



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
HELLENIC SOCIETY  
OF  
INTERNAL MEDICINE

Λεωφ. Κηφισίας 46, 115 26 Αθήνα  
Leoforos Kifisias 46 St., 115 26 Athens, Greece  
Tel: (+30) 210 7245 421 • info@hsintmed.gr  
e-mail: info@hsintmed.gr • hsintmedicine@gmail.com

# 26<sup>o</sup>

Προάγοντας τη γνώση  
στην Παθολογία επί 36 χρόνια

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

[www.hsim2023.gr](http://www.hsim2023.gr)

**18-21** Οκτωβρίου 2023  
Divani Caravel Hotel, Αθήνα

“  
Συνεχιζόμενη  
Εκπαίδευση στην  
Παθολογία:  
Τι νεότερο στη  
διάγνωση και  
στη θεραπεία  
των νοσημάτων  
που αντιμετωπίζει  
ο Παθολόγος  
”

**ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ**



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας,  
T: 2106048260, F: 2106047457,  
E: info@free-spirit.gr, www.free-spirit.gr



## ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

- Γατσέλης Ν.
- Δημητριάδης Γ.
- Λαναράς Λ.
- Λυμπερόπουλος Ε.
- Μακρυλάκης Κ.
- Μελιδώνης Α.
- Μυγδάλης Η.
- Μυλωνά Μ.
- Ντάιος Γ.
- Νταλέκος Γ.
- Ντζιώρα Φ.
- Ντουράκης Σ.
- Σαμάρκος Μ.
- Τεντολούρης Ν.
- Χολόγκιτας Ε.

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι περιλήψεις ΠΑ001 έως ΠΑ051 θα παρουσιαστούν ως ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ.

Οι περιλήψεις ΑΑ001 έως ΑΑ117 θα παρουσιαστούν ως ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ.

Η αρίθμηση των εργασιών δεν αποτελεί αρίθμηση αξιολόγησης-βαθμολόγησης.

Η δημοσίευση της περίληψης στο τεύχος δεν δηλώνει υποχρεωτικά και την ανακοίνωση της εργασίας. Η επιβεβαίωση της ανακοίνωσης γίνεται από την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου.

Τα κείμενα των περιλήψεων δημοσιεύονται όπως έχουν υποβληθεί από τους συγγραφείς.

ΠΑ001

**ΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ ΤΥΠΟΥ-I ΚΑΙ ΟΙ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

Φραγκούλης Γεώργιος<sup>1</sup>, Ντούρος Παναγιώτης<sup>1</sup>, Νέζος Ανδριανός<sup>2</sup>, Βλαχόγιαννης Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεκτονίδου Μαρία<sup>1</sup>, Σουλιώτης Βασίλειος<sup>3</sup>, Μαυραγάνη Κλειώ<sup>2</sup>, Σφηκάκης Πέτρος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής φυσιολογίας, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

<sup>3</sup> Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι βλάβες στο γενετικό υλικό (DNA damage) έχουν συσχετισθεί με ενεργοποίηση του μονοπατιού της ιντερφερόνης τύπου-I (IFN-I) σε αυτοάνοσα νοσήματα. Μελετήσαμε την ύπαρξη παρόμοιων μηχανισμών στην ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μονοκύτταρα περιφερικού αίματος απομονώθηκαν από 52 ασθενείς με ΨΑ και 80 υγιή άτομα (παρόμοια σε ηλικία και φύλο). Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα των βλαβών στο γενετικό υλικό (DNA damage) μέσω τζελ-ηλεκτροφόρησης (comet-assay). Μετά από εξαγωγή του RNA προσδιορίστηκε μέσω αντίδρασης αλυσιδωτής πολυμεράσης η έκφραση γονιδίων (IFIT1, MX1 και IFI44) τα οποία επάγονται από την IFN-I. Η συνολική έκφραση αυτών των γονιδίων κανονικοποιημένη σε σχέση με ένα housekeeping γονίδιο (GADPH) αποτέλεσε το IFN-I σκορ.

**Αποτελέσματα:** στην ΨΑ τα επίπεδα του DNA damage ήταν διπλάσια σε σχέση με τους υγιείς (olive-tail μονάδες, mean ± SD;  $9.42 \pm 2.71$  vs  $4.88 \pm 1.98$ ,  $p < 0.0001$ ). Τα επίπεδα DNA damage συσχετίστηκαν με τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στον ορό ( $r = 0.354$ ,  $p = 0.012$ ). Παρόλη την παρατηρούμενη αύξηση στα επίπεδα του DNA damage, το IFN-I σκορ ήταν σημαντικά μικρότερο στους ασθενείς με ΨΑ σε σχέση με τους υγιείς δότες (mean ± SD;  $-0.49 \pm 6.99$  vs  $4.24 \pm 4.26$ ;  $p < 0.0001$ ). Το IFN-I σκορ δεν συσχετίστηκε με τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης ούτε με τη θεραπεία την οποία ελάμβαναν οι ασθενείς αλλά συσχετίστηκε αντίστροφα με το δείκτη μάζας σώματος και ήταν υψηλότερο στους ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση.

**Συμπεράσματα:** στην ΨΑ η βλάβη του γενετικού υλικού συσχετίζεται με τα επίπεδα της φλεγμονής αλλά όχι με την επαγωγή IFN-I. Η μειωμένη έκφραση της τελευταίας ενδεχομένως παίζει ρόλο στην παθογένεση της ψωριασικής αρθρίτιδας.

ΠΑ002

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ ΣΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ Β-ΚΥΤΤΑΡΑ**

Τεντολούρης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Αναστασίου Ιωάννα<sup>1,2</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Πάντος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ρανολαζίνη είναι ένα χρησιμοποιούμενο στην κλινική πράξη αντι-στηθαγικό φάρμακο που έχει δείχθει ότι διαθέτει αντι-αρρυθμικές και αντι-ισχαιμικές ιδιότητες λόγω της ρυθμιστικής του δράση στην ιοντική ομοίωση. Από κλινικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η ρανολαζίνη μειώνει την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και μη ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο πιθανός μηχανισμός δράσης της ρανολαζίνης στα παγκρεατικά ανθρώπινα β-κύτταρα που υπόκεινται σε στρες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Τα καλλιεργούμενα ανθρώπινα κύτταρα 1.2B4 εκτέθηκαν σε δύο είδη στρες: α) με την προσθήκη υψηλών επιπέδων γλυκόζης (30mg/dl), ή β) με τη δημιουργία οξειδωτικού στρες με προσθήκη H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (100μM). Η έκθεση των κυττάρων στο στρες πραγματοποιήθηκε για 48 ώρες και στη συνέχεια έγινε επώαση για 24 ώρες με τη ρανολαζίνη σε διαδοχικές συγκεντρώσεις (0 μM ως 50μM). Στην συνέχεια έγινε μικροσκοπική παρατήρηση των κυττάρων και μετρήθηκαν τα επίπεδα επιβίωσης και πολλαπλασιασμού τους με τη μέθοδο του MTT και του ATP αντίστοιχα. Επίσης με κυτταρομετρία ροής μελετήθηκαν τα επίπεδα της απόπτωσης.

**Αποτελέσματα:** Μετά από το στρες της γλυκόζης ή του H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> και της επώασης με τη ρανολαζίνη τα 1.2B4 παρουσίασαν σημαντική αύξηση στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα επίπεδα ATP σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις συγκεντρώσεις της ρανολαζίνης 10 μM και 15 μM η αύξηση ήταν 60% σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης σε αυτές τις συγκεντρώσεις τα επίπεδα της απόπτωσης από 40% που ήταν στην ομάδα ελέγχου μειώθηκαν στο 10% (p<0.001).

**Συμπεράσματα:** Η έκθεση των β-κυττάρων στη ρανολαζίνη υπό στρες προκάλεσε αύξηση στα επίπεδα βιωσιμότητάς και στα ενδοκυττάρια επίπεδα του ATP. Η ρανολαζίνη δεν είναι τοξική για τα β-κύτταρα και πιθανότατα θα μπορούσε να λειτουργήσει προστατευτικά σε συνθήκες υπεργλυκαιμίας και οξειδωτικού στρες που απαντώνται στο σακχαρώδη διαβήτη.



ΠΑ003

## Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΛΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Μπούκουρης Αριστείδης, Μάντζος Διονύσιος, Τσουκαλάς Μιχαήλ, Φέτσης Νικόλαος, Μεταξάς Διονύσιος, Οικονόμου Γεώργιος, Δουμουλιάκα Ευδοξία, Δαβία Ιωάννα-Πηνελόπη, Λιονή Αθηνά, Τζαβάρα Βασιλική

*Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι Παθολόγοι εκτός από τον αυξημένο όγκο δουλειάς που επωμίζονται διαχρονικά και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια λόγω πανδημίας, καλούνται να εκτιμήσουν ασθενείς άλλων κλινικών διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην περίθαλψή τους. Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή όλων των παθολογικών εκτιμήσεων του πρώτου εξαμήνου του 2023, η ανάλυση της προέλευσής τους, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και οι αιτίες των παραπομπών.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αναλύσαμε όλες τις επισήμως καταγεγραμμένες εκτιμήσεις/επανεκτιμήσεις από το ηλεκτρονικό αρχείο της Κλινικής μας στο πρώτο εξάμηνο του 2023. Δεν περιελήφθησαν προφορικές οδηγίες/εκτιμήσεις.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά κληθήκαμε γραπτώς 519 φορές να εκτιμήσουμε ασθενείς άλλων κλινικών. Το 66% των παραπομπών προέρχονταν από κλινικές του Παθολογικού Τομέα και το 34% από τον Χειρουργικό Τομέα. Η αναλογία ανδρών και γυναικών ήταν 1.7:1, ενώ η διάμεση ηλικία των ασθενών δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (71-75 έτη). Οι δύο συχνότερες αιτίες παραπομπής ήταν η διερεύνηση εμπυρέτου (22%) και η αξιολόγηση αποτελεσμάτων καλλιεργείων για ρύθμιση αντιβιοτικής αγωγής ενδονοσοκομειακά ή ενόψει εξιτηρίου (23%). Άλλες συχνές αιτίες ήταν επεισόδια αναπνευστικής δυσχέρειας (7.6%) και αντιμετώπιση ενδονοσοκομειακής COVID-19 λοίμωξης (5.5%). Υπογραμμίζεται ότι στο 6.3% των παραπομπών δεν ήταν σαφές το ερώτημα για το οποίο ζητούσαν παθολογική εκτίμηση. Με βάση τον αριθμό των εκτιμήσεων και με δεδομένο ότι ο μέσος απαιτούμενος χρόνος για την παθολογική εκτίμηση ενός ασθενούς ήταν περίπου 30 λεπτά, υπολογίστηκε ότι απαιτήθηκαν 45 ώρες μηνιαίως για την αξιολόγηση ασθενών άλλων ειδικοτήτων.

**Συμπεράσματα:** Οι Παθολόγοι επιφορτίζονται, επιπλέον του ήδη επιβαρυσμένου προγράμματός τους, με εκτιμήσεις ασθενών άλλων ειδικοτήτων. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των παραπομπών προέρχεται από κλινικές του Παθολογικού Τομέα δημιουργεί ερωτηματικά για τις επιπτώσεις της υπερεξειδέικυσης στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών. Ο ρόλος του Παθολόγου στη λειτουργία του νοσοκομείου είναι αδιαμφισβήτητος όπως αποδείχθηκε και από την πρόσφατη πανδημία και όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης μας.

ΠΑ004

**ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ**

Γατσέλης Νικόλαος<sup>1,2</sup>, Τριάντος Χρήστος<sup>3</sup>, Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος<sup>4</sup>, Αρβανίτη Πηνελόπη<sup>1,2</sup>, Αντωνίου Κατερίνα<sup>1,2</sup>, Τσουνής Ευθύμιος<sup>3</sup>, Παπαθεοδωρίδη Μαργαρίτα<sup>4</sup>, Σαμωνάκης Δημήτριος<sup>5</sup>, Βασιλειάδης Θεμιστοκλής<sup>6</sup>, Κετίκογλου Ιωάννης<sup>7</sup>, Μάνεσης Εμμανουήλ<sup>7</sup>, Χριστοδούλου Δημήτριος<sup>8</sup>, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα<sup>9</sup>, Κοσκίνας Ιωάννης<sup>9</sup>, Μιχόπουλος Σπυρίδων<sup>10</sup>, Κουλεντάκη Μαίρη<sup>5</sup>, Χολόγκιτας Ευάγγελος<sup>11</sup>, Βεζαλή Έλενα<sup>12</sup>, Σινάκος Εμμανουήλ<sup>13</sup>, Deutsch Melanie<sup>9</sup>, Παπαδόπουλος Νικόλαος<sup>14</sup>, Πρωτοπαπάς Άδωνις<sup>15</sup>, Χουντά Αθηνά<sup>16</sup>, Θωμόπουλος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Λεκάκης Βασίλειος<sup>4</sup>, Τσαφαρίδου Μαρία<sup>5</sup>, Σαμακίδου Άννα<sup>1,2</sup>, Γκαμπέτα Στέλλα<sup>1,2</sup>, Κουκούλης Γεώργιος<sup>17</sup>, Ρηγοπούλου Ειρήνη<sup>1,2</sup>, Ζάχου Καλλιόπη<sup>1,2</sup>, Τηνιακού Ντίνα<sup>18</sup>, Νταλέκος Γεώργιος<sup>1,2</sup>

- <sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα
- <sup>2</sup> Πλήρες Μέλος Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN RARE-LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα
- <sup>3</sup> Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
- <sup>4</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
- <sup>5</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου, Ηράκλειο
- <sup>6</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- <sup>7</sup> Ηπατολογική Μονάδα, Ευρωκλινική, Αθήνα
- <sup>8</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα
- <sup>9</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
- <sup>10</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα
- <sup>11</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
- <sup>12</sup> Ηπατολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα
- <sup>13</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- <sup>14</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΝΙΜΙΤΣ», Αθήνα
- <sup>15</sup> Ηπατογαστρεντερολογικό Τμήμα, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
- <sup>16</sup> Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα
- <sup>17</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
- <sup>18</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η Ελληνική Ομάδα Μελέτης Αυτοάνοσων Νοσημάτων Ήπατος της ΕΕΜΗ ιδρύθηκε το 2016 με στόχο την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των ασθενών, των θεραπευτικών πρακτικών και της έκβασης, τον προσδιορισμό των ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών και την ανάπτυξη/εφαρμογή βελτιωμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

**Μέθοδοι:** Αναλύσαμε τα στοιχεία 706 ασθενών με ΑΙΗ (531 θήλεα, μέση ηλικία: 52.4 έτη) οι οποίοι είχαν καταγραφεί στη βάση δεδομένων μέχρι τον 3/2023.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε μέση καθυστέρηση μέχρι τη διάγνωση 26.6±23.1 μήνες. Το ένα έκτο των ασθενών εκτιμήθηκε αρχικά από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων εκτός από Παθολόγους/Γενικούς Ιατρούς/Γαστρεντερολόγους/Παιδιάτρους και το 40% έλαβε εξ αρχής την ορθή διάγνωση. Στην αρχική εκτίμηση, το 52.3% ήταν ασυμπτωματικοί ή παρουσίαζαν γενικά συμπτώματα. Εξωηπατικά αυτοάνοσα νοσήματα διαγνώστηκαν στο 44%. Κιρρωτικοί κατά την αρχική εκτίμηση ήταν το 24% των ασθενών, με ρήξη της αντιρρόπησης στο 29% εξ' αυτών. Οι κιρρωτικοί χαρακτηρίστηκαν από αυξημένη ηλικία ( $P<0.001$ ), μεγαλύτερη καθυστέρηση στη διάγνωση ( $P<0.001$ ), αυξημένη επίπτωση διαβήτη ( $P=0.002$ ) και οικογενειακού ιστορικού αδιευκρίνιστης ή αυτοάνοσης ηπατικής νόσου ( $P=0.014$ ), ενώ είχαν μειωμένη επίπτωση εξωηπατικών αυτοανόσων νοσημάτων ( $P=0.004$ ) συγκριτικά με τους μη-κιρρωτικούς ασθενείς. Κίρρωση αναπτύχθηκε στο 2.6% και ρήξη της αντιρρόπησης στο 18.5% των κιρρωτικών. Ως πρώτης γραμμής θεραπεία, 12.4% έλαβαν κορτικοστεροειδή, 45.8% κορτικοστεροειδή με αζαθειοπρίνη και 40.9% κορτικοστεροειδή με μυκοφαινόλη. Αλλαγές στην ανοσοπαρέμβαση μεταξύ αζαθειοπρίνης και μυκοφαινόλης πραγματοποιήθηκαν στο 14.8%. Κατά την πιο πρόσφατη εκτίμηση των ασθενών, 70.9% είχαν πλήρη βιοχημική ανταπόκριση με φυσιολογικές τρανσαμινάσες και ανοσοσφαιρίνη κλάσης-G. Η επίτευξη πλήρους βιοχημικής ανταπόκρισης σχετίστηκε με μείωση του κινδύνου ηπατικού θανάτου (HR 0.186, 95%CI 0.070-0.54,  $P=0.002$ ).

**Συμπεράσματα:** Η διάγνωση της ΑΙΗ συχνά διαλάθει της προσοχής κυρίως λόγω της ετερογένειας του νοσήματος, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση και την αυξημένη επίπτωση κίρρωσης σε αυτούς τους ασθενείς. Περίπου, το 1/3 των ασθενών δεν έχει πετύχει πλήρη βιοχημική ανταπόκριση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για αυστηρή παρακολούθηση και πιθανές νέες θεραπείες.

ΠΑ005

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Μανώλακα Χρυσάνθη, Κώστας Νικόλαος, Ισκά Παρασκευή, Καίκης Άρης, Κολαϊνής Βασίλειος, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Κουρούνας Νικόλαος, Γόμπος Γεώργιος, Ψαρομπάς Ιωάννης, Παπαβασιλείου Κωνσταντίνος, Κούρτης Δημήτριος, Μιχαλάκης Ιωάννης, Διακονικόλα Δέσποινα, Γόμπος Νικόλαος, Καραταπάνης Στυλιανός

*Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό ότι στο νησί της Ρόδου υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στη θεραπεία με τα νεότερα αντικά φάρμακα ασθενών με ΧΗC και το σπάνιο γονότυπο 5.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συμπεριλάβαμε 31 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=6/25, μέση ηλικία 69,3 έτη) που έφεραν το γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν σημαντική ίνωση και/ή κίρρωση (F3 ή F4 με Fibroscan). Από τους ασθενείς με κίρρωση (21/31) κανείς δεν εμφάνιζε ρήξη της αντιρρόπησης. Οκτώ κίρρωτικοί ασθενείς είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1Χ1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ<75kg και 1200mg όταν το ΒΣ >75kg) για 12 εβδομάδες, 9 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες, 2 έλαβαν αγωγή με ribrentasvir/glecaprevir για 8 εβδομάδες και 5velpatasvir/sofosbuvir για 12 εβδομάδες.

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς που ελέγξαμε σε (30/30) επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο ΗCν-RNA στο τέλος της αγωγής (ΕΟΤ). Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 29/29 (100%) ασθενείς που διαθέτουμε στοιχεία 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης μας, εκτός από δύο ασθενείς που διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης.

**Συμπεράσματα:** Τα νεότερα αντικά φάρμακα φαίνεται να επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το σπάνιο γονότυπο 5.



ΠΑ006

**ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ: ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 7 ΕΤΩΝ**

Μύρου Αθηνά<sup>1</sup>, Ασλανίδης Θεόδωρος<sup>2</sup>, Τσολάκη Ανθούλα<sup>3</sup>, Θεοδωρίδης Ανδρέας<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Α' Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη ανέλυσε δεδομένα ασθενών με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό από την Α' Προπαιδευτική Παθολογική του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αξιολογήσαμε αναδρομικά (Ιανουάριος 2013 - Δεκέμβριος 2020) δεδομένα ασθενών που έλαβαν ενδοφλέβια θρομβόλυση: 40 ασθενείς: 52,5% (n=21) άνδρες, 47,5% (n=19) γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 72,23 έτη (εύρος 41-85 ετών). Συλλέχθηκαν χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, κλίμακα NIHSS, η κλίμακα Rankin (mRS) ≤ 2 στους 3 μήνες, η θνησιμότητα και οι επιπλοκές.

**Αποτελέσματα:** Η μέση NIHSS εισαγωγής ήταν 13.625± 3.88 (εύρος 5-19), ενώ στην έξοδο ήταν 8.57 ±10.44 (εύρος 0-39), δηλαδή μείωση 4.75. Υπήρξαν 4 θάνατοι, δύο στην Κλινική και δύο στη ΜΕΘ. Τρεις ασθενείς είχαν απόφραξη μεγάλου αγγείου (1 VA, 2 MCA). Κανένας από αυτούς δεν πέθανε λόγω παρενεργειών IVT. Από τους 36 ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο, η NIHSS ήταν 5,19±1,99. Η μέση mRS εξόδου ήταν 2,87, ±1,36 (εύρος 0-6). Το 55% επέστρεψε σπίτι, ενώ το 35% σε Κέντρο Αποκατάστασης. Η mRS των ασθενών με εξιτήριο: 2,53±0,9. Επιπλοκές: 1 αιματοουρία και 1 αιμορραγική μετατροπή. Από τις αξονικές τομογραφίες: σε 17 περιπτώσεις εντοπίστηκε απόφραξη μεγάλων αγγείων ενώ σε 23 μικρότερων αγγείων. Ο έλεγχος με triplex ανέδειξε αθηρωματικές πλάκες (20%), αθηρωματικές αλλοιώσεις (22,9%), επασβεστώσεις (17,1%), στενώσεις (25,7%) και σύνδρομο πλήρους αναχαίτισης (5,7%). Στο 3% υπήρχαν φυσιολογικά ευρήματα, ενώ στο 5,6% των περιπτώσεων δεν έγινε υπερηχογραφική εκτίμηση λόγω χρονικών περιορισμών.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή ενδοφλέβιας θρομβόλυσης φάνηκε να είναι αποτελεσματική (μείωση κλίμακας NIHSS), με περιορισμένο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών και η κλινική πορεία των περισσότερων ασθενών είχε καλή έκβαση.

ΠΑ007

**ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΜΗΝΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗ Ή ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ**

Κουλλιάς Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Παπαβδή Μαρία<sup>1</sup>, Αθανασόπουλος Σταύρος<sup>2</sup>, Ζουμπούλης Παύλος<sup>3</sup>, Ντόιτς Μέλανι<sup>1</sup>, Μητράκου Ασημίνα<sup>2</sup>, Θανοπούλου Αναστασία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup> Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

<sup>3</sup> Ηχοδιαγνωστική Τομογραφία/ECHOMED

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο προσδιορισμός της ηπατικής λίπωσης και της ανταπόκρισής της στην τροποποίηση της αντιδιαβητικής αγωγής, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την περαιτέρω προσέγγιση των ασθενών με διαβήτη. Ωστόσο, η απεικόνιση με MRI δεν είναι πάντοτε εφικτή. Στην παρούσα μελέτη, στόχος ήταν η αξιολόγηση ασθενών υπό νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα, με τη χρήση υπερηχογραφικής απεικόνισης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 105 ασθενείς, οι οποίοι κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες: Ομάδα Α) προσθήκη εμπαγλιφλοζίνης στην ήδη λαμβανόμενη θεραπεία (n1=33), Ομάδα Β) προσθήκη ντουλαγλουτίδης (n2=29) και Ομάδα Γ) ομάδα ελέγχου (n3=43). Εγινε ποιοτικός προσδιορισμός ηπατικής στεάτωσης κατά την ένταξη (t0) και μετά από 6 μήνες (t6), με χρήση υπερήχων.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 3 ομάδων, όσον αφορά τη βελτίωση της ηπατικής στεάτωσης ( $p=0,008$ ). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ηπατικής λίπωσης στην ομάδα Α, στους 6 μήνες ( $z=-3,13, r=0,39, p=0,002$ ), με μείωση της μέσης τιμής κατά 0,42, ενώ στις άλλες δύο ομάδες δεν παρατηρήθηκε αξιολογη μεταβολή. Τέλος, η εφαρμογή Mann-Whitney Test επιβεβαίωσε την υπεροχή της Ομάδας Α, έναντι της ομάδας Β ( $z=-2,51, r=0,32, p=0,012$ ) και της ομάδας Γ ( $z=-2,56, r=0,293, p=0,011$ ), όσον αφορά τη βελτίωση της ηπατικής λίπωσης. Οι δείκτες της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και του Δείκτη Μάζας Σώματος ήταν στατιστικά σημαντικά βελτιωμένοι και στις 3 ομάδες, χωρίς να υπερτερεί κάποια ομάδα.

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη εμπαγλιφλοζίνης, φαίνεται να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση της ηπατικής στεάτωσης, σε αντίθεση με την προσθήκη ντουλαγλουτίδης ή την, με άλλο σχήμα, βελτιστοποίηση της ήδη λαμβανόμενης αγωγής. Στη συγκεκριμένη μελέτη το αποτέλεσμα φαίνεται ανιχνεύσιμο υπερηχογραφικά μετά από 6 μήνες θεραπείας.

ΠΑ008

**ΟΙ ΠΛΕΙΟΤΡΟΠΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΙΚΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΕΡΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ**

Αναστασίου Ιωάννα<sup>1,2</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Σαράντης Παναγιώτης<sup>3</sup>, Τεντολούρης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Αποστολοπούλου Ευαγγελία-Δήμητρα<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Πάντος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>3</sup> Εργαστήριο Μοριακής Ογκολογίας, Βιολογική Χημεία, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η δραστική ουσία του φυτού St. John's wort υπερικίνη έχει εκτενώς επιστημονικά μελετηθεί για την αντικαταθλιπτική της δράση αλλά λιγότερο για την επουλωτική της. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθούν οι επιδράσεις της υπερικίνης έναντι του οξειδωτικού στρες σε ανθρώπινους ινοβλάστες και να διερευνηθούν οι πιθανές επιδράσεις της στην επούλωση πληγών υπό της επίδραση του οξειδωτικού στρες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρωτογενής ανθρώπινοι δερματικοί ινοβλάστες εκτέθηκαν σε διαφορετικές συγκεντρώσεις υπερικίνης (0 - 20 µg/ml) για 24 ώρες. Για την αξιολόγηση του οξειδωτικού στρες, το H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> χρησιμοποιήθηκε ως στρεσογόνος παράγοντας και οι ινοβλάστες υποβλήθηκαν σε στρες για 12 ώρες πριν την επώαση τους με την υπερικίνη. Η βιωσιμότητα και τα επίπεδα πολλαπλασιασμού των κυττάρων αξιολογήθηκαν με τις μεθόδους του MTT και ATP. Πραγματοποιήθηκε κυτταρομετρία ροής για την αξιολόγηση των επιπέδων απόπτωσης των κυττάρων. Προσδιορίστηκε η παραγωγή των ελευθέρων ριζών υπό οξειδωτικό στρες με confocal microscopy. Πραγματοποιήθηκε επίσης τραύμα στα κύτταρα για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της υπερικίνης υπό οξειδωτικό στρες στην επούλωση του τραύματος. Για τη περεταίρω διερεύνηση της θεραπευτικής/επουλωτικής δράσης της υπερικίνης μελετήθηκαν 20 γονίδια που εμπλέκονται στις φάσεις της επούλωσης τραύματος.

**Αποτελέσματα:** Η θεραπεία των ινοβλαστών με υπερικίνη υπό οξειδωτικό στρες είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της βιωσιμότητας και των επιπέδων ATP των κυττάρων. Επίσης μειώθηκαν τα επίπεδα απόπτωσης και η παραγωγή των ελευθέρων ριζών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, φάνηκε ότι η θεραπεία με υπερικίνη επιτάχυνε τη διαδικασία της επούλωσης γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από την γονιδιακή ανάλυση που πραγματοποιήθηκε (SOD1, CAT, GPX1, GPX4, IL1B, IL2, IL4, IL5, IL9, VEGFα, EGF, FGF, COL1A1, COL3A1, COL4A1, COL6A1, MMP2, MMP3 and MMP9).

**Συμπεράσματα:** Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η υπερικίνη διαθέτει σημαντική αντιοξειδωτική δράση και έχει ευεργετικό ρόλο στην ταχύτερη επούλωση του τραύματος και στο πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

ΠΑ009

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ Β-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΔΙΣΦΑΙΝΟΛΗ Α ΣΕ ΧΑΜΗΛΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ**

Αναστασίου Ιωάννα<sup>1,2</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Σαράντης Παναγιώτης<sup>3</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>3</sup> Εργαστήριο Μοριακής Ογκολογίας, Βιολογική Χημεία, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η δισφαινόλη Α (ΒΡΑ) είναι μια οργανική ένωση που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιομηχανία των πλαστικών. Λειτουργεί ως ενδοκρινικός διαταράκτης. Πρόσφατες μελέτες σε ανθρώπους και σε κυτταρικά μοντέλα έδειξαν ότι η έκθεση στη ΒΡΑ αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και μέσω της οξειδωτικής καταπόνησης οδηγεί τα β-κύτταρα σε απόπτωση. Στη παρούσα μελέτη εξετάσαμε τις μοριακές επιδράσεις της ΒΡΑ σε πολύ χαμηλές συγκεντρώσεις στα παγκρεατικά β-κύτταρα κατά την χρόνια έκθεσή τους.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκε η ανθρώπινη κυτταρική σειρά 1.2B4. Τα κύτταρα επώαστηκαν με ΒΡΑ στις συγκεντρώσεις: 0 μΜ (ομάδα ελέγχου), 0,0002 μΜ, 0,002 μΜ, 0,01 μΜ, 0,02 μΜ για επτά ημέρες. Κάθε δύο ημέρες γινόταν ανανέωση της επώασης της ΒΡΑ. Η βιωσιμότητα και τα επίπεδα πολλαπλασιασμού των κυττάρων προσδιορίστηκαν με μέτρηση των ενδοκυτταρικών επιπέδων του ATP. Μελετήθηκε η ενεργοποίηση των ελευθέρων ριζών με confocal microscopy. Στη συνέχεια μελετήθηκε το μοριακό μονοπάτι της έκκρισης της ινσουλίνης. Η έκφραση των γονιδίων αυτών ποσοτικοποιήθηκε με PCR πραγματικού χρόνου. Τέλος μελετήθηκε το ποσοστό γήρανσης των κυττάρων με τη χρήση του SenTraGor™.

**Αποτελέσματα:** Στα 1.2B4 παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων βιωσιμότητας και του ενδοκυτταρικού ATP σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στα σχετικά επίπεδα έκφρασης των γονιδίων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Υπήρξε ενεργοποίηση των ελευθέρων ριζών σε όλες τις συγκεντρώσεις σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αναφορικά με την κυτταρική γήρανση, το ποσοστό των γηρασμένων κυττάρων αυξήθηκε διαδοχικά στις συγκεντρώσεις.

**Συμπεράσματα:** Η ΒΡΑ επηρεάζει τη βιωσιμότητα, τη λειτουργία και τη γήρανση των 1.2B4 και ενεργοποιεί την παραγωγή των ελευθέρων ριζών. Η ΒΡΑ επηρεάζει ακόμα και σε πολύ χαμηλές συγκεντρώσεις την λειτουργία των β-κυττάρων.



ΠΑ010

**ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΡΙΚΗ ΛΙΠΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Κουντούρη Αικατερίνη<sup>1</sup>, Κόρακας Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Μαράτου Ειρήνη<sup>1</sup>, Οικονομίδης Ιγνάτιος<sup>2</sup>, Μπαλαμπάνης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Λιάτης Σταύρος<sup>3</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>3</sup>, Τούλας Παναγιώτης<sup>4</sup>, Κουσαθανά Φωτεινή<sup>1</sup>, Γιατζάκης Χριστόφορος<sup>5</sup>, Δημητριάδης Γεώργιος<sup>1</sup>, Λαμπαδιάρη Βαία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Χαϊδάρη, Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Χαϊδάρη, Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>4</sup> Όμιλος Βιοϊατρική, Αθήνα

<sup>5</sup> DNAbiolab, Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης Εφαρμογών Γενετικής και Μοριακής Βιολογίας Κρήτης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η οικογενής μερική λιποδυστροφία (FPLD) είναι ένα σπάνιο σύνδρομο με φαινοτυπική ετερογένεια που εξαρτάται από έναν συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης διάρκειας 10 ετών, όπου συμπεριλήφθηκαν 39 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια της FPLD και παρακολουθούνταν στο ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ, μεγαλύτερο κέντρο αναφοράς πανελλαδικώς. Πραγματοποιήθηκε γενετική ανάλυση επί των γονιδίων LMNA και PPARγ, καθώς και αξιολόγηση των ανθρωπομετρικών και μεταβολικών παραμέτρων. Στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με μετρελεπτίνη, αξιολογήθηκε η ανταπόκριση στην αγωγή στους 3 και 12 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Στους περισσότερους ασθενείς δε διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές σε επίπεδο εξονίων, και κάποιες μεταλλάξεις που οδήγησαν σε αλλαγή σε επίπεδο πρωτεΐνης δε συσχετίστηκαν με λιποδυστροφικό φαινότυπο. Αντίθετα, διάφορες αλλαγές διαπιστώθηκαν σε επίπεδο ιντρονίων, ειδικά στα ιντρόνια 7 και 10, αγνώστου κλινικής σημασίας. Η θεραπεία με μετρελεπτίνη βελτίωσε το γλυκαιμικό και λιπιδαιμικό προφίλ, με διατήρηση της ευνοϊκής επίδρασης στους 12 μήνες αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Οι μεταλλάξεις σε επίπεδο ιντρονίων μπορεί να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο λιποδυστροφικό φαινότυπο και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Η θεραπεία με μετρελεπτίνη, σε κατάλληλους ασθενείς, έχει άμεση ευνοϊκή μεταβολική επίδραση η οποία διατηρείται και μετά από 1 έτος.

ΠΑ011

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΓΕΛΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΑΠΟ ΟΜΦΑΛΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Κουντούρη Αικατερίνη<sup>1</sup>, Ψαχούλια Φωτεινή<sup>2</sup>, Μπαλαμπάνης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>3</sup>, Μιχαλόπουλος Ευστάθιος<sup>4</sup>, Λάζαρης Ανδρέας<sup>2</sup>, Γερουλάκος Γεώργιος<sup>2</sup>, Σταυροπούλου-Γκιόκα Αικατερίνη<sup>4</sup>, Δημητριάδης Γεώργιος<sup>5</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>3</sup>, Λαμπαδιάρη Βαία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α «Αττικόν»

<sup>2</sup> Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>3</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>4</sup> Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

<sup>5</sup> Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το διαβητικό έλκος (ΔΕ) αποτελεί μια από τις κύριες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη. Οι συμβατικές θεραπείες αντιμετώπισης του ΔΕ συχνά δεν οδηγούν στην πλήρη επούλωση του. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής γέλης αιμοπεταλίων από ομφαλοπλακουντιακό υλικό σε ασθενείς με ΔΕ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 110 ασθενείς με ΔΕ οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε θεραπεία με γέλη αιμοπεταλίων από ομφαλοπλακουντιακό υλικό (n=52) ή συμβατική θεραπεία με αποστειρωμένα επιθέματα (n=58). Το μέγεθος του έλκους αξιολογήθηκε με τη χρήση της εφαρμογής imitomeasure στις 2 και 4 στις 6 εβδομάδες καθώς και στους 2, 4 και 6 μήνες. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η μείωση του μεγέθους του έλκους στους 6 μήνες παρακολούθησης.

**Αποτελέσματα:** Το μέγεθος του έλκους κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη (baseline) ήταν  $6.37 \pm 6.94 \text{ cm}^2$  στην ομάδα παρέμβασης και  $4.59 \pm 6.57 \text{ cm}^2$  στην ομάδα ελέγχου (p=0.199). Στους 6 μήνες, οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν σημαντική μείωση του μεγέθους του έλκους συγκριτικά με το baseline ( $0.93 \pm 1.71 \text{ cm}^2$ , p<0.001), ενώ δεν παρατηρήθηκε μεταβολή του μεγέθους του έλκους στην ομάδα ελέγχου ( $3.52 \pm 6.46 \text{ cm}^2$ , p=0.155). Στους 6 μήνες το ποσοστό μείωσης του μεγέθους του έλκους ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (82.96% vs 23.57%, p<0.001).

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή της γέλης αιμοπεταλίων από ομφαλοπλακουντιακό υλικό διεγείρει και επιταχύνει την επούλωση του διαβητικού έλκους.

ΠΑ012

**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ, ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ**

Βρέντζος Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Παυλίδης Γεώργιος<sup>2</sup>, Κατωγιάννης Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Κόρακας Εμμανουήλ<sup>3</sup>, Κουντούρη Αικατερίνη<sup>3</sup>, Πλιούτα Λουκία<sup>3</sup>, Μιχαλοπούλου Ελένη<sup>2</sup>, Κωστέλλη Γαβριέλλα<sup>2</sup>, Πελεκάνου Αιμιλία<sup>1</sup>, Μπούμπας Δημήτριος<sup>1</sup>, Οικονομίδης Ιγνάτιος<sup>2</sup>, Λαναράς Λεωνίδα<sup>4</sup>, Μπριστιάνου Μαγδαληνή<sup>4</sup>, Λαμπαδιάρη Βαία<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>2</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μη αλκοολική λιπώδη νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιδράσεων του συνενζύμου Q10 (CoQ10) στην ενδοθηλιακή, αγγειακή και μυοκαρδιακή λειτουργία ασθενών με ΜΑΛΝΗ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 52 ασθενείς με ΜΑΛΝΗ (μέση ηλικία:52±10έτη) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν 240mg CoQ10 (n=25)ή placebo (n=27). Στην έναρξη της αγωγής και στους 6 μήνες μετρήθηκαν: α) η Perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων αγγείων (δείκτης πάχους γλυκοκάλυκα) με την τεχνική Sideview Darkfield imaging (Microscan, Glycocheck), β) η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV-Complior,ALAM) γ) η ενδοθηλιοεξαρθώμενη αγγειοδιαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD), δ) η συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας και ε) η παράμετρος ελεγχόμενης απόσβεσης (CAP) για την ποσοτικοποίηση του ηπατικού λίπους με ελαστογραφία ήπατος (Fibroscan, Echosens).

**Αποτελέσματα:** Έξι μήνες μετά την έναρξη της αγωγής, οι ασθενείς που έλαβαν CoQ10 εμφάνισαν μειωμένο PBR (2,12±0,19 έναντι 2,28±0,23μm), PWV (9,5±2,3 έναντι 10,5±2,4m/s), CAP (278,1±50,2 έναντι 305,3±44,5dB/m) και αυξημένο FMD (6,61±4 έναντι 5,02±2,6%) και GLS (-19,3±1,9 έναντι -18,2±2%), (p<0,05). Οι ασθενείς που έλαβαν placebo δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παραπάνω δείκτες μετά από 6 μήνες (p>0,05). Στους ασθενείς υπό CoQ10, η εκατοστιαία ελάττωση του CAP ήταν ευθέως ανάλογη με την εκατοστιαία ελάττωση της PWV (r=0,31, p=0,045) και αντιστρόφως ανάλογη με την εκατοστιαία αύξηση της FMD (r=-0,58, p=0,014).

**Συμπεράσματα:** Εξάμηνη χορήγηση Co Q10 βελτιώνει τη λιπώδη διήθηση, η οποία συνδέεται με βελτίωση της ενδοθηλιακής, αγγειακής και μυοκαρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ.

ΠΑ013

**ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΑ ΜΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PARKINSON ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ POST-COVID-19: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Μπουγέα Αναστασία<sup>1</sup>, Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Παλκοπούλου Μυρτώ<sup>3</sup>, Ευθυμιοπούλου Ευθυμία<sup>1</sup>, Αγγελοπούλου Ευθαλία<sup>1</sup>, Ζήκος Παναγιώτης<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Μονάδα Λοιμώξεων-COVID-19, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>3</sup> Νευρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

<sup>4</sup> Νευρολογικό Τμήμα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το κλινικό εύρος των συμπτωμάτων της νόσου μετά τον κορωνοϊό 2019 (COVID-19) σε ασθενείς με νόσο Parkinson (PD) δεν έχει ακόμη μελετηθεί εκτενώς, με εξαίρεση μερικές μικρές σειρές. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της κινητικής και μη κινητικής επιδείνωσης ασθενών με PD (PWP) και σύνδρομο μετά τη νόσο COVID-19 (post COVID-19, PCS) κατά την περίοδο πριν τη νόσηση COVID-19 και στους 6 μήνες μετά τη νόσηση COVID-19.

**Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθη μια προοπτική μελέτη 38 PWP+/PCS+ και 20 PWP+/PCS- που δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο και τη διάρκεια της PD. Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν στην αρχή και στους 6 μήνες χρησιμοποιώντας ένα δομημένο κλινικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο, την κλίμακα Unified Parkinson's Disease Rating Scale Part III (UPDRS III), τη Montreal Cognitive Assessment, την κλίμακα Hoehn και Yahr, την κλίμακα Geriatric Depression Scale και την ισοδύναμη καθημερινή δόση λεβοντόπας (LEDD).

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της LEDD (P=0,039) και της κλίμακας UPDRS III (P=0,001) πριν και 6 μήνες μετά τη νόσηση COVID-19 στους ασθενείς με PWP και PCS. Τα πιο συχνά πρωτοεμφανιζόμενα μη κινητικά συμπτώματα PCS ήταν ανοσμία/υποσμία, φαρυγγαλγία, δυσγευσία και δερματικά εξανθήματα. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα δημογραφικά στοιχεία ή στις εξεταζόμενες βαθμολογίες μεταξύ των δύο ομάδων PWP+/PCS+ και PWP+/PCS-, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν εντοπίστηκε προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση PCS σε PWP.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη υποδηλώνει την πρωτοεμφάνιση μη κινητικών συμπτωμάτων PCS σε PWP, όπως επίσης και την αύξηση της LEDD και της UPDRS III στους ασθενείς PWP και PCS μετά τη νόσηση COVID-19.



ΠΑ014

ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Λογιώτη Κρυσταλλένια<sup>1</sup>, Καραχάλιος Χαράλαμπος<sup>1</sup>, Βόσικα Χριστίνα<sup>1</sup>, Αφέντογλου Παρασκευή-Μαρτιά<sup>2</sup>, Τσιβεριώτης Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Καυκούλα Ελένη<sup>2</sup>, Καλκούνη Ουρανία<sup>1</sup>, Μπομπολή Μαρία<sup>1</sup>, Χίνη Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογική Κλινική & Μονάδα λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αντοχή των μικροβιακών αιτίων των ουρολοιμώξεων κοινότητας αυξάνεται. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη κλινικών χαρακτηριστικών και της μικροβιακής αντοχής των απομονωθέντων ουροπαθογόνων στελεχών, σε ασθενείς με συμπτωματική ουρολοίμωξη κοινότητας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με εξωνοσοκομειακή συμπτωματική ουρολοίμωξη που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας κατά την τριετία 2019-2021. Αποκλείστηκαν ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια ουρολοιμώξεων και ασθενείς με μόνιμο ουροκαθετήρα.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν συνολικά 153 ασθενείς που εισήχθησαν από το ΤΕΠ για συμπτωματική ουρολοίμωξη εκ των οποίων 21 (13,7%) προέρχονταν από μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Η μέση ηλικία ήταν 79,11 και η διάμεση 83 έτη, από τους οποίους 50 (32,7%) ήταν άνδρες, 103 (67,3%) γυναίκες. Κυστίτιδα εμφάνιζαν 32 (20,9%), πυελονεφρίτιδα 100 ( 65,4% ) και ουροσήψη 21 ( 13,7%). Αντιβιοτικά κατά το τελευταίο τρίμηνο είχαν λάβει 15 (9,8%). Συχνότερο αίτιο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες αναδείχθηκε το E.coli (64%). Τα υπόλοιπα ουροπαθογόνα απομονώθηκαν συχνότερα από ασθενείς >65 ετών και διαμένοντες σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Τα ποσοστά αντοχής των απομονωθέντων E.coli ήταν για τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη 19,4%, ναλιδιξικό 27,6%, νιτροφουραντοΐνη 2% φθοριοκινολόνη 26,5%, κεφουροξίμη 19,4%, κεφταζιντίμη 12,2%, αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό 27/98 (27,5%), με υψηλότερα ποσοστά αντοχής σε ασθενείς τρίτης ηλικίας και σε προερχόμενους από μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Σε σύγκριση με παλαιότερη μελέτη της κλινικής μας για το διάστημα 2014-2016 παρατηρείται σημαντική αύξηση της αντοχής που αφορά όλες τις ομάδες αντιβιοτικών, και ιδιαίτερα στις φθοριοκινολόνες.

**Συμπεράσματα:** Συχνότερο αίτιο εξωνοσοκομειακής ουρολοίμωξης παραμένει το E.coli. Επισημαίνεται το πολύ αυξημένο ποσοστό αντοχής E.coli σε όλα τα αντιβιοτικά και ιδιαίτερα στις φθοριοκινολόνες ώστε η εμπειρική χρήση τους δεν αποτελεί ασφαλή επιλογή.

## ΠΑ015

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

Λαφάρα Κυράννα<sup>2</sup>, Τσιώνη Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Νικολακοπούλου Ευτυχία<sup>1</sup>, Κύρκα Κρυσταλλία<sup>1</sup>, Βέττας Χρήστος<sup>1</sup>, Μανδαλά Ευδοκία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, «Ιπποκράτειο» ΓΝΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας-Μονάδα Νάουσας, Νάουσα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος COVID-19 οφείλεται στον ιό SARS-CoV-2. Περιγράφηκε αρχικά, ως νόσος του αναπνευστικού. Συστηματικές εκδηλώσεις και προσβολή οργάνων υφίστανται, καθώς υποδοχείς ACE-2 που λειτουργούν και ως υποδοχείς του ιού SARS-CoV-2 εκφράζονται σε πολλά όργανα, όπως και στο θυρεοειδή αδένα. Μόλις τρεις μήνες μετά την έναρξη της πανδημίας ανακοινώθηκε διαταραχή της θυρεοειδικής λειτουργίας μετά από νόσηση. Χαρακτηριστικό του ιού είναι η ικανότητά του να μεταλλάσσεται. Νέες μεταλλάξεις συνεχίζουν να εμφανίζονται, όπως οι BA.4 και BA.5 της μετάλλαξης Omicron επικράτησαν ταχύτατα και στην Ελλάδα. Μελέτη διαταραχών των θυρεοειδικών ορμονών σε ασθενείς με νόσο από BA.4 και BA.5, πιθανώς, να τεκμηριώσει αιτιολογική σχέση, μεταξύ ιού και θυρεοειδικών διαταραχών.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 224 ασθενείς που προσήλθαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο από 15/7/2022-5/11/2022 που επικρατούσαν οι BA.4-BA.5. Οι 117 έπασχαν από νόσο COVID-19 (Ομάδα Α). 107 από άλλη εμπύρετη λοίμωξη του αναπνευστικού (Ομάδα Β). Στην εισαγωγή προσδιορίστηκαν TSH, FT4, FT3 στο σύστημα ανοσολογικού αναλυτή UniCell DXI800 (Beckman-Coulter) με ενισχυμένη χημειοφωταύγεια (CMIA). Αποκλείστηκαν ασθενείς με γνωστή θυρεοειδοπάθεια. Για τη σύγκριση των επιπέδων των θυρεοειδικών ορμονών ανάμεσα στις δυο ομάδες χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό Mann-Whitney-U-test. Όριο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα:** Στην Ομάδα Α, οι διάμεσες τιμές ήταν TSH:1,419 (0,024-28,123)mIU/L, FT4:1,07 (0,06-2,23)ng/dl, FT3:2,14 (1,44-3,57)pg/ml. Στην Ομάδα Β, TSH:1,740 (0,000-113,080)mIU/L, FT4:0,94 (0,33-3,81)ng/dl, FT3:3,25 (1,77-4,56)pg/ml. Η σύγκριση των τιμών TSH, FT4 και FT3 ανάμεσα στις δυο ομάδες ανέδειξε στατιστικά σημαντική αύξηση FT4 ( $p < 0,05$ ) και ελάττωση TSH ( $p < 0,05$ ) και FT3 ( $p < 0,001$ ) στην Ομάδα Α.

**Συμπεράσματα:** Ο θυρεοειδής επηρεάζει συστηματικά τον οργανισμό. Η καταιγίδα των κυτταροκινών, αλλά και ο ιός SARS-CoV-2, δρουν απευθείας στο θυρεοειδή. Φαίνεται πως και οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν όταν επικράτησαν οι υπομεταλλάξεις BA4-BA5, παρά την ηπιότερη λοίμωξη, εμφανίζουν διαταραχές. Η κλινική επαγρύπνηση και η παρακολούθηση της θυρεοειδικής λειτουργίας είναι εξαιρετικής σημασίας.

ΠΑ016

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

Κυριακούλης Ιωάννης<sup>1</sup>, Αδάμου Αναστασία<sup>1</sup>, Σταματίου Ηλιάννα<sup>3</sup>, Χλωρογιάννης David Δημήτρης<sup>2</sup>, Καρδούτσος Ιωάννης<sup>1</sup>, Κουκουσάκη Δέσποινα<sup>1</sup>, Ντάιος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο επιπολασμός της κολπικής μαρμαρυγής (KM) σε άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD) σε χρόνια αιμοκάθαρση αυξάνεται. Η βέλτιστη αντιπηκτική επιλογή σε αυτόν τον πληθυσμό είναι ασαφής, καθώς οι ασθενείς αυτοί αποκλείστηκαν από τις βασικές τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs) των νεότερων αντιπηκτικών (NOACs) σε ασθενείς με KM έναντι των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (VKAs). Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των NOACs έναντι των VKAs σε ασθενείς με KM, χρόνια αιμοκαθαιρόμενους, μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης και μετά-ανάλυσης της βιβλιογραφίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στο MEDLINE και στο Scopus έως τις 25/01/2023 για RCTs ή μελέτες παρατήρησης ασθενών με KM και ESRD σε χρόνια αιμοκάθαρση που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με NOACs ή VKAs.

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ 397 μελετών που προσδιορίστηκαν από τη βιβλιογραφική αναζήτηση, 3 RCTs και 3 μελέτες παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν στη μετά-ανάλυση. Σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν VKAs, εκείνοι που έλαβαν NOACs είχαν χαμηλότερο κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας (relative risk (RR):0.72, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI):0.56-0.94, I<sup>2</sup>=61%, number needed to treat (NNT)=17) και παρόμοιο κίνδυνο για ισχαιμικό εγκεφαλικό (RR:0.76, 95%CI:0.41-1.41, I<sup>2</sup>=37%), ισχαιμικό εγκεφαλικό ή περιφερική εμβολή (RR:0.65, 95%CI:0.38-1.10, I<sup>2</sup>=72%), μείζονα αιμορραγία (RR:0.79, 95%CI:0.49-1.28, I<sup>2</sup>=91%) και θάνατο από κάθε αιτία (RR:0.79, 95%CI:0.56-1.12, I<sup>2</sup>=54%).

**Συμπεράσματα:** Μεταξύ των ασθενών με KM και ESRD που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, ο κίνδυνος γαστρεντερικής αιμορραγίας είναι χαμηλότερος σε όσους λαμβάνουν NOACs ενώ ο κίνδυνος ισχαιμικού εγκεφαλικού, ισχαιμικού εγκεφαλικού ή περιφερικής εμβολής, μικρής αιμορραγίας, μείζονος αιμορραγίας και θνησιμότητας από κάθε αιτία είναι παρόμοιος.

ΠΑ017

**ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ**

Σαγρής Δημήτριος<sup>1,2</sup>, Buckley Benjamin<sup>2,3</sup>, Harrison Stephanie<sup>2,3</sup>, Abdul-Rahim Azmil<sup>1,3</sup>, Austin Philip<sup>4</sup>, Lip Gregory<sup>2,3,5</sup>, Ντάιος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισα, Λάρισα

<sup>2</sup> Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK

<sup>3</sup> Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom

<sup>4</sup> TriNetX LLC, London, United Kingdom

<sup>5</sup> Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Δεν είναι απόλυτα σαφές εάν ο τύπος της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) σχετίζεται με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων, συμπεριλαμβανομένου του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και του ισχαιμικού εγκεφαλικού. Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο κίνδυνος εμφάνισης ΟΕΜ και ισχαιμικού εγκεφαλικού μεταξύ ασθενών με πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ έναντι μη παροξυσμικής ΚΜ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία από το ομοσπονδιακό ερευνητικό δίκτυο TriNetX. Τα άτομα με πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ, στα αρχεία των οποίων δεν είχε καταγραφεί κάποιο άλλο είδος ΚΜ αντιστοιχήθηκαν βάσει των κλινικών χαρακτηριστικών τους 1:1 με άτομα με μη παροξυσμική ΚΜ (εμμένουσα ή χρόνια ΚΜ), στα αρχεία των οποίων δεν είχε καταγραφεί κάποιο άλλο είδος ΚΜ. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για χρονικό διάστημα 3 ετών για τα καταληκτικά σημεία του ΟΕΜ του ισχαιμικού εγκεφαλικού. Ο σχετικός λόγος του στιγμιαίου κινδύνου (hazard ratio; HR) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals; CIs) υπολογίστηκαν με τη χρήση μοντέλου παλινδρόμησης τύπου Cox.

**Αποτελέσματα:** Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών, μεταξύ 24.856 καλώς αντιστοιχισμένων ατόμων με ΚΜ (μέση ηλικία 73,3±11,5· 10.277 (41,3%) γυναίκες), 429 (1,7%) διαγνώστηκαν με ΟΕΜ και 811 (3,3%) με ισχαιμικό εγκεφαλικό κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης 3 ετών. Τα άτομα με παροξυσμική ΚΜ εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ΟΕΜ (HR: 1,71, 95% CI: 1,45-2,02) σε σύγκριση με αυτούς που είχαν μη-παροξυσμική ΚΜ. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου ΚΜ και του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (HR: 1,09, 95%CI: 0,95-1,25).

**Συμπεράσματα:** Η πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ συσχετίστηκε με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΟΕΜ σε σύγκριση με τη μη-παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, ενώ δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου ΚΜ και του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού.



ΠΑ018

**ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΛΟΙΜΩΣΗΣ ΤΗΣ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΑΜΕΣΑ ΔΡΩΝΤΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ**

Βασιλειάδη Σοφία, Μανωλακοπούλου Μαρία, Κουστένης Κανέλλος, Καραγεώργος Χαράλαμπος, Γούλας Ανέστης, Κρασιδίωτη Χαρίκλεια, Σιακαβέλλας Σπύρος, Χατζηγιάννη Αιμιλία, Ντόιτς Μέλανι, Αναγνώστου Όλγα, Μανωλακόπουλος Σπήλιος

*Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η εισαγωγή των άμεσα δρώντων αντιικών (direct acting antivirals - DAAs) άλλαξε δραματικά την αντιμετώπιση της HCV λοίμωξης, με υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης και επιτυχημένης εκρίζωσης του ιού. Εντούτοις παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά επαναλοίμωξης σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών (XEN). Στόχος μας είναι η διερεύνηση του βαθμού της επαναλοίμωξης μετά από επιτυχή θεραπεία της ηπατίτιδας C με DAAs σε έναν πληθυσμό XEN και ο εντοπισμός παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με χρόνια αντιρροπούμενη ηπατίτιδα C με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ουσιών και μόνιμη ιολογική ανταπόκριση μετά από χορήγηση DAA μεταξύ 2014-2021. Ως ιολογική ανταπόκριση ορίστηκε η μη ανίχνευση HCV-RNA 3-12 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Επικοινωνήσαμε με τους ασθενείς τουλάχιστον έναν χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας με σκοπό να επανεξετάσουμε τα επίπεδα HCV RNA και την ηπατική λειτουργία. Επιπλέον έγινε καταγραφή παραμέτρων όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι συνήθειες χρήσης. Καλέσαμε 223 ασθενείς εκ των οποίων 94 δεν απάντησαν.

**Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 129 ασθενείς (78.3% άνδρες) μέσης ηλικίας 52 (εύρος 34-73) ετών. 18,6% (n=24) είχε κίρρωση ήπατος και 25,6% (n=33) είχαν φυλακιστεί στο παρελθόν. 65% (n=84) συμμετείχαν σε πρόγραμμα υποκατάστασης ναρκωτικών με το 30.2% (n=39) να αναφέρει χρήση ουσιών τους τελευταίους 12 μήνες εκ των οποίων 38,5% (n=15) είχαν μοιραστεί σύνεργα χρήσης, ενώ 41% (n=16) έκαναν ενδοφλέβια χρήση. Εντοπίσαμε 9 επαναλοίμωξεις σε 309,9 ασθενείς/έτη (PY) παρακολούθησης καταγράφοντας ποσοστό επαναμόλυνσης 2,9/100 PY. Οι ασθενείς με επαναμόλυνση ήταν νεότεροι (43±5 vs 52±8 έτη, p=0,003) και είχαν ιστορικό φυλάκισης (67% vs 23%, p=0,003). Επιπλέον είχαν πιο συχνά ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών (24±7 vs 14±8 έτη, p=0,002) και συγκεκριμένα ήταν ενεργοί χρήστες τους τελευταίους 12 μήνες (89% vs 26%, p<0,001). Επιπροσθέτως έκαναν πιο συχνά ενδοφλέβια χρήση (67% vs 9%, p<0,001). Η επαναμόλυνση σχετίστηκε και με τη συλλοίμωξη με HIV (44% vs 0%, p<0.001) καθώς και με τη χρήση κάνναβης (78% vs 38%, p=0,002).

**Συμπεράσματα:** Τα ποσοστά επαναλοίμωξης σχετίζονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου. Τα δεδομένα υπογραμμίζουν την αξία της στενής παρακολούθησης στην ομάδα ασθενών XEN κυρίως σε αυτούς με συλλοίμωξη με HIV και συνέχιση χρήσης.

ΠΑ019

ΣΤΟΧΕΥΣΗ ΤΗΣ IL-1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Μπακόλα Στεφανία-Ασπασία<sup>1</sup>, Γαβριηλίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Κουτρούλος Μάριος-Βασίλειος<sup>2</sup>, Αντωνιάδου Χριστίνα<sup>1</sup>, Φυτανίδης Νικόλαος<sup>1</sup>, Τσιρονίδου Βικτώρια<sup>1</sup>, Χατζηξανθουλίου Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Χαλικιάς Γεώργιος<sup>2</sup>, Παπαγόρας Χαράλαμπος<sup>1</sup>, Ρίτης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Σκένδρος Παναγιώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η «ιδιοπαθής» υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα, ευρύτερα ανήκει στα αυτοφλεγμονώδη σύνδρομα, μια ετερογενή ομάδα χρόνιων, συστηματικών, φλεγμονωδών νοσημάτων, όπου ο ρόλος της φυσικής ανοσίας και της IL-1 θεωρείται κομβικός. Αποτελεί δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα, ιδιαίτερα στις κορτιζόνο-εξαρτώμενες, ανθεκτικές στην κολχικίνη, περιπτώσεις. Πρόσφατα, η αναστολή της IL-1 προτείνεται ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή. Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής μας από το 2019 έως σήμερα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 6 ασθενείς (2 γυναίκες/4 άνδρες), μέσης ηλικίας 48,3 έτη (23-79), στους οποίους ο έλεγχος για λοιμώδη, νεοπλασματικά και συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Σε 3 ασθενείς ανιχνεύθηκαν γενετικές μεταβολές (variants) *MEFV* (ένας K695R/hetero, δύο R202Q/homo). Όλοι οι ασθενείς είχαν αδυναμία μείωσης των γλυκοκορτικοειδών και έλλειψη απόκρισης στην μέγιστη ανεκτή δόση κολχικίνης. Κατά τη διάγνωση, ο μέσος αριθμός υποτροπών ήταν 5,0 (3-8) και η μέση τιμή CRP 11,2 mg/dl (1,1-18,0). Οι ασθενείς έλαβαν anakinra (ανταγωνιστής IL-1 υποδοχέα) 100 mg/ημέρα/υποδορίως, με μέση διάρκεια θεραπείας 17,3 μήνες (2-42). Όλοι παρουσίασαν πλήρη ύφεση από τον πρώτο μήνα, ομαλοποίηση των τιμών της CRP, και σταδιακά διέκοψαν τα γλυκοκορτικοειδή. Ένας ασθενής λαμβάνει 5 μήνες πλέον μόνο κολχικίνη, ενώ 5 συνεχίζουν με κολχικίνη+anakinra (2 σε παρημέρα χορήγηση). Σε 2 από αυτούς, η διακοπή του anakinra είχε οδηγήσει σε υποτροπή μετά από 1 και 6 μήνες, αντιστοίχως. Δεν καταγράφηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ή λοιμώξεις.

**Συμπεράσματα:** Η αναστολή της IL-1 με anakinra ήταν αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία. Η γρήγορη απόκριση επιβεβαίωσε την αρχική κλινική διάγνωση και τον αυτοφλεγμονώδη χαρακτήρα της νόσου (IL-1-διαμεσολαβούμενο νόσημα). Η δοκιμαστική χορήγηση anakinra θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο διαφοροδιαγνωστικό εργαλείο στην υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα, αλλά και σε άλλα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα.

ΠΑ020

**ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ Ή/ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Παπαζαχαρίου Άντρια, Μαληκίδης Βύρωνας, Νικηφόρου Αντιγόνη, Θεοδωρακοπούλου Βασιλική, Βουγιουκλάκης Γεώργιος, Παπαδάκης Ιωάννης, Κοφτερίδης Διαμαντής

Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αναιμία αποτελεί συχνό εύρημα στα άτομα υπό αντιπηκτική ή/και αιμοπεταλιακή αγωγή. Σκοπός είναι η παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης (Hb) και των επανανοσηλειών, έπειτα από φαρμακευτική τροποποίηση ή/και θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση σε άτομα υπό αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, που νοσηλεύθηκαν λόγω αναιμίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη σε νοσηλεύόμενους της Παθολογικής κλινικής, το διάστημα Νοέμβριος 2021-Ιούνιος 2023, που εισήχθησαν με αναιμία, ενώ ελάμβαναν αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Μελετήθηκαν δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες, καθώς και τα ευρήματα ενδοσκοπικού ελέγχου. Η επανεκτίμηση πραγματοποιήθηκε τον έκτο μήνα μετά το εξιτήριο. Επιπρόσθετα, μελετήθηκαν οι επανανοσηλείες για αναιμία στο εξάμηνο, στο έτος και η ετήσια θνητότητα των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά μελετήθηκαν 95 άτομα(41 γυναίκες), με διάμεση ηλικία 80(διακύμανση:59-98) έτη. Αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά ελάμβαναν το 41.1% και 68.4% των ατόμων, αντίστοιχα. Εκ των 95 ατόμων, 16(16.8%) είχαν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, 49(51.6%) στεφανιαία νόσο και 52(54.7%) κολπική μαρμαρυγή. Από τους 69 ασθενείς(72.6%) που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση και τους 35(36.8%) σε κολonosκόπηση, αναδείχθηκε πιθανή αιτία της αναιμίας στους 55(79.7%) και 19(55.9%), αντίστοιχα. Ενδοσκοπική παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 14 από τα 69 άτομα(20.3%). Τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής έγινε σε 49 άτομα(51.6%) [μείωση δόσης αντιπηκτικού(16.8%), αλλαγή φαρμάκου(20%), διακοπής διπλής αντιαιμοπεταλιακής με συνέχιση μονοθεραπείας(20%)]. Στο εξάμηνο τα άτομα στα οποία τροποποιήθηκε η φαρμακευτική αγωγή ανέβασαν την Hb περισσότερο από τους υπολοίπους(1,6±1,9g/dL έναντι 0,6±2,2g/dL,p=0.034). Επιπροσθέτως, οι ίδιοι είχαν λιγότερες επανανοσηλείες λόγω αναιμίας τόσο στο εξάμηνο (8,7% έναντι 36,6%), όσο και στο έτος(7,7% έναντι 41,2%) συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Η συνολική ετήσια θνητότητα ήταν 33.7%.

**Συμπεράσματα:** Οι περισσότεροι νοσηλευθέντες ασθενείς με αναιμία υπό αντιπηκτική ή/και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή παρουσίασαν ενδοσκοπικά ευρήματα υπέρ αιμορραγίας πεπτικού συστήματος. Η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής συσχετίστηκε με αύξηση της αιμοσφαιρίνης στο εξάμηνο και μείωση των επανανοσηλειών.

ΠΑ021

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

Αναστασίου Γεωργία<sup>1</sup>, Λεοντόρη Μαρία<sup>1</sup>, Λιάμης Γεώργιος<sup>1</sup>, Μπάρκας Φώτιος<sup>2</sup>, Αδαμίδης Πέτρος-Σπυρίδων<sup>1</sup>, Κουτσογιάννη Αμαλία<sup>1</sup>, Φουσέκης Φώτιος<sup>3</sup>, Μπαλταγιάννης Γεράσιμος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Τομέας Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Τομέας Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Τομέας Παθολογίας, Γαστρεντερολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λανθάνουσα ηπατίτιδα Β χαρακτηρίζεται από την παρουσία HBV-DNA στο αίμα ή ιστούς με μη ανιχνεύσιμο HBsAg. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι ο υπολογισμός του επιπολασμού και ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της λανθάνουσας ηπατίτιδας Β στη Βορειοδυτική Ελλάδα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Προοπτική μελέτη και έλεγχος δειγμάτων ορού από 702 αιμοδότες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για δείκτες της ηπατίτιδας Β κατά το χρονικό διάστημα του Φεβρουαρίου 2018 έως Σεπτέμβριο 2022. Τα δείγματα των ασθενών με anti-HBs (-)/anti-HBc (+) ελέγχθηκαν με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης για την παρουσία HBV-DNA. Στις περιπτώσεις λανθάνουσας ηπατίτιδας Β έγινε αλληλούχιση και ανάλυση της μετάλλαξης του HBs pre-S/S γονιδίου.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 56 ασθενείς (7,9%) είχαν ηπατίτιδα Β [HBsAg (+)], 144 (20,5%) παρελθούσα ηπατίτιδα Β [HBsAg (-), anti-HBc (+)] και 38 λανθάνουσα ηπατίτιδα Β. Από τους 38 συμμετέχοντες, σε 36 ασθενείς το HBV-DNA ήταν IU 225 IU/ml. Ένας ασθενής με λανθάνουσα ηπατίτιδα Β είχε συλλοίμωξη με HIV. Ωστόσο, σε 2 ασθενείς με λανθάνουσα ηπατίτιδα Β τα επίπεδα του HBV-DNA >200 0000 IU/ml. Η αλληλούχιση έδειξε παρουσία των μεταλλάξεων του S- και του pre-S γονιδίου σε 4 ασθενείς με λανθάνουσα ηπατίτιδα Β, 2 εκ τω οποίων είχαν υψηλά επίπεδα HBV-DNA.

**Συμπεράσματα:** Ο υψηλός επιπολασμός της λανθάνουσας ηπατίτιδας Β παρατηρείται σε περιοχή με μεγάλο αριθμό μεταναστών από ενδημικές περιοχές. Επιπλέον, μεταλλάξεις στο S- γονίδιο παρατηρούνται σε ασθενείς με λανθάνουσα ηπατίτιδα Β και υψηλά επίπεδα HBV-DNA.



ΠΑ022

ΕΜΒΟΛΙΟ HPV ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΝΔΡΕΣ

Πετροπούλου Πηνελόπη, *Χειρ. Οδοντίατρος, PhD(c) Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι από τους πιο συνηθισμένους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς. Οι λοιμώξεις HPV είναι πιο συχνές στους άνδρες και ευθύνονται για καρκίνους πρωκτού, πέους, στοματοφάρυγγα (OPC), με επίπτωση υψηλότερη στα άτομα με HIV. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση συμπεριφορών υγείας ενηλίκων ανδρών που μπορούν να αναστείλουν την αύξηση εμφάνισης καρκίνων συνδεόμενων με HPV.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συστηματική ανασκόπηση μελετών πενταετίας σε PUBMED, με ελεύθερη περίληψη και κείμενο, λέξεις κλειδιά «εμβόλια HPV» και «ενήλικες άνδρες». Βρέθηκαν 25 αποτελέσματα, 15 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης.

**Αποτελέσματα:** Ο προφυλακτικός τετραδύναμος εμβολιασμός qHPV συνιστάται σε προγράμματα ρουτίνας ανοσοποίησης, λόγω υψηλής αποτελεσματικότητας όχι μόνο κατά του καρκίνου αλλά και κατά των κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων σε υγιείς γυναίκες και άνδρες. Επιπρόσθετα το εμβόλιο HPV, φαίνεται να δρα προφυλακτικά σε ενήλικες 27- 69 ετών με προκαρκινικές βλάβες πρωκτού και αιδοίου. Ωστόσο τα αγόρια και οι άνδρες είναι υποεμβολιασμένοι και διατρέχουν αυξανόμενο κίνδυνο για καρκίνους σχετιζόμενους με HPV. Η ευαισθητοποίηση σχετικά με τον ιό είναι ανεπαρκής. Χρειάζεται εκπαίδευση εφήβων και γονέων, που πρέπει να ξεκινά νωρίς και να δίνεται επανειλημμένα καθώς το παιδί ενηλικιώνεται, για τη μόλυνση και την πρόληψη του HPV. Λόγω της αύξησης των καρκίνων στοματοφάρυγγα, πρωκτού/ορθού, ιδιαίτερα στους άνδρες, χρειάζεται να τονιστεί η αναγκαιότητα εμβολιασμού HPV και στα δύο φύλα, καθώς είναι διαθέσιμος για ανηλίκους και ενηλίκους 27-45 ετών. Άντρες που κάνουν σεξ με άντρες (MSM) και έχουν μολυνθεί, χρειάζεται να ενημερώνονται για τη σημασία αποφυγής καπνίσματος και δεκτικής σεξουαλικής επαφής με πολλούς συντρόφους.

**Συμπεράσματα:** Οι ουδέτεροι ως προς το φύλο εμβολιασμοί HPV, θεωρούνται τρόπος για να σταματήσει η μετάδοση του ιού και να αποτραπούν οι νόσοι που σχετίζονται με HPV και μέσο για την προώθηση ίσης υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό.

ΠΑ023

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Φιλιππάκη Ευαγγελία, Γεωργόπουλος Ηλίας, Σίδερης Παναγιώτης, Χέρας Παναγιώτης

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Η καταγραφή της συμπεριφοράς των στεφανιαίων ασθενών της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, την επίγνωση της σοβαρότητας της νόσου από αυτά τα άτομα, καθώς και το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 120 άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών, τα οποία νοσηλεύτηκαν και από το ιστορικό τους προέκυπτε επιβεβαιωμένη με νοσηλεία σε καρδιολογική κλινική στεφανιαία νόσος. Οι ασθενείς απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε την επίγνωση των παραγόντων κινδύνου στεφανιαίας νόσου καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους, ενώ ελέγχθηκε η κλινική και εργαστηριακή τους εικόνα.

**Αποτελέσματα:** Από 120 συνολικά ασθενείς ηλικίας 74 ±11 ετών, (67 γυναίκες - 53 άνδρες), (42 με παλιό έμφραγμα και 78 με στηθάγχη), οι 53 έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση, οι 47 είχαν υπερχοληστερολαιμία, από σακχαρώδη διαβήτη έπασχαν 28, ενώ καπνιστές στο παρελθόν ήταν οι 54. Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου εμφάνιζαν οι 68 από τους μελετηθέντες ασθενείς. Δύο παράγοντες κινδύνου εμφανίσε το 42 % (50 ασθενείς), τρεις παράγοντες το 31% (37 ασθενείς), τέσσερις παράγοντες κινδύνου το 22% (24 ασθενείς). Από το σύνολο των ασθενών, 13 δεν εμφάνιζαν κανένα παράγοντα κινδύνου. Όσον αφορά στην επίγνωση των επιβαρυντικών παραγόντων η πλειοψηφία των ασθενών 77/120 (ποσοστό 64%) γνωρίζουν τουλάχιστον τρεις παράγοντες κινδύνου με καλύτερα αποτελέσματα στην ηλικιακή ομάδα των 65-75 ετών. Από τις προληπτικές και θεραπευτικές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που ακολούθησαν οι ασθενείς συχνότερη ήταν η διαίτα (39% των ασθενών) και η διακοπή του καπνίσματος (55% των πρώην καπνιστών). Αφού μετρήθηκε δύο φορές η αρτηριακή πίεση και έγινε έλεγχος χοληστερίνης και σακχάρου αίματος, βρέθηκαν 43 ασθενείς με τουλάχιστον μία τιμή αρτηριακής πίεσης μεγαλύτερης των 150/90 mmHg, 52 ασθενείς με χοληστερίνη μεγαλύτερη των 200 mg / dl και 34 ασθενείς με σάκχαρο νηστείας αίματος μεγαλύτερο των 115 mg /dl.

**Συμπεράσματα:** Αν και γνωστοί προδιαθεσικοί παράγοντες σχετίζονται με αυξημένη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου υπάρχουν άτομα που νοσούν από στεφανιαία νόσο χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Ενώ οι ασθενείς γνωρίζουν την ανάγκη ελέγχου των παραγόντων αυτών, η συμμόρφωση τους δεν είναι ικανοποιητική, όπως φαίνεται από τα δεδομένα της εργασίας μας. Διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνει το 55% μόνο των καπνιστών.

ΠΑ024

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ COVID-19 ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ» ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΖΩΓΡΑΦΟΥ**

Σγουραλή Ελένη, Ντόλαζα Ελευθερία, Καραδήμας Ξενοφών, Πάλλης Γεώργιος, Κουτούλα Ευσταθία, Σταματάτος Ευάγγελος, Πολίτης Νικόλαος, Ξυλογιάννη Φωτεινή, Χαρίτωνος Ανδρονίκη, Παπαηλιού Γεώργιος

*Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η συνεχής εμφάνιση νέων παραλλαγών της COVID-19 επισημαίνει τη σημασία του εμβολιασμού για τη προστασία της δημόσιας υγείας, τόσο σε υγιείς ενήλικες, όσο και σε άτομα με περιορισμό της πρόσβασης σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των εμβολιασμών έναντι της COVID-19 και των χαρακτηριστικών τους, που πραγματοποιήθηκαν στο πρόγραμμα «Εμβολιασμοί κατ' οίκον» και η αποτύπωση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των εμβολιαζόμενων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Διεξήχθη περιγραφική επιδημιολογική μελέτη (03/08/2021-31/05/2023) στην οποία αναλύθηκαν 1340 έντυπα «Ιατρικό ιστορικό-σύσταση εμβολιασμού για COVID-19» και «Ιατρική εντολή εμβολιασμού» του προγράμματος «Εμβολιασμοί κατ' οίκον» του Κέντρου Υγείας Ζωγράφου στην Αθήνα.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 1340 εμβολιασμοί. Από τους 769 εμβολιαζόμενους με μέσο όρο ηλικίας τα 86 έτη, το 83% ήταν γυναίκες. Το 8,5% των εμβολιαζόμενων νόσησε με Covid-19 τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του πριν/κατά τη διάρκεια των εμβολιασμών. Πρώτη δόση βασικού σχήματος εμβολιασμού με Johnson and Johnson ή Pfizer (μονοδύναμο/διδύναμο επιακαιροποιημένο BA.4/5) έλαβαν 330 άτομα εκ των οποίων, το 61,5% συνοδεύονταν από εκπρόσωπο για τη συναίνεση του εμβολιασμού. Δεύτερη δόση βασικού σχήματος πραγματοποιήθηκε σε 177 άτομα (Pfizer μονοδύναμο/διδύναμο επιακαιροποιημένο BA.4/5) με το 62,7% να συνοδεύεται από εκπρόσωπο. Πρώτη αναμνηστική δόση έγινε στο 28,7% των εμβολιασμών, η πλειοψηφία των οποίων έλαβε Pfizer μονοδύναμο (17,7% Pfizer BA.1/BA.4/5, Johnson and Johnson). Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 446 δεύτερες (42% Pfizer μονοδύναμο) και τρίτες (97,3% Pfizer BA.1/BA.4/5) αναμνηστικές δόσεις. Τέταρτη αναμνηστική έλαβαν δύο άτομα (Pfizer BA.4/5) με 100% παρουσία εκπροσώπου. Επικρατών άνω άκρο εμβολιασμού ανεδείχθη το αριστερό (67,5%).

**Συμπεράσματα:** Δεδομένου του μεγαλύτερου κινδύνου μόλυνσης/θανάτου από COVID-19 συγκεκριμένων ομάδων ασθενών και με στόχο τη μείωση της μετάδοσης/επιβάρυνσης της νόσου, συνιστώνται προγράμματα υγείας επικεντρωμένες σε αυτές.

ΠΑ025

**ΟΙ HCV ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ DIRECT ACTING ANTIVIRALS (DAAS) ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΣΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΤΟΥΣ**

Σιακαβέλλας Σπύρος, Κρανιδιώτη Χαρίκλεια, Κουρικού Αναστασία, Καραγεώργος Χαράλαμπος, Γούλας Ανέστης, Βασιλειάδη Σοφία, Κόντος Γεώργιος, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Ντόιτς Μέλανι, Μανωλακόπουλος Σπήλιος

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

**Εισαγωγή:** Με την εισαγωγή των αμέσως δρώντων αντιικών στην κλινική πράξη, η εκρίζωση της HCV λοίμωξης θεωρείται πλέον εφικτός στόχος. Ενώ οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών (XEN) είναι ο πληθυσμός υψηλότερου κινδύνου για λοίμωξη από τον HCV, ιστορικά στον ελληνικό χώρο ένα σημαντικό ποσοστό των HCV ασθενών προέρχονται από το γενικό πληθυσμό χωρίς πρότερη χρήση ουσιών. Αυτές οι δύο υποομάδες εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά, τα οποία εμφανίζουν ενδιαφέρον ως προς το ρόλο τους στην αντιμετώπιση και την μακροχρόνια παρακολούθηση του πληθυσμού αυτού.

**Σκοπός-Μέθοδος:** Σκοπός της μελέτης μας ήταν η ταυτοποίηση πιθανών διαφορών στα χαρακτηριστικά των XEN και μη-XEN ασθενών με ηπατίτιδα C στην Ελλάδα. Χρησιμοποιήθηκε το μητρώο HERACLIS, που αποτελεί τη μεγαλύτερη εθνική προσπάθεια καταγραφής των ασθενών με HCV λοίμωξη που έλαβαν θεραπεία με DAAs σε τριτοβάθμια ηπατολογικά κέντρα από το 2015 μέχρι το 2022. Κλινικοεργαστηριακά και δημογραφικά δεδομένα αναζητήθηκαν από τα ιατρικά αρχεία, ενώ μετρήσεις ελαστογραφίας και υπολογισμός των score APRI και FIB-4 έγιναν κατά πριν την έναρξη της αγωγής. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν αρχικά καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** 680 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. 70.9% (n=482) ήταν άρρενες με διάμεση ηλικία 50,8 έτη ενώ 13.6% εξ' αυτών είχαν ηπατική νόσος με ρήξη της αντιρρόπησης κατά την έναρξη της αγωγής. 62% (n=422) των ασθενών ήταν XEN, ενώ οι υπόλοιποι είχαν μολυνθεί με άλλο τρόπο (μη-XEN). Συγκρίνοντας τις δύο υποομάδες, οι XEN ήταν νεότεροι σε ηλικία (47,3±9,8 έναντι 56,3±12,8 έτη, p<0.001) και με μικρότερο BMI (24,3±4,2 έναντι 26,1±4,6 kg/m<sup>2</sup>, p<0.001). Οι μη-XEN είχαν πιο συχνά διαβήτη (4,9% έναντι 1,3%, p<0.001), υπέρταση (10,7% έναντι 8,8%, p<0.001) καθώς και μη αντιρροπούμενη ηπατική νόσο (8,0% έναντι 5,6%, p<0.001). Αυτό αντανακλάται επίσης στις μετρήσεις της ελαστογραφίας (14,6±11,1 έναντι 11,3±7,9 kPa, p=0.001) και στο FIB-4 score (2,8±2,6 έναντι 2,2±4,0, p<0.001) αλλά όχι στο APRI score. Επιπλέον οι XEN ασθενείς τείνουν να έχουν πιο συχνά λοίμωξη με το γονότυπο 3 (36,8% έναντι 8,8%, p<0.001), ενώ δεν παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στους άλλους γονότυπους. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές σχετικές με το είδος της DAA αγωγής αλλά οι μη-XEN ασθενείς εμφάνισαν πιο συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες απότοκες της θεραπείας (1,6% έναντι 0,3%, p=0.001).

**Συμπεράσματα:** Στον ελληνικό πληθυσμό ασθενών με HCV λοίμωξη, οι XEN και μη-XEN ασθενείς φαίνεται να έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή αγωγής αλλά και τη συνακόλουθη παρακολούθησή τους. Οι κύριες διαφορές που παρατηρούνται πιθανώς να είναι ενδεικτικές της παρουσίας στοιχείων μεταβολικού συνδρόμου στους μη-XEN ασθενείς με αντίστοιχη επίδραση και στον υποκείμενο βαθμό ηπατικής ίνωσης.



ΠΑ026

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV**

Τσιλικά Μαρία, Μπασούλης Δημήτριος, Μαστρογιάννη Ελπίδα, Σπηλιοπούλου Αικατερίνη, Καραμπέλα Ιρένα, Ψυχογιού Μήνα

*Μονάδα Λοιμώξεων, Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η *αντιρετροϊκή* αγωγή αύξησε το προσδόκιμο επιβίωσης των ανθρώπων που ζουν με τον HIV (people living with HIV, PLH) με αποτέλεσμα την συχνότερη εμφάνιση συννοσηροτήτων όπως η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD). Για την εκτίμηση ασθενών με NAFLD χρησιμοποιούνται μη επεμβατικοί δείκτες αξιολόγησης της ηπατικής στεάτωσης ή της ηπατικής ίνωσης. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του επιπολασμού της NAFLD σε PLH.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης που διενεργήθηκε στο ΓΝΑ Λαϊκό σε PLH σε παρακολούθηση και υπό αγωγή. Αποκλείστηκαν ασθενείς με HCV λοίμωξη. Για την ηπατική στεάτωση υπολογίστηκε το Hepatic steatosis index (HSI) ενώ για την ίνωση, τα AST to platelet ratio index (APRI), Fibrosis 4 score (FIB4) και NAFLD fibrosis score.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 303 ασθενείς. Υπολογίστηκε το HSI και προέκυψαν τρεις ομάδες: για το 18,5% (56) αποκλείστηκε η NAFLD, για το 42,9% (130) το αποτέλεσμα ήταν απροσδιόριστο και το 38,6% (117) είχαν NAFLD. Μεταξύ των τριών ομάδων, η μεγαλύτερη ηλικία (45 vs 47.8 vs 50.3 έτη,  $p=0.04$ ), η μεγαλύτερη διάρκεια αντιρετροϊκής θεραπείας (7.6 vs 9.1 vs 9.4 έτη,  $p=0.017$ ), η παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (0% vs 3.1% vs 16.2%,  $p<0.001$ ), το αυξημένο BMI (21.2 vs 25.5 vs 30.8 kg/m<sup>2</sup>,  $p<0.001$ ), και οι μεγαλύτερες τιμές της ALT (13.5 vs 19.4 vs 29.6 U/l,  $p<0.001$ ) και της AST (19 vs 21.6 vs 21.5 U/l,  $p=0.015$ ) συσχετίστηκαν με την NAFLD. Για τους 247 ασθενείς με παθολογικό ή απροσδιόριστο HSI, υπολογίστηκαν οι δείκτες ηπατικής ίνωσης. Υπολογίζοντας το APRI, το 17,8% (44) είχε απροσδιόριστο αποτέλεσμα και το 0,4% (1) είχε προχωρημένη ίνωση, υπολογίζοντας το FIB-4, το 17,4% (43) είχε απροσδιόριστο αποτέλεσμα και το 0,8% (2) είχε προχωρημένη ίνωση και υπολογίζοντας το NAFLD fibrosis score, το 20.2% (50) είχε απροσδιόριστο αποτέλεσμα και το 3% (1.2) είχε προχωρημένη ίνωση.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με HIV χωρίς HCV λοίμωξη, χρησιμοποιώντας μη επεμβατικούς εργαστηριακούς δείκτες, το 38,6% εμφανίζει NAFLD, ενώ το 42,9% έχει απροσδιόριστο αποτέλεσμα και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ΠΑ027

Η ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Τουρνάς Γεώργιος<sup>1</sup>, Παπαδόπουλου Αργυρώ<sup>2</sup>, Γεωργιόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Μαιευτική Γυναικολογική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη σχέση μεταξύ της ευθραυστότητας και της θνησιμότητας, των επανεισαγωγών και ανάγκης για αυξημένη διουρητική αγωγή σε συνδυασμό με αυξημένες τιμές νατριουρητικών πεπτιδίων σε ασθενείς ηλικίας >65 ετών με πρόσφατη νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσματα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας >40%. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, το 50% αυτών έχουν ικανοποιητικό ή διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως τον Σεπτέμβριο του 2019 συγκεντρώθηκαν 193 ασθενείς >65 ετών που εισήχθησαν λόγω καρδιακής ανεπάρκειας με ικανοποιητικό κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας >40%, ως πρωτοδιάγνωση αυτή ή ως παρόξυνση. Πέραν της κλινικής εικόνας αξιολογήθηκαν κατά την εισαγωγή υπερηχογραφικοί δείκτες, καταγράφηκαν όλα τα δημογραφικά στοιχεία, έγινε η αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του βαθμού ευθραυστότητας, καθώς και ανάλυση των συννοσηροτήτων κατά την εισαγωγή, όπως προαναφέρθηκε. Στο τέλος του τριμήνου ελέγχθηκε η πορεία της νόσου με αριθμό θανάτων, επανεισαγωγών, ερωτημάτων αυτοαξιολόγησης και μέτρησης επιπέδων BNP.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ευθραυστότητας, της έκπτωσης της λειτουργικής ικανότητας, και της μυϊκής μάζας με την έκβαση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας >40%. Η ευθραυστότητα είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης για το σύνθετο καταληκτικό σημείο των θανάτων, των επανεισαγωγών των ασθενών αυτών και της κλινικής επιδείνωσης αυτών μετρούμενη ως αύξηση της διουρητικής αγωγής και των επιπέδων BNP στο τέλος του τριμήνου.

**Συμπεράσματα:** Η υιοθέτηση εργαλείων αξιολόγησης της ευθραυστότητας και της λειτουργικής ικανότητας, ασθενών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επανεισαγωγής αναδεικνύεται υψηλής χρησιμότητας. Το εργαλείο SOF παρουσίασε καλή συσχέτιση με τα ευρέως χρησιμοποιούμενα κριτήρια Fried και συνδέεται στατιστικά σημαντικά με όλα τα επιμέρους καταληκτικά στοιχεία.

ΠΑ028

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΓΟΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Γαλανοπούλου Αναστασία<sup>1</sup>, Γουγουρέλας Δημήτριος<sup>1</sup>, Κονδύλης Νικόλαος<sup>2</sup>, Κουφαδάκη Αθηνά-Μαρία<sup>3</sup>, Πολυκανδριώτης Τζαννής<sup>4</sup>, Γουγουρέλα Έφη<sup>5</sup>, Γουλές Δημήτριος<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Επιμελήτρια Α' Γενικής Ιατρικής MSc, Κέντρο Υγείας Γκούρας Κορινθίας

<sup>2</sup> Γενικός Ιατρός, MSc, Αστυνόμος Α', Κεντρικά Ιατρεία ΕΛ.ΑΣ.

<sup>3</sup> Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Μετροπόλιταν

<sup>4</sup> Νοσηλεύτρια, MSc Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>5</sup> Διευθύντρια Γενικής Ιατρικής, Κέντρο Υγείας Τζεργιάδου, Λασιθι

<sup>6</sup> Ρευματολόγος, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η υπεροχή της πρωτογενούς πρόληψης έναντι της θεραπείας είναι δεδομένη. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών πληθυσμού που εμβολιάστηκε έναντι εποχικής γρίπης και SARS-COV2, καθώς και της έκβασης της πορείας υγείας το τελευταίο έτος, συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Συμμετείχαν 584 ενήλικες που προσήλθαν το τελευταίο έτος για αντιγριπικό εμβολιασμό. Καταγράφησαν 13 θάνατοι, 8 λόγω νόσησης COVID19. Η μέση ηλικία ήταν 68,8±14,1 έτη, 51% ήταν γυναίκες. Καταγράφηκαν σωματομετρικά στοιχεία και ατομικό ιστορικό.

**Αποτελέσματα:** Από τους εμβολιασμένους, νόσησε λόγω λοίμωξης αναπνευστικού 6,7%. Από αυτούς 60,5% έλαβε αντιβιοτικά, 68,4% εισπνεόμενα σκευάσματα, ενώ νοσηλεύτηκε 7,8%. Το 2020 από τον ίδιο πληθυσμό, νόσησε 14,7%, 53,6% έλαβε αντιβιοτικά, 50% εισπνεόμενα, ενώ 21,4% νοσηλεύτηκε. Από τους εμβολιασμένους έναντι γρίπης το 2021, μόνο 2,4% δεν είχαν πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό το 2020 και 29% το 2019. Ανοσοποίηση έναντι πνευμονιόκοκκου είχαν 48%, ενώ το 2021 εμβολιασμό πραγματοποίησε 4,4%. Ανοσοποίηση έναντι έρπητα ζωστήρα πραγματοποίησαν 6% και έναντι ιού SARS-COV2 91,1%, ενώ στην πλειοψηφία οι παρενέργειες εμβολιασμού ήταν ήπιες. Το 9,3% νόσησε από COVID19 προ εμβολιασμού και 8,1% κατόπιν αυτού.

**Συμπεράσματα:** Η νόσηση από γρίπη σημείωσε ραγδαία μείωση τα τρία τελευταία χρόνια, γεγονός αποδιδόμενο κυρίως στην τήρηση εφαρμοσμένων μέτρων ατομικής προστασίας. Παράγοντες όπως ηλικία, κάπνισμα, συννοσηρότητες και κοινωνικές συνιστώσες, δε σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τη νόσηση. Το ποσοστό εμβολιασμού έναντι SARS-COV2 ήταν υψηλό, ενώ τα ποσοστά νόσησης που καταγράφηκαν ήταν χαμηλά.

ΠΑ029

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΟΡΕΙΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ**

Γαλανπούλου Αναστασία<sup>1</sup>, Γουγουρέλας Δημήτριος<sup>1</sup>, Κονδύλης Νικόλαος<sup>2</sup>, Κουφαδάκη Αθηνά-Μαρία<sup>3</sup>, Πολυκανδριώτης Τζαννής<sup>4</sup>, Γουλές Δημήτριος<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Γενική Ιατρός, ΚΥ Γκούρας Κορινθίας

<sup>2</sup> Γενικός Ιατρός, Κεντρικά Ιατρεία ΕΛ.ΑΣ.

<sup>3</sup> Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Μετροπόλιταν

<sup>4</sup> Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>5</sup> Ρευματολόγος, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ισχαιμική νόσος μυοκαρδίου είναι συχνότατη, σχετίζεται με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Σκοπός ήταν η διαφορική διάγνωση οξέων καρδιακών συμβάντων από θωρακαλγίες άλλων αιτιών, που προσήλθαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Από Σεπτέμβριο 2021 - Δεκέμβριο 2022, από τα επεισόδια θωρακικού άλγους, απομονώθηκαν και εκτιμήθηκαν 90 ασθενείς με ΟΞΕ(οξύ στεφανιαίο επεισόδιο), 71,42% άνδρες. Στην ηλικιακή ομάδα 61-70 ετών, άνηκε το μεγαλύτερο ποσοστό(31,43%).

**Αποτελέσματα:** Από 28,6% όσων ανέφεραν θετικό ιστορικό ΣΝ(στεφανιαίας νόσου), 22% δεν τηρούσε οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και 15,7% είχε υποστεί τουλάχιστον ένα ισχαιμικό επεισόδιο. Στεφανιογραφικό έλεγχο προσκόμισαν 14,28%, αποτέλεσμα έκθεσης αγγειοπλαστικής 11,42%, ενώ 1,42% είχε υποβληθεί σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη. Παράγοντες κινδύνου: αρτηριακή υπέρταση (34,28%), παχυσαρκία (24,01%), κάπνισμα (17,15%), δυσλιπιδαιμία (23,14%), κληρονομικότητα(1,42%). Η κλινική εικόνα στην προσέλευση ήταν: προκάρδιο άλγος(62,85%), εφίδρωση(21,42%), αιμωδίες άκρων(18,57%), αντανάκλαση θωρακαλγίας στη ράχη (18,57%), ναυτία/δύσπνοια (2,85%). Η μέτρηση δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου, ανέδειξε ότι 32,2% ανήκε στην κατηγορία πολύ υψηλού κινδύνου, 48,8% στην υψηλού, ενώ 19% στην μετρίου. Στο 32,02% διαπιστώθηκε ανάσπαση διαστήματος ST(STEMI), με υπεροχή εκείνων κατωτέρου τοιχώματος, στο 12% των οποίων, συμμετείχε η δεξιά κοιλία. Πρωτοεμφανιζόμενο αποκλεισμό αριστερού σκέλους(LBBB), με κλινική εικόνα εμφράγματος παρουσίασε 5,71%. Επεισόδια ασταθούς στηθάγχης με διαταραχές επαναπόλωσης ισχαιμικού τύπου (κατάσπαση τμήματος ST) καταγράφηκαν στο 29,42%, από αυτά, διακομίστηκαν όσα είχαν θετικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και επαληθεύτηκε θετική ενζυμική κίνηση στο 31,43%. Διακομιδή συνοδεία ιατρού έγινε στο 77,14%, ενώ 1,42% κατέληξε.

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα προσέλευσης ΟΞΕ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, είναι αυξημένη. Η διεπιστημονική ομάδα βάσει κατευθυντήριων οδηγιών και με περιορισμένα διαθέσιμα μέσα, επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά αποτελεσματικής αντιμετώπισης και χαμηλή θνητότητα, εξασφαλίζοντας αποσυμφόρηση δευτεροβάθμιας περίθαλψης και επίτευξη σημαντικού κοινωνικο-οικονομικού οφέλους.



ΠΑ030

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (MDD)

Καραουλάνη Θεοφανή<sup>1</sup>, Καπάταης Χρηστέλος<sup>2</sup>, Ματσούκα Ευφροσύνη<sup>1</sup>, Κουντούρη Αντωνία<sup>3</sup>, Πίτσια Τριανταφυλλιά<sup>1</sup>, Τσαγκιά Σοφία<sup>4</sup>, Καπάταης Ανδρέας<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική-Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

<sup>4</sup> Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Αναλύσεις επιβεβαιώνουν την πιθανή ευεργετική επίδραση των προβιοτικών σε ασθενείς με MDD ως μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση ωστόσο οι πιθανοί μηχανισμοί δράσης είναι ασαφείς. Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσουμε αν τα προβιοτικά συμπληρώματα ή/και μια διαίτα χωρίς γλουτένη θα μειώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελέτη 12 εβδομάδων, τυχαιοποιημένη, διπλή-τυφλή και ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο που σκοπό έχει να προσδιοριστεί η επίδραση των προβιοτικών συμπληρωμάτων, μιας διαίτας με ή χωρίς γλουτένη και του συνδυασμού τους, σε ενήλικες ασθενείς με MDD. Το σκεύασμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν μείγμα δύο στελεχών ψυχοβιοτικών: *Lactobacillus helveticus* R0052 και *Bifidobacterium longum* R0175. Συμμετείχαν 120 ενήλικες εθελοντές με διάγνωση MDD. Κριτήρια ένταξης: 1) εξωτερικοί ασθενείς ηλικίας 18-60 ετών, 2) γραπτή συγκατάθεση, 3) να πληρούν τα κριτήρια DSM-5 για MDD, 4) ΔΜΣ  $\geq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> και  $\leq 30$  kg/m<sup>2</sup>, 5) MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale)  $\geq 20$ .

**Αποτελέσματα:** Αυξανόμενες ενδείξεις επιβεβαίωσαν τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μικροβίων, διαπερατότητας του εντέρου, ανοσοφλεγμονωδών διαδικασιών στην παθοφυσιολογία της MDD. Η διαμόρφωση του άξονα του εντέρου-μικροβίου-εγκεφάλου θα μπορούσε επομένως να είναι ένας πολλά υποσχόμενος θεραπευτικός στόχος, δημιουργώντας νέα κλινική προσέγγιση που περιλαμβάνει διατροφικές παρεμβάσεις που αποκαθιστούν την ευβίωση του εντέρου στη θεραπεία της MDD.

**Συμπεράσματα:** Αυτή είναι η πρώτη μελέτη διατροφικής παρέμβασης με διαίτα χωρίς γλουτένη και προβιοτικά συμπληρώματα, ξεχωριστά ή και σε συνδυασμό, ως πιθανή θεραπευτική στρατηγική για τη ρύθμιση των λειτουργιών του ΚΝΣ, πεπτικού συστήματος και για την αναστολή του ανοσοφλεγμονώδους καταρράκτη σε ασθενείς με MDD.

ΠΑ031

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΤΗ ΜΥΪΚΗ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D**

Αγγελάκη Χριστίνα, Μακρυλάκης Κωνσταντίνος, Κόκκινος Αλέξανδρος, Τεντολούρης Νικόλαος

*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Στην παρούσα προοπτική μελέτη εξετάστηκε αν η παρέμβαση με θεραπεία υποκατάστασης για ένα έτος σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά επίπεδα 25(OH)D επηρεάζει τη μυϊκή δύναμη και τη φυσική κατάσταση. Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε θεραπεία υποκατάστασης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η μελέτη περιέλαβε 100 άτομα ηλικίας > 60 ετών με επίπεδα 25(OH)D στην έναρξη της μελέτης < 20 ng /ml. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε συμπλήρωση ερωτηματολογίου γενικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, αιμοληψία για έλεγχο επιπέδων 25(OH)D, αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, έλεγχος μυϊκής δύναμης με χειροδυναμομέτρηση και αξιολόγηση της φυσικής τους κατάστασης μέσω κλινικών δοκιμασιών [Timed Up and Go Test (TUG) score, Short Physical Performance Battery (SPPB) score]. Στην ομάδα παρέμβασης (n=70, 24 άνδρες και 46 γυναίκες) χορηγήθηκε θεραπεία υποκατάστασης με βιταμίνη D, με στόχο τιμές 25(OH)D στον ορό > 30 ng/ml. Αντίστοιχα, στις επισκέψεις στους 3, 6, 9, 12 μήνες από την έναρξη της μελέτης ελέγχθηκαν τα επίπεδα της 25(OH)D και αναλόγως των τιμών (> ή <30 ng/ml) χορηγήθηκε θεραπεία συντήρησης ή τροποποιημένη αγωγή αντίστοιχα. Στην ομάδα ελέγχου (n=30, 12 άνδρες και 18 γυναίκες) δεν έγινε υποκατάσταση με βιταμίνη D. Στους 3, 6, 9, 12 μήνες επανεξετάστηκε η μυϊκή δύναμη και φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων.

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα παρέμβασης αυξήθηκαν σημαντικά οι συγκεντρώσεις της 25(OH)D στον ορό και η μυϊκή δύναμη, ενώ δεν διαπιστώθηκαν ανάλογες μεταβολές στην ομάδα ελέγχου. Όσον αφορά το TUG score, στην ομάδα ελέγχου στο δωδεκάμηνο αυτό επιδεινώθηκε σημαντικά, ενώ στην ομάδα παρέμβασης παρέμεινε σταθερό. Τέλος, όσον αφορά το SPPB score, διαπιστώθηκε σημαντική επιδείνωση στη ομάδα ελέγχου, ενώ δεν διαπιστώθηκε σημαντική μεταβολή στην ομάδα παρέμβασης μετά την παρέλευση ενός έτους.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία υποκατάστασης σε άτομα > 60 ετών με ανεπάρκεια βιταμίνης D αυξάνει τη μυϊκή δύναμη και διατηρεί σταθερή τη φυσική τους κατάσταση.

ΠΑ032

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ-2 ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Αδάμου Αναστασία<sup>1</sup>, Χλωρογιάννης David Δημήτρης<sup>2</sup>, Κυριακούλης Ιωάννης<sup>1</sup>, Σταματίου Ηλιάννα<sup>3</sup>, Κουκουσάκη Δέσποινα<sup>1</sup>, Καρδούτσος Ιωάννης<sup>1</sup>, Σαγρής Δημήτριος<sup>1</sup>, Doehner Wolfram<sup>4</sup>, Ντάιος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup> Τμήμα ακτινολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα

<sup>3</sup> Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>4</sup> Berlin Institute of Health Center for Regenerative Therapies (BCRT), Berlin, Germany

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι αναστολείς του συµμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT2) βελτιώνουν την πρόγνωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, με ή χωρίς διαβήτη. Αναζητήσαμε να αξιολογήσουμε εάν υπάρχει αλληλεπίδραση με το δείκτη μάζας σώματος (BMI).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση των βάσεων δεδομένων MEDLINE και Scopus έως 15/11/2022 σύμφωνα με το PRISMA. Οι μελέτες που ήταν επιλέξιμες για αυτή την ανασκόπηση είναι τυχαιοποιημένες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο ή όχι κλάσμα εξώθησης οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν και έλαβαν αναστολείς SGLT2 ή placebo. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ταξινομήθηκε σύμφωνα με τη κατάταξη του ΠΟΥ σε ελλιποβαρείς / φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ:<25kg/m<sup>2</sup>), υπέρβαρους (ΔΜΣ:25-29,9kg/m<sup>2</sup>), παχυσαρκία τάξης I (ΔΜΣ:30-34,9kg/ m<sup>2</sup>), παχυσαρκία τάξης II/III (ΔΜΣ:≥35kg/m<sup>2</sup>).

**Αποτελέσματα:** Ανάμεσα σε 1.461 μελέτες που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφική αναζήτηση, 3 (14.737 ασθενείς/32,2% γυναίκες) ήταν επιλέξιμες και συμπεριλήφθηκαν στη μέτα-ανάλυση. Στους SGLT2 συγκριτικά με το placebo υπήρχαν λιγότερες νοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (OR:0,70, 95%CI:0,64-0,76), λιγότεροι καρδιαγγειακοί θάνατοι (OR:0,86, 95%CI:0,77-0,97) και θάνατοι από κάθε αιτία (OR:0,90, 95%CI:0,82-0,98), χωρίς κάποια αλληλεπίδραση με τον ΔΜΣ (test for subgroup differences:  $\chi^2=1.79$ ,  $p=0.62$ ;  $\chi^2=0.27$ ,  $p=0.97$ ;  $\chi^2=0.39$ ,  $p=0.94$  αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Δεν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της αποτελεσματικότητας των αναστολέων SGLT2 και του ΔΜΣ σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο ή διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Οι αναστολείς SGLT2 συσχετίζονται με βελτιωμένα αποτελέσματα σε αυτούς τους ασθενείς ανεξαρτήτως του ΔΜΣ.

ΠΑ033

**Η C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Ή ΘΑΝΑΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Bucci Tommaso<sup>1,2</sup>, Σαγρής Δημήτριος<sup>1,3</sup>, Harrison Stephanie<sup>1</sup>, Underhill Paula<sup>4</sup>, Pastori Daniele<sup>5</sup>, Ντάιος Γεώργιος<sup>3</sup>, McDowell Garry<sup>1,6</sup>, Buckley Benjamin<sup>1</sup>, Lip Gregory<sup>1,6,7</sup>

- 1 Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK
- 2 Department of General Surgery and Surgical Specialties "Paride Stefanini", Sapienza University of Rome, Rome, Italy
- 3 Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece
- 4 TriNetX LLC, London, United Kingdom
- 5 Department of Clinical Internal, Anesthesiological and Cardiovascular Sciences, Sapienza University of Rome, Rome, Italy
- 6 Liverpool and Heart and Chest Hospital, Liverpool, UK
- 7 Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Denmark

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι πρώιμες καρδιακές επιπλοκές εντός των πρώτων 30 ημερών μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό αυξάνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Ο ρόλος της φλεγμονής, όπως αντανακλάται από τα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (C-reactive protein;CRP) στην πρόβλεψη πρώιμων καρδιακών επιπλοκών μεταξύ ασθενών με εγκεφαλικό δεν είναι γνωστή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Για αυτήν την αναδρομική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ιατρικά δεδομένα ασθενών από την ηλεκτρονική βάση TriNetX. Ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και καταγεγραμμένη τιμή CRP, εντός 24 ωρών μετά το εγκεφαλικό, κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες βάσει της CRP: i)<1 mg/L, ii)1-3 mg/L και iii)>3 mg/L. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση μειζόνων καρδιακών επιπλοκών ή θανάτου, εντός 30 ημερών από το εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο σχετικός λόγος του στιγμιαίου κινδύνου (hazard ratio; HR) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals;CIs) υπολογίστηκαν με τη χρήση μοντέλου παλινδρόμησης τύπου Cox μετά από αντιστοίχιση των ασθενών 1:1 βάσει των κλινικών χαρακτηριστικών τους.

**Αποτελέσματα:** Από τους 99.597 ασθενείς που εντάχθηκαν, το 51% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν 67±17 έτη. Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών 1:1, παρατηρήθηκαν 5.887 (38,7%) νέες καρδιακές επιπλοκές ή θάνατος μέσα σε 30 ημέρες σε ασθενείς με CRP>3 mg/L, 4.772 (31,1%) σε ασθενείς με CRP 1-3 mg/l και 4.512 (29,7%) σε ασθενείς με CRP<1 mg/L. Βάσει των αναλύσεων παλινδρόμησης τύπου Cox, οι ασθενείς με επίπεδα CRP 1-3mg/L και >3mg/L είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για την εμφάνιση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου (HR: 1,06, 95%CI: 1,00-1,13, HR: 1,37, 95%CI: 1,32 - 1,43, αντίστοιχα), θανάτου (HR: 1,32, 95%CI: 1,14-1,53; HR: 3,07, 95%CI: 2,71-3,49, αντίστοιχα), HF (HR: 1,06, 95%CI: 1,00-1,13; HR : 1,38, 95%CI: 1,30-1,47, αντίστοιχα) και AF (HR: 1,07, 95% CI: 1,01-1,13· HR: 1,27, 95%CI: 1,21-1,34, αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους ασθενείς με τιμές CRP <1 mg/L.

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα CRP εντός των πρώτων 24 ωρών μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιακών επιπλοκών ή θανάτου εντός 30 ημερών από το εγκεφαλικό επεισόδιο.



ΠΑ034

**ΧΡΗΣΗ MRI ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΩΔΕΣ ΗΠΑΡ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Κουλλιάς Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Παπαβδή Μαρία<sup>1</sup>, Αθανασόπουλος Σταύρος<sup>2</sup>, Ντόιτς Μέλανι<sup>1</sup>, Μητράκου Ασημίνα<sup>2</sup>, Μάνεσης Εμμανουήλ<sup>3</sup>, Κοσκίνας Ιωάννης<sup>1</sup>, Θανοπούλου Αναστασία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup> Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

<sup>3</sup> «Ευρωκλινική», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) παρουσιάζουν λιπώδες ήπαρ με δυναμική εξέλιξη σε σοβαρή ηπατική νόσο. Στόχος μας είναι να αξιολογήσουμε το πιθανό όφελος νεότερων αντιδιαβητικών φαρμάκων στη θεραπεία της ηπατικής στεάτωσης, σε ασθενείς με ΣΔτ2.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: α) βέλτιστη θεραπεία, εκτός από GLP1-a/SGLT2-i (ομάδα CONTROL), β) προσθήκη εμπαγλιφλοζίνης (ομάδα SGLT2) στην προηγούμενη θεραπεία και γ) προσθήκη ντουλαγλουτιδης (ομάδα GLP1). Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν στην ένταξη (t0) και στο έτος (t12) ήταν: κλάσμα ηπατικής στεάτωσης (LFF) με MRI-PDFF, FLI-score, Shearwave ελαστογραφία (SWE), BMI και HbA1c. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της ανάλυσης 78 ασθενών (SGLT2:25, GLP1:25, CONTROL:28).

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε βελτίωση στο LFF στην ομάδα SGLT2 μεταξύ t0 (Md<sub>t0</sub>=9,51%) και t12 (Md<sub>t12</sub>=6,87%) (p=0,007). Αντίθετα, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις άλλες ομάδες. Η SWE ήταν σημαντικά βελτιωμένη στην ομάδα SGLT2 μόνο. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του BMI και του FLI-Score σε όλες τις ομάδες, αλλά σημαντική μείωση της HbA1c βρέθηκε μόνο στην ομάδα SGLT2 (p=0,012), με πτωτική τάση στην ομάδα GLP1.

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη GLP1-a ή/και SGLT2-i στη θεραπεία του ΣΔ2 είναι πιθανές λύσεις στη θεραπεία της NAFLD. Στην παρούσα μελέτη, η χρήση ντουλαγλουτιδης δεν φάνηκε να βελτιώνει το λιπώδες ήπαρ, μετά από 1 έτος θεραπείας, παρά τη μείωση του BMI, σε αντίθεση με τη χορήγηση εμπαγλιφλοζίνης, η προσθήκη της οποίας προσέφερε στατιστικά σημαντικά οφέλη.

ΠΑ035

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Κάντζιου Ειρήνη, Τσακάλης Αργύριος

Κ.Υ. Καστοριάς

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παχυσαρκία, είναι γνωστός παράγοντας κινδύνου για πιθανές αναπνευστικές λοιμώξεις αλλά και ως προδιαθεσικός παράγοντας της COVID-19. Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν την σοβαρότητα της νόσησης με COVID-19 σε σχέση με τη παχυσαρκία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη διεξήχθη Αύγουστο -Οκτώβριο του 2022 σε ασθενείς που είχαν νοσήσει με COVID-19 από το Κέντρο Υγείας Καστοριάς και Άργους Ορεστικού και της ευρύτερης περιοχής του Ν. Καστοριάς.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 171 άτομα ηλικίας 16 έως 94 ετών με μέση ηλικία τα 52.21 έτη και 62.6% γυναίκες με μέσο BMI 27.17Kg/m<sup>2</sup>. Μετά τη νόσηση με COVID19 τα ποσοστά των ασθενειών ήταν αυξητικά και εμφάνισαν σχετιζόμενες με Covid ασθένειες το 24.6% των ερωτώμενων ενώ έπεσε και το ποσοστό αυτών που δεν είχαν κάποια ασθένεια στο 23.4%, το 40.4% δήλωσε ότι είχε μέτρια συμπτώματα με το 19.9% να έχει έντονα και ένα 8.8% να έχει πολύ έντονα συμπτώματα, με το 91.2% να μην νοσηλευτεί σε νοσοκομείο. Η πλειονότητα δεν έχει καλές βαθμολογίες στις ερωτήσεις διατροφής. Οι ερωτώμενοι με BMI>25 Kg/m<sup>2</sup> εμφάνισαν περισσότερες ασθένειες σχετιζόμενες με COVID-19 ενώ μειώθηκε ο αριθμός αυτών που δεν έχουν κάποια ασθένεια μετά τη νόσηση. Από την ανάλυση παλινδρόμησης η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι αρνητικός ανεξάρτητος παράγοντας και αυξάνει τη διάρκεια των συμπτωμάτων κατά 3.34 ημέρες (p=0.001), ενώ η καλύτερη διατροφή είναι αντίστοιχα θετικός ανεξάρτητος παράγοντας και μειώνει τα συμπτώματα κατά 1.78 ημέρες (p=0.002). Ασθενείς με BMI>25 Kg/m<sup>2</sup> εμφάνισαν περισσότερες ασθένειες σχετιζόμενες με COVID-19 και χαμηλότερη διατροφική βαθμολογία. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η διατροφή επηρεάζουν τη διάρκεια συμπτωμάτων. Η καλή διατροφή ελαττώνει, ενώ η κακή διατροφή, πλούσια σε ζάχαρη και κόκκινο κρέας, αυξάνει τη διάρκεια των συμπτωμάτων του COVID-19. Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου στις ιογενείς πανδημίες και οι μολυσμένοι ασθενείς με παχυσαρκία έχουν χειρότερη πρόγνωση της νόσου ιδιαίτερα και για το COVID-19.

ΠΑ036

ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Φιλιππάκη Ευαγγελία, Γεωργόπουλος Ηλίας, Σίδερης Παναγιώτης, Χέρας Παναγιώτης

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ζωή και υγεία επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Αυξάνει το ενδιαφέρον για την επίδραση ψυχογενών παραγόντων στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης, η διερεύνηση ύπαρξης ή μη συσχέτισης και γενικών σχέσεων-μεταβολών μεταξύ εξωτερικών ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής, προσλαμβανόμενου άγχους και έναρξης ή υποτροπής αλλεργικών συμπτωμάτων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Το δείγμα αποτελείται από 1588 αλλεργικούς ασθενείς πάσχοντες από αλλεργικό άσθμα, ρινίτιδα, κνίδωση, δερματίτιδα, είτε συνδυασμό με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας. Συλλέχθηκαν δεδομένα με μορφή ερωτηματολογίου - έρευνας πεδίου, για δημογραφικά χαρακτηριστικά για την έναρξη και υποτροπή αλλεργικών συμπτωμάτων. Οι ασθενείς ενθαρρύνθηκαν να μιλήσουν για τη ζωή τους γενικά, με ημιδομημένη συνέντευξη αξιολόγησης με έμφαση στα ψυχοπιεστικά γεγονότα που βίωσαν το τελευταίο εξάμηνο πριν την εκδήλωση αλλεργικών συμπτωμάτων. Μελετήθηκε επίσης μέσω της κλίμακας Likert η ποσοτικοποίηση του προσλαμβανόμενου άγχους κατά το προηγούμενο μήνα της εξέτασης. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές Structural Equation Modeling για την ποσοτικοποίηση των δεδομένων, παραμετρικά ή μη παραμετρικά tests για την εύρεση ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων των εξεταζόμενων ομάδων, καθώς και έλεγχος συσχετίσεων Pearson and Spearman για την εύρεση και μέτρηση ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ των δεδομένων.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Τα παραμετρικά αποτελέσματα της έρευνας πεδίου δείχνουν ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα κατά το προηγούμενο εξάμηνο και το έντονο προσλαμβανόμενο άγχος κατά τον τελευταίο μήνα πριν τα πρωτοεμφανιζόμενα ή υποτροπιάζοντα αλλεργικά συμπτώματα συμβάλλουν, μαζί με άλλους παράγοντες, στην εκδήλωση και υποτροπή αλλεργικής νόσου ατόμων με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας.

ΠΑ037

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αναστασίου Ιωάννα<sup>1,3</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Σαράντης Παναγιώτης<sup>2</sup>, Κατσαούνη Αθανασία<sup>3</sup>, Κοκάλα Βασιλεία<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>3</sup>, Πάντος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Καραμούζης Μιχαήλ<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Εργαστήριο Μοριακής Ογκολογίας, Βιολογική Χημεία, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>3</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το μικροπεριβάλλον του αδενοκαρκινώματος του παγκρεατικού πόρου αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για την αποτελεσματική εφαρμογή φαρμάκων χημειοθεραπείας ή ανοσοθεραπευτικών ενώσεων. Η σεκουρινίνη είναι μια δραστική αλκαλοειδής λακτόνη. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η σεκουρινίνη έχει αντιβακτηριακή και αντικαρκινική δράση. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης της σεκουρινίνης στο ανθρώπινο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα. Ως κυτταρική σειρά ελέγχου χρησιμοποιήθηκε μια φυσιολογική ανθρώπινη παγκρεατική σειρά.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Τα καρκινικά και τα φυσιολογικά κύτταρα επώασθησαν για 24-72 ώρες με σειριακές αραιώσεις της σεκουρινίνης (0-10μΜ). Στη συνέχεια εκτιμήθηκαν τα επίπεδα βιωσιμότητας και της πολλαπλασιαστικής ικανότητας των κυττάρων. Μελετήθηκαν επίσης τα επίπεδα των γονιδίων και των πρωτεϊνών των σηματοδοτικών μορίων, της αυτοφαγίας και της απόπτωσης. Τέλος μελετήθηκαν οι φάσεις του κυτταρικού κύκλου και οι παραγόμενες ελεύθερες ρίζες.

**Αποτελέσματα:** Μετά από επώαση με τη σεκουρινίνη τα καρκινικά κύτταρα παρουσίασαν μείωση στα επίπεδα βιωσιμότητας και ATP μέχρι και 50% στις συγκεντρώσεις (5-10μΜ) στις 72 ώρες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Σχετικά με την έκφραση των γονιδίων και των πρωτεϊνών στα καρκινικά κύτταρα υπήρξε αύξηση στα επίπεδα της αυτοφαγίας και της απόπτωσης σε όλες τις συγκεντρώσεις σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης στα καρκινικά κύτταρα υπήρχαν αλλαγές στις φάσεις του κυτταρικού κύκλου και αύξηση και στο ποσοστό των παραγόμενων ελευθέρων ριζών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα φυσιολογικά κύτταρα δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στα παραπάνω πειράματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

**Συμπεράσματα:** Η έκθεση των καρκινικών παγκρεατικών κυττάρων στη σεκουρινίνη προκάλεσε μείωση στα επίπεδα βιωσιμότητάς και ATP. Η σεκουρινίνη ενεργοποίησε το μονοπάτι της αυτοφαγίας και της απόπτωσης και τη παραγωγή των ελευθέρων ριζών. Η σεκουρινίνη πρέπει να μελετηθεί περισσότερο ως πιθανή ουσία για την αντιμετώπιση του αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος σε συνδυασμό πάντα με τις υπάρχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις.



ΠΑ038

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ miR-200 ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Φωτακόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>, Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Παπαλέξης Πέτρος<sup>3</sup>, Αγγελοπούλου Ευθαλία<sup>4</sup>, Αραβαντινού-Φατώρου Αικατερίνη<sup>5</sup>, Τράκας Ηλίας<sup>2</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>6</sup>, Μπρότης Αλέξανδρος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νευροχειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας ΕΚΠΑ

<sup>3</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>4</sup> Α Πανεπιστημιακή Νευρολογική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>5</sup> Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

<sup>6</sup> Βιοχημικό τμήμα, Σισμανόγλειο νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μετάσταση εγκεφάλου (ΜΕ) αντιπροσωπεύει σοβαρή νευρολογική επιπλοκή του γενικευμένου καρκίνου. Η πρόγνωση των ασθενών με ΜΕ είναι κακή, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που εφαρμόζεται. Πρόσφατα, ένας αριθμός μικρών μορίων RNA, τα microRNAs (miRNAs/miRs), έχουν προσελκύσει αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον. Τα μέλη της οικογένειας miR-200, η οποία περιλαμβάνει πέντε miRNA (miR-141, miR-200a, miR-200b, miR-200c και miR-429) φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και τη μετάσταση του καρκίνου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η παρούσα μελέτη πραγματοποίησε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τρεις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus και Web of Science) προκειμένου να ανιχνεύσει άρθρα που αναδεικνύουν το ρόλο των miR-200 στην ανάπτυξη ΜΕ από καρκίνο του πνεύμονα.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 7 μελέτες. Τα μέλη της οικογένειας miR-200 εμπλέκονται σε τουλάχιστον τέσσερα στάδια ανάπτυξης ΜΕ που σχετίζεται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Υπό κανονικές συνθήκες, το miR-200b λειτουργεί ως αναστολέας αγγειογένεσης στοχεύοντας τον VEGF και τους υποδοχείς του Flt-1 και KDR. Το miR-200c ρυθμίζει προς τα κάτω τον επαγόμενο από την υποξία παράγοντα-1α, έναν βασικό ρυθμιστή της αγγειογένεσης που σχετίζεται με την υποξία και την ανάπτυξη μεταστάσεων. Επιπλέον, η οικογένεια miR-200, μαζί με το miR-205, ρυθμίζει τη μετατροπή επιθηλίου σε μεσέγγυμα στοχεύοντας το (ZEB) και την Smad interacting protein-1. Τέλος, η επαγόμενη έκφραση του miR-200 φαίνεται να καταστέλλει τις διαδικασίες διήθησης και μετάστασης.

**Συμπεράσματα:** Τα miRNAs μπορούν να χρησιμεύσουν ως πιθανοί διαγνωστικοί ή/και προγνωστικοί δείκτες, και υπό συγκεκριμένες συνθήκες, ως ανεκτίμητοι θεραπευτικοί στόχοι. Ωστόσο, τα διαθέσιμα κλινικά στοιχεία είναι σχετικά περιορισμένα και επί του παρόντος, δεν υπάρχει γνωστός θεραπευτικός ρόλος για τα μέλη της οικογένειας miR-200 στο πλαίσιο της ΜΕ από καρκίνο πνεύμονα.

ΠΑ039

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΟΡΑΔΡΕΛΑΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Μανώλακα Χρυσάνθη, Κώστας Νικόλαος, Αναστασίου Ευσταθία, Ισκά Παρασκευή, Κολαϊνής Βασίλειος, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Κουρούνας Νικόλαος, Γόμπος Γεώργιος, Ψαρομπάς Ιωάννης, Παπαβασιλείου Κωνσταντίνος, Κούρτης Δημήτριος, Γόμπος Νικόλαος, Μιχαλάκης Ιωάννης, Διακονικόλα Δέσποινα, Καραταπάνης Στυλιανός

*Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το ηπατονεφρικό σύνδρομο (ΗΝΣ) αποτελεί μείζονα επιπλοκή σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ενώ σχετίζεται με δυσμενή έκβαση μετά από μεταμόσχευση ήπατος. Η αποτελεσματικότητα της νοραδρεναλίνης στη θεραπεία του ΗΝΣ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να καταγράψουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση του ΗΝΣ με τον συνδυασμό της ενδοφλέβιας χορήγησης νορεπινεφριδίνης και λευκωματίνης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 31 ασθενείς (μέση ηλικία 55.9 έτη, A/G=21/10) με ΗΝΣ που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας και έλαβαν συνδυασμένη ενδοφλέβια αγωγή με νοραδρεναλίνη (0.5-3mg/h) και λευκωματίνη (1γρ/kg για 48ώρες, και ακολούθως 20-40 γρ/ημέρα) για 14 ημέρες. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και η επιβίωση στους 3 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Έπειτα από 14 ημέρες συνδυασμένης θεραπείας, βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού <1.5mg/dL) παρατηρήθηκε συνολικά σε 16/31 (51.6%) ασθενείς. Η επιβίωση στους 3 μήνες ήταν 13/31 (41.9%). Το baselineMELD-score και η ανταπόκριση στη συνδυασμένη θεραπεία με νοραδρεναλίνη και λευκωματίνη συσχετίστηκαν με την επιβίωση στους 3 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση ΝΑ και λευκωματίνης στη θεραπεία του ΗΝΣ συνδυάζεται με ικανοποιητικά ποσοστά βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας η επιβίωση όμως των ασθενών παραμένει ιδιαίτερα δυσμενής.

ΠΑ040

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Χλαπουτάκης Σεραφεΐμ<sup>1</sup>, Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>3</sup>, Κούβελος Γεώργιος<sup>4</sup>, Παπαλέξης Πέτρος<sup>5</sup>, Σκλαπάνη Παγώνα<sup>3</sup>, Γρίβας Αναστάσιος<sup>6</sup>, Γκουβέρης Παναγιώτης<sup>6</sup>, Τρυφωνόπουλος Δημήτριος<sup>6</sup>, Τζοβάρας Αλέξανδρος<sup>7</sup>, Αρδαβάνης-Λουκέρης Γεράσιμος<sup>7</sup>, Ματσάγκας Μιλτιάδης<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>2</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

<sup>3</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>4</sup> Τμήμα Αγγειοχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>5</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α΄ Παθολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α.

<sup>6</sup> 2<sup>η</sup> Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>7</sup> 1<sup>η</sup> Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ), μαζί με την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, είναι γνωστή ως θρομβοεμβολική νοσος (ΘΕΝ). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ΠΕ περιλαμβάνουν γενετικές μεταλλάξεις, μετεγχειρητικές καταστάσεις, εγκυμοσύνη, καρκίνο και προχωρημένη ηλικία. Η συσχέτιση μεταξύ καρκίνου και ΠΕ είναι καλά τεκμηριωμένη και οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο θρομβωτικού επεισοδίου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών, των εργαστηριακών ευρημάτων, των ακτινολογικών χαρακτηριστικών και των εκβάσεων των καρκινοπαθών που ανέπτυξαν ΠΕ, που συλλέχθηκαν από αντικαρκινικό νοσοκομείο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συμμετείχαν ενήλικες καρκινοπαθείς που είχαν διαγνωστεί με ΠΕ με απεικόνιση με αξονική τομογραφία πνευμονικών αγγείων. Καταγράφηκαν τα ακόλουθα δεδομένα: δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, τύπος καρκίνου, χρονικό διάστημα μεταξύ διάγνωσης καρκίνου και εμφάνισης ΠΕ, τύπος θεραπείας που ελήφθη και παρουσία μεταστάσεων, κλινικά σημεία και συμπτώματα, προδιαθεσικοί παράγοντες για ΠΕ, εργαστηριακά δεδομένα, ακτινολογικά ευρήματα και το είδος της θεραπείας που ελήφθη για την ΠΕ και οι εκβάσεις σε μια περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, καταγράφηκαν 60 καρκινοπαθείς. Η πλειοψηφία των καρκινοπαθών ήταν άνδρες. Ο πιο συχνός τύπος καρκίνου που παρατηρήθηκε ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ΠΕ εμφανίστηκε εντός του πρώτου έτους από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών είχε ήδη αναπτύξει μεταστάσεις. Επιπλέον, η πλειονότητα των καρκινοπαθών είχε λάβει χημειοθεραπεία τον τελευταίο μήνα, ενώ δεν λάμβαναν αντιπηκτικά και είχαν κεντρική απόφραξη. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών είχε ασυμπτωματική ΠΕ. Το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν 13,3% και δεν παρατηρήθηκε υποτροπή ή θνησιμότητα κατά την περίοδο παρακολούθησης. Επίσης αυξημένα επίπεδα γαλακτικού οξέος και αυξημένος αριθμός αιμοπεταλίων, καθώς και χαμηλά επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου, λευκωματίνης και D-διμερών στον ορό σχετίστηκαν με την εμφάνιση ασυμπτωματικής ΠΕ.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν συχνά ασυμπτωματική ΠΕ. Βιοχημικοί και καρκινικοί δείκτες είναι πιθανοί βιοδείκτες της ασυμπτωματικής ΠΕ σε αυτούς τους ασθενείς.

ΠΑ041

**ΕΚΒΑΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΟΜΙΚΡΟΝ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΜΒΕΛΕΙΑΣ**

Μπουρνιά Βασιλική-Καλλιόπη<sup>1</sup>, Φραγκούλης Γεώργιος<sup>1</sup>, Μήτρου Παναγιώτα<sup>2</sup>, Μαθιουδάκης Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Κωνσταντώνης Γεώργιος<sup>1</sup>, Τεκτονίδου Μαρία<sup>1</sup>, Τσολακίδης Αναστάσιος<sup>3</sup>, Παρασκευής Δημήτριος<sup>1</sup>, Σφηκάκης Πέτρος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Υπουργείο Υγείας,

<sup>3</sup> Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ)

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ) είχαν αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας και θανάτου από Covid-19, όπως έχουμε ήδη δείξει, το πρώτο έτος της πανδημίας στην Ελλάδα. Εδώ εξετάστηκε η έκβαση αυτών των ασθενών μετά την επικράτηση του μεταδοτικότερου, αλλά κλινικά ηπιότερου στελέχους, SARS-CoV-2 Όμικρον.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη μεταξύ 1-Ιανουαρίου-2022 και 30-Ιουνίου-2022 σε όλους τους καταγεγραμμένους στην ΗΔΙΚΑ ασθενείς με ΡΑ και σε ένα σταθμισμένο για ηλικία, φύλο και τόπο διαμονής πληθυσμό σύγκρισης (1:5). Κατεγράφησαν επιβεβαιωμένες λοιμώξεις, νοσηλείες και θάνατοι από SARS-CoV-2, χρήση αντιρευματικής και αντι-ιϊκής αγωγής και προγενέστερος εμβολιασμός για COVID-19.

**Αποτελέσματα:** Λοιμώξεις (n=5,569, 16.29%), νοσηλείες (n=489, 1.43%) και θάνατοι από Covid-19 (n=106, 0.31%) ήταν συχνότεροι μεταξύ των 34,182 ασθενών με ΡΑ συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Ο ρυθμός επίπτωσης (IR) ανά 1000 ανθρωποέτη για λοίμωξη [IRR (95%CI):1.19 (1.16-1.23)], νοσηλεία [2.0 (1.82-2.24)], και θάνατο [1.81 (1.44-2.27)] ήταν αυξημένος στη ΡΑ, παρά την ευρύτερη εμβολιαστική κάλυψη (89% vs 84%) και χρήση αντι-ιϊκών (2.37% vs 1.08). Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, εμβολιασμό, προηγούμενη νόσηση με Covid-19 και λήψη αντι-ιϊκών μεταξύ του νοσήσαντος υποπληθυσμού έδειξε αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας [OR:2.02 (95% CI:1.79-2.27) και θανάτου στη ΡΑ [OR:1.73 (95%CI:1.36-2.20)]. Μεταξύ των νοσησάντων ΡΑ ασθενών το rituximab αύξησε τον κίνδυνο νοσηλείας [OR:6.12 (95%CI:2.89-12.92)] και θανάτου [OR:12.06 (95%CI:3.90-37.31)], ενώ οι JAK-αναστολείς μόνο τον κίνδυνο νοσηλείας [OR:2.18 (95%CI:1.56-3.06)].

**Συμπεράσματα:** Η ΡΑ παραμένει παράγων κινδύνου νοσηλείας και θανάτου σε μια περίοδο συγκριτικά χαμηλής νοσηρότητας και θνητότητας από Covid-19, καταδεικνύοντας την ανάγκη ενίσχυσης του εμβολιασμού και της χρήσης αντι-ιϊκών σε αυτό τον πληθυσμό.



## ΠΑ042

## ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ) ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος<sup>1,2</sup>, Φούσια Χαραλαμπία<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>2</sup>, Κοφίτσα Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Τσιούμα Ευαγγελία<sup>2</sup>, Μαγαλιού Σταυρούλα<sup>2</sup>, Ζάμπρας Σωτήριος<sup>2</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ως Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) ορίζεται η παρουσία  $\geq 3$  μήνες νεφρικής βλάβης (λευκωματουρία-αλβουμινουρία ή αιματουρία ή δομικές ή παθολογοανατομικές αλλοιώσεις νεφρών), ανεξαρτήτως GFR δηλαδή για  $GFR \geq 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ,  $GFR < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  ανεξαρτήτως νεφρικής βλάβης. Μηχανισμοί της νεφρικής βλάβης στη θαλασσαιμία. Α. Σπειραματική βλάβη: Η χρόνια αναιμία προκαλεί μείωση της συστηματικής αγγειακής αντίστασης και υπερδυναμική κυκλοφορία, με αποτέλεσμα αύξηση νεφρικής ροής πλάσματος και ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR). Η σπειραματική υπερδιήθηση προκαλεί τελικά σκλήρυνση νεφρικού σπειράματος, λευκωματουρία, προοδευτική νεφρική βλάβη και μείωση του GFR. Β. Σωληναριακή βλάβη: 1) Υπερφόρτωση σιδήρου οδηγεί σε υπέρβαση της δεσμευτικής ικανότητας της τρανσφερρίνης σε σίδηρο και συσσώρευση του μη τρανσφερρινικού σιδήρου, με επιτάχυνση παραγωγής δραστικών ειδών οξυγόνου (ROS) με καταλύτη σιδήρου, υπεροξειδωση λιπιδίων και απελευθέρωση κυτοκινών, 2) Χρόνια αναιμία και χρόνια υποξία. Γ. Πρόσθετοι παράγοντες: 1) Τοξικότητα φαρμάκων αποσιδήρωσης (δεφεροξαμίνη/δεφερασιρόξη), 2) Μεταλομώδης σπειραματονεφρίτιδα (HIV/Ηπατίτιδα Β/Ηπατίτιδα C). Σκοπός η μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και της επίπτωσης της ΧΝΝ στη θαλασσαιμία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στους 32 πολυμεταγγιζόμενους θαλασσαιμικούς ασθενείς της MMA του ΓΝ Τρικάλων. 1) Μετρήθηκε το ύψος & βάρος τους, 2) Υπολογίστηκε το διορθωμένο GFR, 3) Διερευνήθηκε η ύπαρξη νεφρικής βλάβης, με: Υπερηχογραφικό έλεγχο νεφρών, Εικοσιτετράωρες συλλογές λευκώματος ούρων, Γενικές ούρων.

**Αποτελέσματα:** GFR - Αυξημένο ( $\geq 130 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ) ή σπειραματική υπερδιήθηση εμφανίζουν 13 ασθενείς, εκ των οποίων οι 3 με νεφρική βλάβη (λευκωματουρία). Φυσιολογικό ( $90-129 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ )  $\rightarrow$  6 ασθενείς, εκ των οποίων 3 έχουν σταθερή λευκωματουρία. Ελαφρά μειωμένο ( $60-89 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ )  $\rightarrow$  5 ασθενείς, εκ των οποίων 2 έχουν σταθερή λευκωματουρία. Μέτρια μειωμένο ( $30-59 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ )  $\rightarrow$  7 ασθενείς. Σοβαρά μειωμένο ( $15-29 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ )  $\rightarrow$  1 ασθενής. Με ΧΝΝ διαπιστώθηκαν 16 ασθενείς (50%), εκ των οποίων: Στάδιο I  $\rightarrow$  6 ασθενείς, Στάδιο II  $\rightarrow$  2 ασθενείς, Στάδιο III  $\rightarrow$  7 ασθενείς, Στάδιο IV  $\rightarrow$  1 ασθενής.

**Συμπεράσματα:** Η νεφρική νόσος δεν υπήρξε μέχρι τώρα μεγάλο πρόβλημα στη θαλασσαιμία. Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης των θαλασσαιμικών ασθενών, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία νεφρικής νόσου.

ΠΑ043

ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ: ΜΙΑ ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΕΙ;

Κατσούλη Ειρήνη Χρυσοβαλάντου, Μιχελάκης Ιωάννης, Χαλβατζή Ιωάννα, Παράσχου Ελένη-Μαρία, Φωκά Βασιλική, Αγοράνου Μαρία-Ελένη, Καραπάτη Γιάννα, Τζαβάρα Βασιλική

Α' Παθολογική Κλινική, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η συγκεκριμένη καταγραφή στοχεύει στη μελέτη της υπονατρίαμιας ως αιτίας εισαγωγής και στη διερεύνηση των παραγόντων που την προκαλούν και ιδιαιτέρως της πιθανής συσχέτισης με την πολυφαρμακία και την ακατάλληλη συνταγογράφηση. Οι τελευταίες αποτελούν μείζον πρόβλημα και ενδεχομένως οι επιπτώσεις τους οδηγούν σε νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 80 ασθενείς (61% γυναίκες, 39% άνδρες) στο χρονικό διάστημα 8ος/2022–6ος /2023 (6% των συνολικών εισαγωγών της αντίστοιχης περιόδου), διάμεσης ηλικίας 81 ετών με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 7 ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 27 ασθενείς (34%) εμφάνιζαν σοβαρή υπονατρίαμια (<120mmol/L) στην εισαγωγή τους και στο 61,5% αυτή χαρακτηρίστηκε οξεία (χρόνος εγκατάστασης <48 ώρες). Αντίθετα με το αναμενόμενο αποτέλεσμα, μόλις 11,5% των ασθενών διέμενε σε μονάδες φροντίδας. Η συμπτωματική υπονατρίαμια αφορούσε την πλειονότητα των περιπτώσεων με ποσοστό 85%. Τα συχνότερα αναφερόμενα αίτια προσέλευσης ήταν η σύγχυση, η ζάλη, το αίσθημα ναυτίας-έμετοι και η κόπωση, ενώ μόλις το 15% προσήλθε λόγω ανεύρεσης υπονατρίαμιας σε τυχαίο έλεγχο (ασυμπτωματικοί). Το 36% των περιπτώσεων είχαν υψηλό σκορ (≥6/9) στην κλίμακα ευθραυστότητας (Clinical Frailty Scale), ήταν δηλαδή σε άλλοτε άλλο βαθμό μη αυτοεξυπηρετούμενοι. Η υπονατρίαμια αποδόθηκε συχνά στη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή (35% θειαζιδικά διουρητικά, 33% αντικαταθλιπτική αγωγή, 20 % αντιψυχωσικά φάρμακα).

**Συμπεράσματα:** Η υπονατρίαμια αποτέλεσε συχνό αίτιο εισαγωγής γηριατρικών ασθενών που δε διέμεναν σε μονάδες φροντίδας και εμφάνιζαν αυξημένη ευθραυστότητα (Frailty). Σε ανησυχητικά υψηλό ποσοστό ενοχοποιήθηκε η χρονίως λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή, για την οποία υπήρξε πλημμελής ρύθμιση. Με την εμφάνιση της υπονατρίαμιας επιβαρύνθηκε ταυτόχρονα η υγεία ευάλωτων ασθενών μέσω της έκθεσης σε νοσοκομειακές επιπλοκές, αλλά και το ήδη σοβαρά επιφορτισμένο σύστημα υγείας.

ΠΑ044

**ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

Βούλγαρη Χριστίνα, Παπανικολάου Αποστόλης, Δασκαλοπούλου Σταυρούλα, Δούλου Σάρα, Χρόνη Μαριάννα, Μητράκου Ιωάννα, Κότσιφας Λεωνίδα, Χαρίτου Ελμίνα, Μπακαούκας Ισίδωρος, Παπασταμόπουλος Βασίλειος

*Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο τρόπος που αξιοποιούν οι φοιτητές Ιατρικής τον ελεύθερο χρόνο τους συνδέεται με τη ψυχική και τη σωματική τους υγεία. Μελετήσαμε παραμέτρους της φυσικής δραστηριότητας και της συμπεριφοράς κατά τον ελεύθερο χρόνο μιας ομάδας φοιτητών Ιατρικής σε σχέση με τα δημογραφικά/κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 100 έφηβοι (50 αγόρια/50 κορίτσια, 17,9±1,3έτη) που ήταν πρωτοετείς φοιτητές Ιατρικής. Σχεδιάστηκαν ειδικά ερωτηματολόγια και καταγράφηκαν τα δημογραφικά/κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους, οι καπνιστικές/διατροφικές τους συνήθειες και η καθημερινή τους δραστηριότητα.

**Αποτελέσματα:** Το 73% των φοιτητών είχε καταγωγή από αστικές και το 27% από αγροτικές περιοχές. Το 78% των φοιτητών είχε φυσιολογικό σωματικό βάρος, το 17% ήταν υπέρβαροι και το 3% ήταν παχύσαρκοι. Το 9% είχε προ-υπέρταση, ενώ το 16% είχε υπέρταση (ESC/ESH guidelines 2019). Προδιαβήτη είχε το 11% των φοιτητών (EASD guidelines 2022). Σε ποσοστό 47% έτρωγαν έτοιμο μεσημεριανό έξω και μόνο το 11% μαγείρευε/έτρωγε στο σπίτι. Το 16% των φοιτητών κάπνιζε (>1,5πακέτο/ημέρα). Το 27% ήταν σε δίαιτα απώλειας βάρους. Το 35% αθλούνταν >7ώρες/εβδομάδα. Ποσοστό 56% διάβαζε >10ώρες/εβδομάδα. Το 44% παρακολουθούσε στην σχολή μαθήματα >10ώρες/εβδομάδα, ενώ 23% παρακολουθούσε τηλεόραση 2-4ώρες/ημέρα. Ειδήσεις παρακολουθούσε το 12%. Το 38% έπαιζε μουσικό όργανο. Το 50% μιλούσε στο κινητό για 1-2ώρες/ημέρα. Το 39% χρησιμοποιούσε Facebook/Instagram. Δυσκολία στον ύπνο ανέφερε το 8% των φοιτητών, δυσκολία στη συγκέντρωση το 49% και το 42% είχε άγχος (PHQ-9 scale questionnaire).

**Συμπεράσματα:** Το κάπνισμα, το φαγητό εκτός σπιτιού, η καθιστική συμπεριφορά συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση υπέρτασης και διαβήτη στους φοιτητές Ιατρικής. Το άγχος είναι επικίνδυνα αυξημένο στους φοιτητές Ιατρικής από το πρώτο έτος σποδών.

ΠΑ045

**ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ**

Βαλεντή Παναγιώτα, *Ειδικός Παθολόγος-Υπερτασιολόγος, Διπλωματική Εργασία-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ε.Κ.Π.Α. Αρτηριακή Υπέρταση & Συνοδά Καρδιαγγειακά-Νεφρικά Νοσήματα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η πιο συνηθής επίκτητη θρομβοφιλική διαταραχή είναι το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο Antiphospholipid Syndrome (APS). Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των εγκεφαλικών σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών, μπορεί να συσχετίζεται με το APS. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του Αντιφωσφολιπιδικού Συνδρόμου ή Antiphospholipid Syndrome (APS) στην πρόκληση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρούς ενήλικες και η δευτερογενής πρόληψη.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Για την εκπόνηση της μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εις βάθος και αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, κριτικής ανάλυσης και σύνθεσης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού. Αναλύθηκαν 18 ανοικτές μελέτες, για το επιλεγμένο χρονικό εύρος 2009-2019. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης με ομάδα στόχο ενήλικες ασθενείς κάτω των 50 ετών με εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο - Cerebrovascular event (CVE).

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση φαίνεται ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APL) παρέχει πενταπλάσιο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο – Transit Ischemic Attack (TIA) σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η παρουσία APS αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας των ασθενών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (ΣΕΛ). Οι ασθενείς με APS εξακολουθούν να αναπτύσσουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα παρά την τρέχουσα θεραπεία. Όσον αφορά την δευτερογενή πρόληψη ασθενείς με APS που προσέρχονται με αρτηριακό θρομβωτικό επεισόδιο έχουν οφέλη είτε με την από του στόματος χορήγηση αντιπηκτικών (τύπου βαρφαρίνης) με υψηλότερο (INR 3-4) ή ένα συνδυασμό με χαμηλή δόση ασπιρίνης και ενός (INR 2-3).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου (APS) αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νέους ασθενείς κάτω των 50 ετών η οποία πρέπει να συνεκτιμάται με την συνεχή αύξηση παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως υπέρταση και διαβήτη στην ομάδα αυτή.



ΠΑ046

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ**

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Ασημακοπούλου Σταυρούλα<sup>2</sup>, Χολόγκιτας Ευάγγελος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κίρρωση του ήπατος είναι μια συχνή μακροπρόθεσμη έκβαση της χρόνιας ηπατικής φλεγμονής. Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος μπορεί να έχουν πνευμονικές επιπλοκές. Οι πιο διαδεδομένες και κλινικά σημαντικές πνευμονικές επιπλοκές είναι ο ηπατικός υδροθώρακας, το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο (HPS), το πνευμονικό εμπύημα και η πυλαία-πνευμονική υπέρταση. Τα τεστ πνευμονικής λειτουργίας (PFTs) χρησιμοποιούνται παραδοσιακά για την αξιολόγηση της πνευμονικής λειτουργίας ασθενών με κίρρωση του ήπατος. Αυτή είναι η πρώτη ανασκόπηση που περιγράφει λεπτομερώς όλους τους τύπους PFTs που πραγματοποιούνται σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος και αξιολογεί την κλινική τους σημασία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική αναζήτηση στις μηχανές αναζήτησης Pubmed/MEDLINE, SciELO και Google Scholar με τους ακόλουθους όρους σε συνδυασμό: «Liver Cirrhosis» και «Spirometry» ή «DLCO» ή «Lung Volumes» ή «MIP» ή «MEP» ή «P0.1» ή «eNO» ή «Pulmonary Function Testing» με σκοπό να αναλύσουμε μελέτες που αναφέρονται στη διενέργεια PFTs σε ασθενείς με ηπατική κίρρωση.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν συνολικά 70 μελέτες. Οι ασθενείς με κίρρωση ήπατος έχουν μειωμένες τιμές σπιρομετρικών παραμέτρων, μειωμένη ικανότητα διάχυσης μονοξειδίου του άνθρακα (DLCO), μειωμένους όγκους πνευμόνων, μειωμένη μέγιστη εισπνευστική πίεση (MIP) και μέγιστη εκπνευστική πίεση (MEP). Επιπλέον, έχουν υψηλότερο όγκο σύγκλισης (CV), υψηλότερη πίεση απόφραξης αεραγωγού 0,1 sec μετά την έναρξη της εισπνευστικής ροής (P0.1) και υψηλότερες τιμές εκπνεόμενου μονοξειδίου του αζώτου (eNO). Οι μεταβολές στις τιμές των PFTs φαίνεται πως σχετίζονται με τη βαρύτητα, τα κλινικά χαρακτηριστικά και με εργαστηριακές παραμέτρους όπως η αλβουμίνη, ενώ ηεκκενωτική παρακέντηση φαίνεται πως βελτιώνει την πνευμονική λειτουργία ασθενών με ασκίτη.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ηπατική κίρρωση παρουσιάζουν επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία. Τέτοια ευρήματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση ατόμων με ηπατική νόσο, ειδικά εκείνων που μπορεί να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Επειδή η πνευμονική δυσλειτουργία μπορεί να έχει αντίκτυπο στην πορεία μετά τη μεταμόσχευση, η ομάδα μεταμοσχεύσεων πρέπει να γνωρίζει τον επιπολασμό και τη σημασία της.

ΠΑ047

ΑΝΤΟΧΕΣ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ

Βολονάκη Αικατερίνη<sup>1</sup>, Χατζηδάκη Δωροθέα<sup>2</sup>, Καίκης Αριστείδης<sup>1</sup>, Σταμπόρη Μαρία<sup>1</sup>, Διακονικόλα Δέσποινα<sup>1</sup>, Κολαινής Βασίλης<sup>1</sup>, Μανώλακα Χρυσάνθη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ρόδου

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό εργαστήριο Νοσοκομείου Ρόδου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσίαση αντοχής στα αντιβιοτικά των συνηθέστερων παθογόνων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Καταγράφονται τα 769 απομονωθέντα παθογόνα του 2022 από νοσηλευόμενους ασθενείς αλλά και από τα εξωτερικά ιατρεία για το E. Coli. Ταυτοποιήθηκαν και μελετήθηκαν με τη μέθοδο VITEK, E-τεστ και 5% εξ αυτών με δίσκους αναστολές Kirby-Bauer. Η προέλευση των δειγμάτων: αιμοκαλλιέργειες 27%, πτύελα/βρογχικές εκκρίσεις 16,5%, ούρα 20% πύα 2%. Η πλειοψηφία των μικροβίων ήταν Gram (-) 66%, Gram (+) 28%, μύκητες 6%

**Αποτελέσματα:** STAPH Aureus 5%, MRSA 13.5% κλινδαμυκίνη R 16% moxifloxacin R 5% PSEUDOMONAS Spp 7,5%, rip/tazo ενδιάμεση ευαισθησία (I) 78%, αντοχή (R) 8%. Εκ των ανθεκτικών στη κεφταζιδίμη μόλις 40% είχε ευαισθησία σε κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη και κεφτορολάνη/ταζομπακτάμη. Η αντοχή σε rip/tazo και ceferime συνέπιπτε με αντοχή σε σιπροφλοξασίνη και αζτρεονάμη. Αμικασίνη R 11% Ευαισθησία στη μεροπενέμη 70% KLEBSIELLA SPP 11,4% καρβαπενέμες R 55% συμπίπτει με την αντοχή στις κινολόνες και στους συνδυασμούς κεφταζιδιμη/αβιμπακτάμη - κεφτορολάνη/ταζομπακτάμη. Colistin R 36%, αζτρεονάμη 76%, amikacin R 18%. ACINETOBACTER Baumannii 15%, κυρίως από ΜΕΘ, μεροπενέμη R 95,5%, χλωραμφαινικόλη I 18%, colistin R 18% amikacin R 13% τιγκεκυκλίνη I 100%. E COLI 15,5% κεφουροξίμη R 25%, σιπροφλοξασίνη R 44%, κοτριμοξαζόλη R 21%, φωσφομυκίνη R 2% νιτροφουραντοίνη R 3%. ENTEROCOCCUS faecalis 2.8% με μόλις 1 στελεχος με αντοχή στην αμπικιλίνη. ENTEROCOCCUS faecium 3.2% ampicillin R 12% VRE 36% tigecyclin R 20% gentamicin high R 48%, streptomycin high R 86% linezolid R 0%. Κατά το έτος 2022 απομονώθηκαν 10 στελέχη Candida auris εκ των οποίων τα 9 από τη ΜΕΘ

**Συμπεράσματα:** Τα Gram (-) υπερτερούν και στο νοσοκομείο μας. Οι αμινογλυκοσίδες φαίνεται ότι αποτελούν μια εναλλακτική επιλογή για τα πολυανθεκτικά. Η εμφάνιση Candida auris οδήγησε σε εφαρμογή περισσότερων μέτρων προφύλαξης.

ΠΑ048

**ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Γκούφα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Γαρμπής Νικόλαος<sup>2</sup>, Μακροδημήτρη Σωτηρία<sup>1</sup>, Παπαγεωργίου Χρυσοβαλάντης<sup>3</sup>, Γαρμπή Άννα<sup>4</sup>, Σκλαπάνη Παγώνα<sup>5</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>6</sup>, Δαμάσκος Χρήστος<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>3</sup> Πνευμονολογικό Τμήμα, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>4</sup> Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>5</sup> Κυτταρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μητέρα

<sup>6</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο

<sup>7</sup> Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Λαϊκό Νοσοκομείο

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος του που προκαλείται από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 (coronavirus disease 2019, COVID-19) εμφανίζεται κυρίως με ήπια συμπτώματα και προσβολή του αναπνευστικού συστήματος. Σπανίως, έχει αναφερθεί οξεία παγκρεατίτιδα ως εκδήλωση της νόσου COVID-19. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να εξετάσουμε και να αναλύσουμε όλες τις αναφερόμενες περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας που σχετίζεται με την COVID-19.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική αναζήτηση στις μηχανές αναζήτησης Pubmed/MEDLINE, SciELO και Google Scholar με τους ακόλουθους όρους σε συνδυασμό: «COVID-19» 'Η «SARS-CoV-2» 'Η «Coronavirus 19» ΚΑΙ «Pancreatic inflammation» 'Η «Pancreatitis» 'Η «Pancreatic injury» 'Η «Pancreatic disease» 'Η «Pancreatic damage». Η νόσος COVID-19 επιβεβαιώθηκε σε αυτές τις περιπτώσεις με τον έλεγχο ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος. Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας επιβεβαιώθηκε σύμφωνα με τα αναθεωρημένα κριτήρια της ταξινόμησης Atlanta της Ομάδας Εργασίας για την Ταξινόμηση Οξείας Παγκρεατίτιδας. Για την επιλογή των περιπτώσεων απαιτήθηκε επίσης αποκλεισμός άλλων αιτιών οξείας παγκρεατίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Ακολουθώντας αυτή τη μεθοδολογία, εντοπίσαμε και αναλύσαμε 31 άρθρα, τα οποία περιελάμβαναν 32 περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας σχετιζόμενης με τη νόσο COVID-19. Η οξεία παγκρεατίτιδα που σχετίζεται με τη νόσο COVID-19 αναπτύχθηκε κυρίως σε γυναίκες. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 53,5 έτη. Όσον αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα, η λιπάση και η αμυλάση ήταν μεγαλύτερες από τρεις φορές το ανώτερο όριο του φυσιολογικού, ενώ οι μετρήσεις των λευκών αιμοσφαιρίων και της C- αντιδρώσας πρωτεΐνης ήταν αυξημένες στις περισσότερες περιπτώσεις. Το πιο συχνό γαστρεντερικό, αναπνευστικό και γενικό σύμπτωμα ήταν κοιλιακό άλγος, δύσπνοια και πυρετός, αντίστοιχα. Το πιο κοινό απεικονιστικό χαρακτηριστικό ήταν η οξεία διάμεση οιδηματώδης παγκρεατίτιδα και η πιο συχνή συννοσηρότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση. Η έκβαση ήταν ευνοϊκή παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίασαν σοβαρή και κρίσιμη νόσο COVID-19.

**Συμπεράσματα:** Η οξεία παγκρεατίτιδα που σχετίζεται με τη νόσο COVID-19 αποτελεί μια σπάνια εκδήλωση και συνδέεται με καλές εκβάσεις παρά τη βαρύτητα της νόσου.

ΠΑ049

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ: ΜΙΑ ΑΓΝΟΗΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ;

Φιλιππάκη Ευαγγελία, Γεωργόπουλος Ηλίας, Σίδερης Παναγιώτης, Χέρας Παναγιώτης

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα τελευταία 12 έτη επισημαίνεται αυξημένη συχνότητα πνευμονίας ασθενών υπό αντιψυχωτική αγωγή (ΑΨ) για διάφορες διαταραχές/νόσους (Διπολική διαταραχή (ΔΔ), Σχιζοφρένεια (ΣΧ), Άνοια (ΑΝ)). Σκοπός μας ήταν η περιγραφή του φαινομένου διενεργώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, Psych med και Google scholar με τις λέξεις κλειδιά πνευμονία, αντιψυχωτικά.

**Αποτελέσματα:** Η λήψη ΑΨ φαίνεται τουλάχιστον να διπλασιάζει τον κίνδυνο πνευμονίας ασθενών με μείζονες (νευρο)ψυχιατρικές διαταραχές (ΔΔ (RR=2,07), ΣΧ (RR=2,7), ΑΝ (RR=2,1)). Δεν καταγράφεται ουσιώδης διαφοροποίηση ανάμεσα σε τυπικά (RR=1,68-1,69) και άτυπα (RR=1,93-1,98) ΑΨ. Υψηλότερο κίνδυνο παρουσιάζει η κλοζαπίνη (RR=3,18), ακολουθούμενη από την ολανζαπίνη (RR=1,83), κουετιαπίνη (RR=1,63), ρισπεριδόνη (RR=1,32) ενώ η αμισουλπρίδη φαίνεται μάλλον «ουδέτερη». Θεωρείται δοσοεξαρτώμενος - ιδίως για την κλοζαπίνη, ανεξάρτητος της ηλικίας και υψηλότερος σε περιπτώσεις συνδυασμού ΑΨ. Η πιθανότητα εμφάνισης πνευμονίας φαίνεται μεγαλύτερη εντός του πρώτου μήνα θεραπείας και αφορά σχεδόν αποκλειστικά την πνευμονία από εισρόφηση. Πιθανολογούμενοι μηχανισμοί: καταστολή, δυσκινησία, ακαμψία και σπασμός του φαρυγγικού μυός (με συνακόλουθη δυσφαγία και κατάληξη σε εισρόφηση), ξηροστομία - με προβληματική δημιουργία και κατάποση του βλωμού της τροφής. Τελευταία έχει προταθεί και ανοσολογική ενεργοποίηση. Ειδικά για την κλοζαπίνη η - ιδίως βραδινή - σιελόρροια μπορεί να προδιαθέσει σε εισρόφηση όπως και η δυσκοιλιότητα μέσω της δυσλειτουργίας του διαφράγματος. Οι ασθενείς με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές είναι ούτως ή άλλως ευάλωτοι σε ανάπτυξη πνευμονίας λόγω κακής θρέψης/υγιεινής, παράλειψης εμβολιασμών, ανεξέλεγκτων μεταβολικών (ΣΔ), καρδιολογικών (ΑΥ), αναπνευστικών (ΧΑΠ) νοσημάτων, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ. Οι παράγοντες αυτοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην δυσμενή πρόγνωση στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

**Συμπεράσματα:** Οι ειδικοί οφείλουν να διατηρούν υψηλό δείκτη υποψίας σε όλες τις περιπτώσεις λοίμωξης αναπνευστικού σε ασθενείς υπό ΑΨ αγωγή ιδιαίτερα σε εξασθενημένους επιβαρυνμένους ασθενείς.



ΠΑ050

Η ΛΕΜΦΟΠΕΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ

Ζώτος Παναγιώτης, Κουκοπούλου Ειρήνη, Αλεξίου Ελένη, Κουτσομήτσου Παναγιώτα

Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Ίδρυμα, Αγρίνιο

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι προγνωστικοί δείκτες κατά την εισαγωγή είναι πολύ χρήσιμοι για τη διαχείριση των αρρώστων. Από μελέτες σε διάφορους πληθυσμούς αρρώστων φαίνεται ότι η λεμφοπενία μπορεί να έχει ρόλο στην αρχική εκτίμηση. Ωστόσο, είναι λίγες οι μελέτες σε ασθενείς με λοίμωξη.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε αναδρομικά 30 ασθενείς που εισήχθησαν με εμπύρετο λοίμωξη σε μία ιδιωτική κλινική το τελευταίο τρίμηνο. Με τη χρήση προγράμματος SPSS αναλύθηκαν τα δεδομένα των αρρώστων κατά την εισαγωγή τους και διερευνήθηκε τυχόν συσχέτιση της λεμφοπενίας με άλλους δείκτες βαρύτητας (CRP, qSOFA), καθώς και με την έκβαση των αρρώστων (διάρκεια νοσηλείας  $\geq 7$  ημέρες, μεταφορά σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, θάνατος).

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 30 ασθενείς με λοίμωξη αναπνευστικού (63%), ουροποιητικού (17%), γαστρεντερικού - χοληφόρων (10%) και σήψη (10%). 2 ασθενείς κατέληξαν, 2 μεταφέρθηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, 6 νοσηλεύτηκαν  $\geq 7$  ημέρες. Η λεμφοπενία στην εισαγωγή παρουσίασε σημαντική συσχέτιση τόσο με την τιμή της CRP ( $p < 0,001$ ), όσο και με την κλίμακα qSOFA ( $p < 0,001$ ). Οι ασθενείς με μακρά νοσηλεία ( $\geq 7$  ημέρες) είχαν στατιστικά πολύ χαμηλότερη σχετική και απόλυτη τιμή λεμφοκυττάρων κατά την εισαγωγή ( $4,53 \pm 2,29$  vs  $19,81 \pm 10,6$ ;  $p < 0,001$  και  $806 \pm 302$  vs  $1914 \pm 940$ ;  $p < 0,001$ ). Επίσης οι ασθενείς με το συνδυασμένο καταληκτικό σημείο είχαν σημαντικά χαμηλότερα λεμφοκύτταρα στην εισαγωγή τους ( $4,38 \pm 2,21$  vs  $20,65 \pm 10,13$ ;  $p < 0,001$  και  $800 \pm 286$  vs  $1973 \pm 924$ ;  $p < 0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Στη μελέτη μας η λεμφοπενία παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με τους υπόλοιπους δείκτες βαρύτητας κατά την εισαγωγή. Οι ασθενείς με βαριά λεμφοπενία κατά την εισαγωγή είχαν μακρύτερη νοσηλεία και χειρότερη έκβαση. Μεγαλύτερες μελέτες είναι απαραίτητες ώστε να αναδειχθεί η πιθανή αξία της λεμφοπενίας στη διαλογή των αρρώστων κατά την εισαγωγή όσον αφορά τη βαρύτητα και την πρόγνωση τους.

ΠΑ051

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παπαλέξης Πέτρος<sup>1</sup>, Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Νόννη Αφροδίτη<sup>1</sup>, Λάζαρης Ανδρέας<sup>1</sup>, Τάσκου Χρυσούλα<sup>3</sup>, Θωμοπούλου Γεωργία-Ελένη<sup>4</sup>, Καβαντζάς Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας ΕΚΠΑ

<sup>3</sup> Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

<sup>4</sup> Εργαστήριο Διαγνωστικής Κυτταρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες, η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες και η κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών. Διάφοροι προγνωστικοί δείκτες που σχετίζονται με αυξημένο δυναμικό ανάπτυξης και / ή μετάστασης του όγκου έχουν περιγραφεί στον καρκίνο του μαστού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναδρομική καταγραφή έκφρασης προγνωστικών δεικτών σε ιστολογικά τεμάχια καρκίνου μαστού. Κατά τα έτη 2014-2017 από το Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΕΚΠΑ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν στοιχεία από την ιστολογική εξέταση 100 ασθενών με καρκίνο του μαστού.

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση ηλικία ήταν τα 78 έτη (42-98 έτη). Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίασε πορογενές καρκίνωμα (60%). Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM 24 ασθενείς ανήκαν στο στάδιο I, 32 (32%) στο στάδιο II και 34 (34 %) στο στάδιο III. Σαράντα έξι ασθενείς (47,9%) παρουσίασαν σκορ 3 για τον ανοσοϊστοχημικό δείκτη ER, 46 ασθενείς παρουσίασαν σκορ 3 για το δείκτη PR και 42 ασθενείς παρουσίασαν σκορ 0 για το δείκτη PR (42%), ενώ 64 ασθενείς παρουσίασαν σκορ 0 για τον δείκτη HER2 (66,7%). Είκοσι δύο ασθενείς παρουσίασαν τριπλά αρνητικό ανοσοφαινότυπο (22,9%). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την έκφραση του δείκτη ER ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες ιστολογικού βαθμού κακοήθειας με 30/50 ασθενείς με ιστολογικό βαθμό κακοήθειας 2 να παρουσιάζει σκορ 3 δείκτη ER (62,5%) και 28/38 ασθενείς με ιστολογικό βαθμό κακοήθειας 3 να παρουσιάζει σκορ 0 δείκτη ER (73,7%) και στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την έκφραση του δείκτη PR ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες ιστολογικού βαθμού κακοήθειας με 32/48 ασθενείς με ιστολογικό βαθμό κακοήθειας 2 να παρουσιάζει σκορ 3 δείκτη ER (66,7%) και 30/38 ασθενείς με ιστολογικό βαθμό κακοήθειας 3 να παρουσιάζει σκορ 0 δείκτη PR (78,9%).

**Συμπεράσματα:** Η έκφραση διαφόρων προγνωστικών δεικτών καρκίνου του μαστού διαφέρει ανάλογα με το βαθμό ιστολογικής κακοήθειας.

AA001

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΥΕΛΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ**

Μαγγανάς Κωνσταντίνος, Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος, Γκιαούρη Ουρανία, Καραμανάκος Γεώργιος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα μυελοΐπερπλαστικά νοσήματα αποτελούν μια συχνή αιτία ανεξήγητων θρομβώσεων σε αρτηριακό και φλεβικό σκέλος. Η παρουσία μετάλλαξης JAK αποτελεί προθρομβωτική κατάσταση, οι θρομβώσεις μπορεί να προηγούνται της εκδήλωσης του συνδρόμου στη γενική αίματος, ενώ σχετίζεται και με την δημιουργία ανευρυσμάτων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 66 ετών, με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, δυσλιπιδαιμίας, ανευρύσματος θωρακικής αορτής 4,5εκ και ετερόζυγου β-θαλασσαιμίας, διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας λόγω συγκοπτικού επεισοδίου χωρίς πρόδρομα συνοδά συμπτώματα.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή του ήταν ταχυπνοϊκός, αιμοδυναμικά σταθερός, ενώ από την φυσική εξέταση εμφάνιζε οίδημα, θερμότητα, ερυθρότητα αριστερής γαστροκνημίας, χωρίς λουπά αξιόλογα ευρήματα. Από τα αέρια αρτηριακού αίματος παρουσίαζε υποξυγοναιμία και υποκαπνία με αναπνευστική αλκάλωση. Η ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική, ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφάνιζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με S<sub>I</sub>Q<sub>III</sub>T<sub>III</sub>. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ηπίως αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP:30mg/dl, WBC:22.05K/μL, PMN:17.6K/μL), Hb:15.7g/dl, RBC:6.64M/μL, PLTs:372.000K/μL, αυξημένη τροπονίνη:91mg/dl, φυσιολογικό βιοχημικό έλεγχο, ενώ τα d-dimers δεν ήταν διαθέσιμα. Διενεργήθηκε triplex κάτω άκρου με εικόνα εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και CTPA με εικόνα πνευμονικής εμβολής σε τμηματικούς κλάδους αμφοτερόπλευρα και ανευρυσματική διάταση θωρακικής αορτής. Ο ασθενής τέθηκε σε οξυγονοθεραπεία και αντιπηκτική αγωγή και την 2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας εμφάνισε άλγος και ευαισθησία στο αριστερό λαγόνιο με πτώση της αιμοσφαιρίνης ορού. Διενεργήθηκε CT-αγγειογραφία που ανέδειξε οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα 25εκ με συνοδό ανευρυσματική διάταση κοιλιακής αορτής 3,5εκ. Έγινε κλασική αγγειογραφία και εμβολισμός, κατά την οποία αναδείχθηκαν και ανευρύσματα λαγονίων αρτηριών. Στα πλαίσια της διερεύνησης της πνευμονικής εμβολής εστάλησαν ανοσολογικός έλεγχος, έλεγχος θρομβοφιλίας αρνητικά, ενώ θετικός ήταν ο έλεγχος για τη μετάλλαξη JAK2V617F. Έγινε οστεομυελική βιοψία με εικόνα ιδιοπαθούς μυελοΐνωσης.

**Συμπεράσματα:** Είναι απαραίτητο σε ασθενείς χωρίς υποκείμενους παράγοντες κινδύνου για πνευμονική εμβολή να γίνεται περαιτέρω διερεύνηση για την αναζήτηση της αιτιολογίας.

AA002

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΧΑΛΚΟΥ

Χατζηλήγου Χρυσάνθη<sup>1,2</sup>, Βαΐου Αντωνία<sup>1,2</sup>, Φώτου Αικατερίνη<sup>1,2</sup>, Ασημακοπούλου Πούλια<sup>1,2</sup>, Σωκράτους Σολομώντας<sup>1,2</sup>, Λάντου Αναστασία<sup>1,2</sup>, Σβερώνη Δάφνη<sup>1,2</sup>, Σαμακίδου Άννα<sup>1,2</sup>, Στέφος Άγγελος<sup>1,2</sup>, Λουκόπουλος Αργύριος<sup>1,2</sup>, Γατσέλης Κ. Νικόλαος<sup>1,2</sup>, Μακαρίτης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Νταλέκος Ν. Γεώργιος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος

<sup>2</sup> Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο δυσαπορρόφησης επηρεάζει όλα τα συστήματα με πολυάριθμες κλινικές και εργαστηριακές εκφάνσεις. Η ανθεκτική αναιμία ανήκει στις συχνότερες. Ο σίδηρος, η βιταμίνη Β12 και το φυλλικό οξύ είναι αιμοποιητικοί παράγοντες που προσδιορίζουμε για να ορίσουμε τον τύπο της αναιμίας. Είναι όμως αρκετοί;

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 80 ετών με ιστορικό εκτομής των 2/3 της νήσιδας και του ειλεού σε έδαφος ισχαιμίας εντέρου, εισήχθη στην Κλινική μας προς διερεύνηση αναιμίας, κόπωσης και οιδημάτων κάτω άκρων ενώ κλινικά διαπιστώθηκε χωρότητα. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία με αυξημένο απόλυτο αριθμό δικτυοερυθροκυττάρων και χαμηλό δείκτη παραγωγής ερυθροκυττάρων, παράταση χρόνου προθρομβίνης, υπασβεστιαϊμία, υπαλβουμιναιμία και υπογαμμασφαιριναιμία. Δεδομένης της μη ανταπόκρισης στην παρεντερική χορήγηση σιδήρου, Β12 και στην από του στόματος χορήγηση φυλλικού οξέος, αναζητήσαμε άλλα αίτια ανθεκτικής αναιμίας. Νεοπλασίες εντέρου, κοιλιοκάκη, κακοήθης αναιμία και νεφρωσικό σύνδρομο αποκλείστηκαν. Η φερριτίνη, η Β12, το φυλλικό οξύ και οι υποδοχείς τρανσφερρίνης εκλέχθηκαν ήταν φυσιολογικά. Το πλακάκι περιφερικού αίματος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, το μυελόγραμμα ανέδειξε δυσερυθροποίηση, δυσπλαστικά μεγακαρυοκύτταρα και άωρα μυελικά κύτταρα, ευρήματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας μυελού αλλά όχι παθογνωμονικά για μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο. Η διαφορική διάγνωση κατευθύνθηκε στην αναζήτηση σπανίων παραγόντων, όπως ο χαλκός, των οποίων η έλλειψη σε έδαφος δυσαπορρόφησης οδηγεί σε δυσλειτουργία του μυελού και σε ανθεκτική αναιμία. Τόσο ο χαλκός ορού όσο και η σερουλοπλασμίνη ορού ανευρέθηκαν χαμηλά. Ετέθη θεραπεία υποκατάστασης με 5mg χηλικού χαλκού ημερησίως. Ένα μήνα μετά την έναρξη αγωγής παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης, χωρίς να παρατηρηθούν ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Συμπεράσματα:** Η έλλειψη χαλκού θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαγνωστική προσέγγιση σε περιπτώσεις ανθεκτικής αναιμίας σε ασθενείς με σύνδρομο δυσαπορρόφησης, ιδίως όταν οι λοιποί αιμοποιητικοί παράγοντες είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Η διάγνωση βασίζεται σε εργαστηριακά ευρήματα, ενώ το μυελόγραμμα είναι βοηθητικό. Η θεραπεία υποκατάστασης είναι αποτελεσματική, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.



AA003

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ ΠΙΠΕΡΑΚΙΛΛΙΝΗ/ΤΑΖΟΜΠΑΚΤΑΜΗ**

Κεραμίδας Χρήστος, Αγκαβανάκη Αργυρώ, Χαρατσή Ευτυχία, Καλαντζή Σοφία

*Β' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη είναι ένα ευρέως φάσματος αντιβιοτικό. Οι συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες του περιλαμβάνουν: διάρροια, ναυτία, έμετο, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα. Από τις λιγότερο συχνές αξίζει να αναφερθούν οι διαταραχές του αιμοποιητικού συστήματος, κεφαλαλγία, ίκτερος, κνίδωση, κνησμός, αύξηση κρεατινίνης και διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας. Συγκεκριμένα, από τις διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας, η αύξηση των SGOT/SGPT κατατάσσονται από τον MedDRA ως όχι συχνές, ενώ η αύξηση της χολερυθρίνης, ALP, γ-GT ως σπάνιες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 86 ετών νοσηλευόταν λόγω ανεύρεσης υπονατρίαμίας με Na:119mmol/L σε εξωτερικό έλεγχο. Το ατομικό ιστορικό περιλαμβάνει αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Κατοίκον ελάμβανε ολμεσαρτάνη, αμλοδιπίνη, ατορβαστατίνη. Στα πλαίσια διερεύνησης της υπονατρίαμίας εστάλη νάτριο ούρων, πλήρης καρδιολογικός έλεγχος και η υπονατρίαμία αποδόθηκε σε νεοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια. Έγινε έναρξη διουρητικής αγωγής και βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά. Την τέταρτη ημέρα νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Την όγδοη μέρα νοσηλείας παρουσιάστηκε οξεία διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με ολική χολερυθρίνη: 2,2 mg/dl, άμεση χολερυθρίνη: 1,18 mg/dl, ALP: 70U/L, SGOT: 1229 U/L, SGPT: 1144 U/L, γ-GT: 228 U/L, alb: 3,1 gr/dl, LDH: 4200 U/L. Στο πλαίσιο διερεύνησης των ηπατικών διαταραχών έγινε ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός. Διενεργήθηκε U/S και αξονική τομογραφία άνω κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Μετά από αποκλεισμό όλων των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων έγινε διακοπή χορήγησης του αντιβιοτικού πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και οι τιμές των ηπατικών ενζύμων επανήλθαν στα φυσιολογικά όρια εντός 10 ημερών.

**Συμπεράσματα:** Η διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή της χορήγησης της πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης. Αν και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητός, μια τόσο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια ενός ευρέως χρησιμοποιούμενου σκευάσματος θα πρέπει να υπάρχει στην διαγνωστική σκέψη του κλινικού ιατρού.

AA004

ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ  
ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ

Τριανταφύλλου Κατερίνα, Γεωργιάδου Σάρα, Γιαννούλης Γεώργιος, Ιερόπουλος Λεωνίδας, Ζηκούδη Δήμητρα, Βερβαινωίτης Δημήτριος, Οικονόμου Σωκράτης, Γκαμπέτα Στέλλα, Πολύζος Αστέριος, Νταλέκος Γεώργιος, Ζάχου Καλλιόπη

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα ήπατος, Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου (ERN-RARE LIVER), Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λεπτοσπείρωση είναι μια ανθρωποζωνόσος που προκαλείται από ορότυπους της *Leptospira interrogans* και μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω επαφής με ούρα ή ιστούς μολυσμένων ζώων. Εκδηλώνεται με δύο μορφές, την ανικτερική και την ικτερική, με την πρώτη να είναι συνηθέστερη, ηπιότερη και συνήθως αυτοπεριοριζόμενη, ενώ την δεύτερη να εμφανίζει υψηλότερη θνητότητα, με πολυσυστηματική προσβολή (νεφρών, ήπατος, πνευμόνων). Παρουσιάζεται, για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία, περίπτωση ικτερικής λεπτοσπείρωσης με πλήρως αναστρέψιμη πνευμονική υπέρταση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 45 ετών, κτηνοτρόφος, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους και οιδημάτων κάτω άκρων από τριήμερου. Κλινικά διαπιστώθηκαν ζυμώδη οιδήματα κάτω άκρων και υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα, ικτερική χροιά επιπεφυκώτων, ευαισθησία υπογαστρίου, διάταση σφαγιτιδίων και θετικό ηπατοσφαγιτιδικό σημείο.

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, άμεση υπερχοληρυθρουαιμία, οξεία νεφρική βλάβη και ορολογικός έλεγχος για *Leptospira* θετικός. Η συλλογή ούρων εικοσιτετραώρου δεν ανέδειξε νεφρωσικό σύνδρομο και η υπεζωκοτική συλλογή ανεδείχθη διδρωματική. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε πνευμονική υπέρταση, χωρίς σημεία αριστερής καρδιοπάθειας, ενώ αποκλείστηκε η πνευμονίτιδα και η θρομβοεμβολική νόσος με αξονική τομογραφία θώρακος και σπινθηρογράφημα αερισμού, αιμάτωσης αντίστοιχα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση δοξουκυκλίνης για συνολικά δεκατέσσερις ημέρες. Κατά την επανεκτίμηση του μία εβδομάδα αργότερα, διαπιστώθηκε υποχώρηση των οιδημάτων, αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, υποχώρηση του ικτέρου και πλήρης απουσία παθολογικών ευρημάτων από το υπερηχογράφημα καρδιάς.

**Συμπεράσματα:** Μεταξύ των γνωστών πνευμονικών εκδηλώσεων της λεπτοσπείρωσης, περιγράφεται για πρώτη φορά η εκδήλωση αναστρέψιμης πνευμονικής υπέρτασης η οποία θα μπορούσε να οφείλεται σε αγγειίτιδα στα πλαίσια της υποκείμενης λοίμωξης.

AA005

ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΣΗ ΩΤΙΤΙΔΑ

Δενδρινού Γεωργία-Εμμανουέλα<sup>1</sup>, Γκόγκος Βασίλειος<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Δημήτριος<sup>1</sup>, Παπαδάκη Ιωάννα<sup>1</sup>, Πρατήλας Ευάγγελος<sup>2</sup>, Ασημακόπουλος Γεράσιμος<sup>2</sup>, Χριστοδούλου Μαρία<sup>1</sup>, Μυστακέλλη Χριστίνα<sup>1</sup>, Ζεϊμπέκογλου Κυριακή<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πνευμονολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ

<sup>2</sup> Νεφρολογική κλινική, ΝΙΜΤΣ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Εκδηλώσεις από το ανώτερο αναπνευστικό είναι συχνές στις ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες (ΑΣΑ) κατά την έναρξη της νόσου. Χαρακτηρίζονται από μειωμένη νεφρική συμμετοχή και μικρότερη θνητότητα. Παρουσιάζουμε περιστατικό ANCA αγγειίτιδος, πρωτοεμφανιζόμενης ως μέση ωτίτιδα, με ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα και διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία που αντιμετωπίστηκε με ανοσοκατασταλτικά και πλασμαφαίρεση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν 64 ετών, πρώην καπνιστής, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ΧΑΠ, προσήλθε λόγω πυρετού, αρθραλγιών από εβδομάδος, και υποτροπιάζουσας μέσης ωτίτιδας από τριμήνου όπου έλαβε αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό και κορτικοειδή κατ' οίκον. Κατά την εισαγωγή του ήταν αναπνευστικά και αιμοδυναμικά σταθερός με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη αναιμία, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η ΩΡΛ εξέταση επιβεβαίωσε εκκριτική ωτίτιδα αριστερά. Το δεύτερο 24ωρο της νοσηλείας του παρουσίασε αιμόπτυση με πτώση του αιματοκρίτη συνοδευόμενη από υποξυγοναιμία. Η CT θώρακος ανέδειξε διάσπαρτα κυψελιδικά διηθήματα, συμβατά με διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αιματουρία, επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, ενώ στη γενική εξέταση ούρων εμφανίστηκαν κύλινδροι, ευρήματα υπέρ ταχέως εξελισσόμενης σπειραματονεφρίτιδας. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία c-ANCA και μειωμένες τιμές συμπληρώματος. Ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή, υψηλές δόσεις κορτικοειδών και οξυγονοθεραπεία. Παρά τη φαρμακευτική αγωγή επιδεινώθηκε η αναπνευστική του λειτουργία και διασωληνώθηκε. Ετέθη σε τεχνητό νεφρό, υπέστη πλασμαφαίρεση (10 συνεδρίες) και έλαβε αγωγή με 3 κύκλους κυκλοφωσφαμίδης. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και εξήλθε μετά από 20 ημέρες χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια και χωρίς ανάγκη για αιμοκάθαρση.

**Συμπεράσματα:** Παρότι δεν υπάρχει ομοφωνία για τη συμβολή της πλασμαφαίρεσης στη θεραπευτική προσέγγιση των ΑΣΑ, περιπτώσεις όπως αυτή υποδεικνύουν ότι σε ταχέως επιδεινούμενα περιστατικά η εφαρμογή της μεθόδου μπορεί να συμβάλλει σε ευνοϊκότερη εξέλιξη της νόσου.

AA006

**ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ: ΝΟΣΟΣ ΡΟΤΤ**

Γκόγκος Βασίλειος<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Δημήτριος<sup>1</sup>, Δενδρινού Γεωργία-Εμμανουέλα<sup>1</sup>, Ντούρα Ηλίας<sup>1</sup>, Κανέλλας Στέφανος<sup>1</sup>, Μυροθέου Σοφία<sup>1</sup>, Παπαδάκη Ιωάννα<sup>1</sup>, Στούμπος Χαράλαμπος<sup>2</sup>, Χριστοδούλου Μαρία<sup>1</sup>, Μυστακέλλη Χριστίνα<sup>1</sup>, Ζειμπέκογλου Κυριακή<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πνευμονολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, 401 ΓΣΝΑ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η φυματιώδης σπονδυλίτιδα, ή νόσος Pott, αποτελεί μορφή εξωπνευμονικής φυματίωσης και προσβάλλει συνήθως νεαρούς ενήλικες σε χώρες όπου η νόσος ενδημεί, καθώς και ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς, και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές λειτουργικές διαταραχές.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 27 ετών από το Πακιστάν προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου από 4μηνου, απώλειας βάρους και οσφυαλγίας. Κλινικά διεπιστώθη διόγκωση του μείζονος θωρακικού μυός με σημεία οξείας φλεγμονής και θετικό σημείο Lasegue χωρίς ιστορικό τραύματος. Εργαστηριακά σημειώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 7mg/dl, ΤΚΕ 120mm/h) και αναιμία (HCT 35%). Η CT Θώρακος δεν ανέδειξε παρεγχυματική βλάβη, αλλά εντόπισε απόστημα στο μείζονα θωρακικό μυ, το οποίο παροχετεύθηκε χειρουργικά. Οι καλλιέργειες του υγρού για κοινά μικρόβια ήταν αρνητικές και η διάγνωση της φυματίωσης τέθηκε από θετικό μοριακό έλεγχο (Xpert MTB/RIF). Ο ασθενής ετέθη σε τετραπλό αντιφυματικό σχήμα (Ισονιαζίδη 300mg, Ριφαμπικίνη 600mg, Εθαμβουτόλη 1200mg, Πυραζιναμίδη 1200mg). Λόγω της οσφυαλγίας πραγματοποιήθηκε Μαγνητική Τομογραφία (MRI) ΟΜΣΣ, που ανέδειξε οστεολυτικές βλάβες σε πολλαπλά σπονδυλικά σώματα καθώς και παρασπονδυλικές βλάβες εκτεινόμενες έως τον δεξιό λαγονοψοίτη μυ, δημιουργώντας μεγάλης έκτασης ψυχρό απόστημα, με απουσία πιεστικών φαινομένων ή διήθηση του νωτιαίου μυελού. Πραγματοποιήθηκε εκκενωτική παροχέτευση του αποστήματος υπό αξονικό τομογράφο με βελτίωση της νευρολογικής σημειολογίας, ο μοριακός έλεγχος του πυώδους υγρού απέβη θετικός για φυματίωση.

**Συμπεράσματα:** Παρουσιάσαμε μια περίπτωση μυοσκελετικής φυματίωσης σε δύο απομακρυσμένες περιοχές, το θωρακικό τοίχωμα και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Η μυοσκελετική φυματίωση απαντάται σπάνια στις δυτικές χώρες και η διάγνωσή της θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση οστικών βλαβών με αποστήματα παρακείμενων μυών, ιδιαίτερα σε νεαρούς ενήλικες ενδημικών χωρών ή ανοσοκατεσταλαμένους ασθενείς.



AA007

## ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΩΣ ΟΨΙΜΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Μαυρουδής Παναγιώτης<sup>1</sup>, Ανδρονίκου Αντωνία<sup>1</sup>, Σιδηροπούλου Χρυσάνθη<sup>1</sup>, Σταμάτη Αλεξάνδρα<sup>1</sup>, Λοΐζος Γεώργιος<sup>1</sup>, Κρανιδιώτης Γεώργιος<sup>1</sup>, Μάμαλη Βασιλική<sup>2</sup> Λιναρδάκη Γαρυφαλλιά<sup>1</sup>, Ζαρκωτού Ολυμπία<sup>2</sup>, Χρύσος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το απόστημα ήπατος αποτελεί μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή. Τα αίτια είναι ποικίλα, αλλά συχνά αποτελεί μετεγχειρητική επιπλοκή. Η παρουσίαση περιστατικού ηπατικού αποστήματος ως όψιμη επιπλοκή χολοκυστεκτομής σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα 85 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και χολοκυστεκτομής προ εξαμήνου, η οποία εισήχθη στην κλινική μας, λόγω εμπύρετου έως 39° C και κοιλιακού άλγους. Από την αντικεμενική εξέταση διαπιστώθηκε επιγαστραλγία, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε λευκοκυττάρωση, CRP 182 mg/l (Φ.Τ <3 mg/l) και επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, και αρχικά, η ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε απόστημα διαμέτρου 6,9cm και έτερο γειτνιάζον διαμέτρου 2,6cm στον αριστερό λοβό του ήπατος. Επακολούθησε υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη παρακέντηση των αποστημάτων και από την καλλιέργεια του πύου απομονώθηκε *Klebsiella pneumoniae* και *Citrobacter freundii*. Παράλληλα, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca* και *Citrobacter freundii* απομονώθηκαν από την καλλιέργεια αίματος. Η ασθενής ολοκλήρωσε ενδοφλέβια αγωγή 14 ημέρων με μεροπενέμη και τιγκεκυκλίνη, με σταδιακή βελτίωση των δεικτών φλεγμονής. Η επαναληπτική αξονική τομογραφία δεν ανέδειξε εστία αποστήματος στο ήπαρ και η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου.

**Συμπεράσματα:** Το ηπατικό απόστημα αποτελεί όψιμη επιπλοκή χολοκυστεκτομής, η οποία απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Συχνά, η πολυμικροβιακή φύση του αποστήματος απαιτεί συνδυασμό στοχευμένης αντιβιοτικής αγωγής και ελέγχου της εστίας της λοίμωξης, για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

AA008

**ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ ΕΞ' ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ**

Μαυρουδής Παναγιώτης<sup>1</sup>, Ανδρονίκου Αντωνία<sup>1</sup>, Κιτζόγλου Δανάη<sup>1</sup>, Σπέγγος Ιωάννης<sup>1</sup>, Σταμάτη Αλεξάνδρα<sup>1</sup>, Δανιήλ Ιωάννης<sup>2</sup>, Λοΐζος Γεώργιος<sup>1</sup>, Ζαρκωτού Ολυμπία<sup>2</sup>, Λιναρδάκη Γαρυφαλλιά<sup>1</sup>, Χρύσος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λεμφαδενοπάθεια αποτελεί σύμπτωμα με ευρεία διαφορική διάγνωση. Η Bartonella henselae μεταδίδεται από τραυματισμό από γάτα και προκαλεί τη νόσο εξ' ονύχων γαλής με συχνά ποικίλες επιπλοκές. Η παρουσίαση περιστατικού μασχαλιαίας λεμφαδενοπάθειας ως εκδήλωση λοίμωξης από Bartonella henselae σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα 56 ετών, με ιστορικό υποθυροειδισμού, η οποία εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπύρετου από εξαήμερου έως 39° C. Η ασθενής ανέφερε δήγμα γάτας από εβδομάδων, για το οποίο δεν έλαβε καμία αγωγή. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στο δεξιό πνευμονικό πεδίο και οίδημα δεξιού άνω άκρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε λευκοκυττάρωση και CRP 420 mg/l (Φ.Τ <3 mg/l). Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και η ασθενής τέθηκε, αρχικά, σε εμπειρική αγωγή με αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη και αζιθρομυκίνη. Την τρίτη μέρα νοσηλείας, παρουσίασε επιδείνωση του οιδήματος του δεξιού άνω άκρου, με επέκταση στο δεξιό ημιθώρακιο, ενώ κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε επώδυνος μασχαλιαίος λεμφαδένας. Πραγματοποιήθηκε τιτλοποίηση της αντιβιοτικής αγωγής σε αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό και σιπροφλοξασίνη. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε διόγκωση λεμφαδένων δεξιάς μασχαλιαίας περιοχής, με οίδημα των υποκείμενων μυών. Ελήφθη ορολογικός έλεγχος IgM αντισωμάτων έναντι της Bartonella henselae, ο οποίος ανεδείχθη θετικός. Επακολούθησε υπερηχογράφημα καρδιάς, το οποίο δεν ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ενδοκαρδίτιδα. Η ασθενής ολοκλήρωσε αγωγή 14 ημερών με σταδιακή ύφεση του εμπύρετου και βελτίωση της κλινικής της εικόνας και εξήλθε του νοσοκομείου.

**Συμπεράσματα:** Η Bartonella henselae είναι ένα gram αρνητικό βακτήριο, το οποίο προκαλεί περιορισμένη νόσο σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς, ωστόσο δύναται να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές. Η υψηλή κλινική υποψία αποτελεί οδηγό για την έγκαιρη διάγνωση και την ορθή αντιβιοτική αγωγή.

AA009

**ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ BACILLUS CALMETTE-GUERIN: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ Ή ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΡΧΗΣ;**

Μπουραντάς Βασίλειος, Προδρομιάδου Ελισάβετ, Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος, Γκιαούρη Ουρανία, Ντζιώρα Φωτεινή, Τόσκας Άγγελος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανοσοθεραπεία με ενδοκυστικές εγχύσεις Βακίλλου Calmette-Guerin (BCG), σε περίπτωση παρουσίας in situ καρκινώματος ουροδόχου κύστης, είναι μια διαδοσμένη και αποτελεσματική θεραπεία, όμως όχι χωρίς επιπλοκές. Σκοπός η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με παρατεινόμενο εμπύρετο και επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία, μετά από την παραπάνω ανοσοθεραπεία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 61 ετών, προσέρχεται λόγω εμπύρετου έως 39°C από 20ημέρου, με συνοδό απώλεια βάρους. Προηγήθηκε νοσηλεία σε άλλη κλινική, όπου διαπιστώθηκε πανκυτταροπενία, επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία με χολοστατικό πρότυπο και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ηπατοσπληνομεγαλία, πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και πνευμονική εμβολή. Ο ασθενής έλαβε αντιβιοτική αγωγή ως επί χολοκυστίτιδας χωρίς βελτίωση. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται θηλώματα ουροδόχου κύστης με ενδοσκοπική εκτομή και ενδοκυστικές εγχύσεις BCG (τελευταία προ μηνός). Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω διερεύνηση παρατεινόμενου εμπύρετου. Διενεργήθηκε συμπληρωματικός έλεγχος με εξέταση απελευθέρωσης ιντερφερόνης γ (Quantiferon), οστεομυελική βιοψία και βιοψία ήπατος.

**Αποτελέσματα:** Εν αναμονή των αποτελεσμάτων διεκόπη η αντιμικροβιακή αγωγή. Η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε κοκκιώματα και η βιοψία ήπατος αλλοιώσεις κοκκιωματώδους ηπατίτιδας με παρουσία μη νεκρωτικών κοκκιωμάτων στο παρέγχυμα, χωρίς παρουσία οξείων μυκοβακτηριδίων κατά τον ιστοχημικό έλεγχο. Η εξέταση Quantiferon ήταν θετική. Ετέθη η διάγνωση κοκκιωματώδους νόσου του ήπατος σχετιζόμενης με προηγηθείσα ενδοκυστική έγχυση BCG. Ο ασθενής ξεκίνησε τετραπλή αντιφυματική αγωγή, απυρέτησε και παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Συνεχίζει την παρακολούθησή του στο εξωτερικό ιατρείο λοιμώξεων.

**Συμπεράσματα:** Έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με BCG ανοσοθεραπεία, όπως χημική κυστίτιδα (90%), αιματουρία (43%), δεκατική πυρετική κίνηση (30%), κακουχία (24%), ναυτία (8%), αλλεργικές αντιδράσεις (1%), και πιο σπάνια κοκκιωματώδης προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, ηπατίτιδα, πνευμονίτιδα. Η παθογένεση των επιπλοκών δεν είναι πλήρως γνωστή. Οι επικρατέστεροι μηχανισμοί αφορούν ενεργοποίηση λοίμωξης από ζώντα μυκοβακτηρίδια και αντίδραση υπερευαισθησίας στα αντιγονικά ερεθίσματα. Η εξέταση Quantiferon είναι ειδική για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, όχι όμως και για να τεκμηριώσει ενεργό νόσο.

AA010

**ΔΕΞΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ**

Σερετίδη Αναστασία, Περίφανος Γεώργιος, Λεοντής Αθανάσιος, Βουδούρης Βασίλειος, Πρωτόπαππα Αθανασία, Λυγούρα Βασιλική, Σαγρής Δημήτριος, Μιχαήλ Αναστασία, Μπούλμπου Μαρία, Ρηγοπούλου Ειρήνη, Νταλέκος Ν. Γεώργιος, Ντάιος Γεώργιος

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Στο 60% των ασθενών με νευροενδοκρινείς όγκους (NET) λεπτού εντέρου παρατηρείται προσβολή της καρδιάς με εικόνα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (ΔΚΑ). Η πρωτοδιάγνωση Γαστρο-Έντερο-Παγκρεατικού Συστήματος (ΓΕΠ) - NETs με κλινική εκδήλωση ΔΚΑ δεν είναι συχνή καθώς προηγούνται συμπτώματα όπως flashing και διάρροιες. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε την περίπτωση ασθενούς που προσήλθε με αίσθημα δύσπνοιας και πρωτοδιάγνωση ασκίτικης συλλογής.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 68 χρονών προσήλθε αιτιώμενη διαρροϊκές κενώσεις από διμήνου, καταβολή και αίσθημα δύσπνοιας. Η κλινική εξέταση ανέδειξε την παρουσία flashing, οιδημάτων κάτω άκρων, μετακινούμενης αμβλύτητας και ολοσυστολικό φύσημα (2/6) στην κορυφή της καρδιάς. Η παρακέντηση ασκίτικης συλλογής ανέδειξε SAAG > 1.1g/dl. Στο ατομικό της αναμνηστικό είχε αρτηριακή υπέρταση και BMI>35. Η διαφορική διάγνωση αφορούσε σε διερεύνηση αιτιών ασκίτικης συλλογής πυλαίας υπέρτασης.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής δεν εμφάνιζε σημεία χρόνιας ηπατοπάθειας, ούτε προηγούμενο συμβατό ιστορικό και η βιοσυνθετική ικανότητα ήπατος δεν είχε επηρεαστεί. Τιμή ολικών λευκωμάτων ασκίτικού υγρού >2.5g/dl με SAAG>1.1g/dl συναντάται σε ΔΚΑ και σε Budd-Chiari syndrome. Ακολούθησε υπερηχογράφημα καρδιάς με διατεταμένη δεξιά κοιλία και ¼ ανεπάρκεια τριγλώχινας. Ακολούθησε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε δευτεροπαθείς αλλοιώσεις ήπατος και πρωτοπαθή εστία στο μεσεντέριο χώρο εφαιπτόμενη σε έλικες λεπτού εντέρου (καρκινοειδές). Παθολογικά αυξημένα επίπεδα του 5-υδρόξυ-ινδολοξικού οξέως (5-HIAA) 91.1 mg/24h, σεροτονίνης ορού 591.6ng/ml, χρωμογρανίνης A 217μg/L. Το σπινθηρογράφημα υποδοχέων σωματοστατίνης επιβεβαίωσε την παθολογική εστία και το PET CT scan τη μεταστατική φύση της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Προσβολή της δεξιάς κοιλίας παρατηρείται σε ποσοστό ως 60% σε ΓΕΠ-NETs και η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.



AA011

**ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ**

Αγγελάρα Μαρία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Σμιλάκου Σταυρούλα<sup>2</sup>, Ντζιώρα Φωτεινή<sup>1</sup>, Ξυδά Νεκταρία<sup>1</sup>, Μυλωνά Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λεπτοσπείρωση συνιστά δυνητικά θανατηφόρο ζωνόσο με ποικίλες εκδηλώσεις. Η διάγνωσή της είναι προκλητική για τον κλινικό ιατρό, ιδίως όταν αφορά ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Σκοπός της παρούσας είναι η περιγραφή σπάνιου περιστατικού λεπτοσπείρωσης σε ασθενή με χρόνια φλεγμονώδη απομυελινωτική πολυνευροπάθεια (CIDP).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα, 37 ετών, με ιστορικό CIDP υπό κορτικοστεροειδή και πρόσφατη προ 15ημέρου 1η χορήγηση Rituximab, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω προοδευτικής εμφάνισης αιμορραγικού εξανθήματος κυρίως στα κάτω άκρα και τον κορμό, συρρέοντος σε πλάκες, επηρμένου και ηπίως κνηστώδους από 12ώρου, με συνοδό εμπύρετο έως 38°C με ρίγος, μυαλγίες και μετωπιαία κεφαλαλγία μέτριας έντασης από 4ώρου. Η ασθενής είχε επαφή με οικόσιτα εμβολιασμένα ζώα (κουνέλι και σκύλο).

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν λευκοκυττάρωση, ήπια υπογαμμασφαιριναιμία και μετρίως αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, χωρίς παθολογικά ευρήματα, και έπειτα πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με ανάδειξη 10 λεμφοκυττάρων, φυσιολογική πρωτεΐνη/γλυκόζη και αρνητική καλλιέργεια ENY. Η ασθενής έλαβε αγωγή με ακυκλοβίρη (ως επί άσηπτης μηνιγγίτιδας), δοξουκυκλίνη (για πιθανή λεπτοσπείρωση/ρickettsias), κλινδαμυκίνη (ως επί νόσησης από Carboxycytophaga), μεθυλπρεδνιζολόνη και λεβοσετιριζίνη (για το εξάνθημά της). Εστάλησαν πολλαπλές καλλιέργειες ούρων και αίματος, πλήρης ανοσολογικός/ιολογικός/ορολογικός έλεγχος, απ' όπου προέκυψαν ασθενώς θετικά αντισώματα για λεπτόσπειρα (IgM 1/32/IgG 1/200), με μικρή αύξηση του τίτλου τους έπειτα, γεγονός αποδιδόμενο στην πρόσφατη λήψη rituximab. Την 5<sup>η</sup> ημέρα της νοσηλείας της -ενώ παρουσίαζε κλινική βελτίωση- εμφάνισε ορθόπνοια/υποξυγοναιμία και αντιμετωπίστηκε ως οξεία καρδιακή κάμψη με ήπια ενζυμική κίνηση και αυξημένο NT-pro-BNP (4400pg/ml) χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, ενώ στο υπερηχογράφημα καρδιάς ανευρέθη διάχυτη υποκινησία βασικού-μέσου μεσοκοιλιακού διαφράγματος/EF 50% ως επί μυοκαρδίτιδας, η οποία επιβεβαιώθηκε αργότερα και με μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Η βιοψία δέρματος ανέδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειΐτιδα των μικρού μεγέθους αγγείων συμβατή με τις επαγόμενες από λεπτοσπείρωση βλάβες.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ανοσοκαταστολή χρήζουν ιδιαίτερης επαγρύπνησης σε ό,τι αφορά σε λοιμώξεις, ενδέχεται να εμφανίζουν άτυπες κλινικές εικόνες, δυσκολία στην αναγνώριση ειδικών αντισωμάτων και αυξημένη επίπτωση επιπλοκών.

## AA012

## ΝΟΣΟΣ KIKUCHI-FUJIMOTO: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Ταξιάρχου Χριστίνα<sup>1</sup>, Κοσμάς Νικόλαος<sup>1</sup>, Μακρής Αναστάσιος<sup>1</sup>, Ζεκολάρι Κριστιάνα<sup>1</sup>, Σαμαράς Βασίλειος<sup>2</sup>, Χίνη Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, ΝΕΕΣ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», Αθήνα

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό εργαστήριο, ΝΕΕΣ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος Kikuchi-Fujimoto (ή νεκρωτική λεμφαδενίτιδα) είναι μια σπάνια καλοήθης αυτοπεριοριζόμενη νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή με αυξημένο επιπολασμό σε γυναίκες ασιατικής καταγωγής και ηλικίας <40 ετών. Παρουσιάζει ετερογενή κλινικό φαινότυπο με πιο συχνή εκδήλωση την τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Άλλες εκδηλώσεις είναι ο πυρετός, οι αρθραλγίες, η διάρροια, το εξάνθημα, καθώς και η νευρολογική προσβολή (άσηπτη μηνιγγίτιδα).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για νεαρή γυναίκα 17 ετών πακιστανικής καταγωγής με πρώτη εκδήλωση της νόσου την άσηπτη μηνιγγίτιδα. Η ασθενής είχε νοσηλευτεί αλαχού λόγω άσηπτης μηνιγγίτιδας. Μετά από 2 εβδομάδες προσήλθε στο ΝΕΕΣ με υποτροπή εμπύρετου και κεφαλαλγία. Αρχικά νοσηλεύτηκε στη νευρολογική κλινική και αντιμετωπίστηκε ως υποτροπή μηνιγγίτιδας. Στη συνέχεια διαπιστώθηκε αριστερή υπερκλείδια και αμφοτερόπλευρη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και μεταφέρθηκε στην κλινική μας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε λευκοπενία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε περαιτέρω παθολογία. Εστάλη έλεγχος για λοιμώδεις παράγοντες, καθώς και ανοσολογικός έλεγχος, οι οποίοι απέβησαν αρνητικοί. Επί τη βάση των ανωτέρω, τέθηκε η υπόνοια νόσου Kikuchi. Διενεργήθηκε βιοψία υπερκλείδιου λεμφαδένα, που ανέδειξε νεκρωτική ιστοκυτταρική λεμφαδενίτιδα συμβατή με νόσο Kikuchi. Τα συμπτώματα υφέθησαν αφ' εαυτών. Έπειτα από 2 εβδομάδες παρουσίασε υποτροπή του εμπύρετου με τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, αρθραλγίες, αγγειοίδημα, και ακμοειδές εξάνθημα προσώπου. Λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας παρά τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, η ασθενής ετέθη σε κορτικοστεροειδή, με επακόλουθη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Παρά τη σπανιότητα της νόσου Kikuchi-Fujimoto, θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμπύρετης λεμφαδενοπάθειας. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι η πρώτη εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι η άσηπτη μηνιγγίτιδα, ενώ μπορεί να εμφανίζεται με ποικίλες εκδηλώσεις. Η πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αυτοπεριοριζόμενη, ωστόσο ενδέχεται να χρειαστεί χορήγηση κορτικοστεροειδών.

AA013

**ΠΥΩΔΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΗΑΕΜΟΡΗΙΛΙΣ ΙΝΦΛΟΥΕΝΖΑΕ**

Καραχάλιος Χαράλαμπος, Μπομπολή Μαρία, Πλατή Παναγιώτα, Χίνη Μαρία

*Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ε.Ε.Σ.»*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η πυώδης περικαρδίτιδα και οι διεισδυτικές λοιμώξεις από *Haemophilus influenzae* αποτελούν σπάνιες κλινικές οντότητες στις μέρες μας, χάρη στην ευρεία χρήση αντιβιοτικών και στο πρόγραμμα εμβολιασμού. Παρουσιάζουμε, περιστατικό πυώδους περικαρδίτιδας από *Haemophilus influenzae* με σκοπό να τονίσουμε ότι πρόκειται για μία νόσο που υφίσταται, παρά τη σπανιότητα της και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της συμβάλλουν δραστικά στην ελάττωση της θνητότητας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 47 ετών με ιστορικό φυματίωσης, ηπατίτιδας C και αιθυλισμού, διακομίστηκε στο παθολογικό ΤΕΠ λόγω άλγους πλευριτικού τύπου από ωρών. Από την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν πνευμονική εμβολή, κίρρωση ήπατος και μέτρια περικαρδιακή συλλογή. Από το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας της, η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής εικόνας, με αιμοδυναμική αστάθεια, ολιγουρία, επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, ταχύπνοια και οιδήματα ανά σάρκα. Διενεργήθηκε επειγόντως διαθωρακικό U/S καρδιάς που ανέδειξε μεγάλη περικαρδιακή συλλογή με κίνδυνο επιτωματισμού και διενεργήθηκε περικαρδιοκέντηση δια της οποίας παροχετεύθηκαν 500cc πυώδους περικαρδιακού υγρού. Στην καλλιέργεια αίματος εισαγωγής αναπτύχθηκε *Haemophilus influenzae*, ενώ η καλλιέργεια περικαρδιακού υγρού που λήφθηκε υπό αντιβιοτική αγωγή, αναδείχθηκε στείρα. Επιπλέον, από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υψηλό ιικό φορτίο για HCV και κρουοσφαιρίνες σε μεγάλη ποσότητα >10%.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής μετά από αγωγή 4 εβδομάδων με Κεφτριαξόνη βάσει αντιβιογράμματος, εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένη και εντάχθηκε σε πρόγραμμα θεραπείας χρόνιας ηπατίτιδας C.

**Συμπεράσματα:** Η πυώδης περικαρδίτιδα σε ενήλικες αποτελεί μία σπάνια οντότητα, λόγω της ευρείας χρήσης αντιβιοτικών και ειδικά η σχετιζόμενη με τον *Haemophilus influenzae*, χάρη στο πρόγραμμα παιδικού εμβολιασμού. Ωστόσο, επιβάλλεται να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση σε περίπτωση πλευριτικού τύπου άλγους, ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων και πρόσφατης λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, λόγω της αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας της νόσου.

AA014

## ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Λογιώτη Κρυσταλλένια, Μπομπολή Μαρία, Χίνη Μαρία

Γ' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Από την αρχή της πανδημίας της Covid-19 νόσου, έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης της δερματομυοσίτιδας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού δερματομυοσίτιδας σε ασθενή μετά από Covid-19 νόσηση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 66 ετών με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου, υποθυρεοειδισμού, δυσλιπιδαιμίας, ανεμβολίαστος έναντι του SARS-Cov-2, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία λόγω μυϊκής αδυναμίας από τετραμήνου, ενώ ανέφερε σοβαρή νόσηση από Covid-19 προ 8μήνου. Από την αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε κεντρομελική αδυναμία, μη μουσικούς ρόγχους πνευμονικών βάσεων αμφοτερόπλευρα, διάχυτο συρρέον κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού και άκρων, ιώδη χρώση των βλεφάρων(ηλιοτρόπιο), ερύθημα στον ώμο και τον τράχηλο (σημείο εσάρπας), βλατίδες Gotttron καιτραχύτητα δέρματος άκρων χειρών («χέρια μηχανικού»). Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές μυϊκών ενζύμων (CPK: 5115 U/I- AST:124 U/I- ALT:120 U/I, αλδολάση: 60,5 U/I),LDH:809 U/I, ενώ ο έλεγχος για ηπατίτιδα Β, C, νεοπλασματικούς δείκτες και παραπρωτεΐναιμία ήταν αρνητικός. Η θυρεοειδική λειτουργία ήταν φυσιολογική.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθησαν ANA, αντιENA, αντιRo52 και antiPL-7 θετικά. Το ηλεκτρομυογράφημα ανέδειξε μυοπαθητικού τύπου αλλοιώσεις στους κεντρομελικούς μύες. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού και η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας ήταν αρνητικά για κακοήθεια ενώ η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε βρογχοπνευμονικά διηθήματα αμφοτερόπλευρα και ο λειτουργικός έλεγχος των πνευμόνων μικτού τύπου διαταραχή με υπεροχή του περιοριστικού προτύπου. Ο ασθενής εντός νοσηλείας εμφάνισε επιδείνωση του εξανθήματος και εμφάνιση ερυθροδερμίας με συνοδό κνησμό και εμπύρετο. Υπεβλήθη σε βιοψία μυός και δέρματος όπου ετέθη η διάγνωση της δερματομυοσίτιδας και έγινε έναρξη γλυκοκορτικοειδών και ριτουξιμάμπης με επακόλουθη βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Η Covid 19 νόσος ενοχοποιείται για την πυροδότηση ποικίλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι σε εγρήγορη για τη διάγνωση δερματομυοσίτιδας σε ασυνήθιστες περιπτώσεις φλεγμονώδους μυοπάθειας μετά από COVID19 λοίμωξη.



AA015

**ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΜΕ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Παπαχρήστου Κλαίρη, Μιχαλάκη Βανέσα, Δρούλιας Ανδρέας, Μαγγανάς Κωνσταντίνος, Καραμανάκος Γεώργιος

*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι μυοσίτιδες είναι αυτοάνοσα νοσήματα τα οποία σπάνια επιπλέκονται με μυοκαρδιακή προσβολή, θέτοντας στον κλινικό ιατρό ιδιαίτερες διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 78 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω αδυναμίας/καταβολής από μηνών και αυξημένης CPK (4000IU/L) και τροπονίνης (2500ng/L) σε πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνονται χρόνια νεφρική νόσος με stent σε αριστερή νεφρική αρτηρία και ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση, σύνδρομο Raynaud, δυσλιπιδαιμία με πρόσφατη αλλαγή υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνη και προ 9μήνου διενέργεια ολικής υστερεκτομής.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή της είχε όψη πάσχουσας, νορμοπνοϊκή, αιμοδυναμικά σταθερή, με ήπιο οίδημα βλεφάρων, οιδήματα κάτω άκρων και εκσεσημασμένη κεντρομελική αδυναμία ιδίως σε κάτω άκρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνονται οι αυξημένες τιμές CPK και TnT, χωρίς σημαντική αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Το ΗΚΓ και η ακτινογραφία θώρακος εισαγωγής δεν είχαν παθολογικά ευρήματα, ενώ η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων αριστερής κοιλίας με φυσιολογική συσπαστικότητα. Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με MRI που ανέδειξε φλεγμονή μυοκαρδίου και τετρακεφάλων άμφω. Εστάλη ανοσολογικός έλεγχος με αρνητικά anti-HMG-CoA και θετικά anti-SRP. Ο έλεγχος για υποκείμενη κακοήθεια ήταν αρνητικός. Λόγω βαριάς κλινικής εικόνας και λήψης αντιαιμοπεταλιακής αγωγής αποφασίστηκε η μη διενέργεια βιοψίας μυός και η άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής με μεθυλπρεδνιζολόνη και κυκλοφωσφamide, ως επί νεκρωτικής μυοσίτιδας. Παρουσίασε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με υπερτασικές αιχμές και λευκωματουρία σε επίπεδα νεφρωσικού συνδρόμου, χωρίς πειραματικά ερυθρά. Τα ευρήματα αποδόθηκαν σε πρωτεϊνουρία από ραβδομύλυση, οπότε και τέθηκε σε συνεδρίες τεχνητού νεφρού.

**Συμπεράσματα:** Η μυοκαρδιακή προσβολή και η νεφρική βλάβη αποτελούν σπάνιες αλλά κλινικά σημαντικές επιπλοκές της αυτοάνοσης νεκρωτικής μυοσίτιδας. Η υψηλή κλινική υποψία και η άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής αποτελούν τους πυλώνες της αντιμετώπισής τους.

AA016

**ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΑΝΟΣΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Διαμαντόπουλος Παναγιώτης, Γκούφα Αικατερίνη, Αναστασοπούλου Αμαλία, Κουζής Παναγιώτης, Ζιώγας Δημήτριος, Κυριακάκης Γεώργιος, Γκόγκα Έλενα

Α΄ Παθολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Αν και η ηωσινοφιλία που σχετίζεται με τη λήψη ανοσοθεραπείας αναφέρεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια των αναστολέων σημείων ελέγχου, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς ως προς τη συχνότητα, τη βαρύτητα, τη διάρκεια, την κλινική σημασία, τη διαγνωστική προσέγγιση και την αντιμετώπισή της.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα υπό ανοσοθεραπεία, και έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, του σταδίου της νόσου, της συχνότητας εμφάνισης ηωσινοφιλίας, των συνοδών συμπτωμάτων, της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, καθώς και της συσχέτισής της με παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 249 ασθενείς και 61 εμφάνισαν ηωσινοφιλία (24.5%). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με το φύλο, την ηλικία, τον ιστολογικό υπότυπο, το στάδιο και την παρουσία μετάλλαξης του γονιδίου BRAF. Ο διάμεσος χρόνος από την έναρξη της ανοσοθεραπείας έως την εμφάνιση ηωσινοφιλίας ήταν 55 ημέρες (10-534), ενώ η διάμεση τιμή των ηωσινοφίλων ήταν  $0,70 \times 10^9/L$  ( $0,50-4,53 \times 10^9/L$ ). Η συχνότητα ηωσινοφιλίας ήταν υψηλότερη σε ασθενείς υπό nivolumab και bempregaldesleukin (50.0%), και ακολούθησαν ασθενείς υπό nivolumab και ipilimumab (21.7%). Οι συμπτωματικοί ασθενείς (N=15, κνησμός, εξάνθημα, αρθραλγία) και/ή ασθενείς με υπερηωσινοφιλία (τιμή  $> 1,5 \times 10^9/L$ , N=3 κατά την εκδήλωση, N=20 κατά την πορεία της ηωσινοφιλίας) αξιολογήθηκαν ως προς την προσβολή οργάνων και το αίτιο της ηωσινοφιλίας (γενική αίματος και εκτίμηση επιχρίσματος, βιοχημικός έλεγχος, ακτινογραφία θώρακος και υπερηχογράφημα καρδιάς). Όλες οι περιπτώσεις θεωρήθηκαν σχετιζόμενες με την ανοσοθεραπεία καθώς δεν διαπιστώθηκε εναλλακτική διάγνωση. Συμπτωματικοί ασθενείς ή με υπερηωσινοφιλία αντιμετωπίστηκαν με χαμηλή δόση στεροειδών (N=2), αντισταμινικά (N=11), ή τοπική αγωγή (N= 4). Σε δυο ασθενείς έγινε αναστολή της ανοσοθεραπείας, ενώ ένας ασθενής χρειάστηκε να διακόψει τη θεραπεία με bempregaldesleukin (μέγιστη τιμή  $13,2 \times 10^9/L$ ) και συνέχισε μονοθεραπεία με nivolumab. Η ηωσινοφιλία υποτροπίασε σε 21 ασθενείς όταν έλαβαν ξανά ανοσοθεραπεία. Αν και η ολική επιβίωση των ασθενών με ηωσινοφιλία ήταν μεγαλύτερη, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (64.5 vs 33.4 μήνες,  $p = 0.16$ )

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για την πρώτη μελέτη αξιολόγησης της συσχέτισης μεταξύ του είδους της ανοσοθεραπείας και εμφάνισης ηωσινοφιλίας σε ασθενείς με μελάνωμα, καθώς και περιγραφής της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισής τους, και της πρόγνωσης της νόσου.

AA017

**ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΠΛΗΝΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

Νασιάδη Χρυσάνθη<sup>1</sup>, Καββαθά Δήμητρα<sup>2</sup>, Οικονομόπουλος Νίκος<sup>3</sup>, Παρμαξίδης Άνθιμος<sup>1</sup>, Σκούρα Ειρήνη<sup>2</sup>, Αγγέλου Ελένη<sup>2</sup>, Μαρκάκης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

<sup>2</sup> Δ' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

<sup>3</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι ασθενείς που λαμβάνουν anti-TNF παράγοντες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ειδικών λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένης της φυματίωσης. Ο κίνδυνος φυματίωσης φαίνεται ότι εξαρτάται από την τοπική επίπτωση και το είδος του anti-TNF παράγοντα (μεγαλύτερος για adalimumab, infliximab έναντι etanercept). Ο σπλήνας αποτελεί τρίτη σε σειρά συχνότητας εστία εντόπισης σε περιπτώσεις αιματογενούς διασποράς των μυκοβακτηριδίων, μετά από τους πνεύμονες και το ήπαρ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για ασθενή 37 ετών, υπό αγωγή για ρευματοειδή αρθρίτιδα με μεθοτρεξάτη από έτους και βιολογικό παράγοντα (adalimumab) από εξαμήνου, ο οποίος προσήλθε λόγω παρατείνόμενου εμπύρετου από μηνός χωρίς άλλη κλινική συμπτωματολογία. Ο ασθενής υπεβλήθη εξωτερικά σε μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας προς διερεύνηση, όπου αναφέρονται πολλαπλές σπληνικές οζώδεις αλλοιώσεις με διάμετρο έως 1,7εκ. Αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε ολιγάριθμες μικροοζιδιακές αλλοιώσεις πνευμόνων άμφω και μόλις υποσημαινόμενη λεμφαδενική διόγκωση μεσοθωρακίου έως 1.2 εκ. Πολλαπλές καλλιέργειες αίματος ήταν στείρες. Έλεγχος για βρουκέλλωση, HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, Toxoplasma, σύφιλη, ελονοσία ήταν αρνητικός. Ο ανοσολογικός έλεγχος και έλεγχος νεοπλασματικών δεικτών και β-D-γλουκάνης ήταν αρνητικός. Διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξαν παρουσία εκπλαστήσεων. Η δοκιμασία απελευθέρωσης ιντερφερόνης (IGRA) ήταν θετική, ενώ αυτή προ της έναρξης της θεραπείας με βιολογικό παράγοντα ήταν αρνητική. Έγινε βρογχοσκόπηση και στο υλικό της βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης προέκυψε θετική PCR για Mycobacterium tuberculosis ευαίσθητο στην ριφαμπικίνη. Έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη και εθαμβουτόλη με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση του εμπύρετου. Ο ασθενής ετέθη σε αντιφυματική αγωγή για 9 μήνες και έγινε διακοπή του adalimumab.

**Συμπεράσματα:** Η φυματίωση σε ασθενείς υπό anti-TNF μπορεί να έχει άτυπη κλινική εικόνα με προεξάρχουσα την διάχυτη εξωπνευμονική νόσο και πρέπει να υπάρχει υψηλή κλινική υποψία ακόμα και επί αρχικής αρνητικής IGRA και να γίνεται επανάληψη αυτής ιδίως σε τοπική υψηλή επίπτωση. Η σπληνική εντόπιση ως μεμονωμένη ή κύρια εκδήλωση της νόσου είναι εξαιρετικά σπάνια. Η διάγνωση τίθεται συνήθως με ιστολογική εξέταση υλικού βιοψίας σπληνός ή σπληνεκτομής η οποία δεν απαιτήθηκε στην ανωτέρω περίπτωση. Η θεραπεία συνίσταται σε ολοκλήρωση αντιφυματικής αγωγής ως επί πνευμονικής νόσου.

AA018

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΙΣ ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος<sup>1</sup>, Μπουραντάς Βασίλειος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Ευαγγελάτος Γεράσιμος<sup>1</sup>, Τόμπρου Ιωάννα<sup>2</sup>, Μυλωνά Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παράδοση εμβολή της νεφρικής αρτηρίας συνιστά σπάνια οντότητα και συμβαίνει, όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ δεξιού και αριστερού κόλπου της καρδιάς. Από την άλλη, το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΣ) αποτελεί κλινικό σύνδρομο που παρουσιάζεται με αρτηριακές ή φλεβικές θρομβώσεις. Σκοπός της παρούσας είναι η περιγραφή σπάνιου κλινικού περιστατικού με παράδοχο θρομβοεμβολικό επεισόδιο στις νεφρικές αρτηρίες άμφω.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής, 46 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διεκομίσθη στην κλινική μας για διερεύνηση θρομβοεμβολικών επεισοδίων στις νεφρικές αρτηρίες. Ο ασθενής παρουσίασε οξύ κοιλιακό άλγος προ 5ημέρου, που αποδόθηκε σε θρόμβωση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας. Υπεβλήθη σε επιτυχή ενδαγγειακή θρομβόλυση και αγγειοπλαστική σε έτερο θεραπευτήριο. Τη 2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας του, εμφάνισε εκ νέου οξύ κοιλιακό άλγος, εμπύρετο και δύσπνοια/υποξυγοναιμία. Διαγνώστηκε με πύκνωση αριστερού κάτω λοβού και νέα θρόμβωση στην αριστερή νεφρική αρτηρία, ο οποίος αντιμετωπίστηκε με αντιπηκτική αγωγή.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή με θεραπευτική δόση ενοξαπαρίνης 8.000 I.U. 1x2 s.c., ακετυλοσαλικυλικό οξύ 100 mg/d, ατορβαστατίνη 40mg/d και πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη. Ο έλεγχος για κακοήθεια, PNH, νεφρωσικό σύνδρομο, μυελοϋπερπλαστικό σύνδρομο ήταν αρνητικός, ο μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας ανέδειξε ετεροζυγωτία στον MTHFR. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά IgM Abs έναντι καρδιολιπίνης (98 IU/mL/εφο 0-44U/ml) και β2-GPI (40.7 IU/mL/εφο 0-9U/ml). Ο υπέρηχος καρδιάς και η δοκιμασία με φυσαλίδες αέρος (bubble test) ανέδειξαν διαφυγή από το δεξιό προς αριστερό κόλπο, ενώ το διοισοφάγιο υπερηχογράφημα επιβεβαίωσε ανοικτό ωοειδές τρήμα. Η MRI εγκεφάλου του ανέδειξε ισχαιμική λευκοεγκεφαλοπάθεια. Ο ασθενής διασυνδέθηκε με το εξωτερικό Ρευματολογικό Ιατρείο μας, ενώ το ενδεχόμενο σύγκλεισης του ωοειδούς τρήματος δεν προκρίθηκε προς αποφυγή επιδείνωσης του ΑΣ.

**Συμπεράσματα:** Η απόφραξη νεφρικών αρτηριών συνιστά σπάνια οντότητα, η οποία δύναται να μιμηθεί οξεία κοιλία. Συνιστάται υψηλός δείκτης υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή της προς αποφυγή επιπλοκών. Το ίδιο ενεργά θα πρέπει αναζητείται ύπαρξη υποκείμενου ΑΣ σε κάθε επεισόδιο φλεβικής ή αρτηριακής θρόμβωσης.





AA019

**ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ**

Σγουραλή Ελένη

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα

ΑΠΕΣΥΡΟΗ

AA020

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΥ ΒΕΗΣΕΤ

Σγουραλή Ελένη, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος Behcet (BD) αποτελεί σπάνια πολυσυστηματική φλεγμονώδη νόσο που προσβάλλει συνήθως λαούς μεταξύ Ανατολικής Ασίας και Μεσογείου με υπεροχή του ανδρικού φύλου. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού Αμερικανίδας γυναίκας με BD.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η έκθεση περιστατικού γυναίκας με εκδηλώσεις BD και καταγωγή διαφορετική από τις συνήθεις χώρες εμφάνισης της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Γυναίκα με καταγωγή από τις Η.Π.Α. και πολυετή διαμονή στην Ελλάδα αναφέρει ευμεγέθεις, επώδυνες ερυθροιώδεις αλλοιώσεις πρόσθιας επιφάνειας κάτω άκρων από τετραμήρου και επώδυνες άφθες στόματος από εικοσιτετραώρου. Περίοδος αυξημένου στρες και σωματικής καταπόνησης. Αναφερόμενα δύο επεισόδια στοματικών ελκών το τελευταίο έτος για τα οποία έλαβε αντιμικροβιακό στοματικό διάλυμα κατόπιν ιατρικής εκτίμησης, με υποχώρηση αυτών. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται κάπνισμα, ένας φυσιολογικός τοκετός και θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Χωρίς αυτοάνοσο νόσημα στο οικογενειακό ιστορικό. Κατά την κλινική εξέταση προκύπτει απυρεξία, υπόταση, φυσιολογικός κορεσμός αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο και φλεβοκομβικός ρυθμός με ατελές μπλοκ δεξιού σκέλους στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Παρατηρούνται ερυθροιώδη υποδόρια οζίδια πρόσθιας επιφάνειας κνημών συμβατά με οζώδες ερύθημα και βουβωνικός λεμφαδένας αριστερά. Από την ωτορινολαρυγγική εκτίμηση διαγιγνώσκονται αφθώδη έλκη στόματος, χωρίς επέκταση κάτωθεν της ρίζας της γλώσσας. Τίθεται η υποψία της BD και άρχετε διερεύνηση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει λευκοκυττάρωση -πολυμορφοπυρηνικός τύπος-, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και θρομβοκυττάρωση. Ο ιολογικός έλεγχος, τα επίπεδα αντιστρεπτολυσίνης και η φυματινοαντίδραση είναι αρνητικά. Από την ακτινογραφία θώρακος δεν προκύπτουν παθολογικά ευρήματα. Ο ανοσολογικός έλεγχος αναδεικνύει θετικά HLA-B51 και έναντι της καρδιολιπίνης αντισώματα. Η γυναικολογική και οφθαλμολογική εκτίμηση είναι φυσιολογικές ενώ θετική ανεδείχθη η παθεργική δοκιμασία. Με βάση τα παραπάνω επιβεβαιώνεται η διάγνωση της BD και άρχετε τοπικό στεροειδές στη στοματική κοιλότητα και κορτικοστεροειδές συστηματικά με βελτίωση των κλινικο-εργαστηριακών ευρημάτων.

**Συμπεράσματα:** Η BD, ανεξαρτήτως των επιδημιολογικών δεομένων, απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση για τη διάγνωση και στη συνέχεια αποτελεσματική θεραπεία αυτής.



Προάγοντας τη γνώση στην Παθολογία επί 36 χρόνια

26<sup>ο</sup>

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
www.hsim2023.gr

18-21 Οκτωβρίου 2023 Divani Caravel Hotel, Αθήνα

”  
Συνεχιζόμενη  
Εκπαίδευση στην  
Παθολογία:  
Τι νεότερο στη  
διάγνωση και  
στη θεραπεία  
των νοσημάτων  
που αντιμετωπίζει  
ο Παθολόγος  
”

AA021

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΥ ΒΕΗΣΕΤ

Σγουραλή Ελένη

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα

ΑΠΕΣΥΡΦΗ

AA022

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ  
ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ**

Τυχάλας Ανδρέας, Παπαϊωάννου Νικόλαος, Κάκαρης Αλέξανδρος, Λαζαρίδης Αντώνιος, Τζατζάγου Γλυκερία

Α' Παθολογική κλινική-Διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το Clostridium Difficile αποτελεί το συχνότερο παθογόνο αίτιο διαρροιών κατόπιν λήψης αντιβιοτικών. Η κολίτιδα από C. Difficile εμφανίζει αυξημένη επίπτωση και θνησιμότητα παγκοσμίως. Η βαρύτητα της κολίτιδας κατηγοριοποιείται ως μη-σοβαρή, σοβαρή ή κεραυνοβόλος. Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί χρόνια φλεγμονώδης εντεροπάθεια χαρακτηριζόμενη από επεισόδια υφέσεων κι εξάρσεων. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση ασθενούς με διαρροϊκό σύνδρομο λόγω ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας όπου διαπιστώθηκε συνυπάρχουσα ελκώδης κολίτιδα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν ασθενής 40 ετών προσήλθε λόγω πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων από 20ημέρου, με πρόσμιξη αίματος. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται επιπολής φλεβοθρόμβωση προ έτους αντιμετωπισθείσα με θρομβεκτομή. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε εμπύρετο (έως 39°C), διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα, κι οιδήματα κάτω άκρων.

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία, θρομβοκυττάρωση, υπολευκωματιναμία (Hb=10.7g/dl, MCV=92.1fl, PLT=532K/μL, αλβουμίνη=2.44g/dl) και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (TKE=75mm/hr, CRP=31.50mg/dl, PCT=4.33ng/ml). Εστάλη μικροσκόπηση (άφθονα ερυθρά και πυοσφαίρια), καλλιέργεια κοπράνων (αρνητική) και έλεγχος για τοξίνες C. Difficile με ανάδειξη τοξίνης A και B. Ο ασθενής έλαβε Βανκομυκίνη per os και Μετρονιδαζόλη ενδοφλεβίως. Επιπρόσθετα, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας όπου διαπιστώθηκε πανκολίτιδα. Ακολούθησε ορθοσιγμοειδοσκόπηση με λήψη βιοψιών. Λόγω μη σημαντικής κλινικής ανταπόκρισης στη θεραπεία, κλιμακώθηκε η αγωγή σε υψηλότερη δόση Βανκομυκίνης και διενεργήθηκε νέα ορθοσιγμοειδοσκόπηση (ορθοσιγμοειδίτιδα mayo score=3). Από τη βιοψία διαπιστώθηκε διαταραχή της αρχιτεκτονικής των κρυπτών, λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις, κρυπτίτις-περικρυπτίτις με αποτέλεσμα έναρξη αγωγής με μεσαλαζίνη και κορτικοστεροειδή με ύφεση της συμπτωματολογίας. Ο ασθενής πλέον λαμβάνει Infliximab.

**Συμπεράσματα:** Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία φλεγμονώδης νόσος του εντέρου η οποία μπορεί να αποτελέσει υπόβαθρο για προσβολή από C. Difficile. Σε έναν νέο ασθενή με ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα που δεν υφίσταται με τη θεραπευτική αγωγή και συνυπάρχουσες εξωεντερικές εκδηλώσεις, θα πρέπει να τίθεται υπόνοια ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νοσήματος του εντέρου.



AA023

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

Τυχάλας Ανδρέας, Λαζαρίδης Αντώνιος, Σαρακαπίνα Άννα, Μόσιαλος Βάιος, Τζατζάγου Γλυκερία

*Α' Παθολογική κλινική-Διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο ιός του Δυτικού Νείλου (WNV) ανήκει στην ομάδα των αρμποϊών και μεταδίδεται κυρίως με τσίμπημα μολυσμένων «κοινών» κουνουπιών. Το 75-80% των μολυνθέντων από WNV δεν εμφανίζει συμπτωματολογία. Από το λοιπό 20-25%, η πλειονότητα εμφανίζει ήπια κλινική εικόνα (Πυρετός του Νείλου) εκδηλούμενη κυρίως με εμπύρετο, κεφαλαλγία, μυαλγίες ενώ το 1% εμφανίζει συμπτώματα σοβαρής νόσου (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα). Παρουσιάζουμε μία σειρά ασθενών από την κεντρική Μακεδονία που νοσηλεύτηκαν κατά την εαρινή-θερινή περίοδο του 2022.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η διάγνωση του WNV έγινε με έλεγχο αντισωμάτων σε αίμα ή/και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY).

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, νοσηλεύτηκαν 16 ασθενείς με WNV(7 άρρενες και 9 θήλειες) με μέση διάρκεια νοσηλείας 7.93 ημέρες. Από το σύνολο αυτών, 8 ασθενείς είχαν ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και 4 σακχαρώδους διαβήτη. Όσον αφορά τη συμπτωματολογία, 15 ασθενείς εμφάνισαν εμπύρετο πριν ή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους(μέση διάρκεια εμπύρετου 6 ημέρες). Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε εξάνθημα. Οι 6 ασθενείς ανέφεραν επιπρόσθετα κεφαλαλγία ενώ 5 ασθενείς εμφάνισαν συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό(έμετοι-διάρροιες). Επίσης, 6 ασθενείς εμφάνισαν αποπροσανατολισμό/αλλαγή συμπεριφοράς και 6 αστάθεια βάδισης. Όσον αφορά την έκβαση, ένας ασθενής απεβίωσε και ένας διασωληνώθηκε με επακόλουθη νοσηλεία σε κέντρο αποκατάστασης. Οι υπόλοιποι ασθενείς βελτιώθηκαν πλήρως. Διαγνωστικά, διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση σε 7 ασθενείς με ανάδειξη θετικών IgM αντισωμάτων στο ENY. Σε όλους τους ασθενείς αναδείχθηκαν θετικά IGM στον ορό. Ένας ασθενής διαγνώσθηκε με PCR αίματος για τον ιό. Τέλος, σε έναν ασθενή ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε παρελθούσα λοίμωξη (>20ημέρες).

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από WNV θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενούς με εμπύρετο που διαβιεί σε περιοχή με κουνούπια κατά τη θερινή περίοδο κι ειδικότερα εφόσον συνυπάρχει νευρολογική σημειολογία.

## AA024

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ

Διακονικόλα Δέσποινα, Καίκης Άρης, Σταμπόρη Μαρία, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Μανώλακα Χρυσάνθη, Γόμπος Γεώργιος, Βολονάκη Αικατερίνη

Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ρόδου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Θήλυ 27 ετών σε ληθαργική κατάσταση με σοβαρή κετοξέωση διακομίσθηκε στο Νοσοκομείο Ρόδου προς διερεύνηση και αντιμετώπιση

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η ασθενής στην εισαγωγή της ήταν απύρετη, νορμοτασική με ταχυκαρδία, ταχύπνοια, και ευαισθησία στο επιγάστριο και δεξιό υποχόνδριο, και ηπατομεγαλία. Αδυναμία λήψης ιστορικού αρχικά. Αέρια αίματος pH=7.02 pCO<sub>2</sub>=7mmHg pO<sub>2</sub>=120mmHg HCO<sub>3</sub>=2mEq/l, οξόνη ούρων (+++), γλυκόζη ορού 55 mg/dl, SGOT/SGPT=700/170mg/dl, γGT=1800 αμυλάση ορού 439mg/dl, Hb=11,1g/dl, MCV 110, lac=1mmol/l, anion gap= 37, WBC=2000 poly 80%. HbA1c=4,9%, ιολογικός έλεγχος αρνητικός. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε ηπατική στεάτωση και περιπαγκρεατική εξοίδηση. Μετά την αρχική αντιμετώπιση αποκαταστάθηκε η επικοινωνία με την ασθενή που παραδέχθηκε καθημερινή κατάχρηση αλκοόλ από τριετίας, αδυναμία σίτισης από πενθημέρου, με τελευταία λήψη αλκοόλ προ 48ώρου στο μπαρ όπου εργαζόταν. Μετά από 24 ώρες έναρξη ζάλης, θάμβους οράσεως και εμέτων. Τα συμπτώματα ήταν ύποπτα εκτός από κέτωση λόγω νηστείας και για δηλητηρίαση από μεθανόλη ή αιθυλενογλυκόλη. Η οφθαλμολογική εξέταση δεν ανέδειξε οίδημα οπτικής θηλής και η απουσία συρρέοντων κρουσμάτων απέκλεισε το πρώτο, ενώ το ιστορικό και η μη ανεύρεση κρυστάλλων οξαλικού ασβεστίου στα ούρα το δεύτερο. Η οξέωση ήταν ανθεκτική οπότε υποβλήθηκε σε μία συνεδρία αιμοκάθαρσης, με υποτροπή της οξέωσης μετά από 24 ώρες και συντηρητική αντιμετώπιση με καλή έκβαση.

**Συμπεράσματα:** Η σοβαρή αλκοολική κετοξέωση θέτει την υπόνοια δηλητηρίασης από άλλες αλκοόλες όπως η μεθανόλη και η αιθυλενογλυκόλη που είναι πρωταρχικής σημασίας να αποκλεισθούν καθώς απαιτούν ειδικό αντίδοτο τη φομεπιζόλη.

AA025

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΛΥΚΟΥ ΚΑΙ Τ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Αργείτη Καλλιρρόη-Γεωργιά<sup>1</sup>, Παντελή Αικατερίνη<sup>2</sup>, Καψάλη Ελένη<sup>3</sup>, Μηλιώνης Χαράλαμπος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ασθενής, 45ετών, νοσηλεύτηκε λόγω εμφάνισης ανώδυνων οζιδίων στις πρόσθιες επιφάνειες των κνημών και πυρετού από 20ημέρου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Έγινε έναρξη κεφταρολίνης ως ατελώς θεραπευθείσα λοίμωξη μαλακών μορίων λόγω επαγγελματικής έκθεσης σε στάσιμα νερά. Η λοιπή διαγνωστική διερεύνηση περιέλαβε υποξεία ενδοκαρδίτιδα, άλλα αίτια οζιδίων (ερύθημα Bazin, αγγειίτιδες, Karosi, δερματικά λεμφώματα) καθώς και οζώδους ερυθήματος παρά την ανώδυνη φύση των βλαβών. Προς αποκλεισμό των ανωτέρω διενεργήθησαν διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, λήψη αιμοκαλλιιεργειών, CT θώρακος και κοιλίας, πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, συλλογή ούρων 24ώρου, εργαστηριακός έλεγχος για ηπατοτρόπους ιούς και HIV. Εστάλη ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών, κυτταρομετρία ροής αίματος και μυελού των οστών. Έγινε οστεομυελική βιοψία και μυελόγραμμα. Ελήφθησαν βαθιές βιοψίες δέρματος από τα σημεία των βλαβών καθώς και βιοψία ήπατος.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής δεν ανταποκρίθηκε στην αντιβιοτική αγωγή. Ο ενδελεχής εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για κοινή λοίμωξη μαλακών μορίων, υποξεία ενδοκαρδίτιδα, αγγειίτιδες, οζώδες ερύθημα. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Από τις βιοψίες ανεδείχθη υποδερματίτιδα με λοβιακή κατανομή, μιας κλινικής οντότητας ενδιάμεσης του δερματικού λύκου και του υποδόριου T - λεμφώματος μιμούμενου υποδορίτιδα. Η PCR του μυελού των οστών ενίσχυσε την ανωτέρω διάγνωση αναδεικνύοντας την μονοκλωνικότητα των T κυττάρων. Η βιοψία ήπατος ανέδειξε συμμετοχή αυτού στο υποκείμενο νόσημα.

**Συμπεράσματα:** Στη διαφορική διάγνωση ασθενών με υποδώρα οζίδια θα πρέπει να περιλαμβάνεται, πλην της περιπτώσεως αμιγούς δερματικού λεμφώματος, και η συνύπαρξη αυτού με δερματικό λύκο. Στην τελευταία περίπτωση πρόκειται για καλώς περιγραφόμενη ξεχωριστή οντότητα.



AA026

## ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΡΑΓΕΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Κεχαγιόγλου Μαρία<sup>1</sup>, Σούλη Γεωργιάνα<sup>1</sup>, Καραλής Δημήτριος<sup>1</sup>, Κοσιώνης Βασίλειος<sup>1</sup>,  
Πατελάρος Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Παπανικολόπουλος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Στούμπος Χαράλαμπος<sup>2</sup>,  
Τσάφου Ευτυχία<sup>1</sup>, Αλοΐζος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

<sup>2</sup> Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα



AA027

**ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ WARBURG ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ BURKITT ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΥΣΗΣ ΟΓΚΟΥ**

Τατούλη Ιωάννα, Μποζίκας Ανδρέας, Παύλου Μαρκέλλα, Μέλλιου Σταματία, Δέδες Νικόλαος, Λιάτσου Ευσταθία, Ιωάννου Μιχάλης, Τσουκαλάς Κωνσταντίνος, Μπούτσικος Ιωάννης, Δημόπουλος Μελέτιος-Αθανάσιος

Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Θεραπευτική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η γαλακτική οξέωση σε ασθενή με υποκείμενη κακοήθεια αποτελεί ιατρικό επειγόν και απαιτεί άμεσο αποκλεισμό της υποξικής γαλακτικής (Lac) οξέωσης τύπου Α που οφείλεται σε ιστική υποάρδευση. Μια σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρος αιτία γαλακτικής οξέωσης τύπου Β σε ασθενείς με κακοήθεια και δη λέμφωμα είναι το φαινόμενο Warburg κατά το οποίο τα καρκινικά κύτταρα εκτρέπουν το μεταβολισμό της γλυκόζης προς την αερόβιο γλυκόλυση οδηγώντας σε υπογλυκαιμία και γαλακτική οξέωση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ασθενούς με λέμφωμα Burkitt και φαινόμενο Warburg.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ανασκοπήθηκε ο ιατρικός φάκελος ασθενούς που νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας του ΓΝΑ Αλεξάνδρα από 15/5/2023 έως 15/6/2023 και καταγράφηκαν οι καθημερινές τιμές γλυκόζης, pH, γαλακτικού οξέος και LDH αίματος.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή 56 ετών με πρόσφατα διαγνωσθέν λέμφωμα Burkitt που εισήχθη στη ΜΑΦ του ΓΝΑ Αλεξάνδρα λόγω αυτόματου συνδρόμου λύσης όγκου με οξεία νεφρική βλάβη και ανάγκη συνεχούς αιμοδιαδιήθησης. Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε γαλακτική οξέωση (Lac έως 7 mmol/l) και ανθεκτική υπογλυκαιμία ενώ ο ασθενής δεν παρουσίαζε σημεία ιστικής υποάρδευσης. Εξ αποκλεισμού, η μεταβολική εικόνα αποδόθηκε σε φαινόμενο Warburg. Δεκατρείς ημέρες μετά την έναρξη χημειοθεραπευτικής αγωγής παρατηρήθηκε μέγιστη τιμή LDH ορού (5198U/L) με απότομη πτώση του Lac (1.3mmol/l) και απότομη αύξηση της γλυκόζης. Έκτοτε το σύνδρομο λύσης όγκου υποχώρησε και ο ασθενής ολοκλήρωσε το χημειοθεραπευτικό σχήμα και αποδεσμεύτηκε από την αιμοκάθαρση.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με κακοήθεια, το φαινόμενο Warburg μπορεί να αποτελεί αιτία γαλακτικής οξέωσης και υπογλυκαιμίας. Η κατάλληλη υποστηρικτική αγωγή σε περιβάλλον μονάδας και η έγκαιρη χημειοθεραπεία οδηγούν σε αναστροφή του φαινομένου και των κλινικών εκδηλώσεών του.

AA028

**ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΕΙΑΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2022/2023: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Τατούλη Ιωάννα, Μποζίκας Ανδρέας, Παύλου Μαρκέλλα, Μέλλιου Σταματία, Δέδες Νικόλαος, Λιάτσου Ευσταθία, Ιωάννου Μιχάλης, Τσουκαλάς Κωνσταντίνος, Μπούτσικος Ιωάννης, Δημόπουλος Μελέτιος-Αθανάσιος

*Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, η επίπτωση της διηθητικής πνευμονιοκοκκικής νόσου (ΔΠΝ) μειώθηκε σημαντικά σε σχέση με τα προηγούμενα έτη λόγω των μέτρων περιορισμού που αξιοποιήθηκαν για την ανάσχεσή της. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η αύξηση των νοσηλευόμενων ασθενών με βαριά ΔΠΝ στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) του ΓΝΑ Αλεξάνδρα κατά την επιδημιολογική περίοδο 2022/2023 σε σχέση με τα παρελθόντα έτη της πανδημίας (2020-2022).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των βαρέως πασχόντων διασωληνωμένων ασθενών με επιβεβαιωμένη ΔΠΝ που νοσηλεύτηκαν στη ΜΑΦ του ΓΝΑ Αλεξάνδρα κατά τα έτη 2020-2023 και συγκρίθηκε η επίπτωσή της μεταξύ της τριετίας της πανδημίας 2020-2022 και της φετινής χρονιάς (χειμώνας 2022 και άνοιξη 2023).

**Αποτελέσματα:** Στη ΜΑΦ του ΓΝΑ Αλεξάνδρα κατά τα έτη 2020-2022 νοσηλεύτηκαν δύο συνολικά βαρέως πάσχοντες ασθενείς με ΔΠΝ ενώ την φετινή επιδημιολογική περίοδο 2022/2023 διασωληνώθηκαν τέσσερις βαρέως πάσχοντες ασθενείς με ΔΠΝ. Εκ των τεσσάρων ασθενών (ηλικίας 33, 40, 60 και 65 ετών), ο ένας παρουσίασε πνευμονιοκοκκική πνευμονία και ARDS και οι τρεις πνευμονιοκοκκική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Συνοδός βακτηριαιμία με πνευμονιόκοκκο αναγνωρίστηκε σε 2/3 ασθενείς με μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Από τους 4 ασθενείς, οι δύο παρουσίαζαν κλασικούς παράγοντες κινδύνου για πνευμονιόκοκκο (αρρυθμιστος ΣΔ, πολλαπλούν μυέλωμα), η τρίτη ήταν έγκυος και η τέταρτη χρήστης κοκαΐνης. Οι τρεις αποσωληνώθηκαν και εξήλθαν από το νοσοκομείο ενώ η γυναίκα 40 ετών με τον εθισμό και την μηνιγγοεγκεφαλίτιδα κατέληξε εν μέσω κακοήθους υπερθερμίας και βαρείας ραβδομύλωσης.

**Συμπεράσματα:** Κατά τον φετινό χειμώνα-άνοιξη παρατηρήθηκε σημαντική αριθμητική αύξηση των βαρέως πασχόντων ασθενών με ΔΠΝ που νοσηλεύτηκαν στη ΜΑΦ του ΓΝΑ Αλεξάνδρα σε σχέση με τις προηγούμενες επιδημιολογικές περιόδους.

AA029

**ΑΝΙΚΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΥ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ**

Μανιατάκου Μαρία, Χάικου Στέλλα, Σκεπετάρης Νικόλαος, Πλατανιάς Φίλιππος, Μασσαρά Μαρία, Ασμανίδης Βασίλειος, Αγγελονίδου Ελένη

Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανάδειξη της λεπτοσπείρωσης ως δυνητικά θανατηφόρου ζωνόσου που συχνά υποδιαγιγνώσκεται λόγω χαμηλής κλινικής υποψίας και μη ειδικών κλινικών εκδηλώσεων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν ασθενής 70 ετών, κάτοικος Αθηνών, προσκομίζεται αιτιώμενος εμπύρετο έως 40 C χωρίς ρίγος από πενθημέρου και τέσσερις διάρροιες ημερησίως από τριημέρου. Αναφέρεται πρόσφατο ταξίδι στην επαρχία και επαφή με ζώα.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παρουσιάζει εμπύρετο έως 39 C με νορμοσφυγμία και υπόταση. Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώνεται υπόσκληρη κοιλία με παρόντες εντερικούς ήχους και υπεραιμία επιπεφυκότων. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει οξεία νεφρική ανεπάρκεια, θρομβοπενία και εκσεσημασμένη αύξηση δεικτών φλεγμονής. Τίθεται σε εμπειρική αγωγή με σιπροφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη και οροθεραπεία. Λόγω σηπτικής καταπληξίας χορηγούνται ινότερα και η αγωγή τροποποιείται σε μεροπενέμη, τεικοπλανίνη, αζιθρομυκίνη μετρονιδαζόλη και υδροκορτιζόνη. Διενεργείται απεικονιστικός και μικροβιολογικός έλεγχος χωρίς ευρήματα που να δικαιολογούν την κλινική εικόνα. Η πολυσυστηματική συμμετοχή, η σχετική βραδυκαρδία επί πυρετού, η απουσία εμφανούς εστίας λοίμωξης και το επιδημιολογικό ιστορικό εγείρουν υποψία ειδικής λοίμωξης. Αποστέλλεται δείγμα αίματος και ούρων για διερεύνηση ζωνόσων. Λόγω ανοσοπάρεσης, θρομβοπενίας και κριτηρίων αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου χορηγούνται ανοσοσφαιρίνη και αιμοπετάλια. Ο ασθενής παρουσιάζει ταχεία αερομετρική επιδείνωση με αμφοτερόπλευρα διηθημάτα στην ακτινογραφία θώρακος και διασωληνώνεται το δεύτερο εικοσιτετράωρο νοσηλείας. Ενώ ο έλεγχος αντισωμάτων για λεπτόσπειρα είναι μη διαγνωστικός, ο μοριακός έλεγχος αίματος και ούρων ανευρίσκεται θετικός και η αντιμικροβιακή αγωγή τροποποιείται σε κεφτριαξόνη και αζιθρομυκίνη.

**Συμπεράσματα:** Η λεπτοσπείρωση παρουσιάζεται με ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων, ενίοτε με κεραυνοβόλο εξέλιξη, ακόμα και στην ανικτερική μορφή. Η διάγνωση απαιτεί υψηλή κλινική υποψία και ενδελεχή λήψη ιστορικού προς στοχευμένη διερεύνηση και αντιμετώπιση. Οι αναφορές περιστατικών λεπτοσπείρωσης με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι ελάχιστες.

AA030

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΡΙΚΕΤΣΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΜΟΝΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

Μανιατάκου Μαρία, Σκεπετάρης Νικόλαος, Κολεβέντης Ορέστης, Κουτσούμπα Ιωάννα, Σταμπούλου Δήμητρα, Σουβατζή Κλεοπάτρα, Αγγελονίδου Ελένη

Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι ρικετσιώσεις στην Ελλάδα έχουν τεθεί σε επιδημιολογική επιτήρηση από το 2022. Ο κλινικός ιατρός οφείλει να τις θέτει στη διαφορική διάγνωση σε πυρετό αγνώστου αιτιολογίας, ιδίως εάν αναφέρεται νύγμα κρότωνα ή εάν ο ασθενής έχει αυξημένη πιθανότητα έκθεσης σε αρθρόποδα, ακόμα και αν δεν ανευρίσκεται βλάβη στο δέρμα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν ασθενής 87 ετών, κάτοικος Ικαρίας, με ιστορικό επαφής με ζώα, προσήλθε λόγω εμπύρετου έως 39,5 C χωρίς ρίγος από δεκαήμερου. Έλαβε αγωγή από παθολόγο με μοξιφλοξασίνη για πέντε ημέρες. Ανέφερε δεκατική πυρετική κίνηση μέχρι 38 C από ενάμιση μήνα με μεσοδιαστήματα απυρεξίας με συνοδό αυχεναλγία, κεφαλαλγία και κακουχία.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παρουσίασε εμπύρετο έως 38,5 C το πρώτο εικοσιτετράωρο νοσηλείας και ακολούθως παρέμεινε απύρετος. Από την φυσική εξέταση δεν ανευρέθησαν αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με αύξηση δεικτών φλεγμονής. Κατά την λήψη ιστορικού, κατόπιν στοχευμένης ερώτησης, ο ασθενής ανακάλεσε συμβάν προ έξι εβδομάδων οπότε αφαίρεσε ο ίδιος κρότωνα από το τριχωτό της κεφαλής. Βάσει του ιστορικού εστάλη ορός για διερεύνηση ζωνοσόων. Ο ασθενής δεν έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή. Διενεργήθη εκτενής απεικονιστικός και μικροβιολογικός έλεγχος. Κατά την έβδομη ημέρα νοσηλείας παρουσίασε οξέως μονοαρθρίτιδα γόνατος που αποδείχθηκε αντιδραστική κατόπιν παρακέντησης. Έγινε έναρξη εμπειρικής αγωγής με δοξυκυκλίνη. Ο τίτλος αντισωμάτων ορού IgG για ρικέτσια (οικογένειας κηλιδώδους Μεσογειακού πυρετού) ανευρέθη εξαιρετικά υψηλός (2048), τέθηκε η διάγνωση ρικετσιώσεως, παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση και εξήλθε με οδηγίες.

**Συμπεράσματα:** Οι ρικετσιώσεις υποδιαγιγνώσκονται λόγω χαμηλής κλινικής υποψίας. Το στοχευμένο ιστορικό και ο στοχευμένος διαγνωστικός έλεγχος συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων αυτών. Οι αναφορές στη βιβλιογραφία περιστατικών ρικετσιώσεως με μονοαρθρίτιδα είναι περιορισμένες.



AA031

ΝΟΣΟΣ GRAVES ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ GUILLAIN BARRE ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΑΣΘΕΝΗ

Κουτρούμπα Ελένη<sup>1</sup>, Τσιάβος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Κάρτας Νικόλαος<sup>1</sup>, Ντέρμα Πηνελόπη<sup>1</sup>, Ζαφειράτου Χαραλαμπία<sup>1</sup>, Μπακαλάρου Ελένη<sup>1</sup>, Λιτσαρδόπουλος Παντελής<sup>2</sup>, Αργυρίου Ανδρέας<sup>2</sup>, Κωλέττη Βασιλική<sup>1</sup>, Κούκιος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

<sup>2</sup> Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Είναι γνωστό ότι η νόσος Graves μπορεί να συνδέεται με εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας, αλλά η συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου Guillain Barre και της νόσου Graves δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρη. Και οι δύο παραπάνω νοσολογικές οντότητες έχουν αυτοάνοση αρχή και μπορεί να έχουν κοινούς μηχανισμούς και εκλυτικούς παράγοντες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 28 ετών, έγκυος, με διαγνωσμένη νόσο Graves από 10ετίας, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη αιμωδίες άκρων και γλώσσας, καθώς και δυσχέρεια βάδισης από 36ώρου. Προ δεκαήμερου, η ασθενής είχε εμφανίσει άτυπη γριπώδη συνδρομή. Αρχικά διαπιστώθηκε έκδηλος υπερθυρεοειδισμός, κλινικά και εργαστηριακά. Κατά τη νοσηλεία της, εμφάνισε περιφερική πάρεση προσωπικού νεύρου αριστερά και χαλαρή τετραπάρεση. Τέθηκε ισχυρή κλινική υποψία συνδρόμου Guillain Barre, το οποίο επιβεβαιώθηκε με ηλεκτρομυογράφημα και οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιελάμβανε τερματισμό της κύησης, αντιθυρεοειδικά - αντιαρρυθμικά φάρμακα (προπυλθειουρακίλη και προπρανολόλη). Επιπλέον, χορηγήθηκαν IVIG (0.4 gr/kg βάρους για 5 ημέρες). Η νευρολογική έκβαση ήταν εξαιρετική με πλήρη αποκατάσταση των νευρολογικών ελλειμάτων της ασθενούς μετά από 6 εβδομάδες.

**Συμπεράσματα:** Η νόσος Graves μπορεί να προκαλέσει προσβολή των περιφερικών νεύρων μέσω αύξησης οξειδωτικού στρες και απελευθέρωσης ενεργών ριζών οξυγόνου (reactive oxygen species). Η επάνοδος στο φυσιολογικό της θυροειδικής λειτουργίας, αποτέλεσε τον άξονα της θεραπευτικής αντιμετώπισης στην ασθενή μας, με θετική ανταπόκριση, καθώς έχει αναφερθεί ότι οι ανώμαλες τιμές των θυροειδικών ορμονών με χαμηλή TSH, υψηλή FT4 και FT4/FT3 συνδέονται με σημαντικά αυξημένη συχνότητα εμφάνισης συνδρόμου Guillain Barre και χειρότερη πρόγνωση αυτού. Το περιστατικό αυτό υπογραμμίζει ότι οι κλινικές εκδηλώσεις μιας οξέως εγκαθιστούμενης νόσου τροποποιούνται πάντοτε υπό το πρίσμα των ήδη εγκατεστημένων νοσολογικών οντοτήτων.

AA032

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MILLER FISHER

Κωνσταντίνου Χάρης, Χατζηχαραλάμπους Μυριάνθη, Πατρικίου Μαρία, Χρήστου Ελένη, Χαραλάμπους Αθηνά, Χριστοφόρου Σαββίνα, Στυλιανού Ανδρέας

Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γ.Ν. Λάρνακας, Λάρνακα, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο Miller Fisher (M-F) αποτελεί σπάνια παραλλαγή του συνδρόμου Guillain-Barré και χαρακτηρίζεται από την κλινική τριάδα: οφθαλμοπληγία, αταξία, κατάργηση αντανακλαστικών. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρον περιστατικό ασθενούς με ισχυρή υποψία συνδρόμου M-F στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), που έλαβε άμεσα την ενδεδειγμένη θεραπεία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 51 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενη αστάθεια βάδισης και γριπώδη συνδρομή από 4 ημέρου. Παρουσίαζε αταξία, κατάργηση των αντανακλαστικών, πλήρη οφθαλμοπληγία, κόρες σε μυδρίαση, μη αντιδρώσες και με κατάργηση του αντανακλαστικού «ματιών κούκλας». Εισήχθη στην Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση, αφού τέθηκε ισχυρή υποψία για το σύνδρομο M-F.

**Αποτελέσματα:** Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογία ενώ η ανάλυση του ENY ήταν φυσιολογική όπως και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Λόγω του ιστορικού και κλινικής σημειολογίας αντιμετωπίστηκε εξ αρχής ως μεταλοιμώδες σύνδρομο με προσβολή του νευρικού συστήματος. Χορηγήθηκαν ανοσοσφαιρίνες, όμως η ασθενής εμφάνισε ραγδαία επιδείνωση με σταδιακή έκπτωση της κινητικότητας των μυών του προσώπου, δυσκαταποσία και, εν τέλει, αναπνευστική ανεπάρκεια. Διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ όπου υπεβλήθη σε συνεδρίες πλασμαφαίρεσης.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο M-F αποτελεί μια σπάνια παραλλαγή του Guillain-Barre, που προσβάλλει τα κρανιακά νεύρα. Χαρακτηρίζεται από την κλασική τριάδα: οξεία έναρξη αταξικού βαδίσματος, απώλεια αντανακλαστικών και οξεία οφθαλμοπληγία, η οποία αποτελεί συνήθως και την πρώτη εκδήλωση. Πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενο, συνήθως, μεταλοιμώδες σύνδρομο, συνεπεία λοίμωξης από *Campylobacter jejuni* και σπανιότερα από CMV, EBV και HIV. Η διάγνωση τίθεται, πρωτίστως, από την κλινική συμπτωματολογία-σημειολογία ενώ σημαντικές μπορεί να είναι οι πληροφορίες από την ανάλυση του ENY και τις δοκιμασίες αγωγής νεύρων. Η αναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή του και μπορεί να αποβεί θανατηφόρα, εάν δεν παρθούν άμεσα θεραπευτικά μέτρα.

## AA033

## ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Κωνσταντίνου Χάρης, Χριστοφόρου Σαββίνα, Χατζηχαραλάμπους Μυριάνθη, Γαβριήλ Αργύρης, Μιλιώτου Χριστίνα, Χατζηκωνσταντή Δέσποινα, Στυλιανού Ανδρέας

Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γ.Ν. Λάρνακας, Λάρνακα, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ελονοσία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) προκαλείται από το *Plasmodium falciparum* και εκδηλώνεται με σύγχυση, ντελίριο ή/και σπασμούς, ενώ τα εστιακά νευρολογικά σημεία είναι σπάνια. Πιο κάτω παρουσιάζεται περιστατικό που, λόγω ταξιδιωτικού ιστορικού, κλινικής και εργαστηριακής εικόνας, θεωρήθηκε ύποπτο για λοίμωξη από πλασμώδιο της ελονοσίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 34 ετών, με πρόσφατο ταξιδιωτικό ιστορικό στη Σιέρα Λεόνε, χωρίς ιστορικό αιθουλισμού, μεταφέρθηκε στο ΤΑΕΠ λόγω εμπύρετου από εβδομάδος και πτώσης επιπέδου συνείδησης από 2 ημέρου. Ο ασθενής δεν είχε λάβει χημειοπροφύλαξη πριν το ταξίδι. Από την εξέταση ήταν ληθαργικός (κλίμακα Γλασκώβης 9/15), αιμοδυναμικά ασταθής, με εμπύρετο, επαπειλούμενο αεραγωγό και γι' αυτό διασωληνώθηκε.

**Αποτελέσματα:** Η αξονική τομογραφία ανέδειξε εξάλειψη γεφυροπαρεγκεφαλιδικής, της μεσοκεφαλίας δεξαμενής, παρουσία οιδήματος εγκεφαλικών αυλάκων, ήπιο διάχυτο οίδημα και ηπατοσληνομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: θρομβοκυτταροπενία, αιμόλυση, υπονατριαιμία, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, οξεία νεφρική βλάβη και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η παχιά και λεπτή σταγόνα περιφερικού αίματος επιβεβαίωσε τη λοίμωξη από *P. falciparum* με παρασιταϊμία 3-4%. Τέθηκε σε αγωγή με αρτεσουνάτη. Η επαναληπτική αξονική έδειξε μείωση του εγκεφαλικού οιδήματος. Παρουσίασε βελτίωση της θρομβοπενίας γι' αυτό και διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με: 21 πυσσφαίρια (43% πολυμορφοπύρρηνα, 57% λεμφοκύτταρα), 419 ερυθρά, γλυκόζη 100 mg/dL, πρωτεΐνες 138 mg/dL. Το πάνελ μηνιγγίτιδας-εγκεφαλίτιδας και ο ιολογικός έλεγχος ορού ήταν αρνητικά. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση, ύφεση της παρασιταϊμίας, αποσωληνώθηκε και έλαβε αγωγή με atovaquone/proguanil από το στόμα.

**Συμπεράσματα:** Στο παρόν περιστατικό, η επιλεγμένη λοίμωξη επιβεβαιώθηκε από την παρουσία πολυοργανικής ανεπάρκειας και σημαντικής παρασιταϊμίας. Για οριστική διάγνωση της προσβολής του ΚΝΣ από *Plasmodium falciparum* πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια της: παρασιταϊμίας, διαταραχής επιπέδου συνείδησης ή κώματος και του αποκλεισμού των άλλων αιτιών εγκεφαλοπάθειας.

AA034

**ΜΕΛΑΙΝΑ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ**

Χατζηχαραλάμπους Μυριάνθη, Κωνσταντίνου Χάρης, Χαραλάμπους Αθηνά, Πατρικίου Μαρία, Σουρουλλάς Γεώργιος, Μηλιώτου Χριστίνα, Στυλιανού Ανδρέας

Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γ.Ν. Λάρνακας, Λάρνακα, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η χρόνια παγκρεατίτιδα δύναται μεν να προκαλέσει τη δημιουργία πλευριτικής συλλογής, σπανιότερα δε να παρουσιαστεί ως ετερόπλευρη, μέλαινα πλευριτική συλλογή συνεπεία πλευρο-παγκρεατικού συριγγίου ανάμεσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και τον παγκρεατικό πόρο. Ο υποκείμενος μηχανισμός σχηματισμού του συριγγίου σχετίζεται με τη διάτρηση μίας προϋπάρχουσας παγκρεατικής ψευδοκύστης. Εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες με ιστορικό αιθυλισμού.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 54 ετών, με ιστορικό χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας, προσήλθε στα επείγοντα αιτιώμενος δύσπνοια αρχόμενη από μηνός και επιδεινούμενη από εβδομάδος. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιά, χωρίς παρουσία κοιλιακού άλγους. Ο ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.

**Αποτελέσματα:** Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πλευριτική συλλογή δεξιά. Τοποθετήθηκε άμεσα πλευροκαθετήρας, λήφθηκε πλευριτικό υγρό το οποίο παρουσίαζε: εξιδρωματικούς χαρακτήρες, αυξημένη αμυλάση, αυξημένη χολερυθρίνη και κύτταρα μη μυελικής σειράς. Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) έδειξε διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων, της χοληδόχου κύστης και ήπια διάταση της κεφαλής του παγκρέατος, εύρημα γνωστό και υπό διερεύνηση από 2 ετίας. Στην ουρά του παγκρέατος ελέγχθηκε διάταση παγκρεατικού πόρου, χωρίς αναφορά παρουσίας πλευρο-παγκρεατικού συριγγίου. Στην συνέχεια διενεργήθηκε ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP).

**Συμπεράσματα:** Το πλευρο-παγκρεατικό συρίγγιο αποτελεί μια σοβαρή, σπάνια επιπλοκή της χρόνιας και οξείας παγκρεατίτιδας. Για τη διάγνωση χρήσιμη είναι η ανεύρεση αυξημένης αμυλάσης πλευριτικού υγρού (συνήθως >50 000 U/L) και η παρουσία χολερυθρίνης. Οριστική διάγνωση τίθεται με την MRCP και την ERCP. Η θεραπεία του πλευρο-παγκρεατικού συριγγίου είναι συντηρητική και χειρουργική. Αρχικά, παροχετεύεται η υπεζωκοτική συλλογή, χορηγείται ολική παρεντερική διατροφή και οκτρεοτίδη για μείωση των παγκρεατικών εκκρίσεων. Με την ERCP διενεργείται παγκρεατική σφικτηροτομή και τοποθετείται πλαστική ενδοπρόθεση, ενώ υπάρχουν και χειρουργικές προσελάσεις για τη θεραπεία του συριγγίου.



AA035

## SARS-CoV2 ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ

Κατσαφούρου Ευφροσύνη, Βαμβακά Μαρία, Νικολαΐδου Φωτεινή, Κατσιμπέρη Ευαγγελία, Καρακασίδης Ευστάθιος, Μπαλάσκας Νικόλαος, Νικολάου Ελένη, Ποτολίδης Ευάγγελος

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο αντισυνθετάσης είναι μια ομάδα σπάνιων (0.001% του γενικού πληθυσμού) αυτοάνοσων νοσημάτων, με κοινό χαρακτηριστικό την παρουσία αυτοαντισωμάτων εναντίον των συνθετασών του ακετυλο-tRNA. Κλινικά εκφράζεται με διάμεση πνευμονοπάθεια. Ο SARS-CoV2 είναι ο υπεύθυνος για την πανδημία COVID19 κορονοϊός, που προσβάλλει κυρίως το αναπνευστικό. Σκοπός είναι η παρουσίαση της κλινικής πορείας ασθενούς με σύνδρομο αντισυνθετάσης και οξεία λοίμωξη από SARS-CoV2.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν 71 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας οξείας ενάρξεως και θετικού Rapid Test για SARS-CoV2 από ημέρας. Από το ατομικό αναμνηστικό προκύπτει διάμεση πνευμονική ίνωση στα πλαίσια συνδρόμου αντισυνθετάσης και εμβολιασμός με τέσσερις δόσεις εναντίον του κορονοϊού. Τρεις ημέρες πριν την προσέλευση έγινε έγχυση ριτουξιμάμπης. Ακροαστικά βρέθηκαν τρίζοντες βάσεων και λεπτοί τρίζοντες στα υπόλοιπα πνευμονικά πεδία. Ο κορεσμός οξυγόνου ήταν 93%. Η αξονική θώρακος ανέδειξε εικόνα πνευμονικής ίνωσης με στοιχεία λοίμωξης. Λόγω της ήπιας κλινικής και εργαστηριακής εικόνας, των χαμηλών αναγκών οξυγόνου και της πρόσφατης χορήγησης ριτουξιμάμπης, ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με ρεμδεσιβίρη, μοξιφλοξασίνη, μεθυλπρεδνιζολόνη, κεφτριαξόνη και υποστηρίχθηκε με οξυγονοθεραπεία μέσω ρινικής κάνουλας στα 3lt/min. Σταδιακά αποδεσμεύτηκε από το οξυγόνο, παρέμεινε άπυρετος και την πέμπτη ημέρα νοσηλείας του έλαβε εξιτήριο με σύσταση για συνέχιση της μοξιφλοξασίνης για τρεις ημέρες.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με βαριά λοίμωξη από SARS-CoV2 όπως αυτή κρίνεται από κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, οι οδηγίες προτείνουν τη χορήγηση σκευασμάτων που αναστέλλουν τον καταρράκτη των κυτταροκινών (όπως η τοσιλιζουμάμπη και η ερτανεσέπτη). Ωστόσο ο συνδυασμός φαρμάκων που ανήκουν στην κατηγορία των ανοσοτροποποιητικών, μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη από την επιθυμητή ανοσοκαταστολή. Συμπερασματικά, σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή λόγω ρευματολογικών νοσημάτων, η θεραπεία κατά την οξεία λοίμωξη COVID19 οφείλει να είναι εξατομικευμένη και καθοδηγούμενη από την κλινική τους εικόνα.

AA036

**ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Λεοντής Αθανάσιος, Περίφανος Γεώργιος, Βουδούρης Βασίλειος, Σερετίδη Αναστασία, Πρωτόπαππα Αθανασία, Λυγούρα Βασιλική, Σαγρής Δημήτριος, Μιχαήλ Αναστασία, Μπούλμπου Μαρία, Ρηγοπούλου Ειρήνη, Νταλέκος Ν. Γεώργιος, Ντάιος Γεώργιος

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARELIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία αποτελεί διαφοροδιαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Παρουσιάζεται η περίπτωση μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας ως πρωταρχική εκδήλωση νεοπλασίας στομάχου με κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενής 52 ετών αναζήτησε ιατρική φροντίδα λόγω αναφερόμενης απώλειας βάρους με συνοδό οσφυαλγία από μηνός και σταδιακή εμφάνιση ικτέρου από ημερών. Η ασθενής είχε όψη πάσχουσας, παρέμεινε άπυρετη χωρίς διαρροϊκές κενώσεις, ενώ κλινικά παρατηρήθηκε ικτερική χροιά σκληρών, σπληνομεγαλία και ένα μονήρες επώδυνο οζίδιο στον ομφαλό, συμβατό με οζίδιο Sister Mary Joseph. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και θρομβοπενία, με συνοδό υπερχολερυθριναιμία εμμέσου τύπου, αυξημένη τιμή γαλακτικής αφυδρογονάσης, υποϊνωδογοναιμία και υπερφερριτιναιμία. Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος ανευρέθηκαν σχιστοκύτταρα και ετέθη η διάγνωση μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας. Η ενεργότητα της ADAMTS-13 ήταν φυσιολογική, ενώ δεν απομονώθηκε κάποιος παθογόνος μικροοργανισμός. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία και βιοψία εκ του οζιδίου στην περιοχή του ομφαλού με το ενδεχόμενο διήθησης από νεοπλασία. Εν αναμονή των αποτελεσμάτων η ασθενής επιδεινώθηκε ραγδαία και απεβίωσε. Εκ της οστεομυελικής βιοψίας και της βιοψίας της βλάβης του κοιλιακού τοιχώματος αναδείχθηκε διήθηση από αδενοκαρκίνωμα στομάχου με κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου.

**Συμπεράσματα:** Η μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία αποτελεί συχνό εύρημα σε σοβαρές λοιμώξεις, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και στα πλαίσια παρανεοπλασματικού συνδρόμου, σχετιζόμενου με εκτεταμένη νεοπλασματική νόσο και πτωχή πρόγνωση. Το αδενοκαρκίνωμα στομάχου με κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου μπορεί να εκδηλωθεί με εικόνα μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας και η έγκαιρη διάγνωση του, με στόχο την άμεση έναρξη στοχευμένης θεραπείας για τη διάσωση του ασθενή, αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

AA037

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ  
ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ**

Κεχαγιόγλου Μαρία<sup>1</sup>, Σούλη Γεωργιάννα<sup>1</sup>, Καραλής Δημήτριος<sup>2</sup>, Κοτσιώνης Βασίλειος-Έκτορας<sup>1</sup>,  
Πατελάρος Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Παπανικολόπουλος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Αγάθος Ευάγγελος<sup>1</sup>, Τσιλιγγίρης  
Βασίλειος<sup>2</sup>, Βούρτσης Σπυρίδων<sup>3</sup>, Πτώχης Νικόλαος<sup>4</sup>, Αλοΐζος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

<sup>2</sup> Αγγειοχειρουργική Κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

<sup>3</sup> Πλαστική Χειρουργική Κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

<sup>4</sup> Ακτινοδιαγνωστικό-Επεμβατικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Αθήνα

AA038

**ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Λαφάρα Κυράννα<sup>1</sup>, Τσιώνη Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Μπάμπαλου Ελένη<sup>1</sup>, Μπούροβα Όλγα<sup>1</sup>, Λαφάρας Χρήστος<sup>3</sup>, Μανδαλά Ευδοκία<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας- Μονάδα Νάουσας, Νάουσα

<sup>2</sup> Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, «Ιπποκράτειο» ΓΝΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, «Θεαγένειο» ΑΝΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ασθενείς με καρκίνο συχνά εμφανίζουν διαταραχές της πήξης, μια εξ αυτών η Θρομβωτική Μικροαγγειοπάθεια/Θρομβοπενική Θρομβοπενική Πορφύρα (ΘΜΑ/ΘΘΠ). Ο καρκίνος ως υποκείμενος μηχανισμός δευτερογενούς ΘΘΠ αντιπροσωπεύει ένα πολύ σπάνιο φαινόμενο (0,25-0,45/ανά εκατ.πληθυσμού/έτος), με πολύ κακή πρόγνωση. Σκοπός η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ΑΕΕ σε έδαφος παρανεοπλασματικής ΘΘΠ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Περίπτωση<sub>1</sub>: Γυναίκα 50 ετών με εμπύρετο, άλγος υπογαστρίου και οσφυαλγία. CT-κοιλίας ανέδειξε κυστική πυελική μάζα. CA-125>1000 IU/ml. Υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή και αφαίρεση περιτοναϊκών εμφυτεύσεων. Εικοσιτέσσερις ώρες μετά, η ασθενής εμφάνισε νευρολογική σημειολογία (CT-εγκεφάλου: έμφρακτο αριστερού κροταφικού λοβού). Διαγνώστηκε με ΘΘΠ λόγω τυπικών εργαστηριακών ευρημάτων. Περίπτωση<sub>2</sub>: Γυναίκα 80 ετών με καταβολή, ζάλη και εμέτους από 10ημέρου. CT-κοιλίας κατέδειξε νεοεξεργασία κεφαλής παγκρέατος, με διήθηση άνω μεσεντερίου φλέβας και ηπατικές μεταστάσεις. CA 19-9>1000 IU/ml. Δύο ημέρες μετά, επανέρχεται με νευρολογική σημειολογία (CT-εγκεφάλου: θρόμβωση δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας). Διαγνώστηκε, επίσης, με ΘΘΠ.

**Αποτελέσματα:** Και στις δύο περιπτώσεις η διάγνωση της ΘΘΠ τέθηκε κλινικοεργαστηριακά, σε συνδυασμό με το PLASMIC score. Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν άμεσα σε πλασμαφαίρεση. Η πρώτη ανταποκρίθηκε γρήγορα, με υποχώρηση της νευρολογικής σημειολογίας και εξήλθε μία εβδομάδα μετά, σε ύφεση. Η δεύτερη κατέληξε εντός ημερών.

**Συμπεράσματα:** Το ΑΕΕ αποτελεί μια οξεία νευρολογική διαταραχή που συχνά καταφθάνει στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Η κλινική υποψία παρανεοπλασματικής ΘΘΠ σε ασθενείς με καρκίνο επί εργαστηριακών ευρημάτων μικροαγγειοπάθειας, είναι ζωτικής σημασίας για την άμεση έναρξη της κατάλληλης θεραπείας και την βέλτιστη έκβαση της νόσου. Πιθανόν, οι συστηματικές διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού από τη νεοπλασματική νόσο να ευθύνονται για την εκδήλωση ΑΕΕ, στα πλαίσια της ΘΘΠ, σε αυτήν την ομάδα ασθενών.



AA039

**ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΓΡΙΠΗ Β**

Γαλάνη Σοφία, Χαραλάμους Χρυσόστομος, Κωνσταντίνου Χάρης, Κωνσταντίνου Άγγελος, Σκορδή Χρυστάλλα, Παπαδημητρίου Μαρία, Στυλιανού Ανδρέας

Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γ.Ν. Λάρνακας, Λάρνακα, Κύπρος

**Εισαγωγή:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο αποτελεί ένα σπάνιο απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο το οποίο οφείλεται στην ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος το οποίο στρέφεται έναντι του οργανισμού. Συχνότερα αφορά ασθενείς νεογνικής και παιδικής ηλικίας αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία. Διαχωρίζεται σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές με συχνότερη αιτία την λοίμωξη από EBV.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού στα πλαίσια διερεύνησης του οποίου διαγνώστηκε το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο και αντιμετωπίστηκε για αυτό.

**Αποτελέσματα:** Ασθενής 52 ετών προσκομίζεται σε κωματώδη κατάσταση στο ΤΑΕΠ με κλίμακα Γλασκώβης 6/15, Γαλακτική Οξέωση και Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια. Το περιβάλλον αναφέρει επεισόδια εμέτων αρχόμενα από 7 ημέρου. Από το ατομικό ιστορικό κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή, νεφρική ανεπάρκεια σταδίου II, πρόσφατη νοσηλεία λόγω Γρίπης Β και Οξείας νεφρικής ανεπάρκειας για την οποία χρειάστηκαν συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Η ασθενής έγινε εισαγωγή στην Παθολογική κλινική και διευθετήθηκαν συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Στα πλαίσια διερεύνησης ανευρέθηκε τιμή Φερριτίνης 15018 και Τριγλυκεριδίων 3878 ενώ από την γενική αίματος πένιες και των 3 σειρών, ευρήματα που έθεσαν την υποψία του συνδρόμου. Λόγω αυτού διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, εσάλη κυτταρομετρία ροής για soluble CD25, ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος. Κατά την μικροσκόπηση ο μυελός ήταν υποκυτταρικός με εικόνα φαγοκυττάρωσης, το sCD25 >24000/ML και το ανοσολογικό και μικροβιολογικό panel αρνητικό. Η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με ώσεις Κορτιζόνης και ενδοφλέβια Ανοσοσφαιρίνη, και εμπειρικό σχήμα με ευρέως φάσματος αντιβίωση με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο αποτελεί μια από τις εξαιρετικά επείγουσες διαγνώσεις με υψηλή θνητότητα που χρήζει άμεσης αναγνώρισης και έναρξης θεραπείας. Οι ασθενείς εμφανίζουν εμπύρετο, σπληνομεγαλία, κυτταροπενία 2+ σειρών, διαταραχή ηπατικής λειτουργίας και πηκτικού μηχανισμού, νευρολογικά σημεία αλλά και προσβολή άλλων συστημάτων όπως αναπνευστικού, καρδιαγγειακού και δέρματος.

AA040

**ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΡΑ ΥΠΟ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ, ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΟΜΛ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

Αναστασίου Γεωργία<sup>1</sup>, Λιάμης Γεώργιος<sup>1</sup>, Σάκκου Σίσσυ-Φωτεινή<sup>1</sup>, Χρήστου Αναστασία<sup>1</sup>, Βαρθολομάτος Γεώργιος<sup>2</sup>, Ντόβα Λευκοθέα<sup>2</sup>, Τσιάρα Σταυρούλα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τομέας Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Αιματολογικό Εργαστήριο-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας και Μεταφραστικής Κυτταρομετρίας Ροής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (ΑΦΣ) αποτελεί σπάνιο νόσημα που χαρακτηρίζεται από συστηματική διέγερση και ενεργοποίηση των μακροφάγων που εκκρίνουν φλεγμονώδεις κυτταροκίνες (cytokine storm syndrome) ως απάντηση σε ερεθίσματα όπως είναι οι λοιμώξεις και οι κακοήθειες. Περιγράφουμε περίπτωση ΑΦΣ σε ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ), που διαγνώσθηκε ότι πάσχει από οξεία μυελογενή λευχαιμία (ΟΜΛ).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας ηλικίας 76 ετών με ΡΑ υπό μεθοτρεξάτη εισήχθη λόγω πτώσης εξ' ιδίου ύψους μετά από διολίσθηση. Εμφάνισε αιμοθώρακα και οξεία νεφρική βλάβη και κατά την 6<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο και αιφνίδια σοβαρή επιδεινωση παγκυτταροπενίας που προϋπήρχε (Λευκά αιμοσφαίρια= 130/μL, Αιμοσφαιρίνη=9,3 g/dL και Αιμοπετάλια= 8000/ μl), φερριτίνη =3500 ng/mL και CRP= 150 mg/L. Έλαβε μεροπενέμη και τεικοπλανίνη και λευκοβορίνη λόγω πιθανής τοξικότητας από μεθοτρεξάτη. Διενεργήθηκε αξονική θώρακος στην οποία ανεδείχθησαν οζώδη διηθήματα ως επί στοιχείων οξείας βρογχιολίτιδας στο δεξιό άνω λοβό του πνεύμονα, εμπλουτιζόμενη αλλοίωση στο πρόσθιο μεσοθωράκιο, επίταση του λεμφικού ιστού των πνευμονικών πυλών και λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο. Στην αξονική κοιλίας δεν απεικονίστηκαν παθολογικά ευρήματα. Πραγματοποιήθηκε μυελόγραμμα στο οποίο παρατηρήθηκαν ευρήματα συμβατά με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο και κυτταρομετρία ροής του μυελού των οστών στην οποία ταυτοποιήθηκαν βλαστικά κύτταρα της μυελικής σειράς σε ποσοστό 19% επί του συνόλου των λευκοκυττάρων με ανοσοφαινότυπος CD34+, CD33+, CD117+, CD13+, HLA-DR, εικόνα συμβατή με ΟΜΛ. Χορηγήθηκε υπεράνοσος γ-σφαιρίνης και δεξαμεθαζόνη. Στις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε pseudomonas aeruginosa Multi-Drug-Resistant (MDR) ευαίσθητη στην κολιστίνη και στις αμινογλυκοσίδες και τροποποιήθηκε η αντιβιοτική αγωγή. Ο ασθενής κατέληξε την 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας χωρίς βελτίωση της αιματολογικής του εικόνας από ενδοκράνια αιμορραγία.

**Συμπεράσματα:** Το ΑΦΣ αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα, δευτεροπαθή σε μία πλειάδα νοσημάτων που ποικίλουν από ήπιες ιογενείς λοιμώξεις οπότε και αυτοϊάται, αλλά και σοβαρά νοσήματα όπως σήψη, μικροβιαίμια, νεοπλασίες, αιματολογικά και αυτοάνοσα νοσήματα. Ο ασθενής που συζητείται εμφάνισε ΑΦΣ ενώ η ρευματική νόσος του βρίσκεται σε ύφεση. Ο υψηλός δείκτης υποψίας για την νόσο οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση και έναρξη αγωγής. Η σοβαρότητα του υποκείμενου νοσήματος αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την ύφεση της νόσου.

## AA041

## ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Σουβατζή Κλεοπάτρα<sup>1</sup>, Κολεβέντης Ορέστης<sup>1</sup>, Σταμοπούλου Δήμητρα<sup>1</sup>, Ασμανίδης Βασίλειος<sup>1</sup>, Μανιατάκου Μαρία<sup>1</sup>, Χατζηδάκης Νίκος<sup>2</sup>, Αγγελονίδου Ελένη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η Παμμακάριστος»

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η Παμμακάριστος»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο επιπολασμός των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του εντέρου έχουν αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες ενώ νόσοι όπως αμοιβαδική κολίτιδα παρατηρούνται σπανίως.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Θήλυ 26 χρονών προσήλθε λόγω διαρροιών με πρόσμιξη αίματος, βλέννης από 7 ημέρου όπου είχε λάβει αντιβίωση για 2 μέρες προτού προσέλθει στο νοσοκομείο.

**Αποτελέσματα:** Κατά την φυσική εξέταση η ασθενής παρουσίαζε ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση της κοιλιάς, η δακτυλική εξέταση ήταν αρνητική για παρουσία αίματος ενώ δεν παρατηρήθηκαν λοιπά παθολογικά ευρήματα. Δεν ανέφερε παρόμοιο επεισόδιο στο παρελθόν, χωρίς λοιπό ατομικό αναμνηστικό ενώ από το οικογενειακό ιστορικό δεν ανέφερε ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Από καλλιέργεια κοπράνων απομονώθηκαν κυστικές μορφές αμοιβάδας και clostridium difficile χωρίς τοξίνες. Η ασθενής ετέθει σε αντιβιοτική αγωγή με μετρονιδαζόλη ενδοφλεβίως και βανκομυκίνη από το στόμα για 8 ημέρες και έλαβε εξιτήριο. Προσήλθε εκ νέου 10 ημέρες μετά του εξιτηρίου λόγω υποτροπή των συμπτωμάτων. Σε νέα καλλιέργεια κοπράνων δεν απομονώθηκε αμοιβάδα ή clostridium difficile. Ύστερα από επικοινωνία με τον γαστρεντερολόγο του νοσοκομείου μας διενεργήθει ενδοσκόπηση με μακροσκοπικά στοιχεία: εικόνα οξείας αιμορραγικής κολίτιδας, παρουσία αφθοειδών εξελκώσεων με διάσπαρτα έλκη με εξιδρωματική επιφάνεια και μικροσκοπικά στοιχεία: θέσεις κρυπτίτιδας με σχηματισμό αρκετών ενδοαυλικών μικρο αποστημάτων, εξιδρωματικά στοιχεία συνηγορητικά υπέρ λοίμωξης από clostridium difficile. Τέθηκε η υποψία ελκώδους κολίτιδας βάση της μικροσκοπικής και μακροσκοπικής εικόνας. και ξεκίνησε θεραπεία με μεσαλαζίνη και ριφαξιμίνη με ύφεση των συμπτωμάτων.

**Συμπεράσματα:** Οι λοιμώδεις κολίτιδες και ιδιοπαθείς φλεγμονώδης νόσοι του εντέρου συχνά αλληλεπικαλύπτονται και οφείλουμε να διερευνούμε την πιθανότητα να συνυπάρχουν.

AA042

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΕΛΛΗΝΑ HIV ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Φώτου Αικατερίνη<sup>1,2</sup>, Βαΐου Αντωνία<sup>1,2</sup>, Ασημακοπούλου Πούλια<sup>1,2</sup>, Χατζηλήγου Χρυσάνθη<sup>1,2</sup>, Σωκράτους Σολομώντας<sup>1,2</sup>, Λάντου Αναστασία<sup>1,2</sup>, Λουκόπουλος Αργύριος<sup>1,2</sup>, Στέφος Άγγελος<sup>1,2</sup>, Σβερώνη Δάφνη<sup>1,2</sup>, Σαμακίδου Άννα<sup>1,2</sup>, Μπιτέλη Μαρία<sup>3</sup>, Γατσέλης Νικόλαος<sup>1,2</sup>, Ιωάννου Μαρία<sup>3</sup>, Μακαρίτσης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Νταλέκος Γεώργιος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN RARE-LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σάρκωμα Καροσί αποτελεί ένα χαμηλού βαθμού, μεσεγχυματογενή, αγγειακό όγκο που κυρίως προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους και σχετίζεται αιτιολογικά με τον HHV-8. Η κλασική μορφή αυτού εκδηλώνεται σε ηλικιωμένους άρρενες της γεωγραφικής περιοχής Μεσογείου και Ανατολικής Ευρώπης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Με την παρούσα εργασία παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 82 ετών, HIV αρνητικού, με έκθυση αρχικώς ερυθρών ανώδυνων δερματικών κηλίδων στην παλαμιαία επιφάνεια άκρων χειρών. Προσδευτικά, εντός 10μήνου, οι βλάβες απέκτησαν συρρέουσα μορφή σχηματίζοντας πλάκες και εν συνεχεία επώδυνα οζίδια, ερυθροϊώδους χροιάς, επεκτεινόμενα τόσο στην πρόσθια επιφάνεια κνημών και άκρων ποδών όσο και στον τράχηλο - πρόσωπο (ρίνα, πτερύγια ώτων). Κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώθηκε όμοια περιγεγραμμένη ερυθροϊώδης βλάβη στον βλεννογόνου της υπερώας. Κατά την ιστοπαθολογική εξέταση των βλαβών αναδείχθηκε μεσεγχυματογενής εξεργασία αιμαγγειωματώδους προέλευσης με ανοσοϊστοχημικούς χαρακτήρες (HHV-8, BCL2, CD34) υπέρ σαρκώματος Καροσί. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος γαστρεντερικού σωλήνα δεν ανέδειξε προσβολή αυτού, ενώ στον έλεγχο με αξονική τομογραφία απεικονίστηκαν αλλοιώσεις με χαρακτηριστική πρόσληψη του σκιαγραφικού στα μαλακά μόρια πέριξ της ρινός, την άνω γνάθο, τη βάση της γλώσσας, την επιγλωττίδα και τη βασική αμυγδαλή.

**Συμπεράσματα:** Το κλασικό σάρκωμα Καροσί αποτελεί ένα σπάνιο νεόπλασμα, που εμφανίζεται συνήθως σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Παρουσιάζει βραδεία εξελικτική πορεία με διακριτά συνήθως κλινικά στάδια (κηλίδες, βλατίδες, πλάκες, οζίδια, όγκοι). Η αρχικά άτυπη κλινική του εικόνα απαιτεί αυξημένη κλινική επαγρύπνηση, ώστε να μη διαλάθει η διάγνωσή του.



AA043

**ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ MYCOBACTERIUM ABSCESSUS ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ**

Φώτου Αικατερίνη<sup>1,2</sup>, Χριστοδουλόπουλος Γεώργιος<sup>3</sup>, Μάρκου Αλεξάνδρα<sup>3</sup>, Στέφος Άγγελος<sup>1,2</sup>, Σαλούστρος Εμμανουήλ<sup>3</sup>, Νταλέκος Γεώργιος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN RARE-LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το Mycobacterium Abscessus Complex αποτελεί μία ομάδα ταχέως αναπτυσσόμενων, μη φυματιωδών μυκοβακτηριδίων (Nontuberculous mycobacteria), ευρέως διαδεδομένων στη φύση (νερό, έδαφος) με φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που κυρίως περιλαμβάνει οστεομυελίτιδα, λοιμώξεις αναπνευστικής οδού, βακτηριαίμια και σπανιότερα διάχυτη εκτεταμένη νόσο. Σημαντική είναι η συμβολή του στις λοιμώξεις σχετιζόμενες με βιομεμβράνη (biofilm), κυρίως στις σχετιζόμενες με κεντρικό αγγειακό καθετήρα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 68 ετών με διηθητικό αδenoκαρκίνωμα κόλου σταδίου IV, διαγνωσθέντος προ 16μήνου, με μόνιμο κεντρικό φλεβικό καθετήρα (port-a-cath) παρουσίασε διπλό αμφημερινό πυρετό έως 38°C, δίχως ρίγος, δερματικές βλάβες ή συμπτωματολογία λοίμωξης αναπνευστικού. Στις καλλιέργειες περιφερικού αίματος και από τον κεντρικό καθετήρα αναπτύχθηκε Mycobacterium Abscessus. Ο ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή με μοξιφλοξασίνη, αζιθρομυκίνη και λινεζολίδη διατηρώντας την πιπερακιλλίνη - ταζομπακτάμη, την οποία ελάμβανε με την έναρξη των πυρετικών κυμάτων πριν την ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου λόγω πιθανής χολαγγειίτιδας. Μετά την πάροδο 48ωρών η καλλιέργεια περιφερικού αίματος απέβη στείρα, ενώ απομονώθηκε εκ νέου Mycobacterium Abscessus στην καλλιέργεια από τον κεντρικό καθετήρα. Ως εκ τούτου, αφαιρέθηκε χειρουργικά με αποτέλεσμα την αποστείρωση του ασθενούς (5/5 καλλιέργειες περιφερικού αίματος στείρες), ενώ στείρα αναδείχθηκε και η καλλιέργεια άκρου του port-a-cath. Έλαβε συνολικά 21 ημέρες αντιβιοτικής αγωγής χωρίς την εμφάνιση υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Η βακτηριαίμια από Mycobacterium Abscessus εμφανίζεται κυρίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, ενώ συνήθως σχετίζεται με χρήση ενδαγγειακών καθετήρων. Η έγκαιρη αφαίρεση του καθετήρα, η αυξημένη επαγρύπνηση και η εντατικοποίηση των μέτρων αποφυγής μετάδοσης λοιμώξεων, καθώς και η έγκαιρη ταυτοποίησή του προς καθορισμό κατάλληλων θεραπευτικών χειρισμών αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για τη βέλτιστη έκβαση του ασθενούς.

AA044

**ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΗΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ**

Ξυδά Νεκταρία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Χίνη Ραφαέλλα, Σιμάτη Σταματία, Μυλωνά Μαρία

*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η σηπτική αρθρίτιδα της ηβικής σύμφυσης (ΣΑΗΣ) συνιστά σπάνια οντότητα, προκαλούμενη συχνά από *Staphylococcus aureus*. Σκοπός της παρούσας είναι η ανάδειξη σπάνιου περιστατικού ΣΑΗΣ σε ασθενή με εμπύρετο και άλγος ηβικής σύμφυσης/ισχίων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα, 71 ετών, με ιστορικό σπληνεκτομής προ 15ετίας λόγω ιδιοπαθούς θρομβοπενικής θρομβοπενίας και μονοκλωνικής γαμμαπάθειας, εισήχθη προς διερεύνηση άλγους ιερολαγονίων αρθρώσεων/ηβικής σύμφυσης, σταδιακά επιδεινούμενο με αδυναμία ορθοστάτησης/βάδισης και συνοδό εμπύρετο ως 38,5 °C από διημέρου.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε νευρολογική και ρευματολογική εκτίμηση χωρίς ανεύρεση εστιακής σημειολογίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Τέθηκε σε κινησιοθεραπεία, αναλγητική και αντιμικροβιακή αγωγή με κλινδαμυκίνη/κεφταρολίνη. Από 3 συνολικά αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Streptococcus pneumoniae*. Έκτοτε η ασθενής έλαβε κεφτριαξόνη 2grx2IV. Σημειώνεται ότι είχε υποβληθεί σε αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό μόνο με το 23δύναμο εμβόλιο. Από την MRI ιερολαγονίων αρθρώσεων, λεκάνης, οσφυοίερας μοίρας σπονδυλικής στήλης αναδείχθηκαν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις με οίδημα στη δεξιά ιερολαγονίο, γραμμοειδής συλλογή υγρού στη μεσότητα της και οιδηματώδεις αλλοιώσεις στα ηβικά χείλη άμφω. Από τις αξονικές θώρακος/ΑΚΚ διαπιστώθηκαν υποσημαινόμενη ποσότητα ελεύθερης συλλογής υγρού στην ελάσσονα πύελο και εκφυλιστικές αλλοιώσεις οστικών δομών στην περιοχή, ενώ στο σπινθηρογράφημα οστών και αρθρώσεων πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στην περιοχή ηβικής σύμφυσης. Στο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν διαπιστώθηκε εκβλάσηση, ενώ ο ανοσολογικός έλεγχός ήταν αρνητικός. Η ασθενής βελτιώθηκε άμεσα και εξήλθε με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό για τις επόμενες 5 εβδομάδες. Σε επαναληπτικό MRI έλεγχο της περιοχής στο δίμηνο, οι αλλοιώσεις της υποχώρησαν σχεδόν πλήρως.

**Συμπεράσματα:** Συνιστάται υψηλός δείκτης υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή της ΣΑΗΣ προς αποφυγή επιπλοκών, καθώς η σπανιότητά και η άτυπη κλινική της εικόνα απομακρύνουν συχνά την κλινική σκέψη από αυτή. Το ίδιο ενεργά θα πρέπει να αναζητείται το ιστορικό εμβολιασμού σε κάθε ασθενή με εμπύρετο και σπληνεκτομή.

AA045

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Καριπίδη Καλλιόπη<sup>1</sup>, Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος<sup>1</sup>, Μπουραντάς Βασίλειος<sup>1</sup>, Πιπεράκη Ευαγγελία-Θεοφανώ<sup>2</sup>, Ντζιώρα Φωτεινή<sup>1</sup>, Αρβανίτης Μεγακλής<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παρασιτολογίας, Μικροβιολογία Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Λόγω των συνεχώς μεταβαλλόμενων συνθηκών οι ροές μεταναστών και προσφύγων αυξάνονται διαρκώς τα τελευταία χρόνια θέτοντας νέες προκλήσεις στα συστήματα υγείας των χωρών υποδοχής. Σκοπός η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς από το Καμερούν με εμπύρετο και ηωσινοφιλία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 16 ετών, πρόσφυγας από το Καμερούν, διεκομίσθη στην κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση λόγω εμφάνισης δεκατικής πυρετικής κίνησης από 20ημέρου έως 37,6°C κατά τις νυκτερινές ώρες και θετικής δοκιμασίας mantoux (15mm), με συνοδά θωρακαλγία, βήχα και κόπωση. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται επεισόδιο βλεννοαιματηρών διαρροϊκών κενώσεων και διόγκωση κάτω άκρου προ 3μήνου, ελονοσία κατά την παιδική ηλικία και σεξουαλική κακοποίηση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο έλεγχο λαμβάνοντας υπόψη λοιμώδη νοσήματα, που ενδημούν στη χώρα προέλευσης και τους ενδιάμεσους σταθμούς, καθώς και το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.

**Αποτελέσματα:** Ο έλεγχος για φυματίωση με εξέταση πτυέλων, καλλιέργεια β-Koch και αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (polymerase chain reaction, PCR) ήταν αρνητικός, όπως και ο έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Από τη γενική αίματος διαπιστώθηκε ηωσινοφιλία (H:2,9K/μl). Εστάλη γενική και παρασιτολογική κοπράνων, που ήταν αρνητική και ορολογικός έλεγχος, που ήταν θετικός για λοίμωξη από *Strongyloides stercoralis*, με αμφίβολο αποτέλεσμα για λοίμωξη από *Schistosoma mansoni*. Ο ορολογικός έλεγχος για φιλάριας ήταν θετικός και σε συνδυασμό με το ιστορικό διόγκωσης του κάτω άκρου ήγειρε την υποψία φιλαρίασης, οπότε και ελέγχθηκε περαιτέρω με PCR για *Wuchereria bancrofti* (αρνητική). Έγινε έλεγχος για Δάγκειο και *Chikungunya*, ο οποίος ήταν αρνητικός για ενεργό οξεία λοίμωξη. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με ιβερμεκτίνη και πραζικουαντέλη, απυρέτησε και εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένος με ηωσινόφιλα εντός φυσιολογικών ορίων.

**Συμπεράσματα:** Έχει ιδιαίτερη σημασία η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με λοιμώδη νοσήματα από ενδημικές περιοχές, λαμβάνοντας υπόψη τους πιθανούς κινδύνους με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί κατά τη μετάβαση και διαμονή τους σε ενδιάμεσους σταθμούς έως τον τελικό προορισμό.

AA046

**ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Αβραμόπουλος Παντελής<sup>2</sup>, Παπαλέξης Πέτρος<sup>3</sup>, Γαρμπή Άννα<sup>4</sup>, Μπιτσάνη Αικατερίνη<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>4</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο υποπαραθυρεοειδισμός αποτελεί μια σπάνια κατάσταση ενδοκρινικής ανεπάρκειας που χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα ασβεστίου ορού, αυξημένα επίπεδα φωσφόρου ορού και ασυνήθιστα χαμηλά επίπεδα παραθορμόνης (PTH) ορού. Η παρούσα μελέτη περιγράφει την περίπτωση ενός ασθενούς με πρωτοπαθή υποπαραθυρεοειδισμό που προκλήθηκε από τη νόσο COVID-19.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας ασθενής 53 ετών προσήλθε λόγω πυρετού και βήχα τις τελευταίες 10 ημέρες. Είχε ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου με χειρουργική εκτομή 10 χρόνια πριν. Δε λάμβανε φάρμακα. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε μη μουσικούς ρόγχους στις βάσεις και των δύο πνευμόνων. Η ανάλυση των αερίων του αίματος ανέδειξε υποξυγοναιμία και η ακτινογραφία του θώρακα διηθήματα κάτω λοβών άμφω. Αξιοσημείωτα εργαστηριακά ευρήματα ήταν επίπεδα ασβεστίου ορού 6,9 mg/dl (φ.τ, 8,6-10,2 mg/dl) και επίπεδα φωσφόρου ορού 4,7 mg/dl (φ.τ, 2,5-4,5 mg/dl) με φυσιολογικά επίπεδα λευκωματίνης 37,4 g/l (φ.τ, 35-50 g/l) και κρεατινίνης 0,61 mg/dl (φ.τ, 0,6-1 mg/dl).

**Αποτελέσματα:** Λήφθηκε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα και ο ασθενής βρέθηκε θετικός για λοίμωξη από SARS-CoV-2 χρησιμοποιώντας αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης ανάστροφης μεταγραφής (RT-PCR). Λόγω της υπασβεστιαϊμίας και υπερφωσφαταιμίας, πραγματοποιήθηκε περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος, αποκαλύπτοντας επίπεδα PTH 11,7 pg/ml (φ.τ 12-65 pg/ml) και επίπεδα 25-υδροξυβιταμίνης D 38,4 ng/ml (επίπεδα επάρκειας, >30 ng/ml). Ο ασθενής δεν είχε συμπτώματα. Επιπλέον, είχε ένα φυσιολογικό επίπεδο ασβεστίου ορού 8,9 mg/dl (φυσιολογικό εύρος, 8,6-10,2 mg/dl) 6 μήνες πριν. Το γεγονός αυτό, μαζί με την ηλικία του, απέκλεισε μια γενετική αιτία υποπαραθυρεοειδισμού. Επιπλέον, δεν είχε ιστορικό χειρουργικής επέμβασης, τραύματος, διηθητικής νόσου ή ακτινοβολίας. Τα επίπεδα του πεπτιδίου που σχετίζεται με την PTH ήταν φυσιολογικά, αποκλείοντας έτσι το παρανεοπλασματικό σύνδρομο ως αιτία χαμηλών επιπέδων PTH. Ο πρωτοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός θεωρήθηκε ότι προκλήθηκε από τη νόσο COVID-19. Ο ασθενής έλαβε συμπλήρωμα ασβεστίου από το στόμα. Μετά από 5 ημέρες νοσηλείας, η κλινική του κατάσταση και τα επίπεδα ασβεστίου στον ορό του βελτιώθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 αποτελεί σπάνιο αίτιο πρωτοπαθούς υποπαραθυρεοειδισμού.



AA047

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΑΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος, Μαγγανάς Κωνσταντίνος, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Γκισούρη Ουρανία, Καρυπίδη Καλλιόπη, Τσαουσοπούλου Ειρήνη, Καραμανάκος Γεώργιος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μακροκυτταρική αναιμία (MCV>90) συνήθως ανευρίσκεται σε έδαφος έλλειψης B12 ή φυλλικού οξέως στο μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, στη δικτυοερυθροκυττάρωση και στην κατάχρηση αλκοόλ. Το πολλαπλούν μυέλωμα (Π.Μ.) αποτελεί αιματολογική κακοήθεια που συνήθως χαρακτηρίζεται ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική αναιμία, νεφρική ανεπάρκεια, οστικές βλάβες και υπερασβιαστιά. Σπανιότερες εκδηλώσεις του Π.Μ. αποτελούν τα η μακροκυτταρική αναιμία (14% των περιπτώσεων) και τα πλασματοκυττώματα, η παρουσία των οποίων σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση. Σκοπός του παρόντος είναι η παρουσίαση περιστατικού με μακροκυτταρική αναιμία και τριγωνική σκίαση στον πνεύμονα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής, 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω ανεύρεσης μακροκυτταρικής αναιμίας (Hb 8,6 g/dL, MCV: 99) με μειωμένο τον αριθμό των Δ.Ε.Κ. (0,022 M/mL). Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε ύποπτη τριγωνική σκίαση στον δεξιό μέσο λοβό, ενώ ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σημαντική αύξηση της Τ.Κ.Ε. (110 mm) χωρίς ανάλογη αύξηση λοιπών δεικτών φλεγμονής.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική προς διερεύνηση της μακροκυτταρικής αναιμίας. Η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ανέδειξε γ-σφαιρίνη στα κατώτερα φυσιολογικά όρια και εν συνεχεία έγινε ποσοτικός προσδιορισμός πρωτεϊνών με ανάδειξη υψηλής τιμής στις κ-αλυσίδες (1030 mg/L), στον λόγο κ/λ (75,74) και ανοσοκαθήλωση ορού και ούρων, η οποία ανίχνευσε μονοκλωνικό κλάσμα IgG/κ. Πραγματοποιήθηκε οστεομυελική βιοψία από όπου ανεδείχθη διήθηση του μυελού κατά 90% από πλασματοκύτταρα με μονοκλωνικά για την IgG/κ. Προς σταδιοποίηση του Π.Μ. διενεργήθη PET/CT, η οποία ανέδειξε πολλαπλές λυτικές βλάβες στη σπονδυλική στήλη και εικόνα συμβατή με πλασματοκύττωμα κατά μήκος 6<sup>ης</sup>-7<sup>ης</sup>-8<sup>ης</sup> πλευράς. Ο ασθενής αφού μεταγγίστηκε έλαβε εξιτήριο και διασυνδέθηκε με τα Ε.Ι. Αιματολογικού προς περαιτέρω αντιμετώπιση του Π.Μ.

**Συμπεράσματα:** Το Π.Μ. σπανίως εμφανίζεται με μακροκυτταρική αναιμία και πλασματοκυττώματα παρακείμενα του μυελού των οστών. Η υψηλή κλινική υποψία για τα εν λόγω χαρακτηριστικά οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

AA048

**ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΝΕΦΡΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ WUNDERLICH) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Σιώμου Ζωή-Ιρις<sup>1,2</sup>, Μπέτσικος Αχιλλέας<sup>2</sup>, Πατρίκαλου Ευαγγελία<sup>2</sup>, Πάσχου Ελένη<sup>3</sup>, Φούντα Παρασκευή<sup>2</sup>, Σαμπάνης Νικόλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>2</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>3</sup> Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, ΤΟΜΥ Γιάννουλης, Λάρισα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αυτόματη ρήξη νεφρού (Wunderlich Syndrome-WS) αποτελεί σπάνια και εν δυνάμει θανατηφόρα κλινική οντότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνίδια, μη τραυματικής αιτιολογίας νεφρική αιμορραγία στον υποκάψιο ή/και περινεφρικό χώρο. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση της κλινικής εικόνας, της διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενούς με WS.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 83 ετών, με ιστορικό ΣΔΙΙ, αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και ΧΝΝ υπό εξωνεφρική κάθαρση από διαιτία, παρουσίασε κατά τη διάρκεια συνεδρίας οξύ κοιλιακό άλγος με συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια. Η συνεδρία διακόπηκε και διενεργήθηκε άμεσα αξονική τομογραφία κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

**Αποτελέσματα:** Η αξονική ανέδειξε ρήξεις του παρεγχύματος του αριστερού νεφρού, ευμέγεθες υποκάψιο αιμάτωμα και αιμορραγικό υλικό αριστερά περινεφρικά. Από τον εργαστηριακό έλεγχο καταγράφηκε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη. Ο ασθενής μεταγίσθηκε και ακολούθως διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπου διενεργήθηκε εμβολισμός της αριστερής νεφρικής αρτηρίας. Μετά τον εμβολισμό, διενεργήθηκε επαναληπτική αξονική αγγειογραφία όπου ανευρέθη ενεργή κάτω πολική νεφρική αρτηρία αλλά ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

**Συμπεράσματα:** Η πρώτη περιγραφή αυτόματης ρήξης νεφρού έγινε το 1856 από τον Wunderlich. Η κλασική κλινική τριάδα του Lenk που χαρακτηρίζει το WS περιλαμβάνει το οξύ κοιλιακό άλγος/οσφυαλγία, την παρουσία ψηλαφητής κοιλιακής μάζας και σημεία μεθαιμορραγικής καταπληξίας, αλλά απαντάται μόλις στο 20% των ασθενών. Το WS αιτιολογικά έχει συσχετισθεί με νεοπλάσματα, αγγειακά νοσήματα, φλεγμονώδεις νόσους και την παρουσία κύστεων. Η αξονική τομογραφία αποτελεί την καλύτερη απεικονιστική μέθοδο διάγνωσης και σε κάποιες περιπτώσεις αποκαλύπτει το υποκείμενο αίτιο, το οποίο σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είναι συχνά η επίκτητη κυστική νόσος. Η αντιμετώπιση του WS περιλαμβάνει τον εκλεκτικό αρτηριακό εμβολισμό ή ακόμη και τη μερική ή ολική νεφρεκτομή.

AA049

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΕΞΑΝΘΗΜΑ

Δρούλιας Ανδρέας<sup>1</sup>, Μαγγανάς Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Μπίστας Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Προδρομιάδου Ελισάβετ<sup>1</sup>, Χίνη Ραφαέλα<sup>1</sup>, Μήκος Νικόλαος<sup>2</sup>, Ντζιώρα Φωτεινή<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

<sup>2</sup> Αλλεργιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) αποτελεί μια σοβαρή φαρμακευτική ανεπιθύμητη ενέργεια, που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένο δερματικό εξάνθημα σε συνδυασμό με προσβολή σπλαχνικών οργάνων, λεμφαδενοπάθεια, ηωσινοφιλία και άτυπη λεμφοκυττάρωση. Σκοπός η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης DRESS με αλιθισιακή χολοκυστίτιδα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 24 ετών, με ατομικό αναμνηστικό διπολικής διαταραχής υπό αγωγή με λαμοτριγίνη από 4 εβδομάδων, διεκομίσθη στην κλινική μας από άλλο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Πρόκειται για ασθενή με εμπύρετο από 11ημέρου έως 39°C και γενικευμένο κηλιδώδες κνησμώδες εξάνθημα κεφαλής, κορμού και άκρων. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση με ηωσινοφιλία (H: 1.600/μl) και επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε εικόνα αλιθισιακής χολοκυστίτιδας, ηπατοσπλημεγαλία και βουβωνική λεμφαδενοπάθεια.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή της η ασθενής παρέμενε εμπύρετη με όψη πασχούσης. Από το συμπληρωματικό έλεγχο, προέκυψαν θετικά αντισώματα IgM/IgG για τον ιό του απλού έρπητα (HSV 1&2, Herpes Simplex virus). Ο μοριακός έλεγχος με PCR (Polymerase Chain Reaction) ήταν θετικός για τον ιό της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (Epstein-Barr virus) (124copies/ml). Η εξέταση επιχρίσματος και ο ανοσοφαινότυπος περιφερικού αίματος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Μετά από αλλεργιολογική εκτίμηση η ασθενής έλαβε μεθυλπρεδνιζολόνη, με άμεση ανταπόκριση, αποδρομή του εξανθήματος και ομαλοποίηση των τιμών της γενικής αίματος και της ηπατικής βιοχημείας. Ετέθη η διάγνωση του συνδρόμου DRESS, για το οποίο ενοχοποιήθηκε η λαμοτριγίνη, που αποτελεί φάρμακο υψηλού κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Η διαφορική διάγνωση σε ασθενή με εμπύρετο και εξάνθημα καλύπτει μια ευρεία γκάμα νοσημάτων. Η ενδεδειγμένη λήψη ιατρικού ιστορικού και η καλή κλινική εξέταση μπορούν να κατευθύνουν τη διαγνωστική σκέψη. Στην εκδήλωση του συνδρόμου DRESS έχουν προταθεί δύο παθογενετικοί μηχανισμοί η φαρμακο-ειδική ανοσοαπόκριση και η επανενεργοποίηση ερπητοϊών. Η αλιθισιακή χολοκυστίτιδα υποχώρησε πλήρως με τη λήψη μεθυλπρεδνιζολόνης, χωρίς τη χρήση αντιμικροβιακής αγωγής. Συστήνεται συνέχιση της παρακολούθησης για εκδήλωση αυτοανοσίας σε δεύτερο χρόνο.

AA050

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ**

Δρούλιας Ανδρέας, Παπαχρήστου Κλαίρη, Μιχαλακή Βανέσσα, Σαλαπάτας Κλεομένης, Γκικόκας Αλέξανδρος, Ντζιώρα Φωτεινή, Μυλωνά Μαρία, Λιάτης Σταύρος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρατεινόμενο εμπύρετο > 38,3°C, σε τουλάχιστον 3 μετρήσεις, που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες και για το οποίο δεν έχει τεθεί διάγνωση μετά από μία εβδομάδα ενδονοσοκομειακού ελέγχου χαρακτηρίζεται ως πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (FUO, fever of unknown origin). Τα υποκείμενα αίτια μπορεί να είναι λοιμώξεις, νεοπλάσματα, νοσήματα κολλαγόνου, αγγειίτιδες και άλλα σπανιότερα, ενώ σε ένα ποσοστό των ασθενών δεν ανευρίσκεται το αίτιο. Σκοπός η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με FUO.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 49 ετών, κτηνοτρόφος, με ατομικό αναμνηστικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας, διεκομίσθη στην κλινική μας από άλλο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Παρουσιάζει εμπύρετο από 15ημέρου έως 39°C, καλώς ανεκτό, υφίομενο με συνήθη αντιπυρετικά. Στα πλαίσια διερεύνησης είχε σταλεί εκτεταμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, που ήταν αρνητικός για λοιμώδη, μεταξύ των οποίων για βρουκέλλα και φυματίωση, και για αυτοάνοσα νοσήματα, πλην της ρευματοειδούς.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή η ασθενής ήταν εμπύρετη με όψη και θρέψη καλή. Από το συμπληρωματικό έλεγχο προέκυψαν θετικά IgM/IgG αντισώματα έναντι *Coxiella burnetii*. Ξεκίνησε αγωγή με δοξυκυκλίνη και υδροξυχλωροκίνη, ως επί πιθανού πυρετού Q, πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, τα οποία ήταν αρνητικά για παρουσία εκβλαστήσεων και η αγωγή διεκόπη. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία έδειξε ηπατομεγαλία, διάχυτη λεμφαδενοπάθεια (μεσοθωρακίου και ενδοκοιλιακά) και διήθηση οστικού μυελού. Ο ανοσοφαινότυπος περιφερικού αίματος έδειξε κλωνικότητα β-λεμφοκυττάρων και πραγματοποιήθηκε οστεομυελική βιοψία. Ελήφθη βιοψία αριστερού υπερκλείδιου λεμφαδένα, η οποία αναμένεται, προκειμένου η ασθενής να συνεχίσει την παρακολούθηση και αντιμετώπισή της από την αιματολογική ομάδα, ως επί πιθανού λεμφώματος.

**Συμπεράσματα:** Ο FUO συνιστά μια διαρκή πρόκληση για τον παθολόγο. Η πληθώρα των κλινικών εκφάνσεων, η αλληλοεπικάλυψη των σημείων και συμπτωμάτων, που μπορεί να ταυτίζονται με διαφορετικά νοσήματα απαιτεί κλινική οξυδέρκεια, συστηματική και οργανωμένη λήψη ιστορικού και συνεργασία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων.



AA051

**ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΘΕΙΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΑΙΘΥΛΙΣΜΟ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ Β**

Γιαννούλης Γεώργιος, Γεωργιάδου Σάρα, Γκαμπέτα Στέλλα, Ιερόπουλος Λεωνίδας, Τριανταφύλλου Κατερίνα, Ζηκούδη Δήμητρα-Γεωργία, Βερβαινιώτης Δημήτριος, Πολύζος Αστέριος, Νταλέκος Γεώργιος, Ζάχου Καλλιόπη

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η γαλακτική οξέωση (Lactate > 4 mmol/L) παρατηρείται όταν η παραγωγή γαλακτικού οξέως υπερβεί την απέκκριση του και συνηθέστερα σχετίζεται με μειωμένη αιμάτωση των ιστών. Ωστόσο, υπάρχουν σπανιότερα αίτια γαλακτικής οξέωσης, για την ανεύρεση των οποίων απαιτείται υψηλή κλινική υποψία και λεπτομερής λήψη ιστορικού.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 67 ετών, με ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού εισήχθη περιπατητικός στην κλινική μας λόγω βραδυψυχισμού (GCS: 15/15), υπογλυκαιμίας (Glucose: 30 mg/dL) και γαλακτικής οξέωσης με αυξημένο χάσμα ανιόντων από τον αερομετρικό έλεγχο (pH: 6.98, Lactate > 15 mmol/L, HCO<sub>3</sub>: 7 mmol/L). Κατά την εκτίμηση δε διαπιστώθηκε πυρετός, αιμοδυναμική αστάθεια ή σημεία σήψης (SOFA Score: 0).

**Αποτελέσματα:** Η γαλακτική οξέωση διακρίνεται σε δύο τύπους. Η τύπου Α γαλακτική οξέωση σχετίζεται με ιστική υποοξείωση και υποξεία, οπότε βάσει του γενόμενου κλινικοεργαστηριακού ελέγχου αποκλείστηκε. Σε ότι αφορά στην τύπου Β, αποκλείστηκαν η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, η υπερδοσολογία φαρμάκων, η HIV λοίμωξη και τα νεοπλάσματα (αρνητικός απεικονιστικός έλεγχος). Βάσει του ιστορικού χρόνιου αιθυλισμού, θεωρήθηκε πιθανή η ένδεια θειαμίνης ως αίτιο γαλακτικής οξέωσης, οπότε ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με υψηλές δόσεις βιταμίνης Β1. Παρατηρήθηκε ταχεία αποκατάσταση του γαλακτικού οξέος, του pH και των HCO<sub>3</sub> σε φυσιολογικά επίπεδα εντός οκτώωρου.

**Συμπεράσματα:** Η γαλακτική οξέωση τύπου Β οφείλεται σπάνια σε σοβαρή ανεπάρκεια θειαμίνης και μπορεί να παρατηρηθεί σε ασθενείς με χρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Επί κλινικής υποψίας πρέπει να προχωρούμε σε επιθετική χορήγηση θειαμίνης με θεραπευτικό κριτήριο τη γρήγορη αποκατάσταση της γαλακτικής οξέωσης.

AA052

**ΝΕΦΡΟΓΕΝΗΣ ΑΠΟΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΒΑΡΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΡΩΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ GELLER ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ**

Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Δημοπούλου Γεωργία, Τούζλατζη Ντηλάρια, Γαβριηλίδης Ευστράτιος, Μπακόλα Στεφάνια, Αντωνιάδου Χριστίνα, Χατζηξανθουλίου Χαρίκλεια, Δελημύτης Αθανάσιος, Παπαγόρας Χαράλαμπος, Μητρούλης Ιωάννης, Σκένδρος Παναγιώτης, Ρίτης Κωνσταντίνος

*Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο Geller αποτελεί σπανιότατη αυτοσωμική επικρατούσα νόσο οφειλόμενη σε μετάλλαξη του υποδοχέα αλατοκορτικοειδών με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του από την κυκλοφορούσα προγεστερόνη, εκδηλούμενο κλινικά με υποκαλιαιμία και υπέρταση, τυπικά στην κύηση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Παρουσίαση περιστατικού.

**Αποτελέσματα:** Ασθενής στην 23η εβδομάδα κύησης διακομίστηκε από δευτεροβάθμιο νοσοκομείο λόγω σοβαρής υποκαλιαιμίας (1.3 mEq/L) και πολυουρίας (8-9 lt/ημερησίως) με πιθανή διαγνώση αποίου διαβήτη. Από 3 βδομάδων ανέφερε προσδευτικά επιδεινούμενη μυϊκή αδυναμία, ενώ πολυουρία, πολυδιψία, νυκτουρία εγκαταστάθηκαν την τελευταία εβδομάδα. Το λοιπό ιστορικό της αναφέρθηκε ελεύθερο. Οι τιμές αρτηριακής πίεσης επανειλημμένα ευρέθησαν υψηλές (ΣΑΠ 145-155 mmHg). Εκ του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου ανευρέθη Νάτριο στα ανώτερα φυσιολογικά (145 mEq/L) και χαμηλή οσμωτικότητα ούρων (159 mosm/L, 350 mosm/L μετά από χορήγηση 2 mcg Δεσμοπρεσίνης ΥΔ). Η τιμή διασωληναριακού πρανούς Καλίου ήταν ενδεικτική νεφρικών απωλειών, ενώ η συγκέντρωση ρενίνης και αλδοστερόνης χαμηλότερες των κατωτέρων ορίων. Η ασθενής ετέθη σε επιθετική αναπλήρωση καλίου ενδοφλεβίως (200 mEq/24h) και τιτλοποιούμενες δόσεις δεσμοπρεσίνης ΥΔ με πτωχή κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση. Η χορήγηση επλερενόνης ουδόλως επηρέασε την κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Λόγω ισχυρής υποψίας συνδρόμου Geller, έγινε επείγουσα εισαγωγή μέσω ΙΦΕΤ και έναρξη Αμιλοριδής 10 mg/ημέρα, με συνακόλουθη ομαλοποίηση της συγκέντρωσης καλίου, του όγκου ούρων και της ΑΠ εντός 72h. Η ασθενής υπεβλήθη ανεπίπλεκτα σε καισαρική τομή την 38η εβδομάδα. Η αμιλορίδη διεκόπη την 4η μεταχειρητική ημέρα χωρίς κλινικοεργαστηριακές ενδείξεις υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Ανακοινώνεται η πρώτη πιθανή διάγνωση συνδρόμου Geller στην Ελλάδα, και κατά τη γνώση των συγγραφέων πρώτη περίπτωση κλινικά εκδηλούμενη με εικόνα αποίου διαβήτη. Τεκμηρίωση της διάγνωσης μέσω γενετικού ελέγχου αναμένεται.

AA053

**ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΑΠΟ CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΚΑΙ COVID-19**

Γκούφα Αικατερίνη, Τσακανίκας Αριστείδης, Μπασούλης Δημήτριος, Γεωργακοπούλου Βασιλική, Μακροδημήτρη Σωτηρία, Σύψας Νικόλαος

Μονάδα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο *Cryptococcus neoformans* προκαλεί ευκαιριακές λοιμώξεις κυρίως σε ασθενείς με υποκείμενη ανοσοκαταστολή (AIDS, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια ηπατική ή νεφρική νόσο, μακροχρόνια λήψη στεροειδών, μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων), στους οποίους και η υποψία θα πρέπει να τίθεται νωρίς κατά τη διερεύνηση λόγω πιθανής χειρότερης πρόγνωσης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 83 ετών, εισάγεται στη Μονάδα Λοιμώξεων λόγω εμπυρέτου και διαταραχής επιπέδου επικοινωνίας. Κατά την είσοδο στα ΤΕΠ, υποβάλλεται σε αντιγονικό έλεγχο για SARS-CoV-2 ο οποίος απέβη θετικός. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό πολλαπλού μυελώματος από εξαμήνου για το οποίο και ελάμβανε αγωγή με λεναλιδομίδη, μπορτεζομίμη και δεξαμεθαζόνη έως και προ μηνός, οπότε και η θεραπεία της τροποποιήθηκε σε από του στόματος αγωγή με ιξαζομίμη και δεξαμεθαζόνη. Από το λοιπό ιστορικό η ασθενής πάσχει από πνευμονική ίνωση και καρδιακή ανεπάρκεια.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή της η ασθενής εμφανίζει ήπια αναπνευστική ανεπάρκεια, είναι εμπύρετη αλλά χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια και ληθαργική. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται αναιμία (Hgb 8.8 g/dL), θρομβοπενία (22 K/μL), καθώς και αυξημένη τιμή CRP (67mg/L, ΦΤ < 5mg/L). Υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου για τον αποκλεισμό αιμορραγίας, δεν διενεργείται οσφυονωτιαία παρακέντηση λόγω θρομβοπενίας και τίθεται σε ενδοφλέβια ενυδάτωση, αντική αγωγή με ρεμντεσιβίρη, ενδοφλέβια δεξαμεθαζόνη και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη εν αναμονή των καλλιέργειών αίματος και ούρων. Η ασθενής εμφανίζει ταχεία επιδείνωση λίγες ώρες μετά την εισαγωγή της, με αιμοδυναμική αστάθεια, οπότε και κατέληξε. Πέντε ημέρες μετά την εισαγωγή της απομονώνεται στην αιμοκαλλιέργεια *Cryptococcus neoformans*.

**Συμπεράσματα:** Η διηθητική λοίμωξη από κρυπτόκοκκο απαιτεί εγρήγορη του κλινικού ιατρού για τη διάγνυσή της σε ασθενείς με υποκείμενη ανοσοκαταστολή. Η καλλιέργεια αποτελεί το gold standard της διάγνωσης, αλλά η βραδεία ανάπτυξη του μύκητα στις αιμοκαλλιέργειες ενδέχεται να καθυστερήσει την έναρξη θεραπείας. Η ιξαζομίμη δεν έχει συσχετιστεί με κρυπτοκοκκική νόσο, ενώ αντίθετα υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία που αναγνωρίζουν τόσο το πολλαπλό μυέλωμα, όσο και την COVID-19 λοίμωξη ως παράγοντες κινδύνου.

AA054

**ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ Τ ΚΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ  
 ΦΑΡΜΑΚΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Τσιλιμπώκου Ευανθία<sup>1</sup>, Βασιλειάδης Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Ιωάννου Ανδρέας<sup>1,2</sup>, Αζίνα Χαρά<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Τμήμα Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η φαρμακευτική τοξικότητα λόγω εκούσιας υπερδοσολογίας ψυχοτρόπων φαρμάκων αποτελεί συχνό αίτιο νοσηλείας ασθενών με απόπειρα αυτοκαταστροφής. Μεταξύ των κλινικών εκδηλώσεων αναφέρονται διαταραχές επιπέδου συνείδησης, γαστρεντερικές διαταραχές, κεφαλαλγία, ξηροστομία και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις με παράταση QTc διαστήματος. Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς με παροδική αναστροφή T κυμάτων αποδιδόμενη σε φαρμακευτική υπερδοσολογία ψυχοτρόπων φαρμάκων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 72 ετών εισήχθη λόγω επεισοδίου απόπειρας αυτοκαταστροφής κατόπιν υπερδοσολογίας 20 δισκίων εσιταλοπράμης (200mg) και απροσδιόριστης ποσότητας δισκίων ολανζαπίνης. Κατά τη 2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας παρουσίασε καινούριες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις με παράταση QTc και αναστροφή T κυμάτων στο κατώτερο και πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα (απαγωγές II, III, aVF, V3-6) χωρίς συνοδό συμπτωματολογία οξέος στεφανιαίου συμβάματος και αρνητικά μυοκαρδιακά ένζυμα. Διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς και τέθηκε υπόνοια μόλις υποσημαινόμενης υποκινησίας μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Η ήπια οξεία νεφρική βλάβη που εμφάνισε ενδονοσοκομειακά ο ασθενής απέδραμε με ενδοφλέβια ενυδάτωση.

**Αποτελέσματα:** Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις υποχώρησαν πλήρως την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δοκιμασία κοπώσεως και νέο διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς με χορήγηση εξαφθοριούχου θείου κατά τις οποίες αποκλείστηκε οξύ καρδιαγγειακό σύμβαμα ή τοιχωματικές υποκινησίες.

**Συμπεράσματα:** Αναδεικνύεται σπάνια περίπτωση παροδικής αναστροφής T κυμάτων αποδιδόμενη σε φαρμακευτική υπερδοσολογία εσιταλοπράμης και ολανζαπίνης. Η παράταση QTc είναι το συχνότερο ηλεκτροκαρδιογραφικό εύρημα μετά από τη λήψη SSRIs και αντιψυχωσικών φαρμάκων. Μετά από ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφία ελάχιστες περιπτώσεις αναστροφής T κυμάτων έχουν καταγραφεί και αποδοθεί σε τοξικότητα από εσιταλοπράμη ή/και ολανζαπίνη.



AA055

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΕΠΑΓΟΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ

Γαβριηλίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Κόγιας Διονύσιος<sup>1</sup>, Αντωνιάδου Χριστίνα<sup>1</sup>, Καφαλής Νικόλαος<sup>1</sup>, Γιατρομανωλάκη Αλεξάνδρα<sup>2</sup>, Κουκλάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Χατζηξανθουλίου Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Ρίτης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Σκένδρος Παναγιώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η καρβαμαζεπίνη είναι συχνά χορηγούμενο φάρμακο έναντι της επιληψίας, του νευροπαθητικού πόνου και της διπολικής διαταραχής. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται σε ιδιοσυγκρασιακές και δοσοεξαρτώμενες. Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών υπό καρβαμαζεπίνη που εκδήλωσαν συστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Περιστατικό 1: Γυναίκα 38 ετών με ιστορικό Οικογενούς Μεσογειακού Πυρετού (μετάλλαξη *MEFV* M694V homo) υπό κολχικίνη, και επιληψίας υπό καρβαμαζεπίνη, εμφανίζει από μηνός καταβολή, αρθραλγίες, μυαλγίες, δεκατική πυρετική κίνηση και επώδυνη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια αμφοτερόπλευρα (~2 cm). Διαπιστώνονται αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC/Neutro: 12.4/8.80 K/μL, CRP 10.5 mg/dL, TKE 31 mm/h). Ο έλεγχος για λοιμώξεις ήταν αρνητικός. Παρά την αύξηση της κολχικίνης στη μέγιστη ανεκτή δόση και την δοκιμαστική χορήγηση Anakinra, δεν υπήρξε ανταπόκριση. Η βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα έδειξε ευρήματα μεικτής λεμφοκυτταρικής διήθησης από Β/Τ-λεμφοκύτταρα και παρουσία CD30+ Reed-Stenberg-like κυττάρων, εικόνα συμβατή με λεμφαδενοπάθεια-επαγόμενη από καρβαμαζεπίνη. Διαπιστώθηκαν παθολογικά επίπεδα καρβαμαζεπίνης πλάσματος (13.1 μg/mL). Η ελάττωση της δόσης της καρβαμαζεπίνης και η μείωση των επιπέδων της στα φυσιολογικά, οδήγησε σε πλήρη ύφεση. Περιστατικό 2: Γυναίκα 86 ετών με πρόσφατη διάγνωση σοβαρής νόσου Crohn (αγωγή με βουδεσονίδη και Ustekinumab) νοσηλεύεται λόγω σοβαρού διαρροϊκού συνδρόμου από τριμήνου. Ατομικό αναμνηστικό: κολπική μαρμαρυγή υπό arixaban και νευραλγία τριδύμου υπό καρβαμαζεπίνη από έτους. Διαπιστώθηκαν WBC/Neutro 15,23/11,12 K/μL, CRP: 4,5 mg/dL, TKE: 51 mm/h. Επαναξιολόγηση της αρχικής διάγνωσης με κολονοσκόπηση, λήψη βιοψιών και ενδοσκοπική κάψουλα ανέδειξε ειλείτιδα/τυφλίτιδα μακροσκοπικά, με παρουσία μικρο-ισχαιμικών αλλοιώσεων και λεμφοπλασματοκυτταρικών διηθήσεων ιστολογικά, ευρήματα μη-συμβατά με νόσο Crohn. Η διακοπή της καρβαμαζεπίνης οδήγησε σε ύφεση του διαρροϊκού συνδρόμου, χωρίς υποτροπή στο εξάμηνο.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς που λαμβάνουν καρβαμαζεπίνη και παρουσιάζουν άτυπους φλεγμονώδεις φαινοτύπους, πρέπει να αξιολογείται σοβαρά η πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.

AA056

**ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΟΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

Γαβριηλίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Αντωνιάδου Χριστίνα<sup>1</sup>, Ιγγλέζου Λυδία-Μαρία<sup>1</sup>, Μπακόλα Στεφανία-Ασπασία<sup>1</sup>, Κουτρούλης Μάριος-Βασίλειος<sup>2</sup>, Δελημύτης Αθανάσιος, Χαλικιάς Γεώργιος<sup>2</sup>, Ρίτης Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Σκένδρος Παναγιώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Περίπου 20% των ασθενών με βακτηριαμία από *Staphylococcus aureus* εμφανίζει θρομβοπενία, συνήθως ήπια έως μέτρια (50-150 Κ/μl). Περιγράφεται περίπτωση ανοσολογικά-διαμεσολαβούμενης, σοβαρής θρομβοπενίας (<10 Κ/μl), σε ασθενή με ενδοκαρδίτιδα αορτικής βαλβίδας από *Staphylococcus aureus*.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 77 ετών με ΣΔΤ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη, εισάγεται λόγω παρατεινόμενο εμπύρετου έως 38,5°C και διαταραχής του επιπέδου επικοινωνίας. Διαπιστώνεται πορφυρικό εξάνθημα κορμού-άκρων, διαστολικό φύσημα αορτικής, αύξηση δεικτών φλεγμονής (WBC:15.390/μL, PMN:13.640/μL, TKE:59mm/h, CRP:8.68mg/dL), σοβαρή θρομβοπενία χωρίς αναμία/δείκτες αιμόλυσης (PLTs:6.000/μL, HCT:41%, ΔΕΚ:1%, LDH:242mg/dL), και φυσιολογικός πηκτικός μηχανισμός (INR:1.11, aPTT:30.7s, ινωδογόνο:404mg/dL). Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος φάνηκε αμιγής θρομβοπενία χωρίς σχιστοκυττάρα. Το μυελόγραμμα ήταν φυσιολογικό. Ο ανοσολογικός έλεγχος έδειξε ANA θετικά με τίτλο 1/160, αρνητικό RF, χαμηλό C3 63mg/dL, C4 20.1 mg/dL, IgG 1060 mg/dL, IgM 148 mg/dL, IgA 339mg/dL. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε *Staphylococcus aureus* (MSSA). Η μελέτη με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε εκβλάστηση 12x2 mm στην αορτική βαλβίδα. Ο ασθενής έλαβε iv κλοξακιλλίνη 12 gr/ημ και πρεδνιζολόνη 0,5 mg/kgβΣ/ημ. Μετά από 2 εβδομάδες παρουσίασε φυσιολογικές τιμές αιμοπεταλίων και στείρες καλλιέργειες αίματος. Εξήλθε μετά από 6 εβδομάδες με προγραμματισμό για χειρουργική αποκατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοκαρδίτιδα από *Staphylococcus aureus* δύναται να προκαλέσει σοβαρή, ανοσολογικά-διαμεσολαβούμενη θρομβοπενία. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός διαφοροποιείται της κλασικής μικροαγγειοπαθητικής, μηχανικής, καταστροφής. Συμμετέχουν ειδικές του παθογόνου επιφανειακές πρωτεΐνες και σχετίζεται με την ενεργοποίηση του συμπληρώματος και το σχηματισμό ανοσοσυμπλεγμάτων. Σε απειλητικές για τη ζωή περιπτώσεις, η συγχρόνηση κορτικοειδών αποτελεί μια λογική, με βάση την παθοφυσιολογία, θεραπευτική επιλογή.

AA057

## ΣΟΒΑΡΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ DABIGATRAN

Ιγγλέζου Λυδία-Μαρία<sup>1</sup>, Γαβριηλίδης Ευστράτιος<sup>1</sup>, Αντωνιάδου Χριστίνα<sup>1</sup>, Μπακόλα Στεφανία-Ασπασία<sup>1</sup>, Δελημύτης Αθανάσιος<sup>1</sup>, Χατζηξανθουλίου Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Κρίκη Πελαγία<sup>2</sup>, Σκένδρος Παναγιώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νεφροπάθεια από άμεσα δρώντα από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs) αποτελεί πρόσφατα αναγνωρισμένη μορφή οξείας νεφρικής βλάβης. Εκδηλώνεται συνήθως με ταχεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας που συνοδεύεται από αιματουρία και διαταραχή του πηκτικού μηχανισμού. Ιστοπαθολογικά αναγνωρίζονται ερυθρά αιμοσφαίρια στο χώρο του Bowman και στα νεφρικά σωληνάκια, οξεία σωληναριακή βλάβη και διάμεση σωληναριακή νεφρίτιδα. Μεγαλύτερος κίνδυνος εμφανίζεται σε συγχρόνηση με ασπιρίνη ή/και φαρμάκων που αυξάνουν τα επίπεδα των DOACs. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική με συνεδρίες αιμοκάθαρσης, ενώ στο 60% η βλάβη είναι μη αναστρέψιμη. Βιβλιογραφικά περιγράφονται ελάχιστες περιπτώσεις. Παρουσιάζεται ασθενής με νεφροπάθεια από dabigatran, πιθανώς μετά από αύξηση της δόσης της αμιοδαρόνης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 77 ετών, διακομίσθηκε λόγω ταχέως επιδεινούμενης νεφρικής λειτουργίας, άγνωστης αιτιολογίας. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση >20 έτη, δυσλιπιδαιμία, υπερουριχαιμία, στεφανιαία νόσος (PCI προ 15 έτη), χρόνια κολπική μαρμαρυγή και ισχαιμικό ΑΕΕ με αγγειοπλαστική καρωτίδας (προ 9 ετών). Ελάμβανε Olmesartan/Hydrochlorothiazide 20/12,5mg, bisoprolol 10mg, amiodarone 200mg (πρόσφατη αύξηση της δόσης), rosuvastatin 40mg, allopurinol 100mg και dabigatran 300mg. Διαπιστώθηκε ταχεία (48 ώρες) επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη από 1,4 σε 4,2mg/dl) και μικροσκοπική αιματουρία χωρίς ενεργό ίζημα. Ο ανοσολογικός έλεγχος και η απεικόνιση των νεφρών ήταν φυσιολογικά. Στην πορεία εκδηλώθηκε σοβαρή αιμορραγική διάθεση (μακροσκοπική αιματουρία, εκχυμώσεις, υποδόριο αιμάτωμα), διαταραχή της πήξης (INR:1.5, aPTT:53) και ανουρία. Αντιμετωπίστηκε με διακοπή του dabigatran, χορήγηση πλάσματος (FFP) και έναρξη συνεδριών αιμοκάθαρσης. Η αιματουρία ελέγχθηκε και η διούρηση αποκαταστάθηκε μετά από 3 και 10 συνεδρίες αιμοκάθαρσης, αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς που λαμβάνουν DOACs και εκδηλώνουν ταχέως εξελισσόμενη νεφρική βλάβη με αιματουρία και διαταραχή της πήξης, πρέπει να αξιολογείται έγκαιρα η πιθανότητα της «σχετιζόμενης με αντιπηκτικά νεφροπάθειας».

AA058

**ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΠΙΠΕΡΑΚΙΛΙΝΗΣ**

Παναγόπουλος Φώτιος, Γκόγκου Αγαθονίκη, Γουζέα Ιφιγένεια, Κουλούρη Βασιλική, Αλεξοπούλου Κωνσταντίνια, Κοντοπούλου Θεανώ

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι ένα σπάνιο και δυνητικά επικίνδυνο για την ζωή σύνδρομο που οφείλεται στην υπεράνοση φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού. Μπορεί να είναι κληρονομικό ή δευτεροπαθές στα πλαίσια λοιμωδών παραγόντων, αυτοάνοσων νοσημάτων ή κακοηθειών. Επίσης έχει αναγνωριστεί μετά από χρήση κάποιων φαρμακευτικών παραγόντων. Ακολουθεί η παρουσίαση ενός περιστατικού της κλινικής μας με ηπατικό απόστημα που επεπλάκη με το σύνδρομο αυτό μετά από αγωγή με πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα ετών 52, με καταγωγή από την Ινδονησία, κάτοικος Ελλάδας από δεκαετίας με μονήρες ηπατικό απόστημα 6,5x6 εκ το οποίο αντιμετωπίστηκε με διαδερμική παροχέτευση και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη. Ο ορολογικός έλεγχος για αμοιβάδα ήταν αρνητικός ενώ από την καλλιέργεια πύου ταυτοποιήθηκε πολυευαίσθητη *Klebsiella pneumoniae*. Η ασθενής κατά την εικοστή ημέρα νοσηλείας παρουσίασε γενικευμένο άλγος κατά την έγχυση της αντιβιοτικής αγωγής. Απουσία σαφούς αλλεργικής αντίδρασης η αγωγή συνεχίστηκε. Παρά την αρχική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, παρουσίασε εκ νέου εμπύρετο με πανκυτταροπενία και κυρίως λευκοπενία(1020), πολύ υψηλή φερριτίνη (14.087), αύξηση τριγλυκεριδίων, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας και LDH. Η οστεομυελική βιοψία είχε στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης.

**Αποτελέσματα:** Έγινε διακοπή της αγωγής με πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη, τέθηκε σιπροφλοξασίνη βάσει αντιβιογράμματος και μικρή δόση κορτιζόνης. Η ασθενής απύρετησε γρήγορα ενώ σταδιακά και η αιματολογική της εικόνα βελτιώθηκε. Έλαβε συνολικά 6 εβδομάδες θεραπείας με υποχώρηση των αποστημάτων. Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο αποδόθηκε στην πιπερακιλίνη. Έχουν αναφερθεί κάποια περιστατικά αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου μετά από πολυήμερη χορήγηση πιπερακιλίνης που αφορούν ωστόσο παιδιατρικούς πληθυσμούς.

**Συμπεράσματα:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά επικίνδυνη επιπλοκή της πιπερακιλίνης ειδικά σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η μακρόχρονη χορήγησή της, όπως για παράδειγμα στα ηπατικά αποστήματα. Θα πρέπει λοιπόν ο κλινικός ιατρός να έχει υψηλό δείκτη υποψίας ώστε να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται άμεσα.



AA059

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΡΠΗΤΟΙΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS

Παναγόπουλος Φώτιος, Γκόγκου Αγαθονίκη, Κουλούρη Βασιλική, Γουζέα Ιφιγένεια, Κοντοπούλου Θεανώ

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Επανενεργοποίηση των ερπητοίων και κυρίως του HHV-6 και CMV έχουμε έως και σε 75% των περιπτώσεων DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms). Με αφορμή ένα περιστατικό της κλινικής μας θα εξετάσουμε τον ρόλο που μπορεί να παίζουν οι ερπητοιοί στο σύνδρομο αυτό.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής ετών 72 με μακρά νοσηλεία λόγω διαβητικού ποδιού, ακρωτηριασμού και οξέος στεφανιαίου συνδρόμου παρουσίασε ύστερα από χρήση αντιβιοτικών (νταπτομυκίνης, βανκομυκίνης) ηωσινοφιλία με συστηματικά συμπτώματα και συγκεκριμένα πυρετό, ερυθροδερμία, αναπνευστική προσβολή, μυοκαρδιακή βλάβη και αιμοδυναμική αστάθεια, εικόνα συμβατή με DRESS το οποίο αντιμετωπίστηκε με κορτιζονοθεραπεία. Παρά την αρχική ανταπόκριση όμως παρουσίασε υποτροπή κατά την μείωση της δόσης της κορτιζόνης και μετά από χορήγηση τεικοπλανίνης (πιθανά διασταυρούμενη αντίδραση με βανκομυκίνη). Εγινε μοριακός έλεγχος ερπητοίων κατά την εμφάνιση αλλά και κατά την υποτροπή του συνδρόμου.

**Αποτελέσματα:** Από τον μοριακό έλεγχο ανιχνεύθηκε CMV 8,4x1000iu/ml με μεγάλη αύξηση (2.0x10.000iu/ml) κατά την υποτροπή. Επιπλέον από τον ανοσοφαινότυπο περιφερικού αίματος παρατηρήθηκε μείωση των T, B και NK κυττάρων. Οι μηχανισμοί και το πως σχετίζεται χρονικά και αιτιολογικά η επανενεργοποίηση των ερπητοίων με το DRESS δεν έχουν ακόμα διευκρινιστεί. Θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα της υποκείμενης ανοσοκαταστολής καθώς κατά την οξεία φάση ο πληθυσμός των B λεμφοκυττάρων και των ανοσοσφαιρινών μειώνεται αλλά μπορεί να σχετίζεται και με άμεση επίδραση των υπεύθυνων φαρμάκων. Επιπλέον δεν έχει διευκρινιστεί κατά πόσο οι ερπητοιοί συμμετέχουν στην παθογένεια του συνδρόμου. Δεν συνιστάται η αντιμετώπιση της ιαιμίας παρά μόνο σε περιπτώσεις επιπλοκών.

**Συμπεράσματα:** Περισσότερες μελέτες πρέπει να γίνουν προκειμένου να διευκρινιστεί ο ρόλος των ερπητοίων στο σύνδρομο DRESS. Η μέτρησή τους μπορεί να αποτελεί πρώιμο προγνωστικό δείκτη ενώ είναι άγνωστο κατά πόσο η αντιμετώπιση τους μπορεί να μεταβάλει την πορεία της νόσου.

AA060

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΕΡΟΥΛΟΠΛΑΣΜΙΝΑΙΜΙΑΣ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ ΩΣ ΜΗ ΑΛΚΟΛΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΦΕΡΡΙΤΙΝΑΙΜΙΑ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Μανώλακα Χρυσάνθη, Κώστας Νικόλαος, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Κουρούνας Νικόλαος, Κολαϊνής Βασίλειος, Γόμπος Γεώργιος, Ψαρομπάς Ιωάννης, Παπαβασιλείου Κωνσταντίνος, Κούρτης Δημήτριος, Ισκά Παρασκευή, Μιχαλάκης Ιωάννης, Γόμπος Νικόλαος, Διακονικόλα Δέσποινα, Καραταπάνης Στυλιανός

*Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ασερουλοπλασμιναιμία αποτελεί σπάνια κληρονομική διαταραχή (μετάδοση με αυτόσωμο υπολειπόμενο χαρακτήρα), και χαρακτηρίζεται από σημαντική εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο αλλά και σε άλλα όργανα του σώματος περιλαμβανόμενου του ήπατος. Η βλάβη οφείλεται σε μεταλλαγές στο γονίδιο της CP που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της σερουλοπλασμίνης. Εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές από τον αμφιβληστροειδή, νευρολογικές εκδηλώσεις και διαβήτη και σπάνια μπορεί να μην έχει συμπτώματα. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιαστεί ένα περιστατικό που εμφανίστηκε με ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και αυξημένα επίπεδα φερριτίνης στον ορό.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα 22 ετών που προσήλθε για έλεγχο λόγω ήπιας αύξησης των τρανσαμινασών. Από την διερεύνηση που έγινε αποκλείστηκαν οι χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες, τα ηπατικά νοσήματα αυτοάνοσης αιτιολογίας, ενώ δεν υπήρχε κατάχρηση αλκοόλ ή λήψη κάποιου φαρμακευτικού παράγοντα. Από τον έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε πολύ χαμηλή τιμή σερουλοπλασμίνης (τρεις μετρήσεις <7μg%). Έγινε αναζήτηση δακτυλίου Kayser-Fleisher (-), ενώ δεν υπήρχε διαταραχή των επιπέδων του χαλκού στο αίμα και τα ούρα. Από τον λοιπό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των τιμών φερριτίνης στον ορό. Η νευρολογική εξέταση και η MRIεγκεφάλουήταν αρνητική για εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο. Ο ασθενής ευρίσκεται σε παρακολούθηση με τακτικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

**Συμπεράσματα:** Η ασερουλοπλασμιναιμία αποτελεί σπάνια κληρονομική διαταραχή που συνήθως εμφανίζεται με σημαντική νευρολογική διαταραχή, σπάνια όμως απαντάται με μη ειδικά συμπτώματα και συνεπώς πρέπει να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενή με διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και αυξημένα επίπεδα φερριτίνης ορού.

AA061

**ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΟ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ ΕΚΔΗΛΩΘΕΝ ΩΣ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

Μανώλακα Χρυσάνθη, Καίκης Άρης, Βολονάκη Αικατερίνη, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Κουρούνας Νικόλαος, Σταμπόρη Μαρία, Κολαϊνής Βασίλειος, Γόμπος Γεώργιος, Ψαρομπάς Ιωάννης, Παπαβασιλείου Κωνσταντίνος, Κούρτης Δημήτριος, Ισκά Παρασκευή, Μιχαλάκης Ιωάννης, Γόμπος Νικόλαος, Διακονικόλα Δέσποινα, Καραταπάνης Στυλιανός

*Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα αιμαγγειώματα του ήπατος αποτελούν τους συχνότερους καλοήθεις όγκους του ήπατος και συνήθως αποτελούν τυχαία απεικονιστικά ευρήματα. Τα γιγαντιαία αιμαγγειώματα (>5 εκ) συνήθως είναι ασυμπτωματικά και σπάνια εμφανίζουν επιπλοκές που χρήζουν παρέμβασης. Οι επιπλοκές που χρήζουν επέμβασης είναι η θρόμβωση η αιμορραγία και πιεστικά φαινόμενα στα γειτνιάζοντα όργανα. Αυτόματη η τραυματική ρήξη γιγαντιαίου αιμαγγειώματος είναι σπανία συνδυάζεται όμως με αυξημένη θνητότητα (36-39%). Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός γιγάντιου αιμαγγειώματος που εμφάνισε διαπύηση και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με επιτυχία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 43 ετών που προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω παρατεινόμενης δεκατικής πυρετικής κίνησης από μηνός. Στον έλεγχο που έγινε για διερεύνηση του εμπύρετου πραγματοποιήθηκε αξονική κοιλίας στην οποία διαπιστώθηκε ευμεγέθους ηπατική βλάβη AP λοβού ήπατος (16.6 X 12 εκ) με χαρακτηρισ γιγαντιαίου αιμαγγειώματος και κεντρικές υπόπυκνες περιοχές πιθανώς στο πλαίσιο νέκρωσης. Στο ιστορικό της ασθενούς αναφερόταν πρόσφατη επέμβαση συνδεσμοπλαστικής AP γόνατος με τη χρήση αυτολόγων μοσχευμάτων. Αφού αποκλείστηκε κάθε άλλο αίτιο πρόκλησης του εμπύρετου η ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επιτυχή επέμβαση εκτομής του επιπλακέντος αιμαγγειώματος και έκτατε ευρίσκεται σε άριστη γενική κατάσταση

**Συμπεράσματα:** Τα γιγαντιαία αιμαγγειώματα σπανίως μπορεί να εμφανίσουν κεντρική νέκρωση και να εκδηλωθούν σαν παρατεινόμενο εμπύρετο και χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

AA062

**ΟΞΕΟΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ Β-ΚΥΤΤΑΡΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**

Γεωργίου Μοδέστια, Νικολάου Ρεβέκκα, Σκαρπάρη Μαρία, Ξενοφώντος Έλενα

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το λεμφοβλαστικό λέμφωμα από Β-κύτταρα αποτελεί σπάνιο τύπο non-Hodgkin Lymphoma και εμφανίζεται συνήθως στην παιδική και νεανική ζωή με κύρια εκδήλωση την πανκυτταροπενία και τις συνέπειες της ή τη λεμφαδενική διογκωση. Στο παρόν περιστατικό παρουσιάζουμε ασθενή με αστάθεια βάδισης και παρουσία ενδοραχιαίας μάζας οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης (ΣΣ) ως μοναδική προσβολή του λεμφώματος.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής άρρεν, 27 ετών από το Νεπάλ, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, νοσηλεύτηκε στην κλινική μας με προοδευτικά επιδεινούμενη αστάθεια βάδισης από 3 εβδομάδων με μειωμένα τενόντια αντανάκλαστικά κάτω άκρων και μυϊκή αδυναμία χωρίς ορθοκυστικές διαταραχές, ενώ κατά τη νοσηλεία εμφάνισε και πάρεση του απαγωγού νεύρου. Ο ασθενής αρχικά υπεβήθει σε επείγουσα βάση σε ΑΤ εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων και ακολούθως διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με παρουσία πολύ αυξημένου αριθμού λευκών κυττάρων, με λεμφοκυτταρικό επικρατούντα τύπο, πολύ αυξημένη πρωτεΐνη και πολύ μειωμένη γλυκόζη με φυσιολογικές σειρές περιφερικού αίματος. Στάληκε PCR ENY για αποκλεισμό κοινών μικροβίων και ιών καθώς και για Mycobacterium tuberculosis. Τέθηκε σε αντιβιοτική εμπειρική αγωγή και ανοσοσφαιρίνες, ενώ την επόμενη μέρα υπεβλήθει σε MRI ΣΣ με απεικόνιση εκτεταμένης ενδοραχιαίας μάζας στην ΟΜΣΣ με πιεστικά φαινόμενα επί του νωτιαίου μυελού. Υποβλήθηκε σε ολοσωματική αξονική χωρίς ανάδειξη παθολογικών λεμφαδένων ή σπληνομεγαλίας και ακολούθησε βιοψία δια λεπτής βελόνης με ταυτοποίηση λεμφοϋπερπλαστικού νεοπλάσματος, τύπου λεμφοβλαστικού λεμφώματος, Β κυτταρικής σειράς. Κατά τη νοσηλεία παρουσίασε επίσης πάρεση απαγωγού νεύρου, και τέθηκε σε ώσεις κορτιζόνης και επιπλέον ανοσοσφαιρινών ως αντιμετώπισης παρανεοπλασματικής νευροπάθειας.

**Συμπεράσματα:** Οι κλινικές εκδηλώσεις σπάνιων νοσημάτων και κυρίως οι εξαιρετικά ασύνηθεις αποτελούν πρόκληση για τους ειδικούς Παθολόγους. Η έγκαιρη διαγνωστική προσπέλαση και θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να μεγιστοποιήσει τη βέλτιστη έκβαση των ασθενών.



AA063

**ΜΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ 3 ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**

Ρουμπάκη Αναστασία<sup>1</sup>, Γελαδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Αγγελής Νίκος<sup>1</sup>, Τζάλας Δημήτριος<sup>2</sup>, Κυριακοπούλου Δέσποινα<sup>2</sup>, Σεβαστιανός Βασίλειος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Α' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μη βακτηριακή θρομβωτική ενδοκαρδίτιδα (ΜΒΘΕ) ορίζεται ως η παρουσία εκβλαστήσεων, μη λοιμώδους προέλευσης, στις καρδιακές βαλβίδες. Η στείρα εκβλάστηση του ενδοκαρδίου, που αποτελείται από συσσωρευση ινικής και αιμοπεταλίων, αναπτύσσεται συχνά σε έδαφος νεοπλασίας. Σκοπός είναι η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με σύγχρονα νεοπλάσματα και εικόνα ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, απότοκο εγκεφαλικών αρτηριακών εμβόλων από καρδιακές εκβλαστήσεις.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 67 ετών προσήλθε λόγω έκπτωσης μυϊκής ισχύος αριστερού ημίσεος σώματος από ωρών. Πρόκειται για ασθενή με προσφάτως διαγνωσθέν αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος και τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης στον κοινό χοληδόχο πόρο λόγω απόφραξης, χειρουργηθέν αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα προ διαιτίας και προστατεκτομή λόγω κακοήθους νεοπλασίας προστάτη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση μυϊκής ισχύος αριστερού άνω και κάτω άκρου και ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε ήπια αναιμία και αύξηση χολοστατικών ενζύμων. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε υπόπυκνη εστία δεξιά βρεγματικά, ύποπτη για μετάθεση ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε πολλαπλά έμβολα στην κατανομή της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, της αριστερής οπίσθιας και της πρόσθιας αριστερής εγκεφαλικής αρτηρίας. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε ευκίνητο μόρφωμα στην πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας με ελεύθερη κίνηση και ακολούθως μέτρια βαλβιδική ανεπάρκεια.

**Συμπεράσματα:** Η ΜΒΘΕ συναντάται μεταξύ τέταρτης και όγδης δεκαετίας της ζωής, ανεξαρτήτως φύλου και ανευρίσκεται σε ασθενείς με κακοήθεια και αυτοάνοσα νοσήματα. Οι βαλβίδες που προσβάλλονται είναι η αορτική και η μιτροειδής, ενώ συγκριτικά με τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, οι εκβλαστήσεις αποκολλώνται συχνότερα. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση έχει θέση μόνο σε ασθενείς με μη προχωρημένη κακοήθεια.

AA064

**ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΩΣ Η ΠΡΟΕΧΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ (ITP)**

Γελαδάρη Ελένη, Ρουμπάκη Αναστασία, Αγγελής Νίκος, Παπαποστόλου Ανδριάννα, Ναξάκη Άννα, Μπαλαμπίνης Χρήστος, Σεβαστιανός Βασίλειος

Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ITP χαρακτηρίζεται από επίκτητη θρομβοπενία που προκαλείται από αυτοαντισώματα έναντι των αιμοπεταλίων. Είναι μια από τις πιο κοινές αιτίες θρομβοπενίας σε κατά τα άλλα ασυμπτωματικούς ενήλικες. Σοβαρή αιμορραγία παρατηρείται συχνότερα σε άτομα με αριθμό αιμοπεταλίων <20.000/microL. Σκοπός η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με συμπτωματολογία ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου προ ημερών, εμφάνιση ζάλης και κεφαλαλγίας από ωρών και βαριάς θρομβοπενίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα ασθενής, 38 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται για ζάλη και κεφαλαλγία από 24ώρου. Προ ημερών αναφέρει πάρεση και αιμωδίες αριστερού κάτω άκρου, που παρήλθαν χωρίς να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκεται βαριά θρομβοπενία (10.000 αιμοπετάλια). Από την κλινική εξέταση παρατηρούνται εκχυμώσεις στα κάτω άκρα. Δεν αναφέρεται πρόσφατη λήψη φαρμάκων. Τα αρνητικά επίπεδα β-χοριακής γοναδοτροπίνης αποκλείουν ενδομήτριο ή εξωμήτριο κύηση και διενεργείται αξονική τομογραφία εγκεφάλου που αναδεικνύει μικρή υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η επισκόπηση του περιφερικού μυελού και αίματος αποκλείουν αιματολογική κακοήθεια και θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, αντιστοιχώς. Ο ορολογικός έλεγχος για λοιμώδη και ιογενή νοσήματα καθώς και ο ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός, ενώ η ολόσωμη αξονική τομογραφία δεν αναδεικνύει κακοήθεια. Η προϊούσα ισχαιμική σημειολογία αποδίδεται στον παροδικό αγγειόσπασμο που συνοδεύει την αιμορραγία. Εξ' αποκλεισμού τίθεται η διάγνωση της ITP και χορηγείται στην ασθενή ενδοφλέβια κορτιζόνη και γ-σφαιρίνη, με αποτέλεσμα τη σταδιακή άνοδο των αιμοπεταλίων.

**Συμπεράσματα:** Η ITP είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από αυξημένη καταστροφή ή και μειωμένη παραγωγή αιμοπεταλίων. Η διάγνωση τίθεται εφόσον έχουν αποκλειστεί αίτια δευτεροπαθούς θρομβοπενίας. Η θεραπεία με κορτιζόνη και γ-σφαιρίνη φυλάσσεται για τους συμπτωματικούς ασθενείς, ενώ σε ανθεκτικές περιπτώσεις προτείνονται η σπληνεκτομή, η χορήγηση ριτουξιμάμπης ή η χορήγηση ανάλογων θρομβοποιητίνης.

AA065

**ΨΕΥΔΟΥΡΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΟΧΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΜΟΝΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ**

Ρουμπάκη Αναστασία, Γελαδάρη Ελένη, Αγγελής Νίκος, Σεβαστιανός Βασίλειος

Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ψευδοουρική αρθρίτιδα είναι νόσος των αρθρώσεων και ομοιάζει κλινικά με την ουρική αρθρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση κρυστάλλων πυροφωσφορικού ασβεστίου (CCP) στην άρθρωση. Συμπτωματολογία αναπτύσσεται όταν η εναπόθεση γίνεται σε εκφυλισμένες αρθρώσεις. Η πορεία είναι είτε οξεία, αυτοπεριοριζόμενη ή υποξεία και η νόσος μπορεί να προσβάλλει μία ή και περισσότερες αρθρώσεις. Σκοπός η περιγραφή ασθενούς με ιστορικό εκφυλιστικής αρθροπάθειας δεξιάς ωμικής ζώνης που ανέπτυξε οξεία ψευδοουρική αρθρίτιδα.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 81 ετών, προσήλθε λόγω πυρετού (έως 38 °C) από ωρών. Πρόκειται για ασθενή με ατομικό αναμνηστικό εκφυλιστικής αρθροπάθειας δεξιού ώμου και πρόσφατη λοίμωξη ουροποιητικού για την οποία ελάμβανε κατ'οίκον αγωγή με νιτροφουραντοίνη. Από την κλινική εξέταση δε διαπιστώθηκε ευαισθησία κατά την πλήξη της νεφρικής χώρας και ο υπέρηχος νεφρών δεν ανέδειξε διατάσεις ΠΚΣ. Παρατηρήθηκε ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής και η γενική ούρων δεν απομόνωσε πυοσφαίρια, ωστόσο η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε σιπροφλοξασίνη. Η ασθενής, την 4<sup>η</sup> μέρα της νοσηλείας και όντας εμπύρετη, παραπονέθηκε για οξύ άλγος δεξιάς ωμικής ζώνης. Κλινικά η περιοχή ήταν οιδηματώδης, είχε ερυθρότητα και περιορισμό της κινητικότητας. Από την παρακέντηση του αρθρικού υγρού απομονώθηκαν 5000 κύτταρα και αναδείχθηκαν άφθονοι CCP. Οι τιμές ασβεστίου, παραθορμόνης, θυρεοειδικών ορμονών και σιδήρου στον ορό ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Καθώς η καλλιέργεια αρθρικού υγρού δεν απομόνωσε παθογόνο μικροοργανισμό, έγινε ενδαρθρική έγχυση βεταμεθαζόνης, με άμεση κλινικοεργαστηριακή βελτίωση της ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Η πλειονότητα των ατόμων με εναπόθεση CCP σε αρθρώσεις είναι ασυμπτωματικοί. Μιμείται τις κλινικές εκδηλώσεις κάθε τύπου αρθρίτιδας; ουρικής, ρευματοειδούς, οστεοαρθρίτιδας κ.α. Κατατάσσεται ανάλογα με την κλινική έκφρασή της, σε ασυμπτωματική, οξεία και χρόνια αρθροπάθεια. Η ακτινογραφία αναδεικνύει εκφυλιστικές αλλοιώσεις και ασβεστοποίηση του χόνδρου. Η θεραπεία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ΜΣΑΦ, κολχικίνης και γλυκοκορτικοειδών.

AA066

**ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ: Η ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ**

Γελαδάρη Ελένη, Ρουμπάκη Αναστασία, Αγγελής Νίκος, Σεβαστιανός Βασίλειος

Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ιδιοπαθής θρομβοκυτταραιμία (ΙΘ) ανήκει στα χρόνια μυελουπερπλαστικά νοσήματα και χαρακτηρίζεται από κλωνικό πολλαπλασιασμό των μυελοειδών κυττάρων με ποικίλη μορφολογική ωριμότητα και αιμοποιητική αποτελεσματικότητα. Η εκσεσημασμένη κλωνική παραγωγή αιμοπεταλίων συνοδεύεται από επεισόδια θρομβώσεων αλλά και αιμορραγιών. Σκοπός η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με οξεία θρόμβωση πυλαίας, ασκίτη, σπληνομεγαλία και θρομβοκυττάρωση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 46 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενη οξύ κοιλιακό άλγος από 48ώρου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στο επιγάστριο και μέτρια ασκίτικη συλλογή, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο είναι αξιοσημείωτη η θρομβοκυττάρωση (αιμοπετάλια>1.300.000). Από την αξονική τομογραφία άνω κοιλίας ανευρίσκεται θρόμβωση πυλαίας και σπληνομεγαλία. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική και έγινε έναρξη αντιπηκτικής αγωγής και παράλληλα εστάλη ο έλεγχος για μυελουπερπλαστικά, αυτοάνοσα και κακοήθη νοσήματα. Την επόμενη ημέρα η ασθενής εξέλιξε την κλινική της εικόνα με επιδείνωση του κοιλιακού άλγους, απουσία εντερικών ήχων και αύξηση του γαλακτικού οξέος και της γαλακτικής αφυδρογονάσης. Ζητήθηκε σε επείγουσα βάση ολόσωμη αξονική τομογραφία, όπου και διαπιστώθηκε επέκταση της θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας, θρόμβωση ηπατικών φλεβών και της άνω μεσεντέριας αρτηρίας με πνευμάτωση του εντερικού τοιχώματος, εύρημα συμβατό με ισχαιμία. Η ασθενής υπεβλήθη επειγόντως σε διερευνητική λαπαροτομία και κολεκτομή. Η μετάλλαξη για JAK2 ήταν θετική και συνεπώς τέθηκε η διάγνωση της ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης.

**Συμπεράσματα:** Η ΙΘ είναι μια σπάνια μυελουπερπλαστική νόσος και εκδηλώνεται συνηθέστερα σε άτομα μέσης ηλικίας. Περίπου το 90 τοις εκατό των περιπτώσεων έχουν μια σωματική μετάλλαξη σε JAK2, CALR ή MPL. Στους μισούς από τους ασθενείς ανευρίσκεται θρομβοκυττάρωση σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο, και άλλοι παρουσιάζουν συμπτώματα ή επιπλοκές που σχετίζονται με τη νόσο. Θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από την αντιδραστική θρομβοκυττάρωση.



AA067

**ΟΤΑΝ Η ΑΝΟΔΟΣ ΤΗΣ Α-ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (AFP) ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΗΚΚ)**

Γελαδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Σκούρτης Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Στουραϊτου Στέλλα<sup>2</sup>, Σεβαστιανός Βασίλειος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το ηπατοειδές αδενοκαρκίνωμα (ΗΑ) στομάχου είναι ένα σπάνιο κακοήθες νεόπλασμα, και η εκτιμώμενη ετήσια επίπτωση ΗΑ είναι 0,58–0,83 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο άτομα. Η νόσος έχει επιθετική συμπεριφορά με ανεύρεση μεταστάσεων κατά τη διάγνωση και κακή πρόγνωση. Μπορεί να προσβάλει ποικίλα όργανα. Η εντόπισή του στο ήπαρ μπορεί να «αποπροσανατολίσει» στη λάθος διάγνωση του ΗΚΚ. Σκοπός η περιγραφή κλινικής περίπτωσης ασθενούς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και με ηπατικές βλάβες σε μη κίρρωτικό ήπαρ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 84 ετών προσέρχεται λόγω μέλαινων κενώσεων από ωρών. Το τελευταίο διάστημα αναφέρει αδυναμία και εύκολη κόπωση και σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται σιδηροπενική αναιμία. Προσκομίζει ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού στην οποία δεν ανευρίσκονται παθολογικά ευρήματα, και ολόσωμη αξονική τομογραφία όπου εντοπίζονται διάσπαρτες βλάβες στο πνευμονικό παρέγχυμα και στο ήπαρ. Αξιοσημείωτη ωστόσο ήταν η αύξηση της AFP και συνεπώς ετέθη το ερώτημα αν ο ασθενής μας έχει δύο σύγχρονα νεοπλάσματα ή μήπως πρόκειται για έναν κακοήθη όγκο που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα AFP και διάσπαρτες εντοπίσεις αλλά δεν είναι ΗΚΚ. Στον ενδοσκοπικό έλεγχο διαπιστώνεται εύθρυπτη αιμορραγούσα μάζα που καταλαμβάνει το θόλο του στομάχου από όπου και λαμβάνονται βιοψίες. Από τη βιοψία ήπατος τέθηκε η διάγνωση του ΗΑ.

**Συμπεράσματα:** Το ΗΑ ανήκει στους γαστρικούς καρκίνους με κακή πρόγνωση εφόσον συχνά κατά τη διάγνωση εντοπίζονται μεταστάσεις σε λεμφαδένες και απομακρυσμένα όργανα. Ιστολογικά, το ΗΑ έχει παρόμοια μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά χαρακτηριστικά με το ΗΚΚ. Λόγω σπανιότητας της νόσου, η διάγνωση μπορεί να διαλάθει. Τα επίπεδα της AFP μπορεί να 'ευνοήσουν' την έγκαιρη ανίχνευσή του. Η ριζική χειρουργική επέμβαση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας για ασθενείς σε πρώιμο στάδιο της νόσου.

AA068

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΗΠΑΤΟΜΕΓΑΛΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Γελαδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Σκούρτης Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Στουραΐτου Στέλλα<sup>2</sup>, Κυριακόπουλος Γεώργιος<sup>3</sup>, Σεβαστιανός Βασίλειος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι (NETs) είναι σπάνιοι όγκοι που προέρχονται από τα εντεροχρωμαφινικά – νευροενδοκρινή κύτταρα των βρόγχων και του γαστρεντερικού σωλήνα. Η πορεία τους είναι σχετικά καλοήθης, ωστόσο επειδή έχουν χαρακτηριστικά καρκινικών κυττάρων ονομάζονται και «καρκινοειδείς» όγκοι. Μπορεί να είναι λειτουργικοί ή μη. Το δυναμικό κακοήθους εξαλλαγής και ο ρυθμός ανάπτυξής τους εξαρτώνται από την πρωτοπαθή εστία. Σκοπός η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με εκσεσημασμένη ηπατομεγαλία και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, απότοκο NET των ενδοθηλιακών κυττάρων (EC) του λεπτού εντέρου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας ηλικίας 45 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο ηπατολογικό ιατρείο προσκομίζοντας εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, από τις οποίες διαπιστώθηκε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και πολυάριθμες εστίες στο ηπατικό παρέγχυμα, η μεγαλύτερη εξ αυτών 22 εκ. Κατά την κλινική εξέταση, το ήπαρ ήταν ψηλαφητό 7 εκ. κάτωθι του πλευρικού τόξου και έως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Εισήχθη στην κλινική για διενέργεια βιοψίας ήπατος. Το πόρισμα ήταν συμβατό με μεταστατική διήθηση από καλά διαφοροποιημένο NET προερχόμενο από τα EC του λεπτού εντέρου. Ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πνευμονικές και οστικές μεταθέσεις. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στους ογκολόγους για έναρξη χημειοθεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Οι NET του λεπτού εντέρου είναι κακοήθεις αλλά τείνουν να εξελίσσονται και να μεθίστανται με αργό ρυθμό, αντίθετα με τους γαστρικούς και ορθικούς NETs που έχουν την ικανότητα να αναπτύσσονται ταχέως. Για την ιστολογική διάγνωση των NETs είναι απαραίτητη η ανοσοϊστοχημική έκφραση χρωμογρανίνης Α και νευροφυσίνης. Η επιθετικότητα των NETs μπορεί να ποικίλλει, ανεξάρτητα από την εντόπισή τους, την ορμονο-εκκριτική ικανότητα και τον βαθμό διαφοροποίησης. Η θεραπεία συνίσταται σε τοπική ή συστηματική αναλόγως του ρυθμού ανάπτυξης.

AA069

**ΣΥΜΠΙΕΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ**

Πατριάρχας Βασίλειος<sup>1</sup>, Βήτος Δημήτριος<sup>1</sup>, Μαρκίδης Ελευθέριος<sup>2</sup>, Νίκας Σπύρος<sup>3</sup>, Ρουμेलιώτη Σοφία<sup>3</sup>, Παπαδόπουλος Στέφανος<sup>1</sup>, Μούρνος Βασίλειος<sup>1</sup>, Παράσχος Ευθύμιος<sup>1</sup>, Χούπη Δήμητρα<sup>1</sup>, Κατσέα Ασημένια-Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η συμπίεση της πνευμονικής αρτηρίας ή κλάδων αυτής αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή κακοηθειών του τόσο των πρωτοπαθών όσο και δευτεροπαθών όγκων του μεσοθωρακίου. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού εξωτερικής συμπίεσης δεξιού κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας σε ασθενή με μεταστατικό Ca θυρεοειδούς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άρρεν, 76 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας από 4 ημερών. Ατομικό ιστορικό: Μεταστατικό Ca θυρεοειδούς με δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε πνεύμονα και ήπαρ, διαγνωσθέν προ 3μήνου και χωρίς παρέμβαση, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II και Αρτηριακή υπέρταση.

**Αποτελέσματα:** Κλινική εξέταση: Μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα, ταχύπνοια, S1S2 PE και ταχείς. Ζωτικά σημεία: ΑΠ:144/82mmHg, SpO<sub>2</sub>:88% (FiO<sub>2</sub>:21%), RR: 28/λεπτό, HR:122bpm, απύρετος. ΗΚΓ: Φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Αέρια Αίματος: pH: 7.418, P<sub>a</sub>O<sub>2</sub>: 52.8mmHg και P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>:40.4mmHg. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου τα παθολογικά ευρήματα ήταν: Λευκοκυττάρωση (12.65x10<sup>3</sup>/μL), αυξημένη τιμή δ-διμερών 2.77μgFEU/ml, φυσιολογική τιμή TSH (1.1μU/mL). Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε δεξιά κοιλία δίχως διάταση, χωρίς αυξημένη πίεση και με φυσιολογική συσταλτικότητα. Δεξιός κόλπος φυσιολογικών διαστάσεων (RA area 13.5cm<sup>2</sup>). Διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θώρακος (CTPA) προς αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής. Η CTPA ήταν αρνητική για παρουσία θρομβοεμβόλων σε κύριους ή τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας, ωστόσο ανέδειξε παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες στα πλαίσια μεταστατικής νόσου, που προκαλούσαν πιεστικά φαινόμενα επί της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας (RPA 13mm).

**Συμπεράσματα:** Η συμπίεση της πνευμονικής αρτηρίας ή κλάδων αυτής συνιστά ασυνήθη επιπλοκή όγκων μεσοθωρακίου. Η διάγνωση επιτυγχάνεται με τη χρήση αξονικής τομογραφίας θώρακος. Η θεραπευτική προσέγγιση συνίσταται στην συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς, ενώ η παρέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις σημαντικής αύξησης της πίεσης της δεξιάς κοιλίας ή σε δυσλειτουργία αυτής.

AA070

ΝΕΑΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΜΥΑΛΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

Σιμάτη Σταματία, Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος, Μπουντζώνα Ιωάννα, Τεντολούρης Αναστάσιος, Ξυδά Νεκταρία, Μυλωνά Μαρία

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι ANCA-σχετιζόμενες αγγειΐτιδες συνιστούν σπάνιες συστηματικές νεκρωτικές αγγειΐτιδες, που προσβάλλουν κυρίως τα μικρού μεγέθους αγγεία του αναπνευστικού, των νεφρών, οφθαλμών, του δέρματος, όπως και τα περιφερικά νεύρα. Η ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα (ΤΕΣΝ) αποτελεί από την άλλη κλινικό σύνδρομο με ταχεία έκπτωση νεφρικής λειτουργίας σε σύντομο χρονικό διάστημα και σημεία σπειραματικής νόσου με ή χωρίς πνευμονική προσβολή. Σκοπός της παρούσας είναι η ανάδειξη σπάνιας περίπτωσης ANCA-σχετιζόμενης αγγειΐτιδας με ΤΕΣΝ σε νεαρό ασθενή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας, 34 ετών, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπυρέτου από 3ημέρου έως 38.5°C με ρίγος, κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος άνω άκρων και μυαλγιών/αρθραλγιών κάτω άκρων από 3μήνου. Προ ζετίας, σημειώνεται νοσηλεία του λόγω υψηλού εμπυρέτου, επιπεφυκίτιδας, απολεπιστικού εξανθήματος σε παλάμες/πέλματα και λεμφαδενοπάθειας, βραχείας διάρκειας, αποδιδόμενα τότε σε πιθανή ν. Kawasaki ενηλίκων, με τον στεφανιογραφικό έλεγχο να αναδεικνύει στενώσεις στεφανιαίων αγγείων 30-50%.

**Αποτελέσματα:** Από τον πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο επιβεβαιώθηκε το εμπύρετο και το αποδραμούν εξάνθημα, όπως και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, σπειραματική αιματοουρία, λευκωματουρία 1g/24h και φυσιολογική αρχικά νεφρική λειτουργία. Ο ορολογικός/ιολογικός έλεγχος και η καρδιολογική/οφθαλμολογική εκτίμηση υπήρξαν ελεύθερες ευρημάτων. Ο ασθενής επιδεινώθηκε σταδιακά παρά την άμεση έναρξη κορτικοστεροειδών, με αύξηση της κρεατινίνης ορού έως 3mg/dl και 2g λεύκωμα/24h. Ακολούθησαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης επί 3ήμερο και χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης. Τα c-ANCA (αντι-PR3) αντισώματα του ασθενούς μετρήθηκαν σε τίτλο 1:320. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε νεκρώσεις σε όλα τα σπειράματα με πολλαπλούς μηνοειδείς σχηματισμούς, ενώ εικόνα θαμβής υάλου και διάσπαρτα διηθήματα στους άνω/μέσους λοβούς άμφω αποδόθηκαν σε περιορισμένη κυψελιδική αιμορραγία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε 7 συνολικά συνεδρίες πλασμαφαίρεσης και έγχυση rituximab με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή του βελτίωση και άρση της ΤΕΣΝ.

**Συμπεράσματα:** Οι ANCA-σχετιζόμενες αγγειΐτιδες συνιστούν σπάνιες αλλά απειλητικές για τη ζωή οντότητες, οι οποίες δύνανται να μιμηθούν πληθώρα νοσημάτων. Συνιστάται υψηλός δείκτης υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή της προς αποφυγή επιπλοκών/αναπηρίας. Το ίδιο ενεργά θα πρέπει αναγνωρίζεται/θεραπεύεται η ΤΕΣΝ, που μπορεί να τις συνοδεύει.



AA071

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ, ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ, ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ**

Γελαδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Κολινιώτη Αγγελική<sup>2</sup>, Παναγόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Ναξάκη Αννα<sup>1</sup>, Σεβαστιανός Βασίλειος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία (PNH) είναι μια σπάνια νόσος που χαρακτηρίζεται από ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, όπως κόπωση, δύσπνοια, αιμολυτική αναιμία και αιμοσφαιρινουρία. Προκαλεί θρόμβωση, νεφρική ανεπάρκεια καθώς και ανεπάρκεια του μυελού των οστών. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι τα 30 έτη με συχνότητα εμφάνισης 1 έως 10 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο. Σκοπός η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που υπεβλήθη σε διερευνητική λαπαροτομία λόγω εμμένουτος κοιλιακού άλγους και η τελική διάγνωση ήταν PNH.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα ηλικίας 36 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω έναρξης αιφνίδιου κοιλιακού άλγους από ωρών. Η παρούσα νόσος ξεκινά από διμήνου με εμφάνιση κοιλιακού άλγους και δεκατικής πυρετικής κίνησης, χωρίς ωστόσο να μπορεί να αποσαφηνιστεί το αίτιο. Σε αξονική τομογραφία κοιλίας διαπιστώνεται ηπατοσπληνομεγαλία, θρόμβωση πυλαίας φλέβας με επέκταση αυτής στην άνω μεσεντέρια, ενώ τμήμα της νήσιδας απεικονίζεται πεπαχυσμένο με φυσαλίδες αέρα στο τοίχωμα και μικρά υδραερικά επίπεδα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνεται αύξηση της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH). Η ασθενής υπεβλήθη σε διερευνητική λαπαροτομία προς αποκλεισμό ισχαιμίας του εντερικού τοιχώματος. Διεγχειρητικά δε διαπιστώθηκε παθολογία. Κατά την παθολογική εκτίμηση παρατηρήθηκαν αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία και τριψήφια ΤΚΕ. Η διαφοροδιάγνωση εστιάσθηκε σε μυελουπερπλαστικά, αιματολογικά και ανοσολογικά νοσήματα και εστάλη ο αντίστοιχος έλεγχος. Η κυτταρομετρία ροής επιβεβαίωσε τη διάγνωση της PNH.

**Συμπεράσματα:** Η PNH προκαλείται από μια επίκτητη γονιδιακή μετάλλαξη στα αιμοποιητικά βλαστοκύτταρα. Αποτέλεσμα είναι η μειωμένη/απούσα παραγωγή γλυκοζυλοφωσφατιδυλινοσιτόλης (GPI), η οποία συνδέει τις πρωτεΐνες αναστολέα του συμπληρώματος, CD55 και CD59, με τις μεμβράνες των κυττάρων του αίματος. Η διάγνωση της PNH τίθεται σε ασθενείς με κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου και κυτταρομετρία ροής που καταδεικνύει πληθυσμό κοκκιοκυττάρων και ερυθροκυττάρων με έλλειψη CD55/CD59.



AA072

ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Α

Δαφνή Μαριάννα-Φωτεινή<sup>1,2</sup>, Ντελέζος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Απολύμανσης-Αποστείρωσης-Απομίανσης, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

AA073

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ**

Νικηφόρου Αντιγόνη, Βουγιουκλάκης Γεώργιος, Μαληκίδης Βύρωνας, Αλεξιάδου Δήμητρα, Τσίμπρης Γεώργιος, Βρέντζος Γεώργιος, Κοφτερίδης Διαμαντής

*Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΑΓΝΗ*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο αποτελεί μια παθολογική υπεράνοση αντίδραση. Περιλαμβάνει συστηματικές εκδηλώσεις, πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή να προκληθεί από συμβάματα που διαταράσσουν την ομοιοστασία του ανοσοποιητικού όπως λοιμώξεις, νεοπλασμάτα ή αυτοάνοσα νοσήματα. Χρήζει άμεσης παρέμβασης με αντιμετώπιση της υποκείμενης νοσολογίας ή ανοσοκαταστολή. Σκοπός η παρουσίαση περιστατικού με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο σε έδαφος σπλαχνικής λεισμανίασης σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

**Αποτελέσματα:** Ασθενής 46 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσηλεύτηκε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου. Στην κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία, χωρίς σαφή εστία λοίμωξης. Στον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε πανκυτταροπενία (WBC=3200/L, RBC 3,18 M/ml, PLTs 82000 K/ml) με συνοδό διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, αυξημένη τιμή φερριτίνης, υπονωδογοναιμία και αυξημένη τιμή D-dimers. Η διαφοροδιάγνωση περιελάμβανε λοίμωξη ή συστηματικό νόσημα ενώ υψηλή ήταν η υποψία του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή χωρίς βελτίωση. Διεξήχθη μικροβιολογικός έλεγχος, με καλλιέργειες αίματος, ούρων, φαρυγγικού επιχρίσματος, ιολογικός και ορολογικός έλεγχος για *Bartonella*, *Leishmania*, *Brucella* χωρίς ευρήματα. Πραγματοποιήθηκαν Mantoux και **QuantiFERON** test και ανοσολογικός έλεγχος τα οποία ήταν επίσης ανηρητικά. Πραγματοποιήθηκε εξέταση μυελού οστών, στην οποία αναδείχθηκε αιμοφαγοκυττάρωση, ενώ η PCR για *Leishmania* ήταν θετική. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με λιποσωμική αμφοτερικίνη. Την τέταρτη ημέρα της αγωγής ωστόσο, συνέχιζε να παρουσιάζει εμπύρετο έως 39,5 οC χωρίς βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων. Αποφασίστηκε η έναρξη κορτιζονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Η ασθενής παρουσίασε άμεση ανταπόκριση με ύφεση του εμπυρέτου και κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Το δευτεροπαθές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο, αποτελεί διαγνωστική πρόκληση λόγω ασαφούς ή επικαλυπτόμενης με το υποκείμενο νόσημα κλινικής εικόνας. Από λοιμώξεις, συχνότερα επιπλέκει ιογενείς, αλλά σπανιότερα βακτηριακές και παρασιτικές. Ενίοτε, δεν αρκεί η αιτιολογική αντιμετώπιση, οπότε απαιτείται η έγκαιρη ανοσοκαταστολή με κορτικοστεροειδή ή άλλους παράγοντες.

AA074

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΕΑΡΟΥ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ**

Νικηφόρου Αντιγόνη<sup>1</sup>, Βουγιουκλάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Πατερομιχελάκη Κατερίνα<sup>2</sup>, Παπαζαχαρίου Άντρια<sup>1</sup>, Βορριά Αλεξάνδρα<sup>1</sup>, Αναγνωστάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Βρέντζος Γεώργιος<sup>1</sup>, Κοφτερίδης Διαμαντής<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΑΓΝΗ

<sup>2</sup> Ρευματολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΑΓΝΗ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο άσηπτων αποστημάτων, αποτελεί σπάνια φλεγμονώδης διαταραχή, αγνώστου αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από στείρες βλάβες πλούσιες σε ουδετερόφιλα. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει εμπύρετο, κοιλιακό άλγος, άσηπτη πυώδη λεμφαδενίτιδα και λευκοκυττάρωση. Η διάγνωση προκύπτει εξ αποκλεισμού σε ασθενείς με συμβατά παθολογοανατομικά ευρήματα. Σκοπός η παρουσίαση περιστατικού νεαρού ενήλικα με πολλαπλά άσηπτα αποστήματα χωρίς σαφή αιτιολογικό παράγοντα.

**Αποτελέσματα:** Ασθενής 19 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική, προς διερεύνηση παρατείνόμενου εμπυρέτου. Κλινικά παρουσίαζε ευαίσθητα, ερυθρά, υποδόρια οζίδια, σε άκρα και στο όσχεο, μυαλγία κάτω άκρων και αφθώδες στοματικό έλκος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε φλεγμονώδες σύνδρομο (WBC=23.800/L, CRP= 20mg/dl, TKE=71) και τροπονιναιμία (TnI 500 pg/ml). Διαφοροδιαγνωστικά, ετέθη η υποψία βακτηριακής ή ιογενούς λοίμωξης, καθώς και συστηματικού, πιθανά αυτοφλεγμονώδους νοσήματος. Ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή χωρίς βελτίωση. Οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και φαρυγγικού επιχρίσματος ήταν αρνητικές. Ο ανοσολογικός και ο ιολογικός έλεγχος επίσης ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε Mantoux και **QuantiferON** test τα οποία ήταν επίσης αρνητικά. Στη CT κοιλίας ανευρέθηκαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες μεσεντερίου με στοιχεία αποστηματοποίησης, διαστάσεων ως 7,4X3X4,7 εκ. Στην MRI καρδιάς αναδείχθηκε καλή συσταλτικότητα και περιοχές οιδήματος, ενδεικτικές μυοκαρδίτιδας κατώτερου τοιχώματος. Ο ιστολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος των των δερματικών βλαβών και οσχέου ανέδειξε αλλοιώσεις αποστηματοώδους υποδερματίτιδας, ενώ των μεσεντέριων λεμφαδένων, ανέδειξε άσηπτη αποστηματοποίηση και νέκρωση. Ο ασθενής ετέθη σε κορτιζονοθεραπεία με αισθητή βελτίωση, ύφεση της τροπονιναιμίας και υποχώρηση των βλαβών.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο άσηπτων αποστημάτων αποτελεί φλεγμονώδη διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας, μη ειδικής κλινικής εικόνας, ανταποκρινόμενο στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Μπορεί να εμφανίζεται μεμονωμένα σε άτομο χωρίς άλλη νοσολογική οντότητα, ενώ βιβλιογραφικά αναφέρεται συσχέτιση με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.



AA075

**ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΜΟΛΥΒΔΟ ΜΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**
 Πέτκου Χρήστος, Καμπανιέρη Ελένη, Βιττωράκης Ευάγγελος, Πολυμίλη Γεωργία

*Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο μόλυβδος είναι μια τοξική ουσία προερχόμενη από περιβαλλοντικές και βιομηχανικές πηγές, με δυσμενείς επιπτώσεις μετά από οξεία ή χρόνια έκθεση. Η πλειοψηφία δηλητηριάσεων από μόλυβδο προέρχεται από επαγγελματική έκθεση αλλά δύναται να προέλθει και από εναλλακτικές φαρμακευτικές πηγές. Η περίπτωση μας αφορά σε ασθενή με δηλητηρίαση από μόλυβδο μετά από την επιστροφή του από κέντρο παραδοσιακής θεραπείας στην Ινδία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άντρας 60 ετών δάσκαλος γιόγκα εισάγεται λόγω κακουχίας, υψηλής αρτηριακής πίεσης, κολλοειδούς κοιλιακού άλγους με δυσκοιλιότητα από εβδομάδας. Προ διμήνου αναφέρει διαμονή σε κέντρο παραδοσιακής θεραπείας στην Ινδία, με επαναλαμβανόμενες επισκέψεις τα δυο τελευταία έτη, όπου πέρα από διαλογισμό έκανε χρήση καθαρτικών υποκλυσμών, συχνής κατανάλωσης τσαγιού και δισκίων φυτικής προέλευσης τα οποία συνέχιζε να καταναλώνει με την επιστροφή του. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις, τα παθολογικά ευρήματα αφορούσαν μόνο στη γενική αίματος όπου διαπιστώθηκε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με Ht 23,4%, MCV77,5, MCH 25,8 βασεόφιλη στίξη και σωματίδια Pappenheimer. Διενεργήθηκε αξονική κοιλίας και κολποσκόπηση χωρίς παθολογία ενώ η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με εναπόθεση μολύβδου στα οστά. Λόγω της κλινικοεργαστηριακής εικόνας και του ιστορικού στάλθηκε αιματολογική εξέταση με ανεύρεση επίπεδων μολύβδου  $110 \mu\text{g dl}^{-1}$  και ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία χηλίωσης με succimer 10mg/kg. Ακολούθησε βελτίωση των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων εντός των δυο πρώτων εβδομάδων.

**Συμπεράσματα:** Η διερεύνηση ασθενών με αναιμία και βασεόφιλη στίξη σε συνδυασμό με τα συμπτώματα και το ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει και την πιθανότητα δηλητηρίασης με μόλυβδο. Αν και δεν διενεργήθηκε τοξικολογική ανάλυση των δισκίων, η απουσία άλλης πηγής δηλητηρίασης συνηγορεί υπέρ πιθανής έκθεσης του ασθενή μας μέσω των εναλλακτικών θεραπειών με βάση τα βότανα, οι οποίες αναφέρονται βιβλιογραφικά ως αίτιο δηλητηρίασης από μόλυβδο.

AA076

**ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΠΗΞΗΣ VIII ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Παναγιώτου Φαίδρα<sup>1</sup>, Ιωάννου Αντρέας<sup>1,2</sup>, Παπανικολάου Ελένη<sup>1</sup>, Αντωνιάδης Μάριος<sup>3</sup>, Αζίνα Χαρά<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Λευκωσία Κύπρος

<sup>3</sup> Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η επίκτητη ανεπάρκεια παράγοντα πήξης VIII με παρουσία ανασταλτή αποτελεί μια σπάνια ασθένεια. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν αυτόματες αιμορραγίες και δυνητικά απειλητική για τη ζωή αιμορραγική διάθεση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 77 ετών, εισήχθη στην Παθολογική Κλινική προς διερεύνηση υποτροπιαζουσών ρινορραγιών από τριμήνου, και σοβαρής συμπτωματικής αναιμίας με συνοδό αυτόματο αιμάτωμα λαγονοψοϊτή μυός και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς ανέδειξε παράταση χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (aPTT: 56,5 sec) με φυσιολογικό χρόνο προθρομβίνης (PT) και σοβαρή αναιμία. Η ασθενής υποβλήθηκε σε κλασική αγγειογραφία και εμβολισμό του αιματώματος, με ανάγκη συχνών μεταγγίσεων και χωρίς ιδιαίτερη σταθεροποίηση αιμοσφαιρίνης. Επιπρόσθετα διενεργήθηκε περαιτέρω διερεύνηση της αιμορραγικής διάθεσης.

**Αποτελέσματα:** Ο εργαστηριακός έλεγχος παραγόντων πήξης ανέδειξε ανεπάρκεια παράγοντα πήξης VIII (2.8%) με παρουσία ανασταλτή FVIII (1,5 BU/ml). Έγινε έναρξη θεραπείας με ανασυνδυασμένο παράγοντα VII και κορτικοστεροειδή (Πρεδνιζολόνη) χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής της εικόνας. Λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης διακόπηκε σταδιακά η Πρεδνιζολόνη και προστέθηκε Ριτουξιμάμπη με μηδενική παρουσία ανασταλτή FVIII εντός 2 εβδομάδων. Σε κολονοσκόπηση ανευρέθηκε έμμισχος πολύποδας με ύποπτα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά νεοπλάσματος και ιστολογική εικόνα υψηλόβαθμης δυσπλασίας με επιλοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (για την οποία χορηγήθηκε ενδοφλέβια Γκανσικλοβίρη). Ωστόσο η ασθενής κατάληξε μετά από παρατεταμένη νοσηλεία λόγω σηπτικής καταπληξίας από χρυσίζων σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στην μεθικυλλίνη (MRSA) και νέου επεισοδίου μαζικής αιματοχεσίας προτού γίνει επανάληψη διαγνωστικής κολονοσκόπησης προς αποκλεισμό κακοήθειας.

**Συμπεράσματα:** Η επίκτητη ανεπάρκεια παράγοντα πήξης VIII αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Η κλινική υποψία της νόσου πρέπει να κινητοποιεί κάθε επαγγελματία υγείας για άμεση διαγνωστική διερεύνηση για αποκλεισμό δευτεροπαθών αιτιών της νόσου και εμπειρική θεραπευτική παρέμβαση προς αποφυγή δυσμενών συμβαμάτων.

AA077

**ΑΡΡΕΝ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΖΩΔΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ ΜΙΚΡΟΒΙΑΜΙΑΣ, ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ**

Κουτσοστάθης Ευστάθιος, Σκάζας Γεώργιος, Τσόλου Αδαμαντία

ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι

**Εισαγωγή:** Παρουσιάζεται ενδιαφέρον περιστατικό άρρενος ασθενούς 38 ετών που νοσηλεύθηκε σε ΜΕΘ λόγω λοίμωξης αναπνευστικού, μυκηταιμίας και μικροβιαμίας σε έδαφος οζώδους σκλήρυνσης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 38ετών, που εισήχθη σε Νευρολογική Κλινική, λόγω δυσκαταποσίας και διαταραχών βάδισης. Προ 2μήνου πτώση εξ' ιδίου ύψους και κατάκλιση του ασθενή έκτοτε. Ο ασθενής πάσχει από Οζώδη Σκλήρυνση με νοητική στέρση και επιληπτικές κρίσεις από τη βρεφική ηλικία. Κατά την νοσηλεία του στην Νευρολογική Κλινική διαπιστώθηκε τετραπληγία. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Παθολογική Κλινική, λόγω πνευμονίας εξ εισροφήσεως υπό αντιμικροβιακή αγωγή με Πιπερακιλλίνη/Ταζομπακτάμη, Τεϊκοπλανίνη. Ο ασθενής εμφάνισε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς με συνοδό υπονατρίαμια (125meq/L), οπότε χορηγήθηκαν διαζεπάμη και βαλπροϊκό οξύ ενδοφλεβίως. Μετά τη λήψη των φαρμάκων, παρουσίασε υπερκαπνία και αναπνευστική οξέωση, οπότε διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, για περαιτέρω νοσηλεία και αντιμετώπιση. Κατά την είσοδό του στη ΜΕΘ, ο ασθενής ήταν σηπτικός με λοίμωξη εκ του αναπνευστικού, για την οποία ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με Κεφταζιδίμη και Κολιμυκίνη, ενώ αποδείχθηκε ότι είχε κατά την είσοδό του στη ΜΕΘ μυκηταιμία από *Candida Glabratta* και μικροβιαμία από *Staph. Aureus*, για τα οποία ετέθη αγωγή με μικαφουγκίνη και δαπτομυκίνη, βάσει αντιβιογράμματος και μυκητογράμματος. Ο ασθενής παρουσίασε παροδικά λευκοπενία (δίχως ουδετεροπενία), που αποκαταστάθηκε σταδιακά δίχως να χρειαστεί φαρμακευτική παρέμβαση. Παρουσίασε επεισόδιο άσφυγμης Πολύμορφης Κοιλιακής Ταχυκαρδίας, οπότε έγινε ΚΑΡΠΑ και επιτεύχθηκε ανάταξη σε φλεβόκομβο. Έτερο επεισόδιο Πολύμορφης Κοιλιακής Ταχυκαρδίας ξαναπαρουσίασε λίγες ώρες αργότερα, που όμως ανατάχθηκε αυτόματα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε weaning και αποσωληνώθηκε επιτυχώς.

**Συμπεράσματα:** Η Οζώδης Σκλήρυνση είναι πολυσυστηματική γενετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από πολλαπλούς καλοήθεις όγκους (όζους) στον εγκέφαλο και τα περισσότερα όργανα του σώματος. Τα γονίδια TSC1 ή TSC2 είναι υπεύθυνα για τη νόσο. Οι μυκηταιμίες εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και τους ασθενείς της ΜΕΘ.

AA078

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΟΦΘΑΛΜΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Ζήσης Χρήστος<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>1</sup>, Μαλλιώρα Δήμητρα<sup>1</sup>, Κοφίτσα Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Νταμάγκας Απόστολος<sup>1</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή:** Τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα (NETs) του πνεύμονα αποτελούν ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων με νευροενδοκρινική μορφολογία και διαφοροποίηση με ευρύ φάσμα βιολογικής συμπεριφοράς. Ταξινόμηση κατά WHO 1) Τυπικό νευροενδοκρινές καρκινοειδές, 2) Ατυπο καρκινοειδές, 3) Νευροενδοκρινές νεόπλασμα μεγάλων κυττάρων και μικροκυτταρικό καρκίνωμα. Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με νευροενδοκρινή νεοπλάσμα του πνεύμονα και μόνη μετάσταση ενδοοφθαλμικά.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 73 ετών με γνωστό υποκείμενο πολυλοβωτό μόρφωμα αριστερού πνεύμονα 1,5cm χωρίς αύξηση των διαστάσεων σε τακτική απεικονιστική παρακολούθηση από 5ετίας με πιθανή διάγνωση αγγειοδυσπλασίας. Νοσηλεύτηκε στη Β Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Τρικάλων με βαριά πνευμονία. Από την απεικόνιση εμφάνιζε πύκνωση δεξιού πνεύμονα. Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και απυρέτησε την 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας. Σε επαναλαμβανόμενο απεικονιστικό έλεγχο διαπιστωνόταν βελτίωση της ακτινολογικής εικόνας της πύκνωσης. 2 μήνες μετά την νοσηλεία της εμφάνισε οξεία θόλωση όρασης μείωση οπτικής οξύτητας και φωταψίες. Πραγματοποιήθηκε βυθοσκόπηση και υπερηχογράφημα, όπου διαπιστώθηκε μόρφωμα στο οπίσθιου ημιμορίου του δεξιού οφθαλμού βυθό. Ακολούθησε οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) και η φλουροαγγειογραφία, που επιβεβαίωσαν μεταστατική εστία. Η αργή λύση της πύκνωσης σε συνδυασμό με συμπτώματα της όρασης οδήγησαν στην διενέργεια βρογχοσκόπησης. Ελήφθη βιοψία της βλάβης. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με μικροκυτταρικό καρκίνωμα και η ανοσοϊστοχημική εικόνα έδειξε νευροενδοκρινή διαφοροποίηση. Η Ειδική Νευρωνική Ενολάση (NSE) ήταν αυξημένη, ο Δείκτης Καρκινώματος Πλακώδους τύπου ήταν φυσιολογικός. Υποβλήθηκε σε ολόσωμη αξονική τομογραφία όπου δεν ανέδειξε άλλες μεταστατικές εστίες. Το PET έδειξε μόνη μετάσταση ενδοοφθαλμικά. Τέθηκε σε σχήματα χημειοθεραπείας με ετοποσιδη, καρβοπλατινα, δουρβαλουμάμπη με αποτέλεσμα την υποχώρηση των συμπτωμάτων από τον οφθαλμό.

**Συμπεράσματα:** Τα NEN του πνεύμονα αποτελούν μια ξεχωριστή οντότητα με ευρύ φάσμα συμπεριφοράς. Η σχετική σπανιότητα, οι ιδιαιτερότητες και η πολυπλοκότητά τους υποδεικνύει την αναγκαιότητα διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων για τη διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις, κυρίως στους επιθετικότερους κυτταρικούς τύπους.



AA079

ΤΟ ΚΡΑΝΙΟΦΑΡΥΓΓΙΩΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Λαγκαδινού Μαρία<sup>1</sup>, Μαρκαντές Γιώργος<sup>2</sup>, Αμεραλή Μαρίνα<sup>1</sup>, Μαραγκός Μάρκος<sup>1,3</sup>, Μιχαλάκη Μαρίνα<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>3</sup> Τμήμα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακή Γενική Κλινική Πατρών

**Εισαγωγή:** Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (FUO) είναι αρκετά συχνός στην καθημερινή κλινική πρακτική και η διαγνωστική του προσέγγιση είναι μια πρόκληση. Πιο ειδικά, ο παρατεταμένος πυρετός ως η μοναδική εκδήλωση του κρανιοφαρυγγιώματος (CP) έχει σπάνια αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στην παρούσα κλινική περίπτωση, αναφέρουμε ένα περιστατικό αδαμαντινοματώδους κρανιοφαρυγγιώματος που παρουσιάστηκε ως FUO σε μια γυναίκα ηλικίας 51 ετών, η οποία αρχικά διαγνώστηκε λανθασμένα ως άτυπη υποξεία θυροειδίτιδα. Κατά τη διάρκεια της διερεύνησης και παρακολούθησής της, καθώς είχε αρχικά ξεκινήσει αγωγή ως επί υποξείας θυροειδίτιδας, βάσει των ευρημάτων του PET-CT στο οποίο υποβλήθηκε, η ασθενής παραπονέθηκε για αμφικροταφική ημιανοψία. Έτσι, υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία υπόφυσης (MRI), η οποία αποκάλυψε μια μικτή μάζα (με συμπαγή και κυστικά στοιχεία) προερχόμενη από τον μίσχο της υπόφυσης, η οποία συμπιέζε το οπτικό χίασμα. Η μάζα αφαιρέθηκε χειρουργικά και η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του αδαμαντινοματώδους CP. Η ασθενής παρέμεινε απύρετη μετά την επέμβαση. Υποθέτουμε ότι το CP ήταν τελικά υπεύθυνο για τον πυρετό καθώς προκάλεσε διαταραχή των θερμορρυθμιστικών μηχανισμών λόγω της διήθησης του υποθαλάμου.

**Συμπεράσματα:** Αυτή είναι η πρώτη περίπτωση αδαμαντινοματώδους CP που παρουσιάζεται με FUO ως αρχική και μοναδική εκδήλωση. Αποδεικνύεται ότι το CP πρέπει να αναφέρεται ως αιτία πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Επίσης, η τυχαία ανακαλυφθείσα πρόσληψη FDG στη σάρωση PET/CT <sup>18</sup>F-FDG θα πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή.

AA080

**ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΛΟΓΩ ΝΟΣΟΥ CROHN**

Ζηκούδη Δήμητρα-Γεωργία, Γεωργιάδου Σάρα, Γκαμπέτα Στέλλα, Γιαννούλης Γεώργιος, Τριανταφύλλου Κατερίνα, Ιερόπουλος Λεωνίδας, Βερβαινωίτης Δημήτριος, Πολύζος Αστέριος, Νταλέκος Γεώργιος, Ζάχου Καλλιόπη

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λοίμωξη από ερπητιό (HSV-1) έχει, συνήθως, ήπια αυτοπεριοριζόμενη κλινική πορεία. Ωστόσο σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς μπορεί να έχει συστηματικές εκδηλώσεις και να αποβεί μοιραία για την έκβασή τους.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 51 ετών, με ατομικό αναμνηστικό νόσου Crohn υπό αγωγή με ινφλιξιμάμπη, εισήχθη στην Κλινική μας, λόγω πυρετού και διαρροϊκών κενώσεων από 5ημέρου. Κλινικά, διαπιστώθηκαν φυσαλιδώδεις-ελκωτικές βλάβες στόματος και ήπια ηπατομεγαλία, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λευκοπενία, θρομβοπενία, τρανσαμινασαιμία (σε επίπεδα οξείας ηπατίτιδας), χολόσταση και αυξημένη φερριτίνη. Σημειώνεται ότι δε διαπιστώθηκε ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας, ούτε θετικό σημείο Murphy.

**Αποτελέσματα:** Αφού αποκλείστηκαν άλλα αίτια οξείας ηπατίτιδας (α) λοιμώδη όπως ιογενείς ηπατίτιδες A, B, C, E, κυτταρομεγαλοϊός, Epstein-Barr, Παρνο-ϊός, β) αλκοολική νόσος του ήπατος, γ) αυτοάνοσα νοσήματα του ήπατος), λαμβάνοντας υπόψη τις ελκωτικές βλάβες στη στοματική κοιλότητα, εσάλη ορολογικός έλεγχος που ήταν συμβατός με αναζωπύρωση ερπητικής λοίμωξης HSV-1. Επιπλέον, ο μοριακός έλεγχος στον ορό και σε δείγμα των βλαβών στον στοματικό βλεννογόνο αναδείχθηκε, επίσης, θετικός για τον HSV-1. Σημειώνεται ότι από τον απεικονιστικό έλεγχο προέκυψαν ήπια πάχυνση του τοιχώματος του κόλου και εικόνα θολής υάλου στις βάσεις των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα. Συνεπώς, πρόκειται για ασθενή με γενικευμένη ερπητική λοίμωξη (με προσβολή ήπατος, πνεύμονα και γαστρεντερικού) σε έδαφος ανοσοκαταστολής με ινφλιξιμάμπη. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντική αγωγή με ακυκλοβίρη, με άμεση κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από HSV-1 θα πρέπει να διερευνάται σε κάθε περίπτωση οξείας ηπατίτιδας ειδικότερα, σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με συμπτωματολογία από διαφορετικά συστήματα.

AA081

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ HUMAN METARNEUMONOVIRUS

Φούσια Χαραλαμπία<sup>1</sup>, Ζήσης Χρήστος<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>1</sup>, Παρδάλης Παύλος<sup>1</sup>, Τσιούμα Ευαγγελία<sup>1</sup>, Μπαμπούρη Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο Human metarneumonovirus (hMPV) είναι ένας ss-RNA ιός της οικογένειας Paramyxoviridae. Έχει χρόνο επώασης περίπου πέντε με εννέα ημέρες και μεταδίδεται μέσω μολυσματικών εκκρίσεων, όπως το σάλιο, τα σταγονίδια και αερολύματα μεγάλων σωματιδίων. Μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος σε ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων. Τα περισσότερα παιδιά έχουν νοσήσει μέχρι την ηλικία των πέντε. Έτσι οι λοιμώξεις των ενηλίκων από hMPV αφορούν επαναλοιμώξεις, οι οποίες είναι συνήθως ήπιες. Στους ενήλικες προκαλεί κυρίως λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, ενώ ασθενείς με λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού που χρήζουν νοσηλείας είναι συνήθως ηλικιωμένοι ή ανοσοκατεσταλμένοι. Οι κλινικές εκδηλώσεις των ασθενών που νοσηλεύονται είναι συνήθως βρογχολίτιδα, πνευμονία, κρίση άσθματος, παρόξυνση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ή ακόμα και ARDS. Σκοπός η περιγραφή ασθενούς με εκτεταμένη πνευμονία από Human Metarneumonovirus.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής γυναίκα 46 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη μη παραγωγικό βήχα από διημέρου, ενώ κατά την προσέλευσή της διαπιστώθηκε εμπύρετο ύψους 38,5°C. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε εκτεταμένες πυκνώσεις που φέρουν αεροβρογχόγραμμα εντός αυτών στο δεξιό άνω λοβό και στους κάτω λοβούς αμφοτερόπλευρα, ενώ η αξονική αγγειογραφία δεν ανέδειξε θρομβωτικά ελλείμματα στις πνευμονικές αρτηρίες. Η δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου γρίπης ήταν αρνητική, όπως και το PCR για τον ιό SARS-COV2. Τα αντιγόνα του πνευμονιοκόκκου και της λεγιονέλλας στα ούρα ήταν αρνητικά. Διενεργήθη PCR πολλαπλών στόχων όπου ελήφθη επίχρεια ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού όπου απομόνωσε human metarneumonovirus. Η ασθενής εμφάνισε υψηλούς δείκτες φλεγμονής με σταδιακή βελτίωση, ενώ χρειάστηκε υποστηρικτική οξυγονοθεραπεία κατά την νοσηλεία της.

**Συμπεράσματα:** Αν και σε ενήλικες ασθενείς ο hMPV προκαλεί συνήθως ήπιες, αυτοπεριοριζόμενες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος και σε ασθενείς με σοβαρότερες λοιμώξεις και προσβολή του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος.

AA082

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MINOCA

Ζήσης Χρήστος<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>1</sup>, Φούσια Χαραλαμπία, Ζάμπρας Σωτήριος<sup>1</sup>, Σιώμου Ζωή-Ίρις<sup>1</sup>, Μαγαλιού Σταυρούλα<sup>1</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο MINOCA (MYOCARDIAL INFARCTION WITH NON-OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES) είναι η εμφάνιση κλινικοεργαστηριακής εικόνας οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο. Δηλαδή απουσία σημαντικών στενώσεων των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών ( $\geq 50\%$ ) στη στεφανιογραφία. Για τη διάγνωση του συνδρόμου απαιτείται ο αποκλεισμός μυοκαρδίτιδας και της πνευμονικής εμβολής. Εμφανίζει υπεροχή σε γυναίκες νεαρής και μέσης ηλικίας και σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες. Οι μηχανισμοί αφορούν 1) ρήξη ή διάβρωση αθηρωματικής πλάκας, 2) αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίας αρτηρίας, 3) σπασμός στεφανιαίας αρτηρίας, 4) μικροαγγειοπαθητική στεφανιαία νόσος, 5) εμβολή στεφανιαίας αρτηρίας από θρόμβο αίματος προερχόμενος από άλλη θέση εντός καρδιάς, 6) μυοκαρδιακή γέφυρα, 7) δυσαναλογία προσφοράς και ζήτησης. Μη ισχαιμικού τύπου διαταραχές όπως η μυοαρδίτιδα και η μυοκαρδιοπάθεια ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ μπορούν να υποδυθούν το MINOCA. Σκοπός είναι η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με β-θαλασσαιμία και σύνδρομο MINOCA.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενής γυναίκα 57 ετών πολυμεταγγιζόμενη προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη έντονο οπισθοστερνικό άλγος από ωρών με αντανάκλαση στη ράχη και επέκταση στο τράχηλο. Η ίδια επιβεβαίωσε ότι βίωνε σοβαρό ψυχοσυναισθηματικό στρες. Από το ατομικό ιστορικό πάσχει από σοβαρή αιμοχρωμάτωση ήπατος και ήπια αιμοχρωμάτωση μυοκαρδίου σε αγωγή αποσιδήρωσης με υποδόρια έγχυση δεσφεριοξαμίνης, προδιαβητη, καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, πνευμονική υπέρταση, επεισόδια υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας (PAT) & παροξυσμική κολπικής μαρμαρυγής για τα οποία υποβλήθηκε σε κατάλυση (Ablation). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε ανάσπαση διαστήματος ST πρόσθιοδιαφραγματικά. Η τροπονίνη ήταν θετική και υπήρξε διακύμανση των καρδιακών ενζύμων συμβατή με έμφραγμα μυοκαρδίου. Ενώ η αξονική αγγειογραφία δεν ανέδειξε θρομβωτικά ελλείμματα στις πνευμονικές αρτηρίες. Το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξε υποκινησίες ή περικαρδιακή συλλογή, επιβεβαίωσε την αμφικολπική διάταση και μέτρια πνευμονική υπέρταση και διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας με EF>60%. Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην Μονάδα Εμφραγμάτων του Νοσοκομείου. Υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο που ήταν αρνητικός. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς δεν έδειξε ευρήματα μυοκαρδίτιδας.

**Συμπεράσματα:** Αν και στον θαλασσαιμικό πληθυσμό η επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου σε έδαφος αθηρωμάτωσης είναι χαμηλή εξαιτίας της υποχοληστερολαιμίας και της χαμηλής LDL χοληστερόλης, δεν θα πρέπει να μας διαφεύγουν εμφράγματα του μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο.



AA083

### ΘΑΝΑΤΦΟΡΟΣ ΒΑΡΙΑ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΛΑΔΡΙΒΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Μανώλακα Χρυσάνθη, Κώστας Νικόλαος, Αναστασίου Ευσταθία, Βασιλάτου Γεωργία, Σαρικά Ανθή, Ψαρμπάς Ιωάννης, Αργυρού Αργυρός, Ισκά Παρασκευή, Μιχαλάκης Ιωάννης, Γόμπος Νικόλαος, Ψέλλας Χρυσόστομος, Πέρου Αναστασία, Ψελλάκης Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός

*Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η Cladribine αποτελεί νέο φάρμακο που χορηγείται σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και σε λευχαιμία από τριχωτά κύτταρα. Η Cladribine αποτελεί ανάλογο της πουρίνης η οποία εκλεκτικά καταστέλλει τα λεμφοκύτταρα που εμπλέκονται στη παθογένεση της πολλαπλής σκλήρυνσης και της λευχαιμίας από Β-λεμφοκύτταρα. Στη διάρκεια των εγκριτικών μελετών δεν είχαν παρατηρηθεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες από το ήπαρ. Μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου έχουν παρατηρηθεί περιστατικά με φαρμακευτική ηπατική βλάβη. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να περιγράψουμε την περίπτωση ασθενούς με βαριά χολοστατική ηπατίτιδα μετά την λήψη του φαρμάκου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα ασθενής ηλικίας 43 ετών, με ιστορικό πολλαπλής σκλήρυνσης, μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο λόγω ικτέρου και ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η ασθενής είχε λάβει δύο φορές το φάρμακο Cladribine, σε δύο σχήματα με μεσοδιάστημα ενός μήνα (αρχές Μαρτίου-αρχές Απριλίου). Είχε παρατηρηθεί μέτρια αύξηση των ηπατικών ενζύμων λίγο διάστημα μετά την λήψη του φαρμάκου. Δυο εβδομάδες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο η ασθενής εμφάνισε ίκτερο και σημαντική άνοδο των τρανσαμινασών, υποβλήθηκε σε έλεγχο για αποκλεισμό ιογενούς ή αυτοάνοσης ηπατίτιδας, και στη συνέχεια λόγω επιδείνωσης του ικτέρου και συγχυτικής κατάστασης μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας. Η ασθενής εμφάνιζε επίσης σημαντική διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη=4.5mg%, και ολιγουρία) και σημαντική παράταση του PT (INR=2.5). Έγινε επικοινωνία για πιθανή επείγουσα μεταμόσχευση, η οποία αποκλείστηκε επειδή η ασθενής ήταν υπέρβαρη (BMI>40). Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά δυστυχώς όμως κατέληξε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

**Συμπεράσματα:** Το περιστατικό της μελέτης δείχνει ότι απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη παρακολούθηση ασθενών με φάρμακα πρόσφατης κυκλοφορίας (και με ιδιαίτερη δράση) για την πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρής ανεπιθύμητης ενέργειας.

AA084

**ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΝΕΑΡΗ ΕΝΗΛΙΚΑ**

Χαλμούκου Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Οικονομοπούλου Μαρίνα<sup>1</sup>, Κουλουμβάκου Ματίνα<sup>1</sup>, Αλειφέρης Γεώργιος<sup>1</sup>, Τσούτσου Στεργία<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Ιάκωβος<sup>1</sup>, Αναστασόπουλος Σωτήριος<sup>3</sup>, Λαδά Μαλβίνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

<sup>2</sup> Γ.Ν. «Έλενα Βενιζέλου»

<sup>3</sup> ΩΡΛ Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μηνιγγίτιδα είναι φλεγμονή των μηνίγγων, του υπαραχνοειδούς χώρου και του νωτιαίου μυελού που προέρχεται από την κοινότητα ή από νοσοκομειακό περιβάλλον. Η διασπορά του παθογόνου στις μήνιγγες γίνεται είτε αιματογενώς ή κατ' επέκταση ιστού από λοιμώξεις σε γειτονικά σημεία-όργανα πχ παραρρινοκολπίτιδα ή με άμεσο ενοφθαλμισμό στο κεντρικό νευρικό σύστημα π.χ. τραύμα, νευροχειρουργικές επεμβάσεις κλπ. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ασπληνία, υπογαμμασφαιριναιμία, έλλειψη συμπληρώματος, ανοσοκαταστολή, ο αλκοολισμός κ.α.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 20 ετών, με ιστορικό εντοπισμένης σκληροδερμίας (morphea) άνευ αγωγής και οπισθορινική καταρροή από τριμήνου, παρουσιάστηκε με εμπύρετο έως 38°C, κεφαλαλγία και αυχενική δυσκαμψία από 24ωρου χωρίς λοιπή παθολογική νευρολογική σημειολογία.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε οσφυονωτιαία παρακέντηση που ανέδειξε 5280 κκχ (90% πολυμορφοπύρρηνα) και χαμηλή γλυκόζη, χωρίς ανάδειξη παθογόνου από την καλλιέργεια και PCR του ΕΝΥ και αίματος λόγω προηγηθείσας λήψης αντιβιοτικής αγωγής. Έλαβε ενδοφλέβια αγωγή με κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη και ακυκλοβίρη αρχικά και στη συνέχεια αποκλιμακώθηκε βάσει εργαστηριακών ευρημάτων. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου όπου δεν απεικονίστηκαν αλλοιώσεις. Λόγω αναφερόμενης ρινικής καταρροής από μηνών ζητήθηκε ΩΡΛ εκτίμηση όπου διαπιστώθηκε ρινόρροια ΕΝΥ και διενεργήθηκε αξονική σπλαγχνικού κρανίου ανέδειξε οστικό έλλειμμα στο σφηνοειδές οστό και στο έδαφος του πρόσθιου κρανιακού βόθρου δεξιά επικοινωνούν με τις ηθμοειδείς κυψέλες. Η ασθενής εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και ακολούθως υπεβλήθη επιτυχώς σε ενδοσκοπική χειρουργική αποκατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Σε περιπτώσεις μηνιγγοεγκεφαλίτιδας χωρίς παράγοντες κινδύνου ή προφανή επιδημιολογική συσχέτιση κρίνεται σκόπιμη η αναζήτηση υποκείμενου παθοφυσιολογικού υποβάθρου για την βέλτιστη αντιμετώπιση και αποφυγή υποτροπής. Η αυτόματη διαφυγή ΕΝΥ μπορεί να προκληθεί από ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση, συγγενή ανωμαλία οστών κρανίου, υπνική άπνοια, όγκους κ.α. και δύναται να εκδηλωθεί με συμπτώματα ρινόρροιας/ωτόρροιας, κεφαλαλγίας, λίγγου ή και μηνιγγίτιδας.

AA085

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΑΝΑΣΤΑΛΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VIII ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Βλάχος Στέφανος<sup>1</sup>, Κουραμπά Άννα<sup>2</sup>, Καζάνας Σπυρίδων<sup>1</sup>, Μπαλή Τριάδα<sup>1</sup>, Σαριδάκη Αρίστη<sup>1</sup>, Αθανάσουλα Ελένη<sup>1</sup>, Στρακόσα Ειρήνη<sup>3</sup>, Αδάμαντου Μαγδαληνή<sup>1</sup>, Ψυχογιού Μήνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό,

<sup>3</sup> Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η επίκτητη αναστολή του παράγοντα VIII αφορά σε ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων ενάντια του, συχνότερα στα πλαίσια κύησης, αυτοάνοσων διαταραχών, συμπαγών όγκων και λεμφοϋπερπλαστικών νοσημάτων. Η χρόνια ηπατίτιδα C παρουσιάζει συχνά εξωηπατικές εκδηλώσεις μεσολαβούμενες από μηχανισμούς αυτοανοσίας. Λίγα περιστατικά με επίκτητο ανασταλτή παράγοντα VIII σχετιζόμενο με χρόνια ηπατίτιδα C έχουν καταγραφεί.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 47 ετών με HIV λοίμωξη υπό ART και ιολογική καταστολή και HCV λοίμωξη, μη θεραπευθείσας, νοσηλεύθηκε λόγω εκσεσημασμένης αναιμίας (αιμοσφαιρίνη 2,5 g/dL) με εκτεταμένο αιμάτωμα δεξιού οπίσθιου ημικωρακίου. Στην αξονική αγγειογραφία διαπιστώθηκε ενεργός εξαγγείωση σε κλάδο του θυραυχενικού στελέχους, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ίσχειμη περίδεση. Ο έλεγχος πλήρους πήξης ανέδειξε παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης (aPTT 97 δευτερόλεπτα), με τον περαιτέρω έλεγχο να αναδεικνύει παρουσία ανασταλτή του παράγοντα VIII. Ο ασθενής ετέθη σε ανοσοκατασταλτική αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη και κυκλοφωσφαμίδη, με παράλληλη υποκατάσταση με ανασυνδυασμένο παράγοντα πήξης VIIa μέχρις ελέγχου του αιματώματος. Υπό τα λαμβανόμενα μέτρα, το αιμάτωμα ελέγχθηκε, με το χρόνο προθρομβίνης να παρουσιάζει μικρή μόνο βελτίωση και τη δραστικότητα του παράγοντα VIII να παραμένει σε επίπεδα ανερχόμενα στο 2-3%. Με δεδομένη την υποψία συσχέτισης του επίκτητου ανασταλτή με την υποκείμενη χρόνια ηπατίτιδα C, έγινε έναρξη αντιϊκής θεραπείας με σοφοσμπουβίρη/βελπατασβίρη.

**Αποτελέσματα:** Η ταχύτητα αποκατάστασης του χρόνου προθρομβίνης και της δραστικότητας παράγοντα VIII μετά την έναρξη της αντιϊκής θεραπείας για την ηπατίτιδα C ήταν εντυπωσιακή, με τις σχετικές τιμές να βρίσκονται εντός φυσιολογικών ορίων (44 sec και 48% αντίστοιχα) ένα μήνα μετά την έναρξή της. Η βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων πήξης του ασθενούς μετά την έναρξη θεραπείας για την HCV λοίμωξη καθιστά βέβαιη τη συσχέτιση της μη θεραπευθείσας χρόνιας HCV λοίμωξης και του επίκτητου ανασταλτή.

**Συμπεράσματα:** Η εν λόγω διαταραχή της πήξης εμφανίζεται σαν σπάνια εξωηπατική εκδήλωση χρόνιας ηπατίτιδας C.

AA086

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ (ΝΟΣΟΣ WEIL)**

Κατσέλη Παρασκευή, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Χιώτη Στυλιανή, Παλάζη Θεοδώρα, Αλεξίου Ζωή

*Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ικτερική λεπτοσπείρωση (Νόσος Weil) αποτελεί τη σοβαρότερη μορφή προσβολής από *Leptospira interrogans*. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, αιμορραγική πνευμονία καθώς και υπόταση. Τα συμπτώματα και τα σημεία της νόσου είναι συνήθως συνεχή και όχι διφασικά. Παρουσιάζεται περιπτώσεις ασθενούς με εμπύρετο έως 39°C από ημερών και συνοδό αδυναμία-καταβολή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 65 ετών, άνδρας, προσεκομίσθη με εμπύρετο και καταβολή δυνάμεων από ημερών. Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, ΣΔ(2), ελκώδης κολίτιδα. Ζωτικά σημεία: Α.Π:135/78mmHg, Σφ:110/min, SpO2:98%,Θ:38,2°C. ΗΚΓ: κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε επισκοπικά ικτερική χροιά δέρματος-επιπεφυκότων. Από την ακρόαση της καρδιάς καρδιακοί τόνοι άρρυθμοι, ταχείς ενώ από την ακρόαση των πνευμόνων αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφοτερόπλευρα. Χωρίς παθολογικά ευρήματα από την εξέταση της κοιλίας. Εργαστηριακός έλεγχος WBCs:10,2 κ/μL, NE:86,5%, CRP:293mg/dl, Ινωδογόνο 899mg/dl, Urea:92mg/dl, Cr: 3,4mg/dl, CPK:4000IU/L, SGOT:305U/L, SGPT:67U/L, TBIL:4,81mg/dl υπέρ της αμέσου 4,27mg/dl, hsTnT:17pg/dl. Στο ΤΕΠ πραγματοποιήθηκε U/S άνω κοιλίας: ηπατομεγαλία. Ετέθη σε ενυδάτωση και αντιμικροβιακή αγωγή με Πιπερακιλλίνη-Ταζομπακτάμη και εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση και διερεύνηση. Την επόμενη ημέρα εμφάνισε επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με ολιγοουρία, αύξηση των δεικτών νεφρικής λειτουργίας και αύξηση της ολικής χολερυθρίνης υπέρ της αμέσου (28,6mg/dl). Πραγματοποιήθηκαν επίσης CT-θώρακος, κοιλίας και εγκεφάλου. Ο ασθενής ακολούθως υπεβλήθη σε εξωνεφρική κάθαρση και εστάλη περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος για δείκτες ηπατίτιδας, ΤΚΕ, καρκινικοί δείκτες,C3,C4,ποσοτικός προσδιορισμός ανοσφαιρινών, ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, δείκτες αναιμίας, HbA1c, αντίδραση Wright,Ra-test,καλλιέργειες αίματος και ούρων στείρες μικροβίων. Ο εκτεταμένος ιολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά IgM αντισώματα για *Leptospira interrogans*.

**Αποτελέσματα:** Προστέθηκε στην αγωγή Κεφτριαζόνη και σταδιακά ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά. Παρέμεινε απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός και με το πέρας των ημερών έλαβε εξιτήριο.

**Συμπεράσματα:** Η νόσος Weil έχει θνητότητα 5% σε άτομα άνω των 30 ετών και αυξάνει στο 40% σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών. Η βάση της πρόληψης είναι η αποφυγή ύποπτων για μόλυνση τροφίμων και νερού. Διάφορα αντιμικροβιακά φάρμακα περιλαμβάνονται στη θεραπεία όπως η Πενικιλίνη, η Κεφτριαζόνη και οι Τετρακυκλίνες.



AA087

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ

Κατσέλη Παρασκευή, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα, Χιώτη Στυλιανή, Πλυτάς Γεώργιος-Δημήτριος, Κατσανάκη Ελένη, Αλεξίου Ζωή

*Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**Εισαγωγή:** Η λείσμανιαση είναι ζωνοσός μεταδιδόμενη με δήγμα φλεβοτόμου(σκνίπας) Προκαλείται από 20 περίπου είδη Leishmania, τα κλινικά σύνδρομα διαμορφώνονται γενικά από τα υπαίτια είδη. Στη σπλαγχνική λείσμανιαση (καλά-άζαρ) η περίοδος επώασης είναι συνήθως 4-6μήνες και χωρίς θεραπεία η θνητότητα αγγίζει το 90%. Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία ελαττώνει τη θνητότητα σε 2-5%. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με εμπύρετο έως 40.5°C από 14ημέρου με συνοδό αδυναμία-καταβολή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 23ετών, γυναίκα, προσήλθε με παρατενόμενο εμπύρετο, αδυναμία και καταβολή. Ατομικό αναμνηστικό: ουδέν. Ζωτικά σημεία: ΑΠ:92/70mmHg, Σφ:71/min, SpO2:97%, Θ: 37.2°C. Από την αντικειμενική εξέταση χωρίς παθολογικά ευρήματα πλην εικόνα σπληνομεγαλίας, από την εξέταση της κοιλίας. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:2,7K/μL, Μοσο%:12,1%, NEUT#:1,3K/ML, Lymph#:1,0K/μL, HCT:29,3%, MCV:75,7fL, PLTs:74K/μL, RBC:3,87M/μL, CRP:95mg/l, Wright (αρνητική), Ur:24mg/dl,Cr:0,63mg/dl. Εστάλη επίσης συνδρομική διάγνωση αναπνευστικού(αρνητική). Από U/S άνω κοιλίας: σπληνομεγαλία 17,7cm. Ετέθη σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με αμπικιλίνη-σουλμπακτάμη. Στο πλαίσιο της διερεύνησης εστάλησαν τα εξής: ΤΚΕ,έλεγχος για λοιμώδη(HCV θετικό), πλήρης ιολογικός έλεγχος, Plasmodium(αρνητικό για ελονοσία),δείκτες αναιμίας, νεοπλασματικοί δείκτες, θυρεοειδικός έλεγχος, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, έλεγχος αντισώματων για Leishmania IgG (1/160 θετικά). Πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με CT-Θώρακος, άνω κάτω κοιλίας.

**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκε μυελόγραμμα όπου ανευρέθησαν κύτταρα δικτύου με εικόνα συμβατή με ύπαρξη λείσμανιών. Ακολούθως εστάλη στο ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΠΑΣΤΕΡ έλεγχος PCR ολικού αίματος και προέκυψε θετικό DNA για Leishmania Infantum καθώς και θετικά αντισώματα αυτού. Άμεσα η ασθενής ετέθη σε αγωγή με λιποσωμακική αμφοτερικίνη Β. Επίσης εστάλη έλεγχος με HCV RNA και γονότυπο(αρνητικός).

**Συμπεράσματα:** Η σπλαγχνική λείσμανιαση χαρακτηρίζεται από ακανόνιστο πυρετό, προοδευτική ηπατοσπληνομεγαλία, πανκυτταροπενία, απίσχυση. Η νόσος έχει ιδιαίτερα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τη περιοχή και το είδος της λείσμανιασης. Η πρόληψη έχει καθοριστικό ρόλο, τα ατομικά μέτρα προστασίας προς αποφυγή των δηγμάτων από σκνίπες περιλαμβάνουν εντομοαπωθητικά, κουνουπιέρες, μακριά μανίκια και παντελόνια και αποφυγή των θερμών σκιερών τόπων όπου συχνάζουν οι σκνίπες.

AA088

**ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ IGM ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ**

Χαλιώτη Ασημένια<sup>1</sup>, Καναβού Αγγελική<sup>1</sup>, Ισάκκη Ελένη<sup>1</sup>, Αλεξίου Ελένη<sup>2</sup>, Γκατζώνης Στέργιος-Στυλιανός<sup>3</sup>, Μάγειρα Ελένη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με επιληπτική κατάσταση, έχοντας ιστορικό αυτοφλεγμονώδους νοσήματος και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Προκύπτει ότι η συζήτηση μεταξύ ειδικών για τις δύσκολες ιατρικές περιπτώσεις, εν προκειμένω μεταξύ νευρολόγων, νεφρολόγων, ρευματολόγων και ιατρών μονάδας εντατικής θεραπείας, συμβάλλουν στη θετική έκβαση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 24 ετών προσκομίζεται στο Νοσοκομείο λόγω γενικευμένων επιληπτικών σπασμών. Αναφέρεται μη ελεγχόμενη αρτηριακή υπέρταση κατ' οίκον, χωρίς λοιπά συμπτώματα. Πρόκειται για ασθενή μεταμοσχευμένη νεφρού λόγω IgM σπειραματονεφρίτιδας, που είναι σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης λόγω απόρριψης του μοσχεύματος. Επίσης, το ατομικό ιστορικό περιλαμβάνει οικογενή μεσογειακό πυρετό (ετεροζυγωτία για τη μετάλλαξη E148Q γονιδίου MEFV) σε ύφεση υπό κολχικίνη. Εισάγεται διασωληνωμένη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο εκτενής κλινικοεργαστηριακός έλεγχος είναι αρνητικός για λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, νεοπλάσματα, αυτοάνοσες εγκεφαλίτιδες, μεταβολικά νοσήματα ή φάρμακα. Επαναλαμβανόμενα ΗλεκτροΕγκεφαλοΓραφήματα δείχνουν εμμένουσα επιληπτική δραστηριότητα.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής τίθεται σε μέγιστες δόσεις κατασταλτικών φαρμάκων και αναλγησίας. Γίνεται έναρξη τετραπλής ανιεπιληπτικής αγωγής (λεβετιρακετάμη, λακοσαμίδη, φαινοβαρβιτάλη, βαλπροϊκό οξύ) σε υψηλές δόσεις προσαρμοσμένες στη νεφρική λειτουργία. Επίσης, η ασθενής τέθηκε για μία ημέρα σε βαρβιτουρικό κώμα και χορηγήθηκε κετογόνος δίαιτα. Καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της επιληπτικής δραστηριότητας κατείχε ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης· πρώτα με λαβεταλόλη και κλονιδίνη IV και έπειτα με μετοπρολόλη, ιρβεσαρτάνη, μοξονιδίνη και αμλοδιπίνη ΡΟ.

**Συμπεράσματα:** Προκύπτει ότι η αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση μπορεί να πυροδοτήσει status epilepticus, περισσότερο δε όταν συνυπάρχει με χρόνια προσβολή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού ουραιμικής αιτιολογίας. Για το ανθεκτικό status epilepticus χρειάζεται συνδυασμός πολλαπλών ανιεπιληπτικών φαρμάκων, ώστε να ελαττωθούν η υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζονται με αυτό.

AA089

**ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Πουλάκης Δημήτριος, Κρανίτσα Ισμήνη, Μανδηλάρη Ευγενία, Σφήκας Σταύρος, Γιαννακοπούλου Ιωάννα, Ξυδιά Νικολέττα

*Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η λεπτοσπείρωση είναι μια ανθρωποζωνόσος, προκαλούμενη από το βακτήριο *Leptospira*. Η νόσος μπορεί να διαδράμει αυτοιώμενη, αλλά η σοβαρή μορφή της νόσου, η νόσος Weil, μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Παρουσίαση λεπτοσπείρωσης με εκσεσημασμένη υπερχολερυθριναιμία χωρίς οξεία νεφρική βλάβη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Άνδρας, 55 ετών, Ρομά, πλανόδιος, περιστασιακά απασχολούμενος με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου από 10ημέρου με συνοδά κοιλιακό άλγος, μυαλγίες γαστροκνημίων, ανορεξία, υπέρχρωση ούρων και ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων από 3ημέρου.

**Αποτελέσματα:** Από τη κλινική εξέταση ακρόαση πνευμόνων και ακτινογραφία θώρακος κατά φύσιν, ευαισθησία δεξιού υποχονδρίου και ψηλαφητό ήπαρ, καρδιακοί τόνοι ρυθμικοί/ευκρινείς και ΗΚΓ φλεβοκομβική ταχυκαρδία, χωρίς εστιακά νευρολογικά σημεία με GCS 15/15. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναιμία ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική, λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, κρεατινίνη 0.8 mg/dl, CPK 517 IU/L, SGOT 97 IU/L, SGTP 98IU/L, ολική χολερυθρίνη 32.9 mg/dl με άμεση 24.5 mg/dl. Από τη γενική ούρων μικροσκοπική αιματοουρία και πυουρία 8-10 κοπ. Ελήφθησαν 3 ζεύγη καλλιιεργειών αίματος που ήταν αρνητικά. Αρνητικός ο έλεγχος για HAV, HBV, HCV, EBV, CMV, HIV και για σύφιλη. Οροαντιδράσεις Wright και Widal αρνητικές. Rapid test για ελονοσία αρνητικό. Έγινε echo καρδιάς που ήταν φυσιολογικό, καθώς και echo άνω κοιλίας και αξονική άνω και κάτω κοιλίας που ανέδειξαν ηπατομεγαλία 16 εκατοστά, χωρίς εστιακές αλλοιώσεις, χωρίς διατάσεις ενδοηπατικών ή εξωηπατικών χοληφόρων και φυσιολογικό εύρος χοληδόχου πόρου. Εστάλησαν αντισώματα έναντι λοιμωδών νοσημάτων σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο που ανάδειξαν IgM αντισώματα για *Leptospira*.

**Συμπεράσματα:** Η λεπτοσπείρωση σπάνια εμφανίζεται με εκσεσημασμένη υπερχολερυθριναιμία χωρίς οξεία νεφρική βλάβη. Οφείλει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών, ιδίως συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων (πχ αγρότες) που παρουσιάζονται με εμπύρετο και ίκτερο, ακόμη και επί απουσίας οξείας νεφρικής προσβολής.

## AA090

## ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ

Δρούλιας Ανδρέας, Μαστρογιάννη Ελπίδα, Μπουντζώνα Ιωάννα, Μίχα Παναγιώτα, Τεντολούρης Αναστάσιος, Σιμάτη Σταματία, Αρβανίτης Μεγακλής, Μυλωνά Μαρία

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αχαλασία οισοφάγου (ΑΟ) συνιστά διαταραχή της λειτουργίας του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ), με αδυναμία χάλασης και διαταραχή περισταλτισμού του. Οφείλεται στον εκφυλισμό των γαγγλιακών κυττάρων του μυεντερικού πλέγματος του οισοφαγικού τοιχώματος. Η ρήξη οισοφάγου μετά ενδοσκοπική διαστολή του ΚΟΣ στο πλαίσιο ΑΟ, παρατηρείται σπάνια στο 3-5% των ασθενών. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης συντηρητικά αντιμετωπισθείσας ρήξης οισοφάγου, μετά από ενδοσκοπική διαστολή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής, 76 ετών, ιατρός, με ατομικό αναμνηστικό ΑΟ και προ εβδομάδος ενδοσκοπική διαστολή του ΚΟΣ, προσήλθε με αίσθημα παλμών από ωρών και εμμένουσα θωρακαλγία (αρ) από δημέρου μη ανταποκρινόμενης σε συστηματική λήψη ιβουπροφαίνης.

**Αποτελέσματα:** Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε εμπύρετο ως 38°C και σιγή (αρ) πνευμονικής βάσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Στον καρδιολογικό έλεγχο σημειώθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις, ενώ υπερηχογραφικά δεν εντοπίστηκαν δομικές ή κινητικές διαταραχές, παρά μόνο πλευριτική συλλογή (αρ). Η ακτινογραφία θώρακος επιβεβαίωσε την ασαφοποίηση της (αρ) πλευροδιαφραγματικής γωνίας, ενώ από την CT θώρακος, με δοκιμασία διάβασης με γαστρογραφίνη, εντοπίστηκε περιχαρακωμένη ρήξη οισοφάγου, υπεζωκοτική συλλογή (αρ) και πολλαπλά μικροαποστημάτια σύστοιχα. Έγινε έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη, βανκομυκίνη και λεβοφλοξασίνη με παράλληλη παρεντερική σίτιση. Από την παροχέτευση του πλευριτικού υγρού αναδείχθηκε εικόνα στείρου εξιδρώματος. Η ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά, επανασιτίστηκε μετά το 7ήμερο και εξήλθε με πο αντιμικροβιακή αγωγή (λεβοφλοξασίνη/αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ). Στον απεικονιστικό CT επανέλεγχο στις 21 ημέρες διαπιστώθηκε σημαντική εξάλειψη των ευρημάτων, χωρίς ανάγκη περαιτέρω χειρισμών, ενώ η λεβοφλοξασίνη διεκόπη λόγω επιμηκυσμένου διαστήματος QTc.

**Συμπεράσματα:** Η ρήξη οισοφάγου μετά ενδοσκοπική διαστολή συνιστά δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή. Απαιτείται αυξημένη εγρήγορη αναζήτηση ύποπτων συμπτωμάτων-ιδίως επί συστηματικής χρήσης αναλγητικών- άμεση απεικόνιση/θεραπεία προς αποφυγή επιπλοκών, όπως και επαγρύπνηση για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών της μακροχρόνιας χρήσης αντιβιοτικών. Σε περιπτώσεις ταχείας κλινικής επιδείνωσης, με μεσοθωρακίτιδα, έχει θέση η θωρακοχειρουργική προσέγγιση ή η ενδοσκόπηση μεσοθωρακίου προς αποκατάσταση της βλάβης.



AA091

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RAMSAY HUNT

Ζήσης Χρήστος<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>1</sup>, Κοφίτσα Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Φούσια Χαραλαμπία<sup>1</sup>, Μπαμπούρη Μαρία<sup>1</sup>, Μαλλιώρα Δήμητρα<sup>1</sup>, Μπέτσικος Αχιλλέας<sup>1</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο ορισμός του συνδρόμου Ramsay Hunt είναι η περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου, που συνοδεύεται από ένα ερυθματώδες φυσαλιδώδες εξάνθημα στο πτερύγιο του αυτιού(ωτικός ζωστήρας) ή στη στοματική κοιλότητα και κοχλιοιθουσαία διαταραχή. Οφείλεται σε επαναδραστηριοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς-ζωστήρα. Τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν:1)οξεία παράλυση του προσωπικού νεύρου2)ωταλγία, άλγος στη γνάθο και/ή τον αυχένα3)απώλεια γεύσης στα μπροστινά δύο τρίτημώρια της γλώσσας 4)ξηροστομία και ξηρότητα οφθαλμών5)ερυθηματώδες φυσαλιδώδες εξάνθημα στον ακουστικό πόρο, τη γλώσσα και/ή τη σκληρή υπερώα. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με σύνδρομο Ramsay Hunt.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη ζάλη περιστροφικού τύπου από τριήμερο και αδυναμία ορθοστάτισης. Από το ατομικό της αναμνηστικό πάσχει από αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και παλαιό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διενεργήθη αξονική εγκεφάλου χωρίς ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο η ασθενής δεν είχε δείκτες φλεγμονής. Κατά την 5<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε έλκη υπερώας και έξω ακουστικού πόρου όπως και πάρεση της 5<sup>ης</sup> εγκεφαλικής συζυγίας αριστερά βαθμού III κατά House Brackmann. Επιπλέον διαπιστώθηκε βαρηκοΐα μεγάλου βαθμού αριστερά. Εκτιμήθηκε από τον ωτορινολαρυγγολόγο όπου ετέθη η διάγνωση του συνδρόμου Ramsay Hunt και χορηγήθηκε η κατάλληλη αντική αγωγή. Η ασθενής παρέμεινε καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας άπυρρη και αιμοδυναμικά σταθερή.

**Συμπεράσματα:** Είναι ιδιαίτερα σπάνιο σύνδρομο, με επίπονη και μακράς διάρκειας αποκατάσταση, ωστόσο με το συνδυασμό αντικής αγωγής και την κορτιζονοθεραπεία η αποκατάσταση των βλαβών αποκαθίσταται πλήρως.

AA092

**ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ MRSA ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παράσχου Ελένη-Μαρία, Κατσούλη Ειρήνη-Χρυσοβαλάντου, Καραπάτη Γιάννα, Δαφνή Μαρία, Λιονή Αθηνά, Τζαβάρα Βασιλική

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού με εμμένουσα μικροβιαμία από MRSA απουσία ενδαγγειακής λοίμωξης, λόγω ανάπτυξης αντοχής κατά την διάρκεια της θεραπείας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Γυναίκα 84 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου, οσφυαλγίας και αυξημένων δεικτών φλεγμονής. Οι καλλιέργειες αίματος-ούρων που ελήφθησαν στα Επείγοντα ήταν θετικές για MRSA (MIC βανκομυκίνη 1, δαπτομυκίνη 0.5). Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με δαπτομυκίνη (10mg/kg). Αξονική τομογραφία ανέδειξε σφηνοειδή παραμόρφωση O2 και εντύπωση θολερότητας προσπονδυλικά Θ12-O1. Διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπέρηχο καρδιάς αρνητικό για εκβλαστήσεις. Μαγνητική τομογραφία με εικόνα σπονδυλοδισκίτιδας Θ12-O3 και επιμήκη αποστηματική συλλογή δεξιού λαγονοψοίτη (5.5 X 1.2 X 1 cm) που κρίθηκε μη παρακεντήσιμη. Σε αιμοκαλλιέργειες πέντε ημέρες μετά απομονώθηκε ξανά MRSA (MIC: βανκομυκίνη ≤ 0.5, δαπτομυκίνη 0.5, κοτριμοξαζόλη ≤1/19) με περαιτέρω αύξηση δεικτών φλεγμονής οπότε προστέθηκε κοτριμοξαζόλη και προγραμματίστηκε PET/CT που επιβεβαίωσε τα γνωστά ευρήματα. Δύο εβδομάδες μετά την έναρξη θεραπείας, απομονώθηκε από τις αιμοκαλλιέργειες MRSA ανθεκτικός στην δαπτομυκίνη (MIC 4) και η αγωγή τροποποιήθηκε σε βανκομυκίνη (MIC ≤ 0,5) και κοτριμοξαζόλη. Μία εβδομάδα μετά οι αιμοκαλλιέργειες εξακολουθούσαν να είναι θετικές για MRSA (MIC βανκομυκίνη 2), οπότε τροποποιήθηκε η αγωγή σε κεφταρολίνη (MIC 0.5) και κοτριμοξαζόλη (MIC ≤ 1/19). Τέσσερις ημέρες μετά απομονώθηκε η πρώτη στείρα αιμοκαλλιέργεια. Η ασθενής εξήλθε με κοτριμοξαζόλη και ριφαμπικίνη από του στόματος.

**Συμπεράσματα:** Η εμμένουσα μικροβιαμία από MRSA αποτελεί δυνητικά επικίνδυνη για την ζωή κατάσταση και απαντάται συνήθως σε ενδαγγειακές λοιμώξεις. Η αδυναμία αποστείρωσης των αιμοκαλλιεργειών συνήθως οφείλεται σε ανεπαρκή έλεγχο της πηγής λοίμωξης και κατά συνέπεια σε ανάπτυξη αντοχής κατά τη θεραπεία. Σε σοβαρές περιπτώσεις μικροβιαμίας από MRSA ίσως θα πρέπει να εξετάζεται η εξαρχής χορήγηση συνδυασμένης αντιμικροβιακής αγωγής για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της.

AA093

COVID-19 ΚΑΙ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Αθανασίου Παναγιώτης<sup>1</sup>, Αθανασίου Λάμπρος<sup>2</sup>, Νικολακοπούλου Σοφία<sup>3</sup>, Κωνσταντίνου Αλεξάνδρα<sup>3</sup>, Μάσχα Όλγα<sup>4</sup>, Διονυσιώτης Ιωάννης<sup>5</sup>, Κουτσιλιέρης Μιχαήλ<sup>6</sup>, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

<sup>2</sup> Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>3</sup> Τμήμα COVID-19, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>4</sup> Τμήμα Κλινικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>5</sup> Τμήμα Αποκατάστασης Βλαβών Νωτιαίου Μυελού, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο, Πάτρα

<sup>6</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>7</sup> Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου, Μεταβολισμού, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η σαρκοπενία είναι συνέπεια νοσηλείας και σύντομης ή μακράς παραμονής σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η σαρκοπενία μπορεί να είναι συνέπεια της νοσηλείας λόγω λοίμωξης από τον ιό COVID-19. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή σαρκοπενίας ως συνέπεια νοσηλείας λόγω βαριάς λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Περιγράφεται ομάδα 5 ασθενών, ανδρών, ηλικίας 52-64 ετών που νοσηλεύτηκαν λόγω βαριάς λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2. Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν πνευμονία. Ωστόσο, δεν χρειάστηκαν διασωλήνωση. Είχαν συννοσηρότητες όπως σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υποθυρεοειδισμό, υπερλιπιδαιμία και παχυσαρκία.

**Αποτελέσματα:** Μετά την έξοδο από τη μονάδα εντατικής θεραπείας όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν βαριά σαρκοπενία με αποτέλεσμα σοβαρό περιορισμό της κίνησης. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τη χορήγηση βιταμίνης D, επαρκή θρέψη και φυσικοθεραπεία. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο δόθηκαν οδηγίες και ένα πρόγραμμα ήπιας άσκησης. Όλοι οι ασθενείς βελτιώθηκαν. Ωστόσο, η αποθεραπεία ήταν βραδεία και απαιτήσε σοβαρή προσπάθεια από την ομάδα αντιμετώπισης και τους ίδιους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Η σαρκοπενία μπορεί να είναι συνέπεια σοβαρής λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2. Εκδηλώνεται σαν περιορισμός της κίνησης. Η παρουσία συννοσηροτήτων και ιδιαίτερα σακχαρώδους διαβήτου φαίνεται ότι είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της σαρκοπενίας. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με πρόγραμμα ήπιας άσκησης. Η αποθεραπεία είναι βραδεία. Η προσθήκη βιταμίνης D, καθώς και πρόγραμμα επαρκούς διατροφής είναι αναγκαία για την πλήρη και επιτυχή αποκατάσταση των ασθενών.

AA094

## ΛΕΥΚΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO

Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια<sup>1</sup>, Αθανασίου Λάμπρος<sup>2</sup>, Μαθιού Δήμητρα<sup>3</sup>, Νικολιδάκη Μαρία<sup>3</sup>, Ελέζογλου Αντωνία<sup>2</sup>, Μάσχα Ολγα<sup>4</sup>, Αθανασίου Παναγιώτης<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου, Μεταβολισμού, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup> Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>3</sup> European University Cyprus, Λευκωσία, Κύπρος

<sup>4</sup> Τμήμα Κλινικής Βιοπαθολογίας, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>5</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή-Σκοπός.** Η λευκοπενία είναι εκδήλωση των αυτοάνοσων νοσημάτων όπως ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ). Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση ομάδας 12 ασθενών με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto που παρουσίασαν λευκοπενία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Περιγράφεται ομάδα 12 ασθενών, ηλικίας 19-72 ετών, θήλεος φύλου, με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Οι ασθενείς παρουσίασαν λευκοπενία. Ως λευκοπενία ορίστηκε ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων <4000/mm<sup>3</sup>.

**Αποτελέσματα:** Τα λευκά αιμοσφαίρια παρέμειναν <4000/mm<sup>3</sup>. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ποίκιλλε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 42 γ κατά τη διάγνωση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, εμφάνισε στην πορεία της νόσου καρκίνο του αριστερού μαστού και ακολούθως του δεξιού και υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ελαττώθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αλλά κατέστη δυνατόν να ολοκληρώσει το θεραπευτικό σχήμα. Στη μακροχρόνια παρακολούθηση ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων βελτιώθηκε αλλά παρέμεινε <4000/mm<sup>3</sup>.

**Συμπεράσματα:** Ουδετεροπενία έχει περιγραφεί στα πλαίσια αυτοάνοσης νόσου του θυρεοειδούς. Η ιδιοπαθής ουδετεροπενία έχει περιγραφεί ως καλοήθης διαταραχή της αιμοποίησης και χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη ελάττωση του ολικού αριθμού των ουδετεροφίλων κάτω από το κατώτερο όριο του φυσιολογικού για μεγάλο χρονικό διάστημα. Διαιρείται σε πρωτοπαθή αυτοάνοση ουδετεροπενία που χαρακτηρίζεται από την παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι των ώριμων ουδετεροφίλων και των προγονικών τους κυττάρων στο μυελό των οστών και σε χρόνια ουδετεροπενία αυτοάνοσου αρχής που χαρακτηρίζεται από καταστολή της ουδετεροποίησης. Αμφότερες οι διαταραχές εμφανίζουν καλοήθη κλινική πορεία με ελάχιστα συμπτώματα. Λευκοπενία και λεμφοπενία έχει περιγραφεί στα πλαίσια του ΣΕΛ. Συμπερασματικά, η λευκοπενία μπορεί να είναι εκδήλωση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, ιδιαίτερα σε ασθενείς θήλεος φύλου και χαρακτηρίζεται από καλοήθη κλινική πορεία.



AA095

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Βούλγαρη Χριστίνα, Πρεμέτης Ηλίας, Χριστοδούλου Παναγιώτης, Αβραμόπουλος Ασημάκης, Φίτρου Γεωργία, Μπογοσιάν Άρτεμις, Σιαμπάνος Αθανάσιος, Κυπριάνου Λυδία, Παπασταμόπουλος Βασίλειος

*Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η καλή επικοινωνία μεταξύ του ιατρού, του ασθενή και της οικογένειας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λήψη αποφάσεων στην ανθρωποκεντρική περίθαλψη των ασθενών με καρκίνο. Ο καρκίνος βιώνεται ως οικογενειακή ασθένεια και οι νοσοκομειακοί πόροι εστιάζουν στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών με κακοήθεια. Περιγράφουμε ασθενή με διηθητικό καρκίνωμα μαστού που νοσηλεύθηκε στη Κλινική μας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής ετών 67 εισήχθη για μόρφωμα δεξιού μαστού που ταυτοποιήθηκε ιστολογικά ως διηθητικό καρκίνωμα με απουσία έκφρασης ER/PGR και έντονη έκφραση HER2/neu. Ο έλεγχος σταδιοποίησης δεν κατέδειξε μεταστατική νόσο. Κατόπιν ογκολογικής εκτίμησης αποφασίστηκε η χορήγηση νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας και η χειρουργική εξαίρεση του νεοπλασματος. Ωστόσο η ασθενής και η οικογένειά της αρνήθηκαν την εφαρμογή τους επικαλούμενοι φόβο για τις επιπλοκές και την ταλαιπωρία της ασθενούς. Οκτώ μήνες μετά την διάγνωση έγινε επανασταδιοποίηση της νόσου στην ασθενή λόγω τοπικής επέκτασης με διαπίστωση πολλαπλών μεταστάσεων (αριστερός μαστός, άμφω πνεύμονες, λεμφαδενικές και οστικές). Η ασθενής πλέον έφερε ευμεγέθη εξελκωμένη εξεργασία με νεκρωτικά στοιχεία και διάχυτη αιμορραγία με αναγκαία τη κατ'επανάληψη μετάγγιση και την εφαρμογή μόνιμης πιεστικής περιόδου. Παραπέμφθηκε εκ νέου σε ογκολογικό συμβούλιο και αποφασίστηκε η χειρουργική παρέμβαση για τον έλεγχο της αιμορραγίας και η παρηγορητική ακτινοθεραπεία. Η ασθενής αρνήθηκε ξανά με τις ίδιες προφάσεις.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής διασωληνώθηκε λόγω καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας. Αποφασίστηκε η δικαστική συμπαράσταση της ασθενούς από τη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Παρά τις προσπάθειες ιατρών και νοσηλευτών απεβίωσε 1,5 χρόνο μετά τη διάγνωσή της.

**Συμπεράσματα:** Το σοκ, ο φόβος και η έλλειψη οικογενειακής στήριξης οδηγούν στην άρνηση της πραγματικότητας, γεγονός επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς με καρκίνο, καθώς συχνά οδηγεί σε επίπονες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις.

AA096

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ**

Βούλγαρη Χριστίνα, Δούλου Σάρα, Φίτρου Γεωργία, Παπαντωνίου Χαράλαμπος, Καραμήτρου Αικατερίνη, Παπασταμόπουλος Βασίλειος

Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο Takotsubo (Takotsubo Syndrome, TTS) είναι οξεία παροδική καρδιακή ανεπάρκεια, συχνά αναστρέψιμη, που συνδέεται με υψηλό ποσοστό ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών επιπλοκών. Περιγράφουμε ασθενή με άνοια, TTS και λοίμωξη ουροποιητικού που νοσηλεύθηκε στη Κλινική μας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής ετών 85 με ιστορικό προχωρημένης άνοιας (CDR scale 4-5), κατάθλιψης και υποθυρεοειδισμού, μη αυτοεξυπηρετούμενη και κατακεκλιμένη εισήχθη στη Κλινική μας για εμπύρετο λοίμωξη ουροποιητικού από E.Coli στέλεχος ESBL. Δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα από το ΗΚΓράφημα εισαγωγής ή αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων. Είχε φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Την 12<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας της, απύρετη υπό αντιμικροβιακή αγωγή με μεροπενέμη, παρουσίασε ταχυκαρδία και υπόταση. Σε νέο ΗΚΓράφημα διαπιστώθηκαν: φλεβοκομβικός ρυθμός με αρνητικά T στις I/II, V3-V4 και παράταση QT διαστήματος (QTc 588msec). Στον εργαστηριακό έλεγχο ημέρας σημειώθηκε αύξηση τροπονίνης (1241ng/mL). Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς παρατηρήθηκε καρδιακή ανεπάρκεια με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης 20%, ακινησία κορυφής και μέσων τμημάτων με υπερκινησία βασικών ως επί TTS.

**Αποτελέσματα:** Έγινε έναρξη θεραπείας με φουροσεμίδη, β-αποκλειστή και αντιπηκτική αγωγή. Η ασθενής τέθηκε σε monitoring με σταθερή κλινική πορεία και εξήλθε με οδηγίες.

**Συμπεράσματα:** Το TTS ή το σύνδρομο «ραγισμένης καρδιάς» σχετίζεται συχνά με συναισθηματικό και σωματικό stress. Πρόσφατα υποστηρίζεται ότι η ανταπόκριση στο συναισθηματικό και το stress διατηρείται στον ασθενή με άνοια. Η ασθενής μας παρά την προχωρημένη της άνοια βίωσε το stress της λοίμωξης και της νοσηλείας της, γεγονός που ενδεχομένως προκάλεσε την εμφάνιση του TTS. Το TTS σχετίζεται με θνητότητα 5% και υποτροπή 2%/έτος και ο κλινικός οφείλει να επαγρυπνεί σε ασθενείς με σοβαρή νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο που αδυνατούν να αντιληφθούν έγκαιρα τα συμπτώματα και να ζητήσουν ιατρική βοήθεια.

AA097

**ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ**

Βούλγαρη Χριστίνα, Δούλου Σάρα, Φίτρου Γεωργία, Παπασταμόπουλος Βασίλειος

*Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η θερμοπληξία είναι η αύξηση της θερμοκρασίας του οργανισμού >40° λόγω αποτυχίας θερμορύθμισης. Μπορεί να συμβεί σε ενήλικες με προδιαθεσικούς παράγοντες όπως: ηλικία >70 ετών, καρδιακή ανεπάρκεια, παχυσαρκία/διαβήτης, νευρολογικά/ψυχιατρικά νοσήματα, θυρεοειδοπάθειες, αλκοολισμός/χρήση ουσιών. Συχνά συμπτώματα από το ΚΝΣ είναι: αλλαγές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις, σύγχυση/διέγερση, αποπροσανατολισμός, παρεγκεφαλιδική αταξία και κώμα. Περιγράφουμε ασθενή με θερμοπληξία και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ) που νοσηλεύθηκε στη Κλινική μας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 70 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αφού βρέθηκε αναίσθητος στην αυλή του σπιτιού του σε θερμοκρασία 41°. Αναφέρεται ότι παρέμεινε εκεί για 4 ημέρες. Δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Ήταν πρώην χρήστης κοκαΐνης, αλκοολικός και βαρύς καπνιστής (>60pack/year). Ήταν σε καταπληξία με κυμαινόμενο επίπεδο συνείδησης και κάταγμα στον ΑΡ βραχίονα με ευμέγεθες αιμάτωμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αφυδάτωση (Na 150mmol/L), υποκαλιαιμία (K 3.0mmol/L), οξεία νεφρική βλάβη (ουρία 110mg/dL/κρεατινίνη 1.2mg/dL) και ραβδομυόλυση (CK 8000IU/L). ABGs: μεταβολική οξέωση. Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου παρουσίαζε υπόπυκνη βλάβη στην έλικα του φλοιού ΔΕ βρεγματικά. Στο triplex φλεβών κάτω άκρων: θρόμβωση στις κοινές μηριαίες και ιγνυακές φλέβες άμφω. Στο triplex καρωτίδων: πλήρη απόφραξη έσω καρωτίδων άμφω. Τοξικολογικές εξετάσεις: αρνητικές.

**Αποτελέσματα:** Αντιμετωπίστηκε ως θερμοπληξία με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, μηροβουβωνικά ψυχρά επιθέματα (παγοκύστες) και βρεγμένα σεντόνια. Έγινε νευρολογική εκτίμηση και έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής με στατίνη. Οι καλλιέργειες βιολογικών υγρών ήταν αρνητικές. Ο ιολογικός/ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική/εργαστηριακή βελτίωση. Την 8<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας λόγω αιφνίδιας πτώσης επιπέδου συνείδησης έγινε επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε εκτεταμένο ΙΑΕΕ ΔΕ/ΑΡ μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Ο ασθενής επιδεινώθηκε αερομετρικά και τέθηκε σε υψηλή παροχή οξυγόνου. Απεβίωσε την 22<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η θερμοπληξία ενδέχεται να προκαλέσει πολλαπλά ΙΑΕΕ και θρόμβωση αγγείων. Η θνητότητα είναι >60% και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

AA098

**ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ESCHERICHIA COLI ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΥΠΟ USTEKINUMAB**

Ραψωματιώτη Άννα-Ελένη, Μακίνα-Κούση Άννα, Παλάζη Θεοδώρα, Δημακοπούλου Χαρά, Πλυτάς Γεώργιος, Σαπουνάς Χριστόδουλος, Ογρότης Ιωάννης, Γιώργη Αικατερίνη, Αλεξίου Ζωή

*Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Ελευσίνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το Escherichia coli είναι από τα πιο κοινά Gram αρνητικά βακτήρια, τα οποία προκαλούν βακτηριακή μηνιγγίτιδα κατά τη νεογνική περίοδο. Ωστόσο, στην ενήλικη ζωή λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων βακτηριακής μηνιγγίτιδας οφείλονται σε Escherichia Coli. Παράγοντες κινδύνου όπως είναι η ανοσοκαταστολή και ο διαβήτης αυξάνουν την συχνότητα μηνιγγίτιδας από Gram αρνητικά βακτήρια.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άνδρας 37 ετών με ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης προ ετών, μετατραυματικών επιληπτικών κρίσεων και ψωρίασης υπό αγωγή με Ustekinumab, προσήλθε λόγω εμπυρέτου από 4ημέρου και δυσουρικών εμφανιζόμενων από 10 ημερών με συνοδό κεφαλαλγία και αυχενάλγία. Από την αντικειμενική εξέταση: GCS: 15/15, Θερμοκρασία: 39, SpO2: 98%, ANE: αυχενική δυσκαμψία, πτώση γωνίας στόματος και βλεφαρόπτωση δεξιά, barre δεξί άνω άκρο, τετρακινητικός, προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο. Λοιπά συστήματα κατά φύσιν. Στο τμήμα επειγόντων διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου η οποία δεν είχε αξιόλογα ευρύματα και οσφουοντωιαία παρακέντηση. Από την γενική εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού ανευρέθησαν 960 κύτταρα κκχ, γλυκόζη 14mg/dl, ενώ από την καλλιέργεια του εγκεφαλονωτιαίου υγρού απομονώθηκε Escherichia coli ευαίσθητου στην κεφτριαξόνη, οπότε και ετέθη η διάγνωση της βακτηριακής μηνιγγίτιδας. Την 3<sup>η</sup> μέρα παρέμενε χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση των κλινικοεργαστηριακών ευρυμάτων, έγινε νευρολογική επανεκτίμηση και επείγουσα CTA εγκεφάλου η οποία δεν ανέδειξε ευρύματα. Σταδιακά έκτοτε βελτιώθηκαν οι εργαστηριακές του τιμές αλλά λόγω συνέχισης του εμπυρέτου πραγματοποιήθηκε 2<sup>η</sup> οσφουοντωιαία παρακέντηση, πλήρης ανοσολογικός έλεγχος και quantiferon. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε CT θώρακα και άνω κάτω κοιλίας οι οποίες ανέδειξαν υποαγγειούμενες περιοχές στους νεφρούς άμφω. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός, με βελτίωση της κλινικής του εικόνας και των εργαστηριακών ευρυμάτων. Για το παρατεινόμενο εμπύρετο ο ασθενής έλαβε μακροχρόνια θεραπεία και συστήθηκε MRI νεφρών.

**Συμπεράσματα:** Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα κοινότητας στους ενήλικες είναι μια σοβαρή νοσος. Κυρίως παρατηρείται σε άτομα προχωρημένης ηλικίας με συννοσηρότητες και πολλές φορές επί εδάφους ανοσοκαταστολής. Έχει συνδεθεί με ουρολοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού, την σπητική αρθρίτιδα, η πορεία της νόσου συχνά είναι δυσμενής ανάλογα και με τις συννοσηρότητες του ασθενούς.



AA099

**ΔΙΑΧΥΤΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΦΟΥΖΑΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ R/R DLBCL ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΥΣΗ CAR-T ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ**

Βουτσινάς Πανταζής-Μιχαήλ<sup>1</sup>, Αναστασοπούλου Αμαλία<sup>2</sup>, Τσαπρούνη Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Τσιφίη Αγγελική<sup>1</sup>, Πέτσα Παναγιώτα<sup>3</sup>, Λεφάκη Μαρία-Αικατερίνη<sup>3</sup>, Μπενέκου Αικατερίνη<sup>3</sup>, Αποστόλου Όλγα<sup>4</sup>, Πανταζάτου Αγγελική<sup>4</sup>, Αγγελοπούλου Μαρία<sup>3</sup>, Γεωργάλας Ηλίας<sup>5</sup>, Σύψας Νικόλαος<sup>1</sup>, Γκαμαλέτσου Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Φυσιολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup> Αιματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>4</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>5</sup> Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η θεραπεία με CAR-T λεμφοκύτταρα έχει εγκριθεί σε αιματολογικές κακοήθειες. Δεδομένα σχετικά με διηθητικές μυκητιασικές λοιμώξεις σε τέτοιους ασθενείς συνεχώς αυξάνονται.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Θήλυ 34 ετών με ανθεκτικό/υποτροπιάζον διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL-NOS, non-GCB) που έλαβε CAR-T κύτταρα. Προηγήθηκαν χημειοθεραπευτικά σχήματα, λεμφοαφανιστικό σχήμα με φλουδαραβίνη/κυκλοφωσφαμίδη, tocilizumab και υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών λόγω συνδρόμου απελευθέρωσης κυτταροκινών (CRS) και συνδρόμου νευροτοξικότητας σχετιζόμενης με ανοσοδραστικά κύτταρα (ICANS). Υπήρξε παρατεταμένη ουδετεροπενία έως 36<sup>η</sup> ημέρα και έγινε αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών (AMMO) την 26<sup>η</sup> ημέρα.

**Αποτελέσματα:** Την 14<sup>η</sup> ημέρα εμφάνισε επώδυνη ερυθρή δερματική βλάβη με κεντρική νέκρωση αριστεράς γλουτιαίας χώρας. Έγινε έναρξη λιποσωμιακής αμφοτερικίνης Β 5mg/kg ημερησίως. Λόγω εμφάνισης πολλαπλών επώδυνων νεκρωτικών βλαβών κεφαλής, κορμού και άκρων (ημέρα 23) αυξήθηκε η λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β σε 10mg/kg και προστέθηκε βορικοναζόλη ενδοφλεβίως. Δύο ημέρες αργότερα, ενώ η β-D-glucan ήταν 74.44 pg/ml, απομονώθηκε σε αιμοκαλλιέργεια και καλλιέργεια ιστοτεμαχίου δέρματος *Fusarium oxysporum/proliferatum* (MALDI-TOF MS) και υπεβλήθη σε AMMO. Την 57<sup>η</sup> ημέρα εμφάνισε δακρύρροια και ερυθρότητα δεξιού οφθαλμού με επίπεδα βορικοναζόλης εντός θεραπευτικών ορίων. Διαπιστώθηκε πανραγοειδίτιδα και παρουσία λευκωπού μορφώματος στην περιφέρεια του αμφιβληστροειδούς δεξιά άνω κροταφικά που προέβαλε στην υαλοειδική κοιλότητα. Ακολούθησαν δυο ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις βορικοναζόλης και καλλιέργεια υαλοειδούς που απέβη αρνητική. Μετά την υαλοειδεκτομή (ημέρα 112) απομονώθηκε *Aspergillus fumigatus* (MALDI-TOF MS) στην καλλιέργεια του υαλοειδούς. Η ασθενής συνέχισε διπλή αντιμυκητιακή αγωγή με βελτίωση δερματικών βλαβών και ύφεση λεμφώματος.

**Συμπεράσματα:** Η ασθενής είχε παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση διηθητικής υφομυκητίασης. Χρειάζεται εγρήγορη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση επί συμβατής με διηθητική υφομυκητίασης κλινικής εικόνας.

AA100

**ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΩΔΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ**

Σιώμου Ζωή-Ιρις<sup>1,2</sup>, Μπέτσικος Αχιλλέας<sup>1,2</sup>, Πατρίκαλου Ευαγγελία<sup>2</sup>, Τσιούμα Λίλιαν<sup>1,2</sup>, Παπανικολάου Χαρά<sup>2</sup>, Φούντα Παρασκευή<sup>2</sup>, Σαμπάνης Νικόλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>2</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** οζώδης σκλήρυνση (Tuberous Sclerosis Complex-TSC) αποτελεί σπάνια γενετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών καλοθών όγκων/ όζων (αμαρτωμάτων) σε διάφορα όργανα του σώματος, όπως το ΚΝΣ, τους πνεύμονες, την καρδιά, τον αμφιβληστροειδή, το δέρμα και τους νεφρούς. Παρουσιάζεται η πολυ συστηματική φύση της νόσου και της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης ασθενούς με υπέρταση και υποκαλιαιμία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα ασθενής 38 ετών, με ιστορικό TSC διερευνήθηκε λόγω νεοδιαγνωσθείσας υπέρτασης και υποκαλιαιμίας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε διάγνωση TSC από την ηλικία του ενός έτους στα πλαίσια διερεύνησης επιληπτικών κρίσεων και αγγειοϊνωμάτων προσώπου. Κατά την εξέλιξη της νόσου η ασθενής εμφάνισε προοδευτικά υποεπενδυματικούς γιγαντοκυτταρικούς όγκους και υδροκέφαλο που αντιμετωπίσθηκε με κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση, ραβδομύωμα καρδιάς, λεμφαγγειομυομάτωση πνευμόνων και πολλαπλά αγγειομυολιπώματα νεφρών.

**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκε πλήρης εργαστηριακός, ενδοκρινικός και απεικονιστικός έλεγχος στα πλαίσια διερεύνησης αιτιών δευτεροπαθούς υπέρτασης με συνοδό υποκαλιαιμία. Τα ενδοκρινικά αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης όπως και η στένωση νεφρικών αρτηριών αποκλεισθήκαν. Η αξονική απεικόνιση ανέδειξε την παρουσία πολλαπλών αμφοτερόπλευρων αγγειομυολιπωμάτων που θεωρήθηκαν το αίτιο δευτεροπαθούς υπέρτασης στα πλαίσια δευτεροπαθούς υπεραλδοστερονισμού. Η ασθενής έλαβε ολμεσαρτάνη και τα επίπεδα καλίου διορθώθηκαν άμεσα.

**Συμπεράσματα:** Η πρώτη περιγραφή της οζώδους σκλήρυνσης έγινε το 1880 από τον Bourneville ως νευροδερματικού συνδρόμου. Σήμερα το TSC αποτελεί ένα πολυσυστηματικό σύνδρομο με αυτοσωματική επικρατή κληρονομηση λόγω ενεργοποιητικών μεταλλάξεων των ογκοκατασταλτικών γονιδίων TSC1 και TSC2. Η εμφάνιση υπέρτασης δευτεροπαθούς αιτιολογίας αποτελεί συχνή επιπλοκή του συνδρόμου στα πλαίσια νεφρικής προσβολής και έχει συσχετισθεί με τη νεφρική ισχαιμία που προκαλούν τα πολλαπλά αγγειομυολιπώματα, την παραγωγή ρενίνης από τις κύστες ή τα αμαρτώματα καθώς και την προοδευτική καταστροφή του νεφρικού παρεγχύματος λόγω χρόνιας σκληροσυσπληνιο-διάμεσης νεφρίτιδας.

AA101

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΔΗ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ

Λούσκου Χριστίνα<sup>1</sup>, Χριστόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>, Ψαραύτης Πέτρος<sup>1</sup>, Αθανασάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Μπαράκος Γεώργιος<sup>1</sup>, Εμινίδου Βαλέρια<sup>1</sup>, Γκράικου Θέμις<sup>1</sup>, Βαρβέρη Μαρία<sup>1</sup>, Ανδρονίκου Στεφανία<sup>1</sup>, Πετρά Θεοφανία<sup>2</sup>, Ζαρκώτου Ολυμπία<sup>3</sup>, Αντωνόπουλος Σταύρος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ «Τζάνειο» Πειραιάς

<sup>2</sup> Αιματολογικό Εργαστήριο ΓΝ «Τζάνειο» Πειραιάς

<sup>3</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ «Τζάνειο» Πειραιάς

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με φυματιώδη επιδιδυμίτιδα, δεδομένου ότι στις ανεπτυγμένες χώρες η φυματίωση είναι σπανία, αλλά παγκοσμίως είναι η λοίμωξη που προκαλεί τους περισσότερους θανάτους

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 63 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω εμπυρέτου έως 39°C και άλγος, ερυθρότητα και διόγκωση οσχέου. Αναφέρει λήψη αντιβιοτικής αγωγής για 10 ημέρες -πενικιλίνη και αμικασίνη- λόγω ορχεοεπιδιδυμίτιδας από ιδιώτη ουρολόγο χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων. Έγινε εισαγωγή του ασθενούς για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ΑΠ: 130/84 mmHg, ΣΦ: 104/min, Θ: 39,8° και SO<sub>2</sub>: 98%, Ht:38,8, Hb:12,7, Λ:23.700, Π:82, Λ:9, Μ:6, ΑΜΠ:670.000, CRP:265, ΤΚΕ:110. Γενική ούρων ΚΦ. Το u/s οσχέου ανέδειξε αυξημένη αιμάτωση και ανομοιογένεια στην ουρά της επιδιδυμίδας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής έλαβε αντιβιοτική αγωγή με λεβοφλοξασίνη, μεροπενέμη, βανκομυκίνη και δοξυκυκλίνη, χωρίς ύφεση του εμπυρέτου. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και ουροκαλλιέργειες οι οποίες ήταν αρνητικές. PCR ούρων για παθογόνα αρνητική. Quantiferon: αδιευκρίνιστο, Mantoux: θετική. Επίσης διενεργήθηκε εκτεταμένος ιολογικός, λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος: χωρίς την ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Ακολούθως έγινε CT θώρακος και άνω/κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα, κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Λόγω σταδιακής αύξησης των αιμοπεταλίων έγινε οστεομελική βιοψία, όπου ανευρέθησαν πολλαπλά μεγακαρυοκύτταρα. Η καλλιέργεια μυελού των οστών ήταν αρνητική. Ο ασθενής συνέχισε να παρουσιάζει υψηλά πυρετικά κύματα με επιδείνωση των δεικτών φλεγμονής. Αποφασίστηκε η διακοπή της λαμβανομένης αντιβιοτικής αγωγής, και η έναρξη αντιφυματικής αγωγής ως επί φυματιώδους επιδιδυμίτιδας με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη, και εθαμβουτόλη. Ο ασθενής εντός δεκαημέρου παρουσίασε σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με ύφεση του εμπυρέτου και εξήλθε με οδηγίες για συνέχιση της αντιφυματικής αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Η φυματιώδης επιδιδυμίτιδα αφορά το 20% της φυματίωσης του γεννητικού συστήματος. Η επιδιδυμίδες μολύνονται είτε με επέκταση της νόσου μέσω του σπερματικού πόρου, είτε μέσω των λεμφαγγείων του πόρου, είτε μέσω αιματογενούς διασποράς. Η επιδιδυμίδες είναι καθηλωμένες και διογκωμένες με κομβοειδή μορφή. Μπορεί να παρατηρηθεί σχηματισμός αποστημάτων που οδηγούν στην εμφάνιση επιδιδυμοδερματικών συριγγίων. Για την διάγνωση της φυματίωσης του ουρογεννητικού συστήματος συμβάλλουν οι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως ιστορικό πνευμονικής ή άλλης λοίμωξης από φυματίωση, καταστάσεις ανοσοκαταστολής, μετακίνησης προς και από ενδημικές περιοχές, ή θεραπεία με Calmette-Guerin για καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Ο ασθενής μας δεν είχε ιστορικό λοίμωξης από φυματίωση ή άλλης μορφής προδιαθεσικού παράγοντα για φυματίωση. Η άσηπτη πυουρία θεωρείται ότι είναι τυπική εκδήλωση



της φυματίωσης του γεννητικού συστήματος, αλλά παρατηρείται στο 10-50% των περιπτώσεων. Αιματουρία επίσης παρατηρείται στην φυματίωση του γεννητικού συστήματος. Ο ασθενής μας δεν παρουσίαζε πυουρία, ούτε αιματουρία. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν θετική. Ο ασθενής μας δεν ανταποκρίθηκε στην χορηγούμενη αντιβιοτική, αγωγή είχε δερμοαντίδραση Mantoux θετική, Quantiferon αδιευκρίνιστο. Το u/s οσχέου ανέδειξε επιδιδυμίτιδα χωρίς άλλα ευρήματα από τον εκτεταμένο έλεγχο που υποβλήθηκε ο ασθενής. Γι' αυτό αποφασίστηκε η έναρξη αντιφυματικής αγωγής ως επί φυματιώδους επιδιδυμίτιδας στην οποία ανταποκρίθηκε ο ασθενής.



## AA102

## ΣΕΙΡΑ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ

Καΐκης Αριστείδης, Μανώλακα Χρυσάνθη, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Γόμπος Γεώργιος, Βολονάκη Αικατερίνη

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου», Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα τελευταία δύο έτη παρουσιάστηκαν τέσσερα περιστατικά σπονδυλοδισκίτιδας στο νοσοκομείο της Ρόδου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ο πρώτος ασθενής με ιστορικό καρκίνου παχέως εντέρου υπό χημειοθεραπείες, διαγνώστηκε με σπονδυλοδισκίτιδα ΟΜΣΣ στον απεικονιστικό έλεγχο και δεν απομονώθηκε από τις καλλιέργειες κάποιο παθογόνο. Έλαβε εμπειρική θεραπεία με κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη και έπειτα ριφαμπικίνη/λεβοφλοξασίνη για συνολικά 6 εβδομάδες με καλή ανταπόκριση. Ο δεύτερος ασθενής με ατομικό αναμνηστικό λεμφώματος εκδήλωσε ιερολαγωνίτιδα/σπονδυλοδισκίτιδα μετά από βιοψία για επανέλεγχο του λεμφώματος. Από αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε E.faecalis και έλαβε θεραπεία με αμπικιλίνη/κεφτριαξόνη για ένα μήνα κατά τη νοσηλεία του και έπειτα με αμοξικιλίνη/σιπροφλοξασίνη για οχτώ εβδομάδες λόγω επιμονής της συμπτωματολογίας. Η τρίτη ασθενής με ιστορικό καρκίνου του μαστού υπό αναστολέα αρωματάσης και σακχαρώδη διαβήτη εισήχθη λόγω covid με πρόσφατη διάγνωση σπονδυλοδισκίτιδας ΟΜΣΣ. MRSA απομονώθηκε από παροχέτευση αποστήματος του λαγονοψοίτη και έλαβε 1 δόση νταλμπάβανσιν κατά την διάρκεια της νοσηλείας της και έπειτα ριφαμπικίνη/μοξιφλοξασίνη για τέσσερις εβδομάδες ακόμα. Τελευταία ασθενής με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας νοσηλεύτηκε στην κλινική ως εμπύρετο με αυχενική δυσκαμψία επί εδάφους σπονδυλοδεσίας. Απο παρακέντηση του ΕΝΥ απομονώθηκε MRSA ενώ στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν επισκληρίδια αποστήματα που θεωρούνται ο λόγος της απομόνωσης του παθογόνου. Αντιμετωπίστηκε ως σπονδυλοδισκίτιδα αλλά η κατάσταση επεπλάκην με λοίμωξη μαλακών μορίων από Accitenobacter πανανθεκτικό.

**Αποτελέσματα:** Από τα τέσσερα περιστατικά μας τα τρία είχαν ταυτοποίηση γκραμ θετικών βακτηρίων και από αυτά τα δύο με MRSA. Η θεραπεία 6-12 εβδομάδες αποδείχθηκε ικανή να οδηγήσει σε ίαση.

**Συμπεράσματα:** Παρατηρήθηκε πως τα γκραμ θετικά παθογόνα ενοχοποιούνται για τις λοιμώξεις αυτές και πως είναι απαραίτητη η εμπειρική αγωγή που θα συμπεριλαμβάνει καλή κάλυψη για MRSA.

AA103

ΠΕΡΙΜΙΑΓΔΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΕΒΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Καρράς Γεώργιος<sup>1</sup>, Αρβανιτάκος Βάιος<sup>1</sup>, Δημάκης Ηλίας<sup>1</sup>, Παπαγιάννης Ιωάννης<sup>2</sup>, Καλοχέρη Μαρία<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καρδίτσας

<sup>2</sup> ΩΡΛ Τμήμα Γ.Ν. Καρδίτσας

<sup>3</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καρδίτσας

**Εισαγωγή Σκοπός:** Η λοιμώδης μονοπυρήνωση αποτελεί οξύ λοιμώδες σύνδρομο με συνήθη αιτιολογικό παράγοντα τον ιό Epstein-Barr (EBV). Ο EBV ανήκει στην ομάδα των Ερπητοϊών (Human Herpes Virus 4, HHV 4), είναι εξαιρετικά μεταδοτικός. Ο τρόπος μετάδοσής του γίνεται μέσω των σωματικών εκκρίσεων, κυρίως του σάλιου και δικαίως η λοιμώδης μονοπυρήνωση αποκαλείται και «νόσος του φιλιού». Προσβολή >95 του παγκόσμιου πληθυσμού, στο πλείστο των περιπτώσεων αυτοϊώμενο σύνδρομο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής άντρας 27 ετών προσέρχεται στο Νοσοκομείο με εμπύρετο έως 39°C με συνοδό δυσκαταποσία από τριημέρου. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται εμπύρετο, τραχηλική διόγκωση με συνοδό ευαισθησία, επισκόπηση στοματικής κοιλότητας με παρίσθια εξέρυθρα παρουσία βυσμάτων. Περαιτέρω ΩΡΛ εκτίμηση αναδεικνύει αποστηματική κοιλότητα και ο εργαστηριακός έλεγχος αποκαλύπτει εικόνα οξείας φλεγμονής (WBC 25000, CRP 23 mg/dl). Αναφέρεται λήψη αντιμικροβιακής αγωγής από τριημέρου κατόπιν ιατρική εκτίμησης και σύστασης. Πρόκειται για ασθενή με περιαμυγδαλικό απόστημα επί εδάφους λοίμωξης EBV διαγνωσθείσα προ 15/ημέρου.

**Αποτελέσματα:** Στον ασθενή έγινε διάνοιξη του αποστήματος με συνοδό παροχέτευση και θεαματική βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας, ύφεση του πυρετού, υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής.

**Συμπεράσματα:** Η λοιμώδης μονοπυρήνωση σχετίζεται με υψηλή ανοσοκαταστολή. Μολύνει τα επιθηλιακά κύτταρα του στοματοφάρυγγα, των σιελογόνων αδένων και τα Β λεμφοκύτταρα της περιοχής κυρίως αυτά που εκφράζουν TLR CD 21. Άμεση προσβολή των Β-κυττάρων του δακτυλίου του Waldayer. Πολλαπλασιάζεται στην περιοχή και διασπείρεται με μολυσμένα Β-λεμφοκύτταρα. Οι άμεσες επιπλοκές της ΗΒV λοίμωξης είναι σπάνιες αλλά δύναται να απειλήσουν τη ζωή όπως στη περίπτωση του ασθενούς. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει υποπτεύονται και να παρεμβαίνουν εγκαίρως για τις πιθανές επιπλοκές του ιού, ευαισθητοποιώντας τους ασθενείς για τη καλοήγη φυσική πορεία της λοίμωξης. Η χρήση της αντιμικροβιακής αγωγής και δη των Β λακταμικών αντιβιοτικών αντενδείκνυται στη μη επιπλακείσα EBV λοίμωξη.

AA104

Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΜΙΑΣ ΑΠΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Καρράς Γεώργιος<sup>1</sup>, Ράγιας Δημήτριος<sup>1</sup>, Πουρδαλά Αγγελική<sup>1</sup>, Σούφλα Αντιγόνη<sup>1</sup>, Κουτσώνα Ηλέκτρα<sup>2</sup>, Καλοχέρη Μαρία<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

<sup>3</sup> Αιματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η γενική εξέταση ούρων αποτελεί το βασικό διαγνωστικό εργαλείο για την διάγνωση πλήθους παθήσεων, στο ουροποιητικό σύστημα, στο ήπαρ, στο αναπαραγωγικό σύστημα κ.α. Αποτελεί απαραίτητο τμήμα κάθε προληπτικού ελέγχου (check-up). Πραγματοποιείται με οπτική επισκόπηση των ούρων (φυσικοί χαρακτήρες), με την χρήση ταινίας ούρων (χημικοί χαρακτήρες) και μικροσκοπική (μικροσκοπικοί χαρακτήρες). Απαραίτητη προϋπόθεση η σωστή συλλογή και συντήρηση των ούρων πριν την ανάλυση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής άντρας 80 ετών προσέρχεται στο Νοσοκομείο για διερεύνηση προτεινόμενου εμπύρετου από μηνός με συνοδό αδυναμία και καταβολή. Από τον κλινοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται εμπύρετο, διάχυτη χωρότητα, ΑΠ 160/90 mmHg, ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ως εξής: WBC 10000, Hb 8.8 g/l, TKE 80 mm/h, CRP 9mg/dl, cret 1.7, παρουσία παθολογικού ιζήματος στη γενική εξέταση ούρων και λευκώματος, μικροσκοπική εξέταση ιζήματος ούρων: παρουσία δύσμορφων ερυθρών, λευκωμα ούρων 24/ώρου 3gr, κ/α ούρων και αίματος (-). Αναφέρεται λήψη αντιμικροβιακής αγωγής στο προηγούμενο διάστημα ως επί ουρολοίμωξης. Με βάσει τη κλινοεργαστηριακή εικόνα και τη παρουσία ενεργού ιζήματος ούρων, πρόκειται για ασθενή με σπειραματονεφρίτιδα και η διαφορική διάγνωση περιορίστηκε κυρίως σε αποκλεισμό λοιμώξεων, αγγειίτιδες και νεοπλασία. Περεταίρω έλεγχος ανοσολογικός (-), απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε νεοπλασματική μάζα στο παχύ έντερο.

**Αποτελέσματα:** Στον ασθενή έγινε χειρουργική εξαίρεση της μάζας και υπεβλήθη σε συνεδρίες χημειοθεραπείας. Παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινοεργαστηριακής εικόνας του ασθενούς

**Συμπεράσματα:** Η γενική εξέταση ούρων αποτελεί μια απλή εύχρηστη και φθηνή διαγνωστική εξέταση ρουτίνας. Ωστόσο όσο απλή αποτελεί σαν διαγνωστική εξέταση άλλο τόσο δύσκολη είναι στη ερμηνεία της και αυτό γιατί παραγκωνίζεται-παραγνωρίζεται από τη πληθώρα άλλων διαγνωστικών εξετάσεων που κατακλύζουν τη καθημερινή κλινική πράξη. Ο κλινικός Ιατρός πρέπει να αξιολογεί εμπειριστατικά τη γενική εξέταση ούρων σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα κλινοεργαστηριακά ευρήματα του ασθενούς. Συμπερασματικά η σωστή ερμηνεία μια απλής εξέτασης ρουτίνας όπως η γενική ούρων δύναται να οδηγήσει έγκαιρα και αποτελεσματικά στη σωστή διάγνωση.

AA105

ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *S. HAEMOLYTICUS*

Καρράς Γεώργιος<sup>1</sup>, Ράγιας Δημήτριος<sup>1</sup>, Πουρδαλά Αγγελική<sup>1</sup>, Σούφλα Αντιγόνη<sup>1</sup>, Κουτσώνα Ηλέκτρα<sup>2</sup>, Καλοχέρη Μαρία<sup>3</sup>, Καραμπέκος Δημήτριος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

<sup>3</sup> Αιματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

<sup>4</sup> Πνευμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο *Staphylococcus haemolyticus* (*S. Haemolyticus*) αποτελεί ένα από τους κύριους παθογόνους οργανισμούς που αποικίζει τη μικροχλωρίδα του ανθρώπινου δέρματος. Είναι ευρέως διαδεδομένο στα νοσοκομεία και στο ιατρικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να είναι ένα αναδυόμενο μικρόβιο που προκαλεί σοβαρές νοσοκομειακές λοιμώξεις. Ο *S. haemolyticus* ειδικά τα στελέχη που προκαλούν νοσοκομειακές λοιμώξεις, είναι πιο ανθεκτικά στα αντιβιοτικά από άλλους αρνητικούς στην κοαγκουλάση σταφυλόκοκκους. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα γονίδια αντοχής μπορούν να αποκτηθούν από άλλα είδη σταφυλοκόκκων μέσω του *S. haemolyticus*. Καταγράφονται σοβαρές λοιμώξεις με *S. haemolyticus* όπως μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, λοιμώξεις προσθετικών αρθρώσεων, βακτηριακία, σηψαιμία, περιτονίτιδα και ωτίτιδα, ιδιαίτερα σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής άντρας 76 ετών με νοσηλεία για covid-19 rapid test (+) χωρίς συμπτωματολογία έλαβε ρεμδεσιβίρη πρώιμο σχήμα για αποτροπή σοβαρής νόσου covid -ασθενής με ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο, διαπιστώθηκε μικροβιαμία από Staph. Haemolyticus (CoNs-)-MDR. Τέθηκε σε αντιμικροβιακή αγωγή βάσει του αντιβιογράμματος. Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός με καλή διούρηση και καλό επίπεδο συνείδησης. Τακτική κλινική εξέταση κατά συστήματα με εστίαση κυρίως για έγκαιρη ανίχνευση σημείων η συμπτωμάτων ενδοκαρδίτιδας και τον γενόμενο ενδεδεδιγμένο εργαστηριακό έλεγχο. Ο ασθενής υπεβλήθη σε u/s καρδιάς για αποκλεισμό ενδοκαρδίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής έλαβε δαπτομυκίνη 500 mg /day iv & ριφαμπικίνη 600 mg /day peros για 21 μέρες, παρέμεινε απύρετος και καλλιέργειες αίματος στείρες.

**Συμπεράσματα:** Το ανθρώπινο δέρμα αποικίζεται από ένα ευκαιριακό βακτηριακό παθογόνο *S. haemolyticus* που φέρει γονίδια ανθεκτικότητας στα αντιβιοτικά. Ο *S. haemolyticus*, ειδικά τα κλινικά στελέχη, είναι κυρίως πολυανθεκτικά με δυνατότητα παραγωγής βιοφίλμ, προκαλώντας λοιμώξεις δύσκολες στη αντιμετώπιση. Η αυξανόμενη εξάπλωση του πολυανθεκτικού *S. haemolyticus* στο νοσοκομειακό περιβάλλον θα μπορούσε να έχει καταστροφικές συνέπειες. Η παρουσία γονιδίων αντίστασης στο *S. haemolyticus* υποδηλώνει τη δυνατότητα μεταφοράς γονιδίου αντίστασης μεταξύ του *S. haemolyticus* και άλλων βακτηρίων, γεγονός που εξηγεί την ευρεία αντίσταση στα αντιβιοτικά. Ωστόσο, δεν είναι γνωστοί όλοι οι μηχανισμοί αντοχής του *S. haemolyticus* στα αντιβιοτικά και περαιτέρω μελέτες επιβάλλονται να επαληθεύσουν ενδεχόμενα άλλους μηχανισμούς ανθεκτικότητας. Η ανεξέλεγκτη χρήση αντιβιοτικών βοηθά στην εξάπλωση των ανθεκτικών στελεχών από *S. haemolyticus*. Συμπερασματικά η χρήση αντιβιοτικών ειδικά στην περίπτωση των στελεχών από *S. haemolyticus*, θα πρέπει να ελέγχεται με αυστηρά κριτήρια για να διατηρηθεί η κλινική αποτελεσματικότητα των αντιμικροβιακών παραγόντων (αποφυγή φαινομένου αντοχής).



AA106

**ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Σιδηροπούλου Χρυσάνθη<sup>4</sup>, Τζουγανάτου Ελένη-Μαργαρίτα<sup>3</sup>, Γιάγκου Ειρήνη-Νεκταρία<sup>4</sup>, Σπέγγος Ιωάννης<sup>4</sup>, Ξάνθη Μαρία<sup>4</sup>, Τσάκαλος Κωνσταντίνος<sup>5</sup>, Βελέντζα Λεμονιά<sup>1,2</sup>, Ευστρατιάδη Ευφροσύνη<sup>1,2</sup>, Καπετανάκης Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Νικολακάκης Ιωάννης<sup>1</sup>, Γραμματικάκης Απόστολος<sup>1</sup>, Καρακώστα Μαρία<sup>1</sup>, Κουνελάκης Ιωάννης<sup>1</sup>, Γιαννιτσιώτη Ευθυμία<sup>2</sup>, Γερακάρη Στυλιανή<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>2</sup> Τμήμα Covid-19, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>4</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>5</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού γυναίκας 60 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι υπό αγωγή από 20ετίας και οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου Ι σε έδαφος πνευμονίας Covid-19.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Νοσηλεία στο τμήμα Covid-19 του Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά λόγω εμπυρέτου και ξηρού βήχα από τετραήμερου, με ακτινογραφία θώρακος συμβατή με αμφοτερόπλευρη πνευμονία και χορήγηση αγωγής με πιπερακιλλίνη-ταζομποκτάμη, δεξαμεθαζόνη, ρεμντεσιβίρη, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θρομβοπροφυλακτική δόση, ινσουλίνη ταχείας και παρατεταμένης διάρκειας δράσης λόγω υπεργλυκαιμίας (γλυκόζη αίματος 250mg/dl) και οξυγονοθεραπεία με υψηλά μείγματα οξυγόνου. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της αναπνευστικής της λειτουργίας τέθηκε άμεσα σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και σε αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης. Μετά από μία βδομάδα παραμονής σε μονάδα Covid διακομίστηκε ξανά στο τμήμα Covid του νοσοκομείου μας με γλυκόζη αίματος 275 mg/dl για αποκατάσταση. Την τρίτη μέρα νοσηλείας διασωληνώθηκε λόγω διαβητικής κετοξέωσης και μετά από δίμηνη νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας κατέληξε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας σε έδαφος σηπτικής καταπληξίας.

**Αποτελέσματα:** Η άμεση αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης σε ασθενή με πνευμονία Covid - 19 δεν απέτρεψε τη διασωλήνωση δις και το θάνατο.

**Συμπεράσματα:** Η εκδήλωση της νόσου Covid-19 σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρής νόσησης σύμφωνα με πολυκεντρικές μελέτες έναντι του γενικού πληθυσμού και αυξημένη θνητότητα.

AA107

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β**

Μόσιαλος Βάιος, Παπαϊωάννου Νικόλαος, Σαρακαπίνα Άννα, Γαβρά Μαρία, Τζατζάγου Γλυκερία

Α' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αμυλοείδωση ελαφρών αλύσεων είναι μια πλασματοκυτταρική δυσκρασία, με υπερπαραγωγή ελαφρών αλύσεων «κ» ή «λ» με εξωκυττάρια εναπόθεση μη διαλυτών πρωτεϊνικών ινιδίων, αμυλοειδούς σε ιστούς, (νεφρό, καρδιά κ.α.). Πρόκειται για σπάνια νόσο, με επίπτωση 5-10 άτομα / εκατομμύριο πληθυσμού / έτος. Συχνά οι ασθενείς διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια, με πολυοργανική ανεπάρκεια, ενώ η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα κακή όταν συνυπάρχει καρδιακή προσβολή. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με αμυλοείδωση ελαφρών αλύσεων με χαρακτηριστικά «κ» και συνυπάρχουσα χρόνια ηπατίτιδας Β.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε παρακέντηση υπό τάση ασκτικής συλλογής με ανάδειξη SAAG=1.6mg/dL. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε χρόνια ηπατίτιδα Β χωρίς εικόνα κίρρωσης, ενώ από την συλλογή ούρων 24ώρου πρωτεϊνουρία νεφρωσικού επιπέδου (3.8gr/24h). Διενεργήθη υπερηχογράφημα καρδιάς με εικόνα περιοριστικής μυοκαρδιοπάθειας με NT-proBNP 560ng/L, όντας μείζων βιοδείκτης σοβαρότητας καρδιακής προσβολής. Η ασθενής υπεβλήθη σε μυελόγραμμα / οστεομυελική βιοψία από τις οποίες αναδείχθηκε διήθηση από αμυλοειδές. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε παρουσία αμυλοειδούς, με θετική χρώση ερυθρού του Κονγκό, και παρουσία bence-jones και «κ» αλύσεων, με έλεγχο ανοσοσυμπλεγμάτων αρνητικό.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής έλαβε συστηματική θεραπεία με δεξαμεθαζόνη, για την αντιμετώπιση του νεφρωσικού συνδρόμου και νταρατουμουάμπη και εκ παραλλήλου αντική αγωγή για την ηπατίτιδα Β. Παρουσίασε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση με καρδιαγγειακές επιπλοκές και την αναγκαιότητα ένταξης σε συνεδρίες εξωνεφρικής κάθαρσης.

**Συμπεράσματα:** Η αμυλοείδωση ελαφρών αλύσεων, πόσο μάλλον δε με χαρακτήρα «κ» αλύσεων είναι μια συνθήκη ιδιαίτερα σπάνια με ελάχιστες αναφορές στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Το παρόν περιστατικό έχει ως στόχο την συμπεριλήψη της αμυλοείδωσης ελαφρών αλύσεων στη διαφορική διάγνωση νεφρωσικού συνδρόμου.

AA108

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ HSV-CMV ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑΣ**

Στόφας Αναστάσιος<sup>1</sup>, Πατερέλη Αμαλία<sup>2</sup>, Σπανού Καλλιρόη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η συλλοίμωξη από Κυτταρομεγαλοϊό (CMV) και από τον ιό του απλού έρπητα (HSV) παρατηρείται συχνά σε ασθενείς υπό ανοσοκαταστολή, χημειοθεραπεία, μεταμόσχευση οργάνων ή HIV λοίμωξη, προσβάλλοντας κυρίως όργανα όπως το δέρμα, το γεννητικό σύστημα και τον εγκέφαλο. Η ταυτόχρονη προσβολή του οισοφάγου είναι σπάνια και ελάχιστες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί βιβλιογραφικώς. Κλινικά οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συνήθως συμπτώματα δυσφαγίας και προβλήματα σίτισης, με εμέτους και κοιλιακό άλγος. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η περιγραφή ενδιαφέρουσας περίπτωσης οισοφαγίτιδας με ταυτόχρονη λοίμωξη από τους ιούς HSV και CMV.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 42 ετών με ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού προσήλθε λόγω οδυνοφαγίας. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση όπου διαπιστώθηκαν αφθώδεις βλάβες στον οισοφάγο και ελήφθη υλικό προς βιοψία.

**Αποτελέσματα:** Ιστολογικά αναγνωρίστηκαν αποτρίμματα ινιδοπυώδους εξιδρώματος προερχόμενα από περιοχές εξελκώσεων και τεμαχίδια οισοφαγικού βλεννογόνου με έντονες αλλοιώσεις οισοφαγίτιδας και με εστιακά κυτταρομορφολογικά ευρήματα τα οποία σε συνδυασμό με τη θετική ανοσοϊστοχημική χρώση έναντι HSV, συνηγορούσαν προς το ενδεχόμενο HSV οισοφαγίτιδας. Επιπροσθέτως, η παρουσία θετικών κυττάρων στο υπόστρωμα του οισοφαγικού βλεννογόνου με θετική ανοσοχρώση έναντι CMV (μέγιστη συχνότητα 12 θετικά κύτταρα/HPF), κατέστησαν απαραίτητη τη διερεύνηση προς το ενδεχόμενο συλλοίμωξης HSV-CMV. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την ανίχνευση του DNA του ιού CMV με τη μέθοδο real-time PCR (6382 IU/ml) στο περιφερικό αίμα της ασθενούς. Σε επανέλεγχο 2 μήνες αργότερα η μέθοδος real-time PCR ήταν αρνητική.

**Συμπεράσματα:** Η ανοσολογική ανεπάρκεια αποτελεί αρκετά συχνά το υπόβαθρο για την ανάπτυξη λοιμώξεων οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Η οισοφαγίτιδα από συλλοίμωξη HSV-CMV, αν και ασυνήθης, θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση της επίμονης οδυνοφαγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν οποιασδήποτε μορφής ανοσοκατασταλτική αγωγή.

AA109

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ COVID-19

Μπαρής Νεοκλής<sup>1</sup>, Ταμπάκη Δέσποινα<sup>1</sup>, Παπαδάτος Σταμάτιος<sup>2</sup>, Καρελάκη Χρυσή

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, ΨΝΑ Δαφνί, Αθήνα

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η πανδημία Covid-19 είχε παγκόσμιο αντίκτυπο οδηγώντας σε σημαντική απώλεια ζωνών και προβλήματα στις οικονομίες και την κοινωνική ευημερία. Τα εμβόλια αποτέλεσαν την “αιχμή του δόρατος” της επιστημονικής κοινότητας. Αν και τα οφέλη τους είναι αναγνωρισμένα, ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η πυροδότηση αυτοάνοσων νοσημάτων προκαλούν ανησυχία. Συγκεκριμένα, έχουν αναφερθεί περιστατικά αυτοάνοσης ηπατίτιδας μετά τον εμβολιασμό κάτι που αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων για την περίοδο 01/01/21 έως 01/06/23 με λέξεις-κλειδιά όπως “autoimmune hepatitis”, “Covid-19” και “vaccine”. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών ήταν μέση ηλικία τα 60 έτη, με καταγωγή από την Ασία και στην πλειοψηφία τους γυναίκες. Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας έγινε προσπάθεια συσχέτισης του νοσήματος με τον πιθανό εκλυτικό παράγοντα.

**Αποτελέσματα:** Η αυτοάνοση ηπατίτιδα ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη πάθηση ήπατος μετά από εμβολιασμό. Χρειάζεται επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ενώ είναι σημαντικός ο διαχωρισμός με την φαρμακευτικής αιτιολογίας νόσο. Η κλινική εικόνα ποικίλει, με τις γυναίκες να εμφανίζουν πιο έντονη συμπτωματολογία. Χωρίς να είναι γνωστός ο ακριβής μηχανισμός, πιθανολογείται πως ο μοριακός μιμητισμός και η αλληλεπίδραση μεταξύ αντισωμάτων ευθύνονται για την εμφάνιση του νοσήματος. Φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής παραμένουν τα κορτικοστεροειδή τα οποία βελτιώνουν την πρόγνωση του ασθενούς. Δεν μπορεί να αποκλειστεί η ανάγκη για εφ’όρου ζωής θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή ακόμα και η μεταμόσχευση ήπατος.

**Συμπεράσματα:** Ο αριθμός των περιστατικών είναι πολύ μικρός συγκριτικά με τον εμβολιασμένο πληθυσμό και ως εκ τούτου τα οφέλη υπερτερούν των πιθανών κινδύνων. Συνεχίζεται η παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών και συστήνεται σε ασθενείς με αντίστοιχο ιστορικό η συστηματική ιατρική παρακολούθηση μετά τον εμβολιασμό.



AA110

**ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΩΜΥΕΛΙΚΗΣ ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Γκούφα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Χλαπουτάκης Σεραφείμ<sup>2</sup>, Σκλαπάνη Παγώνα<sup>3</sup>, Αραβαντινού-Φατώρου Αικατερίνη<sup>4</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>3</sup>, Δαμάσκος Χρήστος<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Λοιμώξεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>2</sup> Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>3</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>4</sup> Θεραπευτική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

<sup>5</sup> Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η εξωμυελική αιμοποίηση ορίζεται ως η αιμοποίηση που συμβαίνει εκτός του μυελού των οστών. Συνήθως αντισταθμίζει την ανεπαρκή λειτουργία του μυελού των οστών ή την αναποτελεσματική ερυθροποίηση και παρατηρείται κυρίως σε αιματολογικές διαταραχές. Οι πιο κοινές θέσεις εξωμυελικής αιμοποίησης είναι ο σπλήνας, το ήπαρ και οι λεμφαδένες. Η ενδοθωρακική εξωμυελική αιμοποίηση είναι σπάνια και εμφανίζεται ως αμφοτερόπλευρες λοβώδεις μάζες κατώτερων παρασπονδυλικών περιοχών. Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει τον ρόλο των επεμβατικών τεχνικών στη διάγνωση και τη διαχείριση της ενδοθωρακικής εξωμυελικής αιμοποίησης και των επιπλοκών της.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Διεξήχθη ηλεκτρονική αναζήτηση στο PubMed και στο Google Scholar με τις λέξεις-κλειδιά "intrathoracic extramedullary hematopoiesis" AND "surgery" OR "video-assisted thoracic surgery (VATS)" OR "medical thoracoscopy" OR "biopsy" OR "thoracotomy" OR "image-guided biopsy" OR "median sternotomy", για να συμπεριληφθούν εκείνα τα άρθρα που αναφέρουν δεδομένα για επεμβατικές τεχνικές στην ενδοθωρακική εξωμυελική αιμοποίηση.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 44 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά είναι τυπικά για τη διάγνωση της ενδοθωρακικής εξωμυελικής αιματοποίησης, επεμβατικές μέθοδοι όπως η βρογχοσκόπηση με διαβρογχική βιοψία, αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, ενδοβρογχική αναρρόφηση με λεπτή βελόνα καθοδηγούμενη από υπερήχους και μεσοθωρακοσκόπηση, ιατρική μεσοθωρακοσκόπηση, βιντεο-βοηθούμενη θωρακοσκοπική χειρουργική (VATS) και η θωρακοτομή, είναι απαραίτητες για την οριστική διάγνωση και αντιμετώπιση. Η πιο συχνή επεμβατική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη λήψη βιοψίας ιστού είναι η VATS, η οποία παρουσιάζει τις λιγότερες επιπλοκές από τη θωρακοτομή και παρέχει μεγάλα δείγματα και τη δυνατότητα διαχείρισης παράλληλων επιπλοκών, κυρίως πιεστικών φαινομένων από τις μάζες της εξωμυελικής αιμοποίησης.

**Συμπεράσματα:** Η διάγνωση της ενδοθωρακικής εξωμυελικής αιμοποίησης μπορεί να επιβεβαιωθεί με βάση τα ακτινογραφικά ευρήματα, ειδικά όταν εμφανίζονται σε ασθενή με συμβατό ιστορικό αιματολογικής διαταραχής. Ωστόσο, εάν η διάγνωση είναι αμφιλεγόμενη ή εάν οι επιπλοκές απαιτούν χειρουργική επέμβαση, η βιοψία είναι υποχρεωτική με τη VATS να αποτελεί την περισσότερο προτιμώμενη μέθοδο.

AA111

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Παπαλέξης Πέτρος<sup>2</sup>, Γκούφα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Χλαπουτάκης Σεραφεΐμ<sup>3</sup>, Σκλαπάνη Παγώνα<sup>4</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>4</sup>, Δαμάσκος Χρήστος<sup>5</sup>, Ταραντίνος Κυριάκος<sup>6</sup>, Μερμύγκης Δημήτριος<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Λοιμώξεων, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α΄ Παθολογική Ε.Κ.Π.Α.

<sup>3</sup> Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>4</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>5</sup> Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>6</sup> 1η Πνευμονολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει χρόνιες φλεγμονώδεις οντότητες του γαστρεντερικού συστήματος, την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο Crohn. Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τις μεταβολές των δοκιμασιών πνευμονικής λειτουργίας (PFTs) σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Από όσο γνωρίζουμε, το παρόν άρθρο ανασκόπησης είναι το πρώτο που συνοψίζει όλους τους τύπους PFTs που έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και τη σημασία τους.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση στο MEDLINE/PubMed με τις λέξεις-κλειδιά «Inflammatory bowel disease» ή «Ulcerative colitis» ή «Crohn’s disease» ΚΑΙ «Pulmonary function testing» ή «Pulmonary function» ή «Spirometry» ή «DLCO». Συμπεριλήφθηκαν εκείνα τα άρθρα που αναφέρουν δεδομένα σχετικά με τον έλεγχο της πνευμονικής λειτουργίας στις ΙΦΝΕ.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 33 άρθρα. Αποφρακτική δυσλειτουργία παρατηρήθηκε σε ορισμένες μελέτες και αποφρακτική ή/και περιοριστική διαταραχή σε άλλες. Σε ορισμένες μελέτες, αυτές οι μεταβολές συσχετίστηκαν με τη δραστηριότητα της νόσου, ενώ άλλες μελέτες δεν ανέφεραν καμία συσχέτιση. Μειωμένες τιμές της διαχυτικής ικανότητας για το μονοξείδιο του άνθρακα (DLCO) έχουν σημειωθεί στην πλειονότητα των μελετών που διερευνούν τη διενέργεια PFTs σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και φαίνεται πως σχετίζονται με τη δραστηριότητα της νόσου, Έχουν αναφερθεί επίσης αυξημένοι στατικοί πνευμονικοί όγκοι και αυξημένο εκπνεόμενο ΝΟ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τη δραστηριότητα της νόσου. Αυξημένη βρογχική ανταπόκριση στη χορήγηση μεταχολίνης έχει περιγραφεί σε ασθενείς με ΙΦΝΕ χωρίς κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα, χωρίς ωστόσο συσχέτιση με τη δραστηριότητα της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Μεταβολές στις τιμές των PFTs μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενείς με ΙΦΝΕ χωρίς κλινικές εκδηλώσεις ή ακτινολογικά ευρήματα, αντανακλώντας την πιθανή σημασία τους στην ανίχνευση λανθάνουσας αναπνευστικής προσβολής. Η διαταραχή της DLCO είναι το πιο κοινό εύρημα, ενώ υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα σχετικά με άλλες εξετάσεις, ιδιαίτερα τις σπιρομετρικές τιμές, και τη συσχέτισή τους με τη δραστηριότητα της νόσου.

AA112

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ψωμαδάκη Ηλιάννα-Δήμητρα<sup>1,3</sup>, Πετρόπουλος Ορέστης<sup>2</sup>, Κανάκη Μαρία<sup>3</sup>, Δαφνή Μαριάννα-Φωτεινή<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> ΠΜΣ Παγκόσμια Υγεία-Ιατρική Καταστροφών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

<sup>2</sup> Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>3</sup> Απόφοιτη Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

<sup>4</sup> Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα παγκόσμια ταξίδια έχουν γίνει περισσότερο προσιτά, αυξάνοντας το ενδιαφέρον για την ταξιδιωτική ιατρική και τις επιπτώσεις των διεθνών ταξιδιών στην υγεία. Οι ιατρικές εξετάσεις μετά το ταξίδι αποτελούν σημαντική πτυχή, με στόχο τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση πιθανών κινδύνων για την υγεία. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει τα οφέλη και την αποτελεσματικότητα των ιατρικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται μετά το ταξίδι.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων (MEDLINE, Embase, Web of Science και το Google Scholar). Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι "Post-travel", "medical exam", "screening" και "travel medicine". Συμπεριλήφθηκαν μελέτες δημοσιευμένες μέχρι τον Ιούνιο του 2023.

**Αποτελέσματα:** Ο ιατρικός έλεγχος μετά το ταξίδι βοηθά στον εντοπισμό μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων τροπικών ασθενειών και αναδυόμενων λοιμώξεων. Έως και το 79% των ταξιδιωτών σε χώρες χαμηλού-μεσαίου εισοδήματος ίσως αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια ή μετά το ταξίδι. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση του ταξιδιωτικού ιστορικού. Βασικό κομμάτι είναι η κλινική εκτίμηση με έλεγχο των ζωτικών σημείων και της πνευμονικής λειτουργίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να συνιστώνται πρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις.

**Συμπεράσματα:** Η υπάρχουσα ανασκόπηση αναδεικνύει τα οφέλη των ιατρικών εξετάσεων μετά το ταξίδι ως αναπόσπαστο μέρος της διαχείρισης της υγείας των ταξιδιωτών. Οι εξετάσεις επιτρέπουν την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία μολυσματικών και μη ασθενειών των ταξιδιωτών. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην τυποποίηση των πρωτοκόλλων και των κατευθυντήριων γραμμών για τις ιατρικές εξετάσεις μετά το ταξίδι, καθώς και στην αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων για την υγεία και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων.



AA113

### Ο ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος<sup>1,2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>2</sup>, Μπαμπούρη Μαρία<sup>2</sup>, Σιώμου Ζωή-Ιρις<sup>2</sup>, Μαλιώρα Δήμητρα<sup>2</sup>,  
Μαγαλιού Σταυρούλα<sup>2</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων



AA114

**ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ LDL-c και Lp(a) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Κελασίδης Γεώργιος, Κοτσαποικίδου Μαρία, Κάκαρης Αλέξανδρος, Τυχάλας Ανδρέας, Μόσιαλος Βάιος, Τζατζάγου Γλυκερία

Α΄ Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ως ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ) ορίζεται η αιφνίδια εμφάνιση νευρολογικής σημειολογίας που οφείλεται σε παροδική ή μόνιμη βλάβη του εγκεφαλικού νευρικού ιστού, λόγω εγκεφαλικής ισχαιμίας. Περίπου το 45% των οξέων ισχαιμικών ΑΕΕ οφείλονται σε θρόμβωση μεγάλων ή μικρών αγγείων με την αθηροσκλήρωση των αρτηριών να ενοχοποιείται για την πλειοψηφία των συμβαμάτων. Οι υψηλές τιμές τόσο της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL-c) όσο και της λιποπρωτεΐνης Lp(a) σχετίζονται με αυξημένο αθηρωματικό κίνδυνο μέσω ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, αγγειακής διήθησης από μακροφάγα και ενεργοποίησης προφλεγμονωδών γονιδίων. Παρουσιάζεται η καταγραφή της τιμής των LDL-c και Lp(a) σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η χρήση τους ως προγνωστικούς βιοδείκτες εμφάνισης θρομβωτικού ΑΕΕ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 92 ασθενείς με ΑΕΕ και θετικά απεικονιστικά ευρήματα που νοσηλεύτηκαν σε διάστημα ενός έτους με μέσο όρο νοσηλείας 6 ημέρες, στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΓΝ «Παπαγεωργίου». Συμπεριλήφθηκαν 48 άνδρες και 42 γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 82 έτη και προσδιορίστηκε η μέση τιμή της LDL-c και της Lp(a), η λαμβάνουσα υπολιπιδαιμική αγωγή και η ύπαρξη ατομικού αναμνηστικού ΙΑΕΕ.

**Αποτελέσματα:** 47% των ασθενών εμφάνισε αυξημένη τιμή LDL-c με μέση τιμή 117mg/dL και 30% των ασθενών εμφάνισε υψηλή τιμή Lp(a) με μέση τιμή 45mg/dL.

**Συμπεράσματα:** Το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηλείας ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Στο δείγμα μας εκτός από υψηλές τιμές LDL-c παρατηρήθηκαν και αυξημένες τιμές Lp(a), γεγονός που αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αγγειακές παθήσεις ιδίως σε τιμές Lp(a) πάνω από >40mg/dl. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης ή/και επανεμφάνισης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου διαδραματίζει η σωστή ρύθμιση του λιπιδαιμικού προφίλ του ασθενούς με ακρογωνιαίο λίθο την επίτευξη της τιμής στόχου της LDL-c.

AA115

ΣΠΑΝΙΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥ

Γεωργακοπούλου Βασιλική<sup>1</sup>, Γκούφα Αικατερίνη<sup>2</sup>, Σκλαπάνη Παγώνα<sup>3</sup>, Τράκας Νικόλαος<sup>4</sup>, Δαμάσκος Χρήστος<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Μονάδα Λοιμώξεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup> Κυτταρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα

<sup>4</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>5</sup> Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αιμόπτυση είναι η απόχρεμψη αίματος από το αναπνευστικό σύστημα. Οι κλινικές οντότητες που σχετίζονται με την αιμόπτυση σε μεταμοσχευμένους νεφρού μπορεί να διαφέρουν από αυτές που προκαλούν αιμόπτυση στον κοινό πληθυσμό. Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει όλες τις σπάνιες αναφερόμενες κλινικές καταστάσεις που σχετίζονται με την αιμόπτυση σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, τις αιτίες τους και τη διαγνωστική τους προσέγγιση.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η πρωτογενής βιβλιογραφία ανασκοπήθηκε μέσω της βάσης δεδομένων MEDLINE/PubMed και του Google Scholar. Χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές αναφορές που σχετίζονται με την αιμόπτυση σε μεταμοσχευμένους νεφρού.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 23 σχετικά άρθρα. Λοιμώξεις που οφείλονται σε συγκεκριμένους μικροοργανισμούς όπως φυματίωση, μυκητιασικές λοιμώξεις (*Aspergillus*, *Candida tropicalis*, *Mucor*), βακτηριακές λοιμώξεις (*Legionella pneumophila* και *Rhodococcus equi*) και παρασιτικές λοιμώξεις (*Strongyloides stercoralis* και *Paragonimus westermani*) αποτελούν σπάνιες αιτίες αιμόπτυσης σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν σπανίως αιμόπτυση λόγω πνευμονικής αιμορραγίας που προκαλείται από διάφορα φάρμακα όπως αζαθειοπρίνη, σιρόλιμους, αλεμτουζουμάμπη, μυκοφαινολικό νάτριο και νιτροφουραντοΐνη. Επιπροσθέτως, έχει αναφερθεί ότι επιπλέον των κοινών κακοηθειών, μπορεί να εμφανίσουν αιμόπτυση λόγω πνευμονικού σαρκώματος Kaposi και πνευμονικού μεταστατικού αγγειοσαρκώματος. Η ακτινογραφία θώρακος είναι η αρχική διαγνωστική μέθοδος για τη διερεύνηση της υποκείμενης αιτίας παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τη θέση και τα χαρακτηριστικά των βλαβών του πνεύμονα. Η αξονική τομογραφία θώρακος είναι ένα πιο ευαίσθητη για την ανίχνευση πνευμονικών ανωμαλιών διευκολύνοντας τον εντοπισμό της περιοχής για βρογχοσκοπική προσέγγιση και περιορίζοντας τη διαφορική διάγνωση. Η βρογχοσκόπηση έχει χρησιμοποιηθεί στη διαγνωστική προσέγγιση της αιμόπτυσης για την επισκόπηση του βρογχικού δέντρου και για τη λήψη βρογχοκυψελιδικής πλύσης (BAL), βρογχικών εκκρίσεων και βιοψιών για ιστολογική και μικροβιολογική εξέταση. Έχουν χρησιμοποιηθεί χειρουργικές επεμβάσεις για τη διαγνωστική προσέγγιση της αιμόπτυσης σε περιπτώσεις όπου οι συμβατικές μέθοδοι δεν ήταν διαγνωστικές.

**Συμπεράσματα:** Η αιμόπτυση είναι μια σημαντική εκδήλωση σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, που προκαλείται και από σπάνιες κλινικές οντότητες, διαφορετικές από αυτές του κοινού πληθυσμού.

AA116

Η ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΛΕΓΕΩΝΑΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑ COVID ΕΠΟΧΗ

Κανάκη Μαρία<sup>1</sup>, Δαφνή Μαριάννα-Φωτεινή<sup>2</sup>, Ψωμαδάκη Ηλιάνα-Δήμητρα<sup>3</sup>, Πετρόπουλος Ορέστης<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Απόφοιτη Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup> ΠΜΣ Παγκόσμια Υγεία- Ιατρική Καταστροφών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

<sup>4</sup> Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η λεγιονέλλα είναι ένα υδατογενές βακτήριο που ευθύνεται για τη νόσο των Λεγεωνάριων (LD), μια σοβαρή οξεία βακτηριακή λοίμωξη που εμφανίζεται συχνότερα σε ευάλωτα άτομα και σε άτομα με ανοσοανεπάρκεια. Αναπτύσσεται καλύτερα στα συστήματα ύδρευσης που δεν συντηρούνται καλά, ενώ η στασιμότητα του νερού και η έλλειψη ή η κακή συντήρηση στα κτίρια αποτελούν και αυτοί παράγοντες κινδύνου με κρουσμάτα της νόσου των Λεγεωνάριων να αναφέρονται συχνότερα σε ξενοδοχεία. Κατά την διάρκεια της πανδημίας του Covid-19 αρκετά ξενοδοχεία έκλεισαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από λεγιονέλλα. Παράλληλα σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του ECDC σχετικά με αυτό το θέμα, το 2021, η ΕΕ/ΕΟΧ σημείωσε το υψηλότερο ετήσιο ποσοστό κρουσμάτων της νόσου των Λεγεωνάριων μέχρι σήμερα, με 2,4 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού, με τα περισσότερα ποσοστά να καταγράφονται σε χώρες της Νοτιο-Δυτικής Ευρώπης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήσαμε μια ενδελεχή αναζήτηση βιβλιογραφίας σε διάφορες βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus, Science Direct) αλλά και σε Γκρίζα Βιβλιογραφία, με σκοπό να βρούμε περισσότερες πληροφορίες για την μορφολογία, ανάπτυξη και τις συνθήκες ανάπτυξης του βακτηρίου της λεγιονέλλας τα τελευταία έτη και κυρίως στην μετα-covid εποχή.

**Συμπεράσματα:** Τα τελευταία 2 έτη παρατηρείται έντονη αύξηση στα περιστατικά λεογιονέλλας, γεγονός που αποδεικνύει ότι η πανδημία covid έχει επηρεάσει σημαντικά την κατανομή της νόσου.

AA117

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΤΗ ΒΗΤΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Ζήσης Χρήστος<sup>1,2</sup>, Φούσια Χαραλαμπία<sup>2</sup>, Φίλιου Ραφαέλα<sup>2</sup>, Γιότζης Απόστολος<sup>1</sup>, Μαλιώρα Δήμητρα<sup>2</sup>, Τσιούμα Ευαγγελία<sup>2</sup>, Κοφίτσα Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Παρδάλης Παύλος<sup>2</sup>, Μπέτσικος Αχιλλέας<sup>2</sup>, Καρκαντού Δήμητρα-Μαρία<sup>2</sup>, Μυλωνάς Στέφανος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

<sup>2</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με β-θαλασσαιμία, χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα ολικής, LDL και HDL-χοληστερόλης, και από αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και VLDL-χοληστερόλης. Πιθανοί βασικοί μηχανισμοί: 1. Η χρόνια αιμόλυση, προκαλεί επιταχυνόμενη ερυθροποίηση του μυελού των οστών με αποτέλεσμα: αύξηση των απαιτήσεων σε χοληστερόλη για τον σχηματισμό μεμβράνης των πρόδρομων ερυθροκυττάρων, αύξηση των υποδοχέων της LDL-χοληστερόλης και αυξημένη πρόσληψη αυτής από το ΔΕΣ του μυελού. 2. Η σοβαρή υπερφόρτωση με σίδηρο, που έχει ως αποτέλεσμα: ελαττωματική ηπατική λειτουργία λόγω ηπατική βλάβης οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή ενδογενούς χοληστερίνης, οξειδωτικό στρες, χρόνια ενεργοποίηση συστήματος μονοκυττάρων/μακροφάγων με αυξημένη απελευθέρωση κυτοκινών. Παρουσιάζεται η μελέτη των ποσοτικών και ποιοτικών διαταραχών των λιπιδίων στη β-θαλασσαιμία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Συνολικά οι πολυμεταγγιζόμενοι β-θαλασσαιμικοί ασθενείς της MMA του ΓΝ Τρικάλων είναι τριάντα-δύο. Σε αυτούς πραγματοποιήθηκε: Καταγραφή από 3ετίας του ΜΟ τιμών: ολικής-χοληστερόλης, LDL-, HDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, υπολογισμός: non-HDL & VLDL, συσχέτιση με βάση φύλο, ηλικιακή ομάδα, Δείκτη Μάζας Σώματος, βαθμός Αιμοσιδήρωσης, Διαταραχές του Μεταβολισμού Γλυκόζης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικό πληθυσμό: Χοληστερόλη≈112,53mg/dL, Τριγλυκερίδια≈127,03mg/dL, HDL≈31,875mg/dL, non-HDL≈81,03mg/dL (LDL≈55,75mg/dL & VLDL≈25,53mg/dL). Φύλο: Άνδρες (ασθενείς=18), Χοληστερόλη≈107,05mg/dL, Τριγλυκερίδια≈140,16mg/dL, HDL≈25,83mg/dL, non-HDL 81,61mg/dL (LDL≈52,88mg/dL & VLDL≈28,33mg/dL). Γυναίκες (ασθενείς=14): Χοληστερόλη≈119,57mg/dL, Τριγλυκερίδια≈110,14mg/dL, HDL≈39,6mg/dL, non-HDL≈80,28mg/dL (LDL≈59,42mg/dL & VLDL≈21,92mg/dL). Ηλικιακή Ομάδα: Νεαρή ηλικία (ασθενείς=12), Χοληστερόλη≈115,5mg/dL, Τριγλυκερίδια≈114,66mg/dL, HDL≈35,8mg/dL, non-HDL≈76,58mg/dL (LDL≈53,67mg/dL & VLDL≈22,91mg/dL), Μέση ηλικία (ασθενείς=18): Χοληστερόλη≈113,77mg/dL, Τριγλυκερίδια≈137,66mg/dL, HDL≈29mg/dL, non-HDL≈84,66mg/dL, (LDL≈57,66mg/dL & VLDL≈28,33mg/dL), Ύριμη ηλικία (ασθενείς=2): Χοληστερόλη≈106mg/dL, Τριγλυκερίδια≈114mg/dL, HDL≈30,5mg/dL, non-HDL≈75,5mg/dL (LDL≈52,5mg/dL & VLDL≈23mg/dL. ΔΜΣ: Λυποβαρείς (ασθενείς=10): Χοληστερόλη≈115,5mg/dL, Τριγλυκερίδια≈130,9mg/dL, HDL≈33,2mg/dL, non-HDL ≈82,3mg/dL (LDL ≈55,1mg/dL & VLDL ≈26,2mg/dL). Φυσιολογικού βάρους (ασθενείς=18 ασθενείς): Χοληστερόλη≈110,66mg/dL, Τριγλυκερίδια≈117,83mg/dL, HDL ≈30,05mg/dL, non-HDL≈79,83mg/dL {LDL ≈56,83mg/dL & VLDL≈23,88mg/dL}. Υπέρβαροι-Παχύσαρκοι (ασθενείς=4): Χοληστερόλη≈113,5mg/dL, Τριγλυκερίδια≈158,75mg/dL, HDL≈30,75mg/dL, non-HDL≈83,25mg/dL (LDL≈52,5mg/dL & VLDL≈31,25mg/dL). ΔΜΓ: Χωρίς ΔΜΓ (ασθενείς=8): Χοληστερόλη≈110mg/dL, Τριγλυκερίδια≈96,5mg/dL, HDL≈35,125mg/dL, non-HDL≈74,875mg/dL, (LDL≈55,125mg/dL & VLDL≈19,25mg/dL). Προδιαβήτης (ασθενείς=13): Χοληστερόλη≈107,46mg/dL, Τριγλυκερίδια ≈134,14mg/dL, HDL≈29,38mg/dL, non-HDL≈77,53mg/dL (LDL≈51,53mg/dL & VLDL≈26,15mg/dL). ΣΔτ2



(ασθενείς=18): Χοληστερόλη≈121,2mg/dL, Τριγλυκερίδια≈141,90mg/dL, HDL≈31,45mg/dL, non-HDL≈90,5 mg/dL, (LDL≈60,73mg/dL & VLDL≈28,81mg/dL). Βαθμός Αιμοσιδήρωσης: Φερριτίνη <1000 mg/L (ασθενείς=20), Χοληστερίνη≈112,19mg/dL, Τριγλυκερίδια≈119,49mg/dL, HDL≈31,245mg/dL, non-HDL≈80,96mg/dL, (LDL≈52,65mg/dL & VLDL≈23,55mg/dL). Φερριτίνη>1000 mg/L (ασθενείς=14). Χοληστερίνη≈113,8mg/dL, Τριγλυκερίδια≈140,5mg/dL. HDL≈32mg/dL non-HDL≈80,91mg/dL (LDL≈53,25mg/dL & VLDL≈28mg/dL)

**Συμπεράσματα:** Το ανδρικό φύλο, η πρόοδος της ηλικίας, η παρουσία και η βαρύτητα των ΔΜΓ καθώς και η βαρύτητα της αιμοσιδήρωσης επηρεάζουν περαιτέρω αρνητικά το λιπιδαιμικό προφίλ των πασχόντων κυρίως των τριγλυκεριδίων και των VLDL-λιποπρωτεϊνών.

AA118

Η ΓΑΛΛΙΚΗ ΕΠΙΓΑΛΛΟΚΑΤΕΧΙΝΗ-3 ΩΣ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αθανασίου Ευστράτιος<sup>1,2</sup>, Βέρρας Γεώργιος-Ιωάννης<sup>2,3</sup>, Παπαγεωργίου Σάββας<sup>2,4</sup>, Κελέσης Ιωάννης<sup>2,5</sup>, Γάτσας Αθανάσιος<sup>2,6</sup>, Καραουλάνη Χριστίνα<sup>2,7</sup>, Στούρας Ιωάννης<sup>1,2</sup>, Κανατάς Παναγιώτης<sup>1,2</sup>, Σαϊτάνη Ελμίνα-Μαρία<sup>2,8</sup>, Οικονόμου Μαρία-Ελένη<sup>2,8</sup>, Βλάχση Δανάη- Αναστασία<sup>2,8</sup>, Βασιλείου Μαρία<sup>2,8,9</sup>, Τσάγκαρης Χρήστος<sup>2,10</sup>, Αλεξίου Αθανάσιος<sup>10,11</sup>, Mohammad Amjad Kamal<sup>12,13,14,15</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Ιατρικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

<sup>2</sup> Ελληνική Εταιρεία Έρευνας για την Πρόληψη του Καρκίνου, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

<sup>4</sup> Τμήμα Μοριακής & Κυτταρικής Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Λέστερ, Λέστερ, Ηνωμένο Βασίλειο

<sup>5</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών Πόζναν, Πόζναν, Πολωνία

<sup>6</sup> Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>7</sup> Μαιευτικό & Γυναικολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα

<sup>8</sup> Τμήμα Φαρμακευτικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

<sup>9</sup> NCODA Greece, Αθήνα

<sup>10</sup> Novel Global Community Educational Foundation, Hebersham, NSW, Αυστραλία

<sup>11</sup> AFNP Med, Βιέννη, Αυστρία

<sup>12</sup> Institutes for Systems Genetics, Frontiers Science Center for Disease-related Molecular Network, Νοσοκομείο Δυτικής Κίνας, Πανεπιστήμιο Σετσουάν, Τσενγκντού, Κίνα

<sup>13</sup> Ερευνητικό Κέντρο Ιατρικής King Fahd, Πανεπιστήμιο King Abdulaziz, Τζέντα, Σαουδική Αραβία

<sup>14</sup> Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Daffodil, Ντάκα, Μπανγκλαντές

<sup>15</sup> Enzymoics, NSW, Novel Global Community Educational Foundation, Σίδνεϊ, Αυστραλία