτικές ουσίες»

Ομιλητής: Στ. Τζέης

«Επεμβατικές θεραπείες στην Κολπική Μαρμαρυγή - Σε ποιους ασθενείς;»

Ομιλήτρια: Π. Φλεβάρη

«Νεότερα αντιπηκτικά στη μη βαλβιδική Κολπική Μαρμαρυγή»

Ομιλητής: Αθ. Μανώλης

«Η βηματοδότηση στην Κολπική Μαρμαρυγή έχει θέση;»

11:00 - 11:30

Διάλειμμα Καφέ

Σημειώσεις

11:30 - 13:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«DEBATE - Παχυσαρκία και Μεταβολική Χειρουργική»

Συντονιστής: Α. Αλαβέρας

Ομιλητής: Κ. Μιχαλάκης

«Στη θεραπεία της παχυσαρκίας - Υπέρ»

Ομιλητής: Α. Κόκκινος

«Στη θεραπεία της παχυσαρκίας - Κατά»

Ομιλητής: Γ. Βαλσαμάκης

«Στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 - Υπέρ»

Ομιλητής: Σ. Λιάτης

«Στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 - Κατά»

13:00 - 13:30

Διάλεξη

«Κοινωνικός εθισμός: Πολυφαγία, Internet, χαρτοπαιξία»

Πρόεδρος: Εμμ. Φραγκούλης

Ομιλητής: Κ. Μοίρας

13:30 - 15:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Νέα per os αντιπηκτικά φάρμακα (NOAs):

Πλεονεκτήματα και προβληματισμοί»

Συντονίστρια: Ο. Κατσαρού

Ομιλήτρια: Ε. Γρουζή

«Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά παλιών και νέων αντιπηκτικών»

Ομιλητής: Η. Κυριάκου

«Ενδείξεις χορήγησης των NOAs»

Ομιλήτρια: Ε. Μερκούρη

«Εργαστηριακός έλεγχος της δράσης των NOAs:
σε ποιους ασθενείς και με ποιές δοκιμασίες»

Ομιλήτρια: Α. Γάφου

«Αιμορραγικές επιπλοκές και αναστροφή της δράσης των NOAs»

15:00 - 16:30

Μεσημβρινή Διακοπή

16:30 - 17:30

Α΄ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Θ. Οικονομόπουλος

Ομιλητής: Εμμ. Φραγκούλης

«Η πρόοδος της Μοριακής Βιολογίας αφετηρία ανάπτυξης
της Φαρμακογενωμικής και της Εξατομικευμένης Ιατρικής»

Ομιλητής: Σ. Παπύρης

«Φυματίωση σήμερα στην Ελλάδα και σε όλο τον κόσμο»

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Παρασκευή,
13 Δεκεμβρίου 2013**



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





Ωρα	Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α΄	
08:30 - 09:30	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΠΑ13 – ΠΑ18)	
09:30 - 11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Διαβητικό πόδι: Πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση» Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης Χ. Μανές - «Επιδημιολογικά δεδομένα-διαφορική διάγνωση ελκών» Ε. Ζουριδάκη - «Δερματολογικές εκδηλώσεις στα κάτω άκρα σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη» Μ. Ψυχογιού - «Αντιμετώπιση της λοίμωξης» Χ. Μπακογιάννης - «Η συμβολή της Αγγειοχειρουργικής» Γ. Θηβαίος - «Η συμβολή της Ορθοπαιδικής στην αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας και των παραμορφώσεων»	
11:00 - 11:30	Διάλειμμα Καφέ	
11:30 - 12:00	KEYNOTE LECTURE «Σύνδρομο δύσκαμπτου ατόμου και αυτοάνοσες παθήσεις υπερδιεγερσιμότητας: Μια νέα κατηγορία παθήσεων που ανταποκρίνονται στις θεραπείες» Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: Μ. Δαλάκας	
12:00 - 13:00	Α΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Α. Πολύζος Α. Ψυρρή - «Οι καρκινικοί δείκτες: Ο ρόλος τους στη διάγνωση, στην παρακολούθηση και πρόγνωση των νεοπλασμάτων» Π.Γ. Χαλβατσιώτης - «Ο ρόλος της επigenετικής στην εμφάνιση και εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων» Μ. Πέππα - «Μεταβολικές διαταραχές στην εμμηνοπαυση»	
13:30 - 14:30	Β΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Ι. Ευδοκίμидης Κ.Μ. Σπέγγος - «Κεφαλαλγίες από το σύμπτωμα στη διάγνωση» Λ.Κ. Στεφανής - «Υποσχόμενη θεραπεία με εμβολιασμό σε νευροεκφυλιστικά νοσήματα»	
14:30 - 15:00	Μεσημβρινή Διακοπή	14:30 - 16:30
15:00 - 16:30	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΜΕΛΩΝ Ε.Ε.Ε.Π.	14:30 - 16:30
16:30 - 18:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Επίκαιρα θέματα στο Διαβήτη» Συντονίστρια: Στ. Ηρακλειανού Ι. Ιωαννίδης - «Διαβήτης και Καρκίνος» Κ. Μακρυλάκης - «Υπογλυκαιμία και Επιπτώσεις» Α.Ε. Ράπτης - «Παρακολούθηση διαβητικού ασθενούς στην καθημέρα πράξη: κλινικά περιστατικά»	
18:00 - 18:30	Διάλειμμα Καφέ	
18:30 - 19:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ MENARINI HELLAS «Ουρική νόσος» Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: Γ. Βαϊόπουλος	
19:00 - 20:00	Β΄ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης Α. - Μ. Δημόπουλος - «Πολλαπλούν μυέλωμα» Γ. Δημητριάδης - «Νεότερα δεδομένα για την ινσουλινοθεραπεία»	



Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Β΄	PELLA- MYCENAE	Ώρα
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΠΑ19 – ΠΑ23)		08:30 - 09:30
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Όγκοι στο ήπαρ» Συντονιστής: Γ. Παπαθεοδωρίδης Χ. Τριάντος - «Διαφορική Διάγνωση» Ι. Γουλής - «Ηπατοκυτταρικό Καρκίνωμα - Θεραπεία φαρμακευτική και παρεμβατική» Γ. Σωτηρόπουλος - «Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα - Εκτομή και Μεταμόσχευση» Α. Τζοβάρας - «Θεραπεία των μεταστάσεων (χειρουργική ή συντηρητική)»		09:30 - 11:00
Διάλειμμα Καφέ		11:00 - 11:30
Β΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Σ. Μουλόπουλος Α. Μελιδώνης - «Αντιαμπεταλική αγωγή στους διαβητικούς ασθενείς» Δ. Κρεμαστινός - «Αντιμετώπιση Στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς» Δ. Κελέκης - «Χημειοεμβολισμός και η κτηθείσα εμπειρία»		11:30 - 12:00
		12:00 - 13:00
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Κατάθλιψη και Σακχαρώδης Διαβήτης» Συντονιστές: Γ. Παπαδημητρίου, Χ. Παπαγεωργίου Α.Ε. Ράπτης - «Δυσκολίες προσαρμοστικότητας του διαβητικού ασθενούς: προβληματισμοί από την πλευρά του παθολόγου» Α. Κουζούπης - «Επίδημολογία και διάγνωση της κατάθλιψης στο σακχαρώδη διαβήτη» Κ. Κοντοάγγελος - «Νευροενδοκρινολογική και νευροψυχολογική προσέγγιση στο σακχαρώδη διαβήτη» Χ. Χριστοδούλου - «Θεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης στο διαβητικό ασθενή»		13:00 - 13:30
		13:30 - 14:30
Μεσημβρινή Διακοπή	15:00 - 16:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (AA30 – AA49)	14:30 - 15:00 15:00 - 16:30
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Παλιές και Νέες Λοιμώξεις στην αυγή του 21^{ου} αιώνα» Συντονιστές: Τζ. Κρεμαστινού, Γ. Σαρόγλου Α. Μπάκα - «Αιμορραγικοί πυρετοί (Δυτικός Νείλος- Δάγκειος). Νέα απειλή για μεγά- πόλεις; Τώρα και η Αθήνα» Χ. Χατζηχριστοδούλου - «Δημόσια Υγεία και μετακινούμενοι πληθυσμοί στη Μεσόγειο: Το παράδειγμα της ελονοσίας και της πολιομυελίτιδας» Α. Παπαδόπουλος - «Εξελίξεις στη θεραπεία και προφύλαξη από HIV/AIDS» Δ. Χατζηγεωργίου - «Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά Παθογόνα στην κοινότητα και στο νοσοκομείο» Σ. Τσιόδρας - «Λύσσα στη Ελλάδα του 2014. Μύθος ή απειλή;»		16:30 - 18:00
Διάλειμμα Καφέ		18:00 - 18:30
ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ROCHE HELLAS «Νέα εποχή στο HER2 θετικό καρκίνο του μαστού» Πρόεδρος: Ν. Τσαβαρής Ομιλητής: Β. Μπαρμπούνης		18:30 - 19:00
		19:00 - 20:00



Σημειώσεις

08:30 - 09:30

Προφορικές Ανακοινώσεις III

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΠΑ13 - ΠΑ18)

Συντονιστής: Χ. Μανές

ΠΑ13. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ηροδότου Γιολάντα, Κλεάνθους Αγγελική,
Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης, Παπουρής Γεώργιος,
Βενιζέλου Δέσπω, Τούρβα Δήμητρα, Κουσιαππή Έλενα,
Σάββα Φλωρεντία, Θεοφάνους Ελένη,
Ξενοφώντος Έλενα, Βουνού Εμμέλεια
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού

ΠΑ14. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Γκιόκα Μαρία¹, Αναστογιάννης Χαράλαμπος²,
Φιλιππόπουλος Βασίλειος², Βάσσης Κων/νος²,
Κουτρούλια Ελένη³, Δρακουλόγκωνα Ουρανία³,
Γούλα Ντίνα³, Φραγκούλια Αγγελική⁴

¹ Παθολόγος, Επιμελήτρια ΕΣΥ με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Π., Πάτρα

² Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π., Πάτρα

³ Νεφρολόγοι, Επιμελητές ΕΣΥ Νεφρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π., Πάτρα

⁴ Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π., Πάτρα

ΠΑ15. Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΦΕΤΟΥΙΝΗΣ-Α 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Βέρρας Χρήστος¹, Σίμος Ιωάννης²,
Αγιομαμίτης Γεώργιος³, Γεωργιάδης Φοίβος³,
Φουστέρης Ευάγγελος¹, Δημητριάδου Αρετή¹,
Κονιτσιώτης Σπυρίδων², Ευαγγέλου Άγγελος²,
Κιόρτσος Δημήτριος², Μελιδώνης Ανδρέας¹

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

² Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

ΠΑ16. ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ PDGF ΚΑΙ ΤΟΥ PDGFR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)



ΠΑ17. Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ SURVIVIN ΣΕ ΒΙΟΨΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
Καπέλλος Γεράσιμος¹, Πολονύφη Αικατερίνη¹, Φαρμάκης Δημήτριος¹, Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος, Βασλαματζής Μιχάλης, Γκόγκα Έλενα, Σπάρταλης Ελευθέριος², Τόμος Περικλής², Αίσωπος Αθανάσιος¹, Πολύζος Αριστείδης, Μαντζουράνη Μαρίνα¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Β' Χειρουργική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

ΠΑ18. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
Λούπα Χαρίκλεια, Παπαδάκη Αγγελική, Δασκαλόπουλος Βασίλειος, Σουλιώτης Νικόλαος, Μητράκης Γεώργιος, Τζίφας Κωνσταντίνος, Σαρρής Ευάγγελος, Λελέκης Μωϋσής, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Μ. «Α.ΦΛΕΜΙΓΚ» Αθήνα

09:30 - 11:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Διαβητικό πόδι: Πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση»

Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης

Ομιλητής: Χ. Μανές

«Επιδημιολογικά δεδομένα - διαφορική διάγνωση ελκών»

Ομιλήτρια: Ε. Ζουριδάκη

«Δερματολογικές εκδηλώσεις στα κάτω άκρα σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη»

Ομιλήτρια: Μ. Ψυχογιού

«Αντιμετώπιση της λοίμωξης»

Ομιλητής: Χ. Μπακογιάννης

«Η συμβολή της Αγγειοχειρουργικής»

Ομιλητής: Γ. Θηβαίος

«Η συμβολή της Ορθοπαιδικής στην αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας και των παραμορφώσεων»

11:00 - 11:30

Διάλειμμα Καφέ

Σημειώσεις



Σημειώσεις

11:30 - 12:00

Keynote Lecture

«Σύνδρομο δύσκαμπτου ατόμου και αυτοάνοσες παθήσεις υπερδιεγερσιμότητας: Μια νέα κατηγορία παθήσεων που ανταποκρίνονται στις θεραπείες»

Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλητής: Μ. Δαλάκας

12:00 - 13:30

Α΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Α. Πολύζος

Ομιλήτρια: Α. Ψυρρή

«Οι καρκινικοί δείκτες: Ο ρόλος τους στη διάγνωση, στην παρακολούθηση και πρόγνωση των νεοπλασμάτων»

Ομιλητής: Π.Γ. Χαλβασιώτης

«Ο ρόλος της επιγενετικής στην εμφάνιση και εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων»

Ομιλήτρια: Μ. Πέππα

«Μεταβολικές διαταραχές στην εμμηνόπαυση»

13:30 - 14:30

Β΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Ι. Ευδοκιμίδης

Ομιλητής: Κ.Μ. Σπέγγος

«Κεφαλαλγίες από το σύμπτωμα στη διάγνωση»

Ομιλητής: Λ.Κ. Στεφανής

«Υποσχόμενη θεραπεία με εμβολιασμό σε νευροεκφυλιστικά νοσήματα»

14:30 - 16:30

Μεσημβρινή Διακοπή

14:30 - 16:30

Γενική Συνέλευση Μελών

Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)

Εξ' αναβολής, λόγω μη ύπαρξης απαρτίας
την Πέμπτη 12 Δεκεμβρίου 2013 (ίδε σελίδα 32)
(www.hsim.gr)



15:00 - 16:30

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων**ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ II (ΑΑ30 - ΑΑ39)****Συντονιστής: Ξ. Κροκίδης**

Σημειώσεις

ΑΑ30. IGG-4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΗΠΙΑΣ ΧΝΑ
Λιακοπούλου Ευσταθία¹, Μακίνα Άννα¹, Πάλλα Σοφία², Πολίτης Εμμανουήλ², Παπαγεωργίου Ελένη¹, Πανταζή Αικατερίνη¹, Καλφούντζος Δημήτριος¹, Αλεξίου Ζωή¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»² Νεφρολογικό Τμήμα του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

ΑΑ31. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ ΕΩΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ρόκιζα Αικατερίνη, Μακρής Αθανάσιος, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Ρόζη Φωτεινή, Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Καρκαμάνης Αχιλλέας, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος
 Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

ΑΑ32. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΕΣ ΜΟΡΦΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ

Καραγιαννίδης Ευστράτιος¹, Καρκαμάνης Αχιλλέας¹, Ρόζη Φωτεινή¹, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος¹, Σταυρουλάκη Γεωργία¹, Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Σφοντούρης Χαράλαμπος², Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους² Ρευματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
«Ευαγγελισμός»

ΑΑ33. ΣΗΠΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατσουλάκη Μαρία, Πολυμίλη Γεωργία, Νικολιδάκη Αφροδίτη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Κοσμίδου Κυριακή, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Καστανάκης Σεραφείμ

Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

«Ο Άγιος Γεώργιος»

ΑΑ34. ΡΗΞΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Ανδριανοπούλου Άρτεμις², Καραγιαννίδης Ευστράτιος¹, Καρκαμάνης Αχιλλέας¹, Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Σταυρουλάκη Γεωργία¹, Τσόχα Άννα¹, Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους² Ακτινολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Άργους



Σημειώσεις

- AA35. ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CASTLEMAN**
Κανέλλιας Νικόλαος¹, Κατσουράκης Δημήτριος¹, Αγγελίδη Αγγελική¹, Αγιομαμίτης Γεώργιος², Μυωτέρη Δέσποινα³, Μανωλουδάκη Κασσιανή³, Κρανιδιώτης Γεώργιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹
¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς
² Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς
³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς
- AA36. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**
Μακίνα Άννα, Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία, Νοδάρης Χρήστος, Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη, Καραχάλιος Γεώργιος
Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
- AA37. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΓΑΛΑΚΤΟΣ-ΑΛΚΑΛΕΩΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ**
Δολαψάκης Χριστόδουλος, Μπαχλιτζανάκη Μαρία, Μηλάκη Καλλιόπη, Κολομτσάς Ζαχαρίας, Ταμπουρατζή Δήμητρα
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας, Παθολογική Κλινική
- AA38. ACUTE LUNG INJURY, ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ, ΛΟΓΩ ΟΞΕΙΑΣ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ, ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ P-ANCA, ΠΟΥ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΛΗΨΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CHURG-STRAUSS;**
Κουσιαππή Έλενα¹, Γεωργίου Μαρία², Τούρβα Δήμητρα¹, Κλεάνθους Αγγελική¹, Θεοφάνους Ελένη¹, Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης¹, Σάββα Φλωρεντία¹, Παπουρής Γιώργος¹, Βενιζέλου Δέσπω¹, Ηροδότου Γιολάντα¹, Κουτσίδης Παναγιώτης¹, Ξενοφώντος Έλενα¹, Βουνού Εμμέλεια¹
¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος
² Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος
- AA39. ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ N. STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**
Στυλιανού Ανδρέας, Δημητρίου Δήμητρα, Τράπελου Ροδούλα, Ολυμπίου Χαρίκλεια, Κίζη Ανθούλα, Παύλου Μάριος, Ολύμπιος Γεώργιος, Κοντού Μαρία
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, Λάρνακα

**ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΙΙΙ (ΑΑ40 - ΑΑ49)**

Σημειώσεις

Συντονιστής: Ν. Τεντολούρης

- ΑΑ40.** ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΜΕΘΥΛΕΝΟΔΙΟΞΥΠΥΡΟΒΑΛΕΡΟΝΗΣ (ΑΠΕΣΥΡΘΗ)
- ΑΑ41.** ΚΑΧΕΞΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
Χέρας Παναγιώτης, Φαβατάς Γεώργιος
Παθολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
- ΑΑ42.** ΚΕΧΡΟΕΙΔΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ
Παρτσαλάκη Ειρήνη, Πολυμίλη Γεωργία, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Κατσουλάκη Μαρία, Κοσμίδου Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος, Πήττας Κωνσταντίνος, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Αναστασάκη Ελένη, Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»
- ΑΑ43.** ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΑΠΟΦΟΛΙΔΩΤΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ
Φιωτάκη Κυριακή, Νικολιδάκη Αφροδίτη, Ορφανουδάκη Ελένη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Τσαφά Ευφροσύνη, Αναστασάκη Ελένη, Βιτωράκης Εμμανουήλ, Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»
- ΑΑ44.** ΕΠΙΝΕΜΕΣΗ ΣΚΛΗΡΗΣ ΜΗΝΙΓΓΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ
Παρτάλης Νικόλαος, Παρτσαλάκη Ειρήνη, Πολυμίλη Γεωργία, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Κατσουλάκη Μαρία, Κοσμίδου Κυριακή, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»
- ΑΑ45.** ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
Νικολιδάκη Αφροδίτη, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Φιωτάκη Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος, Τσαφά Ευφροσύνη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Πήττας Κωνσταντίνος, Αναστασάκη Ελένη, Καστανάκης Σεραφείμ
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»



Σημειώσεις

- AA46.** ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ:
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ
Αλεξίου Νικόλαος, Κοτινά Ειρήνη,
Παντελίδου Ηλιάνα-Μαρία, Βιτώρος Βασίλης,
Τσιρώνης Γεώργιος, Φωτακοπούλου Χριστίνα,
Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο»
- AA47.** ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΧΛΛ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ FLUDARABINE
Κοσμίδου Κυριακή, Πολυμίλη Γεωργία,
Κατσουλάκη Μαρία, Πήττας Κωνσταντίνος,
Παρτάλης Νικόλαος, Φιωτάκη Κυριακή,
Αποστολοπούλου Αικατερίνη, Καστανάκης Σεραφείμ
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»
- AA48.** ΟΖΩΔΗΣ ΠΟΛΥΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ
ΟΡΧΕΟΕΠΙΔΥΔΙΜΙΤΙΔΑ / ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΟΡΧΕΟΣ
Πλατσούκα Φερενίκη, Τρουβάς Ευάγγελος,
Θεοδώρου Ευάγγελος, Μούργος Λεωνίδας,
Τόλης Απόστολος, Τουλιάτου Αικατερίνη
Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Γ. Γεννηματάς»
- AA49.** ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ N. WILSON;
Στυλιανού Ανδρέας, Τράππελου Ροδούλα,
Σκορδή Χρυστάλλα, Ποφαΐδης Κωνσταντίνος,
Παύλου Μάριος, Ολύμπιος Γεώργιος, Κοντού Μαρία
Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας,
Λάρνακα

**16:30 - 18:00****Στρογγυλό Τραπέζι****«Επίκαιρα θέματα στο Διαβήτη»****Συντονίστρια: Στ. Ηρακλειανού****Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης****«Διαβήτης και Καρκίνος»****Ομιλητής: Κ. Μακρυλάκης****«Υπογλυκαιμία και Επιπτώσεις»****Ομιλητής: Α.Ε. Ράπτης****«Παρακολούθηση διαβητικού ασθενούς στην καθημέρα πράξη: κλινικά περιστατικά»****18:00 - 18:30****Διάλειμμα Καφέ****18:30 - 19:00****Δορυφορική Διάλεξη της εταιρίας Menarini Hellas****«Ουρική νόσος»****Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης****Ομιλητής: Γ. Βαϊόπουλος****19:00 - 20:00****Β' ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ****Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης****Ομιλητής: Α. - Μ. Δημόπουλος****«Πολλαπλούν μυέλωμα»****Ομιλητής: Γ. Δημητριάδης****«Νεότερα δεδομένα για την ινσουλινοθεραπεία»**

Σημειώσεις



Σημειώσεις

08:30 - 09:30

Προφορικές Ανακοινώσεις IV

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (ΠΑ19 - ΠΑ23)

Συντονίστρια: Ε. Μπουτάτη

ΠΑ19. ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΣ ΤΟ PSA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Πάνου Χαράλαμπος¹, Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Καραμπουσλή Ελίνα, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Καλαντζή Αθανασία, Παπαγγελή Ελένη, Αστρέχα Δήμητρα, Λιασκώνη Κωνσταντίνα¹, Τσιλιγκρού Βαία

Ουρολογική¹ και Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

ΠΑ20. ΤΡΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ Λιάκου Χρυσούλα, Παπαδοπούλου Μαρία, Τσιλίμη Κωνσταντίνα, Ζαχαράκη Αναστασία, Τουλιάτου Αικατερίνη

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

ΠΑ21. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΔΕΞΙΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS MUTANS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ, ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Μουσούλη Αναστασία¹, Παπαδόπουλος Χαράλαμπος¹, Καλαφάτης Εμμανουήλ¹, Κοκκίνης Κωνσταντίνος², Στυλιανάκης Αντώνιος³, Κουτσούρης Παναγιώτης¹, Χαραλαμπίδης Δημήτριος¹, Λελέκης Μωυσής¹

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

² Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

³ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

ΠΑ22. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σγούρος Κωνσταντίνος¹, Καλλιοντζή Δέσποινα¹, Σουβατζή Κλεοπάτρα¹, Βαρβαρούσης Δημήτριος¹, Καφαντόγια Κωνσταντίνα², Μπαρουξής Παναγιώτης¹, Παπαδάκης Ιωάννης¹, Ραφομανίκης Κάρολος-Παύλος¹, Παλλίδα Σωτηρία¹, Λελέκης Μωυσής¹

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

² Γραφείο Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά



ΠΑ23. ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΤΟ 2013: ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κουρουτού Παρασκευή, Αλεξίου Νικόλαος, Ιωάννου Αλκιβιάδης, Βιτώρος Βασίλειος, Σκούρα Ειρήνη, Κουπετώρη Μαρίνα, Συμπάρδη Στυλιανή
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο», Ελευσίνα

Σημειώσεις

09:30 - 11:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Όγκοι στο ήπαρ»

Συντονιστής: Γ. Παπαθεοδωρίδης

Ομιλητής: Χ. Τριάντος

«Διαφορική Διάγνωση»

Ομιλητής: Ι. Γουλής

«Ηπατοκυτταρικό Καρκίνωμα - Θεραπεία φαρμακευτική και παρεμβατική»

Ομιλητής: Γ. Σωτηρόπουλος

«Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα - Εκτομή και Μεταμόσχευση»

Ομιλητής: Α. Τζοβάρας

«Θεραπεία των μεταστάσεων (χειρουργική ή συντηρητική)»

11:00 - 11:30

Διάλειμμα Καφέ

11:30 - 13:00

Β' ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Σ. Μουλόπουλος

Ομιλητής: Α. Μελιδώνης

«Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στους διαβητικούς ασθενείς»

Ομιλητής: Δ. Κρεμαστινός

«Αντιμετώπιση Στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς»

Ομιλητής: Δ. Κελέκης

«Χημειοεμβολισμός και η κτηθείσα εμπειρία»



Σημειώσεις

13:00 - 14:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κατάθλιψη και Σακχαρώδης Διαβήτης»

Συντονιστές: Γ. Παπαδημητρίου, Χ. Παπαγεωργίου

Ομιλητής: Α.Ε. Ράπτης

«Δυσκολίες προσαρμοστικότητας του διαβητικού ασθενούς: προβληματισμοί από την πλευρά του παθολόγου»

Ομιλητής: Α. Κουζούπης

«Επιδημιολογία και διάγνωση της κατάθλιψης στο σακχαρώδη διαβήτη»

Ομιλητής: Κ. Κοντοάγγελος

«Νευροενδοκρινολογική και νευροψυχολογική προσέγγιση στο σακχαρώδη διαβήτη»

Ομιλητής: Χ. Χριστοδούλου

«Θεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης στο διαβητικό ασθενή»

14:30 - 16:30

Μεσημβρινή Διακοπή

16:30 - 18:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Παλιές και Νέες Λοιμώξεις στην αυγή του 21^{ου} αιώνα»

Συντονιστές: Τζ. Κρεμαστινού, Γ. Σαρόγλου

Ομιλήτρια: Α. Μπάκα

«Αιμορραγικοί πυρετοί (Δυτικός Νείλος - Δάγκειος).

Νέα απειλή για mega-πόλεις: Τώρα και η Αθήνα;»

Ομιλητής: Χ. Χατζηχριστοδούλου

«Δημόσια Υγεία και μετακινούμενοι πληθυσμοί στη Μεσόγειο:

Το παράδειγμα της ελονοσίας και της πολιομυελίτιδας»

Ομιλητής: Α. Παπαδόπουλος

«Εξελίξεις στη θεραπεία και προφύλαξη από HIV/AIDS»

Ομιλητής: Δ. Χατζηγεωργίου

«Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά Παθογόνα στην κοινότητα και στο νοσοκομείο»

Ομιλητής: Σ. Τσιόδρας

«Λύσσα στην Ελλάδα του 2014. Μύθος ή απειλή;»

18:00 - 18:30

Διάλειμμα Καφέ

18:30 - 19:00

Δορυφορική Διάλεξη της εταιρίας Roche Hellas

«Νέα εποχή στο HER2 θετικό καρκίνο του μαστού»

Πρόεδρος: Ν. Τσαβαρής

Ομιλητής: Β. Μπαρμπούνης

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Σάββατο,
14 Δεκεμβρίου 2013**



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





Ωρα	Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Α΄
09:30 - 11:00	Α΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Προεδρείο: Ν.Α. Κατσιλάμπρος Π. Τσιριγώτης - «Μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων: Δυνατότητες και όρια» Ν. Α. Κατσιλάμπρος - «Γλυκαιμικός δείκτης, νεότερα δεδομένα» Δ. - Δ. Κουτσούρης - «Η πληροφόρηση των ασθενών στην εποχή του διαδικτύου. Κατάρη ή ευλογία; Καινούργιοι δρόμοι στο χάος της πληροφόρησης»
	Διάλειμμα Καφέ
11:00 - 11:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Σύγχρονα θέματα δυσλιπιδαιμίας» Συντονιστής: Χ. Πίτσαβος Μ. Ελισάφ - «Οικογενής υπερλιπιδαιμία: διάγνωση, θεραπεία, νεότερα υπολιπιδαιμικά φάρμακα» Ε. Γανωτάκης - «Αντιμετώπιση ασθενών με δυσανεξία στις στατίνες» Κ.Τζιόμαλος - «Χορήγηση στατινών σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο»
	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα θυρεοειδικών νοσημάτων» Συντονιστές: Β. Βλασοπούλου, Γ. Μαστοράκος Κ. Μάρκου - «Οξώδης βρογχόλη: από την καλοήθεια στην κακοήθεια» Ζ. Ευσταθιάδου - «Υποκλινική δυσλειτουργία θυρεοειδής» Μ. Μιχαλάκη - «Σύνδρομο χαμηλής Τ3»
13:00 - 14:30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ MSD & BIANEE «Η ενεργοποίηση της γαστρεντερολογικής ενδοκρινολογίας στην ομοιοστασία της γλυκόζης» Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: Π.Γ. Χαλβατσιώτης
14:30 - 15:00	Μεσημβρινή Διακοπή
15:00 - 16:00	
16:00 - 16:30	
16:30 - 18:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «Δευτεροπαθής Υπέρταση - Ειδικά αίτια» Συντονιστής: Α. Α.Τουρκαντώνης Α. Καραγιάννης - «Νεφραγγειακή Υπέρταση» Π. Ζεμπεκάκης - «Ορμονοεξαρτώμενη Υπέρταση» Π. Σαραφίδης - «Νεφροπαρεγχυματική Υπέρταση» Ξ. Κροκίδης - «Υπνικη άπνοια-Υπέρταση»
	ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΕΩΣ «Ηθική Φιλοσοφία και νέα Ιατρική: Γεφυρώνοντας το χάσμα»» Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: ΑΘ. Παπαβασιλείου
18:30 - 19:00	ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ
19:00 - 19:15	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ Β΄

Ωρα

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Σακχαρώδης Διαβήτης και Καρδιά: Επικίνδυνες σχέσεις»

Συντονιστής: **Ε. Ηλιοδρομίτης**

Γ. Φιλιππάτος - «Νέες κατευθυντήριες οδηγίες στη θεραπεία της Καρδιακής Ανεπάρκειας»

Α. Πιπλής - «Αντιθρομβωτική τριπλή αγωγή 2013»

Ε. Τριανταφυλλίδη - «Καρδιά, Νεφροί, Φαρμακευτική Αγωγή της Υπέρτασης, Stent, Ablation. Ποιά θεραπεία για ποιόν ασθενή;»

09:30 - 11:00

Διάλειμμα Καφέ

11:00 - 11:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Εξακολουθούν οι λοιμώξεις του ουροποιητικού να αποτελούν πρόβλημα στην καθημερινή ιατρική πραγματικότητα;»

Συντονίστρια: **Ε. Γιαμαρέλλου**

Μ. Σουλή - «Οι λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού»

Κ. Κανελλακοπούλου - «Οι προβληματικές λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού: θεραπεία και προφύλαξη»

Α. Πεφάνης - «Οι ειδικές λοιμώξεις του ουροποιητικού»

11:30 - 13:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Ρομποτική Χειρουργική - State of the Art»

Συντονιστής: **Κ. Μ. Κωνσταντινίδης**

Α. Πλουμίδης - «Ουρολογία»

Κ. Μ. Κωνσταντινίδης - «Γενική Χειρουργική»

Π. Χειρίδης - «Γυναικολογία»

Α. Πάνος - «Ρομποτική και ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική»

13:00 - 14:30

Μεσημβρινή Διακοπή

14:30 - 15:00

15:00 - 16:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Η αντιμικροβιακή θεραπεία στη σύγχρονη εποχή της πολυαντοχής»

Πρόεδρος: **Ν. Χούλης**

Ομιλήτρια: **Ε. Γιαμαρέλλου**

16:00 - 16:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

«Κληρονομικός καρκίνος»

Συντονιστής: **Β. Μπαρμπούνης**

Φ. Φωστήρα - «Μοριακές συνιστώσες του κληρονομικού καρκίνου»

Γ. Λύπας - «Κληρονομικός καρκίνος μαστού - ωθηκών»

Χ. Πανόπουλος - «Κληρονομικός καρκίνος παχέος εντέρου»

Εμμ. Σαλούστρος - «Ανδρικός καρκίνος του μαστού»

16:30 - 18:00

18:00 - 18:30

18:30 - 19:00

19:00 - 19:15



Σημειώσεις

09:30 - 11:00

Α΄ ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Προεδρείο: Ν.Α. Κασιλάμπρος

Ομιλητής: Π. Τσιριγώτης

«Μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων: Δυνατότητες και όρια»

Ομιλητής: Ν.Α. Κασιλάμπρος

«Γλυκαιμικός δείκτης, νεότερα δεδομένα»

Ομιλητής: Δ. - Δ. Κουτσούρης

«Η πληροφόρηση των ασθενών στην εποχή του διαδικτύου.

Κατάρα ή ευλογία; Καινούργιοι δρόμοι στο χάος

της πληροφόρησης»

11:00 - 11:30

Διάλειμμα Καφέ

11:30 - 13:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Σύγχρονα θέματα δυσλιπιδαιμίας»

Συντονιστής: Χ. Πίτσας

Ομιλητής: Μ. Ελισάφ

«Οικογενής υπερλιπιδαιμία: διάγνωση, θεραπεία, νεότερα υπολιπιδαιμικά φάρμακα»

Ομιλητής: Ε. Γανωτάκης

«Αντιμετώπιση ασθενών με δυσανεξία στις στατίνες»

Ομιλητής: Κ. Τζιόμαλος

«Χορήγηση στατινών σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο»

13:00 - 14:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα θυρεοειδικών νοσημάτων»

Συντονιστές: Β. Βλασποπούλου, Γ. Μαστοράκος

Ομιλητής: Κ. Μάρκου

«Οζώδης βρογχοκήλη: από την καλοήθεια στην κακοήθεια»

Ομιλήτρια: Ζ. Ευσταθιάδου

«Υποκλινική δυσλειτουργία θυρεοειδή»

Ομιλήτρια: Μ. Μιχαλάκη

«Σύνδρομο χαμηλής Τ3»

14:30 - 15:00

Δορυφορική Διάλεξη των εταιριών MSD & Βιανέξ

«Η ενεργοποίηση της γαστρεντερολογικής ενδοκρινολογίας στην ομοιοστασία της γλυκόζης»

Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλητής: Π.Γ. Χαλβασιώτης

15:00 - 16:30

Μεσημβρινή Διακοπή

**16:30 - 18:00****Στρογγυλό Τραπέζι****«Δευτεροπαθής Υπέρταση - Ειδικά αίτια»****Συντονιστής: Α.Α. Τουρκαντώνης****Ομιλητής: Α. Καραγιάννης****«Νεφραγγειακή Υπέρταση»****Ομιλητής: Π. Ζεμπεκάκης****«Ορμονοεξαρτώμενη Υπέρταση»****Ομιλητής: Π. Σαραφίδης****«Νεφροπαρεγχυματική Υπέρταση»****Ομιλητής: Ξ. Κροκίδης****«Υπνική άπνοια - Υπέρταση»**

Σημειώσεις

18:00 - 19:15**Τελετή Λήξης****18:00 - 18:30****Διάλεξη Λήξεως****«Ηθική Φιλοσοφία και νέα Ιατρική: Γεφυρώνοντας το χάσμα»****Πρόεδρος: Σ.Α. Ράπτης****Ομιλητής: Αθ. Παπαβασιλείου****18:30 - 19:00****Απονομή Βραβείων****Τεσσάρων (4) Βραβείων Ανακοινώσεων****Δύο (2) Βραβείων εις μνήμην Η. ΦΙΛΗ Ανακοινώσεων****για ειδικευόμενους και ειδικευμένους έως 3 έτη****από την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας****19:00 -19:15****Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου**



Σημειώσεις

09:30 - 11:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Σακχαρώδης Διαβήτης και Καρδιά: Επικίνδυνες σχέσεις»

Συντονιστής: *Ε. Ηλιοδρομίτης*

Ομιλητής: *Γ. Φιλιππάτος*

«Νέες κατευθυντήριες οδηγίες στη θεραπεία της Καρδιακής Ανεπάρκειας»

Ομιλητής: *Α. Πιπιλής*

«Αντιθρομβωτική τριπλή αγωγή 2013»

Ομιλήτρια: *Ε. Τριανταφυλλίδη*

«Καρδιά, Νεφροί, Φαρμακευτική Αγωγή της Υπέρτασης, Stent, Ablation. Ποιά θεραπεία για ποιόν ασθενή;»

11:00 - 11:30

Διάλειμμα Καφέ

11:30 - 13:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Εξακολουθούν οι λοιμώξεις του ουροποιητικού να αποτελούν πρόβλημα στην καθημερινή ιατρική πραγματικότητα;»

Συντονίστρια: *Ε. Γιαμαρέλλου*

Ομιλήτρια: *Μ. Σουλή*

«Οι λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού»

Ομιλήτρια: *Κ. Κανελλακοπούλου*

«Οι προβληματικές λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού: θεραπεία και προφύλαξη»

Ομιλητής: *Α. Πεφάνης*

«Οι ειδικές λοιμώξεις του ουροποιητικού»

13:00 - 14:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Ρομποτική Χειρουργική - State of the Art»

Συντονιστής: *Κ.Μ. Κωνσταντινίδης*

Ομιλητής: *Α. Πλουμίδης*

«Ουρολογία»

Ομιλητής: *Κ.Μ. Κωνσταντινίδης*

«Γενική Χειρουργική»

Ομιλητής: *Π. Χειρίδης*

«Γυναικολογία»

Ομιλητής: *Α. Πάνος*

«Ρομποτική και Ενδοσκοπική Καρδιοχειρουργική»

14:30 - 16:00

Μεσημβρινή Διακοπή



16:00 - 16:30

Διάλεξη

«Η Αντιμικροβιακή θεραπεία στη σύγχρονη εποχή της πολυαντοχής»

Πρόεδρος: Ν. Χούλης

Ομιλήτρια: Ε. Γιαμαρέλλου

16:30 - 18:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κληρονομικός καρκίνος»

Συντονιστής: Β. Μπαρμπούνης

Ομιλήτρια: Φ. Φωστήρα

«Μοριακές συνιστώσες του κληρονομικού καρκίνου»

Ομιλητής: Γ. Λύπας

«Κληρονομικός καρκίνος μαστού - ωοθηκών»

Ομιλητής: Χ. Πανόπουλος

«Κληρονομικός καρκίνος παχέος εντέρου»

Ομιλητής: Εμμ. Σαλούστρος

«Ανδρικός καρκίνος του μαστού»

Σημειώσεις

Adenuric[®]

(febuxostat)



ΔΕΛΤΑ ΑΔΕΝ ΑΔΥ 1/2013



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

To Adenuric[®] αποτελεί σήμα κατατεθέν της Teijin Limited, Τόκιο, Ιαπωνία

Προφορικές Ανακοινώσεις



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΑ01. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Κωνσταντίνου Μαρία, Σωτηρίου Χριστάκης,
Σεντονάρης Γεώργιος, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι ο επιδιωκόμενος στόχος κατά τη ρύθμιση της γλυκαιμίας στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η επίτευξη και διατήρηση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης $\leq 7,0\%$.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή έγινε για να ελεγχθεί ο γλυκαιμικός έλεγχος των ασθενών με Σ.Δ τύπου 2.

Υλικό: Μελετήσαμε 605 ασθενείς (481 ασθενείς ≤ 75 ετών και 124 ασθενείς > 75 ετών) με Σ.Δ τύπου 2 για χρονικό έξι μηνών, οι οποίοι παρακολουθούνται στα Ε.Ι διαβήτη του νοσοκομείου.

Μέθοδοι: Χωρίσαμε τους ασθενείς μας σε δύο κατηγορίες βάση ηλικίας, άνω των 75 ετών και κάτω των 75 ετών. Μετρήσαμε την τιμή της HbA1C και το ποσοστό ρύθμισης των ασθενών.

Αποτελέσματα: Βάση των μετρήσεων βρέθηκε ότι από τους ασθενείς ηλικίας ≤ 75 ετών μόνο το 43,04% έχει επιτύχει HbA1C $\leq 7,0\%$. Από τους ασθενείς > 75 ετών το 83,10% έχει HbA1C $\leq 7,0\%$. Η μέση τιμή της HbA1C στους ασθενείς ≤ 75 ετών είναι 7,6% και στους ασθενείς > 75 ετών είναι 6,9%.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή έδειξε ότι το ποσοστό των σακχαροδιαβητικών τύπου 2 ≤ 75 ετών του Γ.Ν. Λευκωσίας που έχει HbA1C $\leq 7,0\%$ είναι μόλις 43,04%, ποσοστό πολύ χαμηλό σε σύγκριση με αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, π.χ. Ελλάδα 55%. Όσο αφορά τους ασθενείς > 75 ετών φαίνεται ότι έχουν πετύχει HbA1C $\leq 7,0\%$ ποσοστό 83,10%, ποσοστό που αναμφίβολα μας προκαλεί εντύπωση.



ΠΑ02. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Γκιόκα Μαρία¹, Βάσσης Κωνσταντίνος²,
Αναστογιάννης Χαράλαμπος²,
Φιλιππόπουλος Βασίλειος², Φραγκούλια Αγγελική³

¹ Παθολόγος, Επιμ. Α' Ε.Σ.Υ. με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

² Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

³ Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παθολόγος, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η καταγραφή ασθενών με διαταραγμένη ομοιοστασία της γλυκόζης καθώς επίσης και των παραγόντων κινδύνου για την εξέλιξη αυτών σε Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 (ΣΔΤ2).

Υλικό - Μέθοδος: Από τους 424 νέους ασθενείς που εξετάστηκαν στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο από τον Ιούλιο 2012 έως και σήμερα, 377 διαγνώστηκαν με ΣΔΤ2 και 47 (11,08%), εμφάνισαν διαταραχή της ομοιοστασίας της γλυκόζης, κατόπιν της από του στόματος λήψης 75 gr γλυκόζης - OGTT. (11 με διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας-IFG, 13 με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη-IGT και 23 με IFG & IGT).

Αποτελέσματα: Από τους 47 ασθενείς με διαταραγμένο OGTT εμφάνισαν ΣΔΤ2 σε ≤ 12 μήνες οι 22 (46,80%, 14 γυναίκες και 8 άνδρες).

- Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη είχαν 21 pts (44,68%).
- BMI >30 είχαν 29 pts (61,70%).
- Αρτηριακή υπέρταση με ή χωρίς την ύπαρξη αγωγής καρδιαγγειακής νόσου είχαν 19 pts (40,4%).
- Δυσλιπιδαιμία εμφάνισαν 18 pts (38,29%).

Από το σύνολο των 47 pts με διαταραχή της δοκιμασίας γλυκόζης, τρεις (3) δεν είχαν κανένα από τους προαναφερόμενους παράγοντες κινδύνου.

Συμπέρασμα: Η απώλεια σωματικού βάρους και το οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της OGTT ασθενών με ΣΔΤ2.

Σημειώσεις

Σημειώσεις

ΠΑ03. ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2). ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΑΙΤΙΕΣ - ΠΡΟΛΗΨΗ

**Γκιόκα Μαρία¹, Φιλιππόπουλος Βασίλης²,
Αναστογιάννης Χαράλαμπος², Βάσσης Κωνσταντίνος²,
Φραγκούλια Αγγελική³**

¹ Παθολόγος, Επιμ. Α΄ Ε.Σ.Υ. με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

² Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

³ Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παθολόγος, Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η υπογλυκαιμία, η οποία αποτελεί μια ιδιαίτερα δυσάρεστη κατάσταση, συνιστά την κύρια επιπλοκή της θεραπείας σε ασθενείς με ΣΔΤ2. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών των ατόμων με ΣΔΤ2 που εμφάνισαν υπογλυκαιμία.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκε ένα τυχαίο δείγμα ασθενών με ΣΔΤ2, (194 άνδρες, 156 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας $62,3 \pm 9,45$ και μέση διάρκεια διαβήτη $12 \pm 4,34$ έτη. Σε υπογλυκαιμικά δισκία (σουλφονουρίες), ήταν 145 άτομα (ομάδα Α), σε συνδυασμό υπογλυκαιμικών δισκίων με ινσουλίνη 93 άτομα (ομάδα Β), ενώ σε αμιγή ινσουλινοθεραπεία 112 άτομα (ομάδα Γ). Ως υπογλυκαιμία θεωρήθηκε τιμή γλυκόζης ≤ 60 mg/dl.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των εξεταζομένων ασθενών, ένα τουλάχιστον επεισόδιο υπογλυκαιμίας τον τελευταίο μήνα από την καταγεγραμμένη επίσκεψη είχαν 46pts της ομάδας Α (ποσοστό 31,72%), 39 pts της ομάδας Β (ποσοστό 41,93%), ενώ στους αμιγώς ινσουλινοθεραπευόμενους το ποσοστό ήταν 63,39% (71 pts). Συνηθέστερες ώρες εμφάνισης υπογλυκαιμίας ήταν 19:00, 23:00-24:00 και 06:00 το πρωί. Οι κύριες αιτίες εμφάνισης υπογλυκαιμίας ήταν ο μη συνδυασμός του κυρίου γεύματος με αμυλούχες τροφές, η παράληψη επιμέρους γευμάτων, η αυξημένη άσκηση.

Συμπεράσματα: Η υπογλυκαιμία είναι συχνή σε άτομα με ΣΔΤ2, συχνότερη δε όλων στους ινσουλινοθεραπευόμενους. Ως εκ τούτου, είναι υποχρέωσή μας να εκπαιδεύσουμε καλύτερα τους ασθενείς προς την κατεύθυνση αυτή.



ΠΑ04. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ sVEGFR-1, sVEGFR-2, ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ, ΧΗΜΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΜΟΡΙΩΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Χαλβασιώτης Παναγιώτης¹, Αγγελόπουλος Μιλτιάδης², Καρακίτσος Πέτρος³, Παναγόπουλος Περικλής², Πατσούρας Κωνσταντίνος², Αλεπάκη Μαρία³, Χρέλιας Χαράλαμπος², Τζιάρου Κανέλλα¹, Σπυριδάκη Αθηνά¹, Σιαμπλή Δάφνη¹, Κασσάνος Δημήτρης², Δημητριάδης Γεώργιος¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

² Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

³ Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σημειώσεις

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ) χαρακτηρίζεται από παθολογική ανοχή στο μεταβολισμό υδατανθράκων που πρωτοδιαγιγνώσκεται κατά την εγκυμοσύνη και αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα οδηγεί στην ανάπτυξη επιπλοκών. Ο αρρύθμιστος ΣΔΚ αποτελεί αίτιο προεκλαμψίας και σχετίζεται με διαταραχές στην αγγειογένεση που εκκινούν με πυροδότηση μηχανισμών φλεγμονής. Με σκοπό την διερεύνηση του ρόλου του ΣΔΚ στην ενεργοποίηση των διαδικασιών φλεγμονής σε κατάσταση ευγλυκαιμίας, μελετήθηκαν οι κυκλοφορούντες στο πλάσμα φλεγμονώδεις και αγγειοκινητικοί παράγοντες. Η ομάδα μελέτης αποτελείτο από 12 ευγλυκαιμικές εγκύους (ΣΔΚ) (32,08±1,59 έτη) και 9 μη διαβητικές εγκύους (ΜΔΚ) με παρόμοια ηλικία (29,5±1,84 έτη) και Δείκτη Μάζας Σώματος (25,92±1,2 έναντι 24,25±1,9) πριν την κύηση. Υπολογίσθηκαν τα επίπεδα των αγγειοκινητικών παραγόντων sVEGFR-1 και sVEGFR-2 καθώς και δείκτες φλεγμονής. Οι αιμοληψίες έγιναν προ τοκετού και οι μετρήσεις με τη μέθοδο φθορισμού πολλαπλών μικροσφαιριδίων (Luminex). Οι κύσεις ήταν τελειόμηνες χωρίς επιπλοκές. Στον ΣΔΚ σε ευγλυκαιμία (GHbA1c 4,5±0,4%) παρουσιάστηκαν υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης (12,06±1,7 έναντι 7,28±0,94 μIU/ml) (p=0,02), υποδηλώνοντας μειωμένη ινουλινευαισθησία (HOMA test: ΣΔΚ: 2,53±0,3 έναντι ΜΔΚ: 1,01±0,12) (p <0,0007). Επίσης τα επίπεδα των κυκλοφορούντων sVEGFR-1 (2239,03±170,5 έναντι 1746,24±36,8 pg/ml) (p<0,004) και sVEGFR-2 (6759,52±1071,5 έναντι 1230,92±234,2 pg/ml) (p<0,0004) ήταν σημαντικά αυξημένα καθώς και οι συγκεντρώσεις των ICAM-1 (210,85±10,9 έναντι 141,66±9,8 ng/ml) (p<0,0015), της E-Selectin (31,67±4,4 έναντι 12,55±2,6 ng/ml) (p<0,0073) και της IFN-γ (182,95±61,2 έναντι 27,61±7,9 pg/ml) (p<0,036). Τα επίπεδα των VCAM-1, TNF-α και IL-12 ήταν συγκρίσιμα στις δύο ομάδες ενώ των IL-1β, IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, και IL-12 ήταν μη ανιχνεύσιμα. Ο ΣΔΚ σε ευγλυκαιμικές συνθήκες, χαρακτηρίζεται από προ-φλεγμονώδες περιβάλλον του ενδοθηλίου και με διαταραχές στην αγγειογένεση.



**ΠΑ05. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ
ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ, ΤΗΣ ΡΕΖΙΣΤΙΝΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ
ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ**

**Χαλβατσιώτης Παναγιώτης¹, Σπυριδάκη Αθηνά¹,
Καρακίτσος Πέτρος², Παναγόπουλος Περικλής²,
Πατσούρας Κωνσταντίνος², Αλεπάκη Μαρία³,
Χρέλιας Χαράλαμπος², Τζιάρου Κανέλλα¹,
Αγγελόπουλος Μιλτιάδης², Σιαμπλή Δάφνη¹,
Κασσάνος Δημήτρης², Δημητριάδης Γεώργιος¹**

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών

² Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

³ Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ), ένα σύνδρομο του μεταβολισμού υδατανθράκων με αυξημένη νοσηρότητα, εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κύριος παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι η ινσουλινοαντίσταση για την οποία ενοχοποιούνται στον τύπο 2 διαβήτη και οι αποκλίσεις από το φυσιολογικό των αντιποκινών (αντιπνεκτίνη, ρεζιστίνη, λεπτίνη) δεν είναι όμως γνωστός ο ρόλος τους στον ΣΔΚ. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνηθεί, εάν ο ΣΔΚ σχετίζεται με αλλαγές στις συγκεντρώσεις των αντιποκινών στην κυκλοφορία. Η ομάδα μελέτης αποτελείτο από 13 μητέρες με ΣΔΚ (29,17±1,4 έτη) και η ελέγχου από 11 μητέρες (ΜΔΚ) (30±1,3 έτη), με παρόμοιο ΔΜΣ προ εγκυμοσύνης (ΣΔΚ: 28,05±2,1 έναντι ΜΔΚ: 26,75±2,9). Οι αιμοληψίες έγιναν προ τοκετού και οι μετρήσεις με τη μέθοδο φθορισμού πολλαπλών μικροσφαιριδίων (Luminex). Οι κυήσεις ήταν τελειόμηνες χωρίς επιπλοκές. Στον ΣΔΚ παρουσιάστηκαν υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης (12,45±1,2 έναντι 6,43±0,9 $\mu\text{IU/ml}$) ($p=0,0018$), υποδηλώνοντας μειωμένη ινουλινοευαισθησία (HOMA test: ΣΔΚ: 2,53 ±0,3 έναντι ΜΔΚ:1,01 ±0,12) ($p <0,0007$). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην αύξηση του ΒΣ στην κύηση μεταξύ των ομάδων και τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (GHbA1c:4,5 ±0,4%) στον ΣΔΚ ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στα επίπεδα της ελεύθερης αντιπνεκτίνης ($p<0,958$) και ρεζιστίνης ($p<0,47$) μεταξύ των ομάδων. Αντίθετα τα επίπεδα της λεπτίνης ήταν υψηλότερα στον ΣΔΚ (29608±4727 έναντι 13237±4588 pg/ml) ($p<0,03$). Τέλος καταγράφηκε γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων ινσουλίνης και της λεπτίνης ($p<0,0023$, $r=0,5632$), ανεξάρτητα από την παρουσία ΣΔΚ. Στον ΣΔΚ τα επίπεδα των αντιποκινών ήταν παρόμοια με τις μη διαβητικές μητέρες, εκτός της λεπτίνης που ήταν ευθέως ανάλογα με της ινσουλίνης ανεξάρτητα από την παρουσία του ΣΔΚ.



**ΠΑ06. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΚΑΙ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 2
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ
ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ - ΓΛΙΜΕΠΙΡΙΔΗ ΕΝΑΝΤΙ
ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ - ΒΙΛΝΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ**

Χαλβατσιώτης Παναγιώτης¹, Τζιάρου Κανέλλα¹,
Σπυριδάκη Αθηνά¹, Σιαμπλή Δάφνη¹,
Βασιλάκης Ανδρέας², Δημητριάδης Γεώργιος¹

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

² Τμήμα Στατιστικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σημειώσεις

Ο έλεγχος του διαβήτη για την πρόληψη των επιπλοκών επικεντρώνεται στην επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων GHbA1c καθώς και των επιπέδων γλυκόζης νηστείας και μεταγευματικών. Η πρόσφατη εμπειρία όμως έχει ενοχοποιήσει την υπογλυκαιμία και τις αυξομειώσεις του σακχάρου αίματος, με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Οι DPP-4 αναστολείς, ως νεώτερη κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων, αναφέρεται ότι επιτυγχάνουν τους στόχους με περισσότερη ασφάλεια έναντι των παλαιότερων όπως οι σουλφονουλουρίες.

Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η σύγκριση της βιλνταγλιπτίνης (αναστολέας DPP-4) με την γλιμεπιρίδη (σουλφονουλουρία) ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, την υπογλυκαιμία και τις αυξομειώσεις της γλυκόζης στις ημερήσιες διακυμάνσεις σε τύπου 2 διαβητικούς.

Εντάχθηκαν στη μελέτη 23 μη επαρκώς ρυθμισμένοι με μετφορμίνη διαβητικοί. Οι 13 τυχαιοποιήθηκαν και έλαβαν συμπληρωματικά στην μετφορμίνη βιλνταγλιπτίνη (ομάδα Α) και 10 γλιμεπιρίδη (ομάδα Β) για διάστημα 3 μηνών. Οι ομάδες ήταν παρόμοιες στο φύλο, στην ηλικία, στην διάρκεια διαβήτη και στον Δείκτη Μάζας Σώματος.

Η καθημερινή παρακολούθηση των τιμών γλυκαιμικής αστάθειας (MAGE) υπολογίσθηκε με χρήση συσκευής συνεχούς 24ωρης καταγραφής για 7 ημέρες, πριν την έναρξη και στο πέρας του τριμήνου. Επίσης μετρήθηκαν η GHbA1c, τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας (ΓΝ) και τα μεταγευματικά (ΓΜ).

Οι 2 ομάδες πέτυχαν τους θεραπευτικούς στόχους, χωρίς στατιστικά σημαντικές αποκλίσεις. Στην Β-ομάδα όμως καταγράφηκε υψηλότερος αριθμός χαμηλών τιμών γλυκόζης (<65 mg/dl) 56,7 έναντι 6,55 της Α-ομάδας ($p=0,0355$) και ο MAGE (προγνωστικός δείκτης ανάπτυξης υπογλυκαιμίας) ήταν χαμηλότερος στην ομάδα Α έναντι της Β (2,55 έναντι 5,33) ($p<0,041$).

Συμπερασματικά, χωρίς διαφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα μεταξύ των 2 θεραπειών, η γλιμεπιρίδη συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο υπογλυκαιμιών συγκριτικά με την βιλνταγλιπτίνη.



ΠΑ07. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ 3872A<G ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C - ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ WHR ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Τούσουλης Δημήτριος², Παπαδογιάννης Δημήτριος¹, Μήλιου Αντιγόνη², Παπαγεωργίου Νικόλαος², Χατζής Γεώργιος², Στεφανάδης Χριστόδουλος²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό» Αθήνα

² Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι φλεγμονώδεις βιοδείκτες και η αναλογία περιμέτρου μέσης/ισχίων (WHR) θεωρούνται σήμερα προγνωστικοί δείκτες πρόόδου αθηροσκλήρωσης. Ωστόσο η σχέση κοινών πολυμορφισμών φλεγμονωδών γονιδίων στην εκδήλωση περιφερικής αρτηριακής νόσου (PAN) και το δείκτη WHR σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), παραμένει άγνωστη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση της σχέσης του 3872A<G πολυμορφισμού του γονιδίου της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) με την εμφάνιση περιφερικής αρτηριακής νόσου και το δείκτη WHR σε ΣΔ2 ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Ο πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε 423 ασθενείς με ΣΔ2 με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HpyCH₄III). Η hs-CRP (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία PAN βασίστηκε σε ιστορικό διαλείπουσας χωλότητας, επέμβασης επαναιμάτωσης, ανευρύσματος, σημαντικού βαθμού στένωση αρτηριών κάτω άκρων σε έλεγχο με triplex ή κνημοβραχιόνιο δείκτη <0.9.

Αποτελέσματα: Η γονιδιακή κατανομή (%) στα άτομα με PAN (GG:48.1, AG:29.1, AA:22.8) δε διέφερε σημαντικά συγκριτικά με τα άτομα χωρίς PAN (GG:53.8, AG:26.7, AA:19.5), (p=0.258). Οι φορείς του "A" αλληλίου είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας PAN, σε σχέση με τους GG ομοζυγώτες, μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου, (AG+AA): 82(40.0) vs GG:76(34.2), (OR 1.622, 95%CI 1.029-2.536, p=0.037). Στους ασθενείς με PAN, οι GG ομοζυγώτες είχαν σημαντικά μικρότερο WHR, σε σχέση με τους AA ομοζυγώτες, GG: 0.95 (0.9-1.0) vs. AA: 1.0 (0.95-1.05), (p=0.031).

Συμπεράσματα: Στους ΣΔ2 ασθενείς, οι GG ομοζυγώτες στον CRP3872A<G πολυμορφισμό προστατεύονται από την παρουσία περιφερικής αρτηριακής νόσου συγκριτικά με τους φορείς του "A" αλληλίου. Η αναλογία περιμέτρου μέσης /ισχίων σχετίζεται με τον CRP3872A<G πολυμορφισμό στους ΣΔ2 ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο.



**ΠΑ08. ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

Σωτηρίου Χριστάκης, Κωνσταντίνου Μαρία,
Σεντονάρης Γεώργιος, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ΕΔΕ 2013 για αντιμετώπιση των σακχαρώδη διαβητικών τύπου 2 συστήνεται μετά τις υγειονομιακές τροποποιήσεις η έναρξη Μετφορμίνης. Ακολούθως ενδείκνυται η προσθήκη 2^{ου} ή και 3^{ου} φαρμάκου με στόχο την επίτευξη $HbA1c \leq 7\%$. Επίσης συστήνεται η προσθήκη βασικής ινσουλίνης είτε σε αρρύθμιστο ΣΔ με $HbA1c > 9\%$ είτε εφόσον δεν επιτευχθεί ο στόχος με τη χρήση τριών αντιδιαβητικών δισκίων.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή έγινε για να αξιολογηθούν τα σχήματα αντιδιαβητικής αγωγής που χρησιμοποιούνται στο διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο του Γ.Ν. Λευκωσίας.

Υλικό: Μελετήσαμε 400 ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 για χρονικό διάστημα έξι μηνών στο διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο του Γ.Ν.Λευκωσίας.

Μέθοδος: Έγινε καταγραφή της αντιδιαβητικής αγωγής των ασθενών που ελάμβαναν τους τελευταίους τρεις μήνες και καταγραφή των συχνότερα χρησιμοποιούμενων συνδυασμών.

Αποτελέσματα: Βάση της καταγραφής 272 ασθενείς (68%) ελάμβαναν μετφορμίνη είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό, ενώ ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος συνδυασμός ήταν Μετφορμίνη με Σουλφονουρία, 69 ασθενείς (17%). Αμιγώς ινσουλινοθεραπεία ακολουθούσαν 98 ασθενείς (24%) με επικράτηση του σχήματος Ins Glargine με Humulin R το οποίο ακολουθούσαν 61 ασθενείς (15%). Επίσης από τους 208 ασθενείς που ελάμβαναν ινσουλίνη είτε σε συνδυασμό με δισκία είτε όχι, 199 ελάμβαναν ινσουλίνη Glargine.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η πλειονότητα των διαβητικών τύπου 2 λαμβάνει μετφορμίνη, ενώ υπάρχει σαφής προτίμηση στη βασική ινσουλίνη σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΔΕ 2013. Εντύπωση προκαλεί και το συμπέρασμα ότι μόνο 9 ασθενείς (2%) λαμβάνουν μίγματα ινσουλίνης.



ΠΑ09. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Αγγελίδα Αγγελική¹, Πρωτοφάλης Ιωάννης¹, Γκριτζάκης Άγγελος², Σεργεντάνης Θεόδωρος³, Ματσάγγος Σπύρος⁴, Οικονομόπουλος Θεοφάνης⁵, Μπουτάτη Ελένη⁵, Δημητριάδης Γεώργιος⁵, Μελιδώνης Ανδρέας¹, Ράπτης Σωτήριος^{5,6}

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

² Locus Medicus, Αθήνα

³ Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

⁴ Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιά

⁵ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Αθήνα

⁶ Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.), Αθήνα

Εισαγωγή: Τα προγονικά ενδοθηλιακά κύτταρα (EPCs) συμβάλλουν στη νεοαγγειογένεση, επανενδοθηλιοποίηση-επιδιόρθωση του βεβλαμμένου ενδοθηλίου. Η ασύμμετρη διμεθυλαργινίνη (ADMA), κύριος ενδογενής αναστολέας της συνθετάσης του NO, σχετίζεται με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Τα μειωμένα EPCs και αυξημένα επίπεδα ADMA θεωρούνται δυνητικοί δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου και πιθανόν σχετίζονται με την αθηροσκληρωτική νόσο. Επιπρόσθετα, έχει μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ προδιαβήτη και καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των EPCs με καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και την ADMA σε άτομα με προδιαβήτη.

Υλικό: 59 άτομα με νεοδιαγνωσθέντα προδιαβήτη (μετά από δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) δίχως καρδιαγγειακή, νεφρική ή αιματολογική νόσο.

Μέθοδος: Σε κάθε συμμετέχοντα πραγματοποιήθηκε λήψη πλήρους ιστορικού, καταγραφή ανθρωπομετρικών παραμέτρων, προσδιορισμός διαφόρων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου, της ινσουλinoαντίστασης (HOMA-IR) και της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP). Τα επίπεδα ADMA υπολογίστηκαν με την ανοσοεζυμική μέθοδο ELISA και τα EPCs με κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιώντας μονοκλωνικά αντισώματα (CD34-FITC, VEGF-PE). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση λογισμικού STATA11.1.

Αποτελέσματα: Οι μονομεταβλητές αναλύσεις ανέδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ EPCs και των ακόλουθων παραμέτρων: λήψη στατινών ($p=0.039$), εμμηνόπαυση ($p=0.035$), BMI ($\rho=-0.505$, $p<0.0001$), περίμετρο μέσης ($\rho=-0.346$, $p=0.007$), waist-to-height-ratio ($\rho=-0.422$, $p=0.001$), μέση αρτηριακή πίεση ($\rho=-0.312$, $p=0.016$), C-πεπτιδίο ($\rho=-0.333$, $p=0.010$), ADMA ($\rho=-0.431$, $p=0.001$), hs-CRP ($\rho=-0.266$, $p=0.041$). Στην πολυμεταβλητή ανάλυση τα EPCs σχετίζονταν σημαντικά κι ανεξάρτητα με το BMI (OR=0.886, 95%CI:0.823-0.953), $p=0.001$ και την ADMA (OR=0.637, 95%CI:0.452-0.898, $p=0.010$).

Συμπέρασμα: Το BMI (κατά συνέπεια η παχυσαρκία) καθώς και η ADMA συνεπάγονται μείωση του αριθμού των EPCs (και ενδεχομένως της δυνητικής προστατευτικής τους δράσης) συνδέοντας παθοφυσιολογικά τον προδιαβήτη με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, την αθηρωμάτωση και την καρδιαγγειακή νόσο.



ΠΑ10. ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ - ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΥΕΣ

Τζανετάκου Ειρήνη¹, Κορού Μαρία-Λασκαρίνα¹,
Δουλάμης Ηλίας¹, Βλάχος Ιωάννης¹,
Αγρογιάννης Γεώργιος², Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹,
Περρέα Δέσποινα¹

¹ Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής
και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας»,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Σχετικά ολίγα βιβλιογραφικά δεδομένα συσχετίζουν τη περιγεννητική διατροφή με την γονιμότητα και την έκβαση της κύησης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης προγεννητικής διατροφής πλούσιας σε υδατάνθρακες διαφορετικού γλυκαιμικού δείκτη (ΓΔ), σε μεταβολικούς βιοδείκτες και στην αναπαραγωγική ικανότητα μυών.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν ενήλικες θηλυκοί C57BL/6 μύες οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαιοποιημένα σε ομάδα υψηλού-ΓΔ (ΥΓΔ-αμυλοπηκτίνη, n=12), χαμηλού-ΓΔ (ΧΓΔ-αμυλόζη, n=11). Χορηγήθηκε προ-γεννητικά ισοθερμική διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες διαφορετικού ΓΔ, για 4 μήνες. Ελέγχθηκε το βάρος, η γλυκόζη νηστείας, η αδιπνεκτίνη, οι ορμόνες του φύλου: ωχρινότροπος (LH) θυλακιοτρόπος (FSH), και η ιστοπαθολογία ήπατος.

Αποτελέσματα: Η ομάδα διατροφής ΧΓΔ, παρουσίαζε το χαμηλότερο βάρος (p=0.046). Η γλυκόζη νηστείας αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα ΥΓΔ, ενώ μειώθηκε στην ομάδα ΧΓΔ (p=0.002). Τα επίπεδα αδιπνεκτίνης αυξήθηκαν και στις 2 ομάδες (p=0.002). Οι τιμές FSH και LH, δεν διέφεραν σημαντικά κατά την σύγκριση των 2 ομάδων (p>0.05).

Σε ότι αφορά την αναπαραγωγική ικανότητα βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με την ομάδα διατροφής, όπου στην ομάδα ΥΓΔ (Αμυλοπηκτίνης) το 61.11% απέκτησε τουλάχιστον έναν απόγονο ενώ στην ομάδα ΧΓΔ (Αμυλόζη) το 5.56%. Δεν σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στον βαθμό στεάτωσης και νέκρωσης των ηπατοκυττάρων (p>0.05).

Συμπέρασμα: Η αναπαραγωγική ικανότητα επηρεάζεται σημαντικά από τον ΓΔ της διατροφής. Ειδικότερα, ο υψηλός ΓΔ διατροφής συνδιάζεται με υψηλή γονιμότητα ενώ το αντίστροφο συμβαίνει με διατροφή χαμηλού ΓΔ. Περαιτέρω μελέτες στον άνθρωπο είναι απαραίτητες.

ΠΑ11. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ - ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΕΙΡΑΜΑ

**Τζανετάκου Ειρήνη, Δουλάμης Ηλίας,
Κορού Μαρία-Λασκαρίνα, Βλάχος Ιωάννης,
Κατσιλάμπρος Νικόλαος, Περρέα Δέσποινα**

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής
και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας»,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Μελέτες δείχνουν υπεροχή διαιτών πλούσιων σε υδατάνθρακες και χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη (ΧΓΔ), σε σχέση με δίαιτες υψηλού γλυκαιμικού δείκτη (ΥΓΔ), σε ότι αφορά διαφόρους μεταβολικούς παράγοντες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση διατροφής ΥΓΔ και ΧΓΔ στο μεταβολικό προφίλ μυών C57BL/6.

Υλικό - Μέθοδος: Θηλυκά ενήλικα ποντίκια C57BL/6 χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: ΥΓΔ (αμυλοπηκτίνη, n=5) και ΧΓΔ (αμυλόζη, n=5). Στην κάθε ομάδα χορηγήθηκε διαφορετικού τύπου ισοθερμική διατροφή για 6 μήνες. Διενεργήθηκαν μέτρηση σωματικού βάρους και 3 αιμοληψίες. Προσδιορίστηκαν: γλυκόζη, ινσουλίνη, λεπτίνη, IGF-1, ολική χοληστερόλη, LDL-χοληστερόλη, HDL-χοληστερόλη και τριγλυκερίδια.

Αποτελέσματα: Οι τιμές του βάρους διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0.037$) με μεγαλύτερες τιμές για τη ομάδα ΥΓΔ. Η μεταβολή των τιμών της HDL-χοληστερόλης ήταν μεγαλύτερη στη ομάδα ΥΓΔ ($p=0.023$). Τα επίπεδα της λεπτίνης μειώθηκαν στην ομάδα ΧΓΔ ($p=0.028$), ενώ αυξήθηκαν στην ΥΓΔ ($p=0.009$). Καμία διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των επιπέδων γλυκόζης, ινσουλίνης, IGF-1, της ολικής χοληστερόλης, LDL-χοληστερόλης, και τριγλυκεριδίων ($p>0.05$).

Συμπέρασμα: Στο μελετηθέν πειραματικό πρότυπο εδείχθη ότι η δίαιτα υψηλών υδατανθράκων και ΧΓΔ υπερέχει έναντι ισοθερμικής και ισογλυκαιμικής δίαιτας ΥΓΔ σε ότι αφορά το σωματικό βάρος και την λεπτίνη, ενώ δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές σε άλλες μεταβολικές παραμέτρους. Παρόμοια πειράματα μακροχρόνια επί ανθρώπου είναι ως ευνόητον δύσκολο να γίνουν, παρότι είναι απαραίτητα.



**ΠΑ12. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ
ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΜΥΩΝ
ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΠΟΓΟΝΩΝ
ΤΟΥΣ**

**Τζανετάκου Ειρήνη, Κορού Μαρία-Λασκαρίνα,
Δουλάμης Ηλίας, Βλάχος Ιωάννης, Κατσιλάμπρος
Νικόλαος, Περρέα Δέσποινα**

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής
και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας»,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Βιβλιογραφικά δεδομένα συσχετίζουν την διατροφή κύησης με την υγεία του απογόνου. Οι μεταβολικές επιπτώσεις ενός λιγότερο από «ιδανικού» θρεπτικού περιβάλλοντος μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση επικινδυνότητας εμφάνισης χρόνιων ασθενειών στον απόγονο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης υδατανθράκων διαφορετικού γλυκαιμικού δείκτη (ΓΔ) κατά την κύηση μυών, στο μεταβολικό προφίλ των απογόνων τους.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν θηλυκοί C57BL/6 μύες οι οποίοι κατά την κύηση χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: μάρτυρες (Control) n=8, υψηλού ΓΔ (ΥΓΔ) n=11, χαμηλού ΓΔ (ΧΓΔ) n=12. Σε αυτούς και τους απογόνους τους χορηγήθηκε ισοθερμική διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες διαφορετικού ΓΔ, ενώ ελέγχθηκε το βάρος και το μεταβολικό τους προφίλ.

Αποτελέσματα: Η ηλικία στην ομάδα των ενηλίκων απογόνων του ΥΓΔ συχετίζεται θετικά με τις τιμές της γλυκόζης (p=0.03), των τριγλυκεριδίων (p=0.01) και της HDL-χοληστερόλης (p=0.02) στην ευθανασία. Σε ενήλικους απόγονους 4,5 μηνών της ομάδας του ΥΓΔ παρατηρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα αδιπνονεκτίνης υψηλού μοριακού βάρους (p=0.045). Η ομάδα των ενηλίκων απογόνων ΥΓΔ, όταν συγκρίθηκε με τους ενήλικες γονείς της ίδιας διατροφικής ομάδας (F1) σε ίδια ηλικία, παρουσίασε σημαντικά χαμηλότερο βάρος (p<0.01), επίπεδα IGF-1 (p=0.034), HDL-χοληστερόλης (p=0.006) και υψηλότερα επίπεδα LDL-χοληστερόλης (p=0.002).

Συμπέρασμα: Διατροφή εμπλουτισμένη με υδατάνθρακες διαφορετικού ΓΔ περιγεννητικά, επηρεάζει δείκτες του μεταβολικού προφίλ των απογόνων. Έρευνες που αφορούν την αναγνώριση θρεπτικών συστατικών και των επιγενετικών αλλαγών που επιφέρουν στον απόγονο, θα αποδειχθούν ιδιαίτερα σημαντικές, πριν ενταχθεί στην κλινική πράξη η πρόληψη ασθενειών μέσω της περιγεννητικής διατροφής.

Σημειώσεις

ΠΑ13. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ηροδότου Γιολάντα, Κλεάνθους Αγγελική,
Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης, Παπουρής Γεώργιος,
Βενιζέλου Δέσπω, Τούρβα Δήμητρα, Κουσιαππή Έλενα,
Σάββα Φλωρεντία, Θεοφάνους Ελένη,
Ξενοφώντος Έλενα, Βουνού Εμμέλεια

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού

Εισαγωγή: Η αμφοτερόπλευρη αιμορραγία επινεφριδίων αποτελεί σπάνιο αίτιο οξείας επινεφριδιακής ανεπάρκειας και αποτελεί συνήθως νεκροτομικό εύρημα. Συνηθέστερος μηχανισμός της αμφοτερόπλευρης επινεφριδιακής αιμορραγίας είναι η αιμορραγία μετά από εμβολή των επινεφριδίων, με κυριότερα αίτια τα HIT, σ. Waterhouse-Friderichsen-Σήψη, ενώ ακολουθούν λιγότερο συχνά το τραύμα, καταστάσεις υπερπηκτικότητας κ.α

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 54 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και υπερχοληστεριναιμίας, προσέρχεται λόγω μέτριας εντάσεως διάχυτου κοιλιακού άλγους, με αντανάκλαση στην οσφή και 3 επεισώδια τροφώδους εμέτου, αρχομένων από 6 ώρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb=8,8mg/dl), υπονατρία (Na=133), αυξημένη LDH. Την 3^η ημέρα νοσηλείας η ασθενής παρουσιάζει εμπύρετο, υπόταση και διαρροϊκές κενώσεις. Εργαστηριακώς εμφανίζει αύξηση των WBC, περαιτέρω μείωση της Hb (7,7 mg/dl) και του Na (121), με συνοδό αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Διενεργήθηκε CT κοιλιάς-πυέλου που ανέδειξε αμφοτερόπλευρη διόγκωση επινεφριδίων, ενώ εργαστηριακώς βρέθηκαν μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης ορού, οριακά αυξημένη ACTH και δυσπλαστικά πολυμορφοπύρρηνα στο επίχρισμα περιφερικού αίματος. Ακολούθησαν MRI κοιλιάς-επινεφριδίων που ανέδειξε αιμορραγία επινεφριδίων άμφω, κολονοσκόπηση όπου ανευρέθηκε αδενοκαρκίνωμα παχέως εντέρου (Dukes C, Stage IIIA), ενώ τέλος η οστεομυελική βιοψία έδειξε Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις ΣΕ, υδροκορτιζόνη σε δόσεις υποκατάστασης, ευρέως φάσματος αντιβιοτικά, ενώ υπερβλήθη σε κολεκτομή για αφαίρεση της μάζας και συμπληρωματική ΧΜΘ. Η ασθενής εμφάνισε πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας και πλέον παρακολουθείται για το ΜΔΣ.

Συζήτηση - Συμπέρασμα: Η οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια από αμφοτερόπλευρη αιμορραγία δύσκολα αναγνωρίζεται κλινικώς, παρά τις συχνά δραματικές εκδηλώσεις της. Η σημαντική θνητότητα της, απαιτεί την εγρήγορση για την αναγνώριση της από τους κλινικούς ιατρούς. Η συνύπαρξη του Μυελοδυσπλαστικού Συνδρόμου με το καρκίνωμα παχέως εντέρου αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο φαινόμενο με ασαφή ακόμα δεδομένα συσχέτισής τους.



ΠΑ14. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

**Γιόκα Μαρία¹, Αναστογιάννης Χαράλαμπος²,
Φιλίππου Βασίλειος², Βάσσης Κων/νος²,
Κουτρούλια Ελένη³, Δρακουλόγκωνα Ουρανία³,
Γούλα Ντίνα³, Φραγκούλια Αγγελική⁴**

¹ Παθολόγος, Επιμελήτρια ΕΣΥ με εξειδίκευση
στον σακχαρώδη διαβήτη, Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Π.,
Πάτρα

² Ειδικευόμενοι Ιατροί Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π., Πάτρα

³ Νεφρολόγοι, Επιμελητές ΕΣΥ Νεφρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π.,
Πάτρα

⁴ Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π.,
Πάτρα

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Ως γνωστόν ο ΣΔΤ2 αποτελεί το κυριότερο και συχνότερο αίτιο νεφρικής ανεπάρκειας. Η ανίχνευση μικροαλβουμίνης στα ούρα συνιστά ένα πρώιμο και ευαίσθητο δείκτη διάγνωσης της διαβητικής νεφροπάθειας.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η επίπτωση της μικροαλβουμινουρίας ως screening τεστ σε ασθενείς με ΣΔΤ2 που παρακολουθούνται στο ιατρείο μας.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκε ένα τυχαίο δείγμα 350 ασθενών με ΣΔΤ2 (194 άνδρες και 156 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 62,3 ± 9,45 έτη, στους οποίους ζητήθηκε η μικροαλβουμίνη σε πρωινό δείγμα ούρων. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με οξεία λοίμωξη, χρόνια ανεπάρκεια (καρδιακή, αναπνευστική, ηπατική) ή χρόνιο συνοδό νόσημα.

Αποτελέσματα: 133 ασθενείς ποσοστό 38,0% εμφάνισαν μικροαλβουμινουρία <30 mg/g, 119 ασθενείς ποσοστό 34,0% είχαν μεταξύ 30-300 mg/g, ενώ >300 mg/g είχαν 98 ασθενείς ποσοστό 28,0%. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της μικροαλβουμινουρίας με τη καλή ρύθμιση καθώς και με τη διάρκεια του ΣΔ.

Συμπέρασμα: Ο τακτικός έλεγχος της μικροαλβουμίνης στους ασθενείς με ΣΔΤ2 μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής νεφροπάθειας.



ΠΑ15. Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΦΕΤΟΥΙΝΗΣ-Α 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

**Βέρρας Χρήστος¹, Σίμος Ιωάννης²,
Αγιομαμίτης Γεώργιος³, Γεωργιάδης Φοίβος³,
Φουστέρης Ευάγγελος¹, Δημητριάδου Αρετή¹,
Κονιτσιώτης Σπυρίδων², Ευαγγέλου Άγγελος²,
Κιόρτσας Δημήτριος², Μελιδώνης Ανδρέας¹**

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

² Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

Εισαγωγή: Η φετουίνη (Fetuin-A) είναι μία γλυκοπρωτεΐνη που εκκρίνεται από τα ηπατοκύτταρα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αναστολή της επασβέστωσης των αγγείων στο πλαίσιο της αθηρωμάτωσης ενώ πρόσφατα έχει συσχετιστεί με την αντίσταση στην ινσουλίνη και την παχυσαρκία.

Σκοπός: Συσχέτιση φετουίνης-Α με βιολογικούς δείκτες σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία πριν και έξι μήνες μετά από βαριατρική χειρουργική.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 20 ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία (μέσος $DM \pm SD = 43.0 \pm 3.0 \text{ kg/m}^2$), που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη λαπαροσκοπική επιπληκή γαστρεκτομή. 40% του δείγματος ήταν άνδρες ενώ, 20% των συμμετεχόντων είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Έγιναν μετρήσεις: σωματικό βάρος και εκτίμηση της σύστασης λιπώδους και άλιπους μάζας μέσω βιοηλεκτρικής εμπέδησης, σάκχαρο νηστείας, λιπιδαιμικό προφίλ, hs-CRP, HbA1c και φετουίνη-Α προ και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Υπολογίστηκαν οι δείκτες HOMA-IR (homeostasis model assessment of insulin resistance) και LAP (lipid accumulation product). Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το πακέτο SPSS 20.0.

Αποτελέσματα: Μέση απώλεια σωματικού βάρους στους πρώτους 6 μήνες ήταν $31,5 \pm 11,81$ κιλά, εκ των οποίων $25,54 \pm 21,48$ κιλά ήταν λιπώδης μάζα. Μέση τιμή ($\pm SD$) της φετουίνης-Α προ της επέμβασης ήταν $270 (\pm 50) \text{ mg/L}$ και δεν παρουσίασε διαφορά 6 μήνες μετά, όπου βρέθηκε $260 (\pm 70) \text{ mg/L}$ ($p = 0,808$). Η φετουίνη-Α συσχετίστηκε με τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης ($r = 0,582, p < 0,05$), της LDL-χοληστερόλης ($r = 0,540, p < 0,05$) και με τη λιπώδη μάζα ($r = -0,549, p < 0,05$) προ χειρουργείου. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με άλλες παραμέτρους της μελέτης προ επέμβασης. Τα επίπεδα ορού της φετουίνης-Α 6 μήνες μετά την επέμβαση δεν εμφάνισαν συσχέτιση με οποιαδήποτε από τις παραμέτρους εκτός από τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων ($r = 0,592, p < 0,01$).

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της Φετουίνης-Α παραμένουν αμετάβλητα 6 μήνες μετά την επέμβαση, παρά την σημαντική απώλεια σωματικού βάρους γεγονός που χρήζει μελέτες με μακρύτερο χρονικό διάστημα παρακολούθησης για την αναζήτηση πιθανών μεταβολών και συσχετίσεων.



**ΠΑ16. ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ PDGF
ΚΑΙ ΤΟΥ PDGFR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ
ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

Σημειώσεις

ΠΑ17. Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ SURVIVIN ΣΕ ΒΙΟΨΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Καπέλλος Γεράσιμος¹, Πολονύφη Αικατερίνη¹, Φαρμάκης Δημήτριος¹, Αλεβιζόπουλος Νεκτάριος, Βασιλαματζής Μιχάλης, Γκόγκα Έλενα, Σπάρταλης Ελευθέριος², Τόμος Περικλής², Αίσωπος Αθανάσιος¹, Πολύζος Αριστείδης, Μαντζουράνη Μαρίνα¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Β' Χειρουργική Κλινική Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η survivin είναι μια πρωτεΐνη που ανήκει στην οικογένεια αναστολέων της απόπτωσης. Τα επίπεδα της στο περιφερικό αίμα καθώς και σε βιοψτικό υλικό έχουν συσχετιστεί με διάφορα είδη νεοπλασμάτων.

Σκοπός είναι να προσδιοριστούν οι μεταβολές της έκφρασης της SURVIVIN, σε βιοψίες και σε δείγματα περιφερικού αίματος ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Έγινε σύγκριση των επιπέδων της SURVIVIN μεταξύ καρκινικών βιοψιών και αντίστοιχων φυσιολογικών ιστών και εξετάστηκε η διαφορά στα επίπεδα της SURVIVIN ανάμεσα σε δείγματα περιφερικού αίματος ασθενών και υγιών εθελοντών.

Υλικό και Μέθοδος: Ποσοτικοποιήθηκαν τα επίπεδα έκφρασης mRNA της SURVIVIN σε 15 βιοψίες ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και 15 βιοψίες υγιούς πνευμονικού ιστού με τη μέθοδο PCR σε πραγματικό χρόνο. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε με 32 δείγματα αίματος ασθενών και 49 δείγματα αίματος υγιών εθελοντών.

Αποτελέσματα: Αυξημένα εμφανίζονται τα επίπεδα έκφρασης mRNA της SURVIVIN στους καρκινικούς ιστούς και στα δείγματα αίματος των ασθενών, ενώ χαμηλή ανίχνευση παρουσιάζεται σε φυσιολογικούς πνευμονικούς ιστούς και στα δείγματα αίματος των υγιών εθελοντών. Μεταξύ των ιστολογικών τύπων που εξετάστηκαν το ακανθοκυτταρικό βρέθηκε με την υψηλότερη έκφραση σε σύγκριση με το πλακώδες ($p=0.026$) και το αδενοκαρκίνωμα ($p=0.009$). Οι μετρίως διαφοροποιημένοι καρκινικοί ιστοί εμφάνισαν υψηλότερη έκφραση σε σχέση με τους χαμηλά διαφοροποιημένους ($p=0.0054$). Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της νόσου και των επιπέδων έκφρασης της SURVIVIN.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα έκφρασης της SURVIVIN υπερεκφράζονται και συσχετίζονται με τον ιστολογικό τύπο και το βαθμό διαφοροποίησης τόσο στο αίμα όσο και στους καρκινικούς ιστούς.



**ΠΑ18. ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΟΥΣΙΑΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ
ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Λούπα Χαρίκλεια, Παπαδάκη Αγγελική,
Δασκαλόπουλος Βασίλειος, Σουλιώτης Νικόλαος,
Μητράκης Γεώργιος, Τζίφας Κωνσταντίνος,
Σαρρής Ευάγγελος, Λελέκης Μωϋσής,
Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Μ. «Α.Φ.Ε.Μ.Ι.Γ.Κ» Αθήνα

Σημειώσεις

Σκοπός: Να καταγραφούν οι τυχόν διαφοροποιήσεις της επίπτωσης και της εν γένει επιδημιολογίας της εκούσιας φαρμακευτικής δηλητηρίασης στην εποχή της κρίσης που διανύουμε.

Ασθενείς - Μέθοδος: Προοπτική μελέτη καταγραφής όλων των περιστατικών εκούσιας φαρμακευτικής δηλητηρίασης (ΕΦΔ) που αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας για 15 μήνες και σύγκριση με παλαιότερα επιδημιολογικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση (t-test, Fisher's exact test) έγινε με το SPSS v.20.

Αποτελέσματα: Α) Κατά την περίοδο 7/2012 - 9/2013 εξετάστηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών της Β' Παθολογικής Κλινικής 37 περιστατικά ΕΦΔ, 13 άνδρες / 24 γυναίκες, ηλικίας 17-84 ετών (διάμεση ηλικία 42 έτη). Η επίπτωση ήταν 38 περιπτώσεις/1000 εισαγωγές. Οι ασθενείς ήσαν 89% ελληνικής καταγωγής και 11% αλλοδαποί. Οι 22/37 ασθενείς (59%) είχαν ήδη διαγνωσμένο ή πρωτοδιαγνωζόμενο ψυχιατρικό υπόστρωμα, ενώ 33% ανέφεραν απόπειρες δηλητηριάσεως στο παρελθόν. Οι ασθενείς ανέφεραν τη λήψη 56 συνολικά φαρμακευτικών ουσιών. Από αυτές, 28 (50%) ήταν αγχολυτικά/ψυχοτρόπα φάρμακα. Συχνότερα φάρμακα ήταν η λοραζεπάμη και η παρακεταμόλη (από 6 ασθενείς). Η έκβαση όλων ήταν καλή.

Β) Σε αντίστοιχη παλαιότερη μελέτη της κλινικής (28μηνο 9/2009-12/2011), η επίπτωση των ΕΦΔ υπολογίστηκε σε 19/1000 εισαγωγές, με 30/44 γυναίκες (διπλάσια αναλογία) και διάμεση ηλικία 33 έτη. Το 45% των ληφθέντων φαρμάκων ήταν αγχολυτικά/ψυχοτρόπα (συχνότερη: αλπραζολάμη) και το 35% αναλγητικά/αντιφλεγμονώδη (συχνότερη παρακεταμόλη).

Γ) Σε στοιχεία της περιόδου 1997-2007, η επίπτωση των φαρμακευτικών δηλητηριάσεων εν γένει ήταν 23/1000 εισαγωγές.

Συμπεράσματα: 1) Στη σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης, η επίπτωση της εκούσιας φαρμακευτικής δηλητηρίασης βρέθηκε να έχει διπλασιαστεί ($p=0.002$) σε περίοδο 4 ετών. 2) Η αναλογία γυναικών παραμένει διπλάσια. 3) Η διάμεση ηλικία φαίνεται ότι έχει αυξηθεί κατά 10 έτη (χρειάζεται μεγαλύτερο δείγμα γιά να τεκμηριωθεί στατιστικά). 4) Τα προτιμώμενα φάρμακα παραμένουν τα αγχολυτικά/ψυχοτρόπα (50%).

Σημειώσεις

ΠΑ19. ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΣ ΤΟ PSA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Πάνου Χαράλαμπος¹, Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Καραμπουσλή Ελίνα, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Καλαντζή Αθανασία, Παπαγγελή Ελένη, Αστρέχα Δήμητρα, Λιασκώνη Κωνσταντίνα¹, Τσιλιγκρού Βάια

Ουρολογική¹ και Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

Εισαγωγή: Η συχνότητα της ασυμπτωματικής φλεγμονώδους προστατίτιδας είναι άγνωστη. Δεν υπάρχει συμπτωματολογία, αλλά ανευρίσκονται πυοσφαίρια στις προστατικές εκκρίσεις ή στον προστατικό ιστό (βιοψία) κατά τη διάρκεια έρευνας για άλλες διαταραχές και υπάρχει τάση συσχέτισης της φλεγμονής του προστάτη με την αύξηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA).

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης ασυμπτωματικής ιστολογικά επιβεβαιωμένης προστατίτιδας σε ασθενείς με συμπτωματολογία κατωτέρου ουροποιητικού και συσχέτιση αυτής με το PSA.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε 150 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανοιχτή ή διουρηθρική προστατεκτομή. Βάσει της ιστολογικής έκθεσης, οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε 2 ομάδες. Στην πρώτη, οι ασθενείς με ιστολογική προστατίτιδα και στη δεύτερη αυτοί χωρίς εικόνα φλεγμονής. Ακολούθησε σύγκριση της μέσης τιμής του PSA στις 2 ομάδες.

Αποτελέσματα: Εικόνα φλεγμονής του προστάτη παρατηρήθηκε σε 104 ασθενείς. Σε αυτή την ομάδα το μέσο PSA ήταν $4,62 \pm 1,3$. Στους υπόλοιπους 46 ασθενείς, όπου δεν υπήρχε εικόνα φλεγμονής του προστάτη, η μέση τιμή PSA ήταν $4,58 \pm 1,4$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες.

($p=0,124$)

Συμπεράσματα: Αυξημένη τιμή PSA σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προστατεκτομή λόγω καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη δεν πρέπει να αποδίδεται στο αρκετό συχνό ιστολογικό εύρημα χρόνιας φλεγμονής του προστάτη. Θα πρέπει να γίνεται ενδεδειγμένος έλεγχος με (free/total PSA, δακτυλική εξέταση και με βιοψία του προστάτη) για τυχόν κακοήθεια.



ΠΑ20. ΤΡΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Λιάκου Χρυσούλα, Παπαδοπούλου Μαρία,
Τσιλίμη Κωνσταντίνα, Ζαχαράκη Αναστασία,
Τουλιάτου Αικατερίνη

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η φυματίωση αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας. Η πνευμονική φυματίωση αποτελεί την πιο συχνή μορφή της νόσου, ενώ στο 1/5 περίπου των περιπτώσεων, η λοίμωξη είναι εξωπνευμονική. Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις εξωπνευμονικής φυματίωσης.

Περίπτωση 1^η: Άνδρας 35 ετών από την Σομαλία, προσήλθε με παρατεταμένο εμπύρετο και πολλαπλά, υποδόρια αποστήματα. Είχαν προηγηθεί δύο νοσηλείες (προ 10μήνου), όπου είχε υποβληθεί σε διάνοιξη και παροχέτευση αποστημάτων. Καλλιέργειες πύου: αρνητικές. Έλαβε για μεγάλο διάστημα συνδυασμούς αντιβιοτικών χωρίς ανταπόκριση. Mantoux (-), HIV (-). Απεικονιστικός έλεγχος (CT): πολλαπλές περιχαρακωμένες συλλογές, σπονδυλίτιδα ΘΜΣΣ και παρασπονδυλικά αποστήματα. Καλλιέργεια και μοριακός έλεγχος για B. Koch από υλικό παρακέντησης ήταν θετικός.

Περίπτωση 2^η: Άνδρας 28 ετών, από το Σουδάν, προσήλθε με παρατεταμένο εμπύρετο και κλυδάζοντα μορφώματα προσθίας τραχηλικής χώρας. Ο έλεγχος ανέδειξε σπονδυλίτιδα στη ΘΜΣΣ και παρασπονδυλικά αποστήματα. Mantoux 20mm. HIV (-). Καλλιέργεια υγρού από παρακεντηθέν τραχηλικό απόστημα: B. Koch.

Περίπτωση 3^η: Γυναίκα 73 ετών, Ελληνίδα, προσήλθε με εμπύρετο από 20ημέρου, ρίγος και εφιδρώσεις. Α.Ε: τραχηλικοί και υπερκλείδιοι λεμφαδένες (~2cm) ανώδυνοι, ευκίνητοι. Παρακλινικός έλεγχος: παθολογικοί λεμφαδένες παρά την πύλη του ήπατος και περιπαγκρεατικά. Mantoux (-), HIV (-). Προσπάθεια FNA τραχηλικών λεμφαδένων υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση ήταν ανεπιτυχής. Η άμεση εξέταση υλικού ληφθέντος από FNA περιπυλαίου λεμφαδένα (μέσω EUS) ανέδειξε B. Koch.

Συμπέρασμα: Η δυσκολία στην διάγνωση της εξωπνευμονικής TB οφείλεται στο ότι είναι λιγότερο συχνή, η λήψη δειγμάτων είναι πιο δύσκολη (επεμβατικές τεχνικές), τα δείγματα έχουν μικρότερο αριθμό βακίλων, ενώ συχνά εμπλέκονται ειδικότερες χωρίς εξοικείωση με την νόσο. Κατά συνέπεια, η διάγνωση απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας.

ΠΑ21. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΔΕΞΙΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS MUTANS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ, ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Μουσούλη Αναστασία¹, Παπαδόπουλος Χαράλαμπος¹, Καλαφάτης Εμμανουήλ¹, Κοκκίνης Κωνσταντίνος², Στυλιανάκης Αντώνιος³, Κουτσούρης Παναγιώτης¹, Χααραλαμπίδης Δημήτριος¹, Λελέκης Μωυσής¹

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

² Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

³ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

Εισαγωγή: Ο *Streptococcus mutans* είναι πρασινίζων στρεπτόκοκκος και μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας της στοματικής κοιλότητας. Αποτελεί συχνό αίτιο ενδοκαρδίτιδας σε ασθενείς με υποκείμενη καρδιοπάθεια, ενώ ενοχοποιείται μόνο για μικρό ποσοστό επεισοδίων σπονδυλοδισκίτιδας, κυρίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού με σπονδυλοδισκίτιδα και συνοδό ενδοκαρδίτιδα από *Streptococcus mutans*.

Υλικά και μέθοδος: Άνδρας 52 ετών με γνωστή υπερτροφική, αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια προσήλθε λόγω εμπύρετης οσφυαλγίας με συνοδό ρίγος από δεκαήμερου. Η MRI της ΟΜΣΣ ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα Ο4-Ο5. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του εμφάνισε ραιβόκρανο και ευαισθησία κατά την πλήξη της ΑΜΣΣ. Ο απεικονιστικός έλεγχος (MRI) της περιοχής ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα και των Α4-Α5. Σε 4/4 ζεύγη αιμοκαλλιιεργειών απομονώθηκε *Streptococcus mutans*. Η παρακέντηση, υπό CT καθοδήγηση δεν απομόνωσε μικροοργανισμό. Ο συνδυασμός της συνεχούς μικροβιαμίας, του είδους του μικροβίου, της κακής υγιεινής της στοματικής κοιλότητας με πρόσφατες οδοντιατρικές εργασίες και του ιστορικού της συγγενούς καρδιοπάθειας, οδήγησε σε περαιτέρω διερεύνηση με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που ανέδειξε ενδοκαρδίτιδα δύο βαλβίδων (τριγλώχινος και πνευμονικής).

Αποτέλεσμα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση κεφτριαζόνης σε συνδυασμό με αμινογλυκοσίδη για τις πρώτες 15 ημέρες. Απυρέτησε και παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας. Συνεχίζει αγωγή με κεφτριαζόνη με προοπτική συμπλήρωσης τρίμηνης τουλάχιστον θεραπείας.

Συμπεράσματα: Σε όλους τους ασθενείς με σπονδυλοδισκίτιδα, ιδιαίτέρως στους έχοντες υποκείμενη καρδιοπάθεια, θα πρέπει να υπάρχει η υποψία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Η υποψία ενισχύεται ακόμη περισσότερο όταν το παθογόνο είναι συχνό αίτιο ενδοκαρδίτιδας.



ΠΑ22. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σγούρος Κωνσταντίνος¹, Καλλιοντζή Δέσποινα¹,
Σουβατζή Κλεοπάτρα¹, Βαρβαρούσης Δημήτριος¹,
Καφαντόγια Κωνσταντίνια², Μπαρουξής Παναγιώτης¹,
Παπαδάκης Ιωάννης¹, Ραψομανίκης Κάρολος-Παύλος¹,
Φαλλίδα Σωτηρία¹, Λελέκης Μωυσής¹

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,
Κηφισιά

² Γραφείο Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων,
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το πρόβλημα της αντοχής που αποτελεί μείζον θέμα στα ελληνικά νοσοκομεία έχει άμεση συσχέτιση με τη χρήση των αντιβιοτικών. Προκειμένου να ληφθούν μέτρα σε ένα συγκεκριμένο ίδρυμα είναι απαραίτητη η γνώση του τρόπου συνταγογράφησης τους.

Σκοπός: Η αποτύπωση του τρόπου χρήσης των αντιβιοτικών στο ΓΝΑ «ΚΑΤ» (550 κλινών).

Υλικό και μέθοδοι: Μια συγκεκριμένη ημέρα έγινε καταγραφή όλων των ασθενών που λάμβαναν κάποιο αντιβιοτικό. Καταγράφηκε το είδος του αντιβιοτικού, η δόση, η οδός και ο λόγος χορήγησης καθώς και η διάρκεια χορήγησης μέχρις εκείνης της ημέρας.

Αποτελέσματα: Συνολικά 191/405 νοσηλευόμενους (47,4%) ελάμβαναν κάποιο αντιβιοτικό. Το ποσοστό χορήγησης αντιβιοτικού κυμαινόταν από 0% (Ρευματολογικό τμήμα) μέχρι και 100% (ΜΕΘ Α και Β, Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής). Στο 58,3% των ασθενών τα αντιβιοτικά χορηγούνταν για «χημειοπροφύλαξη» και στο 41,7% για θεραπεία. Στην πρώτη περίπτωση χρησιμοποιούνταν 1-3 αντιβιοτικά (μέση τιμή 1,3) και η μέση διάρκεια της χορήγησης μέχρι τότε ήταν 4,4 ημέρες (εύρος 1 - 49). Στη δεύτερη περίπτωση χρησιμοποιούνταν 1-5 αντιβιοτικά (μέση τιμή 1,9) και η μέση διάρκεια θεραπείας ήταν 5,4 ημέρες (εύρος 1 - 45). Μόνο 3,8% από τα αντιβιοτικά χορηγούνταν από το στόμα.

Συμπεράσματα: Μεγάλο ποσοστό των ασθενών ελάμβαναν κάποιο αντιβιοτικό και οι περισσότεροι ως «χημειοπροφύλαξη». Η «χημειοπροφύλαξη» λόγω της μεγάλης διάρκειάς της θα μπορούσε να είναι ο πρώτος στόχος των μέτρων για μείωση της άσκοπης συνταγογράφησης. Τέλος η αύξηση του ποσοστού των χορηγούμενων από το στόμα αντιβιοτικών θα μπορούσε να μειώσει το κόστος αλλά και τις ανεπιθύμητες ενέργειες από την παρεντερική θεραπεία.

ΠΑ23. ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΤΟ 2013: ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Κουρουτού Παρασκευή, Αλεξίου Νικόλαος,
Ιωάννου Αλκιβιάδης, Βιτώρος Βασίλειος, Σκούρα Ειρήνη,
Κουπετώρη Μαρίνα, Συμπάρδη Στυλιανή**

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

Εισαγωγή: Σύνθηθωξη σπλαγγχνική λείσμανίασση εκδηλώνεται με παραπετινόμενο εμπύρετο, παγγκυτταροπενία, σπληνομεγαλία, υπεργαμμασφαιριναιμία, ενώ άτυπες περιπτώσεις αφορούν ανοσοκατεσταλμένα άτομα (HIV).

Σκοπός: Η καταγραφή των ιδαιερωτήτων κλινικής και εργαστηριακής τεκμηρίωσης της σπλαγγχνικής λείσμανίασσης σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας το πρώτο εξάμηνο 2013.

Υλικό - Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε δύο γυναίκες ασθενείς ηλικίας 28(Α) και 45(Β) ετών. Και οι δύο ανέφεραν οικόσιπο σκύλο και δεν είχαν ταξιδέψει στο εξωτερικό. Η Α με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, ενώ η Β με ιστορικό χρονίας HCV λοίμωξης (γονότυπος 3, HCV-RNA:360000 iu/mL, real-time PCR).

Αποτελέσματα: Η αρχική συμπτωματολογία σε αμφοτέρες τις ασθενείς ήταν πυρετός 15-30 ημερών πριν την εισαγωγή, εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία (>5 εκ κάτωθεν του πλευρικού τόξου) και ηπατομεγαλία. Η ασθενής Β εμφάνιζε και σημαντική απώλεια βάρους. Κοινό εργαστηριακό εύρημα ήταν η παγγκυτταροπενία. Η ασθενής Β παρουσίαζε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, υπεργαμμασφαιριναιμία, διαταραχή PT/INR, και υψηλό τίτλο αντιλείσμανιακών Ab, ενώ η ασθενής Α φυσιολογική ηπατική βιοχημεία και επανειλημένως αρνητικά αντιλείσμανιακά Ab. Και στις δύο ασθενείς ανιχνεύθηκαν λείσμάνιες στο επίχρισμα του μυελού των οστών αλλά εξαιρετικά ολιγάριθμες στην Α ασθενή. Αμφοτέρες υποβλήθηκαν σε θεραπευτικό σχήμα με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β (3 mg/kg ΣΒ ημερησίως) τις ημέρες 1-5, 14, 21 με άμεση κλινική ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: 1) Η λείσμανίαση είναι σπάνια αλλά υπαρκτή νόσος. 2) Ο υψηλός πυρετός με σπληνομεγαλία αποτελεί συνήθη κλινική εικόνα. 3) Η διάγνωση τίθεται είτε με την ανεύρεση λείσμανιών στο επίχρισμα μυελού των οστών, είτε με υψηλό τίτλο IgG ειδικών αντισωμάτων.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



Σημειώσεις

ΑΑ01. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

ΑΑ02. ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΗΨΗ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ, ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΚΑΙ ΧΥΜΟΥ GRAPEFRUIT: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γκαμπράνης Ιωάννης, Κουφάκης Θεοχάρης,
Τουλουμενίδης Δημήτριος, Μπατάλλα Στέλλα,
Νταής Κωνσταντίνος, Μπιτέρνας Μιχαήλ,
Μαργαρίτης Αναστάσιος, Μακρυγιάννης Κωνσταντίνος,
Καρανίκας Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή: Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν πως ο χυμός grapefruit εμφανίζει σοβαρές αλληλεπιδράσεις με ποικίλα φαρμακευτικά σκευάσματα, καθώς φαίνεται πως τροποποιεί τη βιοδιαθεσιμότητα, τη φαρμακοδυναμική και φαρμακοκινητική συμπεριφορά τους, όταν καταναλώνεται συγχρόνως με αυτά.

Σκοπός: Η επισήμανση των δυνητικά επικίνδυνων αλληλεπιδράσεων της σύγχρονης χορήγησης φαρμάκων και κατανάλωσης χυμού grapefruit.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού που νοσηλεύθηκε στην Κλινική μας.

Αποτελέσματα: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 77 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών εξαιτίας ικτερικής χροιάς, αποχρωματισμού κοπράνων και υπέρχρωσης ούρων από ημερών. Από το ιστορικό της αναφέρεται η λήψη ατορβαστατίνης και πιογλιταζόνης από ετών καθώς και η πρόσφατη έναρξη καθημερινής κατανάλωσης χυμού grapefruit. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τρανσαμινασαιμία, άμεση υπερχοληρυθριναιμία και αύξηση των αποφρακτικών ενζύμων (γ-gt και ALP). Η ασθενής εισήχθη στην Κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση και υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με CT και MRCP οι οποίες απέκλεισαν τη νεοπλασία και τη χοληδοχολιθίαση. Ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος της ασθενούς ήταν αρνητικός. Κατόπιν της διακοπής των παραπάνω φαρμάκων και της κατανάλωσης του χυμού grapefruit παρατηρήθηκε σταδιακή αποκατάσταση των εργαστηριακών τιμών μέχρι τα επίπεδα των φυσιολογικών εντός είκοσι ημερών και η ασθενής έλαβε εξιτήριο σε καλή κλινική κατάσταση. Στο follow up στις 30 και 90 ημέρες παρέμεινε ασυμπτωματική και με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.

Συμπέρασμα: Παρουσιάζουμε μία σπάνια περίπτωση χολοστατικού συνδρόμου η οποία κατόπιν ενδελεχούς ελέγχου και αποκλεισμού άλλων αιτιών αποδόθηκε στη ταυτόχρονη λήψη φαρμάκων που μεταβολίζονται στο κυτόχρωμα P450 3A4 και χυμού grapefruit. Απαιτείται επαγρύπνηση εκ μέρους των κλινικών ιατρών για την αποφυγή σοβαρών παρενεργειών που μπορεί να προκαλέσουν οι εν λόγω αλληλεπιδράσεις.



ΑΑ03. ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Νοδάρης Χρήστος,
Βρέκος Παναγιώτης, Μαυρίκη Άννα, Παπαγεωργίου
Ελένη, Πανταζή Κατερίνα, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Ρούλια Ευφροσύνη, Ηλιοπούλου Κων/να,
Καλφούντζος Δημήτριος, Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΟΡΙΑΣΙΟ»

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Διάφορα φάρμακα δύναται να προκαλέσουν ηπατοτοξικότητα είτε λόγω υπερευαισθησίας είτε λόγω αντίδρασης σε κάποιο μεταβολίτη.

Σκοπός: Περιγραφή ασθενούς με ανώδυνο ίκτερο που αποδόθηκε στην ροσουβαστατίνη και την κιναπρίλη, παρενέργεια που εμφανίζεται στο 0,1% των ασθενών.

Περιγραφή Περίπτωσης: Γυναίκα 60 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εμέτων, ικτερικής χροιάς και ανορεξίας από 6μερου. Κλινικά ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, άνευ άλγους με ικτερική χροιά δέρματος. Ατομικό ιστορικό: ΑΥ (υπό κιναπρίλη/υδροχλωροθειαζίδη), Δυσλιπιδαιμία (υπό ροσουβαστατίνη), Γαστρίτις (υπό εσομεπραζόλη).

Εργαστηριακά: Hct: 34.4%, Hb: 12%g/dl, WBC: 6.900 (Poly: 56%, Lymf: 23%, Mon: 15%, Eos: 3%), χρόνοι πήξεως: κφ, SGOT: 122mg/dl, SGPT: 163mg/dl, γGT: 214mg/dl, ALP: 303mg/dl, Tbil: 5.16mg/dl, Dbil: 4.73mg/dl.

CRP-TKE: κφ, HAV-HBV-HCV-HIV: κφ, ιολογικός έλεγχος-νεοδείκτες-θυρεοειδικοί δείκτες-αιματινικοί δείκτες: κφ, ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού: κφ, ανοσολογικός έλεγχος: κφ.

Γαστροσκόπηση: εικόνα ήπιας χρόνιας γαστρίτιδας.

U/S H-X-N: κφ, MRI-MRCP άνω κοιλίας: κφ, triplex πυλαιοσπληναίου άξονα: κφ, βιοψία ήπατος: εικόνα συμβατή με ενδοηπατική χολόσταση φαρμακευτικής αιτιολογίας.

Αποτέλεσμα: η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα εκδηλώθηκε με χολόσταση και ομαλοποιήθηκε εντός τριμήνου.

Συμπέρασμα - Συζήτηση: Αν και εξαιρετικά σπάνια, η ηπατοτοξικότητα από ροσουβαστατίνη και κιναπρίλη θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ενός οξέος χολοστατικού συνδρόμου.

Σημειώσεις

AA04. ΜΑΚΡΟΑΜΥΛΑΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

Νοδάρας Χρήστος, Χρυσανθακοπούλου Μαρία,
Βρέκος Παναγιώτης, Μαυρίκη Άννα,
Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Πανταζή Κατερίνα, Παπαδημητρίου Σωτήριος,
Ρούλια Ευφροσύνη, Ηλιοπούλου Κων/να,
Καλφούντζος Δημήτριος, Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ»

Εισαγωγή: Η μακροαμυλασαιμία είναι μια καλοήγη, επίκτητη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα αμυλάσης ορού. Είναι αποτέλεσμα σχηματισμού συμπλόκων μεταξύ ανοσοσφαιρινών και αμυλάσης.

Σκοπός: Περιγραφή μιας σπάνιας συσχέτισης μεταξύ συνδρόμου Down και μακροαμυλασαιμίας σε άρρενα ασθενή.

Περιγραφή Περίπτωσης: Ασθενής ετών 46, προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εμέτων από 24ωρου, χωρίς άλλη συμπτωματολογία. Κλινικά ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός με ήπιο άλγος στο επιγάστριο.

Ατομικό ιστορικό: Σύνδρομο Down, νοσηλεία προ 2ετίας λόγω παγκρεατίτιδας. Εργαστηριακά: Hct:38.6%, Hb:12%, WBC:10.400, (NE:47%, LY:42%, MO:8%, EO:0.5%), PLT:352000, GLU:131mg/dl, Ur:44mg/dl, Cr:0.9mg/dl, SGOT:21mg/dl, SGPT:4mg/dl, γGT:8mg/dl, ALP:64mg/dl, Tbil:0.34mg/dl, Dbil:0.14mg/dl, LDH:178, Na:143mmol/L, K:5mmol/L, Ca:9.8mmol/L, Ολικά λευκώματα:8.23,

Αμυλάση ορού: 2056, Αμυλάση ούρων: 5IU/L, ACCR: 0.05%

Ορολογικές εξετάσεις: **IgG:3587mg/dl**, IgA:538mg/dl, IgM:37,5mg/dl.

CTάνω-κάτω κοιλίας-θώρακος/US HXN: ουδέν παθολογικό.

Γαστροσκόπηση: εικόνα μονιλίαςης οισοφάγου και στένωση οισοφαγικού αυλού.

Αποτέλεσμα: Επί τη βάση αυτών των ευρημάτων καταλήξαμε στη διάγνωση της μακροαμυλασαιμίας. Η αμυλάση ορού του ασθενούς μειώθηκε στο 30% της αρχικής τιμής μετά από 10 μέρες νοσηλείας και το επιγαστρικό άλγος υφέθηκε.

Συμπέρασμα - Συζήτηση: Μακροαμυλασαιμία έχει αναφερθεί στο 2.5% των ασθενών με υπεραμυλασαιμία και στο 1% του γενικού πληθυσμού. Η πολυκλωνική αύξηση των ανοσοσφαιρινών προδιαθέτει στην εμφάνιση της μακροαμυλασαιμίας. Η σχέση μεταξύ συνδρόμου Down και μακροαμυλασαιμίας δεν έχει τεκμηριωθεί. Η μακροαμυλασαιμία σχετίζεται με κοιλιοκάκη, λέμφωμα, HIV λοίμωξη, μονοκλωνική γαμμαπάθεια, ελκώδης κολίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα.



ΑΑ05. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Σημειώσεις

**Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Πάνου Χαράλαμπος¹,
Σαραφάδη Μαγδαληνή, Καραμπουσλή Ελίνα,
Χατζιδάκης Ιωάννης, Παπαγιαννοπούλου Μαρία,
Καλύβας Μάριος, Τζήκα Θάλεια, Λιασκώνη Κωνσταντίνα¹,
Λαναράς Λεωνίδας**

Παθολογική - Ουρολογική¹ Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

Εισαγωγή: Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αποτελούν την Τρίτη αιτία θανάτων στην Ελλάδα και την πρώτη αιτία χρονίως αναπήρων ασθενών.

Σκοπός: Η αναζήτηση της συμμετοχής της κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε 314 ασθενείς με ΑΕΕ, 188 άνδρες(59.8%) και 126 γυναίκες(40,1%), ηλικίας 45-91 έτη.

Αποτελέσματα: Οι 221 ασθενείς (70,3%) είχαν ισχαιμικό ΑΕΕ, οι 71 (22,9%) αιμορραγικό και 22 (6,6%) παρουσίασαν παροδικό ΑΕΕ. Από το σύνολο των ασθενών, οι 276 (87,8%) είχαν αρτηριακή υπέρταση, οι 126 (40,1%) είχαν δυσλιπιδαιμία, οι 98 (31,2%) είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη, 67 (21,3%) ήταν καπνιστές. Ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής είχαν 129 ασθενείς (41,08%), ενώ επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής είχαν 49 ασθενείς (15,6%). Από αυτούς, οι 151 (48,08%) ελάμβαναν αντιπηκτικά, οι 109 (34,7%) ελάμβαναν αντιαιμοπεταλιακά, 24 (7,6%) είχαν διακόψει το τελευταίο διάστημα από μόνοι τους την αγωγή παρά τις συστάσεις των γιατρών τους και οι 30(9,5%) δεν ελάμβανε καμία αγωγή.

Από τους 178 ασθενείς που είχαν ΑΕΕ και χρόνια κολπική μαρμαρυγή ή Επεισόδια Παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, οι 105 (58,9%) είχαν περισσότερα από δύο συνοδά νοσήματα.

Συμπεράσματα: Η κολπική μαρμαρυγή ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την παθογένεια του ΑΕΕ. Στην μελέτη μας, η πλειοψηφία των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή ελάμβανε αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά και είχαν και άλλα συνοδά νοσήματα.



Σημειώσεις

ΑΑ06. ΔΗΓΜΑ ΑΡΑΧΝΗΣ ΓΕΝΟΥΣ «ΜΑΥΡΗΣ ΧΗΡΑΣ» ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 62 ΕΤΩΝ

Ιωάννου Ελένη, Μπασάνου Ελένη, Σαρρής Παναγιώτης,
Κολλιού Βασιλική, Νέου Πολυξένη,
Παπακωνσταντίνου Γεώργιος

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου

Εισαγωγή: Πρόσφατα σημειώνονται και στη χώρα μας κρούσματα δήγματος αράχνης του γένους της «μαύρης χήρας» με αυξητικές τάσεις και σοβαρές κλινικές εικόνες έως και θάνατο. Αράχνες του γένους *Latrodectus* παράγουν α-λατροτοξίνη με τοξική δράση στον άνθρωπο ανοίγοντας τους κατιονικούς διαύλους προσυναπτικά, προκαλώντας αυξημένη έκλυση πολλαπλών νευροδιαβιβαστών και νευρολογικές κυρίως επιδράσεις.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 62 ετών προσέρχεται στο Γ.Ν. Κορίνθου λόγω έντονου πόνου στο δεξιό κάτω άκρο μετά από δήγμα «μαύρης» αράχνης στην ραχιαία επιφάνεια του άκρου ποδός από 30λέπτο. Διαπιστώνεται οίδημα άκρου ποδός χωρίς ανάδειξη της θέσης του δήγματος. Κλινικά πρωτοστατεί το έντονο άλγος με ταχεία επέκταση προς τους βουβώνες, την οσφύ και την κατώτερη κοιλιακή χώρα. Σύντομα επιδεινώνεται η κατάσταση με εικόνα παραλυτικού ειλεού, εμέτου, ναυτία, κεφαλαλγία, υπερπυρεξία, ταχυκαρδία, δύσπνοια, επεισόδια παρατεταμένου γενικευμένου μυϊκού τρόμου, έντονης ανησυχίας με αίσθημα αφανισμού. Υπάρχει αύξηση της κρεατινοφωσφοκινάσης και της γαλακτικής αφυδρογονάσης στον ορό. Συνεννόηση με το Κέντρο Δηλητηριάσεων και απόδοση της συμπτωματολογίας στην τοξική επίδραση δηλητηρίου «μαύρης χήρας». Ενδοφλέβια χορήγηση από 5 mg μορφίνης και διαζεπάμης ανά δώρο και αργότερα σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα ανάλογα με την κλινική εικόνα. Συμπληρωματικά ενδοφλέβια ενυδάτωση, αντιβίωση, προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή και χορήγηση αντιτετανικού ορού/εμβολίου. Ταχεία ανάρρωση με πενταήμερη νοσοκομειακή παραμονή.

Συμπέρασμα: Η μετακίνηση εμπορευμάτων και πληθυσμών οδηγεί στη εμφάνιση ασθενειών που απουσίαζαν ή ήταν σπάνιες στη χώρα μας. Στην έγκαιρη υποψία και διάγνωση στηρίζεται η θεραπευτική προσπάθεια που πρέπει να αρχίζει άμεσα με στόχο την αντιμετώπιση της βασιανιστικής συμπτωματολογίας και την αποφυγή θανατηφόρων επιπλοκών. Επιπρόσθετα αποφεύγεται έτσι συχνά η χορήγηση του αποτελεσματικού μεν αλλά πολυέξοδου ειδικού ορού.



**AA07. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑ - ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ
ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.
ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

Σημειώσεις

Πλατσούκα Φερενίκη, Κώτση Ειρήνη, Καλημέρης
Γεώργιος, Μούργος Λεωνίδας, Τουλιάτου Αικατερίνη

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

Εισαγωγή: Η υπερομοκυστεϊναιμία θεωρείται παράγων κινδύνου τόσο για την αθηροσκλήρυνση όσο και για φλεβικές θρομβώσεις. Μία από τις αιτίες της είναι και η ανεπάρκεια βιταμίνης B12. Η κακοήθης αναιμία (νόσος του Biermer) είναι μία χρόνια νόσος, που οφείλεται σε μειωμένη απορρόφηση της βιταμίνης B12, λόγω ελλείψεως του, παραγόμενου από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου, ενδογενούς παράγοντα του Castle.

Κλινική περίπτωση: Άνδρας 40 ετών, μετανάστης από το Αφγανιστάν, προσήλθε λόγω αδυναμίας, καταβολής. Είχαν προηγηθεί μέσα στον προηγούμενο χρόνο νοσηλείες σε τριτοβάθμια νοσοκομεία, αφενός για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση δεξιάς ιγνυακής φλέβας και αφετέρου για πνευμονική εμβολή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη μακροκυτταρική αναιμία (Hct: 26, MCV: 117,50), Vit. B12: 89 και υπερομοκυστεϊναιμία (ομοκυστεϊνή ορού >50,0), APCΑ: θετικά. Ο λοιπός έλεγχος θρομβοφιλίας απέβη αρνητικός. Ο έλεγχος συμπληρώθηκε με γαστροσκόπηση, που ανέδειξε ατροφική γαστρίτιδα.

Συμπέρασμα: Η κακοήθης αναιμία μέσω της προκαλούμενης από αυτήν υπερομοκυστεϊναιμίας, συσχετίζεται σπανίως με την πρόκληση θρομβοεμβολικών επεισοδίων και θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενή με θρομβοεμβολική νόσο και μακροκυτταρική αναιμία.



AA08. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΤΟΥ 2013

**Στυλιανού Ανδρέας, Σκορδή Χρυστάλλα,
Δημητρίου Δήμητρα, Ολυμπίου Χαρίκλεια,
Παύλου Μάριος, Ποφαΐδης Κωνσταντίνος, Κίζη Ανθούλα,
Κοντού Μάρω**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας,
Λάρνακα

Εισαγωγή: Από τη δεκαετία του 1950 όπου οι λοιμώξεις αποτελούσαν τη συχνότερη αιτία του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας παραμένει ακόμη και σήμερα ένα σημαντικό διαγνωστικό πρόβλημα, με συχνότερη όμως αιτία τη μη διάγνωση.

Σκοπός: Περιγράφεται ενδιαφέρουσα περίπτωση πυρετού αγνώστου αιτιολογίας.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για ασθενή 51 ετών Κρητικής καταγωγής ο οποίος νοσηλεύτηκε στη κλινική μας λόγω παρατεταμένου εμπύρετου. Κατά την εισαγωγή του εκτός από εμπύρετο και οιδήματα ποδοκνημικών άμφω δεν αναφέρονται άλλα συμπτώματα. Κατά την αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε ερυθρότητα και οίδημα στις άπω, εγγύς και μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις των άνω άκρων. Σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίαζε πυρετό μέχρι 40°C με διαλείπων χαρακτήρα. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:9200, Hct:29, Plt:717.000, TKE:80, CRP:15, γ-GT:67, anti dsDNA:107 (φτ<50), λοιπός εργαστηριακός (Ca-δείκτες, κολλαγονικός, TSH, αυτοάνοσα νοσήματα) κφ. Έλεγχος για ενδοκαρδίτιδα, ελονοσία, μπουρέλια, τοξοπλάσμωση, Tb και ιούς αρνητικός. Α/Τ θώρακος-κοιλίας, οστεομυελική βιοψία, κολονοσκόπηση και σπινθηρογράφημα οστών επίσης χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η βιοψία στομάχου ανέδειξε Λαμβλίαση, εύρημα που επιβεβαιώθηκε με καλλιέργεια κοπράνων και αντιμετωπίστηκε με μετρονιδαζόλη για 7 μέρες. Η βιοψία ήπατος ανέδειξε ήπιες αλλοιώσεις χρονίας μη ειδικής ηπατίτιδος με στοιχεία ενεργού φάσεως, ήπια λιπώδη διήθηση και ηπίου βαθμού ίνωση του υποστρώματος. Περαιτέρω έλεγχος για ηπατίτιδες αρνητικός. Εμπειρική αγωγή με ευρέος φάσματος αντιβιοτικά χωρίς αποτέλεσμα. Στη συνέχεια ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοειδή με πολύ καλή ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Παρά τις τεράστιες εξελίξεις στην ιατρική, (interferon γ-Assay, PCR, MALDI-TOF, PET-CT) ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας εξακολουθεί να είναι μέχρι και σήμερα μια πρόκληση για τον παθολόγο.



AA09. ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΣΠΟΡΟΥΣ *RICINUS COMMUNIS* ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σημειώσεις

Παπαδόπουλος Πάρις, Τσάλτα Δανάη, Γριβάκος Ευγενία,
Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα, Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος,
Κορακάκης Γεώργιος, Πολύζου Αρχοντούλα,
Νικολόπουλος Αθανάσιος, Πετσιμέρη Βασιλική,
Κομπόπουλος Νικόλαος

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

Εισαγωγή: Οι σπόροι του φυτού *Ricinus communis* (Castor beans) περιέχουν ρικίνη, μία ιδιαίτερα τοξική ουσία, που προκαλεί οξεία και δυνητικά θανατηφόρο γαστρεντερίτιδα, νευρολογικές και αιματολογικές επιπλοκές. Παγκοσμίως έχουν περιγραφεί 875 περιπτώσεις τυχαίας λήψης σπόρων με 13 θανάτους. Περιγράφεται περίπτωση ασθενή, με νεοδιαγνωσθέντα διαβήτη, που κατανάλωσε 5-6 σπόρους του φυτού *Ricinus communis*.

Περιγραφή Περιπτώσης: Άνδρας 44 ετών, προσήλθε λόγω 15 διαρροϊκών κενώσεων και εμέτων από 24ώρου, με διάχυτο κοιλιακό άλγος και διαταραχή επιπέδου συνείδησης. Το ατομικό αναμνηστικό περιγράφεται ελεύθερο. Κλινικά διαπιστώθηκαν ΑΠ=135/100mmHg, σφύξεις 107/λεπτό, θερμοκρασία 36,8°C, GCS=14. Η κοιλιά ήταν μαλακή, ευπίεστη, διάχυτα επώδυνη κατά την ψηλάφηση, με αυξημένους εντερικούς ήχους. Από την ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων δεν καταγράφηκαν παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (WBC 16300χιλ/μL, PMNs82%), σάκχαρο 449mg/dL, ουρία 116mg/dL, κρεατινίνη 2,1mg/dL, κάλιο 3,8mmol/L, νάτριο 119mmol/L, CRP 33,8mg/L. Οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων ήταν αρνητικές για παθογόνα. Η γενική κοπράνων δεν εμφάνιζε πυοσφαίρια και δεν ανιχνεύθηκε τοξίνη *Clostridium difficile*. Η κολονοσκόπηση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής προσκόμισε σπόρους άγνωστου φυτού τους οποίους και είχε λάβει προ ωρών. Διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για σπόρους του φυτού *Ricinus communis*.

Έκβαση Περιστατικού: Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και σιπροφλοξασίνη (400mgX2). Παρουσίασε σταδιακή υποχώρηση των λευκών, βελτίωση επιπέδου συνείδησης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Το κλινικό σύνδρομο του κοιλιακού άλγους και των διαρροϊκών κενώσεων απέδραμε βραδέως. Εξήλθε μετά από 10 ημέρες νοσηλείας, σε άριστη κλινική κατάσταση.



Σημειώσεις

ΑΑ10. ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσαπακίδης Κωνσταντίνος¹, Γκαμπράνης Ιωάννης¹, Παπαϊωάννου Βασιλική², Κουφάκης Θεοχάρης¹, Τουλουμενίδης Δημήτριος¹, Μπατάλα Στέλλα¹, Μαργαρίτης Αναστάσιος¹, Μακρυγιάννης Κωνσταντίνος¹, Καρανίκας Κωνσταντίνος¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή: Ο κρυπτοκόκκος αποτελεί το συχνότερο αίτιο μυκητιασικής μηνιγγίτιδας και προσβάλλει κυρίως τους άντρες, με μέσο όρο ηλικίας εμφάνισης τα 55 έτη και παγκόσμια κατανομή. Παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με κάποια μορφή ανοσοανεπάρκειας, ωστόσο έχει αναφερθεί και σε άτομα χωρίς υποκείμενη νόσο.

Σκοπός: Η παρουσίαση του κλινικού, εργαστηριακού και διαγνωστικού φάσματος της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού που νοσηλεύθηκε στην Κλινική μας.

Αποτελέσματα: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 69 ετών, με ιστορικό Non-Hodgkin λεμφώματος, διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας, εξαιτίας παρατεινόμενου εμπύρετου και διαταραχών επιπέδου συνείδησης. Λόγω υπόνοιας λοίμωξης του ΚΝΣ διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα, και οσφυονωτιαία παρακέντηση. Τα βασικά χαρακτηριστικά του Ε.Ν.Υ ήταν η χαμηλή τιμή γλυκόζης και η αυξημένη συγκέντρωση της πρωτεΐνης, ενώ τα λευκοκύτταρα ήταν 10/μλ με λεμφοκυτταρικό τύπο. Η διάγνωση της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας ετέθη κατόπιν απομόνωσης *Cryptococcus neoformans* από την καλλιέργεια του ΕΝΥ και μικροσκοπικής εξέτασης αυτού μετά από χρώση με σινική μελάνη. Η ασθενής τέθηκε σε λιποσωματική αμφοτερικίνη Β και φλουκοναζόλη με καλή κλινική ανταπόκριση. Στις 2 εβδομάδες έγινε επαναληπτική ΟΝΠ με το ΕΝΥ να είναι πλέον αποστειρωμένο, συνέχισε την αγωγή εφόδου για άλλες δυο εβδομάδες και στη συνέχεια τέθηκε σε θεραπεία συντήρησης με φλουκοναζόλη για 12 συνολικά μήνες για τον κίνδυνο υποτροπής. Στο follow up της στους 6 και 12 μήνες παρέμεινε χωρίς νευρολογική σημειολογία αλλά με συνεχείς υποτροπές του βασικού αιματολογικού της νοσήματος.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση και η επιτυχής θεραπεία της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας απαιτούν τη στενή συνεργασία μεταξύ κλινικών και εργαστηριακών ιατρών.



**ΑΑ11. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ
ΣΕ ΑΝΟΣΟΪΚΑΝΟ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ:
ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Σημειώσεις

Α Π Ε Σ Υ Ρ Θ Η

**ΑΑ12. ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΕ
ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΜΗΤΡΟΕΙΔΟΥΣ
ΚΑΙ ΤΡΙΓΛΩΓΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΑ
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ IV ΟΥΣΙΩΝ**

Μακρής Αθανάσιος, Ρόκιζα Αικατερίνη,
Χουλιτουόδη Βασιλική, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος,
Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Σταυρουλάκη Γεωργία,
Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αργους

Εισαγωγή: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε χρήστες IV ουσιών οφείλεται συχνότερα σε *Staph.Aureus* (>50%) και η παρουσία σηπτικών πνευμονικών εμβόλων είναι συνήθης λόγω προσβολής των δεξιών κοιλιοτήτων. Συνηθέστερα προσβάλλεται η τριγλώγχινα βαλβίδα όμως ταυτόχρονη προσβολή αριστερής και δεξιάς βαλβίδας είναι σπάνια (13% περίπου).

Σκοπός: Καταγραφή ενδιαφέροντος περιστατικού λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας με προσβολή δύο βαλβίδων και σηπτικά πνευμονικά έμβολα σε χρήστη IV ουσιών.

Υλικό: Νεαρός 26 ετών, χρήστης IV ουσιών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου με ρίγος από 3ημέρου με συνοδό θωρακικό άλγος και αιμόπτυση. Από την κλινική εξέταση - Θ:39.2°C, ΑΠ:130/80mmHg, HR:110/min, satO₂:98%, Ακρόαση πνευμόνων:μείωση ΑΨ στις βάσεις αμφοτερόπλευρα, Ακρόαση καρδιάς: συστολικό φύσημα σε όλο το προκάρδιο. Ο ασθενής εισήχθη για διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Μέθοδος: Στην ακτινογραφία θώρακος υπήρχαν αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής ενώ σε 4 διαδοχικά σερ αιμοκαλλιέργειών απομονώθηκε *Staph.Aureus*. Έγινε διαθωρακικό U/S καρδιάς που αποκάλυψε εκβλαστήσεις στη μιτροειδή και την τριγλώγχινα βαλβίδα με ανεπάρκεια αυτών. Στη CT θώρακος επιβεβαιώθηκαν οι πλευριτικές συλλογές και παρατηρήθηκαν πολλαπλές εστιακές κοιλοτικές αλλοιώσεις αμφοτερόπλευρα, συμβατές με σηπτικού τύπου φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Αποτελέσματα: Ο συνδυασμός των παραπάνω οδήγησε στη διάγνωση της οξείας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας μιτροειδούς και τριγλώγχινας με σηπτικά πνευμονικά έμφρακτα. Ο ασθενής τέθηκε σε IV αγωγή με ριφαμπικίνη, κλοξακιλλίνη για 42 ημέρες και γενταμυκίνη τις πρώτες 14 ημέρες και ανταποκρίθηκε στην αγωγή με ύφεση του πυρετού από τη 10^η ημέρα, πτωτική πορεία των δεικτών φλεγμονής και σταδιακή βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων. Έλαβε εξιτήριο την 42^η ημέρα νοσηλείας και προγραμματίστηκε αντικαταστάση τριγλώγχινας λόγω σοβαρής ανεπάρκειάς της.

Συμπέρασμα: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα πάντα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση εμπυρέτου σε χρήστες IV ουσιών. Η ταυτόχρονη προσβολή αριστερών και δεξιών κοιλιοτήτων σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με την προσβολή μόνο δεξιών κοιλιοτήτων.

AA13. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Πανταζή Κατερίνα,
Βρέκος Παναγιώτης, Παπαγεωργίου Ελένη,
Νοδάρας Χρήστος, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Ρούλια Ευφροσύνη, Καλφούντζος Δημήτριος,
Ηλιοπούλου Κων/να, Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «ΟΡΙΑΣΙΟ»

Εισαγωγή: Η νεκρωτική φλεγμονή των μαλακών μορίων είναι μια σπάνια, ταχέως εξελισσόμενη διεργασία, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, προκαλώντας ταχεία νέκρωση του δέρματος και των υποδόριων ιστών. Συνήθης παθογόνος οργανισμός είναι ο στρεπτόκοκκος της ομάδος Α.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περιστατικού με νέκρωση των μαλακών μορίων που διασωληνώθηκε και αποσωληνώθηκε.

Περιγραφή Περίπτωσης: Άνδρας 50 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου, εμέτων(3/μέρα),διαρροιών και κοιλιακού άλγους από 3μέρου. Αναφέρει άλγος (ΔΕ) ωμικής ζώνης και ημιθωρακίου μετά από άρση βάρους. Ατομικό ιστορικό:Σκωλικοειδεκτομή σε παιδική ηλικία, Θυρεοειδεκτομή (υπό T4 100).

Εργαστηριακά ευρήματα: Hct:46%, Hb:16g/dl, PLT:152000, WBC:10.100 (Poly:93%, Lym:4.8%,Mo:1.8%), APTT:51.3, Ινωδογόνο:960mg/dl, Glu:84mg/dl, Ur:130mg/dl, Cr:3.9mg/dl, SGOT:142IU/L, SGPT:74IU/L, Tbil:4.16mg/dl, Dbil:3.75mg/dl, LDH:553IU/L, CK:672IU/L, Na:129mmol/L, K:4.1mmol/L, pH:7.28, pCO2:24, pO2:65, HCO3:10.5, BE:-15,4.

CT θώρακα/άνω-κάτω κοιλίας: μεγάλου βαθμού διόγκωση των μαλακών μορίων του προσθίου-πλάγιου και οπισθοπλάγιου θωρακικού τοιχώματος (ΔΕ) καθώς και του ανώτερου κοιλιακού τοιχώματος (ΔΕ) με διόγκωση και ανομοιογενή πυκνότητα των μυών και με έντονη θολερότητα. Γραμμοειδής απεικόνιση και συλλογές του υποδόριου ιστού, που επεκτείνονται μεταξύ των μυϊκών ομάδων και στη μασχαλιαία κοιλότητα. Ελάττωση του όγκου στο (ΔΕ) ημιθωράκιο.

U/S κοιλίας: ήπια ηπατοσπληνομεγαλία.

Triplex καρδιάς: CV φυσιολογικών διαστάσεων, EF:50-55%, RV:κφ, χωρίς περικαρδιακή συλλογή.

Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες-ουροκαλλιέργειες και κ/α δέρματος από το (ΔΕ) ημιθωράκιο(δεν απομονώθηκε κάποιος μικροοργανισμός-η λήψη έγινε υπό λινεζολίδη και μεροπενέμη). Κατά την πρώτη μέρα της νοσηλείας του παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής εικόνας του, έντονο οίδημα-ερυθρότητα-θερμότητα στο (ΔΕ) ημιθωράκιο, αιμοδυναμική αστάθεια μη αντιρροπούμενη και δύσπνοια. Διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Δεν έγινε χειρουργικός καθαρισμός μετά από χειρουργική εκτίμηση στη ΜΕΘ. Ο ασθενής αποσωληνώθηκε και μεταφέρθηκε εκ νέου στην κλινική μας μετά από 15 μέρες, αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, με ύφεση της φλεγμονής των μαλακών μορίων του (ΔΕ) ημιθωρακίου, με καλή επικοινωνία, καλή ανοχή στη σίτιση, αυτόματη διούρηση, χωρίς ανάγκη οξυγονοθεραπείας. Εξήλθε σε άριστη κλινική και εργαστηριακή κατάσταση μετά από 35 μέρες νοσηλείας.

Συμπέρασμα - Συζήτηση: Η νεκρωτική φλεγμονή των μαλακών μορίων είναι σπάνια μορφή λοίμωξης που συνοδεύεται από μικροβιαμία και σηπτική κατάσταση. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της και στην ελάττωση των επιπλοκών της.



AA14. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΑΠΟ *p.FALCIPARUM* ΣΤΟ Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ

Ορφανουδάκη Ελένη, Πολυμίλη Γεωργία,
Κοσμίδου Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος,
Φιωτάκη Κυριακή, Νικολιδάκη Αφροδίτη,
Πήττας Κωνσταντίνος, Τσαφά Ευφροσύνη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η ελονοσία είναι εμπύρετη παρασιτική νόσος προκαλούμενη από πρωτόζωα του γένους *plasmodium* (*vinax, ovale, malariae, falciparum*) η οποία, ακόμη και σήμερα, μετά από χρόνια προσπάθειας καταπολέμησης της, θεωρείται μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στις υποανάπτυκτες χώρες.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 29 ετών, τουρίστρια, με ελεύθερο ιστορικό προσέρχεται στο ΤΕΠ με αναφερόμενο εμπύρετο από 48ώρου και συνοδούς μυαλγίες, αρθραλγίες και κεφαλαλγία. Αναφέρεται επίσης διαμονή στο Καμερούν το τελευταίο τρίμηνο. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο WBC:4.500 (82%PMN), PLT:120.000, HCT:40%, SGOT/SGPT:41/48 U/mL, CRP:12mg/dL και ηπατοσπληνομεγαλία. Λόγω υποψίας εσάτλη μικροσκοπική εξέταση αίματος με ανάδειξη ενδοερυθροκυτταρικών παρασίτων ελονοσίας σε ποσοστό 1% των ερυθρών και ερυθροκύτταρα με περισσότερους του ενός δακτυλίους. Βάση επιδημιολογικών δεδομένων ότι στο Καμερούν ενδημεί το ανθεκτικό στη χλωροκίνη *p.falciparum* έγινε έναρξη θεραπείας με μεφλοκίνη και δοξυκυκλίνη p.o. και κλινδαμυκίνη i.v.

Αποτέλεσμα: Παρά την άμεση έναρξη θεραπείας η ασθενής παρουσίασε πτώση HCT:30%, PLT:30.000, INR:1.7 αλλά από την τρίτη μέρα βελτίωσε την κλινικοεργαστηριακή της εικόνα με εξαφάνιση των πλασμοδίων. Τα δείγματα που είχαν σταλεί στο ΚΕΕΛΠΝΟ επιβεβαίωσαν τη λοίμωξη με *P.Falciparum*.

Συμπέρασμα: Η ελονοσία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διερεύνηση κάθε ασθενούς με εμπύρετο ο οποίος αναφέρει ταξίδι σε ενδημική χώρα διότι ειδικά το *P.Falciparum* είναι σοβαρή νόσος με ταχεία επιδείνωση.



Σημειώσεις

AA15. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Βεργόπουλος Γεώργιος¹, Τσάλτα Δανάη¹, Τσιβιλής Ιωάννης¹, Ρούσσου Ζωή², Αντωνάτος Διονύσιος³, Ιωαννίδης Ιωάννης¹, Πλατσούκα Ευαγγελία², Κομιτόπουλος Νικόλαος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική

² Μικροβιολογικό Τμήμα

³ Καρδιολογική Κλινική

Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων, Αθήνα

Εισαγωγή: Η σαλμονέλλα αποτελεί σπάνιο αίτιο ενδοκαρδίτιδας φυσικών βαλβίδων, αφορά συνήθως ηλικιωμένους ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή βαλβιδοπάθεια και συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα. Περιγράφεται περίπτωση ηλικιωμένου διαβητικού ασθενούς με ενδοκαρδίτιδα από *S.Typhimurium*.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 80 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου από 5ημέρου και προηγούμενες διαρροϊκές κενώσεις. Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε κατάθλιψη, υπέρταση, και σακχαρώδη διαβήτη υπό ινσουλinoθεραπεία. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ΑΠ=110/75mmHg, σφύξεις 95/λεπτό, θερμοκρασία 39οC, ενώ ο αδρός νευρολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η κοιλία ήταν μαλακή, ευπίεστη με φυσιολογικούς ήχους. Από την ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων δεν καταγράφηκαν παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο επισημάνθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP=100,5mg/l, TKE=107mm/1h), χωρίς λευκοκυττάρωση (WBC 7700χιλ/μl, PMNs 68%), υψηλές τιμές σακχάρου, κρεατινίνης και RA-test(+). Σε 3 ζεύγη αιμοκαλλιιεργειών απομονώθηκε *S.Typhimurium*. Η καλλιέργεια κοπράνων έδειξε φυσιολογική χλωρίδα και ο έλεγχος HIV ήταν αρνητικός. Διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε κινητό μόρφωμα στην κοιλιακή επιφάνεια της αορτικής βαλβίδας δ=1*0,6cm συμβατό με εκβλάστηση. Από τον υπόλοιπο απεικονιστικό έλεγχο δεν αναδείχθηκε αποσπασματική συλλογή. Η διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας τέθηκε σύμφωνα με τα τροποποιημένα κριτήρια κατά Duke.

Έκβαση περιστατικού: Ο ασθενής έλαβε βάσει αντιβιογράμματος ενδοφλεβίως κεφτριαξόνη (2grX1) στην οποία προστέθηκε σιπροφλοξασίνη (400mgX2) λόγω καθυστερημένης ανταπόκρισης. Μετά την συμπλήρωση ενδοφλεβίας αγωγής για ένα μήνα, ο ασθενής συνέχισε τη λήψη σιπροφλοξασίνης p.os (750mgX2) για 4 ακόμα εβδομάδες. Δύο μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ο ασθενής παραμένει απύρετος ενώ επαναληπτικό διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν αρνητικό για εκβλαστήσεις.



**ΑΑ16. ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΜΕΤΑ
ΑΠΟ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΠΑΡΒΟΪΟ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ
ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ Β12**

Ηροδότου Γιολάντα, Σάββα Φλωρεντία, Κλεάνθους Αγγελική,
Τούρβα Δήμητρα, Κουσιαππή Έλενα, Παπουρής Γεώργιος,
Βενιζέλου Δέσπω, Θεοφάνους Ελένη,
Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης, Ξενοφώντος Έλενα,
Βουνού Εμμέλεια

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από παρβοϊό διαδράμει συνήθως με ήπια μη ειδικά συμπτώματα. Έχει συσχετιστεί με παροδική πανκυτταροπενία σε κληρονομικές αιμολυτικές αναιμίες και σιδηροπενία. Αναφέρονται σπάνιες περιπτώσεις απλασίας σε άτομα χωρίς αιματολογικό νόσημα.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού παροδικής πανκυτταροπενίας μετά από οξεία λοίμωξη από παρβοϊό σε υπόβαθρο μεγαλοβλαστικής αναιμίας.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 57 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, αρτηριακής υπέρτασης, χωρίς συστηματική λήψη αλκοόλης προσήλθε λόγω εμπυρέτου, καταβολής και ληθάργου από βδομάδας. Εργαστηριακώς αναδείχθηκε πανκυτταροπενία (WBC: 2970, HGB: 7,6 g/dl, MCV: 128, PLT: 20000) και μειωμένα RET (0,17%) ενώ είχε προσκομίσει αναλύσεις αίματος προ εξαημέρου με WBC: 10670, HGB: 9,1g/dl, MCV: 118, PLT: 129000, RET 1,56%. Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος: NEUTRO: 31% LYMPHO: 49% MONO: 16,5% με διεγερμένα λεμφοκύτταρα, χωρίς κατακερματισμένα ερυθρά, χωρίς πολυκατάτμητα πολυμορφοπύρρηνα. Στο βιοχημικό έλεγχο παρατηρήθηκε αυξημένη LDH, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Ο θυρεοειδικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Τα επίπεδα B12 βρέθηκαν μειωμένα με φυσιολογικό φυλλικό οξύ. Στη γαστροσκόπηση ανευρέθηκε ατροφική γαστρίτιδα. Η λοίμωξη επιβεβαιώθηκε με θετική PCR DNA και IgM για τον παρβοϊό.

Αποτέλεσμα: Κατά τη νοσηλεία η ασθενής έλαβε 2 ΜΣΕ και 1 μονάδα αιμοπεταλίων λόγω συμπτωματικής αναιμίας. Σε επαναλαμβανόμενο έλεγχο με επίχρισμα περιφερικού αίματος παρατηρήθηκε από την τέταρτη μέρα νοσηλείας ανάπλαση του μυελού πριν τη χορήγηση B12. Η ασθενής έλαβε ακολούθως B12 με περαιτέρω βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας. Εξήλθε με οδηγίες για αγωγή με B12 εφ' όρου ζωής.

Συμπέρασμα: Η οξεία λοίμωξη από παρβοϊό μπορεί να προκαλέσει παροδική, αυτοπεριοριζόμενη πανκυτταροπενία σε ασθενή με μεγαλοβλαστική αναιμία από έλλειψη B12 αν και σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία.



ΑΑ17. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

**Χριστοπούλου Βασιλική¹, Λάζου Ελένη¹,
Κατσινέλος Δημήτριος¹, Αντωνάτος Γεώργιος¹,
Βασιλάτου Ευαγγελίνα¹, Κοντοπούλου Χριστίνα²,
Τσιόδρας Σωτήριος³**

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

² Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

³ Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με συστηματική νοκαρδίωση και προσβολή του θυρεοειδούς, ο οποίος έπασχε από αναπλαστικό αστροκύττωμα εγκεφάλου και ελάμβανε αγωγή με κορτικοειδή.

Περιγραφή Περίπτωσης: Άνδρας ετών 34 εισήχθη στην κλινική λόγω λοίμωξης αναπνευστικού. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται: αναπλαστικό αστροκύττωμα εγκεφάλου, χειρουργηθέν προ 14 μηνών υπό αγωγή μέχρι προ δύο εβδομάδων με τεμοζολομίδη και ακτινοθεραπεία, ενώ συνέχισε να λαμβάνει αγωγή με κορτικοειδή. Νευροϊνομάτωση τύπου 1 και σπονδυλοδεσία λόγω σκολίωσης το 1993. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση δεικτών φλεγμονής CRP: 300, ΤΚΕ: 100, αύξηση του αριθμού των ουδετερόφιλων, διόγκωση θυρεοειδούς, και πνευμονία (ΑΡ). Ακολούθως, λόγω εισρόφησης υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία (CT) θώρακος, η οποία ανέδειξε νεκρωτική πνευμονία (ΑΡ), διάσπαρτα οζίδια στον (ΑΡ) και (ΔΕ) πνεύμονα, ορισμένα εκ των οποίων κοιλοποιημένα. Καθώς επίσης διόγκωση και ανομοιογενή απεικόνιση του θυρεοειδούς αδένα ίδια (ΑΡ) λοβού με παρουσία υπόπυκνης αλλοίωσης στον (ΑΡ) και (ΔΕ) λοβό. Ο ασθενής παρουσίασε φαρυγγαλγία, δυσκαταποσία, βράγχος φωνής και παράλυση (ΑΡ) φωνητικής χορδής. Από καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκε νοκάρδια. Η CT εγκεφάλου ανέδειξε αποστημάτια και ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μεροπενέμη και σουλφαμεθοξαζόλη + τριμεθοπρίμη (TMP-SMX). Διενεργήθηκε FNA θυρεοειδούς η οποία ανέδειξε παρουσία φλεγμονωδών στοιχείων, επίσης ο ορμονολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με υπερθυρεοειδισμό και αντιμετωπίστηκε με προπρανολόλη. Ακολούθως ο ασθενής παρουσίασε φυσιολογικές τιμές θυρεοειδικών ορμονών, με υποχώρηση των υπόηχων όζων του θυρεοειδούς, ωστόσο οι περαιτέρω μετρήσεις ανέδειξαν εικόνα υποθυρεοειδισμού, TSH:10,5 και έγινε έναρξη αγωγής με λεβοθυροξίνη. Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας και εξήλθε με αγωγή TMP-SMX και λεβοθυροξίνη.

Συμπέρασμα και Σχόλια: Οι λοιμώξεις από νοκάρδια αυξήθηκαν την τελευταία 30ετία, λόγω αύξησης των ανοσοκατασταλμένων ασθενών τους οποίους φιλούν οι νοκάρδιες. Η νοκαρδίωση παρουσιάζεται σαν εντοπισμένη ή συστηματική λοίμωξη, με πύλη εισόδου κυρίως το αναπνευστικό σύστημα ή το δέρμα. Εκτός του αναπνευστικού συστήματος, προσβάλλει το ΚΝΣ, τους οφθαλμούς, το δέρμα, τα νεφρά, τις αρθρώσεις, τα οστά και την καρδιά. Ο θυρεοειδής αδένας δύσκολα προσβάλλεται από λοιμώξεις σε άτομα χωρίς ιστορικό θυρεοειδοπάθειας ή άλλων παραγόντων κινδύνου. Ο ασθενής μας παρουσίαζε προσβολή του θυρεοειδούς, στα πλαίσια συστηματικής λοίμωξης από νοκάρδια με προσβολή του ΚΝΣ, του πνεύμονος και λήψης κορτικοειδών.



**ΑΑ18. ACINETOBACTER BAUMANNII ΣΤΗ ΜΕΘ.
ΠΡΟΛΗΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ**

Σημειώσεις

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

**ΑΑ19. ΛΟΙΜΩΞΗ ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΑΠΕΣΥΡΘΗ



AA20. ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΓΙΩΝΕΛΛΩΣΗΣ ΜΕ ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ;

Αλεξίου Νικόλαος, Βιτώρος Βασίλειος, Παντελίδου Ηλιάνα, Κουρουτού Παρασκευή, Ιωάννου Αλκιβιάδης, Τσιρώνης Γεώργιος, Αξιώτη Αργυρώ, Σκούρα Ειρήνη, Μακίνα Άννα, Κουπετώρη Μαρίνα, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η *Legionella* spp. ευθύνεται για το 1-9% των πνευμονιών που χρήζουν νοσηλείας, και ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό πνευμονιών που νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Θ. Οι συστηματικές εκδηλώσεις στην πορεία της νόσου είναι πολύ συχνές. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες αναφορές λοίμωξης από *Legionella* με αμιγώς εξωπνευμονικές εκδηλώσεις.

Σκοπός: Παρουσίαση δύο ασθενών με εξωπνευμονική λοίμωξη από *Legionella* spp.

Περιγραφή Πρώτης Περίπτωσης: Γυναίκα, 30 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου από τριήμερου με συνοδό θωρακαλγία. Αντικειμενική εξέταση: Σαφής ήχος περικαρδιακής τριβής. Υπερηχογράφημα καρδιάς: μέτρια περικαρδιακή συλλογή. Η ασθενής αρχικά έλαβε αγωγή με ιβοπρουφένη και κολχικίνη, με αποτέλεσμα τη μερική ύφεση του εμπυρέτου. Ορολογικός έλεγχος: συμβατός με λοίμωξη από *Legionella pneumophila*, ορότυπος 1 (1/128), αυξανόμενος στην επανάληψη. Αντιγόνο *Legionella* στα ούρα: αρνητικό. Η ασθενής έλαβε 15θήμερη αγωγή με κλαριθρομυκίνη, με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση του εμπυρέτου, καθώς και της περικαρδιακής συλλογής.

Περιγραφή Δεύτερης Περίπτωσης: Άνδρας, 66 ετών, μη χρήστης IV ουσιών, προσήλθε λόγω εμπυρέτου από είκοσι ημερών, χωρίς συνοδά συμπτώματα. Αντικειμενική εξέταση: χωρίς παθολογία. Διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Κατά τη νοσηλεία του παρουσίασε μεταβαλλόμενο συστολικό φύσημα στην εστία ακροάσεως πνευμονικής βαλβίδος. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς γενόμενο δύο φορές, ανέδειξε εκβλάστηση στην ρίζα της πνευμονικής βαλβίδας. Καλλιέργειες αίματος: στείρες. Ο ασθενής έλαβε εμπειρική θεραπεία για ενδοκαρδίτιδα με αρνητικές καλλιέργειες αίματος, αλλά χωρίς ύφεση. Ο ορολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με λοίμωξη από *Legionella* spp (1/128). Αντιγόνο *Legionella* στα ούρα: αρνητικό. Μετά 28ήμερη αγωγή με μοξιφλοξασίνη παρουσιάστηκε σταδιακή ύφεση του εμπυρέτου και πλήρη εξάλειψη των υπερηχογραφικών ευρημάτων στον επαναληπτικό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με εμπύρετο, ο κλινικός ιατρός πρέπει να περιλαμβάνει στη διαφορική διάγνωση τη λοίμωξη από *Legionella*, ακόμα και χωρίς πνευμονική προσβολή. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η καθυστερημένη έναρξη θεραπείας αυξάνει τη θνητότητα. Η ευρύτατα διαδεδομένη μέθοδος ανίχνευσης του αντιγόνου από *Legionella* στα ούρα έχει άριστη ειδικότητα, αλλά περιορισμένη ευαισθησία λόγω του ότι ανιχνεύει μόνο την ορομόδα 1 της *Legionella pneumophila*. Συνεπώς, σε περιπτώσεις υποψίας λοίμωξης από *Legionella*, επιβάλλεται επιπλέον ορολογικός έλεγχος.



AA21. ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Κουδούνα Ασπασία, Πήττας Κωνσταντίνος,
Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα,
Βιτωράκης Εμμανουήλ, Τσαφά Ευφροσύνη,
Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Καστανάκης Σεραφεύμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Ο Έρπης Ζωστήρ οφείλεται σε επανεργοποίηση λανθάνοντος varicella-zoster ιού από τα γάγγλια των οπίσθιων ριζών των αισθητήριων νεύρων. Σπάνια μπορεί να εξαπλωθεί σε κάθε τμήμα του ΚΝΣ με αποτέλεσμα ποικίλες νευρολογικές επιπλοκές. Μηνιγγίτιδα από VZV παρουσιάζει επίπτωση 3% σε μη ανοσοκατεσταλμένους. Η υποψία εγείρεται όταν συνοδεύεται από χαρακτηριστικό εξάνθημα, αν και έως 40% δύναται να μην συνυπάρχει. Εκδηλώνεται χαρακτηριστικά με εμπύρετο, κεφαλαλγία και σημεία μηνιγγισμού. Διαγιγνώσκεται βάσει λεμφοκυτταρικής πλειοκυττάρωσης, φυσιολογικής γλυκόζης (10 -30% μειωμένη), φυσιολογικής πρωτεΐνης στο ΕΝΥ. Η εξακρίβωσή του πραγματοποιείται μέσω PCR, ανεύρεσης αντισωμάτων του ιού ή καλλιέργειας του ΕΝΥ. Η αντιμετώπιση στηρίζεται στην συνδυαστική αγωγή με αντιικά (Ακυκλοβίρη, Φαμκυκλοβίρη, Βαλακυκλοβίρη), αναλγητικά, αντιπυρετικά και έλεγχο ισοζυγίου ύδατος - ηλεκτρολυτών.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ερπητικής μηνιγγίτιδας σε μη ανοσοκατεσταλμένο ασθενή.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα ετών 67 με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 38.5 από τριημέρου με συνοδό αυχεναλγία και οσφυ - ισχιαλγία. Κατά τον κλινικό έλεγχο παρατηρήθηκαν έρπης ζωστήρ ΔΕ γλουτού - μηρού, αυχενική δυσκαμψία και θετικά μηνιγγικά σημεία. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς παθολογικά ευρήματα. Οσφυονωτιαία παρακέντηση όπου διαπιστώθηκαν 240 εμπύρηνα κύτταρα με 99% λεμφοκύτταρα, πρωτεΐνη 94 mg/dl, γλυκόζη 41 mg/dl. Καλλιέργεια ΕΝΥ αρνητική. Επιπρόσθετα ελέγχθηκε για παράγοντες ανοσοκαταστολής (HIV, δείκτες ηπατίτιδας, προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, καρκινικοί δείκτες) όπου απέβησαν αρνητικά. Τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με Ακυκλοβίρη για 14 μέρες και αναλγητική αγωγή.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρουσίασε ταχεία βελτίωση και ύφεση.

Συμπέρασμα: Παρά την συχνή επίπτωση μηνιγγίτιδας από έρπη ζωστήρ σε ανοσοκατεσταλμένους, θα πρέπει να εγείρεται η υποψία, ανεξαρτήτως της συνύπαρξης ερπητικού εξανθήματος, και σε υγιείς πληθυσμούς με ιστορικό έρπητος ζωστήρος.



AA22. ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ

Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Ρόζη Φωτεινή¹, Δημητριάδης Ιωάννης¹, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος¹, Χουλιτούδη Βασιλική¹, Δημόπουλος Γεώργιος¹, Ανδριανοπούλου Άρτεμις², Αθανασιάδη Καλλιόπη³, Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

² Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Άργους

³ Θωρακοχειρουργικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις της περιοχής του στόματος και του φάρυγγα είναι συχνές και περιστασιακά προκαλούν τοπικές και συστηματικές επιπλοκές. Μπορούν δυνητικά να επεκταθούν σε εν τω βάθει περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου καθώς και στο μεσοθωράκιο, οδηγώντας σε απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς καταστάσεις με υψηλό ποσοστό θνητότητας (25% σε περιπτώσεις μεσοθωρακίτιδας)

Σκοπός: Η ανάδειξη του υπαρκτού κινδύνου εμφάνισης δυνητικά θανατηφόρων επιπλοκών ως επιπλοκές λοιμώξεων της περιοχής του στόματος και του φάρυγγα.

Υλικό: Άνδρας 28 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εμφανίζει από 10 ημέρου περιοδοντικό απόστημα με εμπύρετο, υπό αγωγή με αμοξυκιλλίνη και μετρονιδαζόλη, το οποίο παροχετεύθηκε από ιδιώτη ΩΡΛ. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής του εικόνας προσήλθε στο ΤΕΠ σε κατάσταση σηπτικής καταπληξίας: ταχυπνοϊκός και ταχύκαρδος, με όψη πάσχοντος, δέρμα ψυχρό και κολλώδες, ΑΠ:70/40mmHg, εμπύρετο 40°C με ρίγος, Ακρόαση πνευμόνων: ήπια μείωση ΑΨ αμφοτερόπλευρα, Ακρόαση καρδιάς: S1, S2 ρυθμικοί ταχείς, Κοιλιά: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Μέθοδος - Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν WBC:18700/μL με ουδετεροφιλία, ΤΚΕ:60, λευκώματα ολικά:5,1g/dL, αλβουμίνη:2,5g/dL, LDH:1182U/L, Ur: 81mg/dL, Cr:1.6mg/dL, χρόνοι πήξεως παρατεταμένοι. Η ακτινογραφία θώρακος αποκάλυψε σημαντική διεύρυνση του μεσοθωρακίου. Υπεβλήθη σε CT τραχήλου-θώρακος που ανέδειξαν αποστηματική κοιλότητα από το ύψος του δεξιού πλαιγίου τοιχώματος του ρινοφάρυγγα και κατά μήκος όλης της έκτασης του ΔΕ παραφάρυγγικού χώρου, που επεκτείνεται ουραία παρά τα αγγεία του τραχήλου έως και το μεσοθωράκιο. Αιμοκαλλιέργειες, ουροκαλλιέργεια, καλλιέργεια πτυέλων απέβησαν αρνητικές. Ο ασθενής σταδιακά σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά και διεκομίσθη σε θωρακοχειρουργικό τμήμα όπου αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.

Συμπέρασμα: Δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές, όπως εν τω βάθει λοιμώξεις τραχήλου, μεσοθωρακίτιδα και σηπτική καταπληξία, μπορεί να προέλθουν από λοιμώξεις της περιοχής του στόματος και του φάρυγγα, ακόμη και σε μια εποχή που η χρήση των αντιβιοτικών είναι ευρεία.



**ΑΑ23. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΑ
ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΥΣΚΙΤΙΔΑ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΓΛΟΙΩΜΑ
ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ**

Πήττας Κωνσταντίνος, Πολυμίλη Γεωργία,
Παρτάλης Νικόλαος, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη,
Κατσουλάκη Μαρία, Ορφανουδάκη Ελένη,
Παρτσαλάκη Ειρήνη, Τσαφά Ευφροσύνη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις της σπονδυλικής στήλης συμβαίνουν κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αλλά συναντώνται ως επιπλοκή και έπειτα από χειρουργικές επεμβάσεις κοντά στη σπονδυλική στήλη. Οι σπονδυλοδυσκίτιδες αποτελούν το 2-7% των οστεομυελίτιδων, προσβάλλουν κυρίως την οσφυϊκή μοίρα (50%), ακολουθούμενη από την θωρακική (35%), και την αυχενική μοίρα (15-20%).

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 57 ετών με ατομικό αναμνηστικό χειρουργθέντος γλοιώματος σπονδυλικής στήλης προ 23 ετών, σπαστικής παραπληγίας έκτοτε και εμφάνιση παρασπονδυλικού αποστήματος και λοίμωξης μαλακών μορίων προ 5 ετίας προσήλθε λόγω εμπύρετου από δεκαπενθήμερου με κλινική εικόνα σήψης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν λευκοκυττάρωση, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και θετικές αιμοκαλλιέργειες με σταφυλόκοκκο MRSA. Κατά την κλινική εξέταση προέκυψε σκολίωση ΘΜΣΣ και συλλογή εντός των μαλακών μορίων του θωρακικού τοιχώματος αριστερά. Διενεργήθηκαν αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας και μαγνητική τομογραφία ΘΜΣΣ οι οποίες ανέδειξαν φλεγμονώδη διήθηση σπονδυλικών σωμάτων Θ7 έως Ο1, εξάλειψη μεσοσπονδυλίου διαστήματος Θ10-Θ11, απόστημα παρασπονδυλικά αριστερά στο επίπεδο Θ10-Θ11, αποστήματα πρόσθια παρασπονδυλικά Θ7-Θ11 και διάχυτο οίδημα μαλακών μορίων γειτονικών περιοχών. Υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από σύγκριση με παλαιότερες απεικονιστικές εξετάσεις κρίθηκε πως τα παρόντα αποστήματα είναι αποτέλεσμα υποτροπής παλαιότερων αποστημάτων (τελευταία προ πενταετίας) πιθανών λόγω ελλιπούς θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ο ασθενής αρχικά αντιμετωπίστηκε με τριπλό αντιβιοτικό σχήμα συνεχίζοντας, έπειτα από οδηγίες ειδικού λοιμωξιολόγου, με διπλή αντιβιοτική αγωγή σε πολύμηνο σχήμα έχοντας αργή αλλά σταθερή κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση.

Συζήτηση - Συμπέρασμα: Τα παρασπονδυλικά αποστήματα και η σπονδυλοδυσκίτιδα ως αποτέλεσμα χειρουργείου σπονδυλικής στήλης αποτελούν μια σπάνια μα σοβαρή επιπλοκή. Εμφανίζουν συχνές υποτροπές ειδικά εάν λάβουν ελλιπή αντιβιοτική αγωγή και χρήζουν πολύμηνης θεραπείας.

Σημειώσεις

AA24. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Τσαφά Ευφροσύνη, Παρτάλης Νικόλαος, Βιτωράκης Εμμανουήλ, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Φιωτάκη Κυριακή, Κουδούνα Ασπασία, Καστανάκης Σεραφείμ

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

Εισαγωγή: Ζωννόσος από Gram(-) κοκκοβακτηρίδιο με φυσικές δεξαμενές οικόσιτα και άγρια ζώα. Τα πιο σοβαρά περιστατικά Βρουκέλλωσης στον άνθρωπο, αποδίδονται κυρίως στη *B. Melitensis* (πρόβατα και αίγες) και την *B. Suis* (χοίροι, μικρά τρωκτικά). Πύλες εισόδου είναι: α) η πεπτική οδός (κατανάλωση μη παστεριωμένου γάλακτος ή προϊόντων), β) το δέρμα (μέσω αμυχών), γ) η αναπνευστική οδός.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με Βρουκέλλωση.

Μέθοδος: Άνδρας κτηνοτρόφος, 79 ετών, εισήχθη λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου, κηλιδώδους εξανθήματος κοιλιακής χώρας και άνω άκρων, με ηπατομεγαλία.

Υλικό:

WBC	ΠΟΛΥ-ΜΟΡΦΟΠ.	ΜΟΝΟΚΥΤ.	ΛΕΜΦΟ-ΠΕΝΙΑ ΜΕ ΣΤΡΟΦΗ (AP)	ΗΩΣΙΝ.	PLT	CRP
7.170	80,4%	5,9%	12,2%	0,5%	205.000	6,5
Hct	Hb	ALT	AST	creat	urea	ΙΝΩΔΟΓΟΝ.
38,4	12,5	27	26	1,8	52	444

Γενική ούρων: Hb=+++; μικροσκοπική αιματοουρία

Δείκτες Ηπατίτιδας: φυσιολογικοί

Τοχο: IgM και IgG αρνητικά

CMV: IgM(-) και IgG(+)

Μια θετική αιμοκαλλιέργεια με *Staphylococcus CN*

Αντίδραση WRIGHT(+)

Ορολογικός έλεγχος ELISA: IgG/IgM *Brucella*, 1/640

Αποτελέσματα: Η αγωγή με τετρακυκλίνη (δισ ημερησίως) και ριφαμπικίνη (άπαξ ημερησίως) ανέστειλλε το πυρέτιο, με μόνη εμφάνιση διαταραχής εντός 10ημέρου, εκ του πεπτικού, οπότε και αντικαταστάθηκε η ριφαμπικίνη με γενταμικίνη, για σύνολο 6 εβδομάδων αγωγή.

Συμπεράσματα: Η Βρουκέλλωση θεωρείται βασική ζωννόσος, που πολλές χώρες κατάφεραν να την εξαλείψουν, με την Ελλάδα να παραμένει υψηλά στην κλίμακα εμφάνισής της.

Λόγω της αυξημένης μολυσματικότητας θεωρείται και βασικό όπλο βιολογικού πολέμου. Εντούτοις με την ενδεδειγμένη θεραπεία οι περισσότεροι αναρρώνουν πλήρως και χωρίς επιπλοκές.

Όμως η ατελής θεραπεία ή η μη θεραπευθείσα Βρουκέλλωση, δύναται να αναπτύξει ενδοκαρδίτιδα, ιδίως της αορτικής βαλβίδας, μια εκ των πλέον θανατηφόρων επιπλοκών της.



AA25. ΠΥΡΕΤΟΣ Q

Σημειώσεις

Μποτωνάκη Κέλλυ, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα,
Φιωτάκη Κυριακή, Φουστέρη Ζωή, Κοσμίδου Κυριακή,
Κατσουλάκη Μαρία, Νικολιδάκη Αφροδίτη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

Εισαγωγή: Η *Coxiella Burnetii* είναι ένα ενδοκυττάριο Gram - μικρόβιο που ανήκει στη κατηγορία των ρικετσιών και προκαλεί μια ζωνο νόσο, τον πυρετό Q. Τα βοοειδή, τα πρόβατα, οι κρότνες και τα τρωκτικά είναι οι κύριες πηγές μόλυνσης για τον άνθρωπο, ο οποίος νοσεί μετά από εισπνοή μολυσμένων αεροσωματιδίων, τη κατανάλωση μη παστεριωμένου γάλατος και τον χειρισμό μολυσμένων υλικών. Ο ασθενής μπορεί να είναι ασυμπτωματικός ή να εμφανίσει οξεία νόσο (πνευμονία, ηπατίτιδα) ή ακόμα να παρουσιάσει χρόνια νόσο (ενδοκαρδίτιδα, ηπατίτιδα και σύνδρομο χρόνιας απίσχνασης).

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με πυρετού Q.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 64 ετών, κτηνοτρόφος, με ατομικό αναμνηστικό χειρουργηθείσας κήλης ΟΜΣΣ και αγχώδους διαταραχής, προσέρχεται λόγω εμπύρετου έως 39,6 με συνοδό ρίγος. Από την κλινική εξέταση προέκυψε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιάς βάσης, και από τον εργαστηριακό έλεγχο λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλικό τύπο ήπια αναιμία, αυξημένη CRP και CPK. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πύκνωση δεξιάς βάσης. Ο έλεγχος αντιγόνων για *Legionella* και *S.Pneumoniae* στα ούρα ήταν αρνητικός. Λόγω της ενασχόλησης του ασθενούς με τη κτηνοτροφία τέθηκε η υποψία λοίμωξης από *C.Burnetii*. οπότε στάλθηκε ορολογικός έλεγχος στο ΚΕΕΛΠΝΟ.

Αποτέλεσμα: Ο ορολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με οξεία λοίμωξη από *C.Burnetii*, οπότε τέθηκε σε αγωγή με δοξυκυκλίνη για 21 μέρες. Ο επανέλεγχος ήταν συμβατός με λοίμωξη από *C.Burnetii* σε αποδρομή.

Συμπέρασμα: Η λοίμωξη από *C.Burnetii* προκαλεί μια ποικιλία μη ειδικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Ωστόσο πρέπει πάντα να τίθεται η υποψία λοίμωξης σε ασθενείς που βρίσκονται σε επαφή με τους συνήθεις ξενιστές. (κρότνες, τρωκτικά, άγρια και κατοικίδια ζώα).



AA26. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΙΝΟΚΡΑΝΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

**Στεφανή Δήμητρα¹, Μανούσος Τριαντάφυλλος¹,
Αναστασόπουλος Βασίλειος¹, Τσιπλάκου Σοφία²,
Σφήκα Αγγελική¹, Κωνσταντοπούλου Γεωργία¹,
Παπαϊωάννου Βασιλική², Λελέκης Μωυσής¹**

¹ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

² Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Κηφισιά

Εισαγωγή: Άτομα με διαρροή ΕΝΥ λόγω επικοινωνίας του ΚΝΣ με τον ρινοφάρυγγα εμφανίζουν υποτροπιάζουσα μηνιγγίτιδα συνήθως από μικρόβια που αποικίζουν την περιοχή και ιδίως πνευμονιόκοκκο.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί περίπτωση ασθενούς με ρινοκρανιακή επικοινωνία και ιστορικό πολλαπλών μικροβιακών μηνιγγιτίδων, στην οποία απομονώθηκε *Streptococcus intermedius*.

Περιγραφή περιπτώσεως: Γυναίκα 78 ετών εισήχθη με εικόνα μηνιγγίτιδας που στην εξέταση του ΕΝΥ είχε χαρακτηριστικά μικροβιακής λοίμωξης κύτταρα 4.810/κκχ (πολυμορφοπύρρηνα 85%), γλυκόζη 37 mg/dl (στο αίμα 108mg/dl), λεύκωμα 192,9mg/dl. Στο αναμνηστικό της υπήρχαν >10 επεισόδια λοίμωξης ΚΝΣ με χαρακτηριστικές μικροβιακής μηνιγγίτιδας, χωρίς όμως απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα τουλάχιστον με βάση τα προσκομισθέντα στοιχεία. Τα επεισόδια άρχισαν το 1988 και εξελίχθηκαν με εμφάνιση στην αρχή ανά πενταετία αλλά με αύξουσα συχνότητα έκτοτε, ούτως ώστε να εμφανίζονται πλέον σχεδόν ανά τρίμηνο. Αποδόθηκαν σε ύπαρξη ρινοκρανιακής επικοινωνίας με συνοδό ρινόρροια ΕΝΥ σε έδαφος κενού τουρκικού εφιππίου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διορθωτική επέμβαση προ έτους χωρίς επιτυχία. Μετά την εισαγωγή η ασθενής καλύφθηκε εμπειρικά με ευρύ αντιμικροβιακό σχήμα. Σύντομα η καλλιέργεια του ΕΝΥ και η PCR έδειξαν παρουσία *Streptococcus intermedius* με επακόλουθη ανάλογη προσαρμογή της θεραπείας (μόνο κεφτριαξόνη). Η ασθενής εξήλθε σε άριστη κατάσταση με οδηγία για λήψη χημειοπροφύλαξης με πενικιλίνη ΡΟ για πρόληψη υποτροπής, δεδομένου ότι μια νέα διορθωτική επέμβαση δεν ήταν δυνατή.

Συμπέρασμα: Η ορθή διαγνωστική αντιμετώπιση της περίπτωσης παρά την προηγούμενη αρνητική εμπειρία, οδήγησε σε αιτιολογική διάγνωση και αποκάλυψε την ύπαρξη παθογόνου που δεν είναι από τα πλέον συνήθη για την περίπτωση. Επιπλέον οδήγησε σε ορθολογική θεραπεία με περιορισμό του ευρέος εμπειρικού σχήματος.



AA27. ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ RICKETTSIA CONORRI

Σημειώσεις

Αλεξίου Νικόλαος, Ιωάννου Αλκιβιάδης, Αξιώτη Αργυρώ,
Κοτινά Ειρήνη, Σκούρα Ειρήνη, Μακίνα Άννα,
Συμπάρδη Στυλιανή

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

Εισαγωγή: Οι Ρικετσιώσεις είναι νόσοι με εποχιακή κατανομή, παγκόσμια διασπορά και με κλινικές εκδηλώσεις κυμαινόμενης βαρύτητας. Προσβάλλουν το ενδοθήλιο μικρών-μεσαίων αγγείων προκαλώντας εκτεταμένη αγγειίτιδα, εξάνθημα και οίδημα ζωτικών οργάνων.

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών με λοίμωξη από *Rickettsia Conorii*, η μία εξ' αυτών με αιφνίδια επιδείνωση της κλινικής εικόνας και εγκατάσταση πολυοργανικής ανεπάρκειας.

Υλικό - Μέθοδοι: 1^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Γυναίκα 37 ετών (Α) εισάγεται στην Κλινική μας λόγω εμπύρετου έως 39,3°C, φαρυγγαλγίας και υποτροπιάζουσας ροδάνθης από εξαήμερου. Ατομικό αναμνηστικό: υποθυρεοειδισμός. Αντικειμενική εξέταση αρνητική. Από το πρώτο 24ωρο έντονη διαταραχή ηπατικής βιοχημείας. Ολοσωματικός έλεγχος με αξονική τομογραφία αρνητικός, πολλαπλές καλλιέργειες αίματος-ούρων στείρες, ανοσολογικός έλεγχος και ιολογικός έλεγχος αρνητικός, Αg ούρων για Πνευμονιόκοκκο, Λεγιονέλλα μη ανιχνεύσιμα. 2^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Άνδρας 30 ετών (Β) με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, νοσηλεύτηκε λόγω εμπύρετου έως 39,5°C από τετραμέρου, κεφαλαλγίας, υπεραιμίας επιπεφυκότων και γενικευμένου κηλιδώδους εξανθήματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας παρουσίασε και επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Έλεγχος ανοσολογικός, ιολογικός, για *Leptospira*, *Borrelia*, *Legionella*, *Brucella*, *TB* αρνητικός. Απεικονιστικός έλεγχος χωρίς παθολογία. Οφθαλμολογική εξέταση: στένωση αγγείων, υπεραιμικές θηλές. Η κλινική υποψία της ρικετσιώσης επιβεβαιώθηκε με ανεύρεση υψηλού τίτλου αντισωμάτων (IgM) *Rickettsia Conorii* και στους δύο ασθενείς.

Αποτελέσματα: Αρχικά και στους δύο ασθενείς χορηγήθηκε ευρεία αντιμικροβιακή αγωγή. Με την υποψία ρικετσιακής λοίμωξης, εν αναμονή αποτελεσμάτων, προστέθηκε δοξκυκλίνη. Παράλληλα εφαρμόστηκε υποστηρικτική αγωγή για την αντιμετώπιση της πολυοργανικής ανεπάρκειας στον ασθενή Β. Δύο 24ωρα μετά, οι ασθενείς ήταν απύρετοι, με αποδρομή του εξανθήματος και σταδιακή αποκατάσταση των οργάνων λειτουργιών του Β.

Συμπεράσματα: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων παγκοσμίως, ταυτοποιούνται νέα είδη ρικετσιών, οπότε οι ρικετσιώσεις θεωρούνται αναδυόμενο νόσημα. Δεν εμφανίζουν ειδικές κλινικές εκδηλώσεις και εντάσσονται στις περιπτώσεις διερεύνησης πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Η ρικετσιακή λοίμωξη μπορεί να έχει μοιραία έκβαση, ειδικά στους έχοντες έλλειψη G-6PD, που μπορεί να αντιστραφεί μόνο με την έγκαιρη διάγνωση και τη δέουσα αντιμετώπιση.



Σημειώσεις

AA28. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ: ΜΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ

Λούπα Χαρίκλεια¹, Τζίφας Κωνσταντίνος¹,
Ξυδάκη Αικατερίνη¹, Μάλιος Ιωάννης¹,
Δασκαλόπουλος Βασίλειος¹, Σουλιώτης Νικόλαος¹,
Κουμπάρη Γεωργία², Χριστόπουλος Κωνσταντίνος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Μ. «Α. ΦΛΕΜΙΓΚ», Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι οι τιμές προκαλσιτονίνης (PCT) είναι σημαντικά χαμηλότερες σε μικροβιαμία από κοαγκουλάση αρνητικό σταφυλόκοκκο (CNS) από ότι σε *Staphylococcus aureus* ή σε Gram (-) βακτηρίδια. Είναι επίσης γνωστό ότι το συχνότερο παθογόνο σε ενδοκαρδίτιδα βηματοδότη (PME, συχνότητα 0,8-5,7%) είναι ο σταφυλόκοκκος (μέχρι 89%), χρυσίζων ή CNS. Η PME αποτελεί σημαντική οντότητα γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται η αφαίρεση ολοκλήρου του βηματοδοτικού συστήματος.

Παρουσίαση περιπτώσεως: Ασθενής 66 ετών από περιοχή Βοιωτίας προσήλθε λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου έως 39°C τις απογευματινές ώρες με ρίγος και εφιδρώσεις από 2μήνου με μεσοδιαστήματα απυρεξίας, για το οποίο είχε διερευνηθεί σε άλλη κλινική χωρίς αποτέλεσμα. Αναμνηστικό: αντικατάσταση βηματοδότη προ 6μήνου, πρόσφατοι οδοντιατρικοί χειρισμοί. Αντικειμενικώς ουδέν. Εργαστηριακός έλεγχος: αύξηση λευκών (19.750/μL), ΤΚΕ (112 mm) και CRP (196 mg/L, Φ.Τ <3,3), ενώ η προκαλσιτονίνη ήταν φυσιολογική (0,37 ng/ml, Φ.Τ. <0,5). Σε αναηλάφηση του παλαιότερου φακέλλου προέκυψαν 2 θετικές αιμοκαλλιέργειες με CNS (MRSE). Διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (TTE) αρνητικό, ενώ η CT θώρακα έδειξε έλλειμμα σκιαγράφησης ΔΕ πνευμονικής αρτηρίας (πιθανότητα από έμβολο σπητικής αιτιολογίας). Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα (TEE) αναδείχθηκε βαμβακόμορφο μόρφωμα στο ηλεκτρόδιο του βηματοδότη. Ο ασθενής τέθηκε σε βανκομικίνη, ριφαμπικίνη και γενταμικίνη και ανταποκρίθηκε κλινικά (υποχώρηση εμπύρετου) και εργαστηριακά (υποχώρηση λευκών αιμοσφαιρίων και δεικτών φλεγμονής). Μεταφέρθηκε σε καρδιολογικό τμήμα όπου αφαιρέθηκε ο βηματοδότης, ενώ συνεχίζεται η αντιμικροβιακή αγωγή. Η επανατοποθέτηση βηματοδότη θα εξεταστεί σε δεύτερο χρόνο.

Συμπεράσματα: Σε εμπύρετο μη προφανούς αιτιολογίας σε ασθενή με βηματοδότη πρέπει να τίθεται η υποψία PME, και επί αρνητικού TTE να διενεργείται TEE (ευαισθησία μέχρι 43% και 96%, αντίστοιχα). Σε περίπτωση PME από CNS, η PCT δυνατόν να είναι αρνητική.



AA29. ΟΞΕΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Σημειώσεις

Σαρρής Ευάγγελος, Μάλιος Ιωάννης, Δούμας Ιωάννης,
Ξυδάκη Αικατερίνη, Παπαδάκη Αγγελική,
Μητράκης Γεώργιος, Λούπα Χαρίκλεια,
Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»

Εισαγωγή: Η οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα (ΟΠΘ, ICD-10: E06.0) είναι σπάνια (0,1-0,7% των νοσημάτων του αδένου), δυνητικά θανατηφόρος οντότητα, που προκαλείται από μια πληθώρα μικροβίων. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θυρεοειδική λειτουργία παραμένει φυσιολογική.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ΟΠΘ οδοντογενούς προέλευσης.

Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 63 ετών προσήλθε λόγω άλγους δεξιάς τραχηλικής χώρας με συνοδό έντονη δυσκαταποσία, δυσφωνία και υψηλό πυρετό με ρίγος από τριημέρου. Ανέφερε εργώδεις οδοντιατρικούς χειρισμούς προ μηνός λόγω αποστήματος δεξιού κάτω προγομφίου. Εισήχθη για διερεύνηση και θεραπεία.

Αποτελέσματα: Στην κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν σηπτικός, με εξαιρετικά ευαίσθητη ψηλαφητή σκληρία στην περιοχή του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς, χωρίς άλλα ευρήματα. Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση (17.090/μL) με ουδετεροφιλία και υψηλές τιμές ΤΚΕ (104 mm/1h) και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (304 ng/L). Οι τιμές των θυρεοειδικών ορμονών και αντισωμάτων καθώς και ο βιοχημικός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Υπερηχογράφημα τραχήλου έδειξε αύξηση των διαστάσεων του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς με παρουσία δύο εν επαφή υπερηχογενών κυστικών όζων στον κάτω πόλο. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε υπόπυκνη ωοειδή αλλοίωση διαστάσεων 3,5x2.5cm με ανομοιογενή υφή στον δεξιό λοβό και ασαφopoίηση του λίπους πέριξ του αδένου. Παρατηρήθηκαν επίσης διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες, υπόπυκνη αλλοίωση ασαφών ορίων οπισθοφαρυγγικά στο επίπεδο του υοειδούς οστού, καθώς και ήπια ασαφopoίηση του υποδόριου λίπους στο πρόσθιο τμήμα της τραχηλικής χώρας. Διενγώσθη ΟΠΘ και χορηγήθηκε εμπειρικά IV αντιβιοτική αγωγή (αμπικιλίνη / σουλπακτάμη - κλινδαμυκίνη - μετρονιδαζόλη) με προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας και πλήρη υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής.

Συμπέρασμα: ΟΠΘ μπορεί να εμφανιστεί ως όψιμη επιπλοκή οδοντογενούς φλεγμονής. Η έκβαση μπορεί να είναι ευνοϊκή με συντηρητική αντιμετώπιση.



Σημειώσεις

AA30. IGG-4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΗΠΙΑΣ ΧΝΑ

Λιακοπούλου Ευσταθία¹, Μακίνα Άννα¹, Πάλλα Σοφία², Πολίτης Εμμανουήλ², Παπαγεωργίου Ελένη¹, Πανταζή Αικατερίνη¹, Καλφούντζος Δημήτριος¹, Αλεξίου Ζωή¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

² Νεφρολογικό Τμήμα του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η IGG-4 σχετιζόμενη νόσος είναι μια συστηματική, αυτοάνοση, άγνωστης αιτιολογίας, πολυσυζητημένη τα τελευταία χρόνια. Η IgG4-RD χαρακτηρίζεται από ειδικά παθολογοανατομικά, ορολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Στο 60-70% των ασθενών τα επίπεδα IGG-4 ορού είναι αυξημένα.

Σκοπός - Υλικό: Περιγραφή περίπτωσης IGG-4 σχετιζόμενη νόσος ως αίτιο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας επί εδάφους ΧΝΑ.

Περιγραφή: Ασθενής 64 ετών με ιστορικό ΣΔτ2 από 10 ετίας υπό δισκία, καλοήθους υπερτροφία προστάτη, ήπια ΧΝΑ-διαβητικής νεφροπάθειας, πρόσφατο ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto. Ο ασθενής ανέφερε απώλεια βάρους τους τελευταίους 3 μήνες και επιδείνωση της κρεατινίνης από 1.6 σε 3.5 mg/dl. Η αντικειμενική εξέταση (-) για παθολογικά ευρήματα. Εργ. Έλεγχος Hct=31.3, MCV=90.9fl, MCH=30.7pg, λευκώματα ορού=8.41, αλβουμίνη=4.27, σφαιρίνες=4.14, λεύκωμα ούρων 24h =378mg/24h, TKE 110mm, CRP=52mg/l, ινωδογόνο=604mg/dl. CT θώρακος: Πάχυνση μεσολοβιδίων διαφραγμάτων και δικτυωτή απεικόνιση του διάμεσου ιστού με συνυπαρξη εικόνας θολούς ύαλου, λεμφαδένες έως 18mm. CT άνω & κάτω κοιλίας: ήπια ηπατοσπληνομεγαλία, πολλαπλοί λεμφαδένες έως 15mm, οίδηματώδης νεφροί. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ο ασθενής παρέμεινε απύρετος, με επιδείνωση της ουρίας από 83 σε 179, κρεατινίνης από 3.5 σε 5.3 mg/dl. Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών ορού: IgG=2320, IgA=391, IgM=181, κ αλύσεις= 538, λ αλύσεις=345 mg/dl, IgG4=252 mg/dl. Ανοσοκαθήλωση (-) για ανίχνευση παραπρωτεΐνης. OMB (-) για αιματολογικό νόσημα. Βιοψία νεφρού: Νεφρικό παρέγχυμα με αλλοιώσεις διάμεσης σωληναριακής νεφρίτιδας με μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά ευρήματα ενδεικτικά IgG4 σχετιζόμενης νόσου. Ο ασθενής τέθηκε σε πρεδνιζολόνη με καλή ανταπόκριση από τις πρώτες 2 εβδομάδες.

Συμπέρασμα: Παρά τη σπανιότητα της νόσου, η IGG-4 σχετιζόμενη νόσος πρέπει να λαμβάνει μέρος στην διαφορική διάγνωση της διάμεσης νεφρίτιδας, υπέρ της νόσου είναι η θεαματική ανταπόκριση σε κορτικοειδή.



ΑΑ31. ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ ΕΩΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Ρόκιζα Αικατερίνη, Μακρής Αθανάσιος,
Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Ρόζη Φωτεινή,
Καραγιαννίδης Ευστράτιος, Καρκαμάνης Αχιλλέας,
Μαύρας Γεώργιος, Ανδριανόπουλος Γεώργιος**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μία χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από ηπατοκυτταρική νέκρωση και φλεγμονή και έχει την τάση να εξελίσσεται σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια. Η παρουσία εξωηπατικών χαρακτηριστικών αυτοανοσίας και ανοσολογικών διαταραχών στον ορό υποδεικνύει αυτοάνοσο παθογενετικό μηχανισμό. Στην Ευρώπη η επίπτωση της νόσου είναι 0.9-2/100.000 άτομα/χρόνο και ο επιπολασμός 11-25/100.000 άτομα.

Σκοπός: Η ανάδειξη της διαγνωστικής προσέγγισης σε ασθενή με κλινική υποψία αυτοάνοσης ηπατίτιδας

Υλικό: Γυναίκα 77 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκότων από 3ημέρου, κακουχίας και ανορεξίας από εβδομάδος. Δεν αναφέρει εμπύρετο, κοιλιακό άλγος, υπέρχρωση ούρων ή αποχρωματισμό κοπράνων. Από το ιστορικό δεν προκύπτει κατάχρηση αλκοόλ ή πρόσφατη λήψη ηπατοτοξικών φαρμάκων. Η ασθενής ήταν απύρετη, με φυσιολογικά λοιπά ζωτικά σημεία, με μαλακή και ανώδυνη κοιλιά, χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία, χωρίς παθολογικά ευρήματα από την ακρόαση πνευμόνων-καρδιάς, με ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων. Έγινε εισαγωγή της ασθενούς για διερεύνηση.

Μέθοδος: Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν WBC:7700/μL χωρίς αναστροφή λευκοκυτταρικού τύπου, Hct:27.6%, PLTs:279000/μL, TKE:80, χρόνοι πήξεως ήπια παρατεταμένοι, Ur:50mg/dL, Cr:0.8mg/dL, SGOT:1162U/L, SGPT:569U/L, LDH:1260U/L, T-Bil:15.8mg/dL, D-Bil:10.9mg/dL, γ-GT, ALP και αμυλάση:εφο, ολικά λευκώματα:8.5g/dL με αναστροφή λευκωματικού πηλίκου (αλβουμίνη:2.2g/dL), άμεση Coombs(+++), έμμεση Coombs(-). Ο ορολογικός έλεγχος για ηπατίτιδες A,B,C απέβη αρνητικός, ανιχνεύθηκαν θετικά ANA:1/320 και ASMA: 1/40. CT και MRI άνω κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Το θήλυ φύλο, η απουσία ηπατικής νόσου ιογενούς, φαρμακευτικής ή αλκοολικής αιτιολογίας, η τρανσαμινασαιμία χωρίς αύξηση ALP, η υπεργαμμασφαιριναιμία, η παρουσία αυτοαντισωμάτων ANA και ASMA και η σύγχρονη παρουσία αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας κατέστησαν πιθανότερη τη διάγνωση αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από τα ιστολογικά ευρήματα της βιοψίας ήπατος και την ανταπόκριση της ασθενούς στη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά.

Συμπέρασμα: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί σπάνια πάθηση με υψηλό ποσοστό θνητότητας αν μείνει αθεράπευτη, γεγονός που καθιστά κριτικής σημασίας την έγκαιρη διάγνωση.



AA32. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΜΠΑΓΕΣ ΜΟΡΦΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ

Καραγιαννίδης Ευστράτιος¹, Καρκαμάνης Αχιλλέας¹, Ρόζη Φωτεινή¹, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος¹, Σταυρουλάκη Γεωργία¹, Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Σφοντούρης Χαράλαμπος², Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

² Ρευματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι φλεγμονώδεις μυοπάθειες (πολυμυοσίτιδα, δερματομυοσίτιδα και μυοσίτιδα από έγκλειστα σωματία) εμφανίζονται με συχνότητα 1/100.000. Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα επίκτητων αιτιών αδυναμίας των σκελετικών μυών, που είναι δυνητικά θεραπεύσιμες. Η δερματομυοσίτιδα εκδηλώνεται με χαρακτηριστικό εξάνθημα που συνοδεύει ή συχνότερα προηγείται της μυϊκής αδυναμίας. Αν και όλες οι φλεγμονώδεις μυοπάθειες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας, εντούτοις η επίπτωση είναι αυξημένη σε ασθενείς με δερματομυοσίτιδα και μάλιστα σε άτομα πάνω από 45 ετών.

Σκοπός: Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με κλινική εκδήλωση δερματομυοσίτιδας και συνοδό μόρφωμα αριστερού νεφρού.

Υλικό: Άνδρας 76 ετών εμφανίζει από μηνός συμμετρική κεντρομελική αδυναμία άνω και κάτω άκρων προοδευτικά επιδεινούμενη, δυσκαταποσία, ερυθροϊώδεις εξάνθημα προσώπου και κορμού και υπεργερμένο λεπιδώδες εξάνθημα σε μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις. Από διμήνου αναφέρει εξάνθημα ομοιάζον με σάλι, ενώ προ 15ημέρου παρουσίασε ερπητικό εξάνθημα για το οποίο έλαβε αγωγή με βριβουδίνη. Από την κλινική εξέταση: μυϊκή ισχύς άνω άκρων 2/5, κάτω άκρων 3/5, χωρίς ατροφία μυϊκών ομάδων, παθολογική δοκιμασία έγερσης από βαθύ κάθισμα.

Μέθοδος - Αποτελέσματα: Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν CPK 9433U/L, TKE 35mm, φερριτίνη 875ng/ml. Λόγω κλινικής υποψίας δερματομυοσίτιδας, στάλθηκε ανοσολογικός έλεγχος που κατέδειξε θετικά ANA σε τίτλο 1/640. Από τον απεικονιστικό έλεγχο MRI ανευρέθη στον ΑΡ νεφρό μόρφωμα με κυστικά και συμπαγή στοιχεία και τιτανώσεις που προσλαμβάνει σκιαγραφικό. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη και διεκομίσθη σε ρευματολογική κλινική για περαιτέρω έλεγχο. Εκεί υπεβλήθη σε βιοψία δέρματος μυός, η οποία κατέδειξε φλεγμονώδη μυοπάθεια. Λόγω πτώχης ανταπόκρισης στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, χορηγήθηκε 1gr κυκλοφωσφαμίδης και γ-σφαιρίνη επί 5 ημέρου, με αποτέλεσμα πτώση των μυϊκών ενζύμων και βελτίωση της μυϊκής αδυναμίας. Προγραμματίστηκε χειρουργική εξαίρεση της βλάβης στο νεφρό σε δεύτερο χρόνο, με το ενδεχόμενο πιθανής κακοήθειας.

Συμπέρασμα: Ασθενείς με προοδευτική μυϊκή αδυναμία και συνοδό εξάνθημα, πρέπει να διερευνώνται για δερματομυοσίτιδα, ενώ το ενδεχόμενο συνυπάρχουσας κακοήθειας πρέπει να συνηγορείται.



ΑΑ33. ΣΗΠΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατσουλάκη Μαρία, Πολυμίλη Γεωργία,
Νικολιδάκη Αφροδίτη, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα,
Παρτσαλάκη Ειρήνη, Μποτωνάκη Κέλλυ,
Κοσμίδου Κυριακή, Τριανταφυλλίδου Δομινίκη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η σηπτική εμβολή είναι μια σπάνια αιτία μη θρομβωτικής πνευμονικής εμβολής, αποτελεί το 2% των πνευμονικών εμβολών και συνήθως επιπλέκει λοιμώξεις κοίλων σπλάχνων, δέρματος, μαλακών μορίων, σηπτικές επεμβάσεις, ενδοκαρδίτιδα, προσθετικές βαλβίδες ή συσκευές βηματοδότησης, επιμόλυνση ενδοφλεβίων καθετήρων, οστεομυελίτιδα, ενδοφλέβια χρήση ουσιών.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με σηπτικά έμβολα πνεύμονα.

Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 78 ετών με σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, κατάκοιτο υπό αντιπηκτική αγωγή λόγω εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης αριστερού κάτω άκρου προ έτους, διεκομίσθη λόγω εμπυρέτου από 4ημέρου. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πνευμονικά διηθήματα αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου. Ήπια υποξυγοναιμία και υποκαπνία, WCB:5.00, Neutr:85%, CRP:20 και σπειραματική συμμετοχή με αιματοουρία, αιμορραγικούς και κοκκώδεις κυλίνδρους και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Ο ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή ως πιθανή πνευμονία. Κατά τη νοσηλεία του παρατηρήθηκε οίδημα, ευρυθρότητα και άλγος αριστερού κάτω άκρου ως επί θρομβοφλεβίτιδος με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες δις. Επί εμμένοντος εμπυρέτου υποβλήθηκε σε CT θώρακος - κοιλίας εκ της οποίας παρατηρήθηκαν πολλαπλές οζόμορφες πυκνωτικές περιοχές άμφω με κεντρικές περιοχές τήξης ως επί σηπτικών εμβόλων.

Αποτελέσματα: Ανταποκρίθηκε καλά στην αντιβιοτική αγωγή με μεροπενέμη και λινεζολίδη, απυρέτησε την 10η μέρα νοσηλείας και υποχώρησε σταδιακά η αιματοουρία.

Συμπεράσματα: Παρά την λήψη αντιπηκτικής αγωγής υπάρχει κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδος και σηπτικών εμβολών. Η έγκαιρη διάγνωση, η αναγνώριση της πρωτοπαθούς εστίας και η άμεση έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής είναι σημαντικά στοιχεία για την καλή έκβαση του ασθενούς.

ΑΑ34. ΡΗΞΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Ανδριανοπούλου Άρτεμις², Καραγιαννίδης Ευστράτιος¹, Καρκαμάνης Αχιλλέας¹, Μακρής Αθανάσιος¹, Ρόκιζα Αικατερίνη¹, Σταυρουλάκη Γεωργία¹, Τσόχα Άννα¹, Ανδριανόπουλος Γεώργιος¹

¹ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους

² Ακτινολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Άργους

Εισαγωγή: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος μπορεί να είναι ασυμπτωματικός, εκτός των συμπτωμάτων της χρόνιας ηπατικής νόσου την οποία ακολουθεί. Οι επιπλοκές του, αποφρακτικός ίκτερος, διάρροια, οστικοί πόνοι ή δύσπνοια, ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία από ρήξη του όγκου, πυρετός λόγω νέκρωσης του όγκου, παρaneoπλασματικά σύνδρομα, πυογενές ήπαρ, μπορεί να εμφανιστούν πρώτες.

Υλικό: Ασθενής 77 ετών με γνωστό από διμήνου ιστορικό Ca ήπατος προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω έντονης αδυναμίας και καταβολής. Κατά την εισαγωγή του παρουσιάζει ήπιο άλγος Δεξιού Υποχονδρίου και ψηλαφητό ήπαρ, χωρίς ιδιαίτερα εύρηματα. ΑΠ: 130/80, 60 σφύξεις/min, SaO₂ 94%, Θ: 36, WBC 6800, Hct 39%, Hb 12,9, PL 298000, TKE 230, Ure 79, Cre 1,3, SGPT 39, SGOT 114, LDH 281, Γgt 65, INR 0,93 AFP 502,7ng/ml. Εισάγεται για παρακολούθηση. 48h μετά την εισαγωγή του εμφανίζει δραματική επιδείνωση του κοιλιακού άλγους και ΑΠ 75/60, σφύξεις 110/min. Νέα εργαστηριακά Hct 23%, Hb 7,5, WBC 8800, PL 298000, Ure 81, Cre 1,8, SGPT 184, SGOT 173, INR 1,01.

Μέθοδος: US Ήπατος: Στον ΑΡ λοβό του ήπατος ελέγχεται η γνωστή επι του ιστορικού εξεργασία, με ανομοιογενή υφή και μικρή κυστική περιοχή εντός αυτής. Ελεύθερο υγρό παρατηρείται περιηπατικά. Επίσης συλλογή αυξημένης ηχογένειας επί προσφάτου αιματώματος ελέγχεται δεξιά περιηπατικά. Διενεργήθηκε CT άνω κοιλίας χωρίς την i.v. χορήγηση σκιαγραφικού, η οποία ανέδειξε ευμεγέθη χωροκατακτητική εξεργασία στον ΑΡ λοβό του ήπατος και δευτεροπαθή εστία στο τμήμα VIII, αιμάτωμα περιηπατικά, θολερότητα του περιτοναϊκού λίπους, καθώς και συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Συμπεράσματα: Η ρήξη πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα δεν είναι ασυνήθης.



ΑΑ35. ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CASTLEMAN

Κανέλλιας Νικόλαος¹, Κατσουράκης Δημήτριος¹,
Αγγελίδη Αγγελική¹, Αγιομαμίτης Γεώργιος²,
Μωυτέρη Δέσποινα³, Μανωλουδάκη Κασσιανή³,
Κρανιδιώτης Γεώργιος¹, Μελιδώνης Ανδρέας¹

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

² Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η νόσος Castleman αποτελεί μία ετερογενή νοσολογική ομάδα, που χαρακτηρίζεται από λεμφαδενοπάθεια, με ή χωρίς συστηματικά συμπτώματα. Διακρίνεται στη μονοκεντρική μορφή, μία καλοήγη λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή, και στην πολυκεντρική, που συσχετίζεται με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και έχει κακή πρόγνωση. Περιγράφουμε την περίπτωση ενός ασθενούς που εμφάνισε μία μονήρη περιφερική λεμφαδενική διόγκωση ως μοναδικό εύρημα της μονοκεντρικής μορφής της νόσου.

Περιγραφή Περίπτωσης: Άνδρας 36 ετών προσήλθε λόγω ψηλάφησης ευμεγέθους, ανώδυνης διόγκωσης δεξιάς μασχάλης. Από το ατομικό αναμνηστικό, αξιοσημείωτα ήταν η χρήση ενδοφλεβίως χορηγούμενων εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το παρελθόν, και οι κατ' επανάληψη τραυματισμοί του ασθενούς από γάτα, που διατηρούσε στην οικία του. Ο ασθενής δεν ανέφερε γενικά συμπτώματα, ενώ οι αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και οι δείκτες φλεγμονής ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Εκ της αντικειμενικής εξέτασης, διαπιστώθηκε κινητή, μη κλυδάζουσα μάζα στη δεξιά μασχάλη, που δεν συμφύοταν με τα παρακείμενα μόρια. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε block λεμφαδένων. Δεν ψηλαφήθηκαν αλλού διογκωμένοι περιφερικοί λεμφαδένες. Παρατηρήθηκαν πολλαπλές αμυχές από όνυχες γάτας στα άνω άκρα. Ο ορολογικός έλεγχος για τον HIV και τη Bartonella ήταν αρνητικός. Διενεργήθηκε εκτομή του λεμφαδενικού block. Η καλλιέργεια του υλικού ήταν αρνητική, ενώ η βιοψία ανέδειξε νόσο Castleman υαλοειδούς - αγγειακού τύπου.

Συζήτηση: Η αρχική διαγνωστική σκέψη κατευθύνθηκε προς τη νόσο εξ ονύχων γαλής, αλλά ο ορολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός. Η βιοψία ανέδειξε μία σπάνια διάγνωση, η οποία αποκτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι η μονοκεντρική νόσος Castleman εκδηλώνεται, συνήθως, ως μεσοθωρακική, πυλαία ή ενδοκοιλιακή λεμφαδενοπάθεια, και σπανίως ως περιφερική. Η εκτομή του λεμφαδενικού block στον ασθενή αρκούσε, ώστε να επιφέρει ίαση.

Συμπέρασμα: Η μονοκεντρική νόσος Castleman αποτελεί ένα απομεμακρυσμένο, αλλά υπαρκτό ενδεχόμενο στη διερεύνηση της περιφερικής λεμφαδενοπάθειας.

AA36. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Μακίνα Άννα, Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία, Νοδάρας Χρήστος, Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη, Καραχάλιος Γεώργιος

Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Οι μεταστάσεις στο μικροκυτταρικό Ca πνεύμονας είναι συνήθεις χαρακτηριστικό, η εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας από μετάσταση είναι σπάνια εκδήλωση.

Σκοπός - Υλικό: Περιγράφονται δυο περιστατικά οξείας παγκρεατίτιδας σε ασθενή με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα οφειλόμενα σε μεταστάσεις στο πάγκρεας.

Περιγραφή: Περιστατικό 1 Ασθενής 69 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσέρχεται στα ΤΕΠ, λόγω αναφερόμενου κοιλιακού άλγους με ζωστηροειδή αντανάκλαση στην οσφή, αίσθημα κακουχίας και μετεωρισμού. Η κλινική εξέταση (-) πλήν την ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση στο επιγάστριο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο SGOT:115IU/L, SGPT:78IU/L, γ-GT:130, ALP:140IU/L, Αμυλάση ορού: 263, Αμυλάση ούρων: 1330, Νάτριο: 132, Κάλιο: 4mmol/L. Ο U/S άνω κοιλίας κατέδειξε υπόπυκνες αλλοιώσεις στο ήπαρ ως δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Στην Α/α θώρακος ανέδειξε σκίαση στο δεξιό κάτω λοβό. Η CT- κοιλίας ανέδειξε αλλοιώσεις ως επί δευτεροπαθείς εντόπισης στο ήπαρ και πάγκρεας. Σε δεύτερο χρόνο διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και λήψη βιοψιών που ανέδειξαν την ύπαρξη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα.

Περιστατικό 2 Ασθενής 34 ετών με ιστορικό SCLC από 2 ετίας με CT άνω-κάτω κοιλίας (-) πριν 3 μήνες, προσήλθε λόγω έντονου κοιλιακού άλγους και εμέτους. Αμυλάση ορού =960IU/L, Αμυλάση ούρων=2450, SGOT =145IU/L, SGPT=98IU/L. Από το ιστορικό του αποκλείστηκαν χολολιθίαση, υπερασβεστιαιμία και χρόνια χρήση αλκοόλ. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε CT άνω-κάτω κοιλίας που ανέδειξε δευτεροπαθείς εντοπίσεις του ήπατος και μετάσταση στη κεφαλή του παγκρέατος με ανομοιογένεια του παγκρεατικού παρεγχύματος. Η MRI άνω κοιλίας επιβεβαίωσε το εύρημα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά στην αρχή και μετά έλαβε νέο σχήμα χημειοθεραπείας με καλή ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Η οξεία παγκρεατίτιδα ως αποτέλεσμα μεταστατικής νόσου του παγκρέατος είναι σπάνια οντότητα με πτωχή πρόγνωση. Η χρήση χημειοθεραπείας βελτιώνει την έκβαση εφόσον η γενική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει αυτό.



AA37. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΓΑΛΑΚΤΟΣ-ΑΛΚΑΛΕΩΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ

Δολαψάκης Χριστόδουλος, Μπαχλιτζανάκη Μαρία,
Μηλάκη Καλλιόπη, Κολομτσάς Ζαχαρίας,
Ταμπουρατζή Δήμητρα

Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας,
Παθολογική Κλινική

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το σύνδρομο γάλακτος-αλκάλεως αποτελεί την 3^η αιτία υπερασβεστιαμίας και χαρακτηρίζεται από την τριάδα νεφρικής ανεπάρκειας, μεταβολικής αλκάλωσης και υπερασβεστιαμίας. Παλαιότερα ήταν συχνό στους ασθενείς με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος που λάμβαναν υπέρμετρες ποσότητες γάλακτος και αλκαλικών αντιόξινων. Σήμερα είναι συχνό στους ασθενείς που λαμβάνουν ανθρακικό ασβέστιο και βιταμίνη D για την πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης.

Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με μετεγχειρητικό υποπαραθυρεοειδισμό, ο οποίος εμφάνισε σοβαρή υπερασβεστιαμία και τις υπόλοιπες εκδηλώσεις του συνδρόμου γάλακτος-αλκάλεως ως αποτέλεσμα της θεραπείας με ανθρακικό ασβέστιο και βιταμίνη D.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας ασθενής 76 ετών με ατομικό αναμνηστικό CA λάρυγγα, χειρουργηθέν προ 6μήνου με ολική θυρεοειδεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία, υπό θεραπεία υποκατάστασης με αλφα-καλσιδόλη και ανθρακικό ασβέστιο, εισήχθη στην κλινική λόγω σοβαρής υπερασβεστιαμίας (Ca ορού 21,6 mg/dl). Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία νεφρική ανεπάρκεια με Cr 1.8 mg/dl, μεταβολική αλκάλωση και φυσιολογικά επίπεδα φωσφόρου. Τα επίπεδα παραθορμόνης ορού κατά την εισαγωγή ήταν 3,88 pg/ml. Ο ασθενής έλαβε ενδοφλεβίως ζολενδρονικό οξύ και ενδοφλέβια ενυδάτωση, με αποτέλεσμα σταδιακή μείωση του ασβεστίου και αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία δεν ανέδειξε την παρουσία οστικών ή σπλαχνικών μεταστάσεων. Η τιμή της παραθορμόνης ορού μετά την επάνοδο των τιμών του ασβεστίου σε φυσιολογικά επίπεδα ήταν 4,61 pg/ml, θέτοντας έτσι τη διάγνωση του συνδρόμου γάλακτος-αλκάλεως με την πιθανότητα συνυπάρχουσας υπερδοσολογίας βιταμίνης D. Ο ασθενής έλαβε οδηγίες για μείωση της δοσολογίας αλφα-καλσιδόλης και περιορισμό της ποσότητας γάλακτος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ένα μήνα αργότερα ήταν φυσιολογικός.

Συμπέρασμα: Η απουσία παραθορμόνης στους ασθενείς με υποπαραθυρεοειδισμό έχει ως αποτέλεσμα η ομοίωση ασβεστίου και βιταμίνης D να εξαρτάται αποκλειστικά από την δοσολογία υποκατάστασης και ως εκ τούτου ο κίνδυνος διαταραχής της να είναι μεγάλος. Η περιγραφόμενη περίπτωση επισημαίνει την αναγκαιότητα για ελεγχόμενη και προσεκτική λήψη σκευασμάτων ανθρακικού ασβεστίου και βιταμίνης D λόγω αυξημένου κινδύνου εκδήλωσης του συνδρόμου γάλακτος-αλκάλεως, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες.

AA38. ACUTE LUNG INJURY, ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ, ΛΟΓΩ ΟΞΕΙΑΣ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ, ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ P-ANCA, ΠΟΥ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΛΗΨΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CHURG-STRAUSS;

Κουσιαππή Έλενα¹, Γεωργίου Μαρία², Τούρβα Δήμητρα¹, Κλεάνθους Αγγελική¹, Θεοφάνους Ελένη¹, Χριστοδούλου Χρυσοβαλάντης¹, Σάββα Φλωρεντία¹, Παπουρής Γιώργος¹, Βενιζέλου Δέσπω¹, Ηροδότου Γιολάντα¹, Κουτσίδης Παναγιώτης¹, Ξενοφώντος Έλενα¹, Βουνού Εμμέλεια¹

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

² Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Η οξεία ηωσινοφιλική πνευμονία είναι ένα σπάνιο νόσημα που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια. Επιπλέον, σπανίως θεραπεύεται χωρίς κορτιζόνη. Το σύνδρομο Churg-Strauss είναι μια συστηματική αγγειίτιδα, με επίπτωση 2,4/εκατομμύριο, που χαρακτηρίζεται από ηωσινοφιλία και σχεδόν πάντοτε σχετίζεται με σοβαρό ή χρόνιο βρογχικό άσθμα.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού οξείας ηωσινοφιλικής πνευμονίας, πιθανό στα πλαίσια του συνδρόμου Churg-Strauss, που υποχώρησε χωρίς τη χρήση κορτικοστεροειδών συστηματικώς.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 18 ετών, με ατομικό αναμνηστικό βρογχικού άσθματος και αλλεργικής ρινίτιδας, προσήλθε με εμπύρετο, βήχα και δύσπνοια από 48ώρου.

Αποτελέσματα: Στην εισαγωγή ο ασθενής είχε θορυβώδη κλινική εικόνα. Παρουσίασε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα αμφοτερόπλευρα και αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I (pH 7,44, PaO₂ 56mmHg, PaCO₂ 27,6mmHg), χωρίς σαφή πύκνωση/συλλογή στην ακτινογραφία θώρακος.

Κατά την διερεύνηση, ανευρέθηκαν περιφερική ηωσινοφιλία (27%), αυξημένο CRP και ολικό IgE, εξιδρωματική πλευριτική συλλογή, ηωσινοφιλία (42%) στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) και θετικά p-ANCA. Ο έλεγχος κακοήθειας, φυματίωσης, HIV και ηπατοτρόπων ιών ήταν αρνητικός. Η CT θώρακος ανέδειξε διάμεσου και κυψελιδικού τύπου σκιάσεις με συνοδό υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα.

Ο ασθενής αρχικά μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ όπου τέθηκε σε μη-επεμβατικό αερισμό, βρογχοδιασταλτικά, ευρέως φάσματος αντιβιοτικά και παροχετεύθηκε η δεξιά υπεζωκοτική συλλογή. Εντός ημερών, παρουσίασε πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων και των απεικονιστικών ευρημάτων, χωρίς τη χορήγηση κορτικοστεροειδών, ενώ η περιφερική ηωσινοφιλία υποχώρησε σταδιακά.

Συμπέρασμα: Η οξεία ηωσινοφιλική πνευμονία αποτελεί αίτιο αναπνευστικής ανεπάρκειας και σπανίως θεραπεύεται χωρίς κορτικοστεροειδή. Επιπλέον, το παρών επεισόδιο πιθανό να αποτελεί εκδήλωση της συστηματικής νόσου Churg-Strauss. Αποτελεί ασυνήθιστο γεγονός η νεαρή ηλικία του ασθενούς και η ήπια μορφή του άσθματός του.



ΑΑ39. ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ N. STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

**Στυλιανού Ανδρέας, Δημητρίου Δήμητρα,
Τράμπελου Ροδούλα, Ολυμπίου Χαρίκλεια,
Κίζη Ανθούλα, Παύλου Μάριος, Ολύμπιος Γεώργιος,
Κοντού Μαρία**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας,
Λάρνακα

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η νόσος Still των ενηλίκων είναι νόσημα αγνώστου αιτιολογίας με ετήσια επίπτωση 0.16/100.000.

Σκοπός: Περιγράφεται ενδιαφέρουσα περίπτωση νεαρής ασθενούς με νόσο Still των ενηλίκων.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για 30χρονη ασθενή με ελεύθερο ατομικό ιστορικό η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω υπότασης, φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας και εξανθήματος που αποδόθηκε στη λήψη αντιβιοτικών. Το ΗΚΓ παρουσίαζε κατασπάσεις, αυξημένα καρδιολογικά ένζυμα, τεστ τροπονίνης θετικό, ενώ το Echo καρδιάς ανέδειξε ένα κλάσμα εξώθησης 35-40% με διάχυτη υποκίνησια ιδίως του οπισθίου τοιχώματος. Η ασθενής νοσηλεύτηκε αρχικώς στη καρδιολογική κλινική. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής παρουσίαζε καθημερινά πυρετό κυρίως τις απογευματινές ώρες που δεν υποχώρησε μετά τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Ο πυρετός συνοδευόταν με κηλιδώδες εξάνθημα φευγαλέο, άκνησμο στα κάτω και άνω άκρα, οσφύ και κοιλία χρώματος σολωμού. Επιπλέον, η ασθενής αναφέρει αρθραλγίες ποδοκνημικής άμφω και κατά γόναυ άρθρωσης. Εργαστηριακός/ παρακλινικός έλεγχος: ιολογικός έλεγχος, αιμοκαλλιέργειες, τοξόπλασμα, Borellia, μυελόγραμμα, C3/C4, p και c ANCA, ANA, έλεγχος για Tb, U/S κοιλίας, αρνητικά. CRP:45, ΤΚΕ:12, Φερριτίνη:733ng/ml, WBC 18.640, Neut. 89.9%, Lymph 3.6%, A/T θώρακος: διάχυτες πυκνωτικές εστίες άμφω, εικόνα βρογχιολιτίδας. Λόγω των πιο άνω ευρημάτων και κλινικής εικόνας, αφού αποκλείσθηκαν λοιμώξεις, κακοήθειες και άλλα ρευματολογικά νοσήματα, πληρώντας τα κριτήρια Yamaguchi τέθηκε στην ασθενή η διάγνωση της νόσου Still των ενηλίκων. Ξεκίνησε αγωγή με πρεδνιζολόνη με πολύ καλή ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η Διαφορική διάγνωση εμπυρέτου με εξάνθημα, αρθραλγιών, πνευμονική και καρδιολογική συμμετοχή περιλαμβάνει συχνά τις ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις, παρανεοπλασματικά σύνδρομα και ρευματολογικό νοσήματα από τα οποία πρέπει να υποψιαζόμαστε και τη νόσο Still των ενηλίκων.

Σημειώσεις

ΑΑ40. ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΜΕΘΥΛΕΝΟΔΙΟΞΥΠΥΡΟΒΑΛΕΡΟΝΗΣ

Α Π Ε Σ Υ Ρ Θ Η

ΑΑ41. ΚΑΧΕΞΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Χέρας Παναγιώτης, Φαβατάς Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου,
Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας

Εισαγωγή: Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) στα τελικά της στάδια επιφέρει καχεξία (ΚΧΞ), η οποία αυξάνει δραματικά την νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των πιθανών επιπτώσεων της ΚΧΞ αυτής επί του μυοκαρδίου.

Υλικό και Μέθοδος: 34 ασθενείς (ομάδα Α, άνδρες 21, γυναίκες 13, ηλικίας 68 ± 12 ετών) με ΧΑΠ και ΚΧΞ, μελετήθηκαν ηχωκαρδιογραφικά. Ως ΚΧΞ ορίστηκε κάθε ακούσια απώλεια βάρους $\geq 5\%$ σε διάστημα ≤ 12 μηνών ή/και δείκτης μάζας σώματος $< 20 \text{ kg/m}^2$. Υπολογίσθηκαν η μάζα και το κλάσμα εξωθήσεως της αριστεράς κοιλίας, το πηλίκο Ε/Εα, καθώς και η συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (ΠΠΑ). 25 ασθενείς με ΧΑΠ και παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά, αλλά χωρίς ΚΧΞ, αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου Β. Οι ηχωκαρδιογραφικές συγκρίσεις έγιναν με το t - test. Γνωστές καρδιοπάθειες ή αιτίες ΚΧΞ άλλες, πλην της ΧΑΠ, θεωρήθηκαν κριτήρια αποκλεισμού.

Αποτελέσματα: Οι ομάδες Α και Β είχαν παρόμοιες τιμές ΠΠΑ ($46 \pm 10 \text{ mmHg}$ έναντι $52 \pm 13 \text{ mmHg}$). Αντιθέτως, η ομάδα Α παρουσίαζε μειωμένη μάζα αριστερής κοιλίας ($420 \pm 175 \text{ g}$ έναντι $530 \pm 188 \text{ g}$, $p < 0.01$), χαμηλότερο κλάσμα εξωθήσεως ($48 \pm 11\%$ έναντι $61 \pm 8\%$, $p < 0.001$) και υψηλότερο πηλίκο Ε/Εα (16 ± 4 έναντι 10 ± 3 , $p < 0.001$).

Συμπέρασμα: Η καρδιά συμμετέχει στην ΚΧΞ ασθενών με ΧΑΠ, εμφανίζοντας μειωμένη μάζα αριστερής κοιλίας και επηρεασμένους δείκτες συστολικής και διαστολικής λειτουργίας.



AA42. ΚΕΧΡΟΕΙΔΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ

Παρτσαλάκη Ειρήνη, Πολυμήλη Γεωργία,
Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Κατσουλάκη Μαρία,
Κοσμίδου Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος,
Πήττας Κωνσταντίνος, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη,
Αναστασάκη Ελένη, Καστανάκης Σεραφεΐμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Κεχροειδής φυματίωση είναι μια κλινική οντότητα που προκύπτει από την ανεξέλεκτη αιματογενή διασπορά του Μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. Η συχνότητα εμφάνισής της είναι 1-7% και επιπλέκει όλες τις μορφές της νόσου. Περισσότερο συχνή σε νεογνά, ηλικιωμένους και ανοσοκατασταλμένους.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού κεχροειδούς φυματίωσης σε ηλικιωμένο άτομο με παρατεινόμενο εμπύρετο.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 85 ετών, κατακεκλιμένη από μηνός με ατομικό αναμνηστικό άνοιας, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και σαρκοειδωσης διαγνωσθείσας από δεκαπενταετίας εισήχθη στην κλινική λόγω εμπυρέτου. Ασθενής απισχνασμένη με απογευματινή πυρετική κίνηση έως 38.5. Εκ του ελέγχου παρουσιάζει λευκοπενία, υπολευκωματιναιμία, ήπια αύξηση της CRP και των αποφρακτικών ενζύμων (γ-GT, ALP). Α κτινογραφία θώρακα με υποψία μικροζωδών αλλοιώσεων. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικώς με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή χωρίς ύφεση του εμπυρέτου. Λόγω του ιστορικού σαρκοειδωσης δεν έγινε Mantoux εξαιτίας αυξημένης πιθανότητας ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος. Μετατρεπτικό ένζυμο οριακά αυξημένο, ενώ εστάλησαν 3 δείγματα ούρων για βάκιλλο Koch. CT θώρακα: κεχροειδής εικόνα πνεύμονα, CT κοιλίας: διαταραχή της αρχιτεκτονικής του σώματος του Ο2 σπονδύλου με διόγκωση των μαλακών μορίων πέριξ αυτού.

Αποτελέσματα: Η ασθενής μετά τη λήψη γαστρικού υγρού ετέθη σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή και απυρέτησε σε 1 εβδομάδα ενώ ο επαναληπτικός απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σαφή βελτίωση των ευρημάτων. Η καλλιέργεια του γαστρικού υγρού απέβει θετική για οξείαντοχα 1 μήνα μετά τη λήψη του υγρού.

Συμπέρασμα: Η κεχροειδής φυματίωση αποτελεί αίτιο παρατεινόμενου εμπυρέτου-πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, η διάγνωση της οποίας μπορεί να καθυστερήσει λόγω της συχνά μη ειδικής συμπτωματολογίας και της ψευδώς αρνητικής Mantoux, ίδια σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνοσηρότητα.

AA43. ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΑΠΟΦΟΛΙΔΩΤΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ

Φιωτάκη Κυριακή, Νικολιδάκη Αφροδίτη, Ορφανουδάκη Ελένη, Μποτωνάκη Κέλλυ, Τσαφά Ευφροσύνη, Αναστασάκη Ελένη, Βιτωράκης Εμμανουήλ, Καστανάκης Σεραφείμ

Α΄ Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η χρόνια υποασβεστιαμία συνοδεύεται από βλάβες του εξωδέρματος (ξηρό δέρμα, αδρές και ξηρές τρίχες, εύθραυστα νύχια) και είναι αποτέλεσμα υποπαραθυρεοειδισμού που προκαλείται είτε από την ελαττωμένη έκκριση ή δράση της παραθορμόνης ή σπανιότερα από την αδυναμία των ιστών στόχων να απαντήσουν στην ορμόνη και παρατηρείται συχνά σε ασθενείς που έχουν υποστεί θυρεοειδεκτομή. Η υποασβεστιαμία μετά από θυρεοειδεκτομή είναι συνήθως παροδική, διαρκεί λίγες ημέρες και δεν απαιτεί θεραπεία, ενώ σπανιότερα είναι μόνιμη.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με εκτεταμένο αποφολιδωτικό εξάνθημα λόγω υποασβεστιαμίας.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής θήλυ, 61 ετών, εισήχθη στην κλινική μας λόγω εκτεταμένου αποφολιδωτικού εξανθήματος σε κορμό και άκρα επιδεινούμενο από διμήνου και συνοδό μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων και καταβολή. Από το ΑΑ θυρεοειδεκτομή προ 20ετίας υπό T4 175μg. Η ασθενής προ διμήνου παρουσίασε έκζεμα στη μηροβουβωνική περιοχή για το οποίο έλαβε αγωγή από δερματολόγο (κορτιζόνη). Κατά τη διάρκεια των δύο μηνών το εξάνθημα - έκζεμα έγινε καθολικό με αποφολιδωτικό χαρακτήρα και παράλληλα η ασθενής εμφάνισε μυϊκή αδυναμία και καταβολή. Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε εκτεταμένο αποφολιδωτικό εξάνθημα κορμού-άκρων καθώς και παράταση QT στο ΗΚΓ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε σοβαρή υποασβεστιαμία Ca ορού 4,5mg/dl, PTH 6,5pg/ml και CRP 2000U/L. Η ασθενής έλαβε ενδοφλεβίως ασβέστιο και per os βιταμίνη D με βελτίωση της υποασβεστιαμίας και του εξανθήματος. Βιοψία μυός: ήπιες μη παθολογικές αλλοιώσεις δέρματος.

Αποτελέσματα: Το εκτεταμένο αποφολιδωτικό εξάνθημα αποδόθηκε στη βαριά υποασβεστιαμία λόγω υποπαραθυρεοειδισμού.

Συμπέρασμα: Εκτεταμένες βλάβες του εξωδέρματος, όπως αποφολιδωτικό εξάνθημα, μπορεί να αποτελούν την κλινική εικόνα χρόνιας υποασβεστιαμίας λόγω υποπαραθυρεοειδισμού.



ΑΑ44. ΕΠΙΝΕΜΕΣΗ ΣΚΛΗΡΗΣ ΜΗΝΙΓΓΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Παρτάλης Νικόλαος, Παρτσαλάκη Ειρήνη,
Πολυμίλη Γεωργία, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη,
Κατσουλάκη Μαρία, Κοσμίδου Κυριακή,
Μπαμπίλη Κωνσταντίνα, Καστανάκης Σεραφείμ

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πρώτος σε επίπτωση (15%) γεννητικός καρκίνος στους άνδρες με συχνότερες μεταστάσεις αυτού κυρίως στα οστά της οσφύος και της πυέλου. Άλλες μεταστατικές εστίες αποτελούν οι πνεύμονες, το ήπαρ και ο εγκέφαλος. Πολύ σπάνια έχει περιγραφεί μεταστατική ανάπτυξη προστατικού ιστού στη βάση του κρανίου προκαλώντας πιεστικά και διηθητικά φαινόμενα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 64 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II και καρκίνου του προστάτη από 10 ετών με συνοδές οστικές μεταστάσεις σε οστά της πυέλου και της σπονδυλικής στήλης προσήλθε λόγω εμπύρετου με ρίγος από τετραώρου και από διμήνου δυσκαταποσία και προοδευτική δυσφωνία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε λοίμωξη του αναπνευστικού και όσον αφορά τη δυσφωνία, έπειτα από ΩΡΛ εκτίμηση, ευρέθη υποκινησία της ΔΕ γνήσιας φωνητικής χορδής. Επίσης, έγινε νευρολογική εκτίμηση η οποία ανέδειξε ελαττωμένο τόνο φαρυγγοϋπερώιας καμάρας, αφωνία και δυσκαταποσία σε υγρά και στερεά. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση η οποία ήταν αρνητική για κύτταρα και στείρα για βακτήρια.

Έπειτα από μαγνητική τομογραφία θώρακα, τραχήλου και βάσης κρανίου, αναδείχθηκαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο, στη τρόπιδα και τον υποτροπιδικό χώρο, μεταστατικές εστίες σε ΑΜΣΣ και ΘΜΣΣ σπονδύλους και μεταστάσεις στη βάση του κρανίου ΔΕ και ΑΡ της μέσης γραμμής στο επίπεδο της ατλαντοαξονικής άρθρωσης και του ινιακού οστού που εκτείνονται ως το απόκλιμα και διηθούν τις κατώτερες εγκεφαλικές συζυγίες. Τα συγκεκριμένα ευρήματα συνηγορούν με επινέμεση της σκληρής μήνιγγας από καρκίνο του προστάτη.

Συζήτηση - Συμπέρασμα: Η επινέμεση της σκληρής μήνιγγας είναι εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή του καρκίνου του προστάτη και ανευρίσκεται έπειτα πιεστικών ή διηθητικών συμπτωμάτων.



AA45. ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Νικολιδάκη Αφροδίτη, Τριανταφυλλίδου Δομινίκη,
Φιωτάκη Κυριακή, Παρτάλης Νικόλαος,
Τσαφά Ευφροσύνη, Μποτωνάκη Κέλλυ,
Πήττας Κωνσταντίνος, Αναστασάκη Ελένη,
Καστανάκης Σεραφείμ

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

Εισαγωγή: Το αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα (ΑΗΑ) δεν συναντάται με μεγάλη συχνότητα στις ανεπτυγμένες χώρες, παρόλ' αυτά λόγω της μετανάστευσης πληθυσμών από αναπτυσσόμενες χώρες έχει παρατηρηθεί αύξηση του αριθμού των περιστατικών. Η *Entamoeba histolytica* είναι ο αιτιολογικός παράγοντας του ΑΗΑ και μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω της κοπρανοστοματικής οδού και παραμένει στο έντερο προκαλώντας κλινικές εκδηλώσεις από το ΓΕΣ.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με ΑΗΑ μετά από ταξίδι στην Ινδία.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής, άρρεν, 41 ετών, προσέρχεται λόγω υψηλού πυρετού, βήχα και διαρροϊκών κενώσεων από 7ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε λευκοκυττάρωση (WBC13,60K/μl, Neut79,3%) CRP 12,9mg/dl και TKE 90mm. A/A: συχνά ταξίδια στην Ινδία και πολυήμερη παραμονή. U/S άνω κοιλίας AP ηπατικό λοβό αναγνωρίζεται ωοειδούς σχήματος καλώς περιγεγραμμένο ανομοιογενούς συστάσεως υποηχογενές μόρφωμα d=7,7cm x 4,1cm πλησίον του οποίου αναγνωρίζεται έτερο μικρότερο d=2,8cm. MRI άνω κοιλίας ευμεγέθους νεκρωτική αλλοίωση d=7,6cm x 5,2cm, με περιφερική πρόσληψη σκιαγραφικού και δορυφόρο αποστηματική κοιλότητα διαστάσεων d=1,6cm x 1,2cm. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με λινεζολίδη, κεφταζιδίμη και μετρονιδαζόλη με σταδιακή βελτίωση κλινικής εικόνας. Ορολογικός έλεγχος αρνητικός για *Brucella*, *Leishmania infantum*, *Legionella*, *Echinococcus granulosus*. Παρασιτολογική κοπράνων με παρουσία αμοιβαδικών κύστεων.

Αποτέλεσμα: Σε επαναληπτικά U/S ήπατος τα μορφώματα παρουσιάζουν σταδιακή βελτίωση στο μέγεθος και μείωση της ηχοανκλαστικότητάς μέχρι ελαχιστοποίησης του αποστήματος. Βάσει των ευρημάτων το ηπατικό απόστημα θεωρήθηκε αμοιβαδικό.

Συμπέρασμα: Λόγω της αυξημένης μετανάστευσης από αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται αύξηση των περιστατικών με ΑΗΑ και γι' αυτό θα πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση.



ΑΑ46. ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ

Αλεξίου Νικόλαος, Κοτινά Ειρήνη,
Παντελίδου Ηλιάννα-Μαρία, Βιτώρος Βασίλης,
Τσιρώνης Γεώργιος, Φωτακοπούλου Χριστίνα,
Κουπετώρη Μαρίνα, Αλεξίου Ζωή, Συμπάρδη Στυλιανή

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο»

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Οι διαταραχές του κύκλου της ουρίας (ΔΤΟ) οφείλονται σε κληρονομικές μοριακές βλάβες των ενζύμων που συμμετέχουν. Επηρεάζουν αρνητικά την κάθαρση περισσείας αζώτου που παράγεται από τη διάσπαση πρωτεϊνών και άλλων μορίων. Αυτό οδηγεί σε συσσώρευση αμμωνίας, που όμως δεν μπορεί να μετατραπεί σε ουρία, για να απεκκριθεί με τα ούρα και συσσωρεύεται στο αίμα, με συνέπεια την τοξική δράση της στο ΚΝΣ και την εκδήλωση εγκεφαλοπάθειας.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με εγκεφαλοπάθεια από αυξημένη αμμωνία ορού λόγω ΔΤΟ.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας 20 ετών, Πακιστανός, διακομίστηκε από Ψυχιατρείο, για διερεύνηση «έκπτωσης επιπέδου συνείδησης-παγκυτοπενίας-ηπατοσπληνο-μεγαλίας». Νοσηλευόταν εκεί λόγω οξέος ψυχασικού συνδρόμου. Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο, μη χρήση αλκοολ. Αντικειμενική εξέταση: συγχυτικός, τρόμος ηρεμίας, απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, ηπατοσπληνομεγαλία. CT εγκεφάλου αρνητική, MRI εγκεφάλου εικόνα αμμωνιακής εγκεφαλοπάθειας. Ιολογικός έλεγχος (HAV-HBV-HCV-HIV-CMV-EBV) και έλεγχος για λείσμανίαση, βρουκέλλωση, φυματίωση: αρνητικός. Ολοσωματική αξονική τομογραφία αρνητική (πέραν ηπατο-σπληνομεγαλίας), ενώ από το μυελόγραμμα αντιδραστικός μυελός. Γαστροσκόπηση αρνητική και το *triple*x σπληνοπυλαίου άξονα φυσιολογικό. Σερουλοπλασμίνη, χαλκός ορού/ούρων 24ώρου φυσιολογικά, η οφθαλμολογική εξέταση χωρίς δακτυλίους Kayser-Fleischer. Εργαστηριακός έλεγχος: παγκυτοπενία, υποαλβουμιναιμία, ήπια παράταση PT/INR, CRP: αρνητική, Coombs: αρνητικές, υψηλή NH₃ (>150 μmol/l) σε πολλαπλές μετρήσεις. Βιοψία ήπατος: ελάχιστη πυλαία-λοβιακή φλεγμονή, ήπια χολόσταση, μέτρια ίνωση (στάδιο 3-Ishak).

Αποτελέσματα: Λόγω βαρείας κλινικής εικόνας, υψηλών τιμών NH₃, χωρίς σαφή εικόνα κίρρωσης, με φυσιολογικά pH-CO₂-γλυκόζη-χάσμα ανιόντων, τέθηκε υποψία για ΔΤΟ. Έγινε έλεγχος αμινοξέων-οργανικών οξέων πλάσματος/ούρων, άμεσα διακοπή των πρωτεϊνών και πρόσληψη ενέργειας σε μορφή υδατανθράκων και λιπιδίων με συνέπεια τη σαφή βελτίωση του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Καθώς οι ΔΤΟ είναι πολύ σπάνιες (επίπτωση 1:30000 γεννήσεις) τα περισσότερα κέντρα έχουν μικρή εμπειρία. Εάν τα επίπεδα αμμωνίας είναι υψηλά και υπάρχει υποψία για ΔΤΟ θα πρέπει να ζητηθεί η γνώμη ενός Τριτοβάθμιου κέντρου, να ελέγχονται τα επίπεδα αμμωνίας και η αντιμετώπιση θα πρέπει αρχίσει το ταχύτερο δυνατό.



Σημειώσεις

AA47. ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΛΛ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ FLUDARABINE

Κοσμίδου Κυριακή, Πολυμίλη Γεωργία,
Κατσουλάκη Μαρία, Πήττας Κωνσταντίνος,
Παρτάλης Νικόλαος, Φιωτάκη Κυριακή,
Αποστολοπούλου Αικατερίνη, Καστανάκης Σεραφεΐμ

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

Εισαγωγή: Ως αναζωπύρωση της ηπατίτιδας Β ορίζεται η απότομη αύξηση του ιικού πολλαπλασιασμού, που χαρακτηρίζεται από την αύξηση των επιπέδων HBV DNA τουλάχιστον κατά 1 log10 και υψηλών τίτλων αντισωμάτων έναντι του πυρηνοκαψιδίου του HBV κλάσεως IgM (anti-HBc IgM) συνοδευόμενο από αύξηση της τιμής των αμινοτρανσφερασών (τουλάχιστον 3 φορές πάνω από τις ανώτερες φυσιολογικές τιμές) σε έναν ασθενή με ανενεργό HBV λοίμωξη (ανενεργό φορέα της νόσου ή ασθενή με παρελθούσα λοίμωξη).

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αναζωπύρωσης χρόνιας ηπατίτιδας Β σε ασθενή με ΧΛΛ υπό αγωγή με fludarabine.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 76 ετών με A/A B ΧΛΛ υπό χημειοθεραπεία με fludarabine προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος. Εκ του εργαστηριακού έλεγχου παρουσίασε υψηλές τιμές τρανσαμινασών (SGOT 720U/L, SGPT 1256U/L, ALP 159U/L, γ GT178U/L) και χολερυθρίνης (ολική 5,9mg/dl, άμεσος 4,8mg/dl). Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε χολολιθίαση χωρίς εικόνα φλεγμονής, σπληνομεγαλία, ήπαρ φυσιολογικών ορίων χωρίς εστιακού τύπου βλάβες. Από τον βιολογικό έλεγχο Hbc-total θετικό, HbsAg θετικό, Anti-Hbs αρνητικό, Anti-HBc IgM θετικό, Anti-Hbe θετικό, Hbe αρνητικό, Anti-Hav θετικό, Anti-Hav IgM αρνητικό, CMV IgM αρνητικό, HCV αρνητικό, HIV αρνητικό. Από τον παραπάνω έλεγχο θεωρήθηκε ότι ο ασθενής παρουσιάζει αναζωπύρωση χρόνιας ηπατίτιδας Β.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής τέθηκε σε εντεκαβίρη 1gr X1 και παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας και των εργαστηριακών εξετάσεων.

Συμπέρασμα: Ο κίνδυνος αναζωπύρωσης ηπατίτιδας από HBV είναι πλέον δεδομένος σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς εξ αιτίας της χορήγησης χημειοθεραπείας. Για το λόγο αυτό αρχίζουν να αναφέρονται οι πρώτες οδηγίες χορήγησης προφυλακτικής αντιϊκής θεραπείας σε ανοσοκατασταλμένους.



**ΑΑ48. ΟΣΩΔΗΣ ΠΟΛΥΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ
ΟΡΧΕΟΕΠΙΔΥΔΙΜΙΤΙΔΑ / ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΟΡΧΕΟΣ**

Πλατσούκα Φερενίκη, Τρουβάς Ευάγγελος,
Θεοδώρου Ευάγγελος, Μούργος Λεωνίδας,
Τόλης Απόστολος, Τουλιάτου Αικατερίνη

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα είναι μια σπάνια συστηματική νεκρωτική αγγειίτιδα, η οποία προσβάλλει τυπικά μεσαίου και ενίοτε μικρού μεγέθους αρτηρίες, εμφανίζεται με συχνότητα 0,4 -1/ 100.000, είναι πιο συχνή σε άρρενες (2:1) ηλικίας 40 - 60 ετών και μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο του σώματος, φειδόμενη μόνο των πνευμόνων. Συμπτωματική προσβολή των όρχεων παρατηρείται στο 18% των περιπτώσεων και περιλαμβάνεται στα δέκα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου.

Κλινική περίπτωση: Ασθενής άρρεν 67 ετών, εισήχθη λόγω εμπυρέτου έως 39° C, από μηνός, προοδευτικής απώλειας βάρους και άλγους στο δεξιό όρχι. Μια εβδομάδα προ της εισαγωγής είχε τεθεί η διάγνωση ορχεοεπιδυμιτίδας και ελάμβανε αγωγή με κινολόνη και αμινογλυκοσίδη, χωρίς κλινική βελτίωση. Κλινικά ο ασθενής είχε όψη μετρίως πάσχοντος, ενώ είχε ψηλαφητή επώδυνη σκληρία στον όρχι. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας υπήρξε (δix) έκχυση πετεχειώδους εξανθήματος στα κάτω άκρα, η βιοψία του οποίου δεν κατέστη δυνατή λόγω αυτόματης ταχείας υποχώρησής του. Εργαστηριακά: αναιμία, τριψήφια ΤΚΕ. Ο γενόμενος ορολογικός και ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός, ενώ οι ληφθείσες καλλιέργειες αίματος και ούρων δεν ανέδειξαν προσβολή από λοιμογόνο παράγοντα. Η διερεύνηση προς την κατεύθυνση πιθανής φυματιώδους λοίμωξης απέβη επίσης αρνητική. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, επιδείνωσε τη νεφρική του λειτουργία, με ανεύρεση στοιχείων σπειραματονεφρίτιδας στην γενική ούρων. Παρά την συνεχιζόμενη IV αντιβιοτική αγωγή ουδεμία βελτίωση παρατηρήθηκε. Επειδή ο γενόμενος απεικονιστικός έλεγχος (US, CT, MRI) ανεδείκνυε ανομοιογένεια και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του δεξιού όρχεως, χωρίς να αποκλείει την παρουσία εξεργασίας, αποφασίστηκε η διενέργεια δεξιάς ορχεκτομής. Η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όρχεως, ανέδειξε αλλοιώσεις αγγειίτιδας του τύπου της οζώδους πολυαρτηρίτιδας.

Συμπέρασμα: Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση εμμένουσας ορχίτιδας ή/ και μάζας όρχεως. Σημειωτέον ότι σπανίως μπορεί να αποτελεί και την μοναδική εκδήλωση της νόσου.



Σημειώσεις

AA49. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ N. WILSON;

**Στυλιανού Ανδρέας, Τράππελου Ροδούλα,
Σκορδή Χρυστάλλα, Ποφαϊδης Κωνσταντίνος,
Παύλου Μάριος, Ολύμπιος Γεώργιος, Κοντού Μαρία**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρινακας,
Λάρινακα

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ) αποτελεί μια άγνωστης αιτιολογίας και σχετικά σπάνια νόσο του ήπατος, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπεργαμμασφαιριναιμίας, αυτοαντισωμάτων και χρόνιας νεκροφλεγμονώδους βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος.

Σκοπός: Παρουσιάζεται ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με υπερχοληρυθριναιμία και τρανσασινασαιμίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για 50χρονη ασθενή σε καλή φυσική κατάσταση με ελεύθερο ατομικό ιστορικό η οποία προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκώτων. Δεν αναφέρονται άλλα συμπτώματα, ενώ η φυσική εξέταση ήταν φυσιολογική. Εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής: Λευκά: 5100, Hct: 36%, Plt: 133000, SGOT: 971U/L SGPT: 574U/L, ALP: 153, γGT: 87U/L, TKE: 28, Ολικές Πρωτ. 8,3g/dl, Ολική χολερίθρυνη: 9,99, άμεσος χολερυθρίνη: 6,64, INR: 1.22, IgG: 2490. Υπερηχογράφημα κοιλίας κ.φ, έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, ανοσολογικός έλεγχος (ANA, AMA, Anti-LKM, Anti-LC1, Anti-SLA), καρκινικοί δείκτες, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Σημειώνεται ότι η ασθενής παρουσίαζε εμμένουσα αύξηση της χολερυθρίνης (bil tot: 40), σταδιακή αύξηση του INR (1.88) και πτώση των τρανσασινασών. Το MRCP αρνητικό, ενώ η βιοψία ήπατος έδειξε εικόνα αυτοανόσου ηπατίτιδος με σοβαρού βαθμού ίνωση του υποστρώματος. Έγινε έναρξη αγωγής με Prednisone 30 mg και AZA 50 mg καθημερινά. Ένεκα της μη ανταπόκρισης έγινε τροποποίηση της αγωγής σε Prednisone 60 mg και AZA 150 mg καθημερινά. Σε περαιτέρω έλεγχο στη οφθαλμολογική εξέταση ανευρέθηκε άμφω δακτύλιος Kayzer Fleischer και χαμηλά επίπεδα σερούλουπλασμίνης. Θεωρήθηκε ότι υπάρχει συνύπαρξη αυτοάνοσης ηπατίτιδας και νόσος Wilson και η ασθενής τέθηκε και σε πενικιλλαμίνη 500 mg. Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας της, η ασθενής μεταφέρθηκε στο εξωτερικό για επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος.

Συμπέρασμα: Αν και μερικές ιστολογικές εικόνες είναι χαρακτηριστικές, κανένα εύρημα δεν είναι ειδικό για ΑΗ.

Ευρετήριο Προέδρων Συντονιστών Ομιλητών



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





P

- PFEIFFER ANDREAS F.H.** 23
Professor, Dr. med., Head, Department of Clinical Nutrition, German Institute of Human Nutrition, Potsdam - Rehbruecke, Director, Department of Endocrinology, Diabetes and Nutrition, Charité Campus Benjamin Franklin, University Medical School Berlin, Germany

A

- ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΗΣ Γ.** 42
Διευθυντής Παθολόγος, Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, Αθήνα
- ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΑΝΝΑ Π.** 41
Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

- ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ ΣΤΕΛΛΑ Α.** 22
Διευθύντρια ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Χρυσούπολης, Β' Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής, Καβάλα

B

- ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α.** 55
MD, Παθολόγος - Ρευματολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

- ΒΑΣΑΜΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ.** 42
Ενδοκρινολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Ενδοκρινολογική Μονάδα, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» Νοσοκομείο, European SCOPE Fellow in Obesity, Visiting Associate Clinical Professor Warwick Medical School, UK

- ΒΕΡΓΑΔΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Α.** 39
Αναπληρωτής Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Επιστημονικός Διευθυντής Athens Eye Hospital (Οφθαλμολογικό Νοσοκομείο Αθηνών), Αθήνα

- ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ Κ.** 64
Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

- ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Β.** 22
Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Πρόεδρος Ελληνικού Κολλεγίου Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Αθήνα

Γ

- ΓΑΝΩΤΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Σ.** 64
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ηρακλείου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκληρώσης, Κρήτη

- ΓΑΤΣΕΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.** 39
Λέκτορας Παθολογίας, Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

- ΓΑΦΟΥ ΑΝΘΙΠΠΗ Ι.** 42
Αιματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Νομαρχιακό Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Αθήνα

- ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΣ - ΜΠΟΥΡΜΠΟΥΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Ι.** 32, 37
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

- ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ Κ.** 66, 67
Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Λοιμωξιολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας, Αθήνα

- ΓΟΥΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Γ.** 57
Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

- ΓΡΟΥΖΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ Ι.** 42
Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Νοσοκομειακής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας, Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα

Δ

- ΔΑΛΑΚΑΣ ΜΑΡΙΝΟΣ Κ.** 50
FAAN, Καθηγητής Νευρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών and Thomas Jefferson University ΗΠΑ (κάτοχος επώνυμης έδρας), Διευθυντής Εργαστηρίου Νευροανοσολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

- ΔΕΡΒΕΝΟΥΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Γ.** 32
Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα



ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ. 55

Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής - Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού
Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ - ΜΕΛΕΤΙΟΣ Κ. 55
Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αθήνα

ΔΡΑΚΟΥ ΑΘΗΝΑ Ν. 22
Νεφρολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

Ε

ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ Σ. 64
Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης,
Ιωάννινα

ΕΥΔΟΚΙΜΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Θ. 50
Καθηγητής Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο,
Διοικητής 2^{ης} Υ.Π.Ε. Πειραιώς και Αιγαίου, Αθήνα

ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΟΥ ΖΩΗ Α. 64
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Επιμελήτρια Α',
Ενδοκρινολογική Κλινική, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ζ

ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ Ε. 65
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Α' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ Κ. 49
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιμελήτρια Α' Δερματολογικής Κλινικής ΕΣΥ,
Υπεύθυνη Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Ελκών,
Νοσοκομείο Αφριδισίων και Δερματικών Νόσων
«ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

Η

ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Κ. 66
Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ Α. 55
Παθολόγος, Διευθύντρια Γ' Παθολογικού Τμήματος -
Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας,
Πειραιάς

Θ

ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. 41
Διευθυντής Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογικών
Μελετών και Βηματοδότησης,
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

ΘΗΒΑΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. 49
Επιμελής Β', Ορθοπαιδική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Μ. 55
Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου
Β' Παθολογικής Κλινικής, «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

Κ

ΚΑΝΕΛΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ Ι. 66
Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμώξεων
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΑΣΤΕΡΙΟΣ Ι. 65
Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΚΑΤΣΑΡΟΥ ΟΛΓΑ Ι. 42
Παθολόγος, Διευθύντρια Κέντρου Αίματος -
Κέντρου Αιμορροφιλικών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΚΑΤΣΙΒΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ Γ. 41
Συντονιστής Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα



ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Λ.23, 64

Καθηγητής Παθολογίας, PhD, FACP,
SCOPE Founding Fellow, EFIM Hon. Fellow,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ερευνητικό Εργαστήριο
«Ν.Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ», Αθήνα

ΚΕΛΕΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α.57

Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Μονάδας Έρευνας Ακτινολογίας,
«ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ» Θεραπευτήριο, Πρόεδρος Ελληνικής
Εταιρείας Επεμβατικής Ακτινολογίας, Αθήνα

ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Δ.42

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΚΟΝΤΟΑΓΓΕΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.58

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο,
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής
Υγιεινής, Αθήνα

ΚΟΥΖΟΥΠΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Β.58

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
«ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα

ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ - ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ Γ. ... 64

Καθηγητής Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου,
Διευθυντής Εργαστηρίου Βιοϊατρικής Τεχνολογίας,
Αθήνα

ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Θ.57

Ακαδημαϊκός (Ε.Α.Σ.Α.), Καθηγητής Καρδιολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ ΤΖΕΝΗ Ε.58

Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή
Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Κέντρου Ελέγχου
και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα

ΚΡΟΚΙΔΗΣ ΞΕΝΟΦΩΝ Κ.51, 65

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Mainz Γερμανίας,
Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας, Καβάλα

ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΒΕΝΕΤΖΑΝΑ Ε.39

Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας,
Κοσμήτωρ Σχολής Επιστημών Υγείας
Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΗΛΙΑΣ Σ.42

Αιματολόγος, Επιμελητής Α΄,
Αιματολογικό Εργαστήριο -
Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Μ.66

Διευθυντής της Γενικής, Λαπαροσκοπικής,
Βαριατρικής και Ρομποτικής Χειρουργικής Κλινικής
του «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ» Αθηνών,
Επιστημονικός Διευθυντής
του «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ» Αθηνών,
Καθηγητής Χειρουργικής Ohio State University,
ΗΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας
Ρομποτικής Χειρουργικής, Πρόεδρος Ρομποτικής
Χειρουργικής Εταιρείας Νοτιοανατολικής Ευρώπης,
Πρόεδρος του Ελληνικού Τμήματος
του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών, Αθήνα



ΛΙΑΠΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Κ.32

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Θ.42

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΛΥΠΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ.67

Παθολόγος - Ογκολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας
Γενετικής Ογκολογίας, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα



ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Χ.40, 55

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Ν.48, 49

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος
& Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

ΜΑΝΩΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ.41

Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

ΜΑΡΑΓΚΟΣ ΜΑΡΚΟΣ Ν.32

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων
Πανεπιστημίου Πατρών,
Υπεύθυνος Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΜΑΡΚΟΥ ΚΩΣΤΑΣ Β.64

Ενδοκρινολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου
Πατρών, Πάτρα



ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Π. 64

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας,
Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη
& Μεταβολισμού Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» Νοσοκομείο,
Πρόεδρος Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας -
Πανελληνίας Ένωσης Ενδοκρινολόγων, Αθήνα

ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ Ι. 30, 57

Παθολόγος Εξειδικευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής
& Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιά

ΜΕΡΚΟΥΡΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ Ι. 42

Βιοχημικός, Επιστημονικός Συνεργάτης
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

**ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗΣ -
ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ Ρ. 22**

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής,
Θεσσαλονίκη

ΜΗΤΡΑΚΟΥ ΑΣΗΜΙΝΑ Γ. 31

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας,
Υπεύθυνη Μονάδας Σακχαρώδη Διαβήτη
και Μεταβολισμού Θεραπευτικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα

ΜΗΤΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ι. 31

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

ΜΙΧΑΛΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ Α. 64

Επιμελήτρια Α΄, Ενδοκρινολογικό Τμήμα,
Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΜΙΧΑΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. 42

Ενδοκρινολόγος, SCOPE National Fellow in Obesity,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Παθολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΟΙΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. 42

Καθηγητής Βιολογικής Χημείας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αθήνα

ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Δ. 57

Καθηγητής Θεραπευτικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΜΠΑΚΑ ΑΓΟΡΙΤΣΑ Γ. 58

Παιδίατρος, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης
Νοσημάτων, Αθήνα

ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Ν. 49

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α΄ Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ Π. 58, 67

Διευθυντής Γ΄ Ογκολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο "METROPOLITAN", Αθήνα

ΜΠΑΤΙΚΑΣ ΑΝΤΩΝΗΣ Α. 22

Διευθυντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Περάματος
Ρεθύμνου, Γενικός Γραμματέας/Ταμίας
Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής, Ρέθυμνο

ΜΠΟΥΤΑΤΗ ΕΛΕΝΗ Ι. 35, 39, 56

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας-
Σακχαρώδη Διαβήτη, Λοιμωξιολόγος,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ Π. 32

Καθηγητής Παθολογίας, Νεφρολογίας
και Λοιμωξιολογίας, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής
Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Πρόεδρος Ελληνικής
Εταιρείας Λοιμώξεων, Θεσσαλονίκη

ΝΤΑΛΕΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. 39

Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου
Ερευνητικού Εργαστηρίου Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λάρισας, Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας
Βορείου Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Ελληνικής
Εταιρείας Μελέτης Ήπατος,
Πρόεδρος Ινστιτούτου Εσωτερικής Παθολογίας
και Ηπατολογίας, Λάρισα

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ Κ. 42

Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Π

ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Γ. 67

Παθολόγος - Ογκολόγος,
Διευθυντής Β΄ Ογκολογικού Τμήματος,
Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα

ΠΑΝΟΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι. 66

Υφηγητής Πανεπιστημίου Γενεύης,
Διευθυντής Γ΄ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα



ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ. 65

MD, PhD, Καθηγητής Βιοχημείας, Διευθυντής
Εργαστηρίου Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Χ. 58

Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. 58

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
«ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΗΣ Ι. 58

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Β. 57

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας -
Γαστρεντερολογίας,
Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΠΑΠΙΡΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Α. 42

Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας,
Διευθυντής Β΄ Πνευμονολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΠΕΠΠΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ Μ. 31, 50

Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΠΕΤΡΙΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ. 39

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΠΕΦΑΝΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ Β. 32, 66

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,
Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
«Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

ΠΙΠΙΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ. 66

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής
Κλινικής, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΠΙΤΣΑΒΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Η. 64

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας
Αθηροσκλήρωσης, Αθήνα

ΠΛΟΥΜΙΔΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ Α. 66

Χειρουργός Ουρολόγος, Ανδρολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
MD, BSc, MSc, PhD, FEBU,
Συνεργάτης «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ» Αθηνών, Αθήνα

ΠΟΛΥΖΟΣ ΑΡΗΣ Κ. 50

Παθολόγος - Ογκολόγος, Καθηγητής Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»,
Αθήνα

P

ΡΑΠΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Ε. 55, 58

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ Α. 23, 39

..... **50, 55, 64, 65**

Καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας,
Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη
των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας,
Ακαδημαϊκός και Μέλος της Συγκλήτου
της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών
(Ε.Α.Σ.Α., Σάλτσμπουργκ - Αυστρία),
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιατρικής
Επιμόρφωσης (Ε.Α.Ι.Ε.), Πρόεδρος 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

Σ

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Σ. 67

Παθολόγος - Ογκολόγος, Ιατρείο Κληρονομικού
Καρκίνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου, Κρήτη

ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ Α. 65

Λέκτορας Νεφρολογίας Ιατρικής Σχολής
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

ΣΑΡΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ι. 58

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΣΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ Δ. 66

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΣΠΕΓΓΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Μ. 50

Αναπληρωτής Καθηγητής, Α΄ Νευρολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο,
Αθήνα



ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ Κ.22
Νεφρολόγος, ΜΒΑ, Διευθύντρια Νεφρολογικής
Μονάδας, Κλινική «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», Αθήνα

ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ Κ.50
Καθηγητής Νευρολογίας και Νευροβιολογίας,
Β' Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Ν.22
Διευθυντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Νέας Μηχανιώνας,
Α' Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής
Ιατρικής, Θεσσαλονίκη

ΣΦΗΚΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ Π.39
Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ.57
Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής
και Μεταμοσχεύσεων, Β' Προπαιδευτική
Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

T

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.49, 53
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΤΖΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Ε.41
Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», Αθήνα

ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.64
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ», Ειδικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας
Αθηροσκληρώσεως, Θεσσαλονίκη

ΤΖΟΒΑΡΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Α.57
Παθολόγος - Ογκολόγος, Πανεπιστημιακή Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα

ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ Α.65
Καθηγητής Παθολογίας Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ακαδημαϊκός (Α.Μ.),
Θεσσαλονίκη

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ ΕΛΕΝΗ Ι.66
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελήτρια Α',
Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΤΡΙΑΝΤΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Κ.57
Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΤΣΑΒΑΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΣ Β.58
Παθολόγος - Ογκολόγος, Καθηγητής Παθολογίας
- Ογκολογίας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΤΣΕΚΕΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α.32
Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Γ' Παθολογικό Τμήμα & Μονάδα Λοιμώξεων,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

ΤΣΙΟΔΡΑΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ Π.58
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Δ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Λοιμωξιολόγος Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης
Νοσημάτων, Αθήνα

ΤΣΙΡΙΓΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ.64
Επίκουρος Καθηγητής Αιματολογίας,
Μονάδα Αιματολογίας, Β' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Φ

ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ Σ.66
Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΦΛΕΒΑΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Γ.41
Καρδιολόγος Διευθύντρια ΕΣΥ,
Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α.22
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας -
Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Κέντρο,
Τομέας Παθολογίας Πανεπιστημίου Πατρών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Γ.42
Ακαδημαϊκός (Ε.Α.Σ.Α.),
Καθηγητής Βιοχημείας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πρόεδρος του τμήματος Βιολογίας
του Πανεπιστημίου Αθηνών,
Κοσμήτωρ Σχολής Θετικών Επιστημών Ε.Κ.Π.Α.,
Αθήνα

ΦΩΣΤΗΡΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ Φ.67
Μοριακός Βιολόγος - Γενετίστρια,
Συνεργαζόμενη Ερευνήτρια Βαθμίδος Δ',
Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής,
Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. Δημόκριτος, Αθήνα



Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ... 33, 50, 64

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΧΑΝΔΡΙΝΟΥ ΕΛΕΝΗ Γ. 32

Αιματολόγος, Διευθύντρια Αιματολογικής Κλινικής
και Αιμοδοσίας, «ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ» Αθηνών, Αθήνα

ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Εμμ. 58

Ταξίαρχος Υγειονομικού, Παθολόγος -
Λοιμωξιολόγος, Υποδιοικητής 251
Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας, Αθήνα

ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ι. 31

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας,
Υπεύθυνος Μονάδας Ενδοκρινολογίας
και Μεταβολισμού, Β' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ Σ. 58

Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

ΧΕΙΡΙΔΗΣ ΠΕΤΡΟΣ Κ. 66

MD, PhD, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ενδοσκόπος,
Συνεργάτης Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

ΧΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Η. 67

Καθηγητής Φαρμακολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πρόεδρος Επιτροπής Κατάρτισης Καταλόγου
Συνταγογραφούμενων Φαρμακευτικών
Ιδιοσκευασμάτων, Αθήνα

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ Θ. 58

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Β' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

Ψ

ΨΥΡΡΗ ΑΜΑΝΤΑ Κ. 50

Επίκουρη Καθηγήτρια Ογκολογίας,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική -
Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΨΥΧΟΓΙΟΥ ΜΗΝΑ Α. 49

Παθολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων



19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





A

ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α.	ΑΑ35, ΠΑ09
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	ΠΑ04, ΠΑ05
ΑΓΙΟΜΑΜΙΤΗΣ Γ.	ΑΑ35, ΠΑ15
ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ.	ΠΑ10
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	ΑΑ09
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ Κ.	ΑΑ22
ΑΙΣΩΠΟΣ Α.	ΠΑ17
ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ Ν.	ΠΑ17
ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ30, ΑΑ46
ΑΛΕΞΙΟΥ Ν.	ΑΑ20, ΑΑ27, ΑΑ46 ΠΑ23
ΑΛΕΠΑΚΗ Μ.	ΠΑ04, ΠΑ05
ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗ Ε.	ΑΑ42, ΑΑ43, ΑΑ45
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β.	ΑΑ26
ΑΝΑΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Χ.	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14
ΑΝΔΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	ΑΑ12, ΑΑ22, ΑΑ31 ΑΑ32, ΑΑ34
ΑΝΔΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	ΑΑ22, ΑΑ34
ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Γ.	ΑΑ17
ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Δ.	ΑΑ15
ΑΞΙΩΤΗ Α.	ΑΑ20, ΑΑ27
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.	ΑΑ47
ΑΣΤΡΕΧΑ Δ.	ΠΑ19

B

ΒΑΡΒΑΡΟΥΣΗΣ Δ.	ΠΑ22
ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ Α.	ΠΑ06
ΒΑΣΙΛΑΤΟΥ Ε.	ΑΑ17
ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗΣ Μ.	ΠΑ17
ΒΑΣΣΗΣ Κ.	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14
ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ Δ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΒΕΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	ΑΑ15
ΒΕΡΡΑΣ Χ.	ΠΑ15
ΒΙΤΤΩΡΑΚΗΣ Ε.	ΑΑ21, ΑΑ24, ΑΑ43
ΒΙΤΩΡΟΣ Β.	ΑΑ20, ΑΑ46, ΠΑ23
ΒΛΑΧΟΣ Ι.	ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12
ΒΟΥΝΟΥ Ε.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13

ΒΡΕΚΟΣ Π.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13
----------------	------------------

Γ

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Φ.	ΠΑ15
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ.	ΑΑ38
ΓΚΑΜΠΡΑΝΗΣ Ι.	ΑΑ02, ΑΑ10
ΓΚΙΟΚΑ Μ.	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14
ΓΚΟΓΚΑ Ε.	ΠΑ17
ΓΚΡΙΤΖΑΠΗΣ Α.	ΠΑ09
ΓΟΥΛΑ Ν.	ΠΑ14
ΓΡΙΒΑΚΟΥ Ε.	ΑΑ09

Δ

ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Β.	ΑΑ28, ΠΑ18
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06 ΠΑ09
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Ι.	ΑΑ22
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α.	ΠΑ15
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ.	ΑΑ08, ΑΑ39
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	ΑΑ22
ΔΟΛΑΨΑΚΗΣ Χ.	ΑΑ37
ΔΟΥΛΑΜΗΣ Η.	ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12
ΔΟΥΜΑΣ Ι.	ΑΑ29
ΔΡΑΚΟΥΛΟΓΚΩΝΑ Ο.	ΠΑ14

Ε

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Α.	ΠΑ15
-------------------	------

Ζ

ΖΑΧΑΡΑΚΗ Α.	ΠΑ20
------------------	------

Η

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ36
ΗΡΟΔΟΤΟΥ Γ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13

Θ

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Ε.	ΑΑ48
ΘΕΟΦΑΝΟΥΣ Ε.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι.	ΑΑ15
ΙΩΑΝΝΟΥ Α.	ΑΑ20, ΑΑ27, ΠΑ23



ΙΩΑΝΝΟΥ Ε. ΑΑ06

Κ

ΚΑΛΑΝΤΖΗ Α. ΠΑ19

ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε. ΠΑ21

ΚΑΛΗΜΕΡΗΣ Γ. ΑΑ07

ΚΑΛΛΙΟΝΤΖΗ Δ. ΠΑ22

ΚΑΛΥΒΑΣ Μ. ΑΑ05

ΚΑΛΦΟΥΝΤΖΟΣ Δ. ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13
..... ΑΑ30

ΚΑΝΕΛΛΙΑΣ Ν. ΑΑ35

ΚΑΠΕΛΛΟΣ Γ. ΠΑ17

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΗΣ Ε. ΑΑ12, ΑΑ31, ΑΑ32
..... ΑΑ34

ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΣ Π. ΠΑ04, ΠΑ05

ΚΑΡΑΜΠΟΥΣΛΗ Ε. ΑΑ05, ΠΑ19

ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ Κ. ΑΑ02, ΑΑ10

ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Γ. ΑΑ36

ΚΑΡΚΑΜΑΝΗΣ Α. ΑΑ31, ΑΑ32, ΑΑ34

ΚΑΣΣΑΝΟΣ Δ. ΠΑ04, ΠΑ05

ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ Σ. ΑΑ14, ΑΑ21, ΑΑ23
..... ΑΑ24, ΑΑ25, ΑΑ33
..... ΑΑ42, ΑΑ43, ΑΑ44
..... ΑΑ45, ΑΑ47

ΚΑΤΣΑΡΑ Κ. - Ι. ΑΑ09

ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν. ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12

ΚΑΤΣΙΝΕΛΟΣ Δ. ΑΑ17

ΚΑΤΣΟΥΛΑΚΗ Μ. ΑΑ23, ΑΑ25, ΑΑ33
..... ΑΑ42, ΑΑ44, ΑΑ47

ΚΑΤΣΟΥΡΑΚΗΣ Δ. ΑΑ35

ΚΑΦΑΝΤΟΓΙΑ Κ. ΠΑ22

ΚΙΖΗ Α. ΑΑ08, ΑΑ39

ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ. ΠΑ15

ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ Α. ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13

ΚΟΚΚΙΝΗΣ Κ. ΠΑ21

ΚΟΛΛΙΟΥ Β. ΑΑ06

ΚΟΛΟΜΤΣΑΣ Ζ. ΑΑ37

ΚΟΜΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΑΑ09, ΑΑ15

ΚΟΝΙΤΣΙΩΤΗΣ Σ. ΠΑ15

ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ. ΑΑ17

ΚΟΝΤΟΥ Μ. ΑΑ08, ΑΑ39, ΑΑ49

ΚΟΡΑΚΑΚΗΣ Γ. ΑΑ09

ΚΟΡΟΥ Μ.-Λ. ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12

ΚΟΣΜΙΔΟΥ Κ. ΑΑ14, ΑΑ25, ΑΑ33
..... ΑΑ42, ΑΑ44, ΑΑ47

ΚΟΤΙΝΑ Ε. ΑΑ27, ΑΑ46

ΚΟΥΔΟΥΝΑ Α. ΑΑ21, ΑΑ24

ΚΟΥΠΕΤΩΡΗ Μ. ΑΑ20, ΑΑ46, ΠΑ23

ΚΟΥΠΠΑΡΗ Γ. ΑΑ28

ΚΟΥΡΟΥΤΟΥ Π. ΑΑ20, ΠΑ23

ΚΟΥΣΙΑΠΠΗ Ε. ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13

ΚΟΥΤΡΟΥΛΙΑ Ε. ΠΑ14

ΚΟΥΤΣΙΔΗΣ Π. ΑΑ38

ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ Π. ΠΑ21

ΚΟΥΦΑΚΗΣ Θ. ΑΑ02, ΑΑ10

ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ. ΑΑ35

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Μ. ΠΑ01, ΠΑ08

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ. ΑΑ26

ΚΩΤΣΗ Ε. ΑΑ07

Λ

ΛΑΖΟΥ Ε. ΑΑ17

ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. ΑΑ05

ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. ΑΑ26, ΠΑ18, ΠΑ21
..... ΠΑ22

ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13
..... ΑΑ30, ΑΑ36

ΛΙΑΚΟΥ Χ. ΠΑ20

ΛΙΑΣΚΩΝΗ Κ. ΑΑ05, ΠΑ19

ΛΟΥΠΑ Χ. ΑΑ28, ΑΑ29, ΠΑ18

Μ

ΜΑΚΙΝΑ Α. ΑΑ20, ΑΑ27, ΑΑ30
..... ΑΑ36

ΜΑΚΡΗΣ Α. ΑΑ12, ΑΑ22, ΑΑ31
..... ΑΑ32, ΑΑ34

ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Κ. ΑΑ02, ΑΑ10

ΜΑΛΙΟΣ Ι. ΑΑ28, ΑΑ29

ΜΑΝΟΥΣΟΣ Τ. ΑΑ26

ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗ Μ. ΠΑ17

ΜΑΝΩΛΟΥΔΑΚΗ Κ. ΑΑ35



ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ Α.	ΑΑ02, ΑΑ10
ΜΑΤΣΑΓΓΟΣ Σ.	ΠΑ09
ΜΑΥΡΑΣ Γ.	ΑΑ12, ΑΑ31
ΜΑΥΡΙΚΗ Α.	ΑΑ03, ΑΑ04
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	ΑΑ35, ΠΑ09, ΠΑ15
ΜΗΛΑΚΗ Κ.	ΑΑ37
ΜΗΛΙΟΥ Α.	ΠΑ07
ΜΗΤΡΑΚΗΣ Γ.	ΑΑ29, ΠΑ18
ΜΟΥΡΓΟΣ Λ.	ΑΑ07, ΑΑ48
ΜΟΥΣΟΥΛΗ Α.	ΠΑ21
ΜΠΑΜΠΙΛΗ Κ.	ΑΑ21, ΑΑ24, ΑΑ25 ΑΑ33, ΑΑ42, ΑΑ44
ΜΠΑΡΟΥΞΗΣ Π.	ΠΑ22
ΜΠΑΣΑΝΟΥ Ε.	ΑΑ06
ΜΠΑΤΑΛΛΑ Σ.	ΑΑ02, ΑΑ10
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Μ.	ΑΑ37
ΜΠΙΤΕΡΝΑΣ Μ.	ΑΑ02
ΜΠΟΤΩΝΑΚΗ Κ.	ΑΑ25, ΑΑ33, ΑΑ43 ΑΑ45
ΜΠΟΥΤΑΤΗ Ε.	ΠΑ09
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ.	ΑΑ05, ΠΑ19
ΜΥΩΤΕΡΗ Δ.	ΑΑ35

Ν

ΝΕΟΥ Π.	ΑΑ06
ΝΙΚΟΛΙΔΑΚΗ Α.	ΑΑ14, ΑΑ25, ΑΑ33 ΑΑ43, ΑΑ45
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.	ΑΑ09
ΝΟΔΑΡΑΣ Χ.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ36
ΝΤΑΗΣ Κ.	ΑΑ02

Ξ

ΞΕΝΟΦΩΝΤΟΣ Ε.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΞΥΔΑΚΗ Α.	ΑΑ28, ΑΑ29

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ Θ.	ΠΑ09
ΟΛΥΜΠΙΟΣ Γ.	ΑΑ39, ΑΑ49
ΟΛΥΜΠΙΟΥ Χ.	ΑΑ08, ΑΑ39
ΟΡΦΑΝΟΥΔΑΚΗ Ε.	ΑΑ14, ΑΑ23, ΑΑ43

Π

ΠΑΛΛΑ Σ.	ΑΑ30
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π.	ΠΑ04, ΠΑ05
ΠΑΝΟΥ Χ.	ΑΑ05, ΠΑ19
ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Α.	ΑΑ12, ΑΑ22, ΑΑ31 ΑΑ32
ΠΑΝΤΑΖΗ Κ.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ30
ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Η. - Μ.	ΑΑ20, ΑΑ46
ΠΑΠΑΓΓΕΛΗ Ε.	ΠΑ19
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ30, ΑΑ36
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ν.	ΠΑ07
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΑΑ05
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Α.	ΑΑ29, ΠΑ18
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ι.	ΠΑ22
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ.	ΑΑ04
ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗΣ Δ.	ΠΑ07
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Π.	ΑΑ09
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	ΠΑ21
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΠΑ20
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Β.	ΑΑ10, ΑΑ26
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Γ.	ΑΑ06
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Σ.	ΠΑ07
ΠΑΠΟΥΡΗΣ Γ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΠΑΡΤΑΛΗΣ Ν.	ΑΑ14, ΑΑ23, ΑΑ24 ΑΑ42, ΑΑ44, ΑΑ45 ΑΑ47
ΠΑΡΤΣΑΛΑΚΗ Ε.	ΑΑ21, ΑΑ23, ΑΑ33 ΑΑ42, ΑΑ44
ΠΑΤΣΟΥΡΑΣ Κ.	ΠΑ04, ΠΑ05
ΠΑΥΛΟΥ Μ.	ΑΑ08, ΑΑ39, ΑΑ49
ΠΕΡΡΕΑ Δ.	ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12
ΠΕΤΣΙΜΕΡΗ Β.	ΑΑ09
ΠΗΤΤΑΣ Κ.	ΑΑ14, ΑΑ21, ΑΑ23 ΑΑ42, ΑΑ45, ΑΑ47
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Ε.	ΑΑ15
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Φ.	ΑΑ07, ΑΑ48
ΠΟΛΙΤΗΣ Ε.	ΑΑ30
ΠΟΛΟΝΥΦΗ Α.	ΠΑ17



ΠΟΛΥΖΟΣ Α.	ΠΑ17
ΠΟΛΥΖΟΥ Α.	ΑΑ09
ΠΟΛΥΜΙΛΗ Γ.	ΑΑ14, ΑΑ23, ΑΑ33 ΑΑ42, ΑΑ44, ΑΑ47
ΠΟΦΑΪΔΗΣ Κ.	ΑΑ08, ΑΑ49
ΠΡΩΤΟΨΑΛΤΗΣ Ι.	ΠΑ09

P

ΡΑΠΤΗΣ Σ.Α.	ΠΑ09
ΡΑΨΟΜΑΝΙΚΗΣ Κ.-Π.	ΠΑ22
ΡΟΖΗ Φ.	ΑΑ12, ΑΑ22, ΑΑ31 ΑΑ32
ΡΟΚΙΖΑ Α.	ΑΑ12, ΑΑ22, ΑΑ31 ΑΑ32, ΑΑ34
ΡΟΥΛΙΑ Ε.	ΑΑ03, ΑΑ04, ΑΑ13 ΑΑ36
ΡΟΥΣΣΟΥ Ζ.	ΑΑ15

Σ

ΣΑΒΒΑ Φ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΣΑΡΑΦΑΔΗ Μ.	ΑΑ05, ΠΑ19
ΣΑΡΡΗΣ Ε.	ΑΑ29, ΠΑ18
ΣΑΡΡΗΣ Π.	ΑΑ06
ΣΓΟΥΡΟΣ Κ.	ΠΑ22
ΣΕΝΤΟΝΑΡΗΣ Γ.	ΠΑ01, ΠΑ08
ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ Θ.	ΠΑ09
ΣΙΑΜΠΛΗ Δ.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06
ΣΙΜΟΣ Ι.	ΠΑ15
ΣΚΟΡΔΗ Χ.	ΑΑ08, ΑΑ49
ΣΚΟΥΡΑ Ε.	ΑΑ20, ΑΑ27, ΠΑ23
ΣΟΥΒΑΤΖΗ Κ.	ΠΑ22
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Ν.	ΑΑ28, ΠΑ18
ΣΠΑΡΤΑΛΗΣ Ε.	ΠΑ17
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ Α.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ Γ.	ΑΑ12, ΑΑ32, ΑΑ34
ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ.	ΠΑ07
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ.	ΑΑ26
ΣΤΥΛΙΑΝΑΚΗΣ Α.	ΠΑ21
ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Α.	ΑΑ08, ΑΑ39, ΑΑ49
ΣΥΜΠΑΡΔΗ Σ.	ΑΑ20, ΑΑ27, ΑΑ46 ΠΑ23

ΣΦΗΚΑ Α.	ΑΑ26
ΣΦΟΝΤΟΥΡΗΣ Χ.	ΑΑ32
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Χ.	ΠΑ01, ΠΑ08

T

ΤΑΜΠΟΥΡΑΤΖΗ Δ.	ΑΑ37
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.	ΠΑ07
ΤΖΑΝΕΤΑΚΟΥ Ε.	ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ12
ΤΖΗΚΑ Θ.	ΑΑ05
ΤΖΙΑΡΟΥ Κ.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06
ΤΖΙΦΑΣ Κ.	ΑΑ28, ΠΑ18
ΤΟΛΗΣ Α.	ΑΑ48
ΤΟΜΟΣ Π.	ΠΑ17
ΤΟΥΛΙΑΤΟΥ Α.	ΑΑ07, ΑΑ48, ΠΑ20
ΤΟΥΛΟΥΜΕΝΙΔΗΣ Δ.	ΑΑ02, ΑΑ10
ΤΟΥΡΒΑ Δ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ.	ΠΑ07
ΤΡΑΠΠΕΛΟΥ Ρ.	ΑΑ39, ΑΑ49
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Δ.	ΑΑ21, ΑΑ23, ΑΑ24 ΑΑ33, ΑΑ42, ΑΑ44 ΑΑ45
ΤΡΟΥΒΑΣ Ε.	ΑΑ48
ΤΣΑΛΤΑ Δ.	ΑΑ09, ΑΑ15
ΤΣΑΠΑΚΙΔΗΣ Κ.	ΑΑ10
ΤΣΑΦΑ Ε.	ΑΑ14, ΑΑ21, ΑΑ23 ΑΑ24, ΑΑ43, ΑΑ45
ΤΣΙΒΙΛΗΣ Ι.	ΑΑ15
ΤΣΙΛΙΓΚΡΟΥ Β.	ΠΑ19
ΤΣΙΛΙΜΗ Κ.	ΠΑ20
ΤΣΙΟΔΡΑΣ Σ.	ΑΑ17
ΤΣΙΠΛΑΚΟΥ Σ.	ΑΑ26
ΤΣΙΡΩΝΗΣ Γ.	ΑΑ20, ΑΑ46
ΤΣΟΧΑ Α.	ΑΑ34

Φ

ΦΑΒΑΤΑΣ Γ.	ΑΑ41
ΦΑΡΜΑΚΗΣ Δ.	ΠΑ17
ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Β.	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14
ΦΙΩΤΑΚΗ Κ.	ΑΑ14, ΑΑ24, ΑΑ25 ΑΑ43, ΑΑ45, ΑΑ47



ΦΟΥΣΤΕΡΗ Ζ.	ΑΑ25
ΦΟΥΣΤΕΡΗΣ Ε.	ΠΑ15
ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΑ Α.	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14
ΦΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Χ.	ΑΑ46

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Δ.	ΠΑ21
ΧΑΤΖΗΣ Γ.	ΠΑ07
ΧΑΤΖΙΔΑΚΗΣ Ι.	ΑΑ05
ΧΕΙΜΩΝΙΔΗΣ Σ.	ΠΑ01, ΠΑ08
ΧΕΡΑΣ Π.	ΑΑ41
ΧΟΥΛΙΤΟΥΔΗ Β.	ΑΑ12, ΑΑ22
ΧΡΕΛΙΑΣ Χ.	ΠΑ04, ΠΑ05
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ.	ΑΑ16, ΑΑ38, ΠΑ13
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	ΑΑ28, ΑΑ29, ΠΑ18
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β.	ΑΑ17
ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΑΑ03, ΑΑ04
.....	ΑΑ13, ΑΑ36

Ψ

ΨΑΛΛΙΔΑ Σ.	ΠΑ22
-----------------	------

NEO

Torvacard®

atorvastatin



GR-ATO-13-10-04

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Π.Χ.Π. που βρίσκεται στο site της εταιρείας www.sanofi.gr.

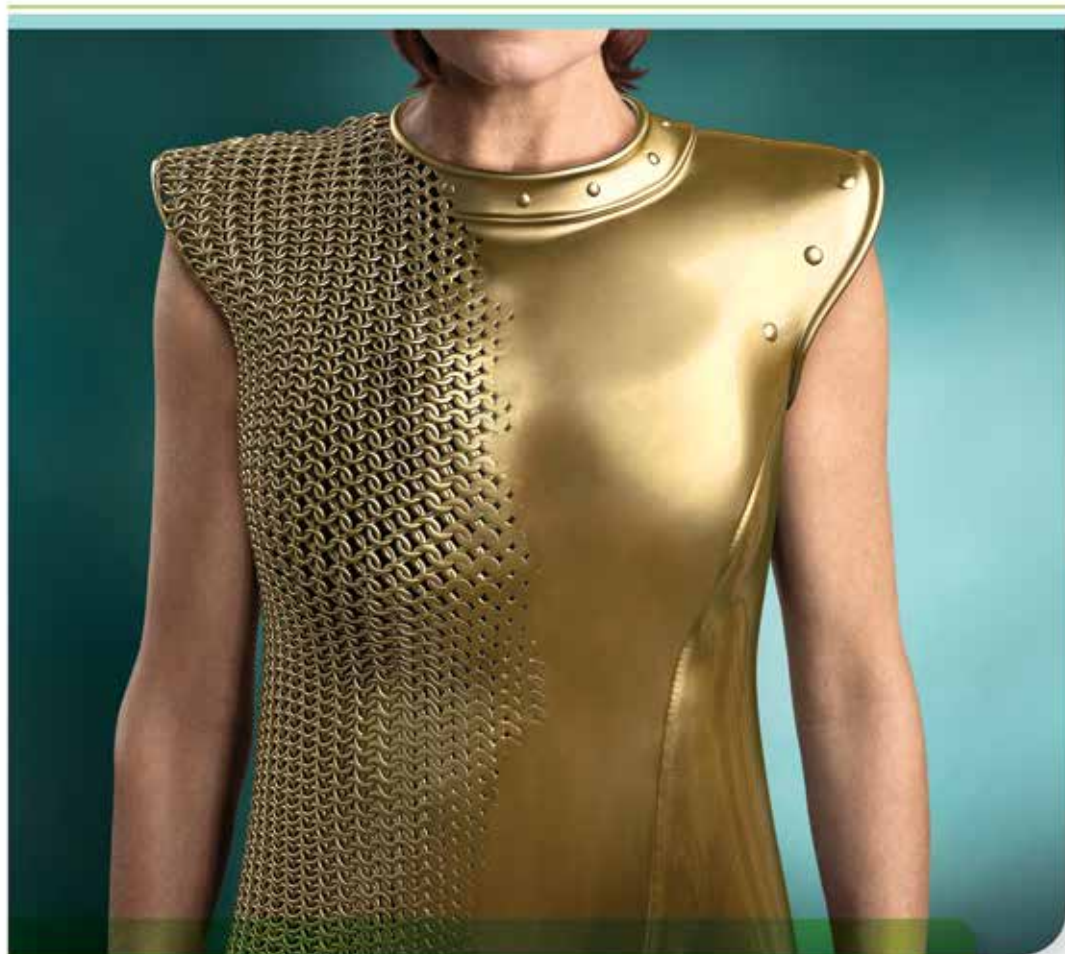
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο τμήμα Ιατρικής Ενήμερωσης της Sanofi, Sanofi-aventis A.E.B.E., Λεωφ. Συγγρού 348, Κτήριο Α', 176 74 Καλλιθέα, Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 088, www.sanofi.gr

Γιατί η ουσία είναι στην υπογραφή.

SANOFI



PERJETATM
pertuzumab



Το PERJETA έχει έγκριση EMA από τον Μάρτιο 2013. Έχει κατατεθεί αίτηση τιμής στον ΕΟΦ.
Ενδεικτική τιμή: Χονδρική: € 3.009,49. Νοσοκομειακή: € 2.618,26. Λιανική: € 2.876,17



Roche (Hellas) A.E. Αθαλάσσιος 4 & Δελφών 151 25 Μαρούσι, Τηλ: 210 6166100
hellas.medinfo@roche.com
800 111 93 00 Ελλάδα (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)
800 92 658 Κύπρος (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)

Η εταιρεία Roche Hellas A.E. είναι πιστοποιημένη με ISO 9001:2008