

20^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

> www.hsim.gr

> 11 - 13 Δεκεμβρίου 2014
> Αθήνα
> Αίγλη Ζαπτείου

**Τελικό Πρόγραμμα &
Βιβλίο Περιλήψεων**



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ



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

ΝΕΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ

GlucoMen®
areo

Ήρθε με...))) ΑΝΕΠΑΦΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ

- Ανέπαφη μεταφορά δεδομένων (NFC)
- Δείκτες γεύματος & άσκησης
- Αντιστάθμιση αιματοκρίτη
- Αντιστάθμιση θερμοκρασίας
- Μεγάλη φωτιζόμενη οθόνη
- Ρυθμιζόμενοι δείκτες ΥΠΟ/ΥΠΕΡ-γλυκαιμίας

...και άλλα πολλά!

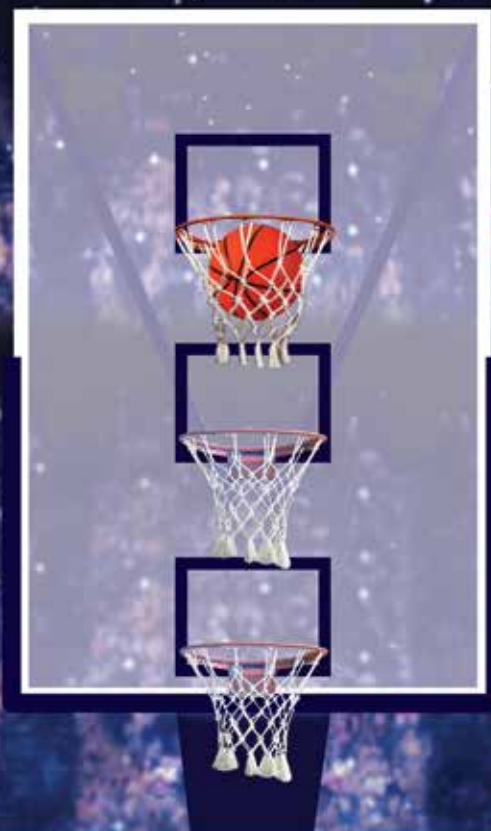


Πληροί
τις απαιτήσεις
του ISO 15197:2013
2η έκδοση

NEO

prava**v**afenix

40 mg pravastatin sodium / 160 mg fenofibrate




ANGELINI

Βαθμολογία σε σχέση με άλλους φάρμακους της ομάδας της

pravastatin

4000 mg pravastatin sodium vs

400 mg pravastatin

Βαθμολογία σε σχέση με άλλους φάρμακους της ομάδας της

fenofibrate

1600 mg fenofibrate sodium vs

160 mg fenofibrate

Βαθμολογία σε σχέση με άλλους φάρμακους της ομάδας της

pravastatin

4000 mg pravastatin sodium vs

400 mg pravastatin

PRAC/13-14

Το φάρμακο pravastatin sodium / fenofibrate είναι ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας. Η υπερλιπιδαιμία είναι μια κατάσταση στην οποία υπάρχουν υψηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή νόσο. Το φάρμακο pravastatin sodium / fenofibrate βοηθά στην μείωση των λιπιδίων στο αίμα, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο καρδιακής νόσου.

Angelini Pharma Hellas A.B.E.E.
Αχαΐας & Τροαζηνίας, 145 64
Ν. Κηφισιά, Αθήνα
Τηλ: 210 6269200, Fax: 210 8071688
e-mail: info@angelinipharma.gr



Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου	5	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
Οργανωτική Επιτροπή - Φορέας Διοργάνωσης.....	6	Πέμπτη, 11 Δεκεμβρίου 2014	22
Αιγίδες Φορέων	6	Παρασκευή, 12 Δεκεμβρίου 2014	38
Χορηγοί	7	Σάββατο, 13 Δεκεμβρίου 2014	54
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ		ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	64
ΕΚΘΕΣΗ		ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	80
Πλάνο Έκθεσης	11	ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ	
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ		ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΡΟΕΔΡΩΝ /	
Ημερομηνία Συνεδρίου	12	ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ	120
Συνεδριακός Χώρος	12	ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	
Γλώσσα Συνεδρίου	12	ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	128
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	13		
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ			
Αναρτημένες Ανακοινώσεις	14		
Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων	14		
Προφορικές Ανακοινώσεις	15		
Παρουσίαση Προφορικών Ανακοινώσεων	15		
Βραβεύσεις Εργασιών	15		
ΤΙΜΗΤΙΚΑ ΒΡΑΒΕΙΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ	16		



Χαιρετισμός Προέδρου



Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.) διοργανώνει εφέτος το **20^ο Πανελλήνιο Συνέδριό** της, στις **11 - 13 Δεκεμβρίου 2014** στην **Αθήνα (Αίγλη Ζαππείου)**. Στόχος της είναι, για άλλη μια φορά, η ανάληψη δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στη συνεχή προαγωγή της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Το Συνέδριο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει η σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία στην καταπολέμηση πλήθους σοβαρών παθήσεων, οι οποίες, στις μέρες μας, πλήττουν πολυπαραγοντικά τεράστιο αριθμό ανθρώπων σε ολόκληρο τον κόσμο. Με πλήρη επίγνωση της υψηλής αποστολής της, η Παθολογία συνεχίζει να βρίσκεται στις «επάλξεις», προκειμένου να δώσει με σαφήνεια το σύγχρονο «στίγμα» μιας διαχρονικά ηγετικής θέσης στη διαμόρφωση πολυεπίπεδων στρατηγικών διάγνωσης και θεραπείας, για την προστασία του αγαθού της υγείας σε ολόκληρη τη χώρα.

Προς την κατεύθυνση αυτή κινείται και η θεματολογία του Συνεδρίου, η οποία εστιάζει σε όλα αυτά τα ζητήματα που ενδιαφέρουν και προβληματίζουν τους επιστήμονες, σήμερα και στο άμεσο μέλλον. Η ενσωμάτωση στο Πρόγραμμα διαλέξεων, στρογγυλών τραπεζιών, ελευθέρων και αναρτημένων ανακοινώσεων συμβάλλουν τόσο στην προβολή όλων των σύγχρονων εξελίξεων στο χώρο, όσο και στη βελτίωση της κατάρτισης των επιστημόνων που ασχολούνται με αυτόν.

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Ε.Π., νοιώθω την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους τους έγκριτους συναδέλφους που ενισχύουν με τη συμμετοχή και την επιστημονική τους επάρκεια την εκδήλωση και έχω την πεποίθηση ότι μέσα απ' αυτήν όλοι θα αποκομίσουμε σημαντικά οφέλη.

Με φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής Σωτήριος Α. Ράπτης

Πρόεδρος Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
Πρόεδρος 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:	Παναγιώτης Γ. Χαλβατσιώτης
Ταμίας:	Νικόλαος Κ. Τεντολούρης
Μέλη:	Γεώργιος Δ. Δημητριάδης Ξενοφών Κ. Κροκίδης Παναγιώτα Ι. Μήτρου Ελένη Ι. Μπουτάτη Αχιλλέας Α. Τουρκαντώνης

• Γενικός Συντονισμός Συνεδρίου και Επιστημονικού Προγράμματος: Ελένη Ι. Μπουτάτη

Φορέας Διοργάνωσης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

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



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



EUROPEAN
INSTITUTE OF HEALTH



Χορηγοί

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της:





Οργάνωση - Γραμματεία



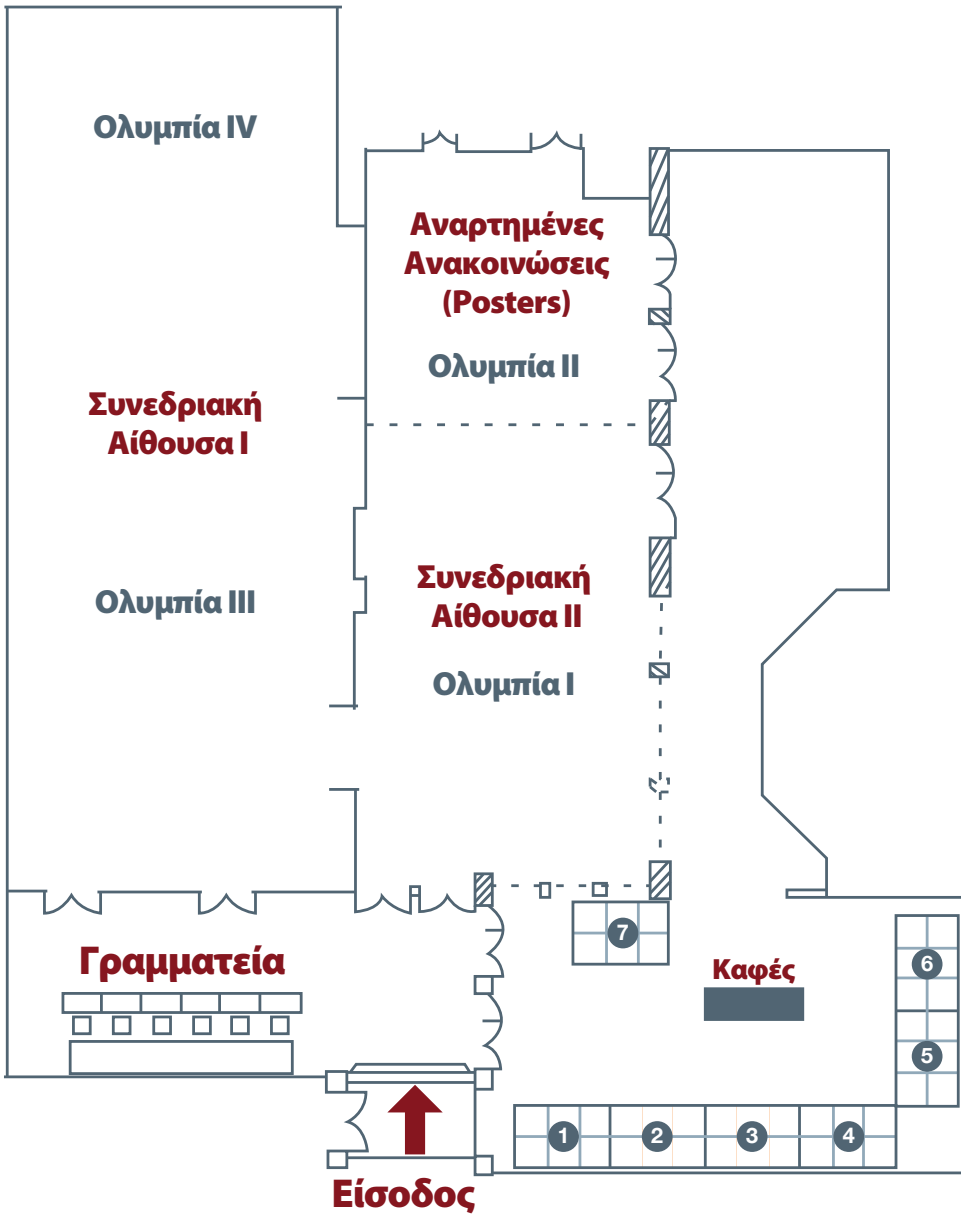
Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
Τηλ.: 210 6048 260, Fax: 210 6047 457
Web site: www.free-spirit.gr
E-mail: alebesei@free-spirit.gr

Πληροφορίες Συνεδρίου





Πλάνο Έκθεσης





Γενικές Πληροφορίες

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Οι εργασίες του 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου
Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)
θα πραγματοποιηθούν από
Πέμπτη 11 Δεκεμβρίου 2014
έως και το Σάββατο 13 Δεκεμβρίου 2014.

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Αίγλη Ζαππείου

Τηλ.: 210 3369300, Fax: 210 3252952

Website: www.aeglizappiou.gr

E-mail: info@aeglizappiou.gr

Αίθουσες:

ΟΛΥΜΠΙΑ I, II, III, IV

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 «ΟΛΥΜΠΙΑ», τις εξής ημέρες και
ώρες:

Πέμπτη, 11 Δεκεμβρίου 2014

11:00 - 21:00

Παρασκευή, 12 Δεκεμβρίου 2014

08:30 - 21:00

Σάββατο, 13 Δεκεμβρίου 2014

08:30 - 15:00



Πληροφορίες για Συμμετέχοντες

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κατηγορίες Συμμετεχόντων	Εγγραφή*
Μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	150,00 €
Μη μέλη Ε.Ε.Ε.Π.	160,00 €
Ειδικευόμενοι / Επαγγελματίες Υγείας	70,00 €
Φοιτητές / Νοσηλεύτες	ΔΩΡΕΑΝ

* Σε κάθε εγγραφή προστίθεται Φ.Π.Α. 23% με την έκδοση νόμιμου παραστατικού.

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
- Βεβαίωση παρακολούθησης
- Πιστοποιητικό συμμετοχής με μόρια για ιατρούς εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το **Σάββατο 13 Δεκεμβρίου 2014**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με **δεκαοκτώ (18)** 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 (Ιατρός) 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 Σύνοδοι κατά την εγγραφή τους.

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.**



Πληροφορίες για Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- Η ανάρτηση των ανακοινώσεων θα πραγματοποιηθεί την **Πέμπτη 11 Δεκεμβρίου 2014** και ώρα **08:00 - 12:00** στην **Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ II**.
- 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 13 Δεκεμβρίου 2014** και ώρα **11:00 - 15:00**. 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, 11 Δεκεμβρίου 2014

14:30 - 16:00	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ II
Σελ. 31 Θεματολογία: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ Συντονίστρια: Ε. Σαμπατάκου	AA01-AA07
Σελ. 32 Θεματολογία: ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ Συντονιστής: Κ. Τριανταφύλλου	AA08-AA13
Σελ. 33 Θεματολογία: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ I Συντονιστής: Α. Ράπτης	AA14-AA20

Παρασκευή, 12 Δεκεμβρίου 2014

14:30 - 16:00	ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ II
Σελ. 46 Θεματολογία: ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ Συντονίστρια: Μ. Πέππα	AA21-AA25
Σελ. 47 Θεματολογία: ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ Συντονιστής: Α. Μπάμιας	AA26-AA29
Σελ. 47 Θεματολογία: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ II Συντονιστής: Ν. Τούντας	AA30-AA36



Πληροφορίες για Προφορικές Ανακοινώσεις

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

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Παρασκευή, 12 Δεκεμβρίου 2014	
09:00 - 10:00	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ III, IV
Σελ. 40	ΠΑ01-ΠΑ04
Προφορικές Ανακοινώσεις I	
Συντονίστρια: Π. Μήτρου	

Σάββατο, 13 Δεκεμβρίου 2014	
09:00 - 10:00	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ III, IV
Σελ. 56	ΠΑ05-ΠΑ08
Προφορικές Ανακοινώσεις II	
Συντονιστής: Α. Γιαλούρης	

Σάββατο, 13 Δεκεμβρίου 2014	
09:00 - 10:00	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ I
Σελ. 59	ΠΑ09-ΠΑ12
Προφορικές Ανακοινώσεις III	
Συντονίστρια: Α. Θανοπούλου	

Βραβεύσεις Εργασιών

Κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου, το **Σάββατο 13 Δεκεμβρίου 2014** και ώρα **14:15 - 15:00** 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:

19° «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 19° Ιπποκράτειο Βραβείο θα δοθεί στην Καθηγήτρια Ελένη Κ. Γιαμαρέλλου.

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)
Professor Helen K. Giamarellou	Athens, Greece (2014)

14° 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.

14° «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΡΑΒΕΙΟ

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

Η απονομή των τιμητικών βραβείων θα πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της Εναρκτήριας Τελετής του Συνεδρίου, την Πέμπτη 11 Δεκεμβρίου 2014 και ώρα 20:00 στην αίθουσα Ολυμπία III, IV της Αίγλης Ζαπείου.



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 ειδικευμένο έως 3 έτη από την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Το βραβείο αυτό απονέμεται εις μνήμην του Δρ. Η. Φίλη (που φέτος συμπληρώνονται 12 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 500,00 ευρώ (1 βραβείο στην καλύτερη εργασία) που προσφέρεται από την οικογένειά του. Κατά την απονομή του βραβείου, 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 τριών 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.

20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Πέμπτη,
11 Δεκεμβρίου 2014**



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





Ωρα	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ III, IV
11:00 - 13:00	Εγγραφές
13:00 - 14:30	Επίκαιρη Ενημέρωση στην Αιματολογία «Τι καινούριο στη διάγνωση και αντιμετώπιση αιματολογικών νοσημάτων» Προεδρείο: Ε. Χανδρινού Ε. Γρουζή - «Τα νέα αντιπηκτικά στην κλινική πράξη» Σ. Κοκόρη - «Θρομβοφιλία: Έλεγχος πότε και γιατί» Β. Παππά - «Οξεία Λευχαιμία και Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα» Θ. Βασιλακόπουλος - «Λεμφώματα: Hodgkin - Non-Hodgkin» Μ.-Χ. Κυρτσώνη - «Πολλαπλούν Μυέλωμα»
14:30 - 16:00	Μεσημβρινή Διακοπή
16:00 - 17:30	Επίκαιρα Θέματα στη Νευρολογία «Καταστάσεις οξείας νευρολογικής δυσλειτουργίας» Προεδρείο: Ε. Σταμπουλής Α. Μπονάκης - «Κώμα» Β. Ζούβελου - «Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια νευρομυϊκής αιτιολογίας» Γ. Γασπαρινάτος - «Υπαραχνοειδής αιμορραγία» Ε. Σταμπουλής - «Σχολιασμός»
17:30 - 19:00	Επίκαιρη Ενημέρωση «Νεότερα δεδομένα για το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο» Προεδρείο: Γ. Τσιβγούλης Γ. Τσιβγούλης - «Ανασκόπηση των μελετών με τα νεώτερα αντιπηκτικά: τι προσφέρουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση» Ε. Μπουτάτη - «Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης, υπερπυρεξίας και υπεργλυκαιμίας στην οξεία φάση» Σπ. Βασδέκης, Η. Μπρούντζος - «Debate: Ενδαρτηρεκτομή έναντι stent στην αντιμετώπιση της συμπτωματικής στένωσης καρωτίδων»
19:00 - 19:30	Διάλεξη «Ιατρικές αναφορές στο αρχαίο Δράμα» Προεδρείο: Ε. Μπουτάτη Ομιλητής: Α. Γιαλούρης
19:30 - 21:00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ



Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ Ι	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ ΙΙ	Ώρα
		11:00 - 13:00
Στρογγυλό Τραπέζι «Εφαρμογές νέων τεχνολογιών στην Ανοσολογία - Μικροβιολογία» Προεδρείο: Εμμ. Φραγκούλης, Ο. Πανιάρα Α. Ψαρρά - «Κυτταρομετρία ροής: Αρχές και εξέλιξη της μεθόδου» Ε. Μαράτου - «Νεότερες εφαρμογές της κυτταρομετρίας ροής» Μ. - Ι. Χριστοδούλου - «Μοριακές τεχνικές» Ε. Πλατσούκα - «Εφαρμογές μοριακών τεχνικών στη διάγνωση λοιμώξεων»		13:00 - 14:30
Μεσημβρινή Διακοπή	Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων (AA01 - AA20)	14:30 - 16:00
Στρογγυλό Τραπέζι «Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του Νεφρολογικού ασθενή» Προεδρείο: Α. Τουρκαντώνης, Δ. Βλαχάκος Δ. Βλαχάκος - «Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης» Λ. Ραλλίδης - «Αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας - υπερτριγλυκεριδαιμίας» Σ. Κατσούδας - «Αντιμετώπιση της αναιμίας»		16:00 - 17:30
		17:30 - 19:00
		19:00 - 19:30
		19:30 - 21:00

Σημειώσεις

13:00 - 14:30

Επίκαιρη Ενημέρωση στην Αιματολογία

«Τι καινούριο στη διάγνωση και αντιμετώπιση αιματολογικών νοσημάτων»

Προεδρείο: Ε. Χανδρινού

Ομιλήτρια: Ε. Γρουζή

«Τα νέα αντιπηκτικά στην κλινική πράξη»

Ομιλήτρια: Σ. Κοκόρη

«Θρομβοφιλία: Έλεγχος πότε και γιατί»

Ομιλήτρια: Β. Παππά

«Οξεία Λευχαιμία και Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα»

Ομιλητής: Θ. Βασιλακόπουλος

«Λεμφώματα: Hodgkin - Non-Hodgkin»

Ομιλήτρια: Μ.-Χ. Κυρτσώνη

«Πολλαπλούν Μυέλωμα»

14:30 - 16:00

Μεσημβρινή Διακοπή

16:00 - 17:30

Επίκαιρα Θέματα στη Νευρολογία

«Καταστάσεις οξείας νευρολογικής δυσλειτουργίας»

Προεδρείο: Ε. Σταμπουλής

Ομιλητής: Α. Μπονάκης

«Κώμα»

Ομιλήτρια: Β. Ζούβελου

«Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια νευρομυϊκής αιτιολογίας»

Ομιλητής: Γ. Γασπαρινάτος

«Υπαραχνοειδής αιμορραγία»

Ομιλητής: Ε. Σταμπουλής

«Σχολιασμός»



17:30 - 19:00

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Νεότερα δεδομένα για το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο»

Προεδρείο: Γ. Τσιβγούλης

Ομιλητής: Γ. Τσιβγούλης

«Ανασκόπηση σλετών με τα νεώτερα αντιπηκτικά:
τι προσφέρουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση»

Ομιλήτρια: Ε. Μπουτάτη

«Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης, υπερπυρεξίας και υπεργλυκαιμίας
στην οξεία φάση»

Ομιλητές: Σπ. Βασδέκης, Η. Μπρούντζος

«Debate: Ενδαρτηρεκτομή έναντι stent στην αντιμετώπιση
της συμπτωματικής στένωσης καρωτίδων»

Σημειώσεις

19:00 - 19:30

Διάλεξη

«Ιατρικές αναφορές στο αρχαίο Δράμα»

Προεδρείο Ε. Μπουτάτη

Ομιλητής: Α. Γιαλούρης

Σημειώσεις

19:30 - 21:00

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης

19:30 - 20:00

Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί

• **Καθηγητής Σ.Α. Ράπτης**

Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας

(Έχουν προσκληθεί να παραστούν)

• Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών & Πάσης Ελλάδος

κ.κ. Ιερώνυμος

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.)

• **Κατερίνα Παπακώστα - Σιδηροπούλου**

Υφυπουργός Υγείας

• **Λεωνίδας Γρηγοράκος**

Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας

Κήρυξη Έναρξης Εργασιών του Συνεδρίου

Μάκης Βορίδης

Υπουργός Υγείας



20:00 - 20:30

Απονομή βραβείων

Παρουσίαση των βραβευομένων από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας Καθηγητή Σ.Α. Ράπτη

- «Βραβείο Β. Μαλάμου»

Καθηγητής Δημήτριος Α. Κελέκης

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Σπουδές & Σταδιοδρομία: Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ. - Ειδικότητα Ακτινολογίας, Ραδιολογίας και Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Γενεύης, Ελβετία. Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Γενεύης. Επιμελητής στην έδρα της Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών (1969 – 1973), Εντεταλμένος Υφηγητής της έδρας της Ακτινολογίας του Ε.Κ.Π.Α. (1973 - 1977), Διευθυντής του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» (1977 - 1986), Διευθυντής του Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία» (1986 - 1989), τακτικός Καθηγητής Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών (1989 -1992), Άμισθος Διευθυντής του Ακτινολογικού Τμήματος του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (1992), Καθηγητής Ακτινολογίας και εντολή Διδασκαλίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ε.Κ.Π.Α. (1991 - 1996), Καθηγητής Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. και Διευθυντής του Εργαστηρίου Ακτινολογίας του Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου (1996 - 2005), Διευθυντής του Β' Εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α., «Σισμανόγλειο» Νοσοκομείο (1992 - 2002), Διευθυντής του Β' Εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν» (2002 - 2005), Ομότιμος Καθηγητής Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής της Μονάδας Έρευνας Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης του Πανεπιστημίου Αθηνών, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο. Επιστημονικό έργο: Δημοσιεύσεις και Πρακτικά Συνεδρίων στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό (300), αυτοτελείς δημοσιεύσεις στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό (200) κτλ. Διδασκαλία: Σε Φοιτητές Ιατρικής, Ειδικευόμενους Ακτινολόγους και Μεταπτυχιακούς Φοιτητές από το 1965 μέχρι σήμερα.

Σημειώσεις



Σημειώσεις

• «Ασκληπιείο Βραβείο»

Δρ. Αθανάσιος Γ. Γιαλούρης

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Γεννήθηκε στην Αθήνα το 1952. Το 1969 αποφοίτησε από το Βαρβάκειο και το 1975 από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών με το βαθμό "άριστα". Εργάστηκε επί 25 χρόνια στη Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός", κοντά στους καθηγητές Κωνσταντίνο Γαρδίκια και Σωτήριο Ράπτη. Σε όλα αυτά τα χρόνια παράλληλα με τη νοσηλεία ασθενών με προβλήματα από όλους τους τομείς της Παθολογίας ανέπτυξε ιδιαίτερη ενασχόληση με τα Νοσήματα του Μεταβολισμού. Υπήρξε επί πολλά χρόνια υπεύθυνος του Λιπιδιολογικού εξωτερικού ιατρείου και της υπομονάδας Πορφυρίας και βασικό στέλεχος του Διαβητολογικού Κέντρου της Κλινικής. Ακόμη υπήρξε επί 12 έτη μέλος -και επί ορισμένα έτη Γενικός Γραμματέας- του Δ. Σ. της Ενώσεως Επιστημονικού Προσωπικού του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» ενώ επίσης διετέλεσε Διευθυντής Συντάξεως του ιατρικού περιοδικού «Νοσοκομειακά Χρονικά». Από το 2004 είναι Συντονιστής Διευθυντής της Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς». Είναι αριστούχος διδάκτωρ της Ιατρικής Αθηνών ενώ υπό την ευθύνη του έχουν εκπονηθεί 14 διδακτορικές διατριβές στην ίδια Σχολή. Επίσης είχε την κύρια ευθύνη για το συντονισμό της εκδόσεως του τόμου "Ιατρική και Υγεία" στα πλαίσια της "Εκπαιδευτικής Ελληνικής Εγκυκλοπαιδείας" της Εκδοτικής Αθηνών.

Έχει φιλοτεχνήσει 17 μεταφράσεις στη νεοελληνική γλώσσα έργων των αρχαίων τραγικών και κωμικών ποιητών, του Σαίξπηρ και του Ρακίνα. Έχει γράψει αρκετά διηγήματα, δημοσιευμένα σε διάφορα περιοδικά και 3 θεατρικά έργα. Τέλος έχει συνθέσει μουσική για χορικά αρχαίων δραμάτων καθώς και ένα συμφωνικό έργο και έχει μελοποιήσει ποιήματα Ελλήνων και ξένων ποιητών.



20:30 - 21:00

Ιπποκράτειο Βραβείο και Ιπποκράτειος Διάλεξη «70 χρόνια αντιβιοτικά: Ένα ταξίδι στο χρόνο»

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλήτρια: Καθηγήτρια Ελένη Κ. Γιαμαρέλλου

Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Λοιμωξιολόγος

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Σπουδές & Σταδιοδρομία: Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α. - Ειδικότητα Παθολογίας και Διδακτορικό στη Θεραπευτική Κλινική (Διευθυντής Καθηγητής Β. Μαλάμος). Μετεκπαίδευση στη Λοιμωξιολογία στις Η.Π.Α. (Abraham Lincoln School of Medicine, Chicago, Memorial Sloan Kettering, New York, Mayo Clinic, Rochester, Wadsworth Medical Center, Los Angeles). Πανεπιστημιακή Επιμελήτρια στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική (Λαϊκό Νοσοκομείο, Καθηγητής Γ.Κ. Δαΐκος), 1975-1982 - Υφηγήτρια Ε.Κ.Π.Α., 1981 - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α., 1991 - Καθηγήτρια Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α., 1997 - Διευθύντρια της νεοϊδρυθείσας Δ' Παθολογικής Κλινικής του Ε.Κ.Π.Α. στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, 1997-2003, και μετεγκατάσταση στο Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», 2003-2009, Εθνική Αντιπρόσωπος για τη μικροβιακή αντοχή στο Ε.Κ.Δ.Κ., 2007 έως σήμερα, Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας. Διδασκαλία: συνεχής στη Νοσολογία - Παθολογία επί 45 έτη - Εισαγωγή διδασκαλίας των Λοιμώξεων στους 3μηνίτες φοιτητές Παθολογίας με διαδραστικό σύστημα (interactive) για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Ερευνητικά Ενδιαφέροντα: Αντιμικροβιακή θεραπεία, πολιτική ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών, επιδημιολογία λοιμώξεων και μηχανισμοί αντοχής στα αντιβιοτικά, λοιμώξεις στη ΜΕΘ, PK/PDs αντιβιοτικών, πειραματικά πρότυπα λοιμώξεων (ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα, περιτονίτιδα), νοσοκομειακές λοιμώξεις, λοιμώξεις στην ουδετεροπενία. Μέλος 25 Ιατρικών Εταιρειών και 31 Συντακτικών Επιτροπών. Fellow of Infectious Diseases Society of America. Κριτής εργασιών σε 29 Διεθνή Περιοδικά. Ερευνητικό Έργο: 1397 εργασίες (1154 δημοσιεύτηκαν στο εξωτερικό) - 479 ερευνητικές δημοσιεύσεις σε περιοδικά του εξωτερικού μετά κρίση - >7700 αναφορές τους στη βιβλιογραφία - **h-factor 44**. Συγγραφή κεφαλαίων σε 52 βιβλία.

Σημειώσεις

21:00

Δεξίωση Υποδοχής

Σημειώσεις

13:00 - 14:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Εφαρμογές νέων τεχνολογιών στην Ανοσολογία - Μικροβιολογία»

Προεδρείο: Εμμ. Φραγκούλης, Ο. Πανιάρα

Ομιλήτρια: Α. Ψαρρά

«Κυτταρομετρία ροής: Αρχές και εξέλιξη της μεθόδου»

Ομιλήτρια: Ε. Μαράτου

«Νεότερες εφαρμογές της κυτταρομετρίας ροής»

Ομιλήτρια: Μ. - Ι. Χριστοδούλου

«Μοριακές τεχνικές»

Ομιλήτρια: Ε. Πλατσούκα

«Εφαρμογές μοριακών τεχνικών στη διάγνωση λοιμώξεων»

14:30 - 16:00

Μεσημβρινή Διακοπή

16:00 - 17:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του Νεφρολογικού ασθενή»

Προεδρείο: Α. Τουρκαντώνης, Δ. Βλαχάκος

Ομιλητής: Δ. Βλαχάκος

«Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης»

Ομιλητής: Λ. Ραλλίδης

«Αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας - υπερτριγλυκεριδαιμίας»

Ομιλητής: Σ. Κατσούδας

«Αντιμετώπιση της αναιμίας»



14:30 - 16:00

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (ΑΑ01 - ΑΑ07)

Συντονίστρια: Ε. Σαμπατάκου

Σημειώσεις

ΑΑ01. ΑΘΟΥΡΥΒΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΥΟΓΟΝΟΥ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS ΚΑΙ MICROCOCCLUS LUTEUS: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κληρίδου Μάρω¹, Ιωάννου Αντρέας¹,
Καρατσή Αλεξάνδρα², Φωτίου Ελένη¹, Πετρίδης Χρίστος³,
Χειμωνίδης Σόλων¹

¹ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

² Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γουδί, Αθήνα

³ Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

ΑΑ02. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Παπανικήτας Νικήτας¹, Βολονάκη Αικατερίνη¹,
Γκοντοσίδης Αθανάσιος¹, Πλιάκας Γεώργιος²,
Κανωτίδης Αναστάσιος³, Παπαντωνίου Υπακοή³

Γενική Κλινική Δωδεκανήσου EUROMEDICA ΡΟΔΟΥ

¹ Παθολογική Κλινική

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο

³ Ακτινολογικό Εργαστήριο

ΑΑ03. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Παυλάκης Μιχαήλ¹, Ρέντζιου Γιάννα¹, Ζολώτας Νικόλαος¹,
Λεωνοδοπούλου Θεώνη², Μοντσενίγος Θωμάς¹,
Σαφλιάνης Ιωάννης¹

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

² Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής
«Σισμανόγλειο»

ΑΑ04. ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ - ΕΝΑ ΑΙΤΙΟ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑΣ ΠΟΥ ΕΥΚΟΛΑ ΔΙΑΦΕΥΓΕΙ

Παρτάλης Νικόλαος¹, Κουδούνα Ασπασία¹,
Πήττας Κωνσταντίνος¹, Γκόγκου Αργυρώ²,
Καστανάκης Σεραφείμ¹, Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Σημειώσεις

**AA05. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (FUO)
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**
Πήττας Κωνσταντίνος¹, Λουράκη Νικολέτα¹,
Γκόγκου Αργυρώ², Μπαμπίλη Κωνσταντίνα¹,
Τριανταφυλλίδου Δομνίκη¹, Καστανάκης Σεραφείμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

**AA06. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΥΟΓΟΝΟ ΗΠΑΤΙΚΟ
ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ**

Δρανδάκη Μαρία¹, Κοσμίδου Κυριακή¹,
Νικολιδάκη Αφροδίτη¹, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη¹,
Κόρακας Παναγιώτης², Καστανάκης Σεραφείμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

**AA07. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΦΥΣΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ
ΑΠΟ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Μαστακούρα Γεωργία, Κολυβάς Γεώργιος, Σχινά Μαρία,
Μουσουλής Γεώργιος

Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ (AA08 - AA13)

Συντονιστής: Κ. Τριανταφύλλου

**AA08. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΗ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

Δεληγιάννης Γεώργιος¹, Παπαδάτος Σταμάτης¹,
Μπαζούκης Γεώργιος², Μυλωνάς Στέφανος¹,
Ζήσης Χρήστος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Ειδικεύομενος Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Η Ελπίς»

**AA09. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ (ΟΠ) ΧΩΡΙΣ ΚΙΝΗΣΗ ΑΜΥΛΑΣΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ**

Παπαδάτος Σταμάτης, Δεληγιάννης Γεώργιος,
Μυλωνάς Στέφανος, Ζήσης Χρήστος

Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων


ΑΑ10. ΑΦΘΩΔΗ ΕΛΚΗ, ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ

Σημειώσεις

Καρράς Γ.¹, Θεοδωρίδου Α.²¹ ΕΟΠΥΥ - Μονάδα Υγείας Λάρισας² Εργαστήριο Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Π.Γ.Ν. Λάρισας
ΑΑ11. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ
Καρράς Γεώργιος

ΕΟΠΥΥ Λάρισας

ΑΑ12. ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΜΕΘΑΝΔΡΟΣΤΕΝΟΛΟΝΗΣ

Λουκά Ειρήνη-Στυλιανή, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Σιαμπλή Μαρία, Γιάνναινας Νικόλαος,
Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη,
Παππαδά Αγγελική, Αλεξίου Ζωή

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

ΑΑ13. ΣΥΝΔΡΟΜΟ WERNICKE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Κεφαλά Φερονίκη, Παπαδόπουλος Πάρις,
Ρήγα Τασιούλα, Πολύζου Αρχοντούλα, Τσιβιλής Ιωάννης,
Κουζανίδης Πέτρος, Πετσιμέρη Βασιλική,
Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ Ι (ΑΑ14 - ΑΑ20)
Συντονιστής: Α. Ράπτης
ΑΑ14. ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μακίνα Άννα¹, Ιωάννου Αλκιβιάδης¹, Βιτώρος Βασίλειος¹,
Σκούρα Ειρήνη¹, Κουπετώρη Μαρίνα¹,
Καταξάκη Ευαγγελία², Συμπάρδη Στυλιανή¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική² Ρευματολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
ΑΑ15. ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ

Λαμπρινούδης Γεώργιος, Φούντας Επαμεινώνδας,
Μαράκκου Ελένη, Ζαχαράκη Αναστασία,
Τουλιάτου Αικατερίνη

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

Σημειώσεις

AA16. Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ Β-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΔΥΟ ΕΘΝΟΤΗΤΩΝ (ΝΟΤΙΟ ΑΣΙΑΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΥΚΑΣΙΟΙ)

Γεραγώτου Θέκλα^{1,2}, Jainandunsing Sjaam¹, Özcan Behiye¹, de Rooij Felix¹, Κόκκινος Αλέξανδρος¹, Τεντολούρης Νικόλαος², Sijbrands Eric J.G.¹

¹ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρικό κέντρο Εράσμου (Erasmus mc) - Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ρότερνταμ (University Medical Center Rotterdam), Ολλανδία

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών, Ελλάδα

AA17. ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΟΪΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ;

Παππά Ευθυμία, Δούμας Ιωάννης, Σαρρής Ευάγγελος, Λαϊνά Αγγελική, Μάλιος Ιωάννης, Ξυδάκη Αικατερίνη, Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

AA18. ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΩΔΗΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Μητράκης Γεώργιος, Ξυδάκη Αικατερίνη, Σαρρής Ευάγγελος, Δούμας Ιωάννης, Μάζαρης Σάββας, Οικονόμου Δημήτριος, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος, Λούπα Χαρίκλεια

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

AA19. ΔΗΓΜΑ ΜΑΥΡΗΣ ΧΗΡΑΣ

Καρκαμάνης Αχιλλέας, Λουκίνα Ασημίνα, Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Σταυρουλάκη Γεωργία, Δραντάκη Βασιλική, Δημόπουλος Γεώργιος, Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Άργους

AA20. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Παππά Ευτυχία, Ραχιώτης Χρίστος, Βασταρδή Ελένη, Βαζαίου - Γερασιμίδη Ανδριανή

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Παρασκευή,
12 Δεκεμβρίου 2014**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
12-12-2014



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





Ωρα	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ III, IV
09:00 - 10:00	Προφορικές Ανακοινώσεις I (ΠΑ01 - ΠΑ04)
10:00 - 11:30	Στρογγυλό Τραπέζι «Στυτική δυσλειτουργία - Ακράτεια ούρων: Προάγγελοι για καρδιομεταβολικά νοσήματα» Προεδρείο: Ν.Λ. Κατσιλάμπρος Β. Πρωτογέρου - «Στυτική δυσλειτουργία» Μ. Χρυσοφός - «Ακράτεια ούρων - Αντιμετώπιση» Π. Χαλβατσιώτης - «Ενδείξεις για συσχέτιση με καρδιομεταβολικά νοσήματα»
11:30 - 12:00	Διάλεξη «Ο ρόλος του HPV στον καρκίνο του στοματοφάρυγγα» Προεδρείο: Α. Μπάμιας Ομιλήτρια: Α. Ψυρρή
12:00 - 12:30	Διάλειμμα
12:30 - 14:00	Επίκαιρη Ενημέρωση «Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση συχνών καρδιαγγειακών παθήσεων» Προεδρείο: Δ.Θ. Κρεμαστινός Ι. Παρίσης - «Σύγχρονη αντιμετώπιση της Καρδιακής Ανεπάρκειας» Ν. Δαγρές - «Κολπική μαρμαρυγή: νεότερα αντιπηκτικά»
14:00 - 14:30	Διάλεξη «Νεότερες εξελίξεις της θεραπείας της χρόνιας ηπατίτιδας C» Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: Γ. Νταλέκος
14:30 - 16:00	Μεσημβρινή Διακοπή
16:00 - 17:30	Επίκαιρη Ενημέρωση «Κατευθυντήριες οδηγίες διαλογής (screening) για τα πιο συχνά νεοπλάσματα» Προεδρείο: Α. Πολύζος, Κ.Ν. Συρίγος Φ. Ζαγουρή - «Καρκίνος του Μαστού» Ε. Φελέκουρας - «Καρκίνος του Παχέος Εντέρου» Δ. Μητρόπουλος - «Καρκίνος του Προστάτη» Σ. Τσαγκούλη - «Καρκίνος του Πνεύμονα»
17:30 - 19:00	Επίκαιρη Ενημέρωση «Μοριακή θεραπεία του καρκίνου: παρόν & προοπτικές» Προεδρείο: Ε. Πατσούρης, Κ.Ν. Συρίγος Φ. Ζαγουρή - «Καρκίνος του Μαστού» Κ. Γεννατάς - «Καρκίνος του Παχέος Εντέρου» Α. Ντόκου - «Καρκίνος του Προστάτη» Π. Μπούρα - «Καρκίνος του Πνεύμονα»
19:00 - 19:30	Διάλεξη «Βιοδείκτες σήψης» Προεδρείο: Κ. Κανελλακοπούλου Ομιλητής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης
19:30 - 20:00	Δορυφορική Διάλεξη Εταιρίας Astellas «Αντιμετώπιση της διάρροιας από Clostridium Difficile» Προεδρείο: Λ. Ζέρβα Ομιλητής: Α. Πεφάνης
20:00 - 21:00	Στρογγυλό Τραπέζι - Επίκαιρη Ενημέρωση «Τι έχουμε μάθει και τι καινούριο έρχεται στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη» Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης, Ν.Λ. Κατσιλάμπρος Α. Κόκκινος - «Καινούρια αντιδιαβητικά δισκία» Α. Θανοπούλου - «Καινούριες ινσουλίνες και νέα υποδορίως χορηγούμενα σκευάσματα» Ν. Τεντολούρης - «Τι μάθαμε, τι ξέρουμε και τι δεν ξέρουμε»



Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ Ι	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ ΙΙ	Ώρα
		09:00 - 10:00
		10:00 - 10:30
Στρογγυλό Τραπέζι		
«Δερματικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων»		
Προεδρείο: Α. Στρατηγός		10:30 - 11:30
Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης - «Δερματικές εκδηλώσεις στις λοιμώξεις»		
Α. Μπεφόν - «Σοβαρές δερματικές εκδηλώσεις από φάρμακα»		
Γ. Αυγερινού - «Δερματικές εκδηλώσεις στα κυριότερα ρευματικά νοσήματα»		11:30 - 12:00
Ε. Παπαδανίδ - «Δερματικές εκδηλώσεις σε αιματολογικά νοσήματα»		
Διάλειμμα		
		12:00 - 12:30
Επίκαιρη Ενημέρωση		
«Παρακολούθηση βαρέως πασχόντων εκτός ΜΕΘ»		
Προεδρείο: Σ. Ζακυνθινός		
Ι. Καλομενίδης - «Αέρια αίματος - Από τη θεωρία στην κλινική εκτίμηση»		12:30 - 14:00
Α. Κουτσούκου - «Σύνδρομο Οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS)»		
Α. Φλεβάρη - «Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός στον κοινό θάλαμο»		
Μ. Θεοδωρακοπούλου, Β. Τσαγκάρη - «Εντερική/ Παρεντερική διατροφή στο βαριά πάσχοντα ασθενή: Κατευθυντήριες οδηγίες & νεότερα δεδομένα»		
Μεσημβρινή Διακοπή		
Στρογγυλό Τραπέζι - Επίκαιρη Ενημέρωση		
«Τι νεότερο στα αυτοάνοσα νοσήματα»		
Προεδρείο: Γ. Βαϊόπουλος		
Γ. Βαϊόπουλος - «Τι νεότερο στα αυτοάνοσα νοσήματα του συνδετικού ιστού»		
Σ. Ντουράκης - «Αυτοάνοσα νοσήματα ήπατος: Αλληλοεπικαλύψεις και άτυπες παρουσιάσεις»		16:00 - 17:30
Μ. Τεκτονίδου - «Νεότερα δεδομένα στο αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο»		
Γ. Καραμανώλης - «Ανοσολογικές συνιστώσες της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου»		
Μ. Πέππα - «Διαγνωστικά διλήμματα στον αυτοάνοση αιτιολογία σακχαρώδη διαβήτη και στα αυτοάνοσα νοσήματα του θυρεοειδούς»		
		17:30 - 19:00
		19:00 - 19:30
		19:30 - 20:00
		20:00 - 21:00

14:30 - 16:00
**Παρουσίαση
Αναρτημένων
Ανακοινώσεων
(AA21 - AA36)**



Σημειώσεις

09:00 - 10:00

Προφορικές Ανακοινώσεις I

(ΠΑ01 - ΠΑ04)

Συντονίστρια: Π. Μήτρου

ΠΑ01. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IL6174GC ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 6 ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Στεφανάδης Χριστόδουλος², Τούσουλης Δημήτριος²

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

ΠΑ02. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IL6174GC ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 6 ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Στεφανάδης Χριστόδουλος², Τούσουλης Δημήτριος²

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

ΠΑ03. ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πάνου Χαράλαμπος¹, Μπιστιάνου Μαγδαληνή², Αστρέχα Δήμητρα², Μαλλιαρού Ευγενία², Καλύβας Μάριος², Δάμπασης Δημήτριος², Καραμπουσλή Ελίνα², Λιασκώνη Κωνσταντία¹, Λαναράς Λεωνίδας²

¹ Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

² Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Λαμίας

**ΠΑ04. CRP ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ**

Σημειώσεις

Σταματελάτου Μαρία³, Τσιότρα Παναγούλα²,
Κακαβά Εύη¹, Μήτρου Παναγιώτα², Μαράτου Ειρήνη²,
Δημητριάδης Γεώργιος¹, Ράπτης Σωτήριος²,
Μπουτάτη Ελένη¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

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

³ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρου Υγείας
Σητείας, Σητεία

10:00 - 11:30**Στρογγυλό Τραπέζι**

«Στυτική δυσλειτουργία - Ακράτεια ούρων:

Προάγγελοι για καρδιομεταβολικά νοσήματα;»

*Προεδρείο: Ν.Λ. Κατσιλάμπρος**Ομιλητής: Β. Πρωτογέρου*

«Στυτική δυσλειτουργία»

Ομιλητής: Μ. Χρυσοφός

«Ακράτεια ούρων - Αντιμετώπιση»

Ομιλητής: Π. Χαλβατσιώτης

«Ενδείξεις για συσχέτιση με καρδιομεταβολικά νοσήματα»

11:30 - 12:00**Διάλεξη**

«Ο ρόλος του HPV στον καρκίνο του στοματοφάρυγγα»

*Προεδρείο: Α. Μπάμιας**Ομιλήτρια: Α. Ψυρρή***12:00 - 12:30****Διάλειμμα****12:30 - 14:00****Επίκαιρη Ενημέρωση**«Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση συχνών καρδιαγγειακών
παθήσεων»*Προεδρείο: Δ.Θ. Κρεμαστινός**Ομιλητής: Ι. Παρίσης*

«Σύγχρονη αντιμετώπιση της Καρδιακής Ανεπάρκειας»

Ομιλητής: Ν. Δαγρές

«Κολπική μαρμαρυγή: νεότερα αντιπηκτικά»



Σημειώσεις

14:00 - 14:30

Διάλεξη

«Νεότερες εξελίξεις της θεραπείας της χρόνιας ηπατίτιδας C»

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλητής: Γ. Νταλέκος

14:30 - 16:00

Μεσημβρινή Διακοπή

16:00 - 17:30

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Κατευθυντήριες οδηγίες διαλογής (screening) για τα πιο συχνά νεοπλάσματα»

Προεδρείο: Α. Πολύζος, Κ.Ν. Συρίγος

Ομιλήτρια: Φ. Ζαγουρή

«Καρκίνος του Μαστού»

Ομιλητής: Ε. Φελέκουρας

«Καρκίνος του Παχέος Εντέρου»

Ομιλητής: Δ. Μητρόπουλος

«Καρκίνος του Προστάτη»

Ομιλήτρια: Σ. Τσαγκούλη

«Καρκίνος του Πνεύμονα»

17:30 - 19:00

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Μοριακή θεραπεία του καρκίνου: παρόν & προοπτικές»

Προεδρείο: Ε. Πατσούρης, Κ.Ν. Συρίγος

Ομιλήτρια: Φ. Ζαγουρή

«Καρκίνος του Μαστού»

Ομιλητής: Κ. Γεννατάς

«Καρκίνος του Παχέος Εντέρου»

Ομιλήτρια: Α. Ντόκου

«Καρκίνος του Προστάτη»

Ομιλήτρια: Π. Μπούρα

«Καρκίνος του Πνεύμονα»

19:00 - 19:30

Διάλεξη

«Βιοδείκτες σήψης»

Προεδρείο: Κ. Κανελλακοπούλου

Ομιλητής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης



19:30 - 20:00

Δορυφορική Διάλεξη Εταιρίας Astellas

«Αντιμετώπιση της διάρροιας από *Clostridium Difficile*»

Προεδρείο: Λ. Ζέρβα

Ομιλητής: Α. Πεφάνης

20:00 - 21:00

Στρογγυλό Τραπέζι

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Τι έχουμε μάθει και τι καινούριο έρχεται στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη»

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης, Ν.Α. Κατσιλάμπρος

Ομιλητής: Α. Κόκκινος

«Καινούρια αντιδιαβητικά δισκία»

Ομιλήτρια: Α. Θανοπούλου

«Καινούριες ινσουλίνες και νέα υποδορίως χορηγούμενα σκευάσματα»

Ομιλητής: Ν. Τεντολούρης

«Τι μάθαμε, τι ξέρουμε και τι δεν ξέρουμε»

Σημειώσεις

Σημειώσεις

10:30 - 12:00

Στρογγυλό Τραπέζι

«Δερματικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων»

Προεδρείο: Α. Στρατηγός

Ομιλητής: Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

«Δερματικές εκδηλώσεις στις λοιμώξεις»

Ομιλήτρια: Α. Μπεφόν

«Σοβαρές δερματικές εκδηλώσεις από φάρμακα»

Ομιλήτρια: Γ. Αυγερινού

«Δερματικές εκδηλώσεις στα κυριότερα ρευματικά νοσήματα»

Ομιλήτρια: Ε. Παπαδαυίδ

«Δερματικές εκδηλώσεις σε αιματολογικά νοσήματα»

12:00 - 12:30

Διάλειμμα

12:30 - 14:00

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Παρακολούθηση βαρέως πασχόντων εκτός ΜΕΘ»

Προεδρείο: Σ. Ζακυνθινός

Ομιλητής: Ι. Καλομενίδης

«Αέρια αίματος - Από τη θεωρία στην κλινική εκτίμηση»

Ομιλήτρια: Α. Κουτσούκου

«Σύνδρομο Οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS)»

Ομιλήτρια: Α. Φλεβάρη

«Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός στον κοινό θάλαμο»

Ομιλήτριες: Μ. Θεοδωρακοπούλου, Β. Τσαγκάρη

«Εντερική/Παρεντερική διατροφή στο βαριά πάσχοντα ασθενή: Κατευθυντήριες οδηγίες & νεότερα δεδομένα»

14:00 - 16:00

Μεσημβρινή Διακοπή



16:00 - 17:30

Στρογγυλό Τραπέζι

Επίκαιρη Ενημέρωση

«Τι νεότερο στα αυτοάνοσα νοσήματα»

Προεδρείο: Γ. Βαϊόπουλος

Ομιλητής: Γ. Βαϊόπουλος

«Τι νεότερο στα αυτοάνοσα νοσήματα του συνδετικού ιστού»

Ομιλητής: Σ. Ντουράκης

«Αυτοάνοσα νοσήματα ήπατος: Αλληλοεπικαλύψεις και άτυπες παρουσιάσεις»

Ομιλήτρια: Μ. Τεκτονίδου

«Νεότερα δεδομένα στο αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο»

Ομιλητής: Γ. Καραμανώλης

«Ανοσολογικές συνιστώσες της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου»

Ομιλήτρια: Μ. Πέππα

«Διαγνωστικά διλήμματα στον αυτοάνοσης αιτιολογίας σακχαρώδη διαβήτη και στα αυτοάνοσα νοσήματα του θυρεοειδούς»

Σημειώσεις

Σημειώσεις

14:30 - 16:00

Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ (ΑΑ21 - ΑΑ25)

Συντονίστρια: Μ. Πέππα

ΑΑ21. ΣΩΜΑΤΟΤΡΟΦΟ ΜΑΚΡΟΑΔΕΝΩΜΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΝΙΚΟΚΛΟΝΙΚΟΥΣ ΣΠΑΣΜΟΥΣ - ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιωάννου Αντρέας, Φωτίου Ελένη, Αζίνα - Ζίττη Χαρά, Κληρίδου Μάρω, Χειμωνίδης Σόλων

Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

ΑΑ22. ΝΟΣΟΣ CONN ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σιαμπλή Μαρία, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Λεκκάκου Λεώνη, Λουκά Ειρήνη - Στυλιανή, Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία, Αλεξίου Ζωή

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

ΑΑ23. ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ

Οικονόμου Δημήτριος, Λαϊνά Αγγελική, Ξυδάκη Αικατερίνη, Μάζαρης Σάββας, Μητράκης Γεώργιος, Κούκη Αικατερίνη, Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

ΑΑ24. ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Κατσουλάκη Μαρία¹, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα¹, Παρτσαλάκη Ειρήνη¹, Μπίτσης Σπυρίδων², Καστανάκης Σεραφείμ¹, Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική κλινική Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Ενδοκρινολογικό τμήμα Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

ΑΑ25. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BRUGADA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Κτωρής Ζαχαρίας¹, Φωτίου Ελένη², Λεριού Λάουρα², Ιωάννου Αντρέας², Κληρίδου Μάρω², Νικολαΐδης Λευτέρης¹, Χειμωνίδης Σόλων¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

**ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ (ΑΑ26 - ΑΑ29)**

Σημειώσεις

Συντονιστής: Α. Μπάμιας**ΑΑ26. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ (ΟΠΙΝ)**Δεληγιάννης Γεώργιος, Παπαδάτος Σταμάτης,
Μυλωνάς Στέφανος, Ζήσης Χρήστος

Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΑΑ27. ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΩΣ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟ ΝΕΦΡΟΥΠανταζή Αικατερίνη, Χρυσανθακοπούλου Μαρία,
Παπαγεωργίου Ελένη, Νοδάρας Χρήστος,
Βρέκος Παναγιώτης, Βόσσου Μαρία,
Κουτσομπός Νικόλαος, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα,
Αλεξίου Ζωή

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

ΑΑ28. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΙΓ'S ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΔΕΙΚΤΗ Ca-125Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Νοδάρας Χρήστος,
Βρέκος Παναγιώτης, Πανταζή Αικατερίνη,
Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη,
Αλεξίου Ζωή

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

ΑΑ29. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝΚαρράς Γεώργιος

Παθολογικό Τμήμα «Ιασώ Θεσσαλίας»

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ II (ΑΑ30 - ΑΑ36)**Συντονιστής: Ν. Τούντας****ΑΑ30. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RAMSAY-HUNT ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟ ΜΕ ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**Φωτίου Ελένη, Ιωάννου Αντρέας, Κληρίδου Μάρω,
Χειμωνίδης ΣόλωνΠαθολογική Κλινική, Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας,
Λευκωσία, Κύπρος



Σημειώσεις

ΑΑ31. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΠΛΕ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

Παρτάλης Νικόλαος¹, Κατσουλάκη Μαρία¹,
Δρανδάκη Μαρία¹, Νικολιδάκη Αφροδίτη¹,
Μουστάρδας Μάριος², Καστανάκης Σεραφεΐμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Αγγειοχειρουργός - Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών

ΑΑ32. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΕΞΙΟΚΑΡΔΙΑ-ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Κεσισίδου Χαρίκλεια¹, Τσαβδαρίδης Ιωάννης²,
Τσανακτσίδης Ιωάννης³, Σάκκου Αγνή¹,
Μιχοπούλου Δέσποινα¹, Ξανθόπουλος Κυριάκος¹,
Αραπίδου Ζωή¹, Μυρωνίδου - Τζουβελέκη Μαρία²

¹ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Φλώρινας

² Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

³ Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, 424 ΓΣΝΕ

ΑΑ33. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΦΙΔΙΟΥ

Κεσισίδου Χαρίκλεια¹, Τσαβδαρίδης Ιωάννης²,
Τσανακτσίδης Ιωάννης³, Σάκκου Αγνή¹,
Μιχοπούλου Δέσποινα¹, Ξανθόπουλος Κυριάκος¹,
Πατσουράκος Δημήτριος¹, Κωνσταντίνου Ιωάννης¹,
Μυρωνίδου - Τζουβελέκη Μαρία²

¹ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Φλώρινας

² Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

³ Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, 424 ΓΣΝΕ

ΑΑ34. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Κλεάνθους Αγγελική, Ξενοφώντος Έλενα,
Νικηφόρου Δήμητρα, Βουνού Εμμέλεια
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού

ΑΑ35. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BECHET

Βγενπούλου Ιωάννα¹, Μακρής Νικόλαος², Σαρίδη Μαρία³

¹ Προπτυχιακή Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

² Απόφοιτος Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος



**ΑΑ36. ΟΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΚΥΡΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΘΙΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ**

Αλεξίου Νικόλαος¹, Βιτώρος Βασίλειος¹, Σκούρα Ειρήνη¹,
Κοτινά Ειρήνη¹, Πάλλα Σοφία², Πολίτης Εμμανουήλ²,
Μαλέγγος Ιωάννης², Συμπάρδη Στυλιανή¹

¹ Α΄ Παθολογικό Τμήμα

² Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. «ΘΡΙΑΣΙΟ»

Σημειώσεις

[illegible]

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Σάββατο,
13 Δεκεμβρίου 2014**



20 Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



Ωρα	Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ III, IV
09:00 - 10:00	Προφορικές Ανακοινώσεις II (ΠΑ05 - ΠΑ08)
10:00 - 11:30	Στρογγυλό Τραπέζι «Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του τύπου 2 Σακχαρώδη Διαβήτη» Προεδρείο: Ν.Λ. Κατσιλάμπρος, Γ. Δημητριάδης Β. Λαμπαδιάρη - «Μελέτες καινούριων από του στόματος υπογλυκαιμικών παραγόντων» Α. Ράπτης - «Μελέτες καινούριων ινσουλινών Π. Χαλβατσιώτης, Ε. Μπουτάτη - «Κατευθυντήριες οδηγίες στον καιρό της "οικονομικής κρίσης" - Debate: Υπέρ-Κατά» Π. Μήτρου - «Προτεραιότητα ο ασθενής» Γ. Δημητριάδης - «Συμπεράσματα»
11:30 - 12:00	Διάλεξη «Εμβολιαστικό πρόγραμμα ενηλίκων στην Ελλάδα του 2014» Προεδρείο: Ε. Μπουτάτη Ομιλητής: Γ. Δημόπουλος
12:00 - 12:45	Δορυφορική Διάλεξη Εταιρίας Astra Zeneca «Έλεγχος της γλυκαιμίας ανεξάρτητα από την ινσουλίνη - κλινική εμπειρία με τους SGLT2 αναστολείς» Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης Ομιλητής: Π. Χαλβατσιώτης
12:45 - 13:15	Διάλειμμα
13:15 - 13:45	Διάλεξη «Εμπολα» Προεδρείο: Ε. Γιαμαρέλλου Ομιλητής: Γ. Δαΐκος
13:45 - 14:15	Διάλεξη «Οι ασθένειες της υγείας» Προεδρείο: Λ. Λιαρόπουλος Ομιλητής: Ξ. Κροκίδης
14:15 - 15:00	ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΙΜΗΤΙΚΕΣ ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ Ι	Ώρα
Προφορικές Ανακοινώσεις III (ΠΑ09 - ΠΑ12)	09:00 - 10:00
Στρογγυλό Τραπέζι «Κοιλιοκάκη στους ενήλικες» Προεδρείο: Κ. Τριανταφύλλου Κ. Τριανταφύλλου - «Εισαγωγή» Χ. Μάλλη - «Το φάσμα των νοσημάτων που σχετίζονται με τη γλουτένη» Σ. Σγούρος - «Το παγόβουνο της κοιλιοκάκης» Ν. Αθανασόπουλος - «Εργαστηριακή διερεύνηση της κοιλιοκάκης» Κ. Τριανταφύλλου - «Θεραπεία και παρακολούθηση»	10:00 - 11:30
	11:30 - 12:00
	12:00 - 12:45
	12:45 - 13:15
	13:15 - 13:45
	13:45 - 14:15
	14:15 - 15:00

Σημειώσεις

09:00 - 10:00

Προφορικές Ανακοινώσεις II

(ΠΑ05 - ΠΑ08)

Συντονιστής: Α. Γιαλούρης

ΠΑ05. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Τσάλτα Δανάη, Κορακάκης Γεώργιος,
Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος, Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα,
Γριβάκου Ευγενία, Πετσιμέρη Βασιλική,
Νικολόπουλος Αθανάσιος, Ιωαννίδης Ιωάννης,
Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

ΠΑ06. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΟΕΙΔΟΥΣ ΤΥΠΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μαστακούρα Γεωργία, Κολυβάς Γεώργιος,
Κουκουφίκη Ειρήνη, Σχινά Μαρία, Μουσούλης Γεώργιος
Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΠΑ07. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΥΕΛΟΠΕΡΟΞΕΙΔΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Σταματελάτου Μαρία³, Τσιότρα Παναγούλα²,
Μαράτου Ειρήνη², Δημητριάδης Γεώργιος¹,
Ράπτης Σωτήριος², Μπουτάτη Ελένη¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

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

³ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Κέντρου Υγείας
Σητείας, Σητεία



ΠΑ08. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΙΚΤΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΛΙΠΑΙΜΙΑ, ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΚΑΙ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Αργυρακοπούλου Γεωργία¹,
Διαμάντη - Κανδαράκη Ευανθία²,
Μακρυλάκης Κωνσταντίνος¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹,
Κόκκινος Αλέξανδρος¹, Περρέα Δέσποινα³,
Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Ράπτης Σωτήριος⁴

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

³ Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερευνας (Ν.Σ. Χρηστέα), Ιατρική Σχολή Αθηνών

⁴ Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Σημειώσεις

10:00 - 11:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του τύπου 2 Σακχαρώδη Διαβήτη»

Προεδρείο: Ν.Α. Κατσιλάμπρος, Γ. Δημητριάδης

Ομιλήτρια: Β. Λαμπαδιάρη

«Μελέτες καινούριων από του στόματος υπογλυκαιμικών παραγόντων»

Ομιλητής: Α. Ράπτης

«Μελέτες καινούριων ινσουλινών

Ομιλητές: Π. Χαλβατσιώτης, Ε. Μπουτάτη

«Κατευθυντήριες οδηγίες στον καιρό της "οικονομικής κρίσης" - Debate: Υπέρ-Κατά»

Ομιλήτρια: Π. Μήτρου

«Προτεραιότητα ο ασθενής»

Ομιλητής: Γ. Δημητριάδης

«Συμπεράσματα»

11:30 - 12:00

Διάλεξη

«Εμβολιαστικό πρόγραμμα ενηλίκων στην Ελλάδα του 2014»

Προεδρείο: Ε. Μπουτάτη

Ομιλητής: Γ. Δημόπουλος

Σημειώσεις

12:00 - 12:45

Δορυφορική Διάλεξη Εταιρίας Astra Zeneca

«Έλεγχος της γλυκαιμίας ανεξάρτητα από την ινσουλίνη - κλινική εμπειρία με τους SGLT2 αναστολείς»

Προεδρείο: Σ.Α. Ράπτης

Ομιλητής: Π. Χαλβατσιώτης

12:45 - 13:15

Διάλειμμα

13:15 - 13:45

Διάλεξη

«Έμπολα»

Προεδρείο: Ε. Γιαμαρέλλου

Ομιλητής: Γ. Δαΐκος

13:45 - 14:15

Διάλεξη

«Οι ασθένειες της υγείας»

Προεδρείο: Λ. Λιαρόπουλος

Ομιλητής: Ξ. Κροκίδης

14:15 - 15:00

ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΤΙΜΗΤΙΚΕΣ ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



09:00 - 10:00

Προφορικές Ανακοινώσεις III
(ΠΑ09 - ΠΑ12)**Συντονίστρια: Α. Θανοπούλου**

Σημειώσεις

ΠΑ09. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ

Μπρισιτιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος²,
Χατζιδάκης Ιωάννης¹, Καλαντζή Αθανασία¹,
Παπαγγελή Ελένη¹, Ελ Χατζ Γιασμί¹, Καραμπουσλή Ελίνα¹,
Λιασκώνη Κωνσταντία², Τσιλιγκρού Βαίνα³

¹ Παθολογική Κλινική² Ουρολογική Κλινική³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

Γ.Ν. Λαμίας

ΠΑ10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΧΕΟΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Παπαδημητρίου Ευαγγελία¹, Μπρισιτιάνου Μαγδαληνή¹,
Καραμπουσλή Ελίνα¹, Τσιλιγκρού Βαίνα³,
Πάνου Χαράλαμπος²

¹ Παθολογική Κλινική² Ουρολογική Κλινική³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

Γ.Ν. Λαμίας

ΠΑ11. Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ξυδάκη Αικατερίνη, Μάζαρης Σάββας, Δούμας Ιωάννης,
Οικονόμου Δημήτριος, Λαϊνά Αγγελική, Σαρρής Ευάγγελος,
Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

ΠΑ12. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Τσάλτα Δανάη, Κορακάκης Γεώργιος,
Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα, Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος,
Βεργόπουλος Γεώργιος, Πολύζου Αρχοντούλα,
Νικολόπουλος Αθανάσιος, Ιωαννίδης Ιωάννης,
Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»



Σημειώσεις

10:00 - 11:30

Στρογγυλό Τραπέζι

«Κοιλιοκάκη στους ενήλικες»

Προεδρείο: Κ. Τριανταφύλλου

Ομιλητής: Κ. Τριανταφύλλου

«Εισαγωγή»

Ομιλήτρια: Χ. Μάλλη

«Το φάσμα των νοσημάτων που σχετίζονται με τη γλουτένη»

Ομιλητής: Σ. Σγούρος

«Το παρόβουνο της κοιλιοκάκης»

Ομιλητής: Ν. Αθανασόπουλος

«Εργαστηριακή διερεύνηση της κοιλιοκάκης»

Ομιλητής: Κ. Τριανταφύλλου

«Θεραπεία και παρακολούθηση»

Προφορικές Ανακοινώσεις



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΑ01. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IL6174GC ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 6 ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Στεφανάδης Χριστόδουλος², Τούσουλης Δημήτριος²

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

Εισαγωγή: Οι χρόνιες φλεγμονώδεις διεργασίες παίζουν ένα ρόλο κλειδί στην ανάπτυξη των επιπλοκών του διαβήτη. Ωστόσο αν κοινοί πολυμορφισμοί φλεγμονωδών γονιδίων σχετίζονται με την ανάπτυξη μικροαγγειακών επιπλοκών στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) δεν είναι γνωστό.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η επίδραση του 174GC πολυμορφισμού του γονιδίου της ιντερλευκίνης-6 (IL6) στην εκδήλωση μικροαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ2.

Υλικό και μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από 431 ασθενείς με ΣΔ2 (μέση ηλικία 66.5±9.96 έτη, άνδρες n=218). Ο IL6174GC πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (SfaNI). Η παρουσία της νεφροπάθειας καθορίστηκε με την παρουσία μικρολευκματινουρίας ή/και πρωτεϊνουρίας, της αμφιβληστροειδοπάθειας με βυθοσκόπηση, της περιφερικής νευροπάθειας (ΔΠΝ) με κλινικά κριτήρια.

Αποτελέσματα: Η γονιδιακή κατανομή ήταν GG:49.1%, GC:26.8%, CC:24.1% χωρίς σημαντική φυλετική διαφοροποίηση. Η συχνότητα (n%) των μικροαγγειακών επιπλοκών στους υπό μελέτη γονοτύπους ήταν: GG:35.1, GC:44.5, CC:28.3 για τη νεφροπάθεια, GG:29.7, GC:27.3, CC:21.2 για την αμφιβληστροειδοπάθεια και GG:47.7, GC:29.8, CC:22.5 για τη ΔΠΝ, χωρίς σημαντικές διαφορές (p=0.071, 0.326, 0.566), αντίστοιχα. Ο CC γονότυπος παρουσίασε μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης νεφροπάθειας σε σχέση με τον GC γονότυπο (OR=0.511, 95%CI=0.284-0.914, p=0.024), ακόμα και μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου, (p=0.014). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο CC γονότυπος παρουσίασε μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης αμφιβληστροειδοπάθειας έναντι φορέων "G" αλληλίου (GG+GC):(29.6%), (GG+GC)vsCC:(OR=0.505, 95%CI=0.270-0.946, p=0.033). Καμία συσχέτιση δε βρέθηκε με τη ΔΠΝ στους υπό μελέτη γονοτύπους.

Συμπεράσματα: Η ομοζυγωτία του "C" αλληλίου στον IL6174GC πολυμορφισμό δρα προστατευτικά στην εκδήλωση νεφροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.



ΠΑ02. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IL6174GC ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ INTERLEUKINΗΣ 6 ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Στεφανάδης Χριστόδουλος², Τούσουλης Δημήτριος²

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η χαμηλού βαθμού φλεγμονή εμπλέκεται στην παθογένεση της αθηροσκλήρωσης. Ωστόσο τα δεδομένα της επίδρασης κοινών πολυμορφισμών φλεγμονωδών γονιδίων στην ανάπτυξη μακροαγγειακών επιπλοκών σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) μοιάζουν αντικρουόμενα.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η επίδραση του 174GC πολυμορφισμού του γονιδίου της ιντερλευκίνης-6 (IL6) στην εκδήλωση μακροαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ2.

Υλικό και μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από 411 ασθενείς με ΣΔ2. Ο IL6174GC πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (SfaNI). Η παρουσία μακροαγγειοπάθειας συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), της καρωτιδικής αρτηριακής νόσου (ΚΑΝ) και της περιφερικής αρτηριακής νόσου (ΠΑΝ) καθορίστηκε με βάση το ιστορικό, κλινικά και απεικονιστικά κριτήρια.

Αποτελέσματα: Η γονιδιακή κατανομή (%) σε άτομα με και χωρίς οποιαδήποτε μακροαγγειοπάθεια ήταν (GG, GC, CC), (54.3, 22.6, 23.1 και 43.8, 31.0, 25.1) αντίστοιχα, ($p=0.12$), ωστόσο στους φορείς του "C" αλληλίου (GC+CC) παρουσίασε σημαντική διαφορά (45.7 και 56.2) αντίστοιχα, ($p=0.03$). Η επικράτηση της μακροαγγειοπάθειας $n(\%)$ σε ασθενείς με ΣΝ 109(25.3) ή ΚΑΝ 58(13.5) ή ΠΑΝ 159(36.9) δε διέφερε σημαντικά στους τρεις γονοτύπους, ($p=0.82, 0.85, 0.88$), αντίστοιχα. Αξιοσημείωτα, οι φορείς του "C" αλληλίου είχαν σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα για εκδήλωση οποιασδήποτε μακροαγγειοπάθειας (ΣΝ+ΚΑΝ+ΠΑΝ) συγκριτικά με τους GG ομοζυγώτες, GC+CC vs GG (OR 0.66, 95%CI 0.45-0.97, $p=0.03$), που παρέμεινε σημαντική ακόμη και μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου, ($p=0.01$).

Συμπεράσματα: Στον IL6174GC πολυμορφισμό η παρουσία του "C" αλληλίου είναι πιο σπάνια σε άτομα με διαβητική μακροαγγειοπάθεια και δρα προστατευτικά στην εκδήλωση της νόσου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΠΑ03. ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πάνου Χαράλαμπος¹, Μπριστιάνου Μαγδαληνή²,
Αστρέχα Δήμητρα², Μαλλιαρού Ευγενία²,
Καλύβας Μάριος², Δάμπασης Δημήτριος²,
Καραμπουσλή Ελίνα², Λιασκώνη Κωνσταντία¹,
Λαναράς Λεωνίδας²

¹ Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

² Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

Εισαγωγή: Η αναιμία είναι αρκετά συχνό εύρημα σε εργαστηριακό έλεγχο ασθενών και τις περισσότερες φορές αποτελεί ένδειξη ενός υποκείμενου νοσήματος.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η συχνότητα και τα αίτια της αναιμίας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 246 διαβητικοί ασθενείς με αναιμία, 138 άνδρες (56,09%) - 108 γυναίκες (43,9%), ηλικίας 51 - 87 ετών που προσήλθαν για εξέταση σε 2 εξωτερικά ιατρεία (Ουρολογικό - Διαβητολογικό) του Νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία τους (96%) έπασχε από ΣΔ2 και η διάρκεια νόσου 8-16 έτη.

	Άνδρες	Γυναίκες
Ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία	30,3%	31,5%
XNN (Σταδίου 1,2)	15,1%	14,4%
Πεπτικό έλκος/διαφραγματοκήλη	11,01%	7,8%
Ca ουροποιητικού	10,2%	4,1%
Ca μαστού		8,2%
Ca πεπτικού	9,09%	5,02%
Αιματολογικά νοσήματα	6,03%	4,7%
Άλλα Ca	7,01%	5,3%
Φλεγμονώδη νόσοι του εντέρου	3,01%	2,9%
Ινομύωμα μήτρας/μητρορραγία		9,3%
Αιμορροϊδοπάθεια	5,07%	4,2%
Άλλα αίτια	4,03%	2,6%

Η αναιμία ήταν ήδη γνωστή στο 28,7%, των ασθενών και οφειλόταν κατά κύριο λόγο (19,3%) σε ετερόζυγη β' μεσογειακή αναιμία. Οι ασθενείς που μελετήσαμε δεν διέφεραν ως προς κλινικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά, συνύπαρξη επιπλοκών, λήψη αντιαιμοπεταλιακών ή αντιπηκτικών φαρμάκων.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας φαίνεται ότι οι διαβητικοί ασθενείς παρουσιάζουν συχνά αναιμία και καλό είναι να αναζητείται και να διερευνάται.



ΠΑ04. CRP ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Σημειώσεις

Σταματελάτου Μαρία³, Τσιότρα Παναγούλα²,
Κακαβά Εύη¹, Μήτρου Παναγιώτα², Μαράτου Ειρήνη²,
Δημητριάδης Γεώργιος¹, Ράπτης Σωτήριος²,
Μπουτάτη Ελένη¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

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

³ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρου Υγείας
Σητείας, Σητεία

Εισαγωγή: Ο διαβήτης κύησης διακρίνει έναν πληθυσμό γυναικών που είναι σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ2, αντιπροσωπεύοντας ένα πρώιμο στάδιο στην φυσική εξέλιξη της νόσου. Η CRP, έχειδειχθεί ότι δυνητικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης εμφάνισης ΣΔ2.

Σκοπός: Να δειχθεί, εάν η CRP μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης διαβήτη κύησης.

Μέθοδος: Μελετήσαμε 53 γυναίκες, 26-42 ετών κατά την 24-28^η εβδομάδα κύησης. Υπεβλήθησαν σε 2ωρη (OGTT) με 75gr. γλυκόζης. Η μέτρηση της CRP έγινε με τη μέθοδο Lumiplex. Βάσει της OGTT, κατά ADA (Ο' - 95 mg/dl, 60' - 180 mg/dl, 120' - 155 mg/dl) και το ΔΜΣ πριν την κύηση χωρίσαμε 4 ομάδες Α) Φυσιολογικές κύσεις με ΔΜΣ ≥ 25 Kg/m² (n=19) Β) Φυσιολογικές κύσεις με ΔΜΣ < 25 Kg/m² (n=7) Γ) Διαβήτη κύησης (n=17) Δ) Διαταραχή ανοχής της γλυκόζης - 1 παθολογική τιμή (n=10).

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος του ΔΜΣ ήταν υψηλότερος στην ομάδα Α (mean=30,74), και ακολουθεί η ομάδα Γ (mean=27,06), η ομάδα Δ (mean=24,85) και τέλος η ομάδα Β (mean= 21,70)- p value= <0,0005. Όσον αφορά τη διάμεση τιμή της CRP ήταν υψηλότερη στην ομάδα Α (median=22796,64 ng/ml) από ότι στην ομάδα Γ (median=21294,43 ng/ml), στην ομάδα Δ (median=17521,85 ng/ml) και τέλος στην ομάδα Β (median=8773,19 ng/ml)-p value=0,51. Τέλος υπολογίστηκε η CRP βάσει του ΔΜΣ, ανεξαρτήτως της γλυκαιμικής κατάστασης, όπου ο μέσος όρος της CRP σε άτομα με ΔΜΣ ≥ 25 Kg/m² (mean=35789,1) ήταν υψηλότερος, από ότι σε άτομα με ΔΜΣ < 25 Kg/m² (mean=12844,97)- p value=0,0018.

Συμπέρασμα: Διαπιστώνεται, ότι η CRP είναι υψηλότερη σε γυναίκες με φυσιολογική καμπύλη σακχάρου και αυξημένο σωματικό βάρος πριν την εγκυμοσύνη. Δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την επιδείνωση της γλυκαιμικής καμπύλης, όσο με το αυξημένο σωματικό βάρος πριν την εγκυμοσύνη. Η παχυσαρκία αυτή κάθε αυτή φαίνεται να δημιουργεί μια κατάσταση υποκλινικής φλεγμονής που συμβάλλει δευτερογενώς στην αντίσταση στην ινσουλίνη και εν συνεχεία στη διαταραχή του σακχάρου. Καταλήγουμε πως δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η ανεξάρτητη συμβολή της CRP στον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη κύησης.



Σημειώσεις

ΠΑ05. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Τσάλτα Δανάη, Κορακάκης Γεώργιος,
Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος, Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα,
Γριβάκου Ευγενία, Πετσιμέρη Βασιλική, Νικολόπουλος
Αθανάσιος, Ιωαννίδης Ιωάννης, Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

Εισαγωγή: Σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα προβλέπουν συνεχόμενη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ασθενών με επακόλουθες επιπτώσεις για τις δομές υγείας. Ο χρόνος νοσηλείας για δεδομένες νοσηρές καταστάσεις παρατείνεται σημαντικά σε ηλικιωμένους ασθενείς και συσχετίζεται με δυσμενή έκβαση νόσου.

Σκοπός: Η καταγραφή της ηλικίας υπερηλικών ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε Παθολογική Κλινική και η συσχέτιση με το χρόνο νοσηλείας και τη λειτουργικότητα (performance status).

Υλικό - Μέθοδος: 112 νοσηλευόμενοι ασθενείς άνω των 85ετών μελετήθηκαν σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκε η διάρκεια νοσηλείας, η έκβαση της νόσου, οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής μέσω ερωτηματολογίων (Activities of Daily Living-ADL και Instrumental Activities of Daily Living-IADL), η γνωσιακή λειτουργία (Mini Mental State Examination-MMSE) και ο βαθμός κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale-GDS). Αποκλείστηκαν ασθενείς με διάρκεια νοσηλείας <2ημέρες και διασωληνωμένοι ασθενείς.

Αποτελέσματα:

Ηλικία	N	Ημέρες νοσηλείας (n=109)	ADL (n=98)	IADL (n=97)	MMSE (n=98)	GDS (n=53)
85-89	75	10.5±7.7	3.6±2.6	3.7±2.9	17.6±10.8	3.7±3.7
90+	37	12.4±15.4	3.6±2.2	3.3±2.5	16.3±9.9	3.6±3.7
Σύνολο	112	p=0.39	p=0.14	p=0.43	p=0.24	p=0.40

Απεβίωσαν 11 ασθενείς (ποσοστό 9,8%) εκ των οποίων 7 (85-89ετών), 2 (90-94ετών) και 2 (95-99ετών). Σε ανάλυση συσχέτισης (regression analysis) με ανεξάρτητη μεταβλητή τις ημέρες νοσηλείας και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία και τις κλίμακες ADL, IADL, MMSE, και GDS, βρέθηκε θετική συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών (GDS, $p=0.005$).

Συμπεράσματα: Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των υπερηλικών ασθενών πλησίαζε τις 10ημέρες και για την ομάδα 90+ετών άγγιζε τις 13ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα σκορ μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, ενώ ο βαθμός κατάθλιψης (GDSscore) συσχετίζεται θετικά με τις ημέρες νοσηλείας. Οι υπερήλικες ασθενείς εμφανίζονται να είναι ετερογενής ομάδα με ιδιαιτερότητες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην πορεία της νοσηλείας τους.



ΠΑ06. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΟΕΙΔΟΥΣ ΤΥΠΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μαστακούρα Γεωργία, Κολουβάς Γεώργιος,
Κουκουφίκη Ειρήνη, Σχινά Μαρία, Μουσουλίας Γεώργιος

Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το ηπατοκυτταροειδούς τύπου καρκίνωμα αποτελεί μια σπάνια εξωηπατική νεοπλασία, ομοιάζουσα μορφολογικά με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Εντοπίζεται συχνότερα στο στομάχο, αλλά και στη χοληδόχο κύστη, πνεύμονα, ουροδόχο κύστη, οισοφάγο, πάγκρεας, έντερο, ουρητήρα, ωοθήκες.

Περίπτωση 1: Άνδρας 76 ετών με οσφυαλγία, ανορεξία και απώλεια βάρους (25Kgr) από μηνός. Ατομικό ιστορικό: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στεφανιαία νόσος. Εργαστηριακά: HCT=28%, AST=48IU/L, ALT=227IU/L, ALP=700IU/L, γGT=674IU/LTBIL=10.19mg/dl, DBIL=7.93mg/dl, LDH=1176IU/L, CEA=148ng/mL, CA19-9=232U/mL, NSE=268ng/mL, CA15-3=48U/mL, AFP=1326ng/mL. Αξονικές τομογραφίες θώρακος, εγκεφάλου, άνω-κάτω κοιλίας και σπινθηρογράφημα οστών ανέδειξαν τουλάχιστον 8 πνευμονικές εστίες και πολλαπλές ηπατικές και οστικές μεταστάσεις. Ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού(-). Βιοψία πνεύμονος:καρκίνωμα πνεύμονα ηπατοκυτταροειδούς τύπου.

Περίπτωση 2: Άνδρας 85 ετών προσεκομίσθη λόγω αδυναμίας, καταβολής και απώλειας βάρους (15Kgr) σε 3 μήνες, διαταραχές κενώσεων και ικτέρου. Ατομικό ιστορικό: Στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση. Αντικειμενικά: Ευμεγέθης, σκληρή μάζα επιγαστρίου, ικτερική χροιά δέρματος, επιπεφυκώτων. Εργαστηριακά: HCT=38%, AST=39IU/L, ALT=34IU/L, γGT=25IU/L, LDH=315IU/L, CEA=3.69ng/mL, Ca15-3=850U/mL, Ca19-9=80U/mL, NSE=22ng/mL, CA125=637 U/mL, PSA=2ng/mL, AFP=3ng/mL. U/S-κοιλίας: Πολλαπλές δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήπατος. MRI κοιλίας: Ηπατομεγαλία (23cm), πολλαπλές εστιακές αλλοιώσεις ήπατος, ευμεγέθης χωροκατακτητική εξεργασία (10.9X12.7mm), σε επαφή με το έλασσον τόξο του στομάχου, λεμφαδενοπάθεια άνω κοιλίας. Γαστροσκόπηση: εξελκωμένη, εύθρυπτη και σκληρή βλάβη στο έλασσον τόξο. Βιοψία στομάχου: γαστρικό καρκίνωμα ηπατοκυτταροειδούς τύπου, ανοσοιστοχημική έκφραση AFP.

Περίπτωση 3: Άνδρας 57 ετών με απώλεια βάρους(15Kgr) από τριμήνου, αδυναμία και ανορεξία. Ατομικό ιστορικό:κίρρωση, χρόνια HCV λοίμωξη. Αντικειμενική εξέταση: Τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Εργαστηριακά: CEA=1.59ng/mL, Ca15-3=50U/mL, Ca19-9=15.74U/mL, NSE=22ng/mL, CA125=485U/mL, PSA=0.42ng/mL, AFP=1867ng/mL. MRI κοιλίας: Κίρρωτική απεικόνιση ήπατος, σπληνομεγαλία, πολλαπλοί διογκωμένοι λεμφαδένες οπισθοπεριτοναϊκά. Συμπαγής χωροκατακτητική εξεργασία 8.5cm στη μέση γραμμή, block λεμφαδένων. CT θώρακος: πολλαπλοί λεμφαδένες μεσοθωρακίου. Βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα: Ιστολογική εικόνα συμβατή με ηπατοκυτταροειδούς τύπου καρκίνωμα.

Συζήτηση: Σπάνιος τύπος εξωηπατικού καρκίνου που πρωτοπεριγράφηκε το 1970. Η διάγνωση βασίζεται στα ιστολογικά χαρακτηριστικά που ομοιάζουν μορφολογικά και ανοσοιστοχημικά με ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Ο όγκος μπορεί να εκφράζει AFP και τα επιπεδά της στον ορό μπορεί να είναι αυξημένα. Η πρόγνωση είναι γενικά πτωχή.

ΠΑ07. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΥΕΛΟΠΕΡΟΞΕΙΔΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

**Σταματελάτου Μαρία³, Τσιότρα Παναγούλα²,
Μαράτου Ειρήνη², Δημητριάδης Γεώργιος¹,
Ράπτης Σωτήριος², Μπουτάτη Ελένη¹**

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

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

³ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρου Υγείας Σητείας, Σητεία

Εισαγωγή: Η μυελοπεροξειδάση (ΜΡΟ), μία αιμοπεροξειδάση με άφθονη έκφραση στα ουδετερόφιλα, εκτός από την ευεργετική της δράση έναντι των παθογόνων, όταν υπερεκκρίνεται ενέχεται σε ιστική βλάβη μέσω παραγωγής οξειδωτικών, εμπλεκόμενη σε χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, όπως στην αθηροσκληρυνση και στεφανιαία νόσο, προάγοντας την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση της ΜΡΟ με το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) και την αντίσταση στην ινσουλίνη (ΙΡ).

Μέθοδος: Από ένα δείγμα 177 ατόμων από το γενικό πληθυσμό με 2 τουλάχιστον καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο χωρίσαμε καταρχήν 2 ομάδες: Α) 88 Άτομα με ΜΣ και 89 άτομα άνευ, Β) 94 άτομα με ΙΡ, έναντι 83 άνευ. Εν συνεχεία τους χωρίσαμε αναλόγως της παρουσίας ή μη ΜΣ και της παρουσίας ή μη ΙΡ. Έτσι προέκυψαν 4 ομάδες: Α) 61 άτομα με ΜΣ και ΙΡ έναντι 27 ΜΣ άνευ ΙΡ, Β) 33 άτομα άνευ ΜΣ αλλά με ΙΡ, έναντι 56 άνευ ΜΣ και ΙΡ, Γ) 61 άτομα με ΜΣ και ΙΡ, έναντι 33 άτομα άνευ ΜΣ αλλά με ΙΡ και Δ) 27 άτομα με ΜΣ, άνευ ΙΡ, έναντι 56 άνευ ΜΣ και ΙΡ. Το ΜΣ ορίστηκε βάσει NCEP-ATPIII και η ΙΡ βάσει HOMA-ΙΡ. Θετική ΙΡ>2.5. Η μέτρηση της ΜΡΟ έγινε με τη μέθοδο Luminex.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή (mean±SD) σε pg/ml της ΜΡΟ Α) Σε άτομα με ΜΣ είναι 326102±279521, ενώ σε άτομα άνευ ΜΣ είναι 31698±242346 (p=0.09). Β) Σε άτομα με ΙΡ είναι 348898±304403, ενώ άνευ ΙΡ 290504±197601 (**p=0.0001**). Εν συνεχεία βάσει των 4 ομάδων Α) με ΜΣ και ΙΡ 336344±309115, ενώ με ΜΣ άνευ ΙΡ 302962± 200336 (**p=0.0085**), Β) με άνευ ΜΣ αλλά με ΙΡ 372105±298798, ενώ άνευ ΜΣ και ΙΡ 284497±197809 (**p=0.0035**), Γ) με ΜΣ και ΙΡ 336344±309115, ενώ άνευ ΜΣ αλλά με ΙΡ 372105±298798 (p=0.42), Δ) με ΜΣ, άνευ ΙΡ 302962±200336, ενώ άνευ ΜΣ και ΙΡ 284497±197809 (p=0.45).

Συμπέρασμα: Η παρουσία της ΙΡ φαίνεται να επηρεάζει την ΜΡΟ, εν αντιθέσει με την παρουσία του ΜΣ που την επηρεάζει μόνον, εφόσον υφίσταται και αντίσταση στην ινσουλίνη.



**ΠΑ08. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΙΚΤΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ
ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΛΙΠΑΙΜΙΑ, ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ
ΚΑΙ ΣΕ ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΚΑΙ Η
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ
ΩΟΘΗΚΩΝ**

Αργυρακοπούλου Γεωργία¹,
Διαμάντη - Κανδαράκη Ευανθία²,
Μακρυλάκης Κωνσταντίνος¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹,
Κόκκινος Αλέξανδρος¹, Περρέα Δέσποινα³,
Κατσιλάμπρος Νικόλαος¹, Ράπτης Σωτήριος⁴

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

³ Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής
Ερέυνας (Ν.Σ. Χρηστέα), Ιατρική Σχολή Αθηνών

⁴ Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του
Σαχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ) χαρακτηρίζεται από ορμονικές καθώς και μεταβολικές διαταραχές όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη, η δυσανεξία στη γλυκόζη, η δυσλιπιδαιμία και η διαταραχή των δεικτών ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας. Έως τώρα, δεν έχει μελετηθεί η μεταβολική απάντηση των ασθενών αυτών μετά την πρόσληψη μεικτού γεύματος.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης ενός μεικτού γεύματος στις μεταβολικές και ορμονικές παραμέτρους, ο έλεγχος της ενδοθηλιακής λειτουργίας των γυναικών με ΣΠΩ και η σύγκρισή τους με υγιείς μάρτυρες.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 55 γυναίκες με ΣΠΩ και 20 υγιείς μάρτυρες, οι οποίες έλαβαν μεικτό γεύμα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και υποβλήθηκαν σε οGTT. Προσδιορίστηκαν οι ορμόνες του φύλου στους χρόνους 0' και ώρες μετά το γεύμα, η γλυκόζη, ινσουλίνη, ολική χοληστερόλη, HDL, LDL και τα τριγλυκερίδια στους χρόνους 0', 2ω, 4ω και 6ω. Μία υποομάδα των ασθενών υποβλήθηκε σε έλεγχο του ενδοθηλίου (μέθοδοι FMD -flow-mediated dilatation- και laser Doppler).

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες με ΣΠΩ εμφάνισαν κατά τη διάρκεια του μεικτού γεύματος σημαντική μείωση της Δ4Α και ελεύθερης τεστοστερόνης, αύξηση της DHEAS και SHBG. Είχαν, επίσης, υψηλότερα μεταγευματικά επίπεδα τριγλυκεριδίων και ινσουλίνης συγκριτικά με τις μάρτυρες. Οι ασθενείς με ΣΠΩ παρουσίασαν ενδείξεις ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας (μέθοδος FMD). Δεν εμφάνιζαν διαταραχή στη μικροκυκλοφορία του δέρματος (Laser Doppler).

Συμπέρασμα: Μετά τη λήψη μεικτού γεύματος οι γυναίκες με ΣΠΩ παρουσιάζουν α) σημαντικές ορμονικές μεταβολές, β) τάση για υψηλότερα επίπεδα λιπιδίων σε σχέση με τις μάρτυρες, εύρημα συμβατό με την παρατηρηθείσα υπερινσουλιναιμία, γ) ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, που ενδεχομένως υποδεικνύει ότι η μέθοδος FMD αποτελεί πρωιμό δείκτη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας στις γυναίκες με ΣΠΩ.

ΠΑ09. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ

Μπρισιτιάνου Μαγδαληνή¹, Πάνου Χαράλαμπος²,
Χατζιδάκης Ιωάννης¹, Καλαντζή Αθανασία¹,
Παπαγγελή Ελένη¹, Ελ Χατζ Γιασμίν¹,
Καραμπουσλή Ελίνα¹, Λιασκώνη Κωνσταντία²,
Τσιλιγκρού Βαίνα³

¹ Παθολογική Κλινική

² Ουρολογική Κλινική

³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

Γ.Ν. Λαμίας

Εισαγωγή: Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε.) αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και τον καρκίνο και ευθύνεται για το 10% των θανάτων παγκοσμίως.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου με την εμφάνιση Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ).

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε 410 ασθενείς με ΑΕΕ, 237 άνδρες (57,8%) και 173 γυναίκες (42,1%), ηλικίας 47-94 έτη ασθενείς με ΑΕΕ. Έγινε καταγραφή των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Αποτελέσματα: Οι 278 ασθενείς (67,8%) είχαν ισχαιμικό ΑΕΕ, οι 99 (24,1%) αιμορραγικό και 33 (8,04%) παρουσίασαν παροδικό ΑΕΕ. Από το σύνολο των ασθενών υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 54,5% των ασθενών, ενώ 78,9% είχαν περισσότερα από δύο συνοδά νοσήματα. Οι 325 (79,2%) είχαν αρτηριακή υπέρταση, οι 165 (40,2%) είχαν δυσλιπιδαιμία, οι 179 (43,6%) είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη, 145 (35,3%) ήταν καπνιστές. Ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής είχαν 162 ασθενείς (39,5%), ενώ επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής είχαν 102 ασθενείς (24,8%).

Στη μελέτη μας η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής, σακχαρώδη διαβήτη και υπέρτασης είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαρύτητα του ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΑΕΕ στη μελέτη μας είχαν υψηλά ποσοστά όλων των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Η πρόληψη, η σωστή και έγκαιρη παρέμβαση από τους θεράποντες ιατρούς, μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά.



**ΠΑ10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΟΡΧΕΟΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΒΡΟΥΚΕΛΛΑ.
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Παπαδημητρίου Ευαγγελία¹, Μπριστιάνου Μαγδαληνή¹,
Καραμπουσλή Ελίνα¹, Τσιλιγκρού Βαίνα³,
Πάνου Χaráλαμπος²

¹ Παθολογική Κλινική

² Ουρολογική Κλινική

³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

Γ.Ν. Λαμίας

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η βρουκέλλωση αποτελεί τη συνηθέστερη παγκοσμίως βακτηριακή ζωνόσο και χαρακτηρίζεται από την παρουσία σημαντικού ποσοστού υπολειμματικής παθολογίας και χρονιότητας.

Σκοπός: Η παρουσίαση των περιστατικών ορχεοεπιδιδυμίτιδας από βρουκέλλα που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας το 1^ο εξάμηνο του 2014.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 2 περιστατικά ηλικίας 35 και 24 ετών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας λόγω υψηλού πυρετού, πόνου και διόγκωσης του οσχέου. Και οι 2 ασθενείς ασχολούνταν με την κτηνοτροφία και είχαν καταναλώσει γαλακτοκομικά προϊόντα. Από την κλινική εξέταση υπήρχε ευαισθησία και διόγκωση του πάσχοντος ημιοσχέου. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του οσχέου ανέδειξε την παρουσία διόγκωσης της επιδιδυμίδας με συμμετοχή του όρχεως (ποικίλου βαθμού). Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 10 ημέρες.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση της βρουκέλλωσης ετέθη με ορολογικό έλεγχο (Rose Bengal, Wright, αντισώματα IgM για βρουκέλλα: θετικά). Έλαβαν για 10 ημέρες αγωγή με: Vibramycin 100 mg 1x2, Σιπροφλοξασίνη 400 mg 1x3(iv) και Garamycin 5 mg/Kg ΒΣ άπαξ ημερησίως. Ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία και δεν χρειάστηκε χειρουργική παρέμβαση. Μετά την έξοδό τους συνέχισαν να λαμβάνουν: Vibramycin 100 mg 1x2 + Σιπροφλοξασίνη 750 mgx2 (σύνολο 6 εβδομάδες). Επανελέγχονταν τακτικά με αιματολογικό - βιοχημικό έλεγχο και υπερηχογράφημα οσχέου και συνεστήθη σπερμοδιάγραμμα.

Συμπεράσματα: Η ορχεοεπιδιδυμίτιδα είναι μια αρκετά συχνή επιπλοκή του μελταιίου πυρετού και η έκβαση μετά από την κατάλληλη αγωγή της κυρίας νόσου είναι καλή.

ΠΑ11. Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ξυδάκη Αικατερίνη, Μάζαρης Σάββας,
Δούμας Ιωάννης, Οικονόμου Δημήτριος,
Λαϊνά Αγγελική, Σαρρής Ευάγγελος, Λούπα Χαρίκλεια,
Χριστόπουλος Κωνσταντίνος**

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

Εισαγωγή: Η κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ) τείνει να λάβει διαστάσεις επιδημίας στον γηράσκοντα πληθυσμό και εξελίσσεται σε μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Σκοπός: Η μελέτη των χαρακτηριστικών των ασθενών με ΚΜ που νοσηλεύονται στην Παθολογική Κλινική και η εκτίμηση του βαθμού εφαρμογής των κατευθυντηρίων οδηγιών για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Υλικό: Μελετήθηκαν 444 διαδοχικές εισαγωγές στην Παθολογική Κλινική ενός γενικού νοσοκομείου (διάμεση ηλικία 77 έτη, εύρος: 66-97, άνδρες: γυναίκες=1:1,2).

Μέθοδος: Καταγράφηκαν τα κλινικά δεδομένα και η αγωγή των ασθενών με χρόνια, εμμένουσα ή παροξυσμική ΚΜ μη βαλβιδικής αιτιολογίας. Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη λήψη αντιπηκτικών και ανεξάρτητες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, θρομβοεμβολικό κίνδυνο, αιμορραγικό κίνδυνο, είδος αντιαρρυθμικής αγωγής και ύπαρξη παροξυσμικής ΚΜ.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ΚΜ στους νοσηλευόμενους της κλινικής ήταν 12,3% (95% C.I.:9,5-15,7) ενώ στους ηλικίας ≥ 80 ήταν 20,1% (95% C.I.:15,0-26,4%). Υπήρχε σαφής υπεροχή των γυναικών (2,6:1, $p=0,005$). Γνωστή ΚΜ είχε το 89%. Η ΚΜ ήταν παροξυσμική στο 22,2% των περιπτώσεων. Ο θρομβοεμβολικός κίνδυνος ήταν υψηλός, με μέση βαθμολογία 4,5 (εύρος 2-8) στην κλίμακα CHA2DS2-VASc. Από τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο, 50% ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή (40% κουμαρινικά, 10% νεότερα perOs αντιπηκτικά), 27% αντιαμοπεταλιακά, 58% β-αναστολείς, 21% δακτυλιτίδα, 25% άλλα αντιαρρυθμικά. Ο αιμορραγικός κίνδυνος ήταν υψηλός (≥ 3 στην κλίμακα HAS-BLED) στο 37% των περιπτώσεων. Η ύπαρξη παροξυσμικής ΚΜ είχε ανεξάρτητη, στατιστικά σημαντική ($p=0,012$) αρνητική συσχέτιση με την πιθανότητα λήψης αντιπηκτικής αγωγής (odds ratio=0,08, 95% C.I.=0,01-0,6).

Συμπέρασμα: Η συχνότητα χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με ΚΜ υπολείπεται σημαντικά της προβλεπόμενης από τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, ιδίως στους ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ.



ΠΑ12. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Τσάλτα Δανάη, Κορακάκης Γεώργιος,
Κατσαρά Κάρλα-Ιωάννα, Αδαμόπουλος Κωνσταντίνος,
Βεργόπουλος Γεώργιος, Πολύζου Αρχοντούλα,
Νικολόπουλος Αθανάσιος, Ιωαννίδης Ιωάννης,
Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Οι υπερήλικες ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα υγείας που χρήζουν νοσηλείας με συχνότητα μεγαλύτερη από νεότερους ασθενείς. Η επανανοσηλείες υπερηλικών ασθενών επιβαρύνουν τόσο το σύστημα υγείας όσο και τη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών και επιπλέκονται συχνότερα με αρνητική έκβαση νόσου.

Σκοπός: Η διερεύνηση συσχέτισης της λειτουργικότητας υπερηλικών ασθενών με την ανάγκη επανανοσηλείας σε σύντομο χρονικό διάστημα (≤ 30 ημέρες) σε Παθολογική κλινική.

Υλικό - Μέθοδος: 112 νοσηλευόμενοι ασθενείς άνω των 85 ετών μελετήθηκαν σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκαν οι ασθενείς με νέα εισαγωγή στο νοσοκομείο εντός 30 ημερών από προηγούμενη νοσηλεία τους. Εκτιμήθηκαν οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής μέσω των ερωτηματολογίων Activities of Daily Living-ADL και Instrumental Activities of Daily Living-IADL, η γνωσιακή λειτουργία (Mini Mental State Examination-MMSE) και ο βαθμός κατάθλιψης των ασθενών (Geriatric Depression Scale-GDS). Αποκλείστηκαν ασθενείς με διάρκεια νοσηλείας < 2 ημέρες και διασωληνωμένοι ασθενείς. 6 ασθενείς δεν παρείχαν επαρκή πληροφόρηση για πρόσφατη νοσηλεία και δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Αποτελέσματα:

Με πρόσφατη νοσηλεία	N	ADL (n=98)	IADL (n=97)	MMSE (n=98)	GDS (n=53)
Ναι	29	3.8 $\pm$ 2.8	4.3 $\pm$ 3.5	18.9 $\pm$ 10.9	3.8 $\pm$ 3.6
Όχι	77	3.5 $\pm$ 2.4	3.4 $\pm$ 2.6	16.6 $\pm$ 10.4	3.6 $\pm$ 3.7
Σύνολο	106	p=0.11	p=0.90	p=0.18	p=0.12

Συμπεράσματα: Ποσοστό 25,9% των υπερηλικών ασθενών ≥ 85 ετών (29 ασθενείς) εμφάνισαν την ανάγκη νοσοκομειακής επανανοσηλείας σε διάστημα ≤ 30 ημερών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών αυτών και όσων δεν είχαν πρόσφατη επανανοσηλεία όσον αφορά τα σκορ λειτουργικότητας. Το γεγονός αυτό πρέπει να προσανατολίζει τη διερεύνηση των αιτιών πολλαπλών νοσηλείων στους υπερήλικες ασθενείς σε διαφορετική κατεύθυνση.



Σημειώσεις

Αναρτημένες Ανακοινώσεις



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



ΑΑ01. ΑΘΟΥΡΥΒΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΥΟΓΟΝΟΥ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS ΚΑΙ MICROCOCCUS LUTEUS: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Κληρίδου Μάρω¹, Ιωάννου Αντρέας¹,
Καρατσή Αλεξάνδρα², Φωτίου Ελένη¹,
Πετρίδης Χρίστος³, Χειμωνίδης Σόλων¹**

¹ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

² Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γουδί, Αθήνα

³ Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Τα πυογόνα ηπατικά αποστήματα προκαλούνται από ποικιλία μικροοργανισμών και εκδηλώνονται συνήθως με εμπύρετο, κοιλιακό άλγος, λευκοκυττάρωση και διαταραχή ηπατικών ενζύμων.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ηπατικού αποστήματος από *Streptococcus intermedius* και *Micrococcus luteus* χωρίς την κλασική κλινικοεργαστηριακή εικόνα.

Υλικό: Άνδρας 34 ετών μεταφέρθηκε στα Επείγοντα λόγω άλγους δεξιού υποχονδρίου από μηνός, ήπιας απώλειας σωματικού βάρους, χωρίς συνοδό εμπύρετο ή εικόνα οξείας κοιλίας. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, αύξηση CRP, απουσία λευκοκυττάρωσης και φυσιολογική ηπατική βιοχημεία. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε ευμεγέθη ηπατική βλάβη. Περαιτέρω έλεγχος με καλλιέργειες αίματος/κοπράνων, τεστ προκαλοσιτονίνης, αντισώματα εχινόκοκκου, δερμοαντίδραση φυματίνης, καρκινικούς δείκτες, ιολογικό έλεγχο και υπερηχοκαρδιογράφημα: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής τέθηκε αρχικά σε ενδοφλέβια εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη και μετρονιδαζόλη για τρεις εβδομάδες. Η αξονική τομογραφία κοιλίας (ΑΤ) ανέδειξε ευμεγέθη αποστηματική βλάβη με παχυσμένο τοίχωμα που παροχετεύτηκε υπό ΑΤ και από το αποστηματικό υλικό απομονώθηκαν *M.luteus* και *S.intermedius*. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση και οδοντιατρική εκτίμηση και εξήλθε με αντιμικροβιακή αγωγή από του στόματος με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό και μετρονιδαζόλη για ακόμα τρεις εβδομάδες.

Μέθοδος: Αναζήτηση άρθρων από τη βάση δεδομένων Pubmed με χρήση των λέξεων-κλειδιά "liver abscess", "pyogenic", "streptococcus intermedius", "micrococcus luteus" και "afebrile".

Αποτελέσματα: Τα ηπατικά αποστήματα στο 1/3 με 1/4 των ασθενών μπορεί να εκδηλωθούν αθόρυβα. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν αποτελούν φυσιολογική χλωρίδα του στόματος και του γαστρεντερικού σωλήνα.

Συμπέρασμα: Η απουσία κλασικών εκδηλώσεων των ηπατικών αποστημάτων δεν τα αποκλείει από τη διαφορική μας διάγνωση. Απαιτείται υψηλή κλινική υποψία ενώ η μικροβιολογία των μικροοργανισμών που απομονώνονται θα πρέπει να κατευθύνει τον περαιτέρω παρακλινικό έλεγχο.



ΑΑ02. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Παπανικήτας Νικήτας¹, Βολονάκη Αικατερίνη¹,
Γκοντοσίδης Αθανάσιος¹, Πλιάκας Γεώργιος²,
Κανωτίδης Αναστάσιος³, Παπαντωνίου Υπακοή³

Γενική Κλινική Δωδεκανήσου EUROMEDICA ΡΟΔΟΥ

¹ Παθολογική Κλινική

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο

³ Ακτινολογικό Εργαστήριο

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Ασθενής 42 ετών, κτηνοτρόφος, με ελεύθερο ιστορικό, μεταφέρθηκε στην Κλινική για εμπύρετο από 20ημέρου. Είχε λάβει κινολόνη για 1 εβδομάδα χωρίς ανταπόκριση. Η θερμοκρασία φθάνει έως 40°C, με έντονο ρίγος (2-3 κύματα ημερησίως) και βασανιστικές εφιδρώσεις. Υφίσταται δύσκολα.

Αντικειμενική Εξέταση: Υπέρβαρος, όψη πάσχοντος. Ήπαρ ψηλαφητό 6 εκ. κάτωθεν του πλευρικού τόξου, σπληνομεγαλία 12 εκ. κάτωθεν του τόξου. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες άμφω έως 2 εκ, λοιπά συστήματα κφ.

Εργαστηριακός Έλεγχος: Εισαγωγή: Ht 33.2%(11.2g/dl), WBC 2,060X103 /μl (Π 50,4%, Λ 35%, Η 0%, Μ 14,1% με τοξική κοκκίωση), PLT 72x103 /μl, Na+ 130mEq/L, φερριτίνη 2000ng/ml, hsCRP 141mg/L, ολικά λευκώματα 7,78gr/dl (σφαιρίνες 4,4g/dl), ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων: διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία. IgG 2.470mg/dl (φτ έως 1600). Αντισώματα Brucella melitensis, Salmonella sp (-). Wright Coombs (-), anti-HIV I, II (-), p, cANCA (-), ANA(-). Γενική ούρων: αραιοί υαλοκοκκώδεις κύλινδροι. Λοιπός βιοχημικός έλεγχος κφ. Αιμοκαλλιέργειες, καλλιέργεια ούρων (-) και αντισώματα Leishmania (μέθοδος ELISA). Triplex καρδιάς εφο. CT θώρακος: χωρίς συλλογές, ένας μασχαλιαίος λεμφαδένας 1,6 εκ δεξιά, έτερος 2,1 εκ αριστερά. CT κοιλίας ηπατοσπληνομεγαλία χωρίς εστιακές αλλοιώσεις.

Πορεία Νόσου: 2^η μέρα 37,3-39,50 C χωρίς απυρεξία, Na+ 130mEq/L 3^η μερα εμπύρετος Ht 27.2% (9.1g/dl), WBC 1.14X103 /μl (Π 61,4%, Λ 26,3%, Η 0%, Μ 11,4%) PLT 51.000. Γενική ούρων άφθονα ερυθρά, υαλοκοκκώδεις κύλινδροι, ουρία 71mg/dl, κρεα 2 ng/dl. 5^η ημέρα αντισώματα Leishmania (+), έναρξη λιποσωμιακής αμφοτερικίνης 3gr/kg χ5 ημέρες. Ο πυρετός υποχωρεί από την 8^η ημέρα με απυρεξία από τη 12^η ημέρα και βιοχημική βελτίωση. Ο ασθενής εξήλθε με διάγνωση σπλαγχνικής λεισμανίασης και θα συνεχίσει την αγωγή του.

ΑΑ03. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Παυλάκης Μιχαήλ¹, Ρέντζιου Γιάννα¹,
Ζολώτας Νικόλαος¹, Λεωνιδοπούλου Θεώνη²,
Μοντσενίγος Θωμάς¹, Σαφλιάνης Ιωάννης¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής
«Σισμανόγλειο»

² Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής
«Σισμανόγλειο»

Εισαγωγή: Η σπλαγχνική λείσμανίαση, είναι μια δυνητικά θανατηφόρα παρασιτική λοίμωξη με >95% ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β. Οι υποτροπές περιορίζονται κυρίως σε άτομα με διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση υποτροπής σπλαγχνικής λείσμανίασης σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

Υλικό & Μέθοδοι: Γυναίκα 85 ετών απευθύνεται σε ιδιώτη παθολόγο με καταβολή δυνάμεων και αιμορραγικές εκδηλώσεις (πετέχειες) από μηνός. Το ατομικό αναμνηστικό περιλαμβάνει σπλαγχνική λείσμανίαση που διαγνώστηκε πριν από 18 μήνες και για την οποία έλαβε ενδοφλέβια λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε γενική αίματος που ανέδειξε πανκυταροπενία. Ακολούθησε παραπομπή στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ για περαιτέρω διερεύνηση. Η ασθενής ήταν απύρετη, με ηπατοσπληνομεγαλία και πετέχειες στην έσω επιφάνεια των μηρών. Ακολούθησε εισαγωγή στην Α΄ Παθολογική Κλινική.

Αποτελέσματα - Πορεία Νόσου: Η ασθενής παρουσίασε δεκαημέρη πυρετική κίνηση και δύο πυρετικά κύματα (38^ο). Εργαστηριακός έλεγχος: διάχυτη υπεργμασφαιριναιμία (47.50%), anti-λείσμανιακά αντισώματα (1:80), ιολογικός έλεγχος αρνητικός. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, στα επιχρίσματα μυελού των οστών ανιχνεύθηκαν ελεύθερα παράσιτα λείσμανιας. Ακολούθησε θετική PCR περιφερικού αίματος καθώς και θετικά αντι K39 (1:1600). Ετέθη η διάγνωση υποτροπής της νόσου και η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β, 20mg/kg Σ.Β συνολικά, για 5 ημέρες. Η ασθενής απυρέτησε και παρουσίασε σταδιακή ανάκαμψη της αιματολογικής εικόνας.

Συμπέρασμα: Πανκυταροπενικές εκδηλώσεις θα πρέπει να γενούν την υποψία υποτροπής σπλαγχνικής λείσμανίασης ακόμα και σε ανοσοεπαρκή άτομα που έχουν λάβει λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β. Η διάγνωση θα πρέπει να τεκμηριώνεται επαρκώς με συνδυασμό οστεομυελικής βιοψίας και νεότερων μοριακών μεθόδων.



ΑΑ04. ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ - ΕΝΑ ΑΙΤΙΟ ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑΣ ΠΟΥ ΕΥΚΟΛΑ ΔΙΑΦΕΥΓΕΙ

Σημειώσεις

Παρτάλης Νικόλαος¹, Κουδούνα Ασπασία¹,
Πήττας Κωνσταντίνος¹, Γκόγκου Αργυρώ²,
Καστανάκης Σεραφείμ¹, Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η λείσμανίαση είναι μία νόσος που προκαλείται από πρωτόζωα παράσιτα του γένους *Leishmania* και εξαπλώνεται μέσω δήγματος από φλεβοτόμους. Η νόσος μπορεί να παρουσιαστεί με τρεις διαφορετικές μορφές: δερματική, βλεννογονο-δερματική και σπλαχνική.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 41 ετών με ατομικό αναμνηστικό χειρουργηθέντος μυελοβλαστώματος εγκεφάλου και κατάγματος ισχίου παρουσιάζεται με επιδεινούμενη πανκυτταροπενία από μηνός και εμπύρετο από πενθημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη σπληνομεγαλία, υπολευκωματιναιμία, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και πανκυτταροπενία χωρίς ιδιαίτερα μορφολογικά ευρήματα από τη μικροσκοπική επισκόπηση επιχρίσματος περιφερικού αίματος. Οι αιμοκαλλιέργειες επέβησαν στείρες. Διενεργήθηκε μυελόγραμμα και αιματολογική εκτίμηση το οποίο δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό και παράλληλα έγινε αναθεώρηση των χορηγούμενων φαρμάκων για φαρμακευτική αιτία. Από τον επιπλέον εργαστηριακό έλεγχο θετικοποιήθηκε η άμεση coombs και ο ασθενής έλαβε θεραπεία με κορτικοειδή. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων, παρά την ήδη χορηγούμενη θεραπεία, διενεργήθηκε ανοσολογικός έλεγχος με αρνητικά αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Επόμενο βήμα ήταν η αναζήτηση ειδικών παθογόνων παραγόντων μέσω ΚΕΕ/ΛΠΝΟ και διενέργεια οστεομυελικής βιοψίας, τα οποία ανέδειξαν θετικά αντισώματα έναντι *Leishmania infantum* και ενδοκυττάρια κοκκία με χαρακτηριστικά Λείσμανιας. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με λιπασωματική αμφοτερικίνη Β για 14 ημέρες με αποτέλεσμα την ίαση. Δεν ανευρέθη ποτέ πύλη εισόδου ή αναφορά για δήγμα από το ιστορικό του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η λείσμανίαση ως σπάνιο αίτιο πανκυτταροπενίας πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση.



AA05. ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (FUO) ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

**Πήττας Κωνσταντίνος¹, Λουράκη Νικολέτα¹,
Γκόγκου Αργυρώ², Μπαμπίλη Κωνσταντίνα¹,
Τριανταφυλλίδου Δομνίκη¹, Καστανάκης Σεραφείμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹**

¹ Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Χ ανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (FUO) αποτελεί ακόμα και σήμερα ένα δυσεπίλυτο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα για τον κλινικό ιατρό ανεξάρτητα του χώρου που δραστηριοποιείται (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη κλπ).

Σκοπός: Η εργασία αφορά περιστατικό FUO που αποτελεί μια διαχρονική πρόκληση παρά την επιστημονική αλλά κυρίως τεχνολογική πρόοδο (απεικονιστικές εξετάσεις, ανοσολογικές μέθοδοι) με το ποσοστό των διαγιγνώστων περιστατικών να παρουσιάζει αύξηση από το 2003 και μετά.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 69 ετών με ατομικό αναμνηστικό υποθυρεοειδισμού, ΑΦ και ΑΥ παραπέμπεται από ιδιώτη ιατρό λόγω εμπύρετου έως 38,5 με αρθραλγίες από δεκαήμερου, ενώ είχε προηγηθεί ουρολοίμωξη για την οποία ελάμβανε αγωγή. Εισήχθη στην κλινική ως διερεύνηση εμπυρέτου. Ετέθη σε εμπειρική αγωγή και από τις διαγνωστικές εξετάσεις αναδεικνύεται αναιμία, ΤΚΕ:120, Mantoux αρνητική. Έλεγχος για: ηπατίτιδα, καρκινικοί δείκτες, CMV,ΤΟΧΟ, θυρεοειδικός, κολλαγονικός, αρνητικός. Ορολογικός έλεγχος αρνητικός για brucella, ricketsii, leishmania(δισ+PCR), και bartonella, ενώ coxiella b. IgG 1/960, ενδεικτικά παλαιότερης λοίμωξης. Συνεχίστηκε ο έλεγχος με Ct θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας, χωρίς διαγνωστικά ευρήματα. Η οστεομυελική βιοψία λόγω εμμένουσας μονοκυττάρωσης παρουσίαζε ευρήματα που θέτουν διαφοροδιαγνωστικό προβληματισμό μεταξύ αρχόμενου μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου και αντιδραστικού τύπου αλλοιώσεις μιμούμενες μυελοδυσπλασία. Η βιοψία κροταφικής αρνητική. Η ασθενής συνέχιζε να εμφανίζει πυρετό (16^η μέρα) έως 38,7 λαμβάνοντας εμπειρική αντιβιοτική αγωγή, αποτελώντας έτσι ένα δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό θέμα.

Αποτελέσματα: Σε επαναληπτικό έλεγχο για Coxiella B, παρουσίασε τίτλους IgM1/50 IgG1/960, ενδεικτικό πρόσφατης λοίμωξης. Η ασθενής απυρέτησε με κινολόνη και δοξκυκλίνη, γεγονός που ενίσχυσε την διάγνωση.

Συμπέρασμα: Αν και οι λοιμώξεις αποτελούν το δεύτερο πιο συχνό αίτιο ο FUO παραμένει μια συνεχής πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.



**ΑΑ06. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΥΟΓΟΝΟ
ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ**

Δρανδάκη Μαρία¹, Κοσμίδου Κυριακή¹,
Νικολιδάκη Αφροδίτη¹, Τριανταφυλλίδου Δομνίκη¹,
Κόρακας Παναγιώτης², Καστανάκης Σεραφεΐμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το πυογόνο ηπατικό απόστημα αποτελεί ασυνήθη κατάσταση και χωρίς αντιμετώπιση εμφανίζει μεγάλη θνητότητα. Αναπτύσσεται, συνήθως, είτε ως επακόλουθο οξείας χολαγγειίτιδας, είτε με αιματογενή διασπορά μικροβίων στα πλαίσια σοβαρής σηψαιμίας ή μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας από οποιοδήποτε μέρος του ΓΕΣ, είτε μετά από επεισόδιο σηπτικής περιτονίτιδας.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ανοσοεπαρκούς ασθενούς με πολυμικροβιακό ηπατικό απόστημα εξαιτίας φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Υλικό: Ασθενής άνδρας 34 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό εισάγεται λόγω καταβολής δυνάμεως και εμπυρέτου έως 39οC υπό λεβοφλοξασίνη από πενθημέρου με συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής, του γ-GT και του INR, χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα.

Μέθοδος: Ο ασθενής υπεβλήθη σε US άνω κοιλίας, που ανέδειξε μόρφωμα ήπατος ~9x5εκ. (τμήμα VII υποδιαφραγματικά) με πιθανή διάγνωση αποστήματος ή ενεργού εχινοκόκκου κύστεως. Το εύρημα επιβεβαιώθηκε με CT και MRI άνω κοιλίας. Η παρασιτολογική κοπράνων, τα αντι-εχινοκοκκικά/ αντι-αμοιβαδικά αντισώματα ήταν αρνητικά. Έγινε πλήρης παροχέτευση του αποστήματος υπό CT καθοδήγηση, που επεπλάκη με ανάπτυξη πλευριτικής συλλογής σύστοιχα, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Από την καλλιέργεια του υγρού ανεπύχθησαν E.Coli και Bacteroides.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής απυρέτησε άμεσα μετά την παροχέτευση του αποστήματος. Χορηγήθηκε IV αντιβιοτική αγωγή (συνολικά αμινογλυκοσίδη για 2 εβδομάδες και τιγεκικλίνη/μετρονιδαζόλη για 3 εβδομάδες) και εδόθησαν οδηγίες για συνέχιση της αγωγής POS με σιπροφλοξασίνη/μετρονιδαζόλη ακόμη 4 εβδομάδες. Διενεργήθηκε κολονοσκόπηση σε δεύτερο χρόνο, που ανέδειξε παραμελημένη φλεγμονή σκωληκοειδούς απόφυσης.

Συμπέρασμα: Το πυογόνο ηπατικό απόστημα αναπτύσσεται και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς χωρίς σαφή/έκδηλη εστία, ενώ μπορεί να αποτελέσει αιτία εμπυρέτου χωρίς κοιλιακό άλγος. Η θεραπεία βασίζεται σε συνδυασμό παροχέτευσης με μακροχρόνια αντιβιοτική αγωγή.

AA07. ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΦΥΣΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μαστακούρα Γεωργία, Κολυβάς Γεώργιος, Σχινά Μαρία, Μουσουλής Γεώργιος

Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο *Streptococcus agalactiae* ενοχοποιείται συνήθως για λοιμώξεις σε νεογέννητα και εγκύους. Η μικροβιαίμια από *Streptococcus agalactiae*, αποτελεί σπάνιο αίτιο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ενήλικες.

Περιστατικό 1: Άνδρας 63 ετών, εισήχθη λόγω εμπυρέτου από 15ημέρου, οσφυαλγίας και παροδικής απώλειας πρόσφατης μνήμης προ 7ημέρου που αποδόθηκε σε ισχαιμικό επεισόδιο. Ατομικό ιστορικό: αρτηριακή υπέρταση, μικρού βαθμού ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας. Αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου/κοιλίας: υπόπυκνη αλλοίωση, 15X14χιλ. δεξιού παρεγκεφαλικού ημισφαιρίου, περιοχή ασαφών ορίων στη μεσότητα έξω επιφάνειας δεξιού νεφρού, σπληνομεγαλία. Αντικειμενική εξέταση: Διαστολικό φύσημα εστίας ακροάσεως αορτικής βαλβίδας. Διοισοφάγιο υπερηχογράφημα καρδιάς: πρόπτωση αορτικής βαλβίδας, διάτρηση δεξιάς πτυχής, σοβαρή ανεπάρκεια αυτής, ως επιπλοκή λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Σε μία καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε *Streptococcus agalactiae*, ευαίσθητος στην πενικιλίνη. Δεν ανεδείχθη εστία λοίμωξης. Αγωγή: αμικικιλίνη/σουλμπακτάμη (3grx4), γενταμυκίνη (80mgx3), βανκομυκίνη (1grx2). Την 20^η ημέρα υπεβλήθη σε καρδιοχειρουργική επέμβαση που ανέδειξε υποβαλβιδικό απόστημα με επέκταση στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Τοποθετήθηκε βιολογική αορτική βαλβίδα SOLO21mm.

Περιστατικό 2: Άνδρας 39 ετών, εισήχθη λόγω υψηλού πυρετού με ρίγος από 7ημέρου και άλγους εντοπιζόμενου στο στήρνο. Αντικειμενική εξέταση: 41°C, απουσία καρδιακών φυσημάτων, ευαισθησία στην πίεση στήρνου. Διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς εισαγωγής (-). Την 5^η ημέρα, εμφάνιση φουσίματος (3/6) στην εστία αορτικής βαλβίδας. Διοισοφάγιο υπερηχογράφημα καρδιάς: δίπτυχη αορτική βαλβίδα με ευμεγέθη εκβλάστηση επ' αυτής και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια. Σε 5 αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Streptococcus agalactiae*, ευαίσθητος στην πενικιλίνη. Δεν ανεδείχθη εστία λοίμωξης. Αγωγή: αμικικιλίνη/σουλμπακτάμη (3grx4), γενταμυκίνη (80mgx3), βανκομυκίνη (1grx2). Την 8^η ημέρα, αρχόμενο πνευμονικό οίδημα και καρδιοχειρουργική επέμβαση που ανέδειξε αρχόμενο υποβαλβιδικό απόστημα, τοποθέτηση μεταλλικής βαλβίδας.

Συζήτηση: Τα περιστατικά χαρακτηρίζονται από ταχέως εξελισσόμενη καταστροφή της αορτικής βαλβίδας παρά την έγκαιρη χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής βάσει αντιβιογράμματος. Η χειρουργική αντιμετώπιση δεν πρέπει να καθυστερεί για αποφυγή περαιτέρω βαλβιδικής βλάβης και μείωση της θνητότητας.



ΑΑ08. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΗ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

**Δεληγιάννης Γεώργιος¹, Παπαδάτος Σταμάτης¹,
Μπαζούκης Γεώργιος², Μυλωνάς Στέφανος¹,
Ζήσης Χρήστος¹**

¹ Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Ειδικευόμενος Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Η Ελπίς»

Σημειώσεις

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ραβδομυόλυση οφείλεται στη λύση μυϊκών ινών και την απελευθέρωση στο πλάσμα δυνητικά τοξικών ενδοκυττάριων συστατικών. Η συχνότερη αιτία ραβδομυόλυσης (28%) είναι η χρήση ουσιών ή/και αιθανόλης με δεύτερο σε συχνότητα το τραύμα. Η αποφυγή των επιπλοκών με κυριότερη την οξεία νεφρική βλάβη είναι η κύρια μέριμνα των θεραπόντων, συνεπώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι απαιτητή.

Υλικό - Μέθοδος: Δύο άρρενες 19 και 22 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό μεταφέρονται σε κατάσταση οξείας μέθης στα ΤΕΠ σε διαφορετικούς χρόνους. Η αδρή αντικειμενική εξέταση ήταν και για τους δυο χωρίς παθολογικά ευρήματα ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν τιμές CPK 33,492IU/L και 24,714IU/L αντίστοιχα. Εισήχθησαν στην παθολογική κλινική για αντιμετώπιση της ραβδομυόλυσης.

Αποτελέσματα: Από τη λήψη του ιστορικού δεν προέκυψε πτώση και κάκωση. Οι ασθενείς δεν ελάμβαναν φάρμακα, ουσίες ή σκευάσματα ούτε είχαν τροποποιήσει πρόσφατα τις αθλητικές τους δραστηριότητες. Τέλος η πιθανότητα λοίμωξης αποκλείστηκε τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά. Συνεπώς η ραβδομυόλυση αποδόθηκε αποκλειστικά στην υπερβολική και οξεία λήψη αιθανόλης. Ετέθησαν σε επιθετική ενυδάτωση, αλκαλοποίηση ούρων, μέτρηση ισοζυγίου υγρών και συχνό εργαστηριακό έλεγχο μέχρι πτώσης των τιμών του ενζύμου.

Συμπεράσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας δε θα πρέπει να παρακάμπτεται στους ασθενείς που μεταφέρονται στα ΤΕΠ λόγω οξείας μέθης. Βασική επιπλοκή της περιστασιακής αλλά οξείας κατάχρησης αιθανόλης αποτελεί η ραβδομυόλυση και αν αυτό διαλάβει, οι συνέπειες ενδέχεται να είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς.



Σημειώσεις

ΑΑ09. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ (ΟΠ) ΧΩΡΙΣ ΚΙΝΗΣΗ ΑΜΥΛΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ

Παπαδάτος Σταμάτης, Δεληγιάννης Γεώργιος,
Μυλωνάς Στέφανος, Ζήσης Χρήστος

Β΄ Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Εισαγωγή - Σκοπός: Η διάγνωση της ΟΠ στηρίζεται στην κλινική εικόνα (οξύ επιγαστρικό άλγος) και σε εργαστηριακά ευρήματα (υπεραμυλασαιμία και αμυλασουρία). Παραθέτουμε δύο περιστατικά βαριάς ΟΠ που προσήλθαν στα ΤΕΠ με συμπτωματολογία οξέος κοιλιακού άλγους χωρίς όμως εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με παγκρεατίτιδα. Η διάγνωση ετέθη με αξονική κοιλίας και η βαρύτητα χαρακτηρίστηκε με το BALTHAZAR SCORE.

Ασθενείς - Μέθοδος: Δύο άρρενες ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, εμπύρετο και περιφερική καταπληξία, προσήλθαν στα ΤΕΠ σε διαφορετικούς χρόνους. Υποστηρίχτηκαν με υγρά και ινότροπα, υπεβλήθησαν στο βασικό εργαστηριακό, ακτινολογικό και υπερηχογραφικό έλεγχο, χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα. Ακολούθως υπεβλήθησαν σε CT κοιλίας που απεικόνισε σοβαρού βαθμού φλεγμονή στο πάγκρεας, έντονο περιπαγκρεατικό οίδημα και ρυπαρότητα. Ο πρώτος ασθενής εισήχθη στην κλινική ενώ ο δεύτερος μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής ανταποκρίθηκε επιτυχώς στη θεραπεία και εξήλθε από την κλινική μετά από δεκαήμερη νοσηλεία. Περαιτέρω απεικόνιση με MRI ενίσχυσε τη διάγνωση αναδεικνύοντας επιπλέον παγκρεατική ψευδοκύστη. Ο δεύτερος ασθενής υπεβλήθη και σε χειρουργική επέμβαση, ενώ και αυτός σχημάτισε παγκρεατική ψευδοκύστη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σημειώθηκε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη χωρίς ποτέ να εμφανίσουν αύξηση αμυλάσης ορού/ ούρων.

Συμπεράσματα: Παρόλο που η αμυλάση ορού και ούρων είναι ένας ευαίσθητος δείκτης φλεγμονωδών εξεργασιών στο πάγκρεας, οι τιμές τους στα βιολογικά υγρά μπορεί να είναι εντός φυσιολογικών ορίων σε ασθενείς με σοβαρή ΟΠ. Κλινική εικόνα και CT κοιλίας θα θέσουν τη διάγνωση.



AA10. ΑΦΘΩΔΗ ΕΛΚΗ, ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ

Καρράς Γ.¹, Θεοδωρίδου Α.²

¹ ΕΟΠΥΥ - Μονάδα Υγείας Λάρισας

² Εργαστήριο Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας,
Π.Γ.Ν. Λάρισας

Σημειώσεις

Εισαγωγή - Σκοπός: Η κοιλιοκάκη είναι μοναδικό πρότυπο αυτοάνοσης διαταραχής με αποδεδειγμένη τη συμμετοχή του περιβαλλοντικού παράγοντα (γλουτένη). Ενώ αρχικά αποτελούσε ένα σπάνιο σύνδρομο δυσαπορρόφησης της παιδικής ηλικίας, σήμερα η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και επηρεάζει πολλά όργανα. Η κλινική εικόνα ποικίλει ή διαδράμει ασυμπτωματικά. Η επίπτωση της νόσου στη Βόρεια Ευρώπη κυμαίνεται 1/100 (πρόσφατες μελέτες) ενώ στην Ελλάδα δεν υπάρχουν μελέτες αλλά επικρατεί η άποψη ότι ισχύει για την Ευρώπη (εκτιμάται περίπου στους 100.000 μη διαγνωσθέντες ενώ οι επίσημα καταγραφέντες είναι 1500).

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 40 ετών προσέρχεται για διερεύνηση αναιμίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Ht 33%), φερριτίνη 2 ng/nl, ήπια τρανσαμινασαιμία (AST 34 - ALT 42 IU/l). Όπως προέκυπτε από το ιστορικό της, σιδηροπενική αναιμία τα τελευταία πέντε έτη με λήψη πολλαπλών σκευασμάτων σιδήρου *per os* χωρίς ανταπόκριση, β ετερόζυγος θαλασαιμία. Η ασθενής αναφέρει υποτροπιάζοντα επεισόδια αφθώδους στοματίτιδας. Ακολούθησε έλεγχος στα πλαίσια συνδρόμου δυσαπορρόφησης, ανοσολογικός έλεγχος (Αντι-tTG IgA >300, Αντι-γλοιαδίνη IgG θετικό, Αντι-ενδομυϊού θετικά 1/80). Η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία λεπτού εντέρου: ευρήματα συμβατά με κοιλιοκάκη (στάδιο κατά Marsh IIIB).

Αποτελέσματα: Η ασθενής ακολούθησε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης με εντυπωσιακή βελτίωση της αναιμίας (άνοδος του Ht και της φερριτίνης), υποχώρηση της αφθώδους στοματίτιδας.

Συμπεράσματα: Η νόσος δεν είναι τόσο σπάνια όσο θεωρείται και αποτελεί πρόκληση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς. Οι ασθενείς με κοιλιοκάκη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο λεμφώματος T-κυτταρικής αρχής ο οποίος περιορίζεται με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης εφ' όρου ζωής. Απαραίτητος ο έλεγχος στους συγγενείς 1^{ου} βαθμού.

Σημειώσεις

**ΑΑ11. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ
ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ**Καρράς Γεώργιος

ΕΟΠΥΥ Λάρισας

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ) είναι μια νόσος αγνώστου αιτιολογίας που προσβάλλει κυρίως γυναίκες και χαρακτηρίζεται από περιπυλαία ηπατίτιδα, υπεργαμμασφαιριναιμία, κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα και ευνοϊκή ανταπόκριση στην ανοσοκαταστολή. Έχει παγκόσμια κατανομή προσβάλλοντας οποιαδήποτε ηλικία, ποικίλο εύρος στις κλινικές εκδηλώσεις, ασυμπτωματική έως τη σοβαρή ηπατίτιδα. Λόγω της συχνής υποδιάγνωσης και υποεκτίμησης της νόσου, η ΑΗ έχει καταστροφική πορεία καθώς διαγιγνώσκεται σε στάδιο με πολύ κακή έκβαση.

Υλικό - Μέθοδος: Περιγράφεται γυναίκα ασθενής 77 ετών με ασυμπτωματική τρανσαμινασαιμία από 3ετίας. SGPT 80 IU/l, SGOT 70 IU/l, γGT 80 U/l, ALP 100 IU/l, IgG 1970 mg/dL, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ορού: πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία. Στα πλαίσια διαφορικής διάγνωσης της τρανσαμινασαιμίας (ιολογικός αρνητικός) U/S ήπατος χωρίς εστιακές αλλοιώσεις. Ακολούθως ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε ANA (+) 1/320, SMA (+) 1/320 + F-actin. Ορολογικό profile abs συμβατό με ΑΗ-1 και SIMPLIFIED SCORE 6 που ισοδυναμεί με PROBABLE ΑΗ-1. Ωστόσο δεν έγινε βιοψία ήπατος (για DEFINITE SCORE>6) λόγω ηλικίας της ασθενούς και με βάση τις οδηγίες του AASLD έλαβε θεραπεία.

Αποτέλεσμα: Η ασθενής έλαβε ανοσοκατασταλτική θεραπεία, πρεδνιζολόνη 30 mg/ day και αζαθειοπρίνη 50 mg/day με ανταπόκριση (επάνοδος των τρανσαμινασών σε φυσιολογικά επίπεδα).

Συμπέρασμα: Η διάγνωση της ΑΗ παραμένει μια διαγνωστική πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Τα νέα απλοποιημένα κριτήρια διάγνωσης βοηθούν για έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία της νόσου. Η ανοσοκατασταλτική αγωγή παραμένει θεμελιώδους σημασίας θεραπεία.



AA12. ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΜΕΘΑΝΔΡΟΣΤΕΝΟΛΟΝΗΣ

Λουκά Ειρήνη-Στυλιανή, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Σιαμπλή Μαρία, Γιάνναινας Νικόλαος,
Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη,
Παππαδά Αγγελική, Αλεξίου Ζωή

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Τα αναβολικά στεροειδή είναι συνθετικά παράγωγα της τεστοστερόνης. Η χρήση τους έχει εξαπλωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γεγονός ιδιαίτερα ανησυχητικό λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους, ειδικά όσον αφορά την ηπατοτοξική τους δράση. Σε ποσοστό 2% προκαλούν χολοστατικό ίκτερο.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 25 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω ικτερικής χροιάς επιπεφυκώτων και δέρματος και έντονου γενικευμένου κνησμού από 7ημέρου. Κλινικά ο ασθενής ήταν απύρετος, χωρίς ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα, με βαθύ ίκτερο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τρανσαμινασαιμία (SGOT: 81 IU/l, SGP :172 IU/l), άμεση υπερχολερυθριναιμία (Tbil:11,63 mg/dl, Dbil:10,26mg/dl), ALP:195 IU/l, γ-GT: 19IU/l. Γενική εξέταση αίματος- PT- aPTT- ινωδογόνο: κ.φ., CRP- TKE- ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων - ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών: κ.φ. Ανοσολογικός και πλήρης ιολογικός έλεγχος αρνητικός, νεοδείκτης: κ.φ. Ο ασθενής υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με U/S άνω κοιλίας και CT άνω-κάτω κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού που απέκλεισε την ύπαρξη νεοεξεργασίας και χολολιθίας. Ο ασθενής μετά το πέρας των πρώτων ημερών νοσηλείας και την πραγματοποίηση του ανωτέρου ελέγχου, φτάνοντας η ολική χολερυθρίνη στη μέγιστη τιμή της 27,85mg/dl (Dbil:24,21mg/dl), ομολόγησε τη χρήση μεθανδροστενολόνης σε δοσολογία 8 δισκίων των 5mg την ημέρα για 6 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά με ουρσοδεοξυχολικό οξύ, χολεστυραμίνη και αντιισταμινικά. Ο ίκτερος υφέθηκε και οι εργαστηριακές τιμές αποκαταστάθηκαν 4 μήνες μετά τη διακοπή της μεθανδροστενολόνης.

Συμπέρασμα: Η λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα περιλαμβάνει την πιθανή χρήση φαρμάκων και απαγορευμένων ουσιών κρίνεται απολύτως απαραίτητη σε κάθε ασθενή με ίκτερο, προτού ο κλινικός ιατρός εξαντλήσει όλο τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο.

Σημειώσεις

AA13. ΣΥΝΔΡΟΜΟ WERNICKE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Κεφαλά Φερονίκη, Παπαδόπουλος Πάρις,
Ρήγα Τασιούλα, Πολύζου Αρχοντούλα, Τσιβιλής Ιωάννης,
Κουζανίδης Πέτρος, Πετσιμέρη Βασιλική,
Κομιτόπουλος Νικόλαος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας -
Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο»

Εισαγωγή: Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke (αλκοολική εγκεφαλοπάθεια) είναι οξύ σύνδρομο που προκαλείται από ανεπάρκεια θειαμίνης (Vit B1). Απαντάται κυρίως σε αλκοολικούς ασθενείς και χαρακτηρίζεται από παρεγκεφαλιδική αταξία, οφθαλμοπληγία και μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής, άνδρας 64 ετών, με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, προσήλθε λόγω διαρροϊκών κενώσεων από 20ημέρου και μυϊκής αδυναμίας. Διαπιστώθηκαν υποκαλιαιμία (2,1mmol/L), υποφωσφαταιμία (1,9mg/dL), υπομαγνησιαιμία (1,1mg/dL), ορθόχρωμη αναιμία (Hct: 30%) και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 68,59mg/L, TKE 46mm/1h). Η εξέταση κοπράνων έδειξε άφθονα πυοσφαίρια, χωρίς ευρήματα από την καλλιέργεια και τον έλεγχο για παράσιτα. Το πόρισμα της κολονοσκόπησης περιέγραψε πετεχειώδεις ενάνθημα βλεννογόνου ανιόντος κόλου και ερυθρότητα τελικού ειλεού. Περαιτέρω ενδοσκοπικός έλεγχος με κάψουλα ανέδειξε εξελκώσεις νήστιδας και ειλεού κατά τόπους, συμβατές με πιθανή φλεγμονώδη νόσο εντέρου, η οποία όμως δεν επιβεβαιώθηκε από τις αντίστοιχες βιοψίες. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, εγκατέστησε μετά τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αστάθεια βαδίσεως, οριζόντιο νυσταγμό, θάμβος οράσεως και διαταραχές οπτικών πεδίων. Λόγω του ιστορικού αλκοολισμού και των αρνητικών ευρημάτων από την CT και MRI εγκεφάλου τέθηκε ως πιθανή διάγνωση η εγκεφαλοπάθεια Wernicke η οποία επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση χαμηλών επιπέδων Vit B1 (24mg/L). Ο ασθενής έλαβε IV θειαμίνη και τα νευρολογικά του συμπτώματα αποκαταστάθηκαν θεαματικά σε λίγες ημέρες. Η έλλειψη της Vit B1 αποδόθηκε στην κατάχρηση αλκοόλ που ενδεχομένως επιδεινώθηκε λόγω εντερικής δυσασπορρόφησης.

Συμπέρασμα: Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke αποτελεί επείγουσα και επικίνδυνη νευρολογική νόσο η διάγνωση της οποίας απαιτεί υψηλό βαθμό υποψίας ώστε η θεραπεία να ξεκινά εγκαίρως.



AA14. ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σημειώσεις

Μακίνα Άννα¹, Ιωάννου Αλκιβιάδης¹, Βιτώρος Βασίλειος¹,
Σκούρα Ειρήνη¹, Κουπετώρη Μαρίνα¹,
Καταξάκη Ευαγγελία², Συμπάρδη Στυλιαννή¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική

² Ρευματολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Ραβδομύωση είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε νέκρωση των μυών και αύξηση των μυϊκών ενδοκυττάρων στοχείων στην κυκλοφορία. Χαρακτηρίζεται από μυαλγίες, αύξηση των επιπέδων μυϊκών ενζύμων, μυσσφαιρινουρία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ΟΝΑ. Στα αίτια περιλαμβάνονται: τραύματα, άσκηση, φάρμακα, τοξίνες, αυτοάνοσα νοσήματα, θυροειδικές παθήσεις, λοιμώξεις, νεοπλάσματα κ.α.

Σκοπός: Περιγράφονται δύο περιπτώσεις επιμένουσας συμπτωματικής ραβδομύωσης.

Περιγραφή Περιστατικών: Περιστατικό 1) Γυναίκα 87 ετών (Α) προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω μυαλγιών, καταβολής δυνάμεων, απώλειας βάρους > 10 kg τους τελευταίους 6 μήνες, από μηνός εξάνθημα ράχης και βραχιόνων. Εργαστηριακά: ουρία=77, κρεατίνη=1.3 mg/dl, CPK=3266 mg/dl καρκινικοί δείκτες φτ, θυρεοειδικός έλεγχος κφ CT θώρακος, CT και MRI άνω-κάτω κοιλίας(-) Γαστροσκόπηση, κολοσκόπηση (-). Test Pap (-). SSA Ro-52(+), ANA 1:320(+) Στηριζόμενοι στο ειδικό εξάνθημα, στην ραβδομύωση, στα ανοσολογικά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση δερματομυοσίτιδας

Περιστατικό 2) Άνδρας 72 ετών (Β) προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω μυϊκής αδυναμίας. Γνωστή χρόνια αύξηση του CPK, αλλά το τελευταίο μήνα έως 6496 IU/l. Από το ατομικό αναμνηστικό ψωριασική αρθρίτιδα υπο Adalimumab (Humira) και προφύλαξη με Entecavir (Baraclude) λόγω HBcAb (+). Η διακοπή των φαρμάκων δεν βελτίωσε την CPK. Πλήρης ιολογικός, θυρεοειδικός έλεγχος, καρκινικοί δείκτες κφ, Ra test (-), IgG= 2420(↑). ANA(+)/1/640, αντιDNA(+) 49,4 IU. Ιστολογική εξέταση δέρματος- μυός: ευρήματα συμβατά με μέτριου βαθμού αλλοιώσεις φλεγμονώδους μυοπάθειας του τύπου πολυμυοσίτιδας.

Αποτελέσματα: Οι δύο ασθενείς τέθηκαν σε κορτικοθεραπεία με άμεση ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: 1) Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα των μυών (δεαρματομυοσίτιδα και πολυμυοσίτιδα) σπάνια εκδηλώνονται με οξεία βαρεία ραβδομύωση. 2) Αξιοσημείωτη είναι η άμεση απάντηση σε κορτικοθεραπεία. 3) Η διάγνωση ιδιοπαθούς αυτοάνοσης διαταραχής, τίθεται αφού αποκλεισθούν (με πλήρη έλεγχο) άλλα υποκείμενα νοσήματα.

Σημειώσεις

AA15. ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ

Λαμπρινούδης Γεώργιος, Φούντας Επαμεινώνδας, Μαράγκου Ελένη, Ζαχαράκη Αναστασία, Τουλιάτου Αικατερίνη

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

Εισαγωγή: Το αυτόματο πνευμομεσοθωράκιο είναι μία σπάνια επιπλοκή διαβητικής κετοξέωσης, (ΔΚ). Οι έμετοι και η αναπνοή Kussmaul που συνοδεύουν τη βαριά ΔΚ είναι η συχνότερη αιτία πρόκλησης πνευμομεσοθωρακίου μέσω αύξησης των ενδοκυψελιδικών πιέσεων και επακόλουθης ρήξης των κυψελίδων.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με πνευμομεσοθωράκιο σε ασθενή με ΔΚ.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 27 ετών χωρίς γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη προσήλθε στο ΤΕΠ σε κωματώδη κατάσταση. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ταχύπνοια (34 αναπνοές/λεπτό), ΑΠ: 112/88mmHg, σφύξεις: 80/λεπτό και από την ακρόαση ρεγχάζοντες σε αμφοτέρα πνευμονικά πεδία. Από εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν: Γλυκόζη ορού: 713mg/dl, WBC: 12000, pH: 7,11, pCO_2 : 31,5, pO_2 : 112,4, SO_2 : 97%, HCO_3^- : 12, BE: -14,8, γλυκοζουρία και κετονουρία. Η λοιπή αντικειμενική εξέταση ανέδειξε κριγμό κατά την ψηλάφηση της δεξιάς τραχηλικής χώρας. Διενεργήθηκαν απλή ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας που ανέδειξαν ελεύθερο αέρα στο πνευμομεσοθωράκιο και υποδόριο εμφύσημα στη δεξιά πλάγια τραχηλική χώρα. Σε ακτινολογικό έλεγχο οισοφάγου με χορήγηση γαστρογραφίνης δεν παρατηρήθηκε διαφυγή του σκιαγραφικού καθ' όλο το μήκος του οισοφάγου.

Αποτελέσματα: Με την αποκατάσταση της τιμής του σακχάρου και τη συνδό διόρθωση της οξέωσης με ενδοφλέβια μέσω αντλίας χορήγηση ινσουλίνης και επαρκή ενυδάτωση, η ασθενής παρουσίασε γρήγορη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

Συμπέρασμα: Το αυτόματο πνευμομεσοθωράκιο είναι μια ασυνήθης επιπλοκή ΔΚ. Η κύρια διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει το σύνδρομο Boerhaave (ρήξη οισοφάγου) το οποίο και θα πρέπει να αποκλείεται. Έχει πολύ καλή πορεία και πρόγνωση, δεν απαιτεί ειδικές παρεμβάσεις και υποχωρεί αυτόματα με τη διόρθωση της ΔΚ.



**AA16. Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ
ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ Β-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΙΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΔΥΟ ΕΘΝΟΤΗΤΩΝ
(ΝΟΤΙΟ ΑΣΙΑΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΥΚΑΣΙΟΙ)**

Γεραγώτου Θέκλα, MD,^{1,2}, Jainandunsing Sjaam, MD¹,
Özcan Behiye, MD¹, de Rooij Felix, PhD¹,
Κόκκινος Αλέξανδρος, MD, PhD¹,
Τεντολούρης Νικόλαος, MD, PhD²,
Sijbrands Eric J.G., MD, PhD¹

¹ Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρικό κέντρο Εράσμου (Erasmus mc) - Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ρότερνταμ (University Medical Center Rotterdam), Ολλανδία

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών, Ελλάδα

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) είναι εκτός του τρόπου ζωής και η γενετική προδιάθεση, όπως π.χ η εθνότητα.

Σκοπός: Η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του ΜΣ και της λειτουργίας των β-κυττάρων, στις ακόλουθες 3 ομάδες: α) χωρίς ΜΣ/χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) (n=43) β) ΜΣ/χωρίςΣΔτ2 (n=26) και γ) ΜΣ/ΣΔτ2 (n=29).

Υλικό: Σαράντα τέσσερις Νότιο Ασιάτες και 54 Καυκάσιοι.

Μέθοδος: Η ινσουλίνη πλάσματος, το C-πεπτίδιο και οι συγκεντρώσεις γλυκόζης μετρήθηκαν κατά τη διάρκεια από του στόματος δοκιμασίας γλυκόζης και με το oral minimal model εκτιμήθηκαν ο δείκτης ευαισθησίας στην ινσουλίνη (ISI), ο στατικός, δυναμικός και ολικός δείκτης αποκρισιμότητας των β-κυττάρων (Φ) και ο δείκτης βιοδιαθεσιμότητας (DI).

Αποτελέσματα: Και στις δύο εθνότητες ο ISI ήταν χαμηλότερος στην ΜΣ/ΣΔτ2 ομάδα σε σύγκριση με την χωρίςΜΣ/χωρίςΣΔτ2 ($P<0.004$) και υπήρχε μια βαθμιαία μείωση των DIς από τις χωρίςΜΣ/χωρίςΣΔτ2, στις ΜΣ/χωρίςΣΔτ2 και στις ΜΣ/ΣΔτ2 ομάδες (P for trend <0.002). Οι Νότιο Ασιάτες χωρίς ΜΣ ήταν πιο ινσουλινο-ανθεκτικοί σε σύγκριση με τους αντίστοιχους Καυκάσιους ($P=0.033$). Στους Νότιο Ασιάτες, ο ISI, ο δυναμικός και στατικός DI συσχετίστηκαν με τη HDL ($P=0.001$, $P=0.005$ και $P=0.001$ αντίστοιχα) και τα τριγλυκερίδια ($P=0.005$, $P=0.022$ και $P=0.007$ αντίστοιχα). Στους Καυκάσιους, ο ISI συσχετίστηκε με το waist-to-hip δείκτη ($P=0.005$) και τη συστολική και διαστολική πίεση αίματος ($P=0.001$ και $P=0.004$ αντίστοιχα) και ο στατικός DI συσχετίστηκε με τη συστολική πίεση αίματος ($P=0.005$).

Συμπέρασμα: Ο ISI και οι DIς συσχετίστηκαν με το λιπιδαιμικό προφίλ στους Νότιο Ασιάτες και με την πίεση του αίματος στους Καυκάσιους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη ενισχύει διαφορετικά χαρακτηριστικά του ΜΣ σε διαφορετικές εθνότητες.

AA17. ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΟΪΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ;

Παππά Ευθυμία, Δούμας Ιωάννης, Σαρρής Ευάγγελος, Λαϊνά Αγγελική, Μάλιος Ιωάννης, Ξυδάκη Αικατερίνη, Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος

Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

Εισαγωγή: Η χορήγηση επιλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) ή σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRI) σε ηλικιωμένους ανοϊκούς ασθενείς συνδέεται με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ παράλληλα αμφισβητείται η αποτελεσματικότητά τους στον έλεγχο των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς.

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας χορήγησης SSRI/SNRI σε ηλικιωμένους ασθενείς και η διερεύνηση της συσχέτισής της με δημογραφικές και νοσολογικές παραμέτρους.

Υλικό: Μελετήθηκαν 440 ασθενείς ηλικίας >70 ετών (διάμεση ηλικία 81, γυναίκες:άνδρες=1,25:1) που εισήχθησαν διαδοχικά στο Παθολογικό Τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου.

Μέθοδος: Καταγράφηκε η φαρμακευτική αγωγή κατά την εισαγωγή και την έξοδο. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη λήψη SSRI/SNRI και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, το φύλο, την υφιστάμενη διάγνωση άνοιας και τον αριθμό των λαμβανόμενων φαρμάκων.

Αποτελέσματα: Ένα ή περισσότερα ψυχιατρικά φάρμακα ελάμβανε το 32% (95% C.I.:28-35%) των ασθενών, με στατιστικά σημαντική υπεροχή των γυναικών (1,7:1, $p=0.029$) ενώ στις μισές περίπου περιπτώσεις (47,5%, 95% C.I.:39-56%) η ψυχιατρική αγωγή περιελάμβανε SSRI/SNRI με συχνότερα χρησιμοποιούμενες ουσίες τις σιταλοπράμη και μιρταζαπίνη. Από όσους ελάμβαναν ψυχιατρική αγωγή, 44% (95% C.I.:36-52%) είχαν διαγνωσμένη άνοια και από αυτούς οι μισοί περίπου (47,5%, 95% C.I.:35,5-60%) ελάμβαναν SSRI ή/και SNRI. Υπήρχε ισχυρή συσχέτιση της λήψης SSRI/SNRI με τον αριθμό ψυχιατρικών φαρμάκων που ελάμβανε ο ασθενής ($p<0.0001$, O.R.:21.3) αλλά όχι με την ηλικία, το φύλο, τη διάγνωση άνοιας ή το συνολικό αριθμό των λαμβανόμενων φαρμάκων. Διακοπή της χορήγησης SSRI/SNRI έγινε στο 23% των ασθενών.

Συμπέρασμα: Ηλικιωμένοι ανοϊκοί ασθενείς λαμβάνουν συχνά SSRI/SNRI παρά την απουσία ενδείξεων για τη χρησιμότητά τους. Η εισαγωγή στο Παθολογικό τμήμα αποτελεί ευκαιρία για αναθεώρηση της σκοπιμότητας συνέχισης της αγωγής.



AA18. ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΩΔΗΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Σημειώσεις

Μητράκης Γεώργιος, Ξυδάκη Αικατερίνη,
Σαρρής Ευάγγελος, Δούμας Ιωάννης, Μάζαρης Σάββας,
Οικονόμου Δημήτριος, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος,
Λούπα Χαρίκλεια

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η εμφυσηματώδης πυελονεφρίτιδα είναι ασυνήθης, αλλά δυνητικά θανατηφόρος νεκρωτική λοίμωξη του νεφρικού παρεγχύματος. Παρουσιάζεται κυρίως σε ασθενείς με διαβήτη και χαρακτηρίζεται από την παρουσία αέρα (πυελοκαλυκτικό σύστημα, νεφρικό παρέγχυμα, περινεφρικά). Σχεδόν όλοι οι ασθενείς χωρίς διαβήτη παρουσιάζουν αποφρακτική ουροπάθεια. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία είναι 54 έτη. Το συχνότερο παθογόνο είναι *E.coli*.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άντρας 87 ετών προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου από ωρών με ρίγος, σηπτικό shock και ανουρία. Μέχρι πριν 3 ημέρες νοσηλευόταν σε άλλο νοσοκομείο (λόγω εμφράγματος μυοκαρδίου και ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου), όπου είχε τοποθετηθεί ουροκαθετήρας. Αναμνηστικό: σακχαρώδης διαβήτης 2 (υπό δισκία). Κλινική εξέταση: άλγος δεξιάς πλάγας κοιλιακής χώρας με επέκταση στη δεξιά νεφρική χώρα. Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοκυττάρωση (WBC:24320/μl με 94,4% πολυμορφοπύρρνα), C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 340 mg/l (ΦΤ<3,45) και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ουρία 155mg/dl, κρεατινίνη 4,4mg/dl). Στην ακτινογραφία NOK είχε παρουσία αέρα περινεφρικά δεξιά ενώ στην αξονική τομογραφία κοιλίας παρατηρήθηκαν φυσαλίδες αέρα στο δεξιό νεφρό από τη μεσότητα και κάτω, αέρας περινεφρικά και νεφρολιθίαση άμφω. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με επιθετική ενυδάτωση και χορήγηση αγγειοσυσπαστικών (ντοπαμίνη, δοβουταμίνη, νοραδρεναλίνη) και υδροκορτιζόνης για την αντιμετώπιση της σηπτικής καταπληξίας ενώ έγινε άμεση έναρξη προωθημένου αντιβιοτικού σχήματος (μεροπενέμη+μετρονιδαζόλη). Αιμοκαλλιέργεια: θετική για *E.coli*. Τις 3 πρώτες ημέρες υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση. Στη συνέχεια το shock ανατάχθηκε και ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της διούρησης και της νεφρικής λειτουργίας (ουρία 90 mg/dl, κρεατινίνη 1,0 mg/dl), με ταυτόχρονη υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής (CRP 36,7 mg/l). Έγινε αποκλιμάκωση της αντιβιοτικής αγωγής σε κεφουροξίμη+μετρονιδαζόλη. Ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος με per os αντιβιοτική αγωγή, ενώ σε απώτερο χρόνο θα εξετασθεί το ενδεχόμενο χειρουργικής αντιμετώπισης.

Συμπεράσματα: Η εμφυσηματώδης πυελονεφρίτιδα, αν και σπανία, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμπυρέτου και άλγους νεφρικών χωρών σε διαβητικό ασθενή.



AA19. ΔΗΓΜΑ ΜΑΥΡΗΣ ΧΗΡΑΣ

Καρκαμάνης Αχιλλέας, Λουκίνα Ασημίνα,
Πανουτσόπουλος Αθανάσιος, Σταυρουλάκη Γεωργία,
Δραντάκη Βασιλική, Δημόπουλος Γεώργιος,
Ρόζη Φωτεινή, Μαύρας Γεώργιος

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Άργους

Εισαγωγή: Η αράχνη μαύρη χήρα ενδημεί κυρίως στη βόρειο Ελλάδα και στα νησιά του Αιγαίου. Εντούτοις κρούσματα έχουν αναφερθεί και στην ευρύτερη περιοχή της Πελοποννήσου, με το είδος *Loxosceles rufescens* να έχει ταυτοποιηθεί σε περιστατικό νεκρωτικού αραχιδονισμού.

Σκοπός: Περιγράφεται ένα σπάνιο περιστατικό δήγματος αραχνοειδούς στον ελλαδικό χώρο, με καλή έκβαση για τον ασθενή.

Υλικό - Μέθοδος: Άρρεν ηλικίας 17,5 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με δήγμα (ΑΡ) αντιβραχίου με χαρακτήρα μικρού εξέρυθρου κύκλου και σκληρία γύρω από την περιοχή του δήγματος και συνοδό οίδημα περιοφθαλμικά και παρειών άμφω. Κατά την Α.Ε. ανευρέθησαν: Α.Π.= 180/100 mmHg και ταχυκαρδία (112 bpm). Μέσα σε μισή ώρα από την προσέλευσή του στο ΤΕΠ, παρατηρήθηκαν τα κάτωθι συστηματικά συμπτώματα: μυϊκές κράμπες στην περιοχή γύρω από το δήγμα με τάση επέκτασης προς τις μεγάλες μυϊκές ομάδες, της κοιλιακής χώρας, της πλάτης, και των μηρών. Επίσης ο ασθενής εμφάνισε έντονη κεφαλαλγία, ναυτία, τάση προς έμετο και έντονο stress. Η κοιλία ήταν σανιδώδης με απουσία εντερικών ήχων, εικόνα συμβατή με οξεία κοιλία. Τα αέρια αίματος κατέδειξαν αύξηση γαλακτικού οξέως έως 5 mmol/kg και ήπια υποξυγοναιμία 92%. Ο ε/ε κατέδειξε λευκοκυττάρωση 20000/μl και CPK 594 mcg/L (40-170 mcg/L). Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του, ο πόνος επεκτάθηκε σταδιακά στα κάτω άκρα και ο ασθενής παρουσίασε υπνηλία και βυθιότητα. Ακολούθως παρατηρήθηκε έντονη εφίδρωση, με δεκατική πυρετική κίνηση και τετανία με σύσπαση των μασητήρων.

Αποτελέσματα: Στον ασθενή χορηγήθηκε IV αναλγητική αγωγή, κορτιζόνη και ενυδάτωση. Λόγω της επιδεινούμενης ανωτέρω συμπτωματολογίας ο ασθενής διεκομίσθη στη ΜΕΘ 3βάθμιου νοσοκομείου των Αθηνών, όπου και κατά την παραμονή του παρατηρήθηκε ύφεση συμπτωματολογίας.

Συμπέρασμα: Αν και σπάνιο όσον αφορά στη συχνότητα των καταγεγραμμένων περιστατικών στον ελλαδικό χώρο, το δήγμα μαύρης χήρας πρέπει να περιλαμβάνεται στη Δ/δ των δηγμάτων αγνώστου αιτιολογίας, καθώς έχουν καταγραφεί θανατηφόρα περιστατικά.



ΑΑ20. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Παππά Ευτυχία, Ραχιώτης Χρίστος, Βασταρδής Ελένη, Βαζαίου - Γερασιμίδη Ανδριανή

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η ξηροστομία αποτελεί συχνό σύμπτωμα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Τ1ΣΔ) και επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο της μεταβολικής ρύθμισης.

Σκοπός: Αντικείμενο της ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση μεταβολών στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του σάλιου (σύσταση, pH σάλιου ηρεμίας, ροή σάλιου ηρεμίας, pH και ροή σάλιου διέγερσης, ρυθμιστική ικανότητα) σε συσχέτιση με τη μεταβολική ρύθμιση σε εφήβους με Τ1ΣΔ.

Υλικά και Μέθοδος: Για τους σκοπούς της μελέτης εξετάστηκαν 60 έφηβοι (12-18), από τους οποίους 20 εμφάνιζαν ρυθμισμένο Τ1ΣΔ ($HbA1c \leq 8\%$), 20 αρρυθμιστο Τ1ΣΔ ($HbA1c > 8\%$) και 20 ήταν υγιείς μάρτυρες. Το δείγμα της μελέτης προήλθε από τους ασθενείς που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου Παιδών «Π & Α Κυριακού» και η συλλογή του δείγματος έγινε κατά τη διάρκεια της τριμηνιαίας παρακολούθησής τους. Η αξιολόγηση των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών του σάλιου (ροή, pH, σύσταση, ρυθμιστική ικανότητα) έγινε με βάση το σκεύασμα GC Saliva Check Buffer (3M ESPE). Καταγράφηκαν επιπρόσθετα ο δείκτης πλάκας, ο δείκτης τερηδόνας DMFT καθώς και η υποκειμενική αίσθηση ξηρότητας του στόματος με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ξηροστομίας.

Αποτελέσματα: Η ροή και το pH σάλιου ηρεμίας, η σύσταση του σάλιου και η τερηδονική κατάσταση των εφήβων με μη ρυθμισμένο Τ1ΣΔ βρέθηκαν να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0,05$) σε σύγκριση με τις τιμές των ασθενών με ρυθμισμένο Τ1ΣΔ, που παρουσίαζαν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των υγιών μαρτύρων.

Συμπεράσματα: Η μεταβολική ρύθμιση των εφήβων με Τ1ΣΔ επηρεάζει σημαντικά τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του σάλιου και είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οδοντοστοματικής τους υγείας.

AA21. ΣΩΜΑΤΟΤΡΟΦΟ ΜΑΚΡΟΑΔΕΝΩΜΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΝΙΚΟΚΛΟΝΙΚΟΥΣ ΣΠΑΣΜΟΥΣ - ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ιωάννου Αντρέας, Φωτίου Ελένη, Αζίνα - Ζίττη Χαρά,
Κληρίδου Μάρω, Χειμωνίδης Σόλων**

Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λευκωσίας, Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Σωματοτρόφο μακροαδένωμα υπόφυσης με πρώτη εκδήλωση τονικοκλονικούς σπασμούς, κεφαλαλγία, έκπτωση επιπέδου συνείδησης και απουσία διαταραχών οπτικών πεδίων.

Σκοπός: Παρουσίαση του περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συχνότητα εκδήλωσης των μακροαδενωμάτων της υπόφυσης με την πιο πάνω κλινική εικόνα.

Υλικό: Γυναίκα 53 ετών, με μεγαλακρικά χαρακτηριστικά, προσκομίστηκε στο Τμήμα Επειγόντων σε ημικωματώδη κατάσταση, με αναφερόμενη μετωπιαία κεφαλαλγία από εβδομάδος, υποτροπιάζοντα επεισόδια τονικοκλονικών σπασμών κατά τη διακομιδή της και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Η ασθενής δεν εμφάνιζε διαταραχή γλυκόζης ή ηλεκτρολυτών και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μακροαδένωμα υπόφυσης. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση μετά την εισαγωγή της ασθενούς με: βυθοσκόπηση, οσφυονωτιαία παρακέντηση, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αυτόματη περιμετρία οπτικών πεδίων, έλεγχο αυτό-αντισωμάτων, μαγνητική αγγειογραφία/φλεβογραφία, υπερηχοκαρδιογράφημα και 24-ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Ο ορμονολογικός έλεγχος ανέδειξε υπερπαραγωγή αυξητικής ορμόνης χωρίς συνοδό υποϋποφυσισμό. Η ασθενής κατά τη νοσηλεία της ενώ ήταν νορμοτασική υπό αντιϋπερτασική αγωγή και υπό αντιεπιληπτική αγωγή επανεμφάνισε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς που αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση λεβετιρακετάμης. Η ασθενής εκτιμήθηκε από νευροχειρουργούς και της συστάθηκε διασφηνοειδική εκτομή του μακροαδενώματος.

Μέθοδος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με αναζήτηση σχετικών άρθρων από τη βάση δεδομένων Pubmed με χρήση των λέξεων-κλειδιά "pituitary", "adenoma", "seizures", "epilepsy" and "acromegaly".

Αποτελέσματα: Τα σωματοτρόφα μακροαδενώματα συνήθως εκδηλώνονται με διαταραχή οπτικών πεδίων και κεφαλαλγία με τους σπασμούς να αποτελούν πολύ σπάνια εκδήλωσή τους.

Συμπέρασμα: Η κλινική εκδήλωση του μακροαδενώματος στην ασθενή μας ήταν ασυνήθης και είναι ορθό σε περιστατικά με σπασμούς και έκπτωση επιπέδου συνείδησης να συμπεριλαμβάνονται στην διαφορική μας διάγνωση οι όγκοι της υπόφυσης και οι ενδοκρανιακοί όγκοι γενικότερα.



AA22. ΝΟΣΟΣ CONN ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σημειώσεις

Σιαμπλή Μαρία, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα,
Λεκκάκου Λεώνη, Λουκά Ειρήνη - Στυλιανή,
Παπαγεωργίου Ελένη, Λιακοπούλου Ευσταθία,
Αλεξίου Ζωή

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελεουσίνας, «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η νόσος Conn διαγιγνώσκεται συχνά τυχαία, καθώς τα κλινικά συμπτώματα αποδίδονται στην ιδιοπαθή υπέρταση.

Σκοπός: Με την παρουσίαση του περιστατικού τονίζεται η σημασία της διερεύνησης των δευτεροπαθών αιτίων της υπέρτασης.

Υλικό: Άνδρας 57 ετών εισήχθη στην κλινική μας για λοίμωξη αναπνευστικού με τον εξής εργαστηριακό έλεγχο: **K=2,4 mmol/l, CK=6504 IU/l, Σάκχαρο=239 mg/dl, κρεατινίνη 1,4 mg/dl, AST=82, Ολ.Χολερυθρίνη=1,45 mg/dl, Άμηση Χολερυθρίνη=0,76 mg/dl, LDH=430 IU/l.** Από το ιστορικό του παρουσίαζε αρτηριακή υπέρταση από 15ετίας με τετραπλή αντιυπερτασική αγωγή (νιφεδιπίνη-νεμπιβολόλη-μοξονιδίνη-ιρβεσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη), στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Μέθοδος: Συλλογή ούρων 24ώρου: 2350ml/24h κάλιο=73 mmol/24h **ολικά λευκώματα 188mg/24h οσμωτικότητα 296mOsm/Kg**, Θυρεοειδικές Ορμόνες και Αντιθυρεοειδικά αντισώματα: κφ, U/S Θυρεοειδούς αδένες: ήπια ανομοιογένεια στην ηχομορφολογία, Triplex Νεφρικών Αρτηριών: κφ, ΤΚΕ=34mm, Νεοπλασματικοί δείκτες αίματος: κφ, CT εγκεφάλου-θώρακος-άνω κοιλίας: επινεφρίδια χωρίς εμφανή παθολογικά ευρήματα.

Λόγω ΑΠ=140/75-160/85mmHg και με θεραπευτικό κριτήριο, διεκόπη μόνο για 1 ημέρα η νεμπιβολόλη και για 3 ημέρες η υδροχλωροθειαζίδη. Ορμονολογικός έλεγχος πλάσματος πρωί με διαφορά ½ ώρας ή ρεμπορπάτημα: αλδοστερόνη ύπτια θέση=5,9pg/ml όρθια θέση=36,6ng/dl, **ρενίνη ύπτια θέση=1,3pg/ml ρενίνη όρθια θέση=2,4mU/ml**, φλοιεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη (ACTH)= 18,0pg/ml, κορτιζόλη= 161,50ng/ml, Ορμονολογικός έλεγχος ούρων 24ώρου: βανιλομανδελικό οξύ (VMA)= 5,2mg/24h, μετανεφρίνες= 0,1mg/24h, αλδοστερόνη= 15,8ng/l **Μαγνητική Τομογραφία Επινεφριδίων: αδένωμα αριστερού επινεφριδίου.**

Αποτελέσματα: Ο ασθενής τέθηκε σε Σπιρονολακτόνη, διορθώθηκε η υποκαλιαιμία (K=4,2mmol/L), αποκλιμακώθηκε η αντιυπερτασική αγωγή.

Συμπέρασμα: Έχει αξία να διερευνάται κάθε ασθενής με σοβαρού βαθμού υπέρταση (>160mmHg συστολική ή >100mmHg διαστολική) ή υπέρταση ανθεκτική σε φαρμακευτική αγωγή (τριπλή φαρμακευτική αγωγή με αδρενεργικούς αποκλειστές, αγγειοδιασταλτικά και χαμηλής δόσης διουρητικά) και υποκαλιαιμία.

Σημειώσεις

AA23. ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ

**Οικονόμου Δημήτριος, Λαϊνά Αγγελική,
Ξυδάκη Αικατερίνη, Μάζαρης Σάββας,
Μητράκης Γεώργιος, Κούκη Αικατερίνη,
Λούπα Χαρίκλεια, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου «Αμαλία Φλέμιγκ»,
Αθήνα

Εισαγωγή: Τα γλυκοκορτικοειδή ελαττώνουν την εντερική απορρόφηση και αυξάνουν την νεφρική απέκκριση ασβεστίου χωρίς κατά κανόνα να προκαλούν συμπτωματική υπασβεστιαίμια.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού που συμβάλλει στην κατανόηση της διαχείρισης ασθενών με υποπαραθυρεοειδισμό που χρειάζεται να λάβουν μεγάλες δόσεις γλυκοκορτικοειδών.

Παρουσίαση περιστατικού: 29χρονη γυναίκα με μετεγχειρητικό υποπαραθυρεοειδισμό διατηρεί φυσιολογικά επίπεδα ασβεστίου αίματος λαμβάνοντας χρόνια αγωγή συντήρησης με ασβέστιο και αλφακαλσιδόλη. Δύο ημέρες μετά την ενδοφλέβια λήψη υδροκορτιζόνης για αλλεργική αντίδραση προσέρχεται στο ΤΕΠ με τετανία και διαπιστώνεται υπασβεστιαίμια. Αντιμετωπίζεται με γλυκονικό ασβέστιο ενδοφλεβίως και αύξηση των δόσεων συντήρησης, ενώ λαμβάνει υδροκορτιζόνη I.V. 125 mg x4 λόγω γενικευμένου αλλεργικού εξανθήματος. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας η συμπτωματική υπασβεστιαίμια υποτροπιάζει. Το ασβέστιο ορού είναι 4,68 mg/dl και η παραθορμόνη 7,27 pg/ml (φ.τ.: 15-65). Χορηγείται επιπλέον γλυκονικό ασβέστιο και μειώνεται ταχέως η κορτιζόνη που διακόπτεται την 6^η ημέρα, με αποτέλεσμα την επιστροφή του ασβεστίου σε φυσιολογικά επίπεδα την 7^η ημέρα. Τρία χρόνια αργότερα, η ασθενής επανεισάγεται για ενδοφλέβια χορήγηση υδροκορτιζόνης λόγω νέας αλλεργικής αντίδρασης. Παρότι διπλασιάζονται οι από του στόματος δόσεις ασβεστίου και αλφακαλσιδόλης εμφανίζει συμπτωματική υπασβεστιαίμια και χρειάζεται ενδοφλέβιο γλυκονικό ασβέστιο και διακοπή της κορτιζόνης για να βελτιωθεί.

Συμπέρασμα: Στο έδαφος υποπαραθυρεοειδισμού η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών μπορεί να προκαλέσει κλινικά σημαντική υπασβεστιαίμια λόγω απουσίας του μηχανισμού ανάδρασης που περιλαμβάνει την έκκριση παραθορμόνης. Στους ασθενείς αυτούς πρέπει να παρακολουθούνται τα επίπεδα ασβεστίου κατά τη διάρκεια της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή. Φαίνεται ότι τα συμπληρώματα ασβεστίου και αλφακαλσιδόλης από του στόματος δεν επαρκούν για αποφυγή συμπτωματικής υπασβεστιαίμιας και μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία για ενδοφλέβια λήψη γλυκονικού ασβεστίου.



AA24. ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

Σημειώσεις

Κατσουλάκη Μαρία¹, Μπαμπίλη Κωνσταντίνα¹,
Παρτσαλάκη Ειρήνη¹, Μπίτσης Σπυρίδων²,
Καστανάκης Σεραφείμ¹, Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Ενδοκρινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η υποξεία θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα de Quervain αποτελεί ιογενώς προκαλούμενη φλεγμονή του θυρεοειδούς αδένος, προσβάλλει συνήθως γυναίκες ηλικίας 20-40 ετών και απαιτεί συμπτωματική αντιμετώπιση με συχνά αυτοϊόμενη πορεία και σπάνια κατάληξη τον υποθυρεοειδισμό.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με εμπύρετο και υποξεία θυρεοειδίτιδα.

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 28 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπύρετου έως 38,5°C από 12ημέρου με συνοδό ήπια φαρυγγαλγία υπό αγωγή με κεπροζίλη και ακολούθως κλαυθρομυκίνη χωρίς βελτίωση.

Εκ του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκαν διόγκωση θυρεοειδούς με ήπια ευαισθησία στην ψηλάφηση χωρίς άλλη εστία λοίμωξης,

-WBC:9530, Neut: 70%, HCT:34

-CRP: 8,4,

-TKE: 118

-TSH: 0.01, FT3: 7,54, FT4: 3,13, Anti-TPO: 0.28, Anti-TG: 7.28

Η ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα θυρεοειδούς το οποίο ανέδειξε αύξηση των ορίων του αδένος με διάχυτη ανομοιογένεια, κατά τόπους υποηχογένεια χωρίς διαφοροποίηση όζων καθώς και επιχώριους λεμφαδένες d:6mm-11mm.

Αποτελέσματα: Έγινε ενδοκρινολογική εκτίμηση και τέθηκε η διάγνωση της υποξείας θυρεοειδίτιδος. Η ασθενής απυρέτησε υπό κορτιζόνη και έλαβε οδηγίες για μειούμενο σχήμα κορτιζονοθεραπείας ενός μήνα και επανεκτίμηση.

Συμπεράσματα: Δεν θα πρέπει να λησμονούμε την θυρεοειδίτιδα ως αίτιο εμπύρετου. Η ενδελεχής κλινική εξέταση αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση.

AA25. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BRUGADA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Κτωρής Ζαχαρίας¹, Φωτίου Ελένη², Λεριού Λάουρα², Ιωάννου Αντρέας², Κληρίδου Μάρω², Νικολαΐδης Λευτέρης¹, Χειμωνίδης Σόλων¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Brugada αποτελεί μια σπάνια αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Πρόκειται για μια κληρονομική διαταραχή σε επίπεδο υποδοχών νατρίου. Χαρακτηρίζεται από παθολογικά ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κοιλιακών ταχυαρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Τα ευρήματα στο ΗΚΓ μπορεί να είναι συγκαλυμμένα και εκδηλώνονται με ειδικές δοκιμασίες χορήγησης ισχυρών αναστολέων διαύλων νατρίου.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς και ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με διάγνωση συνδρόμου Brugada.

Υλικό: Πρόκειται για ασθενή 36 ετών ο οποίος εισήχθη για διερεύνηση πολλαπλών λιποθυμικών επεισοδίων από όρθια θέση. Έγινε πλήρης διερεύνηση περιστατικού με απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο χωρίς να προκύψει οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα. Στην μητέρα του ασθενούς διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια εμπύρετου ΗΚΓ μοτίβο brugada τύπου 1 και τότε ο ασθενής ζητήθηκε να επαναξιολογηθεί με έλεγχο των ΗΚΓ του. Διαπιστώθηκε σε ένα από αυτά ΗΚΓ μοτίβο Brugada τύπου 2 και σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες υποβλήθηκε σε δοκιμασία με φλεκαϊνίδη που αποκάλυψε ΗΚΓ μοτίβο Brugada τύπου 1. Στην παρούσα φάση τόσο ο ασθενής όσο και η μητέρα βρίσκονται σε αναμονή για διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης.

Μέθοδος: Στοιχεία και πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από διεξαγωγή βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αναζητήθηκαν δεδομένα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Wiley online library και Cochrane. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν brugada syndrome, diagnosis.

Αποτελέσματα: Το σύνδρομο Brugada χαρακτηρίζεται από ορισμένες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις οι οποίες είναι δυναμικές και ορισμένες φορές συγκαλυμμένες.

Συμπεράσματα: Ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζονται με συγκοπτικά επεισόδια χωρίς εμφανή δομικής καρδιοπάθεια πρέπει να διερευνώνται περαιτέρω για πιο σπάνια σύνδρομο ώστε να αντιμετωπιστεί εγκαίρως ο κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου.



AA26. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ (ΟΠΙΝ)

Δεληγιάννης Γεώργιος, Παπαδάτος Σταμάτης,
Μυλωνάς Στέφανος, Ζήσης Χρήστος

Β' Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Σημειώσεις

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ΟΠΙΝ αποτελεί ινωτική εξεργασία που προσβάλλει το οπισθοπεριτόναιο με διαταραχή της λειτουργικότητας των εκεί ανατομικών δομών. Στο 70% θεωρείται ιδιοπαθής, ενώ δευτεροπαθώς συσχετίζεται με συστηματικά νοσήματα, κακοήθειες, τοπικές φλεγμονώδεις καταστάσεις και ιατρογενείς παρεμβάσεις (επεμβάσεις, ακτινοβολία, φάρμακα). Σκοπός της παρούσας είναι να ευαισθητοποιήσει τον κλινικό στην έγκαιρη διάγνωση και την άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση για πρόληψη μακροχρόνιων επιπλοκών.

Ασθενείς - Μέθοδος: Άνδρας 57 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενος οιδήματα κάτω άκρων και ολιγουρία από ημερών. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ζυμώδη οιδήματα στην περιοχή των σφυρών και αυξημένη αρτηριακή πίεση χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα. Στον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε σοβαρή διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και στον υπερηχογραφικό διάταση των πυελοκαλυκτικών συστημάτων (ΠΚΣ) άμφω και υποηχογενής ιστός χωρίς αιμάτωση κατά μήκος της κοιλιακής αορτής.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση ετέθη μετά από CT ΑΟΚ η οποία απεικόνισε πρόσθετο ιστό εκατέρωθεν της κοιλιακής αορτής, που στραγγαλίζει αορτή και παρακείμενους ουρητήρες. Η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε με συνεδρίες αιμοκάθαρσης, τοποθέτηση ουρητηρικών αυτοσυγκρατούμενων καθετήρων (pigtales) και φαρμακευτική αγωγή. Στα πλαίσια διερεύνησης της αιτίας έγινε έλεγχος για ειδικές λοιμώξεις, ρευματολογικά νοσήματα και κακοήθειες, ο οποίος ήταν αρνητικός. Ο ασθενής εξέρχεται υπό κορτιζονοθεραπεία και σύσταση για συνεχή παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Η ΟΠΙΝ ως αίτιο αποφρακτικής ουροπάθειας πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση ΟΝΑ μετανεφρικής αιτιολογίας. Η νόσος είναι δυνητικά θεραπεύσιμη, συνεπώς η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση και θεραπεία του ασθενούς.

Σημειώσεις

AA27. ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΩΣ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟ ΝΕΦΡΟΥ

Πανταζή Αικατερίνη, Χρυσανθακοπούλου Μαρία,
Παπαγεωργίου Ελένη, Νοδάρης Χρήστος,
Βρέκος Παναγιώτης, Βόσσου Μαρία,
Κουτσουμπός Νικόλαος, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα,
Αλεξίου Ζωή

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

Εισαγωγή: Περιγραφή περιστατικού με πολυνευροπάθεια μικτού τύπου οφειλόμενη σε πρωτοπαθές καρκίνο νεφρού.

Υλικό Μέθοδος: Θήλυ ασθενής 75 ετών, προσεκομίσθει στα ΤΕΠ μετά από διακομιδή από άλλο νοσοκομείο όπου νοσηλευόταν λόγω αναφερόμενου εμπύρετου από 20ημέρου και αιφνίδια εγκατάσταση τετραπληγίας.

Ατομικό ιστορικό: Αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, Σ.Δ, ν. Parkinson.

Κλινική εξέταση: Όψη, θρέψη πάσχοντος. Αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ, κοιλιά Μ.Ε.Α, ήχοι παρόντες, Α.Ν.Ε: Διαταραχές αισθητικότητας σε κατανομή «καλτσών και γαντιών», πτώση μυϊκής ισχύος άνω και κάτω άκρων άμφω.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBC 10.9, Neut 75%, RBC 4.9, Hct 36,5 Hb 12 PLT 293, TKE 104, Ουρία 50, Κρεατινίνη 1,0, LDH 382, Na 147, K 3,2, SGOT/SGPT 23/14, γ-GT/ ALP 13/76, CRP 75, CA 125: 90.

Αιμοκαλλιέργειες και Ουροκαλλιέργειες κ.φ

U/S: Συμπαγή βλάβη κάτω πόλου αριστερού νεφρού.

CT- Κοιλίας: Ευμέγεθες συμπαγές μórφωμα αριστερού νεφρού 4,5cm. Λοιπά κ.φ

MRI ΑΜΣΣ/ Εγκεφάλου: Μικρές οπίσθιες προβολές των Α3-Α4 και Α4 - Α5 δίσκων.

Αλλοιώσεις ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας και παλαιά μικρά κενотоποιοιδή έμφρακτα στα βασικά γάγγλια.

MRI - Κοιλίας: Συμπαγής υπεραγγειούμενη εξεργασία στον κάτω πόλο του αριστερού νεφρού, λίαν ύποπτη πρωτοπαθούς αδενοπλάσματος.

Ιολογικός έλεγχος, λοιμώδη θυρεοειδικοί δείκτες, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοφαιρινών κ.φ

Διενεργήθηκε Ο.Ν.Π: Κύτταρα: 2, Λεύκωμα: 25, Γλυκόζη: 81, L.D.H: 12, Gram χρώση (-), Στείρα καλλιέργεια ENY.

Ηλεκτρομυογράφημα άνω και κάτω άκρων: Αραιά αυτόματα δυναμικά στους περιφερικούς μύες, μειωμένη ταχύτητα αγωγής (κινητική και αισθητική).

Χαμηλό ύψος προκλητών δυναμικών. Ευρήματα συμβατά με πολυνευροπάθεια μικτού τύπου.

Αποτελέσματα: Η πολυνευροπάθεια μικτού τύπου χαρακτηρίστηκε ως παρανεοπλασματική εκδήλωση οφειλόμενη στο πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα του αριστερού νεφρού.

Συμπεράσματα: Έχει αναφερθεί από μελέτες ότι ένα μικρό ποσοστό ασθενών με καρκίνο νεφρού, εμφανίζουν ως παρανεοπλασματική εκδήλωση την πολυνευροπάθεια.



AA28. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΙΓ'S ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΔΕΙΚΤΗ Ca-125

Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Νοδάρης Χρήστος,
Βρέκος Παναγιώτης, Πανταζή Αικατερίνη,
Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Ρούλια Ευφροσύνη,
Αλεξίου Ζωή

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

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Περιγραφή περίπτωσης συνδρόμου Meig's συσχετιζόμενο με αυξημένο δείκτη Ca-125 στον ορό.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής ετών 50, προσεκομίσθει στα ΤΕΠ λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους και δύσπνοιας.

A.I: καταθλιπτική συνδρομή άνευ αγωγής - ως αναφέρεται-.

Κλινική Εξέταση: όψη πάσχοντος, διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία, μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις βάσεις άμφω, ψηλαφητή σκληρία στο υπογάστριο, παρουσία ασκитικής συλλογής και οιδημάτων ανά σάρκα.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:8100, Poly:70%, Hct: 29%, Hb: 9.7%, MCV:87, MCH:25, PLT:472000, SGOT/SGPT:31/32, γGT:90, ALP:110, Tbil:1.9 (άμεση:1.03), Na:139, K:4.4, LDH:350, SAAG: <1.1, Δυιδρωματικό πλευριτικό υγρό.

Λοιμώδη - ιολογικός έλεγχος-ανοσοσφαιρίνες - θυρεοειδικά - αιματινικοί δείκτες: κφ.

Νεοπλασματικοί δείκτες: **Ca-125: 497U/mL**

A/α Θώρακος: πλευριτική συλλογή (ΔΕ).

U/S άνω-κάτω κοιλίας: μικρή περιηπατική συλλογή υγρού και υγρό στη (ΔΕ) πλευροδιαφραγματική γωνία.

U/S καρδιάς: κφ.

Κυτταρολογική εξέταση ασκитικού - πλευριτικού υγρού: αρνητική για κακοήθεια.

CT θώρακος: υπεζωκοτική συλλογή (ΔΕ) με συνοδό πυκνωατελεκτασία.

CT κοιλιάς: ευμέγεθες μόρφωμα στη ελάσσονα πύελο διαστάσεων 12X11cm με εξαιρετικά ανομοιογενή εμπλουτισμό πιθανόν εξορμούμενο από τη μήτρα.

Διενεργήθηκε ολική υστερεκτομή μεθ'εξαρτημάτων και η βιοψία ανέδειξε καλοήγη εξαργασία-επιφανειακή υπερπλασία στρώματος ωθηκών.

Λειομύματα στρώματος μήτρας. Η ασθενής μετά από 2 μήνες παρέμεινε ασυμπτωματική με φυσιολογική τιμή του Ca-125.

Αποτελέσματα: Ο συνδυασμός ασκитικής, υπεζωκοτικής συλλογής και καλοήγη ουγκου ωθηκών που περιγράφεται στην ανωτέρω ασθενή, αποδόθηκε στα πλαίσια του συνδρόμου Meig's. Αξιοσημείωτη είναι η αυξημένη τιμή του Ca-125, με ελάχιστες περιπτώσεις να έχουν περιγραφθεί στην βιβλιογραφία. Ο μηχανισμός παραμένει αδιευκρίνιστος και πιθανό να οφείλεται σε αυξημένη ενδοπεριτοναϊκή πίεση λόγω του ασκίτη ή σε αυξημένη έκφραση του αντιγόνου από τα μεσοθηλιακά κύτταρα.

Συμπεράσματα: Εν κατακλείδι η αυξημένη τιμή του Ca-125 σε συνδυασμό με ασκитική, υπεζωκοτική συλλογή και πυελική μάζα, παραπέμπει σε κακοήθεια των ωθηκών. Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό ασθενών με σύνδρομο Meig's δύναται να εμφανίσει αύξηση του Ca-125 στον ορό.

Σημειώσεις

AA29. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 77 ΕΤΩΝ

Καρράς Γεώργιος

Παθολογικό Τμήμα «Ιασώ Θεσσαλίας»

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα παρενεοπλασματικά σύνδρομα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και σημείων μακριά από τον πρωτοπαθή όγκο ανεξάρτητα από την αναπτυξή του ή τις μεταστάσεις. Αποτελούν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση και η αιτιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη, θεωρείται ότι συμμετέχουν ανοσολογικοί παράγοντες και έκτοπη παραγωγή ορμονών. Έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία γιατί μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης του όγκου ή της υποτροπής του.

Υλικό - Μέθοδος: Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς αντρός 76 ετών που προσήλθε στο παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου για ασυμπτωματική διερεύνηση υπονατρίαμίας γνωστή από διμήνου. Από το κλινικοεργαστηρικό έλεγχο διαπιστώθηκε: ΑΠ 140/90 mm/Hg ορθόχρωμη αναιμία Ht37% γλυκόζη 80mg/dl BUN 35mg/dl cr 1,03 mg/dl uric acid 3,5mg/dl Na 125mmol/l K 4,2mmol/l γενική ούρων: EB 1010 απουσία άλλων παθολογικών ευρημάτων. Από το ατομικό ιατρικό ιστορικό αναφέρονται τα εξής: χολοκυστεκτομή προ 10τίας, έξεις: καπνιστής 2 πακέτα /day x40 years και απώλεια βάρους (5 kg το τελευταίο δίμηνο) δε λαμβάνει φάρμακα. Περαιτέρω έλεγχος έδειξε Na ούρων >40mmol/l με φυσιολογική θυρεοειδική και επινεφριδιακή λειτουργία (TSH ALD PENINH ACTH Κορτιζόλη κφ), serum osmolality=266,9 mOsm/kg, Mantoux (-). Ακολούθησε εκταταμένος έλεγχος στα πλαίσια διερεύνησης SIADH με αποκάλυψη μικροκυτταρικού ca πνέυμονος.

Αποτελέσματα: Στο ασθενή έγινε στέρηση ύδατος με επάνοδο των επιπέδων του Na στο φυσιολογικό και ελεγχόμενη κατανάλωση ύδατος.

Συμπεράσματα: Τα παρενεοπλασματικά σύνδρομα του ca πνέυμονος είναι ποικίλα και διαφέρουν τόσο στη κλινική εικόνα όσο και στη παθοφυσιολογία ωστόσο παραμένουν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Ενδεχόμενα η κατανόηση τους να συνδράμει περαιτέρω στη βιολογία του καρκίνου με ανάδειξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων.



ΑΑ30. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RAMSAY-HUNT ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟ ΜΕ ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

**Φωτίου Ελένη, Ιωάννου Αντρέας, Κληρίδου Μάρω,
Χειμωνίδης Σόλων**

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας,
Λευκωσία, Κύπρος

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Μια από τις πιο σημαντικές επιπλοκές επανενεργοποίησης του ιού του έρπητα ζωστήρα (Varicella-zoster virus, VZV) είναι η εμφάνιση συνδρόμου Ramsay-Hunt. Χαρακτηρίζεται από συνύπαρξη περιφερικής πάρεσης προσωπικού νεύρου και εμφάνιση τυπικού φυσαλιδώδους εξανθήματος στην περιοχή ωτός ή στοματοφάρυγγα (zoster oticus). Από μελέτες προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσιάζουν υποκλινικά μηνιγγικό ερεθισμό, όμως κλινική εμφάνιση μηνιγγίτιδας σε ανοσοϊκανούς ασθενείς είναι σπάνια.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ανοσοϊκανού ασθενούς με σύνδρομο Ramsay-Hunt, χωρίς εξάνθημα, επιπλεγμένου με άσηπτη μηνιγγίτιδα.

Υλικό: Πρόκειται για ασθενή 58 ετών ο οποίος εισήχθη για διερεύνηση αναφερόμενης αστάθεια βάδισης, με συνοδά κεφαλαλγία και τάση για έμετο. Προηγήθηκε έντονη ωταλγία ΑΡ με εμβοές. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε περιφερικού τύπου πάρεση προσωπικού νεύρου και σημεία παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας. Η ωτοσκόπηση ήταν φυσιολογική και σε ακουόγραμμα περιγράφεται συμμετρική νευροαισθητήρια βαρηκοΐα. Κατά τη νοσηλεία του ανέφερε έντονη κεφαλαλγία που δεν υποχωρούσε με χορήγηση αντιφλεγμονωδών αναλγητικών. Έγινε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς παθολογικά ευρήματα και διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με ευρήματα συμβατά με άσηπτη μηνιγγίτιδα από VZV.

Μέθοδος: Στοιχεία και πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από διεξαγωγή βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αναζητήθηκαν δεδομένα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Wiley online library και Cochrane. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Ramsay-Hunt syndrome, VZV infection, Ramsay-Hunt and complications.

Αποτελέσματα: Το σύνδρομο Ramsay-Hunt σε μεγάλο ποσοστό μπορεί να επιπλακεί με υποκλινική άσηπτη μηνιγγίτιδα, ενώ εμφάνιση κλινικής άσηπτης μηνιγγίτιδας σε ανοσοϊκανούς ασθενείς είναι σπάνια.

Συμπεράσματα: Εμφάνιση άσηπτης μηνιγγίτιδας ως επιπλοκή του συνδρόμου Ramsay-Hunt αποτελεί μια σπάνια κλινική εκδήλωση σε ανοσοϊκανούς ασθενείς και απαιτεί ψηλό δείκτη υποψίας για να τεθεί η διάγνωση έγκαιρα.

ΑΑ31. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΠΛΕ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

Παρτάλης Νικόλαος¹, Κατσουλάκη Μαρία¹,
Δρανδάκη Μαρία¹, Νικολιδάκη Αφροδίτη¹,
Μουστάρδας Μάριος², Καστανάκης Σεραφεΐμ¹,
Πολυμίλη Γεωργία¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

² Αγγειοχειρουργός - Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών

Εισαγωγή: Το σύνδρομο των μπλε δακτύλων είναι ο μικροεμβολισμός των τελικών αρτηριών των δακτύλων άνω ή κάτω άκρων από λύση θρόμβου που είχε σχηματιστεί σε μια κεντρικότερη αθηρωματογενή περιοχή. Μπορεί να συμβεί αυτόματα ή μετά από χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για ασθενή 72 ετών με ατομικό αναμνηστικό μεταστατικού καρκίνου στο ήπαρ αγνώστου πρωτοπαθούς, στεφανιαίας νόσου με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προ τριμήνου (στεφανιογραφία και ενδοπρόθεση), χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και αλκοολικής κίρρωσης του ήπατος ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με δύσπνοια, παραγωγικό βήχα και άλγος δακτύλων κάτω άκρων. Από τον αρχικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο προέκυψε πνευμονία δεξιού άνω πνευμονικού λοβού, κυάνωση με ψυχρότητα των άκρων των τελικών φαλάγγων των δακτύλων κάτω άκρων συμβατά με πολλαπλά μικροεμβολικά επεισόδια και οξεία επιδείνωση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας χωρίς σκιαγραφικό ή οποία ανέδειξε την ύπαρξη θρόμβου στην κοιλιακή αορτή στο ύψος πάνω από την έκφυση των νεφρικών και της σπληνικής αρτηρίας, έμφρακτα σπληνός, πιθανόν έμφρακτα νεφρών, ασκίτικη συλλογή και δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήπατος. Από triplex αγγείων κάτω άκρων δεν ανευρέθη σημαντική στένωση αγγείων κάτω άκρων. Έπειτα από αγγειοχειρουργική εκτίμηση εκτιμάται εμβολισμός αγγείων έπειτα από αυτόματη μερική λύση θρόμβου στην κοιλιακή αορτή ο οποίος σχηματίστηκε προ τριμήνου έπειτα από διενέργεια στεφανιογραφίας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αντιπηκτική αγωγή και ρύθμιση ισοζυγίου υγρών με βελτίωση των εστιών εμβολισμού εκτός των νεφρών. Η επιδείνωση της χρόνιας νεφρικής λειτουργίας καθίσταται μόνιμη.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο των μπλε δακτύλων είναι σπάνιο αλλά συνήθως υποδηλώνει εμβολισμό αγγείων ζωτικών οργάνων και πρέπει πάντα να διερευνούμε τα όργανα στόχους περιφερικά του κεντρικού θρόμβου.



**ΑΑ32. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΕΞΙΟΚΑΡΔΙΑ-ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ
ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ, ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ
ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ**

Κεσισίδου Χαρίκλεια¹, Τσαβδαρίδης Ιωάννης²,
Τσανακτσίδης Ιωάννης³, Σάκκου Αγνή¹,
Μιχοπούλου Δέσποινα¹, Ξανθόπουλος Κυριάκος¹,
Αραπίδου Ζωή¹, Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μαρία²

¹ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Φλώρινας

² Α' Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

³ Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, 424 ΓΣΝΕ

Σημειώσεις

Η δεξιοκαρδία με αναστροφή σπλάγχνων συμβαίνει σε 1/100000 του πληθυσμού. Η αναγνώρισή της είναι σημαντική, κυρίως για να καθορισθούν νοσήματα με παράξενη εντόπιση (πχ οξεία χολοκυστίτιδα σε ΑΡ υποχόνδριο), ενώ δεν αποκλείεται να συνυπάρχει και άλλη συγγενής ανωμαλία της καρδιάς ή σύνδρομο (πχ σύνδρομο Kartagener)

Γυναίκα 46 ετών, προσέρχεται στα ΤΕΠ με επώδυνη διόγκωση της ΑΡ γαστροκνημίας από τριμήρου και αίσθημα δύσπνοιας σε κόπωση-εύκολη κόπωση και οπισθοστερνική δυσφορία. Αναφέρει λήψη αντισυλληπτικών από διμήνου και δεξιοκαρδία. Από τον κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε θρόμβωση της ΑΡ ελάσσονος σαφηνούς φλέβας και επιβεβαιώθηκε η δεξιοκαρδία με την αναστροφή σπλάγχνων. Λόγω της κλινικής εικόνας θεωρήθηκε πιθανή η πνευμονική εμβολή. Διενεργήθηκε CT αγγειογραφία πνεύμονος και βρέθηκε εμβολή στους υποτμηματικούς κλάδους της ΑΡ πνευμονικής αρτηρίας. Η ασθενής κατά τη νοσηλεία της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και χωρίς έκδηλη διαταραχή στα αέρια αίματος. Τέθηκε σε αγωγή με ηπαρίνη μικρού μοριακού βάρους και στη συνέχεια έλαβε εξιτήριο με από του στόματος λήψη rivaroxaban.

Όταν απουσιάζει συγγενές νόσημα καρδιάς, η αναστροφή των σπλάγχνων δεν προκαλεί κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα με μόνο κίνδυνο την έκτοπη εντόπιση συνήθων νοσημάτων. Σε ποσοστό 5-10% των ατόμων με αναστροφή σπλάγχνων απαντάται μετάθεση μεγάλων αγγείων, ενώ το 25% των ασθενών πάσχει από πρωτοπαθή δυσκινησία των κροσσών (P.C.D) με πιο συχνή εκδήλωση το σύνδρομο Kartagener.



Σημειώσεις

AA33. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΦΙΔΙΟΥ

Κεσισίδου Χαρίκλεια¹, Τσαβδαρίδης Ιωάννης²,
Τσανακτσίδης Ιωάννης³, Σάκκου Αγνή¹,
Μιχοπούλου Δέσποινα¹, Ξανθόπουλος Κυριάκος¹,
Πατσουράκος Δημήτριος¹, Κωνσταντίνου Ιωάννης¹,
Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μαρία²

¹ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Φλώρινας

² Α' Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

³ Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, 424 ΓΣΝΕ

Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία στην αντιμετώπιση δήγματος φιδιών. Παρουσιάζεται περιστατικό με θρόμβωση φλέβας κάτω άκρου και συστηματικές εκδηλώσεις μετά από δήγμα οχιάς-viper ammodytes. Γυναίκα ηλικίας 56 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω δήγματος οχιάς προ περίπου 1 ώρας και κλινική εικόνα βαρέως πάσχουσας με εκδήλωση εμέτων. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν: S1,S2 ρυθμικοί, όχι φυσήματα, ΑΠ=90/60mmHg, σφ=105/min, δύσπνοια, ταχύπνοια (35 αναπνοές/min), αναπν ψιθ =ομότιμα ελαττωμένο στις βάσεις με βρογχόσπασμο, κοιλία ευπίεστη-μαλακή, ήπαρ-σπλήνας-λεμφαδένες αψηλάφητα. Οιδηματώδες ΑΡ πόδι κάτωθεν ποδοκνημικής, φέρει δήγμα μεταξύ αστραγάλου-πτέρνας και ισχαιμική περιέδεση πάνω από το δήγμα που τοποθέτησε η ίδια. Συγχυτική, ανήσυχη, αναφέρει κεφαλαλγία-διπλωπία. CGS=14, όχι αυχενική δυσκαμψία. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε θρόμβωση στις εν τω βάθει φλέβες της ΑΡ γαστροκνημίας από το εγγύς τριτημόριο και περιφερικά. Διενεργήθηκε απεικονιστική εξέταση εγκεφάλου (MRI) χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε σε θάλαμο αυξημένης φροντίδας με χορήγηση iv υγρών και ινóτροπων (αδρεναλίνη), κορτικοειδή, αντιβιοτικά, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και κορτικοειδή. Επιπλέον χορηγήθηκε iv “αντιοφικός ορός” (Viper Venom Antiserum European -Equine) και αντιτετανικό εμβόλιο και ορός. Η ασθενής εμφάνισε προοδευτική βελτίωση και έλαβε εξιτήριο μετά από 12 ημέρες. Αν και ο θάνατος είναι σπάνιο φαινόμενο μετά από δήγμα φιδιού (περίπου 1/5000) οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι σημαντικές και θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται.



ΑΑ34. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Κλεάνθους Αγγελική, Ξενοφώντος Έλενα,
Νικηφόρου Δήμητρα, Βουνού Εμμέλεια

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λεμεσού

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Η κοκκιωμάτωση Wegener είναι μια σπάνια πολυσυστηματική νόσος που συχνότερα προσβάλλει το αναπνευστικό και νεφρικό σύστημα. Η προσβολή του καρδιακού συστήματος είναι λιγότερο συχνή (5-15% των περιπτώσεων) με την προσβολή των στεφανιαίων αγγείων ακόμα πιο ασυνήθη.

Σκοπός: Η περιγραφή μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης άνδρα 23 ετών με πολυσυστηματική προσβολή από κοκκιωμάτωση Wegener.

Αποτελέσματα: Νεαρός άνδρας παραπέμπεται από ιδιωτική κλινική εμπύρετος με σημεία λοίμωξης αναπνευστικού μετά από εξαγωγή οδόντων προ μηνός ενώ αναφέρεται από το ιστορικό εκτομή ρινικού πολύποδα προ 2 μηνών. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται λοίμωξη αναπνευστικού ενώ στην απλή ακτινογραφία θώρακος εμφανίζονται αμφοτερόπλευρες πνευμονικές κοιλότητες. Ο ασθενής τίθεται σε ευρέως φάσματος αντιβιοτικά ενώ αποστέλλεται ανοσολογικός έλεγχος. Στα πλαίσια της διερεύνησης γίνεται αξονική τομογραφία πνευμόνων με την εμφάνιση πολλαπλών κοιλοτήτων αμφοτερόπλευρα και αξονική τομογραφία παραρρινίων κόλπων που εμφανίζει πλήρη κατάληψη ιγμορείων άντρων, καθώς και διάτρηση ρινικού διαφράγματος από το οποίο λαμβάνεται βιοψία. Κατά τη νοσηλεία ο ασθενής εμφανίζει στηθαγχικό άλγος, με συνοδό αύξηση των καρδιακών ενζύμων, χωρίς όμως σημαντικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Σε υπερηχοτομογράφημα καρδιάς που ακολουθεί εμφανίζει υποκινησίες σε πρόσθιο και κατώτερο τοίχωμα ενώ το κλάσμα εξώθησης μειώνεται στο 25%. Τα αποτελέσματα της βιοψίας επιβεβαιώνουν την κοκκιωμάτωση Wegener ενώ ανευρίσκεται υψηλός τίτλος c-ANCA. Στον ασθενή χορηγούνται υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών και ώσεις κυκλοφωσφαμίδης με αποτέλεσμα την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση του. Σε δεύτερο χρόνο διενεργήθηκε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου που ανέδειξε περιοχές υποάρδευσης του μυοκαρδίου κατά την κόπωση αποδεικνύοντας έτσι την προσβολή των στεφανιαίων αγγείων από τη νόσο.

Συμπέρασμα: Η κοκκιωμάτωση Wegener αποτελεί μια αγγειίτιδα που μπορεί να προσβάλλει καρδιά και στεφανιαία αγγεία (περιορισμένη αναφορά περιστατικών στη διεθνή βιβλιογραφία) και απαιτεί την επαγρύπνηση των κλινικών ιατρών.

AA35. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BECHET

**Βγενοπούλου Ιωάννα¹, Μακρής Νικόλαος²,
Σαρίδη Μαρία³**

¹ Προπτυχιακή Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

² Απόφοιτος Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και
Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Κόρινθος

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Bechet είναι μια χρόνια, πολυσυστηματική, φλεγμονώδης διαταραχή. Εμφανίζεται με υψηλό επιπολασμό στον πληθυσμό της Μεσογείου.

Σκοπός: Περιγραφή των δερματικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με σύνδρομο Bechet.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε εκτενής βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων "PubMed", "GoogleScholar" και στον ιστότοπο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: syndromeBechet, skindisorders για το χρονικό διάστημα 2004 - 2014. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσε η γλώσσα εκτός της αγγλικής και της ελληνικής καθώς και μελέτες που αφορούσαν επιδράσεις σε άλλα συστήματα. Τελικά, στη μελέτη συμπεριελήφθησαν, 35 άρθρα.

Αποτελέσματα: Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι χαρακτηριστικές και εμφανίζονται στο 80% των περιπτώσεων του συνδρόμου Bechet. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν αφθώδη έλκη στόματος (98%). Αρχικά εμφανίζεται ερυθρότητα και στη συνέχεια αναπτύσσεται έλκος. Τα γεννητικά έλκη είναι επίσης χαρακτηριστικά αλλά παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης από τα στοματικά (60%-65%). Ακολουθεί η εμφάνιση του οζώδους ερυθήματος, τα οζίδια ομοιάζουν με ακμή τα οποία εμφανίζονται σε όλο το σώμα, η νεκρωτική ψευδοθυλακίτιδα και η δερματική υπερευαισθησία. Η κολχικίνη προτείνεται ως μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τις βλεννοδερματικές εκδηλώσεις.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις για την έγκαιρη διάγνωση, τη διαχείριση και την πρόληψη των επιπλοκών του συνδρόμου και των επικαιροποιημένων τρόπων αντιμετώπισής του.



AA36. ΟΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΚΥΡΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΘΙΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ

Αλεξίου Νικόλαος¹, Βιτώρος Βασίλειος¹, Σκούρα Ειρήνη¹,
Κοτινά Ειρήνη¹, Πάλλα Σοφία², Πολίτης Εμμανουήλ²,
Μαλέγγος Ιωάννης², Συμπάρδη Στυλιανή¹

¹Α' Παθολογικό Τμήμα

² Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. «ΘΡΙΑΣΙΟ»

Σημειώσεις

Εισαγωγή: Το λίθιο χρησιμοποιείται ως θεραπεία για σοβαρές μονοπολικές και διπολικές διαταραχές. Έχει στενό θεραπευτικό εύρος (0,6-1,2mEq/L). Αυτό αυξάνει την πιθανότητα τοξικών εκδηλώσεων. Οι περισσότερες περιπτώσεις νευροτοξικότητας από λίθιο έχουν καλή έκβαση με μικρό ποσοστό μόνιμων νευρολογικών βλαβών.

Σκοπός: Η περιγραφή τριών περιπτώσεων ασθενών με νευροτοξικότητα από οξεία δηλητηρίαση σε έδαφος χρόνιας θεραπευτικής λήψης λιθίου.

Περιγραφή Περιπτώσεων: 1) Γυναίκα 65 ετών (Α) νοσηλεύτηκε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης αδυναμίας στήριξης, αφασίας εκπομπής και τρόμου. Ατομικό ιστορικό: υπέρταση και ψυχωσική διαταραχή υπό λίθιο. Αντικειμενικά συγχυτική, απύρετη, καλά ζωτικά σημεία. Απεικονιστικός έλεγχος με ct-εγκεφάλου, ΗΕΓ, triplex καρωτίδων/ καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα και το ΕΝΥ αρνητικό. Εργαστηριακός έλεγχος φυσιολογικός, αλλά επίπεδα λιθίου αυξημένα=3,8mEq/L (φτ: 0,7-1,4). 2) Γυναίκα 75 ετών (Β) με ιστορικό υπερτασικής καρδιοπάθειας και ψύχωσης υπό λίθιο παρουσίασε σύγχυση, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία και τρόμο. Πλήρης απεικονιστικός έλεγχος αρνητικός, ενώ εργαστηριακός έλεγχος με επιβαρημένη νεφρική λειτουργία (Cr: 2,1mg/dl) και αυξημένα επίπεδα λιθίου: 2,2mEq/L (φτ: 0,7-1,4). 3) Γυναίκα 71 ετών (Γ) νοσηλεύθηκε σε κωματώδη κατάσταση με πλήρη έλεγχο αρνητικό και ιστορικό λήψης αντιυπερτασικών και λιθίου. Επίπεδα λιθίου στον ορό φυσιολογικά.

Αποτελέσματα: Η ασθενής Α υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση με σταδιακή βελτίωση του επιπέδου συνείδησης. Στην ασθενή Β χορηγήθηκαν IV υγρά, με σταδιακή πτώση των επιπέδων λιθίου και αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και της νευρολογικής σημειολογίας. Η ασθενής Γ υποβλήθηκε σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής και έλαβε εξιτήριο μετά μακρά νοσηλεία.

Συμπεράσματα: 1) Η διάγνωση τοξικότητας πρέπει να πιθανολογείται σε περιπτώσεις θεραπευτικής λήψης λιθίου, καθώς τα συμπτώματα είναι άτυπα και μη ειδικά. 2) Σε κάθε περίπτωση μείωσης δραστικού όγκου αίματος (καρδιακή ανεπάρκεια/διουρητικά) επαναρροφάται μεγάλο ποσοστό λιθίου στο αίμα και προκαλείται τοξίκωση. 3) Απαραίτητη η αποκατάσταση του ισοζυγίου ύδατος και νατρίου. Σε σοβαρή δηλητηρίαση (επίπεδα >4mEq/L ή >2,5 σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία) είναι αναγκαία η αιμοδιύλιση.



Σημειώσεις

[illegible]

Ευρετήριο Προέδρων Συντονιστών Ομιλητών



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





A

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Σ.....55, 60
MD, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ Π.39, 44
Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων
& Δερματικών Νόσων, Νοσοκομείο Δερματικών
& Αφροδισίων Νόσων Αθηνών
«ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

B

ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α.....39, 45
Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Παθολόγος - Ρευματολόγος, Αθήνα

ΒΑΣΔΕΚΗΣ ΣΠΥΡΟΣ Ν.22, 25
Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ Π.22, 24
Επίκουρος Καθηγητής Αιματολογίας - Ογκολογίας,
Αιματολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»,
Αθήνα

ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Β.....23, 30
Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας,
Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Γ

ΓΑΣΠΑΡΙΝΑΤΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ Σ.....22, 24
Νευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Β΄ Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΓΕΝΝΑΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Σ38, 42
Παθολόγος - Ογκολόγος, Καθηγητής Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΓΙΑΛΟΥΡΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Γ.22, 25, 56
Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής Διευθυντής
Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα

**ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΣ - ΜΠΟΥΡΜΠΟΥΛΗΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Ι.38, 39, 42, 44**
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ Κ.29, 54, 58
Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Λοιμωξιολόγος,
Αθήνα

ΓΡΟΥΖΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ Ι.....22, 24
Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια
Νοσοκομειακής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας,
Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα

Δ

ΔΑΓΡΕΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.38, 41
Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΔΑΪΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ.....54, 58
Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ.....54, 57
Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής -
Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Θ.....54, 57
Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επίκουρος
Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ζ

ΖΑΓΟΥΡΗ ΦΛΩΡΑ Γ.....38, 42
MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Πανεπιστημιακή
Υπότροφος Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»,
Αθήνα

ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Γ.....39, 44
Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας,
Διευθυντής Α΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

ΖΕΡΒΑ ΛΟΥΚΙΑ Β.38, 43
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μικροβιολογίας,
Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής Μικροβιολογίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΖΟΥΒΕΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ Δ.....22, 24
Νευρολόγος, Α΄ Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ», Αθήνα



ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Κ. 38, 43, 59

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ Χ. 39, 44

Χειρουργός-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Β' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα



ΚΑΛΟΜΕΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Θ. 39, 44

Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

ΚΑΝΕΛΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ Ι. 38, 42

Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Λοιμωξιολόγος, Αθήνα

ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Π. 39, 45

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» Νοσοκομείο, Αθήνα

ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Λ. 38, 41,

..... 43, 54, 57
MD, PhD, FACP, EFIM Hon. Fellow, SCOPE Founding Fellow, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΚΑΤΣΟΥΔΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Ι. 23, 30

Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Δ. 38, 43

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

ΚΟΚΟΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ Ι. 22, 24

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας, Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ Δ. 39, 44

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Υπεύθυνη της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Α' Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Θ. 38, 41

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

ΚΡΟΚΙΔΗΣ ΞΕΝΟΦΩΝ Κ. 54, 58

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Μάνιτς Γερμανίας, Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας, Καβάλα

ΚΥΡΤΣΩΝΗ ΜΑΡΙΑ - ΧΡΙΣΤΙΝΑ Ν. 22, 24

Αιματολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια, Αιματολογικό Τμήμα Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα



ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ ΒΑΪΑ Α. 54, 57

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Μεταβολισμού & Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ Λ. 54, 58

Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα



ΜΑΛΛΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ Π. 55, 60

Επικουρική Επιμελήτρια Γαστρεντερολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΜΑΡΑΤΟΥ ΕΙΡΗΝΗ Π. 23, 30

Βιολόγος - Ερευνήτρια, Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ), Αθήνα

ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ Ν. 38, 42

Καθηγητής Ουρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΗΤΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ι. 40, 54, 57

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

ΜΠΑΜΙΑΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Θ. 38, 41, 47

Παθολόγος - Ογκολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεραπευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα



ΜΠΕΦΟΝ ΑΓΓΕΛΙΚΗ Χ.39, 44

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επιμελήτρια Α΄, Δερματολογική Κλινική ΕΣΥ,
Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων
Αθηνών «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

ΜΠΟΝΑΚΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Π.22, 24

Νευρολόγος, Λέκτορας Νευρολογίας,
Β΄ Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΜΠΟΥΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Γ.38, 42

Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Ογκολογικής Μονάδας, Γ΄ Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»,
Αθήνα

ΜΠΟΥΤΑΤΗ ΕΛΕΝΗ Ι.22, 25, 54, 57

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

ΜΠΡΟΥΝΤΖΟΣ ΗΛΙΑΣ Ν.22, 25

Καθηγητής Ακτινολογίας, Β΄ Εργαστήριο
Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

N

ΝΤΑΛΕΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν.38, 42

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

ΝΤΟΚΟΥ ΑΝΝΑ Π.38, 42

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιστημονικός
Συνεργάτης Ογκολογικής Μονάδας, Γ΄ Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»,
Αθήνα

ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ Π.39, 45

Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας,
Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»,
Αθήνα

Π

ΠΑΝΙΑΡΑ ΟΛΓΑ Ι.23, 30

Πρώην Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής
Μικροβιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

ΠΑΠΑΔΑΥΙΔ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Χ.39, 44

Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας-
Αφροδισιολογίας, Β΄ Κλινική Δερματικών και
Αφροδισίων Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΠΑΠΠΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ι.22, 24

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Αιματολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΠΑΡΙΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Τ.38, 41

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΠΑΤΣΟΥΡΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ Σ.38, 42

Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΠΕΠΠΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ Μ.39, 45, 46

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

ΠΕΦΑΝΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ Β.38, 43

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

ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Δ.23, 30

Βιοπαθολόγος - Κλινικός Μικροβιολόγος,
Συντονίστρια Διευθύντρια Μικροβιολογικού
Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ»,
Αθήνα

ΠΟΛΥΖΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ Κ.38, 42

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

ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Δ.38, 41

Χειρουργός Ουρολόγος, Επίκουρος Καθηγητής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Υπεύθυνος Ανδρολογικού Ιατρείου,
Β΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα



P

ΡΑΛΛΙΔΗΣ ΛΟΥΚΙΑΝΟΣ Σ.....23, 30

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΡΑΠΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Ε. 33, 54, 57

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

ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ Α.....26, 27, 29, 38,

.....42, 43, 54, 58
Καθηγητής (Ομότιμος) Παθολογίας,
Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Σακχαρώδη
Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ
Γερμανίας, Ακαδημαϊκός και Μέλος της Συγκλήτου
της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών
(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

ΣΑΜΠΑΤΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ Τ. 31

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμώξεων,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Μονάδας
Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΣΓΟΥΡΟΣ ΣΠΥΡΟΣ Ν.....55, 60

Αναπληρωτής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής
Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,
Αθήνα

ΣΤΑΜΠΟΥΛΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ Ι.....22, 24

Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι.39, 44

Καθηγητής Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας,
Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων Αθηνών
«ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

ΣΥΡΙΓΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ν.38, 42

Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας,
Διευθυντής Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής
Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος
Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα

T

ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ Γ.....39, 45

Επίκουρη Καθηγήτρια Ρευματολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη
Ρευματολογικού Τμήματος Α' Παθολογικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ.38, 43

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

ΤΟΥΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Β. 47

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

ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ Α.23, 30

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Ακαδημαϊκός (Α.Μ.), Θεσσαλονίκη

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. 32,

.....55, 60
Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΤΣΑΓΚΑΡΗ ΒΑΣΙΑ Π.39, 44

Πνευμονολόγος, Εξειδικευμένη Εντατικής
Θεραπείας, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΤΣΑΓΚΟΥΛΗ ΣΟΦΙΑ Κ.....38, 42

Πνευμονολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης,
Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,
Ογκολογική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο
Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»,
Αθήνα

ΤΣΙΒΓΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Κ.22, 25

Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας,
Β' Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα



ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Σ.38, 42

Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής,
Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»,
Αθήνα

ΦΛΕΒΑΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Γ.39, 44

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α',
Β' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Γ.23, 30

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



**ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ.38, 41,
..... 54, 57, 58**

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

ΧΑΝΔΡΙΝΟΥ ΕΛΕΝΗ Γ.22, 24

Αιματολόγος, Διευθύντρια Αιματολογικής
Κλινικής και Αιμοδοσίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,
Αθήνα

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ-ΙΩΑΝΝΑ Ν.23, 30

Μεταδιδακτορική Συνεργάτιδα Τομέα Βιοχημείας
& Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Βιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΧΡΥΣΟΦΟΣ ΜΙΧΑΗΛΣ Ε.38, 41

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας,
Β' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα



ΨΑΡΡΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Κ.23, 30

Χημικός, MSc, PhD, EurClinChem,
Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστούσυμβατότητας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κυτταρομετρίας,
Αθήνα

ΨΥΡΡΗ ΑΜΑΝΤΑ Κ.38, 41

Επίκουρη Καθηγήτρια Ογκολογίας,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα
Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων



20 **Ο** ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ





D

DE ROOIJ F.....AA16

J

JAINANDUNSING S.....AA16

O

OZCAN B.....AA16

S

SIJBRANDS E.J.G.....AA16

A

ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....ΠΑ05, ΠΑ12

AZINA-ZITTH X.....AA21

ΑΛΕΞΙΟΥ Ζ.....AA12, AA22, AA27, AA28

ΑΛΕΞΙΟΥ Ν.....AA36

ΑΡΑΠΙΔΟΥ Ζ.....AA32

ΑΡΓΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ.....ΠΑ08

ΑΣΤΡΕΧΑ Δ.....ΠΑ03

B

ΒΑΖΑΙΟΥ-ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗ Α.....AA20

ΒΑΣΤΑΡΔΗ Ε.....AA20

ΒΓΕΝΟΠΟΥΛΟΥ Ι.....AA35

ΒΕΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....ΠΑ12

ΒΙΤΩΡΟΣ Β.....AA14, AA36

ΒΟΛΟΝΑΚΗ Α.....AA02

ΒΟΣΣΟΥ Μ.....AA27

ΒΟΥΝΟΥ Ε.....AA34

ΒΡΕΚΟΣ Π.....AA27, AA28

Γ

ΓΕΡΑΓΩΤΟΥ Θ.....AA16

ΓΙΑΝΝΑΙΝΑΣ Ν.....AA12

ΓΚΟΓΚΟΥ Α.....AA04, AA05

ΓΚΟΝΤΟΣΙΔΗΣ Α.....AA02

ΓΡΙΒΑΚΟΥ Ε.....ΠΑ05

Δ

ΔΑΜΠΑΣΗΣ Δ.....ΠΑ03

ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Γ.....AA08, AA09, AA26

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ.....ΠΑ04, ΠΑ07

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....AA19

ΔΙΑΜΑΝΤΗ-ΚΑΝΔΑΡΑΚΗ Ε.....ΠΑ08

ΔΟΥΜΑΣ Ι.....AA17, AA18, ΠΑ11

ΔΡΑΝΔΑΚΗ Μ.....AA06, AA31

ΔΡΑΝΤΑΚΗ Β.....AA19

E

ΕΛ ΧΑΤΖ Γ.....ΠΑ09

Z

ΖΑΧΑΡΑΚΗ Α.....AA15

ΖΗΣΗΣ Χ.....AA08, AA09, AA26

ΖΟΛΩΤΑΣ Ν.....AA03

H

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ.....AA12, AA22, AA27,
.....AA28

Θ

ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α.....AA10

I

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι.....ΠΑ05, ΠΑ12

ΙΩΑΝΝΟΥ Α.....AA01, AA14, AA21
.....AA25, AA30

K

ΚΑΚΑΒΑ Ε.....ΠΑ04

ΚΑΛΑΝΤΖΗ Α.....ΠΑ09

ΚΑΛΥΒΑΣ Μ.....ΠΑ03

ΚΑΝΩΤΙΔΗΣ Α.....AA02

ΚΑΡΑΜΠΟΥΣΛΗ Ε.....ΠΑ03, ΠΑ09, ΠΑ10

ΚΑΡΑΤΣΗ Α.....AA01

ΚΑΡΚΑΜΑΝΗΣ Α.....AA19

ΚΑΡΡΑΣ Γ.....AA10, AA11, AA29

ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ Σ.....AA04, AA05, AA06
.....AA24, AA31

ΚΑΤΑΞΑΚΗ Ε.....AA14

ΚΑΤΣΑΡΑ Κ- Ι.....ΠΑ05, ΠΑ12
.....

ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν.....ΠΑ01, ΠΑ02, ΠΑ08

ΚΑΤΣΟΥΛΑΚΗ Μ.....AA24, AA31

ΚΕΣΙΣΙΔΟΥ Χ.....AA32, AA33

ΚΕΦΑΛΑ Φ.....AA13

ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ Α.....AA34



ΚΛΗΡΙΔΟΥ Μ.....	ΑΑ01, ΑΑ21, ΑΑ25ΑΑ30
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α.....	ΑΑ16, ΠΑ08
ΚΟΛΥΒΑΣ Γ.....	ΑΑ07, ΠΑ06
ΚΟΜΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν.....	ΑΑ13, ΠΑ05, ΠΑ12
ΚΟΝΤΙΝΑ Ε.....	ΑΑ36
ΚΟΡΑΚΑΚΗΣ Γ.....	ΠΑ05, ΠΑ12
ΚΟΡΑΚΑΣ Π.....	ΑΑ06
ΚΟΣΜΙΔΟΥ Κ.....	ΑΑ06
ΚΟΥΔΟΥΝΑ Α.....	ΑΑ04
ΚΟΥΖΑΝΙΔΗΣ Π.....	ΑΑ13
ΚΟΥΚΗ Α.....	ΑΑ23
ΚΟΥΚΟΥΦΙΚΗ Ε.....	ΠΑ06
ΚΟΥΠΕΤΩΡΗ Μ.....	ΑΑ14
ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Ν.....	ΑΑ27
ΚΤΩΡΗΣ Ζ.....	ΑΑ25
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι.....	ΑΑ33

Λ

ΛΑΪΝΑ Α.....	ΑΑ17, ΑΑ23, ΠΑ11
ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΗΣ Γ.....	ΑΑ15
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ.....	ΠΑ03
ΛΕΚΚΑΚΟΥ Λ.....	ΑΑ22
ΛΕΡΙΟΥ Λ.....	ΑΑ25
ΛΕΩΝΙΔΟΠΟΥΛΟΥ Θ.....	ΑΑ03
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	ΑΑ12, ΑΑ22
ΛΙΑΣΚΩΝΗ Κ.....	ΠΑ03, ΠΑ09
ΛΟΥΚΑ Ε.-Σ.....	ΑΑ12, ΑΑ22
ΛΟΥΚΙΝΑ Α.....	ΑΑ19
ΛΟΥΠΑ Χ.....	ΑΑ17, ΑΑ18, ΑΑ23ΠΑ11
ΛΟΥΡΑΚΗ Ν.....	ΑΑ05

Μ

ΜΑΖΑΡΗΣ Σ.....	ΑΑ18, ΑΑ23, ΠΑ11
ΜΑΚΙΝΑ Α.....	ΑΑ14
ΜΑΚΡΗΣ Ν.....	ΑΑ35
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ.....	ΠΑ08
ΜΑΛΕΓΓΟΣ Ι.....	ΑΑ36
ΜΑΛΙΟΣ Ι.....	ΑΑ17
ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Ε.....	ΠΑ03

ΜΑΡΑΚΚΟΥ Ε.....	ΑΑ15
ΜΑΡΑΤΟΥ Ε.....	ΠΑ04, ΠΑ07
ΜΑΣΤΑΚΟΥΡΑ Γ.....	ΑΑ07, ΠΑ06
ΜΑΥΡΑΣ Γ.....	ΑΑ19
ΜΗΤΡΑΚΗΣ Γ.....	ΑΑ18, ΑΑ23
ΜΗΤΡΟΥ Π.....	ΠΑ04
ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Δ.....	ΑΑ32, ΑΑ33
ΜΟΝΤΣΕΝΙΓΟΣ Θ.....	ΑΑ03
ΜΟΥΣΟΥΛΗΣ Γ.....	ΑΑ07, ΠΑ06
ΜΟΥΣΤΑΡΔΑΣ Μ.....	ΑΑ31
ΜΠΑΖΟΥΚΗΣ Γ.....	ΑΑ08
ΜΠΑΜΠΙΛΗ Κ.....	ΑΑ05, ΑΑ24
ΜΠΙΤΣΗΣ Σ.....	ΑΑ24
ΜΠΟΥΤΑΤΗ Ε.....	ΠΑ04, ΠΑ07
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ.....	ΠΑ03, ΠΑ09, ΠΑ10
ΜΥΛΩΝΑΣ Σ.....	ΑΑ08, ΑΑ09, ΑΑ26
ΜΥΡΩΝΙΔΟΥ-ΤΖΟΥΒΕΛΕΚΗ Μ.....	ΑΑ32, ΑΑ33

Ν

ΝΙΚΗΦΟΡΟΥ Δ.....	ΑΑ34
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Λ.....	ΑΑ25
ΝΙΚΟΛΙΔΑΚΗ Α.....	ΑΑ06, ΑΑ31
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	ΠΑ05, ΠΑ12
ΝΟΔΑΡΑΣ Χ.....	ΑΑ27, ΑΑ28

Ξ

ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	ΑΑ32, ΑΑ33
ΞΕΝΟΦΩΝΤΟΣ Ε.....	ΑΑ34
ΞΥΔΑΚΗ Α.....	ΑΑ17, ΑΑ18, ΑΑ23ΠΑ11

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ.....	ΑΑ18, ΑΑ23, ΠΑ11
------------------	------------------

Π

ΠΑΛΛΑ Σ.....	ΑΑ36
ΠΑΝΟΥ Χ.....	ΠΑ03, ΠΑ09, ΠΑ10
ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	ΑΑ19
ΠΑΝΤΑΖΗ Α.....	ΑΑ27, ΑΑ28
ΠΑΠΑΓΓΕΛΗ Ε.....	ΠΑ09
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε.....	ΑΑ22, ΑΑ27
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.....	ΑΑ08, ΑΑ09, ΑΑ26



ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.....	ΠΑ10
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	ΑΑ13
ΠΑΠΑΝΙΚΗΤΑΣ Ν.....	ΑΑ02
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Υ.....	ΑΑ02
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Σ.....	ΠΑ01, ΠΑ02
ΠΑΠΠΑ Ε.....	ΑΑ17, ΑΑ20
ΠΑΠΠΑΔΑ Α.....	ΑΑ12
ΠΑΡΤΑΛΗΣ Ν.....	ΑΑ04, ΑΑ31
ΠΑΡΤΣΑΛΑΚΗ Ε.....	ΑΑ24
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Δ.....	ΑΑ33
ΠΑΥΛΑΚΗΣ Μ.....	ΑΑ03
ΠΕΡΡΕΑ Δ.....	ΠΑ08
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Χ.....	ΑΑ01
ΠΕΤΣΙΜΕΡΗ Β.....	ΑΑ13, ΠΑ05
ΠΗΤΤΑΣ Κ.....	ΑΑ04, ΑΑ05
ΠΛΙΑΚΑΣ Γ.....	ΑΑ02
ΠΟΛΙΤΗΣ Ε.....	ΑΑ36
ΠΟΛΥΖΟΥ Α.....	ΑΑ13, ΠΑ12
ΠΟΛΥΜΙΛΗ Γ.....	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06 ΑΑ24, ΑΑ31

Ρ

ΡΑΠΤΗΣ Σ.Α.....	ΠΑ04, ΠΑ07, ΠΑ08
ΡΑΧΙΩΤΗΣ Χ.....	ΑΑ20
ΡΕΝΤΖΙΟΥ Γ.....	ΑΑ03
ΡΗΓΑ Τ.....	ΑΑ13
ΡΟΖΗ Φ.....	ΑΑ19
ΡΟΥΛΙΑ Ε.....	ΑΑ12, ΑΑ28

Σ

ΣΑΚΚΟΥ Α.....	ΑΑ32, ΑΑ33
ΣΑΡΙΔΗ Μ.....	ΑΑ35
ΣΑΡΡΗΣ Ε.....	ΑΑ17, ΑΑ18, ΠΑ11
ΣΑΦΛΙΑΝΗΣ Ι.....	ΑΑ03
ΣΙΑΜΠΛΗ Μ.....	ΑΑ12, ΑΑ22
ΣΚΟΥΡΑ Ε.....	ΑΑ14, ΑΑ36
ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ Μ.....	ΠΑ04, ΠΑ07
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ Γ.....	ΑΑ19
ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ.....	ΠΑ01, ΠΑ02
ΣΥΜΠΑΡΔΗ Σ.....	ΑΑ14, ΑΑ36
ΣΧΙΝΑ Μ.....	ΑΑ07, ΠΑ06

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.....	ΑΑ16, ΠΑ01, ΠΑ02 ΠΑ08
ΤΟΥΛΙΑΤΟΥ Α.....	ΑΑ15
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ.....	ΠΑ01, ΠΑ02
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Δ.....	ΑΑ05, ΑΑ06
ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ Ι.....	ΑΑ32, ΑΑ33
ΤΣΑΛΤΑ Δ.....	ΠΑ05, ΠΑ12
ΤΣΑΝΑΚΤΣΙΔΗΣ Ι.....	ΑΑ32, ΑΑ33
ΤΣΙΒΙΛΗΣ Ι.....	ΑΑ13
ΤΣΙΛΙΓΚΡΟΥ Β.....	ΠΑ09, ΠΑ10
ΤΣΙΟΤΡΑ Π.....	ΠΑ04, ΠΑ07

Φ

ΦΟΥΝΤΑΣ Ε.....	ΑΑ15
ΦΩΤΙΟΥ Ε.....	ΑΑ01, ΑΑ21, ΑΑ25 ΑΑ30

Χ

ΧΑΤΖΙΔΑΚΗΣ Ι.....	ΠΑ09
ΧΕΙΜΩΝΙΔΗΣ Σ.....	ΑΑ01, ΑΑ21, ΑΑ25 ΑΑ30
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	ΑΑ17, ΑΑ18, ΑΑ23 ΠΑ11
ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	ΑΑ27, ΑΑ28



PITAVA[®]

πιταβαστατίνη

Για συνταγογραφικές πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ



Διανέμει αποκλειστικά άδεια από την RECORDATI Ireland, Ltd Ringaskiddy, Ireland, την KOWA COMPANY LTD, και την NISSAN CHEMICAL INDUSTRIES LTD

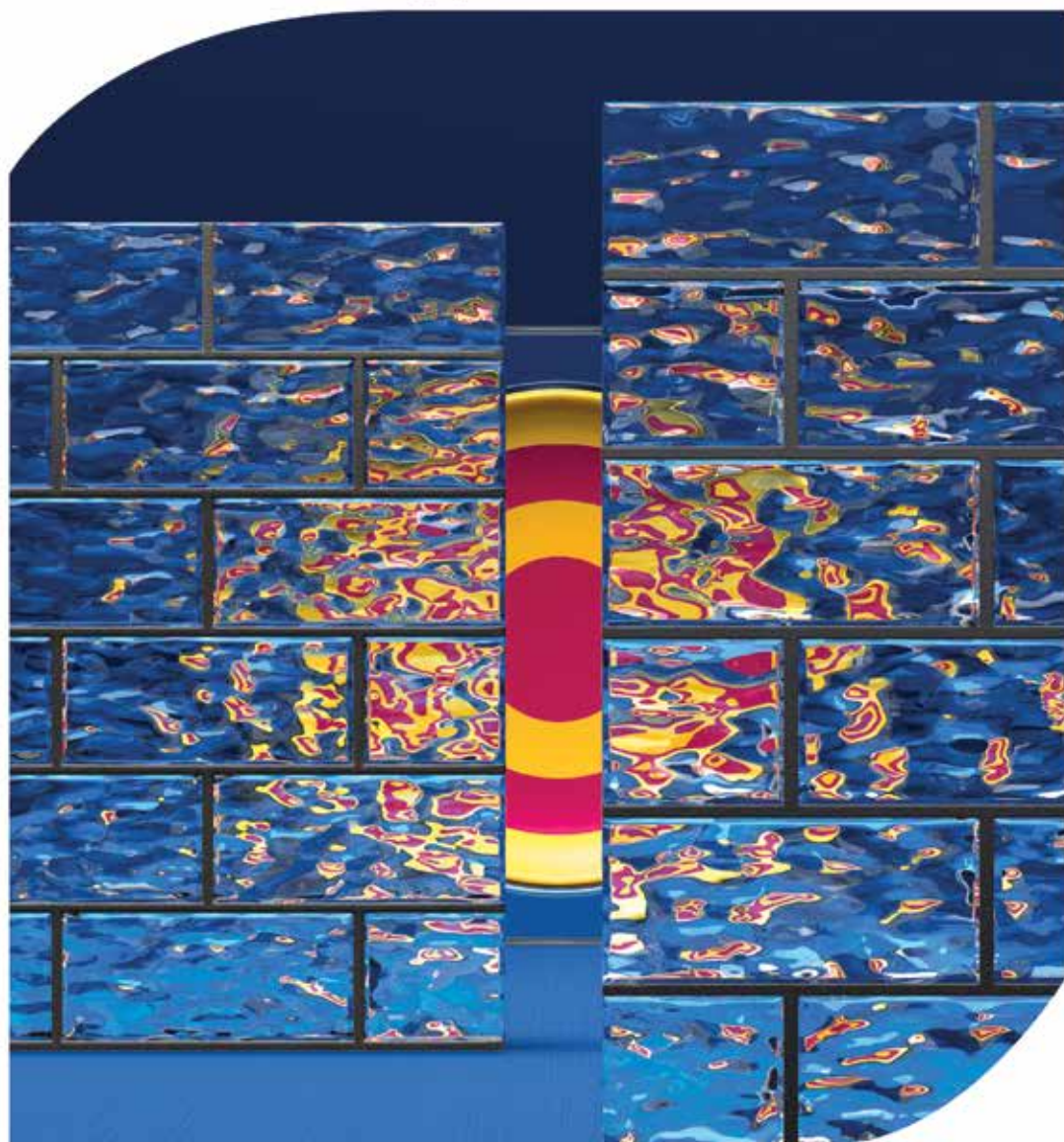


ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

15ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 14564 Κηφισιά τ 210 6294600 f 210 6294610, ΤΘ. 51288
Γραφείο Θεσσαλονίκης: Αδριανουπόλεως 24, 551 33 Κοιλιαριά, Θεσσαλονίκη τ 2310 480160
Για παραγγελίες: τ 210 6294629 f 210 6294630 e-mail orders@lilly.gr www.lilly.gr

Janumet®

(sitagliptin/metformin, MSD)



ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: MSD ΑΦΒΕΕ
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 17456 Αλιμος,
Τηλ: 2109897300, E-MAIL: dpoc_greece@merck.com
www.msd.gr



Συμπρωθήκη από την εταιρεία:
BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραιο Τηλ: 210 8009111
E-Mail: mailbox@bianex.gr • INTERNET: <http://www.bianex.gr>
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη
Εύστατος Θεσσαλονίκης ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 833893
• ΠΑΤΡΑ: Μαιζίνος 131, Τηλ: 2610 221397