ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ | HELLENIC SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE
Πανόρμου 66, 115 23 Αθήνα | 66 Panormou St., 115 23 Athens, Greece
Tel: (+30) 210 7245 421 • info@hsintmed.gr • hsintmedicine@gmail.com

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

Υπό την αιγίδα:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ
NKUA MEDICAL SCHOOL

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

www.hsim2026.gr

29ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Προάγοντας τη γνώση στην Παθολογία... επί **39** Χρόνια

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

30 Σεπτεμβρίου

3 Οκτωβρίου **2026**

Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο

Αθήνα

Βιβλίο Περιλήψεων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Ε.Ε.Π. - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 3

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ 3

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 4

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ 5

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ 58

e-POSTERS 225

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ 339

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Ε.Ε.Π.
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Μιχαήλ Σαμάρκος
Αντιπρόεδρος:	Παναγιώτης Σκένδρος
Γενικός Γραμματέας:	Νικόλαος Τεντολούρης
Ειδικός Γραμματέας:	Γεώργιος Νταλέκος
Ταμίας:	Χαράλαμπος Μηλιώνης
Μέλη:	Λεωνίδας Λαναράς
	Κωνσταντίνος Μακρυλάκης
	Αναστασία Μαυρογιαννάκη
	Ελένη Μπεκιάρη
Αναπληρωματικά Μέλη:	Μαρία Μυλωνά
	Ευθυμία Μανδαλάκη
	Νικόλαος Γατσέλης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Καραμανάκος Γ.

Λαναράς Λ.

Μακρυλάκης Κ.

Μαυρογιαννάκη Α.

Μηλιώνης Χ.

Μπεκιάρη Ε.

Νταλέκος Γ.

Σαμάρκος Μ.

Σκένδρος Π.

Τεντολούρης Α.

Τεντολούρης Ν.

Τσιλιγγίρης Δ.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Οι περιλήψεις **ΠΑ01** έως **ΠΑ51** θα παρουσιαστούν ως **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**.
- Οι περιλήψεις **ΑΑ001** έως **ΑΑ165** θα παρουσιαστούν ως **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ** με παρουσίαση.
- Οι περιλήψεις **eP001** έως **eP113** θα παρουσιαστούν ως **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ** χωρίς παρουσίαση.
- 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.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 01

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΓΙΑ ΓΡΙΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χαράλαμπος Μυλωνάς[1], Γεώργιος Παπαδάκης[1], Ιρένα Καράμπελα[1], Ιωάννα Αναγνώστου[1], Δημήτριος Πλατής[1], Αγγελική Αγγελετοπούλου[2], Αικατερίνη Αργυράκη[1]

[1] Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»
[2] Γραφείο Λοιμώξεων, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Ο έγκαιρος και συστηματικός εμβολιασμός για γρίπη συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παρότι στη χώρα μας υπάρχει επιτήρηση όσον αφορά στον αριθμό κρουσμάτων γρίπης και τη βαρύτητά τους, δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή της ετήσιας εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε νοσηλευόμενους ασθενείς στην Παθολογική Κλινική την περίοδο 12/2025-02/2026. Συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν και ταυτόχρονα είχαν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για σοβαρή νόσηση από γρίπη. Συλλέχθηκαν δημογραφικά και δεδομένα εμβολιασμού . Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 78 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 78 έτη. Το 16,7% διέμεναν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (ΜΦΗ). Η πλειοψηφία του δείγματος (91.5%) δήλωσε ότι γνωρίζει την ανάγκη για ετήσιο εμβολιασμό. Ωστόσο, το συνολικό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης για γρίπη ανήλθε σε 42.7%. Οι διαμένοντες σε ΜΦΗ εμφάνισαν υψηλότερη αντιγριπική κάλυψη, καθώς είχαν εμβολιαστεί σε ποσοστό 91,7% έναντι 68,7% των μη διαμενόντων σε ΜΦΗ. Ωστόσο, η σχέση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Pearson p=0,102, Fisher's exact p=0,163, Cramer's V=0,184), ενώ τα διαστήματα εμπιστοσύνης ήταν ευρεία. Από όσους δεν είχαν οικογενειακό ιατρό, το 30,0% είχε εμβολιαστεί φέτος, ενώ μεταξύ όσων είχαν, το ποσοστό ήταν 57,1%. Η συσχέτιση ήταν στατιστικά σημαντική (Pearson x^2=5,622, p=0,018, Fisher's exact p=0,021), με Cramer's V=0,274. Το odds ratio για τη σύγκριση «χωρίς/με οικογενειακό ιατρό» ήταν 3,111 (95% ΔΕ: 1,201-8,057), υποδηλώνοντας αυξημένη πιθανότητα μη εμβολιασμού μεταξύ των ασθενών χωρίς οικογενειακό ιατρό.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ελλιπής εμβολιαστική κάλυψη στους ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από γρίπη, παρότι η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι γνωρίζει την ανάγκη για ετήσιο εμβολιασμό. Η ύπαρξη οικογενειακού ιατρού σχετίστηκε με υψηλότερη πιθανότητα εμβολιασμού, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση των μεθόδων προαγωγής αυτού, με έμφαση στην αξιοποίηση του θεσμού του προσωπικού ιατρού και στη διενέργεια στοχευμένων εκστρατειών ενημέρωσης σε κοινό και ΜΦΗ.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 02

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Κρυσταλία Δημητρίου, Λουκία Βίκτωρος, Νικόλαος Κούκης, Νίκη Γερασιμούλα Μουρελάτου, Αγγελική Μερίτση, Αναστασία Μαυρογιαννάκη

Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Εισαγωγή – Σκοπός: Να διερευνήσουμε κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των λοιμώξεων από *Clostridioides difficile* (CDI) ηλικιωμένων ασθενών νοσηλευόμενων στην Παθολογική κλινική.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών ≥65 ετών που νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική κλινική σε μία περίοδο 2ετίας (04/2024-04/2026). Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, κλινική και επιδημιολογική ταξινόμηση των CDI, η θεραπευτική διαχείριση και δεδομένα έκβασης ασθενών.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 50 επεισόδια CDI. Γυναίκες: 31 (62.0%), διάμεση ηλικία: 85 έτη (IQR 79-90), διάμεσος δείκτης νοσηρότητας Charlson Comorbidity Index (CCI): 7 (IQR 1-11). Ως προς τη λειτουργική κατάσταση, η πλειονότητα των ασθενών (76.0%) παρουσίαζε σοβαρή ευθραυστότητα στην αντίστοιχη κλίμακα. 24.0% προέρχονταν από δομή υγειονομικής φροντίδας, ενώ 62.0% είχε νοσηλευθεί το τελευταίο 3μηνο. Έκθεση σε αντιβιοτικά το ίδιο διάστημα καταγράφηκε σε 80.0% και αφορούσε χρονικό διάστημα 7-30 ημερών, <7 ημερών και 1-3 μηνών σε 42.0%, 32.0% και 6.0% των ασθενών αντιστοίχως, προ της διάγνωσης της CDI. Συχνότερα χορηγούμενα αντιβιοτικά ήταν οι κεφαλοσπορίνες (36.0%), οι φθοριοκινολόνες (34.0%) και οι πενικιλλίνες με αναστολέα β-λακταμάσης (22.0%). Συχνότερα συνοδά συμπτώματα ήταν πυρετός (52.0%) και κοιλιακό άλγος (50.0%). Αξονική τομογραφία κοιλίας πραγματοποιήθηκε σε 22 ασθενείς (44.0%), με συχνότερα ευρήματα κολίτιδα (32.0%), ασκίτη (22.0%) και τοξικό μεγάκολο (6.0%). 84.0% των CDI αφορούσαν σχετιζόμενες με χώρους υγείας λοιμώξεις, εκ των οποίων 66.0% ήταν community-onset και 18.0% hospital-onset, ενώ 16.0% ήταν αμιγώς λοιμώξεις κοινότητας. Σχετικά με τη βαρύτητα των CDI, 30.0% ήταν σοβαρές και 14.0% κεραυνοβόλες/σοβαρά επιπλεγμένες. 10.0% των CDI αφορούσαν υποτροπή και 2.0% επαναλοιμώξη. Θεραπευτικά, χορηγήθηκε βανκομυκίνη (78.0%) και φιδαξομικίνη (22.0%), μόνες ή σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη. Ενδονοσοκομειακές επιπλοκές καταγράφηκαν σε 66.0% των ασθενών. Η ενδονοσοκομειακή και η θνητότητα 30-ημερών ήταν 14.0% και 24.0% αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Οι προσπάθειες πρόληψης της CDI θα πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα ιδίως στους ηλικιωμένους που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Υπογραμμίζεται η ανάγκη ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών και εφαρμογής μέτρων περιορισμού της διασποράς κατά τη νοσηλεία.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 03

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΙΠΠΟΥΡΙΚΗΣ ΜΕΘΕΝΑΜΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δημήτρης Μπασούλης[1], Ελπίδα Μαστρογιάννη[1], Αικατερίνη Γκούφα[1], Δήμητρα Στεφανή[2], Χρήστος Ψαράκης[1], Μήνα Ψυχογυιού[1]

[1] *ΓΝΑ Λαϊκό*
[2] *ΓΝΑ ΚΑΤ*

Σκοπός: Η ιππουρική μεθεναμίνη, βάσει της μελέτης ALTAR, έχει αποδειχθεί μη κατώτερη της μακροχρόνιας αντιμικροβιακής προφύλαξης για την πρόληψη υποτροπιαζουσών λοιμώξεων ουροποιητικού. Ωστόσο, τα δεδομένα σε ασθενείς με ξένα σώματα, επαναλαμβανόμενους ουρολογικούς χειρισμούς ή λήπτες νεφρικού μοσχεύματος παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ιππουρικής μεθεναμίνης σε έναν σύνθετο πληθυσμό υψηλού κινδύνου.

Ασθενείς και μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με ιστορικό υποτροπιαζουσών λοιμώξεων ουροποιητικού και παρουσία ξένου σώματος, πολλαπλούς ουρολογικούς χειρισμούς ή λήψη νεφρικού μοσχεύματος. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ο ρυθμός επίπτωσης ουρολοιμώξεων ανά ανθρωπο-έτος πριν και μετά την έναρξη ιππουρικής μεθεναμίνης. Δευτερεύον καταληκτικό σημείο ήταν η συνολική έκθεση σε αντιμικροβιακά (days of therapy, DOT). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με αρνητική διωνυμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Συνταγογραφήθηκε ιππουρική μεθεναμίνη σε 22 άτομα, εκ των οποίων 2 δεν την έλαβαν, ενώ 4 ακόμη άτομα τέθηκαν ταυτόχρονα σε προφύλαξη με νιτροφουραντοΐνη και αποκλείστηκαν από την ανάλυση. Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 16 ασθενείς (94% γυναίκες) με μέση ηλικία 58.5±15.6 έτη και διάμεσο Charlson comorbidity index 2 [2-3]. 18.8% έφεραν ξένο σώμα, 6.3% νεφρολιθίαση με αποφρακτικά φαινόμενα, 6.3% έκανε εγχύσεις BCG και 62.5% ήταν λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Η έκθεση σε αντιμικροβιακά (DOT) μειώθηκε από 38.2 σε 9.4 DOT ανά ανθρωπο-έτος, με προσαρμοσμένο IRR 0.41 (95% CI 0.20–0.85, p=0.016), που αντιστοιχεί σε μείωση περίπου 59%. Ο ρυθμός επίπτωσης ουρολοιμώξεων μειώθηκε από 4.94 σε 1.01 επεισόδια ανά ανθρωπο-έτος. Σε πολυπαραγοντικό μοντέλο η ιππουρική μεθεναμίνη συσχετίστηκε με μείωση 76% στον ρυθμό επίπτωσης ουρολοιμώξεων (IRR 0.24, 95% CI 0.09–0.66, p=0.006), ανεξάρτητα από τη μεταμόσχευση και τον δείκτη Charlson. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν υψηλότερο ρυθμό επίπτωσης ουρολοιμώξεων (IRR 2.85, 95% CI 1.07–7.57, p=0.036), ενώ ο δείκτης Charlson δεν συσχετίστηκε σημαντικά.

Συμπεράσματα: Η ιππουρική μεθεναμίνη μείωσε σημαντικά την επίπτωση των ουρολοιμώξεων σε ένα μικρό δείγμα ασθενών με πολλαπλά προβλήματα και παράγοντες κινδύνου για σοβαρές λοιμώξεις.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 04

ΚΑΝΤΙΝΤΑΙΜΙΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑ-COVID-19 ΕΠΟΧΗ: Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΗΣ CANDIDA (CANDIDOZYMA) AURIS ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΦΛΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΕ ΕΝΔΗΜΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ

Σοφία- Γεωργία Πανταζή[1], Μαρία Σιώπη[2], Σεβαστή Λεβεντάκη[2], Μαργαρίτα Βαργιάμη[2], Αναστάσιος Ιωαννίδης[2], Σπύρος Πουρνάρας[2], Ιωσήφ Μελετιάδης[2]

[1] *Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*
[2] *Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα, Ελλάδα*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πανδημία COVID-19 άλλαξε σημαντικά την παγκόσμια επιδημιολογία της καντινταιμίας. Η αξιολόγηση της διατήρησης ή αναστροφής αυτών των μεταβολών στη μετά-πανδημική εποχή είναι κρίσιμη για την εφαρμογή στοχευμένων στρατηγικών επιτήρησης. Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η αποτύπωση των τρεχουσών τάσεων της λοίμωξης σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αθήνας (2024-2025), σε σύγκριση με την προ-πανδημική περίοδο αναφοράς (2009-2018), καθώς και με την πρώιμη (2020-2021) και την όψιμη (2022-2023) φάση της πανδημίας (Siopi *Eurosurveillance* 2024).

Υλικό και Μέθοδοι: Κατά τη διετία 2024-2025 εξετάστηκαν η επίπτωση της λοίμωξης, η κατανομή των ειδών (ταυτοποίηση με MALDI-ToF MS) και η ευαισθησία στα αντιμυκητικά (CLSI M27-Ed4 για *Candida* (*Candidozyma*) *auris*, EUCAST E.Def 7.4 για τα λοιπά είδη) στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν». Οι διαχρονικές τάσεις μεταξύ των διαφορετικών περιόδων αξιολογήθηκαν με μονόδρομη ANOVA ή έλεγχο x^2 για τάση.

Αποτελέσματα: Κατά τη μετα-COVID-19 περίοδο καταγράφηκαν 216 επεισόδια καντινταιμίας. Η συνολική επίπτωση (ανά 10.000 ημέρες νοσηλείας) σχεδόν τριπλασιάστηκε στην πανδημία πριν σταθεροποιηθεί (2,0, 3,9, 5,1 και 4,8, αντίστοιχα, p<0,0001). Η επίπτωση στις ΜΕΘ (ανά 1.000 εισαγωγές), αφού κορυφώθηκε εν μέσω πανδημίας, επανήλθε στα επίπεδα αναφοράς μετα-πανδημικά (17,5 έναντι 16,8, p=0,02), ενώ εκτός ΜΕΘ σημειώθηκε συνεχής, ανεξάρτητη αυξητική τάση (από 0,7 σε 1,5, p<0,0001). Η *C. auris* εδραιώθηκε ως κυρίαρχο παθογόνο (από 0% σε 30%, p<0,0001) μαζί με το σύμπλεγμα ειδών *C. parapsilosis* (32%). Η συνολική αντοχή στη φλουκοναζόλη παρέμεινε σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα (από 8% σε 34%, p<0,0001). Δεν ανιχνεύθηκε αντοχή στην αμφοτερικίνη Β, ενώ η αντοχή σε όλες τις εχινοκανδίνες εμφάνισε μη σημαντική άνοδο (από 0,3% σε 1,3%, p=0,12).

Συμπεράσματα: Μετα-πανδημικά, το φορτίο της καντινταιμίας παραμένει υψηλό λόγω της σταθερής ανόδου εκτός ΜΕΘ. Η *C. auris* και τα ανθεκτικά στη φλουκοναζόλη στελέχη έχουν μετατραπεί από αναδυόμενες απειλές σε ενδημικά παθογόνα, επιτάσσοντας αυξημένη επαγρύπνηση και αναπροσαρμογή των στρατηγικών ελέγχου λοιμώξεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 05

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ

Κωνσταντίνος Καρδαμάκης[1], Χριστίνα Αντωνιάδου[1], Παναγιώτης Κολοβός[1], Στεφανία-Ασπασία Μπακόλα[1], Μάριος-Βασίλειος Κουτρουλός[2], Κάρμεν Κοντογιαννίδη[3], Αθανάσιος Δελημύτης[1], Δημήτριος Τσιλιγγίρης[1], Χαράλαμπος Παπαγόρας[1], Ιωάννης Μητρούλης[1], Παναγιώτης Σκένδρος[1], Ευστράτιος Γαβριηλίδης[1]

[1] Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
[2] Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
[3] Τμήμα Πληροφορικής, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή/Σκοπός: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (ΛΕ) αποτελεί σοβαρή λοίμωξη με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα, παρά τη σημαντική πρόοδο στη διάγνωση και θεραπεία. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των κλινικών και μικροβιολογικών χαρακτηριστικών, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και έκβασης ασθενών με ΛΕ στην Α' Παθολογική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης και η σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών με ΛΕ που νοσηλεύτηκαν στην κλινική την περίοδο 1/6/2021-1/6/2026. Συλλέχθηκαν τα παρακάτω στοιχεία: δημογραφικά, συννοσηρότητες, προσβεβλημένη ανατομική θέση και είδος βαλβίδας, υπεύθυνο παθογόνο, επιπλοκές, θεραπευτική αντιμετώπιση, διάρκεια νοσηλείας και έκβαση.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 25 ασθενείς, εκ των οποίων 12 (48%) γυναίκες, με μέση ηλικία 63,7 έτη. Υποκείμενη καρδιοπάθεια παρατηρήθηκε σε 12/25 (48%) ασθενείς. Η μιτροειδής ήταν η συχνότερα προσβληθείσα βαλβίδα (44%), με δεύτερη την αορτική (32%), ενώ 16% εμφάνιζαν προσβολή ενδοκαρδιακών συσκευών. Οι 6/25 (24%) είχαν ΛΕ προσθετικής βαλβίδας, ενώ 5/6 ήταν μεταλλικές. Το συχνότερο παθογόνο ήταν ο S. Aureus (40%), σπανίως MRSA (2/10), ενώ ακολούθως οι πηκτάση-αρνητικοί Staphylococci (20%), οι πρασινίζοντες στρεπτόκοκκοι (16%), ενώ στο 16% των ασθενών δεν αναδείχθηκε παθογόνο. Καταγράφηκε από μία περίπτωση ενδοκαρδίτιδας από *Enterococcus faecalis* και *Pseudomonas Aeruginosa*. Επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 48% των ασθενών με συχνότερες την ανεπάρκεια βαλβίδας (32%), σηπτικά έμβολα (12%) και επίμονη μικροβιαιμία (8%). Το 32% χρειάστηκε χειρουργική αποκατάσταση βαλβίδας, ενώ οι μισοί εξ αυτών κατεπειγόντως. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 8%, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) 39,8 ημέρες, με υπολογιζόμενο κόστος νοσηλείας ~36.000€/ασθενή. Εξωνοσοκομειακή συνέχιση αντιβιοτικών ακολούθησε 20% των ασθενών.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα ήταν συγκρίσιμα με τη διεθνή βιβλιογραφία ως προς το μικροβιολογικό φάσμα, τις προσβεβλημένες βαλβίδες και τη θνητότητα. Η αυξημένη ΜΔΝ, έναντι νεότερων εθνικών κοορτών, πιθανώς αντανακλά την περιορισμένη εφαρμογή εξωνοσοκομειακής συνέχισης της αντιμικροβιακής αγωγής προ του 2023, η οποία έκτοτε υποστηρίζεται επίσημα από τις οδηγίες της ESC, σε επιλεγμένους σταθερούς ασθενείς και θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά το κόστος νοσηλείας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 06

ΠΑΝΔΗΜΙΕΣ, ΟΙ ΕΧΘΡΟΙ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΤΗΤΑΣ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΩΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

Δρ. Σεραφείμ Γ. Καστανάκης

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών· Κλινικός Λοιμωξιολόγος

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι λοιμώδεις νόσοι και οι πανδημίες αποτελούν διαχρονική απειλή για την ανθρωπότητα, προκαλώντας εκατομμύρια θανάτους στο πέρασμα των αιώνων. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η καταγραφή της ιστορικής εξέλιξης των σημαντικότερων πανδημιών, από την αρχαιότητα έως σήμερα, καθώς και η ανάδειξη της νόσου COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ως σύγχρονου παραδείγματος.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και ιστορικών πηγών σχετικά με τις μεγάλες πανδημίες της ανθρώπινης ιστορίας, συμπεριλαμβανομένων της πανώλης, της χολέρας, της ευλογιάς, του επιδημικού τύφου, του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) και της νόσου COVID-19, με έμφαση στην αιτιολογία, τη μετάδοση, τη θνητότητα και τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα: Η βελτίωση της υγιεινής, η ανάπτυξη εμβολίων και η ανακάλυψη αντιμικροβιακών ουσιών συνέβαλαν καθοριστικά στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα τον 20ό αιώνα. Ιστορικά, η πανώλη («Μαύρος Θάνατος») ευθύνεται για δεκάδες εκατομμύρια θανάτους, ενώ η ισπανική γρίπη (1918-1919) και η ευλογιά κατατάσσονται μεταξύ των θανατηφορότερων πανδημιών, με την τελευταία να έχει εξαλειφθεί πλήρως έως το 1980 χάρη σε παγκόσμια εκστρατεία εμβολιασμού. Η νόσος COVID-19 ανέδειξε νέες προκλήσεις, με ποικίλη κλινική εικόνα (πυρετό, βήχα, δύσπνοια), πιθανές σοβαρές επιπλοκές (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, θρομβωτικά επεισόδια) και θεραπευτικές επιλογές όπως η ρεμδεσιβίρη και η δεξαμεθαζόνη, ενώ τα μέτρα ατομικής προστασίας και αποστάσεων αποδείχθηκαν κρίσιμα για τον περιορισμό της διασποράς.

Συμπεράσματα: Η ιστορική μελέτη των πανδημιών αναδεικνύει τη διαρκή ανάγκη επαγρύπνησης, έγκαιρης διάγνωσης και επιστημονικής προόδου στην πρόληψη και θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων. Η εμπειρία από τη νόσο COVID-19 επιβεβαιώνει ότι η γνώση του παρελθόντος αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την αντιμετώπιση μελλοντικών πανδημιών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 07

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΟΜΠΕΤΙΧΟΛΙΚΟ ΟΞΥ ΣΕ ΕΛΑΦΙΜΠΡΑΝΟΡΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Νικόλαος Γατσέλης, Βασιλική Λυγούρα, Στέλλα Γκαμπέτα, Άννα Σαμακίδου, Δάφνη Σβερώνη, Γεώργιος Γιαννούλης, Καλλιόπη Ζάχου, Ειρήνη Ι. Ρηγοπούλου, Γεώργιος Ν. Νταλέκος

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-Rare Liver, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή/Σκοπός: Μετά την απόσυρση του ομπετιχολικού οξέος (ΟΧΟ), προέκυψε ανάγκη αξιολόγησης άλλων θεραπειών δεύτερης γραμμής για ασθενείς με πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα (ΠΧΧ). Η ελαφιμπρανόρη, διπλός αγωνιστής PPAR-α/δ, έχει δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, αλλά τα δεδομένα καθημερινής πρακτικής είναι περιορισμένα. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ασφαλείας της ελαφιμπρανόρης σε ασθενείς με ΠΧΧ μετά από ΟΧΟ.

Υλικό/Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΠΧΧ και ανεπαρκή ανταπόκριση στο ουρσοδεοξυχολικό οξύ, οι οποίοι έλαβαν ΟΧΟ και κατόπιν ελαφιμπρανόρη. Αξιολογήθηκαν η ανταπόκριση κατά POISE, η ομαλοποίηση της αλκαλικής φωσφατάσης (ΑΛΦ), ο κνησμός και η ασφάλεια της θεραπείας έως 12 μήνες μετά την έναρξη της ελαφιμπρανόρης.

Αποτελέσματα: Συνολικά 16 ασθενείς [15/16 (93.8%) γυναίκες, διάμεση ηλικία 58.5 έτη, 1/16 (6.3%) με κίρρωση] μετέβησαν από ΟΧΟ σε ελαφιμπρανόρη μετά από διάμεση διάρκεια ΟΧΟ 9.5 (10) μηνών. Η διάμεση ΑΛΦ μειώθηκε από 160 (66) IU/L στην έναρξη ΟΧΟ σε 104 (69) IU/L μετά 12 μήνες ελαφιμπρανόρης (p=0.019), ενώ η χολερυθρίνη μειώθηκε από 0.66 (0.56) mg/dL σε 0.50 (0.40) mg/dL (p=0.039). Η ανταπόκριση κατά POISE αυξήθηκε από 31.3% κατά τη διακοπή του ΟΧΟ σε 71.4% στους 6 μήνες και παρέμεινε 64.3% στους 12 μήνες υπό ελαφιμπρανόρη. Η ομαλοποίηση ΑΛΦ αυξήθηκε από 18.8% σε 64.3% στους 6 μήνες και διατηρήθηκε στο 57.1% στους 12 μήνες (p=0.008). Το ποσοστό των ασθενών με μέτριο/σοβαρό κνησμό μειώθηκε από 31.3% σε 14.3%. Δύο ασθενείς διέκοψαν την ελαφιμπρανόρη πριν το 6μηνο, ένας λόγω κοιλιακού άλγους και ένας κιρρωτικός λόγω ρήξης της αντιρρόπησης.

Συμπεράσματα: Η μετάβαση από ΟΧΟ σε ελαφιμπρανόρη συσχετίστηκε με περαιτέρω βιοχημική βελτίωση, αύξηση των ποσοστών ανταπόκρισης κατά POISE και ομαλοποίησης της ΑΛΦ, καθώς και μείωση του κνησμού. Η ελαφιμπρανόρη ήταν καλά ανεκτή και φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική εναλλακτική μετά τη διακοπή του ΟΧΟ.

[Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από την IPSEN. Η IPSEN δεν είχε συμμετοχή στο σχεδιασμό, την ανάλυση ή την ερμηνεία των αποτελεσμάτων]

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 08

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Νικόλαος Νεκτάριος Καραμανώλης[1], Κρυσταλία Δημητρίου[2], Βασίλειος Παπαδημητρόπουλος[1]

[1] Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
[2] Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η χρόνια λοίμωξη από τους ιούς της ηπατίτιδας Β (HBV) και C (HCV) αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η παρελθούσα HBV λοίμωξη ενέχει κίνδυνο αναζωπύρωσης κατά τη χορήγηση ανοσοτροποποιητικής θεραπείας, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία του ενδονοσοκομειακού προσυμπτωματικού ελέγχου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ορολογικών δεικτών HBV και HCV και των τιμών AST και ALT κατά την εισαγωγή νοσηλευόμενων ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε πτέρυγα της Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ υποβλήθηκαν σε έλεγχο για HBV και HCV. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα (<50, 51-70, >70 έτη).

Αποτελέσματα: Από 1/1/2025 έως 30/6/2025 ελέγχθηκαν 351 ασθενείς (μέση ηλικία 73,5±17,2 έτη). Θετικό HBsAg ανευρέθηκε στο 3,1% (11/351), ενώ μεμονωμένο anti-HBc, συμβατό με παρελθούσα HBV λοίμωξη, στο 26,8% (94/351). Προφίλ εμβολιασμού (HBsAg–/anti-HBc–/anti-HBs+) διαπιστώθηκε στο 9,4% (33/351), ενώ το 60,7% δεν παρουσίαζε ενδείξεις προηγούμενης έκθεσης στον HBV. Θετικό anti-HCV ανευρέθηκε στο 2,6% (9/351), με ανιχνεύσιμο HCV RNA σε δύο ασθενείς. Η συχνότητα παρελθούσας HBV λοίμωξης αυξανόταν σημαντικά με την ηλικία (7,7% έναντι 23,5% έναντι 31,3%, p=0,007), ενώ το ποσοστό εμβολιασμένων ήταν υψηλότερο στους ασθενείς <50 ετών (43,6% έναντι 4,7% και 5,3%, p<0,0001). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων. Οι τιμές AST και ALT ήταν υψηλότερες μόνο στους ασθενείς με ενεργό HBV λοίμωξη (p=0,011).

Συμπεράσματα: Το 26,8% των νοσηλευόμενων ασθενών είχε ενδείξεις παρελθούσας HBV λοίμωξης, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου πριν από ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Οι τρανσαμινάσες δεν αποτελούν αξιόπιστο κριτήριο επιλογής για screening, ενώ τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής ανοσίας αναδεικνύουν σημαντικά κενά στην εμβολιαστική κάλυψη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 09

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΣΕ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Σάββας Αμύγδαλος, Ιωάννης Ψαρομπάς, Σμαράγδα Κουκιά, Ιωάννης Αναστασίου, Αγγελική Φωτεινού, Δημήτριος Κούρτης, Ασπασία Σπανού, Παντελίνα Κολαινή, Κυριάκος Σπάρταλης, Νικόλαος Κεραμέας, Ηλίας Κουντούρης, Στυλιανός Καραταπάνης

Γ.Ν.ΡΟΔΟΥ

Εισαγωγή- Σκοπός : Η μακροχρόνια χορήγηση αγωγής με νουκλεοσιδικά ανάλογα έχει βελτιώσει σημαντικά την έκβαση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ), με συνέπεια την αύξηση της μέσης ηλικίας των ασθενών που λαμβάνουν τέτοια αγωγή. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε εάν αυτή η επιμήκυνση του προσδόκιμου των ασθενών ΧΗΒ συνδυάζεται με την ανάπτυξη συννοσηροτήτων που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νόσου και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 216 ασθενείς (Α/Γ= 130/86, μέσης ηλικίας 57,8) που ελάμβαναν αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα, με μέση περίοδο παρακολούθησης 9.9 έτη (εύρος 1-15). Οι ασθενείς υπεβάλλοντο στον ενδεικνυόμενο τακτικό εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς της μελέτης μας 78/216 (36.1%) ελάμβαναν αγωγή με tenofovir-disoproxil-fumarate (TDF), οι 116/216 (53,7%) ελάμβαναν εντεκαβίρη, ενώ 22/216(10.2%) ελάμβαναν αγωγή με tenofovir/alafenamide. Κίρρωση κατά την έναρξη της παρακολούθησης τους διαπιστώθηκε σε 27/216 (12,5%) ενώ ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) αναπτύχθηκε σε 5/216 (2.3%). Όσον αφορά την ύπαρξη συννοσηροτήτων υπερλιπιδαιμία διαπιστώθηκε σε 69/216 (31.9%), υπέρταση σε 48/216 (22.2%), και ΣΔ-2 σε 30/216 (13.8%).

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη μας διαπιστώθηκε η χαμηλή επίπτωση ΗΚΚ σε ασθενείς υπό αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα, ενώ σημαντικός αριθμός αυτών ανέπτυξαν ή διέθεταν συννοσηρότητες στη πορεία παρακολούθησης (υπερλιπιδαμία, υπέρταση, ΣΔ-2).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 10

Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ (FIBROSCAN ΚΑΙ SHEARWAVE) ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ασπασία Σπανού, Σάββας Αμύγδαλος, Αγγελική Φωτεινού, Δημήτριος Κούρτης, Παντελίνα Κολαινή, Ιωάννης Ψαρομπάς, Ιωάννης Αναστασίου, Σμαράγδα Κουκιά, Νικόλαος Κεραμέας, Κυριάκος Σπάρταλης, Ηλίας Κουντούρης, Στυλιανός Καραταπάνης

Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ελαστογραφία ήπατος αποτελεί σήμερα τη μέθοδο αναφοράς για την μη επεμβατική εκτίμηση της ίνωσης σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Η μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας γίνεται συνηθέστερα με μέθοδο TransientElastography (FIBROSCAN), ωστόσο κάποια κέντρα χρησιμοποιούν την Shear-Wave-Elastography (SWE). Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι τυχόν διαφορές στη διαγνωστική ακρίβεια μεταξύ των δυο μεθόδων εκτίμησης της ηπατικήςακαμψίας σε ασθενείς με χρόνιαηπατική νόσο.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 148 ασθενείς (Α/Γ=99/49, μέσηηλικία=48.2 έτη) με χρόνια ηπατίτιδα C(ΧΗC, N=44), χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ, N=43) και μεταβολικά συνδεόμενη λιπώδη νόσο ήπατος (MASLD, N=61). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε FIBROSCAN και SWE, σε κοντινό χρονικό διάστημα (<δύο εβδομάδες). Με το FIBROSCAN εγινετο μέτρηση και του βαθμού ηπατικής στεάτωσης με μέθοδο CAP(Controlled-Attenuation-Parameter). Ο βαθμός συσχέτισης των τιμών ηπατικής ακαμψίας με FIBROSCAN και SWEαξιολογήθηκε με συντελεστή συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C ή Β δεν διέφεραν στην ηλικία (47.2±6.6 προς 47.6±4), το BMI (26,4±3.6 προς 25.2±3.5) και την εκτίμηση της λίπωσης μέσω CAP (244±56, προς 220±41). Αντιθέτως, οι ασθενείς με MASLD διέθεταν υψηλότερη τιμή BMI (29.1±3.3) και τη τιμή λίπωσης (290±33). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση στη μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας με τις δυο ελαστογραφικές μεθόδους και στις τρεις ομάδες ασθενών: ΧΗC (r= 0.911, p<0.001), ΧΗΒ (r= 0.742, p<0.001) και MASLD (r=0.851, p<0.001).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β και Cή MASLD το FIBROSCAN και η SWE προσφέρουν στενή συσχέτιση στην εκτίμηση του βαθμού της ηπατικής ακαμψίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 11

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΝΗΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ UDCA ΚΑΙ ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ PPAR

Κωνσταντίνος Μαγγανάς[1], Κλαίρη Παπαχρήστου[1], Μαρία Αγγελάρα[1], Δάφνη Γερμανού[2], Βασίλειος Σερεπίσος[2], Θεόδωρος Ανδρουτσάκος[2]

[1] Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
[2] Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο κνησμός και η κόπωση αποτελούν τα συχνότερα συμπτώματα της Πρωτοπαθούς Χολικής Χολαγγειΐτιδας (PBC), επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής. Οι νεότερες θεραπείες αναμένεται να βελτιώσουν τη συμπτωματολογία. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της επίδρασής τους στον κνησμό και την κόπωση μέσω σταθμισμένων ερωτηματολογίων.

Υλικό-Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη παρατήρησης σε 11 γυναίκες με PBC (μέση ηλικία: 63,7 έτη, διάρκεια νόσου: 3,4 έτη), υπό UDCA για 2,14 έτη. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια PBC-40, PROMIS, 5-D Itch Scale, NRS και SF-36. Έγινε σύγκριση μεταξύ αρχικής εκτίμησης και 6 μηνών μεταξύ της ομάδας των 7 ασθενών που συνέχισαν τη μονοθεραπεία με UDCA και της ομάδας των 4 ασθενών που έλαβαν συμπληρωματικά PPAR αγωνιστή.

Αποτελέσματα: Στο baseline, η ομάδα PPAR ήταν σημαντικά πιο επιβαρυμένη από την ομάδα UDCA σε κνησμό (NRS: 6,5 έναντι 3, 5-D: 17 έναντι 11) και κόπωση (SF-36 Fatigue: 25 έναντι 70, PBC-40 Fatigue: 37,5 έναντι 26). Στο σύνολο του δείγματος, ο κνησμός βελτιώθηκε στους 6 μήνες (PBC-40 Pruritus: 9 σε 6, διάμεση NRS: 4 σε 3, μέγιστη NRS: 7 σε 3, 5-D: 13 σε 10), ενώ η κόπωση εμφάνισε μικρές μεταβολές (PBC-40 Fatigue: 30 σε 29, PROMIS: 55,1 σε 50,8, SF-36 Fatigue: 45 σε 47,5). Στην υποομάδα UDCA σημειώθηκε περαιτέρω υποχώρηση κνησμού (PBC-40 Pruritus: 9 σε 4, διάμεση NRS: 3 σε 1). Αντίθετα, στην επιβαρυμένη υποομάδα PPAR, οι δείκτες παρουσίασαν ελάχιστες μεταβολές, υποδηλώνοντας σταθεροποίηση των συμπτωμάτων (NRS: 6,5 σε 6,5, 5-D: 17 σε 16, PBC-40 Fatigue: 37,5 σε 37, SF-36 Fatigue: 25 σε 28,1). Οι υπόλοιπες διαστάσεις των PBC-40 και SF-36 εμφάνισαν ετερογενείς μεταβολές.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με PBC που οδηγούνται σε προσθήκη PPAR παρουσιάζουν υψηλότερο baseline φορτίο συμπτωμάτων. Η θεραπεία με PPAR επιτυγχάνει κλινική σταθεροποίηση κνησμού και κόπωσης στους 6 μήνες, αποτρέποντας την επιδείνωση σε αυτή την απαιτητική υποομάδα. Η συστηματική χρήση PROMs είναι απαραίτητη για την ολιστική διαχείριση της νόσου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 12

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΒΑΡΥΤΕΡΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΛΙΠΟΠΕΝΙΑ-ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Μαγδαληνή Αδάμαντου[1], Ελένη Περγαντίνα[1], Αικατερίνη Καμηλίου[1], Φώτιος Κοτσόπουλος[1], Ειρήνη Μάρκου[1], Ελένη Αναστασιάδη[1], Γεώργιος Σχινάς[1], Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου[1], Ελευθέριος Χαλκίδης[1], Μαγδαληνή Γιαγτζόγλου[1], Νικόλαος Πλατάκης[1], Θεόδωρος Σεφερλής[1], Δημήτριος Μουζιούρας[2], Βασίλειος Λεκάκης[2], Αντωνία Νεονάκη[2], Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης[2], Ευάγγελος Χολόγκιτας[1, 2]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*
[2] *Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι διαφορές μεταξύ των ασθενών με αλκοολικής αιτιολογίας κίρρωση, σε σχέση με τα λοιπά αίτια όσον αφορά τη σαρκοπενία, τη μυϊκή λειτουργικότητα και την κατανομή του λιπώδους ιστού δεν έχει διερευνηθεί στη βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η σύγκριση των παραπάνω χαρακτηριστικών μεταξύ των δύο ομάδων σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών με κίρρωση.

Υλικό/Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 368 ασθενείς. Έγινε καταγραφή κλινικών/εργαστηριακών παραμέτρων περιλαμβανομένης της 25(OH) βιταμίνης D, υπολογισμός MELD-Na και Child-Turcotte-Pugh (CTP) σκορ. Η μυϊκή μάζα αξιολογήθηκε με την περιφέρεια μυός στο μέσο του βραχίονα (MAMC) και τη DEXA για τον υπολογισμό του δείκτη μυϊκής μάζας άκρων (ALMI), καθώς και της κατανομής λίπους σε διάφορες ανατομικές περιοχές. Η μυϊκή δύναμη εκτιμήθηκε με τη χειροδυναμομέτρηση ενώ αξιολογήθηκε το σύντομο τεστ σωματικής απόδοσης (SPPB) και ο δείκτης ευθραυστότητας με το Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση (n=121, 33%), σε σχέση με άλλης αιτιολογίας (n=247, 67%), είχαν υψηλότερες τιμές κρεατινίνης (1,08 vs 0,87mg/dl, p<0,001) και INR (1,6 vs 1,4, p<0,001), χαμηλότερα επίπεδα λευκωματίνης (3,3 vs 3,5g/dL, p=0,03) και Na (135 vs 137mmol/L, p=0,002) και υψηλότερα σκορ MELD-Na: 16 vs 13 και CTP: 9 vs 7, p<0,01. Ακόμη, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα 25(OH) βιταμίνης D (12 vs 24ng/ml, p=0,006). Δεν διαπιστώθηκε διαφορά όσον αφορά τα MAMC, χειροδυναμομέτρηση, SPPB, LFI και ALMI, ενώ οι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση ήταν περισσότερο λιποπενικοί με βάση την πτυχή τρικεφάλου (19 vs 22, p=0,001), αλλά και του συνολικού ποσοστού λίπους σώματος (31 vs 35%, p=0,002).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με αλκοολική κίρρωση παρουσιάζουν βαρύτερη ηπατική νόσο, χαμηλότερα επίπεδα 25(OH) βιταμίνης D και λιποπενία συγκριτικά με τους ασθενείς άλλης αιτιολογίας. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να συμβάλουν στη βέλτιστη διαχείριση της ομάδας αυτών των ασθενών με στόχο την καλύτερη έκβαση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 13

ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟΥ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αριστοτέλης-Ηλίας Παζιώνης[1], Βαλεντίνα Καραντάνα[1], Αιμιλία Πελεκάνου[1], Αικατερίνη Καμπόλη[1], Ιωάννης Γρηγορόπουλος[1], Ιωάννης Τσάμης[1], Σταυρούλα-Πορφυρία Χαχάλη[1], Συμεών Παναγιωτάκης[2], Δημήτριος Καραγιαννάκης[1], Σωτήριος Τσιόδρας[1], Γεώργιος Παυλίδης[1]

[1] *Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»*
[2] *Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ευπάθεια επηρεάζει σημαντικά την κλινική έκβαση της οξείας νόσησης στους ηλικιωμένους. Ο Πολυδιάστατος Προγνωστικός Δείκτης (Multidimensional Prognostic Index-MPI) βασίζεται στην ολιστική γηριατρική αξιολόγηση. Με βάση τη συνολική βαθμολογία, οι ασθενείς ταξινομούνται σε χαμηλού (MPI1: 0-0,33), μετρίου (MPI2: 0,34-0,66) και υψηλού κινδύνου (MPI3: 0,67-1,00) δυσμενούς κλινικής έκβασης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας του MPI για τη βραχυπρόθεσμη θνητότητα γηριατρικών ασθενών με οξεία λοίμωξη.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς >65 ετών που νοσηλεύτηκαν λόγω οξείας λοίμωξης και αξιολογήθηκαν με τη χρήση του MPI εντός 48-72 ωρών από την εισαγωγή. Η βαρύτητα της λοίμωξης εκτιμήθηκε με τη βαθμολογία SOFA. Καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η θνητότητα εντός 30 ημερών από την εισαγωγή, συμπεριλαμβανομένης τόσο της ενδονοσοκομειακής θνητότητας όσο και της θνητότητας μετά το εξιτήριο.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 138 γηριατρικοί ασθενείς (μέση ηλικία: 82 έτη, 52,9% άνδρες) που εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική σε διάστημα 6 εβδομάδων. Εξήντα επτά ασθενείς (48,6%) παρουσίαζαν λοίμωξη αναπνευστικού, 32 (23,2%) λοίμωξη ουροποιητικού, 29 (21%) ενδοκοιλιακή λοίμωξη και 10 (7,2%) λοίμωξη μαλακών μορίων. Η μέση τιμή MPI ήταν 0,50 και η μέση βαθμολογία SOFA 3,25. Συνολικά, 28 ασθενείς (20,3%) απεβίωσαν εντός 30 ημερών από την εισαγωγή (20 εντός νοσηλείας και 8 μετά το εξιτήριο). Υψηλότερες τιμές MPI συσχετίστηκαν με υψηλότερη βαθμολογία SOFA ανεξαρτήτως είδους λοίμωξης (r=0,380, p<0,001) και αυξημένη θνητότητα (MPI1: 2,4%, MPI2: 13%, MPI3: 41,2%, p<0,001). Η ανάλυση της καμπύλης ROC έδειξε ότι ο MPI διαθέτει καλή προγνωστική ικανότητα για τη θνητότητα (AUC=0,796, 95% CI: 0,718-0,874). Κάθε αύξηση του MPI κατά 0,1 μονάδα συσχετίστηκε με αύξηση κατά 62% της πιθανότητας θανάτου εντός 30 ημερών (OR=1,62, 95% CI: 1,30-2,01, p<0,001).

Συμπεράσματα: Ο δείκτης MPI μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη της θνητότητας σε γηριατρικούς ασθενείς με οξεία λοίμωξη, συμβάλλοντας στην έγκαιρη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και στην παροχή εξατομικευμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 14

«ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ»

Σπυρίδων - Μάριος Δεληθέος, Μαρία Δαφνή, Νικόλαος Πολίτης, Μαρίνα - Αικατερίνη Παγκάκη - Σκαλιώρα, Βασιλική Τζαβάρα

Κοργιαλένειο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Α' Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επανεισαγωγή ασθενών σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και κατανάλωση πόρων. Η διερεύνηση των αιτίων μπορεί να αναδείξει τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η περαιτέρω καταγραφή και διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ασθενών που επανεισάγονται.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συλλογή δεδομένων, μέσω ειδικής φόρμας για ασθενείς με προηγούμενη νοσηλεία εντός εξαμήνου. Ελέγχθηκαν από δυο ανεξάρτητους ερευνητές και ακολούθως, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση και υπολογίστηκαν οι δείκτες ACCI, LACE, HOSPITAL.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 01/05/2026 – 20/06/2026 το 31.2% (n= 69) του συνόλου των ασθενών (n=221) που εισήχθησαν στην κλινική μας είχε πρόσφατη νοσηλεία. Η μέση ηλικία ήταν 77,6 έτη, το 54% ήταν άνδρες και το 75% διέμενε στην οικία του. Η πλειοψηφία των ασθενών, 39.13% (27 ασθενείς), επανεισήχθη λόγω επιπλοκών οφειλόμενων στη προηγούμενη νοσηλεία, το 36.2% (25 ασθενείς) λόγω υποτροπής της αρχικής νόσου ενώ μόλις το 23.2% (16 ασθενείς) αφορούσε ιατρικό πρόβλημα ανεξάρτητο της προηγούμενης νοσηλείας. Το 53.62% (n=37) των ασθενών είχε νοσηλευτεί πάλι σε παθολογική κλινική και από αυτούς το 54% (n=20) επανεισήχθησαν λόγω υποτροπής. Η μέση διάρκεια προηγούμενης νοσηλείας ήταν 13.7 ημέρες και δεν φάνηκε να σχετίζεται η διάρκεια νοσηλείας με τον λόγο επανεισαγωγής. Από τους προγνωστικούς δείκτες (ACCI, LACE, HOSPITAL), φαίνεται ότι οι ασθενείς μας, κατατάσσονται κυρίως στην κατηγορία μέτριου έως υψηλού κινδύνου για επανεισαγωγή.

Συμπεράσματα: Οι άμεσες επιπλοκές και η υποτροπή της αρχικής νόσου αποτελούν τα κυριότερα αίτια επανεισαγωγής. Η ορθότερη θεραπευτική στρατηγική, η βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και ιδιαίτερα η ενίσχυση της μετανοσοκομειακής παρακολούθησης ενδέχεται να συμβάλουν στη μείωση των επανεισαγωγών. Οι δείκτες LACE και HOSPITAL είναι χρήσιμα εργαλεία στην αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου που χρήζουν εντατικότερης παρακολούθησης μετά το εξιτήριο.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 15

Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΤΙ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ;

Ελένη Νταλαούτη, Χριστόδουλος Δολαψάκης, Δημήτριος Μπούμπας
Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ - Γ.Ν.Δ.Α. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί καθημερινή πρόκληση για τις Παθολογικές Κλινικές της χώρας, στις οποίες νοσηλεύεται η συντριπτική πλειονότητά τους. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτού του πληθυσμού και της διαγνωστικής προσέγγισης που εφαρμόζεται.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναδρομική και προοπτική καταγραφή ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του ΠΓΝ «Αττικόν» κατά την περίοδο 2020–2025, με διάγνωση οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ, οι οποίοι δεν ήταν επιλέξιμοι για ενδοφλέβια θρομβόλυση.

Αποτελέσματα: Η κοόρτη περιλάμβανε 638 ασθενείς, με διάμεση ηλικία 82 έτη (76–87), εκ των οποίων το 53,4% ήταν γυναίκες. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7 ημέρες (5–12), ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 11,9% (n=76). Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν η αρτηριακή υπέρταση (78,4%, n=500), η δυσλιπιδαιμία (50,2%, n=320) και ο σακχαρώδης διαβήτης (34,6%, n=221). Σχεδόν τέσσερις στους δέκα ασθενείς (39,3%, n=251) είχαν ιστορικό καρδιοπάθειας (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια ή κολπική μαρμαρυγή), ενώ προϋπάρχουσα άνοια και προηγούμενο ΑΕΕ καταγράφηκαν στο 29,0% (n=185) και 20,5% (n=131), αντίστοιχα. Η αντιπηκτική αγωγή πριν από το ΑΕΕ ήταν ανεπαρκής σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με γνωστή κολπική μαρμαρυγή, είτε λόγω μη χορήγησης (19,9%, n=30) είτε λόγω μη ενδεδειγμένης δοσολογίας (25,0%, n=24). Η διάμεση βαθμολογία NIHSS κατά την εισαγωγή ήταν 6 (4–12), ενώ το 32,9% των ασθενών λάμβανε ήδη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Ένας στους δύο ασθενείς υποβλήθηκε σε triplex καρωτίδων, ενώ μόλις ένας στους έξι σε αξονική αγγειογραφία τραχήλου. Στο 40,4% των περιπτώσεων δεν ήταν δυνατός ο προσδιορισμός της αιτιολογίας του ΑΕΕ. Οι λοιμώξεις αποτέλεσαν τις συχνότερες ενδονοσοκομειακές επιπλοκές (32,6%, n=208), ενώ αιμορραγική μετατροπή του ισχαιμικού ΑΕΕ παρατηρήθηκε στο 5,2% (n=33).

Συμπεράσματα: Η κοορτή ασθενών με ΑΕΕ αναδεικνύει την πολυπλοκότητα στην διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενούς. Η ανάπτυξη οργανωμένων καταγραφών θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και της εφαρμογής ορθής δευτερογενούς πρόληψης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 16

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ: ΜΕΛΕΤΗ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Μιχαέλα Φραγκονικολάκη[1], Ευανθία Μητσιοκάπα[1], Σωτηρία Γρηγοροπούλου[1], Μαρία Ταμπάκη[1, 2], Αικατερίνη Αργυράκη[2], Πέτρος Σφηκάκης[3], Ευρυδίκη Κραββαρίτη[1]

[1] *ΠΜΣ «Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*
[2] *Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»*
[3] *Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα των γηριατρικών παρεμβάσεων εξαρτάται από τη μακροχρόνια τήρηση των συστάσεων (adherence) από τους ασθενείς, η οποία στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα παραμένει ελλιπής, περιορίζοντας το κλινικό όφελος. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των εμποδίων τήρησης των συστάσεων από τους ηλικιωμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Υλικό και Μέθοδοι: Διεξήχθησαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε διαδοχικούς περιπατητικούς ασθενείς κατά την πρώτη επανεκτίμησή τους, εντός εξαμήνου από την αρχική επίσκεψη στο γηριατρικό ιατρείο της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ και της Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΝΘΑ 'Σωτηρία' (Οκτώβριος 2025 – Μάρτιος 2026). Διερευνήθηκαν τα εμπόδια τήρησης των συστάσεων για φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία και διατροφή. Για την κατηγοριοποίησή τους εφαρμόστηκε ποιοτική θεματική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 94 ασθενείς (71% γυναίκες, μέση ηλικία: 82 έτη), εκ των οποίων 85 έλαβαν παρεμβάσεις και μόλις 36 (42%) συμμορφώθηκαν πλήρως. Τα υψηλότερα ποσοστά μη τήρησης καταγράφηκαν στις οδηγίες για φυσικοθεραπεία (24%), ακολουθούμενα από τις αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή (19%) και τις διατροφικές συστάσεις (8%). Η θεματική ανάλυση ανέδειξε ότι τα κυριότερα εμπόδια στην τήρηση των συστάσεων για φυσικοθεραπεία ήταν η δυσκολία μετακίνησης στο φυσικοθεραπευτήριο (18%), η προσωπική επιλογή (8%), ο φόβος πρόκλησης τραυματισμού (6%), η οικονομική επιβάρυνση (2%) και η απουσία φροντιστή για τη μεταφορά (2%). Όσον αφορά τις αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή, οι ασθενείς ανέφεραν ως εμπόδια τον φόβο υποτροπής των συμπτωμάτων (11%), την προσωπική επιλογή (11%), τον φόβο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (9%) και τη διαφωνία με άλλη ιατρική ειδικότητα (6%). Τέλος, στη διατροφή, οι αιτίες αφορούσαν την προσωπική επιλογή (14%), τη δυσκολία προμήθειας υλικών (10%) και τον φόβο παρενεργειών (4%).

Συμπεράσματα: Η μη συμμόρφωση στις γηριατρικές συστάσεις είναι συχνή και σχετίζεται με τον φόβο παρενεργειών, τις πεποιθήσεις των ασθενών και πρακτικά ή οικονομικά εμπόδια. Για την ενίσχυση της τήρησης των οδηγιών, απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις εστιασμένες στις ψυχολογικές και επικοινωνιακές πτυχές της θεραπευτικής σχέσης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 17

ΕΥΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΘΡΕΨΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μαρία Ταμπάκη, Μιχαέλα Φραγκονικολάκη, Εργίνα Συρίγου, Κυριακή Γεωργιάδη, Θεόδωρος Κατσίκας, Χαράλαμπος Μπιρμπίλης, Αικατερίνη Αργυράκη

Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η παρουσία γηριατρικών συνδρόμων ενδέχεται να προβλέπουν αποτελεσματικότερα την έκβαση νοσηλείας στους ασθενής μεγαλύτερης ηλικίας με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), σε σχέση με παραδοσιακούς μεταβολικούς δείκτες όπως ο γλυκαιμικός έλεγχος.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη σε 59 νοσηλευόμενους ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με ΣΔ2. Αξιολογήθηκαν η ευπάθεια (Clinical Frailty Scale, CFS), η θρεπτική κατάσταση (Mini Nutritional Assessment, MNA), ο κίνδυνος σαρκοπενίας (SARC-F), το φορτίο συννοσηροτήτων (Charlson Comorbidity Index, CCI) και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Ως εκβάσεις ορίστηκαν η παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας (>8ημέρες) και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η δυσθρεψία (MNA≤7) συσχετίσθηκε σημαντικά με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας (65,2% έναντι 31,0%, p=0,024). Χαμηλότερη βαθμολογία MNA συσχετίσθηκε ανεξάρτητα με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (β≈−0,8 ημέρες ανά μονάδα αύξησης της βαθμολογίας, p≈0,04). Οι ασθενείς που κατέληξαν κατά τη νοσηλεία εμφάνιζαν υψηλότερο βαθμό ευπάθειας (διάμεση τιμή CFS 8 έναντι 6, p<0,01) και μεγαλύτερη δυσθρεψία (διάμεση τιμή MNA 4 έναντι 8, p<0,01). Ο κίνδυνος σαρκοπενίας (SARC-F) παρουσίασε τάση συσχέτισης με παρατεταμένη νοσηλεία, χωρίς όμως στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Η πολυφαρμακία και η HbA1c δεν συσχετίσθηκαν σημαντικά με τη διάρκεια νοσηλείας ή την ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

Συμπεράσματα: Η ευπάθεια και η δυσθρεψία φαίνεται να υπερέχουν των μεταβολικών δεικτών στην εκτίμηση δυσμενούς έκβασης νοσηλείας. Η συστηματική ενσωμάτωση της ολοκληρωμένης γηριατρικής αξιολόγησης στη νοσοκομειακή φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην ακριβέστερη διαστρωμάτωση κινδύνου και να υποστηρίξει τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 18

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ, ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ FRAIL ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ευρυδίκη Κραββαρίτη[1], Μαρία Ψαλτάκου[2], Δανάη Σγουροπούλου[3], Βισσαρίων Φυσικόπουλος[4], Γρηγοροπούλου Σωτηρία[2], Σφηκάκης Πέτρος[1], Κοτσάνη Μαρίνα[5]

[1] *Γηριατρική Μονάδα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΜΣ «Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα*

[2] *ΠΜΣ «Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα*

[3] *Γηριατρική Μονάδα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα*

[4] *Σχολή Αγρονόμων και Τοπογράφων Μηχανικών – Μηχανικών Γεωπληροφορικής, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Ελλάδα*

[5] *Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Έρευνας της Γήρανσης*

Εισαγωγή: Υπάρχει ανάγκη για ένα ταχύ και αξιόπιστο εργαλείο αυτοαναφοράς προσυμπτωματικού ελέγχου και ανίχνευσης της ευπάθειας , που να χρησιμοποιείται σε νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές υγείας . Στόχος της μελέτης ήταν η μετάφραση, διαπολιτισμική προσαρμογή και επικύρωση με συγχρονική μελέτη, της ελληνικής έκδοσης κλίμακας FRAIL στο εξωτερικό ιατρείο γηριατρικής ενός τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου .

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών που διέμεναν στην κοινότητα και προσέρχονταν για παρακολούθηση στο εξωτερικό γηριατρικό ιατρείο για το διάστημα από τον Ιούνιο του 2022 έως τον Μάιο του 2023. Η πρωτότυπη αγγλική έκδοση της κλίμακας FRAIL μεταφράστηκε στα ελληνικά με τη διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης . Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αξιολογήθηκε με τη μέθοδο των γνωστών ομάδων , χρησιμοποιώντας ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα (one-way ANOVA), ενώ η συντρέχουσα εγκυρότητα κριτηρίου αξιολογήθηκε μέσω σύγκρισης με τις κλίμακες Short Physical Performance Battery (SPPB), Clinical Frailty Scale (CFS) και τις κλίμακες εκτίμησης ανεξαρτησίας ενός ατόμου για τις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Activities of Daily Living – ADL), χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r).

Αποτελέσματα: Η ελληνική έκδοση της κλίμακας FRAIL παρουσίασε ικανοποιητική διαγνωστική ακρίβεια ανίχνευσης της ευπάθειας σε δείγμα 90 ηλικιωμένων εξωτερικών ασθενών (62,2% γυναίκες). Η συντρέχουσα εγκυρότητα επιβεβαιώθηκε από τη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα SPPB ($r = -0,51$, $p<0,001$). Επιπλέον, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες αξιολόγησης της ευπάθειας, όπως η κλίμακα Katz ADL ($r = -0,491$, $p<0,001$), η κλίμακα Lawton για τις Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Instrumental ADL) ($r = -0,617$, $p<0,001$) και η CFS ($r = 0,608$, $p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η ελληνική έκδοση της κλίμακας FRAIL αποτελεί ένα ταχύ και αξιόπιστο εργαλείο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της γηριατρικής ευπάθειας σε ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν στην κοινότητα και μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της έρευνας σχετικά με την επιδημιολογία και τις κλινικές επιπτώσεις της ευπάθειας στην Ελλάδα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 19

ΣΥΧΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ SCORES ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΣΗΨΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΗΨΗ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ιωάννα Μαρλαφέκα[1], Προκόπης Καρύδης[1], Φανή Τσιάχα[2], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Δημήτρης Ευθυμίου[1], Μυρτώ Γιαννικοπούλου[2], Δημήτρης Βελισσάρης[1,2], Μάρκος Μαραγκός[1,2,3], Μαρία Λαγκαδινού[1,2]

[1] *Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*
[2] *Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών*
[3] *Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κακοήθειες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σήψης και δυσμενών εκβάσεων. Η έγκαιρη αξιολόγησή τους παραμένει δύσκολη, καθώς οι φλεγμονώδεις βιοδείκτες επηρεάζονται από την κακοήθεια, την αντινεοπλασματική θεραπεία και τον λοιμογόνο παράγοντα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας των φλεγμονωδών βιοδεικτών και δεικτών βαρύτητας της σήψης σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους και οξείες λοιμώξεις.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Προοπτική μονοκεντρική μελέτη σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο 110 ασθενών με συμπαγείς όγκους και τεκμηριωμένες λοιμώξεις. Αξιολογήθηκαν βιοδείκτες όπως ο λόγος γαλακτικής αφυδρογονάσης/λευκωματίνης (LAR), ουδετερόφιλων/λεμφοκυττάρων (NLR) και αιμοπεταλίων/λεμφοκυττάρων (PLR), παράλληλα με τα scores βαρύτητας σήψης (SOFA, qSOFA, L-qSOFA). Οι συσχετίσεις με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα και την παρατεταμένη νοσηλεία (>10 ημέρες) αξιολογήθηκαν με μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις ενώ χρησιμοποιηθήκαν και οι καμπύλες ROC για τον προσδιορισμό της προγνωστικής αξίας των παραπάνω βιοδεικτών.

Αποτελέσματα: Οι λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού αποτέλεσαν τις συχνότερες εστίες λοίμωξης. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, υψηλότερες τιμές των: LAR, γαλακτικού οξέος, καθώς και υψηλότερες βαθμολογίες SOFA, qSOFA και L-qSOFA συσχετίστηκαν με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα ($p < 0,05$). Ο LAR παρουσίασε την υψηλότερη προγνωστική ικανότητα για την ενδονοσοκομειακή θνητότητα (AUC = 0,682), ακολουθούμενος από το γαλακτικό οξύ (AUC = 0,662) και το SOFA σκορ (AUC = 0,649). Οι δείκτες NLR και PLR δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τη θνητότητα. Όσον αφορά την παρατεταμένη νοσηλεία (>10 ημέρες), μόνο ο PLR εμφάνισε οριακή συσχέτιση ($p = 0,050$· AUC = 0,618). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, κανένας από τους φλεγμονώδεις βιοδείκτες δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα θνητότητας, ενώ η ηλικία ήταν ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για παρατεταμένη νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους και λοιμώξεις, οι δείκτες LAR, γαλακτικό οξύ και τα scores βαρύτητας σήψης συσχετίστηκαν με θνητότητα, χωρίς ανεξάρτητη προγνωστική σημασία. Ο PLR παρουσίασε περιορισμένη αξία στην πρόβλεψη παρατεταμένης νοσηλείας. Απαιτούνται μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες για την αναζήτηση του ρόλου των ανωτέρω βιοδεικτών στους ογκολογικούς ασθενείς με σήψη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 20

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ 30 ΗΜΕΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΤΕΡΥΓΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κρυσταλία Δημητρίου[1], Νικόλαος-Νεκτάριος Καραμανώλης[2], Βασίλειος Παπαδημητρόπουλος[2]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ*
[2] *Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

Εισαγωγή / Σκοπός: Να διερευνήσουμε τα επιδημιολογικά και μικροβιολογικά χαρακτηριστικά των βακτηριαιμιών νοσηλευόμενων στην Παθολογική κλινική και των προγνωστικών παραγόντων έκβασης των ασθενών.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης νοσηλευόμενων σε πτέρυγα της παθολογικής κλινικής σε μία περίοδο 3ετίας (04/2023-04/2026). Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, μικροβιολογικά δεδομένα, προφίλ αντοχής και δεδομένα έκβασης ασθενών.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 113 επεισόδια βακτηριαιμίας. Άνδρες: n=65 (57,5%), διάμεση ηλικία: 79 έτη (IQR 72-88), διάμεσος δείκτης νοσηρότητας Charlson (CCI): 6 (IQR 5-7). 31,9% των ασθενών εμφάνισε σηπτική καταπληξία. 60,2% των βακτηριαιμιών αφορούσαν σχετιζόμενες με χώρους υγείας λοιμώξεις (HCA), εκ των οποίων community-onset (HCA-COI) 42.5% και hospital-onset (HCA-HOI) 17.7%. Η συχνότερη εστία ήταν, ουροποιητικό (35,4%) και ακολούθως ενδοκοιλιακή/χοληφόρα (17,7%) και σχετιζόμενη με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες (14,2%). Ο συχνότερος βακτηριακός πληθυσμός ήταν τα Gram-αρνητικά (47,8%). Συχνότερα εντοπιζόμενοι μικροοργανισμοί ήταν *Escherichia coli* (22.1%), *Klebsiella pneumoniae* (17.7%) και *Enterococcus spp* (13.3%). Ως προς το προφίλ αντοχής στα αντιβιοτικά, πολυανθεκτικά βακτήρια (MDRO) απομονώθηκαν σχεδόν στις μισές περιπτώσεις (55/113, 48.7%). Μεταξύ αυτών, εντεροβακτηριακά με παραγωγή καρβαπενεμασών (CRE) ανιχνεύθηκαν σε 25.5% και ευρέος φάσματος β-λακταμασών (ESBL) σε 16.4% των περιπτώσεων. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* και Vancomycin-resistant *Enterococcus* απομονώθηκαν σε 9.1% αμφότερα. Η ενδονοσοκομειακή και η θνητότητα 30-ημερών ήταν 19.5% και 31.0% αντιστοίχως. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, oCCI, το άρρεν φύλο, η καρδιακή ανεπάρκεια, η σηπτική καταπληξία, η HCA-HOI, η απομόνωση μύκητα, *Acinetobacter spp.* και οποιουδήποτε MDRO συσχετίστηκαν σημαντικά με θνητότητα 30-ημερών. Ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση η HCA-HOI (p=0.003), ο υψηλότερος CCI (p=0.012), η σηπτική καταπληξία (p=0.047) και το άρρεν φύλο (p=0.018) παρέμειναν ανεξάρτητοι παράγοντες θνητότητας 30-ημερών.

Συμπεράσματα: Οι βακτηριαιμίες αφορούσαν συχνά ασθενείς με έκθεση σε υπηρεσίες υγείας με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις να αποτελούν τον ισχυρότερο ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου θνητότητας 30-ημερών, ακολουθούμενες από τον υψηλό CCI, την παρουσία καταπληξίας και το άρρεν φύλο. Παρότι οφείλονταν συχνά σε MDRO, η απομόνωσή τους δεν συσχετίστηκε ανεξάρτητα με χειρότερη έκβαση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 21

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ QUICK SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT SCORE ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΛΟΙΜΩΞΗ

Φαίδων Χάρης Γαλάνης, Χρήστος Νικολαΐδης, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Αθανάσιος-Δημήτριος Ζέλος, Πολυξένη Βασιλάκη, Σύλβια Νέγκρη, Γεώργιος Μπουλμέτης, Ιωάννης Βρεττός

Β' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα.

Εισαγωγή/Σκοπός: Το Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) score μπορεί να προβλέψει την κακή έκβαση σε ασθενείς με λοίμωξη καθώς ένα score 2 ή 3 σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας. Ωστόσο, καθώς οι παράμετροι που προσμετρώνται στο qSOFAscore δεν είναι ειδικές, υψηλό score μπορεί να προκύψει και σε άλλες παθήσεις. Σκοπός της παρούσης είναι να καταγραφεί η συχνότητα υψηλού qSOFAscore σε ηλικιωμένους ασθενείς με και σε ασθενείς χωρίς λοίμωξη και να εξεταστεί αν ο σχετικός κίνδυνος κακής έκβασης διαφέρει στις δύο περιπτώσεις.

Υλικό και μέθοδοι: Σε 493 διαδοχικές εισαγωγές ασθενών ηλικίας ≥65 ετών σε παθολογική κλινική (48,5% γυναίκες) καταγράφηκαν: δημογραφικοί παράγοντες, η αιτία εισαγωγής, το ιατρικό ιστορικό και το qSOFA score κατά την εισαγωγή. Παραμετρικές δοκιμασίες και προσδιορισμός του Σχετικού Κινδύνου χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων.

Αποτελέσματα: Λοίμωξη ως αιτία εισαγωγής καταγράφηκε σε 192 ασθενείς (38,9%). Οι συχνότερες λοιμώξεις ήταν: λοίμωξη αναπνευστικού (50%), λοίμωξη ουροποιητικού (24,5%), ιογενείς λοιμώξεις (16,1%), λοιμώξεις μαλακών μορίων (7,8%) και χολοκυστίτιδα-χολαγγειίτιδα (4,7%). Σε ασθενείς χωρίς λοίμωξη η συχνότερες αιτίες εισαγωγής ήταν: αναιμία (26,6%), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (13%), διερεύνηση λόγω παθολογικής απεικόνισης (13,6%), οξεία νεφρική βλάβη (8,6%) και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (7,3%). ΤιμήqSOFA ≥2 διαπιστώθηκε σε 65 ασθενείς με λοίμωξη (33,9%) και σε 40 ασθενείς χωρίς λοίμωξη (13,3%). Ο κίνδυνος κακής έκβασης στους ασθενείς με λοίμωξη και qSOFA ≥2 ήταν 4,33 φορές μεγαλύτερος (95%CI 2,20-8,51) σε σχέση με όσους είχαν qSOFA score ≤1. Επιπλέον, ο κίνδυνος κακής έκβασης στους ασθενείς χωρίς λοίμωξη και qSOFA ≥2 ήταν 7,37 φορές μεγαλύτερος (95%CI 3,21-16,96) σε σχέση με όσους είχαν qSOFAscore ≤1.

Συμπεράσματα: Αν και το qSOFA χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς με λοίμωξη, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τον εντοπισμό των ασθενών χωρίς λοίμωξη που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κακής έκβασης, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα ενδελεχούς αξιολόγησης για τον εντοπισμό της υποκείμενης αιτίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 22

ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΕΣ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM-ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Παναγιώτα Πάλλα[1], Ευάγγελος Τριβυζάς[1], Φωτεινή Σοφού[1], Χαρά Σιμορέλη[2], Μαρία Αραπάκη[3], Κωνσταντίνος Σιδέρης[4], Ειρήνη Αποστολίδη[1], Σοφία Ζέρβα[5], Παναγιώτης Διαμαντόπουλος[4], Ιωάννης Δελνολάνης[5], Αγγελική Πανταζάτου[5], Μαρία Γκαμαλέτσου[1]

[1] *Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*
[2] *Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*
[3] *Αιματολογική Κλινική και ΜΜΜΟ ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*
[4] *Α' Παθολογική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*
[5] *Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΓΝΑ Λαϊκό*

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι ενδονοσοκομειακές βακτηριαιμίες από πολυανθεκτικά Gram-αρνητικά παθογόνα (GNMDR) αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα. Παράγοντες κινδύνου όπως η υποκείμενη νόσος, η πρόσφατη χορήγηση αντιβιοτικών και η ανοσοκαταστολή αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης τους. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή και αξιολόγηση της επίπτωσης, του μικροβιολογικού προφίλ, των παραγόντων κινδύνου και της έκβασης των GNMDR βακτηριαιμιών σε αιματολογικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μονοκεντρική μελέτη των αιματολογικών ασθενών με GNMDR βακτηριαιμία που νοσηλεύθηκαν σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο το διάστημα 1 Ιουλίου έως 31 Δεκεμβρίου 2025. Συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, πληροφορίες για το υποκείμενο νόσημα, τις συννοσηρότητες, τη θεραπεία και την έκβαση.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 23 ασθενείς (61% άνδρες, 39% γυναίκες), με διάμεση ηλικία τα 61 έτη. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας πριν από την εμφάνιση της βακτηριαιμίας ήταν 22,2 ημέρες. Το 87% έπασχε από ενεργό αιματολογικό νόσημα, συχνότερα οξεία μυελογενή λευχαιμία. Το 74% έφερε κεντρικό φλεβικό καθετήρα, ουδετεροπενία παρουσίαζε το 65,2% (μέση διάρκεια 6 ημέρες), πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών το 57%, ενώ το 48% ήταν αποικισμένο με πολυανθεκτικά (MDR) παθογόνα. Το κυριότερο απομονωθέν παθογόνο ήταν *Klebsiella pneumoniae* (43%) ακολουθούμενο από *Acinetobacter baumannii complex/haemolyticus* (26%). Το 70% των στελεχών ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες (CRE). Καταγράφηκαν 23 επεισόδια GNMDR από σύνολο 463 βακτηριαιμιών σε όλο το νοσοκομείο, με επίπτωση 3,25 επεισόδια ανά 1.000 ασθενοημέρες αιματολογικού πληθυσμού (95% CI: 2,06–4,88). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ανήλθε στο 48%, με μέση επιβίωση 10,7 ημέρες.

Συμπεράσματα: Οι GNMDR βακτηριαιμίες στους αιματολογικούς ασθενείς συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Οι συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες ήταν η ουδετεροπενία, η παρουσία κεντρικού φλεβικού καθετήρα, η προηγούμενη έκθεση σε αντιβιοτικά ευρέος φάσματος και ο αποικισμός από GNMDR μικροοργανισμούς. Η αυξημένη επικράτηση CRE στελεχών υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης της επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής, της ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών και της εφαρμογής αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 23

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΗΨΗΣ, ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ESBL ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Αναστασία Προκοπίδου[1], Ματίλντα Φλωρεντίν[2], Γεώργιος Γκίζας[2], Διαμαντίνα Λυμπεράτου[3], Δημήτριος Μπίρος[3], Νικόλαος-Γαβριήλ Κολιός[3], Νικόλαος Ευριπίδου[2], Χαράλαμπος Μηλιώνης[3], Γεώργιος Λιάμης[2], Ειρήνη Χριστάκη[3, 2]

[1] *Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
[2] *Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
[3] *Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις κοινότητας αποτελούν ένα από τα συχνότερα αίτια νοσηλείας ηλικιωμένων ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση σήψης, θνητότητας και λοιμώξεων από ESBL παθογόνα σε ασθενείς με λοιμώξεις κοινότητας, καθώς και η διερεύνηση της πιθανής τροποποιητικής επίδρασης της ηλικίας στους προγνωστικούς αυτούς παράγοντες.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων 199 ασθενών από την κοινότητα, οι οποίοι εισήχθησαν στις Παθολογικές Κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Ιούλιος 2023Μάρτιος 2026) με μικροβιολογικά τεκμηριωμένη λοίμωξη. Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση στο συνολικό πληθυσμό και σε επιμέρους ηλικιακές υποομάδες (>65, >75 και >80 ετών) για τον προσδιορισμό ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων και τον υπολογισμό των σχετικών λόγων πιθανοτήτων (ORs).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 77,4 έτη (57,3% γυναίκες). Πολυανθεκτικά στελέχη απομονώθηκαν στο 37,7% των ασθενών, ενώ ESBL παθογόνα στο 20,3%. Συνολικά, το 52,5% των ασθενών εμφάνισε σήψη, το 19,5% σηπτική καταπληξία και το 22,0% κατέληξε. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας στο συνολικό πληθυσμό αναδείχθηκαν η σήψη (p=0,003), η σηπτική καταπληξία (p>0,001) και ο δείκτης συννοσηρότητας Charlson (CCI) (p=0,007). Ωστόσο, ο CCI δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη θνητότητα στους ασθενείς ηλικίας >75 ετών. Για την εμφάνιση σήψης, ο CCI παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (p≤0,004), ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σήψης αποκλειστικά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (>65 ετών: p=0,015, >75 ετών: p=0,002, >80 ετών: p=0,006). Τέλος, η μόνιμη διαμονή σε δομές φροντίδας υγείας συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα απομόνωσης ESBL στελεχών (OR 3,23, p=0,007).

Συμπεράσματα: Η προχωρημένη ηλικία φαίνεται να τροποποιεί σημαντικά τους προγνωστικούς παράγοντες δυσμενούς έκβασης σε ασθενείς με λοιμώξεις κοινότητας. Στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, η διαφοροποίηση του φύλου με την εμφάνιση σήψης, καθώς και η συσχέτιση της διαμονής σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας με την παρουσία ESBL μικροοργανισμών, υπογραμμίζουν τη σημασία της ηλικιακής διαστρωμάτωσης στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 24

ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΕΤΟΙΜΟΙ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ; ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Βασίλειος Σκρεπέτης[1], Γεωργία Κριθαριώτη[1], Σάρα Γεωργιάδου[2], Γεώργιος Νταλέκος[2]

[1] Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

[2] Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, ΠΓΝ Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η υγιεινή των χεριών και η εφαρμογή των μέτρων πρόληψης λοιμώξεων αποτελούν βασικές δεξιότητες για τους επαγγελματίες υγείας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων, των πρακτικών και των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των φοιτητών Ιατρικής με τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων.

Υλικό και μέθοδος Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη τον Ιούνιο 2026 σε 130 φοιτητές Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από το 3ο έως το 6ο έτος σπουδών, μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου. Αξιολογήθηκαν γνώσεις, πρακτικές πρόληψης λοιμώξεων, ζητήματα επαγγελματικής υγείας και αντιλαμβανόμενα εμπόδια συμμόρφωσης.

Αποτελέσματα: Μόνο το 13% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι είχε λάβει επαρκή θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στον έλεγχο λοιμώξεων. Το 60% θεωρούσε λανθασμένα ότι απαιτείται καθολική χρήση γαντιών σε κάθε επαφή με ασθενή, ενώ το 40% δεν αναγνώριζε τα χέρια ως το κυριότερο μέσο διασποράς παθογόνων μικροοργανισμών. Το 75% ανέφερε εφαρμογή υγιεινής χεριών πριν από την άμεση επαφή με τον ασθενή, ωστόσο η συμμόρφωση ήταν χαμηλή πριν από την τοποθέτηση γαντιών (32,3%) και μετά από επαφή με το περιβάλλον του ασθενούς (40%). Επιπλέον, το 27,7% των φοιτητών δεν αλλάζει γάντια μεταξύ διαδοχικών ασθενών. Το 90% δήλωσε παρουσία σε κλινικούς χώρους ενώ έπασχε από οξεία μεταδοτική λοίμωξη, το 73% ήταν ανεμβολίαστο έναντι της εποχικής γρίπης και μόνο το 30% γνώριζε την ανοσολογική του κατάσταση έναντι της ηπατίτιδας Β. Η ακατάλληλη χρήση της ιατρικής ενδυμασίας εκτός νοσοκομείου αυξανόταν από 34,4% στο 3ο έτος σε 95,5% στο 6ο έτος σπουδών.

Συμπεράσματα: Οι φοιτητές Ιατρικής παρουσιάζουν σημαντικά κενά γνώσεων και ανεπαρκή συμμόρφωση σε βασικές πρακτικές πρόληψης λοιμώξεων. Η επιδείνωση ορισμένων συμπεριφορών στα ανώτερα έτη υποδηλώνει ότι η κλινική έκθεση από μόνη της δεν επαρκεί για την υιοθέτηση ορθών πρακτικών. Απαιτείται συστηματική ενσωμάτωση της εκπαίδευσης στον έλεγχο λοιμώξεων στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, με στόχο τη διαμόρφωση ασφαλών επαγγελματικών συμπεριφορών και την ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας στους μελλοντικούς ιατρούς.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 25

Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE

Φώτης Παναγόπουλος[1], Έντισον Γιαχάι[2], Δημήτρης Κουνατίδης[3], Ανδρέας Αδάμου[1], Σοφία Καργιώτη[1], Μαρία Μασουρίδη[1], Ελένη Μυλωνά[4], Ευάγγελος Σδόγκος[5], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Αθήνα
[2] Δερματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα
[3] Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα
[4] Ε' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα
[5] Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ ΒΕΡΟΙΑΣ, Βέροια

Σκοπός: Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* έχει χαρακτηριστεί από το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Λοιμώξεων (CDC) στις Ηνωμένες Πολιτείες ως απειλή για τη δημόσια υγεία ήδη από το 2019. Έτσι, η έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών με κακή έκβαση είναι πολύ σημαντική.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε μία αναδρομική μελέτη που έγινε στην Α' Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας, συμπεριλάβαμε 110 ασθενείς με κλωστηριδιακή λοίμωξη. Η εν λόγω μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ 1 Ιανουαρίου 2021 και 31 Δεκεμβρίου 2025. Έγινε καταγραφή δημογραφικών κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων ώστε να βρεθούν τυχόν βιοδείκτες σχετιζόμενοι με αυξημένη θνητότητα από κλωστηριδιακή λοίμωξη.

Αποτελέσματα: Όσοι απεβίωσαν είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές neutrophil-to-lymphocyte ratio(NLR), p=0.035, derived NLR (dNLR), p=0.012, C-reactive protein-to-albumin ratio (CAR), p=0.015 κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, σε σχέση με όσους επιβίωσαν. Αντιθέτως, τα επίπεδα αλβουμίνης ορού και ο προγνωστικός δείκτης διατροφής (Prognostic Nutritional Index, PNI), p<0.001 ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς που απεβίωσαν σε σχέση με όσους επέζησαν από την κλωστηριδιακή λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Βιοδείκτες που προσδιορίζονται πολύ εύκολα και είναι απλοί στη χρήση και οικονομικοί, όπως οι NLR, dNLR, CAR, η αλβουμίνη ορού και ο PNI, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν προγνωστικοί δείκτες σε ασθενείς με κλωστηριδιακή λοίμωξη. Ανάμεσα σε αυτούς, ο PNI είχε την πιο σημαντική συσχέτιση, ακόμη και μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση.

Τα ευρήματα της μελέτης μας υπογραμμίζουν τη σημασία του ανοσολογικού προφίλ καθώς και της διατροφικής κατάστασης των ασθενών με κλωστηριδιακή λοίμωξη. Προτείνουμε ότι απλοί βιοδείκτες, που βασίζονται σε εξετάσεις ρουτίνας, όπως ο PNI, μπορεί να ενσωματωθούν ως προγνωστικοί παράγοντες για την τελική έκβαση της κλωστηριδιακής λοίμωξης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 25Α

ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ BREVIBACTERIUM RAVENSPURGENSE

Χρήστος Δήμας, Θεοχάρις Γρηγορίου, Μάριος Χαντουμάκης, Γεωργία Τσουμή, Εμμανουήλ Τζαγκαράκης, Νεκταρία Βασιλάκη

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΗ «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Το Brevibacterium, είναι είδος gram-θετικών, κορυνόμορφων, αερόβιων, καταλάση θετικών βακτηρίων που αποτελείται περίπου από πενήντα αναγνωρισμένα είδη. Στην κλινική πράξη έχουν απομονωθεί δέκα είδη μεταξύ αυτών το B. casei που είναι το συχνότερο, το B. ravenspurgense, το B. epidermidis, το B. sanquinis κ. α. Προκαλεί συνήθως ευκαιριακές λοιμώξεις σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αποτελώντας αίτιο βακτηριαιμίας κυρίως λόγω οστεοαρθρικών λοιμώξεων, λοιμώξεων μαλακών μορίων και λοιμώξεων σχετιζόμενων με καθετήρες. Επίσης μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, περιτονίτιδα και δημιουργία αποστημάτων.

Σκοπός: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού βακτηριαιμίας από B. ravenspurgense σε κατακεκλιμένη ασθενή.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 83 ετών, μόνιμα κατακεκλιμένη με ιστορικό νοσογόνου παχυσαρκίας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και πρόσφατης νοσηλείας λόγω λοίμωξης αναπνευστικού εξ εισροφήσεως, εισήχθη στην κλινική μας λόγω επιδείνωση γενικής κατάστασης και αναφερόμενης δύσπνοιας. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, εμπύρετη με PO_2=55mmHg. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε με WBCs: 16.200/μL με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, CRP: 30,9 mg/dl, Cr: 1,29mg/dl, Urea: 61mg/dl.

Κλινικά διαπιστώθηκε κατάκλιση 4ου βαθμού ιεροκοκκυγικά με εικόνα ενεργού φλεγμονής και παρουσία νεκρωτικού ιστού. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και πύου κατάκλισης ενώ έγινε έναρξη ενδοφλέβιας εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και τεϊκοπλανίνη. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός της κατάκλισης και τοποθετήθηκε VAC.

Αποτέλεσμα: Από την καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε Brevibacterium ravenspurgense, η καλλιέργεια ούρων ανέδειξε E. coli ενώ από το πύον ανευρέθη Providencia stuartii και E. coli. Η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε iv χορήγηση βανκομυκίνης και μεροπενέμης. Κατά την νοσηλεία της, η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά και έλαβε εξιτήριο την 14η μέρα νοσηλείας.

Συμπεράσμα: Η βακτηριαιμία από B. ravenspurgense αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση λοιμωξιολογικού ενδιαφέροντος. Πρόκειται για ένα αναδυόμενο παθογόνο με περιορισμένα διαθέσιμα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα, του οποίου η αντιβιοτική κάλυψη οφείλει να επιλέγεται ορθολογικά καθώς εμφανίζει σημαντική αντοχή σε κοινά αντιβιοτικά όπως οι β-λακτάμες, η κλινδαμυκίνη κ. α.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 26

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΜΙΝΟΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΛΑΝΙΝΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Μαίρη Βιδάλη, Βενετία Ζαΐρη

Κέντρο Εκπαίδευσης και Αντιμετώπισης Διατροφικών Διαταραχών

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νευρική ανορεξία αποτελεί μία σοβαρή διατροφική διαταραχή με σημαντικές μεταβολικές και οργανικές επιπλοκές. Η αύξηση της αμινοτρανσφεράσης της αλανίνης (ALT) αποτελεί συχνό εργαστηριακό εύρημα σε ασθενείς με σοβαρό υποσιτισμό, ακόμη και απουσία πρωτοπαθούς ηπατικής νόσου. Αν και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI) έχει συσχετισθεί με αυξημένες τιμές ALT, η ανεξάρτητη συμβολή της βαρύτητας της διατροφικής ψυχοπαθολογίας, της κατάθλιψης και του άγχους δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της προβλεπτικής σχέσης του BMI, της συνολικής βαθμολογίας του Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), του Beck Depression Inventory-II (BDI-II) και της Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) με τα επίπεδα της ALT σε γυναίκες με νευρική ανορεξία.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μελέτη σε 123 γυναίκες ηλικίας 18–37 ετών με διάγνωση νευρικής ανορεξίας, οι οποίες παρακολουθούνταν στο Κέντρο Εκπαίδευσης και Αντιμετώπισης Διατροφικών Διαταραχών. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η ALT, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν ο BMI, η συνολική βαθμολογία του EDE-Q, του BDI-II και της HAM-A. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό ($F(4,118)=10.91$, $p<.001$) και εξήγησε το 27% της διακύμανσης των επιπέδων της ALT ($R^2=.27$). Ο BMI αποτέλεσε τον ισχυρότερο ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της ALT ($\beta=-.39$, $p<.001$). Η συνολική βαθμολογία του EDE-Q συσχετίστηκε θετικά και ανεξάρτητα με τα επίπεδα της ALT ($\beta=.24$, $p=.009$), ενώ αντίστοιχη συσχέτιση παρατηρήθηκε και για τη βαθμολογία του BDI-II ($\beta=.19$, $p=.032$). Η βαθμολογία της HAM-A δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ($\beta=.10$, $p=.241$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μόνο το BMI, η βαρύτητα της διατροφικής ψυχοπαθολογίας και η εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετίζονται ανεξάρτητα με αυξημένα επίπεδα ALT σε γυναίκες με νευρική ανορεξία. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την αξία της συνδυαστικής αξιολόγησης ανθρωπομετρικών, βιοχημικών και ψυχολογικών παραμέτρων κατά την κλινική εκτίμηση των ασθενών με νευρική ανορεξία.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 27

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑΣ/ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ-ΜΕΛΕΤΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Μαγδαληνή Αδάμαντου[1], Ελένη Περγαντίνα[1], Αικατερίνη Καμηλίου[1], Φώτιος Κοτσόπουλος[1], Ειρήνη Μάρκου[1], Ελένη Αναστασιάδη[1], Γεώργιος Σχινάς[1], Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου[1], Ελευθέριος Χαλκίδης[1], Μαγδαληνή Γιαγτζόγλου[1], Νικόλαος Πλατάκης[1], Θεόδωρος Σεφερλής[1], Δημήτριος Μουζιούρας[2], Βασίλειος Λεκάκης[2], Αντωνία Νεονάκη[2], Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης[2], Ευάγγελος Χολόγκιτας[1, 2]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*
[2] *Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επίδραση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) σε ασθενείς με κίρρωση όσον αφορά τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά δεν έχει πλήρως διερευνηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η εκτίμηση της επίδρασης του ΣΔ2 στην εμφάνιση σαρκοπενίας/ευθραυστότητας και κατανομής του λίπους για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών με κίρρωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 321 ασθενείς με κίρρωση. Έγινε καταγραφή κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και υπολογισμός των MELD-Na και Child-Turcotte-Pugh (CTP) σκορς. Η μυϊκή μάζα αξιολογήθηκε με την περιφέρεια μυός στο μέσο του βραχίονα (MAMC) και τη διπλή φωτονιακή απορροφησιομέτρηση (DEXA) για τον υπολογισμό του δείκτη σκελετικής μυϊκής μάζας των άκρων (ALMI), καθώς και της κατανομής λίπους σε διάφορες ανατομικές περιοχές. Η μυϊκή δύναμη εκτιμήθηκε με τη χειροδυναμομέτρηση ενώ υπολογίσθηκε το σύντομο τεστ σωματικής απόδοσης (SPPB) και ο δείκτης ευθραυστότητας με το Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με κίρρωση και ΣΔ2 (n=74, 23%), σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΣΔ2 (n=247, 77%), ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (60 vs 55 έτη, p=0,01) και είχαν υψηλότερες τιμές κρεατινίνης (1,1 vs 0,88 mg/dl, p=0,04). Όσον αφορά τη σαρκοπενία, η πρώτη ομάδα ασθενών είχε σημαντικά χειρότερη MAMC (19 vs 20cm, p=0,04), χειροδυναμομέτρηση (13 vs 16kg, p=0,017) και μεγαλύτερη ευθραυστότητα (LFI) (4,3 vs 3,9, p=0,03), ενώ δεν υπήρχε διαφορά ως προς τα σκορς βαρύτητας ηπατικής νόσου, το λιπιδαιμικό προφίλ και τη σαρκοπενία με βάση το ALMI (6.8 vs 6.4 kg/m^2, p=0,11). Τέλος, οι ασθενείς με κίρρωση και ΣΔ2 είχαν μεγαλύτερη ποσότητα λιπώδους ιστού, τόσο σπλαχνικού (810 vs 656gr, p<0,01) όσο και συνολικό ποσοστό σωματικού λίπους (37% vs 34%, p<0,001).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με κίρρωση και ΣΔ2 παρουσιάζουν επιδεινωμένα χαρακτηριστικά σαρκοπενίας και μετρήσεις ευθραυστότητας καθώς και μεγαλύτερη ποσότητα λιπώδους ιστού με πιθανή δυσμενή επίδραση στην έκβαση αυτών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 28

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μαγδαληνή Αδάμαντου[1], Ελένη Περγαντίνα[1], Αικατερίνη Καμηλίου[1], Φώτιος Κοτσόπουλος[1], Ειρήνη Μάρκου[1], Ελένη Αναστασιάδη[1], Γεώργιος Σχινάς[1], Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου[1], Ελευθέριος Χαλκίδης[1], Μαγδαληνή Γιαγτζόγλου[1], Νικόλαος Πλατάκης[1], Θεόδωρος Σεφερλής[1], Δημήτριος Μουζιούρας[2], Βασίλειος Λεκάκης[2], Αντωνία Νεονάκη[2], Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης[2], Ευάγγελος Χολόγκιτας[1, 2]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*
[2] *Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η κίρρωση οδηγεί σε απώλεια οστικής μάζας και οστεοπόρωση αυξάνοντας τον κίνδυνο καταγμάτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η εκτίμηση του επιπολασμού της οστεοπόρωσης σε κιρρωτικούς ασθενείς, καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με την παρουσία αυτής για πρώτη φορά σε μεγάλο ελληνικό πληθυσμό ασθενών με κίρρωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 259 ασθενείς με σταθερή κίρρωση. Έγινε καταγραφή κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων και υπολογισμός των MELD-Na και Child-Turcotte-Pugh(CTP) σκορ. Η μυϊκή και οστική μάζα αξιολογήθηκε με τη διπλή φωτονιακή απορροφησιομέτρηση(DEXA) για τον υπολογισμό του δείκτη σκελετικής μυϊκής μάζας των άκρων(ALMI), της οστικής πυκνότητας καθώς και της κατανομής λίπους σε διάφορες ανατομικές περιοχές, ενώ, η μυϊκή δύναμη εκτιμήθηκε με τη χειροδυναμομέτρηση. Υπολογίσθηκε, επίσης, το σύντομο τεστ σωματικής απόδοσης(SPPB) και ο δείκτης ευθραυστότητας με το Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με κίρρωση και οστεοπόρωση (n=70, 27%), σε σχέση με τους κιρρωτικούς ασθενείς χωρίς (n=189, 73%), είχαν χαμηλότερες τιμές λευκωματίνης(3,3 vs 3,6gr/dL, p=0,05) και υψηλότερες τιμές κρεατινίνης(1,1 vs 0,88mg/dl, p=0,012), AST(65 vs 53U/L, p=0,02) και ολικής χολερυθρίνης(3,6 vs 2,6mg/dl, p=0,04). Όσον αφορά τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, η πρώτη ομάδα ασθενών είχε σημαντικά μειωμένη μυϊκή μάζα (σαρκοπενία)(ALMI: 6,1 vs 6,8Kg/m^2, p<0,001) και λιπώδη ιστό, τόσο σπλαχνικό (VAT)(609 vs 723gr, p<0,001) όσο και συνολικό ποσοστό λίπους σώματος(45% vs 56%, p<0,001). Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν επιδείνωση της σωματικής τους απόδοσης(ελάττωση μυϊκής ισχύος) όπως αυτή εκτιμήθηκε με τη χειροδυναμομέτρηση. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους στη βαρύτητα της ηπατικής λειτουργίας (με βάση το CTP/MELD-Na), το SPBB, αλλά και την ευθραυστότητα με βάση το LFI, ενώ είχαν παρόμοια επίπεδα βιταμίνης D.

Συμπεράσματα: Η οστεοπόρωση είναι συχνή σε ασθενείς με κίρρωση, ενώ φαίνεται να σχετίζεται με ελάττωση όχι μόνο της σωματικής απόδοσης αλλά και της μυϊκής μάζας και του λιπώδους ιστού. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να συμβάλουν στη βέλτιστη διαχείριση της ομάδας των ασθενών με κίρρωση και οστεοπόρωση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 29

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΩΝ ΠΑΓΙΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Αναστασία Μαλλιώρα[1], Αντώνιος Λαζαρίδης[1], Αναστασία-Μαρία Νάτση[2], Βασίλειος Παπαδόπουλος[2], Χριστίνα Αντωνιάδου[2], Ευστράτιος Γαβριηλίδης[2], Ευγενία Γκαλιαγκούση[1], Παναγιώτης Σκένδρος[2]

[1] Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[2] Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι εξωκυττάριες ουδετεροφιλικές παγίδες (NETs) εμπλέκονται ολοένα και περισσότερο στην παθοφυσιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την κλινική τους σημασία στη διαμεσολαβούμενη από την υπέρταση αγγειακή βλάβη είναι περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των κυκλοφορούντων NETs με τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και τους δείκτες μικρο- και μακροαγγειακής βλάβης σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή υπέρταση που δεν λάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία (UHTs).

Υλικό/Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν UHTs και υγιείς νορμοτασικοί μάρτυρες (NTs), αντιστοιχισμένοι ως προς ηλικία και φύλο. Η 24ωρη καταγραφή της ΑΠ πραγματοποιήθηκε με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG. Τα ειδικά για τα NETs σύμπλοκα μυελοϋπεροξειδάσης-DNA (MPO-DNA) μετρήθηκαν στο πλάσμα με ELISA. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος στην καρωτίδα (PWV) υπολογίστηκε με υπερηχογραφικό σύστημα υψηλής ευκρίνειας. Η μικροκυκλοφορία του δέρματος αξιολογήθηκε με laser speckle contrast imaging σε συνδυασμό με δοκιμασία μεταποφρακτικής αντιδραστικής υπεραιμίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 139 άτομα, 99 UHTs (48,9±8,34 έτη) και 40 NTs (47,4±7,38 έτη). Διάφορες παράμετροι περιφερικής και κεντρικής ΑΠ συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα MPO-DNA. Η 24ωρη περιφερική συστολική ΑΠ ($p<0,001$) αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της σχετιζόμενης με την υπέρταση NETωσης, ακόμη και μετά την προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τα επίπεδα MPO-DNA συσχετίστηκαν θετικά με τη μέση καρωτιδική PWV ($p=0,033$) και το baseline flux ($p=0,017$), ενώ συσχετίστηκαν αρνητικά με το baseline-to-peak flux ($p=0,020$) και την αύξηση της δερματικής αγγειακής αγωγιμότητας ($p=0,034$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η καρωτιδική PWV διατήρησε ανεξάρτητη συσχέτιση με τα επίπεδα MPO-DNA.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα των κυκλοφορούντων NETs σχετίζονται στενά με την ΑΠ. Ιδιαίτερα, το 24ωρο φορτίο της περιφερικής συστολικής ΑΠ αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη του φορτίου των NETs. Επιπλέον, τα NETs συσχετίζονται με δείκτες μικροαγγειακής και μακροαγγειακής βλάβης, γεγονός που υποδηλώνει ότι ενδέχεται να αποτελέσουν μελλοντικό διαγνωστικό ή/και θεραπευτικό στόχο στην αρτηριακή υπέρταση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 30

Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Αντιγόνη Σούφλα, Νικόλαος Παπάζογλου, Πέτρος Σφηκάκης, Μαρία Τεκτονίδου

Ρευματολογική Μονάδα, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία (ArS) αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου (ΚΚ) στο γενικό πληθυσμό, ωστόσο στον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της ArS στον ΣΕΛ έναντι της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ), του ΣΔ και υγιών μαρτύρων (ΥΜ), καθώς και η διερεύνηση της σχέσης της με παράγοντες ΚΚ και την ανάπτυξη νέων αθηρωματικών πλακών.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ArS αξιολογήθηκε σε 726 άτομα αντιστοιχισμένα ως προς ηλικία, φύλο και μέση αρτηριακή πίεση (200 ΣΕΛ, 178 ΡΑ, 148 ΣΔ και 200 ΥΜ), μέσω του καρωτιδο-μηριαίου δείκτη (cfPWV) και του δείκτη ενίσχυσης στους 75 παλμούς/min (AIx@75). Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε ηλικιακές (<40, 40-60, >60) και ομάδες ΚΚ (χαμηλού-μέτριου, υψηλού-πολύ υψηλού), βάσει του δείκτη εκτίμησης 10ετούς ΚΚ (SCORE2) και την παρουσία πλακών. Μετά την αρχική υπερηχογραφική εκτίμηση, αξιολογήθηκε η ανάπτυξη νέων πλακών σε επανέλεγχο 3 ετών. Χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα μικτών επιδράσεων και λογιστική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Ο AIx@75 ήταν υψηλότερος στους ασθενείς με ΣΕΛ έναντι των ΥΜ και δεν διέφερε με ΣΔ και ΡΑ. Οι ασθενείς με ΣΕΛ ηλικίας <40 ετών παρουσίασαν υψηλότερα cfPWV και AIx@75 έναντι των ΥΜ, ενώ στις ομάδες χαμηλού-μέτριου καρδιαγγειακού κινδύνου ο AIx@75 ήταν υψηλότερος στον ΣΕΛ έναντι ασθενών με ΣΔ και ΥΜ. Η παρουσία πλακών και η διάρκεια νόσου συσχετίστηκαν με αυξημένη ArS, ενώ η επίτευξη χαμηλής ενεργότητας νόσου σε ΣΕΛ και ΡΑ είχε προστατευτική επίδραση. Η αρχική cfPWV και ο AIx@75 προέβλεπαν ανεξάρτητα την εξέλιξη πλακών στα 3 έτη, ενώ η επίτευξη θεραπευτικών στόχων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου είχε προστατευτική δράση. Στον ΣΕΛ, το SCORE2 και η παρουσία αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου συσχετίστηκαν με ανάπτυξη νέων πλακών.

Συμπεράσματα: Η ArS είναι αυξημένη στον ΣΕΛ, ιδιαίτερα σε νεότερα άτομα χαμηλού-μέτριου ΚΚ, και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη εξέλιξης της αθηροσκλήρωσης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της πρώιμης καρδιαγγειακής αξιολόγησης και βελτιστοποίησης των παραγόντων κινδύνου στον ΣΕΛ.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 31

ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΥΠΕΡΤΕΡΕΙ ΕΝΑΝΤΙ ΕΝΤΕΚΑ ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΣΚΟΡ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΔΕΚΑΕΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Νικόλαος Παπάζογλου, Πέτρος Π. Σφηκάκης, Μαρία Γ. Τεκτονίδου

Ρευματολογική Μονάδα, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα συμβατικά και προσαρμοσμένα στη νόσο σκορ πρόβλεψης καρδιαγγειακού κινδύνου υποεκτιμούν τον κίνδυνο στον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ), εν μέρει επειδή δεν συνυπολογίζουν σημαντικούς νοσοεξαρτώμενους παράγοντες. Αξιολογήσαμε την προγνωστική απόδοσή τους για πρόβλεψη του δεκαετούς κινδύνου εξέλιξης αθηρωματικών πλακών και καρδιαγγειακών συμβαμάτων, και αναπτύξαμε μοντέλο μηχανικής μάθησης για βελτίωση της διαστρωμάτωσης κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε προοπτική δεκαετή μελέτη υπερηχογραφικής παρακολούθησης καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών ασθενών με ΣΕΛ χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακών συμβαμάτων, αξιολογήθηκαν έντεκα σκορ πρόβλεψης καρδιαγγειακού κινδύνου: Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), SCORE2, Framingham Risk Score (FRS), Pooled Cohort Risk Equation (PCRE), Globorisk, Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM), Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTs (PREVENT), modified SCORE (mSCORE), modified FRS (mFRS), QRESEARCH Cardiovascular Risk Algorithm version 3 (QRISK3) και SLE cardiovascular risk equation (SLECRISK). Η προγνωστική απόδοση αξιολογήθηκε με δείκτες διακριτικής ικανότητας, βαθμονόμησης, και ταξινόμησης. Χρησιμοποιήθηκαν λογιστική παλινδρόμηση και αναλύσεις χρόνου έως το συμβάν. Αναπτύχθηκε μοντέλο μηχανικής μάθησης gradient boosting με εσωτερική επικύρωση.

Αποτελέσματα: Σε 111 ασθενείς (91% γυναίκες, διάμεση ηλικία 43,0 έτη), 53 (47,7%) ανέπτυξαν νέες πλάκες και 8 (7,2%) εμφάνισαν καρδιαγγειακά συμβάματα. Όλα τα σκορ είχαν περιορισμένη απόδοση (ευαισθησία:0,00–0,44, AUC:0,58–0,79, Brier Score:0,44–0,71). Μεταξύ των σκορ, το QRISK3 είχε την καλύτερη απόδοση, αλλά συνολικά περιορισμένη ευαισθησία (0,44) και μέτρια διακριτική ικανότητα (AUC:0,72). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο το QRISK3 συσχετίστηκε ανεξάρτητα με εξέλιξη πλακών ή/και συμβάματα (HR:1,87, p=0,027). Το μοντέλο μηχανικής μάθησης, που ενσωμάτωσε το QRISK3 με διάρκεια νόσου, αθροιστική δόση γλυκοκορτικοειδών, επίτευξη ύφεσης (DORIS), αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα, χρήση υδροξυχλωροκίνης, σωματική δραστηριότητα, και περίμετρο μέσης, είχε σημαντικά καλύτερη απόδοση έναντι όλων των σκορ.

Συμπεράσματα: Τα συμβατικά και προσαρμοσμένα στον ΣΕΛ σκορ υποεκτιμούν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την εξέλιξη αθηροσκλήρωσης. Ένα μοντέλο μηχανικής μάθησης που ενσωματώνει νοσοεξαρτώμενους και παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου στο QRISK3 μπορεί να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση κινδύνου, ιδίως σε ασθενείς που ταξινομούνται ως χαμηλού κινδύνου από συμβατικά σκορ.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 32

Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΤΕΝΩΣΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΠΓΝΙ.

Πέτρος Λιβιτσάνος, Ελένη Ανδρεαδάκη, Αθηνά Ευσταθίου, Αικατερίνα-Ελένη Παρχαρίδη, Αγάπη Κουρίδου, Δήμητρα-Μαρία Πενέκελη, Κωνσταντίνα Σταθάτου, Κωνσταντίνος Κατσίκας, Νίκη Πάπαρη, Ματίλντα Φλωρεντίν, Δημήτριος Νίκας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο καρδιακός καθετηριασμός επιτρέπει την άμεση εκτίμηση της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, η προγνωστική αξία της αγγειογραφικής βαρύτητας της στένωσης για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβάντα παραμένει κλινικά σημαντική.

Σκοπός η διερεύνηση της προγνωστικής σημασίας κλινικών και αγγειογραφικών παραγόντων, με έμφαση στη σημαντική στεφανιαία στένωση, για την εμφάνιση μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβάντων.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση προοπτικά συλλεγμένων δεδομένων από μητρώο καρδιακών καθετηριασμών του ΠΓΝΙ, που περιλάμβανε 1.339 διαδοχικούς ασθενείς. Καταγράφηκαν δημογραφικά, παράγοντες κινδύνου, κλινικά και αγγειογραφικά δεδομένα. Η παρακολούθηση ήταν διαθέσιμη για περίπου το ήμισυ του πληθυσμού (22 ± 13 μήνες). Ως εκβάσεις ορίστηκαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), επαναγγείωση, θάνατος και μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάντα (MACE). Η βαρύτητα της στένωσης αναλύθηκε αρχικά πολυκατηγορικά και στη συνέχεια διχοτομήθηκε στο ≥70%. Πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (74,7%), με μέση ηλικία 67 ± 11 έτη. MACE εμφανίστηκαν στο 19,3%, επαναγγείωση στο 12,4%, θάνατος στο 4,7% και ΟΕΜ στο 3,8%. Η στένωση ≥70% συσχετίστηκε με αυξημένη εμφάνιση MACE και ανέδειξε ανεξάρτητη προγνωστική αξία για ΟΕΜ (OR 5,94, p=0,021), επαναγγείωση (OR 13,75, p<0,001) και MACE (OR 5,40, p<0,001). Η θνητότητα δεν συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τη βαρύτητα της στένωσης, αλλά σχετίστηκε με ηλικία και μειωμένο κλάσμα εξώθησης.

Συμπεράσματα: Η σημαντική στεφανιαία στένωση (≥70%) αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για καρδιαγγειακά συμβάντα, ενώ η θνητότητα καθορίζεται κυρίως από την ηλικία και τη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 33

ΜΗΤΡΩΟ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ 15 ΜΗΝΩΝ (ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2025 - ΙΟΥΝΙΟΣ 2026)

Π. Μπαξεβανίδης[1], Δ. Χατζηστεφανίδης[1, 2], Π. Ταλίδης[1], Κ. Πάκου[2], Α. Παπαθανασίου[2], Α. Μαρουλάκη[1], Χ. Κοσμέρη[1], Β. Λυμπερόπουλος[1], Ε. Λαφαζάνη[1], Ν. Κόλιος[3], Α. Σεισμανίδης[4], Κ. Μπούτσορας[4], Ε. Κλούρας[5], Α. Τσουμάνη[4], Θ. Τζίμας[4], Σ. Κονιτσιώτης[1, 2], Χ. Μηλιώνης[1, 3], Γ. Λιάμης[1, 6], Μ. Φλωρεντίν[1, 6]

[1] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*
[2] *Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*
[3] *Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*
[4] *Παθολογική Κλινική, ΓΝ Χατζηκώστα*
[5] *ΤΕΠ ΠΓΝΙ*
[6] *Β' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Σκοπός είναι η παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων του Μητρώου Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) Ιωαννίνων, Απριλίου 2025 – Ιουνίου 2026, των 15 μηνών συλλογής δεδομένων.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν ασθενείς της Νευρολογικής Κλινικής και των Α΄ και Β΄ Παθολογικών Κλινικών του ΠΓΝΙωαννίνων, και της Παθολογικής Κλινικής του ΓΝ «Χατζηκώστα». Καταγράφτηκαν δημογραφικά στοιχεία, παράγοντες κινδύνου και οι κλίμακες National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) και modified Rankin Scale (mrS) κατά την εισαγωγή και έξοδο. Η αιτιολογία των ισχαιμικών ΑΕΕ (ΙΑΕΕ) καθορίστηκε με την ταξινόμηση TOAST.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 337 ασθενείς (άνδρες 58,75%, γυναίκες 41,25%, μέση ηλικία 69 ± 14,5 έτη): 59,35% με ΙΑΕΕ (N=200), 18,1% με αιμορραγικό ΑΕΕ (N=61) και 16,3% με παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (N=55). Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου ήταν αρτηριακή υπέρταση (61,7%), δυσλιπιδαιμία (59,65%), κάπνισμα (30,5%), σακχαρώδης διαβήτης (24,9%) και κατάχρηση αλκοόλ (15,1%). Σε ασθενείς με ΙΑΕΕ τα ποσοστά αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας ήταν 64% και 63,5%, ενώ στα αιμορραγικά ΑΕΕ ήταν 68,85% και 45,9%. Η διάμεση NIHSS εισαγωγής ήταν 4 (μέγιστη 31) και το διάμεσο mRS 3. Από τους 200 ασθενείς με ΙΑΕΕ, 33 (16,5%) υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση (διάμεση NIHSS εισόδου 10, εξόδου 7). Η ταξινόμηση κατά TOAST, είχε ως εξής: αθηροσκλήρωση μεγάλων αγγείων 39,2%, καρδιοεμβολικά ΙΑΕΕ 29,7%, νόσος μικρών αγγείων 21,6%, άλλης αιτιολογίας 6,8% και 2,7% ακαθόριστης αιτιολογίας. Σε ηλικίες <55 ετών (17,5%), οι κύριες αιτιολογίες ήταν η αθηροσκλήρωση μεγάλων αγγείων (31,25%) και η νόσος μικρών αγγείων (37,5%), και ακολουθούσαν τα καρδιοεμβολικά ΙΑΕΕ (18,75%) και τα ΙΑΕΕ άλλης αιτιολογίας (12,5%).

Συμπεράσματα: Το Μητρώο Ασθενών με ΑΕΕ των Ιωαννίνων καταδεικνύει ότι τα ΙΑΕΕ οφείλονται συχνότερα σε τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Τα ποσοστά θρομβόλυσης συγκρίνονται με τα ευρωπαϊκά, αλλά επιδέχονται βελτίωση. Το χαμηλό ποσοστό ταξινόμησης κατά TOAST σχετίζεται με μη ολοκληρωμένη διερεύνηση εντός νοσηλείας. Η ανάλυση του μητρώου θα ενισχύσει τον σχεδιασμό πρόληψης και αντιμετώπισης των ΑΕΕ.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 34

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΠΓΝΙ.

Πέτρος Λιβιτσάνος, Ελένη Ανδρεαδάκη, Αθηνά Ευσταθίου, Αικατερίνα-Ελένη Παρχαρίδη, Αγάπη Κουρίδου, Δήμητρα-Μαρία Πενέκελη, Κωνσταντίνα Σταθάτου, Κωνσταντίνος Κατσίκας, Νίκη Πάπαρη, Ματίλντα Φλωρεντίν, Δημήτριος Νίκας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιακό καθετηριασμό αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό με σημαντικό φορτίο ποικίλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και επηρεάζει την κλινική και αγγειογραφική εικόνα των ασθενών αυτών.

Σκοπός η περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων κινδύνου ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό, καθώς και η επίδραση της παρουσίας ΣΔ στο φαινότυπο των ασθενών.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση προοπτικά συλλεγμένων δεδομένων από το μητρώο καρδιακών καθετηριασμών της Β' Καρδιολογικής Κλινικής του ΠΓΝΙ, το οποίο περιλάμβανε 1.339 διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένο ή επείγοντα καρδιακό καθετηριασμό. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, το ιστορικό στεφανιαίας νόσου, οι προηγούμενες επαναγγειώσεις, το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, οι διαταραχές κινητικότητας των καρδιακών τοιχωμάτων και τα αγγειογραφικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν 67±11 έτη και το 74,7% ήταν άνδρες. Οι συχνότεροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ήταν η δυσλιπιδαιμία (86,0%) και η αρτηριακή υπέρταση (82,6%), ενώ ΣΔ καταγράφηκε στο 28,2% των ασθενών.

«ο σακχαρώδης διαβήτης αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα για την εμφάνιση σημαντικής στεφανιαίας στένωσης (≥70%) κατά τον καρδιακό καθετηριασμό (OR 0,53, 95% CI 0,32–0,89, p=0,016· η αντίστροφη κωδικοποίηση αντανακλά την υψηλότερη πιθανότητα παρουσίας σημαντικής στένωσης στην ομάδα των διαβητικών). Επιπλέον, ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίστηκε με υψηλότερη συχνότητα σημαντικής στεφανιαίας νόσου και δυσμενέστερα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως μειωμένη λειτουργία της αριστερής κοιλίας και διαταραχές κινητικότητας των καρδιακών τοιχωμάτων. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίστηκε με αυξημένη εμφάνιση ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών εκβάσεων στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, αν και η ανατομική βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου παρέμεινε ο κυρίαρχος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ισχαιμικών συμβάντων.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιακό καθετηριασμό παρουσιάζουν υψηλό φορτίο καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζει μια υποομάδα ασθενών με αυξημένη πιθανότητα σημαντικής στεφανιαίας νόσου και ενδεχομένως αυξημένη ανάγκη για εντατικότερη καρδιαγγειακή εκτίμηση και πρόληψη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 35

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΞΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Δήμητρα Τσιάκου, Ζωή Χαλουλάκου, Έκτορας Άννινος, Αλέξια Χριστοδούλου, Γεώργιος Τσελάρης, Ελένη Πάππη, Ασημίνα Παγουρδάκη, Ευάγγελος Κοντονικολάου, Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος, Λουσάρντα Χιούση, Άννα Βασιλείου, Αικατερίνη Ντάνγκα, Δημήτριος Θεοδωρίδης, Ελισάβετ Κτενά, Παναγιώτα Μπουβή, Βασιλική Αργιανά, Σοφία Ζαχαριουδάκη, Στυλιανή Νταβίδη, Ευαγγελία Κούκου, Χρήστος Λαμπρόπουλος

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγή/Σκοπό: Η υποθρεψία είναι ιδιαίτερα συχνή σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Στόχος της μελέτης είναι να συγκρίνει την προγνωστική αξία πέντε ερωτηματολογίων διατροφικής αξιολόγησης σχετικά με τη θνητότητα και τη διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς Παθολογικής Κλινικής.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 318 ασθενείς (153 άνδρες, 165 γυναίκες) με διάμεση ηλικία 79 έτη (IQR 70-86). Η διατροφική κατάσταση αξιολογήθηκε με τα ερωτηματολόγια Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Short Nutritional Assessment Questionnaire (sNAQ), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) και Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η θνητότητα (ενδονοσοκομειακά, σε 12 μήνες) και η διάρκεια νοσηλείας. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση με καμπύλες ROC και πολυπαραγοντική ανάλυση για την αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με υψηλότερο διατροφικό κίνδυνο παρουσίασαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά θνητότητας και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας.

Το MUST επέδειξε την υψηλότερη προγνωστική ακρίβεια για την ενδονοσοκομειακή θνητότητα (AUC 0.80), ακολουθούμενο από το sNAQ (AUC 0.72). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι ασθενείς υψηλού διατροφικού κινδύνου σύμφωνα με το MUST είχαν σχεδόν εννέα φορές αυξημένο κίνδυνο ενδονοσοκομειακής θνητότητας (OR 8.7, p<0.001), ενώ κάθε αύξηση μονάδας στη βαθμολογία sNAQ αύξανε τον κίνδυνο θνητότητας κατά 34% (OR 1.34, p=0.014).

Για μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, το MNA επέδειξε την ισχυρότερη προγνωστική αξία για τη 12μηνη θνητότητα (AUC 0.79). Κάθε αύξηση μονάδας του MNA συσχετίστηκε με μείωση 17% του κινδύνου θανάτου (OR 0.83, p<0.001).

Επιπλέον, οι ασθενείς υψηλού κινδύνου σύμφωνα με το MUST παρουσίασαν σημαντικά παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας (περίπου διπλάσια συγκριτικά με ασθενείς χαμηλού κινδύνου).

Συμπεράσματα: Τα ερωτηματολόγια MUST και sNAQ φαίνεται να είναι τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την πρόβλεψη της πρώιμης θνητότητας και της παρατεταμένης νοσηλείας, ενώ το MNA φαίνεται να πλεονεκτεί στη μακροπρόθεσμη θνητότητα. Η διατροφική αξιολόγηση μπορεί επομένως να παρέχει σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες και να διευκολύνει την έγκαιρη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 36

ΚΑΡΔΙΟ-ΝΕΦΡΙΚΟ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Νίκη Γερασιμούλα Μουρελάτου[1, 2], Γεώργιος Σχινάς[2], Ειρήνη Μάρκου[2], Τριάδα Μπαλή[2], Μαγδαληνή Αδάμαντου[2], Φώτης Κοτσόπουλος[2], Αρίστη Σαριδάκη[2], Σοφία Τσίτσου[2], Χρήστος Χολόγκιτας[2], Μαργαρίτα Σαρρή[2], Χαρά Καλδιριμιτζιάν[2], Δημήτριος Καραγιαννάκης[3], Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης[3], Αναστασία Μαυρογιαννάκη[1], Ευάγγελος Χολόγκιτας[2, 3]

[1] *Β'Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΝΙΜΤΣ*
[2] *Α'Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό*
[3] *Γαστρεντερολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό*

Εισαγωγή-Σκοπός: Το καρδιο-νεφρικό-μεταβολικό σύνδρομο (Cardio-Kidney-Metabolic syndrome, CKM) συνιστά ένα νέο εργαλείο ταξινόμησης που συνδέει την καρδιακή, νεφρική και μεταβολική δυσλειτουργία. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση σημασίας του σε ασθενείς με μεταβολική στεάτωση του ήπατος (MASLD) και η συσχέτισή του με ηπατική βλάβη, φυσική απόδοση, ευθραυστότητα.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν αναδρομικά 346 ενήλικες με MASLD που παρακολουθούνται στο ηπατολογικό ιατρείο. Καταγράφηκαν: ηλικία, φύλο, ανθρωπομετρικοί παράμετροι [σωματικό βάρος, δείκτης μάζας σώματος, περίμετρος μέσης (WC)], συννοσηρότητες [αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, χρόνια νεφρική νόσος (XNN), εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος (KAN)], βασικός εργαστηριακός έλεγχος. Σταδιοποίηση CKM: 0 (χωρίς παράγοντες κινδύνου), 1 (υπερβαρότητα, αυξημένη WC, προδιαβήτης), 2 (πρόσθετοι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, μετρίου/υψηλού κινδύνου XNN), 3 (πολύ υψηλού κινδύνου XNN), 4 (εγκατεστημένη KAN). Ηπατική στεάτωση και σκληρία μετρήθηκαν με ελαστογραφία ήπατος. Φυσική απόδοση και ευθραυστότητα εκτιμήθηκαν με το Short Physical Performance Battery (SPPB) και το Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: CKM σταδίου 1, 2, 3, 4 είχαν 162 (46,8%), 181 (52,3%), 3 (0,9%) και 0 (0%) ασθενείς, αντιστοίχως. Ασθενείς σταδίου 1, έναντι ασθενών 2-3, είχαν μικρότερη ηλικία (48 vs 61 έτη), AST (27 vs 34 U/L), ALT (36 vs 45 U/L), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαρίνη (5,5% vs 6,2%), FIB4 (1 vs 1,4), μικρότερου βαθμού στεάτωση (273 vs 298 dB/m) και σκληρία ήπατος (5,7 vs 7,9 kPa), καλύτερη φυσική απόδοση (SPPB: 11,3 vs 10,9) και μικρότερη ευθραυστότητα (LFI: 3,6 vs 3,8) (πάντα $p<0,05$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι το CKM 2-3 ($p=0,035$) και το SPPB ($p=0,016$) αποτελούσαν ανεξάρτητες μεταβλητές που σχετίζονταν με FIB4>1,3. Τέλος, η παρουσία >8kPa στην ελαστογραφία σχετιζόταν ανεξάρτητα με επίπεδα φερριτίνης ($p=0,011$) και CKM στάδιο 2-3 ($p=0,005$)

Συμπεράσματα: Το CKM στάδιο 2-3 σε ασθενείς με MASLD σχετίζεται με βαρύτερη ηπατική νόσο, μειωμένη φυσική απόδοση και μεγαλύτερη ευθραυστότητα. Η σταδιοποίηση CKM μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης ασθενών υψηλότερου κινδύνου για προχωρημένη ηπατική νόσο σε άτομα με MASLD.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 37

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΥΠΑΘΕΙΑ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ειρήνη Τερζή[1], Δήμητρα Ταπραντζή[2], Δέσποινα Παπαγεωργίου[2], Όλγα Φλώρου[2], Παναγιώτης Τασιόπουλος[2], Στέφανος Αραβαντινός[2], Βασίλειος Σπηλιωτόπουλος[2], Γεώργιος Τριανταφυλλόπουλος[2], Μάρκος Μαραγκός[1]

[1] *Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών*
[2] *Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου, Πάτρα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η κλινική ευπάθεια (frailty) αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη δυσμενών εκβάσεων στους νοσηλευόμενους ασθενείς, ενώ συχνά συνυπάρχει με αυξημένο διατροφικό κίνδυνο και πολλαπλές συννοσηρότητες. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της κλινικής ευπάθειας με τον διατροφικό κίνδυνο, το φορτίο συννοσηροτήτων και την ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Παθολογική Κλινική.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 127 διαδοχικούς ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική. Για όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης συννοσηρότητας Charlson (Charlson Comorbidity Index, CCI), ο διατροφικός κίνδυνος με το Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), η αλβουμίνη ορού, η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), η Κλίμακα Κλινικής Ευπάθειας (Clinical Frailty Scale, CFS) και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Ως κλινική ευπάθεια ορίστηκε βαθμολογία CFS ≥5.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 69,9±13,6 έτη και το 66,1% παρουσίαζε κλινική ευπάθεια. Οι ασθενείς με κλινική ευπάθεια ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας ($p<0,001$), εμφάνιζαν υψηλότερο διατροφικό κίνδυνο σύμφωνα με το NRS-2002 ($p<0,001$), υψηλότερο δείκτη Charlson ($p=0,017$) και χαμηλότερα επίπεδα αλβουμίνης ($p=0,025$) συγκριτικά με τους μη ευάλωτους ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα επίπεδα της CRP ($p=0,472$). Η συνολική ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 10,2%. Όλοι οι θάνατοι καταγράφηκαν σε ασθενείς με κλινική ευπάθεια (15,5% έναντι 0%, $p=0,004$).

Συμπεράσματα: Η κλινική ευπάθεια ήταν ιδιαίτερα συχνή στους νοσηλευόμενους ασθενείς Παθολογικής Κλινικής και συσχετίσθηκε με αυξημένο διατροφικό κίνδυνο, μεγαλύτερο φορτίο συννοσηροτήτων, χαμηλότερα επίπεδα αλβουμίνης και αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η συστηματική εκτίμηση της κλινικής ευπάθειας κατά την εισαγωγή ενδέχεται να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και στον καλύτερο σχεδιασμό της κλινικής φροντίδας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 38

ΧΡΗΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γεώργιος Σχινάς, Μιχαήλ Σαμάρκος

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η τεχνητή νοημοσύνη (ΤΝ) διεισδύει με ταχείς ρυθμούς στην κλινική πράξη, ωστόσο τα δεδομένα για τη χρήση της από ιατρούς στην Ελλάδα είναι περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση της χρήσης, των στάσεων και των εμποδίων υιοθέτησης εργαλείων ΤΝ μεταξύ ειδικών και ειδικευομένων Εσωτερικής Παθολογίας στη χώρα.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε εθνική συγχρονική μελέτη με ανώνυμο, δομημένο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε διαδικτυακά σε ιατρούς Εσωτερικής Παθολογίας (ειδικούς και ειδικευόμενους) σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές όλης της χώρας. Το ερωτηματολόγιο κάλυπτε ψηφιακό γραμματισμό, χρήση εργαλείων ΤΝ, αντιληπτή χρησιμότητα, εμπόδια υιοθέτησης και προσδοκώμενη μελλοντική επίδραση. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν όσοι δήλωσαν ειδικότητα Εσωτερικής Παθολογίας και κύρια απασχόληση στην Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Από 231 απαντήσεις, 199 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Το 59,6% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας ≥50 ετών και το 79,4% είχε κλινική εμπειρία >10 ετών. Το 86,9% δεν είχε λάβει τυπική εκπαίδευση σε ψηφιακή υγεία ή ΤΝ, ενώ το 63,8% χρησιμοποιούσε καθημερινά ψηφιακά εργαλεία για κλινικές αποφάσεις. Το 56,6% είχε ήδη χρησιμοποιήσει εργαλείο ΤΝ στο κλινικό του έργο, με το 81,4% των χρηστών να το χρησιμοποιεί καθημερινά ή αρκετές φορές την εβδομάδα. Συχνότερα πεδία χρήσης ήταν η αναζήτηση βιβλιογραφίας (61,1%) και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση (56,6%). Η διαγνωστική υποστήριξη αξιολογήθηκε ως πολύ ή εξαιρετικά χρήσιμη από το 58,4% των χρηστών. Κυριότερα εμπόδια αναδείχθηκαν η έλλειψη αξιοπιστίας/εμπιστοσύνης (54,8%) και η έλλειψη εκπαίδευσης/γνώσης (51,8%). Υψηλή μελλοντική επίδραση της ΤΝ αναμένεται κυρίως στη σύνθεση πληροφοριών από ιατρικούς φακέλους (60,2%) και στη μείωση του διοικητικού φόρτου (55,1%), ενώ μόνο το 28,7% προσδοκά ουσιαστική βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

Συμπεράσματα: Οι Έλληνες παθολόγοι χρησιμοποιούν ήδη ευρέως και συχνά εργαλεία ΤΝ, κυρίως για εκπαίδευση και διαχείριση πληροφορίας, παρά τη σχεδόν καθολική απουσία τυπικής εκπαίδευσης. Η εμπιστοσύνη και η γνώση, και όχι το κόστος, αποτελούν τα κύρια εμπόδια, αναδεικνύοντας την ανάγκη δομημένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 39

ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χρήστος Χρήστου, Βασιλική Γεωργιοπούλου, Έντμοντ Ντέντα, Ολυμπία Μποβολέτη
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Εισαγωγή/ σκοπός: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς της Παθολογικής Κλινικής που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση αποτελούν πληθυσμό υψηλής νοσηρότητας, ωστόσο τα σχετικά ελληνικά δεδομένα παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης των ασθενών αυτών, καθώς και η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τη διάρκεια νοσηλείας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά όλες οι νοσηλείες των ασθενών της Παθολογικής Κλινικής του ΓΝ Κορίνθου που υποβλήθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση κατά το χρονικό διάστημα 01/01–30/06/2026.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 37 νοσηλείες που αφορούσαν 32 ασθενείς (73% άνδρες, διάμεση ηλικία 76 έτη) με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 7 ημέρες. Οι συχνότερες αιτίες εισαγωγής ήταν οι λοιμώξεις (35,1%), η υπερφόρτωση υγρών (35,1%) και η ανάγκη μετάγγισης (13,5%), ενώ το 62,2% των ασθενών υποβαλλόταν ήδη σε χρόνια αιμοκάθαρση. Είκοσι επτά (73%) νοσηλείες κατέληξαν σε εξιτήριο, ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα των ασθενών ήταν 19.5%. Οι ασθενείς που κατέληξαν υποβλήθηκαν σε μεγαλύτερο αριθμό συνεδριών αιμοκάθαρσης σε σχέση με όσους έλαβαν εξιτήριο (διάμεσος αριθμός συνεδριών 5 έναντι 2, *p=0,040, Mann-Whitney U*). Επιπλέον, οι ασθενείς που εισήχθησαν λόγω λοίμωξης παρουσίασαν διπλάσια διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με τις άλλες αιτίες (διάμεση διάρκεια νοσηλείας 10 ημέρες, *p=0,0015, Mann-Whitney U*). Στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, κάθε επιπλέον συνεδρία αιμοκάθαρσης συσχετίστηκε με αύξηση της διάρκειας νοσηλείας κατά περίπου 2,4 ημέρες ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία (*p<0,001*).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς της Παθολογικής Κλινικής που χρειάζονται ενδονοσοκομειακή αιμοκάθαρση αποτελούν πληθυσμό υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας. Οι λοιμώξεις αποτελούν από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής και συσχετίστηκαν με παρατεταμένη νοσηλεία, ενώ ο αυξημένος αριθμός των συνεδριών αιμοκάθαρσης σχετίστηκε ανεξάρτητα με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Η συστηματική αξιολόγηση των ασθενών αυτών και η διεπιστημονική παρακολούθηση μπορεί να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της νοσηλείας τους.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 40

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ TM6SF2 (E167K) ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΗ ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΚΑΙ ΙΝΩΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αγγελική Μερίτση[1], Σταματία Ράπτη[2], Δήμητρα Λάτσιου[3], Παναγιώτης Κούσσης[4], Παύλος Ζουμπούλης[5], Αναστασία Θανοπούλου[6]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΝΙΜΤΣ*
[2] *Τμήμα Γενετικής και Μοριακής Βιολογίας, Βιοϊατρική Αθηνών*
[3] *Τμήμα Κοινωνικής κι Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[4] *Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, Βιοϊατρική Αθηνών*
[5] *Ηχοδιαγνωστική Τομογραφία, Αθήνα*
[6] *Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η Transmembrane 6 superfamily 6 (TM6SF2) πρωτεΐνη αποτελεί ρυθμιστή του μεταβολισμού του ηπατικού λίπους ασκώντας ανασταλτική δράση στην έκκριση των τριγλυκεριδίων και στη συγκέντρωση λιποσταγονιδίων στα ηπατοκύτταρα. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν τον καθοριστικό ρόλο του πολυμορφισμού TM6SF2(E167K) στην εξέλιξη της MAFLD κι άλλες που τον αναιρούν. Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε τη συχνότητα του εν λόγω πολυμορφισμού και τη συσχέτισή του με την ηπατική στεάτωση (HS) και ίνωση (HF) σε Έλληνες ενήλικες με εγκατεστημένο ΣΔτ2.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν 120 διαδοχικά άτομα με ΣΔτ2 που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο της Πανεπιστημιακής Κλινικής του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών, κλινικών κι εργαστηριακών παραμέτρων τους. Η HS εκτιμήθηκε με μαγνητική τομογραφία πυκνότητας πρωτονίων (MRI-PDF) και ορίστηκε ως το ποσοστό του συνολικού ηπατικού λίπους διαιρούμενο με τον όγκο του ήπατος. HS >5% θεωρήθηκε παθολογική. Ο βαθμός ηπατικής σκληρότητας (LSM) υπολογίστηκε με τη μέθοδο Two Dimensional Shear Wave Elastography (2D SWE) (Supersonic Imagine, Aix-en-Provence, France) και με το βιοδείκτη FibroTest. Εκτιμήθηκε ο ρόλος του πολυμορφισμού του γονιδίου TM6SF2(E167K) ως γενετικού παράγοντα συσχετιζόμενου τόσο με την HS όσο και με την HF χρησιμοποιώντας βασικές γενετικές τεχνικές.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των εθελοντών ήταν περί τα 61,7 έτη, το 46% ήταν γυναίκες με διάρκεια ΣΔτ2 10 έτη και HbA1c 6.7%. 95 άτομα είχαν HS >5% και μόνο 16 είχαν LSM >8,0kPa. Οι συχνότητες του γονότυπου GG/GA/AA του TM6SF2(E167K) ήταν 87,5%, 10,83% και 1,67% αντίστοιχα. Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του TM6SF2(E167K) και HS όπως κι οποιασδήποτε ηπατικής ή λιπιδαιμικής παραμέτρου που εκτιμήθηκε. Ομοίως δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ του TM6SF2 (E167K) και του FibroTest (p=0,346) ή της LSM (SWE) (p=0,232).

Συμπεράσματα: Η συχνότητα του πολυμορφισμού TM6SF2 (E167K) στον Ελληνικό πληθυσμό με ΣΔτ2 φάνηκε σημαντικά αυξημένη (12,5% έναντι 7% στην Ευρώπη). Ωστόσο ο ρόλος του στην εξέλιξη της MAFLD στα άτομα με ΣΔτ2 παραμένει αμφιλεγόμενος

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 41

ΗΠΑΤΙΚΗ ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΚΑΙ ΙΝΩΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αγγελική Μερίτση[1], Σταματία Ράπτη[2], Δήμητρα Λάτσιου[3], Παναγιώτης Κούτσης[4], Παύλος Ζουμπούλης[5], Αναστασία Θανοπούλου[6]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΝΙΜΤΣ*
[2] *Τμήμα Γενετικής και Μοριακής Βιολογίας, Βιοϊατρική Αθηνών*
[3] *Τμήμα Κοινωνικής κι Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[4] *Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, Βιοϊατρική Αθηνών*
[5] *Ηχοδιαγνωστική Τομογραφία, Αθήνα*
[6] *Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η MASLD αυξάνεται δραματικά παράλληλα με το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 (ΣΔτ2) που έχει πάρει διαστάσεις πανδημίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανεύρεση παραγόντων που σχετίζονται με την ηπατική στεάτωση (HS) και η αξιολόγηση μη επεμβατικών βιοδεικτών για την εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε άτομα με ΣΔτ2.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 120 άτομα με ΣΔτ2 που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο της Πανεπιστημιακής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών, κλινικών κι εργαστηριακών παραμέτρων τους. Η ποσοτική μέτρηση της HS έγινε με μαγνητική τομογραφία πρωτονίων (MRI-PDFF) και ορίστηκε ως το πηλίκο του ποσοστού του συνολικού ηπατικού λίπους προς τον όγκο του ήπατος. Τιμή HS>5% θεωρήθηκε παθολογική. Ο βαθμός ηπατικής σκληρότητας (LSM) υπολογίστηκε με τη μέθοδο Two Dimensional Shear Wave Elastography (2D SWE). Εκτιμήθηκε ο ρόλος του πολυμορφισμού του γονιδίου PNPLA3 (I148M) ως γενετικού παράγοντα συσχετιζόμενου με HS και HF χρησιμοποιώντας βασικές γενετικές τεχνικές κι υπολογίστηκαν βιοδείκτες HF: FibroTest, APRI Index, NAFLD Fibrosis score, BARD score και FIB-4 Index.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των εθελοντών ήταν 61,7 έτη, το 46% ήταν γυναίκες με διάρκεια ΣΔτ2 10 έτη και HbA1c 6,7%. Η μέση τιμή της (HS) ήταν 7,8. Η συχνότητα του PNPLA3 rs 738409 CC/CG/GG ήταν 54,2%,35% και 10,8%. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση το PNPLA3 rs 738409(β=0,425, p=0,001), η περίμετρος μέσης(β=2,448, p=0,001) και το γυναικείο φύλο(β=0,419, p=0,002) σχετίζονταν ανεξάρτητα με την HS, ενώ φάνηκε ότι η διάρκεια του ΣΔτ2(β=-0,179, p=0,011) είχε αρνητική συσχέτιση με την HS. Μόνο 16(14%) άτομα είχαν τιμές LSM>8,0kPa. Από όλους τους βιοδείκτες το FibroTest(p=0.921) ήταν διαγνωστικά πιο κοντά στις τιμές της LSM όπως αυτές υπολογίστηκαν με τη SWE.

Συμπεράσματα: Η παρουσία HS στα άτομα με ΣΔτ2 είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων, με κυρίαρχους την κεντρικού τύπου παχυσαρκία και τον πολυμορφισμό PNPLA3 rs 738409. Άτομα με ΣΔτ2 χρειάζονται μοντέλα πρόβλεψης ηπατικής ίνωσης αποκλειστικά σχεδιασμένα για αυτά καθώς γενικεύσεις συμπερασμάτων από μελέτες ατόμων χωρίς ιστορικό ΣΔτ2 σε διαβητικό πληθυσμό μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 42

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΥΣΤΟΥ

Ηλιάνα Λεοντάρη, Γεώργιος Καλαποδάς, Κωνσταντίνος Τσιτούμης, Αικατερίνη Φαντούση, Ελευθερία Δημουλά, Παρασκευή Σταματίου

Γενικό Νοσοκομείο Καρύστου

Εισαγωγή / Σκοπός: Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί σύμπλεγμα μεταβολικών διαταραχών που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακής νόσου και πρόωρης θνησιμότητας. Η συχνότητά του αυξάνεται παγκοσμίως και σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή και άλλους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού του μεταβολικού συνδρόμου και η συσχέτισή του με δημογραφικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες σε ενήλικο πληθυσμό που υποβλήθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο στο Γενικό Νοσοκομείο Καρύστου.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 191 ενήλικες (90 γυναίκες, 101 άνδρες) που προσήλθαν για βιοχημικό έλεγχο κατά το διάστημα Μάιος 2025–Ιανουάριος 2026. Συλλέχθηκαν δημογραφικά, ανθρωπομετρικά και κλινικά δεδομένα, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τις διατροφικές συνήθειες και τον ύπνο. Η διάγνωση του ΜΣ βασίσθηκε στα κριτήρια του National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III).

Αποτελέσματα: Μεταβολικό σύνδρομο διαπιστώθηκε σε 94 από τους 191 συμμετέχοντες (49,2%). Τα άτομα με ΜΣ παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά τακτικής φυσικής δραστηριότητας (13,8% έναντι 42,3%, $p<0,001$), υψηλότερη κατανάλωση υδατανθράκων (61,7% έναντι 22,7%, $p<0,01$), αυξημένα ποσοστά καπνίσματος (53,2% έναντι 33,1%, $p<0,01$) και κατανάλωσης αλκοόλ (33,0% έναντι 17,5%, $p<0,05$). Αντίθετα, η κατανάλωση μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος ήταν συχνότερη στα άτομα χωρίς ΜΣ (56,7% έναντι 31,9%, $p<0,05$). Επιπλέον, το 76,6% των ατόμων με ΜΣ ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ενώ το 60,6% των γυναικών ηλικίας >40 ετών βρισκόταν στην περιεμμηνοπαυσιακή ή μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.

Συμπεράσματα: Το μεταβολικό σύνδρομο εμφανίζεται με υψηλή συχνότητα στον υπό μελέτη πληθυσμό και σχετίζεται κυρίως με τροποποιήσιμους παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων. Η έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου και η εφαρμογή παρεμβάσεων που προάγουν υγιεινές συμπεριφορές μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της καρδιομεταβολικής νοσηρότητας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 43

ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑ

Νίκη Γερασιμούλα Μουρελάτου[1,2], Ειρήνη Μάρκου[2], Τριάδα Μπαλή[2], Μαγδαληνή Αδάμαντου[2], Φώτης Κοτσόπουλος[2], Λάμπρος Χρυσαυγής[2], Χρήστος Χολόγκιτας[2], Μαργαρίτα Σαρρή[2], Γεώργιος Σχινάς[2], Χαρά Καλδιριμιτζιάν[2], Θεόδωρος Ανδρουτσάκος[3], Γεωργία Σύψα[4], Δημήτριος Καραγιαννάκης[5], Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης[6], Νικόλαος Τεντολούρης[7], Αναστασία Μαυρογιαννάκη[1], Ευάγγελος Χολόγκιτας[2,6]

[1] *Β'Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΝΙΜΤΣ*
[2] *Α'Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό*
[3] *Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Λαϊκό*
[4] *Τμήμα Ακτινολογίας Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Λαϊκό*
[5] *Δ'Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Αττικό*
[6] *Γαστρεντερολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό*
[7] *Α'Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό*

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σαρκοπενική παχυσαρκία (SO) συναντάται συχνά ασθενείς με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο ήπατος (MASLD), ωστόσο τα δεδομένα σε καυκάσιους πληθυσμούς παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση επιπολασμού της SO βάσει διαφορετικών διαγνωστικών ορισμών και η διερεύνηση της σχέσης της με ηπατική βλάβη, φυσική απόδοση και ευθραυστότητα σε ελληνικό πληθυσμό με MASLD.

Υλικό-Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν 200 ενήλικες ασθενείς με MASLD που παρακολουθούνται στο ιατρείο στεάτωσης ήπατος κι είχαν δεδομένα διπλής ενεργειακής απορροφησιομετρίας ακτίνων Χ (DEXA). Καταγράφηκαν: ηλικία, φύλο, ανθρωπομετρικοί παράμετροι [σωματικό βάρος (ΣΒ), δείκτης μάζας σώματος (BMI), περίμετρος μέσης (WC)], συννοσηρότητες, εργαστηριακός έλεγχος. Διάγνωση SO: παρουσία παχυσαρκίας με BMI(kg/m²)≥30 (BMI-SO), ή με ποσοστό σωματικού λίπους [BF(%)]≥27 για άνδρες, ≥38 για γυναίκες (BF%-SO) και παρουσία σαρκοπενίας με δείκτη άλιπης μάζας άκρων/σωματικό βάρος [ALM/W(%)]<23.47% για γυναίκες, <28.27% για άνδρες, καθώς και με το AIMSO score, σύμφωνα με Azevedo et al. Ηπατική στεάτωση [CAP(dB/m)] και σκληρία (kPa) μετρήθηκαν με ελαστογραφία ήπατος. Φυσική απόδοση και ευθραυστότητα εκτιμήθηκαν με Short Physical Performance Battery (SPPB) και Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της SO ήταν 34,5%, 51% και 76,5% βάσει AIMSO score, BMI-SO, BF%-SO αντιστοίχως. Ανεξαρτήτως ορισμού, η SO συσχετίστηκε με παρουσία αρτηριακής υπέρτασης και αυξημένη WC. Τα άτομα με BMI-SO, BF%-SO και SO βάσει AIMSO score είχαν σημαντικά υψηλότερο CAP [(292.5 vs 270 dB/m, p<0.001), (280 vs 268 dB/m, p=0.013), (289 vs 274 dB/m, p=0.044), αντίστοιχα] συγκριτικά με εκείνα χωρίς. Παρουσίασαν επίσης, χειρότερη φυσική απόδοση και μεγαλύτερη ευθραυστότητα: χαμηλότερες βαθμολογίες SPPB στις ομάδες BMI-SO (11 vs 12, p=0.002) και BF%-SO (11 vs 12, p=0.041) και υψηλότερες τιμές LFI στις ομάδες BF%-SO (3.9 vs 3.62, p=0.004) και SO βάσει AIMSO score(3.95 vs 3.81, p=0.043).

Συμπεράσματα: Η SO εμφανίζεται με υψηλή συχνότητα σε Καυκάσιους ασθενείς με MASLD και σχετίζεται με δυσμενές μεταβολικό, ηπατικό και λειτουργικό προφίλ, αναδεικνύοντας τη σημασία έγκαιρης αναγνώρισης στην κλινική πράξη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 44

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΣΩ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Νίκη Γερασιμούλα Μουρελάτου[1], Γεώργιος Δελλής[1], Σταμάτιος Τσούτσας[1], Λουκία Βίκτωρος[1], Αγγελική Μερίτση[1, 2], Κρυσταλία Δημητρίου[1], Αναστασία Μαυρογιαννάκη[1, 2]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ*
[2] *Διαβητολογικό Κέντρο ΝΙΜΤΣ*

Εισαγωγή-Σκοπός: Η περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΑΝ) αποτελεί συχνή συννοσηρότητα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Ωστόσο, ένα ποσοστό ασθενών παραμένει ασυμπτωματικό, με αποτέλεσμα η διάγνωση της συχνά να καθυστερεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της ΠΑΝ σε ασυμπτωματικά άτομα με ΣΔτ2 και η διερεύνηση της συσχέτισής της με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, μικροαγγειακές επιπλοκές και αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο.

Μέθοδοι-Υλικό: Μελετήθηκαν 121 άτομα με ΣΔτ2, ηλικίας ≥55 ετών, τα οποία παρακολουθούνταν σε Διαβητολογικό Ιατρείο νοσοκομείου κατά την περίοδο 4 μηνών. Κριτήρια αποκλεισμού: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, πρόσφατη έναρξη ινσουλινοθεραπείας, παρουσία συμπτωματικής ΠΑΝ. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, συννοσηρότητες και εργαστηριακές παράμετροι. Η ΠΑΝ ορίστηκε ως σφυροβραχιόνιος δείκτης (ΣΒΔ) ≤0,90 σε τουλάχιστον ένα κάτω άκρο. Ως αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος (ΑΣΚΑΝ) ορίστηκε η παρουσία στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή καρωτιδικής αθηροσκλήρωσης.

Αποτελέσματα: 121 άτομα με ΣΔτ2 (62,8% άνδρες), μέσης ηλικίας 70,5 έτη, μέσης διάρκειας διαβήτη 12,6 έτη, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 30,1kg/m^2, μέσης γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) 6,7%, μέσης τιμής υψηλής/χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης (HDL/LDL) 45,5/87,6mg/dl. ΠΑΝ διαπιστώθηκε σε 17 άτομα (14%). Άτομα με ΠΑΝ συγκριτικά με εκείνα χωρίς ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία, (p=0,029), κάπνιζαν συχνότερα (p=0,014), είχαν συχνότερα χρόνια νεφρική νόσο (p=0,018), διαβητική περιφερική νευροπάθεια (p=0,007), περισσότερους παράγοντες κινδύνου (4 vs 3, p=0,012) με OR ανά επιπλέον παράγοντα 1,74 (95% CI 1,07-2,84), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά σε LDL, HbA1c ή διάρκεια διαβήτη. Επίσης, εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη ΑΣΚΑΝ [94,1%(16/17) vs 28,8%(30/104), p<0,001) και ειδικότερα, παρουσίαζαν συχνότερα ΣΝ (p=0,013) και καρωτιδική νόσο (p=0,005).

Συμπεράσματα: Η ασυμπτωματική ΠΑΝ είναι συχνή σε άτομα με ΣΔτ2 και φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη ηλικία, κάπνισμα, αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα αλλά και μικροαγγειοπάθεια. Η συστηματική εκτίμηση του ΣΒΔ θα μπορούσε να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 45

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ `Η ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ; ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Αικατερίνη Αγγελοπούλου[1], Τζεσιάνα Μπέλη[1], Ελένη Φιλιούση[2], Ευτυχία Τσιάμη[3], Βασιλική Κουλοσούσα[4], Εμμανουέλα Χουρδάκη[4], Μελιδώνης Ανδρέας[4]

[1] *Cardiff Metropolitan University*
[2] *London Metropolitan University*
[3] *Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος*
[4] *Metropolitan Hospital*

Εισαγωγή: Η μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ ινσουλινοαντίστασης, σπλαχνικής παχυσαρκίας και γνωστικής λειτουργίας σε ενήλικες με παχυσαρκία. Προβλεπτικοί δείκτες ήταν ο λόγος περιφέρειας μέσης προς ύψος (WtHR) και το μοντέλο αξιολόγησης ομοιόστασης για την αντίσταση στην ινσουλίνη (HOMA-IR). Σκοπός ήταν να διερευνηθεί εάν οι μεταβολικοί παράγοντες προσθέτουν ερευνητική ισχύ στη σχέση βιολογικών παραγόντων, όπως η ηλικία, με την εκάστοτε γνωστική απόδοση των συμμετεχόντων ασθενών.

Υλικό / Μέθοδοι: Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 168 ενηλίκων με 148 έγκυρες περιπτώσεις για το δείκτη HOMA-IR. Η μέση ηλικία ήταν 63.98 έτη (*SD=12.44*), ενώ ο μέσος όρος των σπουδών ανήλθε στα 13.74 έτη (*SD=3.46*). Η γνωστική απόδοση εκτιμήθηκε ως προς τη γενική κατάσταση (MMSE) και τις επιτελικές λειτουργίες (CLOX). Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης και παραγοντική ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA), ελέγχοντας τις βασικές δημογραφικές μεταβλητές κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Αποτελέσματα: Οι δείκτες WtHR και HOMA-IR δεν αποτέλεσαν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες. Στην ιεραρχική παλινδρόμηση για το MMSE, το μοντέλο δημογραφικών μεταβλητών ήταν σημαντικό (R^2*=.285, p<.001*), αλλά η προσθήκη μεταβολικών δεικτών δεν επέφερε σημαντική αύξηση διακύμανσης (ΔR^2 *= .005, Δp =* .589). Για το CLOX, οι δείκτες προσέφεραν 0,2% επιπλέον ερμηνευτική ισχύ (ΔR^2 *= .002, Δp =* .820). Η ανάλυση ANCOVA (HOMA-IR: ≤ 2, 2.01-3.0, > 3.01) επιβεβαίωσε πως η ηλικία παρέμεινε ο μοναδικός σημαντικός παράγοντας επίδρασης (*F (1,62) =* 12.71, *p <* .001, np^2 *=* .073), ενώ η συνολική επίδραση των ομάδων HOMA-IR (*p=* .724) και WtHR (*p=* .452) παρέμεινε απολύτως μη σημαντική κατά την τελική στατιστική αξιολόγηση των δεδομένων.

Συμπεράσματα: Στο συγκεκριμένο κλινικό δείγμα, οι μεταβολικοί δείκτες δεν παρουσίασαν καμία σχέση με τη γνωστική έκπτωση στο σύνολο του εξεταζόμενου πληθυσμού. Η γενική γνωστική κατάσταση και η επιτελική λειτουργία δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από τη μεταβολική εικόνα. Αντιθέτως, η βιολογική ηλικία αναδείχθηκε σταθερά ως ο πλέον ισχυρότερος καθοριστικός παράγοντας, επισκιάζοντας την τρέχουσα μεταβολική κατάσταση των συμμετεχόντων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 46

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ HELITA (HELLENIC STUDY ON INSULIN TECHNIQUE AND ADMINISTRATION)

Αναστάσιος Καϊσίδης[1], Αθανασία Παπαζαφειροπούλου[2], Αναστασία Γαλανοπούλου[2], Μαλαμετένια Κουμάκη[1], Ευθυμία Μανδαλάκη[1], Βενετία Δρόσου[3], Ευστρατία Λαζάρου[4], Χαρίκλεια Ρίζου[5], Κυριάκος Καζάκος[6]

[1] *ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΝ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ*
[2] *'Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ*
[3] *ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ, 13ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ*
[4] *ΚΥ ΠΑΤΗΣΙΩΝ 1η ΥΠΕ*
[5] *ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ*
[6] *ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΝ ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση της ινσουλινοθεραπείας είναι απαραίτητη για την επίτευξη του βέλτιστου γλυκαιμικού ελέγχου και την πρόληψη επιπλοκών. Ωστόσο, οι διαφορές στις πρακτικές αυτοδιαχείρισης μεταξύ ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των πρακτικών αυτοδιαχείρισης της ινσουλινοθεραπείας μεταξύ των δύο αυτών ομάδων.

Υλικό / Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανάλυση υποομάδων από την Ελληνική πολυκεντρική συγχρονική μελέτη για τις πρακτικές της ινσουινοθεραπείας The Hellenic study on insulin technique and administration (HELITA) σε 701 ινσουλινοθεραπευόμενα άτομα (182 με ΣΔτ1 και 513 με ΣΔτ2).

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες με ΣΔτ1 ήταν νεότεροι (45,3 ±14,4 έναντι 67,5 ± 10,6 έτη p<0,001) και είχαν χαμηλότερο BMI (26,1 kg/m² έναντι 30,9 kg/m² p<0,001) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με ΣΔτ2, ενώ τα επίπεδα HbA1c δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων (7,7±1,4% έναντι 7,7± 1,2% p=0,696). Τα άτομα με ΣΔτ1 εμφάνιζαν συχνότερα παράλειψη τουλάχιστον μίας δόσης ινσουλίνης εβδομαδιαίως (46,2% έναντι 21,4%, p<0,001), λιποϋπερτροφία (69,2% έναντι 50,1%, p<0,001), υπογλυκαιμικά επεισόδια (92,3% έναντι 50,5%, p<0,001) και χορήγηση μεγαλύτερης δόσης ινσουλίνης από την συνιστώμενη (63,2% έναντι 17,3%, p<0,001). Αντίθετα, η παράλειψη κυκλικής εναλλαγής των σημείων έγχυσης ήταν συχνότερη στα άτομα με ΣΔτ2 (41,7% έναντι 31,9%, p=0,019) καθώς και η χρήση μεγάλου μήκους (8mm) βελόνων (21,2% έναντι 11,0%) . Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς την επαναχρησιμοποίηση των βελονών, τη ρύθμιση της δόσης της βασικής ινσουλίνης, τις ανάγκες επανεκπαίδευσης και τον κλινικό έλεγχο από την θεραπευτική ομάδα.

Συμπεράσματα: Παρά τη μακροχρόνια εμπειρία στην ινσουλινοθεραπεία, τα άτομα με ΣΔτ1 παρουσιάζουν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στην αυτοδιαχείριση σε σύγκριση με τα άτομα με ΣΔτ2. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η εμπειρία από μόνη της δεν διασφαλίζει την ορθή εφαρμογή της ινσουλινοθεραπείας και αναδεικνύουν την ανάγκη για συνεχή, δομημένη και εξατομικευμένη θεραπευτική εκπαίδευση σε όλα τα άτομα που λαμβάνουν ινσουλίνη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 47

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Μαρίνα Βρούχο, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Έλενα Πατσαλίδου, Σταμάτης-Ιωάννης Σπανός, Θεοδώρα Αναστασίου, Ευαγγελία Καρυδάκη, Σταύρος Αντωνόπουλος

Ά Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή/Σκοπός: Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) και ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) αποτελούν σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας. Σκοπός ήταν η εκτίμηση και σύγκριση του επιπολασμού, της βαρύτητας της ΧΝΝ και των δεικτών νεφρικής λειτουργίας μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών με και χωρίς ΣΔ2.

Υλικό / Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στους φακέλους 444 νοσηλευόμενων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Α Παθολογικό Τμήμα του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο εως τον Ιούνιο 2026. Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν 75,41 ± 15,49 έτη. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 231 (52,0%) ήταν γυναίκες και 213 (48,0%) ήταν άνδρες. Η νεφρική λειτουργία αξιολογήθηκε μέσω των επιπέδων κρεατινίνης ορού και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR). Η σταδιοποίηση της ΧΝΝ βασίστηκε στα κριτήρια των οδηγιών KDIGO. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση κατάλληλων κριτηρίων (p <0,05).

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούνταν από 231 γυναίκες (52,0%) και 213 άνδρες (48,0%), με μέση ηλικία 75,41±15,49 έτη. Ιστορικό ΣΔ2 παρουσίαζαν 148 ασθενείς (33,6%), ενώ 292 (66,4%) δεν είχαν διαβήτη. Τα δεδομένα για τη ΧΝΝ ήταν διαθέσιμα για 438 άτομα, με συνολικό επιπολασμό 40,9% (179/438), ενώ 59,1% (259/438) δεν παρουσίαζαν ΧΝΝ. Η μέση τιμή του eGFR ήταν 65,07±30,09 έναντι 68,49±31,47 mL/min/1.73m2 (p=0.23) και της κρεατινίνης 1,44±1,01 έναντι 1,90±1,92 mg/dL (p=0.411), στα άτομα με ΣΔ2 και χωρίς, αντίστοιχα. Στην ομάδα με ΣΔ2 ο επιπολασμός της ΧΝΝ ήταν 41,1% (60/146) και χωρίς ΣΔ2 40,6% (117/288), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.51). Ομοίως, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην κατανομή των σταδίων της ΧΝΝ (p=0.34).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της ΧΝΝ στους νοσηλευόμενους παθολογικούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα υψηλός (~41%). Η παρουσία ΣΔ2 δεν συσχετίστηκε με αυξημένο επιπολασμό, βαρύτερη σταδιοποίηση ή χειρότερη νεφρική λειτουργία. Η ΧΝΝ αποτελεί συχνή συννοσηρότητα ανεξαρτήτως διαβήτη, πιθανώς λόγω προχωρημένης ηλικίας, καθιστώντας απαραίτητο τον έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας κατά την εισαγωγή.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 48

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αικατερίνη Τρικαλινού[3], Ελένη Φιλιούση[1], Τζεσιάνα Μπέλη[2], Ανδρέας Μελιδώνης[3], Αικατερίνη Αγγελοπούλου[2], Ευτυχία Τσιάμη[3], Μαριάνθη Καραδημητρίου[3], Εμμανουέλα Χουρδάκη[3]

[1] *London Metropolitan University*
[2] *Cardiff Metropolitan University*
[3] *Metropolitan Hospital*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λιπώδης νόσος και η ίνωση ήπατος αποτελούν συχνές συννοσηρότητες στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), επηρεάζοντας πιθανά τη γνωστική κατάσταση. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της ηπατικής με τη γνωστική και εκτελεστική λειτουργία στους ασθενείς αυτούς.

Υλικό / Μέθοδοι: Συμμετείχαν 226 ασθενείς με ΣΔ2 (142 άνδρες), μέσης ηλικίας 63,9±13,1 ετών. Μεταβολικό προφίλ: μέση γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) 6,5 (διάστημα εμπιστοσύνης 6,2-6,8), Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index - BMI) 29 (διάστημα εμπιστοσύνης 28-30), λόγος Περιμέτρου Μέσης προς Ύψος (Waist-to-Height ratio - WH) 0,55 (0,5-0,58). Η ηπατική κατάσταση εκτιμήθηκε με τους δείκτες ίνωσης Fibrosis-4 (FIB-4) (Μέση Τιμή [ΜΤ]=1,67±3,38) και λιπώδους διήθησης Fatty Liver Index (FLI) (ΜΤ=61,80±29,15). Η γνωστική και εκτελεστική λειτουργία αξιολογήθηκαν με την κλίμακα Mini-Mental State Examination (MMSE) (ΜΤ=28,17±1,83) και τη δοκιμασία CLOX 1 (ΜΤ=10,74±4,11). Εφαρμόστηκαν συντελεστής Spearman, δοκιμασία Mann-Whitney U και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (SPSS 27.0).

Αποτελέσματα: Ο FIB-4 συσχετίστηκε αρνητικά με τα MMSE (rho=-0,21, p=0,001), CLOX 1 (rho=-0,22, p=0,001), ανάκληση μνήμης (rho=-0,18, p=0,006) και γλωσσική ικανότητα (rho=-0,19, p=0,004). Ο FLI συσχετίστηκε αρνητικά με το CLOX 1 (rho=-0,19, p=0,004). Η ηλικία σχετίστηκε αρνητικά με τα MMSE (rho=-0,37, p<0,001) και CLOX 1 (rho=-0,24, p<0,001). Στην πολλαπλή παλινδρόμηση, η ηλικία αποτέλεσε ανεξάρτητο επιβαρυντικό παράγοντα για τα MMSE (β=-0,348, p<0,001) και CLOX 1 (β=-0,220, p=0,001). Ο FLI παρουσίασε οριακή αρνητική συσχέτιση με την ικανότητα ανάκλησης (β=-0,124, p=0,052), ενώ το ανδρικό φύλο με χαμηλότερη γλωσσική ικανότητα (β=-0,140, p=0,032).

Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ BMI και HbA1c με τις νοητικές και γνωστικές λειτουργίες.

Συμπεράσματα: Στον ΣΔ2, η ηπατική ίνωση και η λιπώδης διήθηση σχετίζονται με μειωμένη γνωστική και εκτελεστική επίδοση. Παρά την ισχυρή επίδραση της ηλικίας, το λιπώδες ήπαρ επηρεάζει ανεξάρτητα συγκεκριμένους τομείς, όπως η ανάκληση μνήμης. Τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της παρακολούθησης της ηπατικής και μεταβολικής υγείας για τη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 49

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΕΚΠΛΗΡΩΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ MHEALTH ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥΕΘΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ MELISSA

Σταύρος Αθανασόπουλος[1], Πέτρος Θωμάκος[1], Σταύρος Λιάτης[1], Ανδριανή Βαζαίου[2], Γεώργιος Καραμανάκος[1], Ελευθερία Παπαχριστοφόρου[1], Ασημίνα Μητράκου[1], Κωνσταντίνος Μακρυλάκης[1], Melissa Consortium[3]

[1] *Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[2] *Νοσοκομείο Παίδων Π&Α Κυριακού*
[3] *MELISSA Consortium*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι εφαρμογές για τον διαβήτη είναι ευρέως διαθέσιμες στην Ευρώπη, αλλά δεν είναι σαφές εάν καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με διαβήτη (ΑμΔ) υπό ινσουλινοθεραπεία και των επαγγελματιών υγείας (ΕΥ). Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της τρέχουσας χρήσης ψηφιακών εργαλείων, των αναμενόμενων οφελών και των λειτουργιών προτεραιότητας.

Υλικό / Μέθοδοι:: Αναπτύχθηκαν δύο ερωτηματολόγια για ΑμΔ και ΕΥ, τα οποία πιλοτικά δοκιμάστηκαν, αναθεωρήθηκαν και μεταφράστηκαν με τη συμβολή εταίρων και ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Ελλάδα, Δανία, Ολλανδία και Γερμανία και στόχευσε ΑμΔ υπό ινσουλινοθεραπεία χωρίς αντλία και σχετικούς ΕΥ. Η ροή συμμετοχής ήταν 328/297 προσβάσεις, 198/135 συγκαταθέσεις, 184/120 ενάρξεις και 171/81 ολοκληρώσεις για ΑμΔ/ΕΥ, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Μεταξύ ΑμΔ, 91% είχαν διαβήτη τύπου 1, μέση ηλικία 48±18 έτη και διάρκεια διαβήτη 21±12 έτη. Το 81% ανέφερε συχνή/σταθερή αυτοπεποίθηση στην καθημερινή διαχείριση, αλλά 53% φόβο επιπλοκών. Το 85% χρησιμοποιούσε CGM και 92% εξ αυτών δήλωνε ικανοποίηση. Οι εφαρμογές διαβήτη ήταν η συχνότερα χρησιμοποιούμενη κατηγορία mHealth εφαρμογών, με χρήση συχνά/πάντα από 85%, σε αντίθεση με εφαρμογές διατροφής ή υδατανθράκων. Οι κύριες προσδοκίες ήταν υποστήριξη καθημερινής διαχείρισης (67%), βελτίωση Time in Range (67%), HbA1c (66%) και ποιότητας ζωής (57%). Οι υψηλότερα ιεραρχημένες ανάγκες ήταν καταγραφή γλυκαιμικού ελέγχου, εκτίμηση HbA1c, αυτόματος υπολογισμός υδατανθράκων και καταγραφή δόσεων ινσουλίνης, όλες >70%, ακολουθούμενες από συστάσεις βασικής ή γευματικής ινσουλίνης.

Μεταξύ ΕΥ, 79% είχαν χρησιμοποιήσει εφαρμογές διαβήτη, 61% ανέφεραν πάντα εφικτή πρόσβαση/ανασκόπηση δεδομένων CGM, αλλά μόνο 51% είχαν συστήσει mHealth εφαρμογή. Κύρια εμπόδια ήταν το κόστος και οι δυσκολίες εξοικείωσης των ασθενών (>80%). Σημαντικότερα χαρακτηριστικά αναδείχθηκαν ευχρηστία, εγκυρότητα, ακρίβεια (99%), αυτόματη μεταφορά δεδομένων (87%) και παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο (90%). Κύριες ανάγκες ήταν εκπαίδευση στον διαβήτη (85%), επικοινωνία ασθενούς-ιατρού (78%) και πίνακας πολλαπλών ασθενών (74%).

Συμπεράσματα: Παρά την υψηλή ψηφιακή ενασχόληση, σημαντικές ανεκπλήρωτες ανάγκες απαιτούν την ανάπτυξη πιο ολοκληρωμένων και πρακτικά χρήσιμων ψηφιακών λύσεων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 50

Η ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ ΚΟΣΤΟΣ

Νικόλαος Τζαμτζής, Σταύρος Αθανασόπουλος

Θεραπευτική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συχνή συννοσηρότητα στους νοσηλευόμενους ασθενείς και μπορεί να αυξάνει την πολυπλοκότητα, τη διάρκεια νοσηλείας και τη χρήση πόρων. Ωστόσο, τα ελληνικά νοσοκομειακά διοικητικά δεδομένα είναι περιορισμένα και ο διαβήτης ενδέχεται να υποκαταγράφεται όταν δεν αποτελεί κύρια διάγνωση εξόδου. Στόχος ήταν η εκτίμηση της καταγεγραμμένης συχνότητας κωδικοποίησης διαβήτη και της συσχέτισής της με διάρκεια νοσηλείας και κόστος.

Υλικό / Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση διοικητικών δεδομένων του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» για νοσηλείες από 1/1/2025 έως 4/6/2026. Τα μοναδικά επεισόδια νοσηλείας ορίστηκαν με βάση τον αναγνωριστικό αριθμό ασθενούς και τους χρόνους εισαγωγής/εξόδου. Ο διαβήτης ορίστηκε από παρουσία ICD-10 E10–E14 στις διαγνώσεις εξόδου. Η διάρκεια νοσηλείας υπολογίστηκε από εισαγωγή έως έξοδο. Το κόστος επεισοδίου εκτιμήθηκε από το άθροισμα διαθέσιμων ποσών αποζημίωσης ταμείου και ασθενούς. Οι ομάδες συγκρίθηκαν με μη παραμετρικές δοκιμασίες. Προσαρμοσμένα λογαριθμικά γραμμικά μοντέλα εκτίμησαν λόγους εκβάσεων μετά από προσαρμογή για έτος, κλινική εξόδου και ευρεία κατηγορία κύριας διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 19.055 γραμμές διαγνώσεων, 8.823 επεισόδια νοσηλείας και 7.013 μοναδικοί ασθενείς. Κωδικοποίηση διαβήτη καταγράφηκε σε 135 επεισόδια, δηλαδή 1,5% των νοσηλειών. Ο διαβήτης ήταν κύρια διάγνωση σε 71 και μόνο δευτερεύουσα διάγνωση σε 64 επεισόδια. Τα επεισόδια με διαβήτη είχαν μεγαλύτερη διάμεση διάρκεια νοσηλείας έναντι των μη διαβητικών επεισοδίων, 5,50 έναντι 4,69 ημερών, p=0,011, και υψηλότερο διάμεσο κόστος, €922 έναντι €893, p=0,040. Μετά από προσαρμογή, η κωδικοποίηση διαβήτη παρέμεινε συσχετισμένη με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, προσαρμοσμένος λόγος 1,33, 95%CI 1,12–1,58, p<0,001, και υψηλότερο κόστος, προσαρμοσμένος λόγος 1,31, 95%CI 1,12–1,53, p<0,001. Στην ανάλυση ευαισθησίας με μόνο δευτερεύουσα διάγνωση διαβήτη, οι συσχετίσεις ήταν ισχυρότερες.

Συμπεράσματα: Ο κωδικοποιημένος ενδονοσοκομειακός διαβήτης καταγράφηκε μόνο στο 1,5% των νοσηλειών, υποδηλώνοντας πιθανή υποαναγνώριση ως συννοσηρότητας. Παρά ταύτα, συσχετίστηκε ανεξάρτητα με μεγαλύτερη νοσηλεία και υψηλότερο κόστος. Τα ευρήματα υποστηρίζουν συστηματικότερη αναγνώριση και κωδικοποίηση του διαβήτη, καθώς και περαιτέρω αναλύσεις με DRG, ηλικία, φύλο, κλινική βαρύτητα και οξύτητα νοσηλείας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 51

ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΧΕΡΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΑ ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ

Δημήτριος Κωσταράκης[1], Ναταλία Μαΐση[1], Δημήτριος Γουλές[1, 2], Φοίβη Ελευθεριάδου[1, 2], Κομνηνός Μανιός[1], Αναστασία Γαλανοπούλου[1], Νικόλαος Τεντελούρης[1]

[1] *Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ενωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)*
[2] *Ιδιωτικό Ιατρείο*

Εισαγωγή: Οι επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) στην άκρα χείρα αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως διαβητική χειραρθροπάθεια ή σύνδρομο δύσκαμπτου χεριού. Προτείνεται από την ομάδα μας ο απλούστερος όρος διαβητικό χέρι (ΔΧ). Παθογενετικά συνδέεται με ενεργοποίηση των μεταλλοπρωτεϊνασών και γλυκοζυλίωση του κολλαγόνου. Αρχικά παρουσιάζεται με πρώιμο οίδημα δακτύλων, το οποίο, κατά τη γνώμη μας, αποτελεί προάγγελο του ΔΧ. Εκδηλώνεται στη συνεχεία με περιορισμένη κινητικότητα των αρθρώσεων, συγκάμψεις, δερματικές αλλοιώσεις σκληροδερματικού τύπου και τριχοειδοπάθεια της κοίτης των ονύχων. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο επιπολασμός του ΔΧ κυμαίνεται από 18- 55% των ασθενών με ΣΔ 1 και 2.

Σκοπός της μελέτης: Η παρουσίαση των κλινικών παρατηρήσεων του κέντρου μας σχετικά με τη συχνότητα, βαρύτητα και τη θεραπεία του ΔΧ σε δείγμα Ελλήνων διαβητικών.

Μέθοδοι: Στο ιδιωτικό κέντρο εξετάσθηκαν τα τελευταία 9 έτη 710 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔ, 385 άνδρες και 315 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 67 έτη (από 40 έως 88 ετών). Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν κλινικά για ΔΧ και ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος για βιοδείκτες φλεγμονής και αυτοανοσίας.

Αποτελέσματα: Σε 11 εκ των 710 ασθενών (1,55%) εμφανίστηκαν εκδηλώσεις ΔΧ. Ανάμεσα σε αυτούς, 3 ασθενείς εμφάνισαν δύσκαμπτο επώδυνο χέρι, 6 με συγκάμψεις δακτύλων μετρίου βαθμού ,1 σε συνδυασμό με ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης (Νόσος Dupuytren) και σε 3 συνυπήρχε ΣΚΣ. Δύο ασθενείς εμφάνισαν πλήρη ίαση.

Συμπεράσματα: Με βάση τις παρατηρήσεις μας, οι οποίες καταγράφονται για πρώτη φορά στην διεθνή βιβλιογραφία, διαφαίνεται ότι η επιδημιολογία αλλά και η βαρύτητα της νόσου στην Ελλάδα είναι σημαντικά μικρότερη σε σύγκριση με άλλες χώρες. Η νόσος πιθανώς υποδιαγιγνώσκεται. Η απόκλιση, το πιθανό γονιδιακό και περιβαλλοντικό της υπόβαθρο χρήζουν συστηματικότερης παθογενετικής έρευνας. Αξίζει να διερευνηθούν απεικονιστικά οι ασθενείς με υποκλινική (οίδημα) ή αρνητική σημειολογία αν φέρουν τις ειδικές αλλοιώσεις. Τέλος, η πλήρης ίαση του ΔΧ σε 2 ασθενείς μας αναφέρεται για πρώτη φορά διεθνώς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 001

ΜΥΪΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΕΠΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗΣ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ιωάννης Μουζακίτης[1], Ζωή Κλεινάκη[2], Χαρίλαος Καζάκος[1], Ανδρέας Χατζησολωμού[1], Νικόλαος Πολίτης[1], Ανθή - Νιόβη Ρίζου[1], Χριστίνα Ζαφειριάδου[1], Φλώρα Χουζούρη[1], Δημήτριος Χριστοδούλου[1], Γεώργιος Καμπέλος[1], Δημήτριος Ζιαζιάς[1], Δημήτριος Ντιώνιας[1], Βασιλική Νέζη[1], Ελένη Λυδατάκη[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - Β' Παθολογική Κλινική*
[2] *Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα*

Σκοπός: Η ανάδειξη της διαγνωστικής πρόκλησης ασθενούς με σοβαρή υποκαλιαιμία και μυϊκή αδυναμία, η οποία τελικώς αποδόθηκε σε πιθανή μονοκλωνική γαμμαπάθεια νεφρικής σημασίας (MGRS).

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 66 ετών με ιστορικό καρκίνου ενδομητρίου και πνευμονικών όζων, παρουσίαζε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και υδρονέφρωση με τοποθέτηση pig-tail. Εισήχθη λόγω έντονης μυϊκής αδυναμίας και επιδείνωσης νεφρικής λειτουργίας (Cr 4,1 mg/dL), με σοβαρή υποκαλιαιμία (K^+ 2,1 mmol/L) και υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων, συμβατή με νεφρική σωληναριακή οξέωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε λευκωματουρία (2,2 g/24h) και παρουσία μονοκλωνικής IgG(λ) με ελεύθερες λ αλυσίδες σε ορό και ούρα. Η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε πλασματοκυτταρική διήθηση 4%. Με βάση τα ευρήματα, τέθηκε πιθανή διάγνωση MGRS. Προτάθηκε νεφρική βιοψία, η οποία αναβλήθηκε. Η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση μετά από υποστηρικτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η MGRS αποτελεί διακριτή κλινικοπαθολογική οντότητα που μπορεί να εκδηλωθεί με μη ειδικά νεφρολογικά ευρήματα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως νεφρική σωληναριακή οξέωση και υποκαλιαιμία. Η διάγνωση απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας και συχνά νεφρική βιοψία. Δεδομένης της αυξανόμενης επίπτωσης των κακοηθειών και της γήρανσης του πληθυσμού, αντίστοιχα περιστατικά αναμένεται να καταστούν συχνότερα, καθιστώντας επιτακτική την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση, με στόχο τη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων υγείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 002

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ HBV/HCV/HIV ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Θεοφανή Καραουλάνη[1], Χρηστέλος Καπάτανς[2], Ευστάθιος Λάσκος[1], Τριανταφυλλιά Πίτσια[1], Αντωνία Κουντούρη[3], Βασιλική Μαμάκου[4], Χριστίνα Κόλλια[4], Λευκοθέα Τσαβίδη[5], Μαργαρίτα Θεοδώρου[5], Νικολέτα Χατζηνικολάου[6], Σοφία Τσαγκιά[7], Παναγιώτης Λαμπρόπουλος[2], Νικόλαος Τσάκαλης[2], Αρετή Υφαντή[2], Άρτεμις Τσιανίκα[8], Αναστασία Τσιανίκα[9], Βασίλειος Βούλγαρης[4], Ανδρέας Καπάτανς[2]

[1] *Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[2] *Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»*
[3] *Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»*
[4] *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[5] *Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο , Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»*
[6] *Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[7] *Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Αγιος Παντελεήμων»*
[8] *Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία*
[9] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η συσχέτιση των βιοχημικών δεικτών και λοιμώξεων HBV, HCV και HIV σε ψυχιατρικούς ασθενείς είναι υψίστης σημασίας, καθώς οι πληθυσμοί αυτοί εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων λόγω παραγόντων όπως η ενδοφλέβια χρήση ουσιών και οι επικίνδυνες συμπεριφορές.Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση των βιοχημικών δεικτών TG (τριγλυκερίδια), CHOL (ολική χοληστερόλη), HDL και HBA1c με λοιμώξεις HBV/HCV/HIV, ψυχιατρικές διαγνώσεις F19/F20, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην επίδραση της πολυτοξικομανίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού, του ιστορικού φυλάκισης, του μορφωτικού επιπέδου και της οικογενειακής κατάστασης στο μεταβολικό προφίλ των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική στατιστική ανάλυση δεδομένων της περιόδου 2009–2025. Αναλύθηκαν δεδομένα ασθενών με λοιμώξεις HBV/HCV/HIV και ψυχιατρικές διαγνώσεις F19/F20. Μελετήθηκαν οι δείκτες TG, CHOL, HDL και HBA1c σε σχέση με χρήση αλκοόλ, ηρωίνης, κοκαΐνης, LSD και κάνναβης. Παράλληλα αξιολογήθηκαν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό φυλάκισης. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με περιγραφικά στατιστικά και έλεγχο συσχετίσεων.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με HCV και HIV παρουσίασαν αυξημένες τιμές TG και HBA1c, ενώ χαμηλότερες τιμές HDL παρατηρήθηκαν συχνότερα σε ασθενείς με χρήση πολλαπλών ουσιών και διαγνώσεις F19/F20. Η χρήση αλκοόλ, ηρωίνης και κοκαΐνης συσχετίστηκε με δυσμενές λιπιδαιμικό προφίλ και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η διάγνωση F20 συσχετίστηκε με αυξημένες τιμές CHOL και HBA1c. Επιπλέον, ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ιστορικό φυλάκισης εμφάνισαν συχνότερα μεταβολικές διαταραχές. Σε προηγούμενη ανάλυση των ίδιων πληθυσμών, η HCV λοίμωξη καταγράφηκε στο 96,7% των ασθενών με F19 (n=592), ενώ η HIV λοίμωξη στο 13,7% (n=84). Η HBV λοίμωξη εμφανίστηκε συχνότερα στους ασθενείς με F20 με ποσοστό 22,6% (n=113).

Συμπεράσματα: Η χρήση ουσιών και οι ψυχιατρικές διαταραχές σχετίζονται με σοβαρές μεταβολικές διαταραχές και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη συστηματικού μεταβολικού ελέγχου, πρόληψης και ολιστικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 003

ΠΕΡΙΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ ΤΥΠΟΥ "RACOON EYES" ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ, ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ

Βιργινία Γελαδάρη[1], Ελένη Πάσχου[2], Βασιλική Κάκια[3], Ευαγγελία Πατρίκαλου[1], Βασιλική Ζαφειρούλη[1], Νικόλαος Σαμπάνης[1]

[1] Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, ΤΟΜΥ Γιάννουλης, Λάρισα
[3] Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Σκοπός: Η ανάδειξη της πρωτοπαθούς αμυλοείδωσης ως καλειδοσκοπικής νόσου στη βάση του πολυσυστηματικού της χαρακτήρα και της ποικιλομορφίας των μη-ειδικών κλινικών εκδηλώσεων συμπεριλαμβανομένου του χαρακτηριστικού σημείου racoon eyes.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας,67 ετών, προσήλθε αιτιώμενος αίσθημα κόπωσης, διαρροικό σύνδρομο από 3μήνου, ανορεξία με συνοδό απώλεια βάρους και προοδευτικά επιδεινούμενα οιδήματα κάτω άκρων. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα δέρματος, καχεξία, υπικτερική χροιά επιπεφυκότων και ορθοστατική υπόταση. Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν αναιμία, νεφρική δυσλειτουργία, πρωτεινουρία νεφρωσικού επιπέδου και διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία.

Αποτελέσματα: Ο ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε διάσπαρτες αιμορραγικές διαποτίσεις και ευθραυστότητα του εντερικού βλεννογόνου. Η αξονική απεικόνιση ανέδειξε εκσεσημασμένη ηπατομεγαλία, ενώ ο πλήρης ιολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός.Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα αποκάλυψε συγκεντρική πάχυνση των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας και του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, συνοδευόμενη από αυξημένα επίπεδα NT-pro-BNP.Ο ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός ,ενώ η ανοσοκαθήλωση αίματος και ούρων ανέδειξε την παρουσία IgGλ μονοκλωνικής δέσμης και Bence –Jones πρωτεϊνουρίας, αντίστοιχα . Κατά τη νοσηλεία, ο ασθενής παρουσίασε αυτόματες περιοφθαλμικές εκχυμώσεις που σε συνδυασμό με τα παραπάνω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα έθεσαν ισχυρή την υποψία συστηματικής αμυλοείδωσης. Η οριστική διάγνωση ετέθη από τα ευρήματα της ανοσοιστοχημικής εξέτασης ιστοτεμαχίων από το ανιόν κόλον, όπου ανευρέθηκαν παθογνωμονικές εναποθέσεις αμυλοειδούς στο συνδετικό ιστό και στο τοίχωμα αρκετών λεπτοτοιχωματικών αγγείων. Κατόπιν χρώσης με ερυθρό του Congo, οι εναποθέσεις παρουσίαζαν χαρακτηριστική πράσινη διπλοθλαστικότητα στον πολωτικό φακό.

Συμπεράσματα: Η αμυλοείδωση αποτελεί σπάνια και δυνητικά απειλητική για τη ζωή νόσο, οφειλόμενη σε εναποθέσεις δυσδιάλυτων ινιδίων αμυλοειδούς σε διάφορα όργανα-στόχους, που προκαλούν αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής τους και λειτουργικές διαταραχές. Η αυτόματη εμφάνιση του σημείου racoon eyes αποτελεί ασυνήθιστη αλλά χαρακτηριστική εκδήλωση AL αμυλοείδωσης και αποδίδεται στην ευθραυστότητα των αγγείων λόγω συσσώρευσης ινιδίων αμυλοειδούς καθώς και στις συνυπάρχουσες διαταραχές του μηχανισμού αιμόστασης. Επομένως, η αυτόματη εμφάνιση περιοφθαλμικών εκχυμώσεων σε ασθενή με ανεξήγητη συμπτωματολογία από διάφορα όργανα επιβάλει την συμπερίληψη της AL αμυλοείδωσης στον διαγνωστικό μας αλγόριθμο.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 004

Η ΣΥΝΕΡΓΙΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΚΑΙ EVEROLIMUS ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑΣ

Βιργινία Γελαδάρη[1,2], Βασιλική Κάκια[2,3], Ελένη Πάσχου[4], Βασιλική Ζαφειρούλη[2], Ευαγγελία Πατρίκαλου[2], Δήμητρα Τσιονάρα[5], Νικόλαος Σαμπάνης[2]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[3] *Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[4] *Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής ΤΟΜΥ Γιάννουλης, Λάρισα*
[5] *Τμήμα Επειγόντων, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

Σκοπός: Η ανάδειξη της συνεργιστικής δράσης καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου/everolimus στην εμφάνιση σοβαρής και ανθεκτικής υποφωσφαταιμίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα, 41 ετών, με ατομικό αναμνηστικό οζώδους σκλήρυνσης υπό αγωγή με everolimus, δευτεροπαθούς υπέρτασης και μέτριας βαρύτητας σιδηροπενική αναιμία αποδιδόμενης σε βαριά και παρατεταμένη έμμηνο ρύση, διερευνήθηκε λόγω έντονης κόπωσης συνοδευόμενης από μυαλγίες και αρθραλγίες. Αναφέρθηκε πρόσφατη ενδοφλέβια χορήγηση καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου (1gr) εξαιτίας δυσανεξίας στα από του στόματος χορηγούμενα σκευάσματα σιδήρου.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε βελτίωση των αιματολογικών παραμέτρων με εξαίρεση την παρουσία μικροκυττάρωσης καθώς και σοβαρή υποφωσφαταιμία (P:0,6 mg/dl). Η κλινική εξέταση δεν αποκάλυψε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με από του στόματος σκευάσματα φωσφόρου και αλφακαλσιδόλη ενώ ταυτόχρονα μειώθηκε η χορηγούμενη δόση everolimus. Η κλινική συμπτωματολογία βελτιώθηκε σταδιακά, τα επίπεδα φωσφόρου αποκαταστάθηκαν σε διάστημα τριών μηνών ενώ η επίμονη μικροκυττάρωση αποδόθηκε στη γνωστή επίδραση των mTOR αναστολέων στην ερυθρά σειρά.

Συμπεράσματα: Η σχετιζόμενη με την ενδοφλέβια χορήγηση καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου υποφωσφαταιμία αποτελεί συχνή αν και παραγνωρισμένη ανεπιθύμητη ενέργεια. Παθοφυσιολογικά, ο καρβοξυμαλτοζικός σίδηρος αναστέλλει τη διάσπαση του ινοβλαστικού αυξητικού παράγοντα και την παραγωγή ενεργού βιταμίνης D, προκαλώντας φωσφατουρία και μείωση της εντερικής απορρόφησης φωσφόρου και ασβεστίου, αντίστοιχα. Ως αποτέλεσμα εμφανίζεται δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, που συντηρεί το φαύλο κύκλο υποφωσφαταιμίας. Παράλληλα, η ταχεία παραγωγή νέων ερυθρών αιμοσφαιρίων προκαλεί παροδική μετακίνηση φωσφόρου από το εξωκυττάριο διαμέρισμα εντός των ταχέως πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων, διαδικασία που επιτείνει την υποφωσφαταιμία. Η κλινική εικόνα της υποφωσφαταιμίας περιλαμβάνει μη ειδικές εκδηλώσεις όπως έντονη κόπωση, μυαλγίες και αρθραλγίες αλλά και εκδηλώσεις οστεομαλακίας, ραβδομυόλυσης, ή/και συμπτωματολογία από το κεντρικό νευρικό σύστημα, το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό. Αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση υποφωσφαταιμίας είναι οι επαναλαμβανόμενες χορηγήσεις καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου, η προϋπάρχουσα έλλειψη βιταμίνης D, νοσήματα δυσαπορρόφησης, η φυσιολογική νεφρική λειτουργία και τα χαμηλά βασικά επίπεδα φωσφόρου, όπως χαρακτηριστικά συμβαίνει σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπευτικά, ανοσοκατασταλτικά (everolimus), αντιικά, αντιβιοτικά, και αντιεπιληπτικά φάρμακα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 005

KIDNEY ON HOLY FIRE: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΕΡΓΟΤΑΜΙΝΗΣ

Βιργινία Γελαδάρη[1,2], Βασιλική Ζαφειρούλη[1], Ευαγγελία Πατρίκαλου[1], Παρασκευή Φούντα[1], Νικόλαος Σαμπάνης[1]

[1] Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η ανάδειξη των μακροχρόνιων δυσμενών επιδράσεων μίγματος αναλγητικών με εργοταμίνη στη νεφρική λειτουργία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα, 51 ετών, διερευνήθηκε λόγω πρωτοδιαγνωσθείσας υπέρτασης και έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας (eGFR:20 ml/min). Από το ατομικό αναμνηστικό καταγράφηκαν δυσλιπιδαιμία, ιστορικό ουρολοιμώξεων, νυκτουρία και χρόνια λήψη μίγματος αναλγητικού σκευάσματος με εργοταμίνη για την αντιμετώπιση κρίσεων ημικρανίας.

Αποτελέσματα: Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υπέρταση σταδίου ΙΙ χωρίς άλλα αξιόλογα παθολογικά ευρήματα ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία ορθόχρωμης, ορθοκυτταρικής αναιμίας , διαταραχή της συμπυκνωτικής ικανότητας των ούρων, μη νεφρωσικού εύρους πρωτεινουρία, ανενεργό ίζημα, και σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία σταδίου IV χωρίς συνοδές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Εκ του ανοσολογικού, μικροβιολογικού και ορμονολογικού δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Η αξονική απεικόνιση ήταν ενδεικτική χρόνιας νεφρικής νόσου αναδεικνύοντας συμμετρική μείωση του μεγέθους, λέπτυνση του φλοιού και αύξηση της ηχογένειάς του, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν στο σπινθηρογραφικό έλεγχο, ενώ από το έγχρωμο υπερηχογράφημα Doppler ανεδείχθη αύξηση του δείκτη των ενδονεφρικών αγγειακών αντιστάσεων.

Συμπεράσματα: Η εργοταμίνη ανήκει στα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους όλυρας που παράγονται από τον παρασιτικό μύκητα *Claviceps purpurea*, ο οποίος μολύνει τα δημητριακά, σίκαλη και σιτάρι. Η μόλυνση των σιτηρών από το τοξικό αλκαλοειδές, προκαλεί τον εργοτισμό, γνωστό στον Μεσαίωνα και ως "Ιερή φωτιά του Αγίου Αντωνίου", λόγω των χαρακτηριστικών εκδηλώσεων της δηλητηρίασης με αίσθημα καύσους των άκρων, κυάνωση και γάγγραινα σε συνδυασμό με επώδυνους μυϊκούς σπασμούς και παραληρηματικές ιδέες. Σήμερα, η εργοταμίνη χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των κρίσεων ημικρανίας λόγω της δράσης της στους υποδοχείς σεροτονίνης των αγγείων του εγκεφάλου καθώς οι συστηματικές αγγειοσυσπαστικές της δράσεις, μέσω των α1- αδρενεργικών υποδοχέων, έχουν περιορίσει τη χρήση της. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες οφείλονται σε κατάχρηση της συνιστώμενης δοσολογίας και περιλαμβάνουν: παραισθησίες, ψυχρότητα άκρων, αίσθημα ζάλης, οπισθοπεριτοναική ίνωση, βαλβιδοπάθειες, ίνωση του υπεζωκότα και ισχαιμία οργάνων-στόχων, όπως ο νεφρός, με τελικό αποτέλεσμα τη μη αναστρέψιμη χρόνια νεφροπαρεγχυματική βλάβη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 006

ΕΞΩΜΥΕΛΙΚΟ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ

Μαρία Ψαρουδάκη[1], Μαρία Βούκαλη[1], Ελένη Τσαρούχα[1], Σοφία Καργιώτη[1], Κωνσταντίνα Παρασκευά[2], Χριστίνα Ζουμπούλη[1], Κωνσταντίνος Βαρυτιμιάδης[3], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] *Σισμανόγλειο Νοσοκομείο*
[2] *Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο*
[3] *Ευαγγελισμός*

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα νεοπλάσματα των πλασματοκυττάρων παρουσιάζονται είτε ως μονήρεις βλάβες, είτε ως πολλαπλούν μυέλωμα. Οι πρώτες προκύπτουν πιο συχνά ενδομυελικά και σπανιότερα εξωμυελικά, στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, στον γαστρεντερικό σωλήνα, στους λεμφαδένες και σε άλλες εντοπίσεις. Παρουσιάζεται περιστατικό εμφάνισης εξωμυελικού πλασματοκυττώματος στο πάγκρεαςκαι στη γνάθο, σε ασθενή με ιστορικό πολλαπλούν μυελώματος.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 59 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου έως 37,8°C και κοιλιακού άλγους από εβδομάδας. Ο ασθενής είχε από το ατομικό του αναμνηστικό: πολλαπλούν μυέλωμα υπό αγωγή και φλεγμονή δεξιάς άνω γνάθου από ημερών. Από την κλινική του εικόνα είχε ικτερική χροιά δέρματος και βλεννογόνων, ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ από τον εργαστηριακό του έλεγχο ανευρέθη τιμή TBIL=8,49mg/dL υπέρ άμεσης: 8,06. Η CT κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, διάσπαρτες δευτεροπαθείς εστίες στο μεσεντέριο, μείζον επίπλουν, περιτόναιο, ενώ από την MRCP μάζα στην κεφαλή του παγκρέατος με διαστάσεις 5,4 εκ, μικρή προστενωτική διάταση χοληφόρων και ήπια διάταση του παγκρεατικού πόρου. Παράλληλα, από την CT τραχήλου διαπιστώθηκε ανομοιογενές μόρφωμα με φυσαλίδες αέρος 4,3 εκ στην έξω παρυφή της δεξιάς άνω γνάθου, χωρίς την παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε ERCP, σφιγκτηροτομη, τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και EUS που ανέδειξε στην κεφαλή του παγκρέατος υποηχογενές μόρφωμα 30-35mm και δεύτερο 20mm στην ουρά του παγκρέατος με λήψη βιοψίας, που ανέδειξε εκτεταμένη διήθηση του παγκρεατικού παρεγχύματος από κυτταροβριθές διάχυτα αναπτυσσόμενο νεόπλασμα αποτελούμενο από πλασματοκυτταροειδή πληθυσμό με ανοσοφαινότυπο CD45+, CD138+, k chain+,l chain-, MUM1+, CD20-,CD3-, Ki67 70%, με αρνητικούς δείκτες επιθηλιακής και νευροενδοκρινικής διαφοροποίησης, στο πλαίσιο εξωμυελικής εντόπισης του πολλαπλούν μυελώματος. Ανάλογη ήταν και η εικόνα από τη βιοψία της μάζας στη γνάθο.

Συμπεράσματα: Η εξωμυελική εντόπιση πλασματοκυττώματος σε ιστούς και μαλακά μόρια είναι εξαιρετικά σπάνια και απαιτεί στοχευμένη διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 007

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ.

Δημήτρης Ευθυμίου[1], Προκόπης Καρύδης[1], Ιωάννα Μαρλαφέκα[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Θεόδωρος Τζικόπουλος[1], Στεφανία Γιαννάκη[1], Ελένη Μπακαλάρου[1], Παναγιώτης Τασιόπουλος[1], Δημήτρης Βελισσάρης[1, 2], Μάρκος Μαραγκός[1, 3, 4], Μαρία Λαγκαδινού[1, 3]

[1] Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
[2] Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών
[3] Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών
[4] Τμήμα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η πνευμονία αποτελεί τη συχνότερη λοιμώδη αιτία θανάτου, τη δεύτερη συχνότερη αιτία νοσοκομειακής λοίμωξης και την κύρια αιτία θνητότητας των νοσηλευόμενων ενηλίκων. Για τη βελτίωση της κλινικής διαχείρισης, η μεταβολομική ανάλυση χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο με στόχο την αναγνώριση ειδικών μεταβολικών προτύπων για τη διάγνωση και την πρόγνωση λοιμωδών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των λιπιδαιμικών παραμέτρων και των δεικτών φλεγμονής σε ασθενείς με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, καθώς και η αξιολόγηση της πιθανής προγνωστικής αξίας του λιπιδαιμικού profile στην έκβαση της νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μονοκεντρική μελέτη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Συμπεριλήφθηκαν 30 ασθενείς με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού και 19 άτομα ως ομάδα ελέγχου. Κατά την εισαγωγή καταγράφηκαν τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (TC), HDL, LDL και τριγλυκεριδίων (TG), καθώς και οι δείκτες φλεγμονής CRP, NLR, φερριτίνη και ινωδογόνο. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 25.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με αναπνευστική λοίμωξη εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα HDL σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (27.2 ± 15 έναντι 41±16.3 mg/dl, $p<0.001$), καθώς και σημαντικά αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων (138.8±99.9 έναντι 98.8±64.2 mg/dl, $p=0.026$). Οι μη επιζώντες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα TC, HDL και LDL συγκριτικά με τους επιζώντες. Η ανάλυση Spearman ανέδειξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ CRP και HDL (r_s=-0.521, $p<0.001$), καθώς και μεταξύ CRP και LDL (r_s=-0.416, $p=0.005$). Επιπλέον, η HDL συσχετίστηκε αρνητικά με τον λόγο NLR (r_s=-0.274, $p=0.030$) και τη φερριτίνη (r_s=-0.406, $p=0.029$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ λιπιδαιμικών παραμέτρων και δεικτών φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Η αυξημένη φλεγμονώδης δραστηριότητα στις λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού σχετίζεται με διαταραχές του λιπιδαιμικού προφίλ, κυρίως με μειωμένα επίπεδα HDL και LDL. Η HDL φαίνεται να παρουσιάζει τη στενότερη σχέση με τη φλεγμονή και ενδέχεται να αποτελεί χρήσιμο προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με λοιμώξεις του αναπνευστικού.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 008

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Παναγιώτα Τζοβάρα[1], Στυλιανός Ασημακόπουλος[2, 3, 4], Μαρία Λαγκαδινού[2, 3], Μάρκος Μαραγκός[2, 4, 3]

[1] *Άσυλο Ανιάτων, Πάτρα*
[2] *Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*
[3] *Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών*
[4] *Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις και η μικροβιακή αντοχή αποτελούν μείζονες προκλήσεις στις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων (LTCFs), ιδιαίτερα μεταξύ ηλικιωμένων φιλοξενούμενων με πολλαπλές συννοσηρότητες και παρουσία ιατρικών συσκευών.

Σκοπός: η περιγραφή της επιδημιολογίας των λοιμώξεων, του μικροβιολογικού προφίλ και των προτύπων αντοχής στα αντιμικροβιακά μεταξύ φιλοξενούμενων σε μονάδα φροντίδας στη Νότια Ελλάδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων στη Νότια Ελλάδα κατά την περίοδο Νοεμβρίου 2023 έως Νοεμβρίου 2024. Δημογραφικά, κλινικά, μικροβιολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους φιλοξενούμενων με θετικά αποτελέσματα καλλιεργειών. Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά ερμηνεύθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες EUCAST.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 61 άτομα με θετικές καλλιέργειες, Η μέση ηλικία ήταν 79,9 έτη. Το 72,1% ήταν γυναίκες και το 82,0% ήταν κατάκοιτοι. Κατά τη διάρκεια της μελέτης καταγράφηκαν 63 νέα επεισόδια λοιμώξεων, που αντιστοιχούν σε επίπτωση 4,04 περιστατικών ανά 100 ανθρωπο-μήνες. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος ήταν οι συχνότερες, ενώ το *Escherichia coli* ήταν το πιο συχνά απομονωθέν παθογόνο (71,7%). Υψηλά ποσοστά αντοχής παρατηρήθηκαν στις κινολόνες (89,7%), στις σουλφοναμίδες (77,4%) και στις κεφαλοσπορίνες (69,0%), ενώ χαμηλότερα ποσοστά αντοχής καταγράφηκαν για τις καρβαπενέμες και τις πολυμυξίνες. Οι νοσηλευθέντες φιλοξενούμενοι ήταν συχνότερα άνδρες και έφεραν κάποιου είδους συσκευής παροχέτευσης. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν ενδείξεις πιθανήςμετάδοσης ανθεκτικών παθογόνων μεταξύ των τροφίμων.

Συμπεράσματα: Οι λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς αποτελούν σημαντικό φορτίο στις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας. Τα υψηλά ποσοστά αντοχής στα συχνότερα χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά αναδεικνύουν την επείγουσα ανάγκη ενίσχυσης των μέτρων πρόληψης λοιμώξεων, εφαρμογής στρατηγικών προσυμπτωματικού ελέγχου βάσει κινδύνου και ανάπτυξης παρεμβάσεων ορθολογικής χρήσης αντιμικροβιακών στις δομές φροντίδας ηλικιωμένων.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 009

LP(A) ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΣΕ ΠΛΥΘΥΣΜΟ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

Σταμάτης Κανελλόπουλος[1], Γιώργος Κουλίδης[1], Μάγδα Καμπούρη[2], Ιωάννα Μαρλαφέκα[3], Δημήτρης Ευθυμίου[3], Ειρήνη Αδαμοπούλου[3], Δημήτρης Βελισσάρης[3, 4], Μάρκος Μαραγκός[3, 4, 5], Μαρία Λαγκαδινού[3, 4]

[1] *Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών*
[2] *Φοιτήτρια Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών*
[3] *Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*
[4] *Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών*
[5] *Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

Εισαγωγή: Η λιποπρωτεΐνη(a) [Lp(a)] αποτελεί ανεξάρτητο και καλά τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η συνύπαρξη αυξημένων επιπέδων Lp(a) με άλλους παράγοντες κινδύνου ενδέχεται να ενισχύει την αθηρογόνο δράση. Παρότι τόσο η LDL-χοληστερόλη (LDL-C) όσο και η Lp(a) σχετίζονται ανεξάρτητα με την αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο, η αλληλεπίδρασή τους παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Η καταγραφή των λιπιδαιμικών παραμέτρων ασθενών που προσήλθαν για πρώτη φορά σε ιατρείο λιπιδίων τριτοβάθμιου νοσοκομείου και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ λιποπρωτεϊνών και εμφάνισης μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (MACE).

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 94 ασθενείς χωρίς προηγούμενη υπολιπιδαιμική αγωγή. Καταγράφηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι και οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου κατά την πρώτη επίσκεψη.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 53±16,2 έτη και το 53,2% ήταν γυναίκες. Καπνιστές ήταν το 55,3%, ενώ το 44,7% έπασχε από αρτηριακή υπέρταση. Οι μέσες τιμές ήταν: ολική χοληστερόλη 205,7±47,8 mg/dl, HDL 53,2±16,4 mg/dl, LDL 148,2±201,4 mg/dl, τριγλυκερίδια 139,3±102,2 mg/dl και Lp(a) 42,7±50,6 mg/dl. Αυξημένα επίπεδα Lp(a) (>75 mg/dl) παρατηρήθηκαν στο 11,7% των ασθενών.

Η αρτηριακή υπέρταση (ρ=0,487, p<0,001) και το κάπνισμα (ρ=0,404, p<0,001) εμφάνισαν τη σημαντικότερη συσχέτιση με MACE. Αντίθετα, η Lp(a) δεν συσχετίστηκε σημαντικά με MACE ούτε διέφερε μεταξύ ασθενών με και χωρίς ιστορικό συμβαμάτων. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση της Lp(a) με την ολική χοληστερόλη (ρ=-0,320, p=0,011) και την LDL (ρ=-0,350, p=0,005), χωρίς σημαντική σχέση με HDL ή τριγλυκερίδια. Μεταξύ των φύλων, μόνο η HDL ήταν υψηλότερη στις γυναίκες (p=0,003).

Συμπεράσματα: Η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα αναδείχθηκαν ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με MACE. Η Lp(a) δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με καρδιαγγειακά συμβάματα ή με τους περισσότερους λιπιδαιμικούς δείκτες. Μεγαλύτερες μελέτες απαιτούνται για ασφαλέστερα συμπεράσματα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 010

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ LP(A) ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΥΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ

Βασίλειος Πεππές[1, 2]

[1] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα*
[2] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Το HellenicScore 2+ αποτελεί σύγχρονο εργαλείο εκτίμησης του δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου προσαρμοσμένο στα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού.

Σκοπός της μελέτης ήταν η επιδημιολογική καταγραφή των επιπέδων της lp(a) καθώς και η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε δείγμα ασθενών της κοινότητας προερχόμενων από αστικό και ημιαστικό πληθυσμό της επαρχίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική real-life μελέτη παρατήρησης σε δείγμα N=195 ατόμων ηλικίας 30-70 ετών με αρνητικό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων που επισκέπτονται τακτικά πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία και υπεβλήθησαν σε προληπτικές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος στα πλαίσια του προγράμματος «Προλαμβάνω» του ΥΥΚΑ.

Πραγματοποιήθηκαν βιοχημικές εξετάσεις, καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών και υπολογισμός του δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου των συμμετεχόντων με βάση το Hellenic Score 2+.

Η στατιστική επεξεργασία δεδομένων έγινε με τις δοκιμασίες X^2 και ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Η μέση συγκέντρωση lp(a) στον πληθυσμό μελέτης ήταν 22,82 mg/dl. Ποσοστό 78,5% των ασθενών εμφάνιζε επίπεδα lp(a) < 30mg/dl, 7,2% 30-50 mg/dl και τέλος 14,4% >50 mg/dl.

Ο δεκαετής καρδιαγγειακός κίνδυνος ήταν σημαντικά αυξημένος σε άτομα με υψηλά επίπεδα lp(a) (X^2=17,459 p=0,002). Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική γραμμική συσχέτιση των τιμών του Hellenic Score 2+ με τα επίπεδα της lp(a) (Spearman's rho=0,174 p=0,007).

Ο δεκαετής καρδιαγγειακός κίνδυνος ήταν σημαντικά αυξημένος σε άτομα μεγάλης ηλικίας (X^2=63,655 p<0,001) καθώς και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (X^2=28,830 p<0,001).

Τα επίπεδα lp(a) στον πληθυσμό μελέτης δεν σχετίζονταν με το φύλο των ασθενών (X^2=3,055 p=0,217), την ηλικιακή ομάδα (X^2=1,763 p=0,94), το γλυκαιμικό-μεταβολικό προφίλ (X^2=4,786 p=0,31) και τη λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνες (X^2=2,738 p=0,254).

Συμπεράσματα: Σε δείγμα αστικού και ημιαστικού πληθυσμού της επαρχίας ο δεκαετής καρδιαγγειακός κίνδυνος ήταν σημαντικά αυξημένος σε άτομα μεγάλης ηλικίας, σε ασθενείς με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και σε άτομα με επίπεδα lp(a)> 50 mg/dl.Τα επίπεδα της lp(a) καθορίζονται από γενετικούς παράγοντες και δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, το μεταβολικό προφίλ και τη λήψη υπολιπιδαιμικών φαρμάκων.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 011

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Βασίλειος Πεππές[1, 2]

[1] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα*
[2] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (MASLD) αποτελεί εκδήλωση του καρδιομεταβολικού συνδρόμου.

Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχετίσεων κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων της MASLD (Δείκτες De Ritis, FIB-4) με διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική real-life μελέτη παρατήρησης πληθυσμού N=157 ατόμων ηλικίας 30-70 ετών με αρνητικό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων που επισκέπτονται τακτικά πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία και υπεβλήθησαν σε προληπτικές εργαστηριακές εξετάσεις του προγράμματος «Προλαμβάνω» του ΥΥΚΑ.

Πραγματοποιήθηκαν βιοχημικές εξετάσεις, καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών και υπολογισμοί δεικτών DeRitis, FIB-4 καθώς και του eGFR με βάση την εξίσωση CKD-EPI[2019].

Η στατιστική επεξεργασία δεδομένων έγινε με τις δοκιμασίες X^2 και ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Το 75,8% των συμμετεχόντων (N=119) εμφάνιζε τιμή δείκτη DeRitis < 1 ενώ το 24,2% (N=38) >1. Ποσοστό 91,1% (N=143) είχε τιμές δείκτη FIB-4 <1,3 και 8,9% (N=14) τιμές 1,3-2,67.

Οι ασθενείς με τιμές δείκτη De Ritis > 1 είχαν υψηλές τιμές δείκτη FIB-4 σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (X^2=9,090 p=0,006). Συγχρόνως διαπιστώθηκε θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των τιμών των δεικτών αυτών (Spearman's rho=0,586 p<0,001). Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σχέση μεταξύ ηπατικής στεάτωσης και ίνωσης.

Ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία παρουσίαζαν υψηλές τιμές δείκτη FIB-4 σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (X^2=9,340 p=0,009), γεγονός που συνδέει την ηπατική ίνωση επί εδάφους στεάτωσης με διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας στα πλαίσια του καρδιομεταβολικού συνδρόμου.

Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ τιμών δείκτη FIB-4 και eGFR (Spearman's rho=-0,308 p<0,001), εύρημα που συνδέει το βαθμό ηπατικής ίνωσης επί εδάφους λιπώδους διήθησης με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Η ηπατική στεάτωση και ίνωση αποτυπωμένες σε υψηλές τιμές δεικτών De Ritis και FIB-4 αντίστοιχα αποτελούν παραμέτρους της MASLD που συνδέονται σημαντικά με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς της κοινότητας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 012

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΚΑΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ (HELLENIC SCORE 2+) ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Βασίλειος Πεππές[1, 2]

[1] Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα
[2] Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (MASLD) αποτελεί εκδήλωση του καρδιομεταβολικού συνδρόμου.

Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχετίσεων κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων της MASLD (Δείκτες De Ritis, FIB-4, φερριτίνη ορού) με το δεκαετή καρδιαγγειακό κίνδυνο βάσει του Hellenic Score 2+.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική real-life μελέτη παρατήρησης πληθυσμού N=157 ατόμων ηλικίας 30-70 ετών με αρνητικό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων που επισκέπτονται τακτικά πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία και υπεβλήθησαν σε προληπτικές εργαστηριακές εξετάσεις του προγράμματος «Προλαμβάνω» του ΥΥΚΑ.

Πραγματοποιήθηκαν βιοχημικές εξετάσεις, καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών και υπολογισμοί δεικτών DeRitis, FIB-4 καθώς και του δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου των συμμετεχόντων (Hellenic Score 2+).

Η στατιστική επεξεργασία δεδομένων έγινε με τις δοκιμασίες X^2 και ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Το 75,8% των συμμετεχόντων (N=119) εμφάνιζε τιμή δείκτη DeRitis < 1 ενώ το 24,2% (N=38) >1. Ποσοστό 91,1% (N=143) είχε τιμές δείκτη FIB-4 <1,3 και 8,9% (N=14) τιμές 1,3-2,67.

Οι ασθενείς με τιμές De Ritis > 1 είχαν υψηλές τιμές FIB-4 σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (X^2=9,090 p=0,006) ενώ διαπιστώθηκε θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών αυτών (Spearman's rho=0,586 p<0,001), ευρήματα που αναδεικνύουν τη σχέση ηπατικής στεάτωσης και ίνωσης.

Επιπλέον παρατηρήθηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ δείκτη FIB-4 και Hellenic Score 2+, εύρημα που συνδέει την ηπατική ίνωση σε έδαφος λιπώδους διήθησης με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Spearman's rho=0,426 p<0,001)..

Τα επίπεδα φερριτίνης πλάσματος είχαν σημαντική γραμμική συσχέτιση με τον δείκτη FIB-4 (Spearman's rho=0,222 p=0,02) καθώς υψηλές τιμές φερριτίνης παρατηρήθηκαν σε άτομα με προχωρημένου βαθμού ηπατική ίνωση.

Τέλος διαπιστώθηκε γραμμική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων φερριτίνης πλάσματος και τιμών Hellenic Score 2+ (Spearman's rho=0,340 p=0,001) Τα άτομα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές φερριτίνης.

Συμπεράσματα: Η ηπατική στεάτωση και ίνωση αποτυπωμένες σε υψηλές τιμές δεικτών De Ritis και FIB-4 αντίστοιχα καθώς και η αυξημένη συγκέντρωση φερριτίνης ορού αποτελούν παραμέτρους της MASLD που συνδέονται με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ασθενών της κοινότητας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 013

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΚΑΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ (HELLENIC SCORE 2+) ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Βασίλειος Πεππές[1, 2]

[1] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα*
[2] *Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας συνάδει με αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας.

Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχετίσεων δεικτών της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη πλάσματος, eGFR) με το δεκαετή καρδιαγγειακό κίνδυνο (HellenicScore 2+) σε ασθενείς της κοινότητας.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική real-life μελέτη παρατήρησης πληθυσμού N=149 ατόμων ηλικίας 30-70 ετών με αρνητικό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων που επισκέπτονται τακτικά πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία και υπεβλήθησαν σε προληπτικές εργαστηριακές εξετάσεις του προγράμματος «Προλαμβάνω» του ΥΥΚΑ.

Πραγματοποιήθηκαν βιοχημικές εξετάσεις, καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών, υπολογισμός του eGFR με την εξίσωση CKD-EPI^{2019} καθώς και του δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου (Hellenic Score 2+).

Η στατιστική επεξεργασία δεδομένων έγινε με τις δοκιμασίες ANOVA, X^2 και ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των συμμετεχόντων (N=149) ποσοστό 65,1% (N=97) εμφάνιζε στάδιο I νεφρικής λειτουργίας ενώ ποσοστά 30,2% (N=45) και 4,7% (N=7) εμφάνιζαν στάδια II και IIIA αντίστοιχα.

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος ήταν σημαντικά αυξημένος σε άτομα με μειωμένη νεφρική λειτουργία (X^2=27,210 p<0,001). Παράλληλα διαπιστώθηκε σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ τιμών κρεατινίνης πλάσματος και Hellenic Score 2+ (Spearman's rho=0,27 p<0,001)

Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου (HellenicScore 2+>10%) είχαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης πλάσματος και σημαντικά χαμηλότερο eGFR σε σχέση με εκείνους μέσου (5-10%) και χαμηλού (<5%) καρδιαγγειακού κινδύνου (0,93±0,31 vs 0,92±0,17 vs 0,83±0,17 mg/dl p=0,018 και 83±19 vs 84±15 vs 98±15 %, p<0,001 αντίστοιχα). Αντίστροφα ο καρδιαγγειακός κίνδυνος (HellenicScore 2+) ήταν σημαντικά αυξημένος σε άτομα με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (5,8±3,1%-Στάδιο IIA vs 5,3±2,1%-Στάδιο II vs 3,4±1,8%-Στάδιο I, p<0,001 αντίστοιχα)

Ασθενείς με υψηλά επίπεδα lp(a) είχαν σημαντικά επηρεασμένη νεφρική λειτουργία έναντι των υπολοίπων (X^2=15,035 p=0,005). Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ συγκεντρώσεων της lp(a) με τον eGFR (Spearman's rho=-0,172 p=0,018).

Συμπεράσματα: Οι δείκτες της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη πλάσματος και eGFR) σχετίζονται με το δεκαετή καρδιαγγειακό κίνδυνο (Hellenic Score 2+) στο γενικό πληθυσμό.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 014

ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ ΛΟΓΩ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ: ΕΝΑ ΠΡΟΛΗΨΙΜΟ ΑΙΤΙΟ ΣΟΒΑΡΗΣ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ιωάννα Ψαρογιαννακοπούλου[1], Άννα Γαρμπή[1], Κωνσταντίνος Παπανικολάου[2], Νικόλαος Μπολτσής[3], Ηρακλής Αβραμόπουλος[1]

[1] Η΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[2] Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[3] ΣΤ' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η θεραπεία με τεστοστερόνη μπορεί να προκαλέσει δευτεροπαθή ερυθροκυττάρωση και να αυξήσει τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης. Η σπλαγχνική φλεβοθρόμβωση αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού μεσεντερίου και πυλαίας φλεβοθρόμβωσης που αποδόθηκε σε δευτεροπαθή ερυθροκυττάρωση από εξωγενή χορήγηση τεστοστερόνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 74 ετών διακομίσθηκε με διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας λόγω επιδεινούμενου κοιλιακού άλγους, διάτασης κοιλίας και αύξησης σωματικού βάρους από μηνός. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρονταν αρτηριακή υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία και χρόνια λήψη διαδερμικής τεστοστερόνης (gel) και φιναστερίδης. Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκε σημαντική ερυθροκυττάρωση. Υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο και διερεύνηση θρομβοφιλίας, καθώς και σε έλεγχο για μυελοϋπερπλαστικό νόσημα.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σημαντική ερυθροκυττάρωση (αιματοκρίτης 58,7%, αιμοσφαιρίνη 18,8 g/dL), λευκοκυττάρωση και νεφρική δυσλειτουργία. Η οριακή αύξηση της αμυλάσης δεν ήταν συμβατή με οξεία παγκρεατίτιδα. Η αξονική τομογραφία και η αξονική αγγειογραφία κοιλίας ανέδειξαν ασκίτη, οιδηματώδη πάχυνση ελίκων λεπτού εντέρου και θρόμβωση της άνω μεσεντερίου και της πυλαίας φλέβας. Χορηγήθηκε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας, η μετάλλαξη JAK2 V617F και ο έλεγχος BCR-ABL ήταν αρνητικά. Η πορεία επιπλέχθηκε με μυκηταιμία από Candida parapsilosis και, την 21η ημέρα νοσηλείας, με διάτρηση ισχαιμικού λεπτού εντέρου που αντιμετωπίσθηκε χειρουργικά με εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση. Δεν τεκμηριώθηκε υπογοναδισμός πριν την έναρξη θεραπείας με τεστοστερόνη. Μετά τη διακοπή της τεστοστερόνης ο αιματοκρίτης επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα (39,3%), υποστηρίζοντας τη δευτεροπαθή ερυθροκυττάρωση ως αιτία της θρόμβωσης.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με τεστοστερόνη μπορεί να οδηγήσει έμμεσα σε σοβαρά θρομβωτικά επεισόδια μέσω πρόκλησης δευτεροπαθούς ερυθροκυττάρωσης. Σε ασθενείς με σπλαγχνική φλεβοθρόμβωση και αυξημένο αιματοκρίτη πρέπει να αναζητάται συστηματικά η λήψη ανδρογόνων. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τους κινδύνους χορήγησης τεστοστερόνης χωρίς τεκμηριωμένο υπογοναδισμό και συνέχισης της θεραπείας παρά την εμφάνιση ερυθροκυττάρωσης. Η σπλαγχνική φλεβοθρόμβωση μπορεί να επιπλακεί με ισχαιμία και διάτρηση εντέρου, καθιστώντας κρίσιμη την έγκαιρη αναγνώριση αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 015

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ DNAJB9-ΘΕΤΙΚΗΣ ΙΝΙΔΙΑΚΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΕΣ ΠΡΟΤΥΠΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΡΙΩΝ ΕΤΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Βιργινία Γελαδάρη[1, 2], Ευαγγελία Πατρίκαλου[2], Βασιλική Ζαφειρούλη[2], Παρασκευή Φούντα[2], Δήμητρα Τσιονάρα[3], Νικόλαος Σαμπάνης[2]

[1] *Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[3] *Τμήμα Επειγόντων, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

Σκοπός: Η ανασκόπηση των δεδομένων τριών ετών παρακολούθησης ασθενούς με ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα (ΙΣ).

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 63 ετών, με ιστορικό μακροχρόνιας υπέρτασης, νοσογόνου παχυσαρκίας και ΧΝΝ αποδιδόμενης σε υπερτασική νεφροσκλήρυνση, διερευνήθηκε λόγω ανθεκτικής υπέρτασης και οιδημάτων κάτω άκρων.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, λευκωματουρία νεφρωσικού επιπέδου (11,7g/24h) και μικροσκοπική αιματουρία ενώ η ενδελεχής διερεύνηση δευτεροπαθών αιτιών νεφρωσικού συνδρόμου απέβη αρνητική. Η ανοσοκαθήλωση ορού και ούρων αποκάλυψε αχνή μονοκλωνική δέσμη IgGκ με αρνητική για πλασματοκυτταρική δυσκρασία οστεομυελική βιοψία. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε σπειραματοπάθεια με μεμβρανώδες πρότυπο συνοδευόμενη από μεσαγγειακή υπερπλασία και ανομοιογενή, εστιακά σημαντική, πάχυνση των σπειραματικών βασικών μεμβρανών(ΣΒΜ). Η υπερμικροσκοπική εξέταση περιέγραψε ενδομεμβρανικές αθροίσεις ινιδίων και σημαντική αναδιαμόρφωση των ΣΒΜ, ενώ ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος αποκάλυψε DNAJB9 θετικότητα, εικόνα συμβατή με ΙΣ. Ο ασθενής έλαβε τη βέλτιστη συντηρητική αγωγή σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή και rituximab για 24 μήνες παρουσιάζοντας ικανοποιητική ανταπόκριση. Ένα έτος μετά την διακοπή του ανοσοκατασταλτικού σχήματος, ο ασθενής παραμένει σε πλήρη ύφεση.

Συμπεράσματα: Η ΙΣ αποτελεί σπάνια υπερπλαστικού τύπου σπειραματονεφρίτιδα με σημαντική κλινική και ιστολογική ετερογένεια. Η έκβασή της είναι ποικίλη ενώ η βέλτιστη θεραπεία παραμένει ασαφής. Ιστοπαθολογικά, η ΙΣ χαρακτηρίζεται από εναποθέσεις μη-αμυλοειδικών μικροινιδίων, μέσης διαμέτρου~20nm και τυχαίου προσανατολισμού, στις ΣΒΜ και στο μεσάγγειο. Στο 1/3 των περιπτώσεων αναγνωρίζονται υποκείμενα νοσήματα όπως ιογενείς λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα, κακοήθειες και πλασματοκυτταρικές δυσκρασίες. Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις της κατά τη διάγνωση περιλαμβάνουν: νεφρωσικό σύνδρομο, μικροσκοπική αιματουρία, αρτηριακή υπέρταση και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας ενώ η σημαντική ιστολογική ποικιλομορφία καθιστά τη διαφορική διάγνωση από άλλες σπειραματονεφρίτιδες δυσχερή κυρίως όταν δεν πραγματοποιείται υπερμικροσκοπική εξέταση. Πρόσφατα, η ανακάλυψη του ανοσοϊστοχημικού βιοδείκτη DNAJB9, έχει δημιουργήσει μια νέα εποχή στη διάγνωσή της, ακόμη και επί απουσίας ηλεκτρονικού μικροσκοπίου ενώ τα ευεργετικά αποτελέσματα της συνδυαστικής ανοσοκατασταλτικής και συντηρητικής θεραπείας, που συμπεριλαμβάνει τη χορήγηση rituximab, δαπαγλιφλοζίνης και φινερενόνης, χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 016

ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ HIRSCHSPRUNG, ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Μαγιάντα Ίσσα, Ισίδωρος Μπακαούκας, Αναστασία Ρουμπάκη, Κωνσταντίνα Διακάκη, Ελεονώρα Τέγου, Σταμάτα Παγώνη

Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Hirschsprung αποτελεί συγγενή διαταραχή του εντερικού νευρικού συστήματος και μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικές γαστρεντερικές επιπλοκές ακόμη και στην ενήλικη ζωή. Η συνύπαρξη αυτοάνοσων νοσημάτων και ιδιαίτερα φλεγμονωδών αρθροπαθειών σε ασθενείς με σύνθετο ενδοκρινολογικό και γαστρεντερικό ιστορικό δημιουργεί σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με νόσο Hirschsprung, υποθυρεοειδισμό/υποπαραθυρεοειδισμό, η οποία νοσηλεύθηκε λόγω κολίτιδας και κατά τη διερεύνηση διαγνώσθηκε με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 39 ετών με ιστορικό υποθυρεοειδισμού, υποπαραθυρεοειδισμού, νόσου Hirschsprung, υποβληθείσα σε μερική κολεκτομή προ πενταετίας, προσήλθε λόγω πολλαπλών επεισοδίων υδαρών διαρροϊκών κενώσεων διάρκειας ημερών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε οιδηματώδη πάχυνση του ανιόντος κόλου από την ειλεοτυφλική συμβολή έως τη δεξιά κολική καμπή, με συνοδό αγγειακή συμφόρηση και επιχώρια λεμφαδενοπάθεια, συμβατή με εικόνα κολίτιδας. Οι καλλιέργειες κοπράνων και ο λοιμωξιολογικός έλεγχος για ιούς και βακτήρια ήταν αρνητικοί. Στο πλαίσιο περαιτέρω διερεύνησης διενεργήθηκε ενδοσκοπικός και ανοσολογικός έλεγχος. Κατά τη νοσηλεία η ασθενής εμφάνισε φλεγμονώδη αρθρίτιδα άκρου ποδός και εκτιμήθηκε από ρευματολόγο.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση βιοψιών από το παχύ έντερο ανέδειξε εικόνα χρόνιας ενεργού κολίτιδας με κρυπτικά αποστήματα, χωρίς ειδικά ευρήματα συμβατά με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε υψηλό τίτλο αντι-CCP αντισωμάτων, ενώ η συνολική κλινική, εργαστηριακή και ρευματολογική αξιολόγηση οδήγησε στη διάγνωση νεοεμφανιζόμενης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Χορηγήθηκε θεραπεία με κορτικοστεροειδή με σημαντική βελτίωση των αρθρικών εκδηλώσεων, υποχώρηση της συμπτωματολογίας από το έντερο και σταδιακή ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής.Ακολούθησε σχεδιασμός έναρξης κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής της νόσου.

Συμπεράσματα: Η διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με νόσο Hirschsprung και εικόνα κολίτιδας απαιτεί συστηματική διερεύνηση για τον αποκλεισμό λοιμωδών, φλεγμονωδών και αυτοάνοσων αιτίων. Η εμφάνιση φλεγμονώδους αρθρίτιδας κατά τη νοσηλεία οδήγησε στη διάγνωση νεοεμφανιζόμενης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αναδεικνύοντας την ανάγκη πολυεπιστημονικής προσέγγισης σε ασθενείς με σύνθετο ιστορικό. Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης ρευματολογικής νόσου και η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της κλινικής πορείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 017

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Αναστασία Μαλλιώρα[1], Πολυχρόνης Αρβανιτίδης[2], Αθηνά-Σταυρούλα Δημητριάδου[3], Μαρία Παρθένα Ξενιτοπούλου[1], Αντώνιος Λαζαρίδης[1], Κωνσταντίνος Λιβογιάννης[3], Βασίλειος Κορδαλής[3], Δημήτριος Γουλής[4], Ευγενία Γκαλιαγκούση[1]

[1] *Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*
[2] *Α' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*
[3] *Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*
[4] *Α' Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης (ΥΔΚ) έχουν συσχετιστεί με αυξημένη αρτηριακή σκληρία. Ωστόσο παραμένει ασαφές εάν οι αγγειακές αυτές μεταβολές επιμένουν μακροπρόθεσμα μετά την εγκυμοσύνη. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση της μακροχρόνιας αρτηριακής σκληρίας σε γυναίκες με ιστορικό ΥΔΚ συγκριτικά με γυναίκες με νορμοτασικές κυήσεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Web of Science έως τις 28 Φεβρουαρίου 2026. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες κοόρτης, συγχρονικές και ασθενών-μαρτύρων που αξιολογούν την αρτηριακή σκληρία ≥6 μηνών μετά τον τοκετό σε γυναίκες με ιστορικό ΥΔΚ, έναντι γυναικών με νορμοτασικές κυήσεις. Αποκλείστηκαν μελέτες με συμμετέχουσες που είχαν εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο ή προϋπάρχουσα υπέρταση. Πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις τυχαίων επιδράσεων για την εκτίμηση των μέσων διαφορών στην καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (cfPWV) και στον δείκτη επαύξησης προσαρμοσμένο για καρδιακή συχνότητα 75 παλμών/λεπτό (AIx@75).

Αποτελέσματα: Συνολικά 27 μελέτες (n=7.426, 1.619 ασθενείς και 5.807 μάρτυρες) συμπεριλήφθηκαν στην ποιοτική ανάλυση, εκ των οποίων 14 και 8 κρίθηκαν κατάλληλες για τις μετα-αναλύσεις των cfPWV και AIx@75, αντίστοιχα. Οι γυναίκες με ιστορικό ΥΔΚ παρουσίασαν σημαντικά αυξημένη αρτηριακή σκληρία σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου (ΔcfPWV=0,42 m/s, 95% CI 0,19–0,65, p=0,003, I^2=97% και ΔAIx@75=3,8%, 95% CI 1,93–5,66, p<0,001, I^2=76%). Οι αναλύσεις υποομάδων έδειξαν ότι η cfPWV ήταν αυξημένη σε διάστημα <5 ετών μετά τον τοκετό, αλλά όχι σε διάστημα ≥5 ετών, ενώ ο AIx@75 παρέμενε σημαντικά αυξημένος ακόμη και ≥5 έτη μετά τον τοκετό. Αξιοσημείωτα, και οι δύο δείκτες ήταν αυξημένοι μόνο σε μελέτες που περιλάμβαναν γυναίκες με μέση ηλικία <40 ετών, αλλά όχι ≥40 ετών.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες με ιστορικό ΥΔΚ παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή σκληρία, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης καρδιαγγειακής εκτίμησης και της μακροχρόνιας παρακολούθησής τους. Απαιτούνται καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες για την περαιτέρω διερεύνηση των υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 018

ΑΛΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ, ΑΙΣΘΗΜΑ ΣΥΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ: ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ SPILI III ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Δημήτριος Ανυφαντάκης

Κέντρο Υγείας Κισάμου

Εισαγωγή / Σκοπός: Η κλασική Παθολογία εγκλωβίζεται συχνά σε μια στενά βιολογική προσέγγιση, αδυνατώντας να ερμηνεύσει την κλινική ετερογένεια μεταξύ ασθενών με πανομοιότυπο προφίλ κινδύνου. Σήμερα, το ενδιαφέρον της προληπτικής ιατρικής μετατοπίζεται στα κρυφή βιολογική φθορά που προκαλεί το χρόνιο στρες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση της σωματικής υγείας, μέσα από τη σύνθεση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση (narrative review) της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις έννοιες του αλλοστατικού φορτίου και του «Αισθήματος Συνοχής» (Sense of Coherence). Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στα δημοσιευμένα ευρήματα της διαχρονικής μελέτης «SPILI III» (Πανεπιστήμιο Κρήτης), η οποία μελετά επί τρεις δεκαετίες τους προσδιοριστές υγείας σε αγροτικό πληθυσμό της Κρήτης.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης στο Σπήλι ανέδειξε ένα εντυπωσιακό «παράδοξο»: παρά την καταιγίδα παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου (παχυσαρκία, κάπνισμα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιαγγειακή νοσηρότητα παρέμενε απροσδόκητα χαμηλή. Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα ευρήματα, το υψηλό Αίσθημα Συνοχής (η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τη ζωή ως κατανοητή, διαχειρίσιμη και με νόημα), η κοινωνική συνοχή και η πνευματικότητα, συνδέονται άμεσα με ευνοϊκότερους προκλινικούς δείκτες φλεγμονής και χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης. Οι μηχανισμοί αυτοί λειτουργούν ως βιολογικό «ανάχωμα», περιορίζοντας το συσσωρευμένο αλλοστατικό φορτίο (οργανική φθορά) που προκαλεί το καθημερινό στρες.

Συμπεράσματα: Η βιολογία γράφει μόνο τη μισή ιστορία. Το σώμα τείνει να σωματοποιεί όσα το μυαλό αδυνατεί να διαχειριστεί. Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι μια αφηρημένη έννοια, αλλά ένας ισχυρός τροποποιητής του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία οφείλει να ενσωματώσει αυτούς τους δείκτες στην καθημερινή πράξη, αναγνωρίζοντας ότι η πρόγνωση ενός ασθενούς δεν καθορίζεται μόνο από τους αριθμούς των εξετάσεων, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο νοηματοδοτεί τη ζωή του.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 019

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΒΕΝΔΑΖΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Αθανάσιος-Δημήτριος Ζέλος, Πολυξένη Βασιλάκη, Ελένη Μπόπτση, Γεωργία Ανδρώνη, Μάριος Μάνταλος, Ευφροσύνη-Μαρία Καλτσή, Ιωάννης Βρεττός, Γεώργιος Μπουλμέτης

Γ.Ο.Ν.Κ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μεβενδαζόλη χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παρασιτικών λοιμώξεων. Τελευταία, ερευνάται η χρήση της στην ογκολογία (μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία) και τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Ωστόσο επίσημα δεν έχει πάρει τέτοια έγκριση. Η χορήγησή της για μεγάλες περιόδους σε υψηλές δόσεις, έχει συσχετιστεί μεταξύ άλλων, με ουδετεροπενία και διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας. Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού οξείας ηπατίτιδας μετά από μακροχρόνια χορήγηση μεβενδαζόλης.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 70 ετών εισήχθη λόγω διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας σε εξωτερικό έλεγχο. Αναφέρθηκε ιστορικό καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας για τον οποίο είχε υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή και χημειοθεραπεία. Προ μηνός διαπιστώθηκε τοπική υποτροπή και τέθηκε σε αγωγή με μεβενδαζόλη 100 mg (2 δισκία ημερησίως) κατόπιν σύστασης ιδιώτη ιατρού. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα ηπατίτιδας (AST: 2066 U/L, ALT: 2665U/L, gGT: 357U/L, ALP:157U/L, TBIL: 6.43mg/dl, INR:0.9). Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία από την οποία δεν διαπιστώθηκε παθολογία από το ήπαρ ή τα χοληφόρα. Ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες ήταν αρνητικός. Από την λοιπή αγωγή της δεν διαπιστώθηκε η λήψη άλλου ηπατοτοξικού φαρμάκου.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με την κλίμακα Naranjo (σκορ 7) θεωρήθηκε πιθανή η συσχέτιση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας της ασθενούς με την λήψη μεβενδαζόλης. Με οδηγίες του Κέντρου Δηλητηριάσεων, τέθηκε σε ενδοφλέβια χορήγηση Ν-ακετυλοκυστεΐνης σύμφωνα με το προτεινόμενο θεραπευτικό πρωτόκολλο και διεκόπη η χορήγηση μεβενδαζόλης. Προοδευτικά παρουσίασε ομαλοποίηση της ηπατικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Παρότι η μεβενδαζόλη διαθέτει χαρακτηριστικά που είναι ελκυστικά για χρήση της στην ογκολογία, υπάρχουν ορισμένα πιθανά μειονεκτήματα που μένει να διευκρινιστούν, όπως το γεγονός ότι για ορισμένα είδη όγκων, η χρήση της ως μονοθεραπεία μπορεί να απαιτεί δοσολογίες κοντά στη μέγιστη ανεκτή δόση. Δεδομένου του κινδύνου για σοβαρές παρενέργειες η χρήση της πρέπει να περιορίζεται στις υπάρχουσες ενδείξεις, καθώς απαιτούνται κλινικές δοκιμές για την επιβεβαίωση της αντινεοπλασματικής της δράσης και της ασφάλειάς της στους ογκολογικούς ασθενείς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 020

Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΑΒΕΒΑΙΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ D313Y ΣΤΗ ΝΟΣΟ FABRY: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 6 ΕΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΜΙΓΑΛΑΣΤΑΤΗ

Βιργινία Γελαδάρη[1,2], Αχιλλέας Μπέτσικος[1], Δήμητρα Τσιονάρα[3], Νικόλαος Σαμπάνης[2]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[3] *Τμήμα Επειγόντων, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων Τρίκαλα*

Σκοπός: Η ανάδειξη της παθογονικότητας της γενετικής παραλλαγής D313Y στη νόσο Fabry και η ανταπόκριση στη θεραπεία με την πρωτεΐνη- συνοδό μιγαλαστάτη.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας. 57 ετών, με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου αποδιδόμενης σε υπερτασική νεφροσκλήρυνση και ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια , διερευνήθηκε προ 6ετίας λόγω κακοήθους υπέρτασης.

Αποτελέσματα: Από τον ενδελεχή κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο καταγράφηκαν τα ακόλουθα: ιστορικό δυσανεξίας στην θερμότητα, ακροπαραισθησιών και επίμονης κεφαλαλγίας από την εφηβική ηλικία, δυσμορφικά/αδρά χαρακτηριστικά προσώπου με χαρακτηριστική κατανομή στην μέση γραμμή, διάσπαρτα αγγειοκερατώματα στην πρόσθια επιφάνεια του κορμού και στα όρια των χειλέων, λευκονυχία, αμφοτερόπλευρος οπισθοφακικός καταρράκτης, ισομεγέθεις νεφροί με ήπια αύξηση της ηχογένειας και παρουσία παραπυελικών κύστεων και εικόνα υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας με σημαντική ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος που επιβεβαιώθηκε με μαγνητική απεικόνιση. Ο συνδυασμός των ανωτέρω ευρημάτων έθεσε ισχυρή την υποψία νόσου Fabry που επιβεβαιώθηκε με έλεγχο ενζυμικής δραστικότητας και ακολούθως γονιδιακό έλεγχο. Ο νευροαισθητηριακός έλεγχος και η βιοψία δέρματος ήταν επίσης αποκαλυπτική προσβολής από τη νόσο των μικρών νευρικών ινών των ραχιαίων γαγγλίων. Ο ασθενής έλαβε για έξι έτη αγωγή με την πρωτεΐνη- συνοδό μιγαλαστάτη και ικανοποιητική ανταπόκριση με εξαίρεση τη νεφρική λειτουργία που τελικά επέβαλε την ενδοφλέβια θεραπεία ενζυμικής υποκατάστασης και ένταξή του σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης.

Συμπεράσματα: Η νόσος Fabry αποτελεί φυλοσύνδετο λυσοσωμικό αθροιστικό νόσημα σχετιζόμενο με μεταλλάξεις του GLA γονιδίου που προκαλούν πλήρη έλλειψη ή ανεπάρκεια του ενζύμου α-γαλακτοσιδάση Α. Η σπανιότητα και η πολυσυστηματική φύση της νόσου προκαλούν σημαντική καθυστέρηση της διάγνωσης. Η κλασσική μορφή της νόσου αφορά νέους ασθενείς και χαρακτηρίζεται από πλήρη απουσία ενζυμικής ενεργότητας ενώ οι άτυπες μορφές χαρακτηρίζονται από καθυστερημένη έναρξη μονο/ολιγοσυμπτωματικής νόσου και σημαντική υπολειμματική ενζυμική ενεργότητα. Σήμερα, η μετάλλαξη D313Y ταξινομείται ως γενετική παραλλαγή αβέβαιης σημαντικότητας και έχει συσχετισθεί με έναν ηπιότερο φαινότυπο καθυστερημένης έναρξης όπου κυριαρχούν οι νευρολογικές εκδηλώσεις ενώ σπανιότερα έχει συνδεθεί με πλήρη φαινότυπο πρώιμης έναρξης και πολυσυστηματική συμμετοχή.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 021

ΟΤΑΝ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΨΕΥΔΟ-BARTTER ΚΡΥΒΕΙ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΟΨΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ 36 ΕΤΩΝ

Δημήτριος Ζιαζιάς, Ιωάννης Μουζακίτης, Νικόλαος Πολίτης, Χαρίλαος Καζάκος, Φλώρα Χουζούρη, Ανθή-Νιόβη Ρίζου, Χριστίνα Ζαφειριάδου, Ανδρέας Χατζησολωμού, Άγγελος Νταλαούτης, Γεώργιος Καμπέλος, Βασιλική Νέζη, Δημήτριος Ντιώνιας, Μαρία Λαντζουράκη, Ελένη Λυδατάκη

Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Σκοπός: Η κυστική ίνωση αποτελεί το συχνότερο αυτοσωμικό υπολειπόμενο νόσημα σε πληθυσμούς ευρωπαϊκής καταγωγής και συνήθως διαγιγνώσκεται κατά την παιδική ηλικία. Ωστόσο, ασθενείς με ηπιότερες ή άτυπες μεταλλάξεις του γονιδίου CFTR ενδέχεται να παραμένουν αδιάγνωστοι έως την ενήλικη ζωή. Παρουσιάζεται περίπτωση όψιμης διάγνωσης κυστικής ίνωσης σε ενήλικα ασθενή με υποτροπιάζον σύνδρομο ψευδο-Bartter.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 36 ετών εισήχθη λόγω σοβαρής αφυδάτωσης, υπονατριαιμίας, υποκαλιαιμίας, υποχλωραιμικής μεταβολικής αλκάλωσης και οξείας νεφρικής δυσλειτουργίας. Από το ατομικό αναμνηστικό προέκυψαν πολλαπλές προηγούμενες νοσηλείες για παρόμοια επεισόδια, κυρίως κατά τους θερινούς μήνες, καθώς και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού από την τρίτη δεκαετία της ζωής. Υποβλήθηκε σε εκτεταμένο εργαστηριακό, απεικονιστικό και γενετικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίαζε φυσιολογική αρτηριακή πίεση, αυξημένες τιμές ρενίνης και αλδοστερόνης και εργαστηριακή εικόνα συμβατή με σύνδρομο ψευδο-Bartter. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε βρογχεκτασίες, ενώ η μαγνητική τομογραφία κοιλίας λιπώδη ατροφία του παγκρέατος. Η δοκιμασία ιδρώτα ήταν θετική (Cl^- 92,3 mEq/L). Ο μοριακός έλεγχος ανίχνευσε δύο παθογόνες μεταλλάξεις του γονιδίου CFTR (2789+5G>A και 574delA), επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση κυστικής ίνωσης. Η περαιτέρω διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού οδήγησε στη διάγνωση της νόσου και σε άλλα μέλη της οικογένειας.

Συμπεράσματα: Η κυστική ίνωση πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ενηλίκων με ανεξήγητη υποτροπιάζουσα υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση και υποκαλιαιμία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν βρογχεκτασίες, ανδρική υπογονιμότητα ή συμβατό οικογενειακό ιστορικό. Η έγκαιρη αναγνώριση άτυπων μορφών της νόσου μπορεί να περιορίσει τη διαγνωστική καθυστέρηση, να βελτιώσει τη μακροχρόνια πρόγνωση και να διευκολύνει τόσο τον οικογενειακό γενετικό έλεγχο όσο και την έγκαιρη παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα κυστικής ίνωσης

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 022

ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Δημήτριος Χατζής[1], Ηλέκτρα Τζιβάκη[1], Μαρία Βούκαλη[1], Μαρία Βασιλείου[1], Μαργαρίτα Δημητριάδη[1], Αργυρώ Παύλου[1], Μαρία Ψαρουδάκη[1], Νικόλαος Αδαμίδης[1], Μάριος Μαννάρης[2], Χαρίκλεια Κουβίδου[3], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] *Α` Παθολογική κλινική Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ»*
[2] *Θωρακοχειρουργικό τμήμα Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ»*
[3] *Παθολογοανατομικό τμήμα Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι αγγειίτιδες αποτελούν σπάνιες αυτοάνοσες παθήσεις του τοιχώματος των αγγείων με χαρακτηριστικό τους τη φλεγμονή ή τη νέκρωσή του, οδηγώντας σε ισχαιμία ιστών, ανεπάρκεια οργάνων ή σχηματισμό ανευρυσμάτων. Διακρίνονται σε πρωτοπαθείς (ιδιοπαθείς) και δευτεροπαθείς από άλλη νόσο, λοιμώξεις, φάρμακα ή νεοπλασίες.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής, άρρεν, 79 ετών με ατομικό αναμνηστικό κολπικής μαρμαρυγής με μόνιμο τεχνητό βηματοδότη, σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα, ετερόζυγο β – θαλασσαιμία, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω ανεύρεσης υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο (Hb 7,5 gr/dl) και αγγειιτιδικού τύπου εξανθημάτων κάτω άκρων από 2 εβδομάδων. Ανέφερε δύσπνοια και παραγωγικό βήχα προ ενάμισι μηνός, που αντιμετωπίστηκε κατ` οίκον με βρογχοδιαστολή και οξυγονοθεραπεία. Κλινικά παρατηρήθηκε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιάς βάσης και οιδήματα κάτω άκρων, πέραν των εξανθημάτων.

Αποτελέσματα: Εστάλη πλήρης έλεγχος της αναιμίας, ανοσολογικός έλεγχος με p-Anca, c-Anca, anti-dsDNA, ANA και κρυοσφαιρίνες που απέβησαν αρνητικά, συμπλήρωμα φυσιολογικό, πλήρης ιολογικός, βακτηριακός και ορολογικός έλεγχος με απομόνωση αντισωμάτων για χλαμύδια πνευμονίας IgG και IgM και βιοψία δέρματος που έδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα σε αποδρομή. Από την αξονική τομογραφία θώρακος και άνω - κάτω κοιλίας αναδείχθηκαν σημαντική δεξιά υπεζωκοτική συλλογή με σύστοιχες πυκνοατελεκτασίες, ολισθαίνουσα διαφραγματοκήλη και έκτοπη κεντρική θέση ανιόντος κόλου. Ακολούθησαν ανεπιτυχής, λόγω ανατομίας, κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση, που έδειξε διαβρωτική γαστροπάθεια. Παρακεντήθηκε η δεξιά πλευριτική συλλογή, η οποία ήταν οριακά διιδρωματική, με γενική εξέταση με 750 κύτταρα, 95% λεμφοκύτταρα, καλλιέργεια αρνητική και κυτταρολογική εξέταση χωρίς στοιχεία κακοήθειας, με αντιδραστικά μεσοθηλιακά κύτταρα και λεμφοκύτταρα. Τέλος, έγινε PET/CT Scan χωρίς αξιόλογα ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα έχει επίπτωση 35 με 40 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού ετησίως, με 15% – 20% αυτών να οφείλεται σε ιογενείς ή βακτηριακές λοιμώξεις, με συντριπτική υπεροχή ιογενών ηπατίτιδων, HIV, στρεπτόκοκκων και σταφυλόκοκκων, ενώ τα χλαμύδια πνευμονίας αποτελούν εξαιρετικά σπάνια αιτία λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας, με ποσοστό <0,1% των συνολικών λοιμώδους αιτιολογίας αγγειίτιδων.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 023

ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΕΛΚΩΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΝΗΜΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μιχάλης Χρίστου, Ανδρέας Ιωάννου
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ ΚΥΠΡΟΣ

Εισαγωγή / Σκοπός: Το συστηματικό ALK-αρνητικό αναπλαστικό από μεγάλα κύτταρα λέμφωμα αποτελεί ένα σπάνιο τύπο περιφερικού Τ-κυτταρικού λεμφώματος, που χαρακτηρίζεται από έκφραση του CD30 και απουσία αναδιατάξεων του γονιδίου *ALK*. Αντιπροσωπεύει περίπου 2-3% των μη-Hodgkin λεμφωμάτων.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 66 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη στην Παθολογική Κλινική για διερεύνηση εμπυρέτου, οξέων αρτηριακών ισχαιμικών ελκών σε ονυχοφόρες φάλαγγες της αριστερής άκρας χειρός, καθώς και χρόνιας μετατραυματικής ευμεγέθους ελκωτικής δερματικής βλάβης δεξιάς κνήμης.

Αποτελέσματα: Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ιλοπρόστη και πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη χωρίς κλινικο-εργαστηριακή ανταπόκριση. Το υπερηχοκαρδιογράφημα και το υπερηχογράφημα περιφερικών αρτηριών ήταν φυσιολογικά. Από αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ήπια αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Οι αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες, ενώ λόγω επιδημιολογικού ιστορικού διενεργήθηκε δερμοαντίδραση φυματίνης και Quantiferon (QFT) - TB Gold με θετικό αποτέλεσμα. Ολοσωματική αξονική τομογραφία ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ μαγνητική τομογραφία δεξιάς κνήμης απέκλεισε την οστεομυελίτιδα. Οι καλλιέργειες ιστοτεμαχίων δέρματος ήταν αρνητικές για κοινά μικρόβια και μυκοβακτηρίδια ενώ η ιστοπαθολογική τους εξέταση ανέδειξε CD30+ Τ-κυτταρικό αναπλαστικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα, με αρχική εκτίμηση συμβατή με πρωτοπαθές δερματικό. Η οστεομυελική βιοψία δεν τεκμηρίωσε μορφολογική/ανοσοϊστοχημική διήθηση. Η κυτταρομετρία ροής του μυελού ανέδειξε 7,2% κύτταρα με ανοσοφαινότυπο συμβατό με τα νεοπλασματικά κύτταρα της δερματικής βλάβης, αναβαθμίζοντας τη διάγνωση σε συστηματικό ALK-αρνητικό αναπλαστικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα. Η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης και ακολούθως έγινε έναρξη σχήματος Μπρεντουξιμάμπης βεδοτίνης/ Κυκλοφωσφαμίδης /Δοξορουβικίνης/ Πρεδνιζόνης. Κατά τον μοριακό έλεγχο αιματολογικών κακοηθειών (Oncofusion), ανιχνεύθηκε το υβριδικό γονίδιο σύντηξης TP63::TBL1XR1, εύρημα που έχει συσχετιστεί με δυσμενέστερη κλινική πρόγνωση.

Συμπεράσματα: Η οξεία δακτυλική ισχαιμία παραπέμπει σε ρευματολογικό νόσημα ή εμβολικό φαινόμενο, ωστόσο μπορεί να αποτελεί παρανεοπλασματική εκδήλωση. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με επίμονες δερματοπάθειες, προς αποκλεισμό υποκείμενου δερματικού ή συστηματικού λεμφώματος.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 024

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΟΒΙΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΩΜΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΑΡΧΙΚΑ ΔΙΕΛΑΘΕ ΩΣ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Χρήστος Νικολαΐδης, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Πολυξένη Βασιλάκη, Ελένη Μπόπτση, Μάριος Μάνταλος, Νάνσυ-Δέσποινα Τσουκαλά, Γεώργιος Μπουλμέτης, Ιωάννης Βρεττός

Β' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η περιοχή του ώμου μπορεί να αποτελέσει θέση ανάπτυξης σπάνιων νεοπλασμάτων, όπως το συνοβιοσάρκωμα, που είναι συχνότερο σε νεαρά άτομα, ενώ σε ηλικιωμένους είναι ασύνηθες. Η διάγνωση στους ηλικιωμένους μπορεί να καθυστερήσει λόγω της μη ειδικής κλινικής εικόνας και της ύπαρξης συννοσηροτήτων. Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς 86 ετών με χωροκατακτητική εξεργασία δεξιού ώμου και απεικονιστικά χαρακτηριστικά συμβατά με συνοβιοσάρκωμα που αρχικά διέλαθε ως αιμάτωμα.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 86 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω καταβολής δυνάμεων και ορθόχρωμης ορθοκυτταρικής αναιμίας (Hemoglobin: 9 g/dL). Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκαν αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή υπό αντιπηκτική αγωγή και τοποθέτηση βηματοδότη. Αναφέρθηκε νοσηλεία προ μηνός για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Κατά την τότε νοσηλεία της διαγνώστηκε με αναιμία που αποδόθηκε σε αιμάτωμα στον δεξιό ώμο. Η ασθενής μεταγγίστηκε και έλαβε εξιτήριο με οδηγία για προσωρινή διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ, ένα μήνα μετά, από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν άλγος, ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία και περιορισμός της κινητικότητας του δεξιού ώμου. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία (CT) δεξιού ώμου με σκιαγραφικό για να αποκλειστεί ενεργός εξαγγείωση.

Αποτελέσματα: Η CT δεξιού ώμου ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία με κυστικά και συμπαγή στοιχεία, ανομοιογενή πρόσληψη σκιαγραφικού και διάβρωση της ωμογλήνης, ευρήματα συμβατά με συνοβιοσάρκωμα. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο ορθοπεδικό τμήμα για περαιτέρω χειρισμούς.

Συμπεράσματα: Παρόλο που η κλινική εικόνα της ασθενούς, το ατομικό αναμνηστικό, το ιστορικό λήψης φαρμάκων και οι διαγνώσεις της πρόσφατης νοσηλείας συνηγορούσαν υπέρ της ύπαρξης αιματώματος στον ώμο, ο απεικονιστικός έλεγχος απέκλεισε την αιμορραγία και ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ύπαρξη κακοήθειας. Το περιστατικό υπογραμμίζει ότι όταν η συμπτωματολογία επιμένει, η αρχική εκτίμηση, ακόμα και αν είναι βάσιμη, θα πρέπει να αναθεωρείται και ο ασθενής να υποβάλλεται σε εκτενέστερο έλεγχο καθώς τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε κάποιο ασυνήθιστο αίτιο.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 025

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΕΞΟΙΔΗΣΗΣ (SPONTANEOUS CERVICAL SWELLING SYNDROME) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ

Παναγιώτα Γουρνή, Νάνσυ-Δέσποινα Τσουκαλά, Χρήστος Νικολαΐδης, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Σύλβια Νέγκρη, Ευφροσύνη-Μαρία Καλτσή, Γεώργιος Μπουλμέτης, Ιωάννης Βρεττός

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο αυτόματης τραχηλικής εξοίδησης (SCSS)είναι ένα ασυνήθιστο κλινικό σύνδρομο που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικάσε γυναίκες και χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια εμφάνιση οιδήματος στην τραχηλική περιοχή χωρίς αναγνωρίσιμη αιτία. Πιθανή αιτία θεωρείται η παροδική απόφραξη του μείζονος θωρακικού πόρου. Ως διαγνωστικά κριτήρια έχουν προταθεί: οίδημα αριστερού υπερκλείδιου βόθρου, οξεία έναρξη (<24 ώρες), αυτόματη υποχώρηση εντός εβδομάδος, πιθανή υποτροπή, απουσία συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων, φυσιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις, οίδημα μαλακών ιστών στην απεικόνιση. Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού SCSS σε ηλικιωμένη γυναίκα.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 84 ετών προσήλθε λόγω εμφάνισης διόγκωσης στην αριστερή τραχηλική περιοχή και το άνω μέρος του θώρακα. Η διόγκωση ξεκίνησε αιφνίδια και αυξανόταν για ώρες. Δεν υπήρχαν συνοδά συμπτώματα ή ιστορικό τραύματος. Η διόγκωση ήταν μαλακή και ανώδυνη στην ψηλάφηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Οι αξονικές τομογραφίες τραχήλου και θώρακα ανέδειξαν οίδημα κυτταρολιπώδους ιστού στην αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα και στην αριστερή υπερκλείδια με επέκταση στο υποδόριο του αριστερού προσθιοπλάγιου θωρακικού τοιχώματος παρά την μέση γραμμή. Η εξέταση του αναστολέα της C1-εστεράσης ήταν αρνητική. Η εξέταση από ωτορινολαρυγγολόγο ήταν χωρίς ευρήματα.

Αποτελέσματα: Καθώς η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια, τέθηκε η διάγνωση της SCSS. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λεβοφλοξασίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Προοδευτικά παρουσίασε υποχώρηση του οιδήματος και εξήλθε μετά από 5 ημέρες. Ο μετέπειτα έλεγχος με PET-CT και λεμφογραφία μείζονος θωρακικού πόρου ήταν αρνητικός.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του SCSS απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων διαγνώσεων (τραυματικά αίτια, κακοήθεις όγκοι, λοιμώδη νοσήματα και αγγειακές, συστηματικές, φλεγμονώδεις και αλλεργικές διαταραχές) και την απεικόνιση του οιδήματος των μαλακών ιστών στην αριστερή τραχηλική χώρα. Μεταξύ των παραγόντων που πυροδοτούν την εμφάνιση του συνδρόμου αναφέρονται τα πλούσια σε λιπαρά γεύματα, η λήψη αντισυλληπτικών, το αλκοόλ και η σωματική άσκηση. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Η αναγνώρισή του μπορεί να συμβάλλει στην αποφυγή πραγματοποίησης άσκοπων διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 026

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΠΛΗΝΙΚΤΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ EPSTEIN-BARR.

Αμαλία Παπανικολοπούλου, Αλεξία Αναστασίου, Στυλιανός Σαλτερής, Κωνσταντίνος Βούλγαρης, Τριαντάφυλλος Σιακκάς, Άγγελος Μαργέτης, Θεοδώρα Γκορίτσα, Δήμητρα Καββούρη, Κωνσταντίνος Ρουσσάκης

Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή / Σκοπός: Τυπικές κλινικές εκδηλώσεις του Συνδρόμου Λοιμώδους Μονοπυρήνωσης (ΣΛΜ) από τον ιό Epstein-Barr (EBV) αποτελούν ο πυρετός, η φαρυγγίτιδα, και η τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η συμμετοχή του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος με ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία συνυπάρχει έως 80% και 60% αντίστοιχα. Σκοπός της παρούσης μελέτης η περιγραφή μιας σπάνιας επιπλοκής με άγνωστη επίπτωση λόγω του ανωτέρου συνδρόμου, όπως είναι τα σπληνικά έμφρακτα.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκε ο ιατρικός φάκελος ασθενούς με ΣΛΜ από λοίμωξη EBV ορολογικά επιβεβαιωμένη.

Αποτελέσματα: Ασθενής 18 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου με πυρετό έως 39°C και φαρυγγαλγία από 4ημέρου. Από την κλινική εξέταση είχε πυώδεις αμυγδαλές άμφω, ψηλαφητούς τραχηλικούς λεμφαδένες άμφω, όπως και ψηλαφητό ήπαρ και άλγος στο αριστερό υποχόνδριο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε υψηλά λευκά με λεμφοκυτταρικό τύπο (lymph=5,95 K/μL), CRP=14 mg/dl, d-dimers=1,13 mg/L, επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία και monetest (+). Ο υπέρηχος άνω κάτω κοιλίας ανέδειξε πολλαπλές υπόπυκνες αλλοιώσεις στο σπλήνα χωρίς αιμάτωση, ενδεικτικές εμφράκτων, διαμέτρου 2,4, 1,8 και 4 εκ, και ηπατοσπληνομεγαλία (ήπαρ 18 εκ, σπλήνας 12,5 εκ). Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά εντός μηνός από την έναρξη της λοίμωξης με σταδιακή αποκατάσταση της ηπατικής βιοχημείας στο φυσιολογικό μετά από 2 μήνες. Ο επαναληπτικός υπέρηχος ανέδειξε φυσιολογικό μέγεθος ήπατος και σπληνός με επανέλεγχο όμως των υπόπυκνων αλλοιώσεων σε μικρότερο μέγεθος σε διάστημα 1, 2, και 3 μήνες μετά τη διάγνωση.

Συμπεράσματα: Τα σπληνικά έμφρακτα σε ασθενείς με λοίμωξη από EBV που προκαλεί ΣΛΜ, είναι μια σπάνια αλλά υπαρκτή επιπλοκή. Οφείλονται συνήθως στη διόγκωση του οργάνου η οποία μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία ή σε μικροθρομβώσεις λόγω της συστηματικής φλεγμονής και παροδικής υπερπηκτικής κατάστασης. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση βοηθούν στη αρχική διάγνωση και παρακολούθηση αυτών των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 027

ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ MYCOBACTERIUM BOVIS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ BCG

Αμαλία Παπανικολοπούλου, Στυλιανός Σαλτερής, Αλεξία Αναστασίου, Ήλια Κωνσταντοπούλου, Άγγελος Μαργέτης, Θεοδώρα Γκορίτσα, Κωνσταντίνος Ρουσσάκης, Δήμητρα Καββούρη
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ενδοκυστική έγχυση του βακίλου Mycobacterium bovis bacillus Calmette-Guérin (BCG) χορηγείται για τη θεραπεία του μη μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Είναι ένα ζωντανό, εξασθενημένο μυκοβακτηρίδιο που προκαλεί λοιμώδεις επιπλοκές σε περίπου 1% των ασθενών. Οι λοιμώξεις αυτές μπορούν να προσβάλουν διάφορες ανατομικές περιοχές και να εμφανιστούν με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να καταδείξει τη πολυπλοκότητα της διαγνωστικής προσπέλασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι δύο ασθενών με συστηματική λοίμωξη από Mycobacterium bovis μετά από ενδοκυστική έγχυση BCG.

Αποτελέσματα: Αναφέρουμε 2 άνδρες ασθενείς, 61 και 77 ετών αντίστοιχα. Πριν τη νοσηλεία, ο 1ος παρουσίασε υψηλούς πυρετούς αμέσως μετά από εργώδη και αιματηρή έγχυση BCG και λήψη 10ήμερου σχήματος νορφλοξασίνης, και ο 2ος προσήλθε με πυρετό και ορχεοεπιδυδιμίτιδα στο δεξιό όρχι. Λόγω ισχυρής κλινικής υποψίας έγινε έναρξη τριπλού σχήματος αντιφυματικής αγωγής με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, αιθαμβουτόλη. Από τα δείγματα που ελήφθησαν πριν την έναρξη, σε κανέναν ασθενή δεν απομονώθηκε το μυκοβακτηρίδιο, είτε με τη μέθοδο PCR ή καλλιέργεια στο αίμα και στα ούρα, είτε με τη χρώση Ziehl-Neelsen στα πτύελα και στο αίμα. Επιπλέον στον 1ο ασθενή λόγω εικόνας tree-in-bud στην αξονική τομογραφία θώρακα έγινε καλλιέργεια στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) η οποία ήταν αρνητική. Στο 2ο ασθενή έγινε βιοψία στο δεξιό όρχι όπου η ιστολογική ανάλυση ανέδειξε κοκκιώματα. Και οι δύο ασθενείς παραμένουν εν ζωή μισό χρόνο μετά τη λοίμωξη, με το 2ο να έχει τροποποιήσει την αντιφυματική αγωγή λόγω αιματολογικής τοξικότητας.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της λοίμωξης από BCG μπορεί να απαιτεί τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων, που τις περισσότερες φορές αποβαίνουν αρνητικές. Λόγω της βραδείας ανάπτυξης των μυκοβακτηριδίων, ή της πρώιμης εμπειρικής χορήγησης αντιμικροβιακών με αντιφυματική δράση όπως πχ οι κινολόνες, η διαγνωστική προσπέλαση είναι δυσχερής και η έγκαιρη έναρξη της αντιφυματικής αγωγής βασίζεται τις περισσότερες φορές στο ιστορικό και τη κλινική υποψία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 028

ΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Θεολογία Τζιοβανάκη, Κωνσταντίνος Μαρκάκης, Μιχαήλ Μπολιός, Αναστασία Τρακατέλη, Θεόδωρος Μιχαηλίδης, Ισιδώρα Μπακαΐμη, Όλγα Τσαχουρίδου, Συμεών Μεταλλίδης

Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ) σχετίζεται με αυξημένο θρομβοεμβολικό κίνδυνο μέσω μηχανισμών φλεγμονής και υπερπηκτικότητας. Η εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων μπορεί να προηγείται της διάγνωσης της υποκείμενης νόσου και να αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς που προσήλθε με εμπύρετο και εμβολικά έμφρακτα όπου εν τέλει διεγνώσθει φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 60 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω αιφνίδιας έναρξης κοιλιακού άλγους, συνοδό εμετικό επεισόδιο και διαρροϊκές κενώσεις. Κατά την αρχική εκτίμηση διαπιστώθηκαν ευαισθησία περιομφαλικά και στο υπογάστριο, δεκατική πυρετική κίνηση, λευκοκυττάρωση και αυξημένο γαλακτικό οξύ. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε πρωτοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή ενώ το υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων. Επιπλέον οι αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ύποπτο έμφρακτο σπληνός, το οποίο επιβεβαιώθηκε σε επαναληπτική αξονική αγγειογραφία κοιλίας, όπου διαπιστώθηκε επιπλέον έμφρακτο αριστερού νεφρού. Λόγω παροδικής αδυναμίας και αιμωδίες αριστερής πλευράς σώματος πραγματοποιήθηκε αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και triplex καρωτίδων, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος κοπράνων ανέδειξε αυξημένα πυοσφαίρια χωρίς απομόνωση λοιμώδους παράγοντα. Στην πορεία, η κλινική εικόνα επιδεινώθηκε με εμφάνιση ειλεού, υποτροπιάζοντα επεισόδια πυρετού, κοιλιακό άλγος και εμμένουσες διαρροϊκές κενώσεις. Νέα αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε εικόνα ειλεΐτιδας με εντερικό οίδημα και διάταση ελίκων. Ακολούθησε κολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών και μαγνητική εντερογραφία, με ευρήματα συμβατά με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Παράλληλα η καλπροτεκτίνη κοπράνων ήταν σημαντικά αυξημένη (> 2000μg/g). Με βάση αυτά τα ευρήματα τέθηκε η διάγνωση νόσου Crohn. Διακόπηκε η αντιβιοτική αγωγή και ξεκίνησε θεραπεία με κορτικοστεροειδή και βιολογικό παράγοντα (infliximab), με σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει ότι οι θρομβοεμβολικές εκδηλώσεις, έστω και στα πλαίσια κολπικής μαρμαρυγής, μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση υποκείμενης ΙΦΝΕ και να προηγούνται των τυπικών εντερικών ευρημάτων. Η κλινική υποψία σε περιπτώσεις παρατεινόμενου εμπύρετου και ευρημάτων από την κοιλία είναι πρωταρχικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη στοχευμένης θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 029

ΠΥΩΔΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ

Σοφία Καργιώτη[1], Μαρία Βούκαλη[1], Κωνσταντίνα Καλογεροπούλου[2], Άννα-Ρόζα Ανδρίτσου[2], Σταύρος Τζώρτζης[2], Δημήτριος Μερμήγκης[3], Νικόλαος Στάικος[3], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα
[2] Καρδιολογικό Τμήμα – Μονάδα Εμφραγμάτων, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα
[3] Α' Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η διεισδυτική πνευμονιοκοκκική νόσος χαρακτηρίζεται από παρουσία του Streptococcus pneumoniae σε φυσιολογικά στείρες κοιλότητες με πιθανές εκδηλώσεις βακτηριαιμία, εμπύημα ή σπανιότερα πυώδη περικαρδίτιδα. Η τελευταία αποτελεί εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή με υψηλή θνητότητα που χρηζει άμεσης παρέμβασης επί ταχείας εξέλιξης σε καρδιακό επιπωματισμό. Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με πνευμονιοκοκκική πνευμονία, πλευριτικό εμπύημα και πυώδη περικαρδίτιδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 63ετών με ιστορικό υπέρτασης, ΧΑΠ, καπνίσματος και χρόνιας χρήσης αλκοόλ προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας από 4ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένα D-dimers και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής .

Διενεργήθηκε αξονική θώρακος, η οποία ανέδειξε μεγάλη περικαρδιακή συλλογή, αριστερή ελεύθερη και δεξιά εγκυστωμένη υπεζωκοτική συλλογή. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς με ανευρεθείσα μετρίου προς μεγάλου βαθμού περικαρδιακή συλλογή. Ακολούθως, έγινε παρακέντηση της αριστερής πλευριτικής συλλογής με λήψη θολερού υγρού λεμφοκυτταρικού τύπου το οποίο βάσει των κριτηρίων Light, συνηγορούσε υπέρ εξιδρωματικής συλλογής.

Εντός του πρώτου 24ώρου νοσηλείας, σε επαναληπτικό διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδίας διαπιστώθηκε αυξημένη περικαρδιακή συλλογή 3.2εκατοστών. Παράλληλα, ο ασθενής παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια και επεισόδιο πρωτοδιαγνωσθείσας κολπικής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση.

Λόγω εικόνας καρδιακού επιπωματισμού εισήχθη στη Μονάδα Εμφραγμάτων για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε επείγουσα περικαρδιοκέντηση με παροχέτευση πυώδους περικαρδιακού υγρού. Από τις καλλιέργειες του υγρού απομονώθηκε *Streptococcus pneumoniae,* ενώ το ίδιο παθογόνο αναπτύχθηκε και στις δύο πρώτες αιμοκαλλιέργειες, οι οποίες στη συνέχεια αρνητικοποιήθηκαν μετά την έναρξη στοχευμένης ενδολφλέβιας θεραπείας με κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη βάσει αντιβιογράμματος. Παράλληλα, χορηγήθηκε κορτιζονοθεραπεία στα πλαίσια αντιμετώπισης της περικαρδιακής φλεγμονής.

Κατά τη νοσηλεία, τοποθετήθηκε επιπλέον δεξιά θωρακική παροχέτευση λόγω εμπυήματος που αφαιρέθηκε μετά από σταδιακή μείωση του παροχετευμένου υγρού, ενώ αντίστοιχα μειωνόταν προοδευτικά και η παροχέτευση του περικαρδιακού υγρού.

Συμπεράσματα: Η πυώδης περικαρδίτιδα από *Streptococcus pneumoniae* αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρο κλινική κατάσταση. Η ταχεία αναγνώριση του καρδιακού επιπωματισμού και η άμεση περικαρδιοκέντηση σε συνδυασμό με στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή είναι καθοριστικής σημασίας για την επιβίωση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 030

ΟΞΕΙΑ ΥΠΟΓΝΑΘΙΑ ΣΙΑΛΟΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΚΑΙ ΥΠΟΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΩΝ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ

Νικόλαος Μακρής[1], Μαρία-Φανή Μπαμπούρη[1], Ευαγγελία Τσιούμα[1], Ελένη Κορκή[1], Δήμητρα Τσιονάρα[2], Νικόλαος Σαμπάνης[3]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Τμήμα Επειγόντων Παθολογικού Τομέα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3] Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η παρουσίαση ασυνήθιστης περίπτωσης οξείας υπογνάθιας σιαλοαδενίτιδας σχετιζόμενης με την ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 78 ετών, υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση από 5ετίας, διερευνήθηκε λόγω εκσεσημασμένης διόγκωσης της υπογναθίου χώρας.

Αποτελέσματα: Από την αναλυτική καταγραφή του ιστορικού αναφέρθηκε πρόσφατος αγγειογραφικός έλεγχος -αξονική απεικόνιση με ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού- ακολουθούμενος από σύντομη συνεδρία αιμοκάθαρσης ενώ από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν, μετρίως επώδυνη, συμμετρική διόγκωση των υπογναθίων σιελογόνων αδένων χωρίς συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Νέα αξονική απεικόνιση του τραχήλου χωρίς σκιαγραφικό μέσο, αποκάλυψε κυτταρίτιδα στην υπογενείδιο περιοχή και εκτεταμένη θολερότητα του λίπους πέριξ των υπογναθίων σιελογόνων αδένων με συνοδό πάχυνση της εν τω βάθει τραχηλικής περιτονίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε νέα συνεδρία αιμοκάθαρσης και αγωγή με αντιισταμινικά και κορτικοστεροειδή για 5 ημέρες και σταδιακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η επαγόμενη από σκιαγραφικό σιαλοαδενίτιδα (ΕΣΣ) αποτελεί ασυνήθιστη παρενέργεια των ιωδιούχων σκιαγραφικών και χαρακτηρίζεται από οξεία, ανώδυνη ή μετρίως επώδυνη διόγκωση των παρωτίδων και σπανιότερα των υπογναθίων σιελογόνων αδένων. Η ΕΣΣ εμφανίζεται σε άλλοτε άλλο χρόνο από την έκθεση στο σκιαγραφικό και ακολουθεί συνήθως καλοήθη και αυτοπεριοριζόμενη πορεία, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν απαιτεί τη χορήγηση αντιισταμινικών και κορτικοστεροειδών. Σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία, ο προτεινόμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός αφορά στη μειωμένη κάθαρση ιωδίου και την επακόλουθη αύξηση των συγκεντρώσεών του ενδοκυτταρίως αλλά και εντός του αυλού των πόρων των σιελογόνων αδένων μέσω του συμμεταφορέα νατρίου-ιωδίου.Τελικά, η αύξηση του οσμωτικού φορτίου προκαλεί εξοίδηση των επιθηλιακών κυττάρων, απόφραξη των πόρων και φλεγμονή. Επί φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας, η ΕΣΣ έχει πρωτίστως αποδοθεί σε ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση. Επομένως, η οξεία σιαλοαδενίτιδα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει στο διαγνωστικό αλγόριθμο και την πρόσφατη χορήγηση σκιαγραφικού μέσου πέραν της σιαλολιθίασης, μικροβιακών/ιογενών αιτιών και συστηματικών αυτοάνοσων νοσημάτων. Η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει τη διενέργεια αιμοκάθαρσης και την εξατομικευμένη χορήγηση αναλγητικών, αντιισταμινικών ή/και κορτικοστεροειδών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 031

ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΧΙΣΤΟΣΩΜΙΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΜΟΝΗ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ

Ευάγγελος Λιάπης[1], Απόστολος Αναγνωστόπουλος[1], Πούλια Ασημακοπούλου[1], Στεφανία Πιτσάβα[1], Άννα Σαμακίδου[1], Δάφνη Σβερώνη[1], Ελένη Παπαϊωάννου[2], Αναστάσιος Μανωλάκης[3], Άγγελος Στέφος[1], Στέλλα Γκαμπέτα[1], Νικόλαος Γατσέλης[1], Μαρία Ιωάννου[2], Γεώργιος Ν. Νταλέκος[1]

[1] *Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων& Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

[2] *Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα*

[3] *Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η εντερική σχιστοσωμίαση αποτελεί παρασιτική λοίμωξη που ενδημεί κυρίως στην υποσαχάρια Αφρική, αλλά και σε χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Η διάγνωσή της σε μη ενδημικές χώρες μπορεί να είναι ιδιαίτερα απαιτητική.

Υλικό και Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής ηλικίας 17 ετών από το Σουδάν, προσήλθε με κοιλιακό άλγος και διαρροϊκές κενώσεις από μηνός και σημαντική ηωσινοφιλία από τον εργαστηριακό έλεγχο. Ο εκτεταμένος διαγνωστικός έλεγχος για λοιμώξεις/παρασιτώσεις (Mycobacterium tuberculosis, Coxiella spp., Rickettsia spp., Brucella spp., Toxoplasma gondii, Leishmania spp., Giardia lamblia, Enterobius vermicularis, Toxocara spp. και Echinococcus spp.) ήταν αρνητικός όπως επίσης και οι καλλιέργειες/παρασιτολογικές εξετάσεις κοπράνων. Αξιοσημείωτος ήταν ο θετικός ορολογικός έλεγχος για Entamoeba histolytica, χωρίς όμως κλινική ανταπόκριση στη θεραπεία με μετρονιδαζόλη. Λόγω της εμμένουσας συμπτωματολογίας διενεργήθηκε κολονοσκόπηση, η οποία ανέδειξε οιδηματώδη και εύθρυπτο βλεννογόνο παχέος εντέρου. Οι βιοψίες παχέος ανέδειξαν πολυάριθμα μεγάλα ωάρια παρασίτου με χαρακτηριστική πλάγια άκανθα, ηωσινόφιλο κέλυφος και θετικότητα στην χρώση Ziehl Neelsen, εύρημα χαρακτηριστικό για την λοίμωξη από Schistosoma mansoni. Ο ορολογικός έλεγχος για αντισώματα έναντι του S.Mansoni ήταν επίσης θετικός.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με πραζικουαντέλη με άμεση κλινική βελτίωση και υποχώρηση της ηωσινοφιλίας.

Συμπεράσματα: Η σχιστοσωμίαση πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ηωσινοφιλία και γαστρεντερική συμπτωματολογία που προέρχονται από ενδημικές περιοχές. Η προέλευση από ενδημική περιοχή, σε συνδυασμό με την ιστολογική τεκμηρίωση, μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 032

ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΠΟΛΥΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΝΔΡΑ

Ορέστης-Φίλιππος Πήπερ[1], Χριστίνα Πολυμεροπούλου[1], Μαρία Δαφνή[1], Αθανάσιος Παπανικολάου[2], Αθανάσιος Παπαθεοδώρου[3], Αθηνά Λιονή[1], Βασιλική Τζαβάρα[1]

[1] *Α' Παθολογική Κλινική Ν.Ε.Ε.Σ.*
[2] *Ορθοπεδική Κλινική Ν.Ε.Ε.Σ.*
[3] *Ακτινολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ.*

Εισαγωγή / Σκοπός: Μικροβιαιμία, σηπτική πολυαρθρίτιδα, πυομυοσίτιδα και νεφρωσικό σύνδρομο σε υγιή νεαρό ενήλικα

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για υγιή νεαρό ενήλικα ο οποίος προσέρχεται στα ΤΕΠ με εμπύρετο (39°C) από 10ημέρου και αρθρίτιδα ΔΕ ισχίου/ιερολαγονίου, ΑΡ ποδοκνημικής, ΑΡ ώμου και ΑΡ καρπού με περιορισμό κινητικότητας. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε Staphylococcus aureus ευαίσθητος στη μεθικιλλίνη (MSSA). Από τον απεικονιστικό έλεγχο με CT και MRI αναδείχθηκαν ενδοαρθρικές συλλογές και αποστηματικές συλλογές σε ΔΕ γλουτό και ΔΕ λαγονοψοίτη (πυομυοσίτιδα). Υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση έγινε παροχετεύτευση των συλλογών που ανέδειξαν πυώδη εξιδρώματα με απομόνωση MSSA. Επίσης διαπιστώθηκε φορεία MSSA στο ρινικό βλεννογόνο. Από τις πρώτες ημέρες νοσηλείας εμφάνισε υπέρταση και οίδημα ανά σάρκα. Η γενική ούρων ανέδειξε ενεργό ίζημα με παρουσία σπειραματικών ερυθρών και λευκωματουρία σε επίπεδα νεφρωσικού συνδρόμου.

Έγινε χειρουργικός καθαρισμός σε ιερολαγόνιο και ώμο. Λόγω ανθεκτικής υπέρτασης, τέθηκε σε αντιυπερτασική αγωγή με βαλσαρτάνη, φουροσεμίδη, σπειρονολακτόνη και αμλοδιπίνη, σε συνδυασμό με δίαιτα αυξημένου λευκώματος.

Ενώ η κλινική εικόνα βελτιωνόταν με υποχώρηση της αρθρίτιδας, παρέμενε δεκατική πυρετική κίνηση με πλατώ των δεικτών φλεγμονής, έγινε βιοψία νεφρού η οποία ανέδειξε εικόνα μεταλοιμώδους σπειραματονεφρίτιδας (IgA dominant) οπότε έγινε έναρξη αγωγής με κορτικοειδή με άμεση κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Ο ασθενής εξήλθε υπό 40mg μεθυλπρεδνιζολόνης αφού ολοκλήρωσε 6 εβδομάδες αντιμικροβιακής αγωγής, περιπατητικός, με σχεδόν πλήρη λειτουργικότητα του ΑΡ άνω άκρου

Αποτελέσματα: Η θεραπευτική προσέγγιση ήταν πολυπαραγοντική. Στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή, χειρουργικός καθαρισμός των προσβεβλημένων αρθρώσεων, παρακέντηση συλλογών, ανοσοκατασταλτική αγωγή για την μεταλοιμώδη σπειραματονεφρίτιδα. Το αποτέλεσμα ήταν η σταδιακή κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Με βάση την βιβλιογραφία, πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση εκτεταμένης σηπτικής πολυαρθρίτιδας/πυομυοσίτιδας από MSSA με συνοδό μεταλοιμώδη σπειραματονεφρίτιδα σε νεαρό ανοσοεπαρκή ασθενή. Η σπειραματονεφρίτιδα σχετιζόμενη με λοίμωξη αναφέρεται ως επιπλοκή στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων και σπανίως από MSSA

Η έγκαιρη διάγνωση, η στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή και η προσθήκη κορτικοειδών στον κατάλληλο χρόνο, οδήγησαν στην θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 033

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΜΑΝΔΥΑ (MANTLE CELL LYMPHOMA): ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Ευθυμία Μήλιου[1], Μαρία Βλαχοπούλου[2], Γεώργιος Χατζής[1], Ελένη Θεοδώρου[1], Μαρία Γασπαράκη[1], Παναγιώτης Νικολινάκος[1], Σοφοκλής Μπακίδης[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων, Παθολογική κλινική*
[2] *Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων, Καρδιολογική κλινική*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η υποτροπιάζουσα φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (ΦΘΝ), ιδιαίτερα επί απουσίας προφανούς εκλυτικού παράγοντα, επιβάλλει διερεύνηση για υποκείμενη κακοήθεια. Το λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα (Mantle Cell Lymphoma, MCL) αποτελεί σπάνιο και συνήθως επιθετικό Β-κυτταρικό non-Hodgkin λέμφωμα, με σημαντική κλινική ετερογένεια, που μπορεί να εκδηλωθεί με άτυπες εξωλεμφικές και συστηματικές εκδηλώσεις, δυσχεραίνοντας τη διαγνωστική προσέγγιση.

Μέθοδος / Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 59 ετών με ιστορικό χρόνιας περικαρδιακής συλλογής, συμμετρικής φλεγμονώδους πολυαρθρίτιδας, αρτηριακής υπέρτασης, αναιμίας, υπεργαμμασφαιριναιμίας και πνευμονικής εμβολής προ εννεαμήνου προσήλθε στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξέος άλγους αριστερού ημιθωρακίου και υποχονδρίου. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε υποτροπή πνευμονικής εμβολής και σημαντική σπληνομεγαλία, ευρήματα που επέβαλαν περαιτέρω διερεύνηση. Η οστεομυελική βιοψία, σε συνδυασμό με ανοσοϊστοχημική μελέτη, κυτταρομετρία ροής και ανάλυση FISH, ανέδειξε CD5+ Β-λεμφοϋπερπλαστική εξεργασία με παρουσία της μετάθεσης t(11;14)(q13;q32), παθογνωμονικού κυτταρογενετικού ευρήματος του MCL. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε χρόνια ενεργό περικαρδίτιδα με περικαρδιακή συλλογή, ενώ η βιοψία δέρματος ήταν αρνητική για αμυλοείδωση.

Αποτελέσματα: Η συνύπαρξη περικαρδίτιδας, φλεγμονώδους πολυαρθρίτιδας και υποτροπιάζουσας ΦΘΝ οδήγησε σε παράλληλη διερεύνηση πιθανού συστηματικού αυτοάνοσου ή θρομβοφιλικού υποβάθρου. Ωστόσο, η ιστολογική και κυτταρογενετική τεκμηρίωση κατεύθυνε έγκαιρα προς τη διάγνωση του MCL, επιτρέποντας την άμεση έναρξη εξειδικευμένης χημειοθεραπευτικής αγωγής. Η περαιτέρω παρακολούθηση της ασθενούς αναμένεται να συμβάλει στη διευκρίνιση της πιθανής παρανεοπλασματικής φύσης των φλεγμονωδών εκδηλώσεων.

Συμπεράσματα: Η υποτροπιάζουσα ΦΘΝ μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση υποκείμενης αιματολογικής κακοήθειας. Το περιστατικό αναδεικνύει ότι το MCL δύναται να εκδηλωθεί με κυρίαρχη θρομβοεμβολική και πολυσυστηματική φλεγμονώδη εικόνα, προσομοιάζοντας αυτοάνοσα νοσήματα και καθυστερώντας τη διάγνωση. Η έγκαιρη αξιοποίηση ιστολογικών, ανοσοφαινοτυπικών και κυτταρογενετικών εξετάσεων, σε συνδυασμό με τη συστηματική κλινική αξιολόγηση, ήταν καθοριστική για την οριστική διάγνωση και την έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Η υποτροπιάζουσα φλεβική θρομβοεμβολική νόσος σε συνδυασμό με ανεξήγητες φλεγμονώδεις εκδηλώσεις πρέπει να εγείρει ισχυρή υποψία υποκείμενης αιματολογικής κακοήθειας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 034

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ, ΟΡΓΑΝΟΜΕΓΑΛΙΑ ΚΑΙ ΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΔΗΓΜΑ ΚΥΝΟΣ

Μάριος Κουρτίδης, Διαμαντίνα Λυμπεράτου, Βαλεντίνη Σαμανίδου, Δημήτριος Μπίρος, Ιωάννα Θωμά, Νικόλαος - Γαβριήλ Κολιός, Ελένη - Δήμητρα Οικονομίδη, Ελευθερία Μαστορίδου, Κορνηλία Βελιάνη, Νικόλαος Κρίκης, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Μαρία Χρηστάκη

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Α' Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα μονοκύτταρα παίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλές φλεγμονώδεις διεργασίες του οργανισμού. Στους ενήλικες αυξάνονται σε καταστάσεις όπως ορισμένες νεοπλασίες, φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, χρόνιες λοιμώξεις και αιματολογικές κακοήθειες. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση ασθενούς με εκσεσημασμένη μονοκυττάρωση χωρίς ανεύρεση της αιτιολογίας παρά τον εκτενή έλεγχο.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 65 ετών παραπέμφθηκε προς περαιτέρω διερεύνηση μονοκυττάρωσης, κοιλιακού άλγους και οργανομεγαλίας. Προ μηνός είχε προηγηθεί δήγμα κυνός και κυτταρίτιδα άκρας χείρας που αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή. Κατά την εισαγωγή της διαπιστώθηκαν πλευριτικές και περικαρδιακή συλλογή και ηπατοσπληνομεγαλία.

Αποτελέσματα: Η πλευριτική συλλογή παρακεντήθηκε και ήταν εξιδρωματική, με αρνητική καλλιέργεια και κυτταρολογική εξέταση χωρίς κακοήθη κύτταρα. Οι καλλιέργειες αίματος-ούρων ήταν στείρες. Χορηγήθηκε εμπειρικά πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και εστάλη λοιμωξιολογικός έλεγχος για ηπατοϊούς, ερπητοϊούς, και χρόνιες λοιμώξεις καθώς και ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικοί. Έγιναν αξονικές θώρακος-κοιλίας χωρίς νέα ευρήματα, ενδοσκοπήσεις πεπτικού χωρίς ευρήματα και PET-CT με υπερμεταβολική δραστηριότητα μυελού των οστών και σπληνός, ύποπτα για αιματολογική κακοήθεια. Ακολούθησε οστεομυελική βιοψία που δεν ήταν δυνατόν να διακρίνει μεταξύ αντιδραστικής μονοκυττάρωσης μιμούμενης μυελοδυσπλασία ή μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου με συνοδό μονοκυττάρωση. Τα μονοκύτταρα είχαν ανοδική τάση (έως 12.000/μL) παρά την χορήγηση αντιβιοτικών και επί μη ανεύρεσης παθογόνου μικροοργανισμού αποφασίστηκε η χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η ασθενής βελτιώθηκε άμεσα κλινικά και εργαστηριακά με υποχώρηση των συλλογών και των δεικτών φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Οι μεμονωμένες διαταραχές των μονοκυττάρων είναι σπάνιες και πρόκειται συνήθως για αντίδραση στη φλεγμονή (λοίμωξη, αυτοάνοσο) ή για αιματολογική κακοήθεια (CMML, MDS με συνοδό μονοκυττάρωση). Δεδομένης της υποχώρησης της συμπτωματολογίας μετά τη χορήγηση κορτικοειδών και καθώς δεν πληρούσε διαγνωστικά κριτήρια για αιματολογικό νόσημα, η κλινική εικόνα αποδόθηκε σε αντιδραστική ενεργοποίηση του συστήματος μονοκύτταρων φαγοκυττάρων στη λοίμωξη μαλακών μορίων από το δήγμα κυνός. Έχει τεθεί σε τακτικό follow-up με προοδευτική διακοπή των στεροειδών, χωρίς υποτροπή των συλλογών ή της μονοκυττάρωσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 035

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΕΝΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σωτήρης Ζάμπρας[1], Σταμάτης Παπαδάτος[2], Δέσποινα Μπουρδάκη[3], Αδαμάντιος Μπουρδάκης[4]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
[2] Παθολογική Κλινική, Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη», Αθήνα
[3] Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
[4] Ειδικό Ιατρείο Λιπιδίων, Διαβήτη & Μεταβολισμού, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2(ΣΔ2) αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της συμβολής ενός Ειδικού Ιατρείου Λιπιδίων και Διαβήτη Γενικού Νοσοκομείου στη δευτερογενή πρόληψη σε διαβητικούς ασθενείς με πρώτο ισχαιμικό ΑΕΕ, μέσω της στενής, πολυπαραγοντικής διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 65 ασθενείς με ΣΔ2 (35 άνδρες, 30 γυναίκες) με πρώτο ισχαιμικό ΑΕΕ, οι οποίοι παρακολουθούνταν ιατρικά στο Ιατρείο κάθε 3 μήνες για τουλάχιστον 2 έτη. Αποκλείστηκαν ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας κατά New York Heart Association(NYHA) >2, χρόνια νεφρική νόσο και βαρείς καπνιστές (>5 πακέτα-έτη). Σε κάθε επίσκεψη ελέγχονταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL) και τα τριγλυκερίδια (TG). Πραγματοποιούνταν οι κατάλληλες φαρμακευτικές παρεμβάσεις, διατηρώντας σταθερή την αντιπηκτική αγωγή. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η υποτροπή ισχαιμικού ΑΕΕ στη διετία.

Αποτελέσματα: Αρχικά, το 82,9% των ανδρών και το 90% των γυναικών είχαν υψηλή LDL, ενώ υψηλά TG είχε το 51,4% και 30% αντίστοιχα. Μόνο 14,2% των ανδρών και 6,7% των γυναικών είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ. Μετά από διετή θεραπεία ($p<0,05$), το 71,4% των ανδρών και το 60% των γυναικών πέτυχαν τον στόχο της LDL. Τον στόχο των TG πέτυχε το 94,2% των ανδρών και το 100% των γυναικών. Επιθυμητή HbA1c είχε το 40% των ανδρών και το 73,3% των γυναικών. Ωστόσο, το 22,9% των ανδρών και το 16,7% των γυναικών αύξησαν τον ΔΜΣ τους. Στη διετία παρακολούθησης, μόνο 5/35 (14,2%) άνδρες και 4/30 (13,3%) γυναίκες εμφάνισαν υποτροπή ισχαιμικού ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Η συστηματική παρακολούθηση στα Ειδικά Ιατρεία επιτυγχάνει σημαντική βελτίωση των μεταβολικών δεικτών και χαμηλά ποσοστά υποτροπής ισχαιμικού ΑΕΕ. Η παρατηρούμενη αύξηση του ΔΜΣ, εντούτοις, αναδεικνύει την κλινική ανάγκη ευρύτερης χρήσης νεότερων φαρμακευτικών κατηγοριών (όπως αγωνιστές υποδοχέων GLP-1 και αναστολείς SGLT2) που προσφέρουν ταυτόχρονη απώλεια βάρους και καρδιοπροστασία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 036

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΑΠΟ LEISHMANIA INFANTUM ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΕΜΦΟΪΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ (SHLH) ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΕΝΗΛΙΚΑ

Δανάη Κιτζόγλου[1], Κωνσταντίνος Μαρνέρος[2], Χρήστος Καρράς[2], Ελένη-Μαργαρίτα Τζουγανάτου[2], Αλεξάνδρα Κουσουλάκου[3], Γαρυφαλλιά Λιναρδάκη[2]

[1] *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Π «Τζάνειο»*
[2] *Β' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Π «Τζάνειο»*
[3] *Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π «Τζάνειο»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σπλαγχνική λεϊσμανίαση (kala-azar) αποτελεί ενδημικό νόσημα στη Μεσόγειο, με κύριο αίτιο το στέλεχος *Leishmania infantum*. Αν και προσβάλλει συχνά παιδιά ή ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, η εκδήλωσή της σε νέους, ανοσοεπαρκείς ενήλικες αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού σπλαγχνικής λεϊσμανίασης με κλινικοεργαστηριακή εικόνα που πληρούσε τα κριτήρια του συνδρόμου δευτεροπαθούς αιμοφαγοκυτταρικής λεμφοϊστιοκυττάρωσης (sHLH).

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 34 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, που διέμενε στα Κύθηρα, προσήλθε στο ΤΕΠ Παθολογικού λόγω εμπυρέτου (έως 39,4°C) από μηνός τουλάχιστον, με συνοδό κακουχία, νυχτερινές εφιδρώσεις και απώλειας βάρους (7kg). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε όψη πάσχοντος, ηπατοσπληνομεγαλία και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Διενεργήθηκε εργαστηριακός, απεικονιστικός, ορολογικός/μοριακός έλεγχος, καθώς και μυελόγραμμα.

Αποτελέσματα: Το υπερηχογράφημα κοιλίας επιβεβαίωσε την ηπατοσπληνομεγαλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία (WBC: 3.61/μL, Hb: 9.9 g/dL, PLT: 117.000/μL), c-αντιδρώσα πρωτεΐνη: 150 mg/L, φερριτίνη: 2657,5 ng/mL και τριγλυκερίδια: 400 mg/dl. Η εικόνα αυτή πληρούσε τα κριτήρια HLH-2004, θέτοντας την υπόνοια sHLH. Διενεργήθηκε άμεσα μυελόγραμμα, η εξέταση του οποίου αποκάλυψε την παρουσία αμαστιγωτών μορφών του παρασίτου (σωμάτια Leishman-Donovan), καθώς και στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης εντός των μακροφάγων. Έγινε έναρξη στοχευμένης θεραπείας με Λιποσωμιακή Αμφοτερικίνη Β που οδήγησε σε άμεση υποχώρηση του εμπυρέτου και πλήρη κλινικοεργαστηριακή αποκατάσταση. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με Real-time PCR θετική για *L. infantum* και θετικό τίτλο αντισωμάτων (IFAT:1:400) στον ορό.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από *L.Infantum* αποτελεί ένα σοβαρό, ενδημικό νόσημα στις χώρες της Μεσογείου, που μπορεί να επιπλακεί με σύνδρομο sHLH. Θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του παρατεινόμενου εμπυρέτου, ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς ενήλικες. Η έγκαιρη διενέργεια μυελογράμματος επιτρέπει την άμεση ταυτοποίηση του παρασίτου, ώστε να μην καθυστερεί η κατάλληλη αγωγή. Η επιτυχής αντιμετώπιση με ειδική αντιπαρασιτική μονοθεραπεία επαρκεί για την πλήρη ύφεση της συστηματικής υπερφλεγμονής, καθιστώντας περιττή τη χρήση επιθετικών ανοσοκατασταλτικών σχημάτων.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 037

ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ PASTEURELLA MULTOCIDA ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ: ΟΨΙΜΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΟΥΣ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΥ ΣΗΨΗΣ

Δανάη Κιτζόγλου[1], Παναγιώτα Μαραγκού[2], Μαρία Λαμπροπούλου[2], Γεώργιος Λοΐζος[2], Γεώργιος Κρανιδιώτης[2], Βάια Παπαδούλη[3], Ολυμπία Ζαρκωτού[3], Γαρυφαλλιά Λιναρδάκη[2]

[1] *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»*
[2] *Β' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»*
[3] *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η *Pasteurella multocida* είναι ένα gram(-) βακτήριο και αποτελεί μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας των κατοικίδιων ζώων. Αν και τυπικά σχετίζεται με τοπικές λοιμώξεις μετά από δήγμα, δύναται να προκαλέσει βαριά συστηματική νόσο σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιστατικών μικροβιαιμίας από *P.multocida* με τελείως διαφορετική κλινική πορεία και ιστορικό έκθεσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων από τη νοσηλεία δύο ανοσοκατεσταλμένων γυναικών, 62 ετών, με συστηματική λοίμωξη από *P.multocida.* Η συλλογή των στοιχείων εστιάστηκε στο είδος της υποκείμενης ανοσοκαταστολής, στο χρονικό εύρος από την έκθεση, και στην πορεία της νόσου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Περιστατικό 1: Γυναίκα 62 ετών με ατομικό ιστορικό ψωριασικής αρθρίτιδας υπό anti-TNF παράγοντα, συνδρόμου Sjögren και χρόνιας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας προσήλθε λόγω εμπυρέτου (έως 38,3°C) με συνοδό επώδυνη διόγκωση και ερυθρότητα αριστερής τραχηλικής χώρας από ημερών. Αναφέρεται δήγμα γάτας στο δεξί άνω άκρο προ έτους. Στον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε WBC=61,89 K/μL (λεμφοκυτταρικού τύπου) και στο υπερηχογράφημα τραχήλου διαπιστώθηκε μπλοκ τουλάχιστον δέκα λεμφαδένων. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε *P.multocida* και έτσι η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με σιπροφλοξασίνη (βάσει αντιβιογράμματος).

Περιστατικό 2: Γυναίκα 62 ετών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο υπό κορτικοστεροειδή από ετών και πρόσφατη έναρξη μυκοφαινολάτης μοφετίλ, προσήλθε σε κατάσταση σηπτικής καταπληξίας, με αναπνευστική ανεπάρκεια και σοβαρή διαταραχή πηκτικότητας (INR>6, a-PTT>119,6 sec). Παράλληλα παρουσίαζε δεξιά τραχηλική λεμφαδενίτιδα. Δεν αναφέρεται ιστορικό επαφής ή δήγματος ζώου. Παρά την άμεση υποστήριξη και χορήγηση προωθημένου αντιμικροβιακού σχήματος, η ασθενής κατέληξε εντός ολίγων ωρών, με τις ληφθείσες στο ΤΕΠ καλλιέργειες αίματος να αναδεικνύουν *P.multocida*.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από *P. multocida* αποτελεί δυνητικά θανατηφόρο παθογόνο σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Είναι σκόπιμο να συμπεριλαμβάνεται στη διερεύνηση εμπυρέτου με τραχηλική λεμφαδενίτιδα, ειδικά επί ιστορικού παλαιού δήγματος από κατοικίδιο ζώο. Παράλληλα, αναδεικνύεται η δυνατότητα του παθογόνου να προκαλέσει κρυπτογενή κεραυνοβόλο σήψη, με ταχύτατη και μοιραία εξέλιξη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 038

ΧΥΛΩΔΗΣ ΑΣΚΙΤΗΣ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Κυριάκος Κυριακίδης, Αθηνά Τσουκαράκη, Σταυρούλα Τσελά, Απόστολος Φούτρης, Βασίλειος Κορδίνας, Ευάγγελος Μιχελάκης, Ουρανία Αποστόλου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση

Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο χυλώδης ασκίτης αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα ποικίλης αιτιολογίας που σχετίζεται με διαταραχή της λεμφικής παροχέτευσης και συχνά δυσχεραίνει τη διαγνωστική προσέγγιση της υποκείμενης νόσου. Παρουσιάζεται περιστατικό χυλώδους ασκίτη ως αρχική εκδήλωση υποκείμενου χολαγγειοκαρκινώματος, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω των διαγνωστικών δυσκολιών και των λοιμωδών επιπλοκών που ανέκυψαν κατά τη νοσηλεία.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 86 ετών προσήλθε στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω δύσπνοιας και αποκορεσμού. Η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας ανέδειξε πνευμονική εμβολή, σημαντική ασκιτική συλλογή και δύο υπόπυκνες ηπατικές βλάβες στα τμήματα V και VII. Μετά από τοποθέτηση καθετήρα παροχέτευσης διαπιστώθηκε γαλακτώδης ασκίτης με τριγλυκερίδια 816 mg/dL, ελάχιστα κύτταρα και SAAG 1,5. Εστάλησαν δείγματα για κυτταρολογικό και μικροβιολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Κατά τη νοσηλεία παροχετεύθηκαν συνολικά 17 λίτρα ασκιτικού υγρού, με σταδιακή μεταβολή της όψης του από χυλώδη σε κιτρινόχρουν. Η αρχική κυτταρολογική εξέταση δεν κατέστη διαγνωστική λόγω εξαιρετικά χαμηλής κυτταροβρίθειας και αδυναμίας δημιουργίας cell block. Επαναληπτική κυτταρολογική εξέταση μετά την αλλαγή της σύστασης του υγρού ανέδειξε κακοήθη κύτταρα συμβατά με χολαγγειοκαρκίνωμα. Παράλληλα, διαδοχικές καλλιέργειες ασκιτικού υγρού ανέδειξαν Enterococcus spp., Enterococcus faecium, Candida albicans και Klebsiella spp., απαιτώντας επανειλημμένη αναπροσαρμογή της αντιμικροβιακής αγωγής.

Συμπεράσματα: Ο χυλώδης ασκίτης μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση υποκείμενης κακοήθειας και να περιορίζει τη διαγνωστική απόδοση της κυτταρολογικής εξέτασης λόγω χαμηλής κυτταροβρίθειας, καθιστώντας απαραίτητες τις επαναλαμβανόμενες δειγματοληψίες. Επιπλέον, η συνεχής απώλεια λεμφοκυττάρων, ανοσοσφαιρινών και πρωτεϊνών μέσω του χυλού ενδέχεται να οδηγεί σε δευτεροπαθή ανοσολογική δυσλειτουργία και αυξημένη ευαλωτότητα σε βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις. Η στενή μικροβιολογική παρακολούθηση και η έγκαιρη επανεκτίμηση των διαγνωστικών δεδομένων είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση των ασθενών με χυλώδη ασκίτη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 039

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΒΑΡΕΑ ΜΕΤΑΛΛΑ

Αικατερίνη Μερεντίτη[1], Χρήστος Ροθώνης[1], Νικόλαος Νταλέκος[1], Λυγερή Τσακίρη[2], Πάρης Μπουλές[2], Ουρανία Γκουρβέλου[2], Χρήστος Ποζιόπουλος[3], Θεόφιλος Σαχινίδης[1]

[1] *Τμήμα Διεθνών Ασθενών Metropolitan Hospital, Ν.Φάληρο, Αθήνα*
[2] *Νοσηλευτικό Τμήμα Metropolitan Hospital, Ν.Φάληρο,Αθήνα*
[3] *Αιματολογικό Τμήμα Metropolitan Hospital, Ν.Φάληρο,Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η δηλητηρίαση από βαρέα μέταλλα αποτελεί σπάνια και δυνητικά σοβαρή κλινική οντότητα, η οποία συχνά διαλάθει της έγκαιρης διάγνωσης λόγω της μη ειδικής συμπτωματολογίας.

Παρουσιάζεται περιστατικό δηλητηρίασης από μόλυβδο που σχετίστηκε με τη λήψη αγιουρβεδικών φυτικών σκευασμάτων. Μεμονωμένα περιστατικά στη βιβλιογραφία αναφέρονται στον αυξανόμενο αριθμό περιστατικών τοξικότητας από μόλυβδο σε ασθενείς που λαμβάνουν αγιουβερδικά σκευάσματα,καθώς κάποια από αυτά μπορεί να περιέχουν βαρέα μετάλλα,γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διάγνωση και περιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άρρενος ασθενούς , 36 ετών ,Ινδικής καταγωγής ο οποίος προσήλθε λόγω οξέος θωρακικού άλγους διάρκειας 3 ωρών. Αρχικά αξιολογήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από καρδιολόγο, όπου αποκλείστηκαν οξύ ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο και πνευμονική εμβολή.

Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε οξεία παθολογία ενώ από το ατομικό του αναμνηστικό ανέφερε χρήση φυτικών συμπληρωμάτων με αυξημένη περιεκτικότητα σε μόλυβδο σε κάποια από αυτά.

Αποτελέσματα: Εκ του εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε διαταραχή ηπατικής βιοχήμειας και ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία με αυξημένα δικτυοερυθροκύτταρα (ΔΕΚ). Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος, με ενζυμική δοκιμασία για έλλειψη αφυδρογονάσης της 6-φωσφορικής γλυκόζης (G6PD) και ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, χωρίς να ανευρεθούν παθολογικά ευρήματα.

Προς περαιτέρω διερεύνηση,πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, η οποία ανέδειξε ολιγάριθμα εκκολπώματα κατιόντος σιγμοειδούς χωρίς εμφανή σημεία φλεγμονής, καθώς και διάταση της χοληδόχου κύστης χωρίς παρουσία χολολιθίασης.

Ακολούθησε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ήπια χρόνια οισοφαγίτιδα.

Κατόπιν αιματολογικής εκτίμησης έγινε μελέτη επιχρίσματος περιφερικού αιμάτος όπου παρατηρήθηκαν ερυθροκύτταρα με μικροκυττάρωση και βασεόφιλη στίξη.

Αφού αποκλείστηκε παρασιτολογική λοίμωξη μετρήθηκαν επίπεδα μολύβδου που ήταν 130 μg/dL , σημαντικά υψηλότερα από το όριο τοξικότητας (τοξικά επίπεδα>80).

Συμπεράσματα: Εν κατακλείδι, η περίπτωση αναφέρεται για να τονιστεί ότι η δηλητηρίαση από βαρέα μέταλλα όπως ο μόλυβδος αποτελεί διαγνωστική πρόκληση και είναι ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 040

ΠΑΡΕΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΦΩΝΗΤΙΚΗΣ ΧΟΡΔΗΣ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΞΩΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΩΝ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κυριάκος Κυριακίδης, Άκος Μαντσίτσκυ, Αναστασία Τσάμη, Σοφία Ελβανίδη, Βασίλειος Κορδίνας, Ευάγγελος Μιχελάκης, Ουρανία Αποστόλου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση

Γ.Ν.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μονόπλευρη πάρεση φωνητικής χορδής αποτελεί κλινική οντότητα με ευρύ φάσμα αιτιών, συμπεριλαμβανομένων των νεοπλασματικών, νευρολογικών, τραυματικών και ιατρογενών παραγόντων. Αντίθετα, η πρόκληση της από εκφυλιστικές αλλοιώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι εξαιρετικά σπάνια, με περιορισμένο αριθμό περιστατικών στη διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ασθενούς με πάρεση αριστερής φωνητικής χορδής σε έδαφος εκτεταμένων πρόσθιων αυχενικών οστεοφύτων και ο σχολιασμός των εμπλεκόμενων μηχανισμών.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 93 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με εικόνα πνευμονίας εξ εισροφήσεως και αφυδάτωσης. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφερόταν πάρεση αριστερής φωνητικής χορδής. Κατά τη νοσηλείατου έλαβε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή και ενυδάτωση, ενώ διενεργήθηκε ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση με λαρυγγοσκόπηση, η οποία επιβεβαίωσε την πάρεση χωρίς ενδείξεις ενδολαρυγγικής βλάβης. Ακολούθησε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και τραχήλου, ενώ αποκλείστηκε παθολογία του μεσοθωρακίου.

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία ανέδειξε εκτεταμένες εκφυλιστικές αλλοιώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης με σημαντικές πρόσθιες οστικές γεφυρώσεις και σχηματισμό μεγάλων οστεοφύτων, κυρίως στα επίπεδα Α5-Α6 και Α6-Α7. Τα οστεόφυτα προέβαλλαν προς τις δομές της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα προκαλώντας σημαντική τοπική παραμόρφωση. Δεν αναδείχθηκαν ενδοκρανιακές βλάβες, παθολογικά ευρήματα από το μεσοθωράκιο ή άλλες βλάβες κατά μήκος της πορείας του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου που να δικαιολογούν την πάρεση της φωνητικής χορδής. Η βλάβη αποδόθηκε σε χρόνιο μηχανικό ερεθισμό ή συμπίεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου από τα παρακείμενα οστεόφυτα.

Συμπεράσματα: Η πάρεση φωνητικής χορδής από αυχενικά οστεόφυτα αποτελεί εξαιρετικά ασυνήθη αιτία δυσφωνίας και δυσλειτουργίας του λάρυγγα. Ενοχοποιείται η χρόνια πίεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου κατά την τραχηλική του πορεία από εκσεσημασμένες εκφυλιστικές αλλοιώσεις τοπικά. Η ανάδειξή της είναι σημαντική, καθώς συσχετίζεται με δυσκαταποσία και εισροφήσεις σε υπερήλικες. Η σχολαστική προσέγγιση της πάρεσης φωνητικής χορδής είναι απαραίτητη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 041

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑΜΦΙΕΣΜΕΝΟ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΟΔΥΣΣΕΙΑ

Δημήτριος Κυριαζής, Μαρία Καραδήμα, Ειρήνη Αντωνιάδη, Διονυσία Κατσάβαρου, Βασιλική Καλλία, Ελισσάβετ Κοντού, Γεώργιος Μαρακομιχελάκης

ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο αντισυνθετάσης (ASS) αποτελεί σπάνια, συστηματική αυτοάνοση οντότητα του φάσματος των ιδιοπαθών φλεγμονωδών μυοπαθειών. Χαρακτηρίζεται από παρουσία αντισωμάτων εναντίον των t-RNA συνθετασών (συχνότερα anti-Jo-1). Η οξεία έναρξη, με ραγδαία επιδεινούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια, μπορεί να μιμηθεί λοιμώδη πνευμονία ή σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS). Σκοπός είναι η ανάδειξη της διαγνωστικής παγίδας, όταν συνυπάρχουν παραπλανητικοί παράγοντες.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται ασθενής, 61 ετών, με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και αρτηριακής υπέρτασης, η οποία προσήλθε λόγω επιγαστραλγίας και μέλαινων κενώσεων. Κατά την εισαγωγή, εμφάνιζε ταχυκαρδία, ήπια υποξυγοναιμία και τρίζοντες πνευμονικών βάσεων.

Αποτελέσματα: Ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε μακροκυτταρική αναιμία, λευκοκυττάρωση, σοβαρή θρομβοπενία (~2.000/μl), τροπονιναιμία, ήπια αυξημένη CPK, LDH και τρανσαμινάσες. Η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις, η γαστροσκόπηση ανάδειξε αλκοολική γαστρίτιδα και η οστεομυελική βιοψία υπερκυτταρικό μυελός (περιφερική κατανάλωση). Την 3η ημέρα η ασθενής εμφάνισε εμπύρετο. Παρά την κλιμάκωση της αντιβιοτικής αγωγής και τα αρνητικά μοριακά panels αναπνευστικών ιών, η αναπνευστική λειτουργία επιδεινώθηκε ραγδαία, χρήζοντας μη επεμβατικού αερισμού και τελικά διασωλήνωσης. Οι διαδοχικές αξονικές τομογραφίες θώρακος ανέδειξαν υποτμηματική πνευμονική εμβολή, εκτεταμένα διηθήματα θαμβής υάλου, αμφοτερόπλευρα πυκνωτικά διηθήματα και λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Λόγω της τροπονιναιμίας, έλαβε αγωγή ως απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (HFpEF), χωρίς βελτίωση. Ο έμμεσος ανοσοφθορισμός και τα θετικά anti-ENA οδήγησαν στην τελική διάγνωση. Ακολούθησε εξειδικευμένος έλεγχος, με ισχυρή θετικότητα για anti-Jo-1 και anti-Ro52, επιβεβαιώνοντας το ASS. Επιπλέον, ανιχνεύθηκε ήπια θετικό PCR-CMV στο αίμα. Παρά την έναρξη χορήγησης ώσεων κορτιζόνης και IVIG, η ασθενής κατέληξε στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό υπογραμμίζει μια κλασική διαγνωστική παγίδα, όπου η αυξημένη CPK και η τρανσαμινασαιμία αποδόθηκαν αρχικά σε αλκοολική μυοπάθεια/ηπατοπάθεια. Η αστοχία της ευρέως φάσματος αντιβιοτικής κάλυψης σε συνδυασμό με τα άτυπα πυκνωτικά διηθήματα, πρέπει να εγείρει την υποψία αυτοάνοσης διάμεσης πνευμονοπάθειας, όπου η συνύπαρξη anti-Jo-1 και anti-Ro52, σχετίζεται με βαρύτατη και ταχέως εξελισσόμενη νόσο.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 042

Q FEVER ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ελένη Καμπανιέρη, Γεωργία Ποθουλάκη

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

Σκοπός: Η λοίμωξη από το βακτήριο Coxiella burnetii (Q fever) αποτελεί σημαντικό αίτιο παρατεινόμενου εμπυρέτου με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και μη ειδικά εργαστηριακά ευρήματα, γεγονός που συχνά καθυστερεί τη διάγνωση. Σκοπός της παρούσας σειράς δύο περιστατικών είναι η ανάδειξη της διαγνωστικής πρόκλησης του Q fever σε ασθενείς με διαφορετικό υπόβαθρο και άτυπη κλινική εικόνα, καθώς και η σημασία της έγκαιρης ορολογικής διερεύνησης.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζονται δύο άνδρες ασθενείς, ηλικίας 34 και 63 ετών, οι οποίοι προσήλθαν με παρατεινόμενο εμπύρετο. Ο πρώτος είχε ιστορικό αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου και θρόμβωσης εγκάρσιων εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων και εμφάνιζε πυρετό έως 39°C από εβδομάδος, μη παραγωγικό βήχα και κεφαλαλγία. Ο δεύτερος, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, παρουσίαζε πυρετό πενθημέρου. Και στους δύο διενεργήθηκε εκτενής εργαστηριακός, ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος, καθώς και απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος. Στον πρώτο ασθενή πραγματοποιήθηκε επιπλέον αξονική εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση, ενώ στον δεύτερο υπερηχογράφημα καρδιάς και οφθαλμολογική εκτίμηση. Η διάγνωση τέθηκε με ορολογικό έλεγχο και επαναληπτική μέτρηση τίτλων αντισωμάτων.

Αποτελέσματα: Στον 34χρονο, τα εργαστηριακά ευρήματα περιελάμβαναν λευκοπενία, θρομβοπενία, αυξημένη CRP και τρανσαμινασαιμία. Η αξονική θώρακος ανέδειξε πύκνωση στον αριστερό κάτω λοβό με αεροβρογχόγραμμα, συμβατή με άτυπη πνευμονία, ενώ το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ήταν φυσιολογικό. Στον 63χρονο διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση, αυξημένη CRP και τρανσαμινασαιμία, χωρίς εστιακά ευρήματα από τον περαιτέρω έλεγχο. Και στους δύο ασθενείς ανιχνεύθηκαν θετικά αντισώματα έναντι Coxiella burnetii, με τετραπλάσια αύξηση τίτλου IgG στον επανέλεγχο του δεύτερου, επιβεβαιώνοντας οξεία λοίμωξη. Μετά την έναρξη στοχευμένης θεραπείας, αμφότεροι παρουσίασαν κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με πλήρη απυρεξία.

Συμπεράσματα: Η Q fever πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση παρατεινόμενου εμπυρέτου με άτυπη πνευμονία ή μη ειδικά συστηματικά ευρήματα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν διαταραχές λευκών αιμοσφαιρίων και τρανσαμινασαιμία. Η έγκαιρη διενέργεια ειδικού ορολογικού ελέγχου είναι καθοριστική για την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, ακόμη και σε ασθενείς με σύνθετο ή επιβαρυμένο υπόβαθρο.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 043

ΟΤΑΝ Η ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΡΥΒΕΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α: ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΣΤΡΑΚΟΕΙΔΩΝ

Ελένη Καμπανιέρη, Γεωργία Ποθουλάκη

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Η οξεία ηπατίτιδα Α αποτελεί συνήθως αυτοϊώμενη λοίμωξη, ωστόσο στους ενήλικες μπορεί να εκδηλωθεί με έντονη τρανσαμινασαιμία και ίκτερο, προσομοιάζοντας άλλες οξείες ηπατικές βλάβες. Η καθυστέρηση μεταξύ έκθεσης και εμφάνισης συμπτωμάτων, καθώς και η μη στοχευμένη λήψη επιδημιολογικού ιστορικού, αποτελούν συχνές διαγνωστικές παγίδες. Παρουσιάζονται τέσσερις περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας Α με κοινό ιστορικό κατανάλωσης οστρακοειδών.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική περιγραφή τεσσάρων ασθενών (3 άνδρες, 1 γυναίκα, ηλικίας 41–48 ετών), οι οποίοι νοσηλεύθηκαν τον Μάιο 2024 λόγω οξείας ηπατικής βλάβης. Όλοι ανέφεραν κατανάλωση οστρακοειδών περίπου δύο μήνες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων (Απρίλιος 2024). Η κλινική εικόνα περιλάμβανε εμπύρετο, αδυναμία, ναυτία και, σε δύο περιπτώσεις, ίκτερο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή τρανσαμινασαιμία (SGPT έως 6.900 U/L, SGOT έως 6.500 U/L), υπερχολερυθριναιμία και ήπια χολόσταση. Ο ορολογικός έλεγχος ήταν θετικός για IgM αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α σε όλους τους ασθενείς. Χορηγήθηκε υποστηρικτική αγωγή και πραγματοποιήθηκε κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Και οι τέσσερις ασθενείς παρουσίασαν σταδιακή ύφεση των κλινικών συμπτωμάτων και σημαντική πτώση των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης, χωρίς εμφάνιση οξείας ηπατικής ανεπάρκειας ή ανάγκη εξειδικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Η οξεία ηπατίτιδα Α πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενούς με έντονη τρανσαμινασαιμία, ακόμη και όταν η έκθεση σε ύποπτη τροφή έχει προηγηθεί αρκετές εβδομάδες. Η λεπτομερής λήψη διατροφικού και επιδημιολογικού ιστορικού, ιδίως σχετικά με κατανάλωση ωμών ή ανεπαρκώς μαγειρεμένων οστρακοειδών, αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση και αποφυγή άσκοπου διαγνωστικού ελέγχου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 044

ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ειρήνη Μάρκου[1], Ιωάννα Μουστάκα[2], Νικόλαος Πλατάκης[1], Χαράλαμπος Καζαμιάκης[1], Αρίστη Σαριδάκη[1], Όλγα Μπενοπούλου[1], Ελισσάβετ Κεμανετζόγλου[2], Αθηνά Ευθυμίου[2], Σταυρούλα Παναγιώτα Λόντου[1]

[1] Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
[2] Νευρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η εγκάρσια μυελίτιδα αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα με ευρύ διαγνωστικό φάσμα που περιλαμβάνει λοιμώδη, αυτοάνοσα και απομυελινωτικά νοσήματα. Η έγκαιρη αναγνώριση είναι καθοριστική για την πρόγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 24 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, η οποία προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου έως 38,7°C από εβδομάδος και επεισοδίου οξείας επίσχεσης ούρων προ διημέρου, για το οποίο είχε τεθεί ουροκαθετήρας στο τακτικό ουρολογικό ιατρείο. Η έναρξη της παρούσας νόσου τοποθετείται προ 10ημέρου, με επεισόδιο οξέος διαρροϊκού συνδρόμου μετά από βρώση ωμών θαλασσινών. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε λευκοκυττάρωση ή αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Παρά τη χορήγηση ευρέος φάσματος αντιμικροβιακής αγωγής, η ασθενής συνέχισε να εμφανίζει καθημερινά πυρετικά κύματα. Ο πλήρης ιολογικός, ορολογικός και ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός, καθώς δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός από τις καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων. Από τη νευρολογική εξέταση μοναδικό παθολογικό εύρημα αποτέλεσαν τα αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά κάτω άκρων. Η μαγνητική τομογραφία αυχενικής, θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ανέδειξε πολλαπλές ενδομυελικές εστίες παθολογικού σήματος που αφορούσαν αποκλειστικά τη φαία ουσία (σημείο Η), καθώς εντοπίστηκε βλάβη και στον μυελικό κώνο. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με απομόνωση 12 λεμφοκυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, χωρίς συνοδό αύξηση του λευκώματος. Ανευρέθηκαν επίσης ολιγοκλωνικές ζώνες τύπου 4 σε ορό και ΕΝΥ. Ο έλεγχος για τα αντισώματα anti-AQP4 και anti-MOG ήταν αρνητικός. Η ασθενής έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 1g iv για 5 ημέρες με επακόλουθο σχήμα σταδιακής μείωσης με αποτέλεσμα την επιτυχή αντιμετώπιση της επίσχεσης ούρων.

Συμπεράσματα: Η επίσχεση ούρων μπορεί να αποτελεί πρώιμη εκδήλωση φλεγμονώδους προσβολής του νωτιαίου μυελού ακόμη και επί απουσίας εστιακής νευρολογικής σημειολογίας. Η παρουσία του χαρακτηριστικού «σημείου Η» στη μαγνητική τομογραφία κατευθύνει τη διαγνωστική διερεύνηση προς ειδικές μορφές μυελίτιδας. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης και της έγκαιρης απεικονιστικής διερεύνησης σε ασθενείς με άτυπη κλινική εικόνα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 045

ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ: ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΑΛΛΑ ΕΠΙΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Χριστίνα Μάστορη Κουρμπάνη, Ευτυχία Χαρατσή, Μαγδαληνή Ρηγίνα Φραγκούλη, Σοφία Καλαντζή, Γεώργιος Μαραθωνίτης

Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ, Νοσοκομειακή μονάδα Αμαλία Φλέμιγκ, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νευροσύφιλη αποτελεί σπάνια εκδήλωση της λοίμωξης από *Treponema pallidum*, καθώς συναντάται σε 2-5% των ασθενών με σύφιλη χωρίς θεραπεία, αλλά η επίπτωση ανεβαίνει σημαντικά σε ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών και οροθετικούς ασθενείς. Διατηρεί ετερογενές φάσμα νευροψυχιατρικών και οφθαλμολογικών εκδηλώσεων. Οφθαλμική προσβολή εμφανίζεται ως πρώτη εκδήλωση στο 9-10% των περιστατικών. Παρουσιάζεται περιστατικό ατόμου υψηλού κινδύνου, το οποίο παραπέμφθηκε για διερεύνηση πιθανής νευροσύφιλης με οφθαλμικές εκδηλώσεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 54 ετών, χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών ενταγμένος σε πρόγραμμα απεξάρτησης, με ατομικό ιστορικό ηπατίτιδας C, θηλωμάτων ουροδόχου κύστης, καταθλιπτικής συνδρομής και σεξουαλικής δραστηριότητας με πολλαπλούς συντρόφους, εισήχθη για διερεύνηση. Η κλινική εξέταση ανέδειξε δερματολογικές βλάβες συμβατές με σύφιλη, ενώ λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης όρασης από μηνών, έγινε οφθαλμολογική εξέταση με ευρήματα χοριοαμφιβληστροειδοπάθειας, τυπικά συφιλιδικής προσβολής. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θετικές ορολογικές δοκιμασίες για σύφιλη (anti-TP θετικό). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση και λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ), το οποίο παρουσίαζε αύξηση ολικών λευκωμάτων, θετικό fluorescent treponemal antibody absorption (FTA) και αρνητική Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Κατά την νευρολογική εκτίμηση δεν διαπιστώθηκαν εστιακά ελλείμματα, ενώ η γνωσιακή εκτίμηση με Mini Mental State Examination (MMSE) ανήλθε σε 26/30. Επίσης, διενεργήθηκε καρδιολογικός έλεγχος και Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου προς διερεύνηση εγκεφαλικών βλαβών.

Αποτελέσματα: Ο συνδυασμός παραγόντων κινδύνου, δερματολογικών και οφθαλμολογικών ευρημάτων, θετικής τρεπονηματικής αντίδρασης αίματος και θετικού ανοσοφθορισμού στο ΕΝΥ οδήγησε στη διάγνωση νευροσύφιλης,καθώς η ανεύρεση αρνητικής VDRL στο ΕΝΥ δεν αποκλείει τη νόσο. Άμεσα, έγινε έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης με βενζυλοπενικιλλίνη, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για νευροσύφιλη.

Συμπεράσματα: Η νευροσύφιλη, αν και πλέον σπάνια στις αναπτυγμένες χώρες, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με οφθαλμολογικές ή νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις και πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. Η κλινική υποψία και η έγκαιρη εξέταση ορολογικών δεικτών και του ΕΝΥ συμβάλλουν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης, στην έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης και στην αποφυγή μόνιμων νευρολογικών βλαβών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 046

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (PET-CT)

Νικόλαος - Γαβριήλ Κολιός, Μάριος Κουρτίδης, Ιωάννα Θωμά, Φώτιος Μπάρκας, Νικόλαος - Αλέξανδρος Βέλιος, Θωμάς - Ραφαήλ Κολιός, Σεμπάστιαν Φίλιππας - Ντεκουάν, Βαλεντίνη Σαμανίδου, Διαμαντίνα Λυμπεράτου, Δημήτριος Μπίρος, Ελένη - Δήμητρα Οικονομίδη, Ελευθερία Μαστορίδου, Νικόλαος Κρίκης, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Μαρία Χρηστάκη

Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η φλεγμονή αγνώστου αιτιολογίας χαρακτηρίζεται από εμμένουσες αυξημένες τιμές C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ή/και ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών (ΤΚΕ) σε επαναλαμβανόμενους εργαστηριακούς ελέγχους σε μεσοδιάστημα τουλάχιστον 3 εβδομάδων εν τη απουσία πυρετού χωρίς διάγνωση μετά από διενέργεια βασικών εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων. Σκοπός μας είναι η περιγραφή ασθενούς με αδυναμία και εργαστηριακή εικόνα συμβατή με φλεγμονή αγνώστου αιτιολογίας ως ασυνήθη εκδήλωση μιας κοινής νοσολογικής οντότητας.

Παρουσίαση περιστατικού: Η ασθενής προσήλθε λόγω καταβολής, νυκτερινών εφιδρώσεων και απώλειας σωματικού βάρους από τριμήνου της εισαγωγής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία, αυξημένες τιμές ΤΚΕ, CRP και θετικός τίτλος αντιπυρηνικών αντισωμάτων. Η κλινική εξέταση ανέδειξε αποκλειστικά την παρουσία φυσήματος συμβατού με στένωση αορτικής βαλβίδας. Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε την ενδοκαρδίτιδα, συμπαγείς και αιματολογικές νεοπλασίες, ειδικές λοιμώξεις και ανοσολογικά νοσήματα, ιδίως αγγειίτιδες. Διενεργήθησαν πλήρης απεικονιστικός και μικροβιολογικός έλεγχος, διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, υπερηχογράφημα κροταφικών αρτηριών χωρίς παθολογικά ευρήματα και υπερηχογράφημα μασχαλιαίων αρτηριών με ανάδειξη αμφοτερόπλευρης διάτασης αυτών. Ακολούθησε διενέργεια PET-CT με ανάδειξη αορτίτιδας, οπότε η νοσολογία της ασθενούς ταξινομήθηκε βάσει των διαθέσιμων κριτηρίων ως γιγαντοκυτταρική αρτηριίτδα. Η βιοψία κροταφικής αρτηρίας επιβεβαίωσε την διάγνωση και η ασθενής ετέθη σε υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών και tocilizumab λόγω της αορτικής προσβολής.

Αποτελέσματα: Αορτίτιδα επί γιγαντοκυτταρικής αρτηριίτιδας

Συζήτηση: Η απουσία πυρετού δεν πρέπει να αποθαρρύνει την διερεύνηση σε ασθενείς με παθολογικές τιμές ΤΚΕ, CRP και γενικευμένη συμπτωματολογία. Η γιγαντοκυτταρική αρτηριίτιδα συνιστά γνωστό αίτιο φλεγμονής αγνώστου αιτιολογίας με πολλαπλά προσωπεία και άτυπες εκδηλώσεις. Η φυσιολογική εξέταση, απεικόνιση ή/και βιοψία της κροταφικής αρτηρίας δεν αποκλείει την ταξινόμηση της γιγαντοκυτταρικής αρτηριίτιδας. Η αορτίτιδα αποτελεί έκφανση της συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας, η διάγνωση της οποίας μπορεί να τεθεί μέσω PET-CT και απαιτεί επιθετική θεραπεία προς πρόληψη ποικίλων επιπλοκών. Συνεπώς, το PET-CT συνιστά αδιαφιλονίκητα πολύτιμο εργαλείο με σαφή ένδειξη στη διαφορική διάγνωση πυρετού ή φλεγμονής αγνώστου αιτιολογίας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 047

Ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ηλίας Γεωργόπουλος, Κωνσταντίνος Κατσαρός, Αντώνιος Χατζόπουλος, Παναγιώτης Χέρας
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Είναι γνωστό εκ της βιβλιογραφίας ότι περίπου 1/3 ενηλίκους ηλικίας μεταξύ 35-64 ετών δυσκολεύεται να κατανοήσει βασικές πληροφορίες για την υγεία του, όπως οι οδηγίες λήψης φαρμάκων, τα ιατρικά έντυπα ή οι συστάσεις των ιατρών μετά την διάγνωση. Οι δεξιότητες αυτές, γνωστές ως υγειονομικός γραμματισμός (ΥΓ), θεωρούνται απαραίτητες για την αποτεσματική διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), που συχνά κάνουν την εμφάνισή τους στην μέση ηλικία. Σκοπός της μελέτης μας είναι η εκτίμηση του ΥΓ στην διαχείριση του ΣΔ.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε 1180 ενηλίκους 35-64 ετών που ελάμβαναν φροντίδα στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας του Ν. Αργολίδας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να ολοκληρώσουν συνεντεύξεις και προοπτικές δοκιμασίες, όπως η κατανόηση οδηγιών σε ετικέτες φαρμάκων, ανάκληση ιατρικών συστάσεων ύστερα από υποθετική διάγνωσηΣΔ και η αξιολόγηση γραπτού ενημερωτικού υλικού.

Αποτελέσματα: Το 29,5% των συμμετεχόντων παρουσίαζε περιορισμένες δεξιότητες υγειονομικού γραμματισμού. Τα χαμηλότερα επίπεδα ΥΓ συνδέονται με χαμηλότερο εισόδημα ($p<0,001$) και λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης ($p<0,001$) και ανεργία ($p<0,001$). Τα άτομα που δυσκολεύονταν περισσότερο να κατανοήσουν ιατρικές οδηγίες είχαν επίσης περισσότερες χρόνιες παθήσεις, ελάμβαναν μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων και σημείωναν χαμηλότερες επιδόσεις σε γνωστικά τεστ. Οι ασθενείς δεν διαφέρουν μόνο ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, αλλά και ως προς την ικανότητα τους να διαχειρίζονται την φροντίδα της υγείας τους.

Συμπεράσματα: Μεγάλο μέρος του ενημερωτικού υλικού που διατίθενται σήμερα στους ασθενείς είναι γραμμένο σε επίπεδο δυσκολίας που αντιστοιχεί σε Λύκειο ή σε απόφοιτους Πανεπιστημίου. Προτείνεται χρήση απλούστερης γλώσσας και πιο κατανοητών οδηγιών, ώστε οι πληροφορίες να είναι προσβάσιμες σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Δηλαδή, η έγκαιρη ενίσχυση του ΥΓ θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη πρόληψη, στην σωστότερη διαχείριση του ΣΔ και σε μείωση των νοσηλειών στο μέλλον.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 048

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΕΤΙΑ 2024-2025

Ηλίας Γεωργόπουλος, Αντώνιος Χατζόπουλος, Κωνσταντίνος Κατσαρός, Παναγιώτης Χέρας
Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας της βρουκέλλωσης σε πληθυσμό νομού της ηπειρωτικής Ελλάδας.

Υλικό και Μέθοδοι: Εξετάστηκαν συνολικά 2516 δείγματα ορών ασθενών υπόπτων για βρουκέλλωση. Η επιβεβαίωση έγινε εργαστηριακά με την χρήση της μεθόδου Rose-Bengal και ακτινολογικά με την χρήση υπερήχων.

Αποτελέσματα: Από τα 2516 δείγματα ορών ασθενών που επανεξετάστηκαν, οξεία νόσος διαπιστώθηκε σε 181 δείγματα (ποσοστό 7,19%), επί του συνόλου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε σπληνομεγαλία και οριακή ηπατομεγαλία και στους 181 ασθενείς με επιβεβαιωμένη νόσο. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έλεγχος αποτελεί ένα σημαντικό βοήθημα στην διαφοροδιάγνωση της νόσου. Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ελαφρά πτωτική πορεία στον επιπολασμό της βρουκέλωσσης συγκριτικά με προηγούμενα έτη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 049

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ – ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Νικόλαος - Γαβριήλ Κολιός, Ιωάννα Θωμά, Μάριος Κουρτίδης, Ειρήνη Χριστάκη, Φώτιος Μπάρκας, Θωμάς - Ραφαήλ Κολιός, Σεμπάστιαν Φίλιππας - Ντεκουάν, Βαλεντίνη Σαμανίδου, Διαμαντίνα Λυμπεράτου, Δημήτριος Μπίρος, Ελένη - Δήμητρα Οικονομίδη, Ελευθερία Μαστορίδου, Νικόλαος Κρίκης, Μαρία Χρηστάκη, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Θωμάς Νιτσοτόλης

Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από Capnocytophaga συνιστά σπάνια νοσολογική οντότητα, ιδίως σε ανοσοεπαρκή άτομα προκύπτοντας συνήθως μετά από δήγματα ζώων ή ανθρώπων. Κλασικούς παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ασπληνία και η κίρρωση. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση ασθενή, χρήστη ενδοφλέβιων ουσιών, με κεραυνοβόλο εγκατάσταση σήψης με πολυοργανική ανεπάρκεια στα πλαίσια λοίμωξης από Capnocytophaga Canimorsus αποτελώντας διαφοροδιαγνωστική πρόκληση.

Παρουσίαση περιστατικού: Ο ασθενής εισήχθη λόγω εμπυρέτου, διαρροϊκών κενώσεων και καυσαλγιών κάτω άκρων. Αξιοσημείωτα στοιχεία από το ιστορικό αποτελούσαν η κατάχρηση ουσιών (κοκαΐνη, ηρωίνη, κάνναβη) και αναφερόμενο δήγμα οικόσιτου κυνός προ εβδομάδος της έναρξης της συμπτωματολογίας. Η κλινική εξέταση ανέδειξε πετεχειώδες εξάνθημα βλεννογόνων και δέρματος κεφαλής, κορμού και κάτω άκρων, νέκρωση δακτύλων κάτω άκρων, δικτυωτή πελίδνωση, ηπατομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε εικόνα πολυοργανικής ανεπάρκειας με οξεία νεφρική βλάβη, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, ισχαιμική ηπατίτιδα, ραβδομυόλυση, γαλακτική οξέωση και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η διαφορική διάγνωση περιορίστηκε στις ακόλουθες νοσολογικές οντότητες :

- Σήψη
- Θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια
- Ενδοκαρδίτιδα
- Ειδικές Λοιμώξεις (Λεπτοσπίρωση)
- Δηλητηρίαση από Λεβιμαζόλη – Θρομβοκυτταροπενία επαγόμενη από Κοκαΐνη
- Αγγειίτιδες – Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο - Κρυοσφαιριναιμία

Ο παρακλινικός έλεγχος συμπεριέλαβε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα χωρίς εικόνα εκβλαστήσεων αλλά με διάχυτες υποκινησίες, αξονική τομογραφία με εικόνα εμφράκτων σπληνός με απότοκο λειτουργική ασπληνία και πυκνοατελεκτατικού διηθήματος αριστερού πνεύμονα. Εστάλη πλήρης μικροβιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος απέβη αρνητικός, ενώ ο τοξικολογικός έλεγχος ήταν θετικός για μεταβολίτες κοκαΐνης και μεθαμφεταμίνες. Λόγω δήγματος κυνός και υψηλής σχετικής κλινικής υποψίας εστάλη έλεγχος 16s RNA Sequencing στις ληφθείσες καλλιέργειες αίματος, ο οποίος ανέδειξε παρουσία γενετικού υλικού συμβατού με Capnocytophaga Canimorsus.

Αποτελέσματα: Σήψη λόγω λοίμωξης από Capnocytophaga Canimorsus.

Συζήτηση: Η λοίμωξη από Capnocytophaga Canimorsus συνιστά διαγνωστική πρόκληση τόσο ως προς τη μικροβιολογική ταυτοποίηση (αργή ανάπτυξη, καπνοφιλική φύση, περιορισμοί αυτοματοποιημένων συστημάτων) όσο και τον κλινικό φαινότυπο που αυτή επιφέρει. Η κλινική υποψία ακόμη και εν τη απουσία κλασικών παραγόντων κινδύνου απαιτεί επαγρύπνηση και αξιοποίηση μοριακών μεθόδων ταυτοποίησης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 050

ΑΣΘΕΝΗΣ, ΘΗΛΥ, 35 ΕΤΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΒΑΤΗ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΤΥΠΗΣ ΣΗΜΕΙΑΚΗΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ UBA1 (ΣΥΝΔΡΟΜΟ VEXAS)

Άννα Μαρία Αγαθοκλέους[1], Χρήστος Κουτσιανάς[2], Μαύρα Παπαδάτου-Γιγάντε[2], Βιολέτα-Νίκη Δημοπούλου[2], Σταυρούλα Γιαννούλη[2], Σταμάτιος Χατζής[2]

[1] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[2] *Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή / Σκοπός: Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 35 ετών με ατομικό ιστορικό μερικής παγκρεατεκτομής για εξαίρεση κυστικής νεοπλασίας παγκρέατος, προσήλθε το Δεκέμβριο του 2025 στην Β' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» για περαιτέρω διερεύνηση κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων από την Ρευματολογική και Αιματολογική ομάδα. Ως φαρμακευτική αγωγή λάμβανε υδροκορτιζόνη, ασπιρίνη, βισοπρολόλη, εμπαγλιφλοζίνη.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ασθενής, εντός της χρονικής περιόδου 2014-2026, παρουσίασε συστηματικές κλινικές εκδηλώσεις: Από το 2014 εμφανίζει ηωσινοφιλία (>1,500/μl) με υψηλές τιμές IgE ορού, παράλληλη διάγνωση αλλεργικού άσθματος, δερματικές (ψηλαφητή πορφύρα, κνιδωτικό εξάνθημα) και ΩΡΛ (ρινικοί πολύποδες) εκδηλώσεις, πιθανή μονονευρίτιδα ΑΡ άνω άκρου και μερική υποφυσιακή ανεπάρκεια. Από το 2022 και εξής, παρουσιάζει πνευμονικές αλλοιώσεις τύπου θολής υάλου και μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια. Παράλληλα διαπιστώνονται απεικονιστικά υπενδοκαρδιακή ίνωση και τμηματική μυοκαρδιακή υποκινησία. Συνολική εικόνα συμβατή με ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα. Λοιπά ευρήματα στο χρονικό διάστημα αυτό περιλαμβάνουν την ύπαρξη υπεργαμμασφαιριναιμίας με παρουσία IgGκ μονοκλωνικής γαμμαπάθειας.

Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο διερεύνησης πιθανής κλωνικής ηωσινοφιλίας, μικροσκοπήθηκε επίχρισμα του περιφερικού αίματος με ανίχνευση κυτταροπλασματικών κενοτόπιων εντός κυττάρων της μυελικής σειράς. Σε συνέχεια της διερεύνησης, δείγμα τόσο του περιφερικού αίματος όσο και του αναρροφήματος μυελού των οστών, στάλθηκε για αλληλούχιση επόμενης γενιάς (NGS) προς αναζήτηση στοχευμένων γονιδιακών αλλοιώσεων σχετιζόμενων με μυελικές νεοπλασίες, όπου και ανιχνεύθηκε άτυπη (non-canonical) σημειακή μετάλλαξη του γονιδίου UBA1(gene variant UBA1 S46N). Η γονιδιακή και κλινική εικόνα επικυρώνουν τη διάγνωση του συνδρόμου VEXAS, το οποίο αποτελεί επίκτητη μορφή φλεγμονώδους κλωνικής αιμοποίησης. Λόγω της σπανιότητάς του σε θήλυ άτομα (καθώς το γονίδιο εδράζεται στο Χ χρωμόσωμα), στάλθηκε κυτταρογενετική ανάλυση με ανάδειξη φυσιολογικού καρυότυπου 46, XX.

Συμπεράσματα: Η παρούσα αποτελεί σπάνια περίπτωση λόγω της εμφάνισης μιας άτυπης μετάλλαξης του VEXAS συνδρόμου σε ιδιαίτερα νεαρή και θήλυ ασθενή με κλινική εικόνα ηωσινοφιλικής κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα. Το σύνδρομο οφείλει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση ασθενών που εκδηλώνουν αυτοάνοσα/αυτοφλεγμονώδη στοιχεία, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 051

ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΙΠΠΟΥΡΙΔΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Αντωνία Δημοπούλου[1], Χριστίνα Πολυμεροπούλου[1], Μαρία Δαφνή[1], Πολυξένη Στασινάκη[2], Αθηνά Λιονή[1], Βασιλική Τζαβάρα[1]

[1] *Α' Παθολογική Κλινική, Κοργιαλένειο Μπενάκειο ΕΕΣ*
[2] *Νευρολογική Κλινικη, Κοργιαλένειο Μπενάκειο ΕΕΣ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Σύνδρομο ιππουρίδας με επίσχεση ούρων, δυσκοιλιότητα και αδυναμία κάτω άκρων σε νεαρή γυναίκα με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό

Υλικό και Μέθοδοι: Νεαρή υγιής γυναίκα προσήλθε λόγω δυσκολίας ούρησης δυσκοιλιότητας και αδυναμίας κάτω άκρων από 7ημέρου σταδιακά επιδεινούμενα. Είχε εκτιμηθεί από ιδιώτη νευρολόγο και είχε υποβληθή σε μαγνητική τομογραφία(MRI) εγκεφάλου-ΑΜΣΣ(χωρίς παθολογικά ευρήματα). Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε επίσχεση ούρων καθώς και ερπητικό εξάνθημα σε αποδρομή στην γλουτιαία χώρα αριστερά. Εστάλησαν αντισώματα IgG και IgM για HSV 1/2 που ήταν θετικά σε φάση ορομετατροπής. Παράλληλα διενεργήθη οσφυονωτιαία παρακέντηση(ΟΝΠ) που ανέδειξε 59 λευκοκύτταρα με λεμφοκυτταρικό τύπο, καλές τιμές γλυκόζης και λευκώματος, PCR αρνητικό ενώ εστάλη και δείγμα ΕΝΥ για την παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών(εικόνα συμβατή με συστηματική φλεγμονή). Έγινε MRI οσφυοιερής χώρας (χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα).Με τα αποτελέσματα αυτά η εικόνα της ασθενούς απόδόθηκε σε μυελίτιδα σε έδαφος ερπητικής λοίμωξης (σύνδρομο Elsberg) και ετέθη σε αγωγή με ασικλοβίρη. Την 8η ημέρα θεραπείας διενεργήθηκε επαναληπτική ΟΝΠ που ήταν βελτιωμένη οπότε στη αγωγή της προστέθηκε 5μερο σχήμα μεθυλπρεδνιζολόνης(1mg/kg ΣΒ).Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και έγινε επιτυχής αφαίρεση του ουροκαθετήρα.

Αποτελέσματα: Η προσθήκη κορτικοειδών, μετά συμπλήρωση της αντιικής αγωγής, για την καταστολή της έντονης φλεγμονώδους αντίδρασηςπου έχει φανεί να σχετίζεται με το σύνδρομο Elsberg, οδήγησε στην πλήρη ίαση της ασθενούς.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Elsberg αποτελεί σπάνια και πιθανώς υποδιαγνωσμένη αιτία συνδρόμου ιππουρίδας, συνήθως σχετιζόμενη με λοίμωξη από ερπητοϊούς. Τα ακτινολογικά ευρήματα δεν είναι απολύτως ειδικά και πολύ συχνά δεν υπάρχουν. Η έγκαιρη κλινική αναγνώριση και η πρώιμη έναρξη εμπειρικής αντιιικής αγωγής ενδέχεται να συμβάλουν στην ευνοϊκή έκβαση των ασθενών. Δεν είναι ακόμα σαφές στη βιβλιογραφία η θέση της κορτιζόνης στην θεραπεία του συνδρόμου αλλά φαίνεται ότι ασθενείς που έλαβαν κορτικοειδή είχαν καλύτερη ανταπόκριση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 052

ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕ ΜΥΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΜΟΖΥΓΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ FDX2

Στυλιανή Χιώτη, Παρασκευή Κατσέλη, Μαρία Σταυροπούλου, Χρήστος Πάλλας, Αναστασία Αντωνίου, Ιωάννης Τσετζάν, Άρτεμις-Σταυρούλα Αραβαντινού, Χρήστος Παπαχρονόπουλος, Ιωάννης Ντεβές, Νατάσσα Κωστή, Παρασκευή Πλαντζά, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μετάλλαξη του γονιδίου FDX2 αποτελεί σπάνια κληρονομική διαταραχή που σχετίζεται με μιτοχονδριακές νευρομυϊκές διαταραχές, δυσλειτουργία του σκελετικού μυός και επεισόδια ραβδομυόλυσης, συνήθως μετά από λοιμώξεις ή έντονη σωματική καταπόνηση ή κακή διατροφική διαχείρηση. Η εμφάνιση βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας ως επιπλοκή της ραβδομυόλυσης που απαιτεί μηχανικό αερισμό αποτελεί ακόμα πιο σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 29 ετών, με γνωστή μετάλλαξη FDX2 (ομόζυγος) προσεκομίσθη λόγω έντονης καταβολής και μυαλγιών μετά από ήπια σωματική άσκηση σε συνδυασμό με ανεπαρκή διατροφική πρόσληψη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή ραβδομυόλυση με τιμές CK >100.000 U/L. Παρά τη βαρύτητα της μυϊκής βλάβης, η νεφρική λειτουργία παρέμεινε διατηρημένη. Κατά τη νοσηλεία του στη Παθολογική Κλινική εμφάνισε εμπύρετο χωρίς σαφή εστία και προοδευτική επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης με ανάπτυξη οξείας υπερκαπνικής αναπνευστικής ανεπάρκειας. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου υποβλήθηκε σε μηχανικό αερισμό και συνεχή αιμοδιήθηση στο πλαίσιο υποστηρικτικής αντιμετώπισης της σοβαρής μεταβολικής απορρύθμισης.

Αποτελέσματα: Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη δυνητικά καταστροφική κλινική έκφραση της μυοπάθειας σχετιζόμενης με τη μετάλλαξη του FDX2. Η σοβαρή υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια αντανακλά συμμετοχή των αναπνευστικών μυών στο πλαίσιο εκτεταμένης μυϊκής νέκρωσης.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης γενετικής διαταραχής, η εντατική υποστηρικτική θεραπεία και η στενή συνεργασία παθολόγων και εντατικολόγων μπορούν να οδηγήσουν σε ευνοϊκή έκβαση ακόμη και σε περιστατικά με ιδιαίτερα δυσμενή αρχική πρόγνωση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 053

ΑΤΥΠΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Ιωάννα Λάττα, Μαρία Κοτσαποϊκίδου, Γεώργιος Κελασίδης, Αλέξανδρος Κάκαρης, Αντώνιος Λαζαρίδης, Μαρία Γαβρά

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός:

Το άτυπο αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο (aHUS) αποτελεί μία σπάνια και δυνητικά απειλητική για τη ζωή μορφή θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας, η οποία οφείλεται σε ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση του συμπληρώματος. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τυπικά μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία και οξεία νεφρική βλάβη. Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με υπερεπείγουσα υπερτασική κατάσταση και σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη, όπου ετέθη η διάγνωση aHUS μετά από βιοψία νεφρού.

Υλικό και Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής 31 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης από 2ετίας χωρίς αγωγή προσήλθε λόγω έντονης κεφαλαλγίας απο διημέρου χωρίς άλλη συμπτωματολογία. Κατά την κλινική εξέταση καταγράφηκε αρτηριακή πίεση 293/180 mmHg και χορηγήθηκε Αμλοδιπίνη και Κλονιδίνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία νεφρική βλάβη (Cr=2,75 mg/dL), υποκαλιαιμία (K=3,27 mmol/l) και λευκωματουρία νεφρωσικού επιπέδου (4g/24ώρο). Ο καρδιολογικός έλεγχος κατέδειξε συγκεντρική υπερτροφία της αριστερής κοιλίας με συστολική δυσλειτουργία κι η βυθοσκόπηση ήπια ελίκωση των αγγείων αμφοτερόπλευρα.

Αποτελέσματα: Μετά από εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο δεν προέκυψαν ευρήματα υπέρ δευτεροπαθούς υπέρτασης. Λόγω της εμμένουσας νεφρικής βλάβης και της σημαντικής λευκωματουρίας διενεργήθηκε βιοψία νεφρού, η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια (12 σπειράματα, 3 πλήρως ουλοποιημένα, θρόμβωση δύο αρτηριολίων, σωληναριακή ατροφία στο 25-30% του φλοιού).Αξιοσημείωτα, δεν διαπιστώθηκε αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία. Η δραστηριότητα ADAMTS13 ήταν φυσιολογική ενώ διαπιστώθηκαν οριακά αυξημένα επίπεδα του συμπλέγματος συμπληρώματος (C5b-9: 218 ng/mL). Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα ετέθη η διάγνωση πιθανού aHUS και έγινε έναρξη αγωγής με αναστολέα C5 συμπληρώματος (Ravulizumab) παράλληλα με αντιυπερτασική αγωγή, με σημαντική βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας (Cr= 1,60mg/dL) και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει μία σπάνια μορφή aHUS με κυρίαρχη νεφρική προσβολή χωρίς τα κλασικά αιματολογικά χαρακτηριστικά της θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Το aHUS θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με υπερεπείγουσα υπέρταση και ανεξήγητη οξεία νεφρική βλάβη. Επίσης,είναι σημαντικό να διαφοροδιαγιγνώσκεται από τα άλλα αίτια θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας καθώς η θεραπεία στοχεύει περισσότερο σε ειδικούς αναστολείς του συμπληρώματος.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 054

ΨΕΥΔΟΫΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΑΦΟΡΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΑΝΟΣΟΒΛΑΣΤΙΚΟΥ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νικόλαος-Αλέξανδρος Βέλιος, Άντρια Μαυρή, Γεώργιος Λιάμης, Χρήστος Ρίζος
Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή / Σκοπός: Το αγγειοανοσοβλαστικό Τ-κυτταρικό λέμφωμα (Angioimmunoblastic T-cell Lymphoma, AITL) αποτελεί ένα σπάνιο και επιθετικό περιφερικό Τ-κυτταρικό λέμφωμα, που χαρακτηρίζεται από ποικίλες κλινικές και ανοσολογικές εκδηλώσεις, οι οποίες συχνά προσομοιάζουν αυτοάνοσα ή λοιμώδη νοσήματα. Η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη και καθυστερεί λόγω της ετερογένειας των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, όπως υπεργαμμασφαιριναιμία, αυτοάνοσα φαινόμενα και ψευδώς θετικές ορολογικές εξετάσεις. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με αρχική εκδήλωση ψευδοϋπονατριαιμίας και συστηματικών εκδηλώσεων, η οποία τελικά διαγνώσθηκε με AITL.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 72 ετών που διερευνήθηκε λόγω υπονατριαιμίας με τη διενέργεια εκτεταμένου εργαστηριακού, ανοσολογικού και απεικονιστικού ελέγχου.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 72 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, θυρεοειδεκτομής και χρόνιου βήχα προσήλθε λόγω υπονατριαιμίας (Na: 130 mEq/L). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν δικτυωτή πελίδνωση και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα. Η φυσιολογική ωσμωτικότητα ορού σε συνδυασμό με σημαντική υπερπρωτεϊναιμία οδήγησαν στη διάγνωση ψευδοϋπονατριαιμίας. Καθώς η ασθενής εμφάνισε και αιμόπτυση διενεργήθηκε CTPA η οποία απέκλεισε την πνευμονική εμβολή, αλλά ανέδειξε τραχηλική και μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη LDH, αναιμία με θετική άμεση Coombs χωρίς αιμόλυση, 10% άτυπα λεμφοκύτταρα και φαινόμενο Rouleaux. Διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα C3 και C4, υπεργαμμασφαιριναιμία και παρουσία μονοκλωνικής IgG-λ. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκαν λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα και αιματολογικές κακοήθειες.

Ο λοιμωξιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, με παρουσία ψευδώς θετικών ορολογικών αντιδράσεων λόγω παρεμβολής από την υπεργαμμασφαιριναιμία. Το PET-CT ανέδειξε σπληνομεγαλία, γενικευμένη υπερμεταβολική λεμφαδενοπάθεια και υποδόρια οζίδια ύποπτα για κακοήθη διήθηση. Η βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα έθεσε τη διάγνωση αγγειοανοσοβλαστικού Τ-κυτταρικού λεμφώματος.

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της ωσμωτικότητας του ορού αποτελεί το πρώτο και πλέον κρίσιμο βήμα στη διερεύνηση της υπονατριαιμίας, καθώς καθορίζει εάν πρόκειται για αληθή ή ψευδή υπονατριαιμία και κατευθύνει την περαιτέρω διαγνωστική προσέγγιση. Η συνύπαρξη συστηματικών συμπτωμάτων, ανοσολογικών διαταραχών και γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας θα πρέπει να εγείρει την υποψία υποκείμενου αιματολογικού νεοπλάσματος και να οδηγεί σε έγκαιρη ιστολογική διερεύνηση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 055

ΚΛΙΝΙΚΕΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19

Θεοχάρης Αναστασίου[1], Θέκλα Λύτρα[2], Ηλίας Σανίδας[1], Γεώργιος Μιμίκος[3], Έλενα Γκόγκα[4], Σπυρέτα Γολέματη[5], Κωνσταντίνος Τούτουζας[6], Μαρίνα Μαντζουράνη[4]

[1] *Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Αθήνα*
[2] *Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα*
[3] *Τμήμα Γενετικής και Βιοτεχνολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[4] *Α Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Αθήνα*
[5] *Τμήμα Μηχανικών Βιοιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[6] *Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα βραχυπρόθεσμα δεδομένα μετά τον εμβολιασμό έναντι COVID-19 παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση μεταβολών της αρτηριακής πίεσης, εργαστηριακών παραμέτρων και θρομβοφιλικών γενετικών παραλλαγών μετά τον εμβολιασμό.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν οι μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, αξιολογούμενες σε όλους τους συμμετέχοντες, 50 με και 50 χωρίς ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, με κατ' οίκον μετρήσεις και 24ωρη καταγραφή Holter πιέσεως μεταξύ της 5ης και 20ής ημέρας μετά τον εμβολιασμό, καθώς και οι προ- και μετεμβολιαστικές μεταβολές αιματολογικών και μεταβολικών παραμέτρων σε 64 συμμετέχοντες. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ανίχνευση θρομβοφιλικών γενετικών παραλλαγών και η σύγκριση φορέων και μη, βάσει γενετικού ελέγχου που διενεργήθηκε σε 32 ασθενείς για Factor V Leiden G1691A και Prothrombin G20210A.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς, ηλικίας 56.8 ± 12.8 ετών, με παρακολούθηση 73.3 ημερών. Οι υπερτασικοί εμφάνισαν υψηλότερη κατ' οίκον συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση έναντι μη υπερτασικών (174.7 ± 39.8 έναντι 157.6 ± 44.1 mmHg, p = 0.001 και 97.3 ± 5.8 έναντι 95.8 ± 7.3 mmHg, p = 0.05, αντίστοιχα). Στην 24ωρη καταγραφή, η συστολική αρτηριακή πίεση παρέμεινε υψηλότερη στους υπερτασικούς (176.7 ± 42.4 έναντι 155.6 ± 35.9 mmHg, p = 0.001), ενώ 5/50 (10%) χρειάστηκαν τροποποίηση αντιυπερτασικής αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αιματολογικές ή μεταβολικές διαταραχές μετά τον εμβολιασμό, εκτός του νατρίου (140.12 ± 1.49 έναντι 141.29 ± 2.11 mmol/L, p = 0.004).

Στον γενετικό έλεγχο, 23 (71.8%) έφεραν μετάλλαξη Factor V Leiden [40.6% ετερόζυγοι, 31.2% ομόζυγοι] και 5 (15.6%) ήταν ετερόζυγοι για Prothrombin G20210A. Συνολικά, 26 (81.2%) έφεραν τουλάχιστον μία μετάλλαξη, συμπεριλαμβανομένων 2 διπλών φορέων, χωρίς σημαντικές κλινικές ή εργαστηριακές διαφορές έναντι των μη φορέων. Σε ομόζυγο για Factor V Leiden, καταγράφηκε πνευμονική εμβολή ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου, 7 ημέρες από BNT162b2.

Συμπεράσματα: Ο εμβολιασμός συσχετίστηκε με παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κυρίως σε υπερτασικούς, χωρίς κλινικά σημαντικές αιματολογικές ή μεταβολικές διαταραχές.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 056

ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΘΙΚΙΛΛΙΝΗ ΧΡΥΣΙΖΩΝ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ (MRSA), ΧΩΡΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Μελπομένη Τζώρτζη[1], Μαρία Μανιατάκου[1], Αλίκη Γούλα[1], Ειρήνη Διαμαντάκη[1], Αντώνης Κριλής[1], Μιλτιάδης Γραβάνης[2], Ελένη Αγγελονίδου[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»*
[2] *Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γιώργος Γεννηματάς»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ταυτόχρονη σηπτική θρομβοφλεβίτιδα της πυλαίας, ηπατικής και κάτω κοίλης φλέβας με επέκταση ως τον δεξιό κόλπο αποτελεί εξαιρετικά σπάνια και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της μικροβιαιμίας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός πολυσύνθετου περιστατικού και η ανάδειξη της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 71 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με συνοδό περιφερική νευροπάθεια, κατάθλιψη, χολοκυστεκτομή και ψωρίαση υπό μπιμεκιζουμάμπη προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εμπύρετο έως 38°C, σύγχυση και διέγερση από τριημέρου. Από την αντικειμενική εξέταση φέρει εκτεταμένες δερματικές βλάβες στο εσωτερικό των μηρών. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση αρνητική για λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Λήψη αιμοκαλλιεργειών που απομόνωσαν staphylococcus aureus ανθεκτικό στη μεθικιλλίνη. Αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό που ανέδειξε θρόμβωση πυλαίας και ηπατικής φλέβας με επέκταση ως τη συμβολή της κάτω κοίλης φλέβας. Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που ανέδειξε επέκταση του θρόμβου ως τον δεξιό κόλπο χωρίς ανάπτυξη εκβλαστήσεων στις καρδιακές βαλβίδες. Παρά την χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής, την διακοπή του βιολογικού παράγοντα και την έναρξη αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής σε θεραπευτική δόση, καταγράφηκαν συνολικά 8 θετικές αιμοκαλλιέργειες, ενώ επανέλεγχος με αξονική τομογραφία ανέδειξε σταθερή εικόνα των θρόμβων.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθη σε ενδαγγειακή θρομβεκτομή του θρόμβου της κάτω κοίλης φλέβας και συνέχισε την αγωγή με βανκομυκίνη βάσει αντιβιογράμματος σε συνδυασμό με αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική θεραπεία. Ακολούθησε αποστείρωση των αιμοκαλλιεργειών, κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει την σπανιότητα της πολυεστιακής σηπτικής θρομβοφλεβίτιδας της πυλαίας, ηπατικής και κάτω κοίλης φλέβας που οφείλεται σε μικροβιαιμία σε ανοσοκατασταλμένο ασθενή χωρίς εντοπισμένη ενδοκοιλιακή φλεγμονή. Λόγω της μεγάλης βαρύτητας η έγκαιρη διάγνωση, η ολοκληρωμένη απεικονιστική διερεύνηση και η συνδυασμένη φαρμακευτική και επεμβατική παρέμβαση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ευνοϊκή έκβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 057

ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ WERNICKE ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΘΥΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Νικόλαος-Αλέξανδρος Βέλιος, Αναστασία Λάππα, Γεώργιος Λιάμης, Χρήστος Ρίζος
Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke αποτελεί μία υποδιαγνωσμένη νευρολογική επείγουσα κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από υψηλή νοσηρότητα όταν δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς στην οποία η διάγνωση τέθηκε κλινικά μετά από οξεία νευρολογική επιδείνωση στο πλαίσιο περιεγχειρητικού υποσιτισμού.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση κλινικής περίπτωσης ασθενούς που νοσηλεύτηκε στη Β΄ Παθολογική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων. Αξιολογήθηκαν το κλινικό ιστορικό, η νευρολογική εξέταση, οι εργαστηριακές εξετάσεις, η απεικονιστική διερεύνηση (CT εγκεφάλου, CTPA, ακτινογραφία θώρακος) και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ).

Αποτελέσματα: Γυναίκα, ηλικίας 71 ετών, με ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού είχε υποβληθεί είκοσι ημέρες πριν από την εισαγωγή σε χειρουργική αποκατάσταση συντριπτικού κατάγματος του δεξιού γόνατος. Κατά το μετεγχειρητικό διάστημα παρουσίασε προοδευτική έκπτωση της γενικής της κατάστασης, άρνηση λήψης τροφής και υγρών και ληθαργικότητα, με αποτέλεσμα τη διακομιδή της από το κέντρο αποκατάστασης στα ΤΕΠ.

Κατά την εισαγωγή, η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία νεφρική βλάβη, υπερκαλιαιμία και ήπια μυελοκαταστολή. Η νευρολογική εξέταση κατέδειξε νυσταγμό σε όλες τις βλεμματικές θέσεις, μυοκλονίες των άνω άκρων και ελαττωμένα τενόντια αντανακλαστικά. Η CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε ειδικά ευρήματα, ενώ το ΗΕΓ ήταν συμβατό με διάχυτη εγκεφαλοπάθεια.

Με βάση το ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού, τον υποσιτισμό και την κλινική εικόνα, η ασθενής πληρούσε τα κλινικά κριτήρια για εγκεφαλοπάθεια Wernicke. Χορηγήθηκαν άμεσα υψηλές δόσεις παρεντερικής θειαμίνης, με σταδιακή κλινική βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει ότι η εγκεφαλοπάθεια Wernicke μπορεί να εμφανιστεί σε περιεγχειρητικό πλαίσιο υποσιτισμού, ακόμη και απουσία ενεργού κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εισαγωγή. Η έγκαιρη εμπειρική χορήγηση θειαμίνης παραμένει η ασφαλέστερη θεραπευτική επιλογή. Επιπλέον, υπογραμμίζεται η σημασία της λεπτομερούς λήψης ιστορικού αναφορικά με την κατάχρηση αλκοόλ σε ασθενείς με κλινική εικόνα συμβατή με εγκεφαλοπάθεια Wernicke, ώστε να διασφαλίζεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 058

ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 83 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑΣ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Άννα Γαρμπή[1], Ιωάννα Ψαρογιαννακοπούλου[1], Παντελής Καρατζάς[2], Απόστολος Νταϊλιάνας[2], Ιωάννης Μπέλλος[3], Νικόλαος Σουρλάς[4], Αλέξανδρος Ιαγμούρ[5], Δημήτριος Παπαϊωάννου[6], Ηρακλής Αβραμόπουλος[1]

[1] Η' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[2] Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[3] Γ' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[4] Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[5] Δ' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[6] Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Crohn εμφανίζει διφασική ηλικιακή κατανομή, με την πρωτοδιάγνωση μετά την ηλικία των 80 ετών να αποτελεί ασυνήθη κλινική οντότητα. Η εντόπιση στον τελικό ειλεό, σε συνδυασμό με αρνητική κολονοσκόπηση, δυσχεραίνει τη διάγνωση και διευρύνει τη διαφορική διάγνωση.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 83 ετών, με ιστορικό εκκολπωμάτωσης σιγμοειδούς, προσήλθε με μεταγευματικό κοιλιακό άλγος και εμέτους τέσσερις ώρες μετά τη λήψη τροφής, επί διμήνου. Παρόμοιο επεισόδιο με πανομοιότυπη απεικονιστική εικόνα είχε εμφανιστεί προ τριετίας και είχε αρχικά θεωρηθεί ατελής ειλεός με αυτόματη ύφεση. Η αξονική αγγειογραφία απέκλεισε μεσεντέριο ισχαιμία και ανέδειξε έντονη οιδηματώδη πάχυνση του τελικού ειλεού. Η μαγνητική εντερογραφία επιβεβαίωσε πάχυνση του τοιχώματος εγγύς της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, με υπεραιμία μεσεντερίου και αντιδραστικούς λεμφαδένες. Οι δείκτες φλεγμονής δεν ήταν σημαντικά αυξημένοι και οι καλλιέργειες κοπράνων ήταν αρνητικές. Η εμπειρική χορήγηση σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαζόλης συνοδεύτηκε από παροδική κλινική και απεικονιστική ύφεση. Διενεργήθηκαν δύο κολονοσκοπήσεις, με δύσκολο καθετηριασμό της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, αλλά μακροσκοπικά φυσιολογικό τον προσπελάσιμο τελικό ειλεό. Οι βιοψίες ήταν μη διαγνωστικές. Λόγω υποτροπιάζοντων επεισοδίων τελικής ειλεϊτιδας, ο ασθενής υποβλήθηκε σε εντερεκτομή.

Αποτελέσματα: Αφαιρέθηκε τμήμα λεπτού εντέρου μήκους 54 cm, με πολυάριθμα επιμήκη έλκη, εικόνα δίκην λιθοστρώτου και πολλαπλές στενώσεις. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε χρόνια ενεργό ελκωτική διατοιχωματική φλεγμονή με τμηματική και εστιακή κατανομή, ψευδοπυλωρική μεταπλασία και υπερπλασία νευρικών κυττάρων του υποβλεννογόνιου, ευρήματα συμβατά με νόσο Crohn. Δεν αναγνωρίστηκαν επιθηλιοειδή κοκκιώματα ή κακοήθεια. Με βάση την ηλικία, την πλήρη εκτομή του πάσχοντος τμήματος και την κλινική σταθερότητα, αποφασίστηκε στενή παρακολούθηση χωρίς άμεση ανοσοκατασταλτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η νόσος Crohn πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση υποτροπιαζόντων επεισοδίων ειλεϊτιδας ακόμη και σε υπερήλικες. Η αρνητική ενδοσκόπηση δεν αποκλείει τη διάγνωση όταν η νόσος εντοπίζεται κεντρικότερα της προσπελάσιμης από κολονοσκόπηση περιοχής. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση χωρίς άμεση ανοσοκατασταλτική αγωγή μπορεί να αποτελέσει εξατομικευμένη επιλογή σε ηλικιωμένους ασθενείς χαμηλού κινδύνου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 059

ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΟΣΦΥΟΪΕΡΗ ΡΙΖΙΤΙΔΑ ΑΠΟ VZV ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Άννα Γαρμπή[1], Ιωάννα Ψαρογιαννακοπούλου[1], Ηλίας Παπαδόπουλος[2], Αγγελική Κοτσαλίδου[3], Ηλίας Καραΐσκος[4], Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου[5], Γεώργιος Κήτας[3], Ηρακλής Αβραμόπουλος[1]

[1] Η' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[2] Τμήμα Σπονδυλικής Στήλης, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[3] Ρευματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[4] Α' Παθολογική - Λοιμωξιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα
[5] Νευρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος από τον ιό της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα (*Varicella-Zoster Virus*,VZV) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή εκδήλωση επανενεργοποίησης του ιού. Μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε ανοσοεπαρκή άτομα, συχνά με άτυπη κλινική εικόνα και απουσία του χαρακτηριστικού φυσαλιδώδους εξανθήματος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού VZV λοίμωξης του ΚΝΣ σε ανοσοεπαρκή ασθενή, με κυρίαρχη εκδήλωση οσφυοϊερή ριζίτιδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 69 ετών, με ιστορικό χειρουργηθέντος καρκίνου προστάτη χωρίς ενδείξεις ενεργού νόσου, προσήλθε λόγω αμφικροταφικής κεφαλαλγίας, δεκατικής πυρετικής κίνησης, οξείας οσφυαλγίας και έντονου άλγους στις οπίσθιες επιφάνειες των κάτω άκρων. Κατά την κλινική εξέταση ήταν προσανατολισμένος, περιπατητικός, με GCS 15/15, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία ή δερματικό εξάνθημα. Οι δείκτες φλεγμονής δεν ήταν αυξημένοι. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα, ενώ η μαγνητική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας ανέδειξε κήλη Ο5-Ι1, χωρίς πιεστικά φαινόμενα. Ο έλεγχος για βρουκέλλωση,*Coxiella burnetii*,λεπτοσπείρωση και μπορρελίωση ήταν αρνητικός. Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθηκαν η κροταφική αρτηρίτιδα και η ρευματική πολυμυαλγία.

Αποτελέσματα: Η οσφυονωτιαία παρακέντηση ανέδειξε λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση και αυξημένη πρωτεΐνη στο ΕΝΥ, με αρνητική κυτταρολογική εξέταση. Η PCR του ΕΝΥ ήταν θετική για VZV. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια ακυκλοβίρη για 21 ημέρες, πενθήμερη αγωγή με πρεδνιζολόνη και πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού άλγους. Λόγω επιμονής της κεφαλαλγίας, διενεργήθηκαν μαγνητική τομογραφία και μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου για αποκλεισμό παρεγχυματικής προσβολής ή VZV-σχετιζόμενης αγγειοπάθειας, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινική βελτίωση, με ύφεση της κεφαλαλγίας και σημαντική υποχώρηση του ριζιτικού άλγους.

Συμπεράσματα: Η VZV λοίμωξη του ΚΝΣ πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ανοσοεπαρκών ασθενών με ανεξήγητη ριζιτική συνδρομή, ακόμη και απουσία εξανθήματος ή παθολογικών νευροαπεικονιστικών ευρημάτων. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει ότι η νευρολογική προσβολή από VZV μπορεί να εκδηλωθεί ως οσφυοϊερή ριζίτιδα, στο πλαίσιο *zoster sine herpete*.Η έγκαιρη οσφυονωτιαία παρακέντηση και ο μοριακός έλεγχος του ΕΝΥ είναι καθοριστικά για τη διάγνωση και την άμεση έναρξη κατάλληλης αντιικής θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 060

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΟ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑΣ-ΖΩΣΤΗΡΑ ΜΕ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.

Μελίνα Χαριτίδου, Νικόλαος Πέτρου, Χριστίνα Μπαρούτα, Ανδρέας Τυχάλας, Αντώνιος Λαζαρίδης, Μαρία Γαβρά

ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εγκεφαλίτιδα από τον ιό της ανεμοβλογιάς-έρπη ζωστήρα (VZV) αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η κλινική της εικόνα είναι συχνά άτυπη, γεγονός που μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση και την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας. Παρουσιάζεται περιστατικό VZV εγκεφαλίτιδας με αρχική εκδήλωση υπερτασική κρίση και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 55 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό Λοσαρτάνη-Υδροχλωροθειαζίδη και συνδρόμου υπνικής άπνοιας προσήλθε λόγω υπερεπείγουσας υπέρτασης (ΣΑΠ έως 200 mmHg) με συνοδή έντονη κεφαλαλγίακαι υπνηλία. Κατά την εισαγωγή ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος (WBC=11200K/μl, CRP=0,6mg/dl, ΤΚΕ=35mm, Creat=1mg/dl, K=3.85mmol/l) ήταν χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα, συμπεριλαμβονομένης της υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας. Υπεβλήθη, επιπλέον, σε βυθοσκόπηση, η οποία ανέδειξε σαφή όρια οπτικών θηλών αμφοτερόπλευρα. Λόγω εμμένουσας υπνηλίας, σύγχυσης και εμφάνισης παραφασιών τη 2η ημέρα νοσηλείας, αποφασίστηκε η διενέργεια οσφυονωτιαίας παρακέντησης.

Αποτελέσματα: Η μοριακή ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ανέδειξε λοίμωξη από VZV, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση εγκεφαλίτιδας. Από τη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Ξεκίνησε άμεσα ενδοφλέβια χορήγηση ακυκλοβίρης για 14 ημέρες, με σταδιακή υποχώρηση των νευρολογικών συμπτωμάτων και πλήρη βελτίωση της κλινικής εικόνας. Παράλληλα επιτεύχθηκε ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με τροποποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής και ο ασθενής εξήλθε σε άριστη γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η VZV εγκεφαλίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με μη ειδικά συμπτώματα και φυσιολογικό αρχικό απεικονιστικό έλεγχο. Η εμμένουσα διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, παρά τη διόρθωση τυχόν εκλυτικών παραγόντων, θα πρέπει να εγείρει υποψία λοίμωξης του κεντρικού νευρικού συστήματος και να οδηγεί σε έγκαιρη οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη αντιικής αγωγής είναι καθοριστικές για την ευνοϊκή έκβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 061

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΞΕΙΔΩΣΗΣ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μιχάλης Χατζηματθαίου[1], Αντρέας Ιωάννου[1], Μάριος Χατζηματθαίου[2]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος*
[2] *Queen Mary University of London, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η παλμιτυλοτρανσφεράση της καρνιτίνης ΙΙ (CPT ΙΙ) είναι κρίσιμο ένζυμο των μυϊκών κυττάρων για την μιτοχονδριακή οξείδωση λιπαρών οξέων. Με επιπολασμό 1-9 ανά 100.000 πληθυσμού, η ανεπάρκεια του CPT ΙΙ είναι μία από τις συχνότερες κληρονομικές μεταβολικές διαταραχές που οδηγεί σε υποτροπιάζοντα επεισόδια ραβδομυόλυσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 65 ετών, με ιστορικό τριών επεισοδίων ραβδομυόλυσης (ένα σε εφηβική και δύο σε ενήλικη ζωή), εισήχθη στην Παθολογική Κλινική για διερεύνηση καταβολής, κακουχίας, γενικευμένων μυαλγιών, εμπυρέτου, οξέος διαρροϊκού συνδρόμου και σοβαρής ραβδομυόλυσης με συνοδό οξεία νεφρική βλάβη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια κρυσταλλοειδή υγρά, αλκαλοποίηση ούρων και κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση. Παρά την υποστηρικτική αγωγή εμφάνισε προοδευτική επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, βαριά μεταβολική οξέωση, σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπασβεστιαιμική τετανία) και υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια (σε έδαφος γρίπης Α και υπερφόρτωσης υγρών). Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όπου τέθηκε σε μηχανικό αερισμό, αντιϊκή και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και υποβλήθηκε σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης με προοδευτική βελτίωση και απογαλακτισμό από τον μηχανικό αερισμό. Λόγω του ατομικού αναμνηστικού, υποτροπιαζόντων επεισοδίων ραβδομυόλυσης και αναφερόμενου οικογενειακού ιστορικού (τρίτου βαθμού έφηβος συγγενής με νοσηλεία για ραβδομυόλυση), διενεργήθηκαν ηλεκτρομυογράφημα, μέτρηση επιπέδων ακυλοκαρνιτινών ορού, βιοψία μυός και αλληλούχιση εξώματος (WES). Η WES ανέδειξε ομοζυγωτία στην μετάλλαξη p.Ser113Leu (c.338C>T) στο γονίδιο *CPT2*, επιβεβαιώνοντας την διάγνωση μυοπαθητικού τύπου ανεπάρκειας της CPT ΙΙ. Ο ασθενής τέθηκε σε διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, και δόθηκαν οδηγίες αποφυγής παρατεταμένης νηστείας ή έντονης σωματικής καταπόνησης και στενής κλινικοεργαστηριακής παρακολούθησης σε περιπτώσεις συνυπάρχουσας λοίμωξης. Επιπρόσθετα παραπέμφθηκαν οι πρώτου βαθμού συγγενείς του για γενετικό έλεγχο, ενώ ζητήθηκε με ονομαστικό αίτημα το σκεύασμα Triheptanoin.

Συμπεράσματα: Απαιτείται υψηλή κλινική υποψία για γενετικό έλεγχο ασθενών με υποτροπιάζουσα μυοσφαιρινουρία/ραβδομυόλυση, προς αποκλεισμό διαταραχών οξείδωσης λιπαρών οξέων. Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει τη λήψη προληπτικών μέτρων, καθώς και στοχευμένη αγωγή για μείωση υποτροπών και νοσηλειών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 062

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΝΑΓΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Παναγιώτης Ζησιμόπουλος[1], Ισμήνη Τσακίρη[1], Ιωάννης Μιχελάκης[2], Μαρία Δαφνή[1], Αθηνά Λιονή[1], Βασιλική Τζαβάρα[1]

[1] *Α Παθολογική Κλινική, Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ*
[2] *Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η γρίπη παραμένει σημαντική αιτία νοσηλείας, ιδίως σε ασθενείς ηλικιωμένους και αυτούς με συννοσηρότητες. Η εμβολιαστική κάλυψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης, ωστόσο η συμμόρφωση αποδεικνύεται ελλιπής στην πράξη

Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα 63 ασθενών που εκτιμήθηκαν στο ΤΕΠ Παθολογικού λόγω εμπύρετου και βρέθηκαν θετικοί στη γρίπη σε διάστημα ενός μηνός(01/2026-02/2026). Καταγράφηκαν η ηλικία, η εμβολιαστική κατάσταση, η σύσταση για εμβολιασμό, ο αριθμός των συννοσηροτήτων και η ανάγκη νοσηλείας. Για την ανάδειξη ανεξάρτητων παραγόντων κινδύνου για νοσηλεία εφαρμόστηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 62,3 ± 23,8 έτη. Νοσηλεύτηκε το 41% των ασθενών του δείγματος (n=26), με μέση ηλικία νοσηλευθέντων 79,9 έτη. Κανένας ασθενής κάτω των 40 ετών δε χρειάστηκε νοσηλεία, ενώ στην ομάδα άνω των 65 ετών το ποσοστό νοσηλείας έφτασε το 76%. Η εμβολιαστική κάλυψη ήταν μόλις 12,7% (8/63), παρά το γεγονός ότι εμβολιασμός είχε συσταθεί σε 21 ασθενείς, εκ των οποίων μόνο οι 7(33%) συμμορφώθηκαν. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η ηλικία αναδείχθηκε ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου νοσηλείας (OR=1.19 ανά έτος, 95% CI: 1.04–1.37, p=0.014), ενώ ο εμβολιασμός συνδέθηκε με σημαντική μείωση του κινδύνου (OR=0.04, 95% CI: 0.00–0.84, p=0.038). Ο αριθμός συννοσηροτήτων δεν ανεδείχθη ανεξάρτητος προβλεπτής μετά τον έλεγχο για ηλικία (OR=1.19, p=0.738), υποδηλώνοντας ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και πολυνοσηρότητας.

Συμπεράσματα: Η ηλικία και η απουσία εμβολιασμού αναδεικνύονται ως οι κύριοι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου νοσηλείας λόγω γρίπης. Κρίσιμο εύρημα αποτελεί η χαμηλή συμμόρφωση με τις συστάσεις εμβολιασμού (33%), γεγονός που αναδεικνύει ότι το πρόβλημα δεν εντοπίζεται μόνο στην έλλειψη σύστασης, αλλά και στη στάση των ασθενών. Απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις ενίσχυσης της εμπιστοσύνης στον εμβολιασμό, ιδίως στις ευπαθείς ηλικιακές ομάδες.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 063

ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ, LIVEDO RACEMOSA, ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΜΥΑΛΓΙΕΣ

Νικόλαος Καμαράτος-Σεβδαλής[1], Δήμητρα Φεσά[1], Βασίλειος Γούλας[1], Ελένη-Μαργαρίτα Τζουγανάτου[1], Γεώργιος Λοΐζος[1], Θεοφανία Πετρά[2], Κασσιανή Μανωλουδάκη[3], Γαρυφαλλιά Λιναρδάκη[1]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική, Τζάνειο ΓΝΠ*
[2] *Αιματολογικό Τμήμα, Τζάνειο ΓΝΠ*
[3] *Παθολογοανατομικό Τμήμα, Τζάνειο ΓΝΠ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα (PAN) αποτελεί συστηματική νεκρωτική αγγειίτιδα μεσαίου μεγέθους αγγείων με ετερογενή κλινική εικόνα. Παρουσιάζεται περιστατικό PAN που εκδηλώθηκε ως παρατεινόμενο εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας (FUO).

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 65 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου από δύο εβδομάδων με συνοδά συμπτώματα κακουχία και δυσχέρεια στη βάδιση. Λόγω ανεύρεσης αυξημένων δεικτών φλεγμονής καθώς και διάταση αριστερού πυελοκαλυκικού συστήματος με σύστοιχη νεφρολιθίαση εισήχθη αρχικά στην ουρολογική κλινική. Τοποθετήθηκε pigtail και χορηγήθηκαν αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, παρόλο που οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Λόγω μη βελτίωσης της κλινικής εικόνας διακομίστηκε στην Παθολογική κλινική ως εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας. Από την κλινική εξέταση δεν υπήρχαν ευρήματα πλην αδυναμίας κάτω άκρων και πιθανής πάρεσης περονιαίου. Εκ του εκτεταμένου λοιπού ελέγχου με αξονικές, U/S καρδιάς, PET-CT, οστεομυελική βιοψία καθώς και από τον ανοσολογικό και ιολογικό έλεγχο δεν προέκυψαν ευρήματα που να δικαιολογούν την κλινικοεργαστηριακή εικόνα.

Αποτελέσματα: Λίγες μέρες μετά τη διακομιδή η ασθενής παραπονέθηκε για γενικευμένες μυαλγίες έχοντας υιοθετήσει όψη πάσχοντος, ενώ διαπιστώθηκε δικτυωτή πελίωση κατανομής άνω άκρων και διαστολική υπέρταση με παράλληλη έξαρση των δεικτών φλεγμονής καθώς και της τροπονίνης και της κρεατινικής κινάσης. Σε αυτό το σημείο ελήφθη βιοψία δέρματος-μυός. Λόγω ταχείας κλινικής επιδείνωσης και ισχυρής υποψίας συστηματικής αγγειίτιδας χορηγήθηκαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, με άμεση ύφεση του πυρετού και συστηματικών εκδηλώσεων. Η ασθενής εξήλθε σταθερή. Σε δεύτερο χρόνο, το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης δέρματος και μυός επιβεβαίωσε νεκρωτική αγγειίτιδα συμβατή με PAN.

Συμπεράσματα: Η PAN πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση FUO με εικόνα συστηματικής φλεγμονής εφόσον έχουν αποκλειστεί λοιμώδη αίτια. Ο συνδυασμός δικτυωτής πελίωσης, διαστολικής υπέρτασης και νευρολογικής συμμετοχής ενισχύει τη διαγνωστική υποψία. Η έγκαιρη ανοσοκαταστολή πριν από την ιστολογική επιβεβαίωση μπορεί να είναι καθοριστική για την έκβαση ενός τέτοιου περιστατικού.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 064

CODE BLUE: ΜΕΘΥΛΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ "ΕΝ ΠΛΩ"

Χρήστος Δήμας[1], Μάριος Χαδιαράκος[1], Ιωάννα Τραπεζιώτη[1], Ρεβέκκα Νέστορος[1], Πάμελα Τσέλας[1], Βαλεντίνα Κλωνάρη[2], Χαράλαμπος Λυδάκης[1], Ευάγγελος Βολακάκης[2], Εμμανουήλ Τζαγκαράκης[1], Νεκταρία Βασιλάκη[1]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης
[2] Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η μεθαιμοσφαιριναιμία αποτελεί απειλητική για τη ζωή διαταραχή που προκαλείται από την οξείδωση της αιμοσφαιρίνης σε μεθαιμοσφαιρίνη, προκαλώντας μειωμένη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς. Η ανιλίνη είναι αρωματική αμίνη με ευρεία βιομηχανική χρήση και γνωστή τοξική δράση μέσω πρόκλησης σοβαρής μεθαιμοσφαιριναιμίας και ιστικής υποξίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικών οξείας δηλητηρίασης από ανιλίνη με σοβαρή μεθαιμοσφαιριναιμία, δίνοντας έμφαση στις διαγνωστικές προκλήσεις, στις επιπλοκές και την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Υλικό και Μέθοδοι: Δύο νεαροί άνδρες μετανάστες, χωρίς γνωστό ιατρικό ιστορικό, διακομίστηκαν στα επείγοντα μετά από επταήμερη παραμονή εν πλώ, λόγω εμπύρετου και έκπτωσης γενικής κατάστασης. Οι ασθενείς ήταν αιμοδυναμικά σταθεροί με GCS:13/15, παρουσίαζαν κυανωτικά άκρα, ψυχρό δέρμα με καλή τιμή οξυγομετρίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένη τιμή CPK, ήπια υπερχολερυθριναιμία υπέρ έμμεσης χολερυθρίνης και τροπονιναιμία. Παρά τη χορήγηση οξυγόνου υψηλής ροής, κρυσταλλοειδών υγρών και ισοθερμικών κουβερτών παρέμεναν συγχυτικοί και αποπροσανατολισμένοι. Από τα αέρια αίματός τους αναδείχθηκαν επίπεδα μεθαιμοσφαιρίνης έως 64%. Η όσφρηση χαρακτηριστικής οσμής βενζολίου και η προοδευτική επιδείνωση της κλινικής εικόνας οδήγησαν σε υποψία τοξικής έκθεσης σε οργανική χημική ένωση οπότε μεταφέρθηκαν στην ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Μετά τον αποκλεισμό ανεπάρκειας G6PD, χορηγήθηκε κυανό του μεθυλενίου βάσει ενδεδειγμένων οδηγιών. Ο τοξικολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε έκθεση σε ανιλίνη. Κατά τη νοσηλεία, ο ένας ασθενής εμφάνισε σοβαρή αιμόλυση ως επί όψιμη επιπλοκή της μεθαιμοσφαιριναιμίας, απαιτώντας επαναλαμβανόμενες μετάγγισεις συμπυκνωμένων ερυθρών. Ο δεύτερος ασθενής παρουσίασε παρατεταμένη φλεβοκομβική ταχυκαρδία με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που αποδώθηκαν στην προηγηθείσα υποξεία. Μετά τη χορήγηση του αντίδοτου παρατηρήθηκε σταδιακή κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με αποκλιμάκωση της οξυγονοθεραπείας και μεταφορά των ασθενών στην παθολογική κλινική.

Συμπεράσματα: Η δηλητηρίαση από ανιλίνη θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανεξήγητη κυάνωση και υποξαιμία δυσανάλογη των ευρημάτων της αέριας ανάλυσης. Η έγκαιρη αναγνώριση της μεθαιμοσφαιριναιμίας, η επιβεβαίωση της αιτίας και η άμεση χορήγηση κυανού του μεθυλενίου είναι καθοριστικής σημασίας για την ευνοϊκή έκβαση και την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 065

ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ

Προκόπιος Καρύδης, Δημήτριος Ευθυμίου, Ιωάννα Μαρλαφέκα, Ελένη Μπακαλάρου, Θεόδωρος Τζικόπουλος, Στεφανία Γιαννάκη, Ειρήνη Αδαμοπούλου, Άγγελος Αλεξόπουλος, Μαρία Λαγκαδινού, Μάρκος Μαραγκός

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αμιωδαρόνη αποτελεί ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιαρρυθμικό φάρμακο για την αντιμετώπιση αρρυθμιών, ιδίως της κολπικής μαρμαρυγής. Παρά την αποτελεσματικότητά της, η μακροχρόνια χορήγησή της έχει συσχετισθεί με τοξικότητα σε πολλαπλά όργανα, συμπεριλαμβανομένων των πνευμόνων, του ήπατος, του θυρεοειδούς αδένα και των οφθαλμών. Η ταυτόχρονη προσβολή πολλαπλών συστημάτων αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 73 ετών με ιστορικό γαστροπάθειας, θυρεοειδοπάθειας, αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μηχανική πρόθεση και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (2018), αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, εμφυτεύσιμου καρδιομετατροπέα-απινιδωτή (ICD) με προηγούμενη λοίμωξη συσκευής και αντικατάσταση αυτής (2019), καθώς και περιφερικής αρτηριοπάθειας με τοποθέτηση stent στη δεξιά ιγνυακή αρτηρία (2023), προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης καταβολή και οιδημάτων κάτω άκρων. Ο ασθενής ελάμβανε αμιωδαρόνη από ετών.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP 21 mg/dL, ΤΚΕ 75 mm/h), αυξημένη τροπονίνη, TSH 8 mIU/L και υπεργαμμασφαιριναιμία. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε αμφοτερόπλευρες θολερότητες τύπου ground-glass, συμβατές με πνευμονίτιδα από αμιωδαρόνη, ενώ η αξονική κοιλίας έδειξε εικόνα κίρρωσης ήπατος. Η θυρεοειδική δυσλειτουργία αποδόθηκε επίσης στην αμιωδαρόνη.

Λόγω ισχυρής υποψίας πολυσυστηματικής τοξικότητας από αμιωδαρόνη, διενεργήθηκε οφθαλμολογικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε αμφοτερόπλευρη vortex keratopathy. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Ο ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Παρά την εμφάνιση εμπυρέτου, καλλιέργειες αίματος και ούρων δεν ανέδειξαν παθογόνο. Χορηγήθηκαν διαδοχικά αντιμικροβιακά σχήματα, κορτιζονοθεραπεία με Μεθυλπρεδνιζολόνη κατόπιν πνευμονολογικής εκτίμησης και εντατική διουρητική αγωγή σύμφωνα με τις καρδιολογικές οδηγίες, χωρίς κλινική βελτίωση. Λόγω εμμένουσας καρδιοαναπνευστικής επιβάρυνσης και πνευμονικής συμφόρησης, ο ασθενής διακομίστηκε στην Καρδιολογική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η πολυσυστηματική τοξικότητα από αμιωδαρόνη αποτελεί σπάνια αλλά κλινικά σημαντική οντότητα, με ετερογένεια στην κλινική έκφραση. Η ταυτόχρονη προσβολή πνευμόνων, ήπατος, θυρεοειδούς και οφθαλμών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή νοσηρότητα και δυσμενή έκβαση. Η έγκαιρη αναγνώριση της τοξικότητας με άμεση διακοπή του φαρμάκου είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 066

ΟΤΑΝ ΕΝΑ «ΦΥΤΙΚΟ» ΠΡΟΪΟΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΣΟ ΑΘΩΟ ΦΑΙΝΕΤΑΙ: ΑΝΟΣΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Μαρία Σούρα[1], Νικόλαος Βλαχόγιαννης[1], Ευανθία Διακουμοπούλου[1], Νικόλαος Τεντολούρης[1], Θεόδωρος Ανδρουτσάκος[2]

[1] Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2] Κλινική Παθολογικής Φυσιολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ανοσοεπαγόμενη αυτοάνοση ηπατίτιδα (*drug-induced autoimmune hepatitis, DI - AIH*) αποτελεί σπάνια μορφή φαρμακοεπαγόμενης ηπατικής βλάβης, η οποία μιμείται κλινικά, βιοχημικά και ιστολογικά την ιδιοπαθή αυτοάνοση ηπατίτιδα. Η διάκριση μεταξύ αυτοάνοσης ηπατίτιδας και φαρμακοεπαγόμενης ηπατικής βλάβης (DILI) είναι συχνά δύσκολη, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πρόσφατη λήψη φυτικών συμπληρωμάτων. Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό οξείας ηπατίτιδας σχετιζόμενης με λήψη συμπληρώματος διατροφής που περιείχε maca.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 42 ετών με ιστορικό καλώς ρυθμισμένων σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και θυρεοειδίτιδας Hashimoto προσήλθε λόγω σοβαρής διαταραχής ηπατικής βιοχημείας μετά από επεισόδια εμέτων και επιγαστραλγίας. Ο ασθενής ανέφερε πρόσφατη λήψη ενεργειακού συμπληρώματος διατροφής Maca (Lepidium meyenii), ενός δημοφιλούς φυτικού συμπληρώματος που χρησιμοποιείται για ενίσχυση της ενέργειας, της γονιμότητας και της σωματικής απόδοσης. Δεν ανέφερε πρόσφατη ιογενή λοίμωξη ή λήψη άλλων νέων φαρμάκων ή σκευασμάτων.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη (AST/ALT >1500 IU/L, R ratio 40,7), υπερχολερυθριναιμία και αυξημένη φερριτίνη. Ο έλεγχος για λοιμώδεις παράγοντες και ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός ενώ τα επίπεδα IgG παρέμειναν εντός φυσιολογικών ορίων. Λόγω υψηλής πιθανότητας αυτοανόσου ηπατίτιδας (φαρμακοεπαγώμενης ή όχι) και σημαντικής ηπατικής βλάβης έγινε έναρξη κορτικοστεροειδών και διακοπή του συμπληρώματος, με αρχική ανταπόκριση, αλλά υποτροπή κατά τη σταδιακή μείωση της κορτικοθεραπείας. Διενεργήθη βιοψία ήπατος που ανέδειξε χρόνια ηπατίτιδα μέτριας βαρύτητας με έντονη περιπυλαία νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα, εστιακές και συρρέουσες νεκρώσεις, αρχόμενη γεφυροποιό ίνωση (Ishak 3/6) και χολαγγειολική αντίδραση, ευρήματα συμβατά με αυτοάνοσης αιτιολογίας βλάβη. Έγινε εκ νέου αύξηση κορτικοστεροειδών με βελτίωση του εργαστηριακού ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η DI-AIH αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική αιτία οξείας ηπατίτιδας. Τα συμπληρώματα διατροφής και τα φυτικά σκευάσματα αναγνωρίζονται ολοένα συχνότερα ως δυνητικά ηπατοτοξικοί παράγοντες. Η προσεκτική λήψη φαρμακευτικού ιστορικού, η έγκαιρη αναγνώριση του υπεύθυνου παράγοντα και η αξιολόγηση της ανταπόκρισης στην ανοσοκατασταλτική αγωγή είναι καθοριστικές για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 067

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΤΗ ΛΑΡΙΣΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2024 ΚΑΙ 2025

Σοφία Παπαπαθανασίου, Κασσιανή Παπαθεοδοσίου, Φώτιος Αθανασιάδης, Σοφία Διονυσία Μαλαπάνη, Αναστασία Λάντου, Αλίκη Βασιλείου, Ευμορφία Μαρία Παπαβασιλείου, Βασίλης Κοψαχείλης, Δημήτριος Πλαγεράς

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η εγκεφαλίτιδα από ιό του Δυτικού Νείλου αποτελεί σοβαρή εποχική λοίμωξη με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και η σύγκριση της βαρύτητας και της έκβασης των ασθενών που νοσηλεύθηκαν με επιβεβαιωμένη εγκεφαλίτιδα από ιό του Δυτικού Νείλου κατά τα έτη 2024 και 2025.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών με επιβεβαιωμένη εγκεφαλίτιδα από ιό του Δυτικού Νείλου που νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας από τον Ιούνιο έως τον Σεπτέμβριο των ετών 2024 και 2025. Συλλέχθηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, καθώς και στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), τα νευρολογικά υπολείμματα και τη θνητότητα.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 27 ασθενείς, 14 το 2024 και 13 το 2025. Η μέση ηλικία ήταν 73,3 έτη, το 59% διέμενε σε αγροτικές περιοχές και το 15% προήλθε από μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Συχνότερες συννοσηρότητες ανάμεσα στους ασθενείς ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η διάμεση καθυστέρηση από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την εισαγωγή ήταν τρεις ημέρες. Πυρετός καταγράφηκε σε όλους τους ασθενείς, ενώ συχνότερες εκδηλώσεις ήταν η σύγχυση ή διέγερση. Συνολικά οκτώ ασθενείς (30%) νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ και επτά (26%) κατέληξαν. Σε σύγκριση με το 2024, οι ασθενείς του 2025 ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και χρειάστηκαν συχνότερα νοσηλεία σε ΜΕΘ, ενώ η θνητότητα παρέμεινε παρόμοια.

Συμπεράσματα: Η εγκεφαλίτιδα από ιό του Δυτικού Νείλου εξακολουθεί να συνοδεύεται από υψηλή νοσηρότητα και σημαντική θνητότητα. Παρά την παρόμοια έκβαση μεταξύ των δύο ετών, οι ασθενείς του 2025 εμφάνισαν βαρύτερη κλινική εικόνα. Η έγκαιρη αναγνώριση της νόσου και η συνεχής επιδημιολογική επιτήρηση παραμένουν καθοριστικές για τη βελτίωση της πρόγνωσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 068

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ

Χριστίνα Ζαφειριάδου, Λάμπρος Βάκκας, Σοφία Παρασκευοπούλου, Φλώρα Χουζούρη, Μαρία Λατζουράκη, Νικόλαος Πολίτης, Χαρίλαος Καζάκος, Έκτορας Βασιλείου, Ελένη Γεώργαρη, Ιωάννης Μουζακίτης, Βασιλική Νέζη, Ελένη Λυδατάκη

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η βακτηριαιμία σχετιζόμενη με χώρους φροντίδας παροχής υγείας ορίζεται ως η βακτηριαιμία που εκδηλώνεται έως και το 2ο 24ώρο νοσηλείας στο νοσοκομείο σε ασθενή , ο οποίος α) είχε νοσηλεία για >48ώρες τις τελευταίες 90 ημέρες , β)διαμένει σε ίδρυμα φροντίδας χρονίων πασχόντων, γ) του χορηγήθηκε ενδοφλέβια αγωγή ή περιποίηση τραύματος κατ'οίκον τις τελευταίες 30 ημέρες δ) είχε συνεδρία νεφρικής υποκατάστασης ή χημειοθεραπείας τις τελευταίες 30 ημέρες.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε σε ασθενείς της 3ης κατηγορίας:

Α. Την συχνότητα εμφάνισης νοσοκομειακών λοιμώξεων ανάλογα με το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης

Β. Το είδος των επικρατούν των μικροοργανισμών ανάλογα με το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης

Υλικό και Μέθοδοι: Η παρούσα αναδρομική μελέτη παρατήρησης αντιστοιχεί στο χρονικό διάστημα 01/01/2024- 31/12/2025 . Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με βακτηριαιμία σχετιζόμενη με χώρους παροχής φροντίδας υγείας οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Β Παθολογικό Τμήμα του ΓΝ Νίκαιας και είχαν τουλάχιστον μια θετική καλλιέργεια αίματος. Από τη μελέτη λόγω ανεπαρκών δεδομένων αποκλείστηκαν οι θανόντες και οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (λόγω επιπρόσθετων καθοριστικών μεταβλητών).

Για την ταυτοποίηση των μικροβίων επιστρατεύτηκαν το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek και η μέθοδος Kirby Bauer.

Τα κλινικά, εργαστηριακά και μικροβιολογικά στοιχεία που συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους καταχωρήθηκαν ως ποσοστά επί του συνόλου.

Αποτελέσματα: Από τους 110 ασθενείς το 6 % είχαν επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και από την πλειοψηφία αυτών απομονώθηκε Klebsiella Pneumoniae. Το 8% των ασθενών προέρχονταν από κέντρα αποκατάστασης μεσυχνότερο παθογόνο τον MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus) και το 24% από μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών με επικρατέστερο το Escherichia coli. Τέλος, το 62% παρουσίαζαν πρόσφατη νοσηλεία τις τελευταίες 90 ημέρες και από τις αιμοκαλλιέργειες ταυτοποιήθηκε κατά πλειοψηφία Escherichia coli ESBL.

Συμπεράσματα: Παρατηρήσαμε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν πρόσφατη νοσηλεία τις τελευταίες 90 ημέρες με διάρκεια >48 ωρών αποτέλεσαν την πλειοψηφία και ο επικρατέστερος μικροοργανισμός ήταν το E.coli ESBL.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 069

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTIRIDIOIDES DIFFICILE ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ

Φλώρα Χουζούρη, Νικόλαος Πολίτης, Χαρίλαος Καζάκος, Λάμπρος Βάκκας, Χριστίνα Ζαφειριάδου, Μαρία Λατζουράκη, Σοφία Παρασκευοπούλου, Δημήτριος Ντιώνιας, Ελένη Λυδατάκη

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* (CDI) εκδηλώνεται με διαρροϊκό σύνδρομο στα πλαίσια κολίτιδας.

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν: Ηλικία >65 ετών, Ανοσοκαταστολή, λήψη αντιβιοτικών, χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ), λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI), χρήση ρινογαστρικού σωλήνα (levin), πρόσφατη νοσηλεία κ.α.

Η διάγνωση γίνεται με χρήση αλγορίθμου δύο βημάτων που περιλαμβάνει ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου (GDH), και ενζυμική ανοσοπροσροφητική μέθοδο (EIA). Σε ασθενείς με συμπτωματολογία διαρροιών αλλά αρνητική EIA γίνεται εξέταση NAAT/PCR.

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συχνότητα της CDI σε νοσηλευόμενους παθολογικού τμήματος τριτοβάθμιου νοσοκομείου και να εξετασθεί ποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες επικρατούν στον μελετηθέντα πληθυσμό.

Υλικό και Μέθοδοι: Στο διάστημα 01/01/2024 – 31/12/2025 νοσηλεύθηκαν στο τμήμα 90 ασθενείς με επιβεβαιωμένη CDI. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ανάλογα με προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης λοίμωξης, βάσει ιστορικού και κλινικοεργαστηριακής εκτίμησης. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους, καταχωρήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν ως ποσοστά επί του συνόλου.

Αποτελέσματα: Την διετία 2024-2025 νοσηλεύτηκαν 90 ασθενείς με CDI . Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα αυτήν την διετία ήταν 2530. Σε μια διετία, η συχνότητα ανάπτυξης CDI στο τμήμα ήταν 3,55%.87 Ασθενείς με CDI είχαν ως παράγοντα κινδύνου λήψη αντιβιοτικών (ποσοστό 96,66%). 72 ασθενείς με CDI είχαν ως παράγοντα κινδύνου λήψη PPI (ποσοστό 80.00%). 67 ασθενείς με CDI είχαν ως παράγοντα κινδύνου πρόσφατη επαφή με το σύστημα υγείας (ποσοστό 74.44%). 58 ασθενείς με CDI είχαν ως παράγοντα κινδύνου την ύπαρξη ξένου σώματος (ποσοστό 64,44%). 30 ασθενείς με CDI έχουν ως παράγοντα κινδύνου ΧΝΝ (ποσοστό 33,33%). 28 ασθενείς με CDI έχουν ως παράγοντα κινδύνου ΣΔ (ποσοστό 31,11%). 22 ασθενείς με CDI είχαν ως παράγοντα κινδύνου BMI>25 kg/m2 (ποσοστό 24,44%).

Συμπεράσματα: Με την μελέτη μας παρατηρήσαμε ότι η συχνότητα ανάπτυξης CDI σε ένα παθολογικό τμήμα τριτοβάθμιου νοσοκομείου είναι 3,55%. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου που οδήγησε σε ανάπτυξη CDI στους νοσηλευόμενους του τμήματος ήταν η λήψη αντιβιοτικών

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 070

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΝΟΣΟΥ

Νικόλαος Πολίτης, Φλώρα Χουζούρη, Σοφία Παρασκευοπούλου, Ζαφειριάδου Χριστίνα, Λάμπρος Βάκκας, Μαρία Λατζουράκη, Χαρίλαος Καζάκος, Γεώργιος Καμπέλος, Δημήτριος Ντιώνιας, Ελένη Λυδατάκη

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* (CDI) εκδηλώνεται με συμπτωματολογία κολίτιδας, με συμπτώματα, από διάρροιες, έως σοβαρές καταστάσεις, όπως ειλεός, τοξικό μεγάκολο, σήψη.

Η διάγνωση γίνεται με χρήση αλγορίθμου δύο βημάτων, ταχείας δοκιμασίας ανίχνευσης ειδικού αντιγόνου (GDH) και ενζυμικής ανοσοπροσροφητικής μεθόδου για τοξίνες (EIA). Σε ασθενείς με συμπτωματολογία διαρροιών, αλλά αρνητική EIA, γίνεται εξέταση NAAT/PCR, προς τεκμηρίωση της νόσου.

Ο βαθμός βαρύτητας κρίνεται από εργαστηριακές παραμέτρους όπως λευκοκύτταρα (WBC)>15000, κρεατινίνη όρου (sCr) >1,5mg/dL, αλβουμίνη ορού (alb) <3mg/dL, απεικονιστικές εξετάσεις (αξονική τομογραφία, ακτινογραφία κοιλίας), κλινικές ενδείξεις επιπλοκών. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν: Ηλικία > 65 ετών, ανοσοκαταστολή, λήψη αντιβιοτικών, χρόνια νεφρική νόσος, λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων, χρήση ρινογαστρικού σωλήνα, πρόσφατη νοσηλεία, διαμονή σε νοσηλευτικό ίδρυμα κ.α.

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η βαρύτητα της CDI καθώς και η συσχέτισή της με παράγοντες κινδύνου σε νοσηλευόμενους παθολογικού τμήματος τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό και Μέθοδοι: Από την 01/01/2024-31/12/2025 νοσηλεύθηκαν στο τμήμα 90 ασθενείς με επιβεβαιωμένη CDI. Η βαρύτητα νόσου κρίθηκε ως εξής:

- Ήπια-Μέτρια: διάρροια, WBC<15.000, sCr <1,5mg/dL
- Σοβαρή: WBC >15.000, sCr >1.5mg/dL, alb <3mg/dL, κοιλιακό άλγος, θ>38,5^{0}C.
- Κεραυνοβόλος: Υπόταση/shock, ειλεός, τοξικό μεγάκολο, νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους, καταχωρήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν ως ποσοστά επί του συνόλου.

Αποτελέσματα: Την διετία 2024-2025 νοσηλεύτηκαν 90 ασθενείς με CDI. 46 είχαν ήπια-μέτρια CDI (51,11%), 29 είχαν σοβαρή CDI (32,22%) και 15 ασθενείς είχαν κεραυνοβόλο CDI (16,66%). 44 ασθενείς με ήπια-μέτρια CDI είχαν ως κύριο παράγοντα κινδύνου την λήψη αντιβιοτικών, ποσοστό 95,65%. 28 ασθενείς με σοβαρή CDI είχαν ως κύριο παράγοντα κινδύνου την λήψη αντιβιοτικών, ποσοστό 95,55%. 15 ασθενείς με κεραυνοβόλο CDI είχαν ως κύριο παράγοντα κινδύνου την λήψη αντιβιοτικών, ποσοστό 100%.

Συμπεράσματα: Στο σύνολο των ασθενών με CDI που νοσηλεύθηκαν σε μια διετία στο τμήμα, επικρατούσε η ήπια-μέτρια CDI. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου που οδήγησε σε σοβαρή CDI ήταν η λήψη αντιβιοτικών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 071

CLINICAL AUDIT ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ: ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γεωργία Ιωαννίδου[1], Κατερίνα Γκλαντζούνη[1], Κασσάνδρα Τσάμη[1], Δημήτριος Σακκάς[1], Γεωργία Οικονομοπούλου[2], Αρχοντούλλα Φράγκου[1]

[1] Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»
[2] Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Λιπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας (ΓΠΔΛΥΥ) , ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Εισαγωγή: Το clinical audit αποτελεί σημαντική μέθοδο διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας παροχής νοσοκομειακής φροντίδας. Μέσω της συστηματικής αξιολόγησης της κλινικής πρακτικής εντοπίζονται αδυναμίες, αναδεικνύονται καλές πρακτικές και σχεδιάζονται στοχευμένες παρεμβάσεις. Η αξιοποίηση ψηφιακών τεχνολογιών, όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη, μπορεί να ενισχύσει την ταχύτερη επεξεργασία δεδομένων ποιότητας και την υποστήριξη λήψης αποφάσεων.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τη σημασία της εφαρμογής των clinical audits στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα το audit αξιολόγησης της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών στην Παθολογική Κλινική του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ».

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε clinical audit σε δείγμα 100 νοσηλευόμενων ασθενών με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου πριν ή κατά την ημέρα του εξιτηρίου. Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων αξιοποιήθηκε εργαλείο Τεχνητής Νοημοσύνης για την κατηγοριοποίηση απαντήσεων ανοικτού τύπου και την αναγνώριση επαναλαμβανόμενων θεμάτων. Η τελική αξιολόγηση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε από την ερευνητική ομάδα.

Αποτελέσματα: Η διαδικασία ανέδειξε τόσο τα ισχυρά σημεία της κλινικής, όπως η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η συμπεριφορά του προσωπικού, όσο και πεδία που χρήζουν βελτίωσης, όπως η διατροφή, οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η στελέχωση και επιμέρους λειτουργικές υπηρεσίες.

Συμπεράσματα: Το clinical audit αποτελεί σημαντικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Η ενσωμάτωση εργαλείων Τεχνητής Νοημοσύνης στον κύκλο του clinical audit υποστηρίζει την αποτελεσματικότερη ανάλυση δεδομένων ποιότητας και την έγκαιρη αναγνώριση πεδίων βελτίωσης, χωρίς να υποκαθιστά την κλινική κρίση. Η επανάληψη της διαδικασίας (reaudit) ενισχύει τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 072

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΚΟΡ AGILE 3+ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASLD).

Σάββας Αμύγδαλος, Ασπασία Σπανού, Δημήτριος Κούρτης, Αγγελική Φωτεινού, Ιωάννης Αναστασίου, Ιωάννης Ψαρομπάς, Παντελίνα Κολαινή, Κυριάκος Σπάρταλης, Νικόλαος Κεραμέας, Σμαράγδα Κουκιά, Ηλίας Κουντούρης, Στυλιανός Καραταπάνης

Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η MASLD μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ίνωσης και κίρρωσης σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Η χρήση μη-επεμβατικών δεικτών αποτελεί τη συνήθη πρακτική για την εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με MASLD. Το FIB-4 και η ηπατική ελαστογραφία (Fibroscan) χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη, ενώ πιο πρόσφατα προτάθηκε το AGILE 3+που συνδυάζει την ελαστογραφία και εργαστηριακές παραμέτρους. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του AGILE 3+ στην ταξινόμηση του κινδύνου ίνωσης σε ασθενείς με MASLD σε σύγκριση με τοFIB-4 και την ηπατική ελαστογραφία.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 142 ασθενείς με MASLD(Α/Γ=84/58), στους οποίους υπολογίστηκε το FIB-4, υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία (Fibroscan),και στη συνέχεια υπολογίστηκε το σκορ AGILE 3+. Με βάση τις τιμές των 3 μη-επεμβατικών μεθόδων, οι ασθενείς της μελέτης κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδεςκινδύνου για την παρουσία προχωρημένης ίνωσης (χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου). Τα αντίστοιχαόρια για το FIB-4 ήταν<1.30, 1.30-2.67, και >2.67, για την ελαστογραφια<8kpa, 9-9.6kpa, και >9.6kpa, ενώ για το AGILE 3+ ήταν<0.48, 0.48-0.65, και >0.65.

Αποτελέσματα: Με τη χρήση του FIB-4 διαπιστώσαμε 91/142 (64.0%) ασθενείς με σκόρ<1.30, 34/142 (23.9%) με σκορ μεταξύ 1.30-2.67 και 17/142(11.9%) ασθενείς με σκόρ>2.67. Με το Fibroscan διαπιστώθηκαν 80/142 (56.3%) ασθενείς με τιμή<8kpa, 19/142(13.4%) με τιμή 8-9.6 kpa και 43/142 (30.3%) με τιμή >9.6kpa. Τέλος, με το AGILE 3+ διαπιστώθηκαν 101/142 (71.1%) ασθενείς με σκορ<0.48, 15/142(10.6%) με σκορ μεταξύ 0.48-0.65 και 26/142(18.3%) ασθενείς με σκορ>0.65.

Συμπεράσματα: Σε σύγκριση με το FIB-4 και την ηπατική ελαστογραφία, το AGILE 3+ φαίνεται να ταξινομεί σημαντικά λιγότερους ασθενείς με MASLD στην ενδιάμεση «γκριζα» ζώνη κινδύνου ίνωσης, αποτελώντας έτσι ιδανικότερο δείκτη για χρήση στη κλινική πράξη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 073

ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕ
ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 074

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ-ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Ιωάννης Ντακούμης[1], Βασιλική Ρώμα[2], Σταύρος Νικολακόπουλος[3]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*
[2] *Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς*
[3] *Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Ψυχολογίας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο συγκριτικά με τον λοιπό πληθυσμό. Αναζητώντας εξειδικευμένους για τη νεφρική νόσο παράγοντες με στόχο τη βελτίωση των διαθέσιμων μοντέλων πρόβλεψης, αναδύεται ως πιθανός καρδιαγγειακός παράγων το γινόμενο ασβεστίου-φωσφόρου, ένας δείκτης που συνδέει τη νεφρική νόσο με την αρτηριοσκλήρυνση. Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει την επίδρασή του σε καρδιαγγειακές εκβάσεις αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Διεξήχθη αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς, οι οποίοι ξεκίνησαν αιμοκάθαρση από τον Νοέμβριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Συλλέχθηκαν δεδομένα κατά την έναρξη και μετά από τριετή παρακολούθηση. Με μη παραμετρικούς ελέγχους και μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης αξιολογήθηκε η επίδραση του γινομένου ασβεστίου-φωσφόρου σε δύο σύνθετες εκβάσεις, πρωτογενή (MACE) και δευτερογενή (έμφραγμα, εγκεφαλικό, περιφερική αρτηριοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιαγγειακός θάνατος), καθώς και στη θνητότητα οποιασδήποτε αιτιολογίας, λαμβάνοντας υπόψη καθιερωμένους καρδιαγγειακούς παράγοντες. Η απόδοση των μοντέλων αξιολογήθηκε με έλεγχο ANOVA X^2, τα κριτήρια AIC και BIC, και καμπύλες ROC.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 67 ασθενείς. Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι ανέδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ του γινομένου ασβεστίου-φωσφόρου και της πρωτογενούς σύνθετης έκβασης. Ωστόσο, τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης δεν έδειξαν σημαντική διαφορά στην προσαρμογή μεταξύ βασικού και προσαρμοσμένου μοντέλου. Τα μοντέλα χαρακτηρίζονται από χαμηλή απόδοση, η οποία δεν βελτιώθηκε με την προσθήκη του δείκτη.

Συμπεράσματα: Παρά τη θετική συσχέτιση σε μη παραμετρικούς ελέγχους, το γινόμενο ασβεστίου-φωσφόρου δεν βελτίωσε σημαντικά την πρόβλεψη καρδιαγγειακών εκβάσεων όταν προστέθηκε στους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι, παρά τη σημασία του ως δείκτη της χρόνιας νεφρικής νόσου, ο ρόλος του ως καρδιαγγειακού παράγοντα κινδύνου ενδέχεται να είναι περιορισμένος. Απαιτούνται περαιτέρω, ευρείας κλίμακας, προοπτικές μελέτες.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 075

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.

Χρυσούλα Αρματά[1, 2], Ευάγγελος Αναγνώστου[3], Πέτρος Σφηκάκης[4, 2], Ευρυδίκη Κραββαρίτη[4, 2]

[1] *Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ», Αθήνα*
[2] *Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[3] *Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[4] *Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Η ευπάθεια αποτελεί ένα σύνδρομο σχετιζόμενο με την ηλικία και την μειωμένη απόκριση στο στρες. Η μειωμένη λειτουργία σε σωματικό, γνωστικό και ψυχοκοινωνικό τομέα φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση και εξέλιξη όλων των ασθενειών που συνυπάρχουν στα άτομα μεγάλης ηλικίας. Η σωματική λειτουργία σε άτομα με προχωρημένη άνοια πλήττετε σε μεγάλο βαθμό αλλά το σύνδρομο της ευπάθειας δεν περιγράφεται επαρκώς σε άτομα με Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή (MCI).

Σκοπός: Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη, στόχος ήταν να καθοριστεί και να συγκριθεί ο βαθμός ευπάθειας σε άτομα μεγάλης ηλικίας που διαμένουν στην κοινότητα με φυσιολογική γνωστική λειτουργία, αμνησιακή MCI(a-MCI), μη αμνησιακή MCI(na-MCI) και ήπια άνοια.

Υλικό και Μέθοδοι: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 άτομα άνω των 70 ετών που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχογηριατρικής Εταιρεία «Ο Νέστωρ» στην περιοχή της Αθήνας από τον Σεπτέμβριο 2025 ως τον Ιανουάριο 2026 και υποβλήθηκαν σε πλήρη νευροψυχολογικό έλεγχο. Για την αξιολόγηση της σωματικής ευπάθειας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SPPB (score ≤ 8).

Αποτελέσματα: Μεταξύ των 100 συμμετεχόντων(μέση ηλικία 76 έτη, 68% γυναίκες), 28 άτομα που είχαν φυσιολογική γνωστική λειτουργία παρουσίασαν 11% ευπάθεια, 24 άτομα με a-MCI είχαν 29% ευπάθεια, 21 άτομα με no-MCI είχαν 38% και 27 άτομα σε ήπιο στάδιο άνοιας παρουσίασαν 67% ευπάθεια. Με την χρήση πολυπαραμετρικής λογιστικής παλινδρόμησης και λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η ηλικίας, το φύλο, η πολυφαρμακία και η συνυπάρχουσα διαταραχή διάθεσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γνωστικής κατάστασης και της σωματικής ευπάθειας (OR=4,6, p=0,001)

Συμπεράσματα: Η σωματική ευπάθεια εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας με MCI και ήπια άνοια πέρα από την επίδραση λοιπών παραγόντων, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για αξιολόγηση και κατάλληλες παρεμβάσεις σε αυτόν τον πληθυσμό. Περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει την προγνωστική σημασία της συνυπάρχουσας ευπάθειας σε άτομα με MCI και ήπια άνοια και πιθανούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που συνδέουν τις δύο παθήσεις.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 076

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΙΡΖΕΠΑΤΙΔΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ - ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ»

Ξανθίππη Νικολαΐδου, Θεόδωρος Πουλετίδης, Ειρήνη Παναγιώτου, Ιωάννης Μπίτσικας
Κέντρο Υγείας Καλλιθέας - 1η ΥΠΕ Αττικής

Εισαγωγή: Το Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Καλλιθέας είναι δημόσια δομή παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στο Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης κατά της Παχυσαρκίας, στο πλαίσιο του προγράμματος «Προλαμβάνω», συμμετείχαν Γενικοί Ιατροί και Παθολόγοι του ΚΥ Καλλιθέας.

Η χορήγηση της αγωγής έγινε με βάση τις επίσημες οδηγίες.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η μείωση του Σωματικού Βάρους (ΣΒ) μετά τη χορήγηση της αγωγής, ποσοστιαία, σε σχέση με το αρχικό ΣΒ.

Να εκτιμηθεί η ανοχή στο φάρμακο και η αποτελεσματικότητά του.

Να εξαχθούν γενικότερα συμπεράσματα.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 169 ασθενείς (29-70 ετών, Α 50-Γ 119), που πραγματοποίησαν 2-7 επισκέψεις με το πρόγραμμα.

Μελετήθηκε μια υποομάδα με 87 από τους παραπάνω ασθενείς (30-69 ετών, Α 23-Γ 64), που

πραγματοποίησαν 4-7 επισκέψεις.

Μετρήθηκε το ύψος στην 1η επίσκεψη και το ΣΒ σε όλες τις επισκέψεις.

Συγκρίθηκε το ΣΒ στην 1η και στην τελευταία επίσκεψη.

Στην 1η επίσκεψη έγινε εκτενής λήψη του ιστορικού και αναζητήθηκαν πιθανές αντενδείξεις χορήγησης του φαρμάκου. Σε κάθε επόμενη επίσκεψη αναζητήθηκαν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών παρατηρήθηκε μείωση του ΣΒ κατά 9,30% σε σχέση με το αρχικό.

Στην ομάδα των ασθενών που πραγματοποίησαν 4 -7 επισκέψεις η αντίστοιχη μείωση του ΣΒ ήταν 12,39%.

Διέκοψαν την αγωγή :

6 ασθενείς (3,55%) (Α 3-Γ 3) λόγω μη διαχειρίσιμων γαστρεντερικών διαταραχών (5 μετά την 3η επίσκεψη και 1 μετά την 5η επίσκεψη).

2 γυναίκες λόγω επιθυμίας να τεκνοποιήσουν.

Συμπεράσματα:

Το φάρμακο φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικό.

Η παράταση της αγωγής φαίνεται ότι αυξάνει την αποτελεσματικότητά της.

Η ανοχή στο φάρμακο φαίνεται ότι είναι ικανοποιητική.

Οι γαστρεντερικές διαταραχές συνήθως εμφανίζονται νωρίς και επιβάλλουν τη διακοπή της αγωγής σε μικρό ποσοστό.

Η αναμενόμενη συνέχιση του προγράμματος θα μας δώσει περισσότερα στοιχεία για τη βέλτιστη διάρκεια της αγωγής.

Η καθιέρωση και ευρεία χρήση του φαρμάκου αναμένεται να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα που εκκρεμούν.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 077

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Στεφανία Παπαζήση[1], Ελένη Παπακυριάκου[1], Ξενοφώντος Αθανασία[1], Αχιλλέως Αλεξάνδρα[1], Κυριάκου Άνδρεα[1], Ζενιώδη Μαριλένα[2], Διαμαντής Κοφτερίδης[2]

[1] *Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης*
[2] *Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου*

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της χρόνιας αντιυπερτασικής αγωγής και των αναστολέων SGLT2 στα επίπεδα του ουρικού οξέος, των ηλεκτρολυτών και της νεφρικής λειτουργίας νοσηλευόμενων ασθενών στην Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση των ιατρικών φακέλων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του ΠαΓΝΗ από 1/3/2026 έως 1/6/2026 (n=107). Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρόνια αντιυπερτασική αγωγή, τυχόν μεταβολές της κατά τη νοσηλεία, και οι τιμές ουρικού οξέος, ηλεκτρολυτών και δεικτών νεφρικής λειτουργίας κατά την εισαγωγή και έξοδο. Εξαιρέθηκαν ασθενείς υπό χρόνια υποουριχαιμική αγωγή, αιμοκάθαρση ή χημειοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 107 ασθενείς (60,7% γυναίκες, 39,3% άνδρες) με μέση ηλικία τα 82,1 έτη, μέσο δείκτη συννοσηρότητας Charlson 4,65 και μέση διάρκεια νοσηλείας 7,9 ημέρες. Αναφορικά με τα επίπεδα ουρικού οξέος, καταγράφηκε οριακή τάση υψηλότερων επιπέδων κατά την εισαγωγή στους ασθενείς υπό αγωγή με β-αποκλειστές (μέση τιμή 7,22 έναντι 6,22 mg/dl, p=0,053), ενώ για τις λοιπές κατηγορίες αντιυπερτασικών δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη συσχέτιση. Κατά τη νοσηλεία, η έναρξη θειαζιδικών διουρητικών (p=0,033) και η διακοπή των αναστολέων SGLT2 (p=0,002) οδήγησαν σε αύξηση του ουρικού οξέος, αν και η μεταβολή του υπόκειται σε πολλαπλούς συγχυτικούς παράγοντες. Ακόμη, η χορήγηση των λοιπών διουρητικών δεν συσχετίστηκε με μεταβολές στα επίπεδα ουρικού οξέος, αλλά επέφερε σημαντικές ηλεκτρολυτικές μεταβολές (αύξηση νατρίου κατά +2,83 mEq/L, p=0,039 και μείωση καλίου κατά -0,26 mEq/L, p=0,027), χωρίς να καταγραφεί επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Η αντιυπερτασική αγωγή διαμορφώνει διακριτά το μεταβολικό προφίλ. Η χρόνια λήψη β-αποκλειστών, καθώς και η νοσοκομειακή έναρξη θειαζιδικών διουρητικών ή η απόσυρση SGLT2 αναστολέων, φαίνεται πιθανά να ευνοούν την υπερουριχαιμία. Η εξαγωγή συμπερασμάτων για τη δυναμική του ουρικού οξέος κατά τη νοσηλεία απαιτεί προσοχή, λόγω των πολλαπλών συγχυτικών παραγόντων του ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 078

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΜΕ ΤΟ PCV20 ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ 18-64 ΕΤΩΝ

Χριστόδουλος Δολαψάκης, Νικόλαος Βεχλίδης, Ηλέκτρα Καλαρά, Αριστοτέλης Ηλίας Παζιώνης
Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν

Εισαγωγή: Το 20δύναμο συζευγμένο πολυσακχαριδικό πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο (PCV20) εντάχθηκε στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού ενηλίκων τον Δεκέμβριο του 2022. Η χορήγησή του συστήνεται στους ενήλικες άνω των 65 ετών καθώς και σε αυτούς ηλικίας 18-64 ετών με παράγοντες κινδύνου εμφάνισης πνευμονιοκοκκικής νόσου. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την εμβολιαστική κάλυψη του ενήλικου πληθυσμού με το PCV20 στην Ελλάδα. Από την άλλη, η νοσηλεία στο νοσοκομείο μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για πληροφόρηση, συνταγογράφηση και διενέργεια του εμβολίου.

Σκοπός: Η καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης με το PCV20 των νοσηλευόμενων ασθενών 18-64 ετών με ένδειξη εμβολιασμού καθώς και η συνταγογράφησή του.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης των νοσηλευόμενων ασθενών 18-64 ετών κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων, καθώς και της ένδειξης για εμβολιασμό. Σε περίπτωση μη εμβολιασμού καταγράφηκε η αιτία και επιχειρήθηκε να πραγματοποιηθεί η συνταγογράφησή του.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα δύο εβδομάδων νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας 48 ασθενείς 18-64 ετών με ένδειξη εμβολιασμού με το PCV20 και μέσο όρο ηλικίας τα 55 έτη. Οι κύριες ενδείξεις εμβολιασμού ήταν οι κακοήθειες συμπαγών οργάνων (31%), τα αυτοάνοσα νοσήματα (25%) και οι πνευμονικές νόσοι (23%). Μόλις 6 ασθενείς (12%) είχαν εμβολιαστεί με το PCV20. Από όσους δεν είχαν εμβολιαστεί και ρωτήθηκαν, η πλειοψηφία δήλωσε ότι δεν γνώριζε ότι υπήρχε ένδειξη, ενώ 5 ασθενείς δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να εμβολιαστούν. Έγινε συνταγογράφηση του PCV20 σε 16 ασθενείς που δήλωσαν την επιθυμία να το πραγματοποιήσουν.

Συμπεράσματα: Αν και περιορισμένης διάρκειας, η παρούσα εργασία αναδεικνύει ότι η εμβολιαστική κάλυψη με το PCV20 των ασθενών υψηλού κινδύνου είναι χαμηλή, κυρίως λόγω της ανεπαρκούς πληροφόρησής τους. Η νοσηλεία σε μία παθολογική κλινική μπορεί να καλύψει αυτό το κενό: Το ιστορικό εμβολιασμών πρέπει να αποτελεί κομμάτι του ατομικού αναμνηστικού του ασθενή και οι θεράποντες να επωφελούνται της νοσηλείας για να προβαίνουν σε συνταγογράφηση ή ακόμα και στην πραγματοποίηση του εμβολιασμού.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 079

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Χρήστος Αρκαδιανός, Μαρία Ταμπάκη, Αλεξάνδρα Ζάτα, Ευθύμιος Φιλιππόπουλος, Δημήτριος Παπανικολάου, Αικατερίνη Αργυράκη

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η οστεομυελίτιδα στους ηλικιωμένους αποτελεί σύνθετη κλινική οντότητα, που παρατηρείται συχνά στο πλαίσιο σοβαρής ευπάθειας, λειτουργικής έκπτωσης και χρόνιων ελκών, κάνοντας αυτούς τους ασθενείς να διαφέρουν σημαντικά από τους πληθυσμούς στους οποίους βασίζονται οι διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών, της διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης και της έκβασης ηλικιωμένων ασθενών με οστεομυελίτιδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών ηλικίας ≥65 ετών με οστεομυελίτιδα που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου από 1/1/2023 έως 1/6/2026. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, λειτουργική κατάσταση, προδιαθεσικοί παράγοντες, μικροβιολογικά ευρήματα, διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και η έκβαση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 28 ασθενείς με διάμεση ηλικία 81,5 έτη (IQR: 74,8–86,0), εκ των οποίων το 71,4% ήταν κλινήρεις. Συχνότερες συννοσηρότητες ήταν η άνοια (39,3%), ο σακχαρώδης διαβήτης (39,3%), και η χρόνια νεφρική νόσος (14,3%). Ενώ ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας ήταν οι κατακλίσεις (64,3%).

Βακτηριαιμία καταγράφηκε στο 60,7%, ενώ θετική καλλιέργεια πύου/τοπικού δείγματος στο 96,4%, συχνά πολυμικροβιακή (39,3%). Παρά τη σύσταση των κατευθυντήριων οδηγιών για ιστολογική και μικροβιολογική τεκμηρίωση, βιοψία οστού πραγματοποιήθηκε μόλις στο 10,7% των ασθενών, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση περιορίστηκε κυρίως σε χειρουργικό καθαρισμό μαλακών μορίων στο 71,4% λόγω υψηλού χειρουργικού κινδύνου και συνολικής επιβάρυνσης των ασθενών. Η θνητότητα στο 6μηνο ανήλθε στο 64,3%.

Σε μη παραμετρική δοκιμασία συσχέτισης διαπιστώθηκε ότι η κλινήρης κατάσταση και η πολυμικροβιακή λοίμωξη συσχετίσθηκαν με δυσμενή έκβαση ($p<0,001$ και 0,041 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η οστεομυελίτιδα στους ηλικιωμένους απαντάται συχνά σε περιπτώσεις ευπάθειας και πρέπει να εξετάζεται υπό το πρίσμα συνύπαρξης γηριατρικών συνδρόμων παρά ως μία απομονωμένη λοίμωξη. Η αδυναμία εφαρμογής ορισμένων συστάσεων των κατευθυντήριων οδηγιών στην παρούσα σειρά φαίνεται να αντανακλά κυρίως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τη ευαλωτότητα αυτών των ασθενών παρα να αποκλίνει από τη βέλτιστη κλινική πρακτική. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να εξατομικεύεται κατόπιν συνολικής γηριατρικής αξιολόγησης στο πλαίσιο διεπιστημονικής συνεργασίας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 080

ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΠΟΛΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ, ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Μαρία Ταμπάκη[1], Εργίνα Συρίγου[1], Θεοδώρα Αθανασοπούλου[2], Μιχαέλα Φραγκονικολάκη[1], Κυριακή Γεωργιάδη[1], Θεόδωρος Κατσίκας[1], Αικατερίνη Αργυράκη[1]

[1] *Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία»*
[2] *Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»*

Εισαγωγή: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) εμφανίζουν συχνά πολλαπλές συννοσηρότητες και γηριατρικά σύνδρομα, γεγονός που περιπλέκει την ενδονοσοκομειακή τους αντιμετώπιση. Τα διαθέσιμα δεδομένα από ελληνικούς πληθυσμούς παραμένουν περιορισμένα.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε προοπτική περιγραφική μελέτη σε 59 ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με ΣΔ2, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν σε Παθολογική Κλινική κατά τη διάρκεια τριών μηνών. Καταγράφηκαν το φορτίο συννοσηροτήτων (Charlson Comorbidity Index, CCI), η συνολική φαρμακευτική αγωγή, η αντιδιαβητική αγωγή, η ευπάθεια (Clinical Frailty Scale, CFS), η κατάσταση της θρέψης (Mini Nutritional Assessment, MNA) και ο κίνδυνος σαρκοπενίας (SARC-F). Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 81,1±9,8 έτη και το 57,6% ήταν γυναίκες. Η μέση τιμή του CCI ήταν 7,4±2,1, υποδηλώνοντας υψηλό φορτίο συννοσηροτήτων. Πολυφαρμακία (≥5 φάρμακα) διαπιστώθηκε στο 89,7% και υπερπολυφαρμακία (≥10 φάρμακα) στο 36,2%. Ευπάθεια (CFS≥5) καταγράφηκε στο 78,2%, δυσθρεψία ή κίνδυνος δυσθρεψίας (MNA≤11) στο 83,6% και αυξημένος κίνδυνος σαρκοπενίας (SARC-F≥4) στο 80,0%. Τα συχνότερα χορηγούμενα αντιδιαβητικά φάρμακα ήταν η μετφορμίνη (54,2%), οι αναστολείς της διπεπτιδυλοπεπτιδάσης-4 (39,0%), η ινσουλίνη (23,7%) και οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (22,0%), ενώ οι σουλφονυλουρίες χορηγήθηκαν στο 10,2%. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 ημέρες (IQR 6–11) και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα 11,9%.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με ΣΔ2 εμφανίζουν πολλαπλές συννοσηρότητες, εκτεταμένη πολυφαρμακία και υψηλό φορτίο ευπάθειας, δυσθρεψίας και αυξημένο κίνδυνο σαρκοπενίας. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη συστηματικής ενσωμάτωσης της ολοκληρωμένης γηριατρικής αξιολόγησης, της βελτιστοποίησης της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και τη διεπιστημονική συνεργασία με λοιπούς επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή νοσοκομειακή κλινική πρακτική.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 081

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Φραγκίσκη-Ιωάννα Σοφίου, Εμμανουέλα-Ιωάννα Μιχαλιού, Σοφία Ελβανίδη, Βασίλειος Κορδίνας, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Ουρανία Αποστόλου, Ευάγγελος Μιχελάκης

Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ακολουθείται από αύξηση περιστατικών καρκίνου. Στην Ευρώπη υπολογίστηκαν 2,7εκ. διαγνώσεις το 2024, και 1,3 εκατομμύρια απεβίωσαν, ενώ 1:4 θα διαγνωστεί με κακοήθεια μέχρι την ηλικία των 75 ετών.

Η συνεχής αύξηση των καρκινοπαθών αυξάνει τις νοσηλείες και επιβαρύνει τα γενικά νοσοκομεία, καθώς μεγάλος αριθμός ασθενών νοσηλεύεται σε Παθολογικές Κλινικές εξαιτίας επιπλοκών του καρκίνου ή με πρωτοδιάγνωση καρκίνου. Η καταγραφή των χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων ογκολογικών ασθενών σε Παθολογική Κλινική αναδεικνύει την αναγκαιότητα καλύτερου σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των ασθενών με κακοήθεια που νοσηλεύτηκαν στη Γ' Παθολογική κλινική του Γ.Ν. Νίκαιας, σε διάστημα 3 μηνών (Μάρτιος – Μάιος 2026). Η καταγραφή αφορά δημογραφικά στοιχεία, αίτια εισαγωγής, ύπαρξη προϋπάρχουσας κακοήθειας, διάρκεια νοσηλείας, έκβαση.

Συνολικά καταγράφηκαν 98 ασθενείς σε σύνολο 407 ασθενών. Το 60,2% αφορούσε άνδρες, ενώ η μέση ηλικία 73,1 έτη, 85% των ασθενών προσήλθε από την οικία του. Το 81,4% αφορούσε γνωστή νεοπλασία και το 57,1% των περιστατικών είχαν δώσει ήδη μετάσταση. Η συχνότερη κακοήθεια ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα. Κύριοι λόγοι προσέλευσης ήταν η ανεύρεση αναιμίας σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο και η δύσπνοια. Από το εργαστηριακό προφίλ των ασθενών παρατηρήθηκε ότι το 73,5% προσήλθε με αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Το 10,2% είχε σοβαρή νεφρική βλάβη (Cr.>3 mg/dl). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8,5 ημέρες, ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ανήλθε στο 31,6% (το 54% εντός των πρώτων 48 ωρών).

Οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν σημαντικό ποσοστό των νοσηλευομένων σε γενική Παθολογική Κλινική. Η καταγραφή των χαρακτηριστικών και αιτιών νοσηλείας, συμβάλει στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης και αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων. Η διασύνδεση των ογκολογικών ασθενών κρίνεται αναγκαία, ώστε να αξιοποιείται ο πολύτιμος χρόνος, και να επιτυγχάνεται η βέλτιστη ιατρική περίθαλψη ασθενών υπό την έντονη συναισθηματική φόρτιση της νόσου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 082

ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΘΕΤΟΥ ΠΕΡΙΟΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ (COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME, CRPS) `Η ΑΛΓΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ

Κομνηνός Μανιός[1], Δημήτριος Γουλές[1,2], Δημήτριος Κωσταράκης[1], Αλέξανδρος Μητσάκης[1], Ελένη Μπουκουβάλα[1], Αναστασία Γαλανοπούλου[1], Ναταλία Μαΐση[1], Φοίβη Ελευθεριάδου[1,2]

[1] Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ενωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)
[2] Ιδιωτικό Ιατρείο

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο σύνθετου περιοχικού πόνου (ΣΠΠ) χαρακτηρίζεται κλινικά από αλλοδυνία, υπεραλγησία, αγγειοκινητικές και δυστροφικές διαταραχές. Δεν ακολουθεί κατανομή δερμοτομίου ή περιφερικού νεύρου και επεκτείνεται πέρα από το σημείο τραυματισμού. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές , αγνώστου αιτιολογίας, και δευτεροπαθές . Εμφανίζει αντίσταση στη καταστολή του πόνου ακόμη και στα οπιοειδή. ο πόνος είναι εξουθενωτικός και οξύς. Διαταράσσεται σημαντικά ο ύπνος, η ικανότητα εργασίας, ενώ αναφέρονται περιπτώσεις αυτοκτονίας.

Σκοπός: Από το ιδιωτικό ιατρείο μας παρουσιάζουμε για πρώτη φορά μια νέα τεχνική άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης του πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς ΣΠΠ και τα αποτελέσματά της.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 8 ασθενείς (4 γυναίκες και 4 άνδρες) 5 με οξύ πρωτοπαθές και 3 με δευτεροπαθές σύνδρομο περιοχικού πόνου άνω άκρου, ηλικίας 53,2±10,1 ετών και διάρκειας νόσου 3,3±2,8 εβδομάδες. Η διάγνωση βασίστηκε σε κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα. Ο υπ'αριθμόν 6 ασθενής (άνδρας) παρουσίαζε δευτεροπαθή αλγοδυστροφία εξ' αιτίας μεταστατικού καρκίνου, ενώ ο 7ος και ο 8ος μεθερπητική αυχενική ριζοπάθεια.

Στους ασθενείς διενεργήθηκε έγχυση ξυλοκαΐνης και κορτικοειδούς στα σημεία πυροδότησης με ή όχι αποκλεισμό του μέσου νεύρου . Παράλληλα εφαρμόστηκε πολύωρη εξατομικευμένης συχνότητος αναλγητική ηλεκτροθεραπεία.

Αποτελέσματα:

1. Όλοι οι ασθενείς μετά τη χορήγηση της θεραπείας εμφάνισαν άμεση βελτίωση.
2. Σε όλους αποκαταστάθηκε η αϋπνία των προηγουμένων ημερών με φυσιολογικό ύπνο.
3. Στους 3 πρώτους ασθενείς εφαρμόστηκε μόνο εφάπαξ θεραπεία, στο 4ο ασθενή 3 επαναλαμβανόμενες θεραπείες λόγω μέτριας ανταπόκρισης.
4. Ο 6ος ασθενής μετά την τριήμερη ύφεση των συμπτωμάτων παρουσίασε επανεμφάνιση (υποτροπή) του υπεροξέως άλγους λόγω διάχυτου μεταστατικού καρκίνου νεφρού στη ΟΜΣΣ.
5. Ο 7ος και ο 8ος ασθενής εμφάνισε άμεση βελτίωση μετά από αποκλεισμό της πάσχουσας ρίζας

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με την περιορισμένη εμπειρία μας, η μέθοδος αυτή έχει άμεσα αποτελέσματα στη θεραπεία του δυσίατου πρωτοπαθούς συνδρόμου και θα χρειαστεί μεγαλύτερος αριθμός ασθενών για επιβεβαίωση της. Το δευτεροπαθές σύνδρομο, όπως είναι γνωστό, εμφανίζει δυσχέρεια και αναποτελεσματικότητα στη θεραπεία του εξαιρουμένης της μεθερπητικής νευραλγίας

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 083

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Θεολογία Τζιοβανάκη, Κωνσταντίνος Μαρκάκης, Δημήτριος Κωστακάκης, Φωτεινή Χατζημιχαήλ, Αναστασία Τρακατέλη, Θεόδωρος Μιχαηλίδης, Ισιδώρα Μπακαΐμη, Όλγα Τσαχουρίδου, Συμεών Μεταλλίδης

Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το Τ-κυτταρικό λέμφωμα σχετιζόμενο με εντεροπάθεια (Enteropathy-associated T-cell lymphoma, EATL) αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα επιθετική λεμφοϋπερπλαστική νόσο, η οποία συνδέεται στενά με την κοιλιοκάκη. Η διάγνωσή του συχνά καθυστερεί λόγω της μη ειδικής κλινικής εικόνας και της ομοιότητας των εκδηλώσεών του με λοιμώδεις ή φλεγμονώδεις καταστάσεις.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής με πρόσφατα διαγνωσθείσα κοιλιοκάκη και ιστορικό πολλαπλών νοσηλειών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμμένοντος εμπυρέτου και κοιλιακού άλγους. Κατά τις προηγούμενες νοσηλείες είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία ανέδειξε διογκωμένους μεσεντέριους λεμφαδένες. Ο εκτεταμένος ανοσολογικός και λοιμωξιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ η γαστροσκόπηση με βιοψίες ανέδειξε ευρήματα συμβατά με κοιλιοκάκη και χρόνια ενεργό γαστρίτιδα με παρουσία *Helicobacter pylori*. Ακολούθησε βιοψία μεσεντέριου λεμφαδένα, η οποία αρχικά ερμηνεύθηκε ως νεκρωτική κοκκιωματώδης λεμφαδενίτιδα συμβατή με λοίμωξη από *Yersinia*, οδηγώντας σε χορήγηση στοχευμένης αντιβιοτικής αγωγής χωρίς, ωστόσο, κλινική ανταπόκριση.

Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων πραγματοποιήθηκε εκ νέου πλήρης διερεύνηση. Ο επαναληπτικός ανοσολογικός και λοιμωξιολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων καλλιεργειών αίματος και ούρων, παρέμεινε αρνητικός. Η μαγνητική εντερογραφία ανέδειξε ήπια πάχυνση και σκιαγραφικό εμπλουτισμό του τελικού ειλεού, μικρούς μεσεντέριους λεμφαδένες και ηπατομεγαλία χωρίς εστιακές αλλοιώσεις. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε διαβρωτική γαστρίτιδα άντρου, ενώ η κολονοσκόπηση με καθετηριασμό του τελικού ειλεού δεν κατέδειξε ενεργό φλεγμονή ή βλεννογονικές αλλοιώσεις. Η επανεκτίμηση του βιοπτικού υλικού σε εξειδικευμένο παθολογοανατομικό εργαστήριο ανέδειξε Τ-λεμφοϋπερπλαστική αλλοίωση με ανώμαλο ανοσοφαινότυπο, νεκρώσεις και αυξημένο δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Σε συνδυασμό με το ιστορικό κοιλιοκάκης, τα ευρήματα συνηγορούσαν υπέρ Τ-κυτταρικής προέλευσης μη Hodgkin λεμφώματος, με πιθανότερη διάγνωση το Τ-κυτταρικό λέμφωμα σχετιζόμενο με εντεροπάθεια (EATL).

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη διαγνωστική πρόκληση του εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας σε ασθενείς με κοιλιοκάκη και υπογραμμίζει τη σημασία της επανεκτίμησης ιστολογικού υλικού όταν η κλινική πορεία δεν συμβαδίζει με την αρχική διάγνωση. Η συνδυαστική αξιολόγηση κλινικών, απεικονιστικών και ιστοπαθολογικών δεδομένων είναι καθοριστική για την έγκαιρη αναγνώριση του Τ-κυτταρικού λεμφώματος σχετιζόμενου με εντεροπάθεια (EATL).

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 084

ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΑΠΟ YERSINIA ENTEROCOLITICA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΜΙΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Αλίκη Βασιλείου[1], Αναστασία Λάντου[1], Φώτιος Αθανασιάδης[1], Ευμορφία Μαρία Παπαβασιλείου[1], Δημήτριος Πλαγεράς[1], Βασίλης Κοψαχείλης[1], Δημήτριος Γερογιάννης[2], Γεώργιος Κουκούλης[2], Αθανάσιος Μπακάλης[2], Ματθαίος Ευθυμίου[2]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*
[2] *Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοίμωξη από *Yersinia enterocolitica* είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη, ωστόσο σε ασθενείς με σιδηροφόρτωση και ανοσολογική δυσλειτουργία μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά σηψαιμία. Ασθενείς με β-θαλασσαιμία αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας αναφοράς είναι η ανάδειξη της βαρύτητας και των ιδιαιτεροτήτων της λοίμωξης σε αυτόν τον πληθυσμό.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται άνδρας 48 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής, σπληνεκτομής και μεταγγισιοεξαρτώμενης β-θαλασσαιμίας με χρόνια σιδηροφόρτωση υπό αγωγή αποσιδήρωσης, ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ του ΓΝΛ με εμπύρετό, ρίγος και διάρροια από τριημέρου.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή παρουσίαζε υπόταση, ταχυκαρδία και υψηλό πυρετό (39°C), με διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία, εντονότερη στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο. Ετέθη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή, χορηγήθηκαν υγρά και αγγειοσυσπαστικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, οξεία νεφρική βλάβη και τρανσαμινασαιμία. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εικόνα συμβατή με κολίτιδα. Ο ασθενής επιδεινώθηκε ταχέως με εικόνα οξείας κοιλίας και σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, οπότε οδηγήθηκε σε επείγουσα διερευνητική λαπαροτομία και μετεγχειρητική νοσηλεία στη ΜΕΘ με μηχανικό αερισμό και διπλή αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Από καλλιέργειες αίματος και μοριακό έλεγχο κοπράνων απομονώθηκε *Yersinia enterocolitica*, ενώ το ίδιο επιβεβαιώθηκε και ιστολογικά από λεμφαδένα μεσεντερίου. Κατά τη νοσηλεία του απαιτήθηκε συνεχής νεφρική υποκατάσταση με χρήση high cut-off φίλτρου. Η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε στοχευμένη (κεφτριαξόνη και σιπροφλοξασίνη), με σταδιακή κλινική βελτίωση. Ο ασθενής προοδευτικά εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και αποσωληνωθηκε.

Συμπεράσματα: Η *Yersinia enterocolitica* μπορεί να προκαλέσει κεραυνοβόλο ακόμα και θανατηφόρο σηψαιμία σε ασθενείς με υπερφόρτωση σιδήρου. Η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση έναρξη κατάλληλης θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας. Απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας σε ασθενείς με β-θαλασσαιμία και συμβατή κλινική εικόνα

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 085

ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΤΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Φώτιος Αθανασιάδης, Μαριάνθη Τογκαρίδου, Αναστασία Λάντου, Σοφία Διονυσία Μαλαπάνη, Βασίλης Κοψαχείλης, Δημήτριος Πλαγεράς

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ηωσινοφιλική κολίτιδα αποτελεί σπάνια μορφή των ηωσινοφιλικών διαταραχών του γαστρεντερικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από ποικίλη κλινική εικόνα και διαγνωστικές δυσκολίες. Η διάγνωση βασίζεται στον αποκλεισμό λοιμωδών, αυτοάνοσων, αιματολογικών και άλλων αιτιών ηωσινοφιλίας. Παρουσιάζεται περιστατικό νεαρού ασθενούς με επίμονη ηωσινοφιλία και διάρροιες, στο οποίο η τελική διάγνωση τέθηκε μετά από εκτεταμένη διερεύνηση.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 21 ετών με ιστορικό λευκοκυττάρωσης με ηωσινοφιλία, πιθανό αλλεργικό άσθμα και θετικό οικογενειακό ιστορικό κοιλιοκάκης και ηωσινοφιλίας εισήχθη λόγω κοιλιακού άλγους και υποτροπιαζουσών διαρροϊκών κενώσεων διάρκειας επτά ημερών. Πέντε ημέρες πριν είχε λάβει εμπειρικά σιπροφλοξασίνη χωρίς κλινική ανταπόκριση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση με ποσοστό ηωσινοφίλων άνω του 30%, ενώ η αξονική τομογραφία αποκάλυψε μονήρη όζο σπληνός και δύο υπεζωκοτικούς όζους. Ακολούθησε εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος για παρασιτικά νοσήματα, ιογενείς λοιμώξεις, αυτοάνοσα και αιματολογικά νοσήματα, καθώς και κολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών.

Αποτελέσματα: Ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, λοίμωξη από HIV, σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, αυτοάνοσα νοσήματα και παρασιτικές λοιμώξεις ήταν αρνητικός, όπως και οι εξετάσεις κοπράνων. Ο ασθενής έλαβε εμπειρική ενδοφλέβια μετρονιδαζόλη και παρουσίασε σταδιακή ύφεση των συμπτωμάτων. Η ιστολογική εξέταση των βιοψιών του παχέος εντέρου ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ηωσινοφιλική κολίτιδα, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση μετά τον αποκλεισμό άλλων αιτίων ηωσινοφιλίας.

Συμπεράσματα: Η ηωσινοφιλική κολίτιδα αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική αιτία χρόνιας διάρροιας και περιφερικής ηωσινοφιλίας, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς με ατοπικό υπόβαθρο. Η διάγνωση απαιτεί συστηματικό αποκλεισμό λοιμωδών, αυτοάνοσων και αιματολογικών νοσημάτων και επιβεβαίωση με ιστολογική εξέταση. Η έγκαιρη αναγνώριση της νόσου συμβάλλει στην αποφυγή άσκοπων θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην ορθολογική αντιμετώπιση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 086

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ORTNER (ΚΑΡΔΙΟΦΩΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Αλέξανδρος Κοτοπούλης, Χρυστάλλα Παναγιώτου, Σταμάτα Παγώνη, Δήμητρα Κουτετέ
Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς», Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο Ortner, γνωστό και ως καρδιοφωνικό σύνδρομο, είναι μια σπάνια κλινική κατάσταση κατά την οποία καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούν παράλυση του αριστερού παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου με αποτέλεσμα βράγχος φωνής. Το σύνδρομο ήταν γνωστό κυρίως ως επιπλοκή σοβαρής στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας, ωστόσο μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε νοσολογική οντότητα που προκαλεί σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου και πνευμονική υπέρταση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού συνδρόμου Ortner που διαγνώσθηκε κατά τη διάρκεια νοσηλείας για ολική καρδιακή ανεπάρκεια.

Υλικό και Μέθοδοι / Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 61 ετών με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης νοσηλεύτηκε για διερεύνηση ασκίτη υπό τάση. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης (20-25%) και σημαντικά αυξημένο BNP (2198 pg/mL). Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σοβαρή διάταση του αριστερού κόλπου (LAVI 61 ml/m²), καθώς και διάταση του δεξιού κόλπου, και υψηλή πιθανότητα πνευμονικής υπέρτασης (TR Vmax 3,6 m/sec). Κατά τη νοσηλεία διερευνήθηκε συνοδό βράγχος φωνής, όπου η ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση ανέδειξε πάρεση της αριστερής αληθούς φωνητικής χορδής σε μέση θέση. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονικές τομογραφίες απέκλεισε κακοήθη βλάβη ή οξεία παθολογία της αορτής.

Αποτελέσματα: Με αποκλεισμό άλλων αιτιών, η μηχανική συμπίεση μεταξύ του σοβαρά διατεταμένου αριστερού κόλπου και της διευρυμένης υπερτασικής πνευμονικής αρτηρίας αναδείχθηκε ως η πιθανότερη αιτία της νευροπάθειας. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο καρδιακής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Ortner αποτελεί σπάνια επιπλοκή σοβαρής ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας και πνευμονικής υπέρτασης. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, καθώς και η αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτίας, όταν αυτό είναι εφικτό, μπορούν να βελτιώσουν την κατά τα άλλα δυσμενή πρόγνωση αυτής της πάθησης. Σε ασθενή με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και βράγχος φωνής, το σύνδρομο αυτό πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση, καθώς αντικατοπτρίζει σοβαρή δομική αναδιαμόρφωση και νόσο τελικού σταδίου, αναδεικνύοντας την ανάγκη έγκαιρης και εξειδικευμένης παρέμβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 087

ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΑΛΛΗΡΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΔΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άννα Βασιλείου[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Ελένη Πάππη[1], Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Δημήτριος Φαγκρέζος[2], Αλέξια Χριστοδούλου[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Δήμητρα Τσιάκου[1], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Ελισάβετ Κτενά[1], Σταμάτης Πούπαλος[1], Βασιλική Αργιανά[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων

Εισαγωγή / Σκοπός: Η στένωση ή/και απόφραξη των κλάδων των ενδοκοιλιακών αγγείων δεν είναι ασυνήθιστη σε ηλικιωμένους ασθενείς λόγω της γενικευμένης αθηρωμάτωσης και των υποκείμενων νοσημάτων. Η κλινική εικόνα συνήθως είναι βαριά με περιορισμένες δυνατότητες παρέμβασης, κατά κύριο λόγο χειρουργικής, και συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό θνητότητας.

Παρουσιάζεται περίπτωση πλήρους απόφραξης του αλλήρειου τρίποδα σε ηλικιωμένη ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 90 ετών διεκομίσθη στο παθολογικό ΤΕΠ λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης και διάχυτου κοιλιακού άλγους. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ και δυσλιπιδαιμία. Η ασθενής βρισκόταν σε κατάσταση καταπληξίας με αιμοδυναμική αστάθεια οπότε μεταφέρθηκε άμεσα στο Τμήμα Ανάνηψης για χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε χαμηλή κλίμακα Γλασκώβης (GCS 9/15), απουσία εντερικών ήχων, διάχυτη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας με σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού, απώλεια αίματος από το ορθό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένες τρανσαμινάσες (SGOT:15.790U/L και SGPT:6.085U/L), LDH: 18.951U/L, ALP 103U/L, γGT 26U/L, χολερυθρίνη ολική/άμεση 6,77/2,8mg/dL, ουρικό οξύ 17,1mg/dL, CPK 4.368U/L, τροπονίνη 550pg/mL, BNP 3.358pg/mL, CRP 130mg/L, WBC 18.700/μL, Hb 12,5g/dL, INR 4,2, D-Dimer 34,6μg/mL.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα αξονική κοιλίας με ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία όπου ανευρέθη πλήρης απόφραξη του αλλήρειου τρίποδα με εικόνα ισχαιμικής νέκρωσης του ήπατος και διάχυτου οιδήματος του εντερικού τοιχώματος με σημεία νέκρωσης. Έγινε χειρουργική εκτίμηση με αδυναμία οποιασδήποτε παρέμβασης και στη συνέχεια η ασθενής διεκομίσθη σε Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας όπου έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια τοποθέτησης stent στον αλλήρειο τρίποδα. Παρασχέθηκε παρηγορητική φροντίδα και η ασθενής κατέληξε εντός της επόμενης ημέρας.

Συμπεράσματα: Η πλήρης απόφραξη του αλλήρειου τρίποδα είναι μια εξαιρετικά βαριά κατάσταση που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την έγκαιρη διάνοιξη της απόφραξης (θρομβεκτομή ή τοποθέτηση stent). Σε κάθε άλλη περίπτωση η πάθηση συνοδεύεται από 100% θνητότητα εντός των επόμενων ωρών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 088

ΜΙΜΗΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΥΦΛΟΥ ΜΕ ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΜΕ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΑ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Ιωάννης Γαβαλάς[1], Παύλος Βολουδάκης[1], Αθανάσιος Κατηφόρης[1], Σεραφείμ Καράβατος[1], Γεώργιος Πηλιανίδης[2]

[1] Παθολογική Κλινική, Πολυδύναμη Νοσηλευτική Μονάδα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης
[2] Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Γεώργιος Παπανικολάου

Εισαγωγή / Σκοπός: οι πνευμονικές μεταστάσεις με κεγχροειδές πρότυπο και η λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση ως αρχική εκδήλωση καρκίνου παχέος εντέρου αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες οντότητες. Παρουσιάζεται περιστατικό αδενοκαρκινώματος τυφλού με αναπνευστική συμπτωματολογία που προσομοίαζε απορρύθμιση άσθματος με παροδική ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή.

Υλικό και Μέθοδοι: άνδρας 86 ετών με ιστορικό επαρκώς ρυθμισμένου βρογχικού άσθματος προσήλθε λόγω προοδευτικής δύσπνοιας και επεισοδίων συριγμού με σημαντική ημερήσια διακύμανση από τετραμήνου. Διενεργήθηκαν κλινικός, εργαστηριακός, λειτουργικός και απεικονιστικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων αξονικής τομογραφίας (CT), τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων – αξονική τομογραφία **(**PET-CT), θωρακοκέντησης και κολοσκόπησης με βιοψία.

Αποτελέσματα: ο αρχικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος και εξετάσεις αίματος ήταν φυσιολογικός, ενώ η σπιρομέτρηση ανέδειξε αποφρακτικού τύπου διαταραχή αερισμού. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως παρόξυνση άσθματος, παρουσίασε αρχική θεαματική ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή από του στόματος, αλλά στη συνέχεια υποτροπίασε. Διενεργήθηκε CT θώρακος που ανέδειξε πολλαπλά αμφοτερόπλευρα πνευμονικά οζίδια σε κεγχροειδή κατανομή, πλευριτική συλλογή, διογκωμένους μεσοθωρακικούς και πυλαίους λεμφαδένες, καθώς και ευρήματα συμβατά με λεμφαγγειακή διασπορά. Το πλευριτικό υγρό ήταν εξίδρωμα με αρνητική κυτταρολογική και καλλιέργεια. Η CT κοιλίας ανέδειξε μια υπόπυκνη ηπατική αλλοίωση, ασύμμετρη πάχυνση του τοιχώματος του τυφλού και κοιλιακή λεμφαδενοπάθεια. Το PET-CT κατέδειξε υπερμεταβολική βλάβη στην περιοχή του τυφλού με εκτεταμένη μεταστατική νόσο σε πνεύμονες, υπεζωκότα, ήπαρ, λεμφαδένες και οστά. Η χρωμογρανίνη ορού ήταν επταπλάσια του φυσιολογικού, πιθανότατα αποδιδόμενη στη λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων, ενώ η κολοσκόπηση επιβεβαίωσε αδενοκαρκίνωμα τυφλού, χωρίς ανοσοϊστοχημική έκφραση συναπτοφυσίνης.

Συμπεράσματα: η επιδείνωση προϋπάρχοντος άσθματος σε ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς σαφή εκλυτικό παράγοντα θα πρέπει να εγείρει υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Η παροδική ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή μπορεί να λειτουργήσει παραπλανητικά και να καθυστερήσει τη διάγνωση. Ο καρκίνος παχέος εντέρου δύναται σπάνια να εκδηλωθεί με κεγχροειδές πρότυπο πνευμονικών μεταστάσεων και λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 089

ΟΡΟΝΟΣΙΑ ΩΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χρυστάλλα Παναγιώτου[1], Μαρία Μπουρέλου[1], Γεώργιος Κυρίτσης[2], Σταμάτα Παγώνη[1], Δήμητρα Κουτετέ[1]

[1] Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς», Αθήνα
[2] Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ριτουξιμάμπη είναι ένα χιμαιρικό μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD20, που χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση αυτοάνοσων και λεμφοϋπερπλαστικών νοσημάτων. Αν και οι ήπιες αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση είναι συχνές, η ορονοσία αποτελεί σπάνια επιπλοκή με περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα. Πρόκειται για αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου III, διαμεσολαβούμενη από ανοσοσυμπλέγματα, που χαρακτηρίζεται από εμπύρετο, εξάνθημα, αρθραλγίες και μείωση του συμπληρώματος, εικόνα που συχνά προσομοιάζει με λοιμώδη νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ορονοσίας μετά από χορήγηση ριτουξιμάμπης σε ασθενή με σύνδρομο Sjögren, με έμφαση στη διαφορική διάγνωση και τη διαγνωστική προσέγγιση.

Υλικό και Μέθοδοι / Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 54 ετών με σύνδρομο Sjögren και απομυελινωτικές εστίες στο ΚΝΣ νοσηλεύτηκε με εμπύρετο (38,7°C), κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, οίδημα δακτύλων και αδυναμία άκρων, 15 ημέρες μετά τη χορήγηση της 1ης δόσης ριτουξιμάμπης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θρομβοπενία (PLT: 86.000), αύξηση D-διμερών και υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP: 186,6, PCT: 1,4). Ο εκτεταμένος ιολογικός έλεγχος (CMV, EBV, HSV I-II, HHV6/7/8, VZV, Adenovirus, Parvovirus, Enterovirus) και οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και κοπράνων απέβησαν αρνητικά.

Αποτελέσματα: Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε μείωση C3 και C4, συμβατή με ανοσοσυμπλεγματικά διαμεσολαβούμενη αντίδραση. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε με κορτικοστεροειδή (μεθυλπρεδνιζολόνη) και αντιισταμινικά, με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, πτώση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 11,5) και αποδρομή του εξανθήματος.

Συμπεράσματα: Η ορονοσία από ριτουξιμάμπη αποτελεί διαγνωστική πρόκληση λόγω της ομοιότητάς της με λοιμώδη νόσο ή έξαρση ρευματολογικού νοσήματος. Ο συστηματικός αποκλεισμός λοιμώξεων σε συνδυασμό με τον ανοσολογικό έλεγχο — ιδίως η μείωση C3/C4 — είναι καθοριστικά για την ορθή διάγνωση και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 090

ΟΝΥΧΟΜΑΔΗΣΗ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ COXSACKIE VIRUS A6 ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Χρυστάλλα Παναγιώτου[1], Γεώργιος Κυρίτσης[2], Σταμάτα Παγώνη[1], Δήμητρα Κουτετέ[1]

[1] Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς», Αθήνα
[2] Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος χειρός-ποδός-στόματος (Hand, Foot and Mouth Disease, HFMD) είναι μια αυτοπεριοριζόμενη ιογενής λοίμωξη που προσβάλλει κυρίως παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών. Τα τελευταία χρόνια, εξάρσεις του ιού Coxsackie A6 (CVA6) έχουν αυξήσει τη συχνότητα εμφάνισής της και στους ενήλικες. Η ονυχομάδηση, δηλαδή η αποκόλληση της ονυχαίας πλάκας λόγω παροδικής αναστολής της μήτρας του νυχιού, αποτελεί καθυστερημένη επιπλοκή της HFMD που συχνά δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός τέτοιου περιστατικού σε ενήλικα ασθενή και η ανάδειξη της κλινικής του σημασίας.

Υλικό και Μέθοδοι / Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 60 ετών νοσηλεύτηκε με εμπύρετο, οδυνοφαγία, γαστρεντερικές διαταραχές και κηλιδοβλατιδώδες-φυσαλιδώδες εξάνθημα στα χέρια, τα πόδια, το τριχωτό της κεφαλής και τον στοματοφάρυγγα, εικόνα συμβατή με HFMD. Εστάλη μοριακός έλεγχος αίματος και στοματοφαρυγγικού επιχρίσματος, όπου επιβεβαιώθηκε λοίμωξη από CVA6. Τρεις εβδομάδες μετά την κλινική ανάρρωση ο ασθενής εμφάνισε ονυχομάδηση που αφορούσε και τα 10 νύχια των χεριών και από 2 νύχια κάθε ποδιού, με συνοδά ευρήματα γραμμών Beau και ονυχόλυσης. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε πλήρης επανέκφυση των νυχιών εντός 8 έως 12 εβδομάδων χωρίς επιπλοκές. Ως πιθανοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί αναφέρονται η άμεση ιική κυτταροτοξικότητα, η τοπική φλεγμονή και το συστηματικό stress. Σε σύγκριση με άλλους ορότυπους, ο CVA6 συσχετίζεται με σοβαρότερες και εκτεταμένες βλεννογονοδερματικές και ονυχαίες βλάβες, ιδίως στους ενήλικες.

Συμπεράσματα: Η ονυχομάδηση μετά από HFMD αποτελεί αναδυόμενη κλινική οντότητα σε ενήλικες, με τον CVA6 να αναδεικνύεται ως το συχνότερα υπεύθυνο αίτιο. Η έγκαιρη αναγνώριση της επιπλοκής επιτρέπει την κατάλληλη ενημέρωση του ασθενή και αποτρέπει τη διενέργεια περιττών διαγνωστικών εξετάσεων ή λανθασμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Καθώς η συχνότητα των λοιμώξεων από CVA6 σε ενήλικες αυξάνεται, η περαιτέρω διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών και των παραγόντων κινδύνου αποκτά ολοένα μεγαλύτερη κλινική σημασία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 091

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ελένη Πάππη[1], Βασιλική Αργιανά[1], Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Παρασκευή Βλάχου[2], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Αλέξια Χριστοδούλου[1], Άννα Βασιλείου[1], Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Σταμάτης Πούπαλος[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Δημήτριος Θεοδωρίδης[1], Δήμητρα Τσιάκου[1], Ελισάβετ Κτενά[1], Χριστόφορος Τριανταφυλλίδης[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) ανήκει στους ερπητοϊούς, ένα συχνό παθογόνο του ανθρώπου. Στους ανοσοεπαρκείς ενήλικες η λοίμωξη είναι συνήθως ασυμπτωματική ή εκδηλώνεται ως σύνδρομο μονοπυρήνωσης, ενώ σοβαρές εκδηλώσεις παρατηρούνται κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η πνευμονική προσβολή σε ανοσοεπαρκή άτομα αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα.

Παρουσιάζεται περίπτωση βαριάς πνευμονίας από CMV σε ανοσοεπαρκή ενήλικα.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 54 ετών, χωρίς αξιόλογο ατομικό αναμνηστικό εκτός πρόσφατου ταξιδιού στο Πακιστάν, προσήλθε λόγω εμπυρέτου από 20ημέρου με ρίγος. Κλινικά διαπιστώθηκαν τρίζοντες κυρίως στο αριστερό ημιθωράκιο καθώς και μυκητιασικό εξάνθημα σε κοιλία και βουβωνικές χώρες. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια ορθόχρωμη αναιμία, χολοστατικού τύπου διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και έντονο φλεγμονώδες σύνδρομο, ενώ η αερομετρία έδειξε ήπια αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πυκνωτικά διηθήματα στο αριστερό μέσο και κάτω πνευμονικό πεδίο. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και πτυέλων, μοριακός έλεγχος λοιμώξεων αναπνευστικού και αντιγόνα ούρων για λεγεωνέλλα και πνευμονιόκοκκο.

Παρά τη διαδοχική χορήγηση μοξιφλοξασίνης, πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης, βανκομυκίνης και δοξυκυκλίνης, δεν παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε αμφοτερόπλευρα πυκνωτικά διηθήματα και ήπια μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια. Ακολούθησε εκτενής διερεύνηση με επαναληπτικές καλλιέργειες, έλεγχο για μυκοβακτηρίδια, Quantiferon και ορολογικές εξετάσεις για άτυπα παθογόνα χωρίς διαγνωστικό εύρημα. Τελικά διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL).

Αποτελέσματα: Από το BAL ανιχνεύθηκε CMV-DNA τεκμηριώνοντας τη διάγνωση πνευμονίας από CMV. Εν τω μεταξύ, μετά από τροποποίηση της αγωγής σε μεροπενέμη, κοτριμοξαζόλη και δοξυκυκλίνη κι ενώ εκκρεμούσε το αποτέλεσμα του BAL, ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή ύφεση του εμπυρέτου με βελτίωση των δεικτών φλεγμονής, οπότε δεν κρίθηκε αναγκαία η χορήγηση γκανσικλοβίρης. Ο ασθενής απογαλακτίστηκε από το οξυγόνο και εξήλθε σε άριστη κλινικοεργαστηριακή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η πνευμονία από CMV αποτελεί σπάνια αιτία άτυπης πνευμονίας σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Η έγκαιρη υποψία και η ανίχνευση CMV-DNA στο BAL μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στη διάγνωση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παρατεταμένου εμπυρέτου και αποτυχίας της εμπειρικής αντιμικροβιακής θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 092

ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER `Η ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ; Η ΠΡΩΤΕΪΝΗ TAU ΟΡΟΥ ΩΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΕΚΠΤΩΣΗΣ

Μαρία Σταυροπούλου, Γεώργιος Δρόσος, Ιωάννης Τσετζάν, Στυλιανή Χιώτη, Ελευθέριος Χατζηδούκας, Δήμητρα-Μαρία Μπίσια, Χρήστος Παπαχρονόπουλος, Παρασκευή Κατσέλη, Πολύδωρος Κωνσταντινίδης, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Ελευσίνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πολυπαραγοντική γνωσιακή έκπτωση αποτελεί μία κλινική πρόκληση στην Εσωτερική Παθολογία λόγω της πιθανής συνύπαρξης δυνητικά αναστρέψιμων αιτίων και νευροεκφυλιστικών νοσημάτων όπως η νόσος Alzheimer (ΝΑ). Η φωσφορυλιωμένη πρωτεΐνη tau (pTau) ορού αναδεικνύεται ως βιοδείκτης που δύναται να ενισχύσει τη διαγνωστική ακρίβεια της ΝΑ σε σύνθετες περιπτώσεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 74 ετών, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και χρόνιας προβληματικής χρήσης αλκοόλ, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω ιστορικού πολλαπλών πτώσεων και συγχυτικής συνδρομής. Κατόπιν ολοκλήρωσης του πρωτοκόλλου διερεύνησης κακώσεων και νευρολογικής εκτίμησης με αποκλεισμό οξέος ενδοκράνιου συμβάντος, παραπέμφθηκε στην Παθολογική Κλινική λόγω αναιμίας (Hb=7.2 g/dL). Ο διαγνωστικός έλεγχος ανέδειξε χαμηλή τιμή Β12 ορού (140 pg/mL) και τιμή θειαμίνης ορού στα κατώτερα επίπεδα αναφοράς, οπότε χορηγήθηκε αγωγή υποκατάστασης για αμφότερες. Ο λοιπός έλεγχος (θυρεοειδικές ορμόνες, ανάλυση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, υπολογιστική τομογραφία θώρακος και κοιλίας, ενδοσκόπηση πεπτικού) ήταν αρνητικός. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μικροισχαιμική λευκοεγκεφαλοπάθεια και σημαντική ατροφία ιπποκάμπων (Scheltens II). Η νευρολογική εκτίμηση υπέδειξε βαριά άνοια, ενώ η ψυχιατρική εκτίμηση ανέδειξε συμπεριφορές διαταραχές, για τις οποίες χορηγήθηκαν κουετιαπίνη, λοραζεπάμη και μιρταζαπίνη.

Αποτελέσματα: Παρά την παρουσία δυνητικά αναστρέψιμων αιτίων γνωσιακής δυσλειτουργίας, όπως ένδεια Β12, χρόνιος αιθυλισμός και καρδιαγγειακή συννοσηρότητα, η κλινική εικόνα και τα νευροαπεικονιστικά ευρήματα έθεσαν υποψία συνυπάρχουσας ΝΑ. Διενεργήθηκε εξέταση pTau ορού, η οποία ήταν θετική, αναδεικνύοντας επιπλέον νευροεκφυλιστική αιτιολογία και υποστηρίζοντας την έναρξη θεραπείας με μεμαντίνη. Η κλινική εικόνα αποδόθηκε σε πολυπαραγοντική άνοια με τεκμηριωμένο βιολογικό υπόστρωμα ΝΑ. Ο ασθενής εξήλθε υπό συμπαρακολούθηση από εσωτερικό παθολόγο, νευρολόγο και ψυχίατρο.

Συμπεράσματα: Η pTau ορού αποτελεί χρήσιμο συμπληρωματικό βιοδείκτη της ΝΑ σε άτομα με πολυπαραγοντική γνωσιακή έκπτωση. Η ενσωμάτωσή της στην κλινική λήψη αποφάσεων μπορεί να μεταβάλει τη διαγνωστική κατεύθυνση, διευκολύνοντας την ολιστική αντιμετώπιση σε σύνθετες περιπτώσεις.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 093

ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΕΛΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ: ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΥΠΟ ΑΜΠΕΜΑΣΙΚΛΙΜΠΗ ΛΟΓΩ ΠΙΘΑΝΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕ ΦΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ

Στυλιανή Χιώτη, Γεώργιος Δρόσος, Μαρία Σταυροπούλου, Ιωάννης Τσετζάν, Ελευθέριος Χατζηδούκας, Βαρβάρα Σταύρου, Χρήστος Παπαχρονόπουλος, Παρασκευή Κατσέλη, Πολύδωρος Κωνσταντινίδης, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Ελευσίνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι αναστολείς κυκλινοεξαρτώμενης κινάσης (αΚΕΚ), ενδεδειγμένοι για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, δύνανται να προκαλέσουν μυελοκαταστολή εκδηλούμενη ως παγκυτταροπενία. Μεταβολίζονται μέσω ηπατικών μηχανισμών κοινών για πλήθος άλλων ξενοβιοτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων συμπληρωμάτων διατροφής και φυτικών σκευασμάτων, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 67 ετών με μεταστατικό καρκίνο μαστού στο ήπαρ υπό αγωγή με αμπεμασικλίμπη και ταμοξιφαίνη προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω αναιμίας (Hb=8.5 g/dL). Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκε παγκυτταροπενία (Hb=8.4 g/dL, αριθμός ουδτεροφίλων=800/μL, αριθμός αιμοπεταλίων=110 K/μL), χαμηλά δικτυοερυθροκύτταρα και απουσία κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων αιμορραγίας ή λοίμωξης. Η μικροσκόπηση περιφερικού αίματος, οι χρόνοι πήξης και οι αιματινικοί δείκτες ήταν φυσιολογικοί. Διακόπηκαν η αμπεμασικλίμπη και η ταμοξιφαίνη και χορηγήθηκαν συμπυκνωμένα ερυθρά και φιλγραστίμη, με αποκατάσταση της αναιμίας, της ουδετεροπενίας και σταδιακά των δικτυοερυθροκυττάρων. Η θρομβοπενία επέμενε, ενώ ο ανοσολογικός έλεγχος και οι επαναλαμβανόμενες μικροσκοπήσεις παρέμειναν αρνητικά για παθολογικά γνωρίσματα. Νέα λήψη του ιστορικού παρούσας νόσου ανέδειξε πρόσφατη λήψη συμπληρώματος διατροφής περιέχον πολλαπλά φυτικά εκχυλίσματα ως χημειοπροφύλαξη για λοίμωξη ουροποιητικού από δύο εβδομάδων, το οποίο η ασθενής δεν είχε αναφέρει και συνέχιζε να λαμβάνει ιδία βουλήσει. Συστήθηκε άμεση διακοπή.

Αποτελέσματα: Τέσσερις ημέρες μετά τη διακοπή του συμπληρώματος παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση των αιμοπεταλίων (>150 K/μL), η οποία διατηρήθηκε. Η αρχική παγκυτταροπενία αποδόθηκε σε μυελοκαταστολή από την αμπεμασικλίμπη, ενώ η εμμένουσα θρομβοπενία θεωρήθηκε πιθανό αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του αΚΕΚ με το φυτικό σκεύασμα, δεδομένου του κοινού ηπατικού μεταβολισμού και της ηπατικής μεταστατικής νόσου, υπόθεση που ενισχύθηκε από τη βελτίωση μετά τη θετική δοκιμασία διακοπής (dechallenge) του συμπληρώματος. Μετά το εξιτήριο επιβεβαιώθηκε πλήρης αποκατάσταση του αιμοδιαγράμματος και κατόπιν ογκολογικής συνεκτίμησης αποφασίστηκε επανέναρξη του αΚΕΚ.

Συμπεράσματα: Η συγχορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής με αντινεοπλασματικούς παράγοντες απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση λόγω πιθανών αλληλεπιδράσεων και αυξημένου κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 094

ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΝΟΜΥΪΚΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Ελένη Πάππη[1], Αναστασία Δουκοπούλου[2], Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Άννα Βασιλείου[1], Ελισάβετ Κτενά[1], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Αλέξια Χριστοδούλου[1], Σταμάτης Πούπαλος[1], Ανδρέας Μερλέγγος[1], Δήμητρα Τσιάκου[1], Αναστασία Σπανογιάννη[1], Βασιλική Αργιανά[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι διαταραχές της αρτηριακής κυκλοφορίας απαιτούν έγκαιρη αιτιολογική διάγνωση και διαφοροδιάγνωση για τη μείωση της νοσηρότητας. Σπάνιο αλλά υπαρκτό αίτιο ανατομικής διαταραχής των αρτηριών αποτελεί η ινομυϊκή δυσπλασία (ΙΜΔ). Με επιπολασμό τουλάχιστον 4:1000 και προσβολή κατά 80-90% του γυναικείου φύλου (ηλικίες 40-60 ετών), στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η πρωτοδιάγνωση ΙΜΔ σε ασθενή με συμπτωματική στένωση νεφρικής αρτηρίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 51 ετών προσήλθε με άλγος δεξιού υποχονδρίου αντανακλώμενο στην οσφύ και συνοδό έμετο. Κλινικά εμφάνιζε τοπική ευαισθησία και θετικό σημείο Giordano σύστοιχα. Ο εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, βιοχημικό, πήξη, γαλακτικό, ένζυμα ισχαιμίας, CRP, γενική ούρων) και ο υπέρηχος κοιλίας ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στη CT κοιλίας αναδείχθηκε διαταραχή πλήρωσης της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας στο εγγύς τριτημόριο, με διακρινόμενη κομβολογιοειδή απεικόνιση. Η CT αγγειογραφία επιβεβαίωσε καθυστερημένη πρόσληψη σκιαγραφικού στην αρτηριακή φάση του δεξιού νεφρού, ομοιόμορφα, χωρίς ελλείμματα (έμφρακτα). Μέχρι την αποσαφήνιση του αιτίου, η ασθενής αντιμετωπίστηκε υποστηρικτικά με επαρκή ενυδάτωση και αντιπηκτική αγωγή ως επί οξείας θρόμβωσης/εμβολής.

Αποτελέσματα: Μετά το εξιτήριο, ο έλεγχος θρομβοφιλίας απέβη αρνητικός, ενώ η PET/CT απέκλεισε ενεργό αγγειίτιδα ή άλλη φλεγμονή. Βάσει του απεικονιστικού ελέγχου, τέθηκε με βεβαιότητα από ειδικό αγγειοχειρουργό η διάγνωση της ΙΜΔ. Έγινε διακοπή των αντιπηκτικών και η ασθενής τέθηκε σε τακτική παρακολούθηση (επιτήρηση νεφρικής αρτηρίας, triplex καρωτίδων-αορτής-λαγονίων) και επιμελή ρύθμιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, παραμένοντας ελεύθερη επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Η ΙΜΔ αποτελεί αίτιο στένωσης, διαχωρισμού ή ανευρυσμάτων των αρτηριών (συνηθέστερα νεφρικών και καρωτίδων), οδηγώντας σε δευτεροπαθή υπέρταση, νευρολογικά συμπτώματα (όπως ημικράνια, εμβοές ή ισχαιμικά εγκεφαλικά) ή άλλη συμπτωματολογία αναλόγως της προσβεβλημένης αρτηρίας. Η έγκαιρη αναγνώριση και παρακολούθηση είναι κρίσιμες, ενώ τυχόν επεμβατική διαχείριση παρουσιάζει υψηλή τεχνική δυσκολία και απαιτεί εξειδικευμένη στην ΙΜΔ αγγειοχειρουργική ομάδα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 095

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΤΥΠΟΥ 2, ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιώτης Σταθόπουλος, Μαρία Μανιατάκου, Νικόλαος Σκεπετάρης, Αντώνιος Κριλής, Ελένη Αγγελονίδου

Ν.Θ.Π. «Η Παμμακάριστος»

Εισαγωγή: Η ηπατίτιδα από τον Ιό του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus – HSV), είναι μια σπάνια και απειλητική για τη ζωή νόσος, που συνήθως εμφανίζεται σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Παρουσιάζεται με μη ειδική συμπτωματολογία, και συχνά, οι χαρακτηριστικές βλεννογονοδερματικές βλάβες μπορεί να απουσιάζουν, καθυστερώντας την διάγνωση, τη θεραπεία, με αντίκτυπο στην θνητότητα.

Περιστατικό: Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός 52χρονου άνδρα, με ατομικό αναμνηστικό οροαρνητικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας, υπό μεθοτρεξάτη και χαμηλές δόσεις γλυκοκορτικοειδών, που προσήλθε λόγω από τετραημέρου κοιλιακού άλγους, εμέτων και κακουχίας. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μέτρια τρανσαμινασαιμία, η οποία αρχικά αποδόθηκε σε ηπατοτοξικότητα από μεθοτρεξάτη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής εμφάνισε εμμένοντα εμπύρετα και ταχέως επιδεινούμενη ηπατική βλάβη, με εκσεσημασμένη άνοδο των τρανσαμινασών, κυτταροπενίες, διαταραχή του πηκτικού μηχανισμού, και υπερφερριτιναιμία. Η παρουσία ελκών στα γεννητικά όργανα, που είχαν διαπιστωθεί κατά τον καθετηριασμό της ουρήθρας, έθεσε υποψία της ηπατίτιδας από HSV-2, και κατηύθηναν τον διαγνωστικό έλεγχο. Έτσι, τέθηκε εμπειρική θεραπεία με ακυκλοβίρη ενδοφλεβίως. Έπειτα, ο έλεγχος με PCR για HSV-2, ανέδειξε ισχυρά θετικό αποτέλεσμα, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση. Ο ασθενής σταδιακά βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά με την αντιική θεραπεία και εξήλθε σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η ηπατίτιδα από HSV θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με οξεία ηπατική βλάβη. Η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση έναρξη αντιικής θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας και ενδεχομένως να βελτιώνουν σημαντικά την πρόγνωση αυτών των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 096

ΟΤΑΝ Η ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΠΡΟΗΓΕΙΤΑΙ ΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ: ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΞΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Alexandros Kakaris, Andreas Tychalas, Antonios Lazaridis, Maria Kotsapoikidou, Giorgos Kelasidis, Maria Gavra

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Το Σύνδρομο Στρεπτοκοκκικού Τοξικού Σοκ (STSS) χαρακτηρίζεται από ταχεία εμφάνιση καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπαρκειας, ως αποτέλεσμα της παραγωγής τοξίνης. Αποτελεί μία από τις βαρύτερες εκδηλώσεις διεισδυτικής λοίμωξης από Streptococcus pyogenes ομάδας Α και επιπλέκει τους μισούς ασθενείς με νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μορίων. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση ασθενούς με STSS όπου οι συστηματικές εκδηλώσεις του συνδρόμου προηγήθηκαν των χαρακτηριστικών τοπικών σημείων, δυσχεραίνοντας σημαντικά την έγκαιρη διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα, 56 ετών, προσήλθε λόγω έντονου άλγους στο δεξιό ημιθωράκιο από ωρών. Είχε προηγηθεί έντονη σωματική δραστηριότητα με μυϊκή θλάση στην πάσχουσα περιοχή προ ημερών. Επίσης, ανέφερε 2-3 διάρροιες την ίδια ημέρα. Κατά την αρχική εκτίμηση διαπιστώθηκε υπόταση και πολύ έντονη ευαισθησία στην ψηλάφηση του θωρακικού τοιχώματος χωρίς ωστόσο σημεία φλεγμονής στα μαλακά μόρια.

Αποτελέσματα: Από τον αρχικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε εικόνα λοίμωξης ενώ αποκλείστηκε το οξύ στεφανιαίο συνδρομο, η πνευμονική εμβολή κι ο διαχωρισμός αορτής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίαζε η ύπαρξη οξείας νεφρικής βλάβης (Creat=3 mg/dL), ενώ απουσίαζαν οι διαταραχές των αιματολογικών σειρών. Παρά τη χορήγηση υγρών, αντιβιοτικής αγωγής και αγγειοσυσπαστικών, παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, υψηλό εμπύρετο και αύξηση του ενζύμου CPK. Εντός του πρώτου 24ωρου νοσηλείας εμφάνισε ερυθρότητα στην περιοχή του αναφερόμενου άλγους που έθεσε την υπόνοια νεκρωτικής λοίμωξης μαλακών μορίων. Ακολούθησαν διαδοχικοι χειρουργικοί καθαρισμοί, οι οποίοι ανέδειξαν εκτεταμένη νεκρωτική μυοσίτιδα με επέκταση έως το μεσοθωράκιο. Οι καλλιέργειες αίματος ανέδειξαν β-αιμολυτικό πυογόνο στρεπτόκοκκο. Η ασθενής εξακολουθεί να νοσηλεύεται διασωληνωμένη στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Το STSS πρεπει να λαμβάνεται υπόψιν σε περιπτώσεις καταπληξίας άνευ σαφούς αιτίας. Χαρακτηριστικά, η νεφρική βλάβη προηγείται της εγκατάστασης υπότασης σε αντίθεση με την τυπική πορεία της σήψης από gram (-) μικρόβια. Η παρουσία υπέρμετρου άλγους θα πρέπει να εγείρει την υποψία νεκρωτικής λοίμωξης μαλακών μορίων, ακόμη και όταν οι τοπικές εκδηλώσεις είναι αρχικά πτωχές. Η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί καθοριστική θεραπεία για την επιβίωση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 097

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΑΚΗ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ JAK2-ΘΕΤΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ελένη Σκεπαρνάκου[1], Νικόλαος Νικητίδης[2]

[1] *Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα*
[2] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία (PV) με παρουσία μετάλλαξης JAK2 V617F σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θρομβωτικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων των σπλαχνικών φλεβικών θρομβώσεων, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν ως θρόμβωση της πυλαίας ή της άνω μεσεντέριας φλέβας ακόμη και απουσία άλλων κληρονομικών θρομβοφιλικών παραγόντων. Οι σπλαχνικές φλεβικές θρομβώσεις παρατηρούνται σε περίπου 5–10% των ασθενών με μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα, ενώ η ταυτόχρονη εμπλοκή πολλαπλών φλεβών της σπλαχνικής κυκλοφορίας αποτελεί σπάνια κλινική εκδήλωση και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως οξεία εντερική ισχαιμία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού εκτεταμένης πολυαγγειακής σπλαχνικής φλεβικής θρόμβωσης σε νεαρή ασθενή με JAK2-θετική PV.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 31 ετών με PV και θετική μετάλλαξη JAK2 V617F, διεγνώσθη το 2010 μετά από επεισόδιο θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας. Κατά την πορεία της νόσου εμφάνισε πυλαία υπέρταση με κιρσούς οισοφάγου, καθώς και επαναλαμβανόμενα επεισόδια σπλαχνικής φλεβικής θρόμβωσης με συμμετοχή της σπληνικής και της άνω μεσεντέριας φλέβας, συνοδευόμενα από σπληνικά έμφρακτα. Προσήλθε με οξύ κοιλιακό άλγος, εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις.

Αποτελέσματα: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εκτεταμένο οίδημα του εντερικού τοιχώματος και θρόμβωση κλάδων της άνω μεσεντέριας φλέβας με εικόνα οξείας εντερικής ισχαιμίας. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία πραγματοποιήθηκαν δεξιά κολεκτομή, εκτομή 1,8 μέτρων λεπτού εντέρου, σπληνεκτομή και δημιουργία διπλής στομίας. Η μετεγχειρητική πορεία επιπλέχθηκε με ενδοκοιλιακές και υπεζωκοτικές συλλογές που αντιμετωπίστηκαν με παροχέτευση και αντιμικροβιακή αγωγή. Μετά τη σταθεροποίηση της ασθενούς συνεχίστηκε αντιπηκτική αγωγή και κυτταρομειωτική θεραπεία με ruxolitinib.

Συμπεράσματα: Η PV σχετίζεται με σημαντική θρομβογόνο προδιάθεση, η οποία σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθεί με εκτεταμένη θρόμβωση της σπλαχνικής φλεβικής κυκλοφορίας. Η έγκαιρη απεικονιστική διερεύνηση σε ασθενείς με μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα και οξεία κοιλιακή συμπτωματολογία, καθώς και η συνδυασμένη χειρουργική και αιματολογική αντιμετώπιση, είναι καθοριστικές για τη βελτίωση της πρόγνωσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 098

Η ΝΟΣΟΣ STILL ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΥΠΟΚΡΥΠΤΟΜΕΝΗ ΩΣ ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ : ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΑΓΔΑΙΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΚΡΟΦΑΓΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ.

Διονυσία Κατσάβαρου, Παναγιώτης Ευθυμίου, Δημήτριος Κυριάζης, Βασιλική Καλλία, Γεώργιος Μαρακομιχελάκης, Ευγενία Μαυροκεφάλου

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Το Σύνδρομο Ενεργοποιήσης των Μακροφάγων (MAS) αποτελεί μια σπάνια ταχέως εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή, ιδίως της Νόσου Still Ενηλίκων (AOSD). Η AOSD αποτελεί συχνά διαγνωστική πρόκληση, καθώς στα πρώιμα στάδια μπορεί να μιμηθεί άλλα νοσήματα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη αυτής της παγίδας και της σωτήριας θεραπευτικής προσέγγισης σε ένα εξαιρετικά βαρύ περιστατικό AOSD – αρχικά διαγνωσθέντος ως οροαρνητική αρθρίτιδα – το οποίο εξελίχθηκε ενδονοσοκομειακά σε απειλητικό MAS.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 29 ετών με ιστορικό οροαρνητικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό αγωγή με μεθοτρεξάτη, προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου έως 39,5*C , κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος, φαρυγγαλγίας και διαρροιών, κατόπιν πρόσφατης διακοπής της ανοσοκατασταλτικής της αγωγής . Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε ραγδαία αναπνευστική επιδείνωση , η οποία οδήγησε στην εισαγωγή της στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σε διασωλήνωση και μηχανικό αερισμό σε πρηνή θέση λόγω ανάπτυξης σοβαρού Συνδρόμου Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ARDS).

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ακραία υπερφερριτιναιμία (41.000 ng/ml), ηπατική δυσλειτουργία, υποινωδογοναιμία και υψηλά D-dimers. Απεικονιστικά διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία και πνευμονικά διηθήματα. Η καθοριστική διάγνωση τέθηκε από την οστεομυελική βιοψία η οποία ανέδειξε σαφή στοιχεία αιμοφαγοκυττάρωσης. Βάσει των κριτηρίων τέθηκε η διάγνωση AOSD με δευτεροπαθες MAS. Η θεραπευτική στρατηγική περιελάμβανε ενδοφλέβιες ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, ανοσοσφαιρίνη (IVIG) , και άμεση έναρξη αναστολέα IL-1 (Anakinra) σε υψηλές δόσεις, με μετέπειτα προσθήκη αναστολέα JAK (Ruxolitinb). Η ασθενής παρουσίασε θεαματική βελτίωση, αποσωληνώθηκε και εξήλθε απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή.

Συμπεράσματα: Η νόσος Still των ενηλίκων μπορεί να υποκρύπτεται πίσω από την κλινική εικόνα μιας οροαρνητικής αρθρίτιδας υπό μερική ανοσοκαταστολή . Η ραγδαία ενδονοσοκομειακή εξέλιξη σε MAS με συνοδό ARDS απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας, ταχεία ιστολογική επιβεβαίωση και άμεση επιθετική παρέμβαση. Η συνδυαστική χρήση κορτικοστεροειδών και στοχευμένων βιολογικών παραγόντων αναδεικνύεται σωτήρια σε αυτές της ανθεκτικές, καταστροφικές καταστάσεις.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 099

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΚΑΙ MINOCA ΜΕ ΑΡΧΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ STEMI: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Ελένη Θεοδώρου[1], Μαρία Βλαχοπούλου[2], Γεώργιος Χατζής[1], Μαρία Ευθυμία Μηλιού[1], Μαρία Γασπαράκη[1], Παναγιώτης Νικολινάκος[1], Σοφοκλής Μπακίδης[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων, Παθολογική κλινική*
[2] *Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων, Καρδιολογική κλινική*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ταυτόχρονη εμφάνιση οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με μη αποφρακτικές στεφανιαίες αρτηρίες (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries - MINOCA) αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αλλά ιδιαίτερα απαιτητική κλινική οντότητα. Η παρουσία ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων συμβατών με STEMI σε ασθενή με οξεία νευρολογική σημειολογία δημιουργεί σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού που αναδεικνύει τη σημασία της ταχείας και συντονισμένης διαγνωστικής προσέγγισης.

Μέθοδος / Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 65 ετών με ιστορικό χρόνιας υποτροπιάζουσας υπονατριαιμίας, ψυχογενούς πολυδιψίας, καρδιακής ανεπάρκειας, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και ΧΑΠ προσκομίστηκε στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιφνίδιας διαταραχής του επιπέδου συνείδησης άγνωστης ώρας έναρξης, συνοδευόμενης από μυϊκές συσπάσεις του άνω άκρου. Η κλινική εξέταση ανέδειξε εστίαση βλέμματος προς τα δεξιά, ανισοκορία, πάρεση του αριστερού άνω άκρου και GCS 10/15. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εικόνα STEMI, ενώ οι τιμές της τροπονίνης ήταν αυξημένες. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου απέκλεισε ενδοκράνια αιμορραγία, επιτρέποντας τη χορήγηση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης με tenecteplase.

Αποτελέσματα: Μετά τη θρομβόλυση παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση της νευρολογικής εικόνας. Η στεφανιογραφία που ακολούθησε δεν ανέδειξε αποφρακτική στεφανιαία νόσο, παρά την αρχική ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα STEMI και την αύξηση των καρδιακών βιοδεικτών, οδηγώντας στη διάγνωση εμφράγματος του μυοκαρδίου με μη αποφρακτικές στεφανιαίες αρτηρίες (MINOCA). Το περιστατικό ανέδειξε τη δυσχέρεια της άμεσης θεραπευτικής λήψης αποφάσεων όταν συνυπάρχουν οξέα νευρολογικά και καρδιολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η ταυτόχρονη εμφάνιση οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ και MINOCA αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα απαιτητική κλινική οντότητα. Η παρουσία ηλεκτροκαρδιογραφικής εικόνας STEMI δεν συνεπάγεται πάντοτε αποφρακτική στεφανιαία νόσο, ενώ η συνύπαρξη νευρολογικής σημειολογίας απαιτεί άμεση απεικονιστική διερεύνηση και ταχεία θεραπευτική απόφαση. Η στενή συνεργασία Παθολόγων, Νευρολόγων, Επεμβατικών Καρδιολόγων και Ακτινολόγων είναι καθοριστική για την έγκαιρη διάγνωση, τη σωστή θεραπευτική στρατηγική και τη βέλτιστη έκβαση των ασθενών με αυτή τη σπάνια κλινική οντότητα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 100

ΟΤΑΝ Η ΚΑΡΔΙΑ «ΦΑΝΕΡΩΝΕΙ» ΜΙΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΔΥΣΚΡΑΣΙΑ: ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗΣ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΩΝ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΩΝ

Στεφανία Πιτσάβα[1], Πούλια Ασημακοπούλου[1], Ευάγγελος Λιάπης[1], Απόστολος Αναγνωστόπουλος[1], Δάφνη Σβερώνη[1], Άγγελος Στέφος[1], Στέλλα Γκαμπέτα[1], Αικατερίνη Χρηστίδη[2], Μαρία Ιωάννου[3], Νικόλαος Κ. Γατσέλης[1], Γεώργιος Ν. Νταλέκος[1]

[1] *Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

[2] *Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης*

[3] *Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανειστήμιο Θεσσαλίας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος εναπόθεσης μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή των πλασματοκυτταρικών δυσκρασιών και μπορεί να προσβάλλει πολλαπλά όργανα, συχνότερα τους νεφρούς και σπανιότερα την καρδιά. Η διάγνωσή της συχνά καθυστερεί λόγω μη ειδικών κλινικών εκδηλώσεων και απουσίας εμφανών μονοκλωνικών ευρημάτων στην ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 63 ετών με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενων οιδημάτων κάτω άκρων, δύσπνοιας στην κόπωση και μη παραγωγικού βήχα από δεκαμήνου. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκαν δεξιά πλευριτική διιδρωματική συλλογή, υπολευκωματιναιμία, λευκωματουρία 1696 mg/24h και χολόσταση. Υπερηχοκαρδιογραφικά αναδείχθηκε υπερτροφία μυοκαρδίου με χαμηλά δυναμικά στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, θέτοντας την υποψία διηθητικής μυοκαρδιοπάθειας.

Αποτελέσματα: Το σπινθηρογράφημα με 99mTc-DPD ήταν αρνητικό για ATTR αμυλοείδωση, ενώ η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε διάχυτη μεγάλη αύξηση του χρόνου χαλάρωσης T1 και του εξωκυττάριου όγκου, σε συνδυασμό με διάχυτο εμπλουτισμό και διάχυτο μυοκαρδιακό οίδημα, ευρήματα συνηγορητικά υπέρ της νόσου εναπόθεσης μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών. Παρά την απουσία μονοκλωνικής αιχμής στην ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού, η ανοσοκαθήλωση ούρων ανέδειξε αυξημένες ελεύθερες λ ελαφρές αλύσους (159 mg/L) και παθολογικό λόγο κ/λ (0,12). Η ανοσοφαινοτυπική ανάλυση μυελού έδειξε κλωνικό πληθυσμό πλασματοκυττάρων κατά λ (4,2%), ενώ η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε πλασματοκυτταρική διήθηση 15-18% με έκφραση CD56 και CyclinD1, συμβατή με πλασματοκυτταρική δυσκρασία λ ελαφρών αλύσων.

Συμπεράσματα: Η νόσος εναπόθεσης μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανεξήγητη πρόσφατη διηθητική μυοκαρδιοπάθεια και νεφρική συμμετοχή, ακόμη και όταν απουσιάζει μονοκλωνική αιχμή στην ηλεκτροφόρηση ορού και οι χρώσεις για αμυλοειδές στις βιοψίες, είναι αρνητικές.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 101

ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΪΝΩΣΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΚΙΝΑΣΩΝ JANUS (JAK): ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Αναστασία Λάντου, Σοφία Δαμιανίδου, Ιωάννα Γιαννούκα, Δημήτριος Πλαγεράς, Δέσποινα Κυπριανίδου, Σταματία Αλεξίου, Κασσιανή Παπαθεοδοσίου, Χαρίκλεια Χριστοδούλου, Μαρία Τσιτσιά, Φλώρα Κουμούτσου, Θεοδώρα Κωνσταντούλα, Κωνσταντίνος Κράππης, Κωνσταντίνος Καρακούσης

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η φυματιώδης σπονδυλίτιδα αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή μορφή εξωπνευμονικής φυματίωσης, με μη ειδική κλινική εικόνα, ιδιαίτερα σε ανοσοκατεσταλεμένους ασθενείς. Η χρήση αναστολέων JAK σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων. Σκοπός είναι η ανάδειξη των διαγνωστικών προκλήσεων σε τέτοιο πλαίσιο.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 51 ετών με ιστορικό ιδιοπαθούς θρομβοκυττάρωσης που εξελίχθηκε σε μυελοΐνωση (υπό ruxolitinib), η οποία προσήλθε με πυρετό έως 38°C από πενθημέρου, συνοδό ρίγος και νυχτερινούς ιδρώτες. Ανέφερε χρόνια οσφυαλγία από έτους χωρίς πρόσφατη επιδείνωση. Είχε υποβληθεί σε βελονισμό προ εβδομάδος και εξαμήνου.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Ετέθη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και δαπτομυκίνη καθώς η ασθενής είχε λάβει από πενθημέρου αγωγή με κεφουροξίμη χωρίς ανταπόκριση. Οι καλλιέργειες αίματος και ο εκτενής λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με σπονδυλοδισκίτιδα Ο2-Ο3, ηπιότερα σε Ο4-Ο5 και συμμετοχή του δεξιού ψοΐτη. Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε φλεγμονώδη προσβολή σπονδύλων Ο2-Ο4 και του δεξιού ψοΐτη. Παρά την κλιμάκωση της αντιβιοτικής αγωγής και τη διακοπή του αναστολέα JAK, ο πυρετός επέμενε. Στο πλαίσιο ελέγχου ευκαιριακών λοιμώξεων, ελήφθη δείγμα γαστρικού υγρού και πτυέλων για άμεση μικροσκόπηση και καλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια, τα οποία ήταν αρνητικά, διενεργήθηκε δοκιμασία Mantoux που ήταν επίσης αρνητική ενώ το QuantiFERON ανεδείχθη θετικό. Διενεργήθηκε βιοψία σπονδύλου, και εστάλη υλικό για μοριακή εξέταση και καλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια, η οποία ανέδειξε φυματιώδη σπονδυλίτιδα. Ετέθη σε αντιφυματική αγωγή με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, πυραζιναμίδη και λεβοφλοξασίνη, με σταδιακή κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η φυματιώδης σπονδυλοδισκίτιδα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμπύρετου και οσφυαλγίας σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Αρνητικές αρχικές εξετάσεις δεν αποκλείουν τη διάγνωση, επομένως η λήψη υλικού από την εστία λοίμωξης παραμένει καθοριστική. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι κρίσιμες για την έκβαση

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 102

Ο ΜΕΓΑΛΟΣ ΜΙΜΗΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DRESS: ΑΓΓΕΙΟΑΝΟΣΟΒΛΑΣΤΙΚΟ Τ-ΛΕΜΦΩΜΑ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ, ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ

Μαρία Σούρα, Νικόλαος Βλαχόγιαννης, Ευανθία Διακουμοπούλου, Παναγιώτης Στόικος, Μαρία-Χριστίνα Κυρτσώνη, Νικόλαος Τεντολούρης

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) αποτελεί σοβαρή φαρμακοεπαγόμενη αντίδραση υπερευαισθησίας που χαρακτηρίζεται από πυρετό, εξάνθημα, ηωσινοφιλία και προσβολή εσωτερικών οργάνων. Ωστόσο, παρόμοια κλινική εικόνα μπορεί να παρατηρηθεί σε αιματολογικές κακοήθειες, δυσχεραίνοντας τη διαγνωστική προσέγγιση. Παρουσιάζεται περιστατικό αγγειοανοσοβλαστικού Τ-λεμφώματος (AITL) με αρχική κλινική εικόνα συμβατή με σύνδρομο DRESS.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 60 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου και εξανθήματος κορμού-άκρων από τριημέρου. Προηγήθηκε εμφάνιση ψηλαφητής σκληρής τραχηλικής μάζας και χορήγηση αμοξυκιλλίνης/κλαβουλανικού οξέος σε εξωτερική βάση. Από το ιστορικό αναφέρεται απώλεια σωματικού βάρους και νυχτερινές εφιδρώσεις. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού με πορφυρικά στοιχεία στα άκρα. Ακολούθησε εκτεταμένος εργαστηριακός, λοιμωξιολογικός και απεικονιστικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ηωσινοφιλία και θρομβοπενία με αυξημένη LDH (357 U/L). Λόγω της χρονικής συσχέτισης των συμπτωμάτων με τη λήψη αμοξυκιλλίνης τέθηκε αρχικά η υποψία συνδρόμου DRESS και χορηγήθηκε συστηματικά μεθυλπρεδνιζολόνη. Ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε πολλαπλά θετικά IgM αντισώματα στα πλαίσια διάχυτης υπεργαμμασφαιριναιμίας χωρίς τεκμηρίωση ενεργού λοίμωξης, ενώ επανειλημμένες αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ η PET/CT κατέδειξε εκτεταμένη υπερμεταβολική λεμφαδενοπάθεια σε τραχηλικές, μασχαλιαίες, μεσοθωρακικές, κοιλιακές και βουβωνικές ομάδες λεμφαδένων. Η βιοψία λεμφαδένα κατέληξε σε αγγειοανοσοβλαστικό Τ-λέμφωμα, ενώ η βιοψία δέρματος και η οστεομυελική βιοψία τεκμηρίωσαν διήθηση δέρματος και μυελού των οστών αντίστοιχα. Ο ασθενής ταξινομήθηκε ως προχωρημένου σταδίου νόσος και έλαβε χημειοθεραπεία με σχήμα κυκλοφωσφαμίδη-υδροξυδαουνορουβοκίνη-ονκοβίν-ετοποσίδη-πρεδνιζολόνη (CHOEP) με σταδιακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Το αγγειοανοσοβλαστικό Τ-λέμφωμα μπορεί να μιμείται κλινικά το σύνδρομο DRESS λόγω της παρουσίας πυρετού, εξανθήματος, ηωσινοφιλίας και γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας. Η συνύπαρξη Β-συμπτωμάτων, ηπατοσπληνομεγαλίας και εκτεταμένης λεμφαδενοπάθειας θα πρέπει να εγείρει υποψία υποκείμενου λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος. Η ιστολογική τεκμηρίωση παραμένει καθοριστική για τη διάγνωση και την έγκαιρη έναρξη ειδικής θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 103

ΙΚΤΕΡΟΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Σούρα[1], Πολυξένη Σκουτέλα[1], Θεόδωρος Ανδρουτσάκος[2], Νικόλαος Τεντολούρης[1], Γιώργος Καραμανάκος[1]

[1] Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2] Κλινική Παθολογικής Φυσιολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του ήπατος ανοσολογικής αιτιολογίας, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί από ασυμπτωματική αύξηση των τρανσαμινασών έως οξεία σοβαρή ηπατίτιδα με διαταραχή της συνθετικής ικανότητας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού αυτοάνοσης ηπατίτιδας με οξεία ικτερική έναρξη και σημαντική διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 60 ετών , με ιστορικό σαρκοείδωσης προ ετών, προσήλθε λόγω ανώδυνου ικτέρου από εβδομάδας και σοβαρής διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας. Διαπιστώνεται από εξαμήνου αύξηση των τρανσαμινασών με εξάρσεις και υφέσεις. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας δεν ανέδειξε διάταση χοληφόρων ή άλλη αποφρακτική αιτία. Διενεργήθηκε εκτεταμένος λοιμωξιολογικός, μεταβολικός και ανοσολογικός έλεγχος καθώς και βιοψία ήπατος.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή ηπατοκυτταρική βλάβη (AST 1706 IU/L, ALT 1920 IU/L, R-ratio 42,3), υπερχολερυθριναιμία με επικράτηση του άμεσου τύπου και παράταση του INR. Διαπιστώθηκαν πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία, αυξημένα επίπεδα IgG (3340 mg/dL), θετικά ANA (1:80) και SMA (1:640), ενώ ο υπόλοιπος λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί συμπεριλαμβανομένου της σερουλοπλασμινής και α1-αντιθρυψίνης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε έντονη πυλαία και περιπυλαία ηπατίτιδα με λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις, σχηματισμό ηπατοκυτταρικών ροζετών, εμπεριπολέση και εστίες γεφυροποιού νέκρωσης, ευρήματα συμβατά με αυτοάνοση ηπατίτιδα. Τα ευρήματα, σε συνδυασμό με το ανοσολογικό προφίλ, ήταν συμβατά με αυτοάνοση ηπατίτιδα οπότε χρηγήθηκε πρεδνιζολόνη 60mg με σταδιακή εργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα μπορεί να εμφανιστεί ως οξεία σοβαρή ηπατίτιδα με ίκτερο και διαταραχή της συνθετικής λειτουργίας του ήπατος, προσομοιάζοντας άλλες αιτίες οξείας ηπατικής βλάβης. Η συνδυαστική αξιολόγηση των ανοσολογικών δεικτών, της υπεργαμμασφαιριναιμίας και κυρίως των χαρακτηριστικών ιστολογικών ευρημάτων είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση. Παρά τη δυνητικά σοβαρή αρχική κλινική εικόνα, η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής μπορούν να οδηγήσουν σε ταχεία κλινική και βιοχημική ύφεση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 104

ΟΤΑΝ Η ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΡΥΒΕΙ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ : ΝΟΣΟΣ WHIPPLE ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.

Κασσιανή Παπαθεοδοσίου, Σταματία Αλεξίου, Σοφία Δαμιανίδου, Ιωάννα Γιαννούκα, Αναστασία Λάντου, Δημήτριος Πλαγεράς, Φλώρα Κουμούτσου, Μαρία Τσιτσιά, Κωνσταντίνος Καρακούσης

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Whipple αποτελεί σπάνια συστηματική λοίμωξη με ευρύ φάσμα εκδηλώσεων και συχνά καθυστερημένη διάγνωση λόγω της μη ειδικής κλινικής εικόνας. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με ανοσοκαταστολή και συμπτωματολογία που ανέδειξε τη σημασία της διαφορικής διάγνωσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 40 ετών με ατομικό αναμνηστικό περιοδικού προτεινόμενου εμπυρέτου με συνοδό πολυαρθρίτιδα υπό διερεύνηση και ανοσοκαταστολή με αναστολέα ιντερλευκίνης -6 ,μεθοτρεξάτη και μεθυλπρεδνιζολονη, πνευμονική εμβολής και αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας προσήλθε λόγω διαρροϊκών κενώσεων. Κατά τη νοσηλεία διαπιστώθηκε αναιμία και μέλαινα κένωση. Διενεργήθη ενδοσκόπηση πεπτικού με λήψη ιστοτεμαχίων για βιοψία και αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό.

Αποτελέσματα: Η γαστροσκόπηση ανέδειξε εικόνα αιμορραγικής γαστροπάθειας και δωδεκαδακτυλίτιδας. Από την αξονική τομογραφία κοιλίας ανεδείχθη πάχυνση του αυλού του παχέος εντέρου και παρουσία αιμορραγικού περιεχομένου εντός αυτού ως επι πιθανής αιμορραγίας πεπτικού στα πλαίσια λήψης αντιπηκτικών και κορτικοστεροειδών. Από τη βιοψία ιστοτεμαχίων από το δωδεκαδάκτυλο που ελήφθησαν ανεδείχθησαν θετικά μακροφάγα κατά χρωση Periodic acid-Schiff (PAS) και σε συνδυασμό με τη λοιπή κλινικοεργαστηριακή εικόνα έθεσε την υπόνοια νόσου Whipple. Διεκόπη η ανοσοκατασταλτική αγωγή του ασθενούς ,ετέθη υπό αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και μεταφέρθηκε στους θεράποντες για συνέχιση νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Αποτελεί συστηματική, λοιμώδη νόσο που προκαλείται από το βακτήριο Tropheryma Whipplei (Gram θετικό βακτήριο) εμφανίζεται σε άτομα με ελαττωματική λειτουργία μακροφάγων και ανοσοανεπάρκεια . Χαρακτηρίζεται από χρόνιες διαρροϊκές κενώσεις , ατροφία του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, και συστηματική προσβολή διαφόρων οργάνων και ιστών, συχνά με αρθραλγίες, νευρολογικές εκδηλώσεις και καρδιολογικές επιπλοκές. Ενδέχεται να επηρεαστούν σχεδόν όλα τα όργανα του σώματος, αλλά πιο χαρακτηριστικά εντοπίζεται στον γαστρεντερικό σωλήνα, τις αρθρώσεις και το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Η διάγνωση είναι κλινική και μικροβιολογική και απαιτεί κυρίως βιοψία και μοριακή ανίχνευση του T. Whipplei. Η θεραπεία περιλαμβάνει αρχικά τη χορήγηση κεφτριαξόνης ή πενικιλίνης ή μεροπενέμης και σε δεύτερη φάση τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 105

ΕΜΜΕΝΟΝ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΔΕΞΙΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Μαρία Πρόκου, Χαραλαμπία Μελαγγέλη Δομαζινάκη, Ιωάννης Παπαναστασίου, Ειρήνη Παπαδακάκη, Ιωάννα Καβαλλάρη, Αλεξάνδρα Κωνσταντίνου

Β' Παθολογική Ασκληπιείου Βούλας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα της τριγλώχινας αποτελεί επιπλοκή της ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών, με συχνότερο αιτιολογικό παράγοντα τον MSSA. Μπορεί να εμφανίσει επιθετική πορεία με σηπτικές πνευμονικές εμβολές, εξωκαρδιακές επιπλοκές και ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης. Παρουσιάζεται περιστατικό που ανέδειξε τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες της διερεύνησης εμμένοντος εμπυρέτου.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 21 ετών, ενεργός χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών και φορέας χρόνιας λοίμωξης από HCV, εισήχθη λόγω υψηλού εμπυρέτου. Οι αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν MSSA, ενώ το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε εκβλάστηση της τριγλώχινας βαλβίδας (20x17 mm) με μέτρια ανεπάρκεια. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πολλαπλά σηπτικά πνευμονικά έμβολα, αμφοτερόπλευρες υπεζωκοτικές συλλογές και περικαρδιακή συλλογή, ενώ η αξονική κοιλίας ανέδειξε ηπατοσπληνομεγαλία και μικρή ποσότητα ασκίτη. Τοποθετήθηκε θωρακικός σωλήνας παροχέτευσης. Παρά τη στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή, ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος, με αύξηση της εκβλάστησης (23x20 mm) και επιδείνωση της ανεπάρκειας, οδηγώντας σε αντικατάσταση της βαλβίδας με βιοπροσθετική.

Αποτελέσματα: Παρά την αντιμικροβιακή αγωγή, τη χειρουργική αντιμετώπιση και τη θεραπεία των εξωκαρδιακών επιπλοκών, ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος. Η επανεκτίμηση με επαναλαμβανόμενες αιμοκαλλιέργειες ανέδειξε μυκηταιμία από *Candida auris*, αναδυόμενο πολυανθεκτικό παθογόνο. Χορηγήθηκε στοχευμένη αντιμυκητιασική αγωγή βάσει αντιμυκητογράμματος, με ύφεση του εμπυρέτου, αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργειών και κλινική αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η δεξιά λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών συνοδεύεται από υψηλή νοσηρότητα και σοβαρές συστηματικές επιπλοκές. Η επιμονή του εμπυρέτου μετά από κατάλληλη αντιμικροβιακή και χειρουργική αντιμετώπιση επιβάλλει επαναξιολόγηση για δευτερογενείς ή νοσοκομειακές λοιμώξεις. Η έγκαιρη αναγνώριση της μυκηταιμίας από *Candida auris* και η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση συνέβαλαν στην ευνοϊκή έκβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 106

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΥΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Ευρυδίκη Χριστοπούλου[1], Παρασκευή Τζαβάρα[1], Περικλής Μπόμπολας[1], Μαριάνθη Παπαγιάννη[2], Μάριος Γέρου[1], Μαρία Κατσιούπα[1], Θεανώ Κοντοπούλου[1]

[1] *Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός»*
[2] *Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»*

Εισαγωγή: Η ευλογιά των πιθήκων είναι σπάνια ιογενής ζωονόσος, οφειλόμενη στον ομώνυμο ιό "mpox" (πρώην "monkeypox").Εκδηλώνεται με γενικά συμπτώματα (πυρετό, κεφαλαλγία, φαρυγγαλγία, μυαλγίες), ακολουθούμενα από έκθυση χαρακτηριστικού εξανθήματος που αποτελείται από ομφαλωτές βλατίδες οι οποίες μεταπίπτουν σε φυσαλίδες ή ψευδοφλύκταινες. Η πρόγνωση είναι ευνοϊκή με την πλειοψηφία των ασθενών να αναρρώνει πλήρως εντός 2-4 εβδομάδων.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 43 ετών, ομοφυλόφιλος, προσήλθε λόγω εμπυρέτου, εξιδρωματικής φαρυγγίτιδας και κνησμώδους εξανθήματος κεφαλής, κορμού και άκρων από πενθημέρου. Το εξάνθημα αποτελούνταν από πολλαπλές ομφαλωτές βλατίδες που μετέπιπταν σε φυσαλίδες πλήρεις λευκωπού υγρού με τάση εφελκιδοποίησης. Σημειώνεται ότι ταυτοχρόνως υπήρχαν βλάβες σε διαφορετικά στάδια εξέλιξης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια λευκοκυττάρωση, με αρχική επικράτηση των πολυμορφοπυρήνων, που ακολούθως μετατράπηκε σε απόλυτη λεμφοκυττάρωση με ανάδειξη διεγερμένων λεμφοκυττάρων κατά την επισκόπηση περιφερικού αίματος. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν ηπίως αυξημένοι (CRP:4mg/dL), με αρνητική προκαλσιτονίνη. Λόγω της εξιδρωματικής φαρυγγίτιδας, ελήφθη φαρυγγικό επίχρισμα προς καλλιέργεια που απέβη στείρα. Επίσης, εστάλη μοριακός έλεγχος (PCR) φαρυγγικού δείγματος για ανίχνευση HSV1,2 και VZV, που ήταν αρνητικός. Το Monotest ήταν αρνητικό και τα αντισώματα IgM/IgG για EBV, CMV, HSV1, HSV2, VZV, Toxoplasma ήταν αρνητικά για οξεία νόσηση. Αρνητικός απέβη και ο ανοσολογικός έλεγχος για σύφιλη (RPR, VDRL), όπως και ο ιολογικός έλεγχος για HBV, HCV, HIV. Δεδομένου του χαρακτηριστικού εξανθήματος ελήφθη δείγμα από φαρυγγική βλάβη και έτερο από υγρό φυσαλίδας κνήμης που εστάλη στο ΚΕΔΥ (Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας) για μοριακό έλεγχο ευλογιάς των πιθήκων. Το αποτέλεσμα ήταν θετικό και η κλινική ενημερώθηκε άμεσα προς αποφυγή διασποράς.Σημειώνεται ότι ο ασθενής ήταν σε απομόνωση από την αρχή της νοσηλείας του λόγω υψηλής υποψίας μεταδοτικού νοσήματος. Ακολούθησε ενημέρωση των στενών επαφών του ώστε να εμβολιαστούν και σύσταση για επαγρύπνηση προς άμεση λήψη δείγματος επί εμφάνισης εξανθήματος. Η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική με ενδοφλέβια ενυδάτωση και αναλγησία.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση, με σύσταση για κατ'οίκον απομόνωση έως πλήρους αποδρομής του εξανθήματος.

Συμπεράσματα: Παρά την σπανιότητα της νόσου, η κλινική υποψία ευλογιάς των πιθήκων πρέπει να τίθεται επί παρουσίας του χαρακτηριστικού εξανθήματος, ιδίως σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο έκθεσης, όπως ταξίδι σε ενδημική περιοχή ή ομοφυλόφιλοι άνδρες.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 107

ΟΞΕΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΦΛΕΚΑΪΝΙΔΗ

Βασίλειος Σταματόπουλος, Ευσταθία Αγγελοπούλου, Σταυρούλα Δασκαλοπούλου, Αικατερίνη Παυλίδου, Ανδρέας Χαιρόπουλος, Μαρία-Νεφέλη Μυλωνά, Παναγιώτης Σίδερης

Γ' Παθολογική κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η φλεκαϊνίδη αποτελεί ένα λιπόφιλο αντιαρρυθμικό φάρμακο κλάσης Ic, που ενδείκνυται για την αντιμετώπιση υπερκοιλιακών αρρυθμίων σε ασθενείς χωρίς δομική ή ισχαιμική καρδιακή νόσο.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 75 με ατομικό αναμνηστικό: κολπικής μαρμαρυγής και υποθυρεοειδισμού διεκομίσθη στο ΤΕΠ σε κωματώδη κατάσταση ύστερα από εκούσια κατανάλωση δισκίων φλεκαϊνίδης και τραμαδόλης. Κλινικά η ασθενής βρισκόταν σε κατάστολη, αιμοδυναμικά ασταθής (ΜΑΠ: 60 mmHg) και αερομετρικά σε μάσκα μη επανεισπνοής. Επιλήφθησαν αναισθησιολόγοι , οι οποίοι έκριναν πως η ασθενής δεν έχρηζε διασωλήνωσης βάσει αερίου αίματος. Για την αντιμετώπιση της υπότασης ετέθη σε κρυσταλλοειδή και σε αντλία νοραδρεναλίνης με τιτλοποίηση ανάλογα με την μέση αρτηριακή πίεση, ενώ ετέθη σε μάσκα Venturi 50% λόγω ανεύρεσης υψηλής τιμής PO2 από τα αέρια αίματος. Από την ηλεκτροκαρδιογραφική μελέτη διαπιστώθηκε ταχυκαρδία με ευρέα συμπλέγματα QRS. Έλαβε συνολικά 2 αμπούλες ναλοξόνη, 4 Flacon διττανθρακικά, ενώ ετέθη και ρινογαστρικός καθετήρας από τον οποίο έγιναν πλύσεις με αφαίρεση υπολειμμάτων λευκών δισκίων. Η ασθενής εισήχθη σε καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας για στενή παρακολούθηση, αφού προηγήθηκε επικοινωνία με το εθνικό κέντρο δηλητηριάσεων για τη λήψη οδηγιών.

Αποτελέσματα: Ετέθη σε ενδοφλέβια ενυδάτωση, γαστροπροστασία, διούρηση, αντιβιοτική αγωγή, οξυγονοθεραπεία, υπέρτονα διαλύματα διττανθρακικών και σύμφωνα με καρδιολογική οδηγία σε αντλία ισοπρεναλίνης και 1 amp ατροπίνης άπαξ λόγω βραδυκαρδίας. Η ασθενής εντός ωρών αφυπνίστηκε και ενημέρωσε πως έλαβε 2 δισκία τραμαδόλη και ολόκληρο κυτίο φλεκαϊνίδη χωρίς να εξακριβώνεται ο ακριβής αριθμός. Σταδιακά, μειώθηκε η υποστήριξη με ινότροπα και η ισοπρεναλίνη, καθώς και οι ανάγκες της ασθενούς σε οξυγόνο. Η ασθενής εκτιμήθηκε από ψυχίατρο και συστήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή, στενή ψυχιατρική παρακολούθηση και οικογενειακή επιτήρηση. Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο περιπατητική με οδηγίες.

Συμπεράσματα: Η δηλητηρίαση από φλεκαϊνίδη αποτελεί μια, αν και σπάνια, δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση. Η άμεση αναγνώριση αυτής με βάση το ιστορικό και την ηλεκτροκαρδιογραφική μελέτη αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης της.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 108

ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΥΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ PARP ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ

Γεωργία Σπυροπούλου[1], Σταυρούλα Δασκαλοπούλου[1], Αλέξιος Ηλιόπουλος[2], Άννα-Μαρία Τσιατσιάνη[1], Παναγιώτης Σίδερης[1], Ευσταθία Αγγελοπούλου[1]

[1] *Γ' Παθολογική κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*
[2] *Ρευματολογική κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η δερματομυοσίτιδα αποτελεί σπάνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη μυοπάθεια, με παρουσία συμμετρικής αδυναμίας στις εγγύς μυικές ομάδες και συνοδές δερματικές βλάβες. Σε ποσοστό εως και 30% συσχετίζεται με υποκείμενη κακοήθεια, συχνότερα ωοθηκών, στα πλαίσια παρανεοπλασματικού συνδρόμου. Παρουσιάζουμε περίπτωση γυναίκας με Ca ωοθηκών υπό χορήγηση PARP αναστολέα (iPARP), χωρίς εμφανή υποτροπή, με πρόσφατη κλινική εμφάνιση δερματομυοσίτιδος.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 54 ετών με ιστορικό Ca ωοθηκών από 8ετίας με χειρουργική εξαίρεση, ΧΜΘ και, λόγω υποτροπής, επαναχορήγηση ΧΜΘ(ολοκλήρωση προ 8μήνου), ευρισκόμενη υπό αγωγή με iPARP από 5μήνου και μεθυλπρεδνιζολόνη από τριμήνου, προσήλθε αιτιώμενη επιδείνωση μυικής αδυναμίας, με έντονες μυαλγίες, καθώς και συνοδό φλεγμονώδη εξοίδηση εγγύς μυικών ομάδων, ήπια δυσκαταποσία και γενικευμένο εξάνθημα κορμού, τραχήλου, άκρων και προσώπου δίκην ηλιοτροπίου, από 45ημερών περίπου, με συνύπαρξη βλατίδων Gottron. Διέκοψε τη λήψη iPARP προ μηνός. Σημειούται ότι δεν αναφέρονται κλινικές εκδηλώσεις δερματομυοσίτιδας κατά την εμφάνιση ή την υποτροπή της νόσου. Παρουσία θετικότητας σε TIF1γ προ έτους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθησαν υψηλές τιμές CPK και αλδολάσης. Εστάλη ιολογικός, μεταβολικός και ανοσολογικός έλεγχος, καθώς και καρκινικοί δείκτες. Διενεργήθηκε δερματολογική εκτίμηση, ενώ πραγματοποιήθηκε αξονοτομογραφικός έλεγχος τραχήλου, θώρακος, κοιλίας, χωρίς υποτροπή. Στοιχεία υποτροπής δεν αναδεικνύονται σε προσκομιζόμενο πόρισμα PET-CT προ 4μήνου.

Αποτελέσματα: Η ασθενής ετέθη σε ώσεις μεθυπρεδνιζολόνης 1mg/kg για 72h με μερική ύφεση και ακολούθως σε iv ανοσοσφαιρίνη 0,4mg/kg ΒΣ για 4 ημέρες υπό ταυτόχρονη ρευματολογική παρακολούθηση. Βελτιώθηκε η κλινική σημειολογία, με πτώση των τιμών CPK.

Συμπεράσματα: Η δερματομυοσίτιδα εμφανίζεται ως παρανεοπλασματικό σύνδρομο και συχνά προηγείται της διάγνωσης της κακοήθειας, ενώ εξάρσεις συνήθως υποδηλώνουν υποτροπή της νόσου. Εξάρσεις έχουν αναφερθεί και με τη χρήση των iPARP, συνήθως εντός διμήνου, λόγω απελευθέρωσης αντιγόνων από τα καρκινικά κύτταρα και πρόκλησης φαινομένων αυτοανοσίας. Έχει ως εκ τούτου σημασία η διάκριση μεταξύ φαρμακευτικής τοξικότητας, παρανεοπλασματικού συνδρόμου ή φαινομένων αυτοανοσίας. Συνεστήθη περαιτέρω ογκολογική εκτίμηση και επανέλεγχος με διενέργεια εκ νέου PET=CT-scan.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 109

ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Παναγιώτης Κολοβός[1], Χριστίνα Αντωνιάδου[1], Κωνσταντίνος Καρδαμάκης[1], Παναγιώτης Παπάζογλου[1], Κάρμεν Κοντογιαννίδη[2], Αθανάσιος Δεληπούτης[1], Δημήτριος Τσιλιγγίρης[1], Χαράλαμπος Παπαγόρας[1], Ιωάννης Μητρούλης[1], Παναγιώτης Σκένδρος[1], Ευστράτιος Γαβριηλίδης[1]

[1] *Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*
[2] *Τμήμα Πληροφορικής, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λεπτοσπείρωση αποτελεί βακτηριακή ζωονόσο παγκόσμιας κατανομής, η οποία συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, ιδίως σε χώρες χαμηλού/μεσαίου εισοδήματος. Στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί εξάρσεις της νόσου μετά από πλημμυρικά φαινόμενα (καταιγίδα Daniel, 2023), ενώ αναφέρονται και σποραδικά περιστατικά που σχετίζονται με επαγγελματική έκθεση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και περιγραφή περιστατικών λεπτοσπείρωσης που νοσηλεύθηκαν σε παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική αναζήτηση των ιατρικών φακέλων του νοσοκομείου για το χρονικό διάστημα 2021–2026, με στόχο την καταγραφή και ανάλυση των περιπτώσεων λεπτοσπείρωσης.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά επτά περιστατικά, 5/7 άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 51 έτη (εύρος: 20-78). Οι περισσότερες περιπτώσεις καταγράφηκαν τον Ιούνιο (3/7), ενώ συνολικά παρατηρήθηκε σαφής εποχική κατανομή με κορύφωση κατά τους θερινούς μήνες (5/7). Επαγγελματική έκθεση αναγνωρίστηκε σε 3/7 ασθενείς. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5 ημέρες (εύρος: 2–52). Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν εμπύρετο κατά την εισαγωγή με μέση διάρκεια 8 ημέρες (εύρος 5-15), τρανσαμινασαιμία παρατηρήθηκε σε 6/7 ασθενείς, ίκτερος 3/7, θρομβοπενία 3/7, αιμορραγικό εξάνθημα 2/7, νεφρική ανεπάρκεια 2/7, ARDS 1/7 και μηνιγγοεγκεφαλίτιδα 1/7. Ένας ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας. Δε καταγράφηκαν θάνατοι. Η δοξυκυκλίνη αποτέλεσε το συχνότερα χορηγούμενο αντιβιοτικό (5/7), ενώ ακολούθησε η κεφτριαξόνη (2/7). Σε δύο περιστατικά συγχορηγήθηκαν με δοξυκυκλίνη, αμπικιλλίνη/σουλβακτάμη και κεφοταξίμη αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της λεπτοσπείρωσης απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας και έγκαιρη εργαστηριακή διερεύνηση και αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα του ΕΟΔΥ για την περίοδο 2004–2025, πανελλήνιως δηλώνονται κατά μέσο όρο 24 περιστατικά/έτος, ενώ στην Ανατολική Μακεδονία-Θράκη συνολικά 31. Η καταγραφή επτά περιστατικών σε εύρος πενταετίας, από μία παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου, ενδεχομένως υποδηλώνει ότι η νόσος υποδιαγιγνώσκεται ή/και υποδηλώνεται σε εθνικό επίπεδο. Η συστηματική υποβολή του δελτίου διερεύνησης κρουσμάτων λεπτοσπείρωσης στον ΕΟΔΥ, είναι απαραίτητη προκειμένου να βελτιωθεί η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 110

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΜΕΘΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μάριος Σάββα, Μαρία Πιπερίδου, Ελένη Δασκαλάκη, Μελίνα Καβουσανάκη, Μαρία Σφακιανάκη, Νικόλαος Παπανικολάου

Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η μεθαιμοσφαιριναιμία αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή διαταραχή, κατά την οποία η αιμοσφαιρίνη οξειδώνεται σε μορφή που αδυνατεί να μεταφέρει αποτελεσματικά οξυγόνο, οδηγώντας σε μειωμένη παροχή οξυγόνου στους ιστούς και λειτουργική αναιμία. Μπορεί να είναι συγγενής ή, συχνότερα, επίκτητη μετά από έκθεση σε οξειδωτικούς παράγοντες, όπως τοπικά αναισθητικά, νιτρικά άλατα ή ορισμένα φάρμακα. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν κυάνωση που δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση οξυγόνου και συμπτώματα που κυμαίνονται από ήπια κόπωση έως σοβαρή νευρολογική και καρδιαγγειακή επιβάρυνση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της καθοριστικής σημασίας της έγκαιρης αναγνώρισης και θεραπείας για την πρόληψη υποξικών βλαβών και την επίτευξη ευνοϊκής έκβασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 20 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διακομίστηκε λόγω παροδικής απώλειας επιπέδου συνείδησης και αποκορεσμού. Αναφέρεται κατανάλωση νερού πιθανώς επιμολυσμένου με νιτρώδη άλατα κατά τη διάρκεια ταξιδιού με πλοιάριο λαθρομεταναστών από τη Βόρεια Αφρική. Τις προηγούμενες μέρες προσήλθαν κι άλλα άτομα με παρόμοια συμπτωματολογία. Υποβλήθηκε σε πλήρη αιματολογικό, βιοχημικό, τοξικολογικό, μικροβιολογικό και απεικονιστικό έλεγχο, καθώς και ανάλυση αερίων αίματος.

Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη αναιμία με αυξημένους δείκτες αιμόλυσης. Από την ανάλυση αερίων αίματος ανευρέθηκε μεθαιμοσφαιριναιμία και μερική πίεση οξυγόνου δυσανάλογη με την οξυμετρία. Στο πλαίσιο διερεύνησης αιτιών επίκτητης μεθαιμοσφαιριναιμίας στάλθηκε τοξικολογικός έλεγχος στον οποίο ανευρέθηκαν βιομηχανικοί διαλύτες.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια ενυδάτωση, χορήγηση οξυγόνου με μάσκα μη επανεισπνοής, μεταγγίσεις αίματος και per os συμπλήρωμα βιταμίνης C. Λόγω ποσοστού μεθαιμοσφαιρίνης κάτω από 35% καθ' όλη την νοσηλεία του, δεν χρειάστηκε χορήγηση μπλε του μεθυλαινίου.

Συμπεράσματα: Η μεθαιμοσφαιριναιμία θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανεξήγητη υποξαιμία με χαμηλό κορεσμό που δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση οξυγόνου. Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, σε συνδυασμό με τη στοχευμένη διερεύνηση εξωγενών παραγόντων, συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση και στην ορθολογική διαχείριση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 111

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΛΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΡΟΣΦΟΡΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δημήτρης Μισσιούδης[1], Χρυσούλα Πανταζή[1], Αργεντούλα Καλλίκη[1], Σπυροπούλου Σοφία[1], Μαρία Δήμου[1], Απόστολος Παπαγεωργίου[1], Παναγιώτα Φάλλον[1], Γεώργιος Πολίτης[1], Δημήτριος Σακκάς[1], Δημήτριος Συρίγος[1], Κανέλα Σωτηράκου[2], Αρχοντούλα Φράγκου[1]

[1] *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*
[2] *Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*

Εισαγωγή: Η υπονατριαιμία αποτελεί συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με οξεία εγκεφαλική βλάβη και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η διάκριση μεταξύ συνδρόμου εγκεφαλικής απώλειας άλατος (Cerebral Salt Wasting, CSW) και συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion , SIADH) είναι καθοριστική, καθώς οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διαφέρουν ουσιωδώς.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται άνδρας 92 ετών, νοσηλευόμενος λόγω εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, υπό αντιβιοτική αγωγή ευρέος φάσματος. Από το ιστορικό ανέφερε στεφανιαία νόσο και αρτηριακή υπέρταση, ενώ λάμβανε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υποογκαιμική υπονατριαιμία (Na 130 mEq/L), αυξημένο νάτριο ούρων (57 mmol/L) και προνεφρική οξεία νεφρική βλάβη, με αρχική ανταπόκριση στην ενδοφλέβια χορήγηση ισότονων κρυσταλλοειδών ως προς τη νεφρική λειτουργία. Στη συνέχεια εμφάνισε πολυουρία (5-6 L/24h) και επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε αριστερή ινιακή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Παρά τη συνεχιζόμενη ενυδάτωση, η υπονατριαιμία και η πολυουρία επέμεναν, θέτοντας ισχυρή υποψία CSW. Χορηγήθηκε υπέρτονο διάλυμα NaCl με σταδιακή αποκατάσταση του νατρίου αίματος (136 mEq/L), βελτίωση της νευρολογικής εικόνας και διόρθωση της υποογκαιμίας. Παράλληλα διαγνώστηκε λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς βαλβίδας, για την οποία τροποποιήθηκε η αντιμικροβιακή αγωγή με επιτυχή έκβαση .

Συμπεράσματα: Το CSW αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική αιτία υποογκαιμικής υπονατριαιμίας σε ασθενείς με ενδοκράνια παθολογία. Η αναγνώριση της υποογκαιμίας, της έντονης νατριούρησης και της πολυουρίας συμβάλλει στη διαφορική διάγνωση από το SIADH και οδηγεί στην έγκαιρη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, αποφεύγοντας λανθασμένους θεραπευτικούς χειρισμούς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 112

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ/ΟΥΡΗΤΗΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM PERFRINGENS ΚΑΙ ESCHERICHIA COLI ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ευγενία Γκιαουράκη, Δημήτριος Ζαχαριάς, Μάριος Σάββα, Διονυσία Μάρκου, Μαρία Χατζάκη, Ευθυμία Μανασσάκη, Νικόλαος Παπανικολάου, Μελίνα Καβουσανάκη

Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η εμφυσηματώδης πυελονεφρίτιδα (ΕΡΝ) αποτελεί μια σπάνια, δυνητικά απειλητική για τη ζωή νεκρωτική λοίμωξη, που χαρακτηρίζεται από παρουσία αέρα στο νεφρικό παρέγχυμα, στο πυελοκαλυκικό σύστημα ή στους περιστοιχούς ιστούς.

Κυριότερος παράγοντας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ συνήθως απομονώνονται αεριογόνα βακτήρια της οικογένειας των Enterobacteriaceae. Το *Clostridium perfringens* αποτελεί σπάνιο παθογόνο του ουροποιητικού και σπάνια έχει περιγραφεί ως αίτιο εμφυσηματώδους πυελονεφρίτιδας.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 75 ετών, με ατομικό αναμνηστικό οστεοπόρωσης, δυσλιπιδαιμίας, γλαυκώματος και διαφραγματοκήλης, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενη δεκατική πυρετική κίνηση με συνοδά ρίγος και άλγος στην αριστερή οσφυϊκή χώρα. Υποβλήθηκε σε πλήρη αιματολογικό, βιοχημικό, μικροβιολογικό και απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Από τον παρακλινικό έλεγχο αναδείχθηκε εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο, χωρίς παθολογικά ευρήματα από τη γενική ούρων. Η υπερηχογραφία και η αξονική τομογραφία τεκμηρίωσαν παρουσία αέρα στη νεφρική πύελο και στο εγγύς τμήμα του αριστερού ουρητήρα, χωρίς ενδείξεις συμμετοχής του νεφρικού παρεγχύματος ή ενδείξεις εντεροουρητηρικού συριγγίου. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων απομόνωσαν *Escherichia coli*, ενώ μεταγενέστερα στην αιμοκαλλιέργεια απομονώθηκε επίσης *Clostridium perfringens*.

Χορηγήθηκε αρχικά ενδοφλέβια λεβοφλοξασίνη και, μετά την απομόνωση του *C. perfringens*, προστέθηκε μετρονιδαζόλη βάσει αντιβιογράμματος. Δύο μήνες αργότερα η ασθενής υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση με την οποία αποκλείστηκε εντεροουρητηρική επικοινωνία.

Οι επαναληπτικές αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες, ενώ η επανεκτίμηση της ασθενούς με επαναληπτική αξονική τομογραφία έδειξε πλήρη υποχώρηση των ευρημάτων. Σαφώς αξίζει να σημειωθεί ότι η ασθενής ανέρρωσε πλήρως χωρίς να απαιτηθεί ουρολογική παρέμβαση, όπως διαδερμική παροχέτευση, ή τοποθέτηση ουρητηρικού stent.

Συμπεράσματα: Παρουσιάζεται μια ασυνήθης περίπτωση εμφυσηματώδους πυελίτιδας/ουρητηρίτιδας σε μη διαβητική ασθενή, με ήπια/μη σηπτική εικόνα και ταυτόχρονη βακτηριαιμία από *Clostridium perfringens* και *Escherichia coli*.

Η έγκαιρη διάγνωση, ο αποκλεισμός εντεροουρητηρικού συριγγίου, τόσο με απεικονιστικές όσο και με ενδοσκοπικές μεθόδους, καθώς και η άμεση έναρξη κατάλληλης αντιμικροβιακής θεραπείας οδήγησαν σε πλήρη κλινική και ακτινολογική αποκατάσταση με αποκλειστικά συντηρητική αντιμετώπιση, χωρίς τη διενέργεια ουρολογικής παρέμβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 113

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΠΙΜΟΝΩΝ ΕΜΕΤΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αργεντούλα Καλλίκη, Μαρία Δήμου, Παναγιώτα Φάλλον, Σοφία Σπυροπούλου, Απόστολος Παπαγεωργίου, Δημήτριος Μισσιούδης, Μικαέλα Ιωαννίδου, Βασιλική Παπαδοπούλου, Νικόλαος Φυτράκης, Δημήτριος Σακκάς, Αρχοντούλα Φράγκου

ΓΝΑ «ΕΛΠΙΣ» ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ολανζαπίνη αποτελεί άτυπο αντιψυχωσικό με ευρεία χρήση σε ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ διαθέτει και αντιεμετικές ιδιότητες μέσω δράσης στους υποδοχείς ντοπαμίνης και σεροτονίνης. Το σύνδρομο απότομης διακοπής της παραμένει λιγότερο αναγνωρισμένο και μπορεί να εκδηλωθεί με έντονα γαστρεντερικά συμπτώματα, οδηγώντας σε εκτεταμένη διαγνωστική διερεύνηση.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 77 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, διπολικής διαταραχής και υποθυρεοειδισμού εισήχθη λόγω επίμονων εμέτων και αδυναμίας σίτισης δεκαήμερης διάρκειας. Ο αρχικός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε σαφή αιτιολογία. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε παλαιό έλκος δωδεκαδακτύλου, ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε λίθους στον παγκρεατικό πόρο, για τους οποίους πραγματοποιήθηκε επιτυχής ERCP με σφιγκτηροτομή και αφαίρεση λίθων. Παρά την αρχική κλινική βελτίωση, οι έμετοι υποτροπίασαν. Κατά την εκ νέου λήψη του φαρμακευτικού ιστορικού διαπιστώθηκε απότομη διακοπή της ολανζαπίνης μετά από μακροχρόνια λήψη. Τέθηκε εκ νέου έναρξη της αγωγής με ολανζαπίνη και παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση των εμέτων και αποκατάσταση της σίτισης εντός 72 ωρών, χωρίς υποτροπή.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο διακοπής της ολανζαπίνης αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική αιτία επίμονων εμέτων. Η στενή χρονική συσχέτιση της διακοπής με την εμφάνιση των συμπτωμάτων και η πλήρης ύφεση εντός 72 ωρών από την επανέναρξη της θεραπείας ενισχύουν την αιτιολογική συσχέτιση. Η συστηματική λήψη φαρμακευτικού ιστορικού είναι καθοριστικής σημασίας σε ασθενείς με ανεξήγητη ναυτία και έμετο, ώστε να αποφεύγονται περιττές διαγνωστικές και επεμβατικές παρεμβάσεις.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 114

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

Ευαγγελία Δήμητρα Αποστολοπούλου, Σταματία Σιμάτη, Αννίτα Γκιόκα, Θρασύβουλος Μπεμπλιδάκης, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Kikuchi-Fujimoto (νεκρωτική ιστιοκυτταρική λεμφαδενίτιδα) αποτελεί σπάνια, αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονώδη νόσο, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με πυρετό, λεμφαδενοπάθεια και συστηματικές εκδηλώσεις. Σπάνια μπορεί να συνδυαστεί με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (HLH), γεγονός που απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση και θεραπευτική παρέμβαση.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής γυναίκα, 18 ετών, προσήλθε με εμπύρετο έως 38,7°C διάρκειας ενός μηνός, λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, αναιμία και λευκοπενία. Διενεργήθηκε εκτεταμένος λοιμωξιολογικός, ανοσολογικός και αιματολογικός έλεγχος. Πραγματοποιήθηκαν αξονικές τομογραφίες, Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων συνδυασμένη με Αξονική Τομογραφία, βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα, οστεομυελική βιοψία, βιοψία ήπατος και ακολούθως γενετικός έλεγχος με whole genome sequencing.

Αποτελέσματα: Ο λοιμωξιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ στο μυελό των οστών αναδείχθηκε εικόνα αιμοφαγοκυττάρωσης. Η βιοψία λεμφαδένα ανέδειξε εικόνα νεκρωτικής ιστιοκυτταρικής λεμφαδενίτιδας συμβατής με νόσο Kikuchi-Fujimoto. Η ασθενής παρουσίασε αρχική ανταπόκριση σε ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη και κορτικοστεροειδή. Κατά τη σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών εμφάνισε υποτροπή του εμπυρέτου, οπού έγινε πλήρης επανέλεγχος, με ιστολογική εικόνα ερυθροφαγοκυττάρωσης σε βιοψία ήπατος. Χορηγήθηκε tocilizumab εφάπαξ και επανέναρξη κορτικοστεροειδών με πλήρη ύφεση, χωρίς νέα υποτροπή μετά τη σταδιακή διακοπή. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε ετεροζυγωτική μετάλλαξη στο γονίδιο LYN, εύρημα δυνητικά συσχετιζόμενο με αυτοφλεγμονώδη φαινότυπο.

Συμπεράσματα: Η νόσος Kikuchi-Fujimoto μπορεί να αποτελεί εκλυτικό παράγοντα σοβαρού αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Η παρουσία υποτροπών μετά τη μείωση ανοσοκαταστολής υπογραμμίζει την ανάγκη στενής παρακολούθησης. Η ανίχνευση πιθανών γενετικών παραγόντων, όπως μεταλλάξεις στο LYN, μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση της παθογένειας και στην εξατομίκευση της θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 115

ΠΕΡΙΛΗΚΥΘΙΚΟ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Μαρία Πεντόντζιη, Ευανθία Θεοδώρου, Γεώργιος Τσίμπρης
ΠΑΓΝΗ - Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή / Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με υποτροπιάζουσα οξεία αλιθιασική παγκρεατίτιδα, αποδιδόμενη σε περιλητκυθικά εκκολπώματα (periampullary diverticula, PAD). Η μηχανική πίεση που αυτά ασκούν στη λήκυθο του Vater, σε συνδυασμό με την τοπική εκκολπωματική φλεγμονή, μπορεί να προκαλέσει στένωση ή δυσλειτουργία της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής, οδηγώντας σε απόφραξη της παροχέτευσης των παγκρεατικών εκκρίσεων και στην εκδήλωση υποτροπών οξείας παγκρεατίτιδας (σύνδρομο Lemmel).

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 75 ετών αιτιάται από ωρών εμπύρετο, άλγος δεξιού υποχονδρίου και επεισόδια εμέτων . Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας προ επταετίας, το οποίο είχε αποδοθεί σε λήψη εσιταλοπράμης.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας μεικτού τύπου και αυξημένη αμυλάση ορού με αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η αξονική τομογραφία άνω κοιλίας κατέδειξε ευρήματα συμβατά με οξεία παγκρεατίτιδα, χωρίς ενδείξεις χολολιθίασης ή χολαγγειίτιδας. Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) ανέδειξε περιληκυθικά εκκολπώματα που ασκούσαν πίεση στη λήκυθο του Vater. Κατά τον ενδοσκοπικό υπερηχογραφικό έλεγχο (EUS), η λήκυθος του Vater εντοπιζόταν εντός μεγάλου εκκολπώματος στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, ενώ ο κοινός χοληδόχος πόρος ήταν ήπια διατεταμένος, χωρίς έλλειμμα πλήρωσης ή ενδείξεις μικρολιθίασης. Ο υπόλοιπος έλεγχος για τη διαγνωστική προσπέλαση οξείας αλιθιασικής παγκρεατίτιδας ήταν αρνητικός.

Συμπεράσματα: Τα περιληκυθικά εκκολπώματα (PAD) ενοχοποιούνται σπανίως σε υποτροπιάζοντα επεισόδια παγκρεατίτιδας. Η ανάδειξη τους απουσία πιθανότερων αιτιών παγκρεατίτιδας θα πρέπει να οδηγήσει σε ενδελεχέστερο απεικονιστικό έλεγχο για την περαιτέρω αποσαφήνιση της αιτιώδους σχέσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 116

ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟΣ (CMV): ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μάριος Κουρτίδης, Δημήτριος Μπίρος, Διαμαντίνα Λυμπεράτου, Βαλεντίνη Σαμανίδου, Ιωάννα Θωμά, Νικόλαος - Γαβριήλ Κολιός, Ελένη - Δήμητρα Οικονομίδη, Ελευθερία Μαστορίδου, Κορνηλία Βελιάνη, Νικόλαος Κρίκης, Ιωάννης Πολυμενίδης, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Μαρία Χρηστάκη

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Α' Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Castleman αποτελεί σπάνιο μη-κλονικό λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα. Κατατάσσεται βάσει κλινικών χαρακτηριστικών σε μονοκεντρικό ή πολυκεντρικό, και βάσει παθολογοανατομικών ευρημάτων σε υαλώδη αγγειακό, πλασματοκυτταρικό, μικτό τύπο και σε σχετιζόμενο με HHV-8, ενώ έχει βρεθεί και στενή συσχέτιση με τον ιό HIV. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ασυνήθιστη κλινική πορεία και τελική διάγνωση ιδιοπαθούς πολυκεντρικής νόσου Castleman πλασματοκυτταρικού τύπου.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 68 ετών με προηγουμένως ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε προ εξαμήνου με ηπατοσπληνομεγαλία, ενδοκοιλιακή λεμφαδενοπάθεια, ασκιτική συλλογή και πανκυτταροπενία. Διεγνώσθη με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο και της χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη και ανθρώπινη ανοσοσφαιρίνη, ενώ από τη διερεύνηση διαπιστώθηκε CMV-ηπατίτιδα και προστέθηκε γκανσικλοβίρη. Οι πενίες και η συλλογή προοδευτικά βελτιώθηκαν και επί 5 μήνες ήταν ασυμπτωματική υπό τακτική παρακολούθηση.

Ακολούθως ανέπτυξε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και πυρετό και εμφάνισε οιδήματα κάτω άκρων, με συνοδές νυχτερινές εφιδρώσεις. Επανεισήχθη για διερεύνηση.

Αποτελέσματα: Διηνεργήθη CT θώρακος-τραχήλου με γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και υπεβλήθη σε βιοψία λεμφαδένα. Εστάλη εκ νέου CMV χωρίς ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Σταδιακά απυρέτησε και υποχώρησαν τα οιδήματα. Η βιοψία λεμφαδένα ανέδειξε λεμφοϋπερπλαστική εξεργασία με χαρακτήρες συμβατούς με ιδιοπαθή πολυκεντρική νόσο Castleman πλασματοκυτταρικού τύπου (iMCD, NOS, WHO 2022).

Συμπεράσματα: Η νόσος Castleman είναι σπάνιο φλεγμονώδες νόσημα που εκδηλώνεται με εξάρσεις πυρετού, ηπατοσπληνομεγαλίας και λεμφαδενοπάθειας, μη ειδικά συμπτώματα που απαντώνται σε ποικίλες καταστάσεις, λοιμώδεις και μη. Δεδομένης της συμβατής κλινικής εικόνας και της ανεύρεσης ιαιμίας, η πιθανή αυτή πρώτη έξαρση της νόσου είχε αποδοθεί αποκλειστικά σε λοίμωξη CMV. Η ανωτέρω περίπτωση μας υπενθυμίζει πως μπορεί να περάσει χρόνος για την πλήρη εκδήλωση μιας κλινικής κατάστασης και τονίζει τη σημασία του follow-up.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 117

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΝΟΣΟΥ STILL ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ IL-1

Ιωάννα Μαρλαφέκα, Δημήτριος Ευθυμίου, Ειρήνη Αδαμοπούλου, Προκόπιος Καρύδης, Ελένη Μπακαλάρου, Θεόδωρος Τζικόπουλος, Χαράλαμπος Πότσιος, Μαρία Λαγκαδινού, Μάρκος Μαραγκός, Δημήτριος Βελισσάρης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος Still του ενήλικα (Adult-Onset Still's Disease, AOSD) αποτελεί σπάνιο αυτοφλεγμονώδες νόσημα άγνωστης αιτιολογίας, με εκτιμώμενη επίπτωση 0,16–0,4 περιστατικά ανά 100.000 άτομα ετησίως. Χαρακτηρίζεται από υψηλό εμπύρετο, αρθραλγίες, παροδικό ροδόχρουν εξάνθημα και έντονη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση, ενώ η διάγνωσή της τίθεται εξ' αποκλεισμού.Παρουσιάζουμε περιστατικό νόσου Still σε νεαρή γυναίκα που διερευνήθηκε ως εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 34 ετών με ελεύθερο αναμνηστικό, νοσηλεύθηκε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου έως 39°C, γενικευμένου ροδόχρουν κνιδώδους εξανθήματος, αρθραλγιών και φαρυγγαλγίας διάρκειας δύο εβδομάδων. Η ασθενής είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή πριν την εισαγωγή της χωρίς να εμφανίσει καμία βελτίωση οπότε εισήχθη στην Παθολογική για περαιτέρω διερεύνηση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, CRP 27 mg/dL, ΤΚΕ 170 mm/h και λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλική επικράτηση. Ο εκτενής λοιμωξιολογικός,ανοσολογικός και ογκολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός,όπως και οι καλλιέργειες αίματος και ούρων.Τα ANA και RF ήταν αρνητικά.Κατά την κλινική εξέταση αναδείχθηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια.Από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονικές τομογραφίες δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα, πλην μέτριων αμφοτερόπλευρων πλευριτικών συλλογών, ελάχιστης περικαρδιακής συλλογής και μικρής ποσότητας ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού. Λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εικόνα,τον αποκλεισμό λοιμώδους,νεοπλασματικής και άλλης αυτοάνοσης αιτιολογίας, τέθηκε η διάγνωση της νόσου Still του ενήλικα.Η ασθενής πληρούσε πλήρως τα κριτήρια ταξινόμησης Yamaguchi, συγκεντρώνοντας τέσσερα μείζονα και τέσσερα ελάσσονα κριτήρια. Ξεκίνησε θεραπεία με anakinra και ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη,με αποτέλεσμα την άμεση ύφεση του εμπυρέτου και του εξανθήματος,καθώς και τη σταδιακή ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Η νόσος Still του ενήλικα αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική αιτία εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας.Η εφαρμογή των κριτηρίων Yamaguchi σε συνδυασμό με τον ενδελεχή αποκλεισμό λοιμωδών, νεοπλασματικών και αυτοάνοσων νοσημάτων μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση. Η άμεση ανταπόκριση στη θεραπεία με αναστολή της IL-1 αναδεικνύει τον κεντρικό ρόλο των σύγχρονων βιολογικών παραγόντων στη διαχείριση της νόσου.Το περιστατικό υπογραμμίζει την ανάγκη διατήρησης υψηλού δείκτη υποψίας για τη νόσο Still σε νέους ασθενείς με επίμονο εμπύρετο, εξάνθημα και έντονη συστηματική φλεγμονή.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 118

ΟΤΑΝ ΤΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΘΟΔΗΓΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΝΕΑΡΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΟΥΔΑΝ ΜΕ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Λεωνίδας Ιερόπουλος, Μάρθα Ορφανίδου, Άγγελος Στέφος, Σάρα Γεωργιάδου

Μονάδα Λοιμώξεων Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Η εξωπνευμονική φυματίωση αποτελεί διαγνωστική πρόκληση λόγω της ετερογενούς κλινικής εικόνας και της συχνής δυσκολίας μικροβιολογικής τεκμηρίωσης. Η αυξημένη μετακίνηση πληθυσμών από περιοχές υψηλής ενδημικότητας αναμένεται να επηρεάσει την επιδημιολογία της νόσου στις ευρωπαϊκές χώρες. Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή ασθενών με σοβαρή εξωπνευμονική φυματίωση και η ανάδειξη της σημασίας του επιδημιολογικού ιστορικού στη διαγνωστική προσέγγιση.

Υλικό και Μέθοδοι: Καταγράψαμε τα κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά δεδομένα τεσσάρων ασθενών (αρνητικών για τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας) ηλικίας 23–27 ετών, με καταγωγή από το Σουδάν, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων το χρονικό διάστημα Μαρτίου–Μαΐου 2026. Όλοι διέμεναν σε δομή φιλοξενίας μεταναστών πλησίον της πόλης.

Αποτελέσματα: Κανένας ασθενής δεν παρουσίαζε τυπική πνευμονική φυματίωση. Ο πρώτος ασθενής εμφάνιζε περιφερική λεμφαδενοπάθεια και φυματιώδη περιτονίτιδα με αιμορραγικό ασκίτη. Ο δεύτερος παρουσίασε έντονη οσφυαλγία, παραπληγία, πολλαπλές οστεολυτικές αλλοιώσεις, παρασπονδυλικές μάζες και συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Ο τρίτος ασθενής εμφάνιζε οσφυαλγία, εκτεταμένες οστεολύσεις και παρασπονδυλικές μάζες με συμπίεση του νωτιαίου μυελού, χωρίς νευρολογική σημειολογία. Ο τέταρτος ασθενής παρουσίαζε οστεολυτικές αλλοιώσεις σπονδύλων, παρασπονδυλικά αποστήματα, περιφερική λεμφαδενοπάθεια και μάζες μαλακών μορίων στο θωρακικό τοίχωμα. Στους δύο ασθενείς με σπονδυλική προσβολή απαιτήθηκε χειρουργική αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού και σπονδυλοδεσία. Η αρχική διαφορική διάγνωση περιελάμβανε σε όλους τους ασθενείς κακοήθεια συμπαγούς οργάνου ή λέμφωμα. Η διάγνωση βασίστηκε στα αποτελέσματα των καλλιεργειών, των ιστολογικών και μοριακών ευρημάτων σε συνδυασμό με την υψηλή κλινική υποψία και το επιδημιολογικό ιστορικό. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιφυματική αγωγή με σημαντική κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η εξωπνευμονική φυματίωση πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών από περιοχές υψηλής ενδημικότητας καθώς μπορεί να μιμηθεί κακοήθη νοσήματα. Η προσεκτική λήψη επιδημιολογικού ιστορικού και ο υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας είναι καθοριστικοί για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Η αυξημένη κινητικότητα των πληθυσμών αναμένεται να οδηγήσει συχνότερα στην εμφάνιση άτυπων και παραμελημένων μορφών φυματίωσης στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 119

ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Παρασκευή Κατσέλη[1], Βασίλειος Γόγολας[2], Χρήστος Παπαχρονόπουλος[1], Παναγιώτης Ιωάννης Τσετζάν[1], Πολύδωρος Κωνσταντινίδης[1], Γεώργιος Δρόσος[1], Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου[1]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»
[2] Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες μορφές αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου,συνδεόμενη με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Παράλληλα,η ανάπτυξη φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου,συμπεριλαμβανομένης της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (ΕΒΦΘ) και της πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) αποτελεί συχνή και δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή.Η συνύπαρξη των δύο καταστάσεων δημιουργεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό θεραπευτικό δίλημμα.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία,ΠΕ και ΕΒΦΘ δεξιού κάτω άκρου.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 67 ετών, προσεκομίσθη λόγω διαταραχής επιπέδου συνείδησης με συνοδούς εμέτους.Ατομικό αναμνηστικό: υποθυρεοειδισμός,λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων από ημερών λόγω άλγους δεξιού κάτω άκρου. Ζωτικά σημεία: Α.Π: 170/95mmHg, ΚΣ:80 παλμοί/λεπτό.SatO2: 96%.Εργαστηριακός έλεγχος :χωρίς αξιόλογα ευρήματα πλην αυξημένων δ-διμερών (5mg/L). Υπεβλήθη άμεσα σε CT-εγκεφάλου και αναδείχθηκε ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αριστερά μετωπιαία (3,7x6,3x4,1 εκ) περιβαλλόμενη από οίδημα. Λόγω εμμένοντος άλγους του δεξιού κάτω άκρου έγινε Triplex φλεβών και διαπιστώθηκε οξεία θρόμβωση από το ύψος της κοινής μηριαίας φλέβας και κάτωθεν. Βάσει αυτού έγινε CT-θώρακος με πρωτόκολλο αγγειογραφίας της πνευμονικής αρτηρίας και επιβεβαιώθηκε η διάγνωση ΠΕ με έλλειμμα σκιαγράφησης στην περιφέρεια των κύριων και σε όλους τους λοβαίους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική αφού εκτιμήθηκε από νευροχειρουργό, νευρολόγο, αγγειοχειρουργό και καρδιολόγο. Ετέθη σε αγωγή με λεβετιρακετάμη και μαννιτόλη με οδηγία να επαναληφθεί μετά από μία ημέρα CT-εγκεφάλου: χωρίς διαφοροποίηση των απεικονιστικών ευρημάτων**.** Έγινε έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με ενοξαπαρίνη σε μη θεραπευτική δόση η οποία ήταν καλώς ανεκτή.Ακολούθως πραγματοποιήθηκε 3η CT-εγκεφάλου μετά από τρεις ημέρες με μόλις υποσημαινόμενη ελάττωση της πυκνότητας του αιματώματος,επιτρέποντας την αύξηση της δόσης ενοξαπαρίνης σε θεραπευτική δόση.

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες θεραπευτικές προκλήσεις στην κλινική πράξη.Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει τη λεπτή ισορροπία μεταξύ αιμορραγικού και θρομβωτικού κινδύνου καθώς και τη σημασία της εξατομικευμένης, διεπιστημονικής προσέγγισης στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.Παρά τη βαρύτητα και την πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας,η προσεκτική σταθμισμένη αντιμετώπιση οδήγησε σε ευνοϊκή έκβαση της ασθενούς μας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 120

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΠΟΥ ΥΠΟΔΥΘΗΚΕ ΝΟΣΟ FAHR

Μαρία-Φανή Μπαμπούρη[1], Νικόλαος Μακρής[1], Σωτήρης Ζάμπρας[1], Ευαγγελία Τσιούμα[1], Νικόλαος Σαμπάνης[2], Στέφανος Μυλωνάς[1]

[1] Β Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η παρουσίαση μίας σπάνιας κλινικοαπεικονιστικής εκδήλωσης ιατρογενούς υπερασβεστιαιμίας, η οποία αναπτύχθηκε σε έδαφος χρόνιου μετεγχειρητικού υποπαραθυρεοειδισμού. Οι ασθενείς με το συγκεκριμένο κλινικό προφίλ δύνανται να εμφανίσουν εναποθέσεις ασβεστίου στα βασικά γάγγλια, οι οποίες απεικονιστικά υποδύονται τη νόσο Fahr. Στόχος είναι η ανάδειξη της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ της πρωτοπαθούς νόσου και του δευτεροπαθούς συνδρόμου Fahr, καθώς και της σημασίας που έχει η προσεκτική τιτλοποίηση της θεραπείας υποκατάστασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται η περίπτωση μίας γυναίκας 75 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αφαίρεσης θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών αδένων προ 40ετίας, καθώς και νόσου Alzheimer, η οποία διεκομίσθη λόγω οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Η εξωνοσοκομειακή της αγωγή περιελάμβανε λεβοθυροξίνη, συμπληρώματα ασβεστίου και αλφακαλσιδόλη.

Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή υπερασβεστιαιμία και οξεία νεφρική βλάβη. Η ακέραιη παραθορμόνη καταγράφηκε σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, επιβεβαιώνοντας τον χρόνιο μετεγχειρητικό υποπαραθυρεοειδισμό, ενώ ο φώσφορος ορού κυμάνθηκε εντός φυσιολογικών ορίων. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποκάλυψε συμμετρικές παρεγχυματικές αποτιτανώσεις στα βασικά γάγγλια και στην αριστερή βρεγματική χώρα. Παράλληλα, ο απεικονιστικός έλεγχος κοιλίας ανέδειξε νεφρολιθίαση και αρχόμενη νεφρασβέστωση. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με άμεση διακοπή του ασβεστίου και της αλφακαλσιδόλης, ενυδάτωση με ισότονα διαλύματα και ενδοφλέβια χορήγηση διουρητικών αγκύλης. Η ανταπόκριση ήταν άριστη, με σταδιακή ομαλοποίηση των επιπέδων ασβεστίου και βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας κατά την έκτη ημέρα της νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Η παρουσία αμφοτερόπλευρων επασβεστώσεων στα βασικά γάγγλια καθιστά επιβεβλημένη τη διαφορική διάγνωση μεταξύ της πρωτοπαθούς νόσου και του δευτεροπαθούς συνδρόμου Fahr. Τα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα της ασθενούς συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης του δευτεροπαθούς συνδρόμου. Η κατάσταση αυτή αποδίδεται στο αυξημένο γινόμενο ασβεστίου-φωσφόρου —απόρροια της θεραπευτικής αγωγής για υποπαραθυρεοειδισμό— με αποτέλεσμα την έκτοπη εναπόθεση ασβεστίου στον εγκέφαλο και τους νεφρούς. Συμπερασματικά, η φαρμακευτική τοξικότητα οφείλει να συνεκτιμάται στον διαγνωστικό αλγόριθμο, καθιστώντας αδήριτη την ανάγκη τακτικής παρακολούθησης της χορηγούμενης αγωγής, με σκοπό την αποτροπή μη αναστρέψιμων βλαβών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 121

ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΟΥΔΑΝ

Λεωνίδας Ιερόπουλος, Άγγελος Στέφος, Σάρα Γεωργιάδου

Μονάδα Λοιμώξεων Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Οι παρασιτικές λοιμώξεις παραμένουν συχνές σε περιοχές υψηλής ενδημικότητας και ενίοτε μπορεί να εκδηλωθούν με άτυπη συμπτωματολογία, προσομοιάζοντας λοιμώδη, φλεγμονώδη ή νεοπλασματικά νοσήματα. Η αυξημένη μετακίνηση πληθυσμών καθιστά αναγκαία τη συνεκτίμηση του επιδημιολογικού ιστορικού κατά τη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με παρασιτική λοίμωξη που μιμήθηκε εντερική φυματίωση, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ) και λέμφωμα.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 19 ετών από το Σουδάν, ο οποίος νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής λόγω αποφρακτικού ειλεού με αναφερόμενη εμφάνιση κοιλιακού άλγους, ναυτίας, εμέτων και διαταραχών των κενώσεων από τριμήνου. Καταγράψαμε τα κλινικά, εργαστηριακά, απεικονιστικά και ενδοσκοπικά ευρήματα καθώς και την τελική διαγνωστική προσέγγιση.

Αποτελέσματα: Η αξονική και η μαγνητική εντερογραφία ανέδειξαν διάταση ελίκων λεπτού εντέρου, φλεγμονώδεις αλλοιώσεις και εικόνα συμβατή με απόφραξη στον τελικό ειλεό, εγείροντας την υποψία νόσου Crohn ή εντερικής φυματίωσης. Η διερεύνηση περιέλαβε ενδοσκοπικό έλεγχο με πολλαπλές βιοψίες στις οποίες δεν τεκμηριώθηκαν ιστολογικά ευρήματα φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ή μυκοβακτηριδιακής λοίμωξης. Εντούτοις, η ιστολογική εξέταση δωδεκαδακτυλικών βιοψιών ανέδειξε Giardia lamblia, ενώ ο ορολογικός έλεγχος ήταν θετικός για Schistosoma mansoni. Χορηγήθηκαν μετρονιδαζόλη και πραζικουαντέλη με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής και απεικονιστική αποκατάσταση της ψευδοαπόφραξης.

Συμπεράσματα: Οι παρασιτικές λοιμώξεις πρέπει να περιλαμβάνονται πάντα στη διαφορική διάγνωση ασθενών, μεταναστών από ενδημικές περιοχές με γαστρεντερική συμπτωματολογία και ευρήματα συμβατά με ΙΦΝΕ ή εντερική φυματίωση. Η λεπτομερής λήψη επιδημιολογικού ιστορικού μπορεί να αποτρέψει λανθασμένες διαγνώσεις και ακατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό περιβάλλον.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 122

ΛΕΥΧΑΙΜΟΕΙΔΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΛΟΓΩ ΒΑΡΕΙΑΣ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ C. DIFFICILE: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ελένη Ζότο, Ευθύμιος-Λεωνίδας Καλτσούνης, Θεοφανώ Δερδελάκου, Φωτεινή Παπαηλία, Δαυίδ Τούκλη, Θεοφάνης Χειλετζάρης, Αικατερίνη Παππά, Σωτήριος Τσάμης, Φιλία Μαλακάση, Αλίκη Τιμοθέου, Οξάνα Τσατόβ, Νικόλαος Κουτσουμπός, Αρτεμισία Παπαδάκη, Νικόλαος Αλεξίου, Μαρίνα Κουπετώρη, Στυλιανή Συμπάρδη

Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η κολίτιδα από *C. difficile* εξακολουθεί να αποτελεί μια κλινική πρόκληση τόσο στην αναγνώριση των σοβαρών μορφών, όσο και στην αντιμετώπιση των. Η λευχαιμοειδής αντίδραση στην κλωστηριδιακή κολίτιδα είναι μια ιδιαίτερα ανησυχητική εκδήλωση, υποδηλώνοντας την μαζική απελευθέρωση φλεγμονωδών κυταροκινών και αυξητικών παραγόντων (G-CSF), ως απόκριση στις τοξίνες του βακτηρίου.

Σκοπός: Η περιγραφή της εξέλιξης και της έκβασης τριών περιπτώσεων ασθενών μας με σοβαρή εντεροκολίτιδα από *C. Difficile* και συνοδό εικόνα λευχαιμοειδούς αντίδρασης.

Παρουσίαση περιστατικού: Α) Άνδρας 86 ετών μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο από Κέντρο Αποκατάστασης λόγω εμπυρέτου, κοιλιακού άλγους, πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων, έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας. Β) Γυναίκα ετών 79, από το Κέντρο Αποκατάστασης με διαρροϊκές κενώσεις, αρτηριακή υπόταση, έκπτωση επιπέδου επικοινωνίας και εμπύρετο. Γ) Άνδρας ετών 75, με ΧΝΝ και καρδιακή ανεπάρκεια, μετά από επανειλημμένες νοσηλείες. Εργαστηριακός έλεγχος: Σημαντική λευκοκυττάρωση: Στον (Α) WBC $35x10^9$/L, στον (Β) $48x10^9$/L και στον (Γ) $65x10^9$/L, με αριστερή στροφή (αντίστοιχα πολυμορφοπύρηνα 88-90-92%), ιδιαίτερα αυξημένοι δείκτες λοίμωξης (CRP/PCT), και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, γαλακτικό οξύ ~2 έως 4 mmol/l. Από τον έλεγχο δειγμάτων διαρροιών Ag(+) και Toxins α/β(+) για *C. Difficile*. Απεικονιστικός έλεγχος εικόνα σοβαρής παν-κολίτιδας, χωρίς ανάδειξη τοξικού μεγάκολου.

Αποτελέσματα: Αντιμετώπιση**:** Λόγω σοβαρής κλινικής εικόνας χορηγήθηκε αντιμικροβιακή αγωγή με Τιγεκυκλίνη + Αμινογλυκοσίδη ενδοφλεβίως, σε συνδυασμό με έναρξη Φινταξομυκίνης από του στόματος. Μετά το 3ο 24ωρο και ενώ οι αιμοκαλλιέργειες παρέμεναν στείρες, διακόπηκαν τα παρεντερικά αντιμικροβιακά και συνεχίστηκε η Φινταξομυκίνη. Ο ασθενής (Α) σύντομα βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά και την 10η ημέρα έλαβε εξιτήριο. Η ασθενής (Β) μετά από αρχική σταθεροποίηση διασωληνώθηκε λόγω επιμένοντος shock και ετέθη σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής, ενώ ο ασθενής (Γ) απεβίωσε το τρίτο 24ωρο της νοσηλείας κατά τη διάρκεια αιμοκάθαρσης.

Συμπεράσματα/Συζήτηση: Η λευχαιμοειδής αντίδραση λόγω εντεροκολίτιδας *από C. Difficile* πρακτικά σημαίνει βαριά τοξιναιμία και σοβαρή/κεραυνοβόλος κολίτιδα μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Αριθμός WBC > $35x10^9$/L συσχετίστηκε με σαφώς χειρότερη πρόγνωση, ενώ WBC > $50x10^9$/L και/ή γαλακτικό > 5 mmol/L θεωρούνται πολύ κακοί προγνωστικοί δείκτες. Η θεραπευτική προσέγγιση εστιάζεται στη διακοπή των προηγούμενων αντιβιοτικών (εάν είναι δυνατόν), και ειδική αντιβιοτική αγωγή για το *C. Difficile*. Σε περίπτωση ευνοϊκής έκβασης, μετά την αποδρομή της λοίμωξης του εντέρου, τα λευκά αιμοσφαίρια ομαλοποιούνται.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 123

ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗ ΦΛΕΒΑ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΟΞΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Κρυσταλία Δημητρίου[1], Δημήτριος Κουνατίδης[2], Ευαγγελία Κώτση[3], Νικόλαος Νεκτάριος Καραμανώλης[3], Κωνσταντίνος Αβραμίδης[3], Ιωάννα Τσιάρα[3], Βασίλειος Παπαδημητρόπουλος[3], Αλεξάνδρα Αλεξοπούλου[3], Δημήτριος Βασιλόπουλος[3]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*
[2] *Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα*
[3] *Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η θρόμβωση νεφρικής φλέβας (ΘΝΦ) αποτελεί σπάνια αγγειακή επιπλοκή, η οποία συσχετίζεται κυρίως με νεφρωσικό σύνδρομο και καταστάσεις υπερπηκτικότητας. Η εμφάνισή της ως επιπλοκή οξείας πυελονεφρίτιδας είναι εξαιρετικά ασυνήθης και ενδέχεται να καθυστερήσει τη διάγνωση και θεραπεία. Παρουσιάζεται περίπτωση ΘΝΦ με επέκταση στην κάτω κοίλη φλέβα σε ασθενή με οξεία πυελονεφρίτιδα από Klebsiella pneumoniae.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 74 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 προσήλθε λόγω πυρετού με ρίγος από τριημέρου, με συνοδό υπερηβικό άλγος και δυσουρικά ενοχλήματα. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πυρετός 39°C και θετικό σημείο Giordano δεξιά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (WBC 10.480/mL), σημαντική αύξηση της CRP (116 mg/L), υπεργλυκαιμία (γλυκόζη ορού 350 mg/dL) και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη 1.6 mg/dL, GFR 34 mL/min/1.73m²). Η γενική ούρων έδειξε πυουρία (WBC >100/hpf), ενώ στην καλλιέργεια ούρων απομονώθηκε Klebsiella pneumoniae (>10^5 CFU/mL). Παρά την έγκαιρη χορήγηση πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης βάσει αντιβιογράμματος, δεν παρατηρήθηκε κλινική ή εργαστηριακή βελτίωση.

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό ανέδειξε θρόμβωση της δεξιάς νεφρικής φλέβας με επέκταση στην κάτω κοίλη φλέβα. Η αξονική τομογραφία θώρακος απέκλεισε την πνευμονική εμβολή, ενώ η πιθανότητα υποκείμενης κακοήθειας αποκλείσθηκε με τη διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας κοιλίας. Ο έλεγχος για θρομβοφιλία ήταν αρνητικός, ενώ η εξέταση ούρων 24ώρου δεν ήταν συμβατή με νεφρωσικό σύνδρομο. Χορηγήθηκε παρατεταμένη αντιμικροβιακή αγωγή συνολικής διάρκειας 28 ημερών (14 ημέρες πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και 14 ημέρες σιπροφλοξασίνη) σε συνδυασμό με αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, με αποτέλεσμα πλήρη κλινική ύφεση.

Συμπεράσματα: Η ΘΝΦ αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική επιπλοκή της οξείας πυελονεφρίτιδας. Η επιμονή του πυρετού και των δεικτών φλεγμονής παρά την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή θα πρέπει να εγείρει υποψία για υποκείμενες αγγειακές επιπλοκές. Η έγκαιρη απεικονιστική διερεύνηση και η συνδυασμένη χορήγηση στοχευμένης αντιβιοτικής και αντιπηκτικής αγωγής είναι καθοριστικές για την ευνοϊκή έκβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 124

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΛΙΘΙΟ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ SILENT

Κρυσταλία Δημητρίου[1], Δημήτριος Κουνατίδης[2], Ευαγγελία Κώτση[3], Νικόλαος Νεκτάριος Καραμανώλης[3], Ελευθερία Χατζιελευθερίου[3], Γεώργιος Κόντος[3], Melanie Deutsch[3], Δημήτριος Βασιλόπουλος[3]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*
[2] *Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα*
[3] *Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η τοξικότητα από λίθιο μπορεί να είναι οξεία, χρόνια ή οξεία-επί-χρονίας με διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις αντιστοίχως. Οι νευρολογικές διαταραχές κυριαρχούν στη χρόνια τοξικότητα. Η επιμονή αυτών παρά τη διακοπή του λιθίου θέτει την υποψία του συνδρόμου SILENT (Syndrome of Irreversible Lithium-Effectuated Neurotoxicity). Παρουσιάζουμε μία περίπτωση ασθενούς με χρόνια λήψη λιθίου κι εμμένουσα νευρολογική σημειολογία παρά τη διακοπή του φαρμάκου.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 72 ετών με ατομικό αναμνηστικό διπολικής διαταραχής υπό αγωγή με λίθιο 600mg ημερησίως από 40-ετίας και σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία διεκομίσθη λόγω διαταραχής επιπέδου συνείδησης σταδιακά επιδεινούμενης από ημερών. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν φυσιολογικά. Παρουσίαζε μεικτή μη-ρέουσα αφασία και ήταν ληθαργική με αυτόματο άνοιγμα οφθαλμών, αντιδρώντας στα επώδυνα. Δεν διαπιστώθηκε αυχενική δυσκαμψία ή σημείο Babinski. Τα επίπεδα λιθίου ορού ήταν φυσιολογικά (0.9 mmol/L, φυσιολογικές τιμές 0.5–1.2 mmol/L). Εκ του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε διαταραχή νεφρικής λειτουργίας (ουρία: 62 mmol/L, κρεατινίνη: 1.6 mg/dL, eGFR: 34 mL/min/1.73m²) και ήπια λευκοκυττάρωση (WBC: 12 x10^9/L), χωρίς άλλα αξιοσημείωτα ευρήματα (γλυκόζη: 179 mg/dL, νάτριο: 138 mmol/L, κάλιο: 5.4 mmol/L, CRP: 0.6 mg/L). Κατά το διαγνωστικό έλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση δεν διαπιστώθηκαν οξέα παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με το ιστορικό, τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και την παρουσία παραγόντων κινδύνου (αφυδάτωση, νεφρική δυσλειτουργία, ηλικία), έγινε διάγνωση επαγόμενης από λίθιο νευροτοξικότητας. Θεραπευτικά έγινε άμεση διακοπή του λιθίου, ενυδάτωση και υποστήριξη της θρέψης. Σταδιακά ανέκτησε επίπεδο επικοινωνίας με εικόνα ωστόσο ήπιας εξωπυραμιδικής συνδρομής. Κατά την επανεκτίμηση 4 μήνες μετά το εξιτήριο ήταν μερικώς αυτοεξυπηρετούμενη με παραμονή νευρολογικών εκδηλώσεων.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία συνδρόμου SILENT είναι υποστηρικτική, με διακοπή λιθίου και ενυδάτωση, ενώ αιμοκάθαρση εφαρμόζεται σε βαριές περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και τακτική παρακολούθηση επιπέδων λιθίου και νεφρικής λειτουργίας είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 125

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΣΚΙΤΗ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟ AVAPRITINIB

Σοφία Γαλάνη, Χρυστάλλα Σκορδή, Ανδρέας Στυλιανού
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

Σκοπός: Η συστηματική μαστοκυττάρωση με συνοδό αιματολογική νεοπλασία (Systemic Mastocytosis with Associated Hematologic Neoplasm, SM-AHN) αποτελεί σπάνια κλωνική διαταραχή. Η εμφάνιση ασκίτη ως αρχική εκδήλωση είναι εξαιρετικά ασυνήθης και μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται άνδρας 68 ετών με ιστορικό παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, ΧΑΠ και υποθυρεοειδισμού, ο οποίος εισήχθη λόγω προοδευτικής διάτασης κοιλίας, δύσπνοιας και ανορεξίας. Δεν υπήρχε γνωστό ιστορικό ηπατικής νόσου ή αιματολογικής κακοήθειας. Ακολούθησε εκτεταμένη διερεύνηση του ασκίτη.

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία ανέδειξε σημαντική ασκιτική συλλογή, δεξιά πλευριτική συλλογή, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και διάσπαρτους μικρούς λεμφαδένες. Διενεργήθηκαν επανειλημμένες θεραπευτικές παρακεντήσεις μεγάλου όγκου. Η κυτταρολογική και μικροβιολογική εξέταση του ασκιτικού υγρού ήταν αρνητική για κακοήθεια ή λοίμωξη. Η γαστροσκόπηση και η κολονοσκόπηση δεν ανέδειξαν ευρήματα κακοήθειας. Ο καρδιολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε καρδιακή ανεπάρκεια ως αιτία της συλλογής υγρών. Η ελαστογραφία ήπατος έδειξε ήπια ίνωση (F1), αποκλείοντας προχωρημένη κίρρωση. Η περαιτέρω αιματολογική διερεύνηση με βιοψία μυελού των οστών ανέδειξε συστηματική μαστοκυττάρωση με συνοδό αιματολογική νεοπλασία, πιθανότερα χρόνια μυελομονοκυτταρική λευχαιμία (CMML). Μετά την έναρξη θεραπείας με avapritinib παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση του ασκίτη, χωρίς ανάγκη περαιτέρω παρακεντήσεων, συνοδευόμενη από σημαντική κλινική βελτίωση και αύξηση του σωματικού βάρους.

Συμπεράσματα: Η συστηματική μαστοκυττάρωση με συνοδό αιματολογική νεοπλασία πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασκίτη αγνώστου αιτιολογίας, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει προχωρημένη ηπατική νόσος. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη σημασία της αιματολογικής διερεύνησης σε ανεξήγητο ασκίτη και τη σημαντική αποτελεσματικότητα του avapritinib στην αντιμετώπιση των συστηματικών εκδηλώσεων της νόσου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 126

ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ηλιάνα Ζυγερίδου[1], Παναγιώτης Κολοβός[2], Στυλιανή Βουτίδου[1], Ευστράτιος Γαβριηλίδης[2], Χριστίνα Αντωνιάδου[2], Αικατερίνη Σκεύα[3], Βικτώρια Τσιρονίδου[4], Θεοχάρης Κωνσταντινίδης[3], Δημήτριος Τσιλιγγίρης[2], Μαρία Πανοπούλου[3], Χαράλαμπος Παπαγόρας[2], Ιωάννης Μητρούλης[2], Παναγιώτης Σκένδρος[2]

[1] *Φοιτήτρια Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης*
[2] *Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*
[3] *Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*
[4] *Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας & Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η εξωπνευμονική φυματίωση (ExTBC) αντιπροσωπεύει περίπου το 15% των περιπτώσεων φυματίωσης, ενώ η συχνά δύσκολη ανίχνευση συμβάλλει στην υποδιάγνωσή της. Σκοπός της μελέτης είναι η ανασκόπηση των περιστατικών ExTBC σε Παθολογική Κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των επιβεβαιωμένων με PCR ασθενών με ExTBC, που νοσηλεύθηκαν στην Α΄ Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης την περίοδο 1/2020-6/2026.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 9 ασθενείς, οι 5 (55.5%) γυναίκες, με μέση ηλικία τα 70 έτη. Ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση της κλινικής συμπτωματολογίας μέχρι τη διάγνωση ήταν 5 εβδομάδες. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων παρουσίασε κοινά μη ειδικά συμπτώματα (εμπύρετο, αδυναμία/καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους, μυαλγίες, εφιδρώσεις) αλλά και ειδικά με βάση την εντόπιση της νόσου. Συγκεκριμένα, 3/9 ασθενείς παρουσίασαν TBC μυοσκελετικού(σπονδυλίτιδα/σπονδυλοδισκίτιδα, απόστημα ψοΐτη), , 1/9 αμυγδαλίτιδα, 1/9 περιτονίτιδα, 1/9 δέρματος, και 3/9 διάσπαρτη νόσο (στις 2 εντόπιση στο μυελό των οστών). Από τον έλεγχο για αντοχή σε αντιβιοτικά παρατηρήθηκε 1 ανθεκτικό στη ριφαμπικίνη στέλεχος (RR-TB). Πέντε (62,5%) ασθενείς λάμβαναν βιολογικούς παράγοντες ή/και κορτικοειδή κατά την εμφάνιση της νόσου, ενώ κανένας δεν βρέθηκε HIV+. Η πλειονότητα των περιστατικών αντιμετωπίσθηκαν με σχήμα πρώτης γραμμής (HRZE), ενώ ορισμένοι λόγω κακής ανοχής των αντιφυματικών, έλαβαν σχήματα που περιλάμβαναν κινολόνη, λινεζολίδη και αμικασίνη. Ο ασθενής με την RR-TB αντιμετωπίσθηκε με το μπεντακιλίνη, πρετομανίδη, λινεζολίδη και μοξιφλοξασινή (BpaLM). Σημειώθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε 4 ασθενείς με συχνότερες την ηπατοτοξικότητα (22,2%), νεφροτοξικότητα (22,2%), περιφερική νευροπάθεια (11,1%) και παγκυτταροπενία (11,1%), καθώς και καταγράφηκε 1 περίπτωση TB-IRIS η οποία αντιμετωπίσθηκε με κορτικοστεροειδή. Σημειώθηκε ένας θάνατος από οξεία ηπατική ανεπάρκεια πιθανώς φαρμακευτικής αιτιολογίας.

Συμπεράσματα: Η ExTBC παραμένει διαγνωστική πρόκληση. Θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, ιδιαιτέρως σε άτομα ανοσοκατεσταλμένα ή/και μεγαλύτερης ηλικίας. Η υψηλή κλινική υποψία και η χρήση μοριακών τεχνικών συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση, την εφαρμογή εξατομικευμένης θεραπείας και τη βελτίωση της έκβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 127

ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΛΑΤΟΣ ΛΟΓΩ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ

Ιωάννης Γαβαλάς, Σεραφείμ Καράβατος, Παύλος Βολουδάκης, Θάνος Κατηφόρης, Παναγιώτης Βασιλειάδης

Παθολογική Κλινική Ενηλίκων, Πολυδύναμη Νοσηλευτική Μονάδα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή / Σκοπός: το σύνδρομο εγκεφαλικής απώλειας άλατος (Cerebral Salt Wasting Syndrome – CSWS) περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως αίτιο υπονατριαιμίας μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ). Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion – SIADH) και είναι δυσχερής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η τιμή του νατρίου επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα εντός εβδομάδων, ενώ σπανιότερα μετά από μερικούς μήνες.

Υλικό και Μέθοδοι: παρουσιάζονται οι περιπτώσεις δύο ασθενών με παρατεταμένη υπονατριαιμία, ιστορικό σοβαρής ΚΕΚ, νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και ψυχικής νόσου. Η πρώτη ασθενής είχε ιστορικό τροχαίου δυστυχήματος με επακόλουθη κωματώδη κατάσταση και διασωλήνωση, ενώ προσήλθε με τιμή νατρίου ορού 128 mEq/L, τρία έτη αργότερα. Η δεύτερη ασθενής είχε ιστορικό νοητικής υστέρησης, νοσηλεύτηκε διασωληνωμένη μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και προσήλθε με τιμή νατρίου ορού 125 mEq/L, έξι μήνες μετά.

Αποτελέσματα: από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν σε αμφότερες τις ασθενείς χαμηλή ωσμωτικότητα ορού, υψηλή ωσμωτικότητα ούρων, υψηλή τιμή νατρίου ούρων, φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία και κορτιζόλη ορού, φυσιολογικές τιμές λιπιδίων, λευκωμάτων και σακχάρου, υποουριχαιμία, αυξημένη κλασματική απέκκριση ουρικού οξέος, πολυουρία και κλινική εικόνα αφυδάτωσης. Από τον απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκαν στοιχεία παλαιών φλοιικών κακώσεων, ενώ η εικόνα της υπόφυσης και του τουρκικού εφιππίου ήταν φυσιολογική. Και στις δύο ασθενείς, η υπονατριαιμία βελτιώθηκε μετά από ενδοφλέβια χορήγηση υπέρτονου διαλύματος NaCl 3%, έπειτα από αποτυχία θεραπείας με NaCl 0,9%, και διατηρήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα με αυξημένη πρόσληψη άλατος και χορήγηση φθοριοϋδροκορτιζόνης από του στόματος.

Συμπεράσματα: το CSWS αποτελεί σημαντικό αίτιο υπονατριαιμίας σε ασθενείς με ιστορικό ΚΕΚ. Η διαφορική διάγνωση από το SIADH κρίνεται απαραίτητη λόγω διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 128

ΗΠΑΤΟΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΚΑΙ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ: ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ

Νικόλαος Μακρής[1], Μαρία-Φανή Μπαμπούρη[1], Ελένη Καρκή[1], Δήμητρα Τσιονάρα[2], Νικόλαος Σαμπάνης[3]

[1] *Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Τμήμα Επειγόντων Παθολογικού Τομέα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[3] *Νεφρολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων , Τρίκαλα*

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης εχινοκοκκίασης υποδυόμενης ανθεκτική εξιδρωματική πλευριτική συλλογή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, 71 ετών, με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου υπό αιμοκάθαρση, ΣΔΙΙ, και στεφανιαίας νόσου διερευνήθηκε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας, πλευριτικού άλγους και εμπύρετου.

Αποτελέσματα: Από τον αρχικό κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν κατάργηση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στη δεξιά βάση, αύξηση των δεικτών φλεγμονής και εγκυστωμένη υπεζωκοτική συλλογή με συνοδές ατελεκτασίες. Ο ασθενής έλαβε εμπειρική θεραπεία με μοξιφλοξασίνη και κεφτριαξόνη και εντατικοποιημένο σχήμα αιμοκάθαρσης. Προοδευτικά παρουσίασε κλινική και απεικονιστική επιδείνωση που επέβαλε διαγνωστική και θεραπευτική παροχέτευση. Ο εξιδρωματικός χαρακτήρας του πλευριτικού υγρού και οι αρνητικές καλλιέργειες σε συνδυασμό με την μη ανταπόκριση στη συμβατική αγωγή επέβαλαν τον έλεγχο για φυματιώδη πλευρίτιδα, συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα και νεοπλασματική νόσο, που απέβη αρνητικός. Από την ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου προέκυψε ιστορικό εχινοκοκκίασης και πολλαπλών ενδοκοιλιακών επεμβάσεων προ 20 ετίας όπως και παρουσία ευμεγέθους εχινοκόκκου κύστεως στον δεξιό λοβό του ήπατος, η οποία απουσίαζε στον πρόσφατο έλεγχο. Ακολούθησε μαγνητική απεικόνιση που ανέδειξε κενωθείσα εχινόκοκκο κύστη ήπατος και εμφανή επικοινωνία προς την υπεζωκοτική κοιλότητα. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με 4 κύκλους αντιπαρασιτικής αγωγής και ικανοποιητική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η εχινοκοκκίαση(υδατιδική νόσος) είναι παρασιτική λοίμωξη παγκόσμιας κατανομής που προκαλείται από το προνυμφικό στάδιο των κεστωδών σκωλήκων του γένους *Echinococcus*. Ο άνθρωπος αποτελεί ενδιάμεσο ξενιστή και μολύνεται μέσω κατάποσης των ωών του παρασίτου που αποβάλλονται στα κόπρανα του σκύλου(κύριος ξενιστής). Μετά την εκκόλαψη των ωών, τα έμβρυα εισέρχονται στην πυλαία κυκλοφορία και μεταναστεύουν στους πνεύμονες ή στη συστηματική κυκλοφορία. Η προσβολή του ήπατος και των πνευμόνων αφορά στο 80-95% των περιπτώσεων ενώ η εχινοκοκκίαση της υπεζωκοτικής κοιλότητας λόγω ηπατο-υπεζωκοτικού συριγγίου αποτελεί σπάνια επιπλοκή της ηπατικής εχινοκοκκίασης λόγω διάβρωσης του διαφράγματος. Η μαγνητική τομογραφία απεικονίζει με ακρίβεια τη διαφραγματική επικοινωνία και η συντηρητική θεραπεία με αλβενδαζόλη σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο και σοβαρές συ-νοσηρότητες μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με τη συνδυαστική χειρουργική /φαρμακευτική θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 129

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΥ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Ειρήνη Παναγιώτου[1,2], Ιωάννης Μπίτσικας[1], Όλγα Αλεξοπούλου[1], Ανδρονίκη Κοντού[3], Θεόδωρος Πουλετίδης[1], Ξανθίππη Νικολαΐδου[1]

[1] *ΚΥ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ Α ΔΥΠΕ*
[2] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνων, Κέντρο Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης*
[3] *Β ΤΟΠΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΑΛΕΩ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ Β ΔΥΠΕ*

Εισαγωγή: Η εκτιμώμενη δραματική αύξηση των ηλικιωμένων προσώπων και η αυξημένη εμφάνιση συννοσηροτήτων καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη μιας πιο ολοκληρωμένης ολιστικής φροντίδας.

Η Γηριατρική και η Ανακουφιστική Φροντίδα σχετίζονται άμεσα με την αξιολόγηση των πολυδιάστατων αναγκών ηλικιωμένων χρονίως πασχόντων.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν ως τώρα τέτοιες ειδικότητες η εξειδικεύσεις. Σε κάθε επίπεδο φροντίδας, τα προβλήματα και οι ανάγκες των γηριατρικών ασθενών αντιμετωπίζονται χωρίς ολοκληρωμένη εκπαίδευση, γνώσεις και ικανότητες.

Σκοπός: Να αναπτυχθεί ένα διαδραστικό, διαδικτυακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα με στόχο την διδασκαλία μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Να αναλυθούν οι πτυχές της Γηριατρικής και ειδικότερα της Γηριατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Υλικό και Μέθοδοι: Δημιουργήθηκε μια ομάδα μετασχηματιστικής ηγεσίας από ειδικούς στην έρευνα και εκπαίδευση στη Γηριατρική και Ανακουφιστική Φροντίδα. Ο κύριος ερευνητής/εκπαιδευτής ήταν Ιατρός με ειδική μεταπτυχιακή εμπειρία, ο οποίος και δημιούργησε διακρατική συνεργασία (Ισπανία, Σερβία και Μπαγκλαντές). Στην ομάδα συμμετείχαν νοσηλεύτριες, ψυχολόγοι και Διοικητικά υπεύθυνοι Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι θεματικές εκπαιδευτικές ενότητες ολοκληρώθηκαν μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αντιλήψεις ειδημόνων.

Αποτελέσματα: Το πρόγραμμα περιελάμβανε 200 ώρες συνολικά (175 ασύγχρονης, 25 σύγχρονης εκπαίδευσης), διάρκειας 4 μηνών. Οι συμμετέχοντες ελάμβαναν πιστοποιητικό επιμόρφωσης, μετά από γραπτή αξιολόγηση. Οι εκπαιδευόμενοι ήταν Ιατροί (Παθολόγοι και Γενικοί/Οικογενειακοί Ιατροί), νοσηλευτές, ψυχολόγοι αλλά και Διοικητικά Υπεύθυνοι Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (>90%).

Στις εκπαιδευτικές θεματικές ενότητες ανήκαν: Παθολογία και Παθοφυσιολογία της γήρανσης, Γηριατρικά Σύνδρομα, Αρχές και Φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας, Γηριατρική Ογκολογία, Πτώσεις/ Σύνδρομο Ευθραυστότητας, Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Διαταραχές του Θυμικού και Επείγουσα Γηριατρική

Οι σύγχρονες συναντήσεις ήταν διαδραστικές, με ποικιλία εκπαιδευτικών μεθόδων (ερωτήσεις βάσει κλινικών περιπτώσεων, οπτικοακουστικές παρουσιάσεις και δοκιμασίες). Το πρόγραμμα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και τον Πρύτανη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Συμπεράσματα: Το μοντέλο ένωσε ειδικούς από κάθε χώρα, ενίσχυσε την ενεργό συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και κάλυψε κενά στην διαχείριση ηλικιωμένων, μέχρι την επίσημη θεσμοθέτηση της Γηριατρικής και της Ανακουφιστικής Φροντίδας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 130

ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΛΙΝΙΚΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 53 ΕΤΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιφιγένεια Χαμακιώτη, Ηλίας Κουρεμένος, Ελένη Τσιουρή, Λεώνη Φαρμακαλίδη, Ευμορφία Κραβαρίτη, Ελένη Μοστράτου

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Εισαγωγή: Το Αναπλαστικό Λέμφωμα Μεγάλων Κυττάρων (ACL), είναι σπάνιος, επιθετικός υπότυπος Non-Hodgkin Λεμφώματος που αφορά τα Τ- Λεμφοκύτταρα. Η νόσος μπορεί να εμφανίσει εξωλεμφαδενικές εκδηλώσεις, συμπεριλαμβανομένων των εντοπίσεων στο δέρμα. Στην παρούσα εργασία εστιάζουμε στις διαγνωστικές προκλήσεις ενός τέτοιου περιστατικού, το οποίο εκδηλώθηκε κλινικά μιμούμενο κυτταρίτιδα, υπερτονίζοντας τη σημασία της έγκαιρης βιοψίας σε δερματικές αλλοιώσεις με άτυπη κλινική εικόνα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας 52χρονος άνδρας προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενο άλγος στη δεξιά μασχαλιαία χώρα προοδευτικά επιδεινούμενο από διμήνου που περιορίζει την κινητικότητα του άκρου. Το άλγος συνοδεύεται με οίδημα και ερυθρότητα που αναπτύχθηκε από δεκαημέρου, καθώς και αιμωδίες στο σύστοιχο άκρο. Ο ασθενής αναφέρει από μηνών νυχτερινές εφιδρώσεις. Από το ατομικό αναμνηστικό: καπνιστής. Σε απεικονιστικό έλεγχο που προσκομίζει αναδείχθηκαν αποτιτανώσεις, συλλογή υγρού και λεμφαδενικές διογκώσεις στη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα. Κατά τη νοσηλεία, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως επί λοίμωξης μαλακών μορίων-κυτταρίτιδας με πτωχή ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή αγωγή. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε διαγνωστική διερεύνηση, η οποία περιελάμβανε εργαστηριακό έλεγχο για αποκλεισμό λοιμώξεων, αξονικές τομογραφίες και PET-CT. Η επαναληπτική αξονική θώρακος έδειξε επινέμεση θωρακικών μυών και υποψία νέκρωσης εντός των λεμφαδένων. Η PET-CT ανέδειξε υπερμεταβολική εστία πυκνότητας μαλακών μορίων στη δεξιά μασχαλιαία-υπερκλείδια χώρα σε υποδόριο και δέρμα, καθώς και την πλάγια άποψη του δεξιού μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός. Πραγματοποιήθηκε βιοψία ιστοτεμαχίου λεμφαδένα που δεν ήταν πλήρως διαγνωστική. Ωστόσο, η βιοψία μαλακών μοριών και μικροσκοπική-ανοσοϊστοχημική εξέταση ιστοτεμαχίου δέρματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση αναπλαστικού μεγαλοκυτταρικού λεμφώματος.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει το βαθμό δυσκολίας στη διάγνωση του αναπλαστικού μεγαλοκυτταρικού λεμφωμάτος, καταδεικνύοντας ταυτόχρονα τη σημασία της πολυδιάστατης απεικόνισης και στοχευμένης βιοψίας. Η πρώιμη αξιολόγηση της ανταπόκρισης στην αγωγή καθώς και η επίσπευση περαιτέρω διαγνωστικών πράξεων όπως η βιοψία είναι κρίσιμες για την έγκαιρη παρέμβαση και τη βελτίωση της πρόγνωσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 131

ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σοφία Γαλάνη, Ανδρέας Στυλιανού, Αφροδίτη Νικολάου, Γιώργος Σουρουλλάς, Χάρης Κωνσταντίνου, Χρυστάλλα Σκορδή

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΝΑΚΑΣ

Σκοπός: Η ηωσινοφιλική χολαγγειίτιδα αποτελεί σπάνια αιτία χολόστασης και συχνά προσομοιάζει άλλες χολαγγειοπάθειες, όπως η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC). Παρουσιάζεται περιστατικό ιδιοπαθούς υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου (HES) με ηωσινοφιλική χολαγγειίτιδα και συνυπάρχουσα PSC.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 47 ετών με ιστορικό αλλεργικού άσθματος, δερματικού εκζέματος, υποτροπιαζουσών ιγμοριτίδων και θυρεοειδίτιδας Hashimoto διερευνήθηκε λόγω χρόνιας ηωσινοφιλίας και προοδευτικής χολόστασης. Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένος εργαστηριακός, απεικονιστικός, ιστολογικός και αιματολογικός έλεγχος για διερεύνηση των αιτίων της ηωσινοφιλίας και της χολαγγειοπάθειας.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αλκαλική φωσφατάση 200 U/L, γGT 74 U/L, IgG 1763 mg/dL και IgE 1489 IU/mL. Ο απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων ανήλθε σε 4500/μL. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε οισοφαγίτιδα, ενώ η κολονοσκόπηση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η βιοψία ήπατος κατέδειξε έντονη ηωσινοφιλική διήθηση των πυλαίων διαστημάτων με αλλοιώσεις χολαγγειοπάθειας. Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία ανέδειξε διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων, στενώσεις στη διακλάδωση του κοινού ηπατικού πόρου και κομβολοειδή διαμόρφωση των χοληφόρων, συμβατή με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Η βιοψία μυελού των οστών έδειξε αντιδραστική ηωσινοφιλία χωρίς στοιχεία μυελοϋπερπλαστικής ή μυελοδυσπλαστικής νόσου. Ο μοριακός και κυτταρογενετικός έλεγχος (NGS, FISH για PDGFRA, PDGFRB και FGFR1) ήταν αρνητικός, αποκλείοντας κλωνική αιτιολογία. Μετά την έναρξη συστηματικής κορτικοθεραπείας παρατηρήθηκε θεαματική κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση με ταχεία πτώση των ηωσινοφίλων και βελτίωση των χολοστατικών δεικτών.

Συμπεράσματα: Η παρουσία επίμονης υπερηωσινοφιλίας, αυξημένης IgE, ιστολογικά τεκμηριωμένης ηωσινοφιλικής διήθησης του ήπατος, χαρακτηριστικών χολαγγειογραφικών αλλοιώσεων και η εντυπωσιακή ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή οδήγησαν στη διάγνωση ιδιοπαθούς υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου με ηωσινοφιλική χολαγγειίτιδα και συνυπάρχουσα πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Η περίπτωση αναδεικνύει τη σημασία διερεύνησης υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου σε ασθενείς με ανεξήγητη χολόσταση και υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο της βιοψίας ήπατος στη διαγνωστική προσέγγιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 132

ΟΞΕΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ YERSINIA ENTEROCOLITICA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νικολίνα Αντωνοπούλου[1], Δήμητρα Ταπραντζή[2], Δημήτριος Ευθυμίου[2], Μαρία Λαγκαδινού[1], Μάρκος Μαραγκός[1], Λυδία Λεωνίδου[1]

[1] Παθολογική Κλινική –Τμήμα Λοιμώξεων , Π.Γ.Ν.Π. «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα
[2] Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Π. «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η *Yersinia enterocolitica* αποτελεί γνωστό αίτιο εντεροκολίτιδας, ενώ οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της είναι σπάνιες και παρατηρούνται κυρίως σε ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως η σπληνεκτομή και η υπερφόρτωση σιδήρου. Η απομόνωσή της από φαρυγγικό επίχρισμα αποτελεί εξαιρετικά ασυνήθιστο εύρημα. Παρουσιάζεται περίπτωση οξείας πυώδους αμυγδαλίτιδας από *Yersinia enterocolitica* σε ασθενή με μείζονα β-θαλασσαιμία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα, ηλικίας 47 ετών, πολυμεταγγιζόμενη, με ιστορικό μείζονος β-θαλασσαιμίας και σπληνεκτομής, προσήλθε με εμπύρετο έως 39,8°C από τετραημέρου,με συνοδό έντονη φαρυγγοδυνία και καταβολή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πυώδες εξίδρωμα στις αμυγδαλές, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (32.000/μL, έναντι συνήθους βασικής τιμής περίπου 14.000/μL) και αυξημένη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (18 mg/dL). Χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή ως επί αμυγδαλίτιδας με αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη χωρίς ανταπόκριση. Ο έλεγχος για λοίμωξη από EBV και CMV ήταν αρνητικός, ενώ η καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος ανέδειξε *Yersinia enterocolitica*.

Αποτελέσματα: Μετά την ταυτοποίηση του παθογόνου τροποποιήθηκε η αντιμικροβιακή αγωγή σε κεφτριαξόνη. Η ασθενής παρουσίασε ταχεία ύφεση του εμπυρέτου, σημαντική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση, χωρίς εμφάνιση επιπλοκών. Εξήλθε από το νοσοκομείο την τρίτη ημέρα νοσηλείας με σύσταση για ολοκλήρωση της αντιμικροβιακής αγωγής με από του στόματος λεβοφλοξασίνη.

Συμπεράσματα:

Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει μία εξαιρετικά σπάνια εξωεντερική εκδήλωση λοίμωξης από *Yersinia enterocolitica* και υπογραμμίζει τη σημασία της διερεύνησης σπάνιων παθογόνων σε ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες. Η αποτυχία της εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής για οξεία αμυγδαλίτιδα και η ταχεία κλινική ανταπόκριση μετά τη χορήγηση στοχευμένης θεραπείας, αναδεικνύουν την αξία της έγκαιρης μικροβιολογικής διάγνωσης. Σε ασθενείς με μείζονα β-θαλασσαιμία και υπερφόρτωση σιδήρου, η πιθανότητα λοίμωξης από σιδηρόφιλα παθογόνα, όπως η *Yersinia enterocolitica*, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 133

Η ΥΠΑΡΞΗ ΘΕΤΙΚΩΝ C-ANCA (+) / PR3-ANCA (+) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ

Νικόλαος Μακρής[1], Μαρία - Φανή Μπαμπούρη[1], Σωτήρης Ζάμπρας[1], Ελένη Κορκή[1], Μαρία Μέλλιου[1], Ραφαηλία Βότσιου[1], Χρήστος Ζήσης[1, 2], Στέφανος Μυλωνάς[1]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα είναι ιδιοπαθής χρόνια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου και του ορθού (IBD).Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA) είναι συστηματική αγγειίτιδα μικρών–μεσαίων αγγείων, με σπάνια γαστρεντερική συμμετοχή και συχνά θετικά c-ANCA/PR3-ANCA.Συχνά εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα (κοιλιακό άλγος, διάρροια) και ενδοσκοπικά ευρήματα (επίμονη φλεγμονή / έλκη βλεννογόνου), ωστόσο, διαφέρουν παθοφυσιολογικά: η IBD αφορά βλεννογονική φλεγμονή, συχνά με αιματηρές κενώσεις, ενώ η GPA προσβολή εντερικών αγγείων με ισχαιμικές αλλοιώσεις, που σπανιότερα προκαλεί αιμορραγία ή διάτρηση.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με αρχική διάγνωση με IBD, θέτοντας διαγνωστικό δίλημμα όταν ανιχνευτήκαν θετικά C-ANCA/PR3-ANCA

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 72 ετών, πρώην καπνιστής, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, αθηροσκληρωτικής νόσου και χρόνιας ανενεργούς ηπατίτιδας Β (υπό entecavir), διερευνήθηκε για χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο. Ο ενδοσκοπικός και ιστολογικός έλεγχος ανέδειξε χρόνια ορθοσιγμοειδίτιδα συμβατή με ελκώδη κολίτιδα και τέθηκε σε αγωγή με μεσαλαζίνη και βεδολιζουμάμπη (μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι ιντεγκρίνης α4β7) με μερική ανταπόκριση.

Στη συνέχεια εμφάνισε επώδυνη διόγκωση δεξιού γόνατος και σύστοιχης κνήμης. Αρχικός υπερηχογραφικός έλεγχος (triplex) κάτω άκρων ήταν αρνητικός για θρόμβωση, ενώ η μαγνητική τομογραφία γόνατος δεν ανέδειξε αρθρίτιδα ή ρήξη κύστης Baker. Πραγματοποιήθηκε επαναληπτικό triplex που ανέδειξε πλήρη θρόμβωση της ιγνυακής φλέβας. Χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή.

Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά c-ANCA και PR3-ANCA, με αρνητικό λοιπό αυτοάνοσο έλεγχο.

Διαγνωστικά σενάρια**:**

1. Σύνδρομο αλληλοεπικάλυψης IBD–GPA,
2. IBD με μη ειδική θετικότητα ANCA
3. GPA με άτυπη εντερική εκδήλωση χωρίς συστηματική συμμετοχή

Κατόπιν εκτίμησης, από γαστρεντερολόγο και ρευματολόγο, αποφασίστηκε τροποποίηση θεραπείας σε ινφλιξιμάμπη (αντι-TNF-α), με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη IBD με θετικότητα c-ANCA/PR3-ANCA αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό δίλημμα. Απαιτείται ολοκληρωμένη κλινική, εργαστηριακή και ιστολογική αξιολόγηση, με διεπιστημονική προσέγγιση για την ορθή διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 134

ΛΑΤΡΟΔΕΚΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΜΑΥΡΗΣ ΧΗΡΑΣ (LATRODECTUS TREDECIMGUTTATUS): ΜΙΑ ΥΠΑΡΚΤΗ ΚΑΙ ΕΝΙΟΤΕ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Μαρία-Φανή Μπαμπούρη, Νικόλαος Μακρής, Ελένη Κορκή, Γεώργιος Τσιγάρας, Μαρία Μέλλιου, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Ο λατροδεκτισμός, συνεπεία δήγματος της Μεσογειακής Μαύρης Χήρας (*Latrodectus tredecimguttatus)*, αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή ιατρική οντότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της κλινικής ετερογένειας της νόσου μέσω της παρουσίασης δύο περιστατικών διαφορετικής βαρύτητας που αντιμετωπίστηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσίαση δύο κλινικών περιστατικών ασθενών (αρρένων, ηλικίας 55 και 63 ετών) που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κατά τους θερινούς μήνες μέσα σε διάστημα δύο ετών, έπειτα από δήγμα μαύρης αράχνης. Αξιολογήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η εμφάνιση συστηματικών τοξικών εκδηλώσεων και η θεραπευτική προσέγγιση.

Αποτελέσματα: Στο Περιστατικό 1, ο ασθενής προσήλθε με εντοπισμένο άλγος στο άνω άκρο, αναπτύσσοντας σταδιακά αιμωδία, μυϊκό τρόμο, ναυτία και αρτηριακή υπέρταση. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συντηρητική αγωγή (ενυδάτωση, αναλγησία, αντιτετανικός ορός, αντιβιοτική κάλυψη) και τα συμπτώματα υποχώρησαν πλήρως εντός 24ωρου.

Αντιθέτως, στο Περιστατικό 2, ο ασθενής προσκόμισε το ταυτοποιημένο αρθρόποδο (*L. tredecimguttatus*) και εμφάνισε εντός διώρου ραγδαία επιδείνωση της κλινικής εικόνας με έντονη εφίδρωση, εμέτους και οξύ κοιλιακό άλγος με σύσπαση κοιλιακού τοιχώματος, προσομοιάζοντας κλινική εικόνα οξείας κοιλίας. Παρά τη συστηματική χορήγηση οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών, η σοβαρότητα των αυτόνομων εκδηλώσεων επέβαλε την επείγουσα χορήγηση ειδικού ίππειου αντιορού (*Latrodectus antivenom*). Ακολούθησε άμεση, θεαματική κλινική βελτίωση και ο ασθενής εξήλθε σε άριστη κατάσταση μετά από διήμερη νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Τα δήγματα από μαύρη χήρα χρήζουν υψηλής κλινικής υποψίας, ιδίως σε ενδημικές αγροτικές περιοχές κατά τους θερινούς μήνες. Η έγκαιρη αναγνώριση των νευροτοξικών εκδηλώσεων είναι κρίσιμη για την αποτροπή διαγνωστικών σφαλμάτων. Ενώ η θεραπεία είναι πρωτίστως υποστηρικτική, σε βαριά συμπτωματολογία η χορήγηση του ειδικού αντιορού κρίνεται σωτήρια, απαιτώντας ωστόσο στενή νοσοκομειακή παρακολούθηση λόγω του κινδύνου εμφάνισης αναφυλακτικής αντίδρασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 135

ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΝΥΠΟΦΥΣΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΜΗ ΕΚΚΡΙΤΙΚΟ ΜΑΚΡΟΑΔΕΝΩΜΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ιωάννης Λεγάκης, Κωνσταντίνος Μαγγανάς, Μαρία Γιαβροπούλου, Πέτρος Σφηκάκης
Γ' Παθολογική Κλινική, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σοβαρή συμπτωματική υπονατριαιμία αποτελεί επείγουσα κλινική οντότητα με ευρύ διαγνωστικό φάσμα. Η δευτεροπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια, αν και λιγότερο συχνή αιτία ευογκαιμικής υπονατριαιμίας, πρέπει να αναγνωρίζεται έγκαιρα, καθώς η στοχευμένη θεραπεία οδηγεί σε ταχεία αποκατάσταση της διαταραχής.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 53 ετών προσήλθε με έντονη καταβολή, ληθαργικότητα, επίμονο λόξυγγα και υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις από δεκαπενθημέρου. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή συμπτωματική υπονατριαιμία (Na 117 mmol/L), με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Ακολουθήθηκε οργανωμένος διαγνωστικός αλγόριθμος με εκτίμηση του δραστικού όγκου αίματος, απεικονιστικό, μικροβιολογικό, γαστρεντερολογικό και ενδοκρινολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Η αρχική αντιμετώπιση πραγματοποιήθηκε με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου και στενή παρακολούθηση των επιπέδων νατρίου ορού. Ο ενδοκρινολογικός έλεγχος ανέδειξε χαμηλές τιμές ACTH και κορτιζόλης, κεντρικό υποθυρεοειδισμό και υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου αποκάλυψε μη εκκριτικό μακροαδένωμα υπόφυσης με χρόνια αιμορραγικά στοιχεία και ήπια υπερεφιππιακή επέκταση, χωρίς διαταραχές των οπτικών πεδίων. Η έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη οδήγησε σε σταδιακή και ασφαλή ομαλοποίηση των επιπέδων νατρίου ορού, ενώ μετά την εξασφάλιση επαρκούς κορτιζολικής κάλυψης προστέθηκε λεβοθυροξίνη. Ο ασθενής εξήλθε σε άριστη κλινική κατάσταση, με φυσιολογικές τιμές νατρίου και προγραμματισμένη νευροχειρουργική εκτίμηση.

Συμπεράσματα: Η δευτεροπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια πρέπει να περιλαμβάνεται στον διαγνωστικό αλγόριθμο κάθε ασθενούς με σοβαρή ευογκαιμική υπονατριαιμία. Η συστηματική παθολογική προσέγγιση επέτρεψε την έγκαιρη διάγνωση πανυποφυσισμού από μη εκκριτικό μακροαδένωμα υπόφυσης και την εφαρμογή της ενδεδειγμένης θεραπευτικής αλληλουχίας (υδροκορτιζόνη πριν από λεβοθυροξίνη), εξασφαλίζοντας ταχεία αποκατάσταση και ασφαλή έκβαση. Το περιστατικό υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο του Παθολόγου στην αναγνώριση αναστρέψιμων ενδοκρινολογικών αιτίων σοβαρής υπονατριαιμίας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 136

ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ: ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΝΟΜΙΖΟΥΜΕ

Αριστοτέλης Ηλίας Παζιώνης[1], Χριστόδουλος Δολαψάκης[1], Γεώργιος Κονδύλης[2], Νικόλαος Αρκούδης[3], Νικόλαος Οικονομόπουλος[3]

[1] *Δ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν*
[2] *Β Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν*
[3] *Β Πανεπιστημιακό Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αττικόν*

Εισαγωγή: Ο παγκρεατικός ασκίτης αποτελεί το λιγότερο του 1% των συνολικών περιπτώσεων ασκίτη. Αποτελεί επιπλοκή του 3%-4% των περιπτώσεων χρόνιας παγκρεατίτιδας και οφείλεται είτε σε διαφυγή από τον παγκρεατικό πόρο είτε σε ρήξη ψευδοκύστης στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Διαγνωστικό χαρακτηριστικό του ασκιτικού υγρού είναι η τιμή αμυλάσης μεγαλύτερη των 1000 U/L.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού παγκρεατικού ασκίτη που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 45 ετών με ιστορικό αιθυλισμού, ηπατικής στεάτωσης και χρόνιας παγκρεατίτιδας (διάγνωση από βιοψία) προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω επιδεινούμενης αύξησης της διαμέτρου της κοιλίας. Ο υπέρηχος κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία, λοβωτή παρυφή ήπατος και μεγάλη ασκιτική συλλογή. Η διαγνωστική παρακέντηση ανέδειξε καφεοειδές υγρό με SAAG<1.1 και τιμή αμυλάσης 2000 U/L. Στην αξονική τομογραφία αναδείχθηκε μεγάλη ψευδοκύστη χωρίς ρήξη και παρουσία διαφυγής από τον παγκρεατικό πόρο. Πραγματοποιήθηκε εκκενωτική παρακέντηση 16 λίτρων υγρού και ο ασθενής τέθηκε σε απόλυτη νηστεία, παρεντερική διατροφή και συνεχή έκχυση σωματοστατίνης. Ακολούθησε προσπάθεια τοποθέτησης ενδοπρόθεσης στον παγκρεατικό πόρο χωρίς επιτυχία λόγω των ανατομικών αλλαγών που δημιουργούσε η ψευδοκύστη. Έτσι συνεχίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση με μηνιαία ένεση οκτρεατίδης. Ο ασθενής δεν εμφάνισε υποτροπή του ασκίτη 3 μήνες μετά.

Συμπεράσματα: Η διαγνωστική παρακέντηση πρωτοεμφανιζόμενου ασκίτη και η ανάλυσή του είναι απαραίτητη σε κάθε ασθενή. Το πρώτο θεραπευτικό βήμα σε ασθενείς με παγκρεατικό ασκίτη είναι η συντηρητική αντιμετώπιση με απόλυτη νηστεία, παρεντερική διατροφή και χορήγηση σωματοστατίνης. Πολλοί ασθενείς ανταποκρίνονται σε αυτά τα μέτρα και έτσι μειώνεται η ανάγκη για περαιτέρω παρέμβαση μέσω τοποθέτησης ενδοπρόθεσης στον παγκρεατικό πόρο ή χειρουργικής επέμβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 137

ΑΔΕΝΟΪΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΩΤΙΔΕΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Θεοχάρις Γρηγορίου, Ρεβέκκα Νέστορος, Χρήστος Δήμας, Μάριος Χαντουμάκης, Χαράλαμπος Λυδάκης, Ιωάννης Κονταξάκης, Εμμανουήλ Τζαγκαράκης, Νεκταρία Βασιλάκη

Β΄ Παθολογική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή: Η παρωτίτιδα είναι μια ιογενής λοίμωξη που οφείλεται στον ιό της παρωτίτιδας. Εκδηλώνεται με μη ειδικά πρόδρομα συμπτώματα όπως αίσθημα κόπωσης, μυαλγίες, κεφαλαλγία και ήπια πυρετική κίνηση. Η διόγκωση της παρωτίδας συνήθως εμφανίζεται στο 40% όσων νοσήσουν με αρχική ετερόπλευρη διόγκωση η οποία σταδιακά γίνεται αμφοτερόπλευρη. Μπορεί να επιφέρει διαφορές επιπλοκές όπως μηνιγγίτιδα, παγκρεατίτιδα, μόνιμη κώφωση, φλεγμονή των όρχεων και των ωοθηκών. Η αιτιολογική συσχέτιση της με άλλους ιούς, όπως ο αδενοϊός, αναφέρεται σπάνια στη βιβλιογραφία και αποτελεί μια ασυνήθιστη κλινική οντότητα που μπορεί να δημιουργήσει διαγνωστικές δυσχέρειες, ιδίως όταν απουσιάζουν τα τυπικά συμπτώματα.

Σκοπός: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού νεαρού ενήλικα με οξεία παρωτίτιδα και ορολογικά ευρήματα συμβατά με οξεία λοίμωξη από αδενοϊό.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 21 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στα επείγοντα λόγω επώδυνης αμφοτερόπλευρης τραχηλικής διόγκωσης, δεκατικής πυρετικής κίνησης και αίσθημα κόπωσης από ημερών. Κατά την κλινική εξέταση επιβεβαιώθηκε η αμφοτερόπλευρη διόγκωση του τραχήλου ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και αύξηση αμυλάσης ορού και ούρων. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα τραχήλου, με ευρήματα οξείας αμφοτερόπλευρης φλεγμονής των παρωτίδων ενώ από το υπερηχογράφημα κοιλίας δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα οργανομεγαλίας.

Αποτελέσματα: Ο ιολογικός έλεγχος για τον ιό της παρωτίτιδας, coxsackie, CMV, EBV και HIV ήταν αρνητικός, ενώ ανιχνεύθηκαν αντισώματα έναντι αδενοϊού, συμβατά με ενεργό λοίμωξη. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια ενυδάτωση και αναλγησία, δεν εμφάνισε επιπλοκές και εξήλθε σε καλή κλινική κατάσταση. Επανεξετάστηκε στο τακτικό ιατρείο προκειμένου να γίνει επανέλεγχος των αντισωμάτων και τα αποτελέσματα ανέδειξαν αποδράμουσα λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Η παρωτίτιδα από αδενοϊό είναι μια ασυνήθιστη κλινική εκδήλωση ιδίως σε εμβολιασμένους και ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση φλεγμονής των παρωτίδων στα πλαίσια της διαγνωστικής επαγρύπνησης, της ορθολογικής διερεύνησης και της κατάλληλης αντιμετώπισης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 138

ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SALMONELLA ENTERITIDIS ΣΕ ΑΝΟΣΟΠΕΡΑΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Αργυρώ Παύλου[1], Ανδρέας Αδάμου[1], Μαρία Ψαρουδάκη[1], Ιωάννα Τάντση[1], Μαργαρίτα Δημητριάδη[2], Γεώργιος Τσιτσινάκης[3], Θεόφιλος Τσαλταμπάσης[3], Ευάγγελος Σδόγκος[4], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ
[2] Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ
[3] ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ
[4] ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝ ΒΕΡΟΙΑΣ, ΒΕΡΟΙΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοίμωξη από μη τυφοειδικά στελέχη *Salmonella* αποτελεί συχνό αίτιο γαστρεντερίτιδας, ωστόσο οι εξωεντερικές εκδηλώσεις παραμένουν σπάνιες. Η μυοκαρδίτιδα σχετιζόμενη με Salmonellaαποτελεί ασυνήθη αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή, με περιορισμένο αριθμό περιστατικών να αναφέρεται στη βιβλιογραφία, κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η παθογένεια πιθανώς σχετίζεται με άμεση μικροβιακή προσβολή μυοκαρδίου είτε με ανοσο-επαγόμενη φλεγμονώδη απάντηση. Παρουσιάζεται περιστατικό οξείας μυοκαρδίτιδας από λοίμωξη από *Salmonella enteritidis* σε ανοσο-επαρκή ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 56 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω εμπυρέτου και διαρροϊκών κενώσεων από πενθημέρου. Ο ασθενής ετέθη εμπειρικά σε αγωγή με ενδοφλέβια μετρονιδαζόλη και σιπροφλοξασίνη. Από τις καλλιέργειες κοπράνων και τον μοριακό έλεγχο FilmArray απομονώθηκε *Salmonella enteritidis* ευαίσθητη στη σιπροφλοξασίνη. Κατά τη νοσηλεία εμφάνισε κλινικά ασυμπτωματική τροπονιναιμία με μέγιστη τιμή 7.700 ng/L και μεταφέρθηκε στην Καρδιολογική Μονάδα προς περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό χωρίς ειδικές διαταραχές επαναπόλωσης. Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (LVEF 56%) και strain αριστερής κοιλίας (GLS=19,2%), χωρίς δομικές αλλοιώσεις. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς κατέδειξε εντοπισμένο μυοκαρδιακό οίδημα και εμβαλωματική επικαρδιακή όψιμη ενίσχυση γαδολινίου μη ισχαιμικής κατανομής στο κορυφαίο πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, ευρήματα συμβατά με οξεία μυοκαρδίτιδα στα πλαίσια πρόσφατου φλεγμονώδους συνδρόμου. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση υπό αντιβιοτική και υποστηρικτική αγωγή, με σύσταση για επανέλεγχο με μαγνητική τομογραφία καρδιάς σε δεύτερο χρόνο για παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Η μυοκαρδίτιδα από *Salmonella spp.* αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή εξωεντερική επιπλοκή, ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Η παρουσία σημαντικής τροπονιναιμίας σε οξεία λοίμωξη από σαλμονέλλα θα πρέπει να εγείρει την υπόνοια μυοκαρδιακής συμμετοχής, ανεξαρτήτως συμπτωματολογίας θωρακαλγίας ή/και ισχαιμικών αλλοιώσεων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στη διάγνωση όσο και στην παρακολούθηση της νόσου.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 139

ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΨΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΑΜΥΛΑΣΑΙΜΙΑΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Παρασκευή Κατσέλη, Παναγιώτης Ιωάννης Τσετζάν, Στυλιανή Χιώτη, Χρήστος Πάλλας Νικολοβ, Πολύδωρος Κωνσταντινίδης, Γεώργιος Δρόσος, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

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

Εισαγωγή: Η υπεραμυλασαιμία αποτελεί ένα συχνό εργαστηριακό εύρημα που δυνατόν σε συνδυασμό με κοιλιακό άλγος να εγείρει την υποψία οξείας παγκρεατίτιδας. Ωστόσο, η μεμονωμένη αύξηση της αμυλάσης δεν είναι ειδική για παγκρεατική νόσο και μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα εξωπαγκρεατικών καταστάσεων. Η μακροαμυλασαιμία αποτελεί μία σπάνια καλοήθη αιτία επίμονης υπεραμυλασαιμίας που προκαλείται από το σχηματισμό συμπλεγμάτων αμυλάσης με ανοσοσφαιρίνες ή άλλες πρωτεΐνες υψηλού μοριακού βάρους, με αποτέλεσμα τη μειωμένη νεφρική κάθαρση της.

Σκοπός: Η ανάδειξη της μακροαμυλασαιμίας ως σπάνια άλλα κλινικά σημαντική αιτία υπεραμυλασαιμίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 61 ετών,προσεκομίσθη λόγω κοιλιακού άλγους ζωστηροειδούς κατανομής και συνοδών εμέτων από ημέρας. Ατομικό αναμνηστικό:σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, δυσλιπιδαιμία, πρόσφατη λοίμωξη από έρπη ζωστήρα. Ζωτικά σημεία: Α.Π: 134/66mmHg, ΚΣ: 92 παλμοί/λεπτό. SatO2: 97%, θ:36,6oC. ΗΚΓ: SR. Κλινική εξέταση: καρδιακοί τόνοι ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο,ευαισθησία στην ψηλάφηση της δεξιάς πλάγιας κοιλίας. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC: 10,0K/μL, NEUT: 73%, HCT: 40%, PLT=290K/μL, Αμυλάση ορού: 1182IU/l, Αμυλάση ούρων: 46IU/l, Ur: 35mg/dl, Cr: 0,9mg/dl, CRP: <3mg/l. Υπεβλήθη άμεσα σε υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας καθώς και CT- άνω/κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Ετέθη σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και εστάλη έλεγχος λιπάσης ορού (25,2U/L), λόγος κάθαρσης αμυλάσης/κρεατινίνης(ACCR)<1%, ανοσολογικός έλεγχος:αρνητικός καθώς και MRI-άνω κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της ολιστικής αξιολόγησης ασθενών με κοιλιακό άλγος και υπεραμυλασαιμία. Η συνύπαρξη κοιλιακού άλγους λόγω πρόσφατης λοίμωξης από έρπη ζωστήρα (η οποία δύναται να προκαλέσει έντονο νευροπαθητικό άλγος), με σημαντική αύξηση της αμυλάσης ορού δημιούργησε αρχικά την υποψία οξείας παγκρεατίτιδας. Ωστόσο η φυσιολογική λιπάση ορού, η απουσία παθολογικών ευρημάτων στην MRI-άνω κοιλίας καθώς και ο λόγος κάθαρσης αμυλάσης/κρεατινίνης(ACCR) συμβατός με μακροαμυλασαιμία, οδήγησαν στην ορθή διάγνωση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 140

ΔΙΑΧΥΤΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ελένη Μαρία Γκολέμη, Διονυσία Κασσάρα, Ευανθία Ρουσιά, Τζέι Ρόσι, Ιωάννης Χιώτης, Χρήστος Δάβουλος, Κωνσταντίνος Μαρκάκης

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λεπτοσπείρωση αποτελεί ζωοανθρωπονόσο με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Η σοβαρή μορφή της (νόσος Weil) χαρακτηρίζεται από ίκτερο, αιμορραγική διάθεση και ηπατική ή/και νεφρική δυσλειτουργία. Η λεπτοσπειρωσική κυψελιδική αιμορραγία(Leptospirosis-associated Pulmonary Hemorrhagic Syndrome, LPHS) αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα θανατηφόρο εκδήλωση. Παρουσιάζεται περιστατικό LPHS χωρίς νεφρική συμμετοχή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 75 ετών με ιστορικό πνευμονικής ίνωσης άγνωστης αιτιολογίας, χωρίς ειδική αγωγή, βαριά καπνιστική συνήθεια (100 pack-years) και ενασχόληση με αγροτικές εργασίες εισήχθη λόγω εμπυρέτου, δύσπνοιας και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Υποβλήθηκε σε εκτεταμένο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένου ορολογικού ελέγχου για λεπτοσπείρωση.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θρομβοπενία, άμεση υπερχολερυθριναιμία, διαταραχή ηπατικών δοκιμασιών, αυξημένη CPK και αυξημένους δείκτες φλεγμονής, με φυσιολογική νεφρική λειτουργία καθ' όλη τη νοσηλεία. Η αρχική αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πνευμονική ίνωση και λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου χωρίς άλλες αλλοιώσεις από το παρέγχυμα. Παρά τον αρνητικό αρχικό ορολογικό έλεγχο (IgM έναντι Leptospira interrogans), λόγω υψηλής κλινικής υποψίας χορηγήθηκε εμπειρικά πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και δοξυκυκλίνη. Εντός του πρώτου 24ώρου εμφάνισε αιμόφυρτα πτύελα, πτώση της αιμοσφαιρίνης κατά 3 g/dL και σοβαρή υποξαιμία (PaO_2/FiO_2 <200), απαιτώντας υποστήριξη με High-Flow Nasal Cannula. Επαναληπτική αξονική τομογραφία ανέδειξε εκτεταμένες αμφοτερόπλευρες περιοχές θαμβές υάλου, εικόνα συμβατή με διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία χωρίς να είναι δυνατό να διενεργηθεί βρογχοσκόπηση λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας. Παράλληλα, τη δεύτερη εβδομάδα νόσησης παρατηρήθηκε θετικός μοριακός έλεγχος και ορομετατροπή των IgM και IgG αντισωμάτων έναντι Leptospira interrogans. Μετά από παρατεταμένη νοσηλεία ο ασθενής εξήλθε με κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Η LPHS χωρίς νεφρική συμμετοχή αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα θανατηφόρο μορφή σοβαρής λεπτοσπείρωσης. Ο αρνητικός αρχικός ορολογικός έλεγχος δεν αποκλείει τη διάγνωση κατά την πρώιμη φάση της νόσου και απαιτείται υψηλή κλινική υποψία καθώς και εναλλακτικές εργαστηριακές μέθοδοι (μοριακός έλεγχος). Η έγκαιρη εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και η εντατική υποστηρικτική αντιμετώπιση είναι καθοριστικές για τη βελτίωση της έκβασης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 141

ΧΟΡΗΓΗΣΗ BEVACIZUMAB ΣΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΚΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βασίλειος Σερεπίσος[1], Ελισσάβετ Σκιαδά[1], Ειρήνη Τσαουσοπούλου[1], Αικατερίνη Ασλάνογλου[2], Δημήτριος Μουζιούρας[2], Σταύρος Σουγιουλτζής[1], Θεόδωρος Ανδρουτσάκος[1]

[1] *Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα*
[2] *Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η γαστρική αγγειακή εκτασία του άντρου (Gastric Antral Vascular Ectasia, GAVE) αποτελεί σπάνιο αίτιο χρόνιας γαστρεντερικής αιμορραγίας και μεταγγισιοεξαρτώμενης αναιμίας. Η ακριβής παθογένεια παραμένει ασαφής, αν και έχει συσχετιστεί με χρόνια νοσήματα, όπως κίρρωση και πυλαία υπέρταση, χρόνια νεφρική νόσο, καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και νοσήματα του συνδετικού ιστού και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Παρά τις επαναλαμβανόμενες ενδοσκοπικές παρεμβάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν ανθεκτική νόσο. Σκοπός είναι η παρουσίαση της ανταπόκρισης στη θεραπεία με bevacizumab σε ασθενή με ανθεκτικό GAVE.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται γυναίκα 70 ετών με κίρρωση ήπατος επί εδάφους μεταβολικά σχετιζόμενης στεατωτικής νόσου του ήπατος και λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C, με επιτυχή εκρίζωση του ιού το 2012. Η ασθενής εμφάνισε από διετίας σιδηροπενική αναιμία, η διερεύνηση της οποίας ανέδειξε ενδοσκοπική εικόνα συμβατή με GAVE. Παρά τις συχνές συνεδρίες με ενδοσκοπική αιμόσταση με καυτηριασμό πλάσματος αργού (Argon Plasma Coagulation, APC), η ασθενής παρουσίασε επιδεινούμενη κατάσταση, χρήζουσα συχνών νοσηλειών για μεταγγίσεις. Έγινε έναρξη οκτρεοτίδης με αρχικά καλά αποτελέσματα αλλά υποτροπή μετά τριμήνου, με αποτέλεσμα η ασθενής να λαμβάνει περίπου 1 μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών ανά δεκαήμερο. Λόγω της ανεπαρκούς ρύθμισης της ασθενούς αποφασίσθηκε η προσθήκη bevacizumab σε δόση 7,5 mg/kg ανά 21 ημέρες, με συνέχιση της οκτρεοτίδης.

Αποτελέσματα: Μετά από τρεις κύκλους συνδυασμένης θεραπείας, η ασθενής παρουσιάζει σημαντική κλινική και ενδοσκοπική βελτίωση, έχοντας λάβει μόνο 2 ΜΣΕ το τελευταίο δίμηνο. Η θεραπεία είναι καλά ανεκτή χωρίς σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάματα.

Συμπεράσματα: Το bevacizumab ενδέχεται να αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή διάσωσης σε ασθενείς με ανθεκτικό GAVE και εξάρτηση από μεταγγίσεις μετά από αποτυχία της καθιερωμένης ενδοσκοπικής και φαρμακευτικής θεραπείας. Το περιστατικό μας ενισχύει τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα για τον πιθανό ρόλο της αναστολής του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα στη διαχείριση αυτής της δύσκολης κλινικής οντότητας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 142

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ACHENBACH (ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ) ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ, ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΑΛΓΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Ελένη Κορκή, Μαρία Μέλλιου, Γεώργιος Τσιγάρας, Νικόλαος Δούμας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Achenbach (παροξυσμικό αιμάτωμα δακτύλου), είναι μια σπάνια, καλοήθης, αυτοπεριοριζόμενη αγγειακή διαταραχή που εμφανίζεται με αιφνίδια έναρξη επώδυνης εκχύμωσης παλάμης/δακτύλου. Οι αλλοιώσεις συνήθως υποχωρούν αυτόματα εντός 2-7 ημερών χωρίς να απαιτείται ειδική θεραπεία. Αν και η αιτιολογία παραμένει ασαφής (πιθανή αυξημένη ευθραυστότητα των τριχοειδών), η δραματική κλινική εικόνα μιμείται σοβαρές καταστάσεις, όπως θρομβοεμβολικά επεισόδια, αγγειίτιδες, ή διαταραχές πήξης, καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση κρίσιμη.

Σκοπός: Η περιγραφή ενός περιστατικού συνδρόμου Achenbach σε μια νεαρή γυναίκα, με σκοπό την ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης αναγνώρισής του για την αποφυγή περιττών διαγνωστικών παρεμβάσεων και την καθησύχαση της ασθενούς.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 25 ετών, προσήλθε με αιφνίδια έναρξη καύσου, πόνου, και ταχέως εξελισσόμενης εκχύμωσης στην παλαμιαία επιφάνεια του αριστερού δείκτη, χωρίς συστηματικά συμπτώματα. Το ιστορικό περιελάμβανε μόνο ήπια μηχανική καταπόνηση (μεταφορά βαλίτσας) πριν από 2 ημέρες. Κλινικά, διαπιστώθηκε εντοπισμένη κυανωτική-αιμορραγική αλλοίωση στον αριστερό δείκτη, απουσία σημείων ισχαιμίας (χωρίς ψυχρότητα ή απώλεια αισθητικότητας). Οι σφύξεις της κερκιδικής και ωλένιας αρτηρίας ήταν ψηλαφητές.

Αποτελέσματα: Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ευρύ φάσμα: αγγειακή απόφραξη, αγγειίτιδα, μικροεμβολές χοληστερόλης, ενδοκαρδίτιδα, σύνδρομο Raynaud, και διαταραχές πήξης. Η ορθοπεδική κλινική εξέταση και ο ακτινολογικός έλεγχος ήταν αρνητικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ο εκτεταμένος ανοσολογικός και θρομβοφιλικός έλεγχος απέβη εξίσου αρνητικός. Ο καρδιολογικός έλεγχος (υπερηχογράφημα) και το triplex αγγείων άνω άκρου ήταν, ομοίως, χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Με βάση την τυπική κλινική εικόνα και τον πλήρως αρνητικό εκτεταμένο έλεγχο αποκλεισμού, τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου Achenbach. Δόθηκε υποστηρικτική αγωγή με απλά αναλγητικά, και η εκχύμωση υποχώρησε επαρκώς εντός πέντε ημερών. Το περιστατικό τονίζει ότι το σύνδρομο Achenbach, αν και σπάνιο, πρέπει να εντάσσεται στη διαφορική διάγνωση του αιφνίδιου αιματώματος δακτύλου. Η έγκαιρη αναγνώρισή του, η οποία βασίζεται στον αποκλεισμό σοβαρότερων παθολογιών, είναι κρίσιμη για την αποφυγή περιττών διαγνωστικών εξετάσεων και την αποφόρτιση του άγχους του ασθενούς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 143

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ: Η ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΤΟΧΙΑΣ

Μαρία-Φανή Μπαμπούρη, Νικόλαος Μακρής, Νικόλαος Δούμας, Ραφαηλία Βότσιου, Μαρία Μέλλιου, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η υποξεία θυρεοειδίτιδα (De Quervain) αποτελεί μια σπάνια, αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονώδη νόσο του θυρεοειδούς αδένα, η οποία εκδηλώνεται τυπικά 1 έως 3 εβδομάδες κατόπιν ιογενούς λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Η κλασική κλινική εικόνα περιλαμβάνει έντονο τραχηλικό άλγος, μέτρια πυρετική κίνηση, δυσκαταποσία και εργαστηριακά ευρήματα παροδικής θυρεοτοξίκωσης.Λόγω της άτυπης προβολής της, η νόσος συχνά συγχέεται αρχικά με κοινές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού,οδηγώντας σε σημαντική διαγνωστική καθυστέρηση.

Σκοπός: Η ανάδειξη της υποξείας θυρεοειδίτιδας ως υποδιαγνωσμένης αιτίας τραχηλικού άλγους και παρατεταμένου εμπύρετου,μέσα από την παρουσίαση μιας σειράς πέντε ασθενών με αρχική,λανθασμένη διάγνωση φαρυγγοαμυγδαλίτιδας.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζονται πέντε νεαροί και μεσήλικες ασθενείς (2 άρρενες, 3 θήλεα), οι οποίοι αξιολογήθηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη λόγω πυρετού (37,5-38,5 °C), δυσκαταποσίας και εντοπισμένου τραχηλικού άλγους με αντανάκλαση στη γνάθο ή τα ώτα (σε τέσσερις περιπτώσεις) και διερεύνησης παρατεταμένου εμπύρετου (σε μία περίπτωση). Άπαντες ανέφεραν πρόσφατη ιογενή συνδρομή. Ο αρχικός έλεγχος (rapid test για SARS-CoV-2,γρίπη, RSV,Strep-test) απέβη αρνητικός,ωστόσο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες οξείας φάσης (ΤΚΕ,CRP).Οι ασθενείς έλαβαν εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή(αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό, κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς ή μακρολίδες)χωρίς καμία κλινική ανταπόκριση.

Αποτελέσματα: Η κλινική υποψία τέθηκε κατά την επανεκτίμηση, όπου η ψηλάφηση του τραχήλου ανέδειξε επώδυνη διόγκωση του θυρεοειδούς. Ο εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε θυρεοτοξίκωση(αυξημένη FT4,κατασταλμένη TSH).Σε δύο ασθενείς, το υπερηχογράφημα κατέδειξε διάχυτη υποηχογένεια με περιοχές μειωμένης αιμάτωσης. Η οριστική διάγνωση επιβεβαιώθηκε στο σύνολο (5/5) των ασθενών μέσω σπινθηρογραφήματος, το οποίο ανέδειξε χαρακτηριστικά χαμηλή πρόσληψη ραδιοφαρμάκου.Θεραπευτικά,δύο ασθενείς έλαβαν αρχικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη με μερική ύφεση,μεταβαίνοντας επιτυχώς σε πρεδνιζολόνη.Οι υπόλοιποι τρεις έλαβαν εξαρχής κορτικοστεροειδή,παρουσιάζοντας άμεση βελτίωση του άλγους και των φλεγμονωδών δεικτών. Καταγράφηκε μία υποτροπή λόγω πρόωρης διακοπής της αγωγής,η οποία αντιμετωπίστηκε πλήρως με επανέναρξη των στεροειδών.

Συμπεράσματα: Η υποξεία θυρεοειδίτιδα δύναται να προσομοιάζει απόλυτα με συμπτωματολογία φαρυγγοαμυγδαλίτιδας.Η προσεκτική ψηλάφηση του τραχήλου, σε συνδυασμό με υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας(ιδιαίτερα επί αποτυχίας της αντιβιοτικής αγωγής),αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την έγκαιρη διάγνωση, την αποφυγή άσκοπης χρήσης αντιμικροβιακών παραγόντων και την άμεση ανακούφιση του ασθενούς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 144

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ (VIPOMA) ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Ιωάννης Λεγάκης[1], Κωνσταντίνος Μαγγανάς[1], Ελέανδρος Κύρος[2], Λύσανδρος Καρυδάκης[2], Αλέξανδρος Παπαλάμπρος[2], Γρηγόριος Καλτσάς[3], Πέτρος Σφηκάκης[1,3]

[1] *Γ' Παθολογική Κλινική, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική*
[2] *Δ' Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Χειρουργικής Ήπατος-Παγκρέατος-Χοληφόρων & Χειρουργικής Ογκολογίας, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική*
[3] *Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

Εισαγωγή: Τα VIPomas αποτελούν εξαιρετικά σπάνια λειτουργικά νευροενδοκρινή νεοπλάσματα (p-NETs) του παγκρέατος. Χαρακτηρίζονται από την υπερέκκριση του αγγειοδραστικού εντερικού πολυπεπτιδίου (VIP), η οποία προκαλεί το σύνδρομο Verner-Morrison (WDHA), εκδηλούμενο με σοβαρή υδαρή διάρροια, υποκαλιαιμία και αχλωρυδρία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 50 ετών εισήχθη λόγω χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου από 5μήνου, εμέτων και καταβολής. Εμφάνιζε οξεία νεφρική βλάβη, μεταβολική οξέωση και σοβαρή υποκαλιαιμία (K^+=1.7mEq/L). Ο έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα και ο ενδοσκοπικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Η τιμή της Χρωμογρανίνης Α ήταν σημαντικά αυξημένη, ενώ τα επίπεδα του VIP ήταν 34.0 pg/mL (φυσιολογικό<8) Έγινε MRI κοιλίας που ανέδειξε άτυπη αλλοίωση 1.6cm στην ουρά του παγκρέατος και εστίες στο ήπαρ (έως 3cm). Το ^{68}Ga-DOTATATE PET/CT επιβεβαίωσε την παρουσία νεοεξεργασίας στην ουρά του παγκρέατος (SUVmax 25.3) και δύο δευτεροπαθών εντοπίσεων στο ήπαρ (SUVmax 30 και 20.1), με ισχυρή υπερέκφραση υποδοχέων σωματοστατίνης. Η βιοψία της μάζας μέσω ενδοσκοπικού υπερήχου (EUS-FNB) επιβεβαίωσε τη διάγνωση καλά διαφοροποιημένου νευροενδοκρινούς όγκου (p-NET) παγκρέατος με θετικότητα στους δείκτες CK8/18, Chromogranin, Synaptophysin και INSM1.

Αποτελέσματα: Η έναρξη υποδόριας χορήγησης οκτρεοτίδης οδήγησε σε άμεση κλινική ανταπόκριση, με πλήρη ύφεση των διαρροϊκών κενώσεων, σταθεροποίηση του καλίου και αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Μετά τη βέλτιστη προετοιμασία και σταθεροποίηση της ασθενούς, οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ρομποτική περιφερική παγκρεατεκτομή, σπληνεκτομή, μεταστασεκτομές ήπατος και ablation ηπατικών μεταστάσεων, επιτυγχάνοντας πλήρη κυτταρομείωση της νόσου.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της υψηλής κλινικής υποψίας σε ασθενείς με εμμένουσα υδαρή διάρροια και ανθεκτική υποκαλιαιμία. Η ανάδειξη των υποδοχέων σωματοστατίνης μέσω ^{68}Ga-DOTATATE PET/CT κατέχει κεντρικό ρόλο στη διάγνωση και σταδιοποίηση, ενώ τα ανάλογα σωματοστατίνης αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τον έλεγχο των απειλητικών ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της συστηματικής συμπτωματολογίας. Παράλληλα, υπογραμμίζεται η αξία της πολυεπιστημονικής διαχείρισης στην επίτευξη ενός επιτυχούς χειρουργικού και ογκολογικού αποτελέσματος. Έξι μήνες αργότερα η κλινική της εικόνα είναι άριστη και βρίσκεται υπό παρακολούθηση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 145

ΥΔΑΤΟΓΕΝΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CRYPTOSPORIDIUM SPP. ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΠΙΜΟΝΗΣ ΔΙΑΡΡΟΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Σωτήρης Ζάμπρας, Γεώργιος Τσιγάρας, Μαρία Μέλλιου, Νικόλαος Δούμας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Το *Cryptosporidium spp.* αποτελεί ένα ενδοκυττάριο πρωτόζωο και τη συχνότερη αιτία υδατογενών γαστρεντερίτιδων που σχετίζονται με ύδατα αναψυχής. Μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού,συγκεκριμένα ωοκύστεων,που αποβάλλονται με τα κόπρανα και χαρακτηρίζονται από εξαιρετική αντοχή στις συνήθεις διαδικασίες απολύμανσης.

Σκοπός: Η παρουσίαση σειράς περιστατικών οξείας,επιμένουσας διάρροιας από *Cryptosporidium* σε ανοσοεπαρκείς,νεαρούς ενήλικες μετά από έκθεση σε ύδατα αναψυχής και η ανάδειξη της σημασίας της υδατογενούς μετάδοσης και της αναγκαιότητας προσαρμογής της θεραπευτικής στρατηγικής όταν το φάρμακο εκλογής δεν είναι άμεσα διαθέσιμο.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν έντεκα ασθενείς,οι οποίοι προσήλθαν με επίμονο διαρροϊκό σύνδρομο. Η κλινική εικόνα χαρακτηριζόταν από υδαρείς κενώσεις,χωρίς πρόσμειξη αίματος/βλέννης, και συνοδό κοιλιακό άλγος. Εξωνοσοκομειακά,πέντε ασθενείς είχαν λάβει εμπειρική αγωγή με ριφαξιμίνη (τρεις εξ αυτών συγχορηγούμενη με σιπροφλοξασίνη) χωρίς ουσιαστική ανταπόκριση, πλην μίας περίπτωσης με παροδική ύφεση και ταχεία υποτροπή. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας,χορηγήθηκε υποστηρικτική και εμπειρική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή. Ο συμβατικός μικροβιολογικός έλεγχος κοπράνων,απέβη αρνητικός. Η διάγνωση τέθηκε τελικά μέσω μοριακού ελέγχου(PCR κοπράνων), αναδεικνύοντας λοίμωξη από *Cryptosporidium* στο σύνολο των ασθενών. Η διερεύνηση αποκάλυψε έκθεση σε ύδατα αναψυχής για όλους τους ασθενείς:δύο ανέφεραν χρήση πισίνας ιδιωτικού κάμπινγκ, έξι κολύμπησαν σε πισίνες ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων, ενώ τρεις ασθενείς είχαν αποκλειστική έκθεση σε θαλάσσια ύδατα πολυσύχναστης αστικής παραλίας. Λόγω μη διαθεσιμότητας νιταζοξανίδης(φάρμακο εκλογής),χορηγήθηκε ενδοφλέβια αζιθρομυκίνη για τρεις συνεχόμενες ημέρες,επιτυγχάνοντας ταχεία,πλήρη υποχώρηση των διαρροιών.

Συμπεράσματα: Το *Cryptosporidium spp.* αποτελεί σημαντικό αίτιο επίμονου διαρροϊκού συνδρόμου μετά από κολύμβηση σε πισίνες ή θαλάσσια ύδατα,ακόμη και σε ανοσοεπαρκή άτομα. Η υδατογενής μετάδοση παραμένει η κύρια οδός μόλυνσης,γεγονός που υπογραμμίζει τους κινδύνους από την ανεπαρκή απολύμανση των υδάτων ή τη ρύπανση από λύματα. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη κατάλληλης αγωγής είναι κρίσιμες για την πρόληψη των υποτροπών και των επιπλοκών. Ιδιαίτερης κλινικής αξίας είναι η παρατήρηση ότι,σε περιπτώσεις όπου το φάρμακο εκλογής (νιταζοξανίδη) απουσιάζει,η χορήγηση ενδοφλέβιας αζιθρομυκίνης αναδεικνύεται ως μια εξαιρετικά αποτελεσματική και αξιόπιστη εναλλακτική θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 146

ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΤΗΣ ΒΙΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI) ΑΠΟ CANDIDA ALBICANS

Ελένη Κορκή, Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Σωτήρης Ζάμπρας, Γεώργιος Τσιγάρας, Νικόλαος Δούμας, Μαρία Μέλλιου, Ραφαηλία Βότσιου, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η μυκητιακή ενδοκαρδίτιδα από *Candida albicans* αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα σοβαρή μορφή λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, με υψηλή θνητότητα και αυξημένο κίνδυνο συστηματικών εμβολών. Εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με προσθετικές καρδιακές βαλβίδες, παρατεταμένη νοσηλεία, κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες, ανοσοκαταστολή ή προηγηθείσα καντινταιμία.

Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με σήψη από καντινταιμία και μυκητιακή ενδοκαρδίτιδα σε βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα (TAVI).

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 72 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, καρδιακής ανεπάρκειας, χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI), μόνιμου βηματοδότη και αγγειοπλαστικής στεφανιαίων προ τριμήνου. Προ 5ετίας έλαβε διπλή αντιφυματική αγωγή χωρίς μικροβιολογική τεκμηρίωση. Το τελευταίο τρίμηνο νοσηλεύτηκε δύο φορές (Ελλάδα και Ν. Αφρική) για εμπύρετη λοίμωξη αναπνευστικού, λαμβάνοντας ευρέος φάσματος αντιβιοτικά. Προσήλθε σε υπνηλική κατάσταση με υψηλό πυρετό, καταβολή, συχνουρία και άλγος αριστερής νεφρικής χώρας από τριημέρου. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε αύξηση δεικτών φλεγμονής, προκαλσιτονίνης και έντονη πυουρία. Οι ουροκαλλιέργειες ήταν στείρες και ο έλεγχος ελονοσίας αρνητικός. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε νεφρολιθίαση αριστερού πυελοκαλυκικού συστήματος και παλαιές ινώδεις πνευμονικές αλλοιώσεις. Τοποθετήθηκε pigtail και χορηγήθηκε προωθημένη αντιβιοτική αγωγή. Η απομόνωση πολυανθεκτικού *Acinetobacter baumannii* στα πτύελα θεωρήθηκε αποικισμός. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Λόγω λήψης αναστολέα SGLT2 (ευνοεί μυκητιάσεις), μη ανταπόκρισης στα αντιβιοτικά και θετικών αιμοκαλλιεργειών για μύκητα, τέθηκε υποψία διηθητικής μυκητίασης. Ξεκίνησε κασποφουγκίνη και προστέθηκε βορικοναζόλη, επιτυγχάνοντας ύφεση του πυρετού και κλινική βελτίωση, γεγονός που(με τις αρνητικές καλλιέργειες για Β-Koch)απομάκρυνε την υποψία ενεργού φυματίωσης. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε τελικά εκβλάστηση στην TAVI. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση της TAVI και των ηλεκτροδίων. Η καλλιέργεια του αφαιρεθέντος υλικού ταυτοποίησε *Candida albicans*. Ακολούθησε ενδοφλέβια θεραπεία με μικαφουγκίνη (6 εβδομάδες) και μακροχρόνια αγωγή με φλουκοναζόλη.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της μυκητιακής ενδοκαρδίτιδας είναι συχνά δύσκολη και απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας, με το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα να αποτελεί εξέταση εκλογής. Η απομόνωση μύκητα από αιμοκαλλιέργειες θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα και δεν πρέπει να αποδίδεται εύκολα σε επιμόλυνση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 147

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΗ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑΣ

Νικόλαος Μακρής[1], Μαρία - Φανή Μπαμπούρη[1], Ελένη Κορκή[1], Νικόλαος Δούμας[1], Μαρία Μέλλιου[1], Γεώργιος Τσιγάρας[1], Νικόλαος Σαμπάνης[2], Χρήστος Ζήσης[1], Στέφανος Μυλωνάς[1]

[1] Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Νεφρολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Εισαγωγή: Η ανθεκτική υπέρταση (μη ρύθμιση παρά τη λήψη ≥3 αντιυπερτασικών, συμπεριλαμβανομένου διουρητικού) συνδέεται στενά με την πρόοδο της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) και την εμφάνιση μη νεφρωσικού τύπου πρωτεϊνουρίας (<3,5 g/24ωρο). Κεντρικό παθογενετικό μηχανισμό αποτελεί η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Κατά συνέπεια, σε ασθενείς με φαρμακοανθεκτική υπέρταση, η επεμβατική απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών αναδεικνύεται ως καινοτόμος θεραπευτική επιλογή, πλεονεκτώντας έναντι παλαιότερων ή περιορισμένων προσεγγίσεων.

Σκοπός: Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της νεφρικής απονεύρωσης στη ρύθμιση της ανθεκτικής υπέρτασης και, δευτερευόντως, στην άμεση ύφεση της συνυπάρχουσας μη νεφρωσικού τύπου πρωτεϊνουρίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Άρρεν 65 ετών με υπερτασική καρδιοπάθεια, ΣΔτ2 (υπό μετφορμίνη) και δυσλιπιδαιμία, παρουσίαζε απορρυθμισμένη ΑΠ (≥180/110 mmHg) παρά τη λήψη 5 αντιυπερτασικών σε μέγιστες δόσεις (καντεσαρτάνη, μανιδιπίνη, νεβιβολόλη, τορασεμίδη, επλερενόνη). Προστέθηκαν κλονιδίνη και μονονιτρικός ισοσορβίτης, χωρίς επίτευξη στόχου. Παράλληλα, διαπιστώθηκε μη νεφρωσική πρωτεϊνουρία (2 g/24ωρο). Η βελτιστοποίηση της αγωγής με εμπαγλιφλοζίνη, λιναγλιπτίνη και την αντικατάσταση της επλερενόνης με φινερενόνη, οδήγησε σε μείωση της HbA1c (6,1%) και της πρωτεϊνουρίας (1,2 g/24ωρο), αλλά η ΑΠ παρέμενε ανθεκτική (≥160/100 mmHg). Ο εκτενής ενδοκρινολογικός, ανοσολογικός και απεικονιστικός έλεγχος απέκλεισε τα αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο όπου υποβλήθηκε επιτυχώς σε διαδερμική απονεύρωση νεφρικών αρτηριών. Μετεπεμβατικά, διατηρώντας την ίδια ακριβώς φαρμακευτική αγωγή, επιτεύχθηκε άμεση αιμοδυναμική σταθεροποίηση (ΑΠ ≤149/85 mmHg). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε δραστική μείωση της πρωτεϊνουρίας στα 800 mg/24ωρο, με περαιτέρω εντυπωσιακή βελτίωση στο εξάμηνο παρακολούθησης (400 mg/24ωρο).

Συμπεράσματα: Η διαχείριση των παραγόντων κινδύνου με σύγχρονους νεφροπροστατευτικούς παράγοντες (SGLT2 αναστολείς, φινερενόνη) παραμένει θεμελιώδης. Εντούτοις, σε έδαφος ανθεκτικής υπέρτασης με έντονη συμπαθητική υπερδραστηριότητα, η απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών αποτελεί μια εξόχως αποτελεσματική παρέμβαση. Η μέθοδος δεν επιτυγχάνει μόνο διατηρήσιμη μείωση της ΑΠ, αλλά ασκεί και ανεξάρτητη αντιπρωτεϊνουρική δράση μέσω τροποποίησης της ενδονεφρικής αιμοδυναμικής, αναδεικνύοντας τη σημασία της σχολαστικής επιλογής ασθενών για τη μεγιστοποίηση του κλινικού οφέλους.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 148

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΙΠΛΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ Β-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Μέλλιου, Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Ελένη Κορκή, Ραφαηλία Βότσιου, Νικόλαος Δούμας, Γεώργιος Τσιγάρας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η ανάδειξη μιας εξαιρετικά σπάνιας περίπτωσης διπλής αιματολογικής κακοήθειας με σύγχρονη Β-λεμφοκυτταρική και πλασματοκυτταρική διήθηση, και η επισήμανση των προκλήσεων που ανακύπτουν κατά τη διαχείρισή της.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 60 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιφνίδιας αστάθειας βάδισης και αταξίας στην όρθια θέση, κατόπιν επεισοδίου απώλειας συνείδησης. Τα συμπτώματα συνοδεύονταν από έντονη καταβολή και αίσθημα δύσπνοιας, ενώ από το ιστορικό προέκυπτε γνωστή, μη διερευνηθείσα λεμφοκυττάρωση (~38.800/μL) προ διετίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αναιμία (Ht 28%), λεμφοκυττάρωση και αυξημένη ΤΚΕ. Από τον βιοχημικό έλεγχο διαπιστώθηκε υπερπρωτεϊναιμία και σοβαρή υπερασβεστιαιμία, με παράδοξα χαμηλά επίπεδα LDH. Ο εκτενής έλεγχος για συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα (ANA, anti-ENA, dsDNA, ANCA, anti-CCP), χρόνιες λοιμώξεις (Mantoux, Quantiferon, HIV, HBV, HCV) καθώς και οι καρκινικοί δείκτες (CEA, CA19-9, AFP, PSA) απέβησαν πλήρως αρνητικοί. Η αξονική τομογραφία (CT) αποκάλυψε λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και υγρές συλλογές.

Αποτελέσματα: Η ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού ανέδειξε μονοκλωνική κορυφή (M-spike 43.9%) και IgM λ παραπρωτεΐνη. Η ιστολογική εξέταση του μυελού των οστών επιβεβαίωσε τη συνύπαρξη Β-λεμφοκυτταρικής και πλασματοκυτταρικής διήθησης. Για την αντιμετώπιση της επείγουσας υπερασβεστιαιμίας, χορηγήθηκε άμεσα επιθετική ενυδάτωση, διουρητική αγωγή και ζολεδρονικό οξύ. Κατόπιν της αρχικής σταθεροποίησης, ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένη Αιματολογική Κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου για περαιτέρω διερεύνηση και οριστική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Οι άτυπες αιματολογικές οντότητες με μικτά κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά επιβάλλουν υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας. Σε αυτό το πλαίσιο, η διενέργεια εξειδικευμένων μοριακών ελέγχων, όπως η ανίχνευση της μετάλλαξης MYD88, κρίνεται πολύτιμη για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ μακροσφαιριναιμίας Waldenström (WM) και λεμφοπλασματοκυτταρικού λεμφώματος (LPL). Η επίτευξη μιας απόλυτα ακριβούς διάγνωσης αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την επιλογή και την έγκαιρη εφαρμογή της κατάλληλης, εξατομικευμένης θεραπευτικής στρατηγικής.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 149

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ (ΑΙΗΑ) ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Μαρία Μέλλιου, Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Ελένη Κορκή, Ραφαηλία Βότσιου, Νικόλαος Δούμας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης κλινικής αναγνώρισης και θεραπείας της φυματιώδους λοίμωξης ως σπάνιου αιτιολογικού παράγοντα ανάπτυξης δευτεροπαθούς AIHA.

Υλικό και Μέθοδοι: (Περιγραφή Περιστατικού) Άνδρας 73 ετών, συνταξιούχος ναυτικός με γνωστή ετερόζυγη β-θαλασσαιμία, προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία προς διερεύνηση προοδευτικής πτώσης του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης. Ο αρχικός αιματολογικός έλεγχος ανέδειξε θερμού τύπου AIHA, με θετική άμεση δοκιμασία Coombs (IgG + C3d) και αυξημένα επίπεδα γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) και δικτυοερυθροκυττάρων (ΔΕΚ). Από τον ανοσολογικό έλεγχο προέκυψαν θετικά ANA (1/160) και anti-TPO, με πλήρη ωστόσο απουσία ενδείξεων έτερου συστηματικού νοσήματος. Η διερεύνηση αποκάλυψε ενεργό φυματιώδη λοίμωξη, με ισχυρά θετική δερματική δοκιμασία Mantoux (18mm με νέκρωση) και Quantiferon-TB (>9.9 IU/ml). Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε στοιχεία χρόνιας φλεγμονής (όζοι, κοκκιώματα, ίνωση). Η διενέργεια PET/CT κατέδειξε αυξημένη πρόσληψη στους λεμφαδένες με απουσία καθήλωσης FDG στο πνευμονικό παρέγχυμα (μη ενεργός πνευμονική νόσος). Η ιστολογική εξέταση (βιοψία) προσπελάσιμου τραχηλικού λεμφαδένα επιβεβαίωσε τη φυματιώδη λεμφαδενίτιδα, αναδεικνύοντας χρόνια κοκκιωματώδη φλεγμονή με γιγαντοκύτταρα τύπου Langhans, έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση και ίνωση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε κλασική τετραπλή αντιφυματική αγωγή. Παρατηρήθηκε άριστη ανταπόκριση, η οποία μεταφράστηκε σε πλήρη αποδρομή των λεμφαδενικών διογκώσεων, κλινική και απεικονιστική βελτίωση, υποχώρηση της αιμόλυσης (με συνοδό αύξηση του αιματοκρίτη) και οριστική αρνητικοποίηση της άμεσης δοκιμασίας Coombs.

Συμπεράσματα: Η φυματίωση οφείλει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της AIHA, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ύποπτο ιστορικό (π.χ. ναυτικοί) ή σε περιοχές με υψηλή ενδημικότητα. Η έγκαιρη αναγνώριση και η ριζική θεραπεία της υποκείμενης λοίμωξης παραμένει καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική και μόνιμη αντιμετώπιση της δευτεροπαθούς αιμόλυσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 150

ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (Ε-ΜΑ) ΚΑΙ ΟΜΟΖΥΓΗΣ H63D ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ελένη Κορκή, Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Μαρία Μέλλιου, Νικόλαος Δούμας, Γεώργιος Τσιγάρας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η περιγραφή μιας σπάνιας περίπτωσης νεαρού ασθενούς με ταυτόχρονη, de novo διάγνωση Ε-ΜΑ και ομόζυγης μορφής ΙΑ (H63D/H63D), με στόχο την ανάδειξη των διαγνωστικών προκλήσεων και της σημασίας της πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άρρεν 35 ετών, με αναφερόμενο ιστορικό ελάσσονος β-θαλασσαιμίας (εμπειρική διάγνωση βάσει δεικτών: RBC↑, MCV↓, MCH↓, RDW κ.φ.) υπό χρόνια αγωγή με φυλλικό οξύ, παραπέμφθηκε προς διερεύνηση λόγω επιδείνωσης των αιματολογικών του δεικτών (Hb: 11 → 9 g/dL, Ht: 33% → 28%) σε έλεγχο ρουτίνας. Κλινικά και υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε ήπια ηπατομεγαλία με λιπώδη διήθηση και σπληνομεγαλία (~15 εκ). Ο εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε μικροκυτταρική υποχρωμική αναιμία με στοιχεία αιμόλυσης (αυξημένη έμμεση χολερυθρίνη, LDH, ΔΕΚ) και αρνητική δοκιμασία Coombs, B12 & G6PD. Αξιοσημείωτη ήταν η ραγδαία αύξηση της φερριτίνης ορού (από 400 σε 800 ng/mL) με απολύτως φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ, CRP).

Αποτελέσματα: Η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης (HbA 84%, HbA2 6%, HbF 10%) και ο επακόλουθος γονιδιακός έλεγχος επιβεβαίωσαν διπλή ετεροζυγωτία [IVS-I-110(G>A) & IVS-I-6(T>C)], θέτοντας οριστικά τη διάγνωση της Ε-ΜΑ. Λόγω της σοβαρής υπερσιδηραιμίας (και υψηλού κορεσμού τρανσφερρίνης), ελέγχθηκε το γονίδιο *HFE*, αναδεικνύοντας συνυπάρχουσα ομόζυγη μετάλλαξη H63D/H63D. Η μαγνητική τομογραφία (MRI T2*) επιβεβαίωσε παρουσία ήπιας-μέτριας ηπατικής αιμοσιδήρωσης, χωρίς καρδιακή εναπόθεση. Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε αγωγή χηλίωσης/αποσιδήρωσης από του στόματος (με δεφεροξαμίνη), εμφανίζοντας εντυπωσιακή βελτίωση με πτώση της φερριτίνης στα 400 ng/mL εντός εξαμήνου.

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη Ε-ΜΑ και ομοζυγωτίας H63D συνιστά μια κρίσιμη διπλή παθολογία. Η συνεργική καταστολή της παραγωγής και βιολογικής δράσης της εψιδίνης οδηγεί σε ραγδαία εντερική απορρόφηση σιδήρου. Το επακόλουθο φορτίο θέτει τον οργανισμό σε άμεσο κίνδυνο σοβαρής τοξικότητας (ήπαρ, καρδιά, ενδοκρινείς αδένες). Η διαπίστωση υψηλού κορεσμού τρανσφερρίνης σε ασθενείς με θαλασσαιμικά σύνδρομα επιβάλλει τη γονιδιακή διερεύνηση για υποκείμενη Ιδιοπαθή Αιμοχρωμάτωση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 151

ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΑΠΟ LEISHMANIA INFANTUM ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Σάββας Μιχαήλ Αμύγδαλος, Σμαράγδη Κουκιά, Αγγελική Κυρά Φωτεινού, Ιωάννης Αναστασίου, Αριστείδης Καΐκης, Ασπασία Σπανού, Παντελίνα Κολαινή, Ιωάννης Ψαρομπάς, Δημήτρης Κούρτης, Στυλιανός Καραταπάνης

Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λεϊσμανίαση είναι παρασιτική νόσος που μεταδίδεται μέσω του τσιμπήματος θηλυκών σκνιπών και εμφανίζεται σε τρεις κύριες μορφές: δερματική, βλεννογονοδερματική και σπλαχνική, καθεμία με διαφορετική κλινική εικόνα και βαρύτητα. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ηλικία, η διαμονή σε ενδημικές περιοχές και η ανοσοκαταστολή. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με ανθεκτική δερματική λεϊσμανίαση, η οποία δεν ανταποκρίθηκε τόσο σε ενδοφλέβια όσο και σε από του στόματος (per os) θεραπευτική αγωγή.

Παρουσίαση περιστατικού: Το καλοκαίρι του 2024 η ασθενής ηλικίας 75 χρονών με ατομικό αναμνηστικό (αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, υποθυρεοειδισμός, καλοήθης ίλιγγος θέσης) εμφάνισε διάχυτο κνιδοβλατιδώδες εξάνθημα με ήπιο κνησμό στο πρόσωπο και τα κάτω άκρα, χωρίς συστηματικά συμπτώματα. Η βιοψία δέρματος επιβεβαίωσε δερματική λεϊσμανίαση, ενώ επαναληπτικός μοριακός έλεγχος ανέδειξε *Leishmania infantum*. Παρά την απουσία σπλαγχνικής προσβολής ή ανοσοανεπάρκειας, χορηγήθηκε συστηματική θεραπεία με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β (3 mg/kg τις ημέρες 1–5, 14 και 21), λόγω της εκτεταμένης δερματικής νόσου και της δυνατότητας της *L. infantum* να προκαλέσει σπλαγχνική λεϊσμανίαση. Επιτεύχθηκε πλήρης κλινική ύφεση. Τον Ιούνιο του 2025 παρατηρήθηκε υποτροπή των δερματικών βλαβών, χωρίς ενδείξεις σπλαγχνικής νόσου. Χορηγήθηκε εκ νέου θεραπεία εφόδου και στη συνέχεια μηνιαία θεραπεία συντήρησης με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β. Το μυελόγραμμα και η PCR για *Leishmania* ήταν αρνητικά, ωστόσο εμφάνιζε κατά διαστήματα μικρές δερματικές βλάβες. Μετά τη διακοπή της αγωγής σημειώθηκε νέα υποτροπή, με επαναληπτική βιοψία που επιβεβαίωσε εκ νέου την παρουσία ενδοκυττάριων παρασίτων. Ο επανέλεγχος δεν ανέδειξε υποκείμενη ανοσοανεπάρκεια και προτάθηκε συνδυαστική θεραπεία με μιλτεφοσίνη από του στόματος (50 mg x 3 ημερησίως για 28 ημέρες) και ενδοφλέβια λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β.

Συμπεράσματα: Το στέλεγχος Leishmania Infantum , εκτός από σπλαχνική λεισμανίαση , μπορεί να προκαλέσει αποκλειστικά μόνο δερματικό τύπο λεισμανιασης σε ανοσοεπαρκή ασθενή. Μπορεί να παρουσιάσει υποτροπές και ανθεκτικότητα στην εκρίζωση και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 152

ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΑΙΜΙΚΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Μιχαήλ Τρύφος, Αθηνά Ανδρικοπούλου, Ανδρέας Καρύδας, Αναστάσιος Τόκης, Έλενα Πέτσιου
Metropolitan Hospital

Εισαγωγή: Η μεταγευματική υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία (Postprandial Hyperinsulinemic Hypoglycemia, PHH), αποτελεί αναγνωρισμένη αλλά πιθανώς υποδιαγνωσμένη όψιμη επιπλοκή της βαριατρικής χειρουργικής, κυρίως μετά από γαστρική παράκαμψη (gastric bypass). Εκδηλώνεται συνήθως μήνες ή έτη μετά την επέμβαση, 1-3 ώρες μετά από γεύμα πλούσιο σε υδατάνθρακες, με αδρενεργικά και νευρογλυκοπενικά συμπτώματα, τα οποία σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε συγκοπτικά επεισόδια. Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με υποτροπιάζουσες συγκοπές, στις οποίες η διάγνωση της PHH τέθηκε μετά από αποκλεισμό άλλων αιτιών.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας,52 ετών, με ιστορικό γαστρικής παράκαμψης προ 13 ετών, προσήλθε σε ΤΕΠ λόγω συγκοπτικού επεισοδίου με πτώση εξ ιδίου ύψους και πρόκληση θλαστικών τραυμάτων κεφαλής και άκρων. Από το ιστορικό αναφέρονταν πολλαπλά επεισόδια απώλειας συνείδησης την τελευταία διετία, καθώς και πρόσφατες νοσηλείες σε Νευρολογική και Καρδιολογική κλινική χωρίς να τεθεί συγκεκριμένη διάγνωση παρά τον εκτενή διαγνωστικό έλεγχο.

Κατά την εισαγωγή ο ασθενής ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά και αναπνευστικά σταθερός, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία ή άλλα παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου, 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού (Holter) και εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα, ενώ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δεν καταγράφηκαν επεισόδια υπογλυκαιμίας. Ωστόσο, πρόσφατη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από του στόματος, η οποία είχε διενεργηθεί σε εξωτερική βάση, ανέδειξε σημαντική μεταγευματική υπογλυκαιμία στα 60 και 120 λεπτά μετά τη χορήγηση γλυκόζης. Σε συνδυασμό με το ιστορικό γαστρικής παράκαμψης και τον αποκλεισμό καρδιολογικών και νευρολογικών αιτίων συγκοπής, τα επεισόδια αποδόθηκαν σε μεταγευματική υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία. Μετά την εφαρμογή εξειδικευμένων διαιτητικών οδηγιών και διατροφικής εκπαίδευσης, ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός κατά την παρακολούθηση, χωρίς νέα συγκοπτικά επεισόδια.

Συμπεράσματα: Η μεταγευματική υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ιστορικό βαριατρικής χειρουργικής που εμφανίζουν υποτροπιάζοντα συγκοπτικά επεισόδια ή νευρογλυκοπενική συμπτωματολογία, ιδιαίτερα όταν ο καρδιολογικός και νευρολογικός έλεγχος είναι αρνητικός. Η έγκαιρη αναγνώριση της οντότητας μπορεί να προλάβει δυνητικά σοβαρούς τραυματισμούς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 153

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ;ΝΟΣΟΣ CROHN; ΤΕΛΙΚΑ IGA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΝΑΡΞΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗ ΕΙΛΕΙΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ

Δέσποινα Δεληγιάννη[1], Δήμητρα Σμυρλή[1], Αγγελική Ιωσηφίδου[1], Νικόλαος Γρηγοριάδης[2], Δημήτριος Μυλωνάς[1], Στέφανος Παπαδόπουλος[1], Κατερίνα Σαμανίδου[1], Ουράνια Κετικίδου[1], Κωνσταντίνος Κοντοτάσιος[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας*
[2] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Η IgA αγγειίτιδα είναι αγγειίτιδα μικρών αγγείων με εναποθέσεις IgA. Αν και η ψηλαφητή πορφύρα αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση, σε ορισμένους ενήλικες οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις προηγούνται, καθυστερώντας τη διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 28 ετών, χωρίς αξιόλογο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω συνεχούς επιγαστρικού και αριστερού παραομφαλικού άλγους από τριημέρου, με ναυτία και χωρίς πυρετό. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η αξονική κοιλίας έθεσε την υποψία φλεγμονής του τελικού ειλεού, ενώ η γαστροσκόπηση ανέδειξε γαστρίτιδα και δωδεκαδακτυλίτιδα. Χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή χωρίς ανταπόκριση. Την $5^{η}$–$7^{η}$ ημέρα εμφάνισε αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις και αρθραλγίες, με αρνητικό μοριακό έλεγχο κοπράνων και καλπροτεκτίνη >1000 μg/g. Η κολονοσκόπηση ανέδειξε τελική ειλεΐτιδα. Την $8^{η}$–$9^{η}$ ημέρα εμφάνισε ψηλαφητή πορφύρα στα κάτω άκρα με επέκταση σε κορμό και πρόσωπο, ενώ διαπιστώθηκε πρωτεϊνουρία και μικροσκοπική αιματουρία με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Προχωρήσαμε σε βιοψία δέρματος και νεφρού.

Αποτελέσματα: Η βιοψία δέρματος ανέδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με εναποθέσεις IgA, ενώ η βιοψία νεφρού επιβεβαίωσε τη διάγνωση IgA αγγειίτιδας με νεφρική συμμετοχή. Χορηγήθηκε κορτικοθεραπεία, α-ΜΕΑ και εμπαγλιφλοζίνη, με κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η IgA αγγειίτιδα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση νεαρών ενηλίκων με κοιλιακό άλγος, αιματηρή διάρροια και τελική ειλεΐτιδα, ιδίως όταν ο λοιμώδης έλεγχος είναι αρνητικός και συνυπάρχουν αρθραλγίες ή νεφρική συμμετοχή, ακόμη και πριν από την εμφάνιση πορφύρας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 154

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΜΟΝΟΝΕΥΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου[1], Μαγδαληνή Αδαμάντου[1], Ελευθέριος Χαλκίδης[1], Γεώργιος Σχινάς[1], Βασιλική Πούλια[2], Ελεάνα Μπόλλα[2], Νικόλαος Μιχαλακέας[2], Αικατερίνη Λάσκαρη[2], Στυλιανός Πανόπουλος[2], Μαρία Τεκτονίδου[2], Μήνα Ψυχογυιού[1]

[1] Α' Παθολογική κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
[2] Μονάδα αυτοάνοσων ρευματικών νόσων, Α' Προπαιδευτική παθολογική κλινική, , Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πολλαπλή μονονευρίτιδα μπορεί να αφορά σε τυπική εκδήλωση συστηματικής αγγειίτιδας μικρών αγγείων, ενώ, σπάνια, μπορεί να αποτελέσει την πρώτη εκδήλωση του νοσήματος. Παρουσιάζεται περιστατικό κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα με αρχική νευρική προσβολή και συνοδό μικροσκοπική αιματουρία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 70 ετών εισήχθη λόγω αιμωδιών άνω και κάτω άκρων, προοδευτικής αδυναμίας βάδισης και πάρεσης περονιαίου νεύρου δεξιά. Κατά την εισαγωγή της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη. Δεν παρουσίαζε εξάνθημα ή λεμφαδενοπάθεια. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν αισθητικοκινητικά ελλείμματα συμβατά με πολλαπλή μονονευρίτιδα. Πραγματοποιήθηκαν εργαστηριακός, μικροβιολογικός, ανοσολογικός και νευρολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος εισόδου ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP 250mg/L, ΤΚΕ 113mm), λευκοκυττάρωση και θρομβοκυττάρωση. Στη γενική ούρων διαπιστώθηκαν 18-20 ερυθρά κ.ο.π σπειραματικής προέλευσης ενώ συλλογή ούρων 24ώρου έδειξε πρωτεϊνουρία 0,45 g/24ωρο. Για τη διερεύνηση της πολλαπλής μονονευρίτιδας εστάλη ιολογικός έλεγχος καθώς και έλεγχος λοιπών λοιμωδών νοσημάτων ο οποίος απέβη αρνητικός. Ακολούθησε οσφυονωτιαία παρακέντηση όπου η ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού δεν ανέδειξε αξιόλογα ευρήματα. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε c-ANCA/PR3 1:160, με αρνητικά ANA και anti-dsDNA, ενώ η ανοσοκαθήλωση ορού ήταν αρνητική για μονοκλωνική πρωτεΐνη. Η πορεία της νόσου επιπλέχθηκε από επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και πνευμονικά διηθήματα. Ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων του ανοσολογικού ελέγχου με τα κλινικά ευρήματα έθεσε τη διάγνωση c-ANCA σχετιζόμενης αγγειίτιδας, ταξινομούμενης ως κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα. Χορηγήθηκαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, κυκλοφωσφαμίδη και στη συνέχεια ριτουξιμάμπη, με κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για σπάνιο περιστατικό μικροσκοπικής πολυαγγειίτιδας με πρώτη εκδήλωση την πολλαπλή μονονευρίτιδα. Η συνύπαρξη πολλαπλής μονονευρίτιδας, σπειραματικής αιματουρίας και έντονης φλεγμονώδους αντίδρασης πρέπει να κατευθύνει άμεσα τη διερεύνηση προς ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα. Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι κρίσιμη για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 155

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV/AIDS ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου, Μαγδαληνή Αδαμάντου, Άγγελος Κουλούρης, Χαράλαμπος Καζαμιάκης, Ειρήνη Μάρκου, Γεώργιος Σχινάς, Ελευθέριος Χαλκίδης, Κωνσταντίνος Σιδέρης, Χρήστος Σταφυλίδης, Παναγιώτης Διαμαντόπουλος, Μήνα Ψυχογυιού

Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

Σκοπός: Η αυτόματη ρήξη σπληνός αποτελεί σπάνια επιπλοκή και σπανιότερη πρώτη εκδήλωση διάχυτου λεμφώματος από μεγάλα Β κύτταρα (*Diffuse Large B-Cell Lymphoma, DLBCL*).Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (*Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH*) αποτελεί σπάνια, απειλητική για τη ζωή υπερφλεγμονώδη αντίδραση, η οποία σχετίζεται κυρίως με λοιμώξεις και αιματολογικές κακοήθειες. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με HIV λοίμωξη στον οποίο η αυτόματη ρήξη σπληνός αποτέλεσε την πρώτη εκδήλωση του υποκείμενου λεμφώματος και ακολούθως διαγνώστηκε δευτεροπαθές HLH.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 60 ετών νοσηλεύτηκε λόγω πυρετού έως 39°C από μηνός, κυρίως τις απογευματινές ώρες με συνοδές νυχτερινές εφιδρώσεις χωρίς ανάδειξη αιτίου σε εξωτερική διερεύνηση. Τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε αιφνίδιο οξύ κοιλιακό άλγος, προλιποθυμικό επεισόδιο, δύσπνοια, υπόταση και γαλακτική οξέωση ως επί υποογκαιμικής καταπληξίας. Η αξονική αγγειογραφία κοιλίας ανέδειξε αιμοπεριτόναιο με ρήξη σπληνός και ο ασθενής υποβλήθηκε επειγόντως σε σπληνεκτομή.

Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται *HIV/AIDS* υπό αντιρετροϊκή αγωγή, με CD4 200 κύτταρα/μL στην παρούσα νοσηλεία και ναδίρ 66/μL. Η διάγνωση είχε τεθεί κατόπιν εμφάνισης προϊούσας πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας προ έτους. Μετεγχειρητικά, λόγω επιμονής του πυρετού με συνοδό πανκυτταροπενία, διαπιστώθηκε επιπρόσθετα υπερφερριτιναιμία και υπερτριγλυκεριδαιμία. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, η οποία ανέδειξε αιμοφαγοκυττάρωση από το επίχρισμα του μυελού των οστών και εικόνα HIV-σχετιζόμενης μυελοπάθειας από την οστεομυελική βιοψία.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση του σπλήνα ανέδειξε DLBCL. Τέθηκε η διάγνωση δευτεροπαθούς HLH σχετιζόμενου με λέμφωμα επί εδάφους HIV/AIDS.Χορηγήθηκε αρχικά δεξαμεθαζόνη για έλεγχο του HLH και ακολούθως χημειοθεραπεία με έξι κύκλους ριτουξιμάμπης, κυκλοφωσφαμίδης, δοξορουβικίνης, βινκριστίνης και πρεδνιζολόνης (R-CHOP), με αποτέλεσμα την πλήρη ύφεση του νοσήματος.

Συμπεράσματα: Η αυτόματη ρήξη σπληνός ως πρώτη εκδήλωση DLBCL είναι σποραδικά αναφερόμενη στη βιβλιογραφία. Η HIV λοίμωξη σπάνια έχει συσχετισθεί με αυτόματη ρήξη σπληνός, κυρίως σε μεμονωμένες αναφορές, αλλά αποτελεί σημαντικό υπόστρωμα για επιθετικά λεμφώματα και δευτεροπαθές HLH. έγκαιρη αναγνώριση και στοχευμένη θεραπεία της υποκείμενης αιτίας είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόγνωση.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 156

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΜΦΟΪΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Έλλη Κουριαννίδη, Ηλέκτρα Στραβοδήμου, Γεώργιος Παναγιωτόπουλος, Χρήστος Μαμαρέλης, Βησσαρία Σακκά, Καλομοίρα Αθανασίου, Σταμάτιος Καρακατσάνης, Γεράσιμος Ευαγγελάτος, Βασιλική Ράπτη, Ελένη Κάκαλου, Μαρία Δήμητρα Κοπελιά, Γαρυφαλλιά Πουλάκου, Κωνσταντίνος Συρίγος

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Η Αιμοφαγοκυτταρική Λεμφοϊστιοκυττάρωση (Hemophagocytic Lymphohistiocytosis - HLH) αποτελεί ένα σπάνιο, απειλητικό για τη ζωή υπερφλεγμονώδες σύνδρομο. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της αιτιολογικής ετερογένειας του συνδρόμου.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη τριών ενηλίκων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική το 2026 και παρουσίασαν παρατεινόμενο εμπύρετο με κλινικοεργαστηριακά ευρήματα συμβατά με HLH, αφού αποκλείστηκαν λοιμώδη νοσήματα ως αίτιο του πυρετού. Χρησιμοποιήθηκαν τα νεότερα κριτήρια HLH 2024 για τη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Ασθενής 1: Γυναίκα 49 ετών με παρατεινόμενο εμπύρετο και σπληνομεγαλία. Ο έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία, υπερτριγλυκεριδαιμία, διαλυτό υποδοχέα ιντερλευκίνης-2 (sIL-2R) >2500 IU/ml και φερριτίνη 38.217 ng/ml. Η βιοψία δέρματος έθεσε τη διάγνωση συστηματικού ερυθηματώδη λύκου. Αντιμετωπίστηκε με δεξαμεθαζόνη, anakinra και κυκλοφωσφαμίδη. Η πορεία επεπλάκη από μυκηταιμία και μυκητιασική αρθρίτιδα, τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αμφοτερικίνη Β και ισαβουκοναζόλη. Ασθενής 2: Άνδρας 58 ετών με ιστορικό καρκίνου ουροδόχου κύστης, εισήχθη με πυρετό >38.5 από μηνός, διάχυτα οστικά άλγη και θρομβοπενία (PLTs 21.000). Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν φερριτίνη >13.000 ng/ml και υπερτριγλυκεριδαιμία. Η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε διήθηση του μυελού από καρκινωματώδεις βλάστες. Ο ασθενής έλαβε δεξαμεθαζόνη και ανταποκρίθηκε μετά από ύφεση του εμπυρέτου διακομίστηκε αιμοδυναμικά σταθερός προς λήψη χημειοθεραπείας. Ασθενής 3: Άνδρας 52 ετών με νεοδιαγνωσθείσα λοίμωξη HIV - AIDS στάδιο C3 (CD4+ 76) και υψηλό ιικό φορτίο, εμφάνισε εμπύρετο, ηπατοσπληνομεγαλία, υπερτριγλυκεριδαιμία, θρομβοπενία, φερριτίνη 11.914 ng//ml, sIL-2R 168 U/ml και οστεομυελική βιοψία συμβατή με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Λόγω μη ανταπόκρισης στη δεξαμεθαζόνη, ο ασθενής έλαβε ετοποσίδη με υποχώρηση του πυρετού.

Συμπεράσματα: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο αποτελεί μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση που διατρέχει ένα μεγάλο φάσμα της εσωτερικής παθολογίας. Η διάγνωσή του απαιτεί υψηλή κλινική υποψία καθώς τα αίτια ποικίλλουν σημαντικά. Η έγκαιρη αναγνώριση του συνδρόμου και η άμεση έναρξη της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης είναι καθοριστικές για την τελική έκβαση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 157

ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ CRP ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ P-ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ: ΑΤΥΠΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΝΣ ΑΠΟ VARICELLA-ZOSTER-VIRUS ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ Η ΜΗΝΙΓΓΙΣΜΟ

Κωνσταντίνος Κοντοτάσιος, Δημήτριος Μυλωνάς, Βάσω Πανταζή, Δόμνα Μάντζιου, Δήμητρα Σμυρλή, Αγγελική Ιωσηφίδου, Αριστείδης Βελισσαρίδης, Γεώργιος Διαμαντίδης, Δέσποινα Δεληγιάννη

Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Εισαγωγή: Η λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος από Varicella Zoster Virus (VZV) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η απουσία δερματικού εξανθήματος, μηνιγγικών σημείων ή αυξημένων δεικτών φλεγμονής μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση. Παρουσιάζουμε περιστατικό άτυπης λοίμωξης ΚΝΣ από VZV σε ασθενή με pANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα υπό rituximab, πλασμαφαίρεση και κορτικοθεραπεία.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 73 ετών με πρόσφατη διάγνωση pANCA-αγγειίτιδας και ιστορικό παρατεταμένης νοσηλείας σε ΜΕΘ και κλινική λόγω σοβαρής πνευμονικής προσβολής, προσήλθε περίπου έναν μήνα μετά το εξιτήριο λόγω εμπύρετου. Ελάμβανε μεθυλπρεδνιζολόνη, ενώ είχαν προηγηθεί rituximab και 13 συνεδρίες πλασμαφαίρεσης. Παρέμενε εμπύρετος παρά τη χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικής αγωγής, χωρίς εστιακή σημειολογία, χωρίς δερματικό εξάνθημα και χωρίς σημεία μηνιγγισμού. Οι δείκτες φλεγμονής παρέμεναν φυσιολογικοί. Κατά την κλινική επανεκτίμηση, το μόνο σύμπτωμα που ανέφερε ήταν κεφαλαλγία, γεγονός που οδήγησε σε οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Αποτελέσματα: Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ανέδειξε λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση (144 κύτταρα/μL, 99% λεμφοκύτταρα), πρωτεΐνη 76,3 mg/dL και γλυκόζη 46 mg/dL. Η μοριακή ανάλυση του ΕΝΥ ήταν θετική για VZV, ενώ HSV και CMV ήταν αρνητικά. Ξεκίνησε άμεσα ενδοφλέβια ακυκλοβίρη, με υποχώρηση του πυρετού και κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς υπό έντονη ανοσοκαταστολή, ο επίμονος πυρετός χωρίς σαφή εστία, ακόμη και με φυσιολογική CRP και απουσία μηνιγγικών σημείων ή εξανθήματος, δεν αποκλείει λοίμωξη ΚΝΣ από VZV. Η χαμηλή διαγνωστική ουδός για οσφυονωτιαία παρακέντηση σε εμπύρετους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, ακόμη και χωρίς τυπική νευρολογική σημειολογία, μπορεί να είναι καθοριστική για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 158

ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ HELICOBACTER PYLORI

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου, Μαγδαληνή Αδαμάντου, Γεώργιος Σχινάς, Ελευθέριος Χαλκίδης, Κωνσταντίνος Σιδέρης, Χρήστος Σταφυλίδης, Μήνα Ψυχογυιού

Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

Σκοπός: Η λοίμωξη από Helicobacter pylori αποτελεί συχνό αίτιο χρόνιας γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους, ενώ έχουν περιγραφεί και εξωγαστρικές εκδηλώσεις. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται η δυσαπορρόφηση βιταμίνης Β12, η οποία σπανίως εκδηλώνεται με βαριά πανκυτταροπενία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της λοίμωξης από Η. pylori ως αναστρέψιμης αιτίας σοβαρής ανεπάρκειας βιταμίνης Β12 που προσομοίασε αιματολογική κακοήθεια.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 38 ετών προσήλθε με δύσπνοια και έντονη καταβολή από εβδομάδος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή αναιμία (αιμοσφαιρίνη 2,9g/dL) και πανκυτταροπενία (λευκά αιμοσφαίρια 590/μL, αιμοπετάλια 22.000/μL) με LDH=2045 U/L, άμεση, έμμεση Coombs αρνητική. Εστάλη επίχρισμα περιφερικού αίματος προς την κατεύθυνση αιματολογικής κακοήθειας: δεν ανεδείχθησαν άωρα κύτταρα, διαπιστώθηκαν όμως μακροκυττάρωση, δακρυοκύτταρα και πολυκατάτμητα ουδετερόφιλα Από τον περαιτέρω έλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 (<83 pg/mL) και φυλλικού οξέος. Εστάλη έλεγχος για αντισώματα έναντι των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου ο οποίος ήταν αρνητικός. Από τις βιοψιες στομάχου αναδείχθηκε λεμφοζιδιακή γαστρίτιδα με έντονη την υπόνοια Η.Pylori λοίμωξης χωρίς την ανάδειξη των μικροοργανισμών Δεδομένου ότι ο ασθενής δεν είχε γνωστό ιστορικό αντίστοιχης λοίμωξης, εστάλησαν αντισώματα (IgG) έναντι Helicobacter pylori τα οποία και ήταν θετικά σε αυξημένο τίτλο.

Αποτελέσματα: Τέθηκε η διάγνωση μεγαλοβλαστικής αναιμίας λόγω ανεπάρκειας βιταμίνης Β12 σχετιζόμενης με λοίμωξη από Η. pylori. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία υποκατάστασης με κυανοκοβαλαμίνη και φυλλικό οξύ, με ταχεία μυελική ανταπόκριση και σταδιακή αποκατάσταση όλων των αιματολογικών σειρών, χωρίς ανάγκη περαιτέρω αιματολογικής διερεύνησης, ενώ έλαβε και θεραπεία εκρίζωσης H.pylori.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για πολύ σπάνιο περιστατικό λεμφοζιδιακής γαστρίτιδας με εκδήλωση πανκυτταροπενίας λόγω δυσχερούς απορρόφησης της βιταμίνης Β12, αποδιδόμενης σε Η. pylori λοίμωξη. Παρότι δε βρίσκεται ψηλά στη διαφορική διάγνωση, η λοίμωξη από Helicobacter pylori μπορεί να αποτελέσει αναστρέψιμη αιτία σοβαρής ανεπάρκειας βιταμίνης Β12 και να εκδηλωθεί με εικόνα πανκυτταροπενίας ενώ η έγκαιρη αναγνώριση οδηγεί σε πλήρη αποκατάσταση με απλή θεραπεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 159

ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARTTER-LIKE ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗΣ

Μαρία Βενετσάνου, Δήμητρα Καββαθά, Χρήστος Πελεκούδας, Ιωάννης Γρηγορόπουλος, Αιμιλία Πελεκάνου

ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Εισαγωγή: Η κολιστίνη αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή έναντι πολυανθεκτικών Gram-αρνητικών μικροοργανισμών. Εκτός από τη γνωστή νεφροτοξικότητά της, μπορεί σπανίως να προκαλέσει αναστρέψιμη σωληναριακή δυσλειτουργία με εικόνα συνδρόμου τύπου Bartter. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού σοβαρού Bartter-like συνδρόμου μετά από χορήγηση κολιστίνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 76 ετών με ιστορικό μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου νοσηλεύτηκε λόγω σηπτικής καταπληξίας από βακτηριαιμία με Pseudomonas aeruginosa NDM, σε έδαφος πυελονεφρίτιδας και αποστήματος δεξιού νεφρού. Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης και βάσει αντιβιογράμματος έλαβε, μεταξύ άλλων, κολιστίνη. Την 4η–5η ημέρα αγωγής εμφάνισε έντονη πολυουρία, σοβαρή υποκαλιαιμία (K^+ 1,9 mmol/L), υπομαγνησιαιμία (Mg^{2+} 1,2 mg/dL), σοβαρή μεταβολική αλκάλωση (pH 7,60) και αυξημένες νεφρικές απώλειες καλίου, με κρεατινίνη 2,5 mg/dL, ευρήματα συμβατά με σύνδρομο τύπου Bartter.

Αποτελέσματα: Η κολιστίνη διεκόπη άμεσα και η ασθενής τέθηκε σε εντατική αναπλήρωση καλίου και μαγνησίου, καθώς και σε αγωγή με σπιρονολακτόνη. Παρατηρήθηκε προοδευτική υποχώρηση της πολυουρίας και πλήρης αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών εντός περίπου δέκα ημερών από τη διακοπή της κολιστίνης. Η λοιμώδης νόσος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κατάλληλη αναπροσαρμογή της αντιμικροβιακής αγωγής και η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Το Bartter-like σύνδρομο αποτελεί σπάνια και σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια της κολιστίνης. Η εμφάνιση πολυουρίας, σοβαρής υποκαλιαιμίας και μεταβολικής αλκάλωσης κατά τη διάρκεια θεραπείας με κολιστίνη θα πρέπει να εγείρει άμεσα την υποψία σωληναριακής δυσλειτουργίας. Η έγκαιρη αναγνώριση, η διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου και η επιθετική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών οδηγούν σε πλήρη αναστροφή της κλινικής εικόνας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 160

ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Βενετσάνου, Μαρία Κρανιά, Μαρία Γερογιάννη, Αιμιλία Πελεκάνου
ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Sheehan είναι μια σπάνια αιτία υποφυσιακής ανεπάρκειας που εμφανίζεται μετά από σοβαρή επιλόχειο αιμορραγία και μπορεί να παραμείνει αδιάγνωστο επί πολλά έτη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού υποϋποφυσισμού που εκδηλώθηκε με διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας και πυρετό. Μια ευρεία διαφορική διάγνωση με μια ασυνήθιστη τελική διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για γυναίκα 30 ετών, αραβικής καταγωγής, με ιστορικό υστερεκτομής σε έδαφος επιλόχειας αιμορραγίας, η οποία προσήλθε με εμπύρετο από εβδομάδος και συνοδό διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας. Είχε προηγουμένως νοσηλευτεί και λάβει αντιμικροβιακή αγωγή για πνευμονία χωρίς κλινική βελτίωση.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν υπόταση, βραδυψυχισμός, αυξημένος μυϊκός τόνος και χαλαρά τενόντια αντανακλαστικά. Η παρουσία λευκωματοκυτταρικού διχασμού στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα έθεσε αρχικά την υπόνοια λοίμωξης του κεντρικού νευρικού συστήματος και συνδρόμου Guillain-Barré, οδηγώντας σε εκτεταμένο νευρολογικό και λοιμωξιολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε έντονο φλεγμονώδες σύνδρομο, οξεία νεφρική βλάβη προνεφρικής αιτιολογίας και ήπια υπονατριαιμία. Η ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και ο έλεγχος για λοιμώξεις ήταν αρνητικά, ενώ βάσει της κλινικής εικόνας αποκλείστηκε και το σύνδρομο Guillain-Barré. Η επιμονή του βραδυψυχισμού οδήγησε σε έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας, ο οποίος ανέδειξε σοβαρό κεντρικό υποθυρεοειδισμό. Ακολούθησε έλεγχος των υπολοίπων ορμονών του προσθίου λοβού της υπόφυσης, που ανέδειξε εικόνα υποϋποφυσισμού. Σε συνδυασμό με το ιστορικό επιλόχειας αιμορραγίας και την απεικονιστική ανάδειξη κενού τουρκικού εφιππίου σε μαγνητική τομογραφία υπόφυσης, τέθηκε η διάγνωση συνδρόμου Sheehan. Η έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη και λεβοθυροξίνη οδήγησε σε άμεση κλινική βελτίωση της ασθενούς.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Sheehan, αν και σπάνιο, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση γυναικών με ιστορικό σοβαρής επιλόχειας αιμορραγίας που εμφανίζουν ανεξήγητη διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας. Η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση ορμονική υποκατάσταση είναι καθοριστικής σημασίας για την βέλτιστη έκβαση των ασθενών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 161

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΑ ΟΜΩΝΥΜΑ ΒΙΒΛΙΑ ΤΟΥ Δ. ΓΟΥΛΕ

Αλέξανδρος Μητσάκης, Ελένη Μπουκουβάλα, Ναταλία Μαΐση, Δημήτριος Κωσταρκάκης, Κομνηνός Μανιός, Αναστασία Γαλανοπούλου, Ιωάννης Τριανταφυλλάκης

Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)

Σκοπός: Η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων κλινικών και ερευνητών σε θέματα οσφυαλγίας χωλαίνει διεθνώς από την έλλειψη διαγνωστικής ταξινόμησης, την οποία προτείνουμε. Η οσφυαλγία είναι σύμπτωμα και όχι νόσος! Η διαγνωστική αμηχανία και δυσχέρεια ωθούν ορισμένους επιστήμονες να χρησιμοποιούν αυθαίρετα αδόκιμους όρους, όπως *χαμηλή οσφυαλγία, ή μη ειδική οσφυαλγία* κλπ., οι οποίοι βραχυκυκλώνουν και παρεμποδίζουν τη σωστή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας

Υλικό και Μέθοδοι: Η οσφυαλγία αποτελεί σύμπτωμα, εκδήλωση μιας υποκείμενης αιτίας νόσου, η οποία εντάσσεται στα λεγόμενα οσφυαλγικά σύνδρομα, τα οποία κατατάσσονται σύμφωνα με τις προτάσεις του συγγραφέα σε δυο μεγάλες κατηγορίες :

Α. ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ:

1. Δισκοπάθεια – Δισκοκήλη
2. Σύνδρομο Οπισθίων Αποφυσιακών Αρθρώσεων
3. Σύνδρομο Κεντρικής Στένωσης
4. Σύνδρομο Πλαγίας Στένωσης
5. Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας σπονδυλικής μονάδας
6. Σύνδρομο Μηχανικής Δυσλειτουργίας - Εκφύλισης Ιερολαγωνίων Αρθρώσεων
7. Σύνδρομο Μετεγχειρητικής Οσφυαλγίας

Β. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ:

1. Ρευματικής Αιτιολογίας
2. Λοιμώδους Αιτιολογίας
3. Ενδοκρινολογικής Αιτιολογίας
4. Νεοπλασματικής Αιτιολογίας
5. Νευρολογικής Αιτιολογίας
6. Σπλαχνικής Αιτιολογίας
7. Διαφόρου Αιτιολογίας

Συζήτηση: Η μηχανικής αιτιολογίας κατηγορία αντιπροσωπεύει το 98% των περιπτώσεων οσφυαλγίας. Μερικοί ταυτίζουν λανθασμένα τον όρο οσφυαλγία με τη νόσο. Η αιτιολογική κατάταξη της μηχανικής οσφυαλγίας βασίστηκε σε κλινικά, παθολογοανατομικά και απεικονιστικά κριτήρια δίνοντας τη δυνατότητα οριοθέτησης σε ξεχωριστές κλινικές οντότητες, παρά το σημαντικό ποσοστό κλινικοαπεικονιστικής επικάλυψης ή ασυμπτωματικών περιπτώσεων (40%) με θετικά ακτινολογικά ευρήματα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτούν οι περιπτώσεις με μόνιμα θετικά ευρήματα π,χ δισκοκήλης ή σπονδύλωσης με περιόδους υφέσεων και εξάρσεων. Οι περιπτώσεις αυτές ερμηνεύονται με αυτοάνοσες και φλεγμονώδεις τοπικές διεργασίες από την άθροιση διαμεσολαβητών φλεγμονής και πόνου ενδοδισκικά, περιδισκικά και περιριζιτικά καθώς και στον αρθρικό χόνδρο και υμένα (*Δημ, Γουλέ, εκδόσεις ΕΕΛΙΑ:Μηχανική και μοριακή βάση της Οσφυαλγίας – Δισκοπάθειας, Ορισμός και κλινικό φάσμα Οσφυαλγίας – Δισκοπάθειας*)

Συμπεράσματα: Η προτεινόμενη κατάταξη θα βοηθήσει στην κατανόηση, ταξινόμηση και διάγνωση της οσφυαλγίας, η οποία μπορεί να είναι απλή έως καταστροφική για τον ασθενή και το γιατρό.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 162

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΔΧΑ) ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΔΙΕΘΝΩΣ

Δημήτριος Κωσταράκης[1], Φοίβη Ελευθεριάδου[1,2], Ναταλία Μαΐση[1], Αλέξανδρος Μητσάκης[1], Σοφία Χολή[1], Δημήτριος Γουλές[1,2]

[1] *Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ενωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)*
[2] *Ιδιωτικό Ιατρείο*

Εισαγωγή: Η ΔΧΑ σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία είναι μη ιάσιμη. Αποτελεί επιπλοκή του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Κλινικά, χαρακτηρίζεται από περιορισμένη κινητικότητα των αρθρώσεων, συγκάμψεις, δερματικές αλλοιώσεις σκληροδερματικού τύπου και τριχοειδοπάθεια της κοίτης των ονύχων. Ονομάζεται διαβητική χειραρθροπάθεια (ΔΧΑ) ή σύνδρομο δύσκαμπτου χεριού. Εμείς προτείνουμε τον όρο διαβητικό χέρι (ΔΧ). Παθογενετικά, οφείλεται σε συσσώρευση γλυκοζυλιωμένου κολλαγόνου ανθεκτικού στη διάσπαση και σε μικροαγγειοπάθεια δέρματος. Η θεραπεία βασίζεται κυρίως στο γλυκαιμικό έλεγχο και τη φυσιοθεραπεία, ενώ τα αναλγητικά και οι τοπικές εγχύσεις κορτιζόνης έχουν προταθεί για συμπτωματική ανακούφιση.

Σκοπός: Η παρουσίαση για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία δύο περιστατικών ΔΧ που εμφάνισαν πλήρη ίαση και λειτουργική αποκατάσταση μετά τη χορήγηση θεραπείας μας.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 60 ετών διαβητικός από 10ετίας, προσήλθε στο ιατρείο μας με ΔΧ από 5ετίας και κακώς ελεγχόμενο διαβήτη. Παρουσίαζε συγκάμψεις, περιορισμό κινητικότητας αρθρώσεων και πεπαχυσμένο σκληροδερματικό κηρώδες δέρμα άμφω. Επίσης γυναίκα 55 ετών διαβητική από 15ετιάς εμφάνισε ΔΧ από 4ετιας με συγκάμψεις και ταυτόσημη κλινική εικόνα με τον πρώτο ασθενή. Και στους δυο έγιναν εγχύσεις τοπικού κορτικοστεροειδούς ενδοαρθρικά και περιαρθρικά των ΜΚΦ και ΜΦ αρθρώσεων, φυσιοθεραπεία και ρύθμιση του διαβήτη. Ενα τρίτο περιστατικό (γυναίκα) είναι υπό θεραπεία και παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Μετά από τη πρώτη θεραπεία κορτικοστεροειδούς παρατηρήθηκε βελτίωση κατά 50% των συμπτωμάτων άμφω, ενώ μετά τη δεύτερη θεραπεία 80% και στους δυο ασθενείς. Σε ένα μήνα υπήρξε 90% βελτίωση και μετά από 2 μήνες διαπιστώθηκε πλήρης ίαση και λειτουργική αποκατάσταση των άκρων χειρών και στους δυο ασθενείς.

Συμπεράσματα: Το ΔΧ αποτελεί επιπλοκή του χρόνιου διαβήτη, η οποία συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Η ευαισθητοποίηση του κλινικού ιατρού για τη έγκαιρη διάγνωση της νόσου και τη δυνητική θεραπευτική αποκατάστασή της είναι σημαντική.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 163

ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ;

Ελένη Γελαδάρη[1], Αναστασία Ρουμπάκη[2], Αγγελική Κολτσίδα[3], Δημήτρης Καλλιμάνης[4], Παναγιώτα Δημητροπούλου[5], Ειρήνη Αντωνάκου[6], Γεωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[7], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»,*
[3] *Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[4] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[5] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[6] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»,*
[7] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Lemmel αποτελεί ένα σπάνιο αίτιο αποφρακτικού ικτέρου. Πρόκειται για παρουσία δωδεκαδακτυλικού εκκολπώματος πέριξ του φύματος του Vater, το οποίο προκαλεί συμπίεση του κοινού χοληδόχου πόρου στο άπω τμήμα αυτού. Κλινικά ομοιάζει με νεόπλασμα παγκρέατος ή χοληφόρων και συχνά υποδιαγιγνώσκεται.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με ανώδυνο αποφρακτικό ίκτερο, παρουσίας οζόμορφης αλλοίωσης πέριξ του φύματος του Vater, έως 1εκ. και αυξομειώσεις των επιπέδων της ολικής χολερυθρίνης στον ορό.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 66 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε λόγω εμφάνισης ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκότων με συνοδό υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων από εβδομάδος. Δεν ανέφερε κοιλιακό άλγος, ενώ προ της εμφάνισης του ικτέρου δεν έλαβε κάποιο νέο φαρμακευτικό ή φυτικό σκεύασμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας και υπερχολερυθριναιμία, καθ΄ υπεροχήν συζευγμένης χολερυθρίνης (AST 55IU/L, ALT 75U/L, ALP 441IU/L, γGT 46U/L, TBIL 15.67mg/dL, DBIL 11.45mg/dL). Ο απεικονιστικός έλεγχος με CT άνω κοιλίας ανέδειξε αλλοίωση 1 εκ. στο φύμα του Vater, χωρίς διάταση του παγκρεατικού ή χοληδόχου πόρου. Ζητήθηκε ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) προς πιθανή διενέργεια ERCP και λήψη βιοψιών.

Αποτελέσματα: Κατά το EUS, αναγνωρίσθηκε το φύμα του Vater με φυσιολογικό μέγεθος και μορφολογία και δόθηκε η εικόνα μικρού περιφυματικού εκκολπώματος δ=4-6 χιλ. Δεν παρατηρήθηκε ηχογενές υλικό στο χοληδόχο πόρο και δεν αναγνωρίσθηκε τοπικοπεριοχική λεμφαδενοπάθεια. Η διενέργεια ERCP δεν κρίθηκε σκόπιμη. Στις επόμενες δύο εβδομάδες η τιμή της χολερυθρίνης υποδιπλασιάσθηκε και στους τέσσερις μήνες ομαλοποιήθηκε, απουσία θεραπευτικής παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Η υποψία του συνδρόμου Lemmel θα πρέπει να τίθεται σε άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία παρουσιάζουν αποφρακτικό ίκτερο απουσία χοληδοχολιθίασης ή κακοήθειας. Η παρατήρηση αυξομειώσεων στις τιμές χολερυθρίνης στον ορό ενισχύουν τη διάγνωση. Η έγκαιρη απεικονιστική ή και ενδοσκοπική αναγνώριση καθησυχάζει ιατρό και ασθενή και αποτρέπει περαιτέρω περιττές παρεμβατικές πράξεις.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 164

ΟΤΑΝ Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ FASCIOLA HEPATICA ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Ελένη Γελαδάρη[1], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Ντίνα Τηνιακού[2], Δημήτρης Καλλιμάνης[3], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Παναγιώτα Δημητροπούλου[4], Ειρήνη Αντωνάκου[4], Αγγελική Κολτσίδα[5], Νικόλαος Χιώτης[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[6], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Παθολογοανατομικό Εργ/ριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[3] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[4] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[5] *Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[6] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Η λοίμωξη που προκαλείται από τον τρηματώδη σκώληκα Fasciola Hepatica ορίζεται ως φασιολίαση ή διστομίαση. Οι ώριμοι σκώληκες προσβάλλουν τα μεγάλα χολαγγεία των θηλαστικών. Ο άνθρωπος μολύνεται με τη βρώση ωμών λαχανικών, κυρίως νεροκάρδαμου. Αρχικά, οι σκώληκες εγκυστώνονται στο δωδεκαδάκτυλο, μεταναστεύουν διαμέσου του εντερικού τοιχώματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και εισβάλλουν στο ήπαρ, απ' όπου μέσω του παρεγχύματος εισέρχονται στα χολαγγεία. Λοιμώξεις έχουν συσχετισθεί με αιματώματα ήπατος, αποστήματα, χολαγγειίτιδα και ίνωση.

Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με χολόσταση, μόρφωμα ήπατος που ομοίαζε απεικονιστικά με όγκο Klatskin και αντισώματα θετικά για Fasciola Hepatica.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 77 ετών,πρόσήλθε λόγω ανεύρεσης αυξημένων χολοστατικών ενζύμων (ALP: 265 IU/L, γGT:103 U/L), χωρίς ωστόσο συνοδό αύξηση της χολερυθρίνης, σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια διερεύνησης αδυναμίας και καταβολής. Η αξονική τομογραφία (CT) άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξε υποκάψιο μόρφωμα στον ΑΡ λοβό του ήπατος, στα όρια μεταξύ των τμημάτων ΙΙ και ΙΙΙ, με συνοδό διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων. Σε υπερηχογράφημα ήπατος και χοληδόχου κύστης μετά την έγχυση σκιαγραφικού το εύρημα παρέπεμπε σε πυλαίο χολαγγειοκαρκίνωμα. Διενεργήθηκε ενδοσκοπικός υπέρηχογράφημα (EUS) και λήψη βιοψίας από τη βλάβη.

Αποτελέσματα: Κατά τη διενέργεια του EUS, στον ΑΡ λοβό του ήπατος παρατηρήθηκε διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων. Αναγνωρίστηκε υποηχογενές τοιχωματικό οζίδιο εντός διατεταμένου ενδοηπατικού χοληφόρου και ελήφθη βιοψία. Η βιοψία ήπατος ανέδειξε ήπια έως μέτρια λεμφοϊστιοκυτταρική φλεγμονή με παρουσία λίγων πλασματοκυττάρων με ήπια εστιακή περιπυλαία επέκταση. Αποφασίσθηκε ο ανοσολογικός έλεγχος για αυτοάνοσα χολαγγειακά νοσήματα. Επίσης έγινε έλεγχος για ύπαρξη παρασίτων καθότι από τη γενική αίματος διαπιστώθηκε ήπια ηωσινοφιλία. Τα αντισώματα για Fasciola Hepatica απέβησαν θετικά.

Συμπεράσματα: Στην περίπτωσή μας ενδυναμώνεται η άποψη της άσκησης της ιατρικής βασιζόμενης στις αποδείξεις. Η φασιολίαση μπορεί να εμφανιστεί ως ΧΚΕ ήπατος ή να προκαλέσει απόφραξη των χοληφόρων οδών, καθιστώντας εξαιρετικά δύσκολη τη διάκρισή του από ενδοηπατικό ή πυλαίο χολαγγειοκαρκίνωμα μόνο με την απεικόνιση και την κλινική εικόνα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 165

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΚΑΙ ΠΥΡΕΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΡΡΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΟΚΑΪΝΗΣ

Ελένη Γελαδάρη[1], Νικόλαος Αγγελής[1], Αννα Σκούρου[1], Γεωργία Σαρρή[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[3] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Η ενδορρινική χρήση κοκαΐνης προκαλεί αυτόματη φλεγμονή των μηνίγγων και του εγκεφαλικού παρεγχύματος, σύνδρομο που ορίζεται ως άσηπτη μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Πυρετός, πονοκέφαλος, σύγχυση και αυχενική δυσκαμψία, εμφανίζονται εντός ωρών από την έκθεση. Ωστόσο απαιτείται λεπτομερής αξιολόγηση για τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών ή και άλλων φαρμακευτικών παραγόντων.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με σημεία και συμπτώματα βακτηριακής μηνιγγοεγκεφαλίτιδας σε έδαφος περιστασιακής ενδορρινικής χρήσης κοκαΐνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας, ηλικίας 53 ετών, διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω εμφάνισης πυρετού, εμμένουσας κεφαλαλγίας και φωτοφοβίας από διημέρου. Το ατομικό του αναμνηστικό ήταν ελεύθερο και δεν ελάμβανε συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο ανέφερε πως περιστασιακά έκανε ενδορρινική χρήση κοκαίνης, με την πιο πρόσφατη να είναι λίγες ώρες πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Από την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκαν αυχενική δυσκαμψία, φωτοφοβία και πυρετός (έως 38°C). Η κλίμακα Γλασκώβης του ασθενούς ήταν 15/15, ενώ τα σημεία Kernig και Brudzinski ήταν αρνητικά. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, ζητήθηκε αξονική εγκεφάλου (CT) και διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ).

Αποτελέσματα: Η CT εγκεφάλου περιέγραψε συλλογή στους σφηνοειδείς κόλπους ως επί σφηνοειδίτιδας. Εκτιμήθηκε από το ΩΡΛ τμήμα και διαπιστώθηκε διάτρηση ρινικού διαφράγματος σε έδαφος χρήσης αγγειοσυσπαστικών ουσιών, χωρίς ωστόσο εκροή πύου από τα παραρρίνια. Η ΟΝΠ ανέδειξε 1100 κύτταρα με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, υπογλυκορραχία και υψηλό ολικό λεύκωμα. Η χρώση gram δεν ανέδειξε παθογόνο μικροοργανισμό. Προς αποκλεισμό κάθε μικροβιακού παράγοντα εστάλη πλήρης μικροβιολογικός έλεγχος για ιούς, μύκητες, βακτήρια και παράσιτα. Ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή για βακτηριακή μηνιγγίτιδα. Από τις παραπάνω εξετάσεις δεν αναγνωρίσθηκε λοιμώδης αιτιολογικός παράγοντας.

Συμπεράσματα: Η ενδορρινική χρήση κοκαίνης ενεργοποιεί μηχανισμούς που πυροδοτούν άσηπτη φλεγμονή της μήνιγγας και του εγκεφάλου. Ο άμεσος χημικός ερεθισμός από φάρμακα ή μεταβολίτες αυτού, αντιδράσεις υπερευαισθησίας και αγγειακές βλάβες αποτελούν τους βασικούς μηχανισμούς. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική και η πλήρης διακοπή της κοκαΐνης είναι απαραίτητη για την πρόληψη περαιτέρω χημικού ερεθισμού ή ανοσολογικά διαμεσολαβούμενης φλεγμονής.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 166

ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ MBL PSEUDOMONAS AERUGINOSA: ΕΚΒΑ[illegible]
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ [illegible]

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

[illegible] Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

e-POSTERS



e-POSTERS

eP 001

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ANTIBODY-DRUG CONJUGATES: ΜΙΑ ΥΠΟΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΗ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Κωνσταντίνος Φωλήνας[1], Βαλεντίνα Αποστολοπούλου[2]

[1] *251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ*
[2] *N. M. I. T. Σ.*

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα Antibody-Drug Conjugates (ADCs) είναιμια ομάδα βιοφαρμάκων τα οποία σχεδιάστηκαν και παρασκευάστηκαν ως μια στοχευμένη θεραπεία απέναντι στα καρκινικά κύτταρα ενώ δεν καταπολεμά τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα τελευταία χρόνια έχουν αποτελέσει ένα είδος μοριακής στόχευσης που έχει αποδείξει να ωφελεί ογκολογικούς ασθενείς σε συγκεκριμένους τύπους καρκίνους σε συγκεκριμένα setting. Η φιλοσοφία πίσω από τα ADCs είναι ότι το τμήμα του αντισώματος συνδέεται με ένα ειδικό υποδοχέα του καρκινικού κυττάρου οπότε και εισέρχεται εντός του και μετά απελευθερώνεται, με τη υδρόλυσης ενός μορίου συνδέτη, το δραστικό χημειοθεραπευτικό μόριο εντός του καρκινικού κυττάρου.

Υλικό και Μέθοδοι: Αν και τα ADCs έχουν σχεδιαστεί ως στοχευμένη θεραπεία, είανια δυνατόν να προκαλέσουν ορισμένες εκτός στόχου τοξικές επιδράσεις στους οφθαλμούς των ογκολογικών ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα και καρκίνο του ενδομητρίου, βάσει τις αναφορές ογκολόγων και οφθαλμιάτρων.

Αποτελέσματα: Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί οφθαλμολογική τοξικότητα στη κλινική μελέτη TULIP κατά τη χορήγηση trastuzumabduocarmazine (T-duo) στο HER2 θετικό καρκίνο του μαστού. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθούν και τα μόρια Belantamab mafodotin που χορηγείται στο υποτραπέν ή ανθεκτικό πολλαπλούν μυέλωμα (όπου παρατηρείται κερατινοπάθεια), Tisotumab vedotin που χορηγείται στο υποτραπέν ή μεταστατικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (όπου παρατηρούνται αλλαγές στην εσωτερική μεμβράνη των βλεφάρων και στο επιθήλιο του κερατοειδούς) και Mirvetuximab soravtansine που χορηγείται στο καρκίνο των ωοθηκών, σαλπίγγων και του περιτοναίου που είναι θετικοί στον υποδοχέα άλφα του του φυλλικού (Folate Receptor-a) (όπου παρατηρούνται κερατοπάθεια, θόλωση όρασης και ξηροφθαλμία).

Συμπεράσματα: Να αναφερθεί ότι βάσει στοιχείων της Αμερικανιής Οφθαλμολογικής Εταιρείας το Mirvetuximab soravtansine σχετίζεται με μετρίου και σοβαρού βαθμού τοξικότητα στον κερατοειδή χιτώνα κατά 42% χορηγούμενο στις γυναικολογικές κακοήθειες. Βάσει των ανωτέρω, θα πρέπει να υπάρχει κλινική υποψία στην καθ' ημέρα ογκολογική πράξη για την πιθανόητας ανάπτυξης οφθαλμολογικής τοξικότητας από τη χρήση ADcs.

e-POSTERS

eP 002

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ: ΜΙΑ ΑΓΝΩΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΕΠΟΧΗ ΠΟΥ ΑΝΑΤΕΛΛΕΙ

Κωνσταντίνος Φωλήνας[1], Βαλεντίνα Αποστολοπούλου[2]

[1] *251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ*
[2] *Ν. Μ. Ι. Τ. Σ.*

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Μικροβιολογία είναι ο κλάδος της Βιολογίας που μελετά τους μικροοργανισμούς, δηλαδή οργανισμούς μονοκύτταρους ή μικροσκοπικούς πολυκύτταρους που δεν είναι ορατοί με γυμνό μάτι. Η Τεχνητή Νοημοσύνη (ΤΝ ή AI) είναι ένας κλάδος της πληροφορικής που αναπτύσσει συστήματα ικανά να προσομοιώνουν την ανθρώπινη νοημοσύνη.

Υλικό και μέθοδοι: Η Τεχνητή Νοημοσύνη (ΤΝ) μετασχηματίζει την μικροβιολογία μέσω της αυτοματοποίησης της ταυτοποίησης των παθογόνων, επιταχύνοντας την ανακάλυψη φαρμάκων και ενδυναμώνοντας την παρακολούθηση της αντιμικροβιακής αντίστασης. Μέσω της εκπαίδευσης των μηχανημάτων (machine learning) και της ανάλυσης εικόνων μικροβίων σε πραγματικό χρόνο μέσω από συστήματα computer vision, παρέχεται πιο γρήγορη και πιο ακριβής διάγνωση σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους. Σημαντικές εφαρμογές, της ανωτέρω αναφερθείσας τεχνολογίας, είναι γρήγορη ταυτοποίηση των μικροβίων, η καθοδηγούμενη από την ΤΝ πρόβλεψη ανάπτυξης αντίστασης στα αντιμικροβιακά φάρμακα και ανάπτυξη προβλεπτικών μοντέλων έξαρσης μικροβιακών νόσων.

Αποτελέσματα: Πιο συγκεκριμένα, η ΤΝ δύναται να ανιχνεύει και να ταυτοποιεί αυτόματα μέσω ανάλυσης δεδομένων από τριβλία petri για την ανίχνευση και υπολογισμό μικροβιακών αποικιών, να επιταχύνει την ανακάλυψη νέων αντιβιοτικών και εμβολίων μέσα από την διαλογή μορίων και προσομοιώνοντας αλληλεπιδράσεις μεταξύ μικροβίων, να μειώσει την εμφάνιση αντιμικροβιακής αντίστασης αναλύοντας γενετικά δεδομένα για την πρόβλεψη προτύπων εμφάνιση αντιμικροβιακής αντίστασης, να βοηθήσει στην κατανόηση πολύπλοκων μικροβιακών συστημάτων και να προβλέψει, σε πραγματικό χρόνο, την επέκταση λοιμωδών νόσων.

Συμπεράσματα: Οι εφαρμογές αυτές που προαναφέρθηκαν μας αναγκάζουν να έχουμε υπ' όψιν τις προκλήσεις της ΤΝ (ανάγκη για τυποποίηση των δεδομένων, την μετάφραση των μοντέλων και τα ηθικά διλήμματα περί ιδιωτικότητας των δεδομένων). Ο συνδυασμός ΤΝ και μικροβιολογίας δημιουργεί την οδό προς μια προσωποποιημένη θεραπεία και μια πιο αποτελεσματικά μικροβιολογικά εργαστήρια.

e-POSTERS

eP 003

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:ΜΙΑ ΣΥΝΕΡΓΙΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΠΟΥ ΑΝΟΙΓΕΙ ΝΕΟΥΣ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ

Κωνσταντίνος Φωλήνας[1], Βαλεντίνα Αποστολοπούλου[2]

[1] *251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ*
[2] *ΝΙΜΤΣ*

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αντιβίωση είναι η θεραπευτική αγωγή με αντιβιοτικά φάρμακα, τα οποία σκοτώνουν τα βακτήρια ή αναστέλλουν την ανάπτυξή τους, αντιμετωπίζοντας βακτηριακές λοιμώξεις. Η χημειοθεραπεία είναι μια συστηματική αντικαρκινική θεραπεία που χρησιμοποιεί ισχυρά φάρμακα (κυτταροτοξικά ή κυτταροστατικά) για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα ή να εμποδίσει την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό τους. Στοχεύει στην εξάλειψη του όγκου, τη μείωση του μεγέθους του πριν από χειρουργείο ή την αντιμετώπιση μεταστάσεων, χορηγούμενη συνήθως ενδοφλέβια.

Υλικό και μέθοδοι: Από ερευνητικές προσπάθειες έχουν αναδείξει το γεγονός ότι συγκεκριμένα αντιβιοτικά δύνανται να ενισχύσουν την δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μέσα από τη ρύθμιση του μικροπεριβάλλοντος του όγκου, στοχεύοντας καρκινικά stem cells και εξαλείφοντας τα βακτήρια εντός του όγκου που μεταβολίζουν και απενεργοποιούν τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Ενώ η αλόγιστη ή ακατάλληλη χρήση των αντιβιοτικών δύναται να διαταράξει το μικροβίωμα του εντέρου και να μειώσει την αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας, συγκεκριμένα, σε συγκεκριμένο χρόνο χορηγούμενα ή παλαιάς γενιάς αντιβιοτικά έχουν εμφανίσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην βελτίωση του οφέλους από συγκεκριμένα χημειοθεραπευτικά σχήματα σε προκλινικό επίπεδο καθώς και σε αναδρομικές κλινικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Συγκεκριμένα, οι τετρακυκλίνες (Δοξυκυκλίνη, Τυγεκυκλίνη) στοχεύουν τα καρκινικά stem cells και αναστρέφουν την επιθηλιακομεσεγχυματογενή μετατροπή, μειώνοντας το μεταστατικό δυναμικό. Οι φθοριοκινολόνες (Σιπροφλοξασίνη, Λεβοφλοξασίνη) αυξάνουν την αποτελεματικότητα χημειοθεραπευτικών σχημάτων ενώ αναστρέφουν την αντίσταση έναντι των φαρμάκων. Οι μακρολίδες αναστέλλουν την αυτοφαγία αυξάνοντας την ευαισθησία στη χημειοθεραπεία. Η μετρονιδαζόλη στοχεύει αναερόβια βακτήρια τα οποία αποδομούν την γεμσιταβίνη, αυξάνοντας τη δραστικότητα σχημάτων που την περιέχουν.

Συμπεράσματα: Η χρήση των αντιβιοτικών, όμως, στην ογκολογία είναι ένα δίκοπο μαχαίρι καθώς τα αντιβιοτικά μπορεί να επάγουν την δυσβίωση, την διαταραχή του μικροβιώματος του εντέρου μειώνοντας τη δραστικότητα της ανοσοθεραπείας ενώ μπορεί να επάγουν την εμφάνιση αντίσταση των μικροβίων στα αντιβιοτικά. Ως εκ τούτου, ένα πλάνο συνδυασμού αντιβιοτικών και χημειοθεραπείας θα πρέπει να μελετηθεί επισταμένως προ της εφαρμογής του.

e-POSTERS

eP 004

ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΗΨΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΤΥΠΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ιωάννα Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου, Φωτεινή Καραμιχάλη, Δημήτριος Καραπιπέρης, Ευάγγελος Τούλης

Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο μηνιγγιτιδόκοκος δύναται να αποικίσει τις ανώτερες αναπνευστικές οδούς. Ο αποικισμός κυμαίνεται από 10-35% και αιματογενώς μπορεί να παρατηρηθεί γενικευμένη νόσος. Δύναται να παρατηρηθεί μηνιγγιτιδοκοκκαιμία χωρίς άμεση προσβολή των οργάνων-στόχων, ενώ συνήθως συνοδεύεται από πετεχειώδες εξάνθημα. Η μηνιγγιτιδοκοκκική σήψη παρουσιάζει θνητότητα περίπου 8%, με την πλειοψηφία των θανάτων να πραγματοποιούνται το πρώτο 24ωρο.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα, 54 ετών, προσήλθε με αιφνίδιας έναρξης εμπύρετο από ημερών, κεφαλαλγία και φαρυγγοδυνία. Δεν ανέφερε φωτοφοβία ούτε διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Από κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε κακουχία και φαρυγγίτιδα με αρνητικό Rapid test για γρίπη/Covid19, χωρίς αυχενική δυσκαμψία.

Αποτελέσματα: Αρχικώς, ετέθη σε λεβοφλοξασίνη/μετρονιδαζόλη. Τη 2η ημέρα, παρουσίασε επίταση κεφαλαλγίας με διάρροιες. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε πανκυτταροπενία, τρανσαμινασαιμία, υψηλές τιμές δ-διμερών, ινωδογόνου και παράταση χρόνων πήξης. Κλινικά διαπιστώθηκε υπόταση, θετικό σημείο Gordano αριστερά και εικόνα σηπτικών εμβόλων σε κοιλιακή χώρα, κάτω άκρα χωρίς διαταραχή επιπέδου συνείδησης. Τα παραπάνω αποδόθηκαν σε σήψη και η ασθενής ετέθη σε βανκομυκίνη/κεφτριαξόνη/αμικασίνη. Πραγματοποιήθηκε αξονική θώρακα, άνω και κάτω κοιλίας που ανέδειξε πλευριτικές συλλογές άμφω με παθητικές ατελεκτασίες, διάταση νεφρικών πυέλων άμφω και ποσότητα περιτοναϊκού υγρού. Εστάλη γενική/καλλιέργεια ούρων χωρίς ευρήματα και έλεγχος για πνευμονιόκοκκο, ρικέτσια, coxiella burnetti και legionella που απέβη αρνητικός. Επίσης, ο ιολογικός έλεγχος EBV/CMV και ο έλεγχος για salmonella typhi/parathyphi δεν ανέδειξε παθολογικό εύρημα. Διενεργήθηκε διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς και απορρίφθηκε η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα. Από καλλιέργεια αίματος και επακολουθείσα film array αίματος διαπιστώθηκε Neisseria Meningitis. Βάσει παραπάνω αποτελέσματος, πραγματοποιήθηκε αξονική εγκεφάλου χωρίς ευρήματα. Λόγω εμμένουσας θρομβοπενίας, παράτασης χρόνων πήξης αλλά βελτίωσης της κλινικής εικόνας, δεν πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση. Στη νοσηλεία, η ασθενής εμφάνισε οζώδες ερύθημα κάτω άκρων με επώδυνα επηρμένα οζίδια. Ετέθη σε δεξαμεθαζόνη με ύφεση αυτού.

Συμπεράσματα: Ο μηνιγγιτιδόκοκκος αποτελεί το δεύτερο συχνότερο παθογόνο των μηνιγγίτιδων. Δύναται να παρατηρηθεί βαριά νόσος με εικόνα σήψης χωρίς προσβολή των οργάνων-στόχων. Η άμεση διάγνωση και θεραπεία είναι απαραίτητη για την μείωση θνητότητας.

e-POSTERS

eP 005

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΑΤΥΠΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΝΟΣΟΥ STILL ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ιωάννα Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου, Φωτεινή Καραμιχάλη, Γεώργιος Βοσβοτέκας, Δημήτριος Καραπιπέρης, Ευάγγελος Τούλης

Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η νόσος Still χαρακτηρίζει κλινικό σύνδρομο που αποτελείται από την νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα και την νόσο Still των ενηλίκων. Πρόκειται για αυτοφλεγμονώδη νόσο αγνώστου αιτιολογίας. Εκδηλώνεται με εμμένον εμπύρετο, εξάνθημα (εφήμερο, ερυθηματώδες, κνιδιώδες) αρθραλγία ή/και αρθρίτιδα, υψηλούς δείκτες φλεγμονής, ΤΚΕ και λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Δύναται να συνυπάρχει πολυοργονίτιδα, υψηλή τιμή φερριτίνης, τρανσαμινασαιμία και σε σοβαρές περιπτώσεις σύνδρομο ενεργοποίησης μακροφάγων. Η διάγνωση είναι δυσχερής λόγω ετερογένειας κλινικών εκδηλώσεων και παρουσία μη ειδικών συμπτωμάτωνσημείων. Πραγματοποιείται μέσω κριτηρίων Yamaguchi που παρουσιάζουν 96% ευαισθησία.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα, 69 ετών παρουσιάζει πολυαρθρίτιδα και ψηλαφητό εξάνθημα σε βραχιόνες και κορμό από 9μήνου. Δεν αναφέρεται ιστορικό οδοντιατρικής επέμβασης ή ιογενούς συνδρομής. Προ 3μήνου ετέθη σε τοπική επάλειψη και συστηματική χορήγηση κορτιζονοθεραπείας με ήπια ύφεση. Από μηνός παρουσιάζει πυρετικά κύματα έως 38°C κυρίως απογευματινές ώρες χωρίς φρίκια. Ετέθη αντιβιοτική αγωγή με κεφουριξίμη και έπειτα με μοξιφλοξασίνη χωρίς βελτίωση. Από ιστορικό, αναφέρεται υπέρταση και θυρεοειδίτιδα hashimoto υπό αγωγή.

Αποτελέσματα: Από εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν: εμμένουσα λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, υψηλή CRP, ΤΚΕ και φερριτίνη χωρίς αύξηση προκαλσιτονίνης και τρανσαμινασών. Οι καλλιέργειες αίματος, προ έναρξης αντιβίωσης, δεν ανέδειξαν παθολογικό εύρημα. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος και άνω/κάτω κοιλίας που ανέδειξε ήπια διογκωμένους λεμφαδένες μεσοθωρακίου. Πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος με αποκλεισμό υποξείας θυρεοειδίτιδας. Ο λοιμωανοσολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικό εύρημα. Ετέθη σε αγωγή με δοξυκυκλίνη/κεφτριαξόνη χωρίς βελτίωση. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος και μυός από τον αριστερό βραχίονα η οποία ανέδειξε λειχηνοειδή αλλοίωση δέρματος και παρουσία ατροφικών μυϊκών ινών τύπου 2. Βάσει κριτηρίων Yamaguchi, η ασθενής παρουσιάζει 4 μείζονα και 3 ελάσσονα κριτήρια και έγινε έναρξη αγωγής με anakinra με πλήρη κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η νόσος Still αποτελεί κλινική οντότητα που περιλαμβάνει την ιδιοπαθή νεανική αρθρίτιδα και νόσο Still των ενηλίκων. Η απουσία ειδικών κλινικών σημείων/συμπτωμάτων καθιστά δύσκολη τη διάγνωση. Τα κριτήρια Yamaguchi αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

e-POSTERS

eP 006

ANCA- ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΥΨΗΛΩΝ ΤΙΤΛΩΝ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Νικόλαος Σαμπάνης[1], Βιργινία Γελαδάρη[1], Βασιλική Κάκια[1, 2], Βασιλική Ζαφειρούλη[1], Ευαγγελία Πατρίκαλου[1], Παρασκευή Φούντα[1], Δήμητρα Τσιονάρα[3], Χρήστος Ζήσης[4]

[1] *Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[3] *Τμήμα Επειγόντων, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[4] *Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

Σκοπός: Παρουσίαση των διαγνωστικών και θεραπευτικών προκλήσεων που ανακύπτουν από την ταυτόχρονη παρουσία αντιουδετεροφιλικών κυτταροπλασματικών αντισωμάτων (ANCA) και ρευματοειδών παραγόντων (RF) σε ασθενείς ακραίας ηλικίας με συστηματική αγγειίτιδα.

Υλικό-Μέθοδοι: Άνδρας, 20 ετών, προσήλθε αιτιώμενος κακουχία, μυαλγίες, αρθραλγίες και παρατεινόμενο εμπύρετο. Κλινικά διαπιστώθηκαν: όψη πάσχοντος, ωχρότητα, πυρετική κίνηση, μη μουσικοί ρόγχοι βάσεων, ολιγουρία και υπέρταση ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αναιμία, αύξηση των δεικτών φλεγμονής και ιδιαίτερα υψηλοί τίτλοι RF.

Γυναίκα, 90 ετών, με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής και επαναλαμβανόμενων νοσηλειών λόγω πυρετού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας διερευνήθηκε λόγω σοβαρής νεφρικής δυσλειτουργίας συνοδευόμενης από αγγειιτιδικό εξάνθημα, αύξηση των δεικτών φλεγμονής και θετικούς RF.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τον πρώτο ασθενή, η παρουσία ενεργού ιζήματος- χαρακτηριζόμενη από σπειραματική αιματουρία και ερυθροκυτταρικούς κυλίνδρους-έθεσε την υπόνοια ταχέως εξελισσόμενης σπειραματονεφρίτιδας. Η εικόνα νεφριτιδικού συνδρόμου (υπέρταση, ολιγουρία, οξεία νεφρική βλάβη) σε συνδυασμό με τη γενική συμπτωματολογία, την παρουσία πυκνωτικού τύπου διηθημάτων στην αξονική απεικόνιση και θετικών c-ANCA αυτοαντισωμάτων έθεσαν ισχυρή υποψία συστηματικής κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για νεφρική βιοψία και άμεση έναρξη θεραπευτικής αφαίρεσης αφού έλαβε ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και υποστηρίχτηκε με αιμοκάθαρση.

Αναφορικά με τη γυναίκα ασθενή, από τον κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα οξέως νεφριτιδικού συνδρόμου και λευκωματουρία μη νεφρωσικού επιπέδου, συνοδευόμενη από παρουσία p-ANCA αυτοαντισωμάτων ενώ η βιοψία δέρματος ήταν ενδεικτική αγγειίτιδας. Λόγω συννοσηροτήτων, η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβιες ώσεις κορτικοστεροειδών και ακολούθως με από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη παρουσιάζοντας ικανοποιητική ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Οι ANCA- σχετιζόμενες αγγειίτιδες αποτελούν σπάνια πολυσυστηματικά νοσήματα αυτοάνοσης αρχής που αφορούν οποιαδήποτε ηλικία αν και πρωτίστως προσβάλλουν ασθενείς μέσης ηλικίας. Η ταυτόχρονη παρουσία RF αποτελεί μία διαγνωστική πρόκληση που αφορά έως και το 50% των ασθενών και έχει συσχετισθεί με έναν διακριτό φαινότυπο αγγειίτιδας όπου κυριαρχεί η έντονη συστηματική φλεγμονή αλλά και η ευνοϊκή νεφρική επιβίωση, πιθανώς λόγω αναστολής της οδού του συμπληρώματος.

e-POSTERS

eP 007

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

Θεοφανή Καραουλάνη[1], Χρηστέλος Καπάτανς[2], Τριανταφυλλιά Πίτσια[1], Ευστάθιος Λάσκος[1], Αντωνία Κουντούρη[3], Βασιλική Μαμάκου[4], Χριστίνα Κόλλια[4], Λευκοθέα Τσαβίδη[5], Μαργαρίτα Θεοδώρου[5], Νικολέτα Χατζηνικολάου[6], Σοφία Τσαγκιά[7], Παναγιώτης Λαμπρόπουλος[2], Νικόλαος Τσάκαλης[2], Αρετή Υφαντή[2], Αρτεμις Τσιανίκα[8], Αναστασία Τσιανίκα[9], Βασίλειος Βούλγαρης[4], Ανδρέας Καπάτανς[2]

[1] *Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ. Ν. -Ψ. Ν. Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[2] *Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ. Ν. Δ. Α. «Αγία Βαρβάρα»*
[3] *Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ. Ν. Ν. Π. «Άγιος Παντελεήμων»*
[4] *Παθολογική Κλινική Γ. Ν. -Ψ. Ν. Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[5] *Μικροβιολογικό-Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Δ. Α. «Αγία Βαρβάρα»*
[6] *Ψυχιατρική Κλινική Γ. Ν. -Ψ. Ν. Α. «Δρομοκαΐτειο»*
[7] *Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ. Ν. Ν. Π. «Αγιος Παντελεήμων»*
[8] *Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία*
[9] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η τεχνητή νοημοσύνη (Artificial Intelligence - AI) και οι τεχνολογίες ψηφιακής υγείας αποτελούν πλέον βασικό πυλώνα της σύγχρονης ιατρικής και της βιοϊατρικής έρευνας. Η χρήση αλγορίθμων μηχανικής μάθησης, συστημάτων βαθιάς μάθησης και ψηφιακών διδύμων συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση, στην εξατομικευμένη θεραπεία και στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του ρόλου της AI στην υγεία, με έμφαση στις εφαρμογές precision medicine, στα AI διαγνωστικά συστήματα και στις σύγχρονες επενδύσεις ψηφιακής υγείας.

Υλικό/Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και συγκριτική ανάλυση δεδομένων από πρόσφατες επιστημονικές και τεχνολογικές δημοσιεύσεις των ετών 2025-2026. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα και πληροφορίες από το The Lancet Digital Health, το Weizmann Institute of Science, την Alation και τη Rock Health. Παράλληλα αναλύθηκαν στοιχεία σχετικά με εφαρμογές AI στην ιατρική, επενδύσεις ψηφιακής υγείας, predictive analytics και συστήματα εξατομικευμένης θεραπείας. Τα αποτελέσματα αποτυπώθηκαν σε pie charts ώστε να παρουσιαστούν ποσοστά χρήσης, ανάπτυξης και επένδυσης στις τεχνολογίες AI.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα έδειξαν ότι η ανακάλυψη φαρμάκων και τα AI διαγνωστικά συστήματα αποτελούν τους κυριότερους τομείς ανάπτυξης της AI στην υγεία, καλύπτοντας περίπου το 35% και 30% αντίστοιχα των εφαρμογών. Οι τεχνολογίες ψηφιακών διδύμων συνέβαλαν σημαντικά στην εξατομικευμένη παρακολούθηση ασθενών και στην πρόβλεψη θεραπευτικών αποκρίσεων. Επιπλέον, οι επενδύσεις στην ψηφιακή υγεία παρουσίασαν αύξηση μεγαλύτερη του 40% έως το 2026. Η χρήση AI σε απεικονιστικές εξετάσεις, ογκολογία και καρδιολογία βελτίωσε σημαντικά την ακρίβεια διάγνωσης και τη λήψη θεραπευτικώναποφάσεων.

Συμπεράσματα: Η τεχνητή νοημοσύνη μετασχηματίζει τη σύγχρονη ιατρική μέσω προηγμένων διαγνωστικών εργαλείων, predictive analytics και εξατομικευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Εφαρμογές όπως το AlphaFold 3 και τα ψηφιακά δίδυμα αναμένεται να βελτιώσουν σημαντικά την ακρίβεια διάγνωσης, την ανάπτυξη νέων φαρμάκων και την αποτελεσματικότητα της κλινικής φροντίδας. Η συνεχής ανάπτυξη της AI δημιουργεί νέες προοπτικές για πιο αποτελεσματικά και ασφαλή συστήματα υγείας στο άμεσο μέλλον.

e-POSTERS

eP 008

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ HHV-6 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΛΛΟΠΟΥΡΙΝΟΛΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ναταλία Ατζέμογλου[1], Δημήτριος Χατζής[1], Ανδρέας Αδάμου[1], Νίκος Αδαμίδης[1], Μαρία Ψαρουδάκη[1], Ιωάννα Τάντση[1], Μυρσίνη Ρονιώτη[1], Μαρία Βούκαλη[1], Θέμις Σγόντζου[2], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»
[2] Α΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο φαρμακευτικής αντίδρασης με ηωσινοφιλία και συστηματικές εκδηλώσεις (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms - DRESS) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή ανεπιθύμητη φαρμακευτική αντίδραση με συχνή προσβολή οργάνων. Παρουσιάζουμε περιστατικό με σύνδρομο DRESS μετά από χορήγηση αλλοπουρινόλης σε έφηβο ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής ηλικίας 16 ετών προσήλθε στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω εμπυρέτου έως 40°C από διημέρου και γενικευμένου εξανθήματος κορμού και άκρων. Από το ιστορικό αναφέρεται έναρξη αλλοπουρινόλης προ δύο εβδομάδων. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν ήπια τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και διάχυτο κνιδιώδες εξάνθημα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένες τρανσαμινάσες (AST 296 U/L, ALT 331 U/L), και εμφάνιση ηωσινοφιλίας έως και 13,3%. Διενεργήθηκε εκτεταμένος έλεγχος με EBV DNA, CMV DNA, HIV, αντισώματα για Coxsackie και Strongyloides stercoralis, PCR για Leishmania και Toxocara canis, που απέβησαν αρνητικά, καθώς και απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας και βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα.

Αποτελέσματα: Από το κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία, εμμένουσα ηωσινοφιλία (ηωσινόφιλα:4. 300/μL), θετικό HHV-6 DNA, ενώ η βιοψία λεμφαδένα ήταν αρνητική για κακοήθεια, συνηγορητική για αντιδραστική λεμφαδενοπάθεια. Μετά τη διακοπή της αλλοπουρινόλης και τη χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών επήλθε σταδιακά κλινική και εργαστηριακή βελτίωση, με ύφεση του εμπυρέτου, του εξανθήματος και της ηωσινοφιλίας. Ο ασθενής ένα μήνα μετά παραμένει ασυμπτωματικός λαμβάνοντας κορτικοστεροειδή σε πολύ χαμηλή δόση.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο DRESS πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμπυρέτου με εξάνθημα και ηπατική ή/και νεφρική συμμετοχή μετά από πρόσφατη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Η συνοδός ηωσινοφιλία και η πιθανή επανενεργοποίηση του HHV-6 είναι τυπικά ευρήματα. Η έγκαιρη αναγνώριση και διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου σε συνδυασμό με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών με πολύ σταδιακό tapering είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση της πορείας των ασθενών.

e-POSTERS

eP 009

ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ «ΜΩΒ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ» (PURPLE URINE BAG SYNDROME) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΕΣ

Βιργινία Γελαδάρη[1, 2], Βασιλική Κάκια[2, 3], Παρασκευή Φούντα[2], Βασιλική Ζαφειρούλη[2], Ευαγγελία Πατρίκαλου[2], Δήμητρα Τσιονάρα[4], Νικόλαος Σαμπάνης[2]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[2] Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[3] Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα
[4] Τμήμα Επειγόντων, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ετερόπλευρου συνδρόμου μωβ ουροσυλλέκτη (PUBS).

Μέθοδοι - Υλικά: Άνδρας, 75 ετών, διερευνήθηκε λόγω πορφυρής απόχρωσης των ούρων του συλλεκτικού συστήματος της δεξιάς νεφροστομίας. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση, αποφρακτική ουροπάθεια με νεφροστομίες αμφοτερόπλευρα και ανθεκτική υπέρταση.

Αποτελέσματα: Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα ενώ ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η γενική εξέταση ούρων ήταν ενδεικτική ουρολοίμωξης με παρουσία άφθονων πυοσφαιρίων, μικροοργανισμών και αλκαλικού pH=9. Ο ασθενής έλαβε εμπειρική θεραπεία με κεφταζιδίμη και πραγματοποιήθηκε άμεση αλλαγή της νεφροστομίας. Εντός 24ώρου το χρώμα των ούρων αποκαταστάθηκε. Η καλλιέργεια ούρων απέβη θετική για Enterococcus faecalis, ευαίσθητου στην κεφταζιδίμη και η αγωγή συνεχίσθηκε για 14 ημέρες.

Συμπεράσματα: Το PUBS αποτελεί, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, σπάνια, καλοήθη και ασυμπτωματική κατάσταση σχετιζόμενη με απλό βακτηριακό αποικισμό ή σπανιότερα ενεργό λοίμωξη του ουροποιητικού. Ακόμη σπανιότερα, σε ασθενείς με αξιοσημείωτες συν-νοσηρότητες, έχει συσχετισθεί με σοβαρές επιπλοκές, όπως ουροσήψη ή γάγγραινα Fournier. Παθοφυσιολογικά, η πορφυρή/ιώδης απόχρωση των ούρων αποδίδεται στην διάσπαση της τρυπτοφάνης από την εντερική μικροχλωρίδα σε ινδόλη και ακολούθως στην μετατροπή της ινδόλης σε θειικό ινδοξύλιο (ινδικάνη) στο ήπαρ. Το ερυθρό-ιώδες χρώμα είναι αποτέλεσμα της διάσπασης της ινδικάνης σε δύο χρωστικές από βακτηριακές φωσφατάσες/σουλφατάσες σε συνθήκες αλκαλικού pH. Η μία χρωστική είναι ερυθρή (ινδερυθρίνη) και η άλλη κυανή (ινδικό). Οι χρωστικές αυτές αλληλεπιδρούν με το Πολυβινυλοχλωρίδιο (PVC) με αποτέλεσμα το συλλεκτικό σύστημα να προσλαμβάνει διάφορες αποχρώσεις του μωβ. Κύριοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου είναι οι ακόλουθοι: μακροχρόνια χρήση ουροκαθετήρων, συνθήκες πτωχής υγιεινής, μακροχρόνιος κλινοστατισμός, γυναικείο φύλο, δυσκοιλιότητα, άνοια, ιδρυματοποίηση και χρόνια νεφρική νόσος. Η διάκριση μεταξύ απλού βακτηριακού αποικισμού και ενεργού λοίμωξης είναι επιβεβλημένη προκειμένου να αποφευχθούν απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές ενώ ουσιώδη μέτρα πρόληψης του συνδρόμου παραμένουν η αυστηρή τήρηση μέτρων υγιεινής του ουροποιητικού και η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

e-POSTERS

eP 010

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ

Ιωάννα Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου, Παντελής-Άρης Αβραμίδης, Φωτεινή Καραμιχάλη, Μάρθα Ζαμπάκη, Βασίλειος Στούπας, Ευάγγελος Τούλης

Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση νεκρωτική μυοπάθεια αφορά σπάνια νόσο που χαρακτηρίζεται από παρουσία anti-HGMCR αντισωμάτων και ιστορικό λήψης στατινών. Συγκαταλέγεται στις αυτοάνοσες μυοπάθειες και παρατηρείται ήπια προτίμηση στο γυναικείο φύλο. Εκδηλώνεται με μυαλγίες ή/και κεντρομυελική μυϊκή αδυναμία. Δύναται να εμφανιστεί μήνες ή χρόνια μετά την λήψη στατίνης. Δεν παρατηρείται ύφεση της συμπτωματολογίας μετά τη διακοπή του φαρμάκου ενώ η βιοψία μυός δεν παρουσιάζει παθογνωμονικά ευρήματα. Η θεραπεία στηρίζεται στη χορήγηση κορτιζόνης και ανοσοτροποποιητικής αγωγής.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας, 59 ετών, προσέρχεται λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης μυϊκής αδυναμίας άνω/κάτω άκρων από 3μήνου με ραγδαία επιδείνωση από 15ημέρου με αδυναμία ορθοστάτισης/βάδισης. Δεν αναφέρεται εμπύρετο ή πρόσφατη ιογενής συνδρομή. Από το ιστορικό αναφέρεται εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου προ 3ετίας, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και υπερλιπιδαιμία υπό εμπαγλιφλοζίνη/μετφορμίνη και ατορβαστατίνη/εζετιμίμπη αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Από την νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε κεντρομυελική αδυναμία άνω και κάτω άκρων άμφω με υπεροχή των κάτω άκρων, αδυναμία έγερσης από την καθιστή θέση και δυσχέρεια αντιβαρικής κίνησης. Από τον ε/ε διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή τρανσαμινασών, CPK, LDH και αλδολάσης. Ο λοιμωξιολογικός έλεγχος για γρίπη/Covid-19/CMV/EBV/toxoplasma απέβη αρνητικός όπως και ο ανοσολογικός έλεγχος με RF/ANA/anti-Jo1/anti-M2. Τα επίπεδα C3/C4 ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Προς αποκλεισμό κακοήθειας διενεργήθηκε CT εγκεφάλου/θώρακα/άνω/κάτω κοιλίας και ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού συστήματος χωρίς ευρήματα. Βάσει κλινικής εικόνας, διενεργήθηκε MRI μηρών που ανέδειξε διάχυτο οίδημα των μυών του μηρού και των μεσόμυιων διαμερισμάτων άμφω. Διενεργήθηκε ηλεκτρομυογράφημα που ανέδειξε ευρήματα υπέρ φλεγμονώδους μυοπάθειας. Εστάλη ανοσολογικός έλεγχος που ανέδειξε θετικά anti-HMGCR. Πραγματοποιήθηκε διακοπή της στατίνης και έναρξη κορτιζονοθεραπείας. Σταδιακά, παρατηρήθηκε βελτίωση της κινητοποίησης με ύφεση της τρανσαμινασαιμίας και της CPK.

Συμπεράσματα: Η αυτοάνοση νεκρωτική μυοπάθεια αφορά σπάνια κλινική οντότητα που συγκαταλέγεται στις αυτοάνοσες μυοπάθειες. Η διάγνωσή της βασίζεται στην παρουσία anti-HMGCR αντισωμάτων και ιστορικό λήψης στατινών. Μυαλγίες ή/και κεντρομυελική μυϊκή αδυναμία αποτελούν τα κύρια συμπτώματα. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντικά για την αναστολή της εξέλιξης της νόσου.

e-POSTERS

eP 011

ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΕΞ ΟΝΥΧΩΝ ΓΑΛΗΣ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ PCR ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Άννα Γαρμπή[1], Ιωάννα Ψαρογιαννακοπούλου[1], Κωνσταντίνος Παπανικολάου[2], Περικλής - Ιωσήφ Χρυσοχέρης[3], Ηρακλής Αβραμόπουλος[1]

[1] *Η΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα*
[2] *Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα*
[3] *Α΄ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η νόσος εξ ονύχων γαλής, που προκαλείται κυρίως από τη Bartonella henselae, εκδηλώνεται συνήθως ως αυτοπεριοριζόμενη επιχώρια λεμφαδενίτιδα. Σκοπός είναι η παρουσίαση οροαρνητικής περίπτωσης αποστηματοποιημένης νεκρωτικής λεμφαδενίτιδας από Bartonella spp. σε ασθενή με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ), με έμφαση στη διαγνωστική συμβολή της PCR.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 49 ετών με γνωστό ΣΕΛ υπό υδροξυχλωροκίνη προσήλθε με εμπύρετο και επώδυνη αριστερή μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια (λεμφαδένες έως 4,5 cm), συνοδό αριστερή υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια και ιστορικό πρόσφατης επαφής με νεαρές γάτες. Ανέφερε επίσης δερματική βλάβη σε δάκτυλο της αριστερής χειρός, η οποία είχε προηγηθεί της λεμφαδενοπάθειας. Υποβλήθηκε σε απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένου ελέγχου αντισωμάτων για Bartonella henselae και Bartonella quintana. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων, αύξησης των δεικτών φλεγμονής και εμφάνισης νέου φλεγμονώδους μορφώματος στη μασχάλη, διενεργήθηκε χειρουργική διερεύνηση με παροχέτευση και λήψη υλικού για καλλιέργειες, ιστολογική εξέταση και αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR).

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία δεν ανέδειξε άλλη παθολογία, ενώ οι ορολογικές εξετάσεις για Bartonella henselae και Bartonella quintana ήταν αρνητικές. Μετά από χορήγηση αζιθρομυκίνης για 10 ημέρες παρατηρήθηκε ύφεση του πυρετού και μερική υποχώρηση της λεμφαδενοπάθειας. Ωστόσο, μία εβδομάδα αργότερα η ασθενής εμφάνισε εκ νέου έντονο άλγος, καθώς και νέο φλεγμονώδες μόρφωμα στην πρόσθια μασχαλιαία χώρα με αύξηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Η χειρουργική διερεύνηση ανέδειξε αποστηματοποιημένη νεκρωτική λεμφαδενίτιδα με εκτεταμένες πυώδεις κοιλότητες. Η PCR σε υλικό λεμφαδένα ήταν θετική για Bartonella spp. , επιβεβαιώνοντας την τελική διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η νόσος εξ ονύχων γαλής πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της νεκρωτικής ή αποστηματοποιημένης λεμφαδενίτιδας ακόμη και επί αρνητικής ορολογίας. Σε ασθενείς με υποκείμενα αυτοάνοσα νοσήματα, η κλινική εικόνα μπορεί να μιμηθεί αυτοάνοση λεμφαδενίτιδα ή έξαρση του ΣΕΛ. Η PCR σε ιστό λεμφαδένα μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική για τη διάγνωση όταν οι ορολογικές και οι συμβατικές εξετάσεις είναι μη διαγνωστικές.

e-POSTERS

eP 012

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM ΣΕ ΕΠΟΧΗ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΠΑΡΑΣΙΤΑΙΜΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΥΝΟΪΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Κωνσταντίνος Αβραμίδης, Θεόδωρος Αγγελόπουλος, Ιωάννης Ντούπης
Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ελονοσία από *Plasmodium falciparum* αποτελεί μία από τις σοβαρότερες παρασιτικές λοιμώξεις παγκοσμίως. Η εγκεφαλική ελονοσία συνδέεται με υψηλή θνητότητα και απαιτεί άμεση διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση. Παρουσιάζεται περιστατικό σοβαρής ελονοσίας με εγκεφαλική συμμετοχή σε ταξιδιώτη που επέστρεψε από ενδημική περιοχή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 86 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και δυσλιπιδαιμίας προσήλθε λόγω υψηλού πυρέτου από τριημέρου με ρίγος, κακουχία και επεισόδιο απώλειας συνείδησης κατά την ημέρα εισαγωγής. Κατά την κλινική εξέταση εμφάνιζε υψηλό πυρετό και ήπια διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, λευκοπενία, σοβαρή θρομβοπενία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με εμπειρική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή ως σήψη στο πλαίσιο βαριάς λοίμωξης υπό διερεύνηση εν αναμονή των καλλιεργειών αίματος, ενώ κατά την λήψη λεπτομερέστερου ιστορικού αναδείχθηκε πρόσφατο ταξίδι στη Ζάμπια.

Αποτελέσματα: Η εξέταση λεπτής και παχιάς σταγόνας αίματος ανέδειξε λοίμωξη από Plasmodium falciparum με υψηλή παρασιταιμία (24%), συμβατή με σοβαρή ελονοσία με εγκεφαλική συμμετοχή. Κατόπιν επικοινωνίας με τον ΕΟΔΥ χορηγήθηκε άμεσα ανθελονοσιακή θεραπεία. Παρά την αρχική παροδική βελτίωση, ο ασθενής παρουσίασε νευρολογική επιδείνωση και μεταφέρθηκε στην μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου έλαβε ενδοφλέβια αρτεσουνάτη. Ακολούθησε προοδευτική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με υποχώρηση της παρασιταιμίας και πλήρη αποκατάσταση της νευρολογικής εικόνας. Ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η εγκεφαλική ελονοσία αποτελεί επείγουσα κατάσταση με δυνητικά δυσμενή έκβαση. Η λεπτομερής λήψη ταξιδιωτικού ιστορικού σε ασθενείς με οξύ εμπύρετο σύνδρομο και θρομβοπενία μπορεί να οδηγήσει έγκαιρα στη διάγνωση. Η άμεση χορήγηση κατάλληλης ανθελονοσιακής αγωγής είναι καθοριστική για την επιβίωση και την πλήρη ανάρρωση των ασθενών.

e-POSTERS

eP 013

ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ PNEUMOCYSTIS JIROVECII ΚΑΙ NOCARDIA SPP. ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΡΤΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ BAL ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Άννα Γαρμπή[1], Ιωάννα Ψαρογιαννακοπούλου[1], Ηλίας Καραΐσκος[2], Μίνα Γκάγκα[3], Ηρακλής Αβραμόπουλος[1]

[1] *Η΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα*
[2] *Α΄ Παθολογική - Λοιμωξιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα*
[3] *Α΄ Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς και ειδικότεροι οι ασθενείς με μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για ευκαιριακές λοιμώξεις. Η πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii* (PJP) και η νοκαρδίωση παρουσιάζουν συχνά μη ειδικά κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα, γεγονός που δυσχεραίνει τη διάγνωση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού συλλοίμωξης από τα δύο παθογόνα σε ασθενή υπό χρόνια κορτικοθεραπεία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 80 ετών με ιστορικό καρκίνου μαστού και σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενου βήχα και δύσπνοιας. Η ασθενής ελάμβανε μεθυλπρεδνιζολόνη επί τριμήνου κατόπιν ογκολογικής σύστασης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίασε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε αμφοτερόπλευρα οζόμορφα πυκνωτικά διηθήματα, ενώ ο καρδιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL) και εκτεταμένο μικροβιολογικό έλεγχο για κοινά και ευκαιριακά παθογόνα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε αρχικά οξυγονοθεραπεία, βρογχοδιασταλτικά και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφεπίμη, χωρίς επαρκή κλινική βελτίωση. Η PCR του BAL ήταν θετική για *Pneumocystis jirovecii* και *Nocardia spp.*, οδηγώντας σε τροποποίηση της αγωγής σε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη σε συνδυασμό με ιμιπενέμη/σιλαστατίνη. Πολλαπλές αιμοκαλλιέργειες ήταν στείρες. Ο έλεγχος για φυματίωση και η κυτταρολογική εξέταση του BAL ήταν αρνητικά. Κατά τη νοσηλεία παρουσίασε οξύ διαρροϊκό σύνδρομο και τεκμηριώθηκε λοίμωξη από *Clostridioides difficile*, η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση από του στόματος βανκομυκίνης. Ακολούθησε σταδιακή κλινική και εργαστηριακή βελτίωση, με υποχώρηση των διηθημάτων στην επαναληπτική αξονική τομογραφία θώρακος. Η ασθενής εξήλθε με σύσταση συνέχισης της αγωγής με τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη και τακτικής λοιμωξιολογικής και πνευμονολογικής παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με διάχυτα πνευμονικά διηθήματα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα συνύπαρξης περισσότερων του ενός ευκαιριακών παθογόνων. Η έγκαιρη βρογχοσκόπηση με λήψη BAL και η μοριακή διερεύνηση μπορούν να οδηγήσουν σε ταχεία αιτιολογική διάγνωση και στοχευμένη θεραπεία.

e-POSTERS

eP 014

ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΕΜΦΟΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ (HLH SYNDROME) ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ EPSTEIN-BARR (EBV)

Ελένη-Μαρία Σκουλουδάκη, Εμμανουήλ Τσιαούσης, Αναστασία Ρουμπάκη, Ισίδωρος Μπακαούκας, Σοφία Βογιάκη, Σταμάτα Παγώνη

Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση αποτελεί σπάνιο, απειλητικό για τη ζωή υπερφλεγμονώδες σύνδρομο με υψηλή θνητότητα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση μακροφάγων και Τ-λεμφοκυττάρων. Η νόσος μπορεί να πυροδοτηθεί από λοιμώξεις, κακοήθειες ή αυτοάνοσα νοσήματα, με τη λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr να αποτελεί έναν από τους συχνότερους εκλυτικούς παράγοντες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού δευτεροπαθούς HLH σχετιζόμενης με λοίμωξη από EBV σε ασθενή με παρατεινόμενο εμπύρετο και εξάνθημα.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 70 ετών, παιδίατρος, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη λόγω εμπύρετης συνδρομής έως 40°C διάρκειας δύο εβδομάδων, συνοδευόμενης από κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα των άνω και κάτω άκρων. Η ασθενής ανέφερε ιστορικό υποτροπιαζουσών, αυτοϊώμενων λοιμώξεων του αναπνευστικού το τελευταίο διάστημα. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, αναιμία, λευκοκυττάρωση, θρομβοπενία, διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, προκαλσιτονίνη 45 ng/mL, φερριτίνη άνω των 33. 000 ng/mL. Ακολούθησε εκτεταμένος διαγνωστικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων ανοσολογικών, ορολο-γικών, μοριακών εξετάσεων, καλλιεργειών αίματος, ούρων, καθώς και αξονικής τομογραφίας θώρακος-κοιλίας, η οποία ανέδειξε μεσοθωρακική λεμφαδενοπάθεια έως 1,4cm, υποτροπιδική αλλοίωση μαλακών μορίων διαστάσεων 3,8x2,9 cm. Λόγω υψηλής υποψίας για HLH, διενεργήθηκαν οστεομυελική βιοψία-μυελόγραμμα, ανοσοφαινότυπος περιφερικού αίματος ενώ ζητήθηκε και βιοψία της πνευμονικής βλάβης.

Αποτελέσματα: Ο μοριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλό ιικό φορτίο EBV($3x10^5$ IU/mL), ενώ ανιχνεύθηκαν και θετικά IgM αντισώματα έναντι του ιού. Ο ανοσοφαινότυπος κατέδειξε σημαντική αύξηση ενεργοποιημένων CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων, συμβατή με ενεργό λοίμωξη, ενώ το μυελόγραμμα επιβεβαίωσε την παρουσία αιμοφαγοκυττάρωσης. Με βάση τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση δευτεροπαθούς HLH σχετιζόμενης με λοίμωξη από τον ιό EBV και χορηγήθηκε άμεσα θεραπεία με ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, δεξαμεθαζόνη. Η βιοψία της πνευμονικής βλάβης απέβη μη διαγνωστική.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της λοίμωξης από EBV ως εκλυτικού παράγοντα δευτεροπαθούς HLH ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς ενήλικες ασθενείς. Η συνύπαρξη παρατεινόμενου εμπυρέτου, κυτταροπενιών, εξαιρετικά αυξημένων επιπέδων φερριτίνης, ευρημάτων αιμοφαγοκυττάρωσης θα πρέπει να εγείρει έγκαιρα την υποψία της νόσου. Η ταχεία διάγνωση και η άμεση έναρξη κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της πρόγνωσης και την αποτροπή δυνητικά θανατηφόρων επιπλοκών.

e-POSTERS

eP 015

ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΩΣ ΜΙΜΗΤΗΣ ΟΞΕΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δημήτριος Ανυφαντάκης, Παναγιώτα Μπαριωτάκη
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ ΧΑΝΙΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές αποτελούν «μιμητές» οξέων νευρολογικών συνδρόμων. Η λανθασμένη διάγνωσή τους ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ενέχει τον κίνδυνο διενέργειας άσκοπων, δυνητικά επικίνδυνων θεραπευτικών παρεμβάσεων (π. χ. θρομβόλυση). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη ενός περιστατικού βαριάς υπονατριαιμίας που εκδηλώθηκε με θορυβώδη εικόνα οξέος εστιακού νευρολογικού ελλείμματος.

Υλικό και Μέθοδοι: Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας 75 ετών, η οποία αξιολογήθηκε κατ' οίκον λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης ημιπάρεσης, δυσαρθρίας, τρόμου και σοβαρής έκπτωσης του επιπέδου επικοινωνίας. Με την ισχυρή υποψία οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ εντός θεραπευτικού παραθύρου, η ασθενής διακομίσθηκε άμεσα με επείγουσες διαδικασίες σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Ο επείγων εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε απειλητική για τη ζωή υπονατριαιμία (νάτριο 107 mmol/L) και συνυπάρχουσα υποκαλιαιμία (κάλιο 2,5 mmol/L). Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου απέκλεισε την ύπαρξη οξείας ισχαιμικής ή αιμορραγικής βλάβης. Από το ιστορικό της ασθενούς αναδείχθηκε χρόνια λήψη αντιυπερτασικής αγωγής με ινδαπαμίδη, η οποία ενοχοποιήθηκε ως το κύριο εκλυτικό αίτιο. Η ασθενής εισήχθη για νοσηλεία και υποβλήθηκε σε ελεγχόμενη, σταδιακή διόρθωση των ηλεκτρολυτών. Η αντιμετώπιση οδήγησε σε θεαματική και πλήρη υποχώρηση όλων των νευρολογικών σημείων, χωρίς την εγκατάσταση υπολειμματικού ελλείμματος.

Συμπεράσματα: Η σοβαρή υπονατριαιμία μπορεί να αναπαράγει πιστά την κλινική εικόνα ενός οξέος ΑΕΕ, ιδιαίτερα σε γηριατρικούς ασθενείς υπό αγωγή με θειαζιδικά διουρητικά. Η διατήρηση υψηλού δείκτη κλινικής υποψίας για μεταβολικά αίτια στην επείγουσα και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι καθοριστική. Η έγκαιρη εργαστηριακή διαφορο-διάγνωση αποτρέπει ιατρογενή σφάλματα και διασφαλίζει την αναστρεψιμότητα των συμπτωμάτων.

e-POSTERS

eP 016

ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM SEPTICUM ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΣΤΙΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μάριος Παπαπαρασκευάς, Βαλεντίνα Καραντάνα, Γεωργία Κότσιρα, Νικόλαος-Αχιλλέας Αρκούδης, Σωτήριος Τσιόδρας, Κατερίνα Καμπόλη

ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Εισαγωγή: Η βακτηριαιμία από Clostridium septicum αποτελεί μια σπάνια και σοβαρή λοίμωξη η οποία σχετίζεται συχνά με υποκείμενη κακοήθεια του γαστρεντερικού συστήματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 80 ετών, μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω διαταραχής του επιπέδου συνείδησης και εμπυρέτου.

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονταν: μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα ανιόντος κόλου με ηπατικές, πνευμονικές και οστικές μεταστάσεις, για το οποίο δεν είχε λάβει αντινεοπλασματική θεραπεία, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και υπερπλασία του προστάτη.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν: διαταραχή επιπέδου συνείδησης (GCS 11/15), υπόταση (ΑΠ:90/77 mmHg), υποξυγοναιμία (SaO_2: 81%), υποθερμία (θ=35,8°C), ταχυκαρδία (120 σφύξεις / min) και ηπατομεγαλία με ήπαρ ψηλαφητό σε όλο το δεξιό υποχόνδριο και το επιγάστριο. Το qSOFA ήταν 2/3. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως σηπτική καταπληξία με τη χορήγηση κρυσταλλοειδών, αγγειοσυσπαστικών, υδροκορτιζόνης, οξυγόνου (Μάσκα Venturi 50%), και πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης και βανκομυκίνης.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση (WBC=12700 K/μl, Ουδετερόφιλα=11400 K/μl), CRP>480mg/L, οξεία νεφρική βλάβη (Creatinine=1.57 mg/dL, Urea=64.2 mg/dL), και τιμή γαλακτικού οξέος 5mmol/L. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό που έδειξε πολλαπλές υπόπυκνες ηπατικές αλλοιώσεις με αέρα εντός αυτών και τοιχωματική σκιαγραφική ενίσχυση- εικόνα συμβατή με αποστηματοποίηση μεταστατικών εστιών, και νεκρωτική αλλοίωση στον δεξιό κάτω λοβό συμβατή με νέκρωση δευτεροπαθούς εντόπισης. Από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε Clostridium septicum.

Ο ασθενής έλαβε τέσσερις εβδομάδες αντιμικροβιακή αγωγή και εξήλθε βελτιωμένος, προκειμένου να λάβει ανακουφιστική φροντίδα κατ΄οίκον λόγω εκτεταμένης νόσου και κακής λειτουργικής κατάστασης (ECOG PS=4).

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από Clostridium septicum είναι σπάνια αλλά ιδιαίτερα επιθετική, με ισχυρή συσχέτιση με νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα και ιδιαίτερα του παχέος εντέρου. Η παρουσία αέρα εντός ηπατικών ή άλλων μεταστατικών εστιών σε ογκολογικούς ασθενείς θα πρέπει να εγείρει την υποψία λοίμωξης από κλωστηρίδιο. Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και άμεσης έναρξης αντιμικροβιακής θεραπείας, καθώς και την ιδιαίτερα ασυνήθη εκδήλωση αποστηματοποίησης πολλαπλών μεταστατικών εστιών από Clostridium septicum.

e-POSTERS

eP 017

ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΑΠΟ CANDIDA GUILLIERMONDII ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Χρήστος Νικολαΐδης, Φαίδων Χάρης Γαλάνης, Νάνσυ-Δέσποινα Τσουκαλά, Γεωργία Ανδρώνη, Παναγιώτα Γουρνή, Σύλβια Νέγκρη, Γεώργιος Μπουλμέτης, Ιωάννης Βρεττός

Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο ζυμομύκητας *C. guilliermondii* είναι ένα ασυνήθιστο είδος που σπάνια προκαλεί διεισδυτικές λοιμώξεις. Η πλειονότητα των περιστατικών μυκηταιμίας από C. guilliermondii που έχει αναφερθεί αφορά νοσηλευόμενους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, που πάσχουν από αιματολογικές κακοήθειες και συμπαγή νεοπλάσματα. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η ύπαρξη κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Σκοπός της παρούσης είναι η παρουσίαση περιστατικού μυκηταιμίας από Candida guilliermondii που προέκυψε στην κοινότητα σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 72 ετών διακομίστηκε λόγω εμπυρέτου έως 38,6°C από ωρών με συνοδό ρίγος. Ατομικό αναμνηστικό: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπερουριχαιμία, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος και ψυχωσική διαταραχή. Στο τμήμα επειγόντων είχε θερμοκρασία 38,3°C και ήταν αιμοδυναμικά σταθερός. Κλινική εξέταση: ουδέν αξιοσημείωτο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχτηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής, διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και αυξημένα διμερή-D.

Αποτελέσματα: Εν αναμονή των αποτελέσματων των αιμοκαλλιεργειών τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και τιγκεκυκλίνη. Καλλιέργεια ούρων: ουδεμία ανάπτυξη. Σε αιμοκαλλιέργεια αναπτύχθηκαν *E. coli* και *C. guilliermondii*. Στην αγωγή του προστέθηκε μικαφουγκίνη σύμφωνα με το μυκητόγραμμα. Λόγω αύξησης της τροπονίνης (trop:2255 g/mL) υποβλήθηκε σε διαθωρακικό triplex καρδιάς (απουσία εκβλαστήσεων, Κλάσμα Εξώθησης: 30-35%, Pulmonary artery systolic pressure: 35mmHg). Πραγματοποιήθηκαν αξονικές τομογραφίες άνω-κάτω κοιλίας και θώρακος, σπινθηρογράφημα αιμάτωσης και triplex φλεβών κάτω άκρων χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ο ασθενής παρουσίασε κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο.

Συμπεράσματα: Ακόμα και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς που προέρχονται από την κοινότητα, η ύπαρξη ασυνήθιστων παθογόνων ως αίτιο πυρετού δεν μπορεί να αποκλειστεί. Η λήψη καλλιεργειών αίματος έχει μεγάλη σημασία για έγκαιρη διάγνωση και προσδιορισμό της ευαισθησίας των μικροοργανισμών, ιδίως όταν μία λοίμωξη οφείλεται σε ασυνήθιστο αίτιο. Η έγκαιρη διάγνωση εξασφαλίζει την στοχευμένη θεραπεία και αυξάνει τις πιθανότητες καλής έκβασης.

e-POSTERS

eP 018

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΔΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κρυσταλία Δημητρίου, Σταμάτιος Τσούτσας, Νίκη Γερασιμούλα Μουρελάτου, Αγγελική Μερίτση, Αναστασία Μαυρογιαννάκη

Β΄ Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ

Εισαγωγή - Σκοπός: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (ΛΕ) είναι η μικροβιακή λοίμωξη των ενδοκαρδιακών δομών και περιλαμβάνει, εκτός από το ενδοκάρδιο, λοιμώξεις και των ενδοκαρδιακών προσθετικών σωμάτων, των οποίων η συμμετοχή περιπλέκει ακόμα περισσότερο τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής 74 ετών με τοποθέτηση καρδιακής εμφυτεύσιμης ηλεκτρονικής συσκευής (CIED) προ τετραμήνου εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω πυρετού έως 38, 5°C με ρίγος από πενθημέρου. Από τις καλλιέργειες του 1ου, 2ου και 4ου 24ώρου απομονώθηκε *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίαζε 1 μείζον (3 θετικές αίμοκαλλιέργειες για τυπικό μικροοργανισμό) και 2 ελάσσονα κριτήρια (πυρετός, προδιαθεσικός παράγοντας λόγω CIED) πληρώντας τα κριτήρια για πιθανή ΛΕ τόσο κατά τα 2023-ISCVID κριτήρια Duke όσο και της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Ετέθη σε δαπτομικίνη και κεφταρολίνη. Διενεργήθηκε διαθωρακικό και διοισοφάγειο ηχωκαρδιογράφημα (VRISTA score ≥3) όπου διαπιστώθηκε εύρημα ύποπτο για εκβλάστηση μιτροειδούς βαλβίδας καθώς και ευκίνητο χιλιοστομετρικό μόρφωμα δεξιάς κοιλίας συμβατό με συμμετοχή των καλωδίων του CIED. Πραγματοποιήθηκε 18-FDG/PET-CT με εικόνα έντονου υπερμεταβολισμού πέριξ του βηματοδότη και κατά μήκος των καλωδίων του χωρίς ανάδειξη μεταβολικής δραστηριότητας στον καρδιαγγειακό σχηματισμό. Συστάθηκε διεπιστημονική ομάδα με θεράποντα καρδιολόγο και αποφασίστηκε διακομιδή του ασθενούς σε εξειδικευμένο κέντρο για εκφύτευση του CIED, μετά την οποία ακολούθησε χορήγηση ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής για ακόμα 6 εβδομάδες λόγω θετικής για MRSA καλλιέργειας της συσκευής, με αποτέλεσμα πλήρη κλινική ύφεση. Η κλινική πορεία επιπλέχθηκε με ασυμπτωματική βραδυκαρδία και φαρμακευτικό εξάνθημα. Έγινε νέο υπερηχοκαρδιογράφημα, αρνητικό για εκβλαστήσεις ή ανεπάρκεια βαλβίδων συσχετιζόμενων με ΛΕ.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες η επιτυχής αντιμετώπιση της λοίμωξης του CIED με ή χωρίς ενδοκαρδίτιδα της βαλβίδας απαιτεί εκφύτευση του το συντομότερο δυνατόν και ακολουθεί πάντοτε αντιμικροβιακή αγωγή, η διάρκεια της οποίας υπολογίζεται από την αφαίρεση της συσκευής. Είναι απαραίτητη η διεπιστημονική συνεργασία και η επαγρύπνηση για επιπλοκές. Η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση.

e-POSTERS

eP 019

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΙΝΙΑΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σωτήρης Ζάμπρας, Νικόλαος Μακρής, Μαρία-Φανή Μπαμπούρη
Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι Φλεβικές Αναπτυξιακές Ανωμαλίες (Developmental Venous Anomalies - DVAs) θεωρούνται συχνά καλοήθη, τυχαία ευρήματα. Ωστόσο, αναδεικνύονται όλο και συχνότερα στη βιβλιογραφία ως πιθανά υποστρώματα συμπτωματικής εστιακής επιληψίας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού ινιακού DVA με εστιακές κρίσεις που μιμούνται ημικρανικά σύνδρομα, και η ανάδειξη του κινδύνου εσφαλμένης διάγνωσης εξελισσόμενης φλεβικής συμφορητικής εγκεφαλοπάθειας λόγω τεχνικών διαφορών στους μαγνητικούς τομογράφους.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελέτη περίπτωσης άρρενος ιατρού 27 ετών. Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση κλινικών ημερολογίων (2007-2026), διαδοχικών ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων (ΗΕΓ) και συγκριτική μελέτη σειριακών μαγνητικών τομογραφιών εγκεφάλου (MRI) 1.5 και 3 Tesla, συμπεριλαμβανομένων εξειδικευμένων ακολουθιών δυναμικής αιμάτωσης (Perfusion) και μαγνητικής επιδεκτικότητας (SWAN). Παράλληλα, διενεργήθηκε ενδελεχής ανασκόπηση της σύγχρονης νευροαγγειακής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Η νόσος εκδηλώθηκε στην παιδική ηλικία με οπτικές αύρες και μετακρισιακές ημικρανίες. Ελέγχθηκε με βαλπροϊκό οξύ, αλλά μετά από διακοπή, ο ασθενής εμφάνισε υποτροπή χαρακτηριζόμενη από μεμονωμένο επιληπτικό νυσταγμό και σωματοαισθητικές αύρες (αίσθηση ηλεκτρικής εκκένωσης). Αρχική MRI 1.5 Tesla ανέδειξε DVA δεξιού ινιακού λοβού με δύο μικροϊσχαιμικές εστίες. Επαναληπτική MRI 3 Tesla έδειξε φαινομενική αύξηση της λευκοπάθειας, εγείροντας κλινική υποψία επερχόμενου φλεβικού εμφράκτου. Εντούτοις, νεότερο νευροαγγειακό πρωτόκολλο MRI 3 Tesla απέκλεισε την παρουσία αιμοσιδηρίνης, καβερνώματος ή φλεβικής στάσης, υποδεικνύοντας ότι η φαινομενική επιδείνωση αποτελούσε απεικονιστικό σφάλμα (artifact) λόγω ανώτερης διακριτικής ικανότητας του μαγνήτη 3 Tesla. Βάσει του αποκλεισμού δομικής ή αιμοδυναμικής επιδείνωσης, τα εστιακά φαινόμενα αποδίδονται πιθανολογικά σε αμιγώς ηλεκτρική/λειτουργική επιληπτογένεση με συνοδό τριδυμοαγγειακή ευαισθητοποίηση.

Συμπεράσματα: Η κλινική και βιβλιογραφική σύνθεση υποδεικνύει ότι ένα αιμοδυναμικά σταθερό DVA δύναται να αποτελεί το επίκεντρο εστιακής επιληψίας, χωρίς να υφίσταται φλεβική ισχαιμία. Η σύγκριση απεικονίσεων διαφορετικής μαγνητικής ισχύος απαιτεί προσοχή προς αποφυγή λανθασμένης διάγνωσης εγκεφαλοπάθειας. Τέλος, ατυπικά αισθητηριακά φαινόμενα και μεμονωμένος νυσταγμός χρήζουν αξιολόγησης ως πιθανές επιληπτικές αύρες του οπίσθιου φλοιού.

e-POSTERS

eP 020

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΕΛΗ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Κρυσταλία Δημητρίου, Δημοσθένης Μέλλος, Αγγελική Μερίτση, Αναστασία Μαυρογιαννάκη
Β΄ Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η νόσος Still των ενηλίκων (AOSD) είναι μία σπάνια πολυσυστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από πυρετό, εξάνθημα και αρθρίτιδα, αλλά οι κλινικές εκδηλώσεις συχνά είναι ετερογενείς. Η διάγνωση βασίζεται στα κριτήρια Yamaguchi με ευαισθησία 96. 3%. Ωστόσο, άτυπες περιπτώσεις ενδέχεται να μην πληρούν τα παραπάνω.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 61 ετών προσήλθε λόγω παρατεινόμενου διαλλείποντος πυρετού ως 38°C χωρίς ρίγος ή συνοδά συμπτώματα από μηνός, κυρίως απογευματινού, αφού έλαβε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με μοξιφλοξασίνη, χωρίς ύφεση. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε ουσιώδη ευρήματα. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα φλεγμονώδους συνδρόμου με παρουσία λευκοκυττάρωσης με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, υπαλβουμιναιμίας, υπερφερριτιναιμίας, θρομβοκυττάρωσης, και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας.

λέσματα: Διενεργήθηκε εκτεταμένος διαγνωστικός έλεγχος για λοιμώδη, νεοπλασματικά και αυτοάνοσα νοσήματα. Πολλαπλές καλλιέργειες αίματος δεν απομόνωσαν παθογόνο μικροοργανισμό. Ο έλεγχος για ιούς και άτυπα βακτήρια ήταν αρνητικός. Ο ανοσολογικός έλεγχος (ANA, RF, ANCA, ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση λευκωμάτων ορού) και ο έλεγχος των νεοπλασματικών δεικτών ήταν αρνητικοί. Η αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία (17 εκ.). Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε παρουσία μικρής (1 εκ.) περικαρδιακής συλλογής χωρίς ανεύρεση εκβλάστησης. Πραγματοποιήθηκε 18-FDG/PET-CT, αρνητικό για στοιχεία κακοήθειας ή ενεργού φλεγμονής. Ο ασθενής δεν πληρούσε τα απαιτούμενα κριτήρια Yamaguchi (παρουσίαζε 1 μείζον και 3 ελάσσονα κριτήρια), ωστόσο ο συνδυασμός των ευρημάτων και ο αποκλεισμός εναλλακτικών διαγνώσεων θεωρήθηκαν συμβατά με άτυπη εικόνα AOSD. Μετά από διεπιστημονική αξιολόγηση έγινε παραπομπή σε ρευματολογικό κέντρο αναφοράς και ακολούθως με την έναρξη αγωγής με κορτικοστεροειδή παρατηρήθηκε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση υποστηρίζοντας περαιτέρω τη διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η παραπάνω περίπτωση υπογραμμίζει τη διαγνωστική πρόκληση της άτυπης AOSD με ατελή κριτήρια. Στον πυρετό αγνώστου αιτιολογίας η διάγνωσή βασίζεται κυρίως στον αποκλεισμό - και με τη συμβολή του PET - λοιμώξεων, νεοπλασιών ή αυτοάνοσων αιτίων. Η παρουσία προφίλ φλεγμονώδους συνδρόμου και η ταχεία κλινικοεργαστηριακή απάντηση στα κορτικοστεροειδή ενδυναμώνουν την υποψία του AOSD.

e-POSTERS

eP 021

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΟΦΕΛΗ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ανδρέας Βασιλείου[1], Μαρία - Αθανασία Καπράλη[1], Βασίλειος Βασιλείου[2]

[1] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[2] *Παθολογική Κλινική, Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πολυφαρμακία επηρεάζει μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων, αυξάνοντας τον κίνδυνο δυνητικά ακατάλληλων συνταγών (PIMs), ανεπιθύμητων ενεργειών (ADEs) και αλληλεπιδράσεων φαρμάκων (DDIs). Ενώ οι παραδοσιακές προσεγγίσεις διαχείρισης φαρμάκων παρουσιάζουν περιορισμούς, η ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) στην κλινική πράξη δημιουργεί νέες δυνατότητες για τη βελτιστοποίηση της απομείωσης αγωγής (deprescribing) συμβάλλοντας στην ελάττωση των επιπτώσεων της πολυφαρμακίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση του ρόλου των εφαρμογών AI στη διαχείριση της πολυφαρμακίας, η ανάδειξη των κλινικών οφελών και των προκλήσεων ενσωμάτωσής τους.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με PRISMA στις βάσεις δεδομένων PubMed και EBSCO. Αναζητήθηκαν μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις δημοσιευμένες το διάστημα 2021-2026. Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής, συμπεριλήφθηκαν 26 άρθρα.

Αποτελέσματα: Χάρη στη χρήση της AI επετεύχθη μείωση έως 18% στην έναρξη ακατάλληλων φαρμάκων, ακριβέστερη αναγνώριση των PIMs και ελάττωσή τους (55,4% έναντι 29,8% στην τυπική φροντίδα), καθώς και πρόβλεψη των ADEs με υψηλή ακρίβεια (AUC έως 0,92). Η επεξεργασία μεγάλων όγκων δεδομένων υγείας ασθενών και βιβλιογραφικών δεδομένων, μέσω της AI, συμβάλλει στον εντοπισμό προτύπων συννοσηρότητας και DDIs και παρέχει τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παρεμβάσεων deprescribing, διευκολύνοντας την εφαρμογή τεκμηριωμένων κριτηρίων και την αύξηση της συμμόρφωσης των ασθενών. Ωστόσο, μελέτες που αποδεικνύουν μείωση νοσηλειών και θνησιμότητας παραμένουν περιορισμένες.

Στην ενσωμάτωση εφαρμογών της AI στην κλινική πράξη ανακύπτουν προκλήσεις, στις οποίες περιλαμβάνεται το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, ηθικοί προβληματισμοί, η απουσία επαρκών δεδομένων λόγω υποεκπροσώπησης των ηλικιωμένων σε κλινικές δοκιμές και η έλλειψη εμπιστοσύνης λόγω πλήθους μη στοχευμένων ειδοποιήσεων.

Συμπεράσματα: Η AI έχει μετασχηματικό δυναμικό στη διαχείριση της πολυφαρμακίας στους ηλικιωμένους, βελτιώνοντας τη διαδικασία deprescribing. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στην αξιολόγηση του αντίκτυπου των εργαλείων AI, καθώς και στη διεπιστημονική συνεργασία για την αντιμετώπιση των προκλήσεων ενσωμάτωσης των εργαλείων αυτών. Η AI θα πρέπει να αξιοποιηθεί συμπληρωματικά της θεραπευτικής σχέσης ιατρού - ηλικιωμένου ασθενούς.

e-POSTERS

eP 022

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Δημήτριος Σιούτης, Βασίλειος Γόγολας, Μιχαήλ Κυριαζής, Νικόλαος Πλατής, Ελένη-Ευαγγελία Κουφού, Άννα Δαγρέ

Καρδιολογική Κλινική ΓΝΕ Θριάσιο

Σκοπός παρουσίασης: Η παρούσα εργασία στοχεύει να υπενθυμίσει στο ιατρικό κοινό την ανάγκη επαγρύπνησης για την ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση, την σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα ανεπιθύμητή ενέργεια των SGLT-2 αναστολέων μέσω της παρουσίασης επιπλεγμένου περιστατικού με πρόσφατο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), μετεμφραγματική περικαρδίτιδα και εκδήλωση οξείας δύσπνοιας.

Υλικό: Ανδρας ασθενής 61 ετών, ενεργός καπνιστής, με γνωστό ιστορικό σακχαρώδους, προσήλθε στα επείγοντα με συμπτωματολογία ΟΕΜ που αντιμετωπίστηκε με πρωτογενή αγγειοπλαστική την περισπώμενη αρτηρία. Την τρίτη μετεμφραγματική ημέρα ο ασθενής ανέπτυξε μετεμφραγματική περικαρδίτιδα και έγινε έναρξη αγωγής με ασπιρίνη 1 g και κολχικίνη, παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο με το ανωτέρω θεραπευτικό σχήμα καθώς και αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας σύμφωνα με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, συμπεριλαμβανομένης της έναρξης εμπαγλιφλοζίνης.

Έξι ημέρες αργότερα, ο ασθενής επανεισήχθη λόγω επιδείνωσης του θωρακικού άλγους, κόπωσης, δύσπνοιας και ταχύπνοιας.

Αποτέλεσμα: Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση, τοξικότητα από σαλικυλικά καθώς και μηχανικές επιπλοκές αποδιδόμενες στο πρόσφατο έμφραγμα. Η ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων, ενώ τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα παρέμεναν εντός φυσιολογικών ορίων. Τα αυξημένα επίπεδα κετονών στα ούρα σε συνδυασμό με το ότι ο ασθενής δεν παρουσίασε ποτέ αύξηση του γαλακτικού στο αίμα ή επιδείνωση της νεφρικής του λειτουργίας υποστήριξαν τη διάγνωση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης σχετιζόμενης με εμπαγλιφλοζίνη, με πιθανό εκλυτικό παράγοντα το πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και τη μετεμφραγματική περικαρδίτιδα. Το φάρμακο διακόπηκε άμεσα και ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Η χρήση των SGLT2 αναστολέων επεκτείνεται συνεχώς στη σύγχρονη ιατρική πρακτική. Η ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική επιπλοκή, η οποία μπορεί να διαλάθει λόγω απουσίας σημαντικής υπεργλυκαιμίας και μη ειδικής συμπτωματολογίας. Ιδιαίτερα σε καταστάσεις αυξημένου μεταβολικού στρες, όπως το πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι καθοριστική για την έκβαση του ασθενούς.

e-POSTERS

eP 023

ΣΥΝΔΡΟΜΟ TROUSSEAU

Δήμος Φουτσιτσάκης, Βασιλική Τσουτσούλη, Δέσποινα Χατζηγρηγορίου, Ζωή Σιώμου, Ζαχάρω Σαχλά

[1] *ΓΝΘ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ*

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Trousseau είναι διαταραχή της πήξης που σχετίζεται με κακοήθεια, κυρίως παγκρεατικό καρκίνο, καρκίνο στομάχου ή πνεύμονα. Εκδηλώνεται ως μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα, θρομβοεμβολικά επεισόδια φλεβικής και αρτηριακής προέλευσης, εκδηλώσεις μη βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας και υπερπηκτική κατάσταση που οφείλεται σε απελευθέρωση ιστικού παράγοντα και μουκίνης στην κυκλοφορία.

Υλικό: Πρόκειται για άνδρα ασθενή, 57 ετών, με καρκίνο παγκρέατος πού υποβλήθηκε σε πρώτο κύκλο χημειοθεραπείας. Από το ιστορικό του αναφέρεται λέμφωμα Hodgkin που αντιμετωπίστηκε με μεταμόσχευση μυελού των οστών. Παρουσίασε αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής σημειολογίας με μικτή αφασία και ήπια πυραμιδική συνδρομή.

Αποτελέσματα: Σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία φάνηκε ισχαιμική αλλοίωση που πιθανώς οφειλόταν σε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, Η μαγνητική τομογραφία κατέδειξε πολλαπλές διάσπαρτες ισχαιμικές περιοχές. Το διαθωρακικό υπέρηχο καρδιάς δεν ανέδειξε θρόμβο ή εβλαστήσεις. Δεν διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπέρηχο καρδιάς. Το ιστορικό, η κλινικοεργαστηριακή εικόνα και οι απεικονιστικές εξετάσεις συνηγόρησαν υπέρ συνδρόμου Trousseau και έγινε έναρξη θεραπευτικής δόσης fondaparinux. Παραπέμθηκε στον θεράποντα ογκολόγο για συνέχιση ΧΜΘ.

Συμπεράσματα: Σε υπόνοια του συνδρόμου πρέπει να γίνεται έλεγχος για εύρεση κακοήθειας. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με LMWH καθότι η βαρφαρίνη δεν προλαμβάνει την υποτροπή των θρόμβων. Απαιτείται χειρουργική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση του όγκου.

e-POSTERS

eP 024

ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΣΤΑΤΙΝΗ

Ανδρέας Αδάμου[1], Ελένη Τσαρούχα[1], Μαρία Κώνστα[2], Χριστίνα Ζουμπούλη[3], Σοφία Παππά[3], Λίζα Κόντου[4], Δημήτρης Κουνατίδης[5], Ηλέκτρα Τζιβάκη[1], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Αθήνα
[2] Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Αθήνα
[3] Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Αθήνα
[4] Ανοσολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα
[5] Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η περιγραφή πολύ σπάνιας περίπτωσης οροαρνητικής αυτοάνοσης νεκρωτικής μυοπάθειας από στατίνη.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 84 ετών προσκομίστηκε στο νοσοκομείο μας λόγω μυικής αδυναμίας στα κάτω άκρα άμφω που είχε αρχίσει πρό ενός μηνός περίπου. Από το ατομικό αναμνηστικό ελάμβανε λόγω δυσλιπιδαιμίας ροσουβαστατίνη 40 mg ημερησίως από διετίας, λόγω ΣΔ συνδυασμό μετφορμίνης 850 mg/βινταγλιπτίνης 50 mg δις ημερησίως και νταπαγλιφλοζίνη 10 mg ημερησίως, ενώ λόγω κολπικής μαρμαρυγής ελάμβανε και apixaban 5 mg δις ημερησίως καθώς και μετοπρολόλη 50mg δις ημερησίως. Κλινικώς, η ασθενής είχε μυική δύναμη 1 στα 5 στα κάτω άκρα άμφω, σύμφωνα με την κλίμακα Οξφόρδης Manual Muscle Testing(MMT ή Oxford Scale). Εκ των εργαστηριακών ευρημάτων είχε τις ακόλουθες παθολογικές τιμές CPK: 4071 U/L (κ. φ. < 180), SGOT: 180 U/L (κ. φ. < 45) SGPT: 118 U/L (κ. φ. < 35) and LDH: 487 U/L.

Αποτελέσματα: Λόγω της έντονης μυικής αδυναμίας παρά τη διακοπή της στατίνης, η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία δεξιού μηριαίου μυός, με ευρήματα μυονέκρωσης και χρώση CD68-θετική για την ύπαρξη μακροφάγων. Όλος ο έλεγχος για την ύπαρξη αυτο-αντισωμάτων στον ορό με ELISA απέβη αρνητικός: SRP, Jo-1, PM-Scl75, PM-Scl100, Ku, SAE 1, NXP2, MDAS, TIF-1γ, Mi-2β, Mi-2α, PL-12, PL-7, EJ, OJ, Ro52, cN-1A και τα HMGCR, που επιβεβαιώθηκαν ως αρνητικά και με τη μέθοδο της ανοσοαποτύπωσης. Η ασθενής αμέσως μετά τη λήψη βιοψίας ετέθη σε υψηλή δόση μεθυλπρεδνιζολόνης και εξήλθε κλινικά βελτιωμένη, με μυική ισχύ 4 στα 5 με οδηγίες για λήψη μεθυλπρεδνιζολόνης σε μειωμένες δόσεις και ενέσεις μεθοτρεξάτης. Έξι μήνες μετά παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση και είναι περιπατητική.

Συμπέρασμα: Η οροαρνητική αυτοάνοση νεκρωτική μυοπάθεια αποτελεί μία εξαιρετικά σπάνια οντότητα με υψηλή νοσηρότητα. Χρήζει χορήγησης μεγάλων δόσεων κορτικοστεροειδών, εκτός από την άμεση διακοπή της στατίνης. Η στενή ιατρική παρακολούθηση σε βάθος χρόνου είναι επιβεβλημένη, καθώς και η προσθήκη και ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

e-POSTERS

eP 025

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ EMPAGLIFLOZIN: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΙΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Ελένη Καμπανιέρη, Γεωργία Ποθουλάκη

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

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ευγλυκαιμική κετοξέωση αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της θεραπείας με αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2 inhibitors). Η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει λόγω απουσίας σημαντικής υπεργλυκαιμίας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν εκλυτικοί παράγοντες όπως παρατεταμένη ασιτία και ενδοκρινικές διαταραχές. Παρουσιάζεται περίπτωση ευγλυκαιμικής κετοξέωσης σε ασθενή υπό empagliflozin με δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια λόγω υποφυσίτιδας σχετιζόμενης με ανοσοθεραπεία.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 58 ετών προσήλθε σε κωματώδη κατάσταση (GCS 10), με σοβαρή υπογλυκαιμία (γλυκόζη 27 mg/dL), υπόταση και σοβαρή μεταβολική οξέωση υψηλού χάσματος ανιόντων (pH 7,16, HCO_3 15,7 mmol/L, pCO_2 18 mmHg), συνοδευόμενη από κετονουρία. Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια γλυκόζη, υδροκορτιζόνη, υγρά και διττανθρακικά, με σταδιακή αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας. Από το ιστορικό προέκυψε μεταστατικό μελάνωμα υπό ανοσοθεραπεία, καρδιακή ανεπάρκεια υπό empagliflozin και αδυναμία λήψης τροφής επί μία εβδομάδα λόγω ναυτίας και ανορεξίας. Δεν υπήρχε ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (HbA1c 5,4%). Ο ορμονικός έλεγχος ανέδειξε χαμηλή κορτιζόλη και ACTH, συμβατές με δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια.

Αποτελέσματα: Η διακοπή της empagliflozin και η χορήγηση υψηλών δόσεων υδροκορτιζόνης οδήγησαν σε πλήρη αιμοδυναμική και μεταβολική βελτίωση. Η ευγλυκαιμική κετοξέωση αποδόθηκε στη συνεργική επίδραση της θεραπείας με SGLT2 αναστολέα, της παρατεταμένης ασιτίας και της δευτεροπαθούς επινεφριδιακής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Η ευγλυκαιμική κετοξέωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με μεταβολική οξέωση υψηλού χάσματος ανιόντων και κετοναιμία/κετονουρία, ακόμη και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη ή υπεργλυκαιμία. Η αναγνώριση εκλυτικών παραγόντων, όπως η ασιτία και η επινεφριδιακή ανεπάρκεια, καθώς και η άμεση διακοπή του SGLT2 αναστολέα και η κατάλληλη ορμονική υποκατάσταση είναι καθοριστικές για την επιτυχή αντιμετώπιση.

e-POSTERS

eP 026

ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ PAENICLOSTRIDIUMSORDELLII ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Ιωάννα Χαλκιώτη, Αναστασία Ρουμπάκη, Μαρία Μπουρέλου, Μαριλένα Σκουλουδάκη, Ισίδωρος Μπακαούκας, Σταμάτα Παγώνη

Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σηπτική αρθρίτιδα αποτελεί μία επείγουσα κλινική οντότητα, η οποία δύναται να προκαλέσει μόνιμη βλάβη της άρθρωσης καθώς και συστηματικές επιπλοκές. Το Paeniclostridium sordellii αποτελεί ένα σπάνιο, αναερόβιο, Gram θετικό μικροοργανισμό, που σχετίζεται κυρίως με λοιμώξεις μαλακών μορίων και μαιευτικές επιπλοκές, ενώ η συμμετοχή του σε αρθρικές λοιμώξεις είναι εξαιρετικά σπάνια. Σκοπός της εργασίας, είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού σηπτικής αρθρίτιδας από το εν λόγω παθογόνο σε νεαρή γυναίκα.

Υλικό / Μέθοδοι: Γυναίκα 26 ετών, προσήλθε με εμπύρετο έως 38,5 °C με συνοδό έντονο άλγος, οίδημα και περιορισμό κινητικότητας αριστερού γόνατος. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται ψυχιατρική νόσος υπό αγωγή, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και έκθεση σε σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε θερμή, διογκωμένη και επώδυνη κατά γόνυ άρθρωση με παρουσία υγρού, καθώς και σημείων αυτοτραυματισμού στον αριστερό μηρό, σε φάση επούλωσης. Πραγματοποιήθηκε παρακέντηση αρθρικού υγρού, με θολερή όψη και αυξημένο αριθμό κυττάρων (12.234/μL). Από τον εργαστηριακό έλεγχο, αναδείχθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και έγινε έναρξη εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής. Η ασθενής υπεβλήθη ακόμα σε γυναικολογικό έλεγχο με λήψη καλλιεργειών κολπικού επιχρίσματος, ενώ εστάλη και πλήρης ανοσολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Η καλλιέργεια αρθρικού υγρού αναδείχθηκε θετική για το παθογόνο Paeniclostridium sordellii, ενώ οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και κολπικού επιχρίσματος απέβησαν αρνητικές. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν επίσης αρνητικός. Η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε βάση αντιβιογράμματος και η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, με άμεση υποχώρηση της συμπτωματολογίας.

Συμπεράσματα: Η σηπτική αρθρίτιδα από Paeniclostridiumsordellii αποτελεί μια σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή κλινική οντότητα, η οποία απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή της. Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει ότι το συγκεκριμένο παθογόνο δύναται να προκαλέσει λοιμώξεις αρθρώσεων ακόμα και σε νεαρούς ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω παρακέντησης και καλλιέργειας αρθρικού υγρού σε συνδυασμό με την άμεση έναρξη αντιβιοτικής αγωγής έχουν καθοριστική σημασία στην πορεία της νόσου.

e-POSTERS

eP 027

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SCHISTOSOMA HAEMATOBIUM: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ

Παναγιώτα Φάλλον, Μαρία Δήμου, Δημήτριος Μισσιούδης, Αλεξάνδρα Σιάννη, Αρχοντούλα Φράγκου, Αλέξανδρος Μυριάνθους

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς»

Η ουρογεννητική σχιστοσωμίαση αποτελεί παραμελημένη τροπική νόσο, ενδημική κυρίως στην Αφρική και την Ασία, με σπάνια εμφάνιση στην Ευρώπη. Παρουσιάζουμε την περίπτωση 18χρονου άνδρα από το Σουδάν, ο οποίος προσήλθε με εμμένουσα αιματουρία, κνησμό της γεννητικής περιοχής και πωσινοφιλία. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με θετικό ανοσολογικό έλεγχο για Schistosoma spp. και ανεύρεση ωαρίων Schistosoma haematobium στην παρασιτολογική εξέταση ούρων. Ο ασθενής έλαβε πραζικουαντέλη σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, με επακόλουθη κλινική βελτίωση. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της σχιστοσωμίασης σε μη ενδημικές περιοχές, ιδίως σε άτομα με καταγωγή ή ιστορικό έκθεσης σε ενδημικές περιοχές.

e-POSTERS

eP 028

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΑ ΗΠΑΤΟΜΕΓΑΛΙΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κυριάκος Κυριακίδης, Βασίλειος Κορδίνας, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Φραγκίσκη-Ιωάννα Σοφίου, Εμμανουέλα Μιχαλιού, Σοφία Νικολοπούλου, Ευάγγελος Μιχελάκης, Ουρανία Αποστόλου

Γ. Ν. Ν. Π. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αλκοολική στεατοηπατίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με έντονη χολόσταση και απορρύθμιση υποκείμενης χρόνιας ηπατικής νόσου, δημιουργώντας σημαντικές διαγνωστικές προκλήσεις. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού με ακραία ηπατομεγαλία και σοβαρό χολοστατικό πρότυπο που απαίτησε εκτεταμένη διερεύνηση.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 40 ετών με ιστορικό μακροχρόνιας καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ προσήλθε λόγω ικτέρου και προοδευτικής κοιλιακής διάτασης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ασπαρτική αμινοτρανσφεράση 143 U/L, αλανινική αμινοτρανσφεράση 58 U/L, αλκαλική φωσφατάση 426 U/L, γλουταμυλοτρανσφεράση 2093 U/L και ολική χολερυθρίνη 10,3 mg/dL. Η προγνωστική αξιολόγηση κατέδειξε Maddrey Discriminant Function 20, MELD 21 και Child-Pugh B. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ηπατομεγαλία 30 cm με μορφολογικά χαρακτηριστικά χρόνιας ηπατοπάθειας. Ακολούθησε διερεύνηση με μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία, υπερηχογράφημα Doppler σπληνοπυλαίου άξονα, υπερηχοκαρδιογράφημα, ανοσολογικό και ιολογικό έλεγχο, καθώς και διαδερμική βιοψία ήπατος.

Αποτελέσματα: Δεν τεκμηριώθηκαν αποφρακτικά, αγγειακά, καρδιακά, αυτοάνοσα, λοιμώδη ή μεταβολικά αίτια ηπατικής βλάβης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε έντονη μικρο- και μεγαλοφυσαλιδώδη στεάτωση, ballooning εκφύλιση ηπατοκυττάρων, σωμάτια Mallory-Denk, λοβιακή φλεγμονή και προχωρημένη ινωτική αναδιαμόρφωση, συμβατά με σοβαρή αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Χορηγήθηκε εντατική υποστηρικτική αγωγή με διουρητικά, ενδοφλέβια λευκωματίνη, ουρσοδεοξυχολικό οξύ λόγω της έντονης χολόστασης, διατροφική υποστήριξη και αυστηρή αποχή από το αλκοόλ. Κατά την έξοδο παρατηρήθηκε σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με μείωση της ολικής χολερυθρίνης από 10, 3 σε 4,1 mg/dL και του MELD από 21 σε 19.

Συμπεράσματα: Η αλκοολική στεατοηπατίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με ακραία ηπατομεγαλία και έντονη χολόσταση, μιμούμενη άλλα ηπατοχολικά νοσήματα. Η συστηματική διαγνωστική διερεύνηση και η βιοψία ήπατος συνέβαλαν καθοριστικά στην τεκμηρίωση της διάγνωσης και στον αποκλεισμό εναλλακτικών αιτιών ηπατικής βλάβης. Η έγκαιρη υποστηρικτική θεραπεία και η πλήρης αποχή από το αλκοόλ αποτελούν βασικούς παράγοντες βελτίωσης της κλινικής πορείας.

e-POSTERS

eP 029

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΙΦΝΙΔΙΑΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΣΗΣ ΛΟΓΩ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΑΜΣΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΛΛ

Γεωργία Χατζάκη[1], Ευφροσύνη Ευστρατιάδη[1], Δανάη-Γεωργία Κιτζόγλου[1], Ιορδάνης Αλεξιάδης[2], Κωνσταντίνος Θεμιστοκλής[2], Αθηνά Καλαμάτα[3], Κασσιανή Μανωλουδάκη[4], Στυλιανή Γερακάρη[1]

[1] *ΤΕΠ ΓΝΠ «Τζάνειο»*
[2] *Νευροχειρουργική Κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»*
[3] *Νευρολογική Κλινική ΓΝΠ « Τζάνειο»*
[4] *Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΠ «Τζάνειο»*

Εισαγωγή: Γυναίκα 71 ετών προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο» με ΕΚΑΒ λόγω αιφνίδιας, από ωρών, έναρξης άλγους αριστερού άνω άκρου, αιμωδίες άνω-κάτω άκρων, κλώνου και αστάθειας βάδισης και ορθοστάτισης. Η ασθενής ήταν πλήρως προσανατολισμένη σε χώρο-χρόνο.

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (2019), υποθυρεοειδισμός, δυσλιπιδαιμία, ακράτεια ούρων υπό αγωγή.

Από τη νευρολογική εξέταση: κλώνος κάτω άκρων, αιμωδίες πελμάτων-παλαμών, αυξημένα αντανακλαστικά κάτω άκρων, μειωμένη ισχύς έκτασης αγκώνων, ομότιμη ισχύς άκρων αμφοτερόπλευρα, χωρίς δυσαισθησία περινέου.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο: σοβαρή λευκοκυττάρωση (WBC: 178.440 με 93% λεμφοκύτταρα), χωρίς δείκτες φλεγμονής. Επίχρισμα περιφερικού αίματος: άφθονες πυρηνικές σκιές με απόλυτη λεμφοκυττάρωση από μικρού και μεσαίου μεγέθους λεμφοκύτταρα, με χαρακτήρες ώριμου λεμφοκυττάρου, συμβατή με τη νόσο (Β-ΧΛΛ).

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε επείγουσα Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου- ΑΜΣΣ με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό όπου απεικονίστηκε οπίσθια επισκληρίδια συλλογή (3x1εκ.) στο ύψος Α4-Α6 σπονδύλων, χωρίς πρόσληψη σκιαγραφικού, με πίεση του νωτιαίου σάκου, η οποία και επιβεβαιώθηκε με Μαγνητική Τομογραφία.

Έγινε άμεση έναρξη ενδοφλέβιας δεξαμεθαζόνης (12mg ημερησίως).

Η ασθενής παρουσίασε ήπια βελτίωση των αιμωδιών και υπεβλήθη μετά από 48ώρου σε επιτυχή αφαίρεση του αιματώματος και πλήρη αποκατάσταση της νευρολογικής σημειολογίας και των ορθοκυστικών διαταραχών. Έγινε σταδιακή αποκλιμάκωση της κορτιζονοθεραπείας και εξήλθε μετά πενθημέρου.

Αποτελέσματα: Η διεγχειρητική βιοψία (θρόμβος, οστικά ιστοτεμαχίδια και ελάχιστος κυτταρικός μυελός) ανέδειξε αιματοπήγματα, οστεοπορωτικές οστεοδοκίδες και μυελικούς χώρους αποτελούμενους από ινολιπώδη ιστό και κυτταρικό μυελό με διήθηση καθ' υπεροχήν από CD20(+) Β-λεμφοκύτταρα.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μεμονωμένες και σπάνιες περιπτώσεις ΧΛΛ ασθενών με αυτόματο επισκληρίδιο αιμάτωμα αυχενικής μοίρας με συμπίεση νωτιαίου μυελού και παρουσία διηθήσεων από Β-λεμφοκύτταρα.

Στη διαφοροδιάγνωση τίθεται η αντιδραστική διήθηση από πολυκλωνικά Β-λεμφοκύτταρα, η εξωμυελική εντόπιση της ΧΛΛ και το Λέμφωμα Richter ή άλλο Β- Λέμφωμα (επισκληρίδια μάζα). Στην συγκεκριμένη ασθενή πρόκειται για διήθηση του αυχενικού μυελού από CD20(+) Β-λεμφοκύτταρα, εύρημα συμβατό με τη νόσο της (ΧΛΛ).

e-POSTERS

eP 030

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΧΕΣΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Κωνσταντίνος Παργινός[1], Χρήστος Καρράς[1], Ευφροσύνη Ευστρατιάδη[1], Κερασούλα Αντωνιάδου[2], Κωνσταντίνα Κατωπόδη[2], Γεώργιος Λοΐζος[3], Ζαχαρούλα Κιολέογλου[1], Δανάη-Γεωργία Κιτζόγλου[1], Στυλιανή Γερακάρη[1], Γαρυφαλιά Λιναρδάκη[3]

[1] *ΤΕΠ ΓΝΠ «Τζάνειο»*
[2] *Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΠ « Τζάνειο»*
[3] *Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΠ «Τζάνειο»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Άνδρας 24 ετών προσέρχεται στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων από 3 εβδομάδων, αδυναμίας - καταβολής και ζάλης από ημερών καθώς και για διερεύνηση σοβαρής αναιμίας που ανευρέθη σε εξωτερικό έλεγχο. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται σκωληκοειδεκτομή. Δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ωχρότητα δέρματος - επιπεφυκότων με φυσιολογικά ζωτικά σημεία και κοιλιά μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση. Η δακτυλική εξέταση ανέδειξε κενή λήκυθο.

Υλικό και Μέθοδοι: 1. Εργαστηριακός έλεγχος: [WBC : 7000 K/μL τύπος 70,9, Hb 5,4 g/dL, Hct : 16,9 %, MCV: 84.5 fL MCH:27pg MCHC:32g/dl PLTs:431K/μL].

Απεικονιστικός έλεγχος: Ακτινογραφία και υπερηχογράφημα κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

2. Πραγματοποιήθηκε γαστρεντερολογική εκτίμηση και άμεση ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Κατά την εξέταση αναδείχθηκε αιμορροϊδοπάθεια τρίτου βαθμού ως αιτία της αναφερόμενης αιματοχεσίας και της σοβαρής αναιμίας του ασθενούς. Ως τυχαίο εύρημα διαπιστώθηκε εντυπωσιακή εικόνα παρουσίας οξύουρων, εύρημα συμβατό με εντεροβίαση (εντεροβίωση).

Ο Enterobius vermicularis είναι νηματώδες παράσιτο του εντέρου, που μεταδίδεται κυρίως κοπρανοστοματικά και προκαλεί συνήθως νυχτερινό περιπρωκτικό κνησμό.

Η διάγνωση γίνεται κυρίως με τη δοκιμασία κολλητικής ταινίας σε συμπτωματικούς ασθενείς και η θεραπεία περιλαμβάνει αντιελμινθικά, όπως μεβενδαζόλη, αλμπενδαζόλη, πυραντέλη.

Ο ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση, μετάγγιση με συμπυκνωμένα ερυθρά, περαιτέρω ενδοσκοπική διερεύνηση και αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας και λήψη αντιπαρασιτικής αγωγής.

Συμπεράσματα

1. Η αιματοχεσία σε νεαρό ασθενή χρήζει διερεύνησης.
2. Η Hb:5,4 g/dL υποδηλώνει βαριά αναιμία και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση.
3. Η αιμορροϊδοπάθεια μπορεί να είναι αιτία σοβαρής αιμορραγίας πεπτικού, και πρέπει να αξιολογείται σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας.
4. Οι οξύουροι είναι συνήθως καλοήθης παρασιτική λοίμωξη με κύριο σύμπτωμα τον περιπρωκτικό κνησμό.
5. Η παρατήρηση του ενδοσκόπου για παρουσία επιπλέον σημαντικών ευρημάτων στην ενδοσκόπηση δεν πρέπει να περιορίζεται στην προφανή διαγνωστική σκέψη.

e-POSTERS

eP 031

ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Μιχαέλα Φραγκονικολάκη, Παναγιώτα Σταθοπούλου, Ευθύμης Φιλιππόπουλος, Μαρία Ταμπάκη, Θεόδωρος Κατσίκας, Αικατερίνη Αργυράκη

Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η πνευμονιοκοκκική βακτηριαιμία αποτελεί σοβαρή μορφή διεισδυτικής πνευμονιοκοκκικής νόσου. Η παρασπονδυλική εντόπιση της λοίμωξης είναι ιδιαίτερα σπάνια και η διάγνωσή της απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας, ιδίως όταν η αρχική διερεύνηση δεν αναδεικνύει σαφή εστία.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 64 ετών με ιστορικό οστεοαρθρίτιδας, χοληδοχοκήλης και ανευρύσματος ανιούσας αορτής προσήλθε λόγω εμπυρέτου από πενθημέρου και οξείας οσφυαλγίας με αντανάκλαση στον αριστερό μηρό. Κατά την εισαγωγή ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς νευρολογικό έλλειμμα, με υψηλούς δείκτες φλεγμονής (WBC 33.700/μL, CRP 23,58 mg/dL). Από τρία σετ αιμοκαλλιεργειών απομονώθηκε *Streptococcus pneumoniae*, ενώ οι επαναληπτικές αιμοκαλλιέργειες παρέμειναν στείρες μετά την έναρξη στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής. Ο εκτεταμένος διαγνωστικός έλεγχος για ανάδειξη της εστίας της βακτηριαιμίας, με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας, MRCP και υπερηχοκαρδιογράφημα, δεν ανέδειξε σαφή εστία λοίμωξης. Κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε περικαρδίτιδα, η οποία ανταποκρίθηκε στη συνήθη αντιφλεγμονώδη αγωγή. Παρά τη χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας, επέμεναν τα πυρετικά κύματα και οι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η διενέργεια PET/CT ανέδειξε παθολογική πρόσληψη στο επίπεδο Ο5-Ι1, ενώ η μαγνητική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας ανέδειξε παρασπονδυλική συλλογή συμβατή με απόστημα. Η διαδερμική βιοψία της βλάβης δεν ανέδειξε ανάπτυξη μικροβίου ούτε ειδικά ιστολογικά ευρήματα, πιθανώς λόγω της ήδη χορηγούμενης αντιμικροβιακής αγωγής. Κατόπιν εκτίμησης από χειρουργό σπονδυλικής στήλης αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή συνολικής διάρκειας έξι εβδομάδων. Η ασθενής παρουσίασε πλήρη κλινική ανταπόκριση, ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής και, στον επανέλεγχο με μαγνητική τομογραφία, πλήρη υποχώρηση της παρασπονδυλικής βλάβης.

Συμπεράσματα: Η πνευμονιοκοκκική βακτηριαιμία με παρασπονδυλική εντόπιση αποτελεί σπάνια εκδήλωση της διεισδυτικής πνευμονιοκοκκικής νόσου. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της διερεύνησης επίμονου εμπυρέτου και οσφυαλγίας σε ασθενείς με βακτηριαιμία, ακόμη και όταν η αρχική διερεύνηση δεν αποκαλύπτει εμφανή εστία λοίμωξης. Η έγκαιρη διάγνωση, η διεπιστημονική προσέγγιση και η κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία μπορούν να οδηγήσουν σε πλήρη αποδρομή της λοίμωξης και ευνοϊκή έκβαση.

e-POSTERS

eP 032

ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Παναγιώτα Νικηφόρου, Ανδρέας Τοφαρίδης, Κώστας Κωνσταντίνου, Λίνος Χατζηχάννας, Αναστασία Αντωνίαδου, Χαρά Αζίνα

Παθολογική Κλινική Γενικου Νοσοκομείου Λευκωσίας, Κύπρος

Εισαγωγή: Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (ΠΑΑ) αποτελεί διαρκή διαγνωστική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό, καθώς η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει ευρύ φάσμα νοσημάτων, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται λοιμώδη νοσήματα, νεοπλασματα και αυτοάνοσα νοσήματα, αλλά και αίτια όπως φάρμακα και ο πλασματικός πυρετός. Η λεπτομερής λήψη ιστορικού, σε συνδυασμό με στοχευμένο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, είναι καθοριστική για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με ΠΑΑ και άτυπες κλινικές εκδηλώσεις, ο οποίος τελικά διαγνώστηκε με αιματολογική κακοήθεια.

Υλικό: Άρρεν ασθενής, 59 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, παραπέμφθηκε για διερεύνηση εμπυρέτου, άνω των 38°C, διάρκειας δύο μηνών. Κατά την εισαγωγή, παρουσίαζε υποξυγοναιμική αναπνευστική ανεπάρκεια, ενώ από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν συνοδές ελκωτικές, ασύμμετρες, ερυθροϊώδεις βλάβες στα άνω και κάτω άκρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοπενία, μικροκυτταρική υπόχρωμη αναιμία, αυξημένη γαλακτική αφυδρογονάση (LDH), τριψήφια αύξηση των τρανσαμινασών και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), καθώς και τετραψήφιες τιμές φερριτίνης. Δεδομένης της διαμονής του σε αγροτική περιοχή, σε συνδυασμό με τις ανάγκες σε οξυγόνο και τα αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα, χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή που κάλυπτε τυπικά και άτυπα παθογόνα, με αρχική πιθανή διάγνωση τη λοίμωξη αναπνευστικού από Coxiella burnetii (πυρετός Q), λαμβάνοντας υπόψη την ενδημικότητά της στην Κύπρο. Παράλληλα, υποβλήθηκε σε ολοσωματική αξονική τομογραφία, οστεομυελική βιοψία και βιοψία δέρματος.

Αποτελέσματα: Παρά τη χορήγηση αγωγής με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και δοξυκυκλίνη, ο ασθενής εμφάνιζε επιδεινούμενη κλινική εικόνα, χωρίς ύφεση των δεικτών φλεγμονής, ενώ οι δερματικές βλάβες δεν ερμηνεύονταν από την αρχικώς τεθείσα διάγνωση. Η ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εξέταση της βιοψίας δέρματος έθεσε τελικά τη διάγνωση του πρωτοπαθούς δερματικού γδ Τ-κυτταρικού λεμφώματος.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα σε αιματολόγο για έναρξη χημειοθεραπείας. Το συγκεκριμένο λέμφωμα αποτελεί μία ιδιαίτερα σπάνια οντότητα, αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από το 1% του συνόλου των δερματικών Τ-κυτταρικών λεμφωμάτων, και χαρακτηρίζεται από επιθετική βιολογική συμπεριφορά και περιορισμένη ανταπόκριση στη συμβατική χημειοθεραπεία.

e-POSTERS

eP 033

ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS VIRIDANS

Γεωργία Κουτσούκη, Γιαννούλα Ρέντζιου, Σταματούλα Μέλλιου
ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Σκοπός: Τα ηπατικά αποστήματα αποτελούν τη συχνότερη κατηγορία ενδοκοιλιακών σπλαγχνικών αποστημάτων και χαρακτηρίζονται από τον σχηματισμό πυωδών συλλογών εντός του ηπατικού παρεγχύματος. Η ανάπτυξή τους αποδίδεται πρωτίστως σε βακτηριακές λοιμώξεις, οι οποίες δύνανται να προσβάλλουν το ήπαρ μέσω της χοληφόρου οδού, της πυλαίας ή της συστηματικής κυκλοφορίας, του γαστρεντερικού σωλήνα ή μέσω αιματογενούς διασποράς. Η συνύπαρξη βακτηριαιμίας αποτελεί συχνό εύρημα και σχετίζεται με βαρύτερη κλινική πορεία, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης και σηπτικών επιπλοκών. Στη διαγνωστική προσέγγιση των ηπατικών αποστημάτων απαιτείται διαφοροποίηση κυρίως από τα αμοιβαδικά αποστήματα και τις κύστεις εχινοκόκκου του ήπατος.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου της ασθενούς, η οποία νοσηλεύτηκε στην Α' Παθολογική Κλινική για το διάστημα 14-01-2026 έως 13-02-2026.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 56 ετών, με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε λόγω πυρετού έως 38,5°C και άλγους δεξιού υποχονδρίου διάρκειας 15 ημερών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες φλεγμονής (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών) και διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας με τριψήφιες τρανσαμινάσες. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία (κεφαλουραία διάμετρος 21, 5 εκ.) και ευμεγέθη πολυδιαφραγματική κυστική αλλοίωση στα ηπατικά τμήματα IVa, IVb, V και VIII, διαστάσεων 14,6 x 12 εκ, συμβατή με ηπατικό απόστημα. Επιπλέον δύο εκ των τριών ζευγών αιμοκαλλιεργειών ήταν θετικές για Streptococcus viridans και η αντιμικροβιακή αγωγή τροποποιήθηκε σε ενδοφλέβια πενικιλλίνη G, ενώ ο ορολογικός έλεγχος για αμοιβάδωση και εχινοκοκκίαση ήταν αρνητικός. Ταυτόχρονα διενεργήθηκε διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος υπό αξονική τομογραφική καθοδήγηση με πλήρη κλινικοεργαστηριακή βελτίωση της ασθενούς. Ο επανέλεγχος στους 3 μήνες ήταν αρνητικός με πλήρη υποχώρηση της αποστηματικής κοιλότητας.

Συμπεράσματα: Παρά τη χαμηλή επίπτωση τους, τα ηπατικά αποστήματα εξακολουθούν να αποτελούν κλινική πρόκληση λόγω της δυνητικά σοβαρής τους έκβασης. Η έγκαιρη αναγνώριση της νόσου, η άμεση έναρξη κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και η στενή συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων ιατρικών ειδικοτήτων αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη βελτίωση της πρόγνωσης και της κλινικής έκβασης των ασθενών.

e-POSTERS

eP 034

ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ BREVIBACTERIUM RAVENSPURGENSE

Χρήστος Δήμας, Θεοχάρις Γρηγορίου, Μάριος Χαντουμάκης, Γεωργία Τσουμή, Εμμανουήλ Τζαγκαράκης, Νεκταρία Βασιλάκη

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΗ «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Το Brevibacterium, είναι είδος gram-θετικών, κορυνόμορφων, αερόβιων, καταλάση θετικών βακτηρίων που αποτελείται περίπου από πενήντα αναγνωρισμένα είδη. Στην κλινική πράξη έχουν απομονωθεί δέκα είδη μεταξύ αυτών το B. casei που είναι το συχνότερο, το B. ravenspurgense, το B. epidermidis, το B. sanquinis κ. α. Προκαλεί συνήθως ευκαιριακές λοιμώξεις σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αποτελώντας αίτιο βακτηριαιμίας κυρίως λόγω οστεοαρθρικών λοιμώξεων, λοιμώξεων μαλακών μορίων και λοιμώξεων σχετιζόμενων με καθετήρες. Επίσης μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, περιτονίτιδα και δημιουργία αποστημάτων.

Σκοπός: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού βακτηριαιμίας από B. ravenspurgense σε κατακεκλιμένη ασθενή.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 83 ετών, μόνιμα κατακεκλιμένη με ιστορικό νοσογόνου παχυσαρκίας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και πρόσφατης νοσηλείας λόγω λοίμωξης αναπνευστικού εξ εισροφήσεως, εισήχθη στην κλινική μας λόγω επιδείνωση γενικής κατάστασης και αναφερόμενης δύσπνοιας. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, εμπύρετη με PO_2=55mmHg. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε με WBCs: 16.200/μL με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, CRP: 30,9 mg/dl, Cr: 1,29mg/dl, Urea: 61mg/dl.

Κλινικά διαπιστώθηκε κατάκλιση 4ου βαθμού ιεροκοκκυγικά με εικόνα ενεργού φλεγμονής και παρουσία νεκρωτικού ιστού. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος, ούρων και πύου κατάκλισης ενώ έγινε έναρξη ενδοφλέβιας εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και τεϊκοπλανίνη. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός της κατάκλισης και τοποθετήθηκε VAC.

Αποτέλεσμα: Από την καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε Brevibacterium ravenspurgense, η καλλιέργεια ούρων ανέδειξε E. coli ενώ από το πύον ανευρέθη Providencia stuartii και E. coli. Η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε iv χορήγηση βανκομυκίνης και μεροπενέμης. Κατά την νοσηλεία της, η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά και έλαβε εξιτήριο την 14η μέρα νοσηλείας.

Συμπεράσμα: Η βακτηριαιμία από B. ravenspurgense αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση λοιμωξιολογικού ενδιαφέροντος. Πρόκειται για ένα αναδυόμενο παθογόνο με περιορισμένα διαθέσιμα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα, του οποίου η αντιβιοτική κάλυψη οφείλει να επιλέγεται ορθολογικά καθώς εμφανίζει σημαντική αντοχή σε κοινά αντιβιοτικά όπως οι β-λακτάμες, η κλινδαμυκίνη κ. α.

e-POSTERS

eP 035

ΠΥΡΕΤΟΣ Q ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Μάριος Χαντουμάκης, Θεοχάρις Γρηγορίου, Χρήστος Δήμας, Αικατερίνη Τσέλιου, Χαράλαμπος Λυδάκης, Νεκταρία Βασιλάκη, Εμμανουήλ Τζαγκαράκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Ο πυρετός Q είναι μια ζωονόσος που οφείλεται στο βακτήριο Coxiella burnetii. Μεταδίδεται αερογενώς μέσω μικροσωματιδίων από βιολογικά υγρά μολυσμένων ζώων (βοοειδή, αιγοπρόβατα). Συνήθως διαδράμει ασυμπτωματικά ωστόσο στην οξεία φάση μπορεί να εκδηλωθεί ως αυτοπεριοριζόμενη ιογενής συνδρομή, με σπανιότερες εκδηλώσεις την πνευμονία και την ηπατίτιδα. Επίσης μπορεί να λάβει χρόνια μορφή με συνηθέστερη επιπλοκή την ενδοκαρδίτιδα.

Σκοπός: Παρουσίαση μεμονωμένου περιστατικού με χρόνια λοίμωξη από C. burnetii σε άντρα που διαμένει στην ενδοχώρα του Ηρακλείου.

Υλικά Μέθοδος: Άντρας 75 ετών με α/α: ΚΜ, ΣΝ, ΜΤΒ προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω διαλείποντος πυρετού και κακουχίας από 6μήνου. Προ μηνός έλαβε αντιβιοτική αγωγή με αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ και αζιθρομυκίνη ως επί λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, ωστόσο με την ολοκλήρωση της επανεμφάνισε εμπύρετο έως 39°C με ρίγος χωρίς άλλα συμπτώματα. Είχε ξεκινήσει διερεύνηση με CT θώρακος και κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα και ανοσολογικό έλεγχο που ήταν αρνητικός. Από την κλινική εξέταση: χωρίς οργανομεγαλία ή λεμφαδενοπάθεια. Από τον παρακλινικό έλεγχο: ΗΚΓ, CxR και ABGs χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε CRP:13. 6mg/dl(φτ:0-5), ήπια αυξημένα διψήφια ηπατικά ένζυμα, ΤΚΕ 54mm/h. Αναφέρει περιστασιακά κατανάλωση πρόβειου γάλακτος που προμηθεύεται από οικείο πρόσωπο.

Αποτελέσματα: Στα πλαίσια διερεύνησης στάλθηκαν: διάφορα σετ αιμοκαλλιεργειών, TTU/S για πιθανή λοίμωξη καλωδίων, έλεγχος Quantiferon και καλλιέργεια πτυέλων για κοινά μικρόβια και B-Koch που απέβησαν αρνητικά. Επίσης ζητήθηκε ιολογικός έλεγχος και ορολογικός έλεγχος για άτυπους μικροοργανισμούς. Τα αντισώματα έναντι Coxiella burnetii IgG φάσης Ι ήταν υψηλά οπότε τέθηκε η διάγνωση χρόνιας λοίμωξης πυρετού Q και ο ασθενής τέθηκε σε δοξυκυκλίνη από του στόματος. Εξήλθε σε άριστη κλινική κατάσταση ωστόσο είναι υπό παρακολούθηση στο τακτικό ιατρείο και 2 μήνες μετά ο τίτλος των αντισωμάτων υποδιπλασιάστηκε.

Συμπέρασμα: Η λοίμωξη από Coxiella burnetii αποτελεί σπάνιο επιδημιολογικά φαινόμενο. Ωστόσο, σε παρατεινόμενο εμπύρετο με παράγοντες κινδύνου έκθεσης του ξενιστή, οφείλει να λαμβάνεται υπόψιν λόγω της χρόνιας μορφής της και των επιπλοκών που επιφέρει.

e-POSTERS

eP 036

ΚΡΥΜΜΕΝΗ ΕΣΤΙΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΤΑΤΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ MSSA ΜΕ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ

Θεοχάρις Γρηγορίου, Νεκταρία Βασιλάκη, Μάριος Χαδιαράκος, Ιωάννα Κανή, Αικατερίνη Τσέλιου, Χρήστος Δήμας, Μαρία Μπαχλιτζανάκη, Εμμανουήλ Τζαγκαράκης, Χαράλαμπος Λυδάκης

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Σκοπός: Η μικροβιαιμία από Methicillin Sensitive Staphylococcus aureus (MSSA) αποτελεί σοβαρή λοίμωξη με υψηλή νοσηρότητα και συχνά σχετίζεται με διάφορες ενδογενείς εστίες όπως τα οστά, την καρδιά, τον πνεύμονα, σπανιότερα τον προστάτη κ. α. Η έγκαιρη αναγνώριση της πηγής λοίμωξης είναι καθοριστική για την ορθή θεραπεία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού μικροβιαιμίας από MSSA με αρχική εστία τον προστάτη και επαγώμενη πολυεστιακή διασπορά.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 67 ετών, καπνιστής, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, διακομίσθηκε στην κλινική μας από το Γ. Ν. Ρεθύμνου όπου νοσηλευόταν λόγω οξείας προστατίτιδας και μικροβιαιμίας από MSSA. Ο ασθενής ελάμβανε αγωγή με κλοξακιλλίνη. Αρχικά έγινε ο απαιτούμενος έλεγχος διερεύνησης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας όπου απέβη αρνητικός. Επίσης λόγω μυϊκής αδυναμίας δεξιού άνω άκρου και αδυναμία βάδισης πραγματοποιήθηκε νευρολογική εκτίμηση και διενέργεια αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου προς αποκλεισμό παρουσίας εμβολικών εμφράκτων με αρνητικό πόρισμα. Παράλληλα, λόγω εμμένουσας φλεγμονώδους δραστηριότητας διενεργήθηκε αξονική τομογραφία αυχένα, θώρακος και κοιλίας, που ανέδειξε αποστηματικές βλάβες στο ύψος των αυχενικών σπονδύλων Α3-Α4(2,8x2εκ), στον προστάτη(4,2x6εκ), στον δεξιό όρχι(4x1,8εκ) καθώς και ατελεκτασία δεξιού κάτω λοβού με σύστοιχο διήθημα.

Αποτελέσματα: Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, ζητήθηκε ουρολογική εκτίμηση όπου συνεστήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση των αποστημάτων ενώ μετά από νευροχειρουργική εκτίμηση ο ασθενής υπεβλήθη σε αυχενική σπονδυλοδεσία. Σταδιακά παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με επαναλαμβανόμενες καλλιέργειες αίματος στείρες. Σε επαναληπτική αξονική τομογραφία ένα και τρείς μήνες μετά παρατηρήθηκε σαφή βελτίωση των αποστημάτων.

Συμπεράσματα: Το παραπάνω περιστατικό αναδεικνύει ότι τα αποστήματα προστάτη από MSSA αν και σπάνια, μπορούν να αποτελέσουν εστία μικροβιαιμίας με εκτεταμένη μεταστατική διασπορά. Η ενδελεχής διερεύνηση για δευτερογενείς εστίες και η διεπιστημονική συνεργασία αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ορθή και έγκαιρη αντιμετώπιση ασθενών με πολλαπλές εστίες λοίμωξης.

e-POSTERS

eP 037

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΕΠΙ ΤΡΙΩΝ ΦΥΣΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Διονυσία Φιλοπούλου[1], Θεόδωρος Κατσίκας[1], Μαρία Ταμπάκη[1], Γεώργιος Δημητρακάκης[2], Αικατερίνη Αδραμάκη[3], Κιτρομήλη Ζιώγα[3], Ουρανία Κατσαρού[4], Αικατερίνη Αργυράκη[1], Σκεύος Σιδερής[5], Κυριακή Ηλιάδου[6], Θεόδωρος Μήλας[2]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Ν. Θ. Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα*
[2] *Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ. Ν. Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα*
[3] *Οδοντιατρικό τμήμα, Γ. Ν. Ν. Θ. Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα*
[4] *Γ΄ Πανεπιστημιακη Καρδιολογικη Κλινικη, Γ. Ν. Ν. Θ. Α. «Η Σωτηρία»*
[5] *Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα*
[6] *Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πολυβαλβιδική λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί σπάνια μορφή της νόσου με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η ταυτόχρονη προσβολή τριών φυσικών βαλβίδων είναι εξαιρετικά ασυνήθης, ενώ η διαθέσιμη βιβλιογραφία περιορίζεται κυρίως σε αναφορές περιστατικών. Παρουσιάζεται περίπτωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (ΙΕ) επί τριών φυσικών βαλβίδων με ιδιαίτερα σύνθετη μικροβιολογική και θεραπευτική διαχείριση.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 27 ετών με ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών, χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ, χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας C και δύο προηγούμενων επεισοδίων ΙΕ της τριγλώχινας βαλβίδας (2022, 2024), εισήχθη λόγω εμπύρετου με ρίγος και θωρακαλγία. Οι αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν διαδοχικά ευαίσθητο και στη συνέχεια ανθεκτικό στη μεθικιλλίνη *Staphylococcus aureus*. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε εκβλαστήσεις στην αορτική, μιτροειδή και τριγλώχινα βαλβίδα (μέγιστη 1,4x1 cm), με μαζική ανεπάρκεια της τριγλώχινας, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονική υπέρταση. Ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πολλαπλά σηπτικά πνευμονικά και εγκεφαλικά έμβολα, ενώ διαπιστώθηκαν επίσης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρων, και εκτεταμένη οδοντική νόσος.

Αποτελέσματα: Χορηγήθηκε παρατεταμένη ενισχυμένη ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με βανκομυκίνη, δαπτομυκίνη και κεφταρολίνη, καθώς και θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη εξυγίανση της στοματικής κοιλότητας με εξαγωγή μη διατηρήσιμων δοντιών, προς εξάλειψη πιθανής εστίας λοίμωξης οδοντικής προέλευσης. Αφού επετεύχθη αποστείρωση των αιμοκαλλιεργειών και μετά από σχεδόν τρεις μήνες θεραπείας διαπιστώθηκε πλήρης υποχώρηση των εκβλαστήσεων της αορτικής και της μιτροειδούς βαλβίδας. Κατόπιν επανειλημμένων αξιολογήσεων από τη διεπιστημονική ομάδα συνεργασίας (Endocarditis Team), η ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε αντικατάσταση μόνο της τριγλώχινας βαλβίδας με βιολογική πρόθεση και εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη.

Συμπεράσματα: Η ΙΕ επί τριών φυσικών βαλβίδων αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα, χωρίς ισχυρά βιβλιογραφικά δεδομένα ή ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη βέλτιστη θεραπευτική στρατηγική. Η εξατομίκευση της αντιμετώπισης, ιδίως ως προς τον χρόνο και την έκταση της χειρουργικής παρέμβασης, βάσει της ανταπόκρισης στην αντιμικροβιακή αγωγή και της συνεχούς επανεκτίμησης του κινδύνου, καθιστά τη λειτουργία οργανωμένου Endocarditis Team καθοριστική για την επίτευξη ευνοϊκής έκβασης.

e-POSTERS

eP 038

ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ESCHERICHIA COLI ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Φώτιος Αθανασιάδης[1], Ιωάννα Σγάντζου[2], Σοφία Διονυσία Μαλαπάνη[1], Αναστασία Λάντου[1], Δημήτριος Πλαγεράς[1], Βασίλης Κοψαχείλης[1], Αναστασία Νινίκα[2]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*
[2] *Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σπονδυλική οστεομυελίτιδα και η σπονδυλοδισκίτιδα από *Escherichia coli* αποτελούν σπάνιες επιπλοκές λοιμώξεων του ουροποιητικού, συνήθως μέσω αιματογενούς διασποράς. Η διάγνωση συχνά καθυστερεί σε ηλικιωμένους ασθενείς λόγω μη ειδικής συμπτωματολογίας, συννοσηροτήτων και προηγηθείσας αντιμικροβιακής αγωγής. Περιγράφεται περιστατικό σπονδυλοδισκίτιδας με επισκληρίδιο απόστημα από ESBL-παραγωγό E. coli μετά από υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και βακτηριαιμία σε ηλικιωμένο ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 83 ετών με καλοήθη υπερπλασία προστάτη, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και νόσο Parkinson προσήλθε λόγω εμπυρέτου, οξείας συγχυτικής κατάστασης, έντονης οσφυαλγίας από μηνός με αδυναμία ορθοστάτησης από ημερών. Είχαν προηγηθεί νοσηλείες για υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και προστατίτιδα με βακτηριαιμία από *E. coli*. Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκαν εμπύρετο, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και πυουρία. Ελήφθησαν πανκαλλιέργειες και έγινε εμπειρική έναρξη αντιβιοτικών ευρέως φάσματος

Αποτελέσματα: Προς διερεύνηση εστίας εμπυρέτου διενεργήθηκε αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε οστεολυτική καταστροφή των Θ10-Θ11 σπονδυλικών σωμάτων και τελικών πλακών. Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε σπονδυλοδισκίτιδα και ανέδειξε εγκυστωμένη δεξιά οπισθοπλάγια επισκληρίδια συλλογή, συμβατή με απόστημα. Αποκλείστηκαν βρουκέλλωση και φυματίωση. Οι καλλιέργειες αίματος ανέπτυξαν ESBL-παραγωγό *E. Coli* οπότε η αγωγή τροποποιήθηκε σε ενδοφλέβια μεροπενέμη για έξι εβδομάδες. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση, σταθεροποίηση των απεικονιστικών ευρημάτων και σταδιακή ανάκτηση κινητικότητας με φυσικοθεραπεία και κηδεμόνα σπονδυλικής στήλης.

Συμπεράσματα: Η εμμένουσα οσφυαλγία σε ηλικιωμένους με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις πρέπει να εγείρει υποψία σπονδυλικής οστεομυελίτιδας. Η έγκαιρη μαγνητική τομογραφία είναι καθοριστική, ενώ η στοχευμένη παρατεταμένη αντιμικροβιακή αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε ευνοϊκή έκβαση. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις χωρίς σημαντική νευρολογική επιβάρυνση, η συντηρητική αντιμετώπιση του επισκληριδίου αποστήματος μπορεί να είναι επαρκής.

e-POSTERS

eP 039

Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA-ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Stamatia Alexiou, Sophia Damianidou, Kassiani Papatheodosiou, Ioanna Giannouka, Chariklia Christodoulou, Konstantinos Krapis, Konstantinos Karakousis

[1]*Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ANCA αγγειίτιδα αποτελεί συστηματική αγγειίτιδα μικρών αγγείων, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα. Παρουσιάζεται περιστατικό στο οποίο η διερεύνηση αναιμίας οδήγησε στη διάγνωση της νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 60 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και υπερουριχαιμίας προσήλθε στα επείγοντα λόγω αναιμίας που είχε διαπιστωθεί σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο. Ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη αναιμία (Hgb 7.1 gr /dl, Hct 20. 9 %, Mcv 77.4, Mch 26.3) λευκοκυττάρωση (WBC 14,16 K/μl), σημαντικά αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (105 mm/hr) και σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη (cr 8.1 mg /dl, ur 229 mg /dl). Ακολούθησε εκτεταμένος εργαστηριακός, ανοσολογικός και νεφρολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε υψηλό τίτλο αντισωμάτων έναντι της μυελοϋπεροξειδάσης (anti-MPOANCA >200 IU/ml). Από τον έλεγχο ούρων διαπιστώθηκαν μικροσκοπική αιματουρία και λευκωματουρία 1,6 g/24ώρου, συμβατές με νεφριτιδικό σύνδρομο. Επομένως τέθηκε η διάγνωση ANCA-σχετιζόμενης αγγειίτιδας βάσει της κλινικής εικόνας και του ανοσολογικού ελέγχου. Λόγω της σοβαρότητας της νεφρικής δυσλειτουργίας απαιτήθηκαν επείγουσες συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε εξειδικευμένη νεφρολογική κλινική, όπου υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού και έλαβε θεραπεία επαγωγής με ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη και κυκλοφωσφαμίδη. Ακολούθησε σταδιακή αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με διακοπή της αιμοκάθαρσης και συνέχιση της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας σε εξωτερική παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Η ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανεξήγητη αναιμία και οξεία νεφρική βλάβη. Η έγκαιρη αναγνώριση της οξειας νεφρικής βλάβης, η διενέργεια ανοσολογικού ελέγχου και η ταχεία έναρξη εξειδικευμένης θεραπείας μπορούν να αποτρέψουν μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη και να βελτιώσουν την πρόγνωση.

e-POSTERS

eP 040

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ, ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Θωμαή Παπαδάκη, Καρολίνα Ακινόσογλου
[1] *Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν τις συχνότερες συγγενείς ανωμαλίες της παιδικής ηλικίας και συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση της στοματικής και περιοδοντικής υγείας παιδιών με συγγενείς καρδιοπάθειες, η διερεύνηση της παρουσίας μικροοργανισμών που σχετίζονται με τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας προληπτικών παρεμβάσεων στοματικής υγιεινής.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις PubMed και Web of Science σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Συμπεριλήφθηκαν οκτώ πρωτότυπες μελέτες που αφορούσαν παιδιά και εφήβους με συγγενείς καρδιοπάθειες. Η μεθοδολογική ποιότητα αξιολογήθηκε με την τροποποιημένη κλίμακα Newcastle-Ottawa Scale.

Αποτελέσματα: Τα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες εμφάνιζαν συστηματικά χειρότερη στοματική και περιοδοντική υγεία σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους, με αυξημένη μικροβιακή πλάκα, ουλική φλεγμονή, τερηδόνα και χαμηλότερο επίπεδο στοματικής υγιεινής. Επιπλέον, αρκετές από τις μελέτες κατέγραψαν αυξημένη παρουσία μικροοργανισμών που σχετίζονται πιθανώς με τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, όπως οι *viridans streptococci*, οι μικροοργανισμοί της ομάδας HACEK και ο *Streptococcus mutans*. Οι προληπτικές παρεμβάσεις στοματικής υγείας συσχετίστηκαν με εμφανή βελτίωση των δεικτών στοματικής υγιεινής και μείωση του μικροβιακού φορτίου.

Συμπεράσματα: Τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες παρουσιάζουν επιβαρυμένη στοματική και περιοδοντική υγεία και αυξημένη παρουσία δυνητικά παθογόνων μικροοργανισμών που σχετίζονται με τη στοματογενή βακτηριαιμία και τον κίνδυνο εκδήλωσης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Η ενίσχυση της πρόληψης και της συστηματικής στοματικής φροντίδας αποτελεί σημαντική παράμετρο της συνολικής διαχείρισης αυτών των ασθενών. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες προοπτικές μελέτες υψηλής ποιότητας για την επιβεβαίωση των ευρημάτων.

e-POSTERS

eP 041

ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ, ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Άννα Βασιλείου[1], Αλέξια Χριστοδούλου[1], Ελένη Πάππη[1], Παναγιώτα Τσατσάνη[2], Δημήτριος Αργυρόπουλος[3], Σταμάτης Πούπαλος[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Ελισάβετ Κτενά[1], Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Δήμητρα Τσιάκου[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Βασιλική Αργιανά[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»
[2] Ρευματολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»
[3] Ακτινολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός (ΟΜΠ) αποτελεί ένα κληρονομικό αυτοφλεγμονώδες νόσημα που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια πυρετού και ορογονίτιδας, συνήθως περιτοναίου ή/και υπεζωκότα. Η περικαρδιακή συμμετοχή αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση και περιγράφεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις. Σκοπός είναι η παρουσίαση ασθενούς με ιστορικό ΟΜΠ που εμφάνισε πολυορογονίτιδα με υπεζωκοτική, περικαρδιακή και ασκιτική συλλογή καθώς και η ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης αυτών των σπάνιων εκδηλώσεων.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 68 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με οιδήματα κάτω άκρων, γενικευμένη αδυναμία, εμπύρετο και διαρροϊκές κενώσεις. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία, υποθυρεοειδισμός και ΟΜΠ, υπό χρόνια αγωγή με κολχικίνη την οποία διέκοψε αυτοβούλως προ διετίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής και υπερχολερυθριναιμία. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα, ενώ από το υπερηχογράφημα κοιλίας σημειώθηκε εκτεταμένη ασκιτική συλλογή. Από τον λοιμωξιολογικό έλεγχο (καλλιέργειες, μοριακός έλεγχος αναπνευστικού) δεν διαπιστώθηκε παθογόνο αίτιο. Οι αξονικές τομογραφίες θώρακος και κοιλίας επιβεβαίωσαν την παρουσία ασκίτη, υπεζωκοτικών συλλογών καθώς και περικαρδιακή συλλογή. Λόγω της ανεύρεσης πολυορογονίτιδας πραγματοποιήθηκε εκτεταμένος ανοσολογικός έλεγχος που ήταν φυσιολογικός.

Αποτελέσματα: Η παρουσία πολυορογονίτιδας, σε συνδυασμό με το ιστορικό διακοπής της κολχικίνης και τον αποκλεισμό λοιμώδους ή άλλης αυτοάνοσης αιτιολογίας, ήταν συμβατή με την υποτροπή της υποκείμενης νόσου. Η ασθενής τέθηκε εκ νέου σε θεραπεία με κολχικίνη, με σταδιακή κλινική βελτίωση και μείωση των δεικτών φλεγμονής. Ο απεικονιστικός επανέλεγχος ανέδειξε σημαντική υποχώρηση των συλλογών.

Συμπεράσματα: Η περικαρδιακή συλλογή αποτελεί σπάνια εκδήλωση της νόσου ενώ η συνύπαρξή της με ασκίτη και υπεζωκοτικές συλλογές είναι ακόμη σπανιότερη. Το παρόν περιστατικό υπογραμμίζει τη σημασία της συνέπειας στη θεραπεία με κολχικίνη και της συμπερίληψης της υποτροπής της νόσου στη διαφορική διάγνωση ασθενών με πολυορογονίτιδα. Η έγκαιρη αναγνώριση της περικαρδιακής και υπεζωκοτικής συμμετοχής επιτρέπει την ταχεία θεραπευτική παρέμβαση οδηγώντας σε ευνοϊκότερη έκβαση.

e-POSTERS

eP 042

ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑΣ Α

Αλέξια Χριστοδούλου[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Ελένη Πάππη[1], Δημήτριος Αργυρόπουλος[2], Δήμητρα Τσιάκου[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Ελισάβετ Κτενά[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Άννα Βασιλείου[1], Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Ανδρέας Μερλέγγος[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Αναστασία Σπανογιάννη[1], Βασιλική Αργιανά[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»*
[2] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αιμορροφιλία Α είναι συγγενής, φυλοσύνδετη (X-linked) αιμορραγική διαταραχή που οφείλεται σε ανεπάρκεια του παράγοντα VIII. Αν και οι αιμορραγίες στο μυοσκελετικό σύστημα αποτελούν τη συχνότερη εκδήλωση της νόσου, οι αυτόματες οπισθοπεριτοναϊκές αιμορραγίες είναι σπάνιες αλλά δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Η διάγνωσή τους συχνά καθυστερεί λόγω της μη ειδικής κλινικής εικόνας, ιδιαίτερα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 74 ετών με γνωστό ιστορικό αιμορροφιλίας Α εισήχθη λόγω αποφρακτικού ειλεού, ο οποίος αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, και πνευμονίας από εισρόφηση που απαιτούσε εντατική υποστήριξη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εμφάνισε αιφνίδιο άλγος στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, με διατηρημένους εντερικούς ήχους. Ο αρχικός υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας και οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν ανέδειξαν οξέα παθολογικά ευρήματα, ενώ τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά από χορήγηση αναλγητικών. Ο επαναληπτικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σταδιακή πτώση του αιματοκρίτη ενώ 24 ώρες περίπου αργότερα εμφανίστηκε εκτεταμένη εκχύμωση στην επώδυνη περιοχή, η οποία επεκτεινόταν προς την έσω επιφάνεια του δεξιού άνω μηρού. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα διαμέτρου περίπου 18 cm, χωρίς σαφή ένδειξη ενεργού εξαγγείωσης του σκιαγραφικού.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε θεραπεία υποκατάστασης με παράγοντα VIII, συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια και φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα. Η συνεχιζόμενη πτώση των επιπέδων αιμοσφαιρίνης παρά την υποστηρικτική αγωγή οδήγησε στη μεταφορά του στο Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας. Η εκλεκτική αγγειογραφία ανέδειξε εξαγγείωση από τη βαθιά περισπώμενη λαγόνια αρτηρία καθώς και παρακείμενους μικρούς κλάδους, οπότε πραγματοποιήθηκε επιτυχής εμβολισμός. Μετά την επέμβαση, τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης σταθεροποιήθηκαν και ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινική βελτίωση, λαμβάνοντας τελικά εξιτήριο σε σταθερή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η αυτόματη οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με αιμορροφιλία Α και οξύ κοιλιακό άλγος, ακόμη και με αρχικά φυσιολογικό έλεγχο. Η έγκαιρη χορήγηση παράγοντα VIII και η άμεση ενδαγγειακή παρέμβαση είναι καθοριστικές για την αιμόσταση και την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.

e-POSTERS

eP 043

ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΛΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σοφία Ζαχαριουδάκη, Αλέξια Χριστοδούλου, Ελισάβετ Κτενά, Ελένη Πάππη, Ασημίνα Παγουρδάκη, Γεώργιος Τσελάρης, Ευάγγελος Κοντονικολάου, Αικατερίνη Ντάνγκα, Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος, Λουσάρντα Χιούση, Δήμητρα Τσιάκου, Άννα Βασιλείου, Σταμάτης Πούπαλος, Βασιλική Αργιανά, Στυλιανή Νταβίδη, Ευαγγελία Κούκου, Χρήστος Λαμπρόπουλος

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η υπονατριαιμία αποτελεί συχνή οντότητα, της οποίας η αιτιολογική προσέγγιση είναι κρίσιμη για τη σωστή διαχείριση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με έναν σπανιότερο μηχανισμό, το Σύνδρομο Απώλειας Άλατος (Salt Wasting Syndrome, SWS).

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 86 ετών με ιστορικό υπερπλασίας προστάτη και άνοιας εισήχθη με συμπτωματική υπονατριαιμία (Na ορού: 119 mg/dL). Αποκλείστηκαν φαρμακευτικά αίτια και γαστρεντερικές απώλειες, ενώ η ημερήσια πρόσληψη υγρών ήταν 2-2,5 λίτρα. Κλινικά εμφάνιζε εικόνα ευογκαιμικού έως ηπίως υπογκαιμικού, νορμοτασικού ασθενούς. Η αξονική εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογική εξεργασία, υδροκέφαλο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή διαταραχές υπόφυσης. Το νάτριο ούρων προ ενυδάτωσης και σε επαναληπτικές μετρήσεις ήταν ακραία υψηλό (110-130 mEq/L), χωρίς δυνατότητα ωσμομέτρησης.

Κατά τη δοκιμαστική διαχείριση ως επί συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion, SIADH) με περιορισμό υγρών και διουρητικά, ο ασθενής παρουσίασε ραγδαία κατακρήμνιση του νατρίου και του δραστικού όγκου εντός 24ώρου. Η άμεση αλλαγή της στρατηγικής σε εντατική ενυδάτωση με υπερτονικά διαλύματα οδήγησε σε μερική ανταπόκριση, θέτοντας τη διάγνωση του SWS. Ο περαιτέρω έλεγχος με μαγνητική εγκεφάλου, αξονικές θώρακος-κοιλίας και ενδοκρινικό προφίλ ήταν αρνητικός για υποκείμενη νόσο, οπότε το σύνδρομο χαρακτηρίστηκε ως ιδιοπαθές, αποδιδόμενο σε δυσαυτονομία.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής σταθεροποιήθηκε κατά τη νοσηλεία και σε follow-up ενός μηνός το Na ορού ήταν 129-131 mg/dL με διατήρηση της ευογκαιμίας, λαμβάνοντας φλοϋδροκορτιζόνη (0,2 mg ημερησίως), δισκία NaCl και άφθονα υγρά.

Συμπεράσματα: Η διαφορική διάγνωση του SWS είναι βαρύνουσας σημασίας, καθώς η στέρηση υγρών προκαλεί δραματική επιδείνωση, σε αντίθεση με το SIADH. Μακροπρόθεσμα, απαιτείται διερεύνηση για αποκλεισμό δευτεροπαθούς αιτίου (συνήθως αιφνίδιου και παροδικού) έναντι του ιδιοπαθούς συνδρόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται από χρονίζουσα ή υποτροπιάζουσα πορεία.

e-POSTERS

eP 044

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Νικόλαος Νικητίδης[1], Ελένη Σκεπαρνάκου[2], Μαρία Θεοδωράτου[3]

[1] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα*
[2] *Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα*
[3] *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Ελλάδα*

Εισαγωγή: Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες προκλήσεις δημόσιας υγείας στον 21ο αιώνα. Συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακής υπέρτασης, καρδιαγγειακών παθήσεων και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων, με σημαντική πιθανότητα διατήρησής της στην ενήλικη ζωή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα, καθώς και ο εντοπισμός των πολιτικών πρόληψης που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τον επιπολασμό της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα, καθώς και με τις πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, αξιοποιώντας επιδημιολογικά δεδομένα, εθνικά σχέδια δράσης και κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών οργανισμών.

Αποτελέσματα: Η Ελλάδα εντάσσεται στο λεγόμενο «γκραντιέντε overweight-obesity» της Νότιας Ευρώπης, παρουσιάζοντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην περιοχή (~ 19%) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη, μαζί με την Κύπρο και την Ιταλία. Σε απάντηση, εφαρμόζονται οι ακόλουθες πρακτικές πρόληψης που κατηγοριοποιούνται σε έξι επίπεδα παρέμβασης. Σε σχολικό επίπεδο, εφαρμόζονται αναβαθμισμένα σχολικά κυλικεία με υγιεινές διατροφικές επιλογές, σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων διατροφής. Σε φορολογικό επίπεδο, προβλέπεται η φορολόγηση ζαχαρούχων ροφημάτων και ανθυγιεινών τροφίμων, σύμφωνα με σχετική σύσταση του ΠΟΥ. Σε νομοθετικό επίπεδο, επιβάλλεται περιορισμός στη διαφημιστική προβολή ανθυγιεινών τροφίμων προς παιδιά, ιδίως σε κανάλια που απευθύνονται στο παιδικό κοινό. Σε κοινωνικό επίπεδο, αναπτύσσονται σχολικά προγράμματα με ενεργή εμπλοκή της οικογένειας, τα οποία αποτελούν την πολυπαραγοντική στρατηγική με την ισχυρότερη επιστημονική τεκμηρίωση. Στο πεδίο της ψηφιακής υγείας, αξιοποιούνται εφαρμογές πρώιμης ανίχνευσης παχυσαρκίας, παράλληλα με την παροχή δωρεάν συνεδριών με διατροφολόγους. Τέλος, σε περιβαλλοντικό επίπεδο, προωθείται η φυσική δραστηριότητα και η ενεργητική μετακίνηση.

Συμπεράσματα: Η Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους υψηλότερους δείκτες παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη, γεγονός που επιβάλλει συστηματική παρέμβαση. Οι πολυεπίπεδες στρατηγικές, με διατομεακή συνεργασία σχολείου, οικογένειας, νομοθεσίας και φορολογίας εκτιμάται να προσφέρουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για διατηρήσιμη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας.

e-POSTERS

eP 045

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TROUSSEAU ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΟΛΟΥ

Ελισάβετ Κτενά[1], Ευαγγελία Κούκου[1], Ευάγγελος Κοντονικολάου[1], Ελένη Πάππη[1], Ασημίνα Παγουρδάκη[1], Παρασκευή Βλάχου[2], Δήμητρα Τσιάκου[1], Παναγιώτα Μπουβή[1], Μιχαήλ - Ελευθέριος Μιχαλακόπουλος[1], Γεώργιος Τσελάρης[1], Λουσάρντα Χιούση[1], Αλέξια Χριστοδούλου[1], Άννα Βασιλείου[1], Αικατερίνη Ντάνγκα[1], Σταμάτης Πούπαλος[1], Βασιλική Αργιανά[1], Στυλιανή Νταβίδη[1], Σοφία Ζαχαριουδάκη[1], Χρήστος Λαμπρόπουλος[1]

[1] *Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»*
[2] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Το σύνδρομο Trousseau αποτελεί παρανεοπλασματικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με εμφάνιση μεταναστευτικής θρομβοφλεβίτιδας και πολύ συχνά μπορεί να προηγείται της διάγνωσης υποκείμενης κακοήθειας. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της διαγνωστικής αξίας της μεταναστευτικής θρομβοφλεβίτιδας ως πρώτου κλινικού δείκτη νεοπλασματικής νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 50 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό πέραν ασυμπτωματικής χολολιθίασης και νεφρολιθίασης, προσήλθε λόγω επιγαστραλγίας, ερυγών και προοδευτικής ανορεξίας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Παράλληλα εμφάνιζε επώδυνους, ψηλαφητούς, ερυθηματώδεις υποδόριους όζους με μεταναστευτικό χαρακτήρα κατά μήκος των επιπολής φλεβών των κάτω άκρων αμφοτερόπλευρα. Οι εκδηλώσεις της επιπολής θρομβοφλεβίτιδας μεταβάλλονταν κάθε 3-4 ημέρες περίπου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία και σημαντική αύξηση των d-dimers, CRP, LDH και χολοστατικών ενζύμων. Οι καρκινικοί δείκτες Ca 19-9, CEA, CYFRA 21-1 βρέθηκαν σημαντικά αυξημένοι.

Αποτελέσματα: Από το triplex αγγείων διαπιστώθηκαν εκτεταμένες θρομβώσεις τόσο του επιπολής όσο και του εν τω βάθει φλεβικού δικτύου. Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξαν πολλαπλές ηπατικές βλάβες συμβατές με μεταστατική νόσο καθώς και χωροκατακτητική εξεργασία 6 cm στο ανιόν κόλον στα όρια με το τυφλό. Διενεργήθηκε κολονοσκόπηση από την οποία ελήφθησαν βιοψίες και επιβεβαίωσαν χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα.

Χορηγήθηκε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή και ο ασθενής παραπέμφθηκε για ογκολογική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση του συνδρόμου Trousseau και εγείρει ισχυρή υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Η έγκαιρη αναγνώρισή της μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη κατάλληλη διερεύνηση και διάγνωση νεοπλασματικής νόσου, ακόμη και σε ασθενείς χωρίς άλλη ειδική συμπτωματολογία, συμβάλλοντας στον έγκαιρο σχεδιασμό της θεραπευτικής στρατηγικής και τη βέλτιστη πρόγνωση.

e-POSTERS

eP 046

ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΘΕΝΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νικόλαος Νικητίδης[1], Ελένη Σκεπαρνάκου[2], Μαρία Θεοδωράτου[3], Αλεξάνδρα Σκίτσου[4], Γεώργιος Χαραλάμπους[4]

[1] Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα
[2] Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα
[3] Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Ελλάδα
[4] Πανεπιστήμιο Frederick, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά η ακρίβειά του μειώνεται όταν βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα. Σκοπός της μελέτης αποτελεί να συνοψιστεί η συστηματική απόκλιση αυτοαναφερόμενου-μετρηθέντος ΔΜΣ και οι επιπτώσεις της σε έρευνα και πολιτική υγείας.

Μέθοδοι: Αφηγηματική ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας με χρήση ερευνών από Pubmed, Scopus και Scholar: Εξέταση μεγέθους/κατεύθυνσης απόκλισης, παραγόντων επίδρασης και διαθέσιμων μεθόδων διόρθωσης.

Αποτελέσματα: Ο αυτοαναφερόμενος ΔΜΣ υποεκτιμάται συστηματικά σε σχέση με τον μετρηθέντα, με μεγαλύτερη απόκλιση σε άτομα με υψηλό πραγματικό ΔΜΣ. Το σφάλμα επηρεάζεται από φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και την αντίληψη του σώματος, ενώ μεθοδολογικοί παράγοντες, όπως οι τηλεφωνικές έρευνες, ενισχύουν τη μεροληψία. Συνολικά, η χρήση αυτοαναφορών οδηγεί σε υποεκτίμηση της πραγματικής συχνότητας της παχυσαρκίας.

Συζήτηση: Η απόκλιση μεταβάλλει την ταξινόμηση βάρους και επηρεάζει εκτιμήσεις επιπολασμού, τάσεων και κινδύνου. Οι στατιστικές διορθώσεις βελτιώνουν την ακρίβεια σε πληθυσμιακό επίπεδο, αλλά παραμένουν ασταθείς σε ατομικό επίπεδο.

Συμπεράσματα: Η αυτοαναφερόμενη μέτρηση ΔΜΣ παράγει συστηματική μεροληψία. Απαιτείται χρήση μετρημένων δεδομένων ή κατάλληλων διορθωτικών εξισώσεων. Η ακριβής εκτίμηση ΔΜΣ είναι κρίσιμη για τεκμηριωμένη επιδημιολογική επιτήρηση και αποτελεσματικές πολιτικές δημόσιας υγείας.

e-POSTERS

eP 047

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Νικόλαος Νικητίδης[1], Ελένη Σκεπαρνάκου[2], Μαρία Θεοδωράτου[3], Αλεξάνδρα Σκίτσου[4], Γεώργιος Χαραλάμπους[4]

[1] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα*
[2] *Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό* Πανεπιστήμιο *Αθηνών, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα*
[3] *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Ελλάδα*
[4] *Πανεπιστήμιο Frederick, Λευκωσία, Κύπρος*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η ανθυγιεινή διατροφή συνδέεται άμεσα με χρόνια νοσήματα όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ ευθύνεται για περίπου 11 εκατομμύρια αποτρέψιμους θανάτους ετησίως παγκοσμίως. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου της Τεχνητής Νοημοσύνης (ΤΝ) στον αυτοματοποιημένο σχεδιασμό διαιτολογίου υπό συγκεκριμένους κλινικούς και διατροφικούς περιορισμούς.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις Scopus, PubMed/Medline και Cochrane Library, με χρήση λέξεων-κλειδιών από το MeSH και συναφών όρων. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που αξιολογούν αλγοριθμικές και ΤΝ-βασισμένες προσεγγίσεις στο Πρόβλημα Σχεδιασμού Διαιτολογίου (MenuPlanning Problem - MPP).

Αποτελέσματα: Το MPP κατατάσσεται ως NP-hard πρόβλημα, γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη χρήση υπολογιστικών μεθόδων. Προσεγγίσεις ΤΝ -συμπεριλαμβανομένων γενετικών αλγορίθμων, νευρωνικών δικτύων και συστημάτων σύστασης- έχουν εφαρμοστεί επιτυχώς σε ποικίλες ομάδες χρηστών (υγιείς ενήλικες, διαβητικοί, αθλητές), λαμβάνοντας υπόψη κριτήρια όπως θρεπτική επάρκεια, κόστος, ποικιλία και ατομικές προτιμήσεις. Η εκτιμώμενη εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας από τη χρήση ΤΝ ανέρχεται σε 150 δισ. δολάρια έως το 2025.

Συμπεράσματα: Η ΤΝ αποτελεί υποσχόμενο εργαλείο για την υποστήριξη της διατροφικής φροντίδας σε κλινικό επίπεδο. Παρά τις ηθικές, νομικές και τεχνικές προκλήσεις που παραμένουν, αναμένεται σημαντική επέκταση των εφαρμογών της. Κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας, καθώς ο τομέας υπολείπεται ακόμη άλλων κλινικών εφαρμογών ΤΝ.

e-POSTERS

eP 048

Η "ΚΡΥΜΜΕΝΗ" ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ: ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ

Παρασκευή Τόλια, Γεώργιος Στεργιόπουλος, Δημήτριος Αδάμος, Δημήτριος Γαλατσίδας, Ιωάννης Νάνης, Αλέξανδρος Τσεκούρας, Μυρτώ Μπαράκου, Ελένη Παρτσινεβέλου, Λεωνίδας Μυργιώτης, Ευαγγελία Αδάμου, Βασιλική Νικολαΐδου

[1] *ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ*

Εισαγωγή: Οι αναστολείς SGLT-2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2 inhibitors) χρησιμοποιούνται ευρέως στη θεραπεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω των καρδιονεφρομεταβολικών τους δράσεων. Παρά τα οφέλη τους, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης (Euglycemic Diabetic Ketoacidosis, EDKA), μιας σπάνιας αλλά δυνητικά απειλητικής για τη ζωή επιπλοκής, η οποία μπορεί εύκολα να διαλάθει της προσοχής λόγω των μη ιδιαίτερα αυξημένων επιπέδων γλυκόζης.

Σκοπός: Η ανάδειξη της EDKA ως σπάνιας αλλά δυνητικά απειλητικής για τη ζωή ανεπιθύμητης ενέργειας και η επισήμανση της διαγνωστικής πρόκλησης λόγω της απουσίας σημαντικής υπεργλυκαιμίας και των συχνά φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης.

Υλικά και μέθοδοι: Άνδρας 55 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξείας εμφάνισης σύγχυσης, ναυτίας, ταχύπνοιας και σημείων αφυδάτωσης. Ο ασθενής είχε γνωστό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και λάμβανε θεραπεία με αναστολέα SGLT-2. Κατά την αρχική εκτίμηση, τα αέρια αρτηριακού αίματος ανέδειξαν μεταβολική οξέωση με pH 7, 32. Η νεφρική λειτουργία ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, τα επίπεδα γαλακτικού δεν ήταν αυξημένα, ενώ η γλυκόζη αίματος ήταν 120 mg/dL, συμβατή με ευγλυκαιμία.

Αποτελέσματα: Τελικά τέθηκε η διάγνωση της EDKA και εφαρμόστηκε η καθιερωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση της κλασικής διαβητικής κετοξέωσης. Παρότι δεν υπήρχε σημαντική υπεργλυκαιμία, τα υπόλοιπα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα ήταν πλήρως συμβατά με τη διάγνωση, αναδεικνύοντας τον κίνδυνο καθυστερημένης διάγνωσης.

Συμπεράσματα: Η EDKA θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση σε ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς SGLT-2 και παρουσιάζουν μεταβολική οξέωση, ακόμη και όταν η γλυκαιμία είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Σε καταστάσεις καταβολικού stress, όπως λοίμωξη, τραύμα, υποθρεψία ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, συνιστάται η προσωρινή διακοπή της θεραπείας. Η άμεση αναγνώριση της κατάστασης είναι κρίσιμη για την αποφυγή δυνητικά σοβαρών επιπλοκών.

e-POSTERS

eP 049

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ BRUCELLA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΜΠΥΡΕΤΟ

Σταυρούλα Δασκαλοπούλου, Βασίλειος Σταματόπουλος, Ζαχαρίας Χρυσάνθου, Άννα-Μαρία Τσιατσιάνη, Γεωργία Σπυροπούλου, Παναγιώτης Σίδερης, Ευσταθία Αγγελοπούλου
Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οστεομυελίτιδα και η σπονδυλοδισκίτιδα είναι σοβαρές λοιμώξεις του οστού. Ο πιο συχνός μικροοργανισμός που ανιχνεύεται είναι ο S. aureus. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με κύριο σύμπτωμα οσφυαλγία και ανεύρεση οστεομυελίτιδας με συνοδό σπονδυλοδισκίτιδα από Brucella.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 84 ετών με ιστορικό κάκωσης και παρουσίας κατάγματος σε Ο4-Ο5 σπονδύλους προ 8μήνου υπό συντηρητική αντιμετώπιση, αιτιάται επιδεινούμενη οσφυαλγία από 3 μήνου και αδυναμία ορθοστάτισης λόγω άλγους από μηνός. Αναφέρει προ 3μήνου εμπύρετο και νοσηλεία ως επί λοίμωξης ουροποιητικού από E. coli. Κλινικά διαπιστώνεται άλγος σε οσφυική χώρα και εργαστηριακά παρουσία ηπίως αυξημένων δεικτών φλεγμονής. Διενεργήθη έλεγχος με MRI ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ που αναδεικνύει πιθανή οστεομυελίτιδα με επέκταση σε δίσκο πέριξ Ο4-Ο5 σπονδύλων, ενώ στο scanning οστών τριών φάσεων αντίστοιχη καθήλωση ραδιοφαρμάκου. Διενεργήθη βιοψία υλικού πέριξ του Ο4 σπονδύλου και εστάλη έλεγχος για φυματίωση, PCR για Coxiella, Brucella species, καθώς και film array, παράλληλα με αντισώματα ορού.

Αποτελέσματα: Απομονώθηκε Brucella στην PCR, οπότε τροποποιήθηκε η αντιμικροβιακή αγωγή σε δοξυκυκλίνη, ριφαμπικίνη και γενταμυκίνη που έλαβε συνολικά 14 ημέρες ενδοφλεβίως. Έγινε σύσταση για συνέχιση με δοξυκυκλινη και ριφαμπικίνη συνολικά για 12 εβδομάδες και περαιτέρω επανεκτίμηση με νέο απεικονιστικό έλεγχο από τους νευροχειρουργούς. Η ασθενής αναφέρει βελτίωση του άλγους και της κινητικότητας. Παράλληλα τέθηκε σε αναλγητική αγωγή και έγινε διασύνδεση με ιατρείο πόνου.

Συμπεράσματα: Δεν είναι συχνή σήμερα η οστεομυελίτιδα/σπονδυλοδισκίτιδα από Brucella species και συνήθως αφορά τους οσφυϊκούς και τους κατωτέρους θωρακικούς σπονδύλους. Η ασθενής μας αναφέρει επαφή με βοειδή προ 20 ετίας χωρίς λοιπό ιστορικό για παρατεταμένο εμπύρετο. Από το λοιπό ορολογικό έλεγχο δεν αναδείχθησαν θετικά αντισώματα (Wright-coombs και αντισώματα βρουκέλλας IgM, IgG) και λόγω μόνο της οστικής εντόπισης, θα μπορούσε να πρόκειται για χρόνια βρουκέλλωση. Η θετική PCR αξιολογήθηκε ως εξέταση εκλογής για διάγνωση, ενώ ο αρνητικός έλεγχος αντισωμάτων θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως πρώιμο στάδιο ή ύπαρξη φαινομένου προζώνης.

e-POSTERS

eP 050

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ΩΣ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΠΑΝΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σταυρούλα Τσελά[1], Άκος Μαντσίτσκυ[1], Αθανάσιος Κωνσταντινίδης[1], Αναστασία Τσάμη[1], Βασίλειος Κορδίνας[1], Ευάγγελος Μιχελάκης[1], Ουρανία Αποστόλου[1], Αλεξάνδρα Γκουγκούτση[1], Μαρία Δημητρίου[2], Αλεξία Μπάκωση[2]

[1] Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
[2] ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο παθολόγος αντιμετωπίζει ασθενείς με ποικίλη κλινική εικόνα και συχνά αποτελεί τον πρώτο πυλώνα στην προσέγγιση/διάγνωση αιματολογικών νοσημάτων και στη διασύνδεσή με τον ειδικό αιματολόγο. Το πολλαπλό μυέλωμα, μια νοσολογική οντότητα που απαντάται κυρίως στην 6η-7η δεκαετία της ζωής είναι ένας ύπουλος εχθρός που απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας με την παθογνωμονική ηλεκτροφόρηση / ανοσοκαθήλωση πρωτεινών ορού να θέτει τη σφραγίδα του.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού.

Ασθενής 42 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω ασυμπτωματικής σοβαρής αναιμίας από εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο (Hgb=8,7g/dl) προσκομίζοντας πρόσφατη γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα προ 10 μηνου (επί HgB=12,1g/dl). Κλινικά και απεικονιστικά δε διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία ή περιφερική λεμφαδενοπάθεια ή απώλεια αίματος. Εκ του αρχικού εργαστηριακού ελέγχου επιβεβαιώθηκε ορθοχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία με τριψήφια ΤΚΕ κι αναστροφή του τύπου των λευκωμάτων χωρίς συνοδό υπερασβεστιαιμία ή νεφρική δυσπραγία, θέτοντας την ισχυρή υποψία πολλαπλού μυελώματος. Α πό τη μικροσκοπική εξέταση περιφερικού αίματος ανευρέθησαν Rouleaux ερυθρών. Η άμεση συνεργασία με το ανοσολογικό εργαστήριο επιβεβαίωσε τη διάγνωση αυτής της σπάνιας πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας σε νεοτερους άνδρες.

Αποτελέσματα: Η ηλεκτροφόρηση /ανοσοκαθήλωση πρωτεινών ορού ανέδειξε μονοκλωνική IgG(λ), ενώ διαπιστώθηκε αυξημένη β2 μικροσφαιρίνη, και λευκωματουρία (2,6 γρ. / 24ωρο) με παθολογική ηλεκτροφόρηση/ανοσοκαθήλωση πρωτεινών ούρων που ανίχνευε IgGλ και ελευθερες λ αλυσίδες. Δεν ευρέθησαν οστεολύσεις σε κρανίο, μακρά οστά, λεκανη-ισχίο και σπονδυλική στήλη. Έγινε άμεση διασύνδεση του ασθενούς με αιματολογικό κέντρο για διενέργεια μυελογράμματος, οστεομυελικής βιοψίας, καρυότυπου και FISH και περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Το πολλαπλό μυέλωμα, μια σπάνια πλασματοκυτταρική δυσκρασία, απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας από την πλευρά του παθολόγου στην πρωτοδιάγνωση του και στοχευμένο εργαστηριακό ανοσολογικό έλεγχο για την άμεση διακίνηση των ασθενών προς εξειδικευμενα αιματολογικά κέντρα.

e-POSTERS

eP 051

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σταυρούλα Τσελά[1], Άκος Μαντσίτσκυ[1], Αθανάσιος Κωνσταντινίδης[1], Αναστασία Τσάμη[1], Σοφία Ελβανίδη[1], Ευάγγελος Μιχελάκης[1], Βασίλειος Κορδίνας[1], Ουρανία Αποστόλου[1], Ιωσήφ Ιντέρνος[2], Ιωάννης Προβατάς[3], Αλεξάνδρα Γκουγκούτση[1]

[1] Γ΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
[2] ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
[3] ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΓΝΝΠ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Ο παθολόγος κατέχει κομβική θέση στην αρχική προσέγγιση και διάγνωση ασθενών με αιματολογικά νοσήματα. Η συμβολή του ενδοσκοπικού τμήματος και του παθολογοανατομικού εργαστηρίου είναι συχνά καθοριστική στην πλήρη διερεύνηση τέτοιων ασθενών.

Υλικό & Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 65 ετών με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αδυναμία-καταβολή, απώλεια σωματικού βάρους και δεκατική πυρετική κίνηση από δεκαπενθημέρου. Διαπιστώθηκε εκσεσημασμένη σπληνομεγαλια και εκ του αρχικού εργαστηριακού ελέγχου υποχρωμη-μικροκυτταρική αναιμία με τριψήφια ΤΚΕ/CRP και αυξημένη LDH και β2 μικροσφαιρίνη. Από αξονική θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας ανευρέθη αλλοιωση σε επαφή με τον οισοφάγο και πιθανά τον πολο της δεξιάς κατω πνευμονικής πύλης, υπόπυκνες αλλοιώσεις λιαν διογκωμενου σπληνός (20 εκ) και πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου. Η γαστροσκόπηση ήταν θεμελιωδούς σημασίας στη διαγνωστική προσπέλαση του ασθενούς αναδεικνύοντας διάσπαση Z line από μονήρη γλωσσίδα και πολύποδα 12 δακτύλου με υποψία νοσήματος αιμολεμφικού ιστού.

Αποτελέσματα: Η βιοψία ανωτέρου πεπτικού και ο περαιτέρω ανοσοιστοχημικός έλεγχος συνηγορούσε υπέρ διήθησης από non hodgkin λεμφωμα με επιμέρους γνωρίσματα από κύτταρο οριακής ζώνης τύπου MALT στομάχου. Ο έλεγχος για helicobacter pylori απέβη αρνητικός. Η οστεομυελική βιοψία έδειξε επίσης περιορισμένη Β-λ εμφοκυτταρική διήθηση από το λέμφωμα με αλλοιώσεις ως επί αντιδραστικού τύπου απάντησης μιμούμενης μυελοδυσπλασίας λειτουργικά. Ο ασθενής μεταγγίσθηκε πολλαπλώς κατά τη νοσηλεία του, το εμπύρετο θεωρήθηκε νεοπλασματικής αρχής αφού ο έλεγχος για λοιμώδη κι ανοσολογικά απεβη αρνητικός, και τελικά διασυνδεθηκε με ειδικό ογκολογικό/αιματολογικό κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Το MALT λέμφωμα είναι μία διαγνωστική πρόκληση εξαιτίας της ποικίλης συμμετοχής οργάνων και της μη ειδικής συμπτωματολογίας. Επί υποψίας συμμετοχής του γαστρεντερικού συστήματος η βοήθεια του ενδοσκόπου και του παθολογοανατόμου στη διαφορική διάγνωση του παθολόγου κρίνεται καθοριστική.

e-POSTERS

eP 052

ΟΤΑΝ Η ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΚΡΥΒΕΙ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ: ESBL-ESCHERICHIA COLI ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΣΕ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Μαρία Δήμου, Απόστολος Παπαγεωργίου, Σοφία Σπυροπούλου, Αργεντούλα Καλλίκη, Παναγιώτα Φάλλον, Χρυσούλα Πανταζή, Δημήτριος Μισσιούδης, Ζωή-Ανθή Κοτσώνη, Μαρία Φραγκούλη, Δημήτριος Σακκάς, Κανέλλα Σωτηράκου, Αρχοντούλα Φράγκου

Γ. Ν. Α «Η ΕΛΠΙΣ»

Εισαγωγή: Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα από Gram-αρνητικά παθογόνα είναι σπάνια αιτία στους ενήλικες, αλλά σχετίζεται με υψηλή θνητότητα. Τα Extended-Spectrum Beta-Lactamases (ESBL) - παράγωγα στελέχη Escherichia Coli αποτελούν αναδυόμενη αιτία σοβαρών λοιμώξεων με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές και συχνή εξέλιξη σε σήψη και πολυοργανική ανεπάρκεια

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 59 ετών, προσήλθε με εικόνα διαβητικής κετοξέωσης, η οποία αρχικά αποδόθηκε σε ουρολοίμωξη. Κατά την νοσηλεία εμφάνισε αιφνίδια επιδείνωση επιπέδου συνείδησης και αυχενική δυσκαμψία. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με ευρήματα συμβατά με βακτηριακή μηνιγγίτιδα και ετέθη εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή. Παρά την θεραπεία, η ασθενής παρουσίασε ταχεία επιδείνωση με ανάπτυξη σηπτικής καταπληξίας, οξείας νεφρικής και αναπνευστικής ανεπάρκειας, απαιτώντας διασωλήνωση και νοσηλεία σε ΜΕΘ. Από καλλιέργειες ΕΝΥ, αίματος και ούρων απομονώθηκε ESBL - παράγωγο Escherichia Coli (CTX-M θετικό), με πιθανή εστία το ουροποιητικό σύστημα.

Συμπεράσματα: Η μηνιγγίτιδα από ESBL - παράγωγο E. coli μπορεί να εμφανιστεί ύπουλα, με εικόνα διαβητικής κετοξέωσης, και να εξελιχθεί ραγδαία σε θανατηφόρο σηπτική καταπληξία. Η πρώιμη αναγνώριση της νευρολογικής σημειολογίας και η άμεση, στοχευμένη αντιμικροβιακή κάλυψη αποτελούν το μοναδικό κρίσιμο παράθυρο που χωρίζει την διάσωση από την καταστροφή.

e-POSTERS

eP 053

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΚΡΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Βασίλειος Κορδίνας, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Άκος Μαντσίτσκου[1], Αναστασία Τσάμη, Αθανάσιος Κωνσταντινίδης, Ευάγγελος Μιχελάκης, Απόστολος Φούτρης, Ουρανία Αποστόλου

Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Ν. Π. Άγιος Παντελεήμων

Εισαγωγή / Σκοπός: Η καρκινωματώδης μηνιγγίτιδα αποτελεί σπάνια και σοβαρή επιπλοκή κυρίως συμπαγών αλλά και αιματολογικών κακοηθειών, με δυσμενή πρόγνωση. Η διάγνωση σε ασθενή με ca (καρκίνο) τραχήλου μήτρας είναι ασυνήθης και η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει λόγω μη ειδικής κλινικής εικόνας.

Υλικό / Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 65 ετών με ca τραχήλου μήτρας διαγνωσθέν προ 2 ετίας με δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε πνεύμονα και ήπαρ. Έχει λάβει ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ), χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) και ανοσοθεραπεία, (τελευταία συνεδρία 3 εβδομάδες προ νοσηλείας). Έκτοτε εμφανίζει επίμονη κεφαλαλγία με συνοδά εμετικά επεισόδια.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εμφάνισε προ εισαγωγής σύγχυση και κατόπιν 3 επεισόδια επιληπτικών κρίσεων, οπότε διενεργήθηκαν δύο αξονικές τομογραφίες (ct) εγκεφάλου, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ως αποτέλεσμα αποφασίστηκε η διενέργεια οσφυονωτιαίας παρακέντησης (ΟΝΠ), κατά την πραγματοποίηση της οποίας παρατηρήθηκε αυξημένη πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ), ενώ κατά την ανάλυση του αναγνωρίστηκε έντονη υπογλυκορραχία, αυξημένη πρωτεΐνη και λεμφοκύτταρα. Η κυτταρολογική εξέταση του ΕΝΥ ανέδειξε νεοπλασματικά κύτταρα, εύρημα συμβατό με τη διάγνωση της καρκινωματώδους μηνιγγίτιδας. Δεν κατέστη εφικτή η διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας εγκεφάλου (MRI), λόγω επιδείνωσης της νευρολογικής σημειολογίας της ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η καρκινωματώδης μηνιγγίτιδα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στη διαφοροδιάγνωση ογκολογικών ασθενών με νεοεμφανιζόμενη νευρολογική σημειολογία. Η ΟΝΠ σε συνδυασμό με MRI εγκεφάλου με ενδοφλέβια χορήγηση γαδολίνιου θέτει τη διάγνωση. Η θεραπεία περιλαμβάνει Ακτινοθεραπεία, ενδορραχιαία και συστηματική Χημειοθεραπεία. Η πρόγνωση είναι δυσμενής, με χρόνο επιβίωσης 2-4 μήνες, ακόμη και με θεραπεία.

e-POSTERS

eP 054

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΙΚΤΕΡΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σοφία Γαϊτάνου, Βασίλειος Κορδίνας, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Σαβίνα Τσελά, Σταύρος Καρακαϊδός, Ελισάβετ Χαλά, Σοφία Ελβανίδη, Ευάγγελος Μιχελάκης, Ουρανία Αποστόλου

Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Ν. Π. Άγιος Παντελεήμων

Εισαγωγή / Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης αποφρακτικού ικτέρου απότοκου μετάστασης μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα στο πάγκρεας και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για αντίστοιχα περιστατικά.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 68 ετών, προσήλθε λόγω αποφρακτικού ικτέρου από εβδομάδος. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε διάταση ενδοηπατικών χοληφόρων και πολυλοβωτή εξεργασία στο πάγκρεας 5εκ. . Αρχικά, υπεβλήθη σε ERCP κατά την οποία ετέθη πλαστική ενδοπρόθεση με επακόλουθη ύφεση του ικτέρου. Παράλληλα, στα πλαίσια σταδιοποίησης, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος που ανέδειξε μάζα 6. 3εκ. μάζα στη δεξιά πύλη, από την οποία ελήφθη βιοψία μέσω βρογχοσκόπησης, διαγνωστική μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar και Scopus με σκοπό την αναζήτηση περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα που εκδηλώθηκαν με συμπτώματα αποφρακτικού ικτέρου.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση προέκυψαν 22 περιπτώσεις ασθενών. Η μέση ηλικία αυτών είναι τα 60,6 έτη, το 77,3% (17/22) αφορά άνδρες και το 22,7% (2/22) γυναίκες. Η συνηθέστερη μεταστατική εστία είναι το πάγκρεας (17/22) και λιγότερο συχνές το ήπαρ (4/22), το χοληφόρο δένδρο (2/22), οι περιπυλαίοι λεμφαδένες (1/22) και το δωδεκαδάκτυλο (1/22). Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος είναι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα (14/22) κι ακολουθούν το αδενοκαρκίνωμα (6/22) και το πλακώδες (2/22). Η ανοσοϊστοχημεία φαίνεται πως οδηγεί στη διάγνωση στις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν αρχικά σε παγκρεατεκτομή μέσω ανίχνευσης δεικτών υποδηλωτικών καρκίνου πνεύμονα [(κυτοκερατίνη 7, Ki67, TTF-1(thyroid transcription factor-1)].

Συμπεράσματα: Σε δύο νεκροτομικές μελέτες, η συχνότητα των παγκρεατικών μεταστάσεων από καρκίνο πνεύμονα περιγράφεται σε 1, 6% και 5, 9%. Ωστόσο, περιστατικά αποφρακτικού ικτέρου στα πλαίσια μεταστάσεων από μικροκυτταρικό καρκίνωμα στο πάγκρεας και στο ήπαρ περιγράφονται ήδη από τους Johnson DH, et al το 1985. Αντίστοιχα, μεταστατική νόσος στο πάγκρεας περιγράφεται και από πλακώδες από τους Rai K, et al. σε 22 περιστατικά. Όλα τα παραπάνω θέτουν σε αμφισβήτηση τη σπανιότητα της μεταστατικής νόσου στο πάγκρεας, η οποία πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση στις άτυπες περιπτώσεις.

e-POSTERS

eP 055

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΠΛΗΝΟΣ

Παρασκευή Κατσέλη, Άρτεμις Σταυρούλα Αραβαντινού Κουτσουβή, Παναγιώτης Ιωάννης Τσετζάν, Ελευθέριος Χατζηδούκας, Πολύδωρος Κωνσταντινίδης, Γεώργιος Δρόσος, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Τα έμφρακτα του σπληνός αποτελούν σχετικά σπάνιο κλινικό εύρημα, το οποίο συνήθως αντανακλά την παρουσία υποκείμενης συστηματικής νόσου. Η αιτιολογία τους είναι ετερογενής και περιλαμβάνει θρομβοεμβολικά επεισόδια, αιματολογικά νοσήματα, λοιμώξεις, κακοήθειες καθώς και διαταραχές της πήξης. Η κλινική τους εικόνα ποικίλει, από τυχαίο απεικονιστικό εύρημα έως έντονο άλγος στο αριστερό υποχόνδριο με συνοδό εμπύρετο, γεγονός που συχνά καθιστά την διαγνωστική προσέγγιση απαιτητική.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με εμπύρετο και πολλαπλά έμφρακτα σπληνός.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 69 ετών, προσεκομίσθη λόγω εμπυρέτου από τριημέρου με συνοδό άλγος αριστερού υποχονδρίου. Ατομικό αναμνηστικό: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αρτηριακή υπέρταση. Ζωτικά σημεία: Α. Π:125/85mmHg, ΚΣ:85 παλμοί/λεπτό. SatO2: 97%, θ:38°C. ΗΚΓ: SR. Κλινική εξέταση: καρδιακοί τόνοι ευκρινείς-ρυθμικοί, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο, ευαισθησία στην ψηλάφηση της αριστερής πλάγιας κοιλίας. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:12,5K/μL, NEUT:86%, HCT:47%, PLT=212K/μL, d-dimers:2,39mg/l, TKE:27mm, Ur:69mg/dl, Cr:1,45mg/dl, CRP:158mg/dl. Υπεβλήθη άμεσα σε υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας καθώς και CT- άνω/κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό αναδεικνύοντας σπληνομεγαλία (14, 6 εκ. επιμήκης διάμετρος) με παρουσία αρκετών υποαγγειούμενων περιοχών στη μεσότητα και τον κάτω πόλο, το πιθανότερο στο πλαίσιο εμφράκτων.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εισήχθη μετά από καρδιολογική εκτίμηση με διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, χωρίς αξιόλογα ευρήματα ενδεικτικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με τεϊκοπλανίνη και κεφταζιδίμη κατόπιν λοιμωξιολογικής εκτίμησης. Παράλληλα στο πλαίσιο της διερεύνησης εστάλη έλεγχος με νεοπλασματικούς δείκτες, θρομβοφιλικός και ιολογικός έλεγχος (συμπεριλαμβανόμενου μοριακού ελέγχου για λοίμωξη από SARSCOV-2, RSV, γρίπη Α, Β), ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών και ανοσολογικός έλεγχος τα οποία και απέβησαν αρνητικά. Επίσης εστάλησαν καλλιέργειες αίματος χωρίς ανάπτυξη παθογόνου (3 ζεύγη). Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε CT-θώρακος με πρωτόκολλο αγγειογραφίας της πνευμονικής αρτηρίας χωρίς ευρήματα.

Συμπεράσματα: Παρά την εκτεταμένη διερεύνηση κατά τη νοσηλεία και την κλινική ύφεση του εμπυρέτου μετά από εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, δεν κατέστη δυνατή η τεκμηρίωση της υποκείμενης αιτίας των σπληνικών εμφράκτων. Ο ασθενής εξήλθε με θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή έχοντας λάβει σύσταση για τη διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας άνω κοιλίας, ενδοσκοπικού ελέγχου πεπτικού καθώς και αιματολογική και καρδιολογική εκτίμηση στο πλαίσιο της διαγνωστικής διερεύνησης. Το ως άνω περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της εξατομικευμένης και διεπιστημονικής προσέγγισης καθώς και της μακροχρόνιας παρακολούθησης σε ασθενείς με σπληνικά έμφρακτα αδιευκρίνιστης αιτιολογίας.

e-POSTERS

eP 056

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Έλλη Κουριαννίδη[1], Θεόδωρος Σεργεντάνης[2], Γαρυφαλλιά Πουλάκου[1], Τζωρτζίνα Τζανακάκη[2]

[1] *Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»*

[2] *Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πνευμονία της κοινότητας (ΠΚ) αποτελεί μείζονα αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης -της πρώτης στη διεθνή βιβλιογραφία πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο- είναι η πλήρης αξιολόγηση της προγνωστικής επίπτωσης της ανοσοκαταστολής σε ενήλικες με ΠΚ, εστιάζοντας στην κλινική βαρύτητα, τη θνητότητα και το εξαιρετικά ετερογενές μικροβιολογικό προφίλ.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε εκτενής συστηματική αναζήτηση αγγλόφωνων μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας (2015-2025), τηρώντας αυστηρά τις οδηγίες PRISMA. Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 9 πολυκεντρικές κοόρτες με 8. 186 ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Για την εξάλειψη ισχυρών συγχυτικών παραγόντων, όπως η ηλικία, διενεργήθηκε μετα-ανάλυση πολυπαραγοντικά προσαρμοσμένων λόγων σχετικών πιθανοτήτων (adjusted ORs) μέσω των λογισμικών RevMan και STATA. Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκαν μαθηματικοί μετασχηματισμοί λογαριθμικής-κανονικής κατανομής για την ομαλοποίηση των δεδομένων της διάρκειας νοσηλείας (LOS).

Αποτελέσματα: Μολονότι οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς παρουσιάζονται σημαντικά νεότεροι (ηλικιακό παράδοξο), διατρέχουν υπερδιπλάσιο ανεξάρτητο κίνδυνο θνητότητας συγκριτικά με τους ανοσοεπαρκείς μάρτυρες (προσαρμοσμένο OR: 2.30, 95% CI: 1.66-3.20). Εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ταχείας επιδείνωσης, με την ανάγκη εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) να φτάνει το 16,8% (έναντι 9,0%), ενώ τα παραδοσιακά σκορ (π. χ. CURB-65) συχνά υποεκτιμούν τον κίνδυνο. Η διάμεση LOS κυμάνθηκε από 3, 9 έως 12 ημέρες. Κρίσιμο εύρημα αποτελεί η ριζική μετατόπιση του μικροβιολογικού τοπίου: διαπιστώθηκε αύξηση κατά 17,1 φορές του κινδύνου για ευκαιριακά παθογόνα (12,0%), και εξαιρετικά υψηλός επιπολασμός αναπνευστικών ιών (16,7%), Gram-αρνητικών (9,7%) και πολυανθεκτικών στελεχών (MDR, 4,0%). Αυτή η μικροβιολογική ποικιλομορφία, σε συνδυασμό με τις συχνές πολυμικροβιακές συλλοιμώξεις, δημιουργεί ένα σοβαρό «θεραπευτικό κενό» της τάξης του 30% στην τρέχουσα εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή για την ΠΚ.

Συμπεράσματα: Η ανοσοκαταστολή λειτουργεί ως ανεξάρτητος, καταστροφικός προγνωστικός δείκτης στην ΠΚ. Καθίσταται επιτακτική η αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών με «ενισχυμένα» συστήματα διαστρωμάτωσης κινδύνου, πρώιμη εφαρμογή μοριακών τεχνικών και προώθηση στοχευμένων εμβολιαστικών στρατηγικών, καθώς η υφιστάμενη εμβολιαστική κάλυψη (<25% στους μεταμοσχευμένους) αφήνει τεράστια περιθώρια πρόληψης.

e-POSTERS

eP 057

ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΗ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΙΜΟ HAEMOFILUS INFLUENZAE ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ: Η ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Σοφία Σπυροπούλου[1], Παναγιώτα Φάλλον[1], Χρυσούλα Πανταζή[1], Αργεντούλα Καλλίκη[1], Μαρία Δήμου[1], Δημήτριος Μισσιούδης[1], Απόστολος Παπαγεωργίου[1], Αθανάσιος Καραθάνος[1], Σοφία Διαμαντοπούλου[2], Δημήτριος Σακκάς[1], Ευγενία Καραντώνη[3], Κανέλλα Σωτηράκου[4], Αρχοντούλα Φράγκου[1]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*
[2] *Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*
[3] *Νευρολόγος, Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*
[4] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Η ΕΛΠΙΣ»*

Εισαγωγή: Η μηνιγγίτιδα από μη τυποποιήσιμο *Haemophilus influenzae* αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αιτία βακτηριακής μηνιγγίτιδας στους ενήλικες. Η προηγηθείσα αντιβιοτική αγωγή μπορεί να μειώσει σημαντικά την ευαισθησία των συμβατικών μικροβιολογικών εξετάσεων, καθιστώντας τη μοριακή διάγνωση καθοριστική για την ταυτοποίηση του παθογόνου.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 82 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και υποθυρεοειδισμού προσήλθε λόγω εμπυρέτου από τετραημέρου, ζάλης, αδυναμίας και δυσαρθρίας διάρκειας έξι ωρών. Είχε λάβει αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ επί τριήμερο πριν την εισαγωγή. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν σημεία μηνιγγισμού, ούτε σαφής εστία λοίμωξης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ αιμοκαλλιέργειες, γενική ούρων και απεικονιστικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Δύο ημέρες μετά την εισαγωγή εμφάνισε έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και αυχενική δυσκαμψία. Η ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ήταν συμβατή με βακτηριακή μηνιγγίτιδα, ωστόσο τόσο οι καλλιέργειες όσο και το multiplex Film Array ήταν αρνητικά. Η μοριακή ανάλυση (PCR) του ΕΝΥ, που πραγματοποιήθηκε σε εξειδικευμένο εργαστήριο της Ιατρικής Σχολής, ανέδειξε μη τυποποιήσιμο *Haemophilus influenzae*, οδηγώντας σε αναπροσαρμογή της αντιμικροβιακής αγωγής. Παρά την έγκαιρη εμπειρική αγωγή και τη θεραπευτική αναπροσαρμογή μετά τη μοριακή ταυτοποίηση του παθογόνου, η ασθενής παρουσίασε ταχεία νευρολογική επιδείνωση με θανατηφόρο έκβαση.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει ότι ο μη τυποποιήσιμος *Haemophilus influenzae*, αν και εξαιρετικά σπάνιος ως αίτιο μηνιγγίτιδας στους ενήλικες, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ακόμη και ανοσοεπαρκών ηλικιωμένων ασθενών με άτυπη κλινική εικόνα. Επιπλέον, υπογραμμίζει ότι η εξειδικευμένη μοριακή ανάλυση του ΕΝΥ μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική όταν οι συμβατικές μικροβιολογικές εξετάσεις είναι αρνητικές μετά από προηγηθείσα αντιβιοτική αγωγή.

e-POSTERS

eP 058

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΝΕΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΝΔΡΑ ΧΩΡΙΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ ΑΙΤΙΟ

Δημήτριος Ευθυμίου, Λεωνιδία Λεωνίδου, Αθανασία Βούλγαρη, Ιωάννα Μαρλαφέκα, Προκόπιος Καρύδης, Γεώργιος Δάβουλος, Μαρία Λαγκαδινού, Μάρκος Μαραγκός
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

Εισαγωγή: Το εγκεφαλικό απόστημα αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή εστιακή λοίμωξη του εγκεφάλου, με επίπτωση περίπου 4 περιστατικά ανά εκατομμύριο πληθυσμού ετησίως. Η αιματογενής διασπορά ευθύνεται για περίπου το 33% των περιπτώσεων, ενώ στο 15-40% δεν αναγνωρίζεται πρωτοπαθής εστία. Συχνότεροι αιτιολογικοί μικροοργανισμοί είναι τα αναερόβια, οι στρεπτόκοκκοι και οι σταφυλόκοκκοι. Η έγκαιρη διάγνωση και η συνδυασμένη χειρουργική και αντιμικροβιακή αντιμετώπιση είναι καθοριστικές για την πρόγνωση.

Παρουσίαση περιστατικού: Αναφέρεται περίπτωση ανοσοεπαρκούς άνδρα ηλικίας 18 ετών, με ιστορικό επιληψίας και διαταραχής αυτιστικού φάσματος, ο οποίος προσήλθε λόγω προοδευτικής υπνηλίας, έκπτωσης της λειτουργικής του κατάστασης και εμπύρετων επεισοδίων έως 38°C τις προηγούμενες εβδομάδες. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε εστιακά νευρολογικά ή άλλα παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ οι καλλιέργειες αίματος και ούρων, η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας, καθώς και ο καρδιολογικός και οδοντιατρικός έλεγχος, δεν ανέδειξαν πρωτοπαθή εστία λοίμωξης. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε δύο αποστηματικές βλάβες στην αριστερή βρεγματοϊνιακή περιοχή, με μέγιστη διάμετρο 4,2 cm. Υποβλήθηκε σε επιτυχή στερεοτακτική παροχέτευση και η καλλιέργεια του πυώδους υλικού ανέδειξε *Streptococcus intermedius*. Χορηγήθηκε αρχικά εμπειρική αγωγή με βανκομυκίνη, κεφτριαξόνη και ακυκλοβίρη, η οποία στη συνέχεια αποκλιμακώθηκε βάσει του αντιβιογράμματος. Ο ασθενής εξήλθε με μακροχρόνια αγωγή με τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη λόγω αργής ακτινολογικής ανταπόκρισης. Δεκαοκτώ μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματικός, με υπολειμματική γλοίωση στη μαγνητική τομογραφία με πλήρη επάνοδο στη προτέρα λειτουργική του κατάσταση.

Συμπέρασμα: Η περίπτωση αναδεικνύει ότι το εγκεφαλικό απόστημα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση πυρετού και διαταραχής του επιπέδου συνείδησης ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς χωρίς εμφανή πρωτοπαθή εστία ή σαφή εστιακή σημειολογία. Η έγκαιρη απεικονιστική διερεύνηση, η μικροβιολογική τεκμηρίωση και η συνδυασμένη χειρουργική και εξατομικευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία οδηγούν σε ευνοϊκή έκβαση.

e-POSTERS

eP 059

Η ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ ΩΣ ΑΣΥΝΗΘΕΣ ΑΙΤΙΟ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ελένη Ζότο, Ευθύμιος-Λεωνίδας Καλτσούνης, Θεοφανώ Δερδελάκου, Φωτεινή Παπαηλία, Δαυίδ Τούκλη, Θεοφάνης Χειλετζάρης, Αικατερίνη Παππά, Σωτήριος Τσάμης, Φιλία Μαλακάση, Αλίκη Τιμοθέου, Οξάνα Τσατόβ, Νικόλαος Κουτσουμπός, Αρτεμισία Παπαδάκη, Νικόλαος Αλεξίου, Μαρίνα Κουπετώρη, Στυλιανή Συμπάρδη

Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κίρρωση ήπατος από αμιωδαρόνη είναι μια σπάνια σοβαρή επιπλοκή της μακροχρόνιας λήψης της. Εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλές δόσεις (συνήθως άνω των 400 mg ημερησίως) για μεγάλο διάστημα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με κίρρωση ήπατος αποδιδόμενη, εξ αποκλεισμού, στην αμιωδαρόνη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 73 ετών νοσηλεύτηκε για διερεύνηση διαταραχής επιπέδου επικοινωνίας, ασκίτη, σοβαρού υποθυρεοειδισμού και παθολογικής απεικόνισης ήπατος. Ατομικό ιστορικό πρόσφατα εξαιρεθέντος αδενοκαρκινώματος σιγμοειδούς χαμηλού βαθμού κακοήθειας pt3n2(5/11)mx status, αρτηριακής υπέρτασης, χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής υπό αγωγή με Αμιωδαρόνη από 10ετίας 200mgx2, αντιυπερτασική αγωγή, σιμβαστατίνη, αγωγή υποκατάστασης για σοβαρό υποθυρεοειδισμό (TSH:150 μIU/ML). Από την αντικειμενική εξέταση συγχυτικός, ασκιτική συλλογή, ηπατοσπληνομεγαλία. Εργαστηριακώς: θρομβοπενία, παράταση INR, αύξηση ηπατοκυτταρικών και χολοστατικών ενζύμων, αναιμία (Hb:10g/dl), υποαλβουμιναιμία. Απεικονιστικά εικόνα κίρρωσης χωρίς στεάτωση. Καρδιολογική μελέτη αρνητική για συμφορητική καρδιοπάθεια. Η διαγνωστική παρακέντηση ασκιτικού υγρού έδειξε υψηλή κλίση αλβουμίνης (>1,1 g/dl), το τρίπλεξ σπληνοπυλαίου άξονα πυλαία υπέρταση. Η αμμωνία ορού 115 μmol/L (φ. τ. <70) και η γαστροσκόπηση ανέδειξε κιρσούς οισοφάγου στους οποίους έγινε απολίνωση. Δεν αναφέρει κατάχρηση αιθανόλης, έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες (HAV, HBV, HCV, HDV) και για αυτοάνοσα νοσήματα ήπατος (ANA, AMA, ASMA, anti-LKM1, 2,3) αρνητικοί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε ως διάγνωση εργασίας η κίρρωση ήπατος και εξ αποκλεισμού ενοχοποιήθηκε η μακροχρόνια χορήγηση Αμιωδαρόνης. Έγινε διακοπή της και χορηγήθηκε κλασική αγωγή κίρρωσης (διουρητικά, μετοπρολόλη, λακτουλόζη, ριφαξιμίνη), χρήζει τακτικών εκκενωτικών παρακεντήσεων και τακτικού ενδοσκοπικού ελέγχου των κιρσών οισογάγου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βλάβη συχνά εξελίσσεται σιωπηλά, χωρίς έντονα συμπτώματα, μέχρι να φτάσει σε προχωρημένο στάδιο (ίνωση ή κίρρωση). Το φάρμακο συσσωρεύεται στα λυσοσώματα των ηπατικών κυττάρων, προκαλώντας μια μορφή φωσφολιπίδωσης. Το υπερηχογράφημα ή η αξονική τομογραφία μπορεί να δείξουν αυξημένη πυκνότητα του ήπατος λόγω της παρουσίας ιωδίου στην αμιωδαρόνη. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την άμεση διακοπή της αμιωδαρόνης (και αλλαγή αντιαρρυθμικού) που είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα. Η υποστηρικτική θεραπεία περιλαμβάνει τη διαχείριση των επιπλοκών της κίρρωσης.

e-POSTERS

eP 060

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟ-ΝΕΦΡΟ-ΗΠΑΤΟ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΛΗΨΗ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ

Εμμανουήλ Καλογιάννης[1], Παναγιώτης Βλαχόπουλος[1], Αικατερίνη Μπαχάρα[2], Νίκη Τσιολάκη[1], Ιωάννης Χαλίλης[1]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας*
[2] *Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Άνδρας 78 ετών διεκομίσθη λόγω οξείας ηπατικής ανεπάρκειας με ίκτερο και τετραψήφιες τιμές τρανσαμινασών, οξείας αμυλασαιμίας και οξείας νεφρικής ανεπάρκειας με ολιγοανουρία, υπονατριαιμία σε εξωτερικό έλεγχο ενώ ο ίδιος δεν παραπονέθηκε για κάποιο σύμπτωμα. Ο ασθενής ήταν ανοϊκός και υπέρβαρος με ιστορικό στεφανιαίας νόσου με αγγειοπλαστική στεφανιαίων, στένωση αορτής (τοποθέτηση TAVI), παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, μόνιμος βηματοδότης, παλαιό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος καρωτίδων και δυσλιπιδαιμία. Είχε νοσηλευτεί προ μηνός στη παθολογική κλινική λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, προ ημερών νοσηλεύθηκε στην καρδιολογική κλινική ημερών λόγω κολπικής μαρμαρυγής με LBBB και ταχεία κοιλιακή αναταπόκριση για την οποία έλαβε αμιωδαρόνη ενδοφλεβίως. Κατά την παραμονή του στην καρδιολογική κλινική εμφάνισε βηματοδοτικό ρυθμό αλλά εξήλθε της πριν το τέλος της νοσηλείας παρά τις οδηγίες των θεραπόντων. Πρόκειται για κλινικό περιστατικό με ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων όπου τα αίτια υπερκαλύπτουν το ένα το άλλο όπως είναι οι μεταβολικοί παράγοντες, η σπλαγχική συμφόρηση ή υποάρδευση από καρδιακή ανεπάρκεια ή η τοξικότητα φαρμάκων.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθη εργαστηριακός έλεγχος με ένζυμα ηπατικής βιοχημείας, έλεγχος για ηπατίτιδες, αμυλάση, λιπιδαιμικό προφίλ, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτρολυτών, έλεγχος καρδιακών ενζύμων, έλεγχος για σήψη και έλεγχος θυρεοειδή. Διενεργήθη απεικονιστικές έλεγχος με υπέρηχο νεφρών, άνω κοιλίας, καρδιάς, αξονική τομογραφία κοιλίας. Επίσης έγινε τακτικός έλεγχος με ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Αποτελέσματα: Ο έλεγχος για ηπατίτιδες ήταν αρνητικός. Η CT κοιλίας ανέδειξε λίθο στον αυχένα της χοληδόχου κύστης αλλά χωρίς άλλα ευρήματα. Το υπέρηχο καρδιάς έδειξε κλάσμα 35%. Ο ασθενής βελτιώθηκε με προσεκτική ενυδάτωση και διούρηση.

Συμπεράσματα: Η δυσκολία στην λήψη ιστορικού και πτωχή παρουσίαση συμπτωμάτων καθώς και η μη ολοκληρωμένη προηγούμενη νοσηλεία οδηγεί σε προκλήσεις για την διερεύνηση και θεραπεία ασθενών με καρδιο - ήπατο - νέφρο - μεταβολικό σύνδρομο και πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της αμιωδαρόνης. Ενώ οι μηχανισμοί της τοξικότητας της αμιωδαρόνης είναι άγνωστοι, η ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να μιμηθεί τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου.

e-POSTERS

eP 061

ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΙΒΟΛΟΥΜΑΜΠΗ

Κρυσταλία Δημητρίου[1], Αικατερίνη Ράτσικα[1], Ελένη Μπουζούκη[1], Αγγελική Μερίτση[1], Μαρίνα Γκιαουράκη[2], Όλγα Καραπάνου[3], Μαυρογιαννάκη Αναστασία[1]

[1] *Β΄ Παθολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*
[2] *Ογκολογικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*
[3] *Ενδοκρινολογικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ, Αθήνα*

Εισαγωγή - Σκοπός: Η χορήγηση των αναστολέων σημείων ανοσιακού ελέγχου (ICIs) σχετίζεται με εμφάνιση ανοσολογικά επαγόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών (irAEs), που μπορεί να αφορούν κάθε όργανο συμπεριλαμβανομένου του ενδοκρινικού συστήματος. Μεταξύ αυτών, η επίπτωση του υποθυρεοειδισμού είναι 9% μετά από θεραπεία με τον PD-1 αναστολέα νιβολουμάμπη ωστόσο η υποφυσίτιδα περιγράφεται εξαιρετικά σπάνια (επίπτωση 0,4%). Παρουσιάζεται σπάνια περίπτωση ασθενούς υπό ανοσοθεραπεία με νιβολουμάμπη που εμφάνισε διαδοχικές irAEs σχετιζόμενες με το ενδοκρινικό σύστημα.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής 71 ετών προσήλθε με προοδευτικά επιδεινούμενη καταβολή, ανορεξία και απώλεια βάρους 8 kg από μηνός. Αναφέρει ατομικό αναμνηστικό αδενοκαρκινώματος στομάχου χαμηλής διαφοροποίησης με διενέργεια υφολικής γαστρεκτομής, χημειοθεραπείας (5-φθοριοουρακίλη) και ανοσοθεραπείας με νιβολουμάμπη μέχρι περίπου 1,5 μήνα προ της προσέλευσής του στο νοσοκομείο (συνολικά 26 δόσεις). 12 εβδομάδες μετά την έναρξη νιβολουμάμπης (κατόπιν 6 δόσεων) εμφάνισε πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό (TSH 68.5 μIU/mL) που αποδόθηκε στη λήψη ανοσοθεραπείας και έγινε έναρξη υποκατάστασης με λεβοθυροξίνη.

Αποτελέσματα: Κλινικά διαπιστώθηκε εικόνα απίσχνασης (BMI 17,2 kg/m^2). Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για παρουσία δεικτών φλεγμονής, διαταραχών ηλεκτρολυτών, νεφρικής και θυρεοειδικής λειτουργίας. Πρόσφατη απεικόνιση με PET-CT ήταν αρνητική για εικόνα προόδου ογκολογικής νόσου. Κατά τον ενδοκρινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε χαμηλή πρωινή κορτιζόλη ορού (<1,0 μg/dL) με χαμηλή πρωινή ACTH (3,6 pg/mL) και τιμή προλακτίνης και των λοιπών υποφυσιακών ορμονών εντός φυσιολογικών ορίων, ευρήματα διαγνωστικά δευτεροπαθούς επινεφριδικής ανεπάρκειας. Η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε ήπια διόγκωση και ανομοιογενή σκιαγραφική ενίσχυση υπόφυσης, υποστηρίζοντας τη διάγνωση της επαγόμενης από την ανοσοθεραπεία υποφυσίτιδας. Έγινε έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με per os υδροκορτιζόνη (30mg ημερησίως) με κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η υποφυσίτιδα σε έδαφος ανοσοθεραπείας είναι σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή. Αναπτύσσεται ύπουλα και η κλινική εικόνα μπορεί να μιμείται πρόοδο νόσου, υποθρεψία, κατάθλιψη. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να απουσιάζουν. Η κλινική υποψία είναι κρίσιμη για την έγκαιρη διάγνωση και την αποφυγή επινεφριδικής κρίσης.

e-POSTERS

eP 062

ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΙΚΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΙΘΑΝΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESS ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ Β-ΛΑΚΤΑΜΕΣ

Ιωάννης-Παναγιώτης Τσετζάν, Άννα Μακίνα-Κούση, Γεώργιος Δρόσος, Αναστασία Αντωνίου, Άρτεμις Αραβαντινού, Δήμητρα-Μαρία Μπίσια, Καλλιόπη Τάσσιου, Βεατρίκη Δαμιανού, Παρασκευή Κατσέλη, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή - Σκοπός: Το σύνδρομο DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) αποτελεί σοβαρή φαρμακευτική αντίδραση υπερευαισθησίας, με υψηλή. Χαρακτηρίζεται από εμπύρετο, εκτεταμένο εξάνθημα, ηωσινοφιλία και πιθανή πολυοργανική συμμετοχή. Η έγκαιρη αναγνώριση και διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, καθώς και η χορήγηση κορτικοστεροειδών σε επιλεγμένες περιπτώσεις, συνιστούν βασικές αρχές για την αντιμετώπιση του ασθενούς.

Υλικό - Μέθοδοι: Περιγράφεται το περιστατικό άνδρα 75 ετών με ατομικό αναμνηστικό στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας, μεταλλικής αορτικής βαλβίδας, καρδιακής ανεπάρκειας και αρτηριακής υπέρτασης, ο οποίος προσήλθε στα επείγοντα λόγω εμπυρέτου από 5ημέρου και διάχυτου κνιδοβλατιδώδους/κνιδωτικού εξανθήματος μετά από πρόσφατη λήψη κεφαλοσπορίνης. Διενεργήθηκε εκτεταμένος καρδιολογικός, λοιμώδης, ανοσολογικός και απεικονιστικός έλεγχος, καθώς και δερματολογική εκτίμηση με βιοψία δέρματος.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Ο λοιμώδης έλεγχος (αιμοκαλλιέργειες, ιολογικός έλεγχος, αντιγόνα έναντι Λεγιονέλλας και Πνευμονιοκόκκου ούρων, ταχεία μοριακή combo για γρίπη Α -γρίπη Β- RSV - COVID-19, έλεγχος αντισωμάτων έναντι παθογόνων) ήταν αρνητικός. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανεδείχθη ηωσινοφιλία (6.800/μL), αυξημένη IgE (193 IU/mL) και ήπια αύξηση τρανσαμινασών. Ο λοιπός έλεγχος (C3, C4, ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, ανοσοκαθήλωση ορού, ANA, anti-ds-DNA, p-ANCA, c-ANCA, ASMA, Ra test) ήταν αρνητικός. Εκ της αξονικής τομογραφίας δεν ανεδείχθη σαφής εστία λοίμωξης. Παρά την αρχική αντιβιοτική αγωγή, ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος έως την τροποποίηση της αγωγής και την έναρξη συστηματικής κορτικοθεραπείας, με σταδιακή κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Η βιοψία δέρματος ανέδειξε περιαγγειακή λεμφοκυτταρική διήθηση με ηωσινόφιλα, οίδημα χορίου και εικόνα συμβατή με φαρμακευτική αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου DRESS. Μετά τη διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου και την έναρξη κορτικοθεραπείας σημειώθηκε σαφής κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η συνολική κλινική και εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς συνηγορεί υπέρ της διάγνωσης πιθανού συνδρόμου DRESS σχετιζόμενου με β-λακτάμες. Με το παρόν περιστατικό αναδεικνύεται η σημασία της διαφορικής διάγνωσης σε ηλικιωμένο ασθενή με εξανθηματικό εμπύρετο και της διεπιστημονικής προσέγγισης με σκοπό την ορθή διάγνωση. θεραπευτική αντιμετώπιση και τη βελτιστοποίηση της έκβασης του ασθενούς.

e-POSTERS

eP 063

Η ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΑΡΧΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ιωάννης-Παναγιώτης Τσετζάν, Άννα Μακίνα-Κούση, Αναστασία Αντωνίου, Άρτεμις Αραβαντινού, Δήμητρα-Μαρία Μπίσια, Καλλιόπη Τάσσιου, Βεατρίκη Δαμιανού, Στυλιανή Χιώτη, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή - Σκοπός: Η υπονατριαιμία δεν αποτελεί μια ενιαία νοσολογική οντότητα, αλλά έναν κλινικό «χαμαιλέοντα» που μπορεί να εμφανίζεται ως πρώτη εκδήλωση σοβαρής υποκείμενης νόσου. Η συστηματική διερεύνησή της είναι κρίσιμη για τη διάγνωση δυνητικά απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, όπως το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης ADH (SIADH) και η φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια.

Υλικό - Μέθοδοι: Περιγράφεται το περιστατικό άνδρα 60 ετών, καπνιστή, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος προσήλθε στα επείγοντα λόγω ανορεξίας και μυϊκής αδυναμίας από ημερών. Κατά τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπονατριαιμία (Na^+: 125 mEq/L). Ακολούθησε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (ηλεκτρολύτες, θυρεοειδική λειτουργία, κορτιζόλη ορού) και εκτεταμένος απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακα και άνω/κάτω κοιλίας στο πλαίσιο διερεύνησης ευογκαιμικής υπονατριαιμίας και αποκλεισμού δευτεροπαθών αιτιών.

Αποτελέσματα: Εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και παρακολούθηση. Εκ του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου ανευρέθη τιμή κορτιζόλης ορού σοβαρά μειωμένης (0,6 μg/dL) και ACTH πλάσματος σοβαρά αυξημένης (185 pg/mL), εύρημα συμβατό με φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια, οπότε και ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με υδροκορτιζόνη με σταδιακή αποκατάσταση της τιμής νατρίου. Εκ των αξονικών ανεδείχθησαν πολλαπλές βλάβες, ως επί μεταστατικής κακοήθειας με πιθανή αρχική εστία τον άνω λοβό του αριστερού πνεύμονα και, πιο συγκεκριμένα, δευτεροπαθή εντόπιση εγκεφάλου αριστερά βρεγματοϊνιακά, ευμεγέθη μορφώματα επινεφριδίων και πολλαπλοί λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο σε τήξη. Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση, εκ της οποίας ανεδείχθη ενδοβρογχική εξεργασία στον άνω λοβό του αριστερού πνεύμονα, από όπου και ελήφθησαν βιοψίες, το πόρισμα των οποίων συνηγορεί υπέρ μικροκυτταρικού καρκινώματος του πνεύμονα. Έγινε, κατόπιν, σύσταση στον ασθενή για πραγματοποίηση PET και κατόπιν Ογκολογική εκτίμηση.

Συμπεράσματα: Η εκτεταμένη κακοήθεια θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των αιτίων που προκαλούν υπονατριαιμία, ειδικά σε ασθενείς που διαθέτουν παράγοντες κινδύνου. Η τήρηση αλγοριθμικής προσέγγισης, με έλεγχο επινεφριδιακής λειτουργίας και έγκαιρο απεικονιστικό έλεγχο, είναι απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή για εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

e-POSTERS

eP 064

ΑΚΡΑΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΑΠ

Εμμανουήλ Καλογιάννης[1], Σοφία Σπυράκου[1], Στυλιανή Μπούρικα[2], Δήμητρα Ζουμπανιώτου[1], Ελένη Κοντζίνου[1]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας*

[2] *Πνευμονολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας*

Εισαγωγή / Σκοπός: Γυναίκα 64 ετών διεκομίσθη λόγω δύσπνοιας και αποκορεσμού έως 60% από ημέρας ενώ αναφέρεται επεισόδιο προσωρινής έκπτωση επιπέδου συνείδησης και εστιακών επιληπτικών κρίσεων στον ύπνο της. Η ασθενής έχει γνωστό ιστορικό ΧΑΠ με πολλαπλές νοσηλείες παλαιότερα και διασωλήνωση προ 8 έτη αλλά τελευταία χρόνια παρέμενε με συνεχή οξυγονοθεραπεία κατ'οίκον και νεφελοποίηση αλλά κακή συμμόρφωση στη χρήση BiPAP. Στο ΤΕΠ η ανάλυση αερίων αίματος βρήκε pH:7,385 pCO2: 83mmHg pO2: 66,5mmHg HCO3 50,18mmol/l και SpO2:93% σε BiPAP με 6lpm και με GCS: 14/15. Κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε επιδείνωση και σε ανάλυση αερίων βρέθηκε οξέωση με pH:7,248 pCO2:155,2mmHg pO2:57mmHg και HCO3:68,37mmol/l και SpO2:78% σε BiPAP με 10lpm και GCS:9/15.

Υλικό και Μέθοδοι: Τοποθετήθηκε μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός BiPAP, τιτλοποιήθηκαν οι ρυθμίσεις με αυστηρή συμμόρφωση τη χρήση. Διενεργήθη αξονική τομογραφία εγκεφάλου και θώρακα. Ληφθήκαν πολλαπλά δήγματα αερίων αίματος και πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν βρέθηκαν ιδιαίτερα ευρήματα. Στην αξονική τομογραφία πνευμόνων βρέθηκαν ινωδοκυψελιδικές αλλοιώσεις στο παρέγχυμα του θώρακα και εμφυσηματικές κύστεις ιδιαίτερα στα κατώτερα πνευμονικά πεδία με τη μεγαλύτερη στα εφτά εκατοστά.

Συμπεράσματα: Η εξατομικευμένη αντιμετώπιση κάθε ασθενούς με ΧΑΠ μπορεί να μειώσει τη νοσηλεία και την ποιότητα ζωής. Η ασθενής δεν επιδεινώθηκε περισσότερο και προοδευτικά βελτιώθηκε αερομετρικά. Έλαβε εξιτήριο αποφεύγοντας τη διασωλήνωση από την οποία πιθανώς να ήταν δύσκολο να απογαλακτιστεί. Στα πλαίσια της χρόνια υπερκαπνίας η ασθενής εμφάνιζε νεφρική αντιρρόπηση τόσο λόγω της καλής νεφρικής λειτουργίας όσο και της καλής διαχείρισης του ενδαγγειακού όγκου και ελάχιστης έως καθόλου ανάγκης διουρητικών.

e-POSTERS

eP 065

ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΗΜΙΠΑΡΕΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σοφία Γαλάνη, Χρυστάλλα Σκορδή, Ανδρέας Στυλιανού
Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

Σκοπός: Η ισχαιμία του νωτιαίου μυελού αποτελεί σπάνια αγγειακή οντότητα και συχνά μιμείται οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οδηγώντας σε διαγνωστικές δυσκολίες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού εκτεταμένης ισχαιμίας της αυχενικής μοίρας του νωτιαίου μυελού με κλινική εικόνα οξείας ημιπάρεσης.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας 89 ετών προσήλθε στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιφνίδιας αδυναμίας αριστερού άνω και κάτω άκρου και αισθητικών διαταραχών αριστερά. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μυϊκή ισχύς 3/5 στο αριστερό άνω άκρο, αταξία και υπαισθησία αριστερού ημιμορίου. Ακολούθησε εκτεταμένος εργαστηριακός, απεικονιστικός και νευρολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου και η αξονική αγγειογραφία εγκεφαλικών και τραχηλικών αγγείων δεν ανέδειξαν οξύ ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο ούτε σημαντικές αγγειακές στενώσεις. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική για πρόσφατη εγκεφαλική ισχαιμία. Αντίθετα, η μαγνητική τομογραφία αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης ανέδειξε εκτεταμένη περιοχή παθολογικού σήματος με περιορισμό της διάχυσης από την αυχενοπρομηκική συμβολή έως το επίπεδο του Α7 σπονδύλου, συμβατή με πρόσφατη ισχαιμική βλάβη του νωτιαίου μυελού. Ο καρδιολογικός έλεγχος με υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξε πιθανή καρδιοεμβολική εστία. Κατά τη νοσηλεία ο ασθενής έλαβε υποστηρικτική αγωγή, φυσιοθεραπεία και δευτερογενή αγγειακή πρόληψη. Κατά το εξιτήριο παρέμενε σημαντικό νευρολογικό έλλειμμα με μυϊκή ισχύ πλέον στο 1/5 στο αριστερό ημιμόριο και μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης.

Συμπεράσματα: Η ισχαιμία της αυχενικής μοίρας του νωτιαίου μυελού αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική διαφορική διάγνωση σε ασθενείς με οξεία εστιακή νευρολογική σημειολογία και αρνητικό απεικονιστικό έλεγχο εγκεφάλου. Η έγκαιρη διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας νωτιαίου μυελού είναι καθοριστική για τη διάγνωση, την πρόγνωση και τον σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

e-POSTERS

eP 066

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΑΝΟΣΟΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΗΣ ΣΗΨΗΣ: ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΑΝΑΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θωμάς Νιτσοτόλης, Νικόλαος-Γαβριήλ Κολιός, Νικόλαος Κρίκης, Αλεξία Παπαλεξάνδρου, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Ειρήνη Χριστάκη

Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σήψη ορίζεται ως απειλητική για τη ζωή δυσλειτουργία οργάνων από απορρυθμισμένη απάντηση του ξενιστή στη λοίμωξη. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει ο μεταβολικός αναπρογραμματισμός των ανοσοκυττάρων (ανοσομεταβολισμός). Σκοπός είναι η σύνθεση των νεότερων μοριακών δεδομένων και της θεραπευτικής προοπτικής.

Υλικό και Μέθοδοι: Ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας (PubMed, 2019-2026), εστιασμένη στον μεταβολικό αναπρογραμματισμό μονοκυττάρων, μακροφάγων και Τ-λεμφοκυττάρων.

Αποτελέσματα: Στην πρώιμη υπερφλεγμονώδη φάση, η έμφυτη ανοσία μεταστρέφεται από την οξειδωτική φωσφορυλίωση στην αερόβια γλυκόλυση (φαινόμενο τύπου Warburg), υπό τον έλεγχο του επαγόμενου από την υποξία παράγοντα 1α (HIF-1α). Η πυροσταφυλική κινάση M2 (PKM2) μετατοπίζεται στον πυρήνα και, ως συνενεργοποιητής του HIF-1α, επάγει την ιντερλευκίνη-1β. Ο κύκλος του Krebs διακόπτεται σε δύο σημεία: το κιτρικό εκτρέπεται προς το ιτακονικό οξύ μέσω της αποκαρβοξυλάσης του ακονιτικού 1 (ACOD1), ενώ η οξείδωση του ηλεκτρικού οξέος πυροδοτεί ανάστροφη ροή ηλεκτρονίων με δραστικές μορφές οξυγόνου που σταθεροποιούν τον HIF-1α. Το ιτακονικό οξύ αλκυλιώνει κυστεΐνες της KEAP1, απελευθερώνει τον αντιοξειδωτικό παράγοντα NRF2 και αναστέλλει το φλεγμονόσωμα NLRP3. Το μιτοχονδριακό DNA ενεργοποιεί τον άξονα cGAS-STING και την ιντερφερόνη τύπου Ι. Το γαλακτικό οξύ αναδεικνύεται σε σηματοδοτικό μόριο: ανιχνεύεται από τις συνθετάσες AARS1/AARS2, που καταλύουν γαλακτυλίωση λυσινών. Η γαλακτυλίωση της ιστόνης H3 στη λυσίνη 18 (H3K18la) ενεργοποιεί επανορθωτικά γονίδια, ενώ η γαλακτυλίωση της cGAS αναστέλλει την ανίχνευση DNA και προάγει την ανοσοκαταστολή. Στην όψιμη φάση, η ελάττωση του NAD+ και οι σιρτουΐνες μεταστρέφουν τον μεταβολισμό προς τη β-οξείδωση λιπαρών οξέων, με καθολική μεταβολική παράλυση και εξάντληση των Τ-λεμφοκυττάρων. Μεταβολίτες (ηλεκτρικό, α-κετογλουταρικό, ακετυλο-CoA) δρουν ως συμπαράγοντες ενζύμων τροποποίησης της χρωματίνης, συνδέοντας μεταβολισμό και επιγενετικό έλεγχο εκπαιδευμένης ανοσίας και ανοχής.

Συμπεράσματα: Ο ανοσομεταβολισμός συνδέει τη φλεγμονή με την ανοσοκαταστολή και την ανεπάρκεια οργάνων. Αναδύονται στοχευμένες παρεμβάσεις: παράγωγα του ιτακονικού οξέος, αναπλήρωση του NAD+, καθοδηγούμενες από ανοσομεταβολικούς ενδότυπους. Τα δεδομένα παραμένουν κυρίως προκλινικά και χρήζουν κλινικής τεκμηρίωσης.

e-POSTERS

eP 067

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Χρηστάκη Μαρία, Κρίκης Νικόλαος, Κουρτίδης Μάριος, Κολιός Νικόλαος-Γαβριήλ, Θωμά Ιωάννα, Μαστορίδου Ελευθερία, Μπίρος Δημήτριος, Οικονομίδη Ελένη, Σαμανίδου Βαλεντίνη, Μηλιώνης Χαράλαμπος

Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή - Σκοπός: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα, είναι νεκρωτική κοκκιωματώδης αγγειίτιδα των μικρών αγγείων. Προσβάλει κυρίως το αναπνευστικό και τους νεφρούς. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ανεξήγητη σημαντική απώλεια βάρους περί τα 8kgαπό μηνός, ως μοναδική αρχική κλινική εκδήλωση, που διεγνώσθη με κοκκιωμάτωση με πολυαγγείτιδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 76 ετών, με δυσλιπιδαιμία από το ατομικό αναμνηστικό. εισήχθη στην παθολογική κλινική προς διερεύνηση σημαντικής απώλειας βάρους πέρι τα 8kgαπό μηνός και χωρίς καμία άλλη συνοδό συμπτωματολογία. Ο εργαστηριακός του έλεγχος είχε αναιμία χρονίας νόσου, αυξημένη ΤΚΕ:56mm/h, Creat:2,3mg/dl. Αποκλείστηκε το πολλαπλό μυέλωμα που ετέθη πρώτο στην διαφορική διάγνωση, λόγω μη παθολογικής ηλεκτροφόρησης και φυσιολογικής οστεομυελικής βιοψίας. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων, ήταν αρνητικές. Διενεργήθησαν αξονική θώρακος-κοιλιάς, γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση καθώς και ποζιτρονική τομογραφία (Petscan) χωρίς κάποιο παθολογικό εύρημα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε μικροσκοπική αιματουρία, οπότε και έγινε έλεγχος προς ανεύρεση δύσμορφων ερυθρών, ο οποίος ανέδειξε ερυθρά μη σπειραματικής προελεύσεως. Δεν ανεδείχθη λεύκωμα από τη εξέταση των ούρων. Επίσης εστάλησαν p-ANCA, τα οποία ήταν θετικά με τίτλο 1/80 ενώ φυσιολογικά ήταν τα c-ANCA. Ο ασθενής εξήλθε υπό παρακολούθηση και αναμονή του λοιπού ανοσολογικού ελέγχου καθώς και του ελέγχου ειδικών λοιμώξεων. Δεκαπέντε ημέρες μετά, παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια ρινορραγιών με σημαντική απώλεια αίματος και εισήχθη στην ωτορινολαρυγγολογική κλινική, όπου ανεδείχθη πλέον τιμή Creat:5,4mg/dl. Διενεργήθη άμεσα βιοψία νεφρού που έθεσε την διάγνωση της ταχέως εξελισσόμενης σπειραματονεφρίτιδας σε έδαφος κοκκιωμάτωσης με πολυαγγείτιδα.

Συμπεράσματα: Ιδιαίτερα σημαντικό λοιπόν, είναι να τονιστεί, ότι η ανεξήγητη απώλεια βάρους, ακόμη και απουσία άλλων χαρακτηριστικών κλινικών συμπτωμάτων, μπορεί να υποκρύπτει συστηματική αγγειίτιδα και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην διαφοροδιαγνωστική σκέψη του εκάστοτε κλινικού γιατρού. Η έγκαιρη συμπερίληψη των αγγειίτιδων στην διαφορική διάγνωση των ασθενών με σημαντική απώλεια βάρους, θα οδηγήσει σε ταχύτερη δίαγνωση και ταχύτερη έναρξη της κατάλληλης θεραπείας

e-POSTERS

eP 068

ΠΑΝΔΗΜΙΕΣ, ΟΙ ΕΧΘΡΟΙ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΤΗΤΑΣ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΩΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

Σεραφείμ Γ. Καστανάκης

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Κλινικός Λοιμωξιολόγος Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι λοιμώδεις νόσοι και οι πανδημίες αποτελούν διαχρονική απειλή για την ανθρωπότητα, προκαλώντας εκατομμύρια θανάτους στο πέρασμα των αιώνων. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η καταγραφή της ιστορικής εξέλιξης των σημαντικότερων πανδημιών, από την αρχαιότητα έως σήμερα, καθώς και η ανάδειξη της νόσου COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ως σύγχρονου παραδείγματος.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και ιστορικών πηγών σχετικά με τις μεγάλες πανδημίες της ανθρώπινης ιστορίας, συμπεριλαμβανομένων της πανώλης, της χολέρας, της ευλογιάς, του επιδημικού τύφου, του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) και της νόσου COVID-19, με έμφαση στην αιτιολογία, τη μετάδοση, τη θνητότητα και τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα: Η βελτίωση της υγιεινής, η ανάπτυξη εμβολίων και η ανακάλυψη αντιμικροβιακών ουσιών συνέβαλαν καθοριστικά στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα τον 20ό αιώνα. Ιστορικά, η πανώλη («Μαύρος Θάνατος») ευθύνεται για δεκάδες εκατομμύρια θανάτους, ενώ η ισπανική γρίπη (1918-1919) και η ευλογιά κατατάσσονται μεταξύ των θανατηφορότερων πανδημιών, με την τελευταία να έχει εξαλειφθεί πλήρως έως το 1980 χάρη σε παγκόσμια εκστρατεία εμβολιασμού. Η νόσος COVID-19 ανέδειξε νέες προκλήσεις, με ποικίλη κλινική εικόνα (πυρετό, βήχα, δύσπνοια), πιθανές σοβαρές επιπλοκές (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, θρομβωτικά επεισόδια) και θεραπευτικές επιλογές όπως η ρεμδεσιβίρη και η δεξαμεθαζόνη, ενώ τα μέτρα ατομικής προστασίας και αποστάσεων αποδείχθηκαν κρίσιμα για τον περιορισμό της διασποράς.

Συμπεράσματα: Η ιστορική μελέτη των πανδημιών αναδεικνύει τη διαρκή ανάγκη επαγρύπνησης, έγκαιρης διάγνωσης και επιστημονικής προόδου στην πρόληψη και θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων. Η εμπειρία από τη νόσο COVID-19 επιβεβαιώνει ότι η γνώση του παρελθόντος αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την αντιμετώπιση μελλοντικών πανδημιών.

e-POSTERS

eP 069

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ Η/ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ. ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ανδρέας Παπαλυσάνδρου[1], Ηλίας Σανίδας[1], Μαρία Βέλλιου[2], Ραφαέλλα Παπαρίδου[1], Αλίκη Ζωγράφου[1], Ιπποκράτης Ζαρίφης[1], Όλγα Κούρτη[1], Δημήτριος Παπαδόπουλος[1], Έλενα-Διοτίμα Μιχαλοπούλου[1], Κώστας Θωμόπουλος[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό*

[2] *Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικόν*

Εισαγωγή / Σκοπός: Το πραγματικό όφελος της φαρμακευτικής αγωγής που μειώνει την καρδιακή συχνότητα (ΚΣ) σε ασθενείς με υπέρταση ή/και καρδιαγγειακή νόσο δεν είναι πλήρως ξεκάθαρο. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν να εξετασθεί η ενδεχόμενη επίδραση της μείωσης της ΚΣ στα καρδιαγγειακά συμβάματα, τη θνησιμότητα και τον κίνδυνο εκδήλωσης ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενείς με υπέρταση ή/και καρδιαγγειακή νόσο.

Υλικό / Μέθοδοι: Έγινε επιλογή τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (RCTs) από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Cochrane, που συνέκριναν φάρμακα που μειώνουν την ΚΣ (β-αποκλειστές, μη διυδροπυριδινικοί ανταγωνιστές ασβεστίου, ιβαμπραδίνη, δακτυλίτιδα) έναντι του εικονικού φαρμάκου ή της λιγότερο επιθετικής θεραπείας. Καταληκτικά σημεία ήταν η συνολική και η καρδιαγγειακή θνησιμότητα, το σύνθετο καταληκτικό σημείο των καρδιαγγειακών συμβαμάτων (έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια), αλλά και καθεμία από τις παραμέτρους του σύνθετου καταληκτικού σημείου ξεχωριστά, καθώς και η διακοπή της αγωγής λόγω παρενεργειών. Οι αναλογίες κινδύνου (RR) υπολογίστηκαν με μοντέλο τυχαίων επιδράσεων.

Αποτελέσματα: Επελέγησαν 74 RCTs (157764 ασθενείς). Η μείωση της ΚΣ συσχετίστηκε με μείωση της στεφανιαίας νόσου κατά 16%, της καρδιακής ανεπάρκειας κατά 9%, τηςκαρδιαγγειακής θνητότητας κατά 14% και της συνολικής θνητότητας κατά 13%. Μόνο στους υπερτασικούς ασθενείς συνολικά διαπιστώθηκε αύξηση της επίπτωσης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και της θνητότητας, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στην πρόγνωση υπερτασικών ασθενών χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Ασθενείς ηλικίας <65 ετών εμφάνισαν καλύτερη έκβαση και λιγότερες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, η διακοπή της θεραπείας λόγω παρενεργειών αυξήθηκε κατά 25%, ενώ βρέθηκε ότι η ΚΣ 65-70bpm συνδέεται με ευνοϊκότερη έκβαση, χωρίς σημαντική αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Συμπεράσματα: Η μείωση της ΚΣ σε ασθενείς με υπέρταση ή/και καρδιαγγειακή νόσο συσχετίστηκε με μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και βελτίωση της επιβίωσης στην πλειονότητα των ασθενών. Ωστόσο, και ειδικότερα στους υπερτασικούς ασθενείς, το όφελος εξαρτάται αποκλειστικά από το κλινικό υπόστρωμα. Για τη βέλτιστη πρόγνωση, λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών, κρίνεται σκόπιμο να επιδιώκεται ΚΣ 65-70bpm.

e-POSTERS

eP 070

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΚΗΛΙΔΟΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΡΙΦΑΞΙΜΙΝΗΣ

Ναταλία Ατζέμογλου[1], Μαρία Βούκαλη[1], Χαρά Κουβίδου[2], Έλενα Τσαρούχα[1], Σοφία Καργιώτη[1], Δημήτριος Χατζής[1], Ανδρέας Αδάμου[1], Μαρία Ψαρουδάκη[1], Αργυρώ Παύλου[1], Νικόλαος Αδαμίδης[1], Ιωάννα Τάντση[1], Νικόλαος Μαντούβαλος[1], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] *ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ*

[2] *ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα γενικευμένα εξανθήματα που συνοδεύονται από πυρετό και ηωσινοφιλία αποτελούν σημαντική διαγνωστική πρόκληση, καθώς απαιτούν αποκλεισμό λοιμωδών, αυτοάνοσων και φαρμακευτικών αιτίων. Σκοπός είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού γενικευμένου φαρμακευτικού εξανθήματος μετά από χορήγηση ριφαξιμίνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 29 ετών προσήλθε με εμπύρετο έως 39°C και γενικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από 8ημέρου, χωρίς ανταπόκριση σε εξωνοσοκομειακή αγωγή με κορτικοστεροειδή. Προηγήθηκε γαστρεντερίτιδα διάρκειας 1 εβδομάδας, για την οποία είχε λάβει τριήμερη αγωγή με ριφαξιμίνη με συνοδό ύφεση των συμπτωμάτων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (15,99x10³/μL), ηωσινοφιλία (2,47x10³/μL) και αυξημένη CRP (73,8 mg/L), χωρίς διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας. Ο εκτενής λοιμωξιολογικός (EBV IgM / IgG, CMV IgM / IgG, ECHO virus IgM/IgG, ιογενείς ηπατίτιδες, syphilis tp, PARVO virus IgG/IgM, toxoplasma IgG/IgM και HSV IgG/IgM) και ανοσολογικός έλεγχος (ANA, anti-dsDNA, C3, C4, p-ANCA, c-ANCA, anti-ENA screening), καθώς και οι αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες ούρων, ήταν αρνητικοί. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος με ιστοπαθολογική εξέταση και άμεσο ανοσοφθορισμό, που ανέδειξε ευρήματα συμβατά με φαρμακευτικό εξάνθημα εξανθηματικού τύπου.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με συστηματικά κορτικοστεροειδή, αντιισταμινική αγωγή και υποστηρικτικά μέτρα, ενώ διεκόπη κάθε πιθανώς ενοχοποιούμενη φαρμακευτική αγωγή. Κατά τη νοσηλεία παρέμεινε απύρετος, παρουσίασε προοδευτική υποχώρηση του εξανθήματος και σημαντική εργαστηριακή βελτίωση, με μείωση της CRP από 73,8 σε 16,1 mg/L και πλήρη αποκατάσταση της ηωσινοφιλίας κατά την έξοδο.

Συμπεράσματα: Η χρονική συσχέτιση της εμφάνισης του εξανθήματος με τη λήψη ριφαξιμίνης, η παρουσία ηωσινοφιλίας, ο αποκλεισμός λοιμωδών και αυτοάνοσων νοσημάτων και η ταχεία κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση μετά τη διακοπή του πιθανού υπεύθυνου φαρμάκου και τη χορήγηση κορτικοστεροειδών καθώς και τα συμβατά παθολογοανατομικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση του φαρμακευτικού εξανθήματος. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης των φαρμακευτικών αντιδράσεων και της διαφορικής διάγνωσης ασθενών με εμπύρετο εξάνθημα και ηωσινοφιλία.

e-POSTERS

eP 071

«Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ» ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΕΝΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Στυλιανή Γερακάρη, Δανάη Κιτζόγλου, Ευφροσύνη Ευστρατιάδη, Απόστολος Γραμματικάκης, Βασιλική Σαρήμπεη

ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Εισαγωγή: Για τον νοσηλευόμενο παθολογικό ασθενή, το εξιτήριο δεν αποτελεί απλώς το τέλος της νοσηλείας, αλλά ένα κρίσιμο σημείο μετάβασης. Ασθενείς με πολυνοσηρότητα, πολυφαρμακία, λειτουργική ευαλωτότητα και ανάγκη στενής παρακολούθησης παραμένουν εκτεθειμένοι σε κίνδυνο απορρύθμισης της υγείας τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι απρογραμμάτιστες επανεισαγωγές επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια και το σύστημα υγείας, ενώ συχνά αναδεικνύουν κενά στην συνέχεια της φροντίδας, στην κατανόηση και εφαρμογή των οδηγιών εξόδου και στην έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης της κατάστασής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τον ρόλο της Τεχνητής Νοημοσύνης στην εκτίμηση κινδύνου επανεισαγωγής και στη διαμόρφωση ασφαλέστερου, πιο εξατομικευμένου σχεδίου εξιτηρίου με σαφείς οδηγίες για ασθενείς με σύνθετες κλινικές ανάγκες.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σύγχρονων επιστημονικών και θεσμικών πηγών, με έμφαση στην Τεχνητή Νοημοσύνη, τη Μηχανική Μάθηση, τους Ηλεκτρονικούς Φακέλους Υγείας Ασθενών, την πρόβλεψη επανεισαγωγών και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα.

Αποτελέσματα: Η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να συνδυάζει δημογραφικά δεδομένα, συννοσηρότητες, εργαστηριακά αποτελέσματα, διάρκεια νοσηλείας, φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενες νοσηλείες, λειτουργική κατάσταση και κοινωνικούς παράγοντες, ώστε να εντοπίζει ασθενείς υψηλού κινδύνου πριν το εξιτήριο. Η αξία της δεν περιορίζεται στην πρόβλεψη, αλλά επεκτείνεται στην ιεράρχηση προτεραιοποίηση της παρακολούθησης, στην οργάνωση των οδηγιών, στη διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην έγκαιρη παρέμβαση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο ο κλινικός γιατρός μπορεί να εστιάσει όχι μόνο στη νόσο που αντιμετωπίστηκε, αλλά και στον ασθενή που κινδυνεύει να επανεισαχθεί. Παράλληλα, η εφαρμογή τέτοιων εργαλείων απαιτεί επεξηγήσεις, προστασία προσωπικών δεδομένων και αποφυγή άκριτων αυτοματοποιημένων αποφάσεων.

Συμπεράσματα: Η Φροντίδα Υγείας δεν τελειώνει με την υπογραφή του εξιτηρίου. Η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο έγκαιρης προειδοποίησης και συνέχειας αυτής, υπό την προϋπόθεση ότι παραμένει υποστηρικτική, ελεγχόμενη και ενταγμένη στην κλινική κρίση του ιατρού.

e-POSTERS

eP 072

Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ: ΑΠΟ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

Στυλιανή Γερακάρη, Δανάη Κιτζόγλου, Ευφροσύνη Ευστρατιάδη, Απόστολος Γραμματικάκης, Βασιλική Σαρήμπεη

ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Εισαγωγή: Η Εσωτερική Παθολογία χαρακτηρίζεται από σύνθετη κλινική σκέψη, διαγνωστική πολυπλοκότητα, πολυνοσηρότητα, πολυφαρμακία και ανάγκη διασύνδεσης κλινικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών και επιστημονικών δεδομένων. Στο πλαίσιο αυτό, σύγχρονα συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης, συμπεριλαμβανομένων των γλωσσικών μοντέλων και των συστημάτων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων, δημιουργούν νέες δυνατότητες για την εκτίμηση κινδύνου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων, των περιορισμών και των προϋποθέσεων ασφαλούς αξιοποίησης της Τεχνητής Νοημοσύνης ως εργαλείο υποστήριξης της κλινικής απόφασης στην Εσωτερική Παθολογία.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σύγχρονων επιστημονικών δημοσιεύσεων από διεθνείς βάσεις δεδομένων που αντλήθηκαν από PubMed, Scopus, Google Scholar, με έμφαση σε μελέτες που αφορούν εφαρμογές ΤΝ στην ιατρική διάγνωση, στην πρόγνωση, στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, στην πολυφαρμακία, στην εκτίμηση κλινικού κινδύνου και στα συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ΤΝ μπορεί να συμβάλει στην ανάλυση μεγάλου όγκου δεδομένων, στην αναγνώριση προτύπων, στην ιεράρχηση πιθανών διαγνώσεων, στην παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα και στην εξατομίκευση της φροντίδας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιθανή συμβολή της σε πεδία όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιαγγειακή νόσος, η ογκολογία, οι λοιμώξεις, η γηριατρική φροντίδα και εν γένει η διαχείριση ασθενών με πολλαπλά προβλήματα υγείας. Ωστόσο, η αξιοπιστία των εφαρμογών εξαρτάται από την ποιότητα των δεδομένων, την κλινική επικύρωση, τη διαφάνεια των αλγορίθμων και τη συνεχή ανθρώπινη εποπτεία με γνώμονα την ηθική κλινική πρακτική για τη σωστή διαχείριση των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η Τεχνητή Νοημοσύνη δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ιατρική κρίση, την κλινική εμπειρία και την ευθύνη του ιατρού. Μπορεί όμως να αποτελέσει χρήσιμο υποστηρικτικό εργαλείο στην Εσωτερική Παθολογία, εφόσον εφαρμόζεται με σαφείς κανόνες, επαρκή εκπαίδευση, δεοντολογική εποπτεία και με απόλυτο κριτήριο την ασφάλεια του ασθενούς.

e-POSTERS

eP 073

ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ανδρέας Παπαλυσάνδρου[1], Ηλίας Σανίδας[1], Μαρία Βέλλιου[2], Ραφαέλλα Παπαρίδου[1], Αλίκη Ζωγράφου[1], Ιπποκράτης Ζαρίφης[1], Όλγα Κούρτη[1], Δημήτριος Αναγνώστου[3], Δημήτριος Παπαδόπουλος[1], Έλενα-Διοτίμα Μιχαλοπούλου[1], Κώστας Θωμόπουλος[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό*
[2] *Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικόν*
[3] *Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Αμαλία Φλέμιγκ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Προηγούμενες μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων μελετών έχουν δείξει ότι, στη δευτερογενή πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), η επίτευξη συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) <130mmHg σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο υποτροπής. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της εντατικής μείωσης της ΑΠ και τη συνολική επίδρασή της στις καρδιαγγειακές εκβάσεις παραμένουν περιορισμένα.

Υλικό / Μέθοδοι: Η μετα-ανάλυση καταχωρήθηκε στο PROSPERO (CRD42024593451). Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις PubMed και Cochrane έως τον Οκτώβριο του 2024 για τυχαιοποιημένες μελέτες μείωσης της ΑΠ σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ. Οι εκβάσεις ήταν: (1) υποτροπή ΑΕΕ, (2) καρδιαγγειακή θνητότητα, (3) συνολική θνητότητα και (4) μόνιμη διακοπή της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος (RR) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% CI), συγκρίνοντας το σκέλος μεγαλύτερης έναντι μικρότερης μείωσης της ΑΠ.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες με 54. 302 ασθενείς. Η μέση διαφορά στη συστολική/διαστολική ΑΠ μεταξύ των ομάδων ήταν -6, 1/-3, 1mmHg, με μέση παρακολούθηση 3,1 έτη. Η μέση αρχική ΑΠ ήταν 147/86mmHg, ενώ στο πιο εντατικό σκέλος επιτεύχθηκε ΑΠ 136/80mmHg. Η εντατικότερη μείωση της ΑΠ μείωσε την υποτροπή ΑΕΕ κατά 24% (95% CI: 13-34%) και την καρδιαγγειακή θνητότητα κατά 14% (95% CI: 5-23%), χωρίς επίδραση στη συνολική θνητότητα. Αντίθετα, αύξησε κατά 43% (95% CI: 8-88%) τις μόνιμες διακοπές της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ανάλυση υποομάδων (>140, 130-139 και <130mmHg) και η πολυπαραγοντική μετα-παλινδρόμηση δεν έδειξαν συσχέτιση χαμηλότερης επιτευχθείσας ΑΠ ή μεγαλύτερης μείωσης της ΑΠ με μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου υποτροπής ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ, η μείωση της ΑΠ μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής και τον καρδιαγγειακό θάνατο. Ωστόσο, η απουσία επίδρασης στη συνολική θνητότητα, η αύξηση των μόνιμων διακοπών της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών και η έλλειψη τεκμηρίωσης πρόσθετου οφέλους από χαμηλότερα επίπεδα ΑΠ υποδηλώνουν ότι η επιθετικότερη μείωση της ΑΠ δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε καλύτερες κλινικές εκβάσεις.

e-POSTERS

eP 074

ΟΖΩΔΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ T-NHL: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιφιγένεια Χαμακιώτη, Ηλίας Κουρεμένος, Μαρία Γαζή, Ελευθερία Μαγγίνα, Ευμορφία Κραβαρίτη, Ελένη Μοστράτου

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα Non-Hodgkin λεμφώματα Τ-κυτταρικής προέλευσης (T-NHL) αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα νοσημάτων, τα οποία δύναται να εμφανίσουν πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς εξωλεμφαδενικές εντοπίσεις στο δέρμα. Παρουσιάζουμε περίπτωση περιστατικού που εμφάνισε οζώδεις δερματικές βλάβες κατά τη νοσηλεία του στην Παθολογική κλινική πριν τη διάγνωση του T-NHL.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ένας 59χρονος άνδρας προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη δυσκαταποσία και δεκατική πυρετική κίνηση τις απογευματινές ώρες. Ο ασθενής παρουσιάζει λεμφαδενοπάθεια άμφω στην τραχηλική χώρα. Προσκομίζει απεικονιστικό έλεγχο που επιβεβαιώνει υπερηχογραφικά διογκωμένους λεμφαδένες άμφω και οριακή ηπατομεγαλία. Από αξονική θώρακος παρουσιάζει πλευριτικές συλλογές άμφω, περικαρδιακή συλλογή και μάζα μαλακών μορίων στο πρόσθιο άνω μεσοθωράκιο.

Κατά τη νοσηλεία, πραγματοποιήθηκε διαγνωστική διερεύνηση, η οποία περιελάμβανε υπερηχοκαρδιογράφημα και αξονικές τομογραφίες. Η αξονική κοιλιάς έδειξε block λεμφαδένων κοιλίας παραορτικά. Η περικαρδιακή συλλογή αντιμετωπίστηκε με κολχικίνη και οι πλευριτικές συλλογές με σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης.

Στη νοσηλεία ο ασθενής εμφάνισε αιφνίδια οζώδεις δερματικές βλάβες στις μασχαλιαίες χώρες, άνω άκρα, καθώς και στην υπερηβική περιοχή. Σε ό, τι αφορά το χρώμα των βλαβών εμφανίζει ετερογένεια, με αυτές να κυμαίνονται από ροδόχροες έως ιώδεις. Η ιστολογική τεκμηρίωση κρίθηκε απαραίτητη.

Πραγματοποιήθηκε παρακέντηση δια λεπτής βελόνης λεμφαδένα τραχήλου, της οποίας τα κυτταρομορφολογικά ευρήματα συνηγορούσαν υπέρ λεμφοπερπλαστικής αλλοίωσης. Ωστόσο, η στοχευμένη διαδερμική βιοψία της μάζας του μεσοθωρακίου που διενεργήθηκε από επεμβατικούς ακτινολόγους υπό καθοδήγηση αξονικού, επιβεβαίωσε τη διάγνωση Τ- Non Hodgkin λεμφώματος και ο ασθενής οδηγήθηκε σε θεραπείες βάσει πρωτοκόλλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η περίπτωση αυτή στοχεύει στην ανάδειξη των πολυποίκιλων εκδηλώσεων των T-NHL που απαιτούν την επαγρύπνηση του κλινικού ιατρού, την άρτια συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων και ελαχιστοποίηση του χρόνου μέχρι τη λήψη βιοψίας. Η πλήρης αξιολόγηση του ασθενούς ανά συστήματα μπορεί να αποκαλύπτει καθημερινά νέες πληροφορίες που ισχυροποιούν τη διάγνωση και οδηγούν σε στοχευμένη παρέμβαση και βελτίωση της πρόγνωσης.

e-POSTERS

eP 075

ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΑΙΝΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (ΝΟΣΟΣ WEGENER)

Νικόλαος Μακρής[1], Μαρία - Φανή Μπαμπούρη[1], Σωτήρης Ζάμπρας[1], Ελένη Κορκή[1], Μαρία Μέλλιου[1], Γεώργιος Τσιγάρας[1], Χρήστος Ζήσης[1,2], Στέφανος Μυλωνάς[1]

[1] *Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων, Τρίκαλα*

Εισαγωγη: Η Κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA), πρώην νόσος Wegener, είναι συστηματική νεκρωτική κοκκιωματώδης φλεγμονή μικρών και μεσαίου μεγέθους αγγείων. Προσβάλλει κυρίως το ανώτερο αναπνευστικό (ρινική και στοματική κοιλότητα, φάρυγγα, λάρυγγα), το κατώτερο αναπνευστικό (τραχεία, βρόγχους, πνευμονικό παρέγχυμα) και τους νεφρούς, προκαλώντας συχνά ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από θετικότητα αντιουδετεροφιλικών κυτταροπλασματικών αντισωμάτων c-ANCA (έμμεσος ανοσοφθορισμό IIF), κυρίως έναντι της πρωτεϊνάσης 3 (PR3-ANCA), με επίπτωση περίπου 10-20/100.000, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (συχνότερα στην 4η-5η δεκαετία) και έχει περίπου ίση κατανομή μεταξύ των φύλων. Χωρίς θεραπεία παρουσιάζει υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού GPA, αρχικά εκλαμβανομενη ως λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, σε ασθενή με ταχεία εξέλιξη προς νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας φοιτητής 24 ετών προσήλθε σε ιδιωτικό παθολογικό ιατρείο λόγω έντονης καταβολής, αδυναμίας και γενικευμένης κακουχίας. Ανέφερε πρόσφατη βρογχοπνευμονία, αντιμετωπισθείσα με 10ήμερη αγωγή μοξιφλοξασίνης. Κατά την κλινική εξέταση δεν ανευρέθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ωστόσο, λόγω άλγους στο αριστερό υποχόνδριο, διενεργήθηκε δοκιμασία ούρων (dipstick), η οποία ανέδειξε αιματουρία και πρωτεϊνουρία. Καθώς ο υπερηχογραφικός έλεγχος νεφρών ήταν φυσιολογικός, παραπέμφθηκε στο Νοσοκομείο με την υποψία Μεταλοιμώδης σπειραματονεφρίτιδας. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια με σημαντικά αυξημένη κρεατινίνη, οδηγώντας σε άμεση έναρξη αιμοκάθαρσης. Ο απεικονιστικός έλεγχος θώρακος (ακτινογραφία και αξονική τομογραφία) ανέδειξε πνευμονική πύκνωση. Ο ανοσολογικός έλεγχος κατέδειξε θετικά τόσο τα c-ANCA οσο και PR3-ANCA, ενώ οι λοιποί δείκτες (anti-GBM (αντισώματα έναντι της βασικής μεμβράνης των σπειραμάτων)/ANA/anti-dsDNA/anti-ENA/p-ANCA/anti-CCP / RF/ηλεκτροφόρηση-ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού), ήταν αρνητικοί, θέτοντας ισχυρή υποψία GPA. Χορηγήθηκε θεραπεία με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών. Ακολούθως, διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου συνεχίστηκε η εξωνεφρική κάθαρση και ξεκίνησε ανοσοκατασταλτική αγωγή με κυκλοφωσφαμίδη. Επιπλέον, υποβλήθηκε σε περιτοναϊκή κάθαρση, η οποία απέτυχε. Κατά την πορεία, επανεισήχθη λόγω επεισοδίου γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης. Η MRI/MRA εγκεφάλου ανέδειξε ισχαιμικές αλλοιώσεις του εγκεφαλικού φλοιού, συμβατές με προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος από αγγειιτιδα.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη αναγνώριση των συστηματικών αγγειιτιδικών συνδρόμων είναι κρίσιμη, καθώς η πρόγνωση εξαρτάται από την ταχεία διάγνωση και έναρξη θεραπείας για επαγωγή ύφεσης και αποφυγή τελικού οργάνου βλάβης.

e-POSTERS

eP 076

ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ: ΕΝΑ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Μαρία - Φανή Μπαμπούρη[1], Νικόλαος Μακρής[1], Σωτήρης Ζάμπρας[1], Ελένη Κορκή[1], Μαρία Μέλλιου[1], Γεώργιος Τσιγάρας[1], Χρήστος Ζήσης[1,2], Στέφανος Μυλωνάς[1]

[1] *Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*
[2] *Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Τρικάλων, Τρίκαλα*

Εισαγωγή: Η Κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA), παλαιότερα νόσος Wegener, είναι συστηματική αγγειίτιδα με φάσμα από εντοπισμένη έως γενικευμένη νόσο. Οι πνεύμονες προσβάλλονται συχνά (70-85% στη διάγνωση, έως 90% στην πορεία), με πυκνωτικές αλλοιώσεις, μεταναστευτικά μονήρη/πολλαπλά οζίδια συχνά με κοιλοποίηση, διάχυτες κυψελιδικές διηθήσεις, αλλοιώσεις θαμβής υάλου συμβατές με κυψελιδική αιμορραγία. Αρθρίτιδα παρατηρείται 25-40%, συνήθως μη διαβρωτική, ολιγοαρθρική ή μεταναστευτική, με προσβολή κυρίως μεγάλων αρθρώσεων και ενίοτε ως πρώιμη εκδήλωση.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού GPA που αρχικά εκλήφθηκε λανθασμένα ως λοίμωξη του αναπνευστικού(βακτηριακή πνευμονία ή/και φυματίωση), με συνοδό αρθρίτιδα.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα, 56 ετών, προσήλθε με εμπύρετο και όψη πάσχοντος, αναφέροντας κακουχία, έντονη καταβολή και σημαντική απώλεια σωματικού βάρους(~8kg/μήνα).

Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε σκίαση στον άνω λοβό του αριστερού πνεύμονα, ενώ η αξονική τομογραφία θώρακος κατέδειξε εκτεταμένη πυκνωτική αλλοίωση(~6 cm) με κοκκιωματώδη χαρακτηριστικά και αεροβρογχόγραμμα. Το rapid test για γρίπη A&B/SARS-CoV-2/RSV/αδενοϊό, καθώς και έλεγχος αντιγόνων ούρων για Legionella-πνευμονιόκοκκο, ήταν αρνητικά.

Η ασθενής νοσηλεύτηκε σε Πνευμονολογική Κλινική και αντιμετωπίστηκε ως βακτηριακή πνευμονία με ευρέος φάσματος αντιβιοτικά, καθώς η Mantoux ήταν αρνητική. Κατά τη νοσηλεία εμφάνισε αρθρίτιδα αριστερού γόνατος, η οποία θεωρήθηκε αντιδραστική και αντιμετωπίστηκε με κολχικίνη, μερικώς αποτελεσματικά. Εξήλθε μετά από 10ήμερη νοσηλεία με ύφεση του πυρετού και πτώση των δεικτών φλεγμονής.

Μία εβδομάδα αργότερα παρουσίασε υποτροπή του πυρετού με εκ νέου αύξηση των δεικτών φλεγμονής και επανεισήχθη σε Παθολογική Κλινική, όπου έλαβε προωθημένη αντιβιοτική αγωγή και αντιφλεγμονώδη με εκ νέου παροδική ύφεση.

Λόγω επιμονής της αρθρίτιδας και των ακτινολογικών ευρημάτων, διενεργήθηκε έλεγχος για φυματίωση (Quantiferon, άμεση μικροσκόπηση & καλλιέργειες πτυέλων-γαστρικού υγρού)χωρίς παθολογικά ευρήματα και ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε θετικά c-ANCA(PR3-ANCA). Οι λοιποί δείκτες(ANA/anti-dsDNA/anti-ENA/p-ANCA/anti-CCP /RF/ηλεκτροφόρηση-ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού), ήταν αρνητικοί.

Κατόπιν ρευματολογικής εκτίμησης, χορηγήθηκε μεθοτρεξάτη, με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση της αρθρίτιδας, σταδιακή υποχώρηση των ακτινολογικών ευρημάτων και σημαντική κλινική βελτίωση.

Συμπέρασμα: Το περιστατικό αναδεικνύει την ανάγκη ένταξης των ANCA-σχετιζόμενων αγγειίτιδων, όπως της GPA στη διαφορική διάγνωση επίμονων πνευμονικών διηθήσεων με συστηματικές εκδηλώσεις, ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση κατάλληλης ανοσοκατασταλτικής αγωγής, βελτιώνοντας την πρόγνωση.

e-POSTERS

eP 077

ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΩΣΜΩΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ;

Αλέξανδρος Τσεκούρας, Κωνσταντίνος Καλαντζής, Γεώργιος Στεργιόπουλος, Δημήτριος Αδάμος, Παρασκευή Τόλια, Δημήτριος Γαλατσίδας, Ιωάννης Νάνης, Μυρτώ Μπαράκου, Ελένη Παρτσινεβέλου, Λεωνίδας Μυργιώτης, Ευαγγελία Αδάμου, Βασιλική Νικολαΐδου

Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η υποωσμωτική-υπονατριαιμία αποτελεί συχνή ηλεκτρολυτική διαταραχή, η οποία όταν εμφανίζεται οξέως και συνοδεύεται από νευρολογική συμπτωματολογία συνιστά επείγουσα κλινική κατάσταση. Η τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιμικροβιακό φάρμακο με πολλές και συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αντίθετα, η σοβαρή υπονατριαιμία αποτελεί σπάνια και πιθανώς υποαναγνωρισμένη επιπλοκή.

Υλικό / Μέθοδος: Γυναίκα ηλικίας 80 ετών προσήλθε στα επείγοντα λόγω σύγχυσης και γενικευμένης αδυναμίας. Τρεις ημέρες νωρίτερα είχε λάβει εξιτήριο από άλλο νοσοκομείο, όπου νοσηλεύθηκε για διεισδυτική ασπεργίλλωση, με φυσιολογικό νάτριο ορού και αγωγή εξόδου τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, ισαβουκοναζόλη και κορτικοστεροειδές. Κατά την προσέλευση ήταν κλινικά ευογκαιμική. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υποωσμωτική υπονατριαιμία (νάτριο ορού 101 mmol/L) με αυξημένο νάτριο ούρων και ήπια υπερκαλιαιμία, ενώ λοιπά ευρήματα που πιθανώς θα εξηγούσαν την υπονατριαιμία ήταν φυσιολογικά.

Αποτελέσματα: Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορηγήσεις υπέρτονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου με ταχεία βελτίωση της νευρολογικής της εικόνας και διακοπή της χορήγησης τριμεθοπρίμης με σταδιακή αποκατάσταση της υπονατριαιμίας. Η στενή χρονική συσχέτιση μεταξύ της έναρξης της θεραπείας και της εμφάνισης της υπονατριαιμίας, σε συνδυασμό με την απουσία ισχυρών κλινικών ή εργαστηριακών ενδείξεων υπέρ άλλων συχνών αιτίων ευογκαιμικής υπονατριαιμίας, ανέδειξαν ως πιθανότερη αιτία τη φαρμακευτικά επαγόμενη υπονατριαιμία. Η τριμεθοπρίμη εμφανίζει δομική ομοιότητα με την αμιλορίδη και αναστέλλει τους επιθηλιακούς διαύλους νατρίου (ENaC) στο αθροιστικό σωληνάριο, προκαλώντας νεφρική απώλεια νατρίου μέσω μείωσης της σωληναριακής επαναρρόφησής του, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε υψηλές δόσεις με αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρής υπονατριαιμίας.

Συμπεράσματα: Η σοβαρή υπονατριαιμία αποτελεί ασυνήθη αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή ανεπιθύμητη ενέργεια της τριμεθοπρίμης/σουλφαμεθοξαζόλης, η οποία πιθανώς υποδιαγιγνώσκεται στην καθημερινή κλινική πράξη. Το περιστατικό υπογραμμίζει τη σημασία της προσεκτικής ανασκόπησης της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διερεύνηση οξείας υποωσμωτικής-υπονατριαιμίας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς με πρόσφατη έναρξη θεραπείας, καθώς και της έγκαιρης διακοπής του υπεύθυνου φαρμάκου, η οποία, σε συνδυασμό με την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία αποκατάσταση της διαταραχής.

e-POSTERS

eP 078

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Κωνσταντίνος Νικόπουλος, Δημήτριος Σιδέρης, Γεώργιος Στεργιόπουλος, Κωνσταντίνος Καλαντζής

Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή / Σκοπός: Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από χρόνια, χαμηλού βαθμού συστηματική φλεγμονή, στην οποία ο λιπώδης ιστός λειτουργεί ως ενδοκρινές όργανο, εκκρίνοντας φλεγμονώδεις κυτοκίνες (κυρίως ιντερλευκίνη-6, IL-6). Κομβικό ρόλο κατέχει το λιπώδες ήπαρ (μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος, MASLD), που αποτελεί επίσης πηγή κυτοκινών και ενισχύει, μέσω της IL-6, την ηπατική σύνθεση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), η οποία συσχετίζεται με το σπλαχνικό λίπος (Visser et al., 1999). Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού, όπου η μεταβολή της CRP υποδεικνύει την προαναφερόμενη συσχέτιση φλεγμονής και σωματικού βάρους.

Υλικό και Μέθοδοι: Άρρην ασθενής 28 ετών προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο Μεταβολισμού με νοσογόνο παχυσαρκία (ύψος 1,83 m, βάρος 149,3 kg, δείκτης μάζας σώματος 44,58 kg/m²) και υπερηχογραφική εικόνα εκτεταμένης λιπώδους διήθησης του ήπατος, με φυσιολογικά ηπατικά ένζυμα (AST 17, ALT 27, γ-GT 29 U/L). Ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη CRP (0, 94-1,01 mg/dl· φυσιολογικές τιμές <0, 5) και φερριτίνη 410 ng/ml, αμφότερες πρωτεΐνες οξείας φάσης. Ο κλινικός, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος απέκλεισε λοίμωξη. Εφαρμόστηκε υποθερμιδική δίαιτα ηπατοπαθούς, τακτική αερόβια άσκηση και ασκήσεις αντιστάσεων 5 φορές την εβδομάδα.

Αποτελέσματα: Μετά από απώλεια 27,1 kg εντός τριμήνου (τελικό βάρος 122,2 kg, δείκτης μάζας σώματος 36,5 kg/m²), η CRP μειώθηκε σε 0,54 mg/dl (≈5,4 mg/L), σχεδόν υποδιπλασιαζόμενη. Η μείωση (≈4,6 mg/L) συμφωνεί με τη συστηματική ανασκόπηση των Selvin et al. (2007, 33 μελέτες παρέμβασης), όπου κάθε απώλεια ενός κιλού σωματικού βάρους μειώνει την CRP κατά ≈0,13 mg/L (αναμενόμενη ≈3,5 mg/L για 27,1 kg).

Συμπεράσματα: Ο υποδιπλασιασμός της CRP με την απώλεια βάρους υποδεικνύει πιθανή συσχέτισή της με τη σωματικό λίπος και τον βαθμό της ηπατικής στεάτωσης, ενώ ανοίγει πλαίσιο συζήτησης για μελλοντική χρησιμοποίηση του ιδίου ή αντίστοιχου δείκτη για παρακολούθηση. Ιδανικότερα η υψηλής ευαισθησίας CRP (hs-CRP), σύμφωνα με την τυχαιοποιημένη μελέτη POUNDS LOST (Nicklas et al., 2013), μειώνεται παράλληλα με την απώλεια βάρους, ανεξαρτήτως του είδους της δίαιτας

e-POSTERS

eP 079

ΟΤΑΝ Η ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ. ΕΚΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝΙΚΟΚΛΩΝΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟΥ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Δερβίσης Ιωάννης
Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Εισαγωγή - Σκοπός: Η υπασβεστιαιμία μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρές και δυνατικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές όπως σπασμοί και καρδιακές αρρυθμίες. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με έκπτωση επιπέδου συνείδησης και σπασμούς που αποδόθηκαν αρχικά σε υπογλυκαμία. Στην πορεία διαπιστώθηκε σοβαρή υπασβεστιαιμία που αποδόθηκε σε χρόνια λήψη δενοσουμάμπης για οστεοπόρωση και ταυτόχρονα έλλειψη βιταμίνης D.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας, 73 ετών, προσεκομίσθη λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης και υπογλυκαιμίας (Glu=55 mg/dl). Από το ιστορικό του, ο ασθενής έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οστεοπόρωση και υποθυρεοειδισμό μετά θυρεοειδεκτομή. Στο ΤΕΠ εμφάνισε τονικοκλωνικούς σπασμούς που αποδόθηκαν αρχικά στην υπογλυκαιμία (Glu=50 mg/dl) κι ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης και κατόπιν δεξτροζούχου ορού με βελτίωση του σακχάρου. Η υπολυκαιμία αποδόθηκε σε αυξημένη δόση ινσουλίνης και μειωμένη σίτιση. Λόγω μη βελτίωσης του επιπέδου συνείδησης, πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς ευρήματα.

Αποτελέσματα: Το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε αναπνευστική δυσχέρεια. Διενεργήθηκε νέα ακτινογραφία θώρακος με πυκνωτικά στοιχεία, στο πλαίσιο πνευμονίας από εισρόφηση. Στο αέριο αίματος ανευρέθη σοβαρή υπασβεστιαιμία (ιονισμένο Ca=0,45 mEq/L) που επιβεβαιώθηκε στο βιοχημικό έλεγχο (Ca=4,5 mg/dl). Ακολούθως, ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου, ενώ λόγω παράτασης QT (QTc=0,54 sec) παρέμεινε στη Στεφανιαία Μονάδα για 48 ώρες. Από τον περαιτέρω έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή παραθορμόνης (PTH=515 pg/ml, Φ. Τ. =15-110 pg/ml), χωρίς άλλα ευρήματα (Mg=2 mEq/L, Cr=0,8 mg/dl). Με τη βελτίωση του επιπέδου συνείδησης και την άνοδο του ασβεστίου, ο ασθενής ετέθη σε από του στόματος δισκία ασβεστίου και βιταμίνης D.

Συμπεράσματα: Η υπασβεστιαιμία είναι μία σοβαρή και δυνητικά απειλητική για τη ζωή ηλεκτρολυτική διαταραχή που μπορεί να εκδηλωθεί με τετανία, σπασμούς και καρδιακές αρρυθμίες. Όταν η προεξάρχουσα εκδήλωση είναι οι σπασμοί, μπορεί να διαλάθει της προσοχής επί συνυπάρχουσας υπογλυκαιμίας. Χρειάζεται υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς που λαμβάνουν σκευάσματα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν υπασβεστιαιμία χωρίς συγχρόνως να λαμβάνουν επαρκή αναπλήρωση ασβεστίου.

e-POSTERS

eP 080

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΑΡΑΑΜΥΓΔΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟ ΑΕΡΑΓΩΓΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΔΙΑΝΟΙΞΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Αργυρώ Παύλου, Μαρία Ψαρουδάκη, Δημήτριος Χατζής, Ανδρέας Αδάμου, Νικόλαος Αδαμίδης, Ιωάννα Τάντση, Νικόλαος Μαντούβαλος, Αντώνιος Μπαμπιολάκης, Ναταλία Ατζέμογλου, Μυρσίνη Ρονιώτη, Ναταλία Βαλλιάνου

Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι εν τω βάθει τραχηλικές λοιμώξεις και οι παρααμυγδαλικές συλλογές αποτελούν δυνητικά απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, λόγω ταχείας επέκτασης και κινδύνου απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού. Η παρουσία τρισμού αποτελεί κρίσιμο κλινικό σημείο που υποδηλώνει επέκταση της φλεγμονής στους μασητήριους χώρους και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αποστηματοποίησης και επιπλοκών. Παρουσιάζεται περιστατικό εκτεταμένης στοματοφαρυγγικής λοίμωξης, όπου ο έντονος τρισμός σε συνδυασμό με την κλινικοεργαστηριακή εικόνα οδήγησε σε άμεση κλιμάκωση της αντιμετώπισης.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 47 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω εμπυρέτου, φαρυγγαλγίας και έντονου τρισμού με δυσχέρεια διάνοιξης στόματος. Αρχικά ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη και κλινδαμυκίνη. Η παρουσία του τρισμού σε συνδυασμό με την έντονη φλεγμονώδη εργαστηριακή εικόνα (WBC 37.820/μL με 90% ουδετερόφιλα, CRP 96 mg/L) και την ταχεία κλινική επιδείνωση (σιελόρροια, επιδείνωση τοπικών συμπτωμάτων) έθεσε την κλινική υποψία εν τω βάθει τραχηλικής λοίμωξης με πιθανή απόφραξη αεραγωγού και διενεργήθηκε επείγουσα αξονική τομογραφία τραχήλου με σκιαγραφικό και επαναληπτική λαρυγγοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία ανέδειξε εκτεταμένη φλεγμονώδη διήθηση της αριστερής παρίσθμιας αμυγδαλής, της βάσης της γλώσσας και του στοματοφάρυγγα με πολλαπλές μικρές αποστηματικές συλλογές, καθώς και οίδημα επιγλωττίδας και σημαντική στένωση του αεραγωγού (7-9 mm). Η επαναληπτική λαρυγγοσκόπηση ανέδειξε εκτεταμένο οίδημα σταφυλής και αποστηματικές βλάβες, με επακόλουθη χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση. Η καλλιέργεια πυώδους υλικού ανέδειξε Prevotella melaninongenica, ένα αναερόβιο gram (-) παθογόνο της φυσιολογικής χλωριδας του στοματο-φάρρυγγα, που συμμετέχει σε λοιμώξεις κεφαλής τραχήλου με χαρακτηριστικά αποστηματοποίησης.

Συμπεράσματα: Ο έντονος τρισμός αποτελεί σημαντικό προειδοποιητικό σημείο εν τω βάθει τραχηλικής λοίμωξης και πρέπει να αξιολογείται άμεσα σε συνδυασμό με την κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Η παρουσία του, ιδίως όταν συνοδεύεται από φλεγμονώδη δραστηριότητα και σημεία επαπειλούμενου αεραγωγού, θα πρέπει να οδηγεί σε ταχεία απεικονιστική διερεύνηση, παροχέτευση και χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής.

e-POSTERS

eP 081

MONOCLONAL GAMMOPATHY OF RENAL SIGNIFICANCE (MGRS) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ, ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ, ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΙΝΩΜΑΤΩΣΗ

Αργυρώ Παύλου[1], Ανδρέας Αδάμου[1], Νικόλαος Μαντούβαλος[1], Σοφία Καργιώτη[1], Ελένη Τσαρούχα[1], Αντώνιος Μπαμπιολάκης[1], Ιωάννα Τάντση[1], Ηλέκτρα Τζιβάκη[1], Σταυρούλα Δασκαλοπούλου[1], Δήμητρα Μπιμπλάκη[2], Ναταλία Βαλλιάνου[1]

[1] *Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ*
[2] *ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) συνιστά ετερογενή ομάδα νοσημάτων που προκαλούνται από νεφροτοξική δράση μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών, χωρίς απαραίτητα να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια συμπτωματικού πολλαπλού μυελώματος. Η κλινική υποψία είναι συχνά δυσχερής, ιδιαίτερα επί απουσίας εμφανούς μονοκλωνικής αιχμής στον ορό. Παρουσιάζεται περιστατικό MGRS με εκσεσημασμένη πρωτεϊνουρία, σοβαρή αναιμία και ταχέως επιδεινούμενη νεφρική λειτουργία.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 72 ετών με ιστορικό νευροϊνωμάτωσης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, αρτηριακής υπέρτασης, έλλειψης G6PD, καρκίνου προστάτη υπό αγωγή με ανάλογο GnRH και φορέας δρεπανοκυτταρικής αναιμίας. Φέρει πρόσφατη οστεομυελική βιοψία λόγω σπληνομεγαλίας με ανεύρεση μονοκλωνικής αρχής πλασματοκυττάρων σε ποσοστό 8% στο μυελό των οστών. Προσήλθε λόγω δύσπνοιας, κοπώσεως και καταβολής. Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκαν σοβαρή ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb 6 g/dL), οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Cr:5,8 mg/dL, ουρία:207 mg/dL), μεταβολική οξέωση και υπερκαλιαιμία.

Αποτελέσματα: Η συλλογή ούρων 24ώρου ανέδειξε πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους (4, 7g/24h) και σημαντική μικροαλβουμινουρία. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των free λ ελαφρών αλύσεων (925,6 mg/L), αυξημένη β2-μικροσφαιρίνη (14,3 mg/L), υπεργαμμασφαιριναιμία και διαταραχή του προτύπου ηλεκτροφόρησης πρωτεϊνών, χωρίς σαφή μονοκλωνική αιχμή στην ανοσοκαθήλωση ορού, με lamda μονοκλωνικότητα από την ανοσοκαθήλωση ούρων. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σπληνομεγαλία, παρασπονδυλικές μάζες ΘΜΣΣ και οστεολυτικές αλλοιώσεις· οι παρασπονδυλικές αλλοιώσεις συνεκτιμήθηκαν με το ιστορικό νευροϊνωμάτωσης και πιθανής εξωμυελικής αιμοποίησης. Η νεφρική βιοψία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με MGRS. Ο ασθενής έλαβε υποστηρικτική αγωγή, μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών και παραπέμφθηκε για εξειδικευμένη αιματολογική αντιμετώπιση, ως επί πολλαπλούν μυελώματος. Οκτώ μήνες αργότερα παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση με φυσιολογικές τιμές κρεατινίνης.

Συμπεράσματα: Η MGRS αποτελεί σημαντική διαγνωστική πρόκληση και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με ανεξήγητη πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους, αναιμία και επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας. Σημειωτέον είναι περισσότερο συχνή σε προ-πολλαπλούν μυελώματος κλινικές καταστάσεις, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η νεφρική βιοψία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση, επιτρέποντας την έγκαιρη έναρξη στοχευμένης αιματολογικής θεραπείας, τη βελτίωση της πρόγνωσης και την αποφυγή εμφάνισης τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας.

e-POSTERS

eP 082

ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΖΑΛΗ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ: ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΙΛΙΓΓΟΣ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ (ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ)

Αριστέα Μπέλλου, Μαρία-Ευαγγελία Παπαθανασίου, Γιολάντα Τσέκου, Κωνσταντίνος Χρήστου, Λάμπρος Παπακοσμάς, Αλέξανδρος Χρυσοβελίδης

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι σοβαρές ηλεκτρολ. διαταραχές μπορούν να εκδηλωθούν με νευρολογικά και γαστρεντερικά συμπτώματα. Παρουσιάζεται η περίπτωση εμμένουσας ζάλης περιστροφικού τύπου και ναυτίας σε έδαφος σοβαρής υπασβεστιαιμίας /υπομαγνησιαιμίας.

Υλικά - Μέθοδοι: Άνδρας 70 ετών παρουσίασε κατά τη νοσηλεία ζάλη περιστροφικού τύπου σε έγερση και στροφή κεφαλής, με συνοδό ναυτία, επιγαστρική δυσφορία και πολλαπλούς εμέτους, με αποτέλεσμα μειωμένη σίτιση και ενυδάτωση.

Κλινικά: νυσταγμός, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία.

Α/α: Αδενοκαρκίνωμα παχ. εντέρου (Δ. κολεκτομή, 2024/ ελεύθερος νόσου, συχνά διάρροιες μετεγχειρητικά), ΣΝ (CABG 2013), ΑΥ, παροξυσμική ΚΜ, ΣΔΙΙ, Κατάθλιψη.

Αποτελέσματα: Στον εργαστ. έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια υποκαλιαιμία (3, 4mEq/L) και ήπια επιβάρυνση νεφρικής λειτουργίας, βελτιούμενη με ενυδάτωση. ΩΡΛ εκτίμηση: βηταϊστίνη ως επί καλοήθους παροξυσμικού ιλίγγου θέσεως. Λόγω μερικής ύφεσης και επιμονής ζάλης, ναυτίας και εμέτων οδηγία νευρολόγου για MRIεγκεφάλου (κφ). Στον εργαστ. επανέλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή υπασβεστιαιμία (4,6mg/dl, διορθωμένο 5,4mg/dl), σοβαρή υπομαγνησιαιμία (0,5mg/dl), επιδείνωση υποκαλιαιμίας (2,9mEq/L), έλλειψη 25-OH βιταμίνης D3 (5,16 ng/ml). Παραθορμόνη 69, 6pg/ml, TSH 1,06μIU/ml. ECG: SR, έκτακτες κολπικές συστολές, RBBB (γνωστό) και QTc 439msec (κ. φ.). Ετέθη άμεσα σε ενδοφλέβια χορήγηση ηλεκτρολυτών με bolus χορήγηση διαλύματος 2gr γλυκονικού ασβεστίου (2 amp 10%) σε 100ml N/S 0,9% σε 10min. Ακολούθησε συνεχής χορήγηση με 11gr γλυκονικού ασβεστίου σε N/S 0, 9% 1000 ml με ρυθμό 50ml/h και ενδοφλέβια αναπλήρωση μαγνησίου (στόχος >0,8mg/dl). Ταυτόχρονα έναρξη αναπλήρωσης ασβεστίου, μαγνησίου και βιταμίνης D3 (χολεκαλσιφερόλης) peros. Καρδιολογικό monitoring κατά τη διάρκεια της διόρθωσης. Σταδιακά η συμπτωματολογία του ασθενούς υφέθηκε, συμβαδίζοντας με την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Συμπεράσματα: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ζάλη περιστροφικού τύπου σε έδαφος σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών πολυπαραγοντικής αιτίας (ίλιγγος θέσεως, συχνές απώλειες από το πεπτικό μετεγχειρητικά, δυσχέρειας σίτισης λόγω εμέτων και έλλειψης 25-OH vitD). Οι διαταραχές της ομοιόστασης ασβεστίου και μαγνησίου μπορούν να εκδηλωθούν με άτυπα συμπτώματα και δεν πρέπει να παραλείπεται ο έλεγχος τους κατά τη διερεύνηση ασθενών με νευρολογική συμπτωματολογία.

e-POSTERS

eP 083

ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ GRAM ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΜΕ ΕΣΤΙΑ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ελευθερία Μαστορίδου[1], Νικόλαος-Γαβριήλ Κολιός[1], Μάριος Κουρτίδης[1], Νικόλαος Κρίκης[1], Διαμαντίνα Λυμπεράτου[1], Χαράλαμπος Μηλιώνης[1,2], Θωμάς Νιτσοτόλης[2]

[1] *Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

[2] *Μονάδα Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η σπονδυλοδισκίτιδα αποτελεί σοβαρή λοίμωξη της σπονδυλικής στήλης, οφειλόμενη συνηθέστερα σε αιματογενή διασπορά του *Staphylococcus aureus*. Μεταξύ των αρνητικών κατά Gram βακτηρίων, η *Escherichia coli* αποτελεί το συχνότερο παθογόνο. Η διασπορά από το ουροποιητικό δύναται να συντελεσθεί μέσω του φλεβικού πλέγματος του Batson, το οποίο, χωρίς βαλβίδες, επιτρέπει την παλίνδρομη μετάδοση των μικροοργανισμών. Οι ασθενείς με σπονδυλοδισκίτιδα από αρνητικά κατά Gram βακτήρια είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας, με πρόσφατο ιστορικό ουρολοίμωξης και μικρότερη πιθανότητα σχηματισμού αποστημάτων συγκριτικά με τα θετικά κατά Gram παθογόνα. Σκοπός είναι η παρουσίαση δύο περιστατικών σπονδυλοδισκίτιδας ως επιπλοκής βακτηριαιμίας από αρνητικά κατά Gram βακτήρια, με εστία το ουροποιητικό σύστημα.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική παρουσίαση δύο ασθενών (άνδρας 62 ετών και γυναίκα 88 ετών). Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) της σπονδυλικής στήλης και μικροβιολογική συσχέτιση καλλιεργειών αίματος και ούρων.

Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής εμφάνισε πρόσφατη οξεία προστατίτιδα από *Proteus mirabilis*, με απομόνωση του ιδίου παθογόνου στα ούρα και ακολούθως στο αίμα, επί εκ νέου ανόδου των δεικτών φλεγμονής και παρασπονδυλικού άλγους. Η ΜΤ ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα Θ7-Θ8 με επισκληρίδιο επέκταση και συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Χορηγήθηκε πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη με αποκλιμάκωση σε σιπροφλοξασίνη, διάρκειας έξι εβδομάδων, με ευνοϊκή πορεία. Η δεύτερη ασθενής εμφάνισε επιπλεγμένη πυελονεφρίτιδα από *Escherichia coli* με συνοδό βακτηριαιμία. Λόγω εμμένουσας οσφυαλγίας και αυξημένων δεικτών φλεγμονής, υποβλήθηκε σε ΜΤ, η οποία ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα Ο4-Ο5 με αρχόμενο απόστημα ψοΐτη και προσβολή νωτιαίων ριζών. Χορηγήθηκε αρχικά πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη, ακολούθως μεροπενέμη με αμικασίνη και, μετά το πόρισμα της ΜΤ, ερταπενέμη με τιγεκυκλίνη, με βελτίωση των δεικτών φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Η σπονδυλοδισκίτιδα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμμένουσας οσφυαλγίας έπειτα από λοίμωξη ουροποιητικού. Η βακτηριαιμία από αρνητικά κατά Gram βακτήρια δεν αποκλείει την ανάπτυξη σπονδυλοδισκίτιδας, ούτε τον σχηματισμό αποστήματος. Η σπονδυλοδισκίτιδα από *Proteus mirabilis* αποτελεί σπάνια οντότητα, καθώς, παρά τη συχνότητά του ως ουροπαθογόνου, έχει περιγραφεί σε περιορισμένο αριθμό περιστατικών.

e-POSTERS

eP 084

ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΟ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (SERONEGATIVE ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME / SN-APS): ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Ελένη Κορκή, Μαρία Μέλλιου, Γεώργιος Τσιγάρας, Νικόλαος Δούμας, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η ανάδειξη της κλινικής σημασίας του SN-APS σε ασθενή με υποτροπιάζοντα θρομβωτικά επεισόδια, παρά τον αρνητικό έλεγχο για κληρονομική και κλασική επίκτητη θρομβοφιλία.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα με ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων πνευμονικής εμβολής υπό αγωγή με ριβαροξαβάνη και συνυπάρχουσα θυρεοειδίτιδα Hashimoto, προσήλθε με επίμονο κοιλιακό άλγος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένα D-dimers. Η αξονική αγγειογραφία κοιλίας ανέδειξε θρόμβωση στον άνω κλάδο της πυλαίας φλέβας. Η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (τινζαπαρίνη), με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων εντός 48 ωρών.

Ο προηγούμενος έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός (μεταλλάξεις Leiden, προθρομβίνης, MTHFR, ελλείψεις αντιπηκτικών πρωτεϊνών C/S και ATIII). Ο επαναληπτικός έλεγχος (ομοκυστεΐνη, aCL, anti-β2GPI, LA) απέβη επίσης αρνητικός. Ο συμπληρωματικός ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά ANA (1/320), υψηλά anti-TPO/anti-TG και αυξημένα επίπεδα C3 και β2-σφαιρίνης, ενώ αποκλείστηκαν λοιπά αυτοάνοσα νοσήματα, η παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία (έλλειψη CD55/CD59) και η μετάλλαξη JAK2.

Αποτελέσματα - Συζήτηση: Τέθηκε η διάγνωση του SN-APS εξ αποκλεισμού. Η ασθενής εξήλθε με ισόβια αγωγή με ανταγωνιστές βιταμίνης Κ (ασενοκουμαρόλη). Η αντοχή στη θεραπεία με DOACs που παρατηρήθηκε στο ιστορικό της ασθενούς, συνάδει με τη βιβλιογραφία για το APS/SN-APS, όπου συχνά απαιτείται χρήση ηπαρινών ή ανταγωνιστών βιταμίνης Κ.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του SN-APS είναι ιδιαίτερα απαιτητική, καθώς απουσιάζουν τυποποιημένα διαγνωστικά κριτήρια. Η αναγνώρισή του είναι επιβεβλημένη σε ασθενείς με υποτροπιάζουσες θρομβώσεις χωρίς άλλη εξήγηση, καθώς επιβάλλει την επιλογή εξατομικευμένης αντιπηκτικής αγωγής και την ανάγκη διατήρησής της εφ' όρου ζωής. Στο μέλλον, η ανίχνευση μη-κριτηριακών αντισωμάτων (aPS/PT, anti-PE ή ισοτύπων IgA των aPL) ενδέχεται να αποτελέσει τον καθοριστικό παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση αυτών των ασθενών.

e-POSTERS

eP 085

ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΩΣ ΟΨΙΜΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ SARS-COV-2: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ελένη Κορκή, Νικόλαος Μακρής, Μαρία - Φανή Μπαμπούρη, Μαρία Μέλλιου, Χρήστος Ζήσης, Στέφανος Μυλωνάς

Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης μεταλοιμώδους άσηπτης μηνιγγίτιδας σε ανοσοεπαρκή μεσήλικα άνδρα, η οποία εκδηλώθηκε ως όψιμη επιπλοκή στα πλαίσια του Post-COVID φλεγμονώδους συνδρόμου.

Υλικό - Μέθοδος: (Περιγραφή Περιστατικού) Άνδρας 55 ετών, ελεύθερος ατομικού αναμνηστικού, προσήλθε αιτιώμενος εμπύρετο (έως 39°C), αυχεναλγία, οσφυαλγία, έντονη καταβολή, μυαλγίες και αρθραλγίες. Από το ιστορικό αναδείχθηκε επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19 τέσσερις εβδομάδες προ της έναρξης των συμπτωμάτων. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ήπια λεμφοκυττάρωση και οριακή αύξηση της CRP. Διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση, με την ανάλυση του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού (ΕΝΥ) να αποκαλύπτει λεμφοκυττάρωση (24/μL), ήπια αύξηση λευκωμάτων (54 mg/dL) και φυσιολογική γλυκόζη. Το σύνολο των καλλιεργειών και του μοριακού ελέγχου (PCR) του ΕΝΥ για ιούς, βακτήρια και μύκητες απέβη αρνητικό.

Ο εκτεταμένος λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ορού δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, με εξαίρεση τα αυξημένα επίπεδα των κλασμάτων C3 και C4 του συμπληρώματος. Κατά τη διαγνωστική διερεύνηση τέθηκε ισχυρή κλινική υποψία λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV). Ωστόσο, ο μοριακός (PCR αίματος και ούρων) και ορολογικός έλεγχος για τον ιό απέβησαν αρνητικοί. Αντιθέτως, ο ορολογικός έλεγχος έναντι του SARS-CoV-2 ανέδειξε ήπια αύξηση των IgM και υψηλό τίτλο IgG αντισωμάτων, εύρημα συμβατό με την πρόσφατη λοίμωξη.

Αποτελέσματα - Συζήτηση: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αποκλειστικά υποστηρικτική αγωγή (ενδοφλέβια ενυδάτωση, αντιπυρετικά και αναλγητικά). Η κλινική του πορεία υπήρξε ομαλή, παρουσιάζοντας προοδευτική βελτίωση, με πλήρη απυρεξία την πέμπτη ημέρα νοσηλείας και σταδιακή αποδρομή του συνόλου της συμπτωματολογίας.

Συμπεράσματα: Η μεταλοιμώδης άσηπτη μηνιγγίτιδα μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2 αποτελεί μια σπάνια, πιθανώς ανοσοεπαγόμενη εκδήλωση του φλεγμονώδους συνδρόμου Post-COVID. Η διάγνωσή της τίθεται εξ αποκλεισμού, βασιζόμενη στο ιστορικό πρόσφατης νόσησης και στον ενδελεχή αποκλεισμό έτερων αιτιών προσβολής του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Η πορεία της νόσου είναι συνήθως καλοήθης και αυτοπεριοριζόμενη, αν και σε επιλεγμένες περιπτώσεις ενδέχεται να απαιτηθεί ανοσοτροποποιητική θεραπεία.

e-POSTERS

eP 086

ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΩΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ανδρονίκη Κωσταγιάννη, Ειρήνη Παπαδημητροπούλου, Ειρήνη Σταυροπούλου, Κωνσταντίνος Κυριακόπουλος, Μαριάνθη Στρωτού, Άννα Πούτου, Ευαγγελία Νικόλη, Άντρεα Σταυριανού Κερεκές, Νικολέττα Ξυδιά, Νικολέττα Αποστολοπούλου

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας

Εισαγωγή: Με τη διαρκώς αυξανόμενη χρήση της ανοσοθεραπείας κατά του καρκίνου αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (immune related adverse events, IRAEs). Οι IRAEs από μη ειδικές αντιδράσεις του ανοσοποιητικού δύνανται να επηρεάσουν σχεδόν κάθε όργανο (πνευμονίτιδα/κολίτιδα/μυοκαρδίτιδα κλπ).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση δύο ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο μας με διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) και τελική διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) κατόπιν λήψης ανοσοθεραπείας.

Υλικό και μέθοδοι:

Ασθενής 1: Άνδρας 56 ετών νοσηλεύθηκε λόγω πολυουρίας, πολυδιψίας, ξηροστομίας και διάχυτου κοιλιακού άλγους.
Ατομικό αναμνηστικό: μη μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα χειρουργηθείς, ακολούθησαν 4 σχήματα χημειοθεραπείας. Πρόσφατη έναρξη (δύο συνεδρίες) με πεμπρολιζουμάμπη (αναστολέας υποδοχέα προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου, Anti-PD-1).
Από τη φυσική εξέταση δεν προέκυψαν ιδιαίτερα ευρήματα, πέραν από αφυδάτωση.
Αέρια αίματος: ph 7.24, pCO2 26.5, pO2 105, HCO3 13, Lac 1.1, Γλυκόζη 406
(++++) κετόνες και σάκχαρο ούρων
C-peptide 0.43, Anti-GAD 119, Anti-ICA 8.73, Γλυκιωμένη αιμοσφαιρίνη 7.9
Αξονική τομογραφία κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Ασθενής 2: Άνδρας 76 ετών νοσηλεύθηκε με παρόμοια συμπτωματολογία.
Ατομικό αναμνηστικό: καρκίνος πνεύμονα υπό σεμιπλιμάμπη (Anti-PD-1) από τριμήνου.
Φυσική εξέταση: ταχύπνοια, ξηροστομία, έντονη σπαργή δέρματος
Αέρια αίματος: ph 7.20, pCO2 17, pO2 110, HCO3 4, Lac 2, Γλυκόζη 670
C-peptide 0.26, Γλυκιωμένη αιμοσφαιρίνη 8.5

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς βάση πρωτοκόλλου ΔΚΟ. Κατά την έξοδο συνεστήθησαν εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία, διαιτητικές οδηγίες και αναστολή της ανοσοθεραπείας. Η μειωμένη βαρύτητα ΔΚΟ στον ασθενή 1 μπορεί να αποδοθεί στην παρουσία οικογενειακού ιατρικού περιβάλλοντος, ενήμερου για την άμεση αναζήτηση νοσοκομειακής περίθαλψης με την εμφάνιση συμπτωμάτων ΔΚΟ.

Συμπεράσματα: Βάση βιβλιογραφίας, η εμφάνιση ΣΔ1 από ανοσοθεραπεία είναι σπάνια (1%), αλλά η εκδήλωσή του με ΔΚΟ ανέρχεται στο 63%. Απαραίτητη κρίνεται η ενημέρωση των ασθενών από τους θεράποντες ογκολόγους για το είδος της ανοσοθεραπείας που λαμβάνουν και για τα συμπτώματα των IRAEs προς έγκαιρη αναγνώρισή τους, ιδιαίτερα των απειλητικών για τη ζωή, όπως η ΔΚΟ.

e-POSTERS

eP 087

ΟΖΩΔΕΣ ΕΡΥΘΗΜΑ, ΠΟΛΥΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΕΜΦΟΖΙΔΙΑΚΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ

Δέσποινα Δεληγιάννη[1], Δημήτριος Μυλωνάς[1], Αγγελική Ιωσηφίδου[1], Δήμητρα Σμυρλή[1], Νικόλαος Γρηγοριάδης[2], Βάσω Πανταζή[1], Δόμνα Μάντζιου[1], Ελένη Μύταρη[1], Κωνσταντίνος Κοντοτάσιος[1]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας*
[2] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Το λεμφοζιδιακό λέμφωμα συνήθως εκδηλώνεται με ανώδυνη λεμφαδενοπάθεια, ωστόσο σπανιότερα μπορεί να εμφανιστεί με εξωλεμφαδενικές ή παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις που μιμούνται φλεγμονώδη ή λοιμώδη συστηματική νόσο. Παρουσιάζουμε περίπτωση λεμφοζιδιακού λεμφώματος με αρχική εικόνα οζώδους ερυθήματος και πολυορογονίτιδας.

Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 56 ετών με ιστορικό συνδρόμου Marfan προσήλθε λόγω οιδήματος κάτω άκρων και επώδυνων ερυθηματωδών οζιδίων στις κνήμες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία και ήπια αύξηση δεικτών φλεγμονής, χωρίς άλλα ειδικά ευρήματα. Η δερματική βιοψία ήταν συμβατή με οζώδες ερύθημα/υποδερματίτιδα χωρίς αγγειίτιδα, ενώ ο ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν αριστερή πλευριτική και περικαρδιακή συλλογή, καθώς και παθολογικό μαλακό ιστό περινεφρικά και παρακολικά δεξιά. Διενεργήθηκε περικαρδιακό παράθυρο, με κυτταρολογική εξέταση του περικαρδιακού υγρού και ιστολογική εξέταση του περικαρδίου χωρίς διαγνωστικά ευρήματα. Το PET/CT ανέδειξε υπερμεταβολικές αλλοιώσεις στους περινεφρικούς χώρους, στη δεξιά παρακολική αύλακα και στην ελάσσονα πύελο, χωρίς άλλη παθολογική πρόσληψη.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση από ακτινολογικά καθοδηγούμενη βιοψία βλάβης της δεξιάς παρακολικής περιοχής/χώρου Morrison ανέδειξε Β-κυτταρικό non-Hodgkin μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά συμβατό με κλασικό λεμφοζιδιακό λέμφωμα (CD20+, CD10+, BCL2+, BCL6+).

Συμπεράσματα: Το οζώδες ερύθημα και η πολυορογονίτιδα μπορούν σπάνια να αποτελέσουν την πρώτη εκδήλωση λεμφώματος και να αποπροσανατολίσουν τη διαγνωστική προσέγγιση προς λοιμώδη ή φλεγμονώδη αίτια. Σε ασθενείς με μη διαγνωστικό αρχικό έλεγχο και εξωλεμφαδενικές υπερμεταβολικές αλλοιώσεις, η στοχευμένη βιοψία της πιο μεταβολικά ενεργού βλάβης είναι καθοριστική για την τελική διάγνωση και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας.

e-POSTERS

eP 088

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΥΘΡΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ, ΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Κομνηνός Μανιός, Αλέξανδρος Μητσάκης, Δημήτριος Κωσταράκης, Ελένη Μπουκουβάλα, Φοίβη Ελευθεριαδου

ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΩΝ ΕΕΛΙΑ (Ενωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)

Εισαγωγή: Η Υπέρυθρη Ακτινοβολία (ΥΑ) είναι μορφή θερμοθεραπείας. Ανήκει στις μη ιοντίζουσες ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες, με δυνητικά ευεργετικές επιδράσεις στη ρευματολογία, φυσικοθεραπεία και γενική ιατρική, χωρίς να έχει ενοχοποιηθεί για βλάβες στο γενετικό υλικό ή θερμικά εγκαύματα, όπως άλλες μορφές θερμοθεραπείας (μικροκύματα).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συνοψίσει και αξιολογήσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία στις θεραπευτικές εφαρμογές των φωτοδυναμικών και υπέρυθρων ακτινοβολιών στη ρευματολογία- παθολογία, ενώ παραθέτει σχετικά ερευνητικά ερωτήματα.

Μέθοδος: Για τις ανάγκες της ανασκόπησης, έγινε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (infrared, photodynamic therapy, health, elite athletes, rehabilitation, infections, arthritis, joint pain, inflamed joints) στις βάσεις δεδομένων Pubmed/Medline και Scopus και χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας.

Αποτελέσματα: Η ΥΑ χορηγείται με α) ειδικούς λαμπτήρες, β) θερμαινόμενα σύρματα κεραμικών ενσωματωμένων σε ενδύματα (τουρμαλίνης, νεφρίνης) και γ) ειδικές σάουνες. Το βάθος διείσδυσης της ΥΑ είναι αντιστρόφως ανάλογο του μήκους κύματός της. Η ακτινοβολία φτάνει από 5 χιλιοστά μέχρι την επιδερμίδα και το δέρμα, ενώ η παραγόμενη θερμότητα διαδίδεται στα παρακείμενα μαλακά μόρια (4 εκ.) και επάγει αγγειοδιαστολή. Η έκθεση σε ΥΑ έχει συσχετιστεί με μεταβολές στην κυτταρική σηματοδότηση, αύξηση των λεμφοκυττάρων σε θεραπευτικά επίπεδα και μείωση ή ρύθμιση (υπερ)φλεγμονωδών κυτταροκινών. Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες υποστηρίζουν την επικουρική συμβολή της ΥΑ στην αντιμετώπιση καρδιαγγειακών-πνευμονολογικών παθήσεων, λοιμώξεων, αυτοάνοσων νοσημάτων, μετεγχειρητικού και χρονίου πόνου. Συμβάλλουν επίσης στην μυοσκελετική αποκατάσταση και κινητοποίηση χρονίως πασχόντων και αθλητών υψηλών επιδόσεων.

Συμπέρασμα: Η ΥΑ έχει αναλγητικό και μυοχαλαρωτικό θερμο-θεραπευτικό αποτέλεσμα ιδιαίτερα για τα μυοσκελετικά νοσήματα, τις αρθρίτιδες και σε νοσήματα εσωτερικής παθολογίας που βασίζεται σε πολλές επιστημονικές μελέτες κλινικής και βασικής έρευνας.

e-POSTERS

eP 089

ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ GLOBICATELLA SANGUINIS: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΦΗΓΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ευάγγελος Αντωνίνης, Παναγιώτης Γεωργίου, Πανωραία Κεράτσα, Ελισσάβετ Καλδάρα
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η *Globicatella sanguinis* (*G. sanguinis*) είναι σπάνιος, καταλάση-αρνητικός Gram-θετικός κόκκος, του οποίου η ταυτοποίηση με συμβατικές φαινοτυπικές μεθόδους μπορεί να είναι δυσχερής. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού βακτηριαιμίας και η συνοπτική αποτύπωση των διαθέσιμων βιβλιογραφικών δεδομένων.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό γυναίκας 67 ετών που νοσηλεύθηκε με διαβητική κετοξέωση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Αξιολογήθηκαν τα κλινικά, απεικονιστικά και μικροβιολογικά δεδομένα της νοσηλείας. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων περιστατικών και σειρών περιστατικών λοίμωξης από *G. sanguinis*.

Αποτελέσματα: Λόγω πυρετού και αυξημένων δεικτών φλεγμονής ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή. Στην καλλιέργεια ούρων απομονώθηκε *Klebsiella pneumoniae*, ενώ στην καλλιέργεια αίματος αναπτύχθηκε Gram-θετικός κόκκος που δεν ταυτοποιήθηκε με τις αρχικές συμβατικές μεθόδους. Κατά τη νοσηλεία, η αξονική τομογραφία ανέδειξε κοιλοποιούμενες οζώδεις πνευμονικές αλλοιώσεις και, σε μεταγενέστερο έλεγχο, αμφοτερόπλευρη πνευμονική εμβολή. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Η Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time-of-Flight (MALDI-TOF MS) ταυτοποίησε το στέλεχος της αιμοκαλλιέργειας ως *G. sanguinis*. Η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και εξήλθε. Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει κυρίως μεμονωμένες αναφορές και μικρές σειρές, με λοιμώξεις της κυκλοφορίας του αίματος, του ουροποιητικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και σπανιότερες εντοπίσεις.

Συμπεράσματα: Η *G. sanguinis* αποτελεί σπάνιο παθογόνο με πιθανότητα λανθασμένης ή καθυστερημένης ταυτοποίησης λόγω φαινοτυπικής ομοιότητας με άλλους Gram-θετικούς κόκκους. Η χρήση MALDI-TOF MS και, όταν απαιτείται, μοριακών μεθόδων μπορεί να υποστηρίξει την αξιόπιστη ταυτοποίηση. Η επιλογή της αντιμικροβιακής αγωγής πρέπει να βασίζεται στα αποτελέσματα του ελέγχου ευαισθησίας και στην κλινική εικόνα.

e-POSTERS

eP 090

ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΣΚΟΕΙΔΗ ΛΥΚΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΕΞΗΓΗΤΕΣ ΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΕΣ ΣΕ ΥΠΟΠΤΟ TFH-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΜΙΑ ΠΟΡΕΙΑ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΔΕΚΑΕΤΙΩΝ

Σοφία Λεβεντάκη[1], Χριστόφορος Τριαντάφυλλος Δημητρακόπουλος[2], Βασίλειος Στυλιάδης[2], Ειρήνη Λαγουδάκη[3]

[1] *Β΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων*

[2] *Ειδικευόμενος Εσωτερικής Παθολογίας*

[3] *Διευθύντρια Β΄ Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Χανίων*

Οι διαταραχές ανοσορρύθμισης των ενηλίκων δύνανται να εκδηλώνονται επί σειρά ετών με αυτοάνοσα φαινόμενα, κυτταροπενίες, λεμφοϋπερπλασία και υπογαμμασφαιριναιμία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις προηγούνται της ανάπτυξης λεμφικών νεοπλασιών, καθιστώντας τη διάγνωση αυτών μία πρόκληση. Παρουσιάζεται γυναίκα ασθενής 71 ετών με ιστορικό λευκοπενίας και θρομβοπενίας από την ηλικία των 24 ετών, οι οποίες διερευνήθηκαν μετά από παρατεταμένη αιμορραγία κατόπιν οδοντιατρικής επέμβασης χωρίς να τεθεί συγκεκριμένη διάγνωση. Δέκα έτη αργότερα εμφάνισε εκχυμώσεις μετά τον τοκετό, με εκ νέου αιματολογική διερεύνηση χωρίς διαγνωστική κατάληξη. Σε ηλικία 57 ετών, η ασθενής ανέπτυξε δερματικές βλάβες και η βιοψία ανέδειξε δισκοειδή ερυθηματώδη λύκο. Κατά την πολυετή παρακολούθηση καταγράφηκε τραχηλική λεμφαδενοπάθεια με μη ειδική ιστολογία, ενώ το 2017 διαπιστώθηκε κίρρωση ήπατος αγνώστου αιτιολογίας. Τον Νοέμβριο 2024 νοσηλεύθηκε λόγω καταβολής και αναιμίας. Ο έλεγχος ανέδειξε νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία με αυξημένα δικτυοερυθροκύτταρα, θετική άμεση δοκιμασία Coombs +++ IgG και υπογαμμασφαιριναιμία, με βελτίωση μετά από κορτικοθεραπεία. Τον Μάρτιο 2026 επανεισήχθη λόγω επιδείνωσης ασκίτη και αναιμίας. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε κιρρωτικό ήπαρ, ηπιότερη ηπατοσπληνομεγαλία συγκριτικά με προηγούμενη αξονική , σημεία πυλαίας υπέρτασης και νεοεμφανιζόμενες κοιλιακές λεμφαδενοπάθειες. Η γενική αίματος έδειξε λευκοπενία (3,87x109/L), αναιμία (Hb 10,8 g/dL) και θρομβοπενία (70x109/L). Διενεργήθηκε λοιπόν βιοψία μυελού, η οποία και αποκάλυψε λεμφοϊστιοκυτταρική διήθηση αποτελούμενη κυρίως από PD1+ Τ-λεμφοκύτταρα με σποραδικά μεγάλα Β-κύτταρα, εύρημα συμβατό με διήθηση ανάλογη εκείνης που παρατηρείται σε TFH-σχετιζόμενα λεμφώματα ή T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma (THRLBCL). Συστήθηκε βιοψία λεμφαδένα, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω άρνησης της ασθενούς. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη δυσχέρεια αναγνώρισης υποκείμενης λεμφοϋπερπλαστικής ή λεμφωματώδους διεργασίας σε ασθενείς με πολυετή ιστορία κυτταροπενιών, αυτοανοσίας και υπογαμμασφαιριναιμίας. Η διαδοχική εμφάνιση δισκοειδούς λύκου, αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας, σπληνομεγαλίας, κίρρωσης αγνώστου αιτιολογίας και λεμφοϊστιοκυτταρικής διήθησης του μυελού υποδηλώνει ενιαίο υπόστρωμα ανοσολογικής δυσρύθμισης με πιθανή εξέλιξη προς TFH-σχετιζόμενη λεμφική νεοπλασία. Η έγκαιρη αναγνώριση τέτοιων ασθενών και διερεύνηση παραμένουν καθοριστικής σημασίας.

e-POSTERS

eP 091

ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ PICHIA KUDRIAVZEVII ΚΑΙ STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου, Μαρία Σαριδάκη, Αικατερίνη Καμηλίου, Κωνσταντίνα Μπάφα, Ελευθέριος Χαλκίδης, Αμαλία Αναστασοπούλου, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου, Όλγα Μπενοπούλου

Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η προστατίτιδα αποτελεί σπάνιο και συχνά υποδιαγνωσμένο αίτιο πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν τυπικά ουρολογικά ευρήματα.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό ανδρός 65 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση και ιστορικό μερικής νεφρεκτομής, ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπύρετου έως 39°C από επταημέρου, μυαλγίες και αρθραλγίες. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε σαφή εστία λοίμωξης. Ακολούθησε εκτεταμένος εργαστηριακός, απεικονιστικός και βιοπτικός έλεγχος προς αποκλεισμό λοιμωδών, αυτοάνοσων, αιματολογικών και νεοπλασματικών νοσημάτων.

Αποτελέσματα: Εμφάνιζε υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP 216 mg/L, ΤΚΕ 80 mm/h, ινωδογόνο 905 mg/dL) και λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Είχε στείρες καλλιέργειες αίματος και ούρων και η γενική εξέταση ούρων δεν ανέδειξε πυουρία. Ο εκτενής εργασηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η PET-CT, η βιοψία κροταφικής αρτηρίας, η οστεμυελική βιοψία, η βιοψία δέρματος/υποδόριου ήταν αρνητικές. Εμφάνισε αύξηση του PSA=9 ng/mL και εκτιμήθηκε από ουρολόγο. Η καλλιέργεια προστατικού εκκρίματος μετά από μάλαξη ανέδειξε Candida kruseii. Με τη δοκιμασία Meares-Stamey 4 δειγμάτων απομονώθηκαν εκ νέου Pichia kudriavzevii (Candida kruseii) και Staphylococcus haemolyticus. Χορηγήθηκε ισαβουκοναζόλη και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη για 6 εβδομάδες, με απυρεξία και πτώση των δεικτών φλεγμονής και του PSA μετά από 3 εβδομάδες.

Συμπεράσματα: Σε πυρετό αγνώστου αιτιολογίας ακόμη και χωρίς θετικές καλλιέργειες ούρων, πρέπει να διερευνάται η προστατίτιδα ως πιθανό αίτιο με στοχευμένες καλλιέργειες προ και μετά από προστατική μάλαξη.

e-POSTERS

eP 092

ΕΛΚΩΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΗΨΗΣ ΣΙΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ανδρέας Παρασκευάς[1], Νίκη Μιχαήλ[1], Ανδρέας Ιωάννου[1,2], Νικόλαος Βλάσσης[3], Σοφία Φωτεινοπούλου[4], Χαρά Αζίνα[1]

[1] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος*
[2] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Λευκωσία, Κύπρος*
[3] *Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος*
[4] *Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα αποτελεί συχνή μορφή δερματικής αγγειίτιδας. Συνηθέστερη εκδήλωση αποτελεί το χαρακτηριστικό πορφυρικό εξάνθημα κάτω άκρων. Η προσβολή του δερματικού χορίου είναι σπανιότερη και εκδηλώνεται με νεκρωτικές ελκωτικές βλάβες. Είναι είτε ιδιοπαθής είτε δευτεροπαθής εκδήλωση σοβαρών λοιμώξεων, αυτοάνοσων νοσημάτων ή έκθεσης σε φάρμακα. Αναλόγως βαρύτητας η χορήγηση κορτικοστεροειδών και ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων αποτελεί την βάση της θεραπείας.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 52 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, υπό αγωγή με σιπροφλοξασίνη από δεκαημέρου λόγω μετατραυματικής επίσχεσης ούρων μετά από κάκωση ουρήθρας, παρουσίασε ερυθηματώδεις πλάκες αρχόμενες από την αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα με προοδευτική επέκταση διάσπαρτα στα κάτω άκρα. Οι βλάβες εξελίχθηκαν ταχέως σε εκτεταμένες νεκρωτικές δερματικές βλάβες στα κάτω άκρα με επέκταση έως και το υποδόριο. Η αξονική αγγειογραφία κοιλίας και κάτω άκρων δεν ανέδειξε θρόμβους ή στενώσεις και οδηγήθηκε άμεσα σε χειρουργικό καθαρισμό των νεκρωτικών βλαβών. Νέες δερματικές βλάβες εκδηλώθηκαν προοδευτικά στην ακροποσθία και στο βαθύτερο όριο υπάρχουσας βλάβης στη δεξιά κνήμη υπό αντιμικροβιακή αγωγή ευρέος φάσματος, που οδήγησαν σε νέο χειρουργικό καθαρισμό.

Αποτελέσματα: Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε εικόνα λευκοκυτταρακλαστικής αγγειίτιδας ολικού πάχους δέρματος. Όλες οι καλλιέργειες ιστών και αίματος ήταν αρνητικές. Ο συμπληρωματικός ιολογικός έλεγχος, ο έλεγχος αυτοαντισωμάτων και κρυοσφαιρινών, η αιμόσταση και ο γενετικός έλεγχος θρομβοφιλίας δεν ανέδειξαν παθολογία. Η βυθοσκόπηση και η ενδοσκόπηση ανώτερου/κατώτερου πεπτικού συστήματος και η ολοσωματική αξονική τομογραφία δεν ανέδειξαν οποιαδήποτε παθολογία.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη και ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη (ώσεις) για 5 ημέρες με συνοδό κλινική βελτίωση των βλαβών. Στην συνέχεια της νοσηλείας του έγινε σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών και υποβλήθηκε σε συμπληρωματικά χειρουργεία αποκατάστασης των δερματικών ελλειμάτων με δερματικά μοσχεύματα. Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει την σπάνια εκδήλωση λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας μετά από λήψη φαρμάκου, ως εκ τούτου κάθε Παθολόγος πρέπει να το περιλαμβάνει στην διαφοροδιαγνωστική του προσέγγιση.

e-POSTERS

eP 093

ΨΕΥΔΟΠΡΟΜΗΚΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΛΟΓΩ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΩΝ ΦΛΟΙΪΚΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΜΦΡΑΚΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

Μαρία Παλατέ, Άντρη Ευαγγέλου-Καλιφατίδου, Λουκία Δραμιώτου
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Εισαγωγή / Σκοπός: Παρουσιάζεται περιστατικό νεαρού ασθενούς με μηχανική προσθετική αορτική βαλβίδα και οξέα ισχαιμικά έμφρακτα, ο οποίος εμφάνισε νευρολογική σημειολογία συμβατή με προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους, χωρίς αντίστοιχη απεικονιστική τεκμηρίωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 41 ετών, με ιστορικό αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μηχανική πρόθεση και πρόσφατου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, υπό αγωγή με βαρφαρίνη, προσήλθε λόγω πτώσης γωνίας στόματος δεξιά. Διενεργήθηκαν επείγουσα αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου και αξονική αγγειογραφία (CTA) εγκεφάλου και τραχήλου, ενώ λόγω νευρολογικής επιδείνωσης ακολούθησαν διαδοχικές μαγνητικές τομογραφίες (MRI) εγκεφάλου. Ο διαγνωστικός έλεγχος συμπληρώθηκε με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, Holter ρυθμού 24ώρου και εκτεταμένο εργαστηριακό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Η αρχική CT/CTA ανέδειξε το παλαιό ισχαιμικό έμφρακτο αριστερά κροταφοϊνιακά και τη γνωστή ανευρυσματική διάταση του αορτικού τόξου. Διαπιστώθηκαν οριακά υποθεραπευτικά επίπεδα INR. Κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε δυσαρθρία, δυσκαταποσία, παρέκκλιση της γλώσσας προς τα δεξιά και ήπια ανισοκορία, δηλαδή κλινική εικόνα συμβατή με στελεχιαία εντόπιση. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε νέες οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις αριστερά μετωποβρεγματικά και δεξιά βρεγματικά, ενώ επαναληπτική MRI κατέδειξε επιπλέον πρόσφατη ισχαιμική εστία στη δεξιά άνω μετωπιαία έλικα, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις στο εγκεφαλικό στέλεχος. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, το Holter ρυθμού, καθώς και ο έλεγχος θρομβοφιλίας, ανοσολογικός, ιολογικός και γενετικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Ο ασθενής εξήλθε με κλινική βελτίωση και θεραπευτικά επίπεδα INR, κατόπιν αναπροσαρμογής της αντιπηκτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει ότι αμφοτερόπλευρες φλοιώδεις ισχαιμικές βλάβες με προσβολή των φλοιοπρομηκικών οδών μπορούν να εκδηλωθούν με ψευδοπρομηκική σημειολογία, παρουσιάζοντας κλινική εικόνα που προσομοιάζει βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους. Σε ασθενείς με μηχανική αορτική βαλβίδα και υποτροπιάζοντα ισχαιμικά επεισόδια, θα πρέπει να αποκλείονται αίτια όπως παραβαλβιδική διαφυγή, λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και κολπική μαρμαρυγή, ενώ παράλληλα απαιτείται αξιολόγηση της λειτουργίας της βαλβιδικής πρόθεσης. Η αυστηρή ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής και η διατήρηση θεραπευτικών επιπέδων INR είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη νέων καρδιοεμβολικών επεισοδίων, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς με μηχανική βαλβίδα.

e-POSTERS

eP 094

ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου[1], Στέφανος Βλάχος[1], Αικατερίνη Καμηλίου[1], Κωνσταντίνα Μπάφα[1], Ελευθέριος Χαλκίδης[1], Ιωάννα Αναστασοπούλου[2], Θεοφάνης Αδρακτάς[2], Γεωργία Κανελλοπούλου[2], Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου[1], Μιχάλης Σαμάρκος[1], Όλγα Μπενοπούλου[1]

[1] *Α΄ Παθολογική κλινική Ιατρική σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*
[2] *2ο Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α «Λαϊκό»*

Εισαγωγή / Σκοπός: Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα αποτελεί αιματολογικό επείγον που μπορεί να μιμηθεί οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό ανδρός 58 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο προ 20 ημερών. Προσήλθε στο ΤΕΠ με αριστερή ημιπάρεση, δυσαρθρία, πτώση δεξιάς γωνίας στόματος και απουσία αντανακλαστικού της κατάποσης. Αρτηριακή πίεση 200/110 mmHg και NIHSS 15 Πραγματοποιήθηκε επείγουσα απεικόνιση του εγκεφάλου, αιματολογικός και ανοσολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Η αξονική αγγειογραφία εγκεφάλου ανέδειξε απόφραξη περιφερικού κλάδου Μ2 της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αιμοπετάλια $3x10^9$/L, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, αυξημένη γαλακτική αφυδρογονάση (LDH=1953U/L,) χαμηλή απτοσφαιρίνη (Hb=8, 8) και ήπια νεφρική δυσλειτουργία (Creat=1,35mg/dl). Το PLASMIC score ήταν 6. Η δραστικότητα ADAMTS13 ήταν <0,2% με αναστολείς 28,2 U/mL, επιβεβαιώνοντας επίκτητη θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα θεραπευτική πλασμαφαίρεση με ταυτόχρονη συγχορήγηση κορτικοστεροειδών, καπλασιζουμάμπης και ριτουξιμάμπης. Παρατηρήθηκε αιματολογική ανταπόκριση με άνοδο αιμοπεταλίων σε $423x10^9$/L και μερική νευρολογική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η βαριά θρομβοπενία σε ασθενή με εικόνα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου πρέπει να εγείρει άμεσα υποψία θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Η έγκαιρη έναρξη στοχευμένης θεραπείας, πριν από πλήρη επιβεβαίωση όπου απαιτείται, είναι καθοριστική για την πρόληψη περαιτέρω οργανικής βλάβης.

e-POSTERS

eP 095

ΟΣΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ: ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Δημήτριος Κωσταράκης, Αναστασία Γαλανοπούλου, Ναταλία Μαΐση, Κομνηνός Μανιός, Φοίβη Ελευθεριάδου, Δημήτριος Γουλές

Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Οστικό Οίδημα (ΟΣΟ) είναι μια αινιγματική πάθηση οφειλόμενη σε οίδημα του μυελού των οστών. Υπάρχει σημαντικό έλλειμμα ονοματολογίας και ταξινόμησης.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η πρόταση μιας νέας ονοματολογίας και ταξινόμησης, για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και η περιγραφή της αιτιοπαθολογίας και των απεικονιστικών ευρημάτων του ΟΣΟ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ως το 2026 στις βάσεις Pubmed και Google Scholar με λέξεις - κλειδιά (bone marrow edema, MRI, osteonecrosis). Συμπεριλήφθηκαν πρωτότυπες μελέτες στην Αγγλική ή Ελληνική γλώσσα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανασκοπείται, για πρώτη φορά στην Ελλάδα (www. Megamed. gr), το ΟΣΟ, προτείνοντας νέα ονοματολογία και κλινική ταξινόμηση. Είναι συχνότερα *δευτεροπαθές* άμεσα σχετιζόμενο με υποκείμενες τραυματικές, φλεγμονώδεις, εκφυλιστικές, λοιμώδεις και κακοήθεις καταστάσεις ή μπορεί να είναι πρωτοπαθές αγνώστου αιτιολογίας (Ιδιοπαθές). Άλλες υποκατηγορίες (οντότητες) του ΟΣΟ αποτελούν η παροδική οστεοπόρωση ισχίου, η παροδική οστεοπόρωση εγκυμοσύνης και η οστεονέκρωση.

Απεικονιστικά, το ΟΣΟ αναγνωρίζεται μόνο στην MRI ως εστιακό ή διάχυτο μη φυσιολογικό ομοιογενές σήμα με ασαφή όρια, χαμηλής έντασης στις Τ1 ακολουθίες, και υψηλής στις Τ2. *Παθολογοανατομικά* παρουσιάζει δοκιδωτά μικροκατάγματα, αιμορραγία και οίδημα του μυελού χωρίς διάσπαση του παρακείμενου φλοιού ή του υπερκείμενου αρθρικού χόνδρου. Στις βιοψίες μυελού διαπιστώνεται αύξηση στους δείκτες οστικού μεταβολισμού καιπαραγόντων αγγειογένεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ΟΣΟ είναι συχνά καλοήθους πρόγνωσης νόσημα, με αβέβαιη κατάληξη σε οστεονέκρωση. Έχει ανάγκη παρακολούθησης και διαφορικής διάγνωσης. Προκαλείται από βλάβη του τοιχώματος του μικροαγγειακού δικτύου του μυελού που οδηγεί σε ισχαιμία, αντιδραστική υπεραιμία και οίδημα αυξάνοντας την πίεση εντός του μυελού προκαλώντας πόνο.

e-POSTERS

eP 096

ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Δημήτριος Κωσταράκης, Φοίβη Ελευθεριάδου, Αλέξανδρος Μητσάκης
Ομάδα Φοιτητών και Ιατρών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)

Ο ορισμός, η έννοια και το νοσολογικό περιεχόμενο του αμφιλεγόμενου αυχενικού συνδρόμου (ΑΣ) δεν έχει ακόμη προσδιορισθεί με σαφήνεια διεθνώς. Η λειτουργική και η τοπογραφική συνάφεια των ανατομικών στοιχείων του αυχένα (δίσκος, αγγεία, νεύρα, μυελός) καθώς και η αλληλεπίδραση τους δικαιολογεί την δημιουργία συμπλέγματος συμπτωμάτων σε πλήρη ή ατελή μορφή συνδρόμου, με τον προτεινόμενο όρο αυχενικό σύνδρομο[1].

Οι παθήσεις της ΑΜΣΣ μπορεί να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις μηχανικές και συστηματικές1. Τα μηχανικά ή εκφυλιστικά νοσήματα είναι τοπικά, καλής σχετικά πρόγνωσης, ενώ τα συστηματικά είναι δυσμενούς πρόγνωσης. Από τις μηχανικές και εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ΑΜΣΣ προκύπτουν τα αυχενικά μηχανικά σύνδρομα τα οποία είναι αντίστοιχα των μηχανικών οσφυαλγικών συνδρόμων και αποτελούν την παθολογοανατομική βάση του αυχενικού συνδρόμου και των κλινικών εκδηλώσεών του[1].

Στην παρούσα πρόταση επιχειρείται η μορφοποίηση του κλινικού περιεχομένου του αυχενικού συνδρόμου (ΑΣ) βασιζόμενη στην προτεινόμενη ταξινόμηση του ρευματολόγου Δ. Γουλέ στο ομώνυμο βιβλίο του.

Προτείνεται ο ορισμός και η κατάταξη του συνδρόμου, ενώ οριοθετείται το κλινικό φάσμα και οι εκδηλώσεις του. Τονίζεται ιδιαίτερα η συσχέτισή του με τα νευρομυελοριζιτικά στοιχεία και τα σπονδυλοβασικά αγγεία που ευθύνονται για την πολυπλοκότητα και τον κλινικό πολυμορφισμό του. Βασικά, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως αυχενικό σύνδρομο (ατελές ή πλήρες) το σύνολο των κλινικο-παθολογοανατομικών εκδηλώσεων που είναι αποκλειστικά μηχανικής - εκφυλιστικής αρχής με έδρα την ΑΜΣΣ με βασική συμπτωματολογία: αυχεναλγία, κεφαλαλγία, ριζαλγία, ίλιγγος και μυελοπάθεια, όπως αποτυπώνεται στον παρακείμενο πίνακα. Οι έξι (6) πρώτες κλινικές οντότητες είναι πρωτογενείς, ενώ οι υπόλοιπες δυο (2) δευτερογενείς ή επιπλοκές του ΑΣ.

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

1. Μυοσυνδεσμικά σύνδρομα της ΑΜΣΣ	Πρωτογενείς Κλινικές Οντότητες
2. Αυχενική δισκοπάθεια - δισκοκήλη	
3. Αποφυσιακή οστεοαρθρίτιδα (Facet)	
4. Αυχενική δισκαρθροπάθεια - σπονδύλωση	
5. Σύνδρομο-ατλαντοαξονικού συμπλέγματος (Α1-Α2)	
6. Αυχενικός ίλιγγος	
7. Αυχενική σπονδυλωσική μυελοπάθεια	Δευτερογενείς Κλινικές Οντότητες

Συμπέρασμα: Η ανωτέρω κατάταξη συμβάλει στον ορισμό, ταξινόμηση, κατανόηση του ΑΣ .

e-POSTERS

eP 097

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΔΙΗΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΥΡΕΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μαρία-Ευσταθία Τζικοπούλου, Κωνσταντίνα Μπάφα, Ελένη Σιέρρου, Χαράλαμπος Καζαμιάκης, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου, Όλγα Μπενοπούλου

Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή / Σκοπός: Τα μεταναστευτικά πνευμονικά διηθήματα με εμπυρετό αποτελούν διαγνωστική πρόκληση, ιδίως σε ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία, προηγηθείσα λήψη αντιμικροβιακής αγωγής και ιστορικό κακοήθειας με διενέργεια ακτινοθεραπείας

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 73 ετών, με ατομικό αναμνηστικό καρκίνου μαστού, δυσλιπιδαιμίας και πρόσφατης νοσηλείας για λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος και κολίτιδα από Clostridioides difficile. Προσήλθε στο ΤΕΠ με πυρετό έως 38°C, φρίκια και αναφερόμενη υποξυγοναιμία από διημέρου. Διενεργήθηκε επείγουσα αξονική θώρακος σύγκριθηκε με προηγούμενη, η οποία ανέδειξε εξάλειψη των παλαιότερων πυκνωτικών αλλοιώσεων και εμφάνιση νέων μεταναστευτικών διηθημάτων. Πραγματοποιήθηκε εκτενής εργαστηριακός, μικροβιολογικός, πνευμονολογικός, απεικονιστικός και ανοσολογικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής(ΤΚΕ=120mm), ενώ PCR SARS-CoV-2, ταχεία δοκιμασία γρίπης, αντιγόνα Legionella και Pneumococcus ούρων, καθώς και καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικά. Η ασθενής έλαβε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη ως πιθανή ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση, απο το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα δεν αναδείχθηκαν κοινά μικρόβια, μύκητες, νοκάρδια, Pneumocystis jirovecii, Aspergillus spp, SARS-CoV-2 ή CMV. Η ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφία (PET-CT) ανέδειξε κυρίως φλεγμονώδεις πνευμονικές αλλοιώσεις χωρίς σαφή ευρήματα κακοήθειας. Ο αρχικός ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, ενώ από τον απεικονιστικό επανέλεγχο δεν ανευρέθη κακοήθεια, οπότε μετά από αποκλεισμό λοιμωδών, φλεγμονωδών και νεοπλασματικών αιτιών, τα μεταναστευτικά διηθήματα αποδόθηκαν σε κρυπτογενή οργανούμενη πνευμονία και έγινε έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης.

Συμπεράσματα: Τα μεταναστευτικά διηθήματα απαιτούν συστηματικό αποκλεισμό λοιμωδών, φλεγμονωδών και νεοπλασματικών αιτίων. Η στενή πνευμονολογική παρακολούθηση και ο επαναληπτικός απεικονιστικός έλεγχος είναι απαραίτητα όταν η αιτιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη.

e-POSTERS

eP 098

ΑΓΓΕΙΟΑΝΟΣΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

Ελένη Γελαδάρη[1], Μιχαήλ Λενός[2], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[3], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[4], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[2] Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[3] Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[4] Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Το αγγειοανοσοβλαστικό λέμφωμα Τ-κυττάρων (AITL) είναι σπάνιος τύπος λεμφώματος Τ-κυττάρων. Αντιπροσωπεύει το 1-2% όλων των μη Hodgkin λεμφωμάτων (NHL). Περιγράφηκε τη δεκαετία του 1970, ως ένας τύπος λεμφοειδούς υπερπλασίας σε ηλικιωμένα άτομα. Χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, δυσπρωτεϊναιμία και επιθετική κλινική εικόνα. Φέρει ομοιότητες με τη νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή (GvHD).

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με υψηλό πυρετό σπληνομεγαλία, υπεργαμμασφαιριναιμία και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 83 ετών, διεκομίσθη αιτιώμενος υψηλό πυρετό με ρίγος, νυχτερινές εφιδρώσεις και καταβολή από δεκαημέρου. Η κλινική εξέταση ανέδειξε πολλαπλούς διογκωμένους τραχηλικούς και μασχαλιαίους λεμφαδένες και ηπατοσπληνομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, αυξημένη LDH και ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Εστάλησαν καλλιέργειες αίματος, ορολογικός έλεγχος για ιούς (EBV, CMV) και παράσιτα (toxoplasma, leishmania), ανοσολογικός έλεγχος. Παράλληλα ζητήθηκε επισκόπηση επιχρίσματος περιφερικού αίματος και η διενέργεια ολόσωμης αξονικής τομογραφίας (CT) για τυχόν ανεύρεσης μάζας ή σπλαγχνικής λεμφαδενοπάθειας.

Αποτελέσματα: Η CT θώρακος ανέδειξε διογκωμένους λεμφαδένες εκατέρωθεν του διαφράγματος, ενώ από τον έλεγχο για λοιμώδη νοσήματα δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός. Τα αυτοαντισώματα για παθήσεις του συνδετικού ιστού ήταν αρνητικά, ωστόσο χαρακτηριστική ήταν η διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία με ιδιαίτερα υψηλές τιμές της γ-σφαιρίνης (>2010mg/dL). Κατά την επισκόπηση επιχρίσματος του περιφερικού αίματος παρατηρήθηκαν διεγερμένα λεμφοκύτταρα. Ζητήθηκε χειρουργική εξαίρεση του ΔΕ μασχαλιαίου λεμφαδένα. Τα μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα ήταν συμβατά με λεμφαδενικό non Hodgkin λέμφωμα προέλευσης από βοηθητικά Τ λεμφοκύτταρα του βλαστικού κέντρου, αγγειοανοσοβλαστικού υποτύπου κατά WHO 2022. Στον ηλικιωμένο ασθενή χορηγήθηκε mini-CHOP θεραπεία με θεραπευτική ανταπόκριση και ύφεση πέντε μήνες μετά τη χορήγηση του πρώτου σχήματος.

Συμπεράσματα: Το AITL αναπτύσσεται από τα θυλακιώδη βοηθητικά Τ-κύτταρα. Σε αντίθεση με τα τυπικά λεμφώματα που αναπτύσσονται κυρίως ως μεγάλες μάζες, το AITL χαρακτηρίζεται από έντονες ανοσιακές εκδηλώσεις (π. χ. αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία) εξανθήματα και δυσπρωτεϊναιμία. Η άμεση έναρξη της θεραπείας είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι πρόκειται για ένα ταχέως εξελισσόμενο νόσημα.

e-POSTERS

eP 099

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΕΜΟΝΟΕΙΔΗ ΧΡΟΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΣΑΓΙΟΥ. ΠΟΙΟΣ Ο ΥΠΑΙΤΙΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΚΤΕΡΟ;

Ελένη Γελαδάρη[1], Ντίνα Τηνιάκου[2], Παναγιώτα Δημητροπούλου[3], Δημήτρης Καλλιμάνης[4], Γιωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[5], Ειρήνη Αντωνάκου[3], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Παθολογοανατομικό Εργ/ριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[3] *Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[4] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[5] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Η αμιοδαρόνη χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση αρρυθμιών. Ωστόσο, δύναται να προκαλέσει βλάβη σε πνεύμονες, ήπαρ και θυρεοειδή. Στην περίπτωση της ηπατοτοξικότητας, η κλινική έκφραση μπορεί να είναι είτε ήπια είτε σοβαρή. Η εμφάνιση χολόστασης θεωρείται σπάνια εκδήλωση σε ασθενείς με ηπατική βλάβη, απότοκο λήψης του φαρμάκου.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης προοδευτικά επιδεινούμενου ικτέρου έπειτα από κατανάλωση αφεψήματος τσαγιού, σε ασθενή με καρδιοπάθεια και χρόνια λήψη αμιοδαρόνης.

Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 44 ετών προσήλθε λόγω εμφάνισης ικτέρου, υπέρχρωσης ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων από 20ημέρου. Πρόκειται για ασθενή με προσφάτως αποκατασταθείσα βαλβιδοπάθεια τριγλώχινας βαλβίδας σε έδαφος συγγενούς καρδιοπάθειας. Λόγω επεισοδίων κολπικής αρρυθμίας, ο ασθενής ελάμβανε αμιοδαρόνη από τριετίας. Κατά τη λήψη του ιστορικού αναφέρθηκε κατανάλωση αφεψήματος με εκχύλισμα ηλιοτροπίου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε χολόσταση και υπερχολερυθριναιμία αμέσου τύπου. Εστάλη έλεγχος για ηπατοτρόπους ιούς και αυτοάνοσα νοσήματα ήπατος, διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας και υπέρηχος καρδίας.

Αποτελέσματα: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε υβώδη παρυφή ήπατος, απουσία ασκίτη και βατά αγγεία. Ο ορολογικός έλεγχος για λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Από τον υπέρηχο καρδίας επανελέγχθηκε η ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας και σημειώθηκε ήπια διάταση της ΚΚΦ. Αποφασίσθηκε η διασφαγιτιδική βιοψία ήπατος. Το πόρισμα της ιστολογικής έκθεσης κατέληξε στην παρουσία σοβαρών αλλοιώσεων συμφορητικής ηπατοπάθειας με γεφυροποιό ίνωση κεντρικής αρχής, σχετιζόμενης με το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας. Αξιοσημείωτα είναι τα ευρήματα ενδεικτικά χρόνιας τοξικότητας από αμιοδαρόνη: σοβαρή σωληναριακή χολόσταση, ήπιες ηπατιτιδικές και κυτταρικές αλλοιώσεις. Ο ίκτερος απέδραμε μήνες μετά την εμφάνισή του, ενώ δεν επηρεάστηκε ποτέ η συνθετική λειτουργία του ήπατος.

Συμπεράσματα: Η χολόσταση που προκαλείται από την αμιοδαρόνη αποτελεί σπάνια και σοβαρή μορφή φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας. Η λιποδιαλυτή φύση του φαρμάκου οδηγεί σε συσσώρευση και βλάβη στα ηπατοκύτταρα. Ο μεγάλος χρόνος ημίσειας ζωής ευθύνεται για την εμφάνιση της χολόστασης χρόνια μετά την έναρξη του φαρμάκου αλλά και μετά τη διακοπή της θεραπείας.

e-POSTERS

eP 100

ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΧΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑΣ ΠΡΟΣΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΠ ΛΟΓΩ ΕΠΙΓΑΣΤΡΑΛΓΙΑΣ, ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΕΜΕΤΟΥ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΠΟΛΥΑΔΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (APS)

Ελένη Γελαδάρη[1], Αργύρης Στούρας[1], Μαρία Μελά[2], Δημήτρης Καλλιμάνης[3], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[4], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1], Ιωάννης Κοσκίνας[4]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[3] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[4] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Το αυτοάνοσο πολυαδενικό σύνδρομο (APS) περιλαμβάνει τη διαταραχή τουλάχιστον δύο ενδοκρινών αδένων λόγω αυτοάνοσου μηχανισμού και κατηγοριοποιείται σε τέσσερις κύριους τύπους: Το APS τύπου 1 χαρακτηρίζεται από χρόνια καντιντίαση, χρόνιο υποπαραθυρεοειδισμό και νόσο του Addison. Το APS-2 περιλαμβάνει τη νόσο του Addison μαζί με αυτοάνοση νόσο του θυρεοειδούς ή/και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Το APS-3 ορίζεται από τη συνύπαρξη αυτοάνοσων νοσημάτων του θυρεοειδούς με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις, εξαιρουμένης της νόσου του Addison. Το APS-4 περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες αυτοάνοσες ασθένειες που δεν πληρούν τα κριτήρια για APS-1, APS-2 ή APS-3.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με ιστορικό αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας Hashimoto, πρωτοπαθούς χολικής χολαγγειίτιδας (PBC) και νεοδιαγνωσθείσα νόσο Addison.

Μέθοδοι: Γυναίκα, ηλικίας 38 ετών, προσήλθε λόγω προοδευτικής αδυναμίας από 4μήνου. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας Hashimoto υπό λεβοθυροξίνη και PBC υπό ουρσοδεοξυχολικό οξύ. Παρατηρήθηκε ήπια αύξηση των τρανσαμινασών και διενεργήθηκε βιοψία ήπατος για αποκλεισμό ή επιβεβαίωση συνδρόμου αλληλοεπικάλυψης με αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ). Τέθηκε εμπειρικά σε μέτρια δόση πρεδνιζολόνης, από του στόματος, εν αναμονή των αποτελεσμάτων της βιοψίας. Η ασθενής κατά το χρονικό διάστημα λήψης της πρεδνιζολόνης ανέφερε βελτίωση των συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Η έκθεση της βιοψίας απέκλεισε την πιθανότητα συνύπαρξης ΑΗ και η ανοσοκατασταλτική αγωγή διεκόπη σταδιακά, ένα μήνα μετά. Δύο εβδομάδες αργότερα, η ασθενής προσέρχεται λόγω επιγαστραλγίας και επεισοδίων εμέτου. Από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται μελάγχρωση δέρματος, χαμηλή αρτηριακή πίεση, υπονατριαιμία και υπερκαλιαιμία. Η κλινική εικόνα είναι συμβατή με νόσο του Addison. Τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης ορού επιβεβαίωσαν τη διάγνωση.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Schmidt είναι ο πιο συχνός τύπος APS. Εμφανίζεται συνήθως σε ενήλικες (30-40 ετών) και προσβάλλει συχνότερα γυναίκες. Χαρακτηρίζεται απαραίτητα από Νόσο του Addison σε συνδυασμό με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (π. χ. Hashimoto) ή/και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Αλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η PBC, μπορεί να συνυπάρχουν. Η ορμονική υποκατάσταση αποτελεί τη μόνη θεραπεία του συνδρόμου.

e-POSTERS

eP 101

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΧΡΥΣΙΖΩΝ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟ ΣΕ ΤΡΟΦΙΜΟ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ελένη Γελαδάρη[1], Σταύρος Καναλουπίτης[1], Γεωργία Σαρρή[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Ελένη Μπελεσιώτου[4], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[2] Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[3] Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[4] Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο συν-αποικισμός από Streptococcus pneumoniae (Sp) και Staphylococcus aureus (Sa) στο ανώτερο αναπνευστικό δρα ανταγωνιστικά σε υγιή άτομα. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων (ARIs) το μικροβίωμα του αναπνευστικού βλεννογόνου μεταβάλλεται και οι ανοσολογικές αντιστάσεις μειώνονται. Ως αποτέλεσμα ευνοούνται συνθήκες που ενεργοποιούν επιθηλιακούς υποδοχείς, επιτρέποντας και στα δύο παθογόνα να αναπτυχθούν.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας σε έδαφος πνευμονίας από Sa και άμεσης επιλοίμωξης από Στρεπτόκοκκο της Πνευμονίας.

Μέθοδοι: Άνδρας, ηλικίας 55 ετών, διεκομίσθη λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας από ωρών. Επρόκειτο για τρόφιμο Μονάδας Ψυχικής Υγείας ο οποίος έπασχε από σχιζοφρένεια. Το προηγούμενο διάστημα ο ασθενής νόσησε από Γρίπη τύπου Α, ενώ μετέπειτα ανέπτυξε παραγωγικό βήχα με πράσινη απόχρεμψη. Κλινικά ο ασθενής ήταν εμπύρετος και σε αναπνευστική δυσχέρεια έχοντας ανάγκη υψηλή παροχή οξυγόνου. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διηθήματα σε μέσο και κάτω λοβούς αμφοτερόπλευρα. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και πτυέλων. Λόγω ταχείας αναπνευστικής επιδείνωσης σε έδαφος τύπου 1 αναπνευστικής ανεπάρκειας, ο ασθενής διασωληνώθηκε.

Αποτελέσματα: Από τις καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων απομονώθηκε Sa (MSSA) και έγινε έναρξη κλοξακιλλίνης. Τις επόμενες ημέρες ωστόσο απομονώθηκε από έτερη καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων και Sp. Εστάλη εξέταση ούρων για την ανεύρεση αντιγόνου του μικροοργανισμού και το αποτέλεσμα επαληθεύφθηκε. Στην αγωγή του ασθενούς προστέθηκε μοξιφλοξασίνη με ταχύτερη αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Από μελέτες καταγραφής που περιέλαβαν άτομα της κοινότητας με ARIs, διαπιστώθηκε πως το 35% βρέθηκε θετικό για Sp, το 13% για Sa και το 7% παρουσίασε συν-αποικισμό. Η συχνότητα φορείας Sp αυξάνεται σημαντικά, ενώ η φορεία Sa παραμένει σχετικά σταθερή, έπειτα από ιογενείς ARIs. Σε φυσιολογικές συνθήκες, οι Sp και Sa εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση ή ανταγωνισμό για θέσεις προσκόλλησης στο βλεννογόνο. Σε περιπτώσεις που προηγείται ARI, αυτή η συσχέτιση αντιστρέφεται. Το φαινόμενο έχει σημαντική κλινική σημασία δεδομένου πως ο αυξημένος αποικισμός της αναπνευστικής οδού με Sp ή Sa συχνά προηγείται αναπνευστικών λοιμώξεων.

e-POSTERS

eP 102

ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΑΜΠΥΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ JEJUNI ΚΑΙ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Αναστασία Ρουμπάκη[1], Ελένη Γελαδάρη[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Γεωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Γεωργία Σαρρή[1], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Σταύρος Καναλουπίτης[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[2] Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[3] Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Παγκοσμίως, η λοίμωξη από *Campylobacter spp.* αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες λοιμώδους γαστρεντερίτιδας. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοπεριορίζεται, ωστόσο σε ηλικιωμένα άτομα με συννοσηρότητες δύναται να προκαλέσει κλινικά σοβαρή νόσο με ή χωρίς εξωεντερικές εκδηλώσεις.

Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με επεισόδιο απώλειας συνείδησης, κάκωση από πτώση και εξωεντερικές εκδηλώσεις λόγω λοίμωξης από Campylobacter jejuni.

Μέθοδοι: Γυναίκα, ηλικίας 76 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ έπειτα από αιφνίδια απώλειας συνείδησης, διάρκειας ολίγων λεπτών, και πτώσης εξ' ιδίου ύψους. Από 24ώρου εμφάνισε υψηλό πυρετό και διαρροϊκά επεισόδια. Στο ιστορικό ανέφερε τα κάτωθι νοσήματα; πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα, κολπική μαρμαρυγή, αυτοάνοση γαστρίτιδα, κροταφική αρτηρίτιδα, και χρόνια περικαρδίτιδα. Χρονίως ελάμβανε κορτιζόνη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία απέκλεισε ισχαιμικό ή αιμορραγικό επεισόδιο. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πνευμονία δεξιού κάτω λοβού. Ζητήθηκε γενική και καλλιέργεια κοπράνων λόγω συνεχιζόμενων διαρροϊκών κενώσεων.

Αποτελέσματα: Η καλλιέργεια κοπράνων ανέδειξε *Campylobacter jejuni* και χορηγήθηκε στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή με κινολόνη. Η ίδια αντιμικροβιακή αγωγή δόθηκε και για την πνευμονία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εμφάνισε άλγος δεξιάς κατά γόνυ άρθρωσης με συνοδό οίδημα, ερυθρότητα και περιορισμό κινητικότητας. Διενεργήθηκε παρακέντησης της άρθρωσης και η εικόνα ήταν συμβατή με οξεία αντιδραστική αρθρίτιδα σχετιζόμενη με τη λοίμωξη από *Campylobacter*. Υπό τη χορηγηθείσα αγωγή παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση του συνδρόμου (γαστρεντερίτιδα, αρθρίτιδα, πνευμονία).

Συμπεράσματα: Η εντερική λοίμωξη από *Campylobacter jejuni* δεν αυτοπεριορίζεται πάντα. Σε ηλικιωμένους ή και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε κλινικά σημαντική αφυδάτωση, πτώσεις και τραυματισμούς, ενώ ενδέχεται να συνοδεύεται από σοβαρές εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως αντιδραστική ή σηπτική αρθρίτιδα, βακτηριαιμία, πνευμονία, νευρολογικές επιπλοκές (σύνδρομο Guillain-Barré, σύνδρομο Miller-Fisher) και καρδιαγγειακή συμμετοχή, όπως μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα. Η έγκαιρη αναγνώριση των πιθανών επιπλοκών και η ολιστική παθολογική προσέγγιση είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

e-POSTERS

eP 103

ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΕΡΥΘΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΜΣΑΦ: ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΩΝ

Αναστασία Ρουμπάκη[1], Ελένη Γελαδάρη[1], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Γεωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Γεωργία Σαρρή[1], Σταύρος Καναλουπίτης[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[2] Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[3] Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Το πολύμορφο ερύθημα (ΠΕ) αποτελεί οξεία ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη δερματοβλεννογόνια αντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση τυπικών βλαβών τύπου «στόχου». Η πλειονότητα των περιπτώσεων σχετίζεται με λοιμώξεις, όπως ο ιός του απλού έρπητα (*HSV*) και το βακτήριο *Mycoplasma pneumoniae*. Δύναται επίσης να εμφανισθεί έπειτα από λήψη φαρμακευτικών παραγόντων, όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), αντιβιοτικά και αντιεπιληπτικά. Η διάκριση του ΠΕ από άλλες σοβαρές δερματικές αντιδράσεις είναι ουσιαστική για την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με εμφάνιση πολύμορφου ερυθήματος σχετιζόμενου με λήψη ΜΣΑΦ.

Μέθοδοι: Άνδρας, ηλικίας 45 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιφνίδιας εμφάνισης εκτεταμένου ερυθηματώδους εξανθήματος στα άνω άκρα. Προ διημέρου ανέφερε λήψη ΜΣΑΦ για αντιμετώπιση μυοσκελετικού άλγους. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν σε κορμό και άκρα, συμμετρικές, δακτυλιοειδείς και πολυκυκλικές ερυθηματώδεις πλάκες με τάση συνένωσης, χωρίς προσβολή βλεννογόνων ή συστηματική συμπτωματολογία. Ο μικροβιολογικός και λοιπός εργαστηριακός έλεγχος απέκλεισαν λοιμώδη αίτια.

Αποτελέσματα: Λόγω της χρονικής συσχέτισης της εμφάνισης του εξανθήματος με τη λήψη ΜΣΑΦ, τέθηκε ισχυρή κλινική υποψία φαρμακευτικής δερματικής αντίδρασης. Ζητήθηκε δερματολογική εκτίμηση και διενεργήθηκε βιοψία δέρματος. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με πολύμορφο ερύθημα φαρμακευτικής αιτιολογίας. Ακολούθησε άμεση διακοπή του ύποπτου φαρμάκου και χορηγήθηκε αγωγή με συστηματικά κορτικοστεροειδή και αντιισταμινικά. Ακολούθησε σταδιακή ύφεση των δερματικών βλαβών. Ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες αποφυγής επανέκθεσης στα συγκεκριμένα ΜΣΑΦ.

Συμπεράσματα: Το πολύμορφο ερύθημα αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια των ΜΣΑΦ. Οι κλινικές εκδηλώσεις κυμαίνονται από ήπιο δερματικό εξάνθημα έως εκτεταμένη βλεννογονική συμμετοχή. Η διαφορική διάγνωση από το σύνδρομο Stevens-Johnson και την τοξική επιδερμική νεκρόλυση είναι επιτακτική και ουσιαστική λόγω της διαφορετικής πρόγνωσης και αντιμετώπισης. Η έγκαιρη αναγνώριση του αιτιολογικού παράγοντα, η διακοπή του ενοχοποιούμενου φαρμάκου και, όπου απαιτείται, η ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης συμβάλλουν καθοριστικά στην ευνοϊκή έκβαση των ασθενών.

e-POSTERS

eP 104

ΒΡΑΓΧΟΣ ΦΩΝΗΣ, ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΘΕΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΣΤΩΝ: ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ

Γεωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Ελένη Γελαδάρη[1], Γεωργία Σαρρή[1], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] *Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[2] *Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*
[3] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα (NENs) αποτελούν ετερογενή ομάδα νεοπλασιών με ποικίλη βιολογική συμπεριφορά. Τα νευροενδοκρινή καρκινώματα μεγάλων κυττάρων (Large Cell Neuroendocrine Carcinomas, LCNEC) χαρακτηρίζονται από υψηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού και συχνά διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο με μεταστατική νόσο. Η επινέμεση των φωνητικών χορδών με συνοδό τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, απουσία πνευμονικής συμμετοχής αποτελούν σπάνιες κλινικές εκδηλώσεις.

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης με βράγχος φωνής, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και εντοπίσεις σε ήπαρ και οστά λόγω διασποράς νευροενδοκρινούς όγκου από μεγάλα κύτταρα αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας.

Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 67 ετών, ενεργός καπνιστής, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας προσήλθε προσκομίζοντας απεικονιστικό έλεγχο με β΄εντοπίσεις ήπατος. Υπεβλήθη σε εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο λόγω προοδευτικής αδυναμίας και σταδιακής απώλειας βάρους. Ο ασθενής προ μηνών εμφάνισε βράγχος φωνής χωρίς ωστόσο να αναδειχθεί κάποια βλάβη κατά την ΩΡΛ εξέταση. Στην κλινική εξέταση, λεμφαδένες στην ΑΡ τραχηλική χώρα ήταν παθολογικοί στην ψηλάφηση. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στον τράχηλο ανέδειξε παθολογικά διογκωμένους αριστερούς τραχηλικούς λεμφαδένες, μεγίστης διαμέτρου 4,1x1,8 εκ. με πιεστικά φαινόμενα επί της σύστοιχης σφαγίτιδας φλέβας. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε εμφυσηματικού τύπου αλλοιώσεις, χωρίς εμφανή πρωτοπαθή νεοπλασματική εστία. Διενεργήθηκαν γαστροσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση, βιοψίες σε ήπαρ και τραχηλικό λεμφαδένα, προς τον αποκλεισμό ενός ή περισσοτέρων πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Ζητήθηκε επίσης PET-CT.

Αποτελέσματα: Στην ενδοσκοπική διερεύνηση δεν καταγράφηκαν παθολογικά ευρήματα. Το PET-CT ανέδειξε πρόσληψη ραδιοφαρμάκου σε ΑΡ φωνητική χορδή, έσω σφαγιτιδικούς λεμφαδένες, ΑΡ κλείδα και αυχένα ΔΕ μηριαίου οστού. Οι ιστολογικές εξετάσεις ήπατος και τραχηλικού λεμφαδένα συμπεραναν μεταστατική διήθηση από LCNEC σύμφωνα με την ταξινόμηση WHO 2022. Παρά τον εκτεταμένο ανοσοϊστοχημικό και απεικονιστικό έλεγχο, η πρωτοπαθής εστία δεν κατέστη δυνατό να τεκμηριωθεί.

Συμπεράσματα: Τα χαμηλής διαφοροποίησης LCNEC είναι σπάνια και επιθετικά νεοπλάσματα. Τα νευροενδοκρινή χαρακτηριστικά αναγνωρίζονται έπειτα από ιστολογική και ανοσοϊστοχημική ταυτοποίηση. Οι ασθενείς οφείλουν να υποβληθούν σε δοκιμή θεραπείας είτε με σχήμα που βασίζεται σε πλατίνα είτε σε ταξάνη/πλατίνα.

e-POSTERS

eP 105

ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ειρήνη Αδαμοπούλου[1], Ελένη Γελαδάρη[1], Αναστασία Ρουμπάκη[1], Δημήτρης Καλλιμάνης[2], Απόστολος Ευαγγελόπουλος[3], Αικατερίνη Κατσανδρή[1], Γεωργία Σαρρή[1], Γεωργία-Αντωνία Κασιώνη[1], Σταύρος Καναλουπίτης[1], Βασίλειος Σεβαστιανός[1]

[1] Γ΄ Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[2] Νοσηλευτικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
[3] Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η μεσοθωρακίτιδα που προκαλείται από αποστήματα σε διαβητικό ασθενή αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Η πάθηση συνήθως εμφανίζεται όταν μια λοίμωξη (όπως για παράδειγμα ένα οδοντικό απόστημα) μεταναστεύει κάτωθεν μέσω περιτονιών του τραχήλου στην θωρακική κοιλότητα, μια πάθηση γνωστή ως Κατιούσα Νεκρωτική Μεσοθωρακίτιδα (DNM).

Σκοπός: Η περιγραφή κλινικής περίπτωσης καταστροφικής κατιούσας νεκρωτικής μεσοθωρακίτιδας σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη.

Μέθοδοι: Άνδρας, ηλικίας 60 ετών, διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το οικείο περιβάλλον, λόγω σταδιακά επιδεινούμενης αδυναμίας και έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας. Πρόκειται για ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη (HbA1c 12%), μη συμμορφωμένο στην αγωγή του, καπνιστή και αναφερόμενη από το περιβάλλον, κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης. Στην κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν ταχύκαρδος, παρουσίαζε ταχύπνοια, και ήταν βύθιος (κλίμακα Γλασκώβης 8/15). Κατά την μακροσκοπική εξέταση της κεφαλής και του τραχήλου έγινε ορατό ένα μόρφωμα στην πρόσθια επιφάνεια, ενώ χαρακτηριστική ήταν η κακή στοματική υγιεινή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση, πολύ υψηλοί δείκτες φλεγμονής, διαταραχή νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και αύξηση της LDH. Ο ασθενής διασωληνώθηκε για προστασία αεραγωγού και διενεργήθησαν αξονικές τομογραφίες θώρακος και κοιλίας.

Αποτελέσματα: Στην αξονική θώρακος περιεγράφηκαν πολλαπλά αποστήματα κατά μήκος του ΔΕ στερνοκλειδομαστοειδούς μυός, του σύστοιχου μείζονα θωρακικού μυός, στους μύες προσθίως του θυρεοειδούς αδένα, με επέκταση της φλεγμονής οπισθοστερνικά στο πρόσθιο μεσοθωράκιο. Ο ασθενής υπεβλήθη άμεσα σε χειρουργική παροχέτευση των αποστημάτων. Οι καλλιέργειες απομόνωσαν Χρυσίζων Σταφυλόκοκκο. Ο ασθενής κατέληξε λίγες ώρες αργότερα, σε έδαφος σηπτικής καταπληξίας.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με κακώς ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη χαρακτηρίζονται από ανοσολογική δυσλειτουργία. Η ταχεία εξάπλωση και διείσδυση του εκάστοτε λοιμογόνου παράγοντα από βλεννογόνους της στοματικής κοιλότητας ή την επιφάνεια του δέρματος, σε βαθύτερα μυϊκά στρώματα και περιτονίες δεν είναι σπάνια επιπλοκή. Η έγκαιρη αναγνώριση εστιών λοίμωξης, η πλήρης παροχέτευση τυχόν αποστημάτων και η χορήγηση στοχευμένης ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής είναι απαιτούμενα για την ομαλή κλινική έκβαση των ασθενών.

e-POSTERS

eP 106

ΟΞΕΙΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

Μαρία Τζικοπούλου, Κωνσταντίνα Μπάφα, Ελένη Σιέρρου, Όλγα Μπενόπουλου, Μιχαήλ Σαμάρκος, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου

Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η κυτταρίτιδα προσώπου αποτελεί σχετικά σπάνια εντόπιση λοίμωξης του δέρματος και των μαλακών μορίων

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 55 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, μηνιγγιώματος και πολλαπλών τροφικών αλλεργιών, Προσήλθε λόγω οιδήματος και ερυθήματος από το ριζορρίνιο προς τις παρειές ανφοτερόπλευρα, με επέκταση προς τον τράχηλο εντός περίπου πέντε ωρών. Ανέφερε πυρετό έως 39°C και άλγος αμφοτέρων των υπογνάθιων χωρών, χωρίς έκθεση σε νέα τρόφιμα, φάρμακα ή καλλυντικά, χωρίς οδοντιατρική/δερματολογική παρέμβαση, εξάνθημα ή κνησμό. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε εξέρυθρη, ψηλαφητή, επώδυνη και μαλακή βλάβη αμφοτερόπλευρα στο πρόσωπο, με επέκταση προς τους οφθαλμικούς κόγχους, το μεσόφρυο και το μυώδες πλάτυσμα.

Αποτελέσματα: Η αξονική σπλαγχνικού κρανίου ανέδειξε ήπια πάχυνση δέρματος στις παρειές αμφοτερόπλευρα και θολερότητα του υποκείμενου υποδόριου κυτταρολιπώδους ιστού, με ήπιες παχυβλεννογονιτιδικές αλλοιώσεις παραρρινίων. Ελήφθησαν τρία ζεύγη αιμοκαλλιεργειών, τα οποία παρέμειναν στείρα, καθώς και ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος απέβη αρνητικός. Χορηγήθηκε αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη 3 g ανά 6 ώρες, με σταδιακή κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Η συνολική διάρκεια της αντιβιοτικής αγωγής ήταν 15 ημέρες, με τακτική παρακολούθηση και πλήρη βελτίωση σε επόμενες επανεκτιμήσεις.

Συμπεράσματα: Η οξεία ερυθροοιδηματώδης προσβολή του προσώπου με πυρετό και χωρίς σαφή οδοντιατρική παρέμβαση ή αλλεργιολογικό/εκλυτικό παράγοντα πρέπει να εγείρει υποψία κυτταρίτιδας ή ερυσιπέλατος. Η έγκαιρη απεικονιστική εκτίμηση και η άμεση αντιμικροβιακή αγωγή μπορούν να προλάβουν δυνητικά σοβαρές επιπλοκές.

e-POSTERS

eP 107

Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΑΜΕΣΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ

Αλέξανδρος Μητσάκης, Ελένη Μπουκουβάλα, Νατάλια Μαΐση
Ομάδα Φοιτητών και Νέων Ιατρών ΕΕΛΙΑ

Εισαγωγή: Η υπνική άπνοια (ΥΑ) πλήττει εκατομμύρια ανθρώπους, με σοβαρές επιπτώσεις, Ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους διακοπής της αναπνοής στον ύπνο για τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα έως και πάνω από ένα λεπτό, σε ακραίες περιπτώσεις («άπνοια»), φαινόμενο επαναλαμβανόμενο δεκάδες ή εκατοντάδες φορές. Αιτιολογικά συνδέεται με παχυσαρκία, κάπνισμα, ηλικία, ανδρικό φύλο, ρινίτιδες, υπερτροφία ιστών γνάθου (αμυγδαλές, αδενοειδείς εκβλαστήσεις, μαλθακή υπερώα, γλώσσα), ανατομικές ανωμαλίες γνάθου (μικρογναθία, ρινικοί πολύποδες, σκολιωτικό ρινικό διάφραγμα), αλκοόλ, ηρεμιστικά.

Σκοπός: Η πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση της ΥΑ με οικιακή φορητή συσκευή.

Μέθοδος και υλικά: Ανασκοπήθηκε η τρέχουσα Ελληνική και Αγγλικής βιβλιογραφία στις βάσεις Pubmed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά (sleepapnoea, CPAP, complications) και συμπεριλήφθηκαν μελέτες μεταξύ 2000 και 2026.

Αποτελέσματα: Η ΥΑ είναι συχνή διαταραχή που αυξάνει με την ηλικία θίγοντας έως και 10-24% των ανδρών και 6-9% των γυναικών ηλικίας 30-60. Εκδηλώνεται τη νύχτα με έντονο ροχαλητό, ξαφνικές αφυπνίσεις, αίσθηση πνιγμού και νυχτουρία. Την ημέρα συσχετίζεται με εξουθενωτική κόπωση, υπνηλία, πρωινές κεφαλαλγίες, διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και καταθλιπτικά συμπτώματα,

Η Gold Standard μέθοδος διάγνωσης είναι η μελέτη ύπνου (πολυυπνογραφία) με συνεχή καταγραφή ΗΕΓ, ΗΚΓ, κορεσμού οξυγόνου, ροής αέρα και αναπνευστικής προσπάθειας με στόχο τον υπολογισμό του δείκτη Άπνοιας-Υπόπνοιας (AHI).

Λόγω της έντονης υποξυγοναιμίας και σταδιακής συσσώρευσης CO2, προκύπτουν σοβαρές επιπτώσεις, όπως αυξημένος κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα, ανθεκτική υπέρταση, ανάπτυξη ΣΔ2, ΑΕΕ.

Θεραπευτικά προτείνονται απώλεια βάρους, αποφυγή αλκοόλ, ηρεμιστικών, διακοπή καπνίσματος, πλάγια θέση ύπνου, καθώς και η χρήση συσκευών όπως στοματικών ναρθήκων και κυρίως Συσκευής Θετικής Πίεσης (CPAP) ως αποτελεσματικότερης μεθόδου.

Συμπέρασμα: Η κατ'οίκον ανίχνευση της ΥΑ με πολυκαταγραφική φορητή συσκευή θα προστατεύσει από τις απειλητικές επιπλοκές της, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη πρώιμης διάγνωσης.

e-POSTERS

eP 108

ΒΑΡΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΛΚΑΛΩΣΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΑΙΤΙΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Stamatia Alexiou, Kassiani Papatheodosiou, Anastasia Lantou, Chariklia Christodoulou, Konstantinos Krapis, Konstantinos Karakoussis

Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η βαριά μεταβολική αλκάλωση αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας. Παρουσιάζεται περιστατικό υπερήλικου ασθενούς με διαταραχή επιπέδου συνείδησης, στην οποία η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης οξεοβασικής διαταραχής ήταν καθοριστική για την επιτυχή αντιμετώπιση.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 80 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής, αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και καρδιακής ανεπάρκειας προσήλθε λόγω διαταραχής επιπέδου συνείδησης. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε οξεία παθολογία. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε σοβαρή υποκαλιαιμία (K^+ 2,1 mmol/L) με χαρακτηριστικά κύματα U στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και εξαιρετικά σοβαρή μεταβολική αλκάλωση (pH 7,59, HCO_3^- 68,2 mmol/L), με αντιρροπιστική υπερκαπνία. Από το ιστορικό αναδείχθηκαν χρόνια λήψη συνδυασμού υδροχλωροθειαζίδης και φουροσεμίδης, πρόσφατες διαρροϊκές κενώσεις, καθώς και καθημερινή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αναψυκτικού τύπου σόδας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αναπλήρωση καλίου, με σταδιακή αποκατάσταση της υποκαλιαιμίας, των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων και της οξεοβασικής διαταραχής (αέρια αίματος εξόδου: pH 7,45, HCO_3^- 35 mmol/L). Η νευρολογική συμπτωματολογία υποχώρησε, ενώ ο απεικονιστικός και νευρολογικός έλεγχος απέκλεισαν άλλη οξεία οργανική αιτία διαταραχής επιπέδου συνείδησης.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές της οξεοβασικής διαταραχής πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με διαταραχή επιπέδου συνείδησης, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν βαριά υποκαλιαιμία, χρόνια διουρητική αγωγή και πρόσφατες απώλειες από το γαστρεντερικό. Η έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής, η προσεκτική λήψη ιστορικού και η άμεση διόρθωση της υποογκαιμίας και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών αποτελούν βασικούς παράγοντες για την ευνοϊκή έκβαση.

e-POSTERS

eP 109

Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΡΕ[illegible] ΣΤΗΝ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΟΛΗΣ [illegible] ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΛΥΚΕ[illegible]

ΑΠΕΣΥΡΘΗ

[illegible] Ρούπης[1,2], Φωτεινή Αφεντούλη[3], Κωνσταντίνος Λούης[4], Ανδρέας Λάζαρης[2], Κωνσταντίνος Νάκας[1], Νικόλαος-Νεκτάριος Γιαννακόπουλος[1], Σοφία Τζαμτζίδου[1], Δήμητρα Μάνου[1], Βασίλειος Παπαϊωάννου[1], Δέσποινα Διαμαντάκη[1], Αθηνά Χρυσικοπούλου[1], Μάριος Ζαβαλής[1], Αφροδίτη Αντωνίου[5], Παρασκευή Τσιαντούλα[1], Κωνσταντίνος Σερέτης[1], Θεοφάνης Παπάς[1]

[1] *Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.*

[2] *Α΄ Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

[3] *Κλινική Ψυχολόγος, Αθήνα*

[4] *Γ΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

[5] *Αγγειοχειρουργός, Αθήνα*

e-POSTERS

eP 110

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αθανασία Τεντολούρη[1], Σπυρίδων Ντουράκης[2], Ιωάννης Βλαχογιαννάκος[3], Νικόλαος Τεντολούρης[1], Ευαγγελία-Δήμητρα Αποστολοπούλου[1], Δημήτριος Τσιλίγγιρης[4]

[1] *Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα*

[2] *Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

[3] *Α΄ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

[4] *Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη*

Η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD) αποτελεί μία από τις συχνότερες χρόνιες ηπατικές νόσους παγκοσμίως και εμφανίζει ιδιαίτερα αυξημένο επιπολασμό σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η στενή σχέση της με την ινσουλινοαντίσταση, την παχυσαρκία και το ευρύτερο καρδιομεταβολικό προφίλ καθιστά αναγκαία την έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου. Στο πλαίσιο αυτό, οι μη επεμβατικοί δείκτες ηπατικής στεάτωσης και ίνωσης αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την αρχική εκτίμηση και διαστρωμάτωση κινδύνου στην καθημερινή κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης παρατήρησης ήταν η εκτίμηση της παρουσίας MASLD σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, με τη χρήση των μη επεμβατικών δεικτών HepaticSteatosisIndex (HSI) και Fibrosis-4 index (FIB-4). Παράλληλα, διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση των δεικτών αυτών με κλινικά, ανθρωπομετρικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά, καθώς και με χρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Η μελέτη ανέδειξε υψηλή συχνότητα ευρημάτων συμβατών με σημαντική ηπατική στεάτωση στον υπό μελέτη πληθυσμό, ενώ οι συμμετέχοντες με αυξημένες τιμές FIB-4 εμφάνισαν δυσμενέστερο κλινικοεργαστηριακό προφίλ, μεγαλύτερη ηλικία, μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη και χαμηλότερη νεφρική λειτουργία. Αν και σε αρχικές αναλύσεις παρατηρήθηκαν συσχετίσεις του FIB-4 με μακροαγγειακές επιπλοκές και νεφροπάθεια, οι συσχετίσεις αυτές δεν παρέμειναν στατιστικά σημαντικές μετά από πολυπαραγοντική προσαρμογή. Αντίστοιχα, ο HSI δεν παρουσίασε ανεξάρτητη συσχέτιση με τις χρόνιες διαβητικές επιπλοκές. Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι η MASLD είναι συχνή σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και αναδεικνύει τη χρησιμότητα απλών μη επεμβατικών δεικτών, όπως ο HSI και ο FIB-4, στην αρχική αξιολόγηση του ηπατικού κινδύνου. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη συστηματικότερου ελέγχου της ηπατικής στεάτωσης και ίνωσης στον διαβητικό πληθυσμό, καθώς και περαιτέρω μελετών για την ακριβέστερη εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των δεικτών αυτών.

e-POSTERS

eP 111

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ (MULTI DRUG RESISTANT: MDR)ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΕΣΤΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ Β΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ

Χριστίνα Ζαφειριάδου, Σοφία Παρασκευοπούλου, Λάμπρος Βάκκας, Χαρίλαος Καζάκος, Νικόλαος Πολίτης, Φλώρα Χουζούρη, Μαρία Λατζουράκη, Ελένη Γεώργαρη, Έκτορας Βασιλείου, Δημήτριος Ζιαζιάς, Βασιλική Νέζη, Ελένη Λυδατάκη

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή - Σκοπός: Ως πολυανθεκτικά ορίζονται τα βακτήρια που έχουν αναπτύξει αντοχή σε 3 ή περισσότερες κατηγορίες αντιβιοτικών. Τα πιο συχνά MDRO(multi drug resistant organisms) στις νοσοκομειακές και μακροχρόνιας φροντίδας δομές όπου συναντώνται αποτελούν: 1) τα Εντεροβακτηριακά που παράγουν ευρέως φάσματος β-λακταμάσες (ESBLs), 2) τα Εντεροβακτηριακά με αντοχή στις Καρβαπενέμες (CRE), 4) το Acinetobacter ανθεκτικό στις Καρβαπενέμες (CRAB), 5) DTR Pseudomonas Aeruginosa (Difficult to treat Pseudomonas), 6) ανθεκτικοί στη Μεθικιλλίνη Σταφυλόκοκκοι Aureus (MRSA), 7) ανθεκτικά στη Βανκομυκίνη στελέχη Εντερόκοκου (VRE). Για την αντιμετώπιση από MDRO απαιτείται η έγκαιρη έναρξη εμπειρικής αγωγής με υψηλή πιθανότητα δράσης. Σκοπός ήταν η καταγραφή των παθογόνων που αποικίζουν το τμήμα μας και επομένως το νοσοκομείο για αντιμικροβιακή διαχείριση και σχεδιασμό πρόληψης.

Υλικό και Μέθοδοι: Στον πληθυσμό της μελέτης συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με τουλάχιστον μία θετική καλλιέργεια αίματος για MDRO , που νοσηλεύτηκαν στο Β΄ Παθολογικό Τμήμα του ΓΝ Νίκαιας το χρονικό διάστημα 01/01/2024 - 31/12/2025. Λόγω της μελέτης περιπτώσεων θετικής έκβασης αποκλείστηκαν οι θανόντες. Για την ταυτοποίηση των μικροβίων επιστρατεύτηκαν το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek και η μέθοδος Kirby Bauer. Οι παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν ήταν η ύπαρξη κακοήθειας, ο ΣΔ, η ΧΝΝ, τα ξένα σώματα και η πρόσφατη νοσηλεία.

Αποτελέσματα: Από τους 100 ασθενείς της μελέτης απομονώθηκαν κατά 43,8 % Εντεροβακτηριακά ESBL, 25% MRSA , 12,5 % CRE , 12,5 % VRE και 6,25% CRAB. Εστία λοίμωξης για MDRO αποτέλεσε κατά 56,3 % το ουροποιητικό , 12,5 % κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες , 12,5 % αποστήματα και κατά 6,2 % τα χοληφόρα. ; Όσον αφορά παράγοντες κινδύνου : 50% ξένο σώμα, 37,5 % ΣΔ, 12,5 % ΧΝΝ, 12,5 % πρόσφατη νοσηλεία και 18,75% κακοήθεια .

Συμπέρασμα: Από την πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης απομονώθηκαν Εντεροβακτηριακά ESBL κυριώς με εστία λοίμωξης το ουροποιητικό και παράγοντες κινδύνου τον ΣΔ και την τοποθέτηση καθετήρα κύστεως ενδονοσοκομειακά .

e-POSTERS

eP 112

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΒΑΡΚΕΛΩΝΗΣ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ

Σάββας Αμύγδαλος, Δημήτριος Κούρτης, Αγγελική Φωτεινού, Ασπασία Σπανού, Ιωάννης Ψαρομπάς, Παντελίνα Κολαινή, Ιωάννης Αναστασίου, Σμαράγδα Κουκιά, Νικόλαος Κεραμέας, Ηλίας Κουτούρης, Κυριάκος Σπάρταλης, Στυλιανός Καραταπάνης

Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ανάπτυξη του ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) γίνεται συνήθως σε κιρρωτικό υπέδαφος, και για στην αντιμετώπιση του ακολουθείται το σύστημα ταξινόμησης της Βαρκελώνης (BCLC). Το σύστημα αυτό συνδυάζει στο βέλτιστο δυνατό βαθμό τις θεραπευτικές επιλογές του ΗΚΚ ανάλογα με το στάδιο του νεοπλάσματος. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να ταξινομήσουμε τους ασθενείς με ΗΚΚ σύμφωνα με το σύστημα της Βαρκελώνης και να διερευνηθούν και άλλα κλινικά χαρακτηριστικά.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 116(Α/Γ=83/33) ασθενείς με κίρρωση που διαγνώστηκαν με ΗΚΚ στο νοσοκομείο μας την τελευταία 7ετία. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο για τη διερεύνηση της αιτιολογίας και της βαρύτητας της κίρρωσης, αλλά και για την ορθή ταξινόμηση σύμφωνα με το BCLC σύστημα.

Αποτελέσματα: Η αιτιολογία της κίρρωσης ήταν ηπατίτιδα Β (22/116) 18.5%, ηπατίτιδα C (23/116) 19.4%, ηπατίτιδα Β και αλκοόλ (6/116) 4.62%, ηπατίτιδα C και αλκοόλ (11/116) 10.1%, αλκοολική κίρρωση (28/116) 24.0%, μεταβολικά συνδεόμενη λιπώδης νόσος του ήπατος (MASLD) (22/116) 19.4%, λοιπά (4/116) 3.7%. Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης BCLC, οι ασθενείς μας κατατάχτηκαν στα ακόλουθα στάδια: BCLC-A (18/116) 15.5%, BCLC-B (24/116) 20.7%, BCLC-C (48/116) 41.4%, BCLC-D (26/116) 22.4%. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών ήταν στάδιο BCLC-C. Παρατηρήσαμε επίσης ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών έπασχε από ΣΔ (30/116) 25.8%

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας δείχθηκε ότι οισυνηθέστερες αιτίες δημιουργίας ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χρόνια ηπατίτιδα Β, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρόνια ηπατίτιδα C, ενώ σημαντικό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν ΗΚΚ σε έδαφος MASLD. Η πλειονότητα των ασθενών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης της Βαρκελώνης.

e-POSTERS

eP 113

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ FIB-4 ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Μαρίνα Βρούχο, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελένη Πατσαλίδου, Σταμάτης Σπανός, Θεοδώρα Αναστασίου, Ευαγγελία Καρυδάκη, Σταύρος Αντωνόπουλος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ηπατική ίνωση αποτελεί επιπλοκή της μεταβολικά σχετιζόμενης στεατωτικής ηπατικής νόσου. Ο δείκτης FIB-4 αποτελεί μη επεμβατικό εργαλείο εκτίμησης κινδύνου προχωρημένης ηπατικής ίνωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της ηπατικής ίνωσης σε δείγμα νοσηλευόμενων ασθενών καθώς και σύγκρισή μεταξύ των ασθενών ανάλογα με την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στους φακέλους 444 νοσηλευόμενων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Α Παθολογικό Τμήμα του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο εώς τον Ιούνιο 2026. Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν 75,41±15,49 έτη. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 231 (52,0%) ήταν γυναίκες και 213 (48,0%) ήταν άνδρες. Η παρουσία προχωρημένης ηπατικής ίνωσης εκτιμήθηκε με τον δείκτη FIB-4 και οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: χαμηλού (<1,30), ενδιάμεσου (1,30-2,67) και υψηλού (>2,67) κινδύνου.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούνταν από 444 ασθενείς, εκ των οποίων 231 (52,0%) ήταν γυναίκες και 213 (48,0%) άνδρες, με μέση ηλικία 75,41±15,49 έτη. Από αυτούς, 148 (33,6%) είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), ενώ 292 (66,4%) δεν είχαν ΣΔ2. Στο σύνολο των ατόμων η μέση τιμή του FIB-4 ήταν 2,78±3,53. Η μέση τιμή του FIB-4 ανάλογα με την παρουσία ΣΔ2 ή όχι ήταν 2,82±3,86 και 2,77±3,37, αντίστοιχα (p=0,882). Στο σύνολο των ατόμων της μελέτης, ποσοστό της τάξης του 31,8% ταξινομήθηκε σε χαμηλού, 35,9% σε ενδιάμεσου και 32,3% σε υψηλού κίνδυνου παρουσίας προχωρημένης ηπατικής ίνωσης. Τα αντίστοιχα ποσοστά, ανάλογα με την παρουσία ή όχι ΣΔ2, ήταν 29,9%, 41,5% και 28,6% στα άτομα με ΣΔ2, ενώ στους μη διαβητικούς 32,9%, 33,2% και 33,9% στα άτομα χωρις ΣΔ2 (p=0,22).

Συμπεράσματα: Περίπου ένας στους τρεις νοσηλευόμενους ασθενείς παρουσίαζε υψηλή πιθανότητα προχωρημένης ηπατικής ίνωσης σύμφωνα με τον δείκτη FIB-4. Η παρουσία ΣΔ2 δεν συσχετίστηκε με υψηλότερο επιπολασμό ή μεγαλύτερη βαρύτητα ηπατικής ίνωσης στο υπό μελέτη δείγμα σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

C

Consortium Melissa.....ΠΑ49

D

Deutsch Melanie.....AA124

A

Αβραμίδης Κωνσταντίνος.....AA123, eP012
Αβραμίδης Παντελής-Άρης.....eP010
Αβραμόπουλος Ηρακλής.....AA014, AA058, AA059, eP011, eP013
Αγαθοκλέους Άννα Μαρία.....AA050
Αγγελάρα Μαρία.....ΠΑ11
Αγγελετοπούλου Αγγελική.....ΠΑ01
Αγγελής Νικόλαος.....AA165
Αγγελονίδου Ελένη.....AA056, AA095
Αγγελόπουλος Θεόδωρος.....eP012
Αγγελοπούλου Αικατερίνη.....ΠΑ45, ΠΑ48
Αγγελοπούλου Ευσταθία.....AA107, AA108, eP049
Αδάμαντου Μαγδαληνή.....ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ΠΑ36, ΠΑ43, AA154, AA155, AA158
Αδαμίδης Νικόλαος.....AA022, eP008, eP070, eP080
Αδαμοπούλου Ειρήνη.....ΠΑ19, AA007, AA009, AA065, AA117, AA165, eP099, eP100, eP101, eP102, eP103, eP104, eP105
Αδάμος Δημήτριος.....eP048, eP077
Αδάμου Ανδρέας.....ΠΑ25, AA138, eP008, eP024, eP070, eP080, eP081
Αδάμου Ευαγγελία.....eP048, eP077
Αδρακτάς Θεοφάνης.....eP094
Αδραμάκη Αικατερίνη.....eP037
Αζίνα Χαρά.....eP032, eP092
Αθανασιάδης Φώτιος.....AA067, AA084, AA085, eP038
Αθανασίου Καλομοίρα.....AA156
Αθανασόπουλος Σταύρος.....ΠΑ49, ΠΑ50
Αθανασοπούλου Θεοδώρα.....AA080
Ακινόσογλου Καρολίνα.....eP040
Αλεξιάδης Ιορδάνης.....eP029
Αλεξίου Νικόλαος.....AA122, eP059
Αλεξίου Σταματία.....AA101, AA104, eP039, eP108
Αλεξόπουλος Άγγελος.....AA065
Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα.....AA123
Αλεξοπούλου Όλγα.....AA129
Αμύγδαλος Σάββας Μιχαήλ.....ΠΑ09, ΠΑ10, AA072, AA151, eP112
Αναγνωστόπουλος Απόστολος.....AA031, AA100
Αναγνώστου Δημήτριος.....eP073
Αναγνώστου Ευάγγελος.....AA075
Αναγνώστου Ιωάννα.....ΠΑ01
Αναστασιάδη Ελένη.....ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28
Αναστασίου Αλεξία.....AA026, AA027
Αναστασίου Θεοδώρα.....ΠΑ47, eP113
Αναστασίου Θεοχάρης.....AA055
Αναστασίου Ιωάννης.....ΠΑ09, ΠΑ10, AA072, AA151, eP112
Αναστασοπούλου Αμαλία.....eP091
Αναστασοπούλου Ιωάννα.....eP094
Ανδρεαδάκη Ελένη.....ΠΑ32, ΠΑ34
Ανδρικοπούλου Αθηνά.....AA152
Ανδρίτσου Άννα-Ρόζα.....AA029
Ανδρουτσάκος Θεόδωρος.....ΠΑ11, ΠΑ43, AA066, AA103, AA141
Ανδρώνη Γεωργία.....AA019, eP017
Άννινος Έκτορας.....ΠΑ35
Αντωνάκου Ειρήνη.....AA163, AA164, eP099
Αντωνιάδη Ειρήνη.....AA041
Αντωνίαδου Αναστασία.....AA052, eP032
Αντωνιάδου Κερασούλα.....eP030
Αντωνιάδου Χριστίνα.....ΠΑ05, ΠΑ29, AA109, AA126
Αντωνίνης Ευάγγελος.....eP089
Αντωνίου Αναστασία.....eP062, eP063
Αντωνόπουλος Σταύρος.....ΠΑ47, eP113
Αντωνοπούλου Νικολίνα.....AA132
Ανυφαντάκης Δημήτριος.....AA018, eP015
Αποστολίδη Ειρήνη.....ΠΑ22
Αποστολοπούλου Νικολέττα.....eP086
Αποστολοπούλου Βαλεντίνα.....eP001, eP002, eP003
Αποστολοπούλου Ευαγγελία Δήμητρα.....AA114, eP110
Αποστόλου Ουρανία.....AA038, AA040, AA081, eP028, eP050, eP051, eP053, eP054
Αραβαντινός Στέφανος.....ΠΑ37
Αραβαντινού Κουτσουβή Άρτεμις
Σταυρούλα.....eP055, eP062, eP063
Αραπάκη Μαρία.....ΠΑ22

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αρβανιτίδης Πολυχρόνης.....ΑΑ017
Αργιανά Βασιλική.....ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091,
.....ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Αργυράκη Αικατερίνη.....ΠΑ01, ΠΑ16, ΠΑ17,
.....ΑΑ079, ΑΑ080, eP031, eP037
Αργυρόπουλος Δημήτριος..... eP041, eP042
Αρκαδιανός Χρήστος ΑΑ079
Αρκούδης Νικόλαος-Αχιλλέας ΑΑ136,
.....eP016
Αρματά Χρυσούλα.....ΑΑ075
Ασημακόπουλος Στυλιανός ΑΑ008
Ασημακοπούλου Πούλια ΑΑ031, ΑΑ100
Ασλάνογλου Αικατερίνη..... ΑΑ141
Ατζέμογλου Ναταλία eP008, eP070,
..... eP080
Αχιλλέως Αλεξάνδρα.....ΑΑ077

Β

Βαζαίου Ανδριανή ΠΑ49
Βάκκας Λάμπρος..... ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070,
.....eP111
Βαλλιάνου Ναταλία..... ΠΑ25, ΑΑ006,
.....ΑΑ022, ΑΑ029, ΑΑ138, eP008, eP024,
..... eP070, eP080, eP081
Βαργιάμη Μαργαρίτα..... ΠΑ04
Βαρυτιμιάδης Κωνσταντίνος ΑΑ006
Βασιλάκη Νεκταρία.....ΠΑ25Α, ΑΑ064,
..... ΑΑ137, eP034, eP035, eP036
Βασιλάκη Πολυξένη.....ΠΑ21, ΑΑ019, ΑΑ024
Βασιλειάδης Παναγιώτης ΑΑ127
Βασιλείου Αλίκη.....ΑΑ067, ΑΑ084
Βασιλείου Ανδρέας..... eP021
Βασιλείου Άννα.....ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091,
.....ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Βασιλείου Βασίλειος eP021
Βασιλείου Έκτορας ΑΑ068, eP111
Βασιλείου Μαρία.....ΑΑ022
Βασιλόπουλος Δημήτριος ΑΑ123, ΑΑ124
Βελιάνη Κορνηλία..... ΑΑ034, ΑΑ116
Βέλιος Νικόλαος - Αλέξανδρος..... ΑΑ046,
.....ΑΑ054, ΑΑ057
Βελισσάρης Δημήτριος..... ΠΑ19, ΑΑ007,
..... ΑΑ009, ΑΑ117
Βελισσαρίδης Αριστείδης ΑΑ157
Βέλλιου Μαρία.....eP069, eP073
Βενετσάνου Μαρία..... ΑΑ159, ΑΑ160
Βεχλίδης Νικόλαος ΑΑ078
Βιδάλη Μαίρη ΠΑ26
Βίκτωρος Λουκία.....ΠΑ02, ΠΑ44
Βλάσσης Νικόλαος.....eP092
Βλαχογιαννάκος Ιωάννης eP110
Βλαχόγιαννης Νικόλαος.....ΑΑ066, ΑΑ102
Βλαχόπουλος Παναγιώτης eP060
Βλαχοπούλου Μαρια ΑΑ033, ΑΑ099
Βλάχος Στέφανος eP094
Βλάχου Παρασκευή ΑΑ091, eP045
Βογιάκη Σοφία.....eP014
Βολακάκης Ευάγγελος ΑΑ064
Βολουδάκης Παύλος..... ΑΑ088, ΑΑ127
Βοσβοτέκας Γεώργιος.....eP005
Βότσιου Ραφαηλία..... ΑΑ133, ΑΑ143, ΑΑ146,
..... ΑΑ148, ΑΑ149
Βούκαλη Μαρία..... ΑΑ006, ΑΑ022, ΑΑ029,
.....eP008, eP070
Βούλγαρη Αθανασία.....eP058
Βούλγαρης Βασίλειος.....ΑΑ002, eP007
Βούλγαρης Κωνσταντίνος.....ΑΑ026
Βουτίδου Στυλιανή ΑΑ126
Βρεττός Ιωάννης..... ΠΑ21, ΑΑ019, ΑΑ024,
.....ΑΑ025, eP017
Βρούχο Μαρίνα ΠΑ47, eP113

Γ

Γαβαλάς Ιωάννης..... ΑΑ088, ΑΑ127
Γαβρά Μαρία.....ΑΑ053, ΑΑ060, ΑΑ096
Γαβριηλίδης Ευστράτιος.....ΠΑ05, ΠΑ29,
..... ΑΑ109, ΑΑ126
Γαζή Μαρία..... eP074
Γαϊτάνου Σοφία.....eP054
Γαλάνη Σοφία ΑΑ125, ΑΑ131, eP065
Γαλάνης Φαίδων Χάρης.....ΠΑ21, eP017
Γαλανοπούλου Αναστασία ΠΑ46, ΠΑ51,
.....ΑΑ082, ΑΑ161, eP095
Γαλατσίδας Δημήτριος eP048, eP077
Γαρμπή Άννα.....ΑΑ014, ΑΑ058, ΑΑ059,
..... eP011, eP013
Γασπαράκη Μαρία.....ΑΑ033, ΑΑ099
Γατσέλης Νικόλαος ΠΑ07, ΑΑ031, ΑΑ100
Γελαδάρη Βιργινία ΑΑ003, ΑΑ004,
.....ΑΑ005, ΑΑ015, ΑΑ020, eP006, eP009
Γελαδάρη Ελένη ΑΑ163, ΑΑ164, ΑΑ165,
..... eP098, eP099, eP100, eP101, eP102,
..... eP103, eP104, eP105
Γερακάρη Στυλιανή eP029, eP030, eP071, eP072

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Γερμανού Δάφνη ΠΑ11
Γερογιάννη Μαρία..... ΑΑ160
Γερογιάννης Δημήτριος..... ΑΑ084
Γέρου Μάριος..... ΑΑ106
Γεώργαρη Ελένη..... ΑΑ068, eP111
Γεωργιάδη Κυριακή..... ΠΑ17, ΑΑ080
Γεωργιάδου Σάρα..... ΠΑ24, ΑΑ118, ΑΑ121
Γεωργιοπούλου Βασιλική..... ΠΑ39
Γεωργίου Παναγιώτης..... eP089
Γεωργόπουλος Ηλίας..... ΑΑ047, ΑΑ048
Γιαβροπούλου Μαρία..... ΑΑ135
Γιαγτζόγλου Μαγδαληνή..... ΠΑ12, ΠΑ27, ... ΠΑ28
Γιαννάκη Στεφανία..... ΑΑ007, ΑΑ065
Γιαννικοπούλου Μυρτώ..... ΠΑ19
Γιαννούκα Ιωάννα..... ΑΑ101, ΑΑ104, eP039
Γιαννούλη Σταυρούλα..... ΑΑ050
Γιαννούλης Γεώργιος..... ΠΑ07
Γιαχάι Έντισον..... ΠΑ25
Γκάγκα Μίνα..... eP013
Γκαλιαγκούση Ευγενία..... ΠΑ29, ΑΑ017
Γκαμαλέτσου Μαρία..... ΠΑ22
Γκαμπέτα Στέλλα..... ΠΑ07, ΑΑ031, ΑΑ100
Γκιαουράκη Ευγενία..... ΑΑ112
Γκιαουράκη Μαρίνα..... eP061
Γκίζας Γεώργιος..... ΠΑ23
Γκιόκα Αννίτα..... ΑΑ114
Γκλαντζούνη Κατερίνα..... ΑΑ071
Γκόγκα Έλενα..... ΑΑ055
Γκολέμη Ελένη Μαρία..... ΑΑ140
Γκορίτσα Θεοδώρα..... ΑΑ026, ΑΑ027
Γκουγκούτση Αλεξάνδρα..... ΑΑ038, ΑΑ040, .ΑΑ081, eP028, eP050, eP051, eP053, eP054
Γκουρβέλου Ουρανία..... ΑΑ039
Γκούφα Αικατερίνη..... ΠΑ03
Γόγολας Βασίλειος..... ΑΑ119, eP022
Γολέματη Σπυρέτα..... ΑΑ055
Γούλα Αλίκη..... ΑΑ056
Γούλας Βασίλειος..... ΑΑ063
Γουλές Δημήτριος..... ΠΑ51, ΑΑ082, ΑΑ162, ... eP095
Γουλής Δημήτριος..... ΑΑ017
Γουρνή Παναγιώτα..... ΑΑ025, eP017
Γραβάνης Μιλτιάδης..... ΑΑ056
Γραμματικάκης Απόστολος..... eP071, eP072
Γρηγοριάδης Νικόλαος..... ΑΑ153, eP087
Γρηγορίου Θεοχάρις..... ΠΑ25Α, ΑΑ137, ... eP034, eP035, eP036
Γρηγορόπουλος Ιωάννης..... ΠΑ13, ΑΑ159
Γρηγοροπούλου Σωτηρία..... ΠΑ16, ΠΑ18

Δ

Δάβουλος Γεώργιος..... eP058
Δάβουλος Χρήστος..... ΑΑ140
Δαγρέ Άννα..... eP022
Δαμιανίδου Σοφία..... ΑΑ101, ΑΑ104, eP039
Δαμιανού Βεατρίκη..... eP062, eP063
Δασκαλάκη Ελένη..... ΑΑ110
Δασκαλοπούλου Σταυρούλα..... ΑΑ107, ... ΑΑ108, eP049, eP081
Δαφνή Μαρία....ΠΑ14, ΑΑ032, ΑΑ051, ΑΑ062
Δεληγιάννη Δέσποινα..... ΑΑ153, ΑΑ157, ... eP087
Δεληθέος Σπυρίδων Μάριος..... ΠΑ14
Δελημύτης Αθανάσιος..... ΠΑ05, ΑΑ109
Δελολάνης Ιωάννης..... ΠΑ22
Δελλής Γεώργιος..... ΠΑ44
Δερβίσης Ιωάννης..... eP079
Δερδελάκου Θεοφανώ..... ΑΑ122, eP059
Δήμας Χρήστος..... ΠΑ25Α,ΑΑ064, ΑΑ137, ... eP034, eP035, eP036
Δημπτρακάκης Γεώργιος..... eP037
Δημπτρακόπουλος Χριστόφορος Τριαντάφυλλος..... eP090
Δημπτριάδη Μαργαρίτα..... ΑΑ022, ΑΑ138
Δημπτριάδου Αθηνά-Σταυρούλα..... ΑΑ017
Δημπτρίου Κρυσταλία..... ΠΑ02, ΠΑ08, ΠΑ20, ... ΠΑ44, ΑΑ123, ΑΑ124, eP018, eP020, ... eP061
Δημπτρίου Μαρία..... eP050
Δημπτροπούλου Παναγιώτα.... ΑΑ163, ΑΑ164, ... eP099
Δημοπούλου Αντωνία..... ΑΑ051
Δημοπούλου Βιολέτα-Νίκη..... ΑΑ050
Δήμου Μαρία..... ΑΑ111, ΑΑ113, eP027, eP052, ... eP057
Δημουλά Ελευθερία..... ΠΑ42
Διακάκη Κωνσταντίνα..... ΑΑ016
Διακουμοπούλου Ευανθία..... ΑΑ066, ΑΑ102
Διαμαντάκη Ειρήνη..... ΑΑ056
Διαμαντίδης Γεώργιος..... ΑΑ157
Διαμαντόπουλος Παναγιώτης....ΠΑ22, ΑΑ155
Διαμαντοπούλου Σοφία..... eP057
Δολαψάκης Χριστόδουλος..... ΠΑ15, ΑΑ078, ... ΑΑ136

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Δομαζινάκη Χαραλαμπία Μελαγγέλη.....ΑΑ105
Δουκοπούλου Αναστασία.....ΑΑ094
Δούμας Νικόλαος.....ΑΑ142, ΑΑ143, ΑΑ145, ...ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149, ΑΑ150, ...eP084
Δραμιώτου Λουκία.....eP093
Δρόσος Γεώργιος.....ΑΑ092, ΑΑ093, ΑΑ119, ...ΑΑ139, eP055, eP062
Δρόσου Βενετία.....ΠΑ46

Ε

Ελβανίδη Σοφία.....ΑΑ040, ΑΑ081, eP051, ...eP054
Ελευθεριάδου Φοίβη.....ΠΑ51, ΑΑ082, ...ΑΑ162, eP088, eP095, eP096
Ευαγγελάτος Γεράσιμος.....ΑΑ156
Ευαγγελόπουλος Απόστολος.....ΑΑ163, ...ΑΑ164, ΑΑ165, eP098, eP099, eP100, ...eP101, eP102, eP103, eP104, eP105
Ευαγγέλου-Καλιφατίδου Άντρη.....eP093
Ευθυμίου Αθηνά.....ΑΑ044
Ευθυμίου Δημήτριος.....ΠΑ19, ΑΑ007, ...ΑΑ009, ΑΑ065, ΑΑ117, ΑΑ132, eP058
Ευθυμίου Ματθαίος.....ΑΑ084
Ευθυμίου Παναγιώτης.....ΑΑ098
Ευριπίδου Νικόλαος.....ΠΑ23
Ευσταθίου Αθηνά.....ΠΑ32, ΠΑ34
Ευστρατιάδη Ευφροσύνη.....eP029, eP030, ...eP071, eP072

Ζ

Ζαΐρη Βενετία.....ΠΑ26
Ζαμπάκη Μάρθα.....eP010
Ζάμπρας Σωτήρης.....ΑΑ035, ΑΑ120, ΑΑ133, ...ΑΑ145, ΑΑ146, eP019, eP075, eP076
Ζαρίφης Ιπποκράτης.....eP069, eP073
Ζαρκωτού Ολυμπία.....ΑΑ037
Ζάτα Αλεξάνδρα.....ΑΑ079
Ζαφειριάδου Χριστίνα.....ΑΑ001, ΑΑ021, ...ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Ζαφειρούλη Βασιλική.....ΑΑ003, ΑΑ004, ...ΑΑ005, ΑΑ015, eP006, eP009
Ζαχαριάς Δημήτριος.....ΑΑ112
Ζαχαριουδάκη Σοφία.....ΠΑ35, ΑΑ087, ...ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, ...eP045
Ζάχου Καλλιόπη.....ΠΑ07
Ζέλος Αθανάσιος-Δημήτριος.....ΠΑ21, ΑΑ019
Ζενιώδη Μαριλένα.....ΑΑ077
Ζέρβα Σοφία.....ΠΑ22
Ζήσης Χρήστος.....ΑΑ133, ΑΑ134, ΑΑ142, ΑΑ143, ΑΑ145, ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149, ΑΑ150, eP006, eP075, eP076, eP084, eP085
Ζησιμόπουλος Παναγιώτης.....ΑΑ062
Ζιαζιάς Δημήτριος.....ΑΑ001, ΑΑ021, eP111
Ζιώγα Κιτρομήλη.....eP037
Ζότο Ελένη.....ΑΑ122, eP059
Ζουμπανιώτου Δήμητρα.....eP064
Ζουμπούλη Χριστίνα.....ΑΑ006, eP024
Ζουμπούλης Παύλος.....ΠΑ40, ΠΑ41
Ζυγερίδου Ηλιάνα.....ΑΑ126
Ζωγράφου Αλίκη.....eP069, eP073

Η

Ηλιάδου Κυριακή.....eP037
Ηλιόπουλος Αλέξιος.....ΑΑ108
Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα.....ΑΑ092, ΑΑ093, ...ΑΑ119, ΑΑ139, eP055, eP062, eP063

Θ

Θανοπούλου Αναστασία.....ΠΑ40, ΠΑ41
Θεμιστοκλής Κωνσταντίνος.....eP029
Θεοδωράτου Μαρία.....eP044, eP046, ...eP047
Θεοδωρίδης Δημήτριος.....ΠΑ35, ΑΑ091
Θεοδώρου Μαργαρίτα.....ΑΑ002, eP007
Θεοδώρου Ελένη.....ΑΑ033, ΑΑ099
Θεοδώρου Ευανθία.....ΑΑ115
Θωμά Ιωάννα.....ΑΑ034, ΑΑ046, ΑΑ049, ...ΑΑ116, eP067
Θωμάκος Πέτρος.....ΠΑ49
Θωμόπουλος Κώστας.....eP069, eP073

Ι

Ιαγμούρ Αλέξανδρος.....ΑΑ058
Ιερόπουλος Λεωνίδας.....ΑΑ118, ΑΑ121
Ιντέρνος Ιωσήφ.....eP051
Ίσσα Μαγιάντα.....ΑΑ016
Ιωαννίδης Αναστάσιος.....ΠΑ04
Ιωαννίδου Γεωργία.....ΑΑ071
Ιωαννίδου Μικαέλα.....ΑΑ113
Ιωάννου Ανδρέας.....ΑΑ023, ΑΑ061, eP092

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ιωάννου Μαρία.....ΑΑ031, ΑΑ100
Ιωσηφίδου Αγγελική ΑΑ153, ΑΑ157, eP087

Κ

Καβαλλάρη Ιωάννα.....ΑΑ105
Καββαθά Δήμητρα ΑΑ159
Καββούρη Δήμητρα.....ΑΑ026, ΑΑ027
Καβουσανάκη Μελίνα.....ΑΑ110, ΑΑ112
Καζάκος Κυριάκος.....ΠΑ46
Καζάκος Χαρίλαος ΑΑ001, ΑΑ021,
.....ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Καζαμιάκης Χαράλαμπος ΑΑ044, ΑΑ155,
.....eP097
Καΐκης Αριστείδης.....ΑΑ151
Καϊσίδης Αναστάσιος.....ΠΑ46
Κάκαλου Ελένη ΑΑ156
Κάκαρης Αλέξανδρος ΑΑ053, ΑΑ096
Κάκια Βασιλική.....ΑΑ003, ΑΑ004, eP006, eP009
Καλαμάτα Αθηνά.....eP029
Καλαντζή Σοφία.....ΑΑ045
Καλαντζής Κωνσταντίνος.....eP077, eP078
Καλαποδάς Γεώργιος.....ΠΑ42
Καλαρά Ηλέκτρα ΑΑ078
Καλδάρα Ελισσάβετ.....eP089
Καλδιριμιτζιάν Χαρά ΠΑ36, ΠΑ43
Καλλία Βασιλική.....ΑΑ041, ΑΑ098
Καλλίκη Αργεντούλα.....ΑΑ111, ΑΑ113, eP052,
.....eP057
Καλλιμάνης Δημήτρης ΑΑ163, ΑΑ164,
.....ΑΑ165, eP098, eP099, eP100, eP101,
.....eP102, eP103, eP104, eP105
Καλογεροπούλου Κωνσταντίνα ΑΑ029
Καλογιάννης Εμμανουήλ.....eP060, eP064
Καλτσάς Γρηγόριος ΑΑ144
Καλτσή Ευφροσύνη-Μαρία.....ΑΑ019, ΑΑ025
Καλτσούνης Ευθύμιος-Λεωνίδας.....ΑΑ122,
.....eP059
Καμαράτος-Σεβδαλής Νικόλαος.....ΑΑ063
Καμηλίου Αικατερίνη ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28,
.....eP091, eP094
Καμπανιέρη Ελένη ΑΑ042, ΑΑ043, eP025
Καμπέλος Γεώργιος.....ΑΑ001, ΑΑ021,
.....ΑΑ070
Καμπόλη Αικατερίνη.....ΠΑ13, eP016
Καμπούρη Μάγδα.....ΑΑ009
Καναλουπίτης Σταύρος.....eP101, eP102,
.....eP103, eP105
Κανελλόπουλος Σταμάτης ΑΑ009
Κανελλοπούλου Γεωργία eP094
Κανή Ιωάννα.....eP036
Καπάτσης Ανδρέας.....ΑΑ002, eP007
Καπάτσης Χριστέλος.....ΑΑ002, eP007
Καπράλη Μαρία - Αθανασία.....eP021
Καράβατος Σεραφείμ.....ΑΑ088, ΑΑ127
Καραγιαννάκης Δημήτριος.....ΠΑ13, ΠΑ36,
.....ΠΑ43
Καραδήμα Μαρία ΑΑ041
Καραδημητρίου Μαριάνθη.....ΠΑ48
Καραθάνος Αθανάσιος.....eP057
Καραΐσκος Ηλίας ΑΑ059, eP013
Καρακαϊδός Σταύρος.....eP054
Καρακατσάνης Σταμάτιος ΑΑ156
Καρακούσης Κωνσταντίνος ΑΑ101, ΑΑ104,
.....eP039, eP108
Καραμανάκος Γεώργιος ΠΑ49, ΑΑ103
Καραμανώλης Νικόλαος Νεκτάριος.....ΠΑ08,
.....ΠΑ20, ΑΑ123, ΑΑ124
Καραμιχάλη Φωτεινή eP004, eP005,
.....eP010
Καράμπελα Ιρένα.....ΠΑ01
Καραντάνα Βαλεντίνα.....ΠΑ13, eP016
Καραντώνη Ευγενία eP057
Καραουλάνη Θεοφανή ΑΑ002, eP007
Καραπάνου Όλγα eP061
Καραπιπέρης Δημήτριος.....eP004, eP005
Καρατσπάνης Στυλιανός.....ΠΑ09, ΠΑ10,
.....ΑΑ072, ΑΑ151, eP112
Καρατζάς Παντελής.....ΑΑ058
Καργιώτη Σοφία.....ΠΑ25, ΑΑ006, ΑΑ029,
.....eP070, eP081
Καρδαμάκης Κωνσταντίνος.....ΠΑ05, ΑΑ109
Καρκή Ελένη.....ΑΑ128
Καρράς Χρήστος.....ΑΑ036, eP030
Καρυδάκη Ευαγγελία.....ΠΑ47, eP113
Καρυδάκης Λύσανδρος.....ΑΑ144
Καρύδας Ανδρέας ΑΑ152
Καρύδης Προκόπιος.....ΠΑ19, ΑΑ007,
.....ΑΑ065, ΑΑ117, eP058
Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου Ιωάννα.....eP004,
.....eP005, eP010
Κασιώνη Γεωργία-Αντωνία.....ΑΑ163, eP099,
.....eP102, eP103, eP104, eP105
Κασσάρα Διονυσία.....ΑΑ140
Καστανάκης Σεραφείμ.....ΠΑ06, eP068
Κατηφόρης Αθανάσιος.....ΑΑ088, ΑΑ127

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Κατσάβαρου Διονυσία ΑΑ041, ΑΑ098
Κατσανδρή Αικατερίνη ..... ΑΑ163, ΑΑ164, ... ΑΑ165, eP099, eP100, eP101, eP102, ... eP103, eP104, eP105
Κατσαρός Κωνσταντινος ΑΑ047, ΑΑ048
Κατσαρού Ουρανία eP037
Κατσέλη Παρασκευή ..... ΑΑ092, ΑΑ093, ... ΑΑ119, ΑΑ139, eP055, eP062
Κατσίκας Θεόδωρος ..... ΠΑ17, ΑΑ080, eP031, ... eP037
Κατσίκας Κωνσταντίνος ΠΑ32, ΠΑ34
Κατσιούπα Μαρία ΑΑ106
Κατωπόδη Κωνσταντίνα eP030
Κελασίδης Γεώργιος ΑΑ053, ΑΑ096
Κεμανετζόγλου Ελισσάβετ ΑΑ044
Κεραμέας Νικόλαος ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... eP112
Κεράτσα Πανωραία eP089
Κετικίδου Ουράνια ΑΑ153
Κήτας Γεώργιος ΑΑ059
Κιολέογλου Ζαχαρούλα eP030
Κιτζόγλου Δανάη-Γεωργία ..... ΑΑ036, ΑΑ037, ... eP029, eP030, eP071, eP072
Κλεινάκη Ζωή ΑΑ001
Κλούρας Ε. ΠΑ33
Κλωνάρη Βαλεντίνα ΑΑ064
Κολαινή Παντελίνα ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, eP112
Κολιός Θωμάς - Ραφαήλ ΑΑ046, ΑΑ049
Κολιός Νικόλαος - Γαβριήλ ..... ΠΑ23, ΠΑ33, ... ΑΑ034, ΑΑ046, ΑΑ049, ΑΑ116, ... eP066, eP067, eP083
Κόλλια Χριστίνα ΑΑ002, eP007
Κολοβός Παναγιώτης ..... ΠΑ05, ΑΑ109, ... ΑΑ126
Κολτσίδα Αγγελική ΑΑ163, ΑΑ164
Κονδύλης Γεώργιος ΑΑ136
Κονιτσιώτης Σ. ΠΑ33
Κονταξάκης Ιωάννης ΑΑ137
Κοντζίνου Ελένη eP064
Κοντογιαννίδη Κάρμεν ΠΑ05, ΑΑ109
Κοντονικολάου Ευάγγελος ..... ΠΑ35, ΑΑ087, .. ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Κοντοπούλου Θεανώ ΑΑ106
Κόντος Γεώργιος ΑΑ124
Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος ..... ΑΑ153, ΑΑ157, ... eP087
Κοντού Ανδρονίκη ΑΑ129
Κοντού Ελισσάβετ ΑΑ041
Κόντου Λίζα eP024
Κοπελιά Μαρία Δήμητρα ΑΑ156
Κορδαλής Βασίλειος ΑΑ017
Κορδίνας Βασίλειος ..... ΑΑ038, ΑΑ040, ... ΑΑ081, eP028, eP050, eP051, eP053, ... eP054
Κορκή Ελένη ..... ΑΑ030, ΑΑ133, ΑΑ134, ... ΑΑ142, ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149, ... ΑΑ150, eP075, eP076, eP084, eP085
Κοσκίνας Ιωάννης eP100
Κοσμέρη Χ. ΠΑ33
Κοτοπούλης Αλέξανδρος ΑΑ086
Κοτσαλίδου Αγγελική ΑΑ059
Κοτσάνη Μαρίνα ΠΑ18
Κοτσαποϊκίδου Μαρία ΑΑ053, ΑΑ096
Κότσιρα Γεωργία eP016
Κοτσόπουλος Φώτιος ..... ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ... ΠΑ36, ΠΑ43
Κοτσώνη Ζωή-Ανθή eP052
Κουβίδου Χαρίκλεια ΑΑ022, eP070
Κούκης Νικόλαος ΠΑ02
Κουκιά Σμαράγδα ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, eP112
Κούκου Ευαγγελία ..... ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ... ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Κουκούλης Γεώργιος ΑΑ084
Κουλίδης Γιώργος ΑΑ009
Κουλοσούσα Βασιλική ΠΑ45
Κουλούρης Άγγελος ΑΑ155
Κουμάκη Μαλαμετένια ΠΑ46
Κουμούτσου Φλώρα ΑΑ101, ΑΑ104
Κουνατίδης Δημήτρης ..... ΠΑ25, ΑΑ123, ... ΑΑ124, eP024
Κουντούρη Αντωνία ΑΑ002, eP007
Κουντούρης Ηλίας ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072
Κουπετώρη Μαρίνα ΑΑ122, eP059
Κουρεμένος Ηλίας ΑΑ130, eP074
Κουριαννίδη Έλλη ΑΑ156, eP056
Κουρίδου Αγάπη ΠΑ32, ΠΑ34
Κούρτη Όλγα eP069, eP073
Κούρτης Δημήτριος ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, eP112
Κουρτίδης Μάριος ..... ΑΑ034, ΑΑ046, ... ΑΑ049, ΑΑ116, eP067, eP083
Κουσουλάκου Αλεξάνδρα ΑΑ036
Κούσσης Παναγιώτης ΠΑ40
Κουτετέ Δήμητρα ΑΑ086, ΑΑ089, ΑΑ090

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Κουτούρης Ηλίας eP112
Κουτρουλός Μάριος-Βασίλειος ΠΑ05
Κούτσης Παναγιώτης ΠΑ41
Κουτσιανάς Χρήστος ΑΑ050
Κουτσούκη Γεωργία eP033
Κουτσουμπός Νικόλαος ΑΑ122, eP059
Κουφού Ελένη-Ευαγγελία eP022
Κοφτερίδης Διαμαντής ΑΑ077
Κοψαχείλης Βασίλης ΑΑ067, ΑΑ084, ΑΑ085, eP038
Κραβαρίτη Ευμορφία ΑΑ130, eP074
Κραββαρίτη Ευρυδίκη ΠΑ16, ΠΑ18, ΑΑ075
Κρανιά Μαρία ΑΑ160
Κρανιδιώτης Γεώργιος ΑΑ037
Κράπης Κωνσταντίνος ΑΑ101, eP039, eP108
Κριθαριώτη Γεωργία ΠΑ24
Κρίκης Νικόλαος ΑΑ034, ΑΑ046, ΑΑ049, ΑΑ116, eP066, eP067, eP083
Κριλής Αντώνιος ΑΑ056, ΑΑ095
Κτενά Ελισάβετ ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Κυπριανίδου Δέσποινα ΑΑ101
Κυριαζής Δημήτριος ΑΑ041, ΑΑ098
Κυριαζής Μιχαήλ eP022
Κυριακίδης Κυριάκος ΑΑ038, ΑΑ040, eP028
Κυριακόπουλος Κωνσταντίνος eP086
Κυριακοπούλου Αλεξάνδρα eP053
Κυριάκου Άνδρεα ΑΑ077
Κυρίτσης Γεώργιος ΑΑ089, ΑΑ090
Κύρος Ελέανδρος ΑΑ144
Κυρτσώνη Μαρία-Χριστίνα ΑΑ102
Κώνστα Μαρία eP024
Κωνσταντινίδης Αθανάσιος eP050, eP051, eP053
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης ΑΑ126
Κωνσταντινίδης Πολύδωρος ΑΑ092, ΑΑ093, ΑΑ119, ΑΑ139, eP055
Κωνσταντίνου Χάρης ΑΑ131
Κωνσταντίνου Αλεξάνδρα ΑΑ105
Κωνσταντίνου Κώστας eP032
Κωνσταντοπούλου Ήλια ΑΑ027
Κωνσταντούλα Θεοδώρα ΑΑ101
Κωσταγιάννη Ανδρονίκη eP086
Κωστακάκης Δημήτριος ΑΑ083
Κωσταράκης Δημήτριος ΠΑ51, ΑΑ082, ΑΑ162, eP088, eP095, eP096
Κωσταρκάκης Δημήτριος ΑΑ161
Κώτση Ευαγγελία ΑΑ123, ΑΑ124

Λ

Λαγκαδινού Μαρία ΠΑ19, ΑΑ007, ΑΑ008, ΑΑ009, ΑΑ065, ΑΑ117, ΑΑ132, eP058
Λαγουδάκη Ειρήνη eP090
Λαζαρίδης Αντώνιος ΠΑ29, ΑΑ017, ΑΑ053, ΑΑ060, ΑΑ096
Λαζάρου Ευστρατία ΠΑ46
Λαμπρόπουλος Παναγιώτης ΑΑ002, eP007
Λαμπρόπουλος Χρήστος ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Λαμπροπούλου Μαρία ΑΑ037
Λαντζουράκη Μαρία ΑΑ021
Λάντου Αναστασία ΑΑ067, ΑΑ084, ΑΑ085, ΑΑ101, ΑΑ104, eP038, eP108
Λάππα Αναστασία ΑΑ057
Λάσκαρη Αικατερίνη ΑΑ154
Λάσκος Ευστάθιος ΑΑ002, eP007
Λατζουράκη Μαρία ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Λάτσιου Δήμητρα ΠΑ40, ΠΑ41
Λάττα Ιωάννα ΑΑ053
Λαφαζάνη Ε. ΠΑ33
Λεβεντάκη Σεβαστή ΠΑ04
Λεβεντάκη Σοφία eP090
Λεγάκης Ιωάννης ΑΑ135, ΑΑ144
Λεκάκης Βασίλειος ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28
Λενός Μιχαήλ eP098
Λεοντάρη Ηλιάνα ΠΑ42
Λεωνίδου Λεωνιδία eP058
Λεωνίδου Λυδία ΑΑ132
Λιάμης Γεώργιος ΠΑ23, ΠΑ33, ΑΑ054, ΑΑ057
Λιάπης Ευάγγελος ΑΑ031, ΑΑ100
Λιάτης Σταύρος ΠΑ49
Λιβιτσάνος Πέτρος ΠΑ32, ΠΑ34
Λιβογιάννης Κωνσταντίνος ΑΑ017
Λιναρδάκη Γαρυφαλλιά ΑΑ036, ΑΑ037, ΑΑ063, eP030
Λιονή Αθηνά ΑΑ032, ΑΑ051, ΑΑ062
Λοΐζος Γεώργιος ΑΑ037, ΑΑ063, eP030
Λόντου Σταυρούλα Παναγιώτα ΑΑ044, eP091, eP094, eP097, eP106
Λυγούρα Βασιλική ΠΑ07

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Λυδάκης Χαράλαμπος ..... ΑΑ064, ΑΑ137, ... eP035, eP036
Λυδατάκη Ελένη..... ΑΑ001, ΑΑ021, ΑΑ068, ... ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Λυμπεράτου Διαμαντίνα.....ΠΑ23, ΑΑ034, ... ΑΑ046, ΑΑ049, ΑΑ116, eP083
Λυμπερόπουλος Ευάγγελος.....ΠΑ33, ΑΑ114
Λύτρα Θέκλα ΑΑ055

Μ

Μαγγανάς Κωνσταντίνος .....ΠΑ11, ΑΑ135, ...ΑΑ144
Μαγγίνα Ελευθερία eP074
Μαΐση Ναταλία.....ΠΑ51, ΑΑ082, ΑΑ161, ... ΑΑ162, eP095, eP107
Μακίνα-Κούση Άννα..... eP062, eP063
Μακρής Νικόλαος.....ΑΑ030, ΑΑ120, ΑΑ128, ...ΑΑ133, ΑΑ134, ΑΑ142, ΑΑ143, ΑΑ145, ... ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149, ΑΑ150, ... eP019, eP075, eP076, eP084, eP085
Μακρυλάκης Κωνσταντίνος ΠΑ49
Μαλακάση Φιλία ΑΑ122, eP059
Μαλαπάνη Σοφία Διονυσία.....ΑΑ067, ...ΑΑ085, eP038
Μαλλιώρα Αναστασία..... ΠΑ29, ΑΑ017
Μαμάκου Βασιλική ΑΑ002, eP007
Μαμαρέλης Χρήστος ΑΑ156
Μανασσάκη Ευθυμία ΑΑ112
Μανδαλάκη Ευθυμία.....ΠΑ46
Μανιατάκου Μαρία ΑΑ056, ΑΑ095
Μανιός Κομνηνός.....ΠΑ51, ΑΑ082, ΑΑ161, ...eP088, eP095
Μαννάρης Μάριος.....ΑΑ022
Μάνταλος Μάριος.....ΑΑ019, ΑΑ024
Μάντζιου Δόμνα..... ΑΑ157, eP087
Μαντζουράνη Μαρίνα.....ΑΑ055
Μαντούβαλος Νικόλαος.....eP070, eP080, ...eP081
Μάντσιτσκυ Άκος .....ΑΑ040, eP050, eP051, ...eP053
Μανωλάκης Αναστάσιος.....ΑΑ031
Μανωλουδάκη Κασσιανή.....ΑΑ063, eP029
Μαραγκός Μάρκος.....ΠΑ19, ΠΑ37, ΑΑ007, ...ΑΑ008, ΑΑ009, ΑΑ065, ΑΑ117, ΑΑ132, ...eP058
Μαραγκού Παναγιώτα.....ΑΑ037
Μαραθωνίτης Γεώργιος..... ΑΑ045
Μαρακομιχελάκης Γεώργιος.....ΑΑ041, ... ΑΑ098
Μαργέτης Άγγελος ΑΑ026, ΑΑ027
Μαρκάκης Κωνσταντίνος .....ΑΑ028, ΑΑ083, ...ΑΑ140
Μάρκου Διονυσία.....ΑΑ112
Μάρκου Ειρήνη.....ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ΠΑ36, ... ΠΑ43, ΑΑ044, ΑΑ155
Μαρλαφέκα Ιωάννα..... ΠΑ19, ΑΑ007, ...ΑΑ009, ΑΑ065, ΑΑ117, eP058
Μαρνέρος Κωνσταντίνος ΑΑ036
Μαρουλάκη Α.....ΠΑ33
Μασουρίδη Μαρία.....ΠΑ25
Μάστορη Κουρμπάνη Χριστίνα..... ΑΑ045
Μαστορίδου Ελευθερία..... ΑΑ034, ΑΑ046, ... ΑΑ049, ΑΑ116, eP067, eP083
Μαστρογιάννη Ελπίδα.....ΠΑ03
Μαυρή Άντρια ΑΑ054
Μαυρογιαννάκη Αναστασία..... ΠΑ02, ΠΑ36, ...ΠΑ43, ΠΑ44, eP018, eP020, eP061
Μαυροκεφάλου Ευγενία ΑΑ098
Μελά Μαρία.....eP100
Μελετιάδης Ιωσήφ ΠΑ04
Μελιδώνης Ανδρέας ΠΑ45, ΠΑ48
Μέλλιου Μαρία .....ΑΑ133, ΑΑ134, ΑΑ142, ...ΑΑ143, ΑΑ145, ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ... ΑΑ149, ΑΑ150, eP075, eP076, eP084, ...eP085
Μέλλιου Σταματούλα..... eP033
Μέλλος Δημοσθένης eP020
Μερεντίτη Αικατερίνη.....ΑΑ039
Μερίτση Αγγελική ..... ΠΑ02, ΠΑ40, ΠΑ41, ...ΠΑ44, eP018, eP020, eP061
Μερλέγγος Ανδρέας.....ΑΑ094, eP042
Μερμήγκης Δημήτριος ΑΑ029
Μεταλλίδης Συμεών ΑΑ028, ΑΑ083
Μήλας Θεόδωρος..... eP037
Μήλιου Μαρία Ευθυμία ΑΑ033, ΑΑ099
Μηλιώνης Χαράλαμπος ....ΠΑ23, ΠΑ33, ΑΑ034, ΑΑ046, ΑΑ049, ΑΑ116, eP066, . eP067, eP083
Μητράκου Ασημίνα ΠΑ49
Μητρούλης Ιωάννης ΠΑ05, ΑΑ109, ΑΑ126
Μητσάκης Αλέξανδρος ..... ΑΑ082, ΑΑ161, ... ΑΑ162, eP088, eP096, eP107
Μητσιοκάπα Ευανθία.....ΠΑ16
Μιμίκος Γεώργιος ΑΑ055
Μισσιούδης Δημήτριος ..... ΑΑ111, ΑΑ113, ...eP027, eP052, eP057

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Μιχαήλ Νίκη.....eP092
Μιχαηλίδης Θεόδωρος.....ΑΑ028, ΑΑ083
Μιχαλακέας Νικόλαος.....ΑΑ154
Μιχαλακόπουλος Μιχαήλ - Ελευθέριος
.....ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ΑΑ094, eP041,
.....eP042, eP043, eP045
Μιχαλιού Εμμανουέλα-Ιωάννα.....ΑΑ081,
.....eP028
Μιχαλοπούλου Έλενα-Διοτίμα.....eP069,
.....eP073
Μιχελάκης Ευάγγελος.....ΑΑ038, ΑΑ040,
.....ΑΑ081, eP028, eP050, eP051, eP053,
.....eP054
Μιχελάκης Ιωάννης.....ΑΑ062
Μοστράτου Ελένη.....ΑΑ130, eP074
Μουγκαράκη Ευαγγελία.....ΠΑ21, ΑΑ024,
.....ΑΑ025
Μουζακίτης Ιωάννης.....ΑΑ001, ΑΑ021,
.....ΑΑ068
Μουζιούρας Δημήτριος.....ΠΑ12, ΠΑ27,
.....ΠΑ28, ΑΑ141
Μουρελάτου Νίκη Γερασιμούλα.....ΠΑ02,
.....ΠΑ36, ΠΑ43, ΠΑ44, eP018
Μουστάκα Ιωάννα.....ΑΑ044
Μπακαΐμη Ισιδώρα.....ΑΑ028, ΑΑ083
Μπακαλάρου Ελένη.....ΑΑ007, ΑΑ065,
.....ΑΑ117
Μπακάλης Αθανάσιος ...ΑΑ084 Μπακαούκας
Ισίδωρος.....ΑΑ016, eP014,
.....eP026
Μπακίδης Σοφοκλής.....ΑΑ033, ΑΑ099
Μπακόλα Στεφανία-Ασπασία.....ΠΑ05
Μπάκωση Αλεξία.....eP050
Μπαλή Τριάδα.....ΠΑ36, ΠΑ43
Μπαμπιολάκης Αντώνιος.....eP080, eP081
Μπαμπούρη Μαρία - Φανή.....ΑΑ030, ΑΑ120,
.....ΑΑ128, ΑΑ133, ΑΑ134, ΑΑ142, ΑΑ143,
.....ΑΑ145, ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149,
.....ΑΑ150, eP019, eP075, eP076, eP084,
.....eP085
Μπαξεβανίδης Π.....ΠΑ33
Μπαράκου Μυρτώ.....eP048, eP077
Μπαριωτάκη Παναγιώτα.....eP015
Μπάρκας Φώτιος.....ΑΑ046, ΑΑ049
Μπαρούτα Χριστίνα.....ΑΑ060
Μπασούλης Δημήτρης.....ΠΑ03
Μπάφα Κωνσταντίνα.....eP091, eP094,
.....eP097, eP106
Μπαχάρα Αικατερίνη.....eP060
Μπαχλιτζανάκη Μαρία.....eP036
Μπελεσιώτου Ελένη.....eP101
Μπέλη Τζεσιάνα.....ΠΑ45, ΠΑ48
Μπέλλος Ιωάννης.....ΑΑ058
Μπέλλου Αριστέα.....eP082
Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος.....ΑΑ114
Μπενοπούλου Όλγα.....ΑΑ044, eP091,
.....eP094, eP097, eP106
Μπέτσικος Αχιλλέας.....ΑΑ020
Μπιμπλάκη Δήμητρα.....eP081
Μπιρμπίλης Χαράλαμπος.....ΠΑ17
Μπίρος Δημήτριος.....ΠΑ23, ΑΑ034, ΑΑ046,
.....ΑΑ049, ΑΑ116, eP067
Μπίσια Δήμητρα-Μαρία.....ΑΑ092, eP062,
.....eP063
Μπίτσικας Ιωάννης.....ΑΑ076, ΑΑ129
Μποβολέτη Ολυμπία.....ΠΑ39
Μπολιός Μιχαήλ.....ΑΑ028
Μπόλλα Ελεάνα.....ΑΑ154
Μπολτσής Νικόλαος.....ΑΑ014
Μπόμπολας Περικλής.....ΑΑ106
Μπόπτση Ελένη.....ΑΑ019, ΑΑ024
Μπουβή Παναγιώτα.....ΠΑ35, eP045
Μπουζούκη Ελένη.....eP061
Μπουκουβάλα Ελένη.....ΑΑ082, ΑΑ161,
.....eP088, eP107
Μπουλές Πάρης.....ΑΑ039
Μπουλμέτης Γεώργιος.....ΠΑ21, ΑΑ019,
.....ΑΑ024, ΑΑ025, eP017
Μπούμπας Δημήτριος.....ΠΑ15
Μπουρδάκη Δέσποινα.....ΑΑ035
Μπουρδάκης Αδαμάντιος.....ΑΑ035
Μπουρέλου Μαρία.....ΑΑ089, eP026
Μπούρικα Στυλιανή.....eP064
Μπούτσορας Κ.....ΠΑ33
Μυλωνά Ελένη.....ΠΑ25
Μυλωνά Μαρία-Νεφέλη.....ΑΑ107
Μυλωνάς Δημήτριος.....ΑΑ153, ΑΑ157, eP087
Μυλωνάς Στέφανος.....ΑΑ120, ΑΑ133,
.....ΑΑ134, ΑΑ142, ΑΑ143, ΑΑ145, ΑΑ146,
.....ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ149, ΑΑ150, eP075,
.....eP076, eP084, eP085
Μυλωνάς Χαράλαμπος.....ΠΑ01
Μυργιώτης Λεωνίδας.....eP048, eP077
Μυριάνθους Αλέξανδρος.....eP027
Μύταρη Ελένη.....eP087

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ν

Νάνης Ιωάννης eP048, eP077
Νάτση Αναστασία-Μαρία ΠΑ29
Νέγκρη Σύλβια ΠΑ21, ΑΑ025, eP017
Νέζη Βασιλική ..... ΑΑ001, ΑΑ021, ΑΑ068, ... eP111
Νεονάκη Αντωνία ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28
Νέστορος Ρεβέκκα ΑΑ064, ΑΑ137
Νίκας Δημήτριος ΠΑ32, ΠΑ34
Νικητίδης Νικόλαος ..... ΑΑ097, eP044, ... eP046, eP047
Νικηφόρου Παναγιώτα eP032
Νικολαΐδης Χρήστος ..... ΠΑ21, ΑΑ024, ... ΑΑ025, eP017
Νικολαΐδου Βασιλική eP048, eP077
Νικολαΐδου Ξανθίππη ΑΑ076, ΑΑ129
Νικολακόπουλος Σταύρος ΑΑ074
Νικολάου Αφροδίτη ΑΑ131
Νικόλη Ευαγγελία eP086
Νικολινάκος Παναγιώτης ΑΑ033, ΑΑ099
Νικολοπούλου Σοφία eP028
Νικόπουλος Κωνσταντίνος eP078
Νινίκα Αναστασία eP038
Νιτσοτόλης Θωμάς ΑΑ049, eP066, eP083
Νταβίδη Στυλιανή ..... ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ... ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Νταϊλιάνας Απόστολος ΑΑ058
Ντακούμης Ιωάννης ΑΑ074
Νταλαούτη Ελένη ΠΑ15
Νταλαούτης Άγγελος ΑΑ021
Νταλέκος Γεώργιος ..... ΠΑ07, ΠΑ24, ΑΑ031, ... ΑΑ100
Νταλέκος Νικόλαος ΑΑ039
Ντάνγκα Αικατερίνη ..... ΠΑ35, ΑΑ087, ... ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, ... eP045
Ντέντα Έντμοντ ΠΑ39
Ντιώνιας Δημήτριος ..... ΑΑ001, ΑΑ021, ... ΑΑ069, ΑΑ070
Ντούπης Ιωάννης eP012
Ντουράκης Σπυρίδων eP110

Ξ

Ξενιτοπούλου Μαρία Παρθένα ΑΑ017
ΞενοφώντοςΑθανασία ΑΑ077
Ξυδιά Νικολέττα eP086

Ο

Οικονομίδη Ελένη - Δήμητρα ..... ΑΑ034, ... ΑΑ046, ΑΑ049, ΑΑ116, eP067
Οικονομόπουλος Νικόλαος ΑΑ136
Οικονομοπούλου Γεωργία ΑΑ071
Ορφανίδου Μάρθα ΑΑ118

Π

Παγκάκη Σκαλιώρα Μαρίνα Αικατερίνη ΠΑ14
Παγουρδάκη Ασημίνα ..... ΠΑ35, ΑΑ087, ... ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, ... eP045
Παγώνη Σταμάτα ..... ΑΑ016, ΑΑ086, ΑΑ089, ... ΑΑ090, eP014, eP026
Παζιώνης Αριστοτέλης-Ηλίας ... ΠΑ13, ΑΑ078, ... ΑΑ136
Πάκου Κ. ΠΑ33
Παλατέ Μαρία eP093
Πάλλα Παναγιώτα ΠΑ22
Πάλλας Νικολόβ Χρήστος ΑΑ139
Παναγιωτάκης Συμεών ΠΑ13
Παναγιωτόπουλος Γεώργιος ΑΑ156
Παναγιώτου Ειρήνη ΑΑ076, ΑΑ129
Παναγιώτου Χρυστάλλα ..... ΑΑ086, ΑΑ089, ... ΑΑ090
Παναγόπουλος Φώτης ΠΑ25
Πανόπουλος Στυλιανός ΑΑ154
Πανοπούλου Μαρία ΑΑ126
Πανταζάτου Αγγελική ΠΑ22
Πανταζή Βάσω ΑΑ157, eP087
Πανταζή Σοφία- Γεωργία ΠΑ04
Πανταζή Χρυσούλα ΑΑ111, eP052, eP057
Παπαβασιλείου Ευμορφία Μαρία ..... ΑΑ067, ... ΑΑ084
Παπαγεωργίου Απόστολος ..... ΑΑ111, ΑΑ113, ... eP052, eP057
Παπαγεωργίου Δέσποινα ΠΑ37
Παπαγιάννη Μαριάνθη ΑΑ106
Παπαγόρας Χαράλαμπος ..... ΠΑ05, ΑΑ109, ... ΑΑ126
Παπαδακάκη Ειρήνη ΑΑ105
Παπαδάκη Αρτεμισία ΑΑ122, eP059
Παπαδάκη Θωμαή eP040
Παπαδάκης Γεώργιος ΠΑ01
Παπαδάτος Σταμάτης ΑΑ035

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Παπαδάτου-Γιγάντε Μαύρα..... ΑΑ050
Παπαδημητρόπουλος Βασίλειος ..... ΠΑ08, ... ΠΑ20, ΑΑ123
Παπαδημητροπούλου Ειρήνη eP086
Παπαδόπουλος Βασίλειος ΠΑ29
Παπαδόπουλος Δημήτριος eP069, eP073
Παπαδόπουλος Ηλίας ΑΑ059
Παπαδόπουλος Στέφανος..... ΑΑ153
Παπαδοπούλου Βασιλική..... ΑΑ113
Παπαδούλη Βάια ΑΑ037
Παπαζαφειροπούλου Αθανασία .....ΠΑ46, ...ΠΑ47, eP113
Παπαζήση Στεφανία ΑΑ077
Παπάζογλου Νικόλαος ΠΑ30, ΠΑ31
Παπάζογλου Παναγιώτης.....ΑΑ109
Παπαηλία Φωτεινή ΑΑ122, eP059
Παπαθανασίου Α.....ΠΑ33
Παπαθανασίου Μαρία-Ευαγγελία.....eP082
Παπαθεοδοσίου Κασσιανή ..... ΑΑ067, ΑΑ101, ...ΑΑ104, eP039, eP108
Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος..... ΠΑ12, ΠΑ27, ...ΠΑ28, ΠΑ36, ΠΑ43
Παπαθεοδώρου Αθανάσιος.....ΑΑ032
Παπαϊωάννου Δημήτριος.....ΑΑ058
Παπαϊωάννου Ελένη ΑΑ031
Παπακοσμάς Λάμπρος.....eP082
Παπακυριάκου Ελένη.....ΑΑ077
Παπαλάμπρος Αλέξανδρος ΑΑ144
Παπαλεξάνδρου Αλεξία eP066
Παπαλυσάνδρου Ανδρέας.....eP069, eP073
Παπαναστασίου Ιωάννης.....ΑΑ105
Παπανικολάου Αθανάσιος ΑΑ032
Παπανικολάου Δημήτριος ΑΑ079
Παπανικολάου Κωνσταντίνος .....ΑΑ014, ... eP011
Παπανικολάου Νικόλαος.....ΑΑ110, ΑΑ112
Παπανικολοπούλου Αμαλία.....ΑΑ026, ...ΑΑ027
Παπαπαθανασίου Σοφία ΑΑ067
Παπαπαρασκευάς Μάριος eP016
Πάπαρη Νίκη..... ΠΑ32, ΠΑ34
Παπαρίδου Ραφαέλλα.....eP069, eP073
Παπαχρήστου Κλαίρη..... ΠΑ11
Παπαχριστοφόρου Ελευθερία.....ΠΑ49
Παπαχρονόπουλος Χρήστος .....ΑΑ092, ... ΑΑ093, ΑΑ119
Παππά Αικατερίνη.....ΑΑ122, eP059
Παππά Σοφία eP024
Πάππη Ελένη .....ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ...ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Παρασκευά Κωνσταντίνα.....ΑΑ006
Παρασκευάς Ανδρέας.....eP092
Παρασκευοπούλου Σοφία..... ΑΑ068, ΑΑ069, ... ΑΑ070, eP111
Παργινός Κωνσταντίνος.....eP030
Παρτσινεβέλου Ελένη..... eP048, eP077
Παρχαρίδη Αικατερίνα- Ελένη ... ΠΑ32, ΠΑ34
Πάσχου Ελένη.....ΑΑ003, ΑΑ004
Πατρίκαλου Ευαγγελία.....ΑΑ003, ΑΑ004, ... ΑΑ005, ΑΑ015, eP006, eP009
Πατσαλίδου Έλενα ΠΑ47, eP113
Παυλίδης Γεώργιος ΠΑ13
Παυλίδου Αικατερίνη ΑΑ107
Παύλου Αργυρώ .....ΑΑ022, ΑΑ138, eP070, ...eP080, eP081
Πελεκάνου Αιμιλία..... ΠΑ13, ΑΑ159, ΑΑ160
Πελεκούδας Χρήστος..... ΑΑ159
Πενέκελη Δήμητρα- Μαρία..... ΠΑ32, ΠΑ34
Πεντόντζη Μαρία ΑΑ115
Πεππές Βασίλειος..... ΑΑ010, ΑΑ011, ΑΑ012, ...ΑΑ013
Περγαντίνα Ελένη ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28
Πετρά Θεοφανία ΑΑ063
Πέτρου Νικόλαος ΑΑ060
Πέτσιου Έλενα ΑΑ152
Πηλιανίδης Γεώργιος ΑΑ088
Πήπερ Ορέστης-Φίλιππος ΑΑ032
Πιπερίδου Μαρία ΑΑ110
Πιτσάβα Στεφανία.....ΑΑ031, ΑΑ100
Πίτσια Τριανταφυλλιά ΑΑ002, eP007
Πλαγεράς Δημήτριος .....ΑΑ067, ΑΑ084, ... ΑΑ085, ΑΑ101, ΑΑ104, eP038
Πλατάκης Νικόλαος .....ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ...ΑΑ044
Πλατής Δημήτριος ΠΑ01
Πλατής Νικόλαος..... eP022
Πλωμαρίτογλου Ανδρονίκη.....ΑΑ059
Ποζιόπουλος Χρήστος ΑΑ039
Ποθουλάκη Γεωργία ..... ΑΑ042, ΑΑ043, ... eP025
Πολίτης Γεώργιος ΑΑ111
Πολίτης Νικόλαος ..... ΠΑ14, ΑΑ001, ΑΑ021, ...ΑΑ068, ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Πολυμενίδης Ιωάννης ΑΑ116
Πολυμεροπούλου Χριστίνα..... ΑΑ032, ΑΑ051
Πότσιος Χαράλαμπος ΑΑ117

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Πουλάκου Γαρυφαλλιά..... ΑΑ156, eP056
Πουλετίδης Θεόδωρος.....ΑΑ076, ΑΑ129
Πούλια Βασιλική.....ΑΑ154
Πούπαλος Σταμάτης..... ΑΑ087, ΑΑ091,
..... ΑΑ094, eP041, eP043, eP045
Πουρνάρας Σπύρος..... ΠΑ04
Πούτου Άννα.....eP086
Προβατάς Ιωάννης..... eP051
Προκοπίδου Αναστασία.....ΠΑ23
Πρόκου Μαρία ΑΑ105

Ρ

Ράπτη Βασιλική.....ΑΑ156
Ράπτη Σταματία ΠΑ40, ΠΑ41
Ράτσικα Αικατερίνη.....eP061
Ρέντζιου Γιαννούλα..... eP033
Ρηγοπούλου Ειρήνη Ι.....ΠΑ07
Ρίζος Χρήστος ΑΑ054, ΑΑ057
Ρίζου Ανθή - Νιόβη.....ΑΑ001, ΑΑ021
Ρίζου Χαρίκλεια.....ΠΑ46
Ροθώνης Χρήστος.....ΑΑ039
Ρονιώτη Μυρσίνη..... eP008, eP080
Ρόσι Τζέι.....ΑΑ140
Ρουμπάκη Αναστασία ΑΑ016, ΑΑ163,
..... ΑΑ164, ΑΑ165, eP014, eP026, eP098,
.....eP100, eP101, eP102, eP103, eP104, eP105
Ρουσιά Ευανθία.....ΑΑ140
Ρουσσάκης Κωνσταντίνος..... ΑΑ026, ΑΑ027
Ρώμα Βασιλική.....ΑΑ074

Σ

Σάββα Μάριος ΑΑ110, ΑΑ112
Σακκά Βησσαρία.....ΑΑ156
Σακκάς Δημήτριος.....ΑΑ071, ΑΑ111, ΑΑ113,
.....eP052, eP057
Σαλτερής Στυλιανός ΑΑ026, ΑΑ027
Σαμακίδου Άννα ΠΑ07, ΑΑ031
Σαμανίδου Κατερίνα ΑΑ153
Σαμανίδου Βαλεντίνη.....ΑΑ034, ΑΑ046,
.....ΑΑ049, ΑΑ116, eP067
Σαμάρκος Μιχαήλ ΠΑ38, eP094, eP106
Σαμπάνης Νικόλαος ΑΑ003, ΑΑ004,
.....ΑΑ005, ΑΑ015, ΑΑ020, ΑΑ030, ΑΑ120,
..... ΑΑ128, ΑΑ147, eP006, eP009
Σανίδας Ηλίας.....ΑΑ055, eP069, eP073
Σαρήμπεη Βασιλική..... eP071, eP072
Σαριδάκη Αρίστη..... ΠΑ36, ΑΑ044
Σαριδάκη Μαρία eP091
Σαρρή Γεωργία ΑΑ165, eP101, eP102,
..... eP103, eP104, eP105
Σαρρή Μαργαρίτα..... ΠΑ36, ΠΑ43
Σαχινίδης Θεόφιλος ΑΑ039
Σαχλά Ζαχάρω..... eP023
Σβερώνη Δάφνη..... ΠΑ07, ΑΑ031, ΑΑ100
Σγάντζου Ιωάννα..... eP038
Σγόντζου Θέμις eP008
Σγουροπούλου Δανάη..... ΠΑ18
Σδόγκος Ευάγγελος.....ΠΑ25, ΑΑ138
Σεβαστιανός Βασίλειος..... ΑΑ163, ΑΑ164,
..... ΑΑ165, eP098, eP099, eP100, eP101,
.....eP102, eP103, eP104, eP105
Σεισμανίδης Α. ΠΑ33
Σεργεντάνης Θεόδωρος eP056
Σερεπίσος Βασίλειος ΠΑ11, ΑΑ141
Σεφερλής Θεόδωρος ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28
Σιακκάς Τριαντάφυλλος.....ΑΑ026
Σιάννη Αλεξάνδρα eP027
Σιδέρης Δημήτριος eP078
Σιδέρης Κωνσταντίνος.....ΠΑ22, ΑΑ155,
..... ΑΑ158
Σίδερης Παναγιώτης.....ΑΑ107, ΑΑ108,
.....eP049
Σιδερής Σκεύος..... eP037
Σιέρρου Ελένη.....eP097, eP106
Σιμάτη Σταματία ΑΑ114
Σιμορέλη Χαρά.....ΠΑ22
Σιούτης Δημήτριος eP022
Σιώμου Ζωή.....eP023
Σιώπη Μαρία ΠΑ04
Σκένδρος Παναγιώτης ΠΑ05, ΠΑ29,
..... ΑΑ109, ΑΑ126
Σκεπαρνάκου Ελένη.....ΑΑ097, eP044,
.....eP046, eP047
Σκεπετάρης Νικόλαος ΑΑ095
Σκεύα Αικατερίνη..... ΑΑ126
Σκιαδά Ελισσάβετ..... ΑΑ141
Σκίτσου Αλεξάνδρα eP046, eP047
Σκορδή Χρυστάλλα.....ΑΑ125, ΑΑ131, eP065
Σκουλουδάκη Ελένη- Μαρία..... eP014, eP026
Σκούρου Άννα..... ΑΑ165
Σκουτέλα Πολυξένη.....ΑΑ103
Σκρεπέτης Βασίλειος.....ΠΑ24
Σμυρλή Δήμητρα ΑΑ153, ΑΑ157, eP087
Σουγιουλτζής Σταύρος ΑΑ141

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Σούρα Μαρία ΑΑ066, ΑΑ102, ΑΑ103
Σουρλάς Νικόλαος ΑΑ058
Σουρουλλάς Γιώργος ΑΑ131
Σούφλα Αντιγόνη ΠΑ30
Σοφίου Φραγκίσκη-Ιωάννα ΑΑ081, ePO28
Σοφού Φωτεινή ΠΑ22
Σπανογιάννη Αναστασία ΑΑ094, ePO42
Σπανός Σταμάτης-Ιωάννης ΠΑ47, ePI13
Σπανού Ασπασία ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, ePI12
Σπάρταλης Κυριάκος ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ePI12
Σπηλιωτόπουλος Βασίλειος ΠΑ37
Σπυράκου Σοφία ePO64
Σπυροπούλου Γεωργία ΑΑ108, ePO49
Σπυροπούλου Σοφία ..... ΑΑ111, ΑΑ113, ... ePO52, ePO57
Σταθάτου Κωνσταντίνα ΠΑ32, ΠΑ34
Σταθόπουλος Παναγιώτης ΑΑ095
Σταθοπούλου Παναγιώτα ePO31
Στάικος Νικόλαος ΑΑ029
Σταματίου Παρασκευή ΠΑ42
Σταματόπουλος Βασίλειος ΑΑ107, ePO49
Στασινάκη Πολυξένη ΑΑ051
Σταυριανού Κερεκές Άντρεα ePO86
Σταυροπούλου Ειρήνη ePO86
Σταυροπούλου Μαρία ΑΑ092, ΑΑ093
Σταύρου Βαρβάρα ΑΑ093
Σταφυλίδης Χρήστος ΑΑ155, ΑΑ158
Στεργιόπουλος Γεώργιος ..... ePO48, ePO77, ... ePO78
Στεφανή Δήμητρα ΠΑ03
Στέφος Άγγελος ..... ΑΑ031, ΑΑ100, ΑΑ118, ... ΑΑ121
Στόικος Παναγιώτης ΑΑ102
Στούπας Βασίλειος ePI10
Στούρας Αργύρης ePI100
Στραβοδήμου Ηλέκτρα ΑΑ156
Στρωτού Μαριάνθη ePO86
Στυλιάδης Βασίλειος ePO90
Στυλιανού Ανδρέας ΑΑ125, ΑΑ131, ePO65
Συμπάρδη Στυλιανή ΑΑ122, ePO59
Συρίγος Δημήτριος ΑΑ111
Συρίγος Κωνσταντίνος ΑΑ156
Συρίγου Εργίνα ΠΑ17, ΑΑ080
Σύψα Γεωργία ΠΑ43
Σφακιανάκη Μαρία ΑΑ110
Σφηκάκης Πέτρος ..... ΠΑ16, ΠΑ18, ΠΑ30, ... ΠΑ31, ΑΑ075, ΑΑ135, ΑΑ144
Σχινάς Γεώργιος ..... ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ... ΠΑ36, ΠΑ38, ΠΑ43, ΑΑ154, ΑΑ155, ΑΑ158
Σωτηράκου Κανέλλα ΑΑ111, ePO52, ePO57

Τ

Ταλίδης Π. ΠΑ33
Ταμπάκη Μαρία ..... ΠΑ16, ΠΑ17, ΑΑ079, ... ΑΑ080, ePO31, ePO37
Τάντση Ιωάννα ..... ΑΑ138, ePO08, ePO70, ... ePO80, ePO81
Ταπραντζή Δήμητρα ΠΑ37, ΑΑ132
Τασιόπουλος Παναγιώτης ΠΑ37, ΑΑ007
Τάσσιου Καλλιόπη ePO62, ePO63
Τέγου Ελεονώρα ΑΑ016
Τεκτονίδου Μαρία ΠΑ30, ΠΑ31, ΑΑ154
Τεντελούρης Νικόλαος ΠΑ51
Τεντολούρη Αθανασία ePI10
Τεντολούρης Νικόλαος ..... ΠΑ43, ΑΑ066, ... ΑΑ102, ΑΑ103, ePI10
Τερζή Ειρήνη ΠΑ37
Τζαβάρα Βασιλική ..... ΠΑ14, ΑΑ032, ΑΑ051, ... ΑΑ062
Τζαβάρα Παρασκευή ΑΑ106
Τζαγκαράκης Εμμανουήλ ..... ΠΑ25Α, ΑΑ064, ... ΑΑ137, ePO34, ePO35, ePO36
Τζαμτζής Νικόλαος ΠΑ50
Τζανακάκη Τζωρτζίνα ePO56
Τζιβάκη Ηλέκτρα ΑΑ022, ePO24, ePO81
Τζικόπουλος Θεόδωρος ..... ΑΑ007, ΑΑ065, ... ΑΑ117
Τζικοπούλου Μαρία-Ευσταθία ..... ΠΑ12, ΠΑ27, ... ΠΑ28, ΑΑ154, ΑΑ155, ΑΑ158, ePO91, ... ePO94, ePO97, ePI06
Τζίμας Θ. ΠΑ33
Τζιοβανάκη Θεολογία ΑΑ028, ΑΑ083
Τζοβάρα Παναγιώτα ΑΑ008
Τζουγανάτου Ελένη-Μαργαρίτα ..... ΑΑ036, ... ΑΑ063
Τζώρτζη Μελπομένη ΑΑ056
Τζώρτζης Σταύρος ΑΑ029
Τηνιακού Ντίνα ΑΑ164, ePO99
Τιμοθέου Αλίκη ΑΑ122, ePO59
Τογκαρίδου Μαριάνθη ΑΑ085
Τόκης Αναστάσιος ΑΑ152
Τόλια Παρασκευή ePO48, ePO77

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Τούκλη Δαυίδ ΑΑ122, eP059
Τούλης Ευάγγελος eP004, eP005, eP010
Τούτουζας Κωνσταντίνος ΑΑ055
Τοφαρίδης Ανδρέας eP032
Τρακατέλη Αναστασία ΑΑ028, ΑΑ083
Τραπεζιώτη Ιωάννα ΑΑ064
Τριανταφυλλάκης Ιωάννης ΑΑ161
Τριανταφυλλίδης Χριστόφορος ΑΑ091
Τριανταφυλλόπουλος Γεώργιος ΠΑ37
Τριβυζάς Ευάγγελος ΠΑ22
Τρικαλινού Αικατερίνη ΠΑ48
Τρύφος Μιχαήλ ΑΑ152
Τσαβίδη Λευκοθέα ΑΑ002, eP007
Τσαγκιά Σοφία ΑΑ002, eP007
Τσάκαλης Νικόλαος ΑΑ002, eP007
Τσακίρη Ισμήνη ΑΑ062
Τσακίρη Λυγερή ΑΑ039
Τσαλταμπάσης Θεόφιλος ΑΑ138
Τσάμη Αναστασία ΑΑ040, eP050, eP051, eP053
Τσάμη Κασσάνδρα ΑΑ071
Τσάμης Ιωάννης ΠΑ13
Τσάμης Σωτήριος ΑΑ122, eP059
Τσαουσοπούλου Ειρήνη ΑΑ141
Τσαρούχα Ελένη ΑΑ006, eP024, eP070, eP081
Τσατόβ Οξάνα ΑΑ122, eP059
Τσατσάνη Παναγιώτα eP041
Τσαχουρίδου Όλγα ΑΑ028, ΑΑ083
Τσέκου Γιολάντα eP082
Τσεκούρας Αλέξανδρος eP048, eP077
Τσελά Σαβίνα eP054
Τσελά Σταυρούλα ΑΑ038, eP050, eP051
Τσελάρης Γεώργιος ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Τσέλας Πάμελα ΑΑ064
Τσέλιου Αικατερίνη eP035, eP036
Τσετζάν Ιωάννης-Παναγιώτης ΑΑ092, ΑΑ093, ΑΑ119, ΑΑ139, eP055, eP062, eP063
Τσιάκου Δήμητρα ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Τσιάμη Ευτυχία ΠΑ45, ΠΑ48
Τσιανίκα Άρτεμις ΑΑ002, eP007
Τσιανίκα Αναστασία ΑΑ002, eP007
Τσιαούσης Εμμανουήλ eP014
Τσιάρα Ιωάννα ΑΑ123
Τσιατσιάνη Άννα-Μαρία ΑΑ108, eP049
Τσιαχά Φανή ΠΑ19
Τσιγάρας Γεώργιος ΑΑ134, ΑΑ142, ΑΑ145, ΑΑ146, ΑΑ147, ΑΑ148, ΑΑ150, eP075, eP076, eP084
Τσιλίγγιρης Δημήτριος ΠΑ05, ΑΑ109, ΑΑ126, eP110
Τσίμπρης Γεώργιος ΑΑ115
Τσιόδρας Σωτήριος ΠΑ13, eP016
Τσιολάκη Νίκη eP060
Τσιονάρα Δήμητρα ΑΑ004, ΑΑ015, ΑΑ020, ΑΑ030, ΑΑ128, eP006, eP009
Τσιούμα Ευαγγελία ΑΑ030, ΑΑ120
Τσιουρή Ελένη ΑΑ130
Τσιρονίδου Βικτώρια ΑΑ126
Τσιτούμης Κωνσταντίνος ΠΑ42
Τσιτσιά Μαρία ΑΑ101, ΑΑ104
Τσιτσινάκης Γεώργιος ΑΑ138
Τσίτσου Σοφία ΠΑ36
Τσουκαλά Νάνσυ-Δέσποινα ΑΑ024, ΑΑ025, eP017
Τσουκαράκη Αθηνά ΑΑ038
Τσουμάνη Α. ΠΑ33
Τσουμή Γεωργία ΠΑ25Α, eP034
Τσούτσας Σταμάτιος ΠΑ44, eP018
Τσουτσούλη Βασιλική eP023
Τυχάλας Ανδρέας ΑΑ060, ΑΑ096

Υ

Υφαντή Αρετή ΑΑ002, eP007

Φ

Φαγκρέζος Δημήτριος ΑΑ087
Φάλλον Παναγιώτα ΑΑ111, ΑΑ113, eP027, eP052, eP057
Φαντούση Αικατερίνη ΠΑ42
Φαρμακαλίδη Λεώνη ΑΑ130
Φεσά Δήμητρα ΑΑ063
Φιλιούση Ελένη ΠΑ45, ΠΑ48
Φίλιππας - Ντεκουάν Σεμπάστιαν ΑΑ046, ΑΑ049
Φιλιππόπουλος Ευθύμιος ΑΑ079, eP031
Φιλοπούλου Διονυσία eP037
Φλωρεντίν Ματίλντα ΠΑ23, ΠΑ32, ΠΑ33, ΠΑ34
Φλώρου Όλγα ΠΑ37
Φούντα Παρασκευή ΑΑ005, ΑΑ015, eP006, eP009

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Φούτρης Απόστολος..... ΑΑ038, eP053
Φουτσιτσάκης Δήμος eP023
Φραγκονικολάκη Μιχαέλα..... ΠΑ16, ΠΑ17, ... ΑΑ080, eP031
Φράγκου Αρχοντούλα..... ΑΑ071, ΑΑ111, ... ΑΑ113, eP027, eP052, eP057
Φραγκούλη Μαγδαληνή Ρηγίνα..... ΑΑ045
Φραγκούλη Μαρία..... eP052
Φυσικόπουλος Βισσαρίων..... ΠΑ18
Φυτράκης Νικόλαος ΑΑ113
Φωλήνας Κωνσταντίνος..... eP001, eP002, ... eP003
Φωτεινοπούλου Σοφία..... eP092
Φωτεινού Αγγελική..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, eP112,

Χ

Χαδιαράκος Μάριος ΑΑ064, eP036
Χαιρόπουλος Ανδρέας..... ΑΑ107
Χαλά Ελισάβετ..... eP054
Χαλίλης Ιωάννης eP060
Χαλκίδης Ελευθέριος ..... ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ... ΑΑ154, ΑΑ155, ΑΑ158, eP091, eP094
Χαλκιώτη Ιωάννα..... eP026
Χαλουλάκου Ζωή..... ΠΑ35
Χαμακιώτη Ιφιγένεια ΑΑ130, eP074
Χαντουμάκης Μάριος ..... ΠΑ25Α, ΑΑ137, ... eP034, eP035
Χαραλάμπους Γεώργιος eP046, eP047
Χαρατσή Ευτυχία..... ΑΑ045
Χαριτίδου Μελίνα..... ΑΑ060
Χατζάκη Γεωργία eP029
Χατζάκη Μαρία ΑΑ112
Χατζηγρηγορίου Δέσποινα eP023
Χατζηδούκας Ελευθέριος ..... ΑΑ092, ΑΑ093, ... eP055
Χατζηματθαίου Μάριος..... ΑΑ061
Χατζηματθαίου Μιχάλης..... ΑΑ061
Χατζημιχαήλ Φωτεινή..... ΑΑ083
Χατζηνικολάου Νικολέτα..... ΑΑ002, eP007
Χατζής Γεώργιος..... ΑΑ033, ΑΑ099
Χατζής Δημήτριος..... ΑΑ022, eP008, eP070, ... eP080
Χατζής Σταμάτιος..... ΑΑ050
Χατζησολωμού Ανδρέας..... ΑΑ001, ΑΑ021
Χατζηστεφανίδης Δ..... ΠΑ33
Χατζηχάννας Λίνος..... eP032
Χατζιελευθερίου Ελευθερία..... ΑΑ124
Χατζόπουλος Αντώνιος..... ΑΑ047, ΑΑ048
Χαχάλη Σταυρούλα-Πορφυρία ΠΑ13
Χειλετζάρης Θεοφάνης..... ΑΑ122, eP059
Χέρας Παναγιώτης..... ΑΑ047, ΑΑ048
Χιούση Λουσάρντα..... ΠΑ35, ΑΑ087, ΑΑ091, ... ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, eP045
Χιώτη Στυλιανή..... ΑΑ052, ΑΑ092, ΑΑ093, ... ΑΑ139, eP063
Χιώτης Ιωάννης..... ΑΑ140
Χιώτης Νικόλαος ΑΑ164
Χολή Σοφία..... ΑΑ162
Χολόγκιτας Ευάγγελος ..... ΠΑ12, ΠΑ27, ΠΑ28, ... ΠΑ36, ΠΑ43
Χολόγκιτας Χρήστος..... ΠΑ36, ΠΑ43
Χουζούρη Φλώρα..... ΑΑ001, ΑΑ021, ΑΑ068, ... ΑΑ069, ΑΑ070, eP111
Χουρδάκη Εμμανουέλα..... ΠΑ45, ΠΑ48
Χρηστάκη Μαρία ..... ΑΑ034, ΑΑ046, ΑΑ049, ... ΑΑ116, eP067
Χρηστίδη Αικατερίνη..... ΑΑ100
Χρήστου Κωνσταντίνος..... eP082
Χρήστου Χρήστος..... ΠΑ39
Χριστάκη Ειρήνη..... ΠΑ23, ΑΑ049, eP066
Χριστοδούλου Αλέξια..... ΠΑ35, ΑΑ087, ... ΑΑ091, ΑΑ094, eP041, eP042, eP043, ... eP045
Χριστοδούλου Δημήτριος..... ΑΑ001
Χριστοδούλου Χαρίκλεια..... ΑΑ101, eP039, ... eP108
Χριστοπούλου Ευρυδίκη..... ΑΑ106
Χρίστου Μιχάλης ΑΑ023
Χρυσάνθου Ζαχαρίας..... eP049
Χρυσαυγής Λάμπρος..... ΠΑ43
Χρυσοβελίδης Αλέξανδρος..... eP082
Χρυσοχέρης Περικλής - Ιωσήφ eP011

Ψ

Ψαλτάκου Μαρία..... ΠΑ18
Ψαράκης Χρήστος..... ΠΑ03
Ψαρογιαννακοπούλου Ιωάννα..... ΑΑ014, ... ΑΑ058, ΑΑ059, eP011, eP013
Ψαρομπάς Ιωαννης ..... ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ072, ... ΑΑ151, eP112
Ψαρουδάκη Μαρία ..... ΑΑ006, ΑΑ022, ... ΑΑ138, eP008, eP070, eP080
Ψυχογυιού Μήνα..... ΠΑ03, ΑΑ154, ΑΑ155, ΑΑ158



free spirit
Getting you there!

Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας
T: 2106048260, **E:** alebesi@free-spirit. gr
www. free-spirit. gr