

# **Αφιέρωμα στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζομένης Εκπαίδεύσεως στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος**

**Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα, 20 - 24 Φεβρουαρίου 2019**

## **5th Panhellenic Congress on Continuing Education In Internal Medicine with International Participation**

**20 - 24 / 2 / 2019 Zappeion Mansion , Athens**

### **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ «ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ»**

#### **ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

**Κακασής Αθανάσιος**, Μαυροειδής Ιωάννης, Βαρελάς Παναγιώτης, Κουτετέ Δήμοπρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα  
Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. « Γ Γεννηματάς», Αθήνα.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρανεοπλασματική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση (PCD) είναι ένας ειδικός τύπος παρανεοπλασματικού συνδρόμου (PNS) που οφείλεται σε εκτεταμένη εκφύλιση των κυττάρων Purkinje, με ποικίλουσα συμμετοχή άλλων φλοιωδών παραγκεφαλιδικών νευρώνων, εν τω βάθει παρεγκεφαλιδικών πυρήνων και νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικών οδών. Οι ασθενείς τυπικά αναπτύσσουν παρεγκεφαλιδική αταξία, δυσμετρία, νυσταγμό, διπλωπία, ίλιγγο και δυσαρθρία, τα οποία συχνά προηγούνται της διάγνωσης του καρκίνου. Η PCD έχει συσχετισθεί με μια ποικιλία ογκονευρωνικών αντισωμάτων που περιλαμβάνουν Hu, Yo, Ri, Tr, Zic4, mGluR1, και VGCC. Οι όγκοι που απαντώνται συχνότερα είναι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα (SCLC), ο καρκίνος του μαστού και των ωσθικών και το λέμφωμα Hodgkin.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για γυναίκα 75 ετών που διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας αιτιώμενη ζάλη περιστροφικού τύπου και αστάθεια βάδισης από 2ημέρου. Κατα την κλινική εξέταση η ασθενής παρουσιάζει οριζόντιο – οριζόντιο-κυκλικό νυσταγμό σε όλες τις βλεμματικές θέσεις, δυσαρθρία,

αστάθεια βάδισης και παθολογικές παρεγκεφαλιδικές δοκιμασίες. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε οξεία παθολογία ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσιάζει υπονατριαιμία. Κατα τη νοσηλεία της η ασθενής παρουσίασε ταχέως εξελισσόμενη παρεγκεφαλιδική συνδρομή και υπεβλήθη σε εκτεταμένο απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο από όπου ανεδείχθη μονήρης παθολογικού μεγέθους υποτροπιδικός λεμφαδένας σε συνδυασμό με την παρουσία anti-Zic4 αντισωμάτων. Η ασθενής βάσει των ανωτέρω υπεβλήθη σε βρογχοσόπιση όπου ανεδείχθη η παρουσία SCLC, θέτοντας τη διάγνωση της PCD στα πλαίσια SCLC.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα παρανεοπλασματικά νευρολογικά σύνδρομα αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Ασθενείς με PCD έχουν πτωχή πρόγνωση και μειωμένο ποσοστό επιβίωσης. Η έγκαιρη ανίκνευση της νεοπλασματικής διεργασίας είναι ζωτικής σημασίας για την θεραπεία του ασθενούς. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ταχύς έλεγχος του όγκου βελτιώνει την πορεία των PNS.

#### **ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Μαυροειδής Ιωάννης**, Βαρελάς Παναγιώτης, Κακασής Αθανάσιος, Κουτετέ Δήμοπρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα  
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο στρεπτόκοκκος της πνευμονίας αποτελεί ένα ασύνθητος, αλλά όχι σπάνιο αίτιο σπηλικής αρθρίτιδας στους ενήλικες (ποσοστό 6-8%). Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ρευματοειδής αρθρίτις ή άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, ο αλκοολισμός, η οστεοαρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η προσθετική άρθρωση, η χορδοκαρδιαγράφηση, η πολλαπλούν μυέλωμα, οι μυοκλωνικές γαμμαπάθειες και οι κακοήθειες. Πολυαρθρική προσβολή παρατηρείται στο 36%, ενώ η βακτηριαίμια είναι κοινή στο 72%.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας ασθενής 71 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη και ουρικής αρθρίτιδας προσήλθε λόγω εμπυρέτου με συνοδό ρίγος, παραγωγικό βήχα και γοναλγία δεξιά από τριημέρου. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε εικόνα αρθρίτιδας δεξιού γόνατος με περιορισμό της κινητικότητας της άρθρωσης στις ενεργητικές και παθητικές κινήσεις, ενώ από την ακρόαση θώρακα διεπιστώθηκαν μέσοι μη μουσικοί ρόγχοι ραχιαίς επιφάνειας δεξιάς βάσης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διεπιστώθη λευκοκυττάρωση (WBC: 18600/mm<sup>3</sup> με 88% πολυμορφοπύρηνα) και αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 255 mg/dl, TKE: 112 mm/h, PCT: 7,5 μg/L). Ο ασθενής υπεβλήθη σε CT θώρακος που ανέδειξε παρουσία μέτριας ποσότητας υγρού αριστερά και συνοδό πυκνοατελεκτασία με αεροβρογχόγραφμα στον αριστερό κάτω λοβό. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ο ασθενής ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόν 2 grx 1 iv και βαν-

κομικίνη 1grx 2 iv. Έγινε παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής, που ανέδειξε εικόνα παραπνευμονικής συλλογής και παρακέντηση του δεξιού γόνατος. Η μικροσκοπική εξέταση του αρθρικού υγρού ανέδειξε παρουσία 192000 κυττάρων/ mm<sup>3</sup> με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Η εξέταση νωπού παρασκευάσματος και η Gram χρώση ανακάλυψαν Gram (+) κόκκους, ενώ στην καλλιέργεια αρθρικού υγρού απομονώθηκε streptococcus pneumoniae. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε πνευμονοκοκκική βακτηριαίμια. Διενεργήθηκε MRI δεξιάς κατά γόνου άρθρωσης που ανέδειξε σπανιτική συλλογή υγρού εντός του αρθρικού θυλάκου και εικόνα εκτεταμένης φλεγμονώδους αρθροπάθειας και ακολούθως ο ασθενής υπεβλήθη σε αρθροσκοπική έκπλυση της άρθρωσης. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή ύφεση του εμπυρέτου και πτώση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 5,6 , PCT: 0,012). Έλαβε αντιβιοτική αγωγή ενδοφλεβίως για 2 εβδομάδες και ακολούθως peros κλινδαμική 300 mgx 4 βάσει αντιβιογράμματος για 1 μήνα. Κατά την επανεκτίμηση μετά το πέρας της αγωγής επιβεβαιώθηκε η καλή έκβαση της νόσου και η λειτουργική αποκατάσταση της πάσχουσας άρθρωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σπηλική αρθρίτιδα αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή της πνευμονοκοκκικής βακτηριαίμιας (0,3-0,6%). Η μη επιπλεγμένη πνευμονοκοκκική σπηλική αρθρίτιδα μπορεί να αντιμετωπισθεί με αρθροκέντηση, αρθροσκοπική ή χειρουργική παροχέτευση της πάσχουσας άρθρωσης και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής για 4-6 εβδομάδες.

## ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΝΕΦΡΟΥ

**Γεωργούτσου Δήμητρα, Σιασιάκου Σοφία, Μπατσούλη Αθηνά, Βαρελάς Παναγιώτης, Ερωτοκρίτου Αργυρή, Νίκος Κώστας, Παγώνη Σταμάτα**  
**Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα νεοπλάσματα των παραρρίνων κόλπων αποτελούν συνήθως πρωτοπαθείς όγκους. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις, κακοήθη νεοπλάσματα μεθίστανται στους παραρρίνους κόλπους με συχνότερο το κακόθες νεόπλασμα νεφρού. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός τέτοιου περιστατικού και των δυσκολιών στη διαγνωστική προσέγγισή του.

**Υλικό-Μέθοδοι- Αποτελέσματα:** Ασθενής 72 ετών, καπνιστής, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και χειρουργικής επέμβασης σιγμοειδούς λόγω πολυποδίασης, προσεκμίσθη λόγω διαταραχής συμπεριφοράς και επιληπτικών κρίσεων. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανευρέθησαν επιπλέον των αιμορραγικών εστιών στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, πολλαπλές αλλοιώσεις μαλακού ιστού στους παραρρίνους κόλπους ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε ευμεγέθος χωρακατακτητική εξεργασία στο δεξιό νεφρό με χαρακτήρες υπέρ κακοήθους νεοπλάσματος. Η διενέργεια βιοψίας μαλακού ιστού

παραρρίνων κόλπων κρίθηκε απαραίτητη με σκοπό την διαφορική διάγνωση σύγχρονης ή μεταστατικής κακοήθειας και τους περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς. Λόγω όμως των συμπτωμάτων από το κεντρικό νευρικό σύστημα δεν μπορούσε να διενεργηθεί άμεσα αλλά με τη σταθεροποίηση του ασθενούς. Η βιοψία της εξεργασίας σφινοειδούς-ηθμοειδούς κόλπου καθηυτέρως χρονικά για τους παραπάνω λόγους και όταν διενεργήθηκε ανέδειξε εικόνα συμβατή ιστολογικά με μεταστατική διήθηση από διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα νεφρού.

Από τη βιβλιογραφία έχει καταγραφεί περιορισμένος αριθμός ασθενών μεταστατικής διήθησης παραρρίνων κόλπων από κακοήθεια νεφρού.

**Συμπέρασμα:** Οι παραρρίνοι κόλποι αποτελούν εξαιρετικά σπάνια δευτεροπαθή εντόπιση σε κακόθες νεόπλασμα νεφρού, ωστόσο σε κάθε περίπτωση ανεύρεσης οζόμορφης αλλοίωσης στα παραρρίνα θα πρέπει να γίνεται διερεύνηση για ύπαρξη πρωτοπαθούς εστίας στους νεφρούς.

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΑΛΑΚΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

**Γεωργακοπούλου Γεωργία, <sup>1</sup>Ζούλιας Εμμανουήλ, <sup>1</sup>Φέκας Αθανάσιος, <sup>2</sup>Γραββάνης Χρήστος, <sup>2</sup>Παπαναστασίου Λαμπρινή, <sup>1</sup>Βογιάκη Σοφία, <sup>2</sup>Κουνάδη Θεοδώρα, <sup>1</sup>Παγώνη Σταμάτα**

1 Γ παθολογική κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα  
 2 Ενδοκρινολογική κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού οστεομαλακίας και δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού λόγω έλλειψης βιταμίνης D ως αποτέλεσμα βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα πλικίας 45 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο αιτιώμενη άλγος στο άνω τριτημόριο της προσθίας επιφανείας του αριστερού μηρού από 6 μηνών τουλάχιστον με συνέπεια το σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων της. Είχε υποβληθεί σε δυσαπορροφητική βαριατρική επέμβαση προ 14 ετών. Έκτοτε υποβάλλεται σε παρεντερική χορήγηση σιδήρου και βιταμίνης B12. Κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε ωχρότητα, έντονο άλγος και ευαισθησία στην περιοχή του αρι-

στερού μηρού, ενώ αδυνατούσε να ορθοστατήσει χωρίς υποβοήθηση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σιδηροπενική αναιμία ( $Hct=23,4\%$ , φερριτίνη=4 $\mu g/L$ ),  $25OHvitD=3,9ng/cc$ ,  $PTH=316,5pg/cc$ ,  $Ca=8,6mg/dl$ ,  $P=1,7mg/dl$ , αλβούμινη=3,3 $g/dl$ ,  $ALP=173IU/L$ ,  $Ca$  ούρων=0,03 $g$  ημεροσίως και  $P$  ούρων=0,26 $g$  ημεροσίως. Αρχικά αποκλείστηκε η πιθανότητα απώλειας αίματος από το ανώτερο πεπτικό με τη διενέργεια γαστροσκόπησης.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν ακτινογραφία λεκάνης ισχίων, CT θώρακος, άνω κάτω κοιλίας, CT αριστερού μηρού, MRI αριστερού μηρού και DEXA οσφυικής μοίρας σπονδυλικής στήλης και αυχένα δεξιού μηριαίου οστού.



looser zones 18/10/2018



30/11/2018

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκ του απεικονιστικού ελέγχου διαπιστώθηκαν loose zones σε αριστερό ηβικό οστό, σύστοιχο ισχιακό οστό και άνω τριτημόριο διάφυσης αριστερού μηριαίου οστού. Οι μελέτες με DEXA ανέδειξαν οστεοπόρωση. Η κλινική εικόνα ήταν συμβατή με οστεομαλακία λόγω έλλειψης βιταμίνης D σε έδαφος δυσαπορροφητικής βαριατρικής επέμβασης. Χορηγήθηκε από του στόματος κιτρικό ασβέστιο 1,5 γρ. ημεροσίως, ενδοφλεβίως 1 α υδροξυολικαλσιφερόλη 2 $mg$  ημεροσί-

ως και στη συνέχεια ενδομυικώς εργοκαλσιφερόλη 600.000 iu. Σε επανεξέταση 10 ημέρες μετά η ασθενής προσάλθη περιπατητική χωρίς ανάγκη αναλγοσίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει τις πιθανές συνέπειες της βαριατρικής χειρουργικής στον οστικό μεταβολισμό και την ανάγκη τακτικής παρακολούθησης των ασθενών αυτών για την πρόληψη έλλειψης βιταμίνης D και οστεομαλακίας.

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ «ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ»

## ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ (ADPKD): ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

**Κώστας Νίκος**, Σιασιάκου Σοφία, Τράκης Γεώργιος, Μπατσούλη Αθηνά, Βαρελάς Παναγιώτης, Γεωργούτσου Δήμητρα, Ζαχαράκη Αναστασία, Παγώνη Σταμάτα  
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Εισαγωγή- Σκοπός :** Η προσβολή του ήπατος είναι η πιο συχνή εξωνεφρική εκδήλωση στην ADPKD. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία κύστεων στο ήπαρ, το μέγεθος και ο αριθμός των οποίων αυξάνονται με την ηλικία και την πρόοδο της νεφρικής νόσου. Η κλινική πορεία είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η εμφάνιση ασκιτικής συλλογής αποτελεί σπάνια επιπλοκή, με ιδιαιτερότητες, ειδικά στους αιμοκαθαίρομένους ασθενείς. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη των ιδιαιτεροτήτων αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε την κλινική πορεία νοσηλεύμενου ασθενούς Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Αθήνας με γνωστή ADPKD και ππατική προσβολή, ο οποίος προσήλθε λόγω εμπυρέτου.

**Αποτελέσματα:** Άνδρας 66 ετών, πάσχων από ADPKD, υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση από δεκαετίας, προσήλθε λόγω εμπύρετου, καταβολής δυνάμεων, κοιλιακού άλγους και μετεωρισμού κοιλίας. Στον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε υψη-

λούς δείκτες φλεγμονής, χολοστατικών ενζύμων και του καρκινού αντιγόνου 19-9 (Ca 19-9) ενώ αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν Enterobacter cloacae. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σπανιτική ποσότητα ασκιτικής συλλογής, η παρακέντηση της οποίας ανέδειξε στοιχεία υπέρ πυλαίας υπέρτασης, στοιχείο ασύνθετης για αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με ADPKD απουσία άλλου τεκμηριωμένου αίτιου πυλαίας υπέρτασης. Ως πιθανότερη διάγνωση ετέθη αυτή της απόφραξης ππατικής φλεβικής ροής λόγω των πολυάριθμων και ευμεγέθων ππατικών κύστεων. Ο ασθενής βελτιώθηκε με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή, συχνές παρακεντήσεις ασκήτη και παράτασης του χρόνου της αιμοκάθαρσης. Ο ασθενής δεν επιθυμούσε περαιτέρω διερεύνηση ενώ δεν συμφωνώθηκε στην παρακολούθηση μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

**Συμπεράσματα:** Ο ασκήτης με στοιχεία πυλαίας υπέρτασης, αν και σπάνιος σε ασθενείς με ADPKD και ππατική προσβολή, αποτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα για τον Παθολόγο.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

**Τράκης Γιώργος**, Βογιάκη Σοφία, Γεωργακοπούλου Γεωργία, Καλογιάννης Αγγελος, Λουκόπουλος Θεόδωρος, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Ματίνα.  
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

**Εισαγωγή:** Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) είναι συχνό αίτιο εισαγωγής σε Νοσοκομείου σε μερικές περιπτώσεις συνδεύεται από επιπλοκές που απαιτούν μακρά νοσηλεία.

**Σκοπός της μελέτης:** Η εκτίμηση των παραγόντων που σχετίζονται με μακρά νοσηλεία ασθενών με ΟΠ.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με ήπια ΟΠ που νοσηλεύθηκαν στη Κλινική μας τη διετία 2017-18. Εκτιμήθηκαν κατα κλινικά δεδομένα, το αιματολογικό και βιοχημικό πρόφιλ, η CRP και οι αιπεικονιστικές μέθοδοι.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 55 ασθενείς, μέσης ηλικίας 66 έτη, άντρες 55%. Οι δείκτες βαρύτητας υπολογίστηκαν με τη κλίμακα BISAP και το δείκτη συνοστρόπτας Charlson. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 11 ημέρες (εύρος 5-32). Το 67% των ασθενών νοσηλεύθηκαν άνω των 8ημερών. Τα αίτια της παγκρεατίτιδας ήταν 62% χολολιθίαση, 10%, αλκοολισμός, 7% δισκιδές πάγκρεας 5% υπερτριγλυκεριδαιμία, 5% υπερασβεστιαιμία, 1 ασθενής με ψευδοανεύ-

ρυσμαπαγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας και 9% άγνωστο αίτιο. Συνολικά 52 ασθενείς (95%) και 50 (91%) υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας αντίστοιχα ενώ 25 ασθενείς (45%), σε μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP), 19% σε ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα και 4 ασθενείς (7%) σε ERCP. Η επαναστίση άρχισε τη 4η ημέρα (εύρος 1-12) και από αυτούς οι 8 (14.5%) εμφάνισαν δυσανεξία και διέκοψαν σίτιση.

Σε πολυπαραγοντική ανάλυση δεν δείχθηκε συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με τη CRP (P=NS) ενώ δείχθηκε συσχέτιση με τη συνοστρόπτη (P<0.05) τη δυσανεξία στη σίτιση, την εμφάνιση συλλογών αιμοκαθαρίστικα (P=0.05) καθώς και την αναγκαιότητα να υποβληθούν σε MRCP και ERCP.

**Συμπεράσματα :** Από τους παραγόντες που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία ασθενών με ΟΠ είναι η συνοστρόπτη, η πλευριτική συλλογή, η δυσανεξία στην σίτιση, και η αναγκαιότητα συμπληρωματικών εξετάσεων.

## ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

**Τσόκα Ευαγγελία, Ερωτοκρίτου Αργυρό, Κούμπος Βασίλειος, Βαρελάς Παναγιώτης, Ζούλιας Εμπανουήλ, Χίνη Σταυρούλα, Βογιάκι Σοφία, Παγώνη Σταμάτα  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με εμπύρετο και μικροσκοπική αιματουρία.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Κλινικές, εργαστηριακές-παρακλινικές και απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.

**Αποτελέσματα:** Άντρας 78 ετών με αδυναμία, καταβολή και εμπύρετο από δεκαπενθημέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, αρθροπλαστική ισχίων, χειρουργηθείς καταρράκτης δεξιού οφθαλμού. Κατά την εισαγωγή εμφάνιζε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, τριψήφια ταχύτητα καθίζησης ερυθρών και μικροσκοπική αιματουρία. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Ο ανοσολογικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός. Με τον ενδοσκοπικό και τον

απεικονιστικό έλεγχο αποκλείσθηκαν τα συνήθιτα κακοήθη νοσήματα. Η βιοψία της κροταφικής αρτηρίας ήταν αρνητική. Η ψυφιακή εκλεκτική αγγειογραφία έδειξε εικόνα αγγειίτιδας (στενώσεις, διατάσεις, μικροανευρυσμάτια) και στους δύο νεφρούς. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε αυτόματο αιμάτωμα αριστερού άνω άκρου με θρόμβωση υποκλειδίου και βραχιόνιας φλέβας και στη συνέχεια χαλαρή παράλυση και υπαισθησία του άκρου. Ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόν 1mg/Kg βάρους σώματος (και ταυτόχρονη χορήγηση ασβεστίου, βιταμίνης D) με προοδευτική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής.

**Συμπέρασμα:** Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με εμπύρετο και μικροσκοπική αιματουρία.

## ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΩΣΗ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 40 ΕΤΩΝ

**Κακασής Αθανάσιος, Μαυροειδής Ιωάννης, Αθανασίου Γεώργιος, Κουτετέ Δήμητρα, Χίνη Σταυρούλα, Παγώνη Σταμάτα.  
Γ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα.**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμπύρετος ουδετεροφιλική δερμάτωση (συνδρόμο Sweet), είναι μια μη λοιμώδης δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από πυρετό, ουδετεροφιλία και επώδυνες ερυθροματώδεις δερματικές βλάβες με χαρακτηριστική ουδετεροφιλική διάθεση του δέρματος στην ιστολογική εξέταση. Το σύνδρομο Sweet μπορεί να εμφανιστεί σε 3 κλινικές καταστάσεις: το κλασικό ή ιδιοπαθές, το σχετιζόμενο με κακοήθεια και το φαρμακευτικό σύνδρομο Sweet.

Το κλασικό σύνδρομο Sweet προσβάλλει κυρίως γυναίκες πληκτίας 30-50 ετών ενώ συνήθως έχει προηγηθεί λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού. Το σχετιζόμενο με κακοήθεια σύνδρομο Sweet εμφανίζεται συνήθως στα πλαίσια αιματολογικών νεοπλασιών, ιδιαιτέρως σε οξεία μυελογενή λευχαιμία. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση κορτικοστεροειδών.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 40 ετών με ελεύθερο ιστορικό διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας από περιφερειακό δευτεροβάθμιο νοσοκομείο όπου νοσηλεύοταν λόγω εμπυρέτου με συνοδό εξάνθημα από 4ημέρου. Κατά την αντικειμενική εξέταση η ασθενής είχε όψη πάσχουσας, επιπεφυκίτιδα, εμπύρε-

το εως 38,5 βαθμούς κελσίου ενώ παρουσίαζε επώδυνο ερυθροματώδες εξάνθημα με εικόνα επηρμένων πλακών με κεντρική φυσαλίδα στον κορμό και τα άνω άκρα και συρρέον ερυθροϊώδες εξάνθημα με εικόνα υποδερματίτιδας στις προκνημιαίες επιφάνειες αμφοτερόπλευρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται ουδετεροφιλία και αυξημένη TKE και CRP. Η ασθενής υπεβλήθη σε λήψη βιοψιών δέρματος από τις πάσχουσες περιοχές και έγινε έναρξη αγωγής με κορτικοστεροειδή με σύντομη και άριστη κλινική ανταπόκριση.

Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε εικόνα πολυμορφοπυρηνικής αγγειοπαθητικής δερματοπάθειας χωρίς στοιχεία αγγειίτιδας και σε συνδυασμό με την κλινική και εργαστηριακή εικόνα της ασθενούς τεκμηριώθηκε η διάγνωση του συνδρόμου Sweet.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάγνωση των εξανθηματικών νοσήματων μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον ιατρό της εσωτερικής παθολογίας. Η ενδελεχής λήψη του ιστορικού, η λεπτομερής κλινική εξέταση και η βιοψία δέρματος θα βοηθήσουν στην σωστή διαγνωστική προσέγγιση και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ «Ενδιαφέρουσες Κλινικές Περιπτώσεις από Νέους Παθολόγους»

## ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΙΑΣ ΣΥΧΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Γραββάνη Αρετή<sup>1</sup>, Παπαδάτος Σ. Σταμάτης<sup>1</sup>, Πολύζος Δημήτριος<sup>1</sup>, Καρακατσάνης Σταμάτης<sup>2</sup>

1 Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

2 Αιματολογικό Τμήμα Γ' Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Λεμφώματα, λευχαιμίες και πολλα- πολύ μυέλωμα (ΠΜ) είναι οι τρεις συχνότερες αιματολογικές κα- κοήθειες στον Δυτικό κόσμο οι οποίες τις περισσότερες φορές εμφανίζονται με χαρακτηριστική κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Σε σπάνιες περιπτώσεις η κλινική εικόνα είναι άτυπη και τα εργαστη- ριακά ευρήματα δεν είναι εμφανώς συνηγορητικά και η διαφο- ριδιάγνωση διευρύνεται.

**Παρουσίαση Περίπτωσης:** Γυναίκα 52 ετών, καπνίστρια, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αιμόπτυ- σης. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται αρτηριακή υπέρ- ταση υπό αγωγή και από την ανασκόπηση συστημάτων αυτόμα- τες εκχυμώσεις και επίσταξη από 4 εβδομάδων. Η κλινική εξέτα- ση ανέδειξε άμφω υπερπλασία αμυγδαλών, ήπια ωχρότητα επι- πεφυκότων και ψυλαφητό σπλήνα. Από τον εργαστηριακό έλεγ- χο σημειώνονται λευκο- και λεμφοκυττάρωση, μακροκυτταρι- κή αναιμία, θρομβοπενία και διαταραχή της ππατικής βιοχημεί- ας. Στη μικροσκόπηση περιφερικού αίματος φάνηκαν λευκοερυ- θροβλαστική αντίδραση, λεπτή βασεόφιλη στίξη, rouleaux ερυ- θρών και σφαιροκύτταρα.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονικές τομογραφίες θώρακος

- κοιλίας ανέδειξε μαζική οργανομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια και περιοχή θολής υάλου στον δεξιό άνω πνευμονικό λοβό. Έγινε οστεομυελική βιοψία και παράλληλα ζητήθηκε ανοσοφαινότυ- πος μυελού ενώ στάθμηκε δείγμα μυελού και μοριακός έλεγχος για την αναζήτηση της αντιμετάθεσης PML/RARa. Τα παραπά- νω ήταν αρνητικά για την παρουσία άωρων κυττάρων ή ΟΜΖΛ, ενώ από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο ο ποσοτικός προσ- διορισμός των ανοσοφαιρινών ανέδειξε IgG 9 gr/dl με συνο- δό ανοσοπάρεση.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για ασθενή με MM IgGλ και άτυ- πη κλινικοεργαστηριακή εικόνα, συμπεριλαμβάνουσα λευκοερυ- θροβλαστική αντίδραση, ππατομεγαλία και μαζική σπληνομεγα- λία, διαταραχή ππατικής βιοχημείας, χαμηλές απτοσφαιρίνες και συμπλήρωμα με συνοδό απεικονιστικό εύρημα περιοχή θολής υάλου στο πνευμονικό παρέγχυμα και παραπλήσια μικροοζιδι- ακή αλλοίωση.

**Συμπεράσματα:** Η κλινική εικόνα του ΠΜ μπορεί να διαφέ- ρει σημαντικά από την κλασική. Απαιτείται επαγρύπνηση των κλι- νικών προκειμένου να μην καθυστερήσει η διάγνωση και η αντι- μετώπιση.

## ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΥΠΟΥ TAKOTSUBO ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

Ερωτοκρίτου Αργυρώ, Βογιάκη Σοφία, Μαυροειδής Γιάννης, Βαρελάς Παναγιώτης, Μουσούλη Τάνια, Παγώνη Ματίνα.  
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

**Εισαγωγή:** Ο ιός του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) είναι σύνηθες αίτιο εμπύρετης εγκεφαλίτιδας και μυοκαρδίτιδας ωστόσο δεν υπάρχουν αναφορές για εμφάνιση συνδρόμου Takotsubo σχετι- ζόμενο με τον ιό.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με οξύ στεφανιαίο σύν- δρομο ένω νοσηλεύόταν για ιογενές εμπύρετο.

**Μέθοδοι:** Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), μέτρηση τροπο- νίνης, υπέρποχο καρδιάς και στεφανιογραφία για διάγνωση του συνδρόμου.

**Αποτελέσματα:** Γυναίκα 73 ετών προσήλθε με πυρετό, εμέ- τους και βυθιότητα. Αναφέρθηκε κυνάγχη από 48ωρου πριν την εισαγωγή της και ιδιοπαθής υπέρταση υπό αγωγή. Δεν είχε τα- ξιδέψει σε άλλη χώρα, κατοικούσε στη Δυτική Αττική και είχε

ωδικά πουλιά. Στην είσοδο οι δείκτες φλεγμονής και η τροπο- νίνη σημειώθησαν φυσιολογικά. Τη 1η ημέρα της νοσηλείας της εμφάνι- σε ταχυκαρδία και εικόνα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Το ΗΚΓ έδειξε εικόνα κατασπάσεων, ταχεία αύξηση της τροπονίνης και του BNP ενώ το υπερηκαρδιογράφημα απέδειξε εικόνα διάχυ- των υποκινησιών της αριστεράς κοιλίας με κλάσμα εξωθήσεως 25% τύπου Takotsubo. Η ασθενής έλαβε συμπτωματική θερα- πεία καρδιακής ανεπάρκειας και λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας μεταφέρθηκε στη Μονάδα. Την ίδια μέρα εμφάνισε οξεία ανα- πνευστική δυσχέρεια και ετέθη σε μηχανική υποστήριξη της ανα- πνοής. Στο ENY και στον ορό δείχθηκαν αντισώματα IgM θετικά για οξεία λοίμωξη από ΙΔΝ. Την 5η μέρα της νοσηλείας της υπο- χωρώποσαν οι τιμές της τροπονίνης και βελτιώθηκε το κλάσμα εξώ-

θησης. Παρά τη σημαντική βελτίωση των παραμέτρων η ασθενής κατέληξε τη 15η μέρα της νοσηλείας από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη.

**Συμπέρασμα :** Σε σοβαρές ιογενείς λοιμώξεις πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση για την εμφάνιση οξείας μυοκαρδιοπάθειας που εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου.

## ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ

**Τρίτζαλη Μαρούλα<sup>1</sup>, Μαλαματένιος Μάρκος<sup>1</sup>, Γιαννάς Ραφαήλ<sup>1</sup>, Σπάρτακος Ιορδανίδης<sup>1</sup>, Βούλτσος Ιωάννης<sup>2</sup>, Γεωργαλή Ανδρούλα<sup>1</sup>, Γιαννικόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>.**

**1Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη**

**2Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»**

**Εισαγωγή-σκοπός:** Η μνηγγίτιδα από *Staphylococcus aureus* είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε περίπτωση σταφυλοκοκκίκης μνηγγίτιδας σε ασθενή με οσφυαλγία.

Υλικά και Μέθοδοι: Ασθενής 29 ετών με από πενθήμερου οσφυαλγία και από 24ώρου κεφαλαλγία, εμέτους και θ39°C. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Λόγω υποψίας μνηγγίτιδας, έλαβε κεφτριαζόντη και βανκομυκίνη σε περιφεριακό ιατρείο προ της εισαγωγής. ΑΠ115/60mmHg, σφύξεις 70/λεπτό, θ36,7°C (υπό παρακεταμόλη), GCS 15, τελική αυχενική δυσκαμψία, οσφυική ευασθθοσία, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC 13.560/uL (Π97%), CRP 116, HIV(-). Ένεκα παρατεταμένου INR, υπεβλήθη σε ΟΝΠ την επόμενη ημέρα. Ο ασθενής εμφάνισε σπηπτική εικόνα με πυρεξία, σύγχυση, πτώση αρτηριακής πίεσης, αφέως μετά την ΟΝΠ που ανέδειξε 800κκχ(Π95%). Λόγω της σπηπτικής εικόνας και εν αναμονή καλλιεργιών, π αγωγή τροποποιήθηκε σε μεροπενέμπτη και βανκομυκίνη. Όλες οι καλλιέργειες ήταν στείρες, ενώ η PCR ENY κατέδειξε *Staphylococcus aureus*. Έλεγχος για μεταστατικές εστίες με αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας και

υπερηχογράφημα καρδίας, απέβει αρνητικός. Η τομογραφία της ΟΜΣ ήταν συμβατή με σπονδυλοδισκίτιδα O1-O5 κι η αγωγή τροποποιήθηκε σε λινεζόλιδη 600mg 1x2 IV. Παρέμεινε απιύρετος μετά πάροδο 48ώρου και εξήλθε τη 14η μέρα, συνεχίζοντας την παρακολούθηση σε κέντρο του εξωτερικού με *per os* τριφεθοπρίμπ-σουλφομεθοξαζόλη.

**Αποτελέσματα:** Μνηγγίτιδα από *staphylococcus aureus* αποτελεί το 2-10% των βακτηριακών μνηγγιτίδων, σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις ή από παρακείμενη φλεγμονώδη εστία. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν ο πυρετός (84%), η διαταραχή του επιπέδου συνείδοπος (75%), μνηγγικά σημεία (62%) και κεφαλαλγία (41%).

Κριτικής σημασίας παραμένει ο εκτεταμένος έλεγχος για πιθανή πρωτοπαθή εστία και εντόπιση δευτεροπαθών μεταστατικών φλεγμονώδών εστιών.

**Συμπεράσματα:** Υψηλός δείκτης υποψίας, και πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απαιτούνται σε κάθε περίπτωση σταφυλοκοκκίκης μνηγγίτιδας για επιτυχή έκβαση και θεραπεία.

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

**Παφίλη Καλλιόπη<sup>1</sup>, Κωτούλας Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Παπαχρήστου Στέλλα<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλας<sup>1</sup>, Παπάζογλου Άννα<sup>1</sup>,**

**Παναγόπουλος Περικλής<sup>1</sup>, Τερζή Ειρήνη<sup>1</sup>, Παπάζογλου Δημήτριος<sup>1</sup>**

**1 Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου**

**2 Ουρολογική Κλινική ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Έβρου**

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Ως γυναικομαστία χαρακτηρίζεται η καλοίθης διόγκωση του μαστικού αδένα στον άνδρα. Ο επιπλασμός της φαίνεται να ανέρχεται στο 40%. Σχετίζεται με πλοθώρα καταστάσεων, μεταξύ αυτών με τα αυξημένα επίπεδα χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG). Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος και σπάνιου περιστατικού με υποτροπή καρκίνου της ουροδόχου κύστεως που παρουσιάστηκε με εικόνα γυναικομαστίας.

**Υλικά και μέθοδοι:** Άνδρας 72 ετών προσήλθε αιτιώμενος γυναικομαστία, με εντόπιση ιδίως αριστερά και άλγος θηλέας άλω από τριμήνου. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής εμφάνιζε καρκίνο της ουροδόχου κύστεως (από διετία) το οποίο είχε αντιμετωπισθεί με διουρηθρική εκτομή και εγχύσεις με φυσιολογική ιστολογική ένα χρόνο μετά. Από τον ορμονολογικό

έλεγχο προέκυψαν τα εξής: αυξημένη hCG, κατασταλμένη ωχρινοτρόπος και ωθυθλακιοτρόπος ορμόνη, αυξημένη οιστραδιόλη και φυσιολογική τεστοστερόνη.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα όρχεων χωρίς παθολογικά ευρήματα. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας, μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας (χαμηλής έντασης σήματος) και κυστεοσκόπηση χωρίς εικόνα υποτροπής του καρκίνου ουροδόχου κύστης.

Λόγω περιγραφής στη διεθνή βιβλιογραφία περιστατικού γυναικομαστίας ως πρώτη εκδήλωση υποτροπής καρκίνου της ουροδόχου κύστης λόγω παρανεοπλασματικής έκκρισης hCG διενεργήθηκε έλεγχος με κυτταρολογική ούρων που ήταν θετική για κακοήθεια και ο ασθενής υπεβλήθη σε νέα μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας υψηλής έντασης σήματος π οποία ήταν θετική

για υποτροπή της νόσου.

Έπειτα από εφαρμογή χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας η τιμή της hCG επανήλθε στο φυσιολογικό και ο ασθενής ανέφερε κλινική βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Ασθενείς με αιφνίδια εμφάνιση γυναικομαστίας με υψηλή τιμή hCG και θετικό ιστορικό καρκίνου της ουροδόχου κύστεως πρέπει να διερευνώνται για πιθανότητα υποτροπής.

## «ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ»

**Πολυχρονόπουλος Γεώργιος, Παπαγιάννης Αχιλλέας, Μπουντόλα Σταυρούλα, Καρλάφτη Ελένη, Περιφάνης Βασίλειος, Καϊάφα Γεωργία**  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο είναι αυτοάνοσπο πολυσυστηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από θρομβώσεις αρτηριών, φλεβών ή μικρών αγγείων ή/ και νοσορότητα κατά την κύπση με ταυτόχρονη επίμονη παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισώματων στον ορό. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (aPLs) αποτελούν ετερογενή ομάδα αυτοαντισώματων, τα οποία στρέφονται έναντι πρωτεΐνων που δεσμεύουν τα φωσφολιπίδια. Διακρίνεται σε πρωτοπαθής, δευτεροπαθής (σε έδαφος ΣΕΛ, αυτοάνοσων διαταραχών, κακοπθειών, λήψης φαρμάκων, λοιμώξεων) και καταστροφικό (προσβολή 3 ή περισσότερων οργάνων – συστημάτων εντός ολίγων πημερών). Σκοπός: Η περιγραφή του περιστατικού 58χρονης γυναίκας που εισήχθη με εμπύρετο, αδυναμία και καταβολή και εμφάνισε κλινικά σημαντικά επεισόδια θρομβώσεων κατά τη νοσηλεία.

**Μέθοδος/Υλικό:** Η ασθενής προσεκμίσθη λόγω εμπύρετου, αδυναμίας, καταβολής και απώλειας σωματικού βάρους. Από το ατομικό της ιστορικό ανέφερε κάπνισμα και ένα επεισόδιο εν τω βάθειφλεβοθρόμβωσης κάτω άκρου προ έτους (χωρίς περαιτέρω διερεύνηση), ενώ το μαιευτικό της ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά την κλινική εξέταση δεν ανευρέθησαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, αύξηση δεικτών φλεγμονής και αύξηση ορισμένων καρκινικών δεικτών. Στο πλαίσιο διερεύνησης της αναιμίας, διενεργήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, χωρίς παθολογικά ευρήματα και CTΘΑΚΟ στην οποία ανερεύθησαν παθολογικά διογκωμένοι μεσαυλικοί λεμφαδένες (ο μεγαλύτερος εκ των οποίων 2,5εκ.), εμφυσηματικές αλλοιώσεις πνευμόνων άμφω, ήπια πηπατοσπληνομεγαλία, πιθανό έμφρακτοσπληνός καθώς και ανομοιογενούς εμπλουτισμού εξεργασία δεξιού επινεφριδίου. Στο μεταξύ, ενώ ελάμβανε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με ενδοφλέβια λεβοφλοξαΐνη, κατόπιν απομόνωσης Achromobacter xylosoxidans στην

αιμοκαλλιέργεια, η αγωγή τροποποιήθηκε βάσει αντιβιογράμματος σε πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη. Κατά τη διερεύνηση του εμπύρετου με τη συνοδό λεμφαδενοπάθεια, ελήφθη πλήρης έλεγχος για ειδικές λοιμώξεις (αρντικός), διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία (χωρίς παθολογικά ευρήματα) και έγινε ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε θετικά αντισώματα β2GPIIgM (>200), ANA (1:640), anti-Ro. Κατά την πορεία της νοσηλείας, η ασθενής εμφάνισε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και έγινε έναρξη αγωγής με ασπιρίνη και ατορβαστατίνη. Εν συνεχείᾳ, εμφάνισε ταχεία κολπική μαρμαρυγή καθώς και ήπια υποχυγοναίμια με υποκαπνία, γεγονός που αποδόθηκε σε πνευμονική εμβολή (κύριοι κλάδοι δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας) για την οποία προστέθηκε στην αγωγή πηπαρίνη χαμπλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση και βισοπρολόλη. Η ασθενής απιρέτησε και βελτιώθηκε κλινικά και κατόπιν νέας CTτραχήλου-ΘΑΚΟ αποφασίσθηκε η διενέργεια μεσαυλιοσκόπησης, κατά την οποία ελήφθησαν λεμφαδένες για βιοψία.

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε η διάγνωση αδενοκαρκινώματος πνεύμονα. Η ασθενής αρνήθηκε περαιτέρω αντιμετώπιση της νεοπλασίας, ενώ λόγω υψηλής κλινικής υποψίας για αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, εξήλθε με αγωγή η οποία περιλάμβανε ασπιρίνη, ασενοκουμαρόλη, ατορβαστατίνη και βισοπρολόλη. Κατά τον προγραμματισμένο επανέλεγχο, μετά από 12 εβδομάδες, ανευρέθησαν θετικά αντισώματα β2GPIIgMκαι IgG, επιβεβαιώνοντας, έτσι, την διάγνωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, πιθανώς σε έδαφος κακοίθειας.

**Συμπεράσματα:** Σε περιπτώσεις μη αιτιολογημένης, υποτροπιάζουσας αρτηριακής ή/και φλεβικής θρόμβωσης, ιδίως σε νέους ασθενείς που στερούνται κλασσικών παραγόντων κινδύνου αθηροσκλήρωσης, καθώς και σε περιπτώσεις αυτόματων αποβολών κυήματος, καθίσταται αναγκαία η επαγρύπνιση για τη διερεύνηση πιθανού αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου.

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## 01. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

**Τσιφή Αγγελική,** Αυγέρη Σοφία, Στεφάνοβα Στέλα, Σέργη Ευαγγελία, Ντόρλης Κυριάκος, Βουλγαρίδης Απόστολος,  
Σακκαλής Αναστάσιος, Κατσιάρη Μαρία, Κουνουγέρη Αικατερίνη, Λάσκου Μαρία, Νικολάου Χαρίκλεια, Μαθάς Χρήστος  
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Ν.Ιωνίας- Πατπού «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αποτελούν ομάδα αυξημένου κινδύνου για ενδοκαρδίτιδα δεξιών κοιλοτήτων. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ενδοκαρδίτιδας σε χρήστη, ο οποίος διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

**Υλικά και Μέθοδοι:** Άνδρας 47 ετών, με ππατίτιδα C, χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών διεκομίσθη στο νοσοκομείο λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου έως 40°C και πλευροδυναστικού δημέρου και εισήχθη στην παθολογική κλινική. Το αρχικό διαθωρακικό υπερηποκαρδιογράφημα δεν ανέδειξε εκβλάστηση. Λόγω συστολικού φυσήματος στην εστία ακρόασης της τριγλώχινας και αυξημένων δεικτών φλεγμονής ελήφθησαν 3 ζεύγη αιμοκαλλιεργειών, προγραμματίστηκε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας, επαναληπτικό διαθωρακικό υπερηποκαρδιογράφημα και διοισοφάγειο υπερηποκαρδιογράφημα. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ λόγω αναπνευστικής επιδείνωσης και μεταβολικής οξεωσης.

**Αποτελέσματα:** Από την αξονική τομογραφία θώρακος πρόκειται διοισοφάγειο με έμφρακτα, οι αιμοκαλλιεργει-

εις ανέδειξαν Staphylococcus aureus (MSSE) και το επαναληπτικό διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηποκαρδιογράφημα ανέδειξαν μόρφωμα σεγλωχίνα της τριγλώχινας διαστάσεων 1,8x2 cm. Έγινε έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής με κλοιξακιλίνηκαι γενταμικίνη.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία, η οποία έκλεισε μετά την αποδέσμευσή του από τον αναπνευστήρα, ενώ η αντιμικροβιακή αγωγή ενισχύθηκε/τροποποιήθηκε λόγω λοιμώξεων σχετιζόμενων με τη μακροχρόνια νοσηλεύσια.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε την 74η ημέρα νοσηλείας του στην παθολογική κλινική κατόπιν καρδιοχειρουργικής εκτίμησης λόγω της συνυπάρχουσας δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας σύσταση για διακοπή χρήσης ναρκωτικών ουσιών και περαιτέρω κειρουργική αντιμετώπιση.

**Συμπέρασμα:** Η ελαττωμένη συμμόρφωση, το αυξημένο ποσοστό υποτροπών και η αδυναμία διακοπής της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών καθιστούν τη θεραπεία της ενδοκαρδίτιδας δεξιών κοιλοτήτων δυσχερή, ιδίως όταν ο ασθενής έχει απόλυτη ένδειξη για κειρουργική αντιμετώπιση.

## 02. ΠΑΡΕΤΙΚΗ ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ (ΠΙ) ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Δέσποινα Παυλοπούλου<sup>1</sup>,** Χρήστος Τσαγκάρης<sup>1,2</sup>, Θαλής Ασημακόπουλος<sup>1,3</sup>, Θεόδωρος Αγγελόπουλος<sup>1,2</sup>

1: Ομάδα Νέων Ιατρών και Φοιτητών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα

2: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο

3: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο κεντρικής στένωσης του νωτιαίου σωλήνα εντάσσεται στα Οσφυο-Ισχιαλγικά σύνδρομα μηχανικής αιτιολογίας (OI) και ορίζεται ως στένωση της οβελιαίας διαμέτρου του σωλήνα μικρότερης των 12χιλ. Διάμετρος μικρότερης των 10χιλ. Θεωρείται σημαντική στένωση και συνοδεύεται συνήθως από κλινικά συμπτώματα. Στην ΠΙ διεθνώς προτείνεται κειρουργική θεραπεία (πεταλεκτομή). Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε μία περίπτωση ασθενούς με ΣΝΣ και ΠΙ η οποία ακολούθησε επιτυχή συντηρητική θεραπεία. Σκοπός μας είναι να αναδείξουμε τα οφέλη της συντηρητικής αντιμετώπισης ως εναλλακτικής της κειρουργικής επέμβασης.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Γυναίκα 53 ετών προσήλθε σε ιδιωτικό ιατρείο αναφέροντας έντονη αριστερή ισχιαλγία και αδυναμία άκρου ποδός από δύνη. Της συστήθηκε επέμβαση στη ΣΣ την οποία αρνηθήκε. Η ασθενης εμφανίζε την τελευταια 20 ετια περιοδικές κρίσεις ΟΙ, οι οποίες αντιμετωπίζονταν με συντηρητική θεραπεία και κλινοστατισμό. Απο εξάμπου εμφανίσε προοδευτικά επιδεινούμενο ισχιαλγικό αλγός που τον τελευταιο μπνα κατελπίζε σε παρετική ισχιαλγία παρα την χρηση μσφ, κορ-

τιζόνης και επικουρικών αναλγητικών (πρεγκαμπαλινι, τραματολή και κωδειν). Η αναποτελεσματόπτητη και παρενεργείς των οποίων αναγκασαν σε διακοπή τους

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην αντικειμενική εξεταση διαπιστώθηκε αδυναμία βάδισης και ορθοστάτησης &gt;2 λεπτα, πτώση άκρου ποδός και ανασπαση στη βαδιση. Το SLR ήταν θετικό στις 70ο χωρίς αισθητικές διαταραχές. Η MRI έδειξε πολλαπλή κεντρική στένωση με οβελιαία διαμετρο 6χιλ (ΦΤ &gt; 12χιλ) στο επίπεδο 03- 04-05-11. Το ΗΜΓ ήταν συμβατό με ριζοπαθεία της 05 και συμμετοχή της 11. Η ασθενής τέθηκε στο ιατρείο σε θεραπεία εγκύσεων κορτικοστεροειδούς στο τρήμα και manipulation. Παρατηρήθηκε άμεση ανακούφιση του πόνου και της πάρεσης και ανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργικότητας της ασθενούς το οποίο παραμενει σταθερο κατά το τελευταίο τρίμηνο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Βασιζόμενοι και σε προηγούμενη εμπειρια του ιατρείου, φαίνεται ότι ασθενείς ΣΝΣ και ΠΙ, στους οποίους ενδέκνυται η κειρουργική αντιμετώπιση, μπορεί να αντιμετωπίσθει συντηρητικά αποφεύγοντας μείζονες επεμβάσεις (πεταλεκτομές)

### 03. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΩΣ

Νάστου Σωτηρία MD<sup>1</sup>, Φώτος Γεώργιος MD<sup>1</sup>, Γιώργη Χριστίνα MD<sup>1</sup>, Ραφτόπουλος Ιωάννης MD<sup>2</sup>, Χαλιώτης Γεώργιος MD, PhD<sup>1</sup>

1 Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

2 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα δίγματα όφεως αποτελούν συχνό φαινόμενο για την επαρχία, συγκεκριμένα για το νησί της Εύβοιας και είναι συχνό αίτιο νοσηλείας στο νοσοκομείο. Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη επιδημιολογικών μελετών όσον αφορά τα δίγματα όφεως, παρότι αποτελεί δυνητικά επείγουσα κατάσταση. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των βασικών χαρακτηριστικών και των επιπλοκών νοσηλευόμενων ασθενών για δίγμα όφεως.

**ΜΕΔΟΘΟΣ:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη που ανασκοπεί τα επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και την έκβαση 62 ασθενών που νοσηλεύθηκαν για δίγμα όφεως από το 2015 εως το 2018 στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των 62 ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό δηγμάτων παρατηρήθηκε σε άντρες (78,8%) και ο μέσος όρος πλικίας ήταν 56 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών ζούσε και εργαζόταν σε αγροτικές περιοχές και τα πιο πολλά κρούσματα σημειώθηκαν στην ευρύτερη περιοχή των Ψαχνών (27%). Τα δίγματα είχαν σαφή εποχιακή κατανομή από Μάρτιο εως Οκτώβριο. Η κύρια περιοχή εντόπισης του δήγματος ήταν η άκρα χείρα (64%). Τα πιο συχνά συμπτώματα και σπο-

μεία ήταν: σπιμεία οδόντων (93,7%), άλγος (92,1%), τοπικό οίδημα (93,7%) με μέγεθος οιδήματος < 7,5 cm στο 61%, ταχυκαρδία (3%), ζάλη (10%), έμετοι (11,1%), ναυτία (7,9%), υπόταση (6,3%), πυρετός > 38 C (1,6%), και παραισθησίες (1,6%). Εκ του εργαστηριακού ελέγχου οι κυριότερες διαταραχές που παρατηρήθηκαν είναι: λευκοκυττάρωση (35,5%), αυξημένα D-dimers (34,5%) , αυξημένη CPK (33,3%), θρομβοπενία (27%), διαταραχές PT - PTT (2%) και διαταραχή βιοχημείας ήπατος (6%). Οι κυριότερες επιπλοκές που αναπτύχθηκαν ήταν: διαταραχές πηκτικότητας (27%), γαστρεντερικές διαταραχές (15,9%), διαπύοντη τραύματος (1,6%) και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (1,6%). Η μεγαλύτερη πλειοψηφία ασθενών αντιμετωπίστηκε συντρητικά με επιτυχία χωρίς να σημειωθεί κανένας θάνατος. Η χορήγηση αντιοφικού ορού κρίθηκε απαραίτητη σε 11 ασθενείς (17,7%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το δήγμα όφεως είναι ένα σοβαρό συμβάν το οποίο απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς μπορούν να εμφανιστούν πολλές επιπλοκές. Η διενέργεια περισσότερων μελετών κρίνεται απαραίτητη με σκοπό την βέλτιστη διαχείριση αυτών των ασθενών.

### 04. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΝΗ 4-10 ng/ml (ΓΚΡΙΖΑ ΖΩΝΗ) ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καραφωτιάς Αχιλλέας, Τοπαλίδης Στέφανος, Φίλιος Αθανάσιος, Πρίφτη Φιοράλντ, Φιλντίσης Ανδρέας,  
Κωνσταντινίδης Χαράλαμπος, Δελακάς Δημήτριος  
ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) είναι μία καλλικρεινή πρωτεΐνη, η οποία παράγεται από τα αδενικά κύτταρα του προστάτη. Το PSA εντοπίζεται κυρίως στο σπέρμα, όπου βοηθάει στην ρευστοποίηση του, και μικρές ποσότητές του κυκλοφορούν και στο αίμα. Χρησιμοποιείται ως δείκτης για τη διάγνωση του προστατικού καρκίνου.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Σε σύνολο 404 ασθενών με ευρήματα ύποπτα για αδενοκαρκίνωμα προστάτου αδένα, 28 προσήλθαν με PSA < 2,5 ng/ml (Ομάδα A), 56 με PSA 2,5-4,0 ng/ml (Ομάδα B), 267 με τιμές PSA 4,01-10,0 ng/ml (Ομάδα Γ) και 53 με PSA > 10,0 ng/ml (Ομάδα Δ).

Το σύνολο των ασθενών υποβλήθηκε σε βιοψία προστάτου με υπερηχογραφική καθοδήγηση.

**Αποτελέσματα:** Από την Ομάδα B, 81 ασθενείς εμφάνισαν αδενοκαρκίνωμα του προστάτου και σε 93 αναγνωρίσθηκε

προκαρκινωματώδης εξεργασία (PIN), στους οποίους συστήθηκε επαναληπτική βιοψία. Οι υπόλοιποι ασθενείς ήταν ελεύθεροι νόσου, στην πλειοψηφία των οποίων αναγνωρίσθηκαν χρόνια ή και οξεία φλεγμονώδη στοιχεία στον παθολογοανατομικό έλεγχο. Από τους 81 ασθενείς, οι 4 εμφάνισαν υψηλό Gleason score > 8, σε 2 αναγνωρίσθηκε Gleason score 8, ενώ στους υπόλοιπους εντοπίσθηκε αδενοκαρκίνωμα προστάτου με Gleason score < 8. Και οι 81 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή, εκ των οποίων μόνο 3 εμφάνισαν λεμφαδενικές μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες.

**Συμπέρασμα:** Το PSA είναι ένας δείκτης που χρησιμεύει στην ενίσχυση της υποψίας για αδενοκαρκίνωμα του προστάτου αδένα. Δεν συνδέεται όμως μόνο με τον προστατικό καρκίνο, αλλά και με άλλες καταστάσεις και παθήσεις που ενισχύουν την παραγωγή του από τα αδενικά κύτταρα του οργάνου.

### 05. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΜΕ ΔΕΝΟΣΟΥΜΑΜΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ιωάννα Γκαλονάκη, Χρήστος Σαββόπουλος, Νικόλαος Καπέλλας, Μελανία Ερωτοκρίτου, Δημήτριος Πιλάλας,

Ελευθερία Ζτρίβα, Γρηγόρης Δήμας, Αρετή Σοφογιάννη, Γεωργία Καιάφα, Βασίλειος Περιφάνης, Ευθύμιος Κανάκης,  
Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος  
Α' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η υπερασβεστιαιμία είναι μια συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με κακοήθεις νόσους και συνδέεται με κακή πρόγνωση. Ο μέσος επιπολασμός της σε ασθενείς με διαγνωσμένη κακοήθη νόσο είναι 2,7%, ενώ σε ασθενείς με νόσους όπως το πολλαπλό μυέλωμα πλησιάζει το 10%. Η χορήγηση ενδοφλέβιων διφωσφονικών είναι η θεραπεία εκλογής για την ανθεκτική υπερασβεστιαιμία. Σε περιπτώσεις που είναι αναποτελεσματική ή ο χρόστη τους αντενδείκνυται λόγω νεφρικής νόσου, έχει περιγραφεί επιτυχής αντιμετώπιση της υπερασβεστιαιμίας με χορήγηση δενοσουμάπης, ενός μονοκλωνικού αντισώματος το οποίο δρα στον άξονα RANK/RANKL/OPG μειώνοντας την οστική απορρόφηση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης επιτυχούς αντιμετώπισης υπερασβεστιαιμίας σχετιζόμενης με κακοήθη νόσο σε ασθενή με οξεία νεφρική βλάβη.

**Υλικά- Μέθοδοι:** Άνδρας 87 ετών με ιστορικό στεφανιά-ας νόσου και οξείας μυελομονοκυτταρικής λευχαιμίας προ 13 ετών προσήλθε λόγω οιδήματος αριστερού κάτω άκρου. Κατά την κλινική εξέταση ήταν συγχυτικοδιεγερτικός χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε

οξεία νεφρική βλάβη (eGFR: 19ml/min/1,73m<sup>2</sup>) και υπερασβεστιαιμία (13.1mg/dl) με χαμηλή παραθορμόνη (0.6pmol/l). Η αξονική τομογραφία απεικόνισε λεμφαδενικές μάζες με πίεση των λαγόνιων αγγείων και ουρητήρων και διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος κυρίως αριστερά. Λόγω των προαναφερθέντων ευρημάτων εξ αποκλεισμού η υπερασβεστιαιμία αποδόθηκε σε κακοήθη νόσο.

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση φυσιολογικού ορού παράλληλα με φουροσεμίδη δεν ήταν απολεσματική για τη διόρθωση της υπερασβεστιαιμίας, ενώ παράλληλα τέθηκε αγωγή με πρεδνιζόλην. Λόγω επιδείνωσης της υπερασβεστιαιμίας χωρίς βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας την 7η ημέρα νοσηλείας χορηγήθηκε δενοσουμάπη με επιστροφή των επιπέδων του ασθετίου σε σταθερά φυσιολογικά επίπεδα 3 ημέρες μετά. Ο ασθενής κατέληξε λόγω σπητικής καταπληξίας συνέπεια λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού μετά από ένα μήνα.

**Συμπέρασμα:** Η δενοσουμάπη αποτελεί μια αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή για τη θεραπεία της ανθεκτικής υπερασβεστιαιμίας σχετιζόμενης με κακοήθη νόσο.

## 06. ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013-2018

Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Μάνη Ηλιάνα, Βασίλιεβα Λαρίσα, Σιάφη Ειρήνη, Βασιλείου Νικόλαος, Γκαμπρέλα Ελεάνα,  
Παπαδημητρόπουλος Βασίλειος, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκη Π. Σπύρος  
Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η ελαστογραφία ήπατος είναι μια μη επεμβατική τεχνική εκτίμησης της ππατικής ίνωσης που αντικατέστησε σε πολλές περιπτώσεις την βιοψία ήπατος. Στην παρούσα εργασία μελετάται η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ιατρών ως προς τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα ππατικά νοσήματα μέσω του προσδιορισμού των χαρακτηριστικών των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία ήπατος το διάστημα 2013-2018.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναλύθηκαν 3005 ασθενείς, την χρονική περίοδο 2013-2018. Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών 3 χρονικών περιόδων (Π): 2013-2014 (Π1), 2015-2016 (Π2) και 2017-2018 (Π3). Μόνο οι ασθενείς με γνωστή αιτιολογία καταγράφηκαν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην Π3 οι ασθενείς ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτεροι, με μέση πλικία 53,04 έτη ( $\pm 14,34$ ) έναντι 52,50 ( $\pm 13,84$ ) στην ομάδα Π2 και 50,90 ( $\pm 14,28$ ) στην Π1 ( $P=0,03$ ). Περισσότεροι άνδρες υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία

ήπατος και στις 3 ομάδες, αποτελώντας το 56.1%, 52.1%, 50.9% στην Π3, Π2 και Π1. Η κύρια αιτία παραπομπής ήταν η χρόνια ηπατίτιδα C (XHC) στις Π3 και Π2 και η χρόνια ηπατίτιδα (XHB) στην Π1 με ποσοστά 28.8% έναντι 25.7%, 44.1% έναντι 27.5% και 35.3% έναντι 36.7% στις Π3, Π2, Π1 αντίστοιχα. Καταγράφηκε τάση για αυξημένη παραπομπή ασθενών με μη-αλκοολική στεατοπατίτιδα (ΜΑΛΝΗ) για ελαστογραφία τα τελευταία χρόνια, εμφανίζοντας ποσοστά 13.2% (Π3), 6.2% (Π2) και 8.6% (Π1).

Επίσης το ίδιο εύρημα συναντάται και στην διαταραχή της ππατικής βιοχυμίας με ποσοστά 15.3%, 11.2% και 11.3%, αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η XHC παραμένει σταθερά κυρίαρχη αιτία παραπομπής για ελαστογραφία.

Επίσης καταγράφεται αυξημένο ποσοστό παραπομπής ασθενών με ΜΑΛΝΗ τα τελευταία έτη, που αντανακλά το ενδιαφέρον που δείχνουν πλέον οι γιατροί για την αξιολόγηση της ίνωσης σε αυτήν την νόσο.

## 07. ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΙΝΩΣΗΣ/ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Μάνη Ηλιάνα, Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Γκαμπρέλα Ελεάνα, Βασίλιεβα Λαρίσα, Παπαδημητρόπουλος Βασίλειος,  
Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκη Π. Σπύρος

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διάκριση ασθενών με χρόνια πατέτιδα C (ΧΗC) και προχωρημένη ίνωση/κίρρωση είναι σημαντική για την επιλογή θεραπείας και την ακόλουθη επιτήρηση. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αξιολόγηση της ακρίβειας ευρέως διαθέσιμων scores για την ανίχνευση της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης έχοντας ως μέθοδο αναφοράς την ελαστογραφία.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** 233 ασθενείς με ΧΗC (70% άνδρες, μέση ηλικία  $55 \pm 13.5$  έτη) διαχωρίστηκαν βάσει ελαστογραφίας σε: 111 (47.6%) ασθενείς με τιμή  $<10$  kPa ως F0-F2, 122 (52.4%) με  $>10$  kPa ως F3-F4, και 92 (39.5%) με  $\geq 12.5$  kPa ως F4. Αξιολογήθηκαν τα scores APRI και FIB4.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο δείκτης APRI διέκρινε ικανοποιητικά τους ασθενείς με κίρρωση (AUROC 0.795). Εκ των προτεινόμενων τιμών για τη διάκριση κίρρωσης, τιμή  $>1$  παρουσίαζε ευαισθησία 51.1%, ειδικότητα 87.9%, PPV 74.6%, NVP 73.37%. Στην

ομάδα μας, η τιμή 0.6103 παρουσίαζε ευαισθησία 79.3%, ειδικότητα 69.5%, PPV 62.93%, NVP 83.76%. Για τα F3-F4, η διαγνωστική ακρίβεια ήταν ελαφρώς χαμηλότερη (AUROC 0.745), με την τιμή 0.6103 να επιτυχάνει την βέλτιστη πρόβλεψη. Το FIB4 ήταν πιο ακριβές στη διάγνωση της κίρρωσης (AUROC 0.836). Εκ των προτεινόμενων τιμών, η 1.45 παρουσίαζε ευαισθησία 83.5%, ειδικότητα 66.7%, PPV 61.79%, NVP 86.24%. Η τιμή 1.58 επιτύχανε την ακριβέστερη διάγνωση με ευαισθησία 81.3%, ειδικότητα 70.9%, PPV 64.35%, NVP 85.47%. Για τη συνεκτίμηση των F3-F4, η διαγνωστική ικανότητα ήταν χαμηλότερη (AUROC 0.794), με το καλύτερο αποτέλεσμα στην τιμή 1.57.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ευρεία διακύμανση των βέλτιστων τιμών διάκρισης της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης δεν δικαιολογεί την χρήση τους έναντι της ελαστογραφίας ήπατος. Ωστόσο, από τις ορολογικές μεθόδους ο καλύτερος μη επεμβατικός δείκτης στη ΧΗC είναι το FIB4.

## 08. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Ν-ΓΛΥΚΑΝΗΣ ΟΡΟΥ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μάνη Ηλιάνα, Χατζηγιάννη Αιμιλία, Αλεξόπουλος Θεόδωρος, Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ντουράκης Π. Σπύρος  
Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η Ν-γλυκοζυλίωση των γλυκοπρωτεΐνων έχει φανεί πως μεταβάλλεται στη χρόνια πατατική νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολόγηση των μεταβολών των γλυκοπρωτεΐνων ως προς την ικανότητα διάκρισης της σημαντικής ίνωσης/κίρρωσης έχοντας ως μέθοδο αναφοράς την ελαστογραφία ήπατος.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι ασθενείς διαχωρίσθηκαν βάσει ελαστογραφίας σε 2 ομάδες: Ομάδα 1  $<6$  kPa και Ομάδα 2  $>13$  kPa. Οι Ν-Γλυκάνες αναλύθηκαν με τη μέθοδο Helena Biosciences Europe, Glycoliver profile test. Μετρήθηκαν οι γλυκάνες NA2, NA3, NA4, NGA2F και NA2F και οι λόγοι NGA2F/N3 (Glycofibro) και NA2F/N3 (Glycocirrho).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετήθηκαν 38 ασθενείς με χρόνια πατατική νόσο [63.2% άνδρες, 59 (32-78) ετών]: 19 με χρόνια ιογενή πατάτιδα, 6 με μη αλκοολική λιπώδη νόσο, 2 με αλκοολική νόσο και 11 με αυτοάνοση πατάτιδα. 22 ασθενείς εντάχθηκαν στην ομάδα 1 και 16 στην ομάδα 2. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία ( $p=0.071$ ), το φύλο ( $p=0.565$ ) και την

αιτιολογία της πατατικής νόσου μεταξύ των ομάδων ( $p=0.267$ ). Έχοντας την ελαστογραφία ως μέθοδο αναφοράς, στο 71% (27) υπήρχε πλήρης συμφωνία των αποτελεσμάτων, στο 24% (9) τα αποτελέσματα ήταν αρκετά κοντά και στο 5% (2) υπήρχε ασυμφωνία με τη μέθοδο Glycoliver. Στις 2 αυτές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα του Glycoliver test αξιολογήθηκαν ως ακριβέστερα βάσει διαθέσιμης πατατικής βιοψίας. Ο λόγος Glycocirrho διακρίνει αξιόπιστα την κίρρωση (AUROC=0.858). Η τιμή -0.2025 παρουσίαζε ευαισθησία 50%, ειδικότητα 100%, θετική προγνωστική αξία (PPV) 100%, αρνητική προγνωστική αξία (NVP) 73.3%.

Ο λόγος Glycofibro προβλέπει ακόμα πιο αξιόπιστα την κίρρωση (AUROC=0.935) με την τιμή 0.1165 να επιτυχάνει τη βέλτιστη εκτίμηση. (ευαισθησία 93.8%, ειδικότητα 99%, PPV 88.2%, NVP 95.2%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μεταβολή των επιπέδων των γλυκανών αποτελεί ιδιαίτερη αξιόπιστη μη επεμβατικό δείκτη διάκρισης της κίρρωσης.

## 09. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Λαμπριανού Φωτεινή, Χάσιου Αικατερίνη, Διακονικόλα Δέσποινα,  
Σπανού Σπυριδούλα, Χατζηπαντωνίου Αγαπητός, Ντέτσκας Γεώργιος, Σταμπόρη Μαρία, Ψελλάκης Γεώργιος, Βαμβακά  
Ευμορφία, Ψέλλας Χρυσόστομος, Καραταπάνης Στυλιανός  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός :** Ασθενείς με χρόνια πατάτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό

ότι στην περιοχή μας υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο. Σκοπός ήταν να μελετηθεί η απάντηση

στη θεραπεία με τα νεότερα από του στόματος αντικά φάρματα σε ασθενείς με XHC και γονότυπο 5.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συμπεριλάβαμε 23 ασθενείς με XHC (Α/Γ=5/18, μέση πλικία 68,8 έτη) που έφεραν το γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν σημαντική ίνωση και/ή κίρρωση (F3 ή F4 με Fibroscan). Από τους ασθενείς με κίρρωση 17/23 κανείς δεν εμφάνιζε ρήξη της αντιρρόποσης. Από τους ασθενείς αυτούς 7/23 είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης με ριμπαβιρίνη. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1X1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ<75kg και 1200mg όταν το ΒΣ>75kg) για 12 εβδομάδες, και 8 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες.

**Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης 23/23 επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (ΕΟΤ).

Μόνημη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 20/20 (100%) ασθενείς που διαθέτουμε στοιχεία 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμησης ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης μας, εκτός από δύο ασθενείς που διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης.

**Συμπεράσματα :** Μολονότι ο αριθμός των ασθενών της μελέτης μας είναι μικρός, φαίνεται ότι τα νεότερα αντικά φάρμακα επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR. Ο συνδυασμός sofosbuvir με ριμπαβιρίνη ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικός σε ασθενείς με XHC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το γονότυπο 5.

## 10. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΡΡΩΣΗ

Μαρία Λαγκαδινού<sup>1</sup>, Αγγελική Ανδρικοπούλου<sup>2</sup>, Ουρανία Κυριακοπούλου<sup>1</sup>, Κατερίνα Ψαρομυάλου<sup>1</sup>, Χρήστος Δάβουλος<sup>1,3</sup>, Ειρήνη Στεφανή<sup>1,3</sup>, Ευδοξία Αθραμοπούλου<sup>1,3</sup> και Δημήτρης Βελισσάρης<sup>1,3</sup>

1:Τμήμα επειγόντων Παθολογικής κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

2: Αγροτικός Ιατρός

3: Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Νοσοκομείου Πατρών

**Εισαγωγή:** Στους κιρρωτικούς ασθενείς, η σοβαρότητα της πηπατικής νόσου αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την εξέλιξη αλλά και τη θνητότητα. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο, τον περιορισμό της εξέλιξης της νόσου καθώς και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Η βιομορφία ήπατος αποτελεί golden-standard στη διάγνωση και στο καθορισμό του βαθμού της ίνωσης. Ωστόσο, πολλοί μη επεμβατικοί βιοδείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αυτό το σκοπό. Ο λόγος των ουδετερόφιλων πρός τα λεμφοκύτταρα (NLR), που έχει ήδη συσχετισθεί με κακή έκβαση σε καρδιακές νόσους και σε κάποιες μορφές κακοήθειας, όταν είναι αυξημένος, θα μπορούσε να αποτελεί σημαντικό δείκτη για τον καθορισμό της έκτασης της φλεγμονής.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η συσχέτιση του NLR με την αιτία της κίρρωσης, με την παρούσια ή όχι λοιμωξιών κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο καθώς επίσης και την εμφάνιση αιμορραγίας από το πεπτικό-κιρσορραγίας. Επίσης στόχος μας ήταν η συσχέτιση του λόγου με την έκβαση των ασθενών της μελέτης.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος κιρρωτικοί ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μας σε διάστημα ενάμισι έτους. Έγινε καταγραφή (από τους νοσηλευτικούς φακέλους): των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών (πλικία, φύλο), της αιτίας της κίρρωσης, της αιτίας εισόδου των ασθενών στο νοσοκομείο, του NLR, του MELD score και της έκ-

βασης των ασθενών (θάνατος).

**Αποτελέσματα:** Ήγινε καταγραφή 124 ασθενών. Ο μέσος όρος πλικίας των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν τα 60 έτη. Υπερείχαν οι άνδρες (81.45%). Η κύρια αιτία κίρρωσης ήταν το αλκοόλ (65.3%) ενώ η δεύτερη πιο συχνή ήταν οι ηπατίτιδες (17.8%). Από τους 24 ασθενείς που μπήκαν με λοιμωξη και σήψη, οι 15 (62.5%) είχαν δείκτη NLR αυξημένο (>6). Οι ασθενείς με κίρρωση που εισήχθησαν λόγω αιμορραγίας είχαν σε ποσοστό 71.4%, δείκτη NLR<6 και ένα μικρό μόνο ποσοστό (28.6%) εμφάνισε υψηλό λόγο. Από τη συσχέτιση του NLR με το MELD score προέκυψαν τα εξής: το 89.7% των κιρρωτικών, ανεξάρτητα από την αιτία της κίρρωσης, με NLR>6, είχαν MELD score > 10 (χειρότερη πρόγνωση αναφορικά με την έκβαση της κίρρωσης). Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν συνολικά 10. Από αυτούς, το 70% είχε δείκτη NLR > 6.

**Συμπεράσματα:** Η κύρια αιτία κίρρωσης εξακολουθεί να είναι το αλκοόλ, κάτι που είναι σύμφωνο με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ο δείκτης NLR μπορεί να αποτελεί σημαντικό, μη επεμβατικό προγνωστικό δείκτη παρουσίας ή όχι λοιμωξης σε ασθενείς με κίρρωση όπως επίσης και σημαντικό προγνωστικό παράγοντα έκβασης της κίρρωσης, μιας και αποδεικνύεται θετική συσχέτιση με το MELD SCORE. Απαιτούνται και άλλες μελέτες, με περισσότερους ασθενείς, προκειμένου να αποδειχθεί η θετική συσχέτιση του λόγου με την παρουσία λοιμωξης, την έκβαση της κίρρωσης και τη θνητότητα των ασθενών.

## 11. Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ.

Μαρία Λαγκαδινού<sup>1</sup>, Ηλίας Αρβανιτάκης<sup>2</sup>, Ουρανία Κυριακοπούλου<sup>1</sup>, Κατερίνα Ψαρομυάλου<sup>1</sup>, Χρήστος Δάβουλος<sup>1,4</sup>, Ειρήνη Στεφανή<sup>1,4</sup>, Ευδοξία Αθραμοπούλου<sup>1,4</sup>, Αγγελική Ανδρικοπούλου<sup>3</sup> και Δημήτρης Βελισσάρης<sup>1,4</sup>

- 1:Τμήμα επειγόντων Παθολογικής κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών
- 2: Κέντρο Υγείας Νότιου Τομέα Πάτρα
- 3: Αγροτικός Ιατρός
- 4: Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Νοσοκομείου Πατρών

**Εισαγωγή:** Η οξεία παγκρεατίτιδα αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο μοντέλο τοπικής και συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης. Είναι δυνητικά ήπια και αυτοπειριζόμενη νόσος, σοβαρές όμως περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύονται από πολυοργανική ανεπάρκεια (25%) με θνητότητα έως 50%. Συστήματα βαθμολόγησης χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της σοβαρότητας και την έναρξη επιθετικής πρώιμης θεραπείας. Τα κριτήρια RANSON, SOFA και APACHE II χρησιμοποιούνται ευρύτερα στην κλινική πράξη. Σκοπός της μελέτης είναι η ανεύρεση πιθανής συσχέτισης του λόγου Πολυμορφούρνα / Λεμφοκύτταρα (NLR) κατά την εισαγωγή των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα με τα ανωτέρω scores.

**Μεθοδολογία-Ασθενείς:** Αναδρομική μελέτη βασισμένη στα ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών που εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική του ΠΓΝ Πατρών με επιβεβαιωμένη διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας κατά την περίοδο Νοέμβριος 2015 έως Νοέμβριος 2017. Η μέτρηση του NLR (Neutrophil/Lymphocyte Ratio) προσδιορίστηκε με βάση τον απόλυτο αριθμό ουδετερόφιλων και λεμφοκυττάρων από την γενική εξέταση αίματος εισαγωγής. Η ανάλυση δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το συντελεστή r του Spearman για την αναζήτηση σημαντικών συσχετισμών μεταξύ NLR, C αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ορού, πλικίας και SOFA, APACHE II scores. Το επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε  $p = 0.05$ . Όλες οι αναλύσεις δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με τα scores βαρύτητας. Συνολικά επιβίωσαν 52 ασθενείς, 2 διεκομίσθησαν στην ΜΕΘ όπου απεβίωσαν.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφονταν 54 ασθενείς (55.6% άνδρες) με συνολικά μέση πλικία ήταν  $70 \pm 14$  έτη. Ο μέσος όρος NLR κατά την εισαγωγή των ασθενών ήταν  $8.7 \pm 6.7$ . Ανευρέθη θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ NLR και των SOFA(rs:0.311, p:0.025) και APACHE II (rs:0.196, p:0.177) scores εισαγωγής, ενώ αρνητική συσχέτιση μεταξύ NLR και CRP (rs:-0.116, p:0.475) εισαγωγής. Ο συνολικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) συσχετίστηκε θετικά με τα SOFA (rs:) και APACHE II scores. Ο δείκτης NLR είχε επίσης σημαντική θετική συσχέτιση με την βαθμονόμηση RANSON. Η πλικία των ασθενών είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το NLR καθώς και με τα scores βαρύτητας. Συνολικά επιβίωσαν 52 ασθενείς, 2 διεκομίσθησαν στην ΜΕΘ όπου απεβίωσαν.

**Συμπεράσματα:** Τα προγνωστικά συστήματα βαθμολόγησης, όπως τα κριτήρια του Ranson, APACHE II και SOFA scores, έχουν περιορισμούς στην κλινική πράξη, δεδομένου ότι είναι σύνθετα. Αποκτά μεγάλο ενδιαφέρον η ανάπτυξη απλών, γρήγορων και ανέξοδων δοκιμασιών ιδιαίτερα σε σύνθετες παθήσεις όπως η οξεία παγκρεατίτιδα. Το NLR είναι μια απλή δοκιμασία που εκτελείται κατά την αρχική φάση αξιολόγησης των ασθενών και εύκολα αναπαραγώγιμη. Απαραίτητα κρίνονται τα αποτελέσματα μεγάλων προοπτικών μελετών προς επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων μας.

#### Πίνακας κυριότερων τιμών

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age (years)	40	96	70.96	14.05
NLR	1,9	39.17	8.7	6.7
WBC ( $10^3/\mu\text{L}$ )	5890	24270	12690	
Serum CRP (mg/dL)	1.2	13.93	2.2	
SOFA	1	8	2.33	
APACHE II	1	15	7.32	

## 12. ΜΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ

Τζαβέλλα Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Ott Roland<sup>1</sup>, Schatke Winfried<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρόστος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>

1 Ινστιτούτο Γαστρεντερολογίας - Ιδιωτικό Ιατρείο, Μόναχο, Γερμανία, 2Α' Προπαρευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

**Παρουσίαση περιστατικού:** Θύλιο ασθενής, 21 ετών, ελάμβανε αντιβίωση με κεφουροδύμητο από εβδομάδος λόγω ιγμορίτιδος. Κατά τη διάρκεια των διακοπών της στη Σικελία ενεφάνισε στο δείπνο σοβαρό πρόβλημα κατά τη λήψη της τροφής (η οποία περιελάμβανε μεταξύ άλλων ξηρούς καρπούς) με αποτέλεσμα το αίσθημα της αδυναμίας κατάποσης αυτής. Χορηγήθηκαν άμεσα 2 λίτρα υγρών από το στόμα, χωρίς η ασθενής να αναφέρει βελτίωση. Λόγω βαθμιαίας επιδείνωσης με οξύ άλγος στη δεξιά άνω κοιλία έγινε εισαγωγή στο τοπικό νοσοκο-

μείο. Η ακτινογραφία θώρακος που διενεργήθηκε δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Στη συνέχεια η ασθενής παρουσίασε επανειλλημένα επεισόδια εμετού και αρχόμενο οπισθοστερνικό άλγος οπότε και ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζόν (50 mg), παρακεταμόλη (1000 mg) και τραμαδόλη. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας η ασθενής διεκομίσθη την μεθεπομένη της εισαγωγής της κατόπιν συνεννόησης κατεπειγόντως σε νοσοκομείο του Μονάχου. Κατά την άφιξή της στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου η ασθενής πλέον ανέφερε

οξύ πόνο κατά την κατάποση, καυστικό οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στην πλάτη και στο δεξί χέρι ενώ παρουσίαζε σιελόρροια και δυσκολία στη ομιλία (σχεδόν αφωνία). Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε μια ήπια λευκοκυττάρωση. Μετά την χορήγηση μεταμιζόλης (1g), μεθυλπρεδνίζολόνης (32 mg) και παντοπραζόλης η ασθενής έλαβε την ίδια ημέρα εξιτήριο με τη σύσταση ΩΡΛ εκτίμησης λόγω υποψίας λαρυγγίτιδος. Με πρωτοβουλία του πατέρα η ασθενής προστήθη μετά το εξιτήριο άμεσα στο γαστρεντερολογικό ιατρείο. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος κατέδειξε την ύπαρξη 2 ξένων σωμάτων (2 τεμάχια καρυδιού) να αποφράσουν τον οισοφάγο κάτω από τον άνω οισοφαγικό σφριγκτήρα με παρακείμενη νέκρωση του οισοφαγικού βλεννογόνου. Τα τεμάχια καρυδιού προωθήθηκαν χωρίς δυσκολία με το γα-

στροσκόπιο στον στόμαχο. Μετά την ενδοσκόπηση η ασθενής ανέφερε άμεση ύφεση όλων των συμπτωμάτων με πλήρη αποκατάσταση της ομιλίας.

**Συμπέρασμα:** Η κατάποση ξένου σώματος, ιδιαίτερα σε περίπτωση ενσφήνωσης στον οισοφάγο, αποτελεί επειγόυσα κατάσταση η οποία χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται απαραίτητα στη διαφορική διάγνωση της οξείας δυσκαταποσίας. Η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για την οριστική θεραπεία. Είναι αξιοσημείωτο στην παρούσα περίπτωση ότι παρά το χαρακτηριστικό ιστορικό και τη χαρακτηριστική συμπτωματολογία δεν επιτεύχθει άμεσα η σωστή διάγνωση με συνέπεια την καθυστερημένη ενδοσκοπική παρέμβαση.

## 13. ΝΕΑΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗΣ (ΝΑ) ΜΕ ΥΠΟΦΥΣΙΟΓΕΝΗ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟ

**Βαρελάς Παναγιώτης<sup>1</sup>, Σιασιάκου Σοφία<sup>1</sup>, Κουτσογιάννη Αναστασία<sup>2</sup>, Ερωτοκρίτου Αργυρή<sup>1</sup>, Ζαχαράκη Αναστασία<sup>1</sup>, Κούμπος Βασίλειος<sup>1</sup>, Νίκος Κώστας<sup>1</sup>, Μπατσούλη Αθηνά<sup>1</sup>, Γεωργούτσου Δήμητρα<sup>1</sup>, Λυμπερόπουλος Κώστας<sup>2</sup>, Παγώνη Σταμάτα<sup>1</sup>**

**1Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα**

**2Τμήμα Νεωτέρων Απεικονιστικών Μεθόδων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο υπογοναδισμός αποτελεί το πιο σύχνο σύμπτωμα της ΝΑ και περιλαμβάνεται στο φαινότυπο σχεδόν όλων των περιπτώσεων έως το τέλος της δεύτερης δεκαετίας της ζωής. Βιβλιογραφικά δεδομένα συνηγορούν ότι στον παθοφυσιολογικό μπχανισμό συμμετέχει πρωτίστως η προσβολή της υπόφυσης και των γονάδων, από την εναπόθεση σιδήρου, και δευτερεύοντως η προσβολή του παγκρέατος και του ήπατος. Η γνώση των μπχανισμών αυτών θα βοηθήσει στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με ΝΑ και υποφυσιογενή υπογοναδισμό.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενής 24 ετών προσέρχεται αναφέροντας από εξαμήνου σταδιακά επιδεινούμενη στυτική δυσλειτουργία με μειωμένη παραγωγή σπέρματος.

Από την κλινική εξέταση δεν παρουσίαζε κόπωση, αρθραλγίες, ππατομεγαλία, δερματική πορφύρα ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια αύξηση των αμινοτρανσφερασών και

υπερφεριτιναιμία, με αυξημένο κορεσμό τρανσφαιρίνης.

**Αποτελέσματα:** Ο κλινικός φαινότυπος σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό έλεγχο έθεσε την υποψία της ΝΑ. Ο μοριακός έλεγχος ανέδειξε ομοζυγωτία στην μετάλλαξη G320V του γονιδίου hemojuvelin HJV, επιβεβαιώνοντας την κλινική υποψία και θέτοντας τη διάγνωση.

Στον ορμονολογικό έλεγχο τα επίπεδα τεστοστερόνης και ωθητιλακιοτρόπου ορμόνης ήταν χαμηλά. Η μαγνητική τομογραφία υπόφυσης ανέδειξε εναπόθεση σιδήρου στην αδενουόφυση.

**Συμπέρασμα:** Είναι πολύ σημαντικό για την καλύτερη έκβαση ασθενών με ΝΑ η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία. Η υψηλή κλινική υποψία σε ασθενείς με υπογοναδισμό στην δεύτερη δεκαετία της ζωής και η γνώση των παθοφυσιολογικών μπχανισμών συμβάλουν στην καλύτερη έκβαση ασθενών με ΝΑ και των επιπλοκών της.

## 14. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΧΘΗΚΕ ΜΕ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

**Σοφούλης Σταμάτιος<sup>1</sup>, Σαββάλα Θεοδώρα Νεκταρία<sup>1</sup>, Θεοδωρίδου Σοφία<sup>1</sup>, Ζαφείρης Αριστείδης<sup>1</sup>, Στόκκος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Κουλούρη Ευστάθιος<sup>1</sup>, Λαμπρόπουλος Στυλιανός<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>**

**1 Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο» , Κοζάνη, 2 Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

Ασθενής 50 ετών με παλαιό κάταγμα βάσης κρανίου εξαιτίας τροχαίου ατυχήματος προσέρχεται στο ΤΕΠ εξαιτίας αδυναμίας, κόπωσης και εμέτων. Εισέρχεται στην παθολογική κλινική λόγω ραβδομυόλυσης και υπογλυκαιμίας όπου και χορηγούνται επιθετικά υγρά στα πλαίσια της συντηρητικής αντιμετώπισης. Το ίδιο βράδυ εισέρχεται σε πνευμονικό οίδημα ενώ στον υπέροχο που ακολουθεί διαγιγνώσκεται σοβαρά επηρεασμένο κλάσμα εξώθροπης ( KE ) 15-20% και δευτεροπαθή σοβαρή ανεπάρκεια της μι-

τροειδούς βαλβίδας, ενώ χαρακτηριστικά αναφέρεται το καρδιογράφημά της, το οποίο παρουσίαζε χαμηλά δυναμικά και σχετική φλεβοκομβική βραδυκαρδία για την κλινική της κατάσταση. Λόγω του ιστορικού αποστέλλεται πλήρης έλεγχος λειτουργικότητας προσθίου λοβού της υπόφυσης, ο οποίος είναι διαγνωστικός πλήρους υποφυσιακής ανεπάρκειας, οπότε και τίθεται σε αγωγή με θυροξίνη από του στόματος και ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη. Σημειώνεται πως κατά τη νοσηλεία της ασθενούς κατα-

γράφηκε έντονη αρρυθμιογένεση με επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, πολλαπλές έκτακτες κοιλιακές συστολές από διάφορα κέντρα, όπως επίσης και αυτοανατασόμενα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας. Η ασθενής από τα πρώτα 24ωρα της αγωγής βελτιώθηκε σημαντικά με πάυση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων, βελτίωση της ραβδομυόλυσης και της κλινικής εικόνας καθώς και πάυση της κοιλιακής αρρυθμιογένεσης. Εξήλθε με κλάσμα εξώθησης 35-40% και μέτρια ανεπάρκεια της μι-

τροειδούς βαλβίδας, ενώ σε επανέλεγχο υπήρξε περαιτέρω βελτίωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας και καλύτερη σε μέγεθος και λειτουργικότητα αριστερή κοιλία.

Η θυρεοειδική παθολογία αποτελεί ένα σύμπλοκο κλινικό σύνδρομο το οποίο μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στα πρωταρχικά του στάδια σε καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ όσο καθυστερεί η διάγνωση τόσο η εξέλιξη σε διατατική μυοκαρδιοπάθεια είναι και πιθανότερη.

## 15. ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ TORSADES DE POINTES

**Σοφούλης Σταμάτιος<sup>1</sup>, Σαββάλα Θεοδώρα Νεκταρία<sup>1</sup>, Θεοδωρίδου Σοφία<sup>1</sup>, Ζαφείρης Αριστείδης<sup>1</sup>, Στόκκος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Κουλούρης Ευστάθιος<sup>1</sup>, Λαμπρόπουλος Στυλιανός<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>2</sup>**  
**1 Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη, 2 Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

Ασθενής ετών 70 προσέρχεται λόγω συγκοπτικών επεισοδίων στο ΤΕΠ οπότε και διαγιγνώσκεται long QTc. Κατά την προσέλευση ο υπέρχος καρδιάς δείχνει ένα φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης αλλά 5 μέρες μετά, νέα απεικόνιση δείχνει σοβαρά επιπρεσμένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας και συγκεκριμένα KE 30%. Η ασθενής στεφανιογραφείται μιας και είχε ήπια κινητοποίηση ενζύμων και αποδεικνύεται φυσιολογική η στεφανιαία αγγείωση. Επομένως σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήρες οδηγίες η ασθενής αποστέλλεται για ενδομυοκαρδιακή βιοψία προς αποκλεισμό κεραυνοβόλου μυοκαρδίτιδας δεδομένου και των τριών επεισοδίων πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας όσο νοσηλεύοταν στη Σ/Μ της κλινικής μας που χρει-

άστηκαν καρδιομετατροπή. Η βιοψία δεν ήταν διαγνωστική μυοκαρδίτιδας, ενώ πέραν των καρδιολογικών παρεμβάσεων είχε αυξηθεί η ήδη λαμβανόμενη θυροξίνη λόγω ενός εργαστηριακά ευρισκόμενου ήπιου υποθυρεοειδισμού. Σταδιακά κατά της νοσηλείας της και όσο εργαστηριακά βελτιώνοταν η θυρεοειδική λειτουργία, άλλο τόσο διορθωνόταν τόσο το QTc, όσο και το κλάσμα εξώθησης για να φτάσουμε στο τέλος της νοσηλείας της να εξέλθει με φυσιολογικές τιμές αυτών.

Στη βιβλιογραφία περιγράφεται παράταση του QTc διαστήματος ακόμη και στον υποκλινικό υποθυρεοειδισμό με αποτέλεσμα τη θυρυβώδη κλινική εικόνα παρά τα ήπια εργαστηριακά ευρήματα.

## 16. ΓΛΟΥΚΑΓΟΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING ΛΟΓΩ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

**Φλούρου Χριστίνα, Τοφαρίδης Ανδρέας, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Ανδρέας, Αζίνα Χαρά, Πάρπας Γιώργος, Κάγκα Δήμητρα**  
**Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία.**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος(NETS) αποτελούν σπάνια νεοπλάσματα, με συμπετοχή συχνά σε οικογενείς ενδοκρινοπάθειες. Η συνύπαρξη τους με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του γαστρεντερικού συστήματος (ΓΕΣ) δεν εχει αναφερθεί μέχρι σημερα. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης ασθενούς με γλουκαγόνωμα και σύγχρονο αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου με παρανοπλασματική εκδόλωση συνδρόμου Cushing.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενής θήλεος φύλου, 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό Αρτηριακής Υπέρτασης νοσηλεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2018 στη Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.

**Αποτελέσματα:** Η εν λόγω ασθενής προσήλθε αιτιώμενη αδυναμία, καταβολή και απώλεια βάρους. Παρουσίαζε ικτερική χροιά, γλωσσίτιδα, και ψυλαφτό επώδυνο ήπαρ.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπεργλυκαιμία, αυξημένα ππατικά ένζυμα και γαλακτική αφυδρογονάση, εμφένουσα υποκαλιαιμία ενώ σημαντικά αυξημένες ήταν οι τιμές της ACTH και κορτιζόλης ορού. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μάζα στην κεφαλή παγκρέατος με πολλαπλές εστίες ήπατος. Ακολούθησε

ενδοσκοπικός ελεγχος και βιοψία από τη μάζα της παγκρεατος που πίεζε εκ των έξω το μείζον τόξο στομάχου, και βιοψία από ενδοαυλική μάζα στο δεύτερο τμήμα του δωδεκαδακτύλου. Διενεργήθηκε βιοψία από τις ππατικές εστίες υπό καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας με ανοσομορφολογικά χαρακτηριστικά γλουκαγονώματος (grade3).

Η ιστοπαθολογική εξέταση ήταν υπέρ γλουκαγονώματος στην 1η εστία της ενδοσκόπησης(ανοσοϊστοχημεία θετική για GLUT-1, NSE, χρωμογρανίνη και αρνητική για γαστρίνη), υπερ αδενοκαρκινώματος δωδεκαδακτύλου(με ανοσοϊστοχημεία θετική για ACTH).

Η ασθενής κατέληξε την 21η ημέρα νοσηλείας λόγω επεισοδίου επιληπτικών σπασμών με ανάδειξη πολλαπλών εστιών στα δυο παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια και οιδήματος.

**Συμπερασμα:** Οι νευροενδοκρινείς όγκοι παγκρέατος αν και σπάνιοι όγκοι μπορούν να συνυπάρχουν και με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του ΓΕΣ. Ως εκ τούτου η πλήρης διερεύνηση των ασθενών με κλινικά σύνδρομα από NETS είναι σημαντική, ενώ η κατάλληλη αντιμετώπιση ανάλογων περιπτώσεων θα πρέπει να διασαφνιστεί.

## 17. ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

**Ερυθροπούλου-Καλτσίδου Αναστασία<sup>1</sup>, Ζτρίβα Ελευθερία<sup>1</sup>, Καρλάφτη Ελένη<sup>1</sup>, Πιλάλας Δημήτριος<sup>1</sup>, Κοντάνα Αναστασία<sup>1</sup>, Χατζόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>, Παραμυθιώτης Δανιήλ<sup>2</sup>, Ψωμά Ελισάβετ<sup>3</sup>, Χατζηπόλιος Απόστολος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>**

**1Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

**2Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

**3 Ακτινολογικό Εργαστήριο ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

**Εισαγωγή-σκοπός:** Τα ππατικά αποστήματα αποτελούν μια σπάνια αλλά σοβαρή νοσολογική οντότητα, καθώς παρουσιάζονται με μη ειδικά συμπτώματα και έχουν σχετικά υψηλή θνητότητα. Τα πιο συχνά ππατικά αποστήματα είναι τα λοιμώδη αποστήματα, που προέρχονται τις περισσότερες φορές από επέκταση ποπικής φλεγμονής και προκαλούνται συνήθως από βακτήρια. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ππατικού αποστήματος σε ασθενή με μοναδικό σύμπτωμα το εμπύρετο.

**Υλικό και μέθοδος:** Άνδρας ασθενής 72 ετών, με ιστορικό χολολιθίασης, προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 38°C κυρίως τις απογευματινές ώρες, διάρκειας δύο εβδομάδων, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Προ δεκαπενθημέρου νοσηλεύτηκε σε χειρουργική κλινική λόγω χολοκυστίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Το υπερηκογράφημα και η αξονική κοιλίας ανέδειξαν την ύπαρξη στο τμήμα IV του ήπατος υπόπικου σχηματισμού 7,5 εκατοστών, με κυστικά στοιχεία και ατελή διαφραγμάτια, καθώς και έντονη διάταση της χολοδόχου κύστεως με χολόθιους στον αυχένα. Το απεικονιστικό αυτό εύρημα δεν υπήρ-

χε σε προηγούμενο απεικονιστικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της προηγούμενης νοσηλείας του. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και στη συνέχεια έγινε διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος, με τοποθέτηση καθετήρα στη χοληδόχο κύστη, λόγω ύπαρξης επικοινωνίας μεταξύ αυτής και του αποστήματος. Το παθογόνο μικρόβιο που απομονώθηκε από την καλλιέργεια του υλικού του αποστήματος ήταν η Escherichia Coli. Ο ασθενής απυρέτησε και βελτιώθηκε η κλινική, εργαστηριακή και ακτινολογική του εικόνα. Ωστόσο, λόγω μη πλήρους υποχώρησης του ππατικού αποστήματος, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε κειρουργικά με υφολική χολοκυστεκτομή και κειρουργική παροχέτευση του αποστήματος.

**Συμπεράσματα:** Η σωστή αντιμετώπιση του ππατικού αποστήματος, με τη συνεργασία παθολόγων, ακτινολόγων και κειρουργών, είναι πρωταρχικής σημασίας, λόγω της υψηλής θνητότητας και των πιθανών επιπλοκών.

Απαιτείται υψηλή κλινική υποψία για την έγκαιρη διάγνωση του ππατικού αποστήματος λόγω των μη ειδικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων.

## 18. ΣΤΑΦΥΛΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΣΦΥΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ

**Τρίτζαλη Μαρούλα<sup>1</sup>, Μαλαματένιος Μάρκος<sup>1</sup>, Γιαννάς Ραφαήλ<sup>1</sup>, Σπάρτακος Ιορδανίδης<sup>1</sup>, Βούλτσος Ιωάννης<sup>2</sup>, Γεωργαλή Ανδρούλα<sup>1</sup>, Γιαννικόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>.**

**1Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη**

**2Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»**

**Εισαγωγή-σκοπός:** Η μηνιγγίτιδα από Staphylococcus aureus είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε περίπτωση σταφυλοκοκκίκης μηνιγγίτιδας σε ασθενή με οσφυαλγία.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Ασθενής 29 ετών με από πενθήμερο οσφυαλγία και από 24ώρου κεφαλαλγία, εμέτους και 39°C. Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Λόγω υποψίας μηνιγγίτιδας, έλαβε κεφτριαζόντη και βανκομυκίνη σε περιφεριακό ιατρείο προ της εισαγωγής. ΑΠ115/60mmHg, σφύξεις 70/λεπτό, θ36,7°C (υπό παρακεταμόλη), GCS 15, τελική αυχενική δυσκαμψία, οσφυική ευασθθοσία, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC 13.560/uL (Π97%), CRP 116, HIV(-). Ένεκα παρατεταμένου INR, υπεβλήθη σε ΟΝΠ την επόμενη ημέρα. Ο ασθενής εμφάνισε σπητική εικόνα με πυρεξία, σύγχυση, πτώση αρτηριακής πίεσης, αμέσως μετά την ΟΝΠ που ανέδειξε 800κκx(Π95%). Λόγω της σπητικής εικόνας και εν αναμονή καλλιεργιών, η αγωγή τροποποιήθηκε σε μεροπενέμπτη και βανκομυκίνη. Όλες οι καλλιέργειες ήταν στείρες, ενώ η PCR ENY κατέδειξε Staphylococcus aureus. Έλεγχος για μεταστατικές εστίες με

αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας και υπερηκογράφημα καρδίας, απέβει αρνητικός. Η τομογραφία της ΟΜΣΣ ήταν συμβατή με σπονδυλοδισκίτιδα O1-O5 κι η αγωγή τροποποιήθηκε σε λινεζόλιδη 600mg 1x2 IV. Παρέμεινε απύρετος μετά πάροδο 48ώρου και εξήλθε τη 14η μέρα, συνεχίζοντας την παρακολούθηση σε κέντρο του εξωτερικού με per os τριψεθορίμη-σουλφουμεθοξαζόλη.

**Αποτελέσματα:** Μηνιγγίτιδα από staphylococcus aureus αποτελεί το 2-10% των βακτηριακών μηνιγγίτων, σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις ή από παρακείμενη φλεγμονώδη εστία. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν ο πυρετός (84%), η διαταραχή του επιπέδου συνείδοσης (75%), μηνιγγικά σημεία (62%) και κεφαλαλγία (41%). Κριτικής σημασίας παραμένει ο εκτεταμένος έλεγχος για πιθανή πρωτοπαθή εστία και εντόπιση δευτεροπαθών μεταστατικών φλεγμονώδων εστιών.

**Συμπεράσματα:** Υψηλός δείκτης υποψίας, και πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απαιτούνται σε κάθε περίπτωση σταφυλοκοκκίκης μηνιγγίτιδας για επιτυχή έκβαση και θεραπεία.

## 19. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΕΝΑΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Θεόδωρος Μ. Τούμπουρας<sup>1</sup>, Θωμάς Ι. Τέγος<sup>2</sup>, Ιωάννης Μ. Καραμούζης<sup>3</sup>, Μάρκος Ανδρόνογλου<sup>1</sup>, Αναστασία Καραπαπάζογλου<sup>1</sup>, Σοφία Δημοπούλου<sup>1</sup>, Γεώργιος Χατζόπουλος<sup>1</sup>, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα<sup>1</sup>, Σταυρούλα Βενέτη<sup>1</sup>, Σπυρίδων Φωτιάδης<sup>1</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Αναζητώντας βιοδείκτες που να προσδιορίζουν ένα κλινικό μοντέλο υπέρτασης - παχυσαρκίας και προδιαθέτοντας για αθηροσκλήρωση συσχετίστηκε μια σειρά διαφόρων κυττακινών και αυξητικών παραγόντων. Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών – 23 (FibroblastGrowthFactor – 23, FGF-23) έχει ενοχοποιηθεί τελευταία στη χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και είναι σημαντικός στον άνθρωπο κατά την οστεογένεση.

Πρόσφατα πειραματικά δεδομένα υποστηρίζουν έναν ρόλο για τον FGF-23 στην ευόδωση κυτταροκινών από το λιπωδό ιστό αλλά υποκείμενοι μηχανισμοί δεν έχουν διερευνηθεί.

Η λευκωματουρία εκτός από πρώιμος δείκτης XNN και καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) έχει βρεθεί σε συχνότητα 1 στους 4 υπέρτασικούς ασθενείς, καθώς και 1 στους 3 υπερήλικες (>65 ετών).

Έχει βρεθεί ότι η βιταμίνη D εμφανίζεται ιδιαίτερα μειωμένη στους υπέρτασικούς ασθενείς με λευκωματουρία. Στην παρούσα μελέτη αναζητούνται βιοδείκτες αφενός που να πλαισιώνουν το μοντέλο και αφετέρου που να σχετίζονται με αθηροσκλήρωση σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (AY).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 80 ασθενείς με AY και λευκωματουρία από 300mg– 2.5gr ημεροσίως με δείκτη μάζας σώματος (BodyMassIndex, BMI) >30 kg/m<sup>2</sup> και 100 ασθενείς με AY χωρίς λευκωματουρία και BMI <30 kg/m<sup>2</sup>.

Τα επίπεδα ορού του FGF-23, της 1.25(OH)2D3, του Αγγειακού Ενδοθηλιακού Αυξητικού Παράγοντα – A (VascularEndothelialGrowthFactor – A, VEGF-A) και του Ιστικού Αναστολέα των Πρωτεασών-1 (TissueInhibitor of Metalloproteinase-1, TIMP-1) μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο προσδιορισμός των επιπέ-

δων της ομοκυστεΐνης (Hmct) έγινε με τη μέθοδο του πολωμένου ανοσοφθορισμού (FPIA), ενώ η διερεύνηση των μεταλλάξεων MTHFR-1 (C677T) και MTHFR-2 (A1298C) με τη μέθοδο της Real Time PCR, η οποία ανινεύει τόσο το φυσιολογικό όσο και το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο γονίδιο.

Η πάχυνση του έσω-μέσου κιτώνα (Intima-MediaThickness, IMT) των καρωτίδων, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υπερηκοτομογράφο υψηλής ευκρίνειας, ενώ η αλβουμινουρία μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά του FGF-23 ( $0.5 \pm 0.1 \text{ ng/ml}$ ,  $p < 0.001$ ), του VEGF-A ( $350 \pm 50 \text{ pg/ml}$ ,  $p < 0.0001$ ), του TIMP-1 ( $400 \pm 20 \text{ ng/ml}$ ,  $p < 0.0001$ ), της Hmct ( $10 \pm 5 \mu\text{mol/l}$ ,  $p < 0.0001$ ), της 1.25(OH)2D3 ( $40 \pm 25 \text{ pg/ml}$ ,  $p < 0.0001$ ), του IMT ( $0.4 \pm 0.1 \text{ mm}$ ,  $p < 0.0001$ ) και της λευκωματουρίας ( $1500 \pm 500 \text{ mg}$ ,  $p < 0.0001$ ) σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες. Υπήρξε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων λευκωματουρίας και IMT ( $r: 0.75$ ,  $p < 0.0001$ ), λευκωματουρίας με AY ( $r: 0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), VEGF-A με λευκωματουρία ( $r: 0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), VEGF-A με AY και IMT ( $r: 0.75$ ,  $p < 0.0001$ ) και VEGF-A με Hmct ( $r: 0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), FGF-23 με AY και IMT ( $r: 0.65$ ,  $p < 0.001$ ).

Στην ομάδα ασθενών η μετάλλαξη MTHFR-1 (C677T) ήταν παρούσα στο 75% των ασθενών και η MTHFR-2 (A1298C) στο 40%. Στην ομάδα υγιών 20% εμφάνιζαν την MTHFR-1 και 10% την MTHFR-2.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στο μοντέλο της AY σε παχύσαρκους ασθενείς με λευκωματουρία και υποβιταμιναιμία D, ο VEGF-A, ο TIMP-1, ο FGF-23, η Hmct και ο MTHFR-1 εμφανίζονται να προδιαθέτουν σε αθηροσκλήρωση και εγκεφαλική ισχαιμία.

## 20. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ (ΣΒΙ)

Δέσποινα Παυλοπούλου<sup>1</sup>, Θαλής Ασημακόπουλος<sup>1,2</sup>, Θεόδωρος Αγγελόπουλος<sup>1,3</sup>, Χρήστος Τσαγκάρης<sup>1,3</sup>

1: Ομάδα Νέων Ιατρών και Φοιτητών Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα

2: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα

3: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο

**Εισαγωγή:** Η στένωση ή απόφραξη της σπονδυλοβασικής αρτηρίας ευθύνεται για το 20-25% των ν αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ). Η αθηρωμάτωση αλλά και η μηχανική συμπίεση της σπονδυλικής αρτηρίας από εκφυλιστικές και οστεοφυτικές διεργασίες της ΑΜΣΣ αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας και απελευθέρωσης εμβόλων.

Η απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του σπονδυλοβασικού συστήματος περιλαμβάνει την αξιολόγηση των σπονδυλικών αρτηριών, της βασικής αρτηρίας και των κύριων κλάδων τους ώστε να ελεχθεί η οπίσθια εγκεφαλική κυκλοφορία.

**Μέθοδος:** Η μελέτη αυτή αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση - αξιολόγηση των μεθόδων απεικονιστικής προσέγγισης της ΣΒΙ. Έγινε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (ischemia, vertebral circulation, cervical, imaging) στις βάσεις Pubmed και Scopus. Κριτήρια εισαγωγής ήταν η μελέτη μεγάλου δείγματος ασθενών και η διαθεσιμότητα της μελέτης στα αγγλικά.

**Αποτελέσματα:** Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι: το Duplex υπερηκοτομογράφημα , το Διακρανιακό Doppler υπερηκοτομογράφημα , το Υπολογιστικό Τομογραφία – Αγγειογραφία η Μαγνητική Τομογραφία , το Μαγνητι-

κά Αγγειογραφία και η Ψηφιακή Αφαιρετική Αγγειογραφία .

Το υπερηχογράφημα συνιστά το πρώτο βήμα στην προσέγγιση ασθενών με κλινική ΣΒΙ (ζάλη, λιποθυμία, αστάθεια βάδισης κ.α) και δύναται να ανιχνεύσει αναστροφή ροής, τη βατότητα των σπονδυλικών αρτηριών ή των μεγάλων αγγείων.

Για τον εντοπισμό της στένωσης και το σχεδιασμό επεμβατικών πράξεων είναι απαραίτητος ο αγγειογραφικός έλεγχος με υπολογιστική, μαγνητική και ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία

**Συμπεράσματα:** Το υπερηχογράφημα (ΥΓ) είναι μέθοδος μη επεμβατική και ευρέως διαθέσιμη. Κύριοι περιορισμοί του είναι οι ανατομικές παραλλαγές και η δύσκολη προσβασιμότητα των σπονδυλικών αρτηριών.

Η υπολογιστική αγγειογραφία μπορεί να αναδείξει ισχαιμία εντός 24 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων ενώ μεγαλύτερη ευαισθησία εχει Μαγνητική Αγγειογραφία.

Η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία είναι η αξιοπιστότερη, παρέχει εξαιρετική απεικόνιση της ενδοεγκεφαλικής κυκλοφορίας, ενέχει όμως κινδύνους όπως άμεσο ΑΕΕ.

## 21. ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

**Δέσποινα Παυλοπούλου<sup>1</sup>, Θεόδωρος Αγγελόπουλος<sup>1,2</sup>, Θαλής Ασημακόπουλος<sup>1,3</sup>, Χρήστος Τσαγκάρης<sup>1,2</sup>**

**1: Ομάδα Νέων Ιατρών και ΦοιτητώνΈνωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής (ΕΕΛΙΑ), Αθήνα**

**2: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο**

**3: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Αθήνα**

**Εισαγωγή:** Η Αυχενογενής Σπονδυλοβασική Ισχαιμία (ΑΣΒΙ) είναι μια πάθηση υποδιαγνωσκόμενη, ασαφούς συμπτωματολογίας, απειλητική για τη ζωή και δυνητικά θεραπεύσιμη με λιγοστή βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μορφοποιηθεί η αιτιοπαθογενετική και η κλινική εικόνα της ΑΣΒΙ.

**Μέθοδος:** Γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση της (ΑΣΒΙ), από το 1991 ταξινομώντας και μορφοποιώντας τα αίτια, κλινικά συμπτώματα, παθοφυσιολογία και μεθόδους διάγνωσης. Έγινε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (ischemia, vertebral circulation, cervical) στις βάσεις PubMed και Scopus. Κριτήρια εισαγωγής ήταν η μελέτη μεγάλου δείγματος ασθενών και η διαθεσιμότητα της μελέτης στα αγγλικά.

**Αποτελέσματα:** Τα κλινικά συμπτώματα της ΣΒΙ μπορεί να είναι ασαφή, πολλαπλά, παροδικά και επαναλαμβανόμενα. Χαρακτηρίζονται από αστάθεια, ίλιγγο, εμβοές, δυσφαγία, δυσαρθρία, διπλωπία, περιστοματική αιμωδία, επεισόδια πτώσης και τέλος εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα αίτια της ΣΒΙ μπορεί να είναι ενδοαυστικά όπως αθηροσκλήρωση ή εξωαυστικά οφειλό-

μενα σε μηχανική συμπίεση: αυχενικά οστεόφυτα, σπονδυλολίσθιση ή σπονδυλική αστάθεια, στένωση εγκαρσίων τρομάτων, κλπ. . και παρατηρείται συχνότερα σε άνδρες τέταρτης ή πέμπτης δεκαετίας με αυχενική σπονδύλωση. Παθοφυσιολογικά η ΑΣΒΙ προκαλείται λόγω χαμηλής παροχής αίματος ή εμβολής. Η διάγνωση τίθεται νευροαπεικονιστικά : η αρτηριογραφία σπονδυλοβασικής θεωρείται η σημαντικότερη, αλλά λόγω σοβαρών κινδύνων προπογούνται ο διακρανιακός υπέρρυθμος, αξονική και μαγνητική αγγειογραφία, καθώς και το τεστ καταστολής του σπονδυλοβασικού νυσταγμού.

**Συζήτηση:** Έχουν αναφερθεί αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κατά την πλάγια κάμψη του αυχένα (σύνδρομο κυνηγού) ή κατά την υπερέκτασή του (σύνδρομο λουσίματος κομμωτηρίου). Θεωρείται ότι συχνά η ΑΣΒΙ μπορεί να διαλαθεί διαγνωστικά. Κρίνεται απαραίτητο ο κλινικός ιατρός να προβαίνει σε διερεύνηση παρουσία ενδείξεων εκ του ιστορικού για την εγκαιρη πρόληψη νευρολογικής ΑΕΕ.

**Λέξεις κλειδιά.** Σπονδυλοβασική ισχαιμία, σπονδυλική αρτηρία, αυχενική σπονδύλωση

## 22. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ Η' ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Ζτρίβα Ελευθερία<sup>1</sup>, Παπαναστασίου Αναστάσιος<sup>1</sup>, Σέββα Χριστίνα<sup>1</sup>, Σαμαρά Σοφία<sup>1</sup>, Σαμοήλης Γιώργος<sup>2</sup>, Πιλάλας Δημήτριος<sup>1</sup>, Χατζόπουλος Γιώργος<sup>1</sup>, Καϊάφα Γεωργία<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>3</sup>, Καλογερά Άννα<sup>2</sup>, Χατζηπόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>**

**1Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ**

**2Ακτινοδιαγνωστικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ**

**3Α' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ**

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας σε ασθενείς που λάμβαναν αντιπικτική ή αντιαιμοπεταλλιακή αγωγής, καθώς και η εκτίμηση της βαρύτητας της αιμορραγίας στους ασθενείς αυτούς

**Υλικά και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 18 ασθενείς οι οποίοι νοσηλευτήκαν με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία στην Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου το έτος 2018-2019. Για την εκτίμηση της βαρύτητας της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο Intracerebral Hemorrhage (ICH)

score, το οποίο εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή των ασθενών. Το scoreεκτιμά την θνητότητα αλλά και την καλή έκβαση των ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία τις επόμενες 30 μέρες και περιλαμβάνει τον υπολογισμό της κλίμακας λειτουργικότητας NIHSS, τον ογκό της αιμορραγίας, την εντόπιση της και την προέλευση της, καθώς και την πλικία του ασθενούς.

**Αποτελέσματα:** Από τους 18 ασθενείς οι 13(72.2%) λάμβαναν αντιπιπκτική ή/και αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή- 4 αντιπιπκτική, 7 αντιαιμοπεταλλιακή και 2 αντιπιπκτική και αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή. Οι ασθενείς που λάμβαναν αντιπιπκτική ή/και αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή είχαν χειρότερη πρόγνωση, όπως πρόκειψε από την εκτίμηση του ICHscore κατά την εισαγωγή τους. 5 ασθενείς απεβίωσαν μέσα στις επόμενες 30 μέρες. Λάμβαναν

όλοι αντιπιπκτική ή και αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή.

**Αποτελέσματα:** Η αυτόματη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αποτελεί το 10-15% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αφορά ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος αντιπιπκτική ή αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή. Η εξέλιξη και η πρόγνωση της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας είναι χειρότερη στους ασθενείς υπό αντιπιπκτική ή/και αντιαιμοπεταλλιακή αγωγή και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη επέκταση του αιματώματος.

Για το λόγο αυτό οι σύγχρονες μελέτες κατευθύνονται στην αναστροφή της δράσης της αγωγής αυτής σε περιπτώσεις απειλητικής αιμορραγίας.

## 23. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΙΑΕΕ)

Κυριάκου Φανή<sup>1</sup>, Σιάφη Ειρήνη- Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Τάγαρης Θάνος<sup>2</sup>, Νούτσου Μαρίνα<sup>1</sup>, Ντουράκης Σπυρίδων<sup>1</sup>

1 Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

2 Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών ΕΜΠ

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Τα ΙΑΕΕ αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, καθώς και μακροπρόθεσμης αναπορίας.

Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων κινδύνου και εργαστηριακών παραμέτρων κατά την εισαγωγή των ασθενών με την έκβαση έως την έξοδο από το νοσοκομείο.

**Υλικό και μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν 266 διαδοχικοί ασθενείς με ΙΑΕΕ (γυναίκες 57,5%), μεταξύ Απριλίου 2016 και Μαρτίου 2018.

Η μέση πλικία ήταν 80,6 ( $\pm$  10,1) έτη και η διάρκεια νοσηλείας 6,2 ( $\pm$  5,4) ημέρες. Από το ατομικό αναμνηστικό: 24,2% είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), 67% αρτηριακή υπέρταση (AY), 40,7% δυσλιπιδαιμία, 18% στεφανιαία νόσος (SN), 12,4% κολπική μαρμαρυγή (KM).

Εστάλη εργαστηριακός έλεγχος για γλυκόζη κατά την προσέλευση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), γλυκόζη νηστείας (εντός 24ώρου), λιπιδαιμικό προφίλ, τροπονίνη, γενι-

κή αίματος, c-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Επιπλέον, έγινε CT εγκεφάλου κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ και μετά 48 ώρες.

**Αποτελέσματα:** Ο θάνατος των ασθενών με ΙΑΕΕ μέχρι τη έξοδο από το νοσοκομείο συσχετίστηκε θετικά με: τη γλυκόζη νηστείας ( $r$  0,2156,  $p$  < 0,05), τη CRP ( $r$  0,2524,  $p$  < 0,05), την πλικία ( $r$  0,1984  $p$  < 0,05) και τη διάρκεια νοσηλείας ( $r$  0,151,  $p$  < 0,05), ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με: την HDL- χοληστερίνη ( $r$  -0,1525,  $p$  < 0,05) και τον αριθμό των λεμφοκυτάρων ( $r$  -0,1693,  $p$  < 0,05).

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, οι τέσσερις παράμετροι που επηρέασαν περισσότερο την έκβαση νοσηλείας (θάνατος) και με σειρά σημαντικότητας ήταν: CRP, γλυκόζη νηστείας, ημέρες νοσηλείας και πλικία.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΙΑΕΕ, η έκβαση μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο (έπιβίωση ή θάνατος), θα μπορούσε να προβλεφθεί και ενδεχομένως να τροποποιηθεί χρησιμοποιώντας απλές παραμέτρους διαθέσιμες από το τμήμα επειγόντων περιστατικών.

## 24. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΕΩΝ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ

Γκολιοπούλου Αθηνά<sup>1</sup>, Ρέντζιου Γιαννούλα<sup>2</sup>, Μαραθωνίτης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Παγκράτης Προκόπη<sup>3</sup>, Τσόγκας Ναπολέων<sup>1</sup>, Μποκή Κυριακή<sup>4</sup>, Μοντσενίγος Θωμάρ<sup>1</sup>

1 Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισιμανόγλειο», Αθήνα

2 Μονάδα Λοιμώξεων, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α Λαϊκό

3 Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισιμανόγλειο», Αθήνα

4 Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισιμανόγλειο», Αθήνα

**Σκοπός:** Θρομβωτικές μικροαγγειοπάθειες (ΤΜΑ) αποτελούν μια νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από μικροαγγειοπάθητική αιμολυτική αναιμία και θρομβοπενία. Διαχωρίζεται στα πρωτοπαθή σύνδρομα και στις σχετιζόμενες με συστηματικά νοσήματα καταστάσεις.

Σκοπός είναι να παρουσιάσουμε περιστατικό μικροαγγειοπάθητικής αιμολυτικής αναιμίας και θρομβοπενίας σε νέοενήλικα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Άνδρας 38 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω κοιλιακού άλγους από δεκαημέρου. Κλινική εξέταση: αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, κοιλία: μαλθακή, ευπίεστη, ευαισθησία στην ψηλάφηση εντοπιζόμενη στο επιγάστριο, αντανάκλαση στην ράχη, λοιπά συστήματα κατά φύση. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου: υψηλή τιμή αμυλάσης ορού, ούρων, αναιμία, θρομβοπενία και υψηλή τιμή τρο-

πονίνης,ΗΚΓ:φυσιολογικό.Ατομικό ιστορικό:ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προ 4ετίας, βαρύς καπνιστής,αυξημένο BMI.Κατά την λεπτομερέστερη μελέτη του ατομικού ιστορικού διαιπιστώθηκε ήπια θρομβοπενία από 5ετίας η οποία δεν είχε διερευνηθεί.

Ο ασθενής εισήχθη στην Α' Παθολογική Κλινική προς περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας, η οποία ανέδειξε: παλαιό εγκεφαλικό έμφρακτο, ασαφοποίηση περιπαγκρεατικού λίπους. Triplex καρδιάς: ήπιες υποκινησίες κατώτερου τοιχώματος. Μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος περιφερικού αίματος, αιματολογική εκτίμηση: χωρίς παθολογικά ευρημάτα κατά την παρούσα χρονική στιγμή. Εστάλη πλήρης έλεγχος προς διερεύνηση θρομβοπενίας.

Λόγω άμεσης Coombs(+) και αντιπιπτικού λύκου(+)έναρξη ώσεων μεθυλπρεδνίζολόντς. Λόγω εμμένουσας θρομβοπενίας και αναιμίας χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη για 5 ημέρες, χωρίς βελτίωση. Την δέκατη ημέρα νοσηλείας ανιχνεύθησαν στο πλακάκι περιφερικού αίματος σχιστοκύτταρα, σε συνδυασμό με τη θρομβοπενία επέθη πη διάγνωση θρομβωτικής μικραγγειοπάθειας ασθενής υπεβλήθη σε πλασμαφαίρεση. Ο παράγοντας Adamts13 ήταν στην γκρίζα ζώνη.Παρουσίασε βελτίωση της αιματολογικής του εικόνας.

**Συμπεράσματα:** Η θρομβοφιλία σε συνδυασμό με θρομβωτικές καταστάσεις εγείρει την υποψία διαταραχών σε επίπεδο μικρών αγγείων. Ο αποκλεισμός συστηματικών νοσημάτων και η άμεση έναρξη θεραπείας αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

## 25. ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Γεωργία Δ. Καιϊάφα<sup>1</sup>, Αναστασία Κ. Ερυθροπούλου-Καλτσίδου<sup>1</sup>, Ιωάννης Μ. Καραμούζης<sup>2</sup>, Ηλίας Κανέλλος<sup>1</sup>, Γρηγόριος Παναγιώτου<sup>1</sup>, Σαράντης Α. Σάτσογλου<sup>1</sup>, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα<sup>1</sup>, Αναστασία Κοντάνα<sup>1</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Δημήτριος Μ. Γρέκας<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη  
2 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο αυξητικός παράγοντας των ινοβλαστών FGF-23 παράγεται από τα οστεοκύτταρα και τους ινοβλαστες και δρα φυσιολογικά στο νεφρό επάγοντας τη φωσφατουρία και αναστέλλοντας τη σύνθεση της 1.25 (OH)2D. Η παραθορμόνη (PTH) δρα άμεσα στα οστεοκύτταρα αυξάνοντας την έκφραση του FGF-23. Η παρατήρηση ότι η αναιμία και ο Β' παθήσυ-περιπαραθυρεοειδαμός (ΔΥΠΘ) στην διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) ξεκινούν νωρίτερα σε σύγκριση με άλλες αιτίες χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) οδήγησε στη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν τα επίπεδα ορού των FGF-23 και 1.25 (OH)2D και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες αναιμίας και ΔΥΠΘ σε πρώιμα στάδια XNN και ΔΝ.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με XNN σταδίων 1 και 2 και ΔΝ. Ως ομάδα μαρτύρων προσήλθαν 40 υγείες μάρτυρες. Η κάθαρση κρεατινίνης και η έκ-

κριση αλβουμίνης ανιχνεύθηκαν σε ούρα 24ώρου. Ο FGF-23 και η 1.25 (OH)2D μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Η παραθορμόνη μετρήθηκε με τη μέθοδο της πλεκτρο-χημειοφωταύγειας (ECLIA).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε ασθενείς σε σχέση με μάρτυρες μεταξύ FGF-23 ( $0.5 \pm 0.1$ ,  $p < 0.005$ ), 1.25 (OH)2D3 ( $40 \pm 3$ ,  $p < 0.005$ ), PTH ( $3 \pm 0.5$ ,  $p < 0.005$ ) και αιμοσφαιρίνης (Hb,  $4 \pm 1$ ,  $p < 0.005$ ). Επιπλέον υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ FGF-23 και 1.25 (OH)2D ( $r = -0.7$ ,  $p < 0.005$ ), FGF-23 και Hb ( $r = -0.75$ ,  $p < 0.005$ ), θετική συσχέτιση 1.25 (OH)2D και Hb ( $r = 0.6$ ,  $p < 0.005$ ) και FGF-23 και PTH ( $r = 0.7$ ,  $p < 0.005$ ) στην ομάδα των ασθενών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα ορού FGF-23 και τα χαμηλά επίπεδα ορού της 1.25 (OH)2D3να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα για ΔΥΠΘ και αναιμία, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια ΔΝ προς την εξέλιξη σε XNN.

## 26. ΜΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Γεωργία Δ. Καιϊάφα<sup>1</sup>, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα<sup>1</sup>, Ελένη Μπερετούλη<sup>2</sup>, Γρηγόριος Παναγιώτου<sup>1</sup>, Αναστασία Κ. Ερυθροπούλου-Καλτσίδου<sup>1</sup>, Σαράντης Α. Σάτσογλου<sup>1</sup>, Αναστασία Κοντάνα<sup>1</sup>, Γεωργία Καραγιαννοπούλου<sup>2</sup>, Τριανταφυλλιά Κολέτσα<sup>2</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Δημήτριος Μ. Γρέκας<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη  
2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα νοσήματα στα οποία ανευρίσκονται εξωκυττάριες εναποθέσεις ινδίων στο σπείραμα ταξινομούνται με βάση τη σύσταση των ινδίων και τη χρώση ερυθρού του Κογκό. Θετική στη χρώση με ερυθρό του Κογκό εμφανίζεται η αιμολογίδωση, ενώ αρνητικές οι κρυοσφαιριναιμία, οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες και διάφορες άλλες όπως ο ΣΕΛ. Από ινίδια κολλαγό-

νου εμφανίζονται πρωτοπαθείς σπειραματονεφρίτιδες (ΣΝ), κυρίως μεσαγγειακές και η διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ), ενώ από κυκλοφορούσες πρωτεΐνες παρουσιάζονται οι κρυοσφαιριναιμίες, οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες, η αιμολογίδωση και διάφορες άλλες.

Η ινίδιακή σπειραματονεφρίτιδα (IV ΣΝ) αποτελεί μέλος των

ινδιακών ΣΝ, ως υπερμικροσκοπική οντότητα που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση μη διακλαδιζόμενων μικροϊνιδών, διαμέτρου μικρότερης των 30 μμ, τα οποία διατίθενται τυχαίως στο μεσάγγειο και στα τοιχώματα των σπειραματικών τριχοειδών, αρνητικών σε χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Η ινδιακή αυτή μη αμυλοειδική ΣΝ περιγράφεται ως σπειραματοπάθεια με αμυλοειδές αρνητικό στο ερυθρό του Κονγκό. Πρόκειται για σπειραματική νόσο από εναπόθεση οργανωμένου ινδιακού υλικού, το οποίο δεν έχει τις ιδιότητες του αμυλοειδούς, αλλά ομοιάζει με την κλινική εικόνα της αμυλοειδωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγράφονται οι περιπτώσεις τριών γυναικών, πλικίας 52, 59 και 65 ετών, οι οποίες εμφάνισαν βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο, ταχέως εξελισσόμενη νεφρική νόσο (TENN) με λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές.

Διενεργήθηκε νεφρική βιοψία, η οποία συνοδεύτηκε από μελέτη με ανοσοϊστοχημεία, ανοσοφθορισμό και πλεκτρονικό μικροσκόπιο (HM).Οι σπειραματικοί μηνοειδείς σχηματισμοί παρουσιάζονται στο 30% των νεφρικών βιοψιών (18/54, 7/21 και

9/27 σπειράματα αντίστοιχα).

**Αποτελέσματα:** Η νεφρική βιοψία έδειξε εξωκυττάρια εναπόθεση ουσίας ομοιάζουσας με αμυλοειδές στο μεσάγγειο και στις σπειραματικές βασικές μεμβράνες, αλλά αρνητική στη χρώση με ερυθρό του Κονγκό. Το πλεκτρονικό μικροσκόπιο ανέδειξε lv ΣΝ. Η πρώτη περίπτωση κατέληξε δύο μήνες αφότου εντάχθηκε στον Τεχνητό Νεφρό (TN) σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης.

Η δεύτερη εξακολουθεί μετά από ένα χρόνο να υποστηρίζεται με μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης (TN). Η τρίτη περίπτωση βρίσκεται στο τέταρτο στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN, GFR: 25ml/min/1.73m<sup>2</sup>).

**Συμπέρασμα:** Η επίπτωση της lv ΣΝ στον πληθυσμό όπου διενεργήθηκε βιοψία νεφρού εκτιμάται από 0.2-0.5% με μέση πλικία 50-65 έτη και ελαφρά υπεροχή στις γυναίκες. Η νεότερη αντίληψη υποδεικνύει φτωχή πρόγνωση, με δεδομένη την εξέλιξη από πρόσφατες σειρές αναφερομένων περιστατικών σε τελικό στάδιο XNN να ανέρχεται σε >50% σε δύο χρόνια.

## 27. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΩΣΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ (NOAC)

Σιασιάκου Σοφία<sup>1</sup>, Μπατσούλη Αθηνά<sup>1</sup>, Καούκης Ανδρέας<sup>2</sup>, Γεωργούτσου Δήμητρα<sup>1</sup>, Βαρελάς Παναγιώτης<sup>1</sup>, Ερωτοκρίτου Αργυρή<sup>1</sup>, Νερούτσος Γεώργιος<sup>2</sup>, Πυργάκης Βλάσιος<sup>2</sup>, Παγώνη Σταμάτα<sup>1</sup>

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

2 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Τα NOAC αποτελούν εναλλακτική των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (VKA) αγωγή, επί ενδείξεων, και προτείνονται ως πρώτης γραμμής αγωγή από επιστημονικούς φορείς λόγω απλού δοσολογικού σχήματος, λιγότερων αλληλεπιδράσεων με τροφή και φάρμακα και της μη αναγκαιότητας παρακολούθησης πιπτικότητας του αίματος. Τα πλεονεκτήματα τους έχουν οδηγήσει στην ευρεία χορήγηση τους από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων. Παράλληλα, συχνά διαιπιστώνεται ότι η χορήγηση των NOAC, επί σωστών ενδείξεων, είναι λανθασμένη όσον αφορά στην επιλογή του φαρμάκου αλλά και στη δοσολογία. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετασθεί η έκταση του φαινομένου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη καταγραφής στοιχείων φακέλων 107 ασθενών που εισήχθησαν σε Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Αθήνας και ελάμβαναν NOAC και αξιολόγηση της επιλογής του είδους και της δοσολ-

γίας NOAC από 2 καρδιολόγους (αξιολογητής 1 και 2)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 51,4% των ασθενών ήταν άνδρες. Η διάμεση τιμή της πλικίας και του βάρους ήταν 81,3 έτη και 72 κιλά αντίστοιχα. 62% των ασθενών ήταν πλικίας ≥85 ετών. Οι αξιολογητές 1 και 2 χαρακτήρισαν λανθασμένη την αγωγή στο 58,8% και 66,3% αντίστοιχα των ασθενών στην εισαγωγή τους και στο 46% και 63,4% αντίστοιχα των ασθενών κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι δύο αξιολογητές συμφώνησαν (σωστή ή λανθασμένη χορήγηση NOAC) στο 82% των ασθενών στην εισαγωγή και στο 67,7% των ασθενών κατά την έξοδό τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Προοπτικές πολυκεντρικές κλινικές μελέτες πρέπει να οργανωθούν άμεσα με σκοπό τον προσδιορισμό της έκτασης και αναζήτησης των αιτίων του φαινομένου της σε υψηλό ποσοστό λανθασμένης χορήγησης NOAC. Πιθανά η λειτουργία Ιατρείου Πήγξης σε Δομές Υγείας βοηθήσουν τον περιορισμό του.

## 28. ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ-ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Παπαγόρας Χαράλαμπος<sup>1,2</sup>, Γκούσιος Θεμιστοκλής<sup>1</sup>, Μπτρούλης Ιωάννης<sup>1,2</sup>, Χροστακίδου Παρασκευή<sup>1</sup>, Μόσχος Ιωάννης<sup>1</sup>, Πιτσιάβα Δήμητρα<sup>1</sup>, Δάλλα Βασιλική<sup>1</sup>, Τσίγαλου Χριστίνα<sup>3</sup>, Κουκλάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Ρίτης Κωνσταντίνος<sup>1,2</sup>, Σκένδρος Παναγιώτης<sup>1,2</sup>.

1Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, 2 Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας, 3 Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

**Εισαγωγή:** Η δερματομυοσίτιδα (ΔΜ), η πολυμυοσίτιδα (ΠΜ) και η αυτοάνοση νεκρωτική μυοσίτιδα (ANM) αποτελούν

τις συχνότερες μορφές ανοσολογικά-διαμεσολαβούμενης φλεγμονώδους μυοσίτιδας (ΑΔΦΜ).

Χαρακτηρίζονται από κεντρομελική αδυναμία και ποικίλα εξανθήματα στην περίπτωση της ΔΜ. Παρατηρείται αύξηση των μυϊκών ένζυμων, μυοπαθητικού τύπου αλλοιώσεις στο πλεκτροφυσογράφημα, ενώ φλεγμονώδη διηθήματα, ατροφία και νέκρωση των μυϊκών ινών αποτελούν τυπικά ιστολογικά ευρήματα. Έως 25% συσχετίζονται με κακοήθεια, ενώ σπανιότερα με λήψη στατίνης ή συνυπάρχουν με άλλα αυτοάνοσα/αυτοφλεγ-

μονώδη νοσήματα.

**Σκοπός:** Η εμπειρία τριτοβάθμιας Παθολογικής κλινικής αναφορικά με τις ΑΔΦΜ την τελευταία πενταετία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ανασκόπηση των φακέλων ασθενών με διάγνωση «Μυοσίτιδα» ή παρεμφερή όρο από το 2013.

**Αποτελέσματα:** Αναγνωρίστηκαν 12 ασθενείς με ΑΔΦΜ (Πίνακας):

α/α	Φύλο/ Ηλικία	Διάγνωση	Συσχέτιση	Θεραπεία	Έκβαση
1	Γ/67	ΔΜ	Ca ωοθηκών	GC	Θάνατος
2	Γ/44	ΠΜ	Θυλακιώδες Caθυρεοειδούς	GC/AZA	Ύφεση
3	Γ/62	ΠΜ	Ca πνεύμονα	GC	Ύφεση
4	Γ/57	ΔΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-SRP (+)	GC/MTX/AZA/MPA	Ύφεση
5	Γ/83	ΔΜ	Πρωτοπαθής	IVIG	Ύφεση
6	Γ/80	ANM	Νευροενδοκρινικός όγκος στομάχου	GC/IVIG	Θάνατος
7	Γ/72	ANM	Έκθεση σε στατίνες, Αντι-HMGCoA-Αναγωγάσον (+)	GC/IVIG/PLEX	Θάνατος
8	Γ/51	ΠΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-Jo-1 (+)	GC/AZA/MPA/RTX	Ύφεση ΔΠΝ/ΠΥ
9	A/36	ΔΜ	Πρωτοπαθής, ANA (+)	GC/AZA	Ύφεση
10	A/44	ΠΜ/ΣΣ	Πρωτοπαθής, Αντι-Ro52 (+)	GC	Ύφεση
11	A/72	ΔΜ	Νευροενδοκρινικό Ca προστάτη από μεγάλα κύτταρα	GC	Θάνατος
12	A/34	ΔΜ	Πρωτοπαθής, Αντι-NXP-2 (+)	GC/MTX/RTX/IVIG	Θάνατος

ΣΣ=συστηματικό σκληρόδερμα, ΔΠΝ=διάμεση πνευμονόπλαστια, ΠΥ=πνευμονική υπέρταση, GC=γλυκοκορτικοειδή, MPA=μυοκαρδιολικό οξύ, RTX=rituximab, MTX=μεθοτρεξάτη, AZA=αζαθειοπρίνη, IVIG=γ-σφαιρινό, PLEX=πλασμαφαίρεση

**Συμπέρασμα:** Οι ΑΔΦΜ αποτελούν ιδιαίτερα σοβαρά νοσήματα που απαιτούν άμεση διάγνωση, αναζήτηση πιθανών συσχετίσεων και εγκαίρη έναρξη θεραπείας λόγω της ταχείας εξέλιξής τους.

## 29. ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ

Λουππίδης Στυλιανός<sup>1</sup>, Τσιολάκης Γεώργιος<sup>1</sup>, Γεωργίου Γεώργιος<sup>2</sup>, Κληρίδου Μάρω<sup>1</sup>, Τοφαρίδης Ανδρέας<sup>1</sup>, Φλούρου Χριστίνα<sup>1</sup>, Ιωάννου Αντρέας<sup>1,3</sup>

1 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

2 Ιστοπαθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

3 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα (ΠΣ) αποτελούνται από μάστιγες ετερογενής ομάδα συστηματικών διαταραχών σχετιζόμενη με κακοήθειες (σε ποσοστό έως 8%). Εμφανίζονται σε πρώιμα στάδια της νεοπλασίας, με μηχανισμούς πουδεν σχετίζονται με την χωροκατακτητική/διηθητική δράση της. Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς, με εκδήλωση σκληροδερματικών

αλλοιώσεων επί εδάφους υποκείμενης νεοπλασίας και αυτοάνοσης δερματικής νόσου.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Γυναίκα ασθενής 65 ετών, με γνωστό ιστορικό μόνιμης ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη και πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς διαγνωσμένου από 5 ετίας, υπό ανοσοκαταστατικής αγωγής. Εισήχθη για διερεύνηση προο-

δευτικά επιδεινούμενης αδυναμίας, καταβολής, δυσφαγίας, ανορεξίας, κακεξίας, νεοεμφανισθέντων σκληροδερματικών εκδηλώσεων και έξαρσης υποκείμενου πομφολυγώδους επεμφιγοειδούς, από εξαμήνου.

**Αποτελέσματα:** Κατά τον αρχικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν υπόχρωμη μικροκυτταρική αναψία, αύξηση δεικτών φλεγμονής, κολπικός πτερυγισμός και δεξιά εξιδρωματική πλευριτική συλλογή. Η περαιτέρω παρακλινική διερεύνηση της ασθενούς έθεσε τη διάγνωση παρανεοπλασματικού σκληρόδερματος επί εδάφους αδενοκαρκινώματος αγνώστου πρωτο-

παθούς εστίας.

**Συμπέρασμα:** Η σπανιότητα των ΠΣ και ο πρώιμης εκδήλωσή τους, ειδικότερα σε λανθάνουσες κακοήθειες, αποτελεί πρόκληση για τον σύγχρονο Παθολόγο. Είναι απαραίτητη η κλινική υποψία για έγκαιρη αναγνώρισή τους και διαχωρισμός τους από παρόμοια αυτάνοσα νοσήματα, ειδικότερα σε ασθενείς προχωρημένης πλικίας. Η περαιτέρω διερεύνηση της παθογένειας των ΠΣ, καθώς και της προδιάθεσης για νεοπλασίες σε ασθενείς με υποκείμενα αυτάνοσα νοσήματα, θα διευκολύνουν τη διαγνωστική προσπέλαση ασθενών με παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις.

## 30. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ MMP-9 ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Βοσκαρίδης<sup>2</sup>, Ιωάννα Γ. Γκαλονάκη<sup>1</sup>, Ιωάννης Μ. Καραμούζης<sup>3</sup>, Γεώργιος Χατζόπουλος<sup>1</sup>, Θεόδωρος Μ. Τούμπουρας<sup>1</sup>, Ευριπίδης Βαλανίκας<sup>1</sup>, Αναστασία Κοντάνα<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Δέλτας<sup>2</sup>, Απόστολος Ι.

Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Δημήτριος Μ. Γρέκας<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Κέντρο Ερευνών Μοριακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κύπρου

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ:** Έχουν προταθεί διάφοροι γενετικοί πολυμορφισμοί φλεγμονωδών κυτταρινών να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια των νεφρικών νοσημάτων. Η μεταλλοπρωτεΐνη -9 (MMP-9) θεωρείται σήμερα μία κυτταροκίνη που οποία αποδομεί συστατικά της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας (extracellularmatrix) και έχει συσχετισθεί με την χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και την καρδιαγγειακή νόσο (KAN). Έχουν μελετηθεί κάποιοι λειτουργικοί πολυμορφισμοί της στη συσχέτιση με αθηροσκλήρωση αλλά η ερμηνεία των αποτελεσμάτων παραμένει μεθοδολογικά πολύπλοκη. Στη μελέτη μας ο πολυμορφισμός R279Q/MMP-9 συσχετίζεται με την υπέρταση της IgA νεφροπάθειας (IgAN), ενός φλεγμονώδους νοσήματος που οδηγεί σε XNN.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ασθενείς με πρωτοπαθή IgAN ( $n=29$ , 15 άνδρες μεταξύ 27 και 42 ετών) και 35 υγιείς μάρτυρες έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη. OMMP9-

R279Qέχει γονοτυπηθεί μέσω απομόνωσης DNA από ολικό αίμα με τη μέθοδο KASPar από την εταιρεία KBioscience. Χρησιμοποιήθηκε μεθόδος της PCR. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε και στις δύο ομάδες στον Pearsonchi-square και η λογισμική παλινδρόμη χρησιμοποιήθηκε για την προσαρμογή στην ηλικία και το φύλο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το αλλήλιο QQ έχει βρεθεί σε 15 ασθενείς οι οποίοι στο σύνολό τους εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση με στατιστικά σημαντικά πάχυνση του έσω-μέσου xιώνα της έσω καρωτίδας (IntimaMediaThickness, IMT:  $0.25 \pm 0.09$  mm,  $p < 0.004$  προσαρμοσμένο για φύλο και ηλικία).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μελέτη μας υποδεικνύει τον πολυμορφισμό MMMP9-279Q/Qνα προδιαθέτει σε υπέρταση σε σχέση με τα αλλήλια RR και RQ τους ασθενείς με IgA νεφροπάθεια.

## 31. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ XNN ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Γεώργιος Λ. Πολυχρονόπουλος<sup>1</sup>, Θωμάς Ι. Τέγος<sup>2</sup>, Ιωάννης Μ. Καραμούζης<sup>3</sup>, Ήλιας Κανέλλος<sup>1</sup>, Γρηγόριος Παναγιώτου<sup>1</sup>, Δημήτριος Πιλάλας<sup>1</sup>, Ευριπίδης Βαλανίκας<sup>1</sup>, Σταυρούλα Κωστάκη<sup>1</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Δημήτριος Μ. Γρέκας<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

2 Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Η υπερτροφία, η φλεγμονή και η ίνωση στο σπείραμα και στον διάμεσο ιστό αποτελούν κοινά ευρήματα στην εμφάνιση της χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας (XSN). Ο μεταμορφικός αυξητικός παράγοντας (TransformingGrowthFactor-β1, TGF-β1) θεωρείται μία προϊνώδης κυτταρίνη, η οποία διεγέρεται από τη φλεγμονή, το διαβητικό περιβάλλον και επάγει τη νεφρική υπερτροφία. Οι σύγ-

χρονες όμως αντικρουόμενες κλινικές και πειραματικές μελέτες δεν μπορούν να αποδώσουν μέχρι σήμερα έναν σαφή ρόλο του TGF-β1 στην παθογένεια της XSN, της αλβουμινουρίας και της αθηροσκλήρωσης.

Ο ιστικός αναστολέας των πρωτεασών-2 (tissueinhibitor of metalloproteinase -2, TIMP-2) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση, ενώ πρόσφατα έχει καθιερωθεί στα ούρα ως δεί-

κτης οξείας νεφρικής βλάβης. Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) θεωρείται μία προ-φλεγμονώδης λιποκυτταροκίνηκα η high sensitivity C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP) αποτελεί δείκτη οξείας φλεγμονής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα ορού του TGF-β1 και του TIMP-2 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με δείκτες φλεγμονής σε ασθενείς με πρωτοπαθή ΧΣΝ σε πρώιμα στάδια χρονίας νεφρικής νόσου (XNN).

**Ασθενείς/ Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 80 ασθενείς σε πρώιμα στάδια XNN 1 και 2, με ΧΣΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 80 υγιείς εθελοντές. Ο TGF-β1, ο TIMP-2, η IL-6 και η hsCRP μετρήθηκαν σε ορό αίματος με τη μέθοδο ELISA, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

**Αποτελέσματα:** Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ορού TGF-β1, TIMP-2, αλβουμινουρίας, IL-6 και hsCRP. Τα επίπεδα ορού του TGF-β1 ήταν  $18000 \pm 7500 \text{ pg/ml}$

στην ομάδα ασθενών και  $3775 \pm 1250 \text{ pg/ml}$  στην ομάδα υγιών.

Τα επίπεδα ορού του TIMP-2 ήταν  $125 \pm 55 \text{ ng/ml}$  στην ομάδα ασθενών και  $475 \pm 115 \text{ ng/ml}$  στην ομάδα υγιών. Ο TGF-β1 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με τον TIMP-2 ( $r: -0.75$ ,  $p < 0.0001$ ), ενώ ο TIMP-2 εμφάνιζε αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την IL-6 και την hsCRP ( $r: -0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), καθώς και με την αλβουμινουρία ( $r: -0.65$ ,  $p < 0.004$ ).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ TGF-β1 ( $10000 \pm 7000$ ,  $p < 0.001$ ), TIMP-2 ( $100 \pm 5$ ,  $p < 0.0001$ ), IL-6 ( $4 \pm 0.5 \text{ pg/ml}$ ,  $p < 0.0001$ ), hs CRP ( $2.5 \pm 0.9 \text{ ml/dl}$ ,  $p < 0.0001$ ) και αλβουμινουρίας ( $3000 \pm 1500 \text{ mg/24h}$ ,  $p < 0.0001$ ) στην ομάδα ασθενών σε σχέση με αυτή των μαρτύρων.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει τα υψηλά επίπεδα ορού του TGF-β1 και τα χαμηλά επίπεδα του TIMP-2 να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε XNN σε ασθενείς με πρωτοπαθή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.

## 32. Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΩΔΥΝΗΣ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΑΤΑΙ ΑΜΕΣΩΣ;

Καραφωτιάς Αχιλλέας, Τοπαλίδης Στέφανος, Περικλέους Στέφανος, Ελευθερόπουλος Ιωάννης, Σεραφετινίδης Εφραίμ,  
Δελακάς Δημήτριος  
ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ώστε να αποκλεισθεί τυχόν κακοήθεια. Είναι ένα θορυβώδες σύμπτωμα που κινητοποιείτον ασθενή να αναζητήσει την ιατρική συμβολή καρδιολογίας-ειτερεχρονικές καθυστερήσεις, θέτοντας εξαρχής επιτακτική τηποδιάγνωση.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Το τελευταίο έτος έχουν επισκεφτεί τοπικά επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας 178 ασθενείς με αναφερόμενη ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία. Κατάπιν αρχική διερεύνηση θεραπευτική υπερηχογραφή η νεφρών-ουρητήρων-ουροδόχου κυστεωτικής σε ούρων ασθενείς, καθώς και καλλιέργεια και γενική εξέταση ούρων, γενική αιματούργανη και βιοχημικός έλεγχος. Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε κυστεοσκοπικό έλεγχο, κυτταρολογική εξέταση ούρων σετρίνης διαφορετικών ημερών και CT ουρογραφία.

**Αποτελέσματα:** Από τους 178 ασθενείς, οι 136 εμφάνισαν εξωφυτική αλλοίωση σε πεντάστιχη ουροδόχου κυστεωτικής σε ούρων ασθενείς, καθώς και καλλιέργεια και γενική εξέταση ούρων, γενική αιματούργανη και βιοχημικός έλεγχος. Στη συνέχεια ανευρέθηκε σε κυστεοσκοπικό έλεγχο, κυτταρολογική εξέταση ούρων σετρίνης διαφορετικών ημερών και CT ουρογραφία.

μα πλήρωσης στην ενδοαυστική μοίρα του ουρητήρα, ενώσε 4 ασθενείς αναγνωρίστηκε αλλοίωση εντάσης της νεφρικής πυελού. Ένας ασθενής ελέγχθηκε με όγκο νεφρικού παρεγκύματος, ο οποίος προέβαλε εντάσης της νεφρικής πυελού. Αναγνωρίσθηκαν επιπλέον δύσμορφα ερυθροκύτταρα σε 5 ασθενείς στη μικροσκοπική εξέταση των ούρων και παραπέμφθηκαν σε Νεφρολόγο. Σε σύνολο 16 αρρένων ασθενών ανευρέθηκε κατά τον κυστεοσκοπικό έλεγχο υπερπλασία του προστάτη αδένα, ενώς αυτώνοι 13 ακολουθούσαν αγωγήμε αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες ή δικουμαρινικά αντιπυκτικά. Σε 5 ασθενείς αναγνωρίσθηκε νεφρικός λίθος, στον οποίο αποδόθηκε η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουργία και προγραμματίσθηκε η κειρουργική αφαίρεση αυτού.

**Συμπέρασμα:** Η ανώδυνη μακροσκοπική αιματουργία αποτελείται απόγνωστικό πρόβλημα αρκετά συχνό στην καθημερινή ιατρική πράξη. Χρήζει περαιτέρω ουρολογικής παρέμβασης και συνεργασίας με άλλες παθολογικές και εργαστηριακές ειδικότητες, ώστε να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

## 33. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γρηγόριος Γ. Δήμας<sup>1</sup>, Χρήστος Γ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Αρετή Χ. Σοφογιάννη<sup>1</sup>, Θωμάς Ι. Τέγος<sup>2</sup>, Ιωάννης Μ. Καραμούζης<sup>3</sup>, Ελευθερία Σ. Ζτρίβα<sup>1</sup>, Δημήτριος Πιλάλας<sup>1</sup>, Δημήτριος Αγαπάκης<sup>1</sup>, Ηλίας Κανέλλος<sup>1</sup>, Αχιλλέας Παπαγιάννης<sup>1</sup>, Δημήτριος Μυλωνάς<sup>1</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Δημήτριος Μ. Γρέκας<sup>1</sup>  
1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη  
2 Α' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη  
3 Εργαστήριο Βιοχημείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή/ Σκοπός:** Τελευταία πειραματικά και κλινικά δεδομένα έχουν καθιερώσει κάποιους δείκτες να προδιαθέτουν σε

αθηροσκλήρωση, να οδηγούν σε οξεία νεφρική βλάβη και χρόνια νεφρική νόσο. Οιστικός αναστολέας των πρωτεασών-1 (ti

ssueinhibitorofmetalloproteinase-1, TIMP-1) είναι σημαντικός κατά τη νεφρογένεση στην επιθηλιο-μεσεγχυματική μετάπτωση, ενώ η υπερέκφρασή του σε ζωικό μοντέλο αθηροσκλήρωσης υποστρέφει τις αγγειακές βλάβες. Αντικρουόμενα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών δεν προσδίδουν έναν σαφή ρόλο για τον TIMP-1 στην παθογένεια της διαβητικής αλβουμινουρίας και αθηροσκλήρωσης. Η εξέλιξη του οξειδωτικού στρες (ΟΣ) από τα πρώιμα στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας από την άλλη, δεν είναι απολύτως διευκρινισμένη. Η συγκέντρωση των επιπέδων ορού της οξειδωμένης-LDL (oxidized-LDL, ox-LDL) και του 15-F2t-isoprostane (15-F2t-IsoP) αποτελούν αξιόπιστους βιοχημικούς δείκτες ΟΣ σε ασθενείς με διάφορες παθολογικές κλινικές οντότητες, συμπεριλαμβανομένης της χρονίας νεφρικής νόσου (XNN). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα ορού του TIMP-1, της ox-LDL και του 15-F2t-IsoP και να εξεταστεί ο ρόλος τους στην αθηροσκλήρωση και αλβουμινουρία σε ασθενείς με XNN σε πρώιμα στάδια διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ) από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

**Ασθενείς/ Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 50 ασθενείς σε πρώιμα στάδια XNN 1 και 2, με τύπου 2 ΔΝ. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 50 υγείες εθελοντές. Ο TIMP-1, η ox-LDL και το 15-F2t-IsoP μετρήθηκαν με τη μέθοδο ELISA. Ο πρώιμος αθηρωματικός δείκτης IMT (Intimamedia thickness)

των καρωτίδων και μηριαίων αρτηριών, καθώς και η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας προσδιορίστηκαν με έναν υψηλής ευκρίνειας υπερχοτομογράφο, ενώ η αλβουμινουρία εξετάστηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

**Αποτελέσματα:** Υπήρξε στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ ox-LDL ( $50 \pm 5$ ,  $p < 0.0001$ ), 15-F2t-IsoP ( $150 \pm 50$ ,  $p < 0.0001$ ), TIMP-1 ( $400 \pm 20$ ,  $p < 0.0001$ ), IMT ( $0.3 \pm 0.09$ ,  $p < 0.0001$ ) και αλβουμινουρίας ( $300 \pm 150$ ,  $p < 0.0001$ ) στην ομάδα ασθενών σε σχέση με αυτή των μαρτύρων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ox-LDL και TIMP-1 ( $r = -0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), 15-F2t-IsoP και TIMP-1 ( $r = -0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), μεταξύ TIMP-1 και IMT ( $r = -0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), καθώς και μεταξύ TIMP-1 και αλβουμινουρίας ( $r = -0.65$ ,  $p < 0.0001$ ). Υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ox-LDL και 15-F2t-IsoP με IMT ( $r = 0.7$ ,  $p < 0.0001$ ), καθώς και ox-LDL και 15-F2t-IsoP με αλβουμινουρία ( $r = 0.65$ ,  $p < 0.0001$ ). Επιπρόσθια τα υψηλά επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP και τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-1 συσχετίζοταν ανεξάρτητα με IMT και αθηρωματική πλάκα.

**Συμπέρασμα:** Στην παρούσα μελέτη τα ελαττωμένα επίπεδα του TIMP-1 και τα αυξημένα επίπεδα των ox-LDL και 15-F2t-IsoP υποδεικνύονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες αθηροσκλήρωσης και αλβουμινουρίας από τα αρχικά στάδια XNN με ΔΝ προς την εξέλιξη της νόσου.

## 34. ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΟΞΕΩΣ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

**Γκαμάζ Σάμι, Χρήστου Ελένη, Παπαβασιλείου Δημήτριος, Νικολόπουλος Ιωάννης, Μοντσενίγος Θωμάς, Κουρμπάνης Βασίλειος**  
Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

**Εισαγωγή-σκοπός:** Περιγραφή κλινικής περίπτωσης.

**Περιγραφή περιστατικού:** Γυναίκα 69 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, υπό αγωγή με μίγμα ανάλογου ινσουλίνης και σταθερό συνδυασμό metformin και canagliflozin, και επιπλέον, αρτηριακής υπέρτασης, κολπικής μαρμαρυγής και χοληδοχολιθίασης, εμφανίζεται στα ΤΕΠ λόγω κοιλιακού άλγους και αιματέμεσης. Δεδομένης της παρουσίας άμεσης υπερχολερυθριναιμίας και διαταραχής της πιπατικής βιοχημείας, πιθανολογείται οξεία χολαγγείτιδα. Η ασθενής ετέθη σε νηστεία και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, πλεκτρολυτών και αντιβιοτικής αγωγής, με καλά αποτέλεσματα. Επεισόδιο κοιλιακού άλγους, εμέτων και ταχύπνοιας, το 3ο 24ωρο νοσηλείας, αποδίδεται σε βαριά μεταβολική οξείωση ( $\text{pH} = 7.04$ ,  $\text{HCO}_3^- < 3 \text{ mmol/L}$ ,  $\text{pCO}_2 = 13.4 \text{ mmHg}$ ). Παρατηρείται αυξημένο χάσμα ανιόντων, χωρίς παρουσία αυξημένου γαλακτικού οξέος. Συνύπαρξη γλυκόζης πλάσματος  $< 250 \text{ mg/dL}$ , και κετονουρίας οδηγεί στη διάγνωση της ευγλυκαιμικής κετοξέωσης. Η παρουσία, επιπλέον, γλυκοζουρί-

ας, παρά την ευγλυκαιμία, αποδίδεται στη δραστηριότητα της canagliflozin. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης και ορών dextrose με πλεκτρολύτες.

**Συζήτηση:** Η canagliflozin ανήκει στην οικογένεια των αναστολέων συμμεταφοράς νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2 inhibitors). Από πολλές βιβλιογραφικές αναφορές προκύπτει η πιθανότητα ευγλυκαιμικής κετοξέωσης, ως ανεπιθύμητη ενέργεια της συγκεκριμένης κατηγορίας φαρμάκων. Στην παρούσα περίπτωση, η παρουσία αφυδάτωσης (έμετοι), νηστείας και αυξημένων ενεργειακών αναγκών (λοίμωξη) συνέτειναν στην εμφάνιση ευγλυκαιμικής κετοξέωσης.

**Συμπέρασμα:** Η παρουσία ευγλυκαιμικής κετοξέωσης σε νοσούντες διαβητικούς τύπου II δεν πρέπει να παροράται, ως αίτιο μεταβολικής οξέωσης. Οι ασθενείς δέονταν να ενημερώνονται για πιθανή προσωρινή διακοπή των SGLT-2 αναστολέων σε περιπτώσεις οξείας νόσου.

## 35. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Μοστράτου Ελένη, Γεώργιος Δημόπουλος, Ζαπανιώτης Δημήτριος, Παππά Αικατερίνη, Ντασκαγιάννη Ευαγγελία, Παναγιωτόπουλος Ιωάννης, Τσολακίδης Γεώργιος**  
Α' Παθολογική Κλινική,  
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας (251 ΓΝΑ)

**Σκοπός:** Να τονιστεί ο αυξημένος κίνδυνος φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής στους νέους διαβητικούς ασθενείς.

**Υλικό:** Ασθενής 32 ετών με ατομικό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 1 και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, προσήλθε λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας. Προ 3ημέρου είχε διαγνωσθεί ουρολοίμωξη.

Στο ΤΕΠ: Θερμοκρασία 37,3 C, σφύξεις 100/λεπτό, SaO2 90%, ΑΠ 125/75 mmHg. Αέρια αρτηριακού αίματος (FiO2 21%): PH 7,43, PO2 66,7, PCO2 31, HCO3 20,8

**D dimmers:** 1 mg/L. Λόγω της υποξαιμίας και υποκαπνίας, διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θώρακα (CTPA): ελλείμματα πλήρωσης σε περιφερικούς υποτημπατικούς κλάδους κυρίως στον δ. κάτω λοβό, μικρή πλευριτική συλλογή δεξιά.

CT κοιλίας: πυελονεφρίτιδα αριστερού νεφρού σε έδαφος νεφρολίθισης και μικρή διάταση αριστερού ΠΚΣ, χωρίς σημεία απόφραξης.

**Triplex καρδιάς:** αυξημένες πιέσεις στην πνευμονική (RVSP

40 mmHg) και ανεπάρκεια τριγλώχινος, ευρήματα συμβατά με πνευμονική εμβολή.

**Αποτελέσματα:** Τέθηκε σε αντιβίωση με συνδυασμό πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμπης και λεβοφλοξασίνης και σε θεραπευτική δόση ηπαρίνης χαμπλού Μ.Β.

Triplex φλεβών κ. άκρων αρνητικό.

Στα πλαίσια ελέγχου θρομβοφιλίας, διενεργήθηκαν υπεροχυγράφημα μαστού, άνω-κάτω κοιλίας: αρνητικά. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός. Από τους Ca δείκτες: οριακά αυξημένος ο CA 19-9 (48,19). Λόγω του αρρύθμιστου ΣΔ (HbA1c: 12,3%), συνεστίθη επανάληψη του δείκτη, καθώς (%), συνεστίθη επανάληψη του δείκτη, καθώς ήπια αύξηση του δείκτη αυτού μπορεί να βρεθεί στους διαβητικούς ασθενείς. Η ασθενής εξήλθε με αριθκαν 5 mg X 2 ΡΟ και είχε ομαλή κλινική πορεία.

**Συμπέρασμα:** Πρέπει να υπάρχει κλινική επαγρύπνιση, καθώς ο ΣΔ είναι παράγοντας κινδύνου για φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, ιδιαίτερα στους νέους ασθενείς κάτω από 50 ετών, με τον μεγαλύτερο κίνδυνο στις πλικίες 20-29 ετών.

### 36. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟ-ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Κυριαζής Ιωαννης<sup>1</sup>, Σγιούρος Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Στεφανή Δήμητρα<sup>1</sup>, Καλαφάτης Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Πολύζος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Πούλιου Ευτυχία<sup>1</sup>, Τατάκης Φώτιος<sup>1</sup>, Λαίνης Βασίλειος<sup>1</sup>,

Στρίγκος Θεόδωρος<sup>1</sup>, Τσαντούλας Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Παπαχρήστου Αντωνία<sup>1</sup>, Λελέκης Μωυσής<sup>1</sup>.

1 Παθολογική Κλινική Γ.Ν Αττικής ΚΑΤ

2 Παθολογική Κλινική Γ.Ν Πύργου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιπολασμός του Μεταβολικού Συνδρόμου και του Προ-διαβήτη σε μη διαβητικό πληθυσμό πλικιωμένων, και σχετιζόμενοι παράγοντες.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 273 μη διαβητικά άτομα >65 ετών (103Α/170Γ) με μέσην πλική τα 71,3 έτη). Μετρήθηκαν ( περιμετρος μέσης, δείκτης μάζας σώματος (BMI) ,σχετιζόμενη με το φύλο κεντρική παχυσαρκία , αρτηριακή πίεση , σάκκαρο , χοληστερόλη (HDL, LDL) και τριγλυκερίδια. Η διάγνωση του προ-διαβήτη έγινε με κριτήρια ADA-2018 και του μεταβολικού συνδρόμου με NCEP-ATP III

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 45,7% παρουσίαζαν κάποια διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης και ειδικότερα :7,9% νεοδιαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) με 71,5% να έχει και μεταβολικό σύνδρομο (p=0,01) και 23,1% προ-διαβήτη με 48,9% να έχει και μεταβολικό σύνδρομο (p=N.S) . Δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε το 61,3%. Παχυσαρκία (βαρύτητας I έως III) πα-

ρουσίαζε το 61,5%, ενώ κεντρική παχυσαρκία σχετιζόμενη με το φύλο το 71,3%. Το 43,7% εμφάνιζε μεταβολικό σύνδρομο. Ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων [59,1%] για την εμφάνισή του ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής πίεσης ≥140/90mmHg, η περιμετρος μέσης ≥102cm για άνδρες ή ≥88cm για γυναίκες και τα τριγλυκερίδια ≥150mg/dl με δεύτερο [45.9%], την τριάδα : περιμετρος μέσης ≥102 cm για άνδρες ή ≥88cm για γυναίκες, τριγλυκερίδια ≥150mg/dl και HDL≤40mg/dl για άνδρες ή ≤50mg/dl για γυναίκες . Από τα άτομα που εμφάνιζαν μεταβολικό σύνδρομο, το 59,7% είχαν τρεις παράγοντες , το 31,5% τέσσερις , ενώ το 9,3% είχε και τους πέντε παράγοντες του συνδρόμου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ύπαρξη προ-διαβήτη στον ελεγχθέντα πληθυσμό δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το μεταβολικό σύνδρομο σε αντίθεση με την ύπαρξη νεοδιαγνωσθέντα ΣΔΤ2, που παρουσιάζει στατιστική συσχέτιση.

### 37. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 3ΜΗΝΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΙΚΗ ΔΙΣΜΟΥΤΑΣΗ, Α-ΛΙΠΟΙΚΟ ΟΣΥ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ B12 ΑΝΤΙΚΑΡΝΙΤΙΝΗ, ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Ελένη Καρλάφητη, Τριαντάφυλλος Διδάγγελος, Κωνσταντίνος Τζιόμαλος, Ζήσης Κοντονίνας, Χαράλαμπος Μαργαριτίδης, Ναπολέων Κρίκης, Απόστολος Χατζηπόλιος.

Διαβητολογικό Κέντρο, Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 'ΑΧΕΠΑ', Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα.

**Σκοπός:** Μελέτη της επίδρασης ενός νέου συνδυασμού τεσσάρων στοιχείων [Υπεροξειδική Δισμούτάση(SOD), α- λιποικό οξύ(ALA), Ακετυλ- L- Καρνιτίνη(AC), Βιταμίνη B12(Vit.B12)] που περιέχεται σε ένα χάπι, στην Επώδυνη Διαβητική Νευροπάθεια(ΕΔΝ). Είναι ένας συνδυασμός δύο αντιοξειδωτικών μαζί με Vit. B12 και AC.

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Η μελέτη ήταν διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, συμμετέχαν 65 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη(ΣΔ) τύπου 2 (31 γυναίκες), με μέση πλικία  $63 \pm 11$  έτη, μέση διάρκεια ΣΔ  $15 \pm 11$  έτη. Από την τυχαιοποίηση πρόηλθαν δύο ομάδες: ομάδα A:(n = 32) έλαβαν εικονικό φάρμακο και ομάδα B:(n = 33) έλαβαν το χάπι με το συνδυασμό των τεσσάρων στοιχείων (SOD, ALA, Vit.B12, ACL). Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν θεραπεία είτε με συνδυασμό αντιδιαβητικών φαρμάκων είτε με συνδυασμό ινσουλίνης και φαρμάκων. Η θεραπεία του ΣΔ δεν άλλαξε κατά τους τρεις μήνες παρακολούθησης. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μέθοδοι για την ανίχνευση της Διαβητικής Νευροπάθειας του Περιφερικού και του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος (ΠΔΝ, ΑΝΣ): Michigan Neuropathy Screening Instrument Questionnaire and Examination (MNSIQ and MNSIE), μέτρηση του ορίου δόσης δόνησης με βιοθεσιόμετρο (BIO) και Καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες (CARTs): μεταβολή του R-R κατά τη διάρκεια της βαθιάς αναπνοής [αξιολογήθηκε με μέση κυκλική προκύπτουσα (MCR)], δοκιμασία

Valsalva(Vals), δείκτης  $30:15$  και ορθοστατική υπόταση (ΟΗ). Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση του πόνου (PS) και την ποιότητα ζωής (QL).

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι δείκτες των μετρήσεων μεταξύ των δύο ομάδων, συμπεριλαμβανομένης της HbA1c (ομάδα A  $6,8 \pm 1,2$  vs ομάδας B  $7,2 \pm 1,2$  p = 0,660) δεν διέφεραν κατά την έναρξη. Οι ακόλουθοι δείκτες αυξήθηκαν σημαντικά στην ομάδα B (αρχικοί vs τελικοί): BIO  $35 \pm 13$  vs  $28 \pm 15$  (p <0,001), MNSIQ  $4,3 \pm 3,0$  vs  $4,2 \pm 2,99$  (p = 0,009), QL  $39,0 \pm 11,4$  vs  $37,2 \pm 10,9$  (p <0,001) και PAIN  $20,5 \pm 7,1$  vs  $18,6 \pm 6,7$  (p <0,001). Οι δείκτες των CARTs και MNSIE δεν διέφεραν σημαντικά στην ομάδα B (αρχική vs τέλος).

Δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή σε όλους τους δείκτες: στην ομάδα A (ομάδα εικονικού φαρμάκου)

**Συμπεράσματα:** Μετά από τρεις μήνες παρακολούθησης με την χορήγηση του συνδυασμού των τεσσάρων συστατικών σε ένα χάπι, παρατηρήθηκε βελτίωση στο όριο αντίληψης των δονήσεων, όπως μετρήθηκε με το βιοθεσιόμετρο, στον πόνο, στην Ποιότητα Ζωής και στο Ερωτηματολόγιο MNSI. Το χάπι περιέχει δύο αντιοξειδωτικά (SOD,ALA), Vit B12 και Ακετυλο-L-καρνιτίνη και αυτά θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διαχείριση επώδυνων συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΕΔΝ ή θα μπορούσαν να είναι ένα καλό σημείο εκκίνησης ως έγκυρο ενισχυτικό για τη θεραπεία του πόνου.

## 38. ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΝΒΕΡΟΙΑΣ

**Παυλίδης Αθηνόδωρος<sup>1</sup>, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>1</sup>, Γουργιώτης Παναγιώτης<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Ανατόλι<sup>1</sup> Μπάρμπας Ιωάννης<sup>1</sup>, Παπαπρεπώνης Παναγιώτης<sup>2</sup>, Ζωγράφου Μουσχιανή<sup>1</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>1</sup>**

**1** Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

**2** MSc Δημόσια Υγεία, PhD Επιδημιολογία, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Την τελευταία δεκαετία καταγράφεται στη χώρα μας αύξηση των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου, ιδίως τους θερινούς μήνες. Η προσβολή του ΚΝΣ αποτελεί την πλέον σοβαρή εκδήλωση της νόσου.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό Δυτικού Νείλου στο Νοσοκομείο της Βέροιας.

**Υλικό-μέθοδος:** Μελετήθηκαν 24 ασθενείς (15 άνδρες) που νοσολεύτηκαν στη Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Βέροιας με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη από τον Δυτικό Νείλου( Ιούνιος 2018 – Σεπτέμβριος 2018). Μέση πλικία ασθενών  $70 \pm 11$  έτη (sd=16,80).

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν  $7,25 \pm 3,44$  ημέρες (sd=3,44). Από τους 24 ασθενείς ,οι 12 εμφάνισαν εγκεφαλίτιδα. Ένω επί συνόλου ασθενών οι 4 κατέληξαν. Δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της τελικής έκβασης της ασθένειας (θάνατος ή ίαση) και της εμφάνισης εγκεφαλίτιδας (X<sup>2</sup> test,

p=1,000). Ταυτόχρονα η πλικία δεν φάνηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση εγκεφαλίτιδας.

Η μέση πλικία των ασθενών που εμφάνισαν εγκεφαλίτιδα ήταν μικρότερη από αυτών που δεν εμφάνισαν (διαφορά  $5,67 \pm 4,21$  έτη), η διαφορά ωστόσο δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (T-test, p=0,421). Η πλικία επίσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με την τελική έκβαση της ασθένειας. Η μέση πλικία των ασθενών που ίαθηκαν ήταν σαφώς μικρότερη από αυτών που κατέληξαν (διαφορά  $10,8 \pm 6,7$  έτη), η διαφορά όμως δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (T-test, p=0,249).

**Συμπεράσματα:** Τα επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας αναδεικνύουν αύξηση των κρουσμάτων από τον ιό του Δυτικού Νείλου σε όλη την επικράτεια. Η εργαστηριακή διερεύνηση κάθε κλινικά ύποπτου περιστατικού και η έγκαιρη διάγνωση κρουσμάτων σε κάθε περιοχή έχει τεράστια σημασία, για την βέλτιστη εφαρμογή μέτρων δημόσιας Υγείας και Πρόληψης.

## 39. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

**Χριστοδούλου Παναγιώτης<sup>1</sup>, Γερασίμου Μαρίνα<sup>1</sup>, Μαντζούκης Σταύρος<sup>2</sup>, Κολλιοπούλου Γεωργία<sup>3</sup>, Βαρσάμος Νικόλαος<sup>4</sup>, Ζώτος Νικόλαος<sup>1</sup>**

**Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα**

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα  
Τμήμα Αναισθοσιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα  
TOMY Ιωαννίνων

**Σκοπός:** Τα σωματικά υγρά (πλευριτικό, περιτοναϊκό, αρθρικό, περικαρδιακό, εγκεφαλονωτιαίο) αποτελούν σημαντικό στοιχείο στην ανίκνευση μικροοργανισμών. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να ελέγχονται σε ασθενείς της ΜΕΘ.

**Υλικό και μέθοδος:** Τα σωματικά υγρά μεταφέρονται μέσω αποστειρωμένων δοχείων και εμπλουτίζονται το συντομότερο δυνατόν με ζωμό TSB. Μετά από μία πρέμα επώασης ο ζωμός μεταγγίζεται σε εκλεκτικά θρεπτικά υλικά: αιματούχο, MacConkeyNo. 2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ.

Τα παραπάνω επωάζονται για 2 ημέρες. Μετά από αυτή την περίοδο, αν ανιχνευθεί οποιοσδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram. Ακολούθως, οι απομο-

νωμένοι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) και πραγματοποιείται δοκιμή ευαισθοσίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθοσίας επαληθεύεται με δοκιμασία με βάση την μέθοδο KirbyBauer.

**Αποτελέσματα:** Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 60 δείγματα σωματικών υγρών από τη ΜΕΘ. Από αυτά τα 6 ήταν δείγματα περιτοναϊκών υγρών, 18 δείγματα υπεζωκοτικών υγρών, 36 δείγματα εγκεφαλονωτιαίου υγρού. 36 βρέθηκαν θετικά. Από αυτά ο S. epidermidistautopoiētikos 18, S. haemolyticus 6, και E. Faecium σε 12.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα δείχνουν χαμηλή ανίκνευση μικροοργανισμών σε καλλιέργειες σωματικών υγρών.

## 40. ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΥΠΟ Η΄ ΧΩΡΙΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Ζτρίβα Ελευθερία<sup>1</sup>, Σπυριδάκη Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Ψαθάς Θωμάς<sup>1</sup>, Γερασόπουλος Γιώργος<sup>1</sup>, Πιλάλλας, Δημήτριος<sup>1</sup>, Χατζοπουλος Γιώργος<sup>1</sup>, Τέγος Θωμάς<sup>1</sup>, Καραπαπάζογλου Αναστασία<sup>1</sup>, Ανδρόνογλου Μάρκος<sup>1</sup>, Χατζηπόλιας Ι. Απόστολος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>**

**1 Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**

**2 Α΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**

**Σκοπός:** Έχει παρατηρηθεί σε μελέτες ότι χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης μπορεί να συσχετίστονται με αυξημένο κίνδυνο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Αυξημένος κίνδυνος ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας έχει επίσης παρατηρηθεί σε μελέτες ασθενών που λάμβαναν αντιλιπιδαιμική αγωγή ως δευτερογενή πρόληψη ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρατήρηση πιθανής συσχέτισης του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών υπό ή χωρίς αγωγή με την εμφάνιση ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 18 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου λόγω ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας μη τραυματικής. Η καταγραφή του λιπιδαιμικού προφίλ έγινε το πρώτο 24ωρο νοσηλείας μετά την εμφάνιση ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

**Αποτελέσματα:** Από τη μελέτη μας προέκυψε ότι: 11 ασθενείς παρουσίαζαν φυσιολογικά επίπεδα ολικής χοληστερόλης και τριλγυκεριδών – οι 5 ασθενείς ήταν σε αντιλιπιδαιμική αγωγή. 5 ασθενείς παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης-1 με αυξημένα επίπεδα τριλγυκεριδών και 4 με φυσιολογικά επίπε-

δα τριλγυκεριδών. 2 ασθενείς παρουσίαζαν οριακά χαμηλά επίπεδα χοληστερίνης και τριλγυκεριδών, ενώ δεν ήταν υπό αντιλιπιδαιμική αγωγή.

**Συμπεράσματα:** Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων λιπιδίων και της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής με την εμφάνιση αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας δεν είναι σαφής. Στη μελέτη μας δε φάνηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών ή της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής και του κινδύνου εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι χαμηλότερα επίπεδα τριλγυκεριδών και χοληστερόλης σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

Η αντιλιπιδαιμική αγωγή μάλλονδεν επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Ωστόσο σε γηριατρικούς ασθενείς με χαμηλό λιπιδαιμικό προφίλ η αντιλιπιδαιμική αγωγή πρέπει να αποφεύγεται. Στη μελέτη μας δε φάνηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών ή της λήψης αντιλιπιδαιμικής αγωγής και του κινδύνου εμφάνισης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

## 41. ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**Σπερνοβασίλης Νικόλαος<sup>1</sup>, Μηλιών Αθανασία<sup>1</sup>, Καρακωνσταντής Σταμάτιος<sup>2</sup>, Δρανδάκη Μαρία<sup>3</sup>, Γιατράκη Βικτωρία<sup>4</sup>, Μαρκάκη Ιουλία<sup>1</sup>, Κοφτερίδης Διαμαντής<sup>1</sup>**

**1 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, 2 «Βενιζέλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο 3 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά ,4 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κατανόηση των αντιλήψεων και των στάσεων των νέων ιατρών σχετικά με τη συνταγογράφηση/χο-

ρήγηση αντιμικροβιακών παραγόντων αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τον σχεδιασμό πολιτικών ορθολογικής χρήσης τους. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάδειξη των αντιλήψεων και στάσεων αυτών.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην περιφέρεια Κρήτης μεταξύ 27 Οκτωβρίου 2018 και 17 Νοεμβρίου 2018. Χρησιμοποιήθηκε πλεκτρονικό ερωτηματολόγιο το οποίο εστάλη προς το σύνολο των αγροτικών και ειδικευόμενων ιατρών της περιφέρειας που δέχτηκαν να παραχωρήσουν τη διεύθυνση πλεκτρονικής αλληλογραφίας τους. Εξαιρέθηκαν οι ειδικευόμενοι Ακτινολογίας, Ακτινοθεραπευτικής, Αναισθησιολογίας, Μικροβιολογίας, Κυτταρολογίας, Παθολογοανατομίας και Ιατροδικαστικής.

**Αποτελέσματα:** Από τους 313 παραλήπτες του ερωτηματολογίου, 214 (68.4%) το συμπλήρωσαν πλήρως. Εκατό ενενέντα είχαν συνταγογραφήσει/χορηγήσει αντιμικροβιακό φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο και, σε κλίμακα ιεράρχησης από

το 1 έως το 5, ο ισχυρότερος παράγοντας επίδρασης στη συνταγογράφηση/χορήγηση αντιμικροβιακών ήταν η ανασκόπηση των κατευθυντήριων οδηγιών (4.1/5), ακολουθούμενη απότη συμβουλευτική ειδικού ιατρού (3.9/5), την προσωπική υπάρχουσα γνώση και εμπειρία (3.4/5), την πίεση εκ μέρους του ασθενούς (1.9/5) και την προώθηση εκ μέρους της φαρμακοβιομηχανίας (1.7/5). Από τους συνολικά 214 νέους ιατρούς, το 96.7% πιστεύει ότι στην Ελλάδα γίνεται υπερβολική/ακατάλληλη χρήση αντιμικροβιακών, αλλά μόνο το 75.7% θεωρεί ότι αυτό λαμβάνει χώρα στην υγειονομική δομή στην οποία εργάζεται, ενώ μόλις το 45.3% θεωρεί ότι προκειται για παγκόσμιο πρόβλημα.

**Συμπέρασμα:** Τα προγράμματα ορθολογικής χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων στον ελληνικό χώρο οφείλουν να συμπεριλάβουν δράσεις που θα βοηθήσουν στην κατανόηση ότι η υπερβολική/ακατάλληλη χρήση τους αφενός παρατηρείται στη συντριπτική πλειοψηφία των δομών Υγείας της χώρας, αφετέρου συνιστά μείζον παγκόσμιο πρόβλημα.

## 42. PARVO ΙΟΣ Β19: ΜΙΑ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΓΝΟΟΥΜΕ ΕΝ ΜΕΣΩ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΙΛΑΡΑΣ

Βαλαώρα Δέσποινα<sup>1</sup>, Καπασούρη Ευθυμία Μαρία<sup>1</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>2</sup>, Μαλτσάν Τζελάλ<sup>2</sup>, Τερζή Ειρήνη<sup>2</sup>, Κυργιαννάκη Βασιλική<sup>2</sup>, Μαλτέζος Ευστράτιος<sup>2</sup>, Παπάζογλου Δημήτριος<sup>2</sup>

1Προπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

2Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Ο ανθρώπειος πάρβοϊος B19 (Parvo-B19) αποτελεί το αίτιο της 5ης εξανθηματικής νόσου στα παιδιά ενώ στους ενήλικες εμφανίζεται με ποικίλες κλινικές εικόνες που υποδιαγιγνώσκονται.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων που διαγνώστηκαν με Parvo-B19 σε περίοδο επιδημίας ιλαράς και νοσηλεύτηκαν στην ΒΠΠΚ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, καθώς και η καταγραφή της κλινικής και εργαστηριακής τους εικόνας.

**Ασθενείς - Μέθοδος:** Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης σε περίοδο περίοδο 6 μηνών (3-9/2018).

Με διάγνωση εισόδου «Εμπύρετο εξάνθημα» εισήχθησαν 12 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΛ. Καταγράφηκαν η τελική διάγνωση, η κλινική πορεία και η έκβαση σε καθένα από αυτούς.

**Αποτελέσματα:** Στο 25% (3/12) των ασθενών τέθηκε η διάγνωση λοίμωξης από Parvo B19. Οι 2/3 ασθενείς ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας, ανοσοεπαρκείς και μη ευρισκόμενες σε κύπον.

Σε όλους υπήρχε εξάνθημα κηλιδώδες κορμού που φείδετο παλαμών και πελμάτων, ενώ αμιγής απλασία ερυθράς σειράς παρουσιάσαν 2/3 και έντονες αρθραλγίες 1/3. Αντιμετωπίσθηκαν συντριπτικά και εξήλθαν σε άριστη κατάσταση, ενώ έκτοτε παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Λοιμώξεων. Και στις 3 περιπτώσεις υπήρχε έκθεση σε πηγή ηλικίας < 18 ετών, ενώ η αρχική διάγνωση αλλαχού ήταν ιλαρά.

**Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι ο παρβοϊός είναι επικίνδυνος σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (παιδιά, εγκύους, ανοσοκατεσταλμένους) δεν πρέπει να τον αποκλείουμε εκ της διαφορικής μας διαγνωστικής σε περιπτώσεις εξανθηματικών νοσημάτων ακόμη και κατά τη διάρκεια επιδημιών όπως της πρόσφατης Πανευρωπαϊκής της ιλαράς.

## 43. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2018

Μπίτσικας Ιωάννης, Νικολαΐδου Ξανθίππη  
Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Καλλιθέας-1η ΥΠΕ Αττικής, Καλλιθέα

**Εισαγωγή:** Το ΚΥ Καλλιθέας είναι δημόσια δομή παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

**Σκοπός:** Έλεγχος της ανοσοποίησης κατά της γρίπης, σε ενήλικες, την περίοδο 2017-2018.

**Υλικό:** 299 ασθενείς που προσήλθαν στο Τοπικό Ιατρείο (ΤΙ)

Π.Φαλήρου και στο Ιατρείο Επειγόντων τού ΚΥ Καλλιθέας.

**Μέθοδος:** Συντάχθηκε ερωτηματολόγιο που απαντούσαν οι ασθενείς. Απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 183 ασθενείς (Α 74 - Γ 109), που παρακολουθούνται στο τακτικό Παθολογικό Ιατρείο τού ΤΙ Π.Φαλήρου και 116 (Α 48 - Γ 68) ασθενείς, που

προσήλθαν στο Ιατρείο Επειγόντων τού ΚΥ Καλλιθέας. Όλοι είχαν ένδειξη για εμβολιασμό. Έγινε στατιστική επεξεργασία με τη δοκιμασία X2.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των συμμετασχόντων (299) εμβολιάστηκαν 135(45,15%). Από τους προσελθόντες στο ΤΙ Π Φαλήρου (183) εμβολιάστηκαν 91(49,73%), ενώ από τους προσελθόντες στο Ιατρείο Επειγόντων τού ΚΥ Καλλιθέας (116) εμβολιάστηκαν 44(37.93%). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ( $p<0,05$ ). Από τους άνδρες (122) εμβολιάστηκαν 47(38,52%), ενώ από τις γυναίκες (177) εμβολιάστηκαν 88(49,72%).

Η διαφορά είναι ασαφής ( $p<0,1$ ). Όσοι εμβολιάστηκαν, είχαν

όλοι ενημερωθεί για την ανάγκη εμβολιασμού, κατά πλειοψηφία από το θεράποντα ιατρό. Η μεγάλη πλειοψηφία όσων δεν εμβολιάστηκαν, καίτοι είχαν ενημερωθεί, δικαιολόγησε την άρνηση με την απάντηση "δεν πιστεύω στα εμβόλια".

**Συμπέρασμα:** Εμβολιάζονται κατά της γρίπης περίπου οι μισοί από όσους έχουν ένδειξη.

**Φαίνεται ότι :** Όσοι παρακολουθούνται συστηματικά εμβολιάζονται συχνότερα.

Οι γυναίκες εμβολιάζονται συχνότερα.

Είναι καθοριστικός ο ρόλος του θεράποντος ιατρού.

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα επηρεάζει αρνητικά.

#### 44. ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΩΝ GRAM ΚΟΚΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Καραουλάνη Θεοφανή<sup>1</sup>, Λαμπρόπουλος Παναγιώτης<sup>2</sup>, Ουρανού Ευαγγελία<sup>2</sup>, Σολωμού Σόλων<sup>2</sup>, Τσαγκιά Σοφία<sup>1</sup>, Σιουρούνης Παναγιώτης<sup>1</sup>, Πετεινέλλη Ειρήνη<sup>3</sup> Θεοδώρου Μαργαρίτα<sup>3</sup>, Κουντούρη Αντωνία<sup>3</sup>, Τολιόπουλος Απόστολος<sup>3</sup>, Παύλου Μαρία<sup>2</sup>, Καραμανλή Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Υφαντή Αρετή<sup>2</sup>, Γκολφάκης Πάρις<sup>2</sup>, Πάρις Αρμύρος<sup>2</sup>, Φιλίππου Φίλιππος<sup>2</sup>, Καπάτας Ανδρέας<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"- Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα",

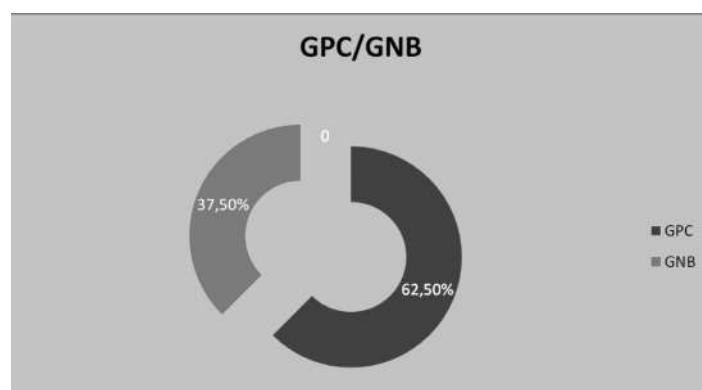
<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα",

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα"

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα προκαλείται συνήθως από gram αρνητικά βακτηρίδια (gram negative bacteria-GNB) κυρίως εντεροβακτηρίδια . Τελευταία παρουσιάζεται αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από gram θετικούς κόκκους (gram positive cocci-GPC) και πολυανθεκτικά βακτηρίδια σε κιρρωτικούς ππατοπαθείς ασθενείς.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των πιθανών μεταβολών στα μικροβιακά αίτια που προκαλούν την αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ABP).

**Υλικά-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 69 περιπτώσεις 74,8% ήταν άνδρες με ABP και θετική καλλιέργεια την περίοδο 2014-2017. Οι 49(73,1%) είχαν προηγούμενες νοσολείες το τελευταίο τρίμηνο , ενώ οι υπόλοιποι (36,9%) είχαν λοιμώξεις της κοινότητας. Οι GPC αποτελούσαν το συχνότερο αίτιο (62,5%). Τα αίτια ήταν enterococci spp (22 συνολικά , εκ των οποίων , ( 12 ) E.faecium, ( 5 ) streptococci, (14) E.coli, (9 ) klebsiella, staph. aureus (4), staph coagulase(-)4, pseudomonas aeruginosa (3), acenotobacter (2), proteus (2).



**Αποτελέσματα:** Οι 49 (73,1%) είχαν προηγούμενες νοσολείες το τελευταίο τρίμηνο , ενώ οι υπόλοιποι (36,9%) είχαν λοιμώξεις της κοινότητας. Οι GPC αποτελούσαν το συχνότερο αίτιο (62,5%). Τα αίτια ήταν enterococci spp (22 συνολικά , εκ των οποίων , ( 12 ) E.faecium, ( 5 ) streptococci, (14) E.coli, (9 ) klebsiella, staph. aureus (4), staph coagulase(-)4, pseudomonas aeruginosa (3), acenotobacter (2), proteus (2).

Οι ασθενείς που είχαν προηγούμενες νοσολείες, παρουσίαζαν πολυανθεκτικά βακτηρίδια σε σύγκριση με λοιμώξεις της

κοινότητας(100%-58%) και ασθενείς με βαρύτερη ππατική νόσο (Meldscore:24 ±8 έναντι 18±6). Οι λοιμώξεις με GNB ήταν συχνότερες στους ασθενείς με προηγούμενες νοσολείες από τις λοιμώξεις με GPC(58,2% έναντι 41,8%).

**Συμπεράσματα:** Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα οφείλεται κυρίως σε gram positive cocci-GPC, με απομόνωση πολυανθεκτικών βακτηριδίων στη συνιστώμενη αντιβιοτική αγωγή, με συνέπεια η επιλογή της θεραπείας είναι δύσκολη και σχεδόν πάντα συνδυαστική.

## 45. ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

**Μαρία Χριστίνα Γραμμένου<sup>1</sup>, Δημήτριος Πιλάλας<sup>1</sup>, Γρηγόρης Παναγιώτου<sup>1</sup>, Ελευθερία Ζτρίβα<sup>1</sup>, Γεώργιος Θεοδώρου<sup>2</sup>, Πολυχρόνης Σακαλής<sup>3</sup>, Νικόλαος Φόρογλου<sup>3</sup>, Απόστολος Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>, Χρήστος Σαββόπουλος<sup>1</sup>**

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

**2 Α' Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**

**3 Α' Νευροχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**

**Εισαγωγή:** Κατά το 2018 παρατηρήθηκε έντονη επιδημική εξάπλωση του ιού του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) με συνολικά 316 κρούσματα, εκ των οποίων 241 εμφάνισαν νευροδιεισδυτική νόσο και 47 κατέληξαν.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού μηνιγγοεγκεφαλίτιδας από ΙΔΝ με επιπλοκή υποσκληρίδια αιμορραγία.

**Υλικά-Μέθοδοι:** Ασθενής 74 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και στεφανιαίας νόσου νοσηλεύθηκε στο Γ.Ν.Κιλκίς λόγω υποτροπιαζόντων πυρετικών κυμάτων, πάρεσης αριστερού κάτω άκρου και συγχυτικοδιεγερτικής κατάστασης. Πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση με ευρήματα υπέρ ιογενούς μηνιγγίτιδας και εν αναμονή των καλλιεργειών και του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου, ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με βανκομυκΐνη, μεροπενέμπη, ακυκλοβίρη. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων διακομίσθηκε στο

Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ όπου με επανάληψη της οσφυονωτιαίας παρακέντησης ο ορολογικός έλεγχος έθεσε τη διάγνωση μηνιγγοεγκεφαλίτιδας από ΙΔΝ.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής δε βελτιώθηκε κλινικά και κατά την 7η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής με έναρξη αγωγής με ππαρίνη χαμπλού μοριακού βάρους. Την επόμενη ημέρα η νευρολογική του εικόνα επιδεινώθηκε έντονα με GCS 6/15 και στην αξονική που διενεργήθηκε διαιπιστώθηκε υποσκληρίδιος αιμορραγία.

Πραγματοποιήθηκε επείγουσα κρανιεκτομή και ο ασθενής διακομίσθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου κατέληξε μετά από 10 ημέρες λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας σε έδαφος σπητικής καταπληξίας.

**Συμπεράσματα:** Η προχωρημένη πλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση της λοίμωξης από ΙΔΝ. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει περιορισμένος αριθμός περιστατικών που συσχετίζουν τη λοίμωξη από τον ίο με αιμορραγική διάθεση.

## 46. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

**Χριστοδούλου Παναγιώτης<sup>1</sup>, Γερασίμου Μαρίνα<sup>1</sup>, Μαντζούκης Σταύρος<sup>2</sup>, Κολλιοπούλου Γεωργία<sup>3</sup>, Βαρσάμος Νικόλαος<sup>4</sup>, Ζώτος Νικόλαος<sup>1</sup>**

**Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα**

**Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα**

**Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα**

**TOMY Ιωαννίνων**

**Σκοπός:** Η μικροβιαμία είναι μια σοβαρή κατάσταση όπου τα βακτηρίδια εισβάλλουν στην κυκλοφορία του αίματος και προκαλούν συστηματική νόσο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, εκτελούνται καλλιέργειες αίματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι καλλιέργειες αίματος που πρόερχονται από τη ΜΕΘ.

**Υλικό και μέθοδος:** Χρησιμοποιείται το σύστημα BacT / Alert, το οποίο ανι την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα. Το θετικό αποτέλεσμα στο σύστημα BacT / Alert ακολουθείται από καλλιέργεια στα ακόλουθα εκλεκτικά μέσα: άγαρ, MacConkeyNo 2, σοκολάτα, MuellerHinton, Chapman και Sabaureaud άγαρ. Μετά την απομόνωση, ακολουθείται η χρώση Gram και οι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) και ακολουθείται από μια δοκιμή ευαισθησίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή βασι-

σμένη στο KirbyBauer.

**Αποτελέσματα:** Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 3347 καλλιέργειες αίματος. Από αυτές, 170 προέρχονταν από τη ΜΕΘ. 116 βρέθηκαν θετικές. Από αυτές Σ. epidermidistαυτοποιήθηκε σε 42, A. Baumannii σε 27, K. Pneumoniae σε 12 (4 από αυτά KPC θετικά), S. hominis σε 8, E. Faecium σε 7, E. Faecalis σε 5, P. Aeruginosa σε 3, C. albicans σε 3, S. capitis σε 2, K. Oxytoca σε 2, P. Mirabilis σε 2, E. Coli σε 1, S. intermidius σε 1 και S. lugdunensis σε 1.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων και των φαινούπων μικροβιακής αντοχής είναι απαραίτητη για την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος για την έγκαιρη θεραπεία και τον περιορισμό των πολυανθεκτικών στελεχών, ενώ αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για την επίλυση διαγνωστικών προβλημάτων.

# ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## 01. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Γιώργου Κατερίνα,, Φυσικοθεραπεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής Α.Π.Θ  
Ιδιωτικό Φυσικοθεραπευτήριο, Νίκης 2 Κατερίνη

**Εισαγωγή:** Η άσκηση είναι αναγκαία για την καλύτερη αντί-μετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η οποία προκαλεί δυσκολία στη βάση, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις καθημερινές δραστηριότητες, στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων επιλεγμένων προγραμάτων θεραπευτικής άσκησης σε 19 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

**Υλικό- Μεθοδολογία:** Αξιολογήθηκαν 19 ασθενείς, πλικίας 48-69 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε διάστημα 6 μηνών. Οι ασθενείς χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα Α αποτελούνταν από 10 ασθενείς που παρακολούθησαν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης για 6 μήνες. Το πρόγραμμα γινόταν στο φυσικοθεραπευτήριο και δινόταν ασκήσεις και για το σπίτι. Στην ομάδα Β (ομάδα σύγκρισης) υπήρχαν 9 ασθενείς που δεν επιθυμούσαν να ακολουθήσουν πρόγραμμα άσκησης. Στην αρχή της αξι-

ολόγησης όπως και στο τέλος του προγράμματος, όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ειδικά ερωτηματολόγια. Με τα ερωτηματολόγια ξαναξημένη η βελτίωση της κίνησης, η μείωση του πόνου, και η βελτίωση της καθημερινότητας.

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της μελέτης, στην ομάδα Α, υπήρχε σημαντική βελτίωση στην κίνηση, στον πόνο και στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ σε ασθενείς της ομάδας Β παρατηρήθηκαν σε άλλους καμιά σημαντική διαφορά και σε άλλους επιδείνωση.

**Συμπεράσματα:** Η συστηματική άσκηση παρέχει στους ασθενείς προστασία απέναντι στις επιπτώσεις της νόσου και βελτιώνει τις δυσλειτουργίες και την ποιότητα ζωής τους. Εξειδικευμένα προγράμματα προσαρμοσμένα στις ικανότητες και ανάγκες των ασθενών συμβάλλουν στη λειτουργική ανεξαρτησία και την αποκατάσταση.

## 02. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΑΙΜΙΑ

Παυλίδης Αθηνόδωρος<sup>1</sup>, Κοντοτάσιος Κωνσταντίνος, Ζωγράφου Μουσχιανή, Παπαδόπουλος Ανατόλη<sup>1</sup>, Παρτσανάκης Ευστάθιος<sup>1</sup>, Τσιαμήτρος Στέφανος<sup>1</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>1</sup>, Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

**Εισαγωγή:** Η υπερομοκυστείναιμια αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με γνωστή υπερομοκυστείναιμια μη επαρκώς ελεγχόμενη και εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

**Υλικό-μέθοδος:** Γυναίκα 54 ετών με γνωστή υπερομοκυστείναιμια από 25ετίας, MTHFομόζυγη(διάγνωση ύστερα από επιπλοκές στην εγκυμοσύνη),β-ετερόδυνη μεσογειακή αναιμία, με περιστασιακή λήψη φυλλικού οξέος. Καπνίστρια.Προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω κεφαλαλγίας, θάμπος όρασης και αιμωδίες δεξιά.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εξέταση στα ΤΕΠ η ασθενής ήταν απύρετη, αερομετρικά-αιμοδυναμικά σταθερή. Προσανατολισμένη x 3. Ήπια υπαισθησία δεξιάς πλευράς.Χωρίς παθολογικά ευρήματα στην ΩΡΛ και Κ/Δ εκτίμηση.Χωρίς παθολογικά ευρήματα εκ του εργαστηριακού ελέγχου(ΤΕΠ). Η επείγουσα ΣΤεγκεφάλου δεν ανέδειξε ισχαιμική ή αιμορραγική βλάβη. Λόγω του

ιστορικού της,έγινε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και σταύτης. Η επαναληπτική ΣΤεγκεφάλου 48ωρου, ανέδειξε δύο πρόσφατες ισχαιμικές βλάβες αριστερά(στην κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνα και στην υποφλοιώδη λευκή ουσία μετωποθρεγματικά). Η τιμή της ομοκυστείνης ήταν αυξημένη, ενώ το λιπιδαιμικό προφίλ της ασθενούς δεν παρουσίαζε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Εξήλθε βελτιωμένη με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και σταύτην και οδηγία για συστηματική λήψη φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12. Σύσταση για υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και για διακοπή καπνίσματος.

**Συμπεράσματα:** Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστείνης αποτελούν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος και θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Ο κίνδυνος αυξάνεται όταν συνυπάρχουν και άλλοι ειπιβαρυντικοί παράγοντες (κάπνισμα, παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία κ.α.). Η αντιμετώπιση της υπερομοκυστείναιμιας βασίζεται στη διαιτητική ενίσχυση και στη φαρμακευτική χορήγηση βιταμινών που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της με βασικότερη το φυλλικό οξύ.

## 03. ΒΑΡΙΑ ΜΟΡΦΗ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Παυλίδης Αθηνόδωρος<sup>1</sup>, Δεληγιάννη Δέσποινα<sup>1</sup>, Γιανκάπη Χρυσάνθη<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Ανατόλη<sup>1</sup>, Παρτσανάκης Ευστάθιος<sup>1</sup>, Γκαλιαγκούση Σοφία<sup>2</sup>, Ματέι Χριστίνα<sup>2</sup>, Κούτρας Χρήστος<sup>1</sup>

1 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

2 ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υ.Μ. Βέροιας)

**Εισαγωγή:** Η νόσος του Weil αποτελεί την πιο σοβαρή εκ-

δήλωση προσβολής από λεπτόσπειρα. Επίσης είναι η συχνότε-

ρη λεπτοσπείρωση στη χώρα μας. Η θνητότητα της νόσου παραμένει υψηλή, ακόμη και σε νέους ασθενείς ( έως και 5%).

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού , νέου ασθενή με πολύ βαριά εκδήλωση της νόσου, πολυοργανική ανεπάρκεια που η έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής και η διασωλήνωση συνέβαλλαν στην επιτυχή έκβαση.

**Υλικό-μέθοδος:** Άνδρας 19 ετών, αθλητής, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου από τριημέρου, μυαλγιών, έντονης κεφαλαλγίας και εμέτων.

**Αποτελέσματα:** Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υπερπυρεξία, απορροσανατολισμός, αυχενική δυσκαμψία, ολιγουρία, υπόταση. Εκ του αρχικού εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση, θρομβοπενία, αναιμία, παράταση χρόνου προθρομβίνης. Αύξηση τρανσαμινασών, CPK, ουρίας και κρεατινίνης. Μικρή αύξηση χολερυθρίνης, ιδιαίτερα αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής. Διενεργήθη-

κε ΟΝΠ(αυξημένες τιμές λευκώματος και λεμφοκυττάρων, φυσιολογικές τιμές σακκάρου). Χωρίς παθολογικά ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο. Εκ του ιστορικού αναφέρθηκε έκθεση του ασθενούς σε χώρο με τρωκτικά πού έθεσε την υπόνοια λεπτοσπείρωσης Έγινε έναρξη αντιβιοτικής(κεφτριαζόνη και διξυκικλίνη) και υποστηρικτικής αγωγής. Ωστόσο ο ασθενής το δεύτερο 24ωρο παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με καταπληξία- πολυοργανική ανεπάρκεια. Διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ.Η υπόνοια για νόσο του Weil επιβεβαιώθηκε με τη θετική PCR.Ο ασθενής σταδιακά παρουσίασε βελτίωση της εικόνας του. Αποσωληνώθηκε την 9η μέρα και εξήλθε από το Νοσοκομείο δύο μέρες αργότερα.

**Συμπεράσματα:** Η θνητότητα από τη Νόσο του Weil παραμένει υψηλή ακόμη και σε νέες πλικίες. Η έκβαση της νόσου εξαρτάται από την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής σε υψηλή κλινική υπόνοια για λεπτοσπείρωση.

## 04. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΤΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι.ΑΕΕ

**Παυλίδης Αθηνόδωρος, Ζωγράφου Μουσχιανή, Κηρυττόπουλος Πέτρος, Μπάρμπας Ιωάννης, Σαλβαρίδης Δημήτριος, Τσιαμήτρος Στέφανος, Γεωργακούδας Γεώργιος, Κούτρας Χρήστος Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας(Υ.Μ. Βέροιας)**

**Εισαγωγή:** Η ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη εγκατάσταση εμφράκτων στην περιοχή του θαλάμου αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση ΙΑΕΕ. Αποτελεί ταυτόχρονα, σπάνιο αίτιο οξείας εγκατάστασης κώματος.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός περιστατικού με αμφοτερόπλευρα θαλαμικά έμφρακτα.

**Υλικό-μέθοδος:** Ασθενής 71 ετών με ιστορικό υπέρτασης, υποθυρεοειδισμού και δυσλιπιδαιμίας με προηγούμενο Rankin score 0, διακομίζεται στα ΤΕΠ λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης κώματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εξέταση στα ΤΕΠ διαπιστώθηκε: Έκπτωση επιπέδου συνείδοσης. G.C.S.: 7 ( 2- 1- 4). Κόρες σε μύση άμφω, ισομεγέθεις χωρίς αντίδραση στο φώς. Babinski δεξιά. Πέλματα καρπητικά άμφω. Απύρετος, αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός. Νορμογλυκαιμικός. Χωρίς παθολογικά ευρήματα από το ΗΚΓ. Φυσιολογικές τιμές πλεκτρολυτών και Αερίων Αίματος. Η επείγουσα CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε αιμορραγία ή ισχαιμική βλάβη, ούτε εικόνα παρεκτόπισης μέσops γραμμής. Ο

ασθενής τέθηκε σε παρακολούθηση . Δύο μέρες αργότερα ανέκτησε πλήρη επαφή με το περιβάλλον παρουσιάζοντας δυσαρθρία και διαταραχές προσανατολισμού, χωρίς άλλη νευρολογική σημειολογία .

Η επαναληπτική CT εγκεφάλου(48 ώρου) καθώς και η MRI εγκεφάλου ανέδειξε εικόνα πρόσφατου ισχαιμικού εμφράκτου στους θαλάμους άμφω, λόγω παρουσίας αρπτηρίας Percheron. Ο ασθενής παρουσίασε περαιτέρω βελτίωση της νευρολογικής του εικόνας και εξήλθε μετά από 10 ημέρες νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η ταυτόχρονη εγκατάσταση αμφοτερόπλευρων ισχαιμικών εμφράκτων στην περιοχή του θαλάμου είναι εξαιρετικά σπάνια(<1%) περίπτωση ΙΑΕΕ. Περιλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση, ως αίτιο αιφνίδιας εγκατάστασης κωματώδους κατάστασης.

Λόγω της εντόπισης των βλαβών, για την ορθή διάγνωση κρίνεται αναγκαία η διενέργεια επαναληπτικής Αξονικής Τομογραφίας 48 ώρου καθώς και η διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας Εγκεφάλου.

## 05. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

Καραουλάνη Θεοφανή<sup>1</sup>, Ουρανού Ευαγγελία<sup>2</sup>, Λαμπρόπουλος Παναγιώτης<sup>2</sup>, Σολωμού Σόλων<sup>2</sup>, Τσαγκιά Σοφία<sup>1</sup>, Σιουρούνη Παναγιώτη<sup>1</sup>, Πετεινέλλη Ειρήνη<sup>3</sup> Θεοδώρου Μαργαρίτα<sup>3</sup>, Κουντούρη Αντωνία<sup>3</sup>, Τολιόπουλος Απόστολος<sup>3</sup>, Παύλου Μαρία<sup>2</sup>, Καραμανλή Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Υφαντή Αρετή<sup>2</sup>, Γκολφάκης Πάρις<sup>2</sup>, Πάρις Αρμύρος<sup>2</sup>, Φιλίππου Φίλιππος<sup>2</sup>, Καπάτας Ανδρέας<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. “Άγιος Παντελεήμων”- Γ.Ν.Δ.Α. “Άγια Βαρβάρα”,

<sup>2</sup>Α’ Παθολογική Κλινική, Α’ Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. “Άγιος Παντελεήμων”-Γ.Ν.Δ.Α. “Άγια Βαρβάρα”,

<sup>3</sup>Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. “Άγια Βαρβάρα”

**Εισαγωγή-Σκοπός:**Τα ΑΕΕ στο δυτικό κόσμο είναι σημαντικό αίτιο νοσηρότητας,θνητότητας και αναπορίας με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός ασθενών να νοσηλεύεται στις παθολογι-

κές κλινικές καταλαμβάνοντας περίπου το ¼ των κλινών των νοσοκομείων.

**Υλικά-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 240 φάκελλοι ασθενών με

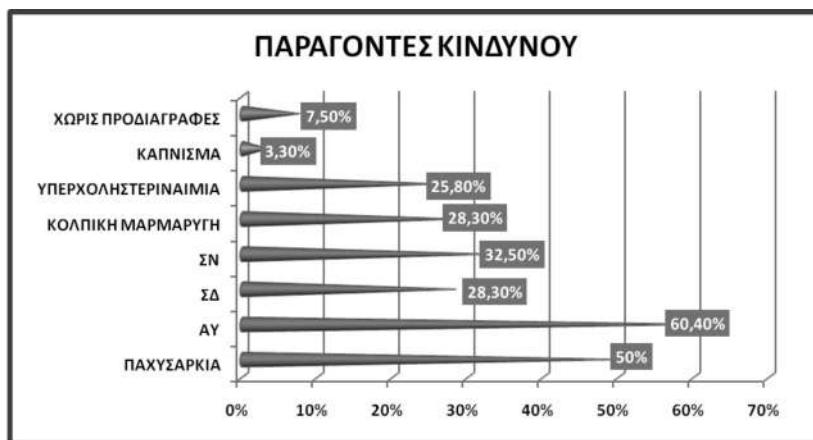
συμπτωματολογία ΑΕΕ. Σεόλους τους ασθενείς έγινε CΤεγκεφάλου. Μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες: 1) παχυσαρκία 2) υπερλιπιδαιμία, 2) πλικία και φύλο, 3) ατομικό αναμνηστικό για ύπαρξη παλαιού ΑΕΕ, ΣΔ, ΑΥ, ΣΝ, κολπική μαρμαρυγή και κάπνισμα.

**Αποτελέσματα:** Από τους 240 ασθενείς που μελετήθησαν, οι 102(42,5%) ήταν άνδρες και 138(57,5%) ήταν γυναίκες. Η μέση πλικία ήταν 75,2 έτη. Η συχνότητα ανεύρεσης των παραγόντων κινδύνου ήταν: Παχυσαρκία: 120(50%), ΑΥ: 145(60,4%), ΣΔ: 68(28,3%), ΣΝ: 78(32,5%), κολπική μαρμαρυγή: 68(28,3%), υπερχοληστεριναιμία: 62(25,8%), κάπνισμα: 8(3,3%) και χωρίς προδιαγραφές 7,50%.

Τα ευρήματα από την CTήταν: ισχαιμικό έμφρακτο: 9,7%, αιμορραγία: 7%, αιμορραγικό έμφρακτο: 2,6%. Η νευρολογική σημειολογία περιελάμβανε: 1) ημιπληγία 78%, 2) δυσαρεστία 31%, 3) αταξία 3%, 4) κεντρική πάρεση του προσωπικού νεύρου 7,8%, 5) αφασικές διαταραχές 16,4%, και 5) οφθαλμοπληγία 6%.

Η συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων στην υποομάδα των ασθενών με δυσμενή έκβαση ήταν: Παχυσαρκία: 55%, ΑΥ: 50%, ΣΝ: 16,7%, Κολπική μαρμαρυγή: 33,3%, ΣΔ: 10,7%, υπερχοληστεριναιμία: 9%, κάπνισμα 3%.

**Συμπεράσματα:** Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ΑΕΕ σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των επεισοδίων είναι μη αιμορραγικά, ενώ ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η ΑΥ. Η συχνότητα των ΑΕΕ αυξάνεται παράλληλα με την πλικία, ενώ οι σημαντικοί παραγόντες δυσμενούς εξέλιξης των ΑΕΕ είναι η παχυσαρκία, ΑΥ, ΣΝ, ΣΔ και η κολπική μαρμαρυγή.



Τα ευρήματα από την CTήταν: ισχαιμικό έμφρακτο: 9,7%, αιμορραγία: 7%, αιμορραγικό έμφρακτο: 2,6%. Η νευρολογική σημειολογία περιελάμβανε: 1) ημιπληγία 78%, 2) δυσαρεστία 31%, 3) αταξία 3%, 4) κεντρική πάρεση του προσωπικού νεύρου 7,8%, 5) αφασικές διαταραχές 16,4%, και 5) οφθαλμοπληγία 6%.



Η συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων στην υποομάδα των ασθενών με δυσμενή έκβαση ήταν: Παχυσαρκία: 55%, ΑΥ: 50%, ΣΝ: 16,7%, Κολπική μαρμαρυγή: 33,3%, ΣΔ: 10,7%, υπερχοληστεριναιμία: 9%, κάπνισμα 3%.



**Συμπέρασμα:** Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ΑΕΕ σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των επεισοδίων είναι μη αιμορραγικά, ενώ ο συχνότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι ΑΥ. Η συχνότητα των ΑΕΕ αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία, ενώ οι σημαντικοί παραγόντες δυσμενούς εξέλιξης των ΑΕΕ είναι η παχυσαρκία, ΑΥ, ΣΝ, ΣΔ και η κολπική μαρμαρυγή.

## 06. ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ- ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Καραουλάνη Θεοφανή<sup>1</sup>, Σολωμού Σόλων<sup>2</sup>, Λαμπρόπουλος Παναγιώτης<sup>2</sup>, Ουρανού Ευαγγελία<sup>2</sup>, Τσαγκιά Σοφία<sup>1</sup>, Σιουρούνης Παναγιώτης<sup>1</sup>, Πετεινέλλη Ειρήνη<sup>3</sup> Θεοδώρου Μαργαρίτα<sup>3</sup>, Κουντούρη Αντωνία<sup>3</sup>, Τολιόπουλος Απόστολος<sup>3</sup>, Παύλου Μαρία<sup>2</sup>, Καραμανλή Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Υφαντή Αρετή<sup>2</sup>, Γκολφάκης Πάρις<sup>2</sup>, Πάρις Αρμύρος<sup>2</sup>, Φιλίππου Φίλιππος<sup>2</sup>, Καπάτας Ανδρέας<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Κέντρο Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"- Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα",

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα",

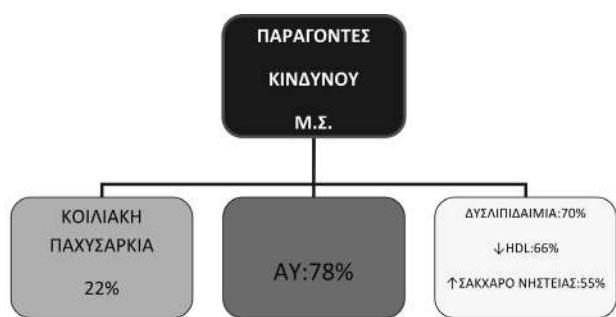
<sup>3</sup>Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Δ.Α. "Άγια Βαρβάρα"

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί μια σύγχρονη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (ΣΔII), η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και η δυσλιπιδαιμία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 11/2017-05/2018 σε ασθενείς που προσήλθαν στο Νοσοκομείο μας.

**Υλικά-Μέθοδοι:** 751 άτομα με λήψη πλήρους ιστορικού, βιοχημικών παραμέτρων, κλινική εξέτασην και λήψη ζωτικών σημείων. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν σωματομετρικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος) και περιμέτρος μέσης.

**Αποτελέσματα:** 426 άτομα ήταν άνδρες (56,7%) και 325 γυναίκες (43,3%), ενώ το 57%, 427 άτομα παρουσίασαν ΜΣ με συχνότητα 52% στους άντρες (222,1 άτομα) και 48% στις γυναίκες (204,9 άτομα). Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του ΜΣ με την αύξηση της ηλικίας (35% στα άτομα ηλικίας έως 55 ετών και 45% στα άτομα >60 ετών). Στους ασθενείς με ΣΔII η συχνότητα εμφάνισης του ΜΣ ήταν 78%, στους ασθενείς με ΑΥ 58% και στους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία 52%. Η συχνότητα εμφάνισης των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη του ΜΣ στο σύνολο του δείγματος ήταν 22%

κοιλιακή παχυσαρκία, 78% ΑΥ, 70% δυσλιπιδαιμία, 66% μειωμένη HDL και 55% αυξημένο σάκχαρο νηστείας.



**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα εμφάνισης του ΜΣ βρέθηκε αυξημένη στον πληθυσμό που μελετήθηκε. Η έγκαιρη διάγνωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και η έγκαιρη έναρξη θεραπευτικής αγωγής συμβάλει σημαντικά στη μείωση της επιβάρυνσης της υγείας αλλά και των επιπλοκών που συνοδεύουν το ΜΣ.

## 07. ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Αυγέρη Σοφία,** Τσιφή Αγγελική, Σέργη Ευαγγελία, Στεφάνοβα Στέλα, Σακκαλής Αναστάσιος, Βουλγαρίδης Απόστολος, Ντόρλης Κυριάκος, Κατσιάρη Μαρία, Νικολάου Χαρίκλεια, Κουνουγέρη Αικατερίνη, Λάσκου Μαρία, Μαθάς Χρήστος Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατπούνων

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας με αρνητικό έλεγχο κοπράνων για κλωστοριδιακές τοξίνες A και B, αλλά με παθογνωμονική ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή 73 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, υπερτροφίας προστάτου, δυσλιπιδαιμίας και προπούμενων ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων, ο οποίος προσεκομίσθη λόγω επιληπτικών κρίσεων και διασωληνώθηκε λόγω κώματος. Διαπιστώθηκε με Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου νέο έμφρακτο και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Κατά τη νοσηλεία του, χρειάστηκε να λάβει διάφορα σκήματα αντιμικροβιακής αγωγής λόγω λοιμώξεων, ενώ μετά από 16 ημέρες, εμφάνισε εμπύρετο με συνοδό λευκοκυττάρωση και διαρροϊκές κενώσεις. Απομονώθηκε από τα κόπρανα μόνο

θετικό αντιγόνο Clostridium Difficile, αλλά λόγω εμμονής των διαρροϊκών κενώσεων, διενεργήθηκε ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η οποία ανέδειξε ψευδομεμβράνες.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μετρονιδαζόλη iv και βανκομικίν per os, με πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας. Στη συνέχεια, σταθεροποιήθηκε νευρολογικά και υπεβλήθη σε διαδερμική τραχειοστομία λόγω παρατεταμένης διασωλήνωσης. Σταδιακά κατάφερε να απογαλακτιστεί από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής επιτυχώς και να επιστρέψει στο αρχικό τμήμα νοσηλείας.

**Συμπέρασμα:** Επί ισχυρής κλινικής υποψίας, πρέπει να συνεχίζονται οι προσπάθειες απόδειξης της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας, καθώς αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά νόσο με ειλεό και τοξικό μεγάκολο, ενώ με την κατάλληλη αγωγή ελέγχεται αποτελεσματικά.

## 08. IRIS & LATE PRESENTERS. ΕΝΑΣ ΕΜΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΓΡΙΦΟΣ

Μαλτσάν Τζελάλ, Παναγόπουλος Περικλής, Πετράκης Βασίλης, Μπαλτατζίδου Μαρία, Κυργιανάκη Βάσω, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος  
Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Αλεξανδρούπολης

### Εισαγωγή:

Το Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης (IRIS) αποτελεί μία όχι και τόσο σπάνια κατάσταση παρά την άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και μπορεί να αφορά ποικιλία νοσημάτων, τόσο λοιμωδών όσο και μη.

### Παρουσίαση περιστατικού:

Άνδρας 34 ετών, MSM, από αγροτική περιοχή, διεγνώσθη σε προεγχειρητικό έλεγχο (χολοκυστεκτομή) θετικός για τον Ιό HIV. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο πλην της χολολιθίας με επεισόδια κολικού. Στις 28/8/2018 διεγνώσθη και στις 25/10/2018 ξεκίνησε αντιρετροϊκή αγωγή (TAF/FTC/COB/DRV).

Τέσσερις εβδομάδες αργότερα εισήχθη λόγω δυσαρθρίας και μυικής αδυναμίας δεξιού άνω και κάτω άκρου σταδιακά επιδεινούμενου με εγκατάσταση σπαστικότητας συστοίχως.

Ο απεικονιστικός έλεγχος (Μαγνητική και Αξονική τομογρα-

φία εγκεφάλου) ανέδειξε διάχυτη προσβολή της λευκής ουσίας. Υπεβλήθη σε δύο οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις όπου λόγω PCR θετικής για JC Polyomavirus ετέθη η διάγνωση της Προοδευτικής Πολυεστιακής Λευκοεγκεφαλοπάθειας. Παράλληλα εμφάνισε διαρροϊκό σύνδρομο με θετική την καλλιέργεια κοπράνων για Κρυπτοσπορίδιο.

Οι κλινικές αυτές εικόνες απεδώθησαν σε Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης λόγω ταχείας πτώσης του ιικού φορτίου τις πρώτες εβδομάδες της αντιρετροϊκής αγωγής.

### Συμπεράσματα

Η καθηυτηρημένη διάγνωση της HIV λοίμωξης κρύβει κινδύνους λόγω της προχωρημένης ανοσοανεπάρκειας των ασθενών. Το Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης ενώ σηματοδοτεί την άνοδο των T-λεμφοκυττάρων και τη βελτίωση της ανοσίας των ασθενών επιπλέκει την πορεία τους με αναζωπύρωση νοσημάτων που βρίσκονταν σε υποκλινική φάση.

## 09. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Μύρου Αθηνά<sup>1</sup>, Διδάγγελος Τριαντάφυλλος<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χατζηπόλιος Απόστολος<sup>1</sup>.  
1. Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Η Διαβητική Νεφροπάθεια συνιστά την πρώτη αιτία της XNN. Μία από τις επιπλοκές είναι η νεφρική οστεοδυστροφία. Σκοπός: Η διερεύνηση των επίπεδων των 25(OH)D<sub>3</sub>, 1,25(OH)2D<sub>3</sub>, παραθορμόνης, ασβεστίου σε ασθενείς με διαβήτη

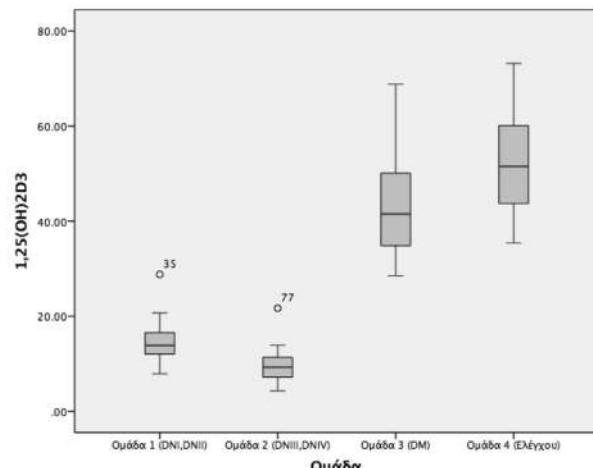
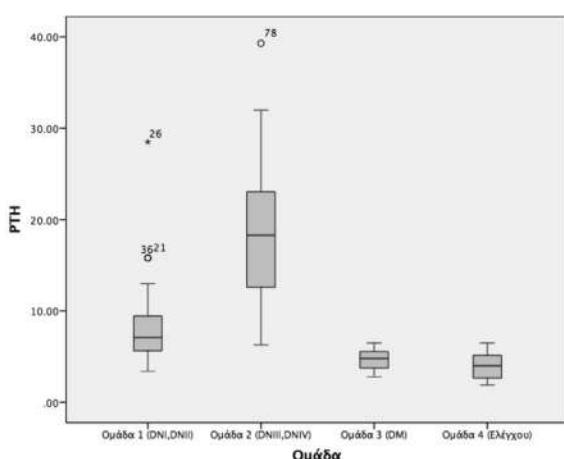
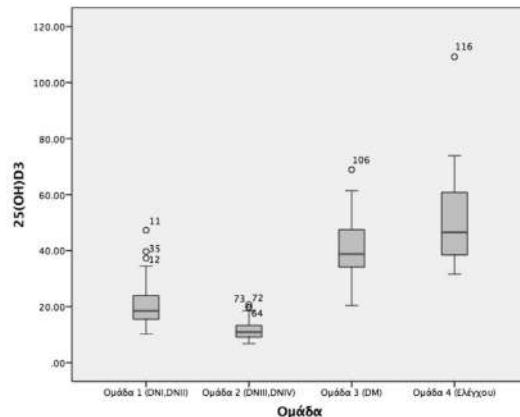
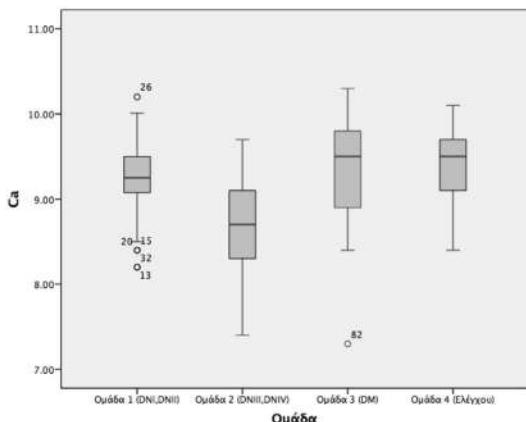
τύπου 2 και νεφροπάθεια.

**Ασθενείς/μέθοδος:** Μελετήθηκαν 48 ασθενείς ομάδας 1 (Διαβητική νεφροπάθεια σταδίου I, II), 32 ασθενείς ομάδας 2 (Διαβητική νεφροπάθεια σταδίου III, IV), 31 ασθενείς ομάδας 3

(Σακχαρώδης διαβήτης, χωρίς νεφρική νόσο), 31 μάρτυρες ομάδας 4 (Υγίεις). Οι βιοχημικές εξετάσεις διενεργήθηκαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

**Αποτελέσματα:** Ασβέστιο: ομάδα 1: 9.26 (TA=0.45), ομάδα 2: 8.66 (TA=0.54), ομάδα 3: 9.37 (TA=0.64), ομάδα 4: 9.42 (TA=0.47). PTH: ομάδα 1: 8.08 (TA=4.11), ομάδ-

δα 2: 18.41 (TA=8.15), ομάδα 3: 4.70 (TA=1.13), ομάδα 4: 3.99 (TA=1.41). 25(OH)D3: ομάδα 1: 20.667 (TA=7.64), ομάδα 2: 11.86 (TA=3.60), ομάδα 3: 40.63 (TA=11.24), ομάδα 4: 50.98 (TA=16.10). 1,25(OH)2D3: ομάδα 1: 14.56 (TA=3.55), ομάδα 2: 9.51 (TA=3.33), ομάδα 3: 43.33 (TA=10.53), ομάδα 4: 52.45 (TA=10.31).



**Συμπέρασμα:** Οι μικρότερες τιμές 25(OH)D3 και 1,25(OH)2D3 παρατηρούνται στα στάδια νεφρικής νόσου III, IV. Στην νεφρική νόσο σταδίου III και IV παρουσιάζεται μεγαλύτερη τιμή της PTH σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Η ομάδα με

διαβήτη και νεφρική νόσο σταδίου III και IV φαίνεται να έχει σαφώς μικρότερη τιμή ασβεστίου από τις υπόλοιπες 3 ομάδες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο οστικός μεταβολισμός διαταράσσεται στα τελικά στάδια της διαβητικής νεφροπάθειας.

## 10. INTENTIONAL CHLOROFORM OVERDOSE CAUSING RHABDOMYOLYSIS AND DELAYED LIVER INJURY:A CASE REPORT(e-poster)

Authors: Paneta Maria, Waring W. Stephen

Acute Medical Unit, York Teaching Hospital NHS Foundation Trust,York,UK

**Introduction:** Chloroform,a halogenated hydrocarbon can cause depression of the central nervous system, seizures, ventricular arrhythmia,cardiogenic shock, liver and renal impairment. We report a case of intentional chloroform exposure in a 47-year-old man, with delayed liver toxicity successfully treated with N-acetylcysteine.

**Methods:** Systematic review of published cases of acute chloroform toxicity using MEDLINE and PUBMED search engines was conducted.

**Results/Case report:** 47-year-old man brought in A+E,

with low Glasgow Coma Score 3/15, shortly improved to 14/15, and hypotension,following inhalation of 500ml of chloroform,13 hours earlier. Creatine kinase wasabnormally high, and admission was arranged to allow intravenous hydration and monitoring of renal function. On day three,prothrombin time (PT) rose to 27.8 seconds and alanine transaminase (ALT) to 3721 units per litre. Vitamin K 10 milligrams and an intravenous infusion of acetylcysteine -according to standardised protocol for paracetamol poisoning- given. ALT and PT peaked at 88 hours after exposure and bilirubin at 180

hours. The acetylcysteine infusion was stopped at 180 hours. Liver biochemistry improved, and the patient was transferred to a psychiatry hospital for further assessment.

**Conclusion:** This and previous cases indicate liver injury

may become detectable 48-72 hours after exposure. Clinicians should be aware of the risks of acute liver injury occurring after recovery from the acute anaesthetic effects and the therapeutic options.

## 11. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Σφαντού Δανάη, Σαββανής Συπρίδων, Τσέτικα Ελευθερία-Γαρυφαλιά, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Γιαλούρης Αθανάσιος Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι αναστολείς της αναγωγάσης του 3-υδροξυ-μεθυλ-γλουταρυλ-συνενζύμου Α(HMG-CoA)-στατίνες αποτελούν τους πλέον συχνότερα συνταγογραφούμενους υπολιπιδαιμικούς παράγοντες καθώς μειώνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού που αφορά ππατίτιδα επαγόμενη από χορήγηση ατορβαστατίνης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Γυναίκα 67 ετών με ατομικό αναμνηστικό οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου προ 3ετίας (τοποθέτηση επικαλυμμένου stent) υπόεπαναχορήγηση μειωμένης δόσης ατορβαστατίνης(10mg) λόγω αύξησης αμινοτρασφερασών οριακά >3xULN, παρουσίασε εργαστηριακή εικόνα οξείας ππατίτιδας με αυξημένες τιμές αμινοτρασφερασών >10xULN σε τακτικό εργαστηριακό έλεγχο.

Άμεσα διακόπηκε η χορήγηση στατίνης και εισήχθη για διερεύνηση και αντιμετώπιση

**Αποτελέσματα:** Στο πλαίσιο διαγνωστικής διερεύνησης, ο έλεγχος για ιογενείς ππατίτιδες ήταν αρνητικός, από τον ανοσολογικό έλεγχο τα ANA ήταν θετικά (1:320) και η τιμή της ανο-

σιοφαιρίνης ήταν >1,1xULN. Λόγω των σταθερά αυξημένων τρανσαμινασών για > 2 εβδομάδες από τη διακοπή της στατίνης, στην ασθενή χορηγήθηκε πρεδνιζόλον σε δόση 1mg/kgβάρους σώματος πημεροσίως ως επί πιθανής επαγόμενης από φάρμακο αυτοάνοσης ππατίτιδας μεταχεία πτωτική πορεία των αμινοτρασφερασών.

Ακολούθησε ταχεία μείωση των κορτικοειδών έως την οριστική διακοπή τους με επάνοδο της ππατίκης βιοχημείας σε φυσιολογικά όρια. Έκτοτε παρακολουθείται στο Ηπατολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου μας χωρίς να παρουσιάσει υποτροπή εντός του πρώτου εξαμήνου παρακολούθησης.

**Συμπέρασμα:** Η χορήγηση στατίνων έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση «ιδιοσυγκρασιακής» ππατοτοξικότητας καθώς σε ποσοστό 1.9-5.5% των ασθενών υπό στατίνη έχει εμφανιστεί ππατοτοξικότητα μέσω οξειδωτικού stress. Πιστεύεται ότι οι στατίνες μπορεί να πυροδοτήσουν ή να αποκαλύψουν μία αυτοάνοση διεργασία καθώς μπορεί να δράσουν ως χημικοί εκλυτικοί παράγοντες μέσω μπχανισμού μοριακής μίμησης και να επάγουν την εμφάνιση αυτοάνοσης ππατίτιδας.

## 12. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Τοφαρίδης Ανδρέας, Πάρπας Γιώργος, Φλούρου Χριστίνα, Σκίτσα Ξένια, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Αντρέας, Χριστάκη Ειρήνη, Αζίνα Χαρά. Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Ενδοκοιλιακή φυματίωση, που περιλαμβάνει τον γαστρενερικό σωλήνα, περιτόναιο, λεμφαδένες, συμπαγή όργανα, αφορά το 5% όλων των περιπτώσεων φυματίωσης. Παράγοντες κινδύνου για ενδοκοιλιακή φυματίωση αποτελούν, η λοιμωξη από HIV, σακχαρώδης διαβήτης, λήψη anti-TNF παράγοντες. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού με διαλείποντα επεισόδια αιματοχεσίας και θρομβοπενίας.

**Υλικό:** Ασθενής με επεισόδια αιματοχεσίας

**Μέθοδος:** Ασθενής 32 ετών με καταγωγή από την Κένυα, προσήλθε λόγω επεισοδίων αιματοχεσίας από ημερών με συνοδό απώλεια 20kg τους τελευταίους 3 μήνες. Κατά την εισαγωγή του ανευρέθηκε αιμοσφαιρίνη 4 mg/dl με συνοδό θρομβοπενία. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση με ευρήματα γαστρίτιδας και κολονοσκόπηση που περιγράφονται οίδημα ορθού, σιγμοειδούς και τυφλού. Στα πλαίσια διευρεύνησης διενεργήθηκε αξονική θώρακος -κοιλίας με ευρήματα άμφω πλευριτικές συλλογές κυρίως αριστερά, με συνοδό 2 μικρών οζιδιακών αλλοιώσεων στον δεξιό πνεύμονα. Από αξονική κοιλίας περιγρά-

φεται κυστικόμορφο μόρφωμα στην περιοχή μεταξύ παγκρέατος, ήπατος και στομαχού. Η παρακέντηση των πλευριτικών συλλογών ανέδειξε εξίδρωμα με αυξημένα μονοκύτταρα ( χρώστ Ziel Nilsen , abfs υγρού αρνητικό )αλλά η καλλιέργεια του πλευριτικού υγρού θετική για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Επιπλέον η φυματινοαντίδραση πήρε αρνητική.

Ακολούθως τις επόμενες μέρες λόγω αιμοδυναμικής ασθενίας και κατόπιν διενέργειας αξονικής αγγειογραφίας – παρατηρείται εξαγγείωση από άνω μεσεντέρια αρτηρία –διενεργήθηκε άμεσος εμβολισμός και ακολούθως λόγω αστάθειας κειρουργική αντιμετώπιση με ευρήματα διάσπαρτα κοκκιώματα σε όλο το περιτόναιο και λεπτό έντερο, η βιοψία των οποίων ανέδειξε ευρήματα συμβατά με φυματιώδη περιτονίτιδα – κεχροειδή φυματίωση.

Έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής με ενδοφλέβια ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, λεβοφιλοξασίνη και στρεπτομυκίνη ενδομυικώς αλλά ο ασθενής κατέληξε λόγω αιμορραγίας.

**Αποτελέσματα:** Φυματιώδης περιτονίτιδα - κεχροειδής

φυματίωσης για την οποία έγινε έναρξη τετραπλής αντιφυματικής αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Σε οποιοδήποτε άτομο, που προέρχεται

από χώρες που ενδημεί η φυματίωση, πρέπει να βρίσκεται ψηλά στη διαφοροδιαγνωστική μας σκέψη, ιδίως όταν υπάρχει άτυπη κλινική εικόνα.

## 13. ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΚΝΣ ΑΠΟ NOCARDIA FARCTINICA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

**Μαρία Λαγκαδινού<sup>1</sup>, Μαρία Λίγκα<sup>2</sup>, Νίκος Σπυρίδης<sup>2</sup>, Δημήτρης Αγγελινάς<sup>2</sup>, Καλλιόπη Λέκκα<sup>2</sup>, Ιρις Σπιλιοπούλου<sup>3</sup>, Αλέξανδρος Σπυριδωνίδης<sup>2</sup> και Μάρκος Μαραγκός<sup>3</sup>**

- 1: Τμήμα Επειγόντων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
- 2: Αιματολογικό τμήμα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ΜΜΜΟ
- 3: Μικροβιολογικό Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
- 4: Τμήμα Λοιμώξεων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

**Εισαγωγή:** Η νοκαρδίωση απαντάται σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς όπως οι λόπτες συμπαγών οργάνων ή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, ασθενείς με χαμπλό αριθμό CD4+ T λεμφοκυττάρων ή αιματολογικές κακοήθειες. Χαρακτηρίζεται από κακή έκβαση. Ο πιο συχνός τύπος που προκαλεί νόσο στον άνθρωπο είναι η Nocardia asteroides.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης λοιμώξης κεντρικού νευρικού συστήματος από Nocardia σε ανοσοκατασταλμένη ασθενή πέντε χρόνια μετά από αλλογενή μεταμόσχευση αιματοποιητικών κυττάρων.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 47 ετών, πέντε χρόνια μετά την αλλογενή μεταμόσχευση από HLA συμβατό συγγενή δότη λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας, εισήχθη στο νοσοκομείο με συμπτώματα κεφαλαλγίας, ζάλης και ημιπάρεσης δεξιά. Το ατομικό ιστορικό περιελάμβανε θρόμβωση σφαγιτιδικών και αμφιβληστροειδικών φλεβών.

Η αξονική τομογραφία και η MRI εγκεφάλου, ανέδειξαν την παρουσία δύο παθολογικών εστιών με σχετικά ανώμαλα όρια μέγιστης διαμέτρου 3,5cm με συνοδό οίδημα, στον ΑΡ βρεγματικό λοβό. Έγινε έναρξη θεραπείας με δεξαμεθαζόνη και φαινυτούν με μικρή βελτίωση της κινητικότητας του κάτω άκρου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε στερεοτακτική βιοψία εγκεφάλου και

από καλλιέργειες απομονώθηκαν: Staphylococcus epidermidis και Bacillus brevis, ενώ υπήρχε ισχυρή υποψία για λοιμώξη από Nocardia. Ο ασθενής έλαβε επιπλέον βανκομυκίνη κεφτριαζόνη, TMX-SXT, μετρονιδαζόλη.

10 ημέρες αργότερα, σε επανέλεγχο με αξονική εγκεφάλου, υπήρχαν δύο νέες παθολογικές περιοχές με μετατόπιση των δομών της μέσης γραμμής προς τα δεξιά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε κρανιοτομία και παροχέτευση των αποστημάτων ενώ από τις καλλιέργειες απομονώθηκε Nocardia farcinica.

Ο ασθενής συνέχισε θεραπεία με: κεφτριαζόνη, βανκομυκίνη, TMP-SXT (τριμεθοπρίμπ/σουλφαμεθοξαζόλη), μινοκυκλίνη, παρουσιάζοντας σταδιακή κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Εξήλθε με TMP-SXT και μινοκυκλίνη, τα οποία έλαβε συνολικά για ένα έτος χωρίς νευρολογικό υπόλειμμα ενώ χειρουργικά αποκαταστάθηκε το οστικό έλλειμμα.

**Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή όπως μετά από αλλογενή μεταμόσχευση πρέπει να υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία, για την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από τη μεταμόσχευση. Ο συνδυασμός TMP/SMX με μινοκυκλίνη μπορεί να αποτελεί αποτελεσματικό συνδυασμό στην θεραπεία εγκεφαλικών αποστημάτων από είδη Νοκάρδιας.

## 14. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΚΑΠΗ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

**Μπίτσικας Ιωάννης<sup>1</sup>, Μπατιστάτου Χαραλαμπία<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Ξανθίππη<sup>1</sup>, Δημοτάτση Παρασκευή<sup>2</sup>, Καλκαβούρα Δήμητρα<sup>2</sup>, Κεχαγιά Θεοδώρα<sup>2</sup>.**

- 1.Κέντρο Υγείας (ΚΥ) Καλλιθέας-1η ΥΠΕ Αττικής, Καλλιθέα
- 2.Δήμος Π.Φαλήρου, Π.Φάληρο

**Εισαγωγή:** Στο ΚΥ Καλλιθέας, μιας δημόσιας δομής παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, λειτουργεί Ιατρείο Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων (ΙΠΙΕ). Στο πλαίσιο του ΚΥ Καλλιθέας λειτουργεί το Τοπικό Ιατρείο Π.Φαλήρου. Στο Δήμο Π.Φαλήρου υπάρχουν τρία ΚΑΠΗ.

**Σκοπός:** Έλεγχος του αντιγριπικού εμβολιασμού σε μέλη των ΚΑΠΗ του Π.Φαλήρου, που αποτελούν ευπαθή ομάδα. Προηγήθηκε ενημερωτική παρέμβαση, στο πλαίσιο Αγωγής Υγείας στην κοινότητα, από το ΙΠΙΕ.

**Υλικό:** Μέλη των ΚΑΠΗ Π.Φαλήρου, που τα επισκέπτονται συστηματικά.

### Μέθοδος:

Τον Οκτώβριο του 2017 έγινε ενημερωτική παρέμβαση σε κάθε ΚΑΠΗ, μετά προαναγγελία. Επισκέφθηκαν τα ΚΑΠΗ γιατρός και επαγγελματίας Δημόσιας Υγείας του ΙΠΙΕ. Έγινε παρουσίαση με διαφάνειες, ακολούθησε συζήτηση και απαντήθηκαν απορίες.

Συνταγογραφήθηκαν αντιγριπικά εμβόλια στο ΙΠΙΕ.

Επαγγελματίας Υγείας σε κάθε ΚΑΠΗ ανέλαβε να υπενθυμίζει σε τακτά διαστήματα την ανάγκη αντιγριπικού εμβολιασμού.

Μετά το πέρας τής εμβολιαστικής περιόδου, δόθηκε ερωτηματολόγιο στα μέλη των ΚΑΠΗ.

**Αποτελέσματα:** Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 288 μέλη και εμβολιάστηκαν 242(84,03%).

Από όσους εμβολιάστηκαν, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι:

- ενημερώθηκε για την ανάγκη εμβολιασμού στο ΚΑΠΗ,
- εμβολιάστηκε έγκαιρα, το δίμυνο Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2017,

• θα εμβολιασθεί και πάλι την επόμενη εμβολιαστική περίοδο.

Όσοι δεν εμβολιάστηκαν απάντησαν, κατά πλειοψηφία, ότι:

- “δεν πιστεύουν στα εμβόλια” και
- δεν θα εμβολιασθούν την επόμενη περίοδο.

**Συμπέρασμα:** Η συστηματική παρέμβαση στα ΚΑΠΗ από ειδικούς και έμπειρους Επαγγελματίες Υγείας οδηγεί σε υψηλά ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού στους πλικιωμένους.

## 15. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίληπος, Ντέτσκας Γεώργος, Χάσιου Αικατερίνη, Φαμπλιάς Ιωάννης, Σταμπόρη Μαρία, Χατζηντωνίου Αγαπητός, Βαμβακά Ευμορφία, Καρλής Γεώργιος, Κοζικοπούλου Δήμητρα, Παπαϊκονόμου Ευάγγελος, Καραταπάνης Στυλιανός Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η χορήγηση ανοσοκαταστατικής αγωγής σε ασθενείς με κακοήθεις και/ή αιματολογικά νοσήματα μπορεί να συνδυαστεί με ενεργοποίηση της ππατίτιδας Β, ακόμη και σε ασθενείς που απουσιάζει το αντιγόνο επιφανείας (HBsAg) με δυσμενή έκβαση για τον ασθενή. Για τη πρόληψη της ενεργοποίησης συστίνεται η χορήγηση νουκλεος(τ)ιδικών παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητα και διάρκεια της ανοσοκαταστατικής αγωγής και με το ορολογικό προφίλ του ασθενούς σε σχέση με την ππατίτιδα Β. Να παρουσιαστεί η εμπειρία μας από τη προληπτική χορήγηση νουκλεοσιδικών παραγόντων σε ασθενείς με κακοήθεις και/ή αιματολογικές παθήσεις που ελάμβαναν ανοσοκαταστατική αγωγή.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 74 ασθενείς (Α/Γ=26/48) που έλαβαν ανοσοκαταστατική αγωγή λόγω κακοήθους/αιματολογικού νοσήματος (NHL=33, συμπαγείς όγκοι=22, πολλ.μυέλωμα=7, ρευμ.αρθρίτιδα=5, ΙΘΠ=2,

αλλα=5). Από τους ασθενείς αυτούς οι 12 είχαν θετικό το HBsAg (χωρίς ιαιμία), και οι υπόλοιποι είχαν θετικό το anti-HBc με ή χωρίς θετικό το anti-HBs. Από τους ασθενείς αυτούς οι 40 έλαβαν αγωγή με entecavir ή tenofovir και οι 34 αγωγή με lamivudine.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών είναι 29 μήνες (εύρος= 6-49). Στο διάστημα αυτό κανένας ασθενής δεν εμφάνισε ενεργοποίηση της ππατίτιδας Β (θετικοποίηση του HBsAg, ή του HBV-DNA). Στο ίδιο χρονικό διάστημα δύο ασθενείς με NHL που δεν ελάμβαναν προληπτική αγωγή με νουκλεοσιδικό παράγοντα ανέπτυξαν ενεργοποίηση της ππατίτιδας Β, (αναδρομικά διαπιστώθηκε παρουσία anti-HBs σε χαμηλούς τίτλους πριν την ανοσοκαταστατική αγωγή).

**Συμπεράσματα:** Η χρησιμοποίηση νουκλεοσ(τ)ιδικών παραγόντων σε ασθενείς με κακοήθεις που λαμβάνουν ανοσοκαταστατική αγωγή, αποτρέπει την ενεργοποίηση της ππατίτιδας Β ακόμη και σε περιπτώσεις χορήγησης ισχυρής ανοσοκαταστολής.

## 16. ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΛΗΨΗ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ, ΜΣΑΦ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΗΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ε. Αναστασίου, Β. Παπαστεργίου, Δ. Διακονικόλα, Γ. Ντέτσκας, Φ. Παπακωνσταντίνου, Α. Χάσιου, Γ. Ψελλάκης, Ο. Καρίκη, Α. Χατζηντωνίου, Ε. Παπαϊκονόμου, Σ. Καραταπάνης Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή:** Η λήψη μεγάλων δόσεων διάφορων φαρμάκων συμπεριλαμβανομένης της παρακεταμόλης, μπορεί να συνδυαστεί με εκδήλωση οξείας ππατικής βλάβης και κεραυνοβόλου ππατικής ανεπάρκειας που μπορεί να απαιτήσει τη διενέργεια μεταμόσχευσης για τη διάσωση του ασθενούς.

**Σκοπός:** Να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς που έλαβε ταυτόχρονα μεγάλες δόσεις παρακεταμόλης, ΜΣΑΦ, ασπιρίνης, αλκοόλης και πρεμιστικών και εκδήλωσε ππατική βλάβη που αντιμετωπίστηκε συντριπτικά.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής πλικίας 37 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας αναφέροντας τη λήψη 40 δισκίων παρακεταμόλης, 40 δισκίων ασπιρίνης, 30 δισκίων ΜΣΑΦ (20 δισκία ιβοπρουφαΐνης και 10 δισκία νιμεσουλίδης), και ταυ-

τόχρονη χρήση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ και πρεμιστικών. Ο ασθενής λίγο μετά την εισαγωγή του εμφάνισε οξεία ππατική βλάβη με πολύ αυξημένες τρανσαμινάσες ALT=7500 IU/ml, AST=5300 IU/ml, INR= 2.90, Bil=8mg% και ελαφρά σύγχυση. Στον ασθενής χορηγήθηκε αγωγή με N-ακετυλοκυτείνη και έγινε συνεννόηση με τον ΕΟΜ και μεταμοσχευτικό κέντρο. Η κατάσταση του ασθενούς άρχισε να βελτιώνεται μετά από μερικές μέρες με προοδευτική βελτίωση της ππατικής βιοχημείας και βελτίωση του INR. Παρατήθηκε όμως σημαντική επιδείνωση του ικτέρου με τιμές χολερυθρίνης=50mg%.

Προοδευτικά άρχισε να βελτιώνεται και η χολόσταση του ασθενούς και τελικά ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου σε σημαντικά βελτιωμένη κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η λήψη μεγάλων δόσεων παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ στον ίδιο ασθενή συνδυάστηκε με εκδήλωση σοβαρής ππατικής βλάβης που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συντροπικά.

Η στενή παρακολούθηση αυτών των ασθενών σε συνεργασία με μεταμοσχευτικό κέντρο είναι απαραίτητη για την ορθή αντιμετώπιση τέτοιων σοβαρών περιστατικών.

## 17. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (HKK)

<sup>1</sup>Κετίκογλου Ιωάννης, <sup>2</sup>Παπαστεργίου Βασίλειος, <sup>1</sup>Κοτσίρη Ιωάννη, <sup>1</sup>Κυρίτσης Αντώνιος, <sup>1</sup>Κουλιάς Εμμανουήλ, <sup>1</sup>Ζουμπούλη Χριστίνα, <sup>1</sup>Καφίρη Γεωργία, <sup>2</sup>Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, <sup>2</sup>Χάσιου Αικατερίνη, <sup>2</sup>Χατζηπαντωνίου Αγαπητός, <sup>2</sup>Βαμβακά Ευμορφία, <sup>2</sup>Καραταπάνης Στυλιανός

1 Κρατική Παθολογική Κλινική «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αθηνών, 2 Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι χρόνιες ππατίτιδες που επιμένουν έχουν ως συνέπεια την δημιουργία κίρρωσης του ήπατος και ππατοκυτταρικού καρκίνου.

Ο βαθμός καρκινογενέσης όμως δεν είναι ίδιος για τις διάφορες μορφές χρόνιας ππατοκυτταρικής βλάβης. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση των αιτιολογικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με HKK που διαγνώστηκαν σε δύο ππατολογικά ιατρεία.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς με επιβεβαιωμένο HKK που διαγνώσαμε στα δύο κέντρα, στο διάστημα της τελευταίας δεκαετίας.

Όλοι οι ασθενείς με HKK ελέγχοντο για την ύπαρξη ενδεχόμενης χρόνιας ππατικής βλάβης (ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος), και ελαφράνοντο στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά διαπιστώσαμε 84 ασθενείς με HKK. Μέση ηλικία ασθενών 62.5 έτη (εύρος= 54-84), με υπε-

ροχή των ανδρών Α/Γ= 55/29. Όσον αφορά την αιτιολογική διάγνωση της χρόνιας ππατοπάθειας διαπιστώσαμε : 23 έπασχαν από χρόνια ππατίτιδα B (27.4%), 17 από αλκοολική ππατοπάθεια (20.5%), 19 από χρόνια ππατίτιδα C (22.6%), 8 ασθενείς από χρόνια ππατίτιδα B και αλκοολική ππατοπάθεια (9.5%), 5 από χρόνια ππατίτιδα C και αλκοολική ππατοπάθεια (5.9%), 12 (14.3%) από κρυψιγενούς αιτιολογίας κίρρωση (πιθανότατα μη αλκοολική στετοππατίδα) του ήπατος και 2 (2.4%) χωρίς ιστορικό χρόνιας ππατικής νόσου.

**Συμπέρασματα:** Από το υλικό της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι συνιθέστερες αιτίες δημιουργίας ππατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χρόνια ππατίτιδα B, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρόνια ππατίτιδα C. Σημαντικό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν HKK σε έδαφος μη αλκοολικής στετοππατίδας. Αντιθέτως η δημιουργία HKK είναι σπάνιο φαινόμενο στους ασθενείς με αυτοάνοσες παθήσεις του ήπατος.

## 18. Η ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΣ ΚΟΙΝΟΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Ηλίας Κανέλλος<sup>1</sup>, Έλενα Ματοπούλου<sup>1,2</sup>, Γεωργία Καϊάφα<sup>1</sup>, Στυλιανός Χαντανής<sup>4</sup>, Αγγελική Αγγελίδη<sup>1</sup>, Σκούτας Δημήτριος<sup>1</sup>, Τσώκος Νικόλαος<sup>5</sup>, Έλενα Πούρου<sup>1</sup>, Ευγενία Βλάχου<sup>3</sup>, Παναγιώτα Κανούλα<sup>2</sup>, Βασιλική Ντινενή<sup>2</sup>, Μαρία Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Χριστίνα Μπάμι<sup>2</sup>, Κυριακή Κεχαγιά<sup>2</sup>, Φωφώ Παυλίδου<sup>2</sup>, Χρήστος Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Απόστολος Χατζηπόλιος<sup>1</sup>.

1 1η Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη

2 Ποδολογικό κέντρο "ΕΛΕΝΑ ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ"

3 Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

4 Καρδιολογική κλινική "Τζάνειο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

5 Β' Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Μ. "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ" Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 1 (ΣΔ1) και τύπου 2 (ΣΔ2), αναπτύσσουν σταδιακά μικροαγγειοπάθεια και νευροπάθεια. Οι βλάβες αυτές στο αγγειακό τοίχωμα και στο νευρικό ιστό πιθανότατα δρουν και ως κοινό παθοφυσιολογικό μονοπάτι συσχέτισης μεταξύ καρδιαγγειακών συμβαμάτων και νοσημάτων του άκρου πόδα. Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται προσπάθεια με επιδημιολογικά δεδομένα από ιδιωτικό ποδολογικό κέντρο, ανάδειξης του βαθμού συσχέτισης βαρύτητας στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) και νοσημάτων διαβητικού ποδιού (ΔΠ), καθώς και διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ κολπικής μαρ-

μαρυγής και ΔΠ.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη του βαθμού συσχέτισης βαρύτητας στεφανιαίας νόσου και ΔΠ, καθώς και διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ ΚΜ και ΔΠ.

**Μέθοδοι:** Για την πραγματοποίηση της αναδρομικής επέλετης χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 380 ασθενείς (314 με ΣΔ2 και 66 ΣΔ1) από το ποδολογικό κέντρο "ΕΛΕΝΑ ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ". Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των δεδομένων τους με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού πακέτου SPSS, καθώς

και καταγραφή των παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης στεφανιάς νόσου. Κριτήρια ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 και η παρουσία νοσημάτων διαβητικού ποδιού, ανεξάρτητα από το φύλο των ασθενών, με μέσο όρο πλικίας των ασθενών 60 ανθρωπούς.

**Αποτελέσματα:** Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2. (24% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν κολπική μαρμαρυγή).

Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση μεταξύ KM και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1. (27% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν κολπική μαρμαρυγή).

Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση μεταξύ ΣΝ(αορτοστεφανιά παράκαμψη, αγγειοπλαστική) και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2, [6% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν ΣΝ(αορτοστεφανιά παράκαμψη), 7% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωναν ΣΝ(αγγειοπλαστική)].

Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση μεταξύ ΣΝ (αορτοστεφανιά παράκαμψη, αγγειοπλαστική) και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1, [9% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν ΣΝ(αορτοστεφανιά παράκαμψη), 8% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωναν ΣΝ(αγγειοπλαστική)].

Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση μεταξύ υπέρτασης και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 2, (20% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 2 εκδήλωσαν υπέρταση).

Στατιστικώς σημαντική ( $p<0,05$ ) συσχέτιση μεταξύ υπέρτασης και παθήσεων διαβητικού ποδιού σε ΣΔ 1, (24% των διαβητικών ασθενών με ΣΔ 1 εκδήλωσαν υπέρταση).

#### **Συμπεράσματα:**

Διαπιστώνουμε ότι ασθενείς με ΣΔ 2 και 1 και νόσο διαβητικού ποδιού έχουν υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης KM και επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπέρτασης και ΔΠ, ενώ μικρότερα είναι ταποσοστά εκδήλωσης ΣΝ (είτε αυτά αντιμετωπίσθηκαν με αγγειοπλαστική είτε με αορτοστεφανιά παράκαμψη) στους εν λόγω ασθενείς.

Ωστόσο όμως η εργασία μας παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς καθώς το δείγμα των ασθενών είναι μικρό, ενώδει υπήρχε η δυνατότητα διάγνωσης και αξιολόγησης πιθανής νευροπάθειας.

Περισσότερες μελέτες πρέπει να πραγματοποιηθούν, ώστε να αναδειχθεί ο κοινός παθοφυσιολογικός μηχανισμός (πιθανότατα νευροπάθεια) σε ΣΔ 1 και 2, ο οποίος και πιθανότατα ερμηνεύει την υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης κολπικής μαρμαρυγής, που διατρέχουν ασθενείς με διαβητικό πόδι.

## **19. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ**

Χριστοδούλου Παναγιώτη<sup>1</sup>, Γερασίμου Μαρίνα<sup>1</sup>, Μαντζούκης Σταύρος<sup>2</sup>, Κολλιοπούλου Γεωργία<sup>3</sup>, Βαρσάμος Νικόλαος<sup>4</sup>, Ζώτος Νικόλαος<sup>1</sup>

1. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Ιωάννινα

2. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

3. Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα

4. TOMEY Ιωαννίνων

**Σκοπός:** Οι ασθενείς στη ΜΕΘ εκτίθενται σε διαφορετικό φάσμα μικροοργανισμών σε σχέση με το υπόλοιπο νοσοκομείο. Λόγω του γεγονότος ότι η πλειοψηφία αυτών των ασθενών είναι διασωληνομένοι, θα πρέπει να εξεταστούν οι βρογχικές εκκρίσεις τους.

Υλικό και μέθοδος: Οι βρογχικές εκκρίσεις πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή ώστε να μην αναμειγνύονται με πτύελα ή σάλιο. Οι βρογχικές εκκρίσεις τοπιθετούνται σε αποστειρωμένο δοχείο και στη συνέχεια καλλιεργούνται σε αιματούχο, MacConkey No2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ. Μετά από περίοδο 2 ημερών, εάν ανιχνευθεί οποιοδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram και κατόπιν οι απομονωμένοι οργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τεχνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) ακολουθούμενο από δοκιμασία ευαισθη-

σίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή KirbyBauer.

**Αποτελέσματα:** Το 2017 το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 365 δείγματα βρογχικών εκκρίσεων από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. 237 βρέθηκαν θετικά. Από αυτά, απομονώθηκαν S. epidermidis σε 1, A. Baumannii σε 115, K. Pneumoniae σε 42, P. Aeruginosa σε 50, C. albicans σε 40, P. Mirabilis σε 4, E. Coli σε S. maltophilia σε 6, S. marcescens σε 6, S. aureus σε 12, S. pneumoniae σε 1, S. haemolyticus σε 4, P. Fluorescens σε 1, E. Aerogenes σε 1, E. Cloacae σε 5.

**Συμπεράσματα:** Η πλειονότητα των ασθενών της ΜΕΘ φαίνεται να είναι ένα εύφορο έδαφος για την ανάπτυξη λοιμώξεων. Η φύση των ευρημάτων υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό μέρος των βακτηρίων που βρέθηκαν προέρχεται από τη μονάδα (ενδονοσοκομειακή λοίμωξη).

## **20. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ**

Χριστοδούλου Παναγιώτη<sup>1</sup>, Γερασίμου Μαρίνα<sup>1</sup>, Μαντζούκης Σταύρος<sup>2</sup>, Κολλιοπούλου Γεωργία<sup>3</sup>, Βαρσάμος Νικόλαος<sup>4</sup>, Ζώτος Νικόλαος<sup>1</sup>

1. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

2. Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

### 3. Τμήμα Αναισθησιολογίας, Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων, Αθήνα 4. TOMY Ιωαννίνων

**Σκοπός:** Το περιβάλλον της ΜΕΘ ευνοεί την ανάπτυξη μικροοργανισμών. Μια ποικιλία μικροοργανισμών αποκτά πρόσβαση στην ενδοαγγειακή περιοχή και μεταφέρεται σε όλο το κυκλοφορικό σύστημα. Επομένως, η εξέταση των καθετήρων που χρησιμοποιούνται είναι υψηλής σημασίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Το μέσο καλλιέργειας είναι το άκρο καθετήρα, το οποίο εμπλουτίζεται με θρεπτικό υλικό TSB. Μετά από μία ημέρα επώασης, ο ζωμός καλλιεργείται στα ακόλουθα εκλεκτικά θρεπτικά υλικά : αιματούχο, MacConkeyNo. 2, σοκολατόχρωμο, MuellerHinton, Chapman και Saboureaud άγαρ. Τα παραπάνω υλικά επωάζονται για 2 ημέρες.

Μετά από αυτή την περίοδο, εάν ανικνευθεί οποιοσδήποτε αριθμός μικροβιακών αποικιών, πραγματοποιείται χρώση gram και κατόπιν οι μικροοργανισμοί ταυτοποιούνται με βιοχημικές τε-

χνικές στο αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan (Siemens) που ακολουθείται από δοκιμή ευαισθησίας στο ίδιο σύστημα χρησιμοποιώντας την τεχνική MIC. Η δοκιμή ευαισθησίας επαληθεύεται με δοκιμή KirbyBauer.

**Αποτελέσματα:** Το 2017, το Εργαστήριο Μικροβιολογίας έλαβε 84 καθετήρες από τη ΜΕΘ. 39 βρέθηκαν θετικές. Από αυτές, το S. epidermidistautopoiithike σε 8, A. Baumannii σε 10, K. Pneumoniae σε 6, P. Aeruginosa σε 6, P. Mirabilis σε 3, S. simulans σε 1, S. haemolyticus σε 4, S. aureus σε 3, S. hominis σε 1, S. haemolyticus σε 4, P. vulgaris σε 1 και Bacillus spp σε 2.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η τοποθέτηση και η συντήρηση των καθετήρων σε ασθενείς της ΜΕΘ είναι σχετικά επιτυχημένη, δεδομένου του δυσμενούς περιβάλλοντος της μονάδας.

## 21. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΙΛΕΟΥ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ

Χριστοδούλου Μιχάλης, Ιωαννίδου Κατερίνα, Τσανκώφ Χριστίνα, Κυριακίδης Στέλιος, Μεντίζης Παύλος, Κωνσταντινίδου Μιλάντα, Αντωνίου Μαρία, Παπαδοπούλου Περσεφόνη  
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 43 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσήλθε στα Τ.Ε.Π. με έντονο κοιλιακό άλγος, εμέτους, μετεωρισμό και διόργωση κοιλιάς από 24ώρου, λίγες ώρες μετά τη λήψη συμπληρώματος διατροφής, που περιείχε μέλι, βασιλικό πολτό, γύρο και δηλητήριο μέλισσας.

**Κλινικοεργαστηριακή εικόνα:** Ευαισθησία στη ψηλάφηση της κοιλιάς (ΔΕ), υπερπερισταλτικότητα, μετακινούμενη αμβλύτητα και ήπια οιδήματα βλεφάρων και σφυρών, πυρέτιο, λοιπά ουσιτήματα κατά φύση. Δεν αναφέρθηκαν διαταραχές κενώσεων. Α/α θύρακος κφ, Α/α κοιλιάς: υδραερικά επίπεδα, αεροπλήθεια εντέρου, CTAKO: μεγάλο ποσότητα ελεύθερου ασκιτικού υγρού ενδοκοιλιακά, οριακά διογκωμένοι παραορτικοί λεμφαδένες, στένωση κατιόντος και ορθοσιγμοειδούς, διάταση ανιόντος-εγκάρσιου τμήματος Π.Ε., λευκοκυττάρωση, αναιμία ήπια αύξηση CRP. Ο έλεγχος συνεχίστηκε με MRIκοιλιάς και ECHO. Το ασκιτικό υγρό ήταν εξίδρωμα με παρουσία άτυπων κυττάρων.

Πραγματοποιήθηκε ανοσολογικός, ιολογικός έλεγχος, κ/ες

κοπράνων, γυναικολογική, καρδιολογική εξέταση (ECHOκαρδιάς), χωρίς ευρήματα.

Από τον έλεγχο δεν βρέθηκε αίτιο που να δικαιολογεί την κλινική εικόνα της ασθενούς. Λόγω οιδημάτων στα βλέφαρα και έντονου οιδήματος εντέρου δόθηκε ολιγοήμερο σχήμα κορτιζόνης και αντισταμινικών για το ενδεχόμενοτης τροφικής αλλεργίας στο σκεύασμα που έλαβε. Παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση ενώ τη 5η ημέρα νοσηλείας διενεργήθηκε κολονοσκόπηση που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Την 7η ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε πλήρης εξαφάνιση του ασκίτη, του οιδήματος, και αποκατάσταση της στένωσης εντέρου σε νέο απεικονιστικό έλεγχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Κρίνεται απαραίτητη η αυξημένη κλινική υποψία προς αναζήτηση ασυνήθιστης αιτιοπαθογένειας οιδήματος εντέρου με συνοδό ειλεό και αντιδραστικό ασκίτη, όπως τροφικές αλλεργίες από σημπληρώματα διατροφής, τα οποία είναι σε ευρεία χρήση τα τελευταία χρόνια κυρίως από νεαρά άτομα.

## 22. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Φωτιάδου Έλενα, Κεραμιδάκη Κωνσταντία, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Γουνιτσιώτη Ήρώ, Δημητρούλα Χαρίκλεια, Μουρουγλάκης Αλέξαδρος, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζηπόλιος Ι. Απόστολος  
Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, EASO διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management-COM), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη νόσος και του ψηλό ποσοστό σωματικού λίπους(BF%) συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Για τον υπολογισμό του συνήθως χρησιμοποιούνται η βιοηλεκτρική εμπέδνηση(BIA) και ανθρωπομετρι-

κές εξισώσεις. Πολύ σημαντική για αξιόπιστη εκτίμηση του σωματικού λίπους είναι η ακρίβεια της μεθόδου που χρησιμοποιείται. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η επίσημη εγκρίση των τιμών σωματικού λίπους μέσω BIA και σχετικής λιπώδους μάζας (RFM)

μέσω μιας απλής ανθρωπομετρικής γραμμικής εξίσωσης σε παχύσαρκους ασθενείς.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Στη μελέτη πήραν μέρος 572 παχύσαρκοι ανδρες και γυναίκες (γυναίκες 76%, μέσην πλικία  $48,8 \pm 12,8$ , μέσος ΔΜΣ  $39,9 \pm 8,2$ ). Για την αξιολόγηση της σωματικής σύστασης χρησιμοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρος, ύψος, περιφέρεια μέσης) και ΒΙΑ. Η σχετική λιπώδης μάζα υπολογίστηκε από την εξίσωση  $RFM=64 - (20 \times (\text{ύψος}/\text{περιμέτρος μέσης})) + (12 \times \text{φύλο})$  όπου το ύψος και ο περιμέτρος μέσης εκφράζονται σε μέτρα και το φύλο κωδικοποιείται ως 0 για ανδρες και 1 για γυναίκες.

**Αποτελέσματα:** Η μέση σχετική λιπώδης μάζα βρέθηκε  $44,9 \pm 5,8$  και το μέσος σωματικό λίπους με ΒΙΑ  $45,8 \pm 8,05$ . Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα των 2 μεθόδων εκτίμησης λίπους.

**Συμπέρασμα:** Οι τιμές του σωματικού λίπους που υπολογίστηκαν με τις 2 μεθόδους είναι ισοδύναμες και έτσι είναι φανερό ότι ποσητική λιπώδης μάζα (RFM), μια απλή γραμμική εξίσωση βασισμένη στον λόγο ύψος/περιμέτρου μέσης, αποτελεί ένα εναλλακτικό εργαλείο για την εκτίμηση του συνολικού ποσοστού λίπους σε ενήλικες ανδρες και γυναίκες και μπορεί να αντικαταστήσει το ΒΙΑ σε παχύσαρκους ασθενείς.

## 23. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

Φρουζάκη Χριστίνα<sup>1</sup>, Χριστοδούλου Μιχάλη<sup>1</sup>, Τσανκώφ Χριστίνα<sup>1</sup>, Κροκίδης Ξενοφών<sup>1</sup>, Παπαντωνίου Στέφανος<sup>1</sup>, Ζαχαρίαδη Κορνηλία<sup>2</sup>, Χλή Αναστασία<sup>2</sup>, Παπαδοπούλου Περσεφόνη<sup>1</sup>

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας, 2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ. Ν. Καβάλας.

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, εκφράζονται με αύξηση δεικτών νοσορότητας και θνητότητας, της διάρκειας και του κόστους νοσηλείας.

**Σκοπός:** Αναδρομική μελέτη καταγραφής λοιμώξεων που τεκμηριώθηκαν το 2018, το είδος μικροβίων και το τόπου διαμονής των ασθενών. (οικεία-ιδρυμα)

**Υλικό-μέθοδος:** Σε σύνολο 1709 ασθενών, 222 (12,9%) εμφάνισαν τεκμηριωμένες εργαστηριακά λοιμώξεις. Αναλογία ανδρών-γυναικών: 40%-60%.

**Μ.Ο. πλικίας:** 77,09 έτη. Ελήφθησαν καλλιέργειες ανάλογα με το νόσημα του ασθενούς και καλλιέργειες αίματος αναλόγως της βαρύτητας. Μέθοδος ταυτοποίησης-Vitek 2 biomerieux, κλίβανος-Bactec 9120.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκαν: -ουρολοιμώξεις (74%) κυρίαρχο μικρόβιο Escherichiacoli (47%). Άκολουθως Klebsiella(15%), Pseudomonas(13%),Proteus (11%). Οι ουρολοιμώξεις παρατηρήθηκαν κυρίως σε γυναίκες (62%) τους καλοκαιρινούς μήνες.

-Λοιμώξεις κατακλίσεων(17%) -Συχνότερα Staphylococcus MRSA (18%), Klebsiella (15%), Proteus (15%) ,Pseudomo-

nas(13%). -Στις βακτηριαίμιες παρατηρήθηκε ίδια αναλογία στα δύο φύλα-Staphylococcus MSSA (45%). Θετικές αιμοκαλλιέργειες παρατηρήθηκαν κυρίως σε ασθενείς με επανειλημμένες νοσηλεύσεις.

-Θετικές καλλιέργειες κοπράνων(3%). Διαπιστώθηκε Campylobacter (57%) και Salmonella (43%).

### Συμπεράσματα:

1) Μειωμένο ποσοστό ουρολοιμώξεων από Escherichiacoli σε σχέση με το Μ.Ο. διεθνώς (47,27% έναντι 75-95% διεθνώς) και αύξηση λοιμώξεων από άλλα ανθεκτικά Gram (-) μικρόβια, γεγονός που εξηγείται από την πολυανθεκτικότητα των μικροβίων που φέρουν οι ιδρυματιζόμενοι, πλικιωμένοι και συχνά νοσηλευόμενοι ασθενείς.

2) Θετικές αιμοκαλλιέργειες κυρίως σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενες νοσηλεύσεις.

3) Η πολυανθεκτικότητα των μικροβίων που παρατηρείται κυρίως σε ιδρυματιζόμενους ασθενείς με θετικές καλλιέργειες κατακλίσεων ίσως να οφείλεται στους ελλιπείς κανόνες υγιεινής.

4) Αυξημένο ποσοστό θετικών καλλιέργειών κοπράνων από Campylobacter (57%), σε σχέση με τα λοιπά ενοχοποιούμενα μικρόβια στην Ελλάδα.

## 24. ΠΥΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Τρίτζαλη Μαρούλα<sup>1</sup>, Αλημαίος Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Βλασταράκος Παναγιώτης<sup>2</sup>, Μπλιώνα Θεοδώρα<sup>3</sup>, Γιαννικόπουλος Γεώργιος<sup>1</sup>.

1 Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη

2 Ορθοπαϊδικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

3 Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

**Εισαγωγή-σκοπός:** Η πυομυοσίτιδα αποτελεί σπάνια υποξεία φλεγμονή των σκελετικών μυών. Παρουσιάζουμε περίπτωση πυομυοσίτιδας του μείζονος θωρακικού μυ σε ανοσοεπαρκή ασθενή.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Ασθενής 28 ετών με από εβδομάδος προοδευτικά επιδεινούμενο άλγος στον αριστερό ώμο και πρόσθιο θωρακικό τοιχώμα. Λόγω επαγγέλματος θεωρήθηκε μυοσκελετικό άλγος και χορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη, χωρίς ιδιαίτερη

βελτίωση. Ο ασθενής δύο μέρες προ της εισαγωγής παρατήρησε ετερόπλευρη επώδυνη διόγκωση του θωρακικού τοιχώματος και από 24ώρου εμπύρετο έως  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Ελεύθερο ατομικό ιστορικό. ΑΠ125/80mmHg, σφύξεις  $105/\text{λεπτό}, \theta 38,3^{\circ}\text{C}, \text{SatO}_2 98\%$ , οίδημα, ερυθρότητα και έντονη ευαισθησία στο πρόσθιο θωρακικό τοιχώμα, χωρίς εξάνθημα ή φύσημα. WBC  $10.140/\mu\text{L}$  (Π76%), CRP  $98,7\text{mg/L}$ , CPK  $83 \text{IU/L}$ , TKE 45, HIV(-). Ο ασθενής υπεβλήθη

σε τομογραφία θώρακα, που ανέδειξε εικόνα συμβατή με πιο μυστικό του μείζονος θωρακικού μυ. Έλαβε ενδοφλεβίως βανκομυκίνη. Η αιμοκαλλιέργεια ανέδειξε *Staphylococcus aureus* (MSSA). Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο, όπου συνέχισε την αγωγή για 14ημέρες, με πλήρη υποχώρηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, χωρίς ανάδειξη δευτεροπαθών εστίας ή ενδοκαρδίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Η πιο μυστικό αποτελεί νόσημα των τροπικών χωρών, αν και τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα περιστατικά στο δυτικό κόσμο, με την αμερική να αναφέρει 676 πε-

ριστατικά από το 1971. Η παθογένεια είναι άγνωστη, αν και πιθανολογείται ότι αναπτύσσεται μετά από παροδική βακτηριαλιμία στα πλαίσια τραυματισμού του μυ. Ανοσοκαταστολή, διαβήτης και XNA αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες κι ο *Staphylococcus aureus* αποτελεί κυρίαρχο αίτο σε ποσοστό μέχρι 90% των περιπτώσεων.

**Συμπεράσματα:** Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι ενήμεροι και να συμπεριλαμβάνουν στη διαφορική τους διάγνωση την πιο μυστικό, σε κάθε ασθενή με εμπύρετο και σημεία τοπικής μυικής φλεγμονής.

## 25. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΟΙΔΗΜΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΠΙΡΟΞΙΚΑΜΗΣ

**Πανοπλίας Ιάσωνας, Πειχαμπέρης Δημήτριος, Παπαδάτου Μαρία, Μαργαρίτη Αντιγόνη, Σκιαδάς Θωμάς, Αδαμίδου Σωτηρούλα, Τρίζαλη Μαρούλα, Γιαννάς Ραφαήλ, Σπάρτακος Ιορδανίδης, Γιαννικόπουλος Γεώργιος.**  
**Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», Ερμούπολη**

**Εισαγωγή, σκοπός:** Τα μη στερεοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποτελούν μια από τις πλέον διαδεδομένες κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής, η χρήση τους όμως ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Παρουσιάζουμε περίπτωση εκδήλωσης γενικευμένου οιδήματος και απορρύθμισης της αρτηριακής πίεσης από λήψη πιροξικάμης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 78 ετών με από πενθημέρου εκτεταμένο οίδημα κάτω άκρων, οίδημα χεριών και προσώπου, μετά από εβοράντος λήψη πιροξικάμη 20mg για αρθρίτιδα ώμου. Ατομικό ιστορικό μονόνεφρου, χρόνιας νεφρικής νόσου σταδίου 3α, υπέρτασης υπό αγωγή από ετών με αμλοδιπίνη και δυσλιπιδαιμίας υπό ατορβαστατίνη. Από τη φυσική εξέταση ΑΠ 205/105mmHg, σφύξεις 72/λεπτό, 36,7°C, SatO298%, ακροαστικώς χωρίς επιπρόσθετους ήχους ή φυσήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: ουρία 50mg/dL, κρεατινίνη 1,2mg/dL, αλβουμίνη 3,4mg/dL, κάλιο 4,8 mmol/L, νάτριο 136 mmol/L, TKE 39, WBC 9.480k/uL (Π165%), D-dimers 516ng/mL, γενική ούρων με

ίχνη λευκώματος και triplex καρδιάς χωρίς ευρήματα συμβατά με καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική υπέρταση. Στον ασθενή διεκόπη η πιροξικάμη, χορηγήθηκε φουροσεμίδη, με αποτέλεσμα τη σταδιακή υποχώρηση των οιδημάτων.

**Αποτελέσματα:** Η πιροξικάμη αποτελεί αναστολέα της κυκλοοιγυενάσης. Αναστολή της σύνθεσης προσταγλανδίνης PGE2 στον νεφρό, οδηγεί σε κατακράτηση νατρίου και ύδατος με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση περιφερικού οιδήματος, υπέρτασης και επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας, συνήθως στην πρώτη εβδομάδα της χορήγησης και σε ποσοστό που κυμαίνεται από 3,4-6,3%. Η επιδείνωση της υπέρτασης συνδέεται αφενός με την κατακράτηση νατρίου, αφετέρου με την περιφερική αγγειοσύσπαση, αποτέλεσμα της αναστολής σύνθεσης προστακυκλίνης PG12.

**Συμπεράσματα:** Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση ΜΣΑΦ σε ασθενείς πλικιωμένους, ίδια σε όσους έχουν εγκατεστημένη νεφρική, ηπατική ή καρδιακή νόσο, λόγω αυξημένου κινδύνου σοβαρών επιπλοκών.

## 26. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΗΠΑΤΟΣ

**Μαργαρίτη Ελένη, Βαγιωνάς Αναστάσιος, Βαλανίκας Ευριπίδης, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζητόλιος Απόστολος Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης**

**Εισαγωγή:** Οι ηπατικές μεταστάσεις εμφανίζονται σχεδόν στους μισούς ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Η πιπατοκτομή αποτελεί μέχρι σήμερα θεραπεία εκλογής.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός περιστατικού με μεταστατικό καρκίνο ήπατος από παχύ έντερο που η συνδυασμένη χημειοθεραπευτική αγωγή βελτίωσε αισθητά το μέγεθος των βλαβών στο ήπαρ.

**Υλικό-μέθοδος:** Άντρας 57 ετών, με ιστορικό Στ. Νόσου, Σακχαρώδη Διαβήτη, Δυσλιπιδαιμίας διαγνώστηκε με Ca παχέος εντέρου στα πλαίσια διερεύνησης μαζικής αιματοχεσίας. Στον απεικονιστικό έλεγχο – σταδιοποίηση, αναδείχθηκαν πολλαπλές μετα εστίες στο ήπαρ(και στους δύο λοβούς) και ταυτόχρονη μεγάλη αύξηση του μεγέθους αυτού.

**Αποτελέσματα:** Δύο μήνες μετά τη χειρουργική εξαίρεση του όγκου από το έντερο και με την εργαστηριακή επιβεβαίωση της μη ύπαρξης μετάλλαξης (εξώνια 2, 3,4)του γονιδίου k-ras, έγινε έναρξη αρχικώς ιρινοκετάνης με τη προσθήκη στη συνέχεια κετουξιμάπης. Παρά τη πολυνοσηρότητα του ασθενούς, το σχήμα έγινε πολύ καλά ανεκτό. Υπήρξε βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας και της γενικής του κατάστασης. Η θεραπευτική παρέμβαση συμπληρώθηκε με τη προσθήκη per os της καπεσιταβίνης. Στο εξάμπον μετά της συνδυασμένης ΧΜ/Θ εκτός από την βελτίωση της κλινικής εικόνας, διαπιστώθηκε στον απεικονιστικό έλεγχο θεματική μείωση των διαστάσεων των βλαβών στο ήπαρ καθώς και του μεγέθους αυτού.

**Συμπεράσματα:** Ο μεταστατικός καρκίνος ήπατος από το

παχύ έντερο επιβάλει ως θεραπεία την ππατεκτομή. Παρά τη πρόσδο στη κειρουργική η θνητότητα (περιεγχειριτική και μετεγχειριτική) παραμένει υψηλή, ιδίως στα άτομα με πολυνοσηρότητες και στις περιπτώσεις πολλαπλών και συρρεόντων μεταστά-

σεων. Η συνδυασμένη χημειοθεραπευτική αγωγή φαίνεται να αφήνει επιλιδοφόρα μηνύματα. Τόσο ως neoadjuvant χημειοθεραπεία, όσο και ως πρόδρομος άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων – ablation, χημειοεμβολισμού.

## 27. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΟΥΡΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

**Βούλγαρη Χριστίνα,<sup>1</sup> Κλωπά Αγγελική,<sup>1</sup> Λακιωτάκη Δήμητρα<sup>1</sup> Κωστάκη Κωνσταντίνα,<sup>1</sup> Μανιάτης Πέτρος,<sup>2</sup> Ιωαννίδης Ιωάννης<sup>1</sup>**

**1 Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα**

**2 Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας-Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αποφρακτική ουροπάθεια αποτελεί 2-15% των περιπτώσεων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση παρατηρείται στο 3.5% των ασθενών προκαλώντας συχνά ουραιμία. Περιγραφή ασθενούς με ουραιμία λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας και μεταστατικού καρκίνου τραχήλου μήτρας.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Ασθενής ετών 90, με μεταστατικό καρκίνο τραχήλου μήτρας, μη θεραπευθέν, προηγουμένως σε καλή γνωσιακή κατάσταση, μεταφέρθηκε στο ΤΕΠ Παθολογικό λόγω ληθαργικότητας, άρνησης λύψης τροφής-ύδατος, και διαρροϊκών κενώσεων από εβδομάδας. Δεν παρουσίαζε πυρετό ή ρίγος, και δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Ετέθη κλινική υποψία αποφρακτικής ουροπάθειας με συνοδό αφυδάτωση από υπέρτονες απώλειες υγρών. Έγινε ουρολογική εκτίμηση και ανεπιτυχής προσπάθεια τοποθέτησης ουροκαθετήρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ουρία 452mg/dl, κρεατινίνη 23,7mg/dl, και pHCO36,0mmol/L. Έγινε νεφρολογική εκτίμηση και η ασθενής ετέθη άμεσα σε αιμοκάθαρση. Κατά τη νοσηλεύση της παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη με κλινική

ανταπόκριση στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας, που ανέδειξε σημαντική διάταση της πυέλου και σύστοιχα των ουρητήρων άμφω. Λόγω αναιμίας, η ασθενής έλαβε υποστηρικτικά μεταγγίσεις, καθώς και ενδοφλέβια αγωγή με σίδηρο. Παράλληλα, έγινε έναρξη χορήγησης ερυθροποιητίνης. Εξήλθε με οδηγίες για ενυδάτωση, συνεδρίες αιμοκάθαρσης, και προγραμματισμό διενέργειας διαδερμικών νεφροστομιών.

**Αποτελέσματα:** Μια εβδομάδα μετά το εξιτήριο της, η ασθενής επανήλθε στο ΤΕΠ με εμπύρετο έως 39°, βυθιότητα, λευκά αιμοσφαίρια 11,5χιλ./μιλμ 88,0% πολυμορφοπύρωνα, και CRP 200mg/dl. Έλαβε εμπειρικά πιπερακιλλίν-ταζυμπακτάμην και βανικομυκίνη, ενώ από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε streptococcus dysgalactiae ευαίσθητος στην αντιμικροβιακή αγωγή. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά.

**Συμπεράσματα:** Σε συμπτωματική ουραιμία λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας στους ασθενείς με κακοήθεια, η άμεση θεραπεία εκλογής είναι η αιμοκάθαρση. Οι λοιμώξεις αποτελούν συχνή επιπλοκή.

## 28. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣΟΞΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

**Βούλγαρη Χριστίνα,<sup>1</sup> Ζαχαριουδάκη Σοφία,<sup>1</sup> Ζέρβα Ελένη,<sup>1</sup> Αθανασοπούλου Θεοδώρα,<sup>1</sup> Μάθου Νικολέττα,<sup>2</sup> Ιωαννίδης Ιωάννης<sup>1</sup>**

**1 Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα**

**2 Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η οξεία κλινική εκδήλωση της αλκοολικής ππατοπάθειας στις γυναίκες είναι λιγότερο συχνή, και η παθογένειά της δεν είναι πλήρως γνωστή. Περιγραφή ασθενούς με οξεία αλκοολική ππατίτιδα, και ππατική εγκεφαλοπάθεια.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Ασθενής 62 ετώνδιεκομίσθη στο ΤΕΠ/Παθολογικό λόγω σταδιακής έκπτωσης των κινητικών/νοντικών λειτουργιών από 4μήνου, με οξεία επιδείνωση προ 7ημέρου. Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, και κεντρομυελική αδυναμία. Από το ιστορικό αναφέρονταν κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης από 10ετίας. Ήταν βαριά καπνίστρια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν Κάλιο 2,0mmol/L, AST 243IU/L, ALT 179IU/L, γGT1060IU/L, ολι-

κή κολερευθρίνη 1,40mg/dl (άμεση 0,70), αμμωνία 32μmol/L, με INR 1,04. Έγινε ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλικά διαλύματα. Λόγω αναιμίας (Hct 21.6%) μεταγγίσθηκε με 2 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών-αιμοσφαιρίων. Από τους δείκτες αναιμίας προέκυψε έλλειψη B12, και υψηλή φερριτίνη (1500ng/ml) ως επί ππατοπάθειας. Χορηγήθηκαν φυλλικό οξύ και βιταμίνη B12. Ήποκαλαιμία αποδόθηκε σε χρόνια υποσιτισμό. Έγιναν υπεροχιγράφημα/αξονική κοιλίας, που δεν ανέδειξαν κίρρωση/ασκίτη/εστιακή ππατική μάζα, αλλά σοβαρού βαθμού λιπώδη διάθηση ήπατος. Η αξονική/εγκεφάλου ανέδειξε προχωρημένη ατροφία, και ευρήματα ππατικής εγκεφαλοπάθειας. Οι δείκτες HBV/HCV/HIV, και CMV/EBV ήταν αρνητικοί. Προς αποκλεισμό νό-

σου Wilsonεστάλη σερουλογλασμίνη, που ήταν χαμπλή (118ng/ml). Οι δείκτες αFP/CEA/CA19.9 ήταν αρνητικοί. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε γαστρίτιδα.

**Αποτελέσματα:** Λόγω εμπυρέτου, και ακροαστικών ευρημάτων έγινε αξονική/θώρακος, που ανέδειξε εμφυσηματικού τύπου αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Έγινε γαστρεντερολογική/ψυχια-

τρική εκτίμηση. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά, και εργαστηριακά, και εξήλθε με σύσταση για διακοπή αλκοόλ, και καπνίσματος.

**Συμπεράσματα:** Η αλκοολική ππατίτιδα έχει υψηλή θνητότητα έως 40%. Η παρουσία ππατικής εγκεφαλοπάθειας αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη. Η έγκυρη θεραπευτική αντιμετώπιση βελτιώνει τη πρόγνωση των ασθενών αυτών.

## 29. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C- ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Ντέτσκας Γεώργιος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Κατσίλη Άννα, Χάσιου Αικατερίνη, Βαμβακά Ευμορφία, Σταμπόρη Μαρία, Χατζηαντωνίου Αγαπτός, Ψέλλας Χρυσόστομος, Καρλής Γεώργιος, Κοζικοπούλου Δήμητρα, Ψελλάκης Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή -Σκοπός:** Η αντιμετώπιση της χρόνιας ππατίτιδας C με τα νεότερα από του στόματος αντιικά προσφέρει σπουδαϊκές ελπίδες για έλεγχο της νόσου, λόγω των υψηλών ποσοστών μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης που επιτυγχάνουν. Οι χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών αποτελούν μια δεξαμενή ασθενών που συμβάλλει σημαντικά στην διασπορά της λοιμωξιας, ενώ συγχρόνως εμφανίζει αρκετά προβλήματα στην προσέγγιση και αντιμετώπιση της χρόνιας ππατίτιδας C. Σκοπός της μελέτης ήταν να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια ππατίτιδα C (με τα νεότερα αντιικά φάρμακα) με πρόσφατη ή ενεργό χρήση ΕΦ τοξικών ουσιών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 43 ασθενείς (Α/Γ=27/16) χρήστες ΕΦ τοξικών ουσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς (29/43) ακολουθούν πρόγραμμα του OKANA. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε έλεγχο του HCV-RNA, του γονοτύπου του ιού και σε ελαστογραφία για την διαπίστωση του

βαθμού της ππατικής ίνωσης. Τα άτομα με βαθμό ίνωσης  $\geq 2$  υπεβάλλοντο σε αντιική αγωγή χωρίς ιντερφερόνη ανάλογα με τον γονότυπο και τον βαθμό της ίνωσης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, συνταγογράφηση της αγωγής έγινε και στους 43 ασθενείς. Από αυτούς οι 3 δεν την έλαβαν ποτέ, ενώ από τους υπόλοιπους που την ξεκίνησαν, άλλοι δύο παραβίασαν σημαντικά το πρόγραμμα λήψης των φαρμάκων. Από τους υπολοίπους ασθενείς που συμπλήρωσαν επιτυχώς την θεραπεία 8 δεν επανήλθαν στο τέλος της αγωγής για επανέλεγχο, αλλά αρκετά αργότερα. Τελικά σε πλήρη επανέλεγχο υπεβλήθησαν 30 ασθενείς και το ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης ήταν 100%.

**Συμπεράσματα:** Μολονότι η χορήγηση αντιικής αγωγής σε χρήστες ΕΦ ουσιών είναι δυσχερής και απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση, η χορήγηση της συνδυάζεται με υψηλό ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

## 30. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ GROHN- ΜΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Διακονικόλα Δέσποινα, Αναστασίου Ευσταθία, Χάσιου Αικατερίνη, Σπανού Σπυριδούλα, Χατζηαντωνίου Αγαπτός, Καρλής Γεώργιος, Ερωτόκριτου Στεφανία, Βαμβακά Ευμορφία, Καραταπάνης Στυλιανός  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι μια γενετικά ετερογενής κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες, σοβαρές βακτηριακές και μυκητοσιακές λοιμώξεις και σχηματισμό κοκκιωμάτων. Προκαλείται από διαταραχές στην φαγοκυτταρική οξειδάση της (NADPH). Οι γενετικές αυτές διαταραχές οδηγούν σε αδυναμία των φαγοκυττάρων (ουδετερόφιλα, μονοκύτταρα και μακροφάγα) να καταστρέψουν ορισμένα μικρόβια. Είναι πολύ σπανία νόσος (1/1200.000 γεννήσεις), αφορά κυρίως άρρενες και συνδέεται με διαταραχές του X χρωμοσώματος. Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό είναι συχνές, η ανάπτυξη όμως IFNE είναι σημαντικά σπανιότερη. Παρουσιάζουμε τη περίπτωση ενός ασθενούς με χρόνια κοκκιοματώδη νόσο, που ανέπτυξε και νόσο του Crohn

**Παρουσίαση περιστατικού:** Πρόκειται για άνδρα 40 ετών

ο οποίος εισήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμπυρέτου. Ο ασθενής σε πλικία 6 ετών εμφάνισε ππατικό απόστημα και τη διάγνωση της χρόνιας κοκκιωματώδους νόσου έγινε το 1994. Ελάμβανε αγωγή με ιντερφερόνη-γ και το 2001 εμφάνισε πνευμονικό απόστημα, ενώ από το 2006 άρχισε να έχει εκδηλώσεις νόσου Crohn (συρίγγια εντέρου κυρίως στην περιοχή του πρωκτού). Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI, το 2008, έδειξε στοιχεία αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας-ππατίτιδας και πολλαπλά περιπρωκτικά αποστήματα. Λογωστενωτικών φαινομένων το 2012 υποβλήθηκε σε ειλεοστομία και εκτοτε η παθολογία του έντερου αντιμετωπίζεται ως νόσος του Crohn. Το 3/2018, λόγω βαριάς παγκολίτιδας και ευρημάτων δυσπλασίας υπεβλήθη σε ολκή κολεκτομή. Ο ασθενής λαμβάνει μακροχρόνια αγωγή με (Saptin, Sporanox και IFN-γ).

**Συμπεράσματα:** Η χρόνια κοκκιοματώδης νόσος είναι ιδιαίτερα σπανία οντότητα με την εμφάνιση πολλαπλών σοβαρών υποτροπιαζουσών λοιμώξεων. Η εμφάνιση εκδηλώσεων από το

πεπτικό είναι συχνές, ενώ σπανιότερα οι εκδηλώσεις ταυτίζονται με αυτές των ιδιόπαθων φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου (ΙΦΝΕ).

## 31. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΟΡΕΙΑ-ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΜΥΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ – ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

**Διακονικόλα<sup>1</sup> Δέσποινα, Αναστασίου<sup>1</sup> Ευσταθία, Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup> Φίλιππος, Λιάπης<sup>2</sup> Ιωάννης, Χάσιου<sup>1</sup> Αικατερίνη, Σπύρου<sup>2</sup> Αφροδίτη, Κοζικούλου<sup>2</sup> Δήμητρα, Καλλιοτζόγλου<sup>2</sup> Αναστασία, Χατζηαντωνίου<sup>1</sup> Αγαπητός, <sup>2</sup>Ερωτόκριτου Στεφανία, Καρλής<sup>1</sup> Γεώργιος, Καραταπάνης<sup>2</sup> Στυλιανός  
1 Α' Παθολογική και 2 Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου**

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί σπάνια συγγενή διαταραχή που προκαλείται από μεταλλαγή στο γονίδιο που κωδικοποιεί για τις δομικές πρωτεΐνες των ερυθροκυττάρων. Ήπαθηση αυτή ανήκει σε μια ομάδα τεσσάρων νόσων με το όνομα ευρο-ακάνθωση. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων με μορφή ακανθοκυττάρων στην περιφερική εξέταση του αίματος.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν επιληψία, διαταραχές συμπεριφοράς, εκφύλιση μυών και νευρωνικές εκφυλίσεις παρόμοιες με αυτές της νόσου Huntington. Να παρουσιαστεί στην περίπτωση ενός ασθενούς με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων και επεισόδιων επιληψίας που διαγνώστηκε τελικά ως χορεία-ακανθοκυττάρωση.

**Παρουσίασην Περιστατικού:** Πρόκειται για άνδρα 37 ετών που από έτους εμφανίζει καταβολή δυνάμεων και κόπωση, σημαντική αύξηση της CPK (έως 6000IU/ml), δύο επιληπτικά επεισόδια, και πρόσφατα προμηκή ομιλία και δυσκαταποσία. Στη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν πάρεση υπογλωσσίου

(ΔΕ), δυσαρθρία, προμηκή ομιλία, μείωση γλωσσοφαρυγγικού αντανακλαστικού άμφω και δυσκαταποσία στα στερεά, ενώ τα τενόντια αντανακλαστικά ήταν νωθρά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο έλεγχο που περιελάμβανε ανοσολογικό έλεγχο (-), οσφυοντωτιά παρακέντηση (κφ), ολοσωμική αξονική τομογραφία (κφ), ΗΕΓ (κφ), και ΗΜΓ (κφ).

Ο ασθενής υπεβλήθη επίσης σε MRI-εγκεφάλου και σε βιοψία ΔΕ δελτοειδούς. Τα ευρήματα από τον εγκέφαλο ήταν συμβατά με την νόσο χορεία-ακανθοκυττάρωση, ενώ και οι βιοψία μυώς αποκάλυψε εκφυλιστικές αλλοιώσεις συμβατές με την ίδια νόσο. Η μικροσκοπική εξέταση του περιφερικού αίματος αποκάλυψε την παρουσία των χαρακτηριστικών ακανθοκυττάρων της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Η χορεία-ακανθοκυττάρωση αποτελεί πολύ σπάνια συγγενή διαταραχή που πρέπει να αναζητείται σε κάθε ασθενή με καταβολή δυνάμεων, σημαντική αύξηση μυϊκών ενζύμων στον ορό, επιληπτικά επεισόδια και προμηκή συμμετοχή.

## 32. ΝΟΣΟΣ WILSON ΠΡΟΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΛΙΓΕΣ ΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Παπαστεργίου Βασίλειος, Λαμπριανού Φωτεινή, Διακονικόλα Δέσποινα, Ντέτσκας Γεώργος, Χάσιου Αικατερίνη, Χατζηαντωνίου Αγαπητός, Αναστασίου Ευσταθία, Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, Σπανού Σπυριδούλα, Σταμπόρη Μαρία, Ψελλάκης Γεώργιος, Καρλής Γεώργιος, Καραταπάνης Στυλιανός  
Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος Wilson αποτελεί μια συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού του χαλκού που έχει ποικίλες εκδηλώσεις, ανάλογα με την πλικιά διάγνωσης και τα όργανα που προσβάλλονται. Η νευρολογική συμμετοχή, οι πηπατικές εκδηλώσεις και ο δακτύλιος Kaiser-Fleisher αποτελούν τις πιο χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου. Η νόσος συχνά διαλάθει με άτυπη συμπτωματολογία και συνεπώς πρέπει να υπάρχει υψηλός βαθμός εγχήριοτης για έγκαιρη διάγνωση. Σκοπός ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση μιας λεχωίδας γυναίκας που εμφάνισε ασκιτική συλλογή στο τέλος της κύποσης και διαπιστώθηκε να πάσχει από την Wilson.

**Παρουσίασην περιστατικού:** Πρόκειται για γυναίκα 27 ετών που στη διάρκεια της πρώτης της κύποσης ανέπτυξε συπτωματολογία προεκλαμψίας προς το τέλος της κύποσης και ευρίσκεται σε στενή ιατρική παακολούθηση. Λιγες μέρες μετά τον τοκε-

τό διαπιστώθηκε σημαντική διάταση της κοιλίας και διαπιστώθηκε η παρουσία ασκιτικής συλλογής. Η παρακέντηση του ασκιτικού υγρού είχε χαρακτηριστικά πυλαίας υπέρτασης (διαφορά λευκωμάτινης ορού από λευκωμάτινη ασκιτικού υγρού - SAAG>1.2). Λόγω της πηπατικής συμμετοχής η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο για διερεύνηση της πηπατικής βλάβης (ιογενείς και αυτό-άνοσες πηπατίδες κλπ.). Η ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχος με σχισμοειδή λυχνία που απεκάλυψε την παρουσία δακτυλίου Kaiser-Fleisher στον κερατοειδή. Ο έλεγχος για σερουλοπλασμίν και ο χαλκός των ούρων μας έδωσε ευρήματα συμβατά με παρουσία νόσου Wilson. Η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με το χηλικό παράγοντα τριεντίνη,

**Συμπεράσματα:** Η νόσος Wilson πρέπει να υπάρχει πάντοτε στη διαφορική διάγνωση των πηπατικών παθήσεων και ιδιαιτέρως σε νεαρά άτομα με ανερμήνευτη πηπατική προσβολή.

### 33. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WERNICKE-KORSAKOF ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ- ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

<sup>1</sup>Παπαστεργίου Βασίλειος, <sup>1</sup>Λαμπριανού Φωτεινή, <sup>2</sup>Σπύρου Αφροδίτη, <sup>2</sup>Λιάπης Ιωάννης, <sup>1</sup>Βαμβακά Ευμορφία, <sup>2</sup>Καλλιοτζόγλου Αναστασία, <sup>1</sup>Αναστασίου Ευσταθία, <sup>1</sup>Σταμπόρη Μαρία, <sup>1</sup>Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, <sup>1</sup>Χατζηαντωνίου Αγαπητός, <sup>1</sup>Σπανού Σπυριδούλα, <sup>1</sup>Χάσιου Αικατερίνη, <sup>1</sup>Καραταπάνης Στυλιανός  
1Α' Παθολογική και 2Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff μπορεί να αποτελεί σπανία εκδήλωση υπερέμεσης κυήσεως. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας εγκύου γυναίκας με υπερέμεση της κυήσεως που εμφάνισε σύνδρομο Wernicke-Korsakoff δύο μήνες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων της υπερέμεσης.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Πρόκειται για γυναίκα 25 ετών που εμφάνισε υπερέμεση της κύσης την 9η εβδομάδα της κυήσεως. Λόγω προοδευτικής επιδείνωσης συμπτωμάτων από το πεπτικό τέθηκε σε παρεντερική διατροφή την 14η εβδομάδα της κύσης. Λίγες μέρες μετά την έναρξη της παρεντερικής σίτισης η ασθενής εμφάνισε διαταραχές της μνήμης, αδυναμία βάδισης και μεταπτώσεις στο συναίσθημα. Η ασθενής τέθηκε σε αντιψυχωτική αγωγή. Δύο μέρες μετά την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής η ασθενής μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας λόγω απάθειας και βραδυψυχισμού. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν αδυναμία σε όλα τα άκρα, απάθεια και νυσταγμός σε όλες

τις θέσεις των οφθαλμών. Η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο περιλαμβανομένης της MRI-εγκεφάλου, που έδειξε αλλοιώσεις συμβατές με σύνδρομο Wernicke. Η ασθενής έλαβε υψηλές δόσεις βιταμίνης B1 και από την 3η μέρα εμφάνισε σημαντική βελτίωσης των συμπτωμάτων της. Τα επίπεδα βιταμίνης B1 που είχαν ληφθεί ήταν χαμπλά. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου 10 ημέρες μετά την εισαγωγή σαφώς βελτιωμένη, αλλά με υπολειμματική συνδρόμου Korsakoff (διαταραχές μνήμης και κορμική αταξία). Η κορμική αταξία υποχώρησε ένα μήνα μετά την έξοδο της ασθενούς, παρέμεναν όμως οι διαταραχές της μνήμης.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff αποτελεί σπάνια επιπλοκή της υπερέμεσης της κύσης και πρέπει να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενούς με υπερέμεση που εκδηλώνει διαταραχές της συμπεριφοράς και/ή του συναίσθημάτος, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

### 34. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΜΕΛΑΛΓΙΑΣ ΜΕ TRIFLUSAL

Βολονάκη Αικατερίνη<sup>1</sup>, Γερακιού Καλλιόπη<sup>2</sup>

1 Παθολόγος, Γενική Κλινική Δωδ/νήσου

2 Γενικός Ιατρός, TOMEY Ρόδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ :** Η περιγραφή περιστατικού που παρουσιάζει δευτεροπαθή ερυθρομελαλγία λόγω μυελοϋπερπλαστικού συνδρόμου και αντιψετωπίσθηκε με triflusal.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:** Γυναίκα 45 ετών με ιστορικό μυελοϋπερπλαστικού νοσήματος (ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση) από επιταετίας, προσέρχεται λόγω έντονων καυσαλγιών με συνοδό ερυθρότητα στους άκρους πόδες, καθώς και ψηλαφπτά, επώδυνα, ακανόνιστου σχήματος οζίδια καθ'όλο το μήκος των κάτω άκρων τα οποία κατέλειπαν μεταφλεγμονώδη υπερμελάγχρωση. Η κλινική αυτή εικόνα παρουσιάστηκε από τετραετίας, με έντονη δυσανεξία στη θερμότητα και μερική ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ. Η βιοψία των βλαβών απέκλεισε αγγειίτιδα ή κάποιο αυτοάνοσο νόσημα και ετέθη η διάγνωση της δευτεροπαθούς ερυθρομελαλγί-

ας. Η ασθενής όμως έχει παντελή έλλειψη G6PD ως εκ τούτου η θεραπεία με ασπιρίνη αντενδεικνύεται. Έγινε έναρξη αγωγής με triflusal ένα δομικό ανάλογο της ασπιρίνης με διαφορετικές όμως φαρμακολογικές ιδιότητες και υπήρξε άμεση και μεγάλη ανταπόκριση. Δυσαισθησίες εμφανίζονται ακόμη στους άκρους πόδες στην έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες (ψύχος ή θερμότητα) αλλά μειωμένες σε ένταση ώστε να μην διαταράσσεται πλέον η ποιότητα ζωής της ασθενούς. Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται παρόμοια χρήση της triflusal.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η triflusal αποτελεί πιθανά μια καλή εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε δευτεροπαθή ερυθρομελαλγία, όταν η χρήση της ασπιρίνης που είναι η πρώτη επιλογή αντενδείκνυται.

### 35. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PILATESME ΕΛΒΕΤΙΚΗ ΜΠΑΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ.

Γιώργου Κατερίνα, Φυσικοθεραπεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής Α.Π.Θ

Αντώνιος Κουτσοκώστας, Φυσικοθεραπευτής, MSc

Ιδιωτικά Φυσικοθεραπευτήρια, Κατερίνη

**Εισαγωγή:** Η μέθοδος Pilates είναι ένα σύστημα ασκήσεων ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην αντιψετωπίση των συμπτωμάτων

της χρόνιας οσφυαλγίας.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την αξιολόγηση-

της επίδρασης προγράμματος Pilates με ελβετική μπάλα σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία.

**Υλικό- Μεθοδολογία:** Αξιολογήθηκαν 24 ασθενείς, πλικίας 22-64 ετών με χρόνια οσφυαλγία. Οι ασθενείς χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες, των 12 ατόμων την κάθε ομάδα. Η ομάδα Α παρακολούθησε πρόγραμμα Pilates με μπάλες για 5 μήνες. Το πρόγραμμα γινόταν στο φυσικοθεραπευτήριο. Στην ομάδα Β (ομάδα σύγκρισης) οι ασθενείς δεν ακολούθησαν πρόγραμμα άσκησης. Έγιναν μετρήσεις για την αξιολόγηση του πόνου και της λειτουργικότητας μέσω της

οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου Roland Morris, του ερωτηματολόγου Oswestry Low-Back Pain Disability Questionnaire (OSWDQ) και του ερωτηματολογίου ψυχικής διάθεσης Emotions Scale (EMS).

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της μελέτης, στην ομάδα Α, υπήρχε σημαντική βελτίωση στην κίνηση, στον πόνο και στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και στην ψυχική διάθεση, ενώ στους ασθενείς της ομάδας Β δεν παρατηρήθηκε καμιά σημαντική διαφορά.

**Συμπεράσματα:** Προκύπτει ότι η μέθοδος Pilates με ελβετικές μπάλες έχει θετική επίδραση σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

## 36. ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

Φλούρου Χριστίνα, Τοφαρίδης Ανδρέας, Δημητρίου Παναγιώτης, Ιωάννου Αντρέας, Αζίνα Χαρά, Κάγκα Δήμητρα  
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινή καρκινώματα παγκρέατος (NECs) αποτελούν σπάνια νεοπλάσματα με φτωχή πρόγνωση. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση νευροενδοκρινούς καρκινώματος παγκρέατος (NEC G3) με σύγχρονο αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου και παρανεοπλασματικό σύνδρομο Cushing.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Γυναίκα 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, εισήχθηκε στην κλινική μας για διερεύνηση αδυναμίας, καταβολής και ακούσιας απώλειας σωματικού βάρους. Κλινικά διαπιστώθηκαν ίκτερος, γλωσσίτιδα και επώδυνη ππατομεγαλία.

**Αποτελέσματα:** Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπεργλυκαιμία, αυξημένα ππατικά ένζυμα και γαλακτική αφυδρογόνωση και εμμένουσα σοβαρή υποκαλαιαμία. Οι αυξημένες ACTH και κορτιζόλη ορού και η αρνητική δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη, επιβεβαίωσαν το σύνδρομο Cushing. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εξεργασία κεφαλής παγκρέατος με δευτεροπαθείς εστίες ήπατος. Διενεργήθηκε βιοψία υπό ενδοσκοπικό

υπέρρηπο της παγκρεατικής μάζας καθώς και ανευρεθείσας σύγχρονης ενδοσαυλικής εξεργασίας δωδεκαδακτύλου, με ιστοπαθολογική εικόνα συμβατή με NEC grade 3 με παραγωγή γλουκαγόνου (ανοσοϊστοχομεία θετική για GLUT1, NSE, χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη) και αδενοκαρκίνωμα δωδεκαδακτύλου αντίστοιχα. Η βιοψία υπό αξονική των ππατικών μεταστάσεων, τεκμηρίωσε την προέλευσή τους από το πρωτοπαθές ενεργό νευροενδοκρινής καρκίνωμα παγκρέατος. Η ασθενής κατέληξε την 21η ημέρα νοσηλείας λόγω επιεισοδίου γενικευμένων τονικοκληνικών επιληπτικών σπασμών και διασκονιδιακού εγκολεασμού από υποκείμενες δευτεροπαθείς εντοπίσεις με περιεστιακό οίδημα στην παρεγκεφαλίδα.

**Συμπέρασμα:** Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος, αν και αποτελούν σπάνιες νεοπλασίες, μπορούν να συνυπάρχουν με άλλους πρωτοπαθείς όγκους του γαστρεντερικού. Αποτελεί πρόκληση για κάθε Παθολόγο η διαγνωστική τους προσπέλαση, η εξακρίβωση της ενεργότητάς τους καθώς και η διερεύνηση πιθανών υποκείμενων παρανεοπλασματικών

## 37. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ: ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2016-2017, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Δημοσιάρη Αθηνά<sup>1</sup>, Κυδώνα Χριστίνα<sup>1</sup>, Πυρπασοπούλου Αθηνά<sup>2,4</sup>, Βέττας Χρήστος<sup>1</sup>, Γαρύφαλλος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Ροπλίδης Εμμανουήλ<sup>3,4</sup>

1 Δ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

2 Β Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

3 Γ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

4 Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Η πνευμονία κοινότητας, συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών στην Ευρώπη, αποτελεί την 4η αιτία θανάτου στον ανεπιυγμένο κόσμο και συνήθως αντιμετωπίζεται εμπειρικά λόγω σπάνιας ανεύρεσης αιτιοπαθογού.

Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξουμε ιδιαίτερα χαρακτη-

ριστικά αισθηνών με πνευμονία κοινότητας που έχρηζαν νοσηλείας, και την έκβαση συναρτήσει της ταχύτητας προσέλευσης στο νοσοκομείο, της εμπειρικής θεραπευτικής στρατηγικής και των συννοσηροτήτων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μετά από ανασκόπηση του τηρούμενου

αρχείου, συμπειριλήφθηκαν αναδρομικά ασθενείς με πνευμονία κοινότητας από 1.1.2016 έως 31.12.2017.

Αποκλείστηκαν ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία, εισρόφηση, καρκίνο τελικού σταδίου, άνοια. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, η ακτινολογική εικόνα, δείκτες φλεγμονής, η ύπαρξη υποδυγοναιμίας και οξεώσης, συνοσπρότητες, το αντιβιοτικό σχήμα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία και η έκβαση αυτής.

**Αποτελέσματα:** Συμπειριλήφθηκαν 151 ασθενείς (44% άνδρες, 56% γυναίκες), 69,6% άνω των 76 ετών. Περίπου τα μισά περιστατικά νοσηλεύτηκαν χειμερινούς μήνες (47,7%), με μέσο χρόνο νοσηλείας 8,3 ημέρες και μέση διάρκεια συμπτωμάτων προ της προσέλευσης 3,6 ημέρες. Το 17% ελάμβανε αντιβιοτική

αγωγή προ της εισαγωγής, κυρίως β-λακταμικά, ενώ μόλις 21% παρουσίαζε αρχικά υποξυγοναιμία (Po2< 50mmHg). Ως προς τις συννοσπρότητες, 33% συνυπήρχε σακχαρώδης διαβήτης, 26% στεφανιάτική νόσος, 33% χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, 16,5% χρόνια νεφρική νόσος, 12% ανοσοκαταστολή. Οι ασθενείς έλαβαν κατά μέσο όρο -και μετά το εξιτήριο- 12 ημέρες αγωγή με 83% θετική έκβαση. Αρνητική έκβαση καταγράφεται στο 17% (12% θάνατοι, 5% διασωλήνωση και μεταφορά σε μονάδα εντατικής θεραπείας).

**Συμπέρασμα:** Είναι αναγκαία η παρακολούθηση της έκβασης της νοσηλεύμενης πνευμονίας, σε σχέση με τα εμπειρικά θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται με στόχο την πιθανή αναθεώρηση αυτών.

### 38. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΒΑΚΚΙΝΙΟΥ ΜΑΚΡΟΚΑΡΠΟΥ (CRANFIX) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Αλεξάκης Κωνσταντίνος, Σπερνοβασίλης Νικόλαος, Κλάδου Ελένη, Μπικής Χαράλαμπος-Σταύρος, Πλατάκη Μαρίνα, Ανδριανάκη Αγγελική, Κοφτερίδης Διαμαντής  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

**Σκοπός:** Οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις αποτελούνται αιτία χορήγησης αντιβιοτικών, οδηγώντας στην επιλογή ανθεκτικών στελεχών των υπεύθυνων μικροοργανισμών. ToCranFix είναι ένας συνδυασμός εκκυλίσματος cranberry με βιταμίνη C, σελίνιο και φυεδάργυρο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της επιτυχούς προφύλαξης από ουρολοιμώξεις σε ενήλικες γυναίκες που λάμβαναν σκεύασμα cranberry.

**Υλικά και μέθοδοι:** Προσποτική μελέτη ενήλικων γυναικών με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις παρακολουθούμενες στο τακτικό λοιμωξιολογικό ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου μεταξύ Ιανουαρίου του 2014 και Μαΐου του 2018. Κριτήριο ένταξης ήταν η παρουσία τουλάχιστον 2 επεισοδίων κυστίτιδας ανάεξάμπνο. Όλες οι ασθενείς έλαβαν αρχικά προφύλαξη με cranberry.

**Αποτελέσματα:** Συμπειριλήφθησαν 33 γυναίκες μέσης ηλικίας 49,12 (20-78) ετών με μέσο όρο 3,78 (2-6) επεισόδια κυστίδας.

τιδας ανά εξάμπνο. Δεκαέξι (48.4%) ήταν μετεμμηνοπαυσιακές. Συσχέτιση μετα σεξουαλική επαφή παρατηρήθηκε σε 14 (42.4%). Τα απομονωθέντα παθογόνα ήταν Escherichia coli (23;69.7%), Klebsiellaspp(4;12.1%), Enterococcusfaecalis(2;6%), Pseudomonasaeruginosa(1;3%) και Proteusmirabilis(1;3%). Γαστρεντερικές διαταραχές που θεωρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες εμφάνισαν 3 (9%). Επτά διέκοψαν την λήψη cranberry αυτοβούλων μετά από 147,8 (15-360) ημέρες.

Από τις εναπομείνουσες 26, εννέα(27.3%) υποτροπίασαν σε μέσο χρονικό διάστημα 98 ημερών (20-360). Από τις υπόλοιπες 15 (45,5%) καμιά δεν εμφάνισε υποτροπή στον ένα χρόνο παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η χρήση του cranberry στην πρόληψη των υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων συνιστά ένα ασφαλές και αποτελεσματικό μέσο προφύλαξης τόσο σε προ- όσο και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

### 39. Η ΑΟΡΤΙΤΙΔΑ ΣΑΝ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Κουβαρώτης Γεώργιος, Βογιάκη Σοφία, Τράκης Γεώργιος, Καλογιάννης Αγγελος, Λουκόπουλος Θεόδωρος, Χίνη Σταυρούλα, Παγώντα Ματίνα.

Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς»

**Εισαγωγή:** Η αορτίτιδα είναι φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος κύρια φλεγμονώδους η αυτοάνοσης αιτιολογίας. Είναι σπάνια και εμφανίζεται με άτυπες εκδηλώσεις όπως πόνος, πυρετός και απώλεια βάρους.

**Σκοπός της μελέτης:** Ηδιαγνωστική προσέγγιση ασθενή με εμπύρετο και αποφρακτική θρομβαγγείτιδα.

**Μέθοδοι:** Κλινικές και νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.

**Αποτελέσματα:** Αντρας 55 ετών προσήλθε με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας από 15 θημέρου. Στο ιστορικό αναφέρθη-

κε πρόσφατη νοσηλεία για διερεύνηση αναιμίας, απώλειας βάρους και κοιλιακού άλγους με έλεγχο σε άλλο Νοσοκομείο που δεν απέδειξε την αιτία. Από 20ετίας είχε νόσο Buenger, ήταν καπνιστής και ανέφερε χρήση αλκοόλ στο παρελθόν. Στην εισαγωγή εμφάνιζε αναιμία χρονίας νόσου με αύξηση δεικτών φλεγμονής.

Η διερεύνηση λοιμωδών και ανοσολογικών αιτίων απέβη αρνητική. Η πλεκτροφόρηση λευκωμάτων, ο ανοσολογικός και το συμπλήρωμα ήταν φυσιολογικά. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της καρδιάς για ενδοκαρδίτιδα απέβη αρνητικός. Ο απεικονιστι-

κός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία έδειξε συγκεντρική πάχυση του τοιχώματος της αορτής με στένωση του αυλού στο ύψος έκφυσης της άνω μεσεντερίου και θολερότητα περιαορτικά. Η εικόνα ήταν συμβατή με αορτίτιδα. Αποκλείσθηκαν τα λεμφώματα και οι συμπαγείς όγκοι. Η οφθαλμολογική εξέταση απέδειξε τοξική νευρίτιδα. Ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία με πρεδνιζολόν 1mg/Kgr βάρους σώματος και χορηγήθηκαν βιταμίνες συμπέγματος B, D, ασβέστιο και φυλλικό οξύμες κλινική αντα-

πόκριση εντός 48ωρου και προοδευτική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής και της αναιμίας εντός 10ημέρου. Ο ασθενής μάνες μετά παραμένει ασυμπτωματικός υπό αγωγή με κορτιζόνη σταδιακά μειούμενη.

**Συμπεράσματα:** Η αορτίτιδα εμφανίζεται με άτυπες κλινικές εκδηλώσεις όπως ο πυρετός και η αναιμία. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι κύρια η αξονική αγγειογραφία βοηθούν τον κλινικό γιατρό στην έγκαιρη διάγνωση.

## 40. ΟΞΕΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΙΟ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.

Γεωργακοπούλου Γεωργία, Ζούλιας Μανώλης, Βογιάκη Σοφία, Γεωργούτσου Δήμητρα, Παγώνη Ματίνα.  
Γ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Αθήνας «Γ.Γεννηματάς» Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο κυτταρομεγαλοίος (KMI) είναι ένας DNAίος που εκδηλώνεται κύρια με πνευμονίτιδα, ππατίτιδα και αμφιβλοπτροειδίτιδα. Η εμφάνιση εγκεφαλίτιδας είναι σπάνια και κύρια αφορά ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

Σκοπός: Μελέτη ασθενούς με εμπύρετο και σύγχυση μετά από πρόσφατη υστερεκτομή.

**Μέθοδος:** Απεικονιστικές μέθοδοι, εξέταση εγκεφαλονωτιάου υγρού (ENY) μερορολογική και μοριακή μέθοδο (PCR).

**Αποτελέσματα:** Μία 57χρονη ασθενής με ιστορικό υστερεκτομής για νεοπλασία προσήλθε με πυρετό και πτώση επιπέδου συνείδοσης.

Στην είσοδο η θερμοκρασία ήταν 40°C χωρίς μπνιγγισμό ή νευρολογικά. Η αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε μετεγχειρητική λεμφοκήλη και η εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Ελήφθησαν καλλιέργειες και ετέθη σε ευρέως φάσματος αντιμικροβιακή αγωγή. Προγραμματίστηκε παροχέτευση της λεμφοκήλης υπό ακτινολογικό έλεγχο και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Τη

2η μέρα νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε επιληπτικές κρίσεις και παρά τη χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής status epilepticus και διασωληνώθηκε. Το ENY έδειξε 13 ΚΟΠ, 71mg/dl λεύκωμα και εστάλη μοριακός έλεγχος για τους ανιχνεύσιμους ιούς. Η ασθενής εμφάνισε σταδιακή νευρολογική βελτίωση και την 5η μημέρα αποσωληνώθηκε.

Ακολούθησε παροχέτευση, υπό ακτινολογικό έλεγχο, του περιεχομένου της λεμφοκήλης σε δύο χρόνους η καλλιέργεια του οποίου ήταν στείρα και η κυτταρολογική αρνητική για κακοήθεια. Στο ENY ανιχνεύθηκε ο κυτταρομεγαλοίος με μοριακή μέθοδο και επιβεβαιώθηκε ορολογικά με ανίχνευση IgM αντισωμάτων που ήταν θετικά για οξεία λοιμώξη. Η ασθενής εξήλθε την 14η μημέρα χωρίς νευρολογική σημειολογία με αντιεπιληπτική αγωγή.

**Συμπέρασμα:** Η εγκεφαλίτιδα από κυτταρομεγαλοίο είναι σπάνια και εμφανίζεται με πυρετό και επιληπτικές κρίσεις. Η διάγνωση γίνεται με τη κλινική υποψία και την ανίχνευση του ιού στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και στο περιφερικό αίμα.

## 41. ΒΑΡΙΑ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Σκούρα Ειρήνη<sup>1</sup>, Ιωάννου Αλκιβιάδης-Βασίλειος<sup>1</sup>, Αλεξίου Νικόλαος<sup>1</sup>, Ταταρίδου Τατιάνα<sup>1</sup>, Μαϊκαντής Γεώργιος<sup>1</sup>, Τσατόβ Οξάνα<sup>1</sup>, Κουπετώρη Μαρίνα<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Γεώργιος<sup>2</sup>, Βιδάλη Μαρία<sup>2</sup>, Πιερρακάκης Στέφανος<sup>2</sup>, Συμπάρδη Στυλιανή<sup>1</sup>  
1Α' Παθολογική Κλινική & 2Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Θριάσιο», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η γαλακτική οξέωση που προκαλείται σε συνδυασμό με τη χορήγηση μεταφορμίνης (ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιδιαβητικό φάρμακο της ομάδας διγουανιδίων), είναι μια σπανίως αναφερόμενη επιπλοκή, αλλά με ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα (έως 50%).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περιγράφεται περίπτωση γυναίκας ετών 81, που προσήλθε στο ΤΕΠ με καλό επίπεδο επικοινωνίας (GCS=15/15), αιτιώμενη από ωρών αξύντας διγουανιδίων, είναι μια εξειδίκευτη αναφερόμενη επιπλοκή, και εμέτους, με κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία οξείας κοιλίας. Ατομ. Αναμνηστικό: Σακχαρώδης διαβήτης (υπό μεταφορμίνη), αρτηριακή υπέρταση (υπό ινζουκλορθειαζίδη), παλαιό ισχαιμικό αγγειακό επεισόδιο (με σαλυκιλικό οξύ, ατορβαστατίνη). Εργαστηριακός έλεγχος: Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Κρεατινίνη: 4,4mg/dl), βαριά μεταβολική οξέωση (HCO3-: 3mEq/L, pH: 6,92, pCO2: 18mmHg, pO2: 168mmHg), γαλακτικό οξύ: 22mEq/L, σάκχαρο: 123mg/dl, αρνητικές κετόνες.

Χάσμα ανιόντων: 53, d-dimers: 7,10mg/L, INR: 1,47, WBC: 23000/μL-πολυμορφ: 90%). Λοιπός έλεγχος: κ.φ.

Στον αξονοτομογραφικό έλεγχο θώρακος/άνω-κάτω κοιλίας ευρέθησαν οιδηματώδεις εντερικές έλικες με μείωση σκιαγράφησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με υψηλή την πιθανότητα οξείας εντερικής ισχαιμίας, οδηγήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία, όπου όμως δεν ανευρέθη εντερική ισχαιμία, ούτε άλλη παθολογία ενδοπεριτοναϊκών οργάνων ή οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Μετά την επείγουσα κειρουργική επέμβαση, παρέμεινε διασωληνωμένη υπό ΜΥΑ. Έγινε πλήρης έλεγχος για λοιπές τοξίνες (επίπεδα σαλυκιλικών, έλεγχος για αιθυλενογλυκόλη): αρνητικός. Αιμοκαλλιέργειες (3 ζεύγη): αρνητικές. Χορηγήθηκαν φορτίσεις με κρυσταλλοειδή υγρά, γλυκονικό ασβέστιο, διπτανθρακικά 1ml/kg\*, ευρεία εμπειρική κάλυψη με αντιμικροβιακά και θειαμίνη.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα καθημερινή αιμοκάθαρ-

ση για τα δύο επόμενα 24ωρα χωρίς όμως να βελτιωθεί η βαριά γαλακτική οξέωση. Απεβίωσε από καρδιακή ανακοπή, στο 30 24ωρο νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μη αναταχθείσα γαλακτική οξέωση, αποκλειομένων όλων των αιτιών ισχαιμίας, ιστικής υποάρδευσης και υποξίας, μας οδήγησε στη διάγνωση της αθροιστικής δράσης

της μετφορμίνης από επιδεινωθείσα νεφρική λειτουργία λόγω αιφυδάτωσης από διουρητικά. Η γαλακτική οξέωση είναι εξαιρετικά σπάνια στους ασθενείς με Σακχ. Διαβήτη II (4,3/100.000 άτομα θεραπευόμενα με μετφορμίνη), όμως το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται υπό τακτική εργαστηριακή παρακολούθηση και να διακόπτεται σε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας.

## 42. ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ LISTERIA MONOCYTOGENES-ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

**Βέττας Χρήστος<sup>1</sup>, Δημητρούλας Θεόδωρος<sup>1</sup>, Δημοσιάρης Αθηνά<sup>1</sup>, Κυδώνα Χριστίνα<sup>1</sup>, Πυρπασοπούλου Αθηνά<sup>2,4</sup> Ροπλίδης Εμμανουήλ<sup>3,4</sup>, Γαρύφαλλος Αλέξανδρος<sup>1</sup>**

**1 Δ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**

**2 Β Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**

**3 Γ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**

**4 Τμήμα Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**

**Εισαγωγή:** Η Listeria monocytogenes είναι ένα ευκαιριακό παθογόνο που προκαλεί σοβαρές λοιμώξεις κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους και πλικιωμένους ασθενείς, με συχνότερη εκδήλωση από το Κ.Ν.Σ. (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα) την μπνιγγίτιδα – υψηλότερη θνητότητα από κάθε μικροβιακή μπνιγγίτιδα, σπανιότερα δε παρατηρούνται εγκεφαλικά αποστήματα.

**Περιστατικό:** Παρουσάζουμε άρρεν ασθενή 70 ετών με ιστορικό ετερόζυγου μεσογειακής αναψυχής και υπερπλασίας προστάτη με ταξίδι στη Μαδαγασκάρο προ 10μήνου, που πρόσθιθε με παρατεινόμενο εμπύρετο και υποτροπιάζοντα επεισόδια κεφαλαλγίας, χωρίς ανταπόκριση σε εμπειρική από του στόματος αντιβιοτική αγωγή. Σύγχρονα παρουσίασε επεισόδια παροδικής νευρολογικής σημειολογίας με αιμωδίες κάτω άκρου χωρίς απεικονιστικά ευρήματα σε CT εγκεφάλου, αλλά με υψηλούς δείκτες φλεγμονής. Μετά από πολλαπλές νοσηλεύες και ποικίλα ενδοφλέβια σχήματα αντιβιοτικών χωρίς ανταπόκριση, τέθηκε η υποψία αγγειϊτίδας μεγάλων αγγείων λόγω αναφερόμενων στενώσεων σε MR αγγειογραφία τραχήλου και εγκεφάλου. Άκο-

λούθησε έναρξη κορτιζονοθεραπείας (ώσεις και δόση συντήρησης), παρότι η βιοψία κροταφικής ήταν αρνητική. Παρά την παροδική απυρεξία, επανεισήθη με εμπύρετο και συγχυτική κατάσταση. Τα ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία ήταν συμβατά με εγκεφαλικά αποστήματα στα πλαίσια λοιμώξης Κ.Ν.Σ. Από την οσφυονωτιαία παρακέντηση και τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε Listeria Monocytogenes και τέθηκε σε μονοθεραπεία με αμπικιλίνη με άριστη ανταπόκριση, χωρίς να τεκμηριωθεί ανοσοκαταστολή ή άλλο υποκείμενο νόσημα. Εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση και απεικονιστική βελτίωση.

**Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, αναφέρουμε το παρόν περιστατικό, προκειμένου να τονιστεί η χαμπλή κλινική υποψία μη συχνών στη σύγχρονη δυτική ιατρική παθογόνων κατά τη διερεύνηση παρατεινόμενου εμπυρέτου, αλλά και η πιθανή «υπερδιάγνωση» αυτοάνοσων νοσημάτων τα οποία χρήζουν κορτιζονοθεραπείας. Επιπρόσθετα, η στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή εξακολουθεί να αποτελεί χρυσό κανόνα, όταν προωθημένα αντιβιοτικά σχήματα αποτυγχάνουν.

## 43. Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΡΟΣΟΥΒΑΣΤΑΤΙΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Αγαπάκης Δημήτρης<sup>1</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Ηλιάδης Σταύρος<sup>2</sup>, Κολιάκος Γεώργιος<sup>2</sup>, Χατζητόλιος Απόστολος<sup>1</sup>**

**1 Α΄Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη**

**2 Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη**

**Εισαγωγή:** Η επαγόμενη από τις στατίνες αύξηση των χαμηλών επιπέδων HDL-C επιπρόσθετα της μείωσης της LDL-C, αποτελεί επιθυμητό στόχο για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Ο μπκανισμός αυτής της δράσης είναι εν πολλοῖς αδιευκρίνιστος. Η ενδοθηλιακή λιπάση (EL) αποτελεί ένζυμο που συμμετέχει στη διαμόρφωση των επιπέδων της HDL-C και συσχετίζεται αντίστροφα με τη επίπεδά της.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης της ροσουβαστατίνης στην αναστολή της ενδοθηλιακής λιπάσης (EL), ως μέσου αύξησης της HDL-C.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στην τρίμηνη αυτή μελέτη συμμετείχαν 70

πρωτοδιαγνωσθέντες δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς (42 γυναίκες), διάμεσης πλικίας 58 ετών (52-64). Στους συμμετέχοντες έγινε καταγραφή των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος-ΔΜΣ, καταγράφηκαν οι συνθήσεις και οι συν-νοσηρότητες. Οι ασθενείς (A) έλαβαν ροσουβαστάτινη 20 mg/ημέρα, σύμφωνα με τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο προσδιορισμός των λιπιδαιμικών παραμέτρων: T-C, LDL-C, HDL-C, EL, TRG, καθώς και της hs-CRP, έγινε αρχικά και επαναλήφθηκε στο τέλος της μελέτης.

86 νορμολιπιδαιμικά άτομα ανάλογου φύλου και πλικίας αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (M).

Η στατιστική ανάλυση για τις διαφορές των διάμεσων τιμών μεταξύ των ομάδων, καθώς και πριν και μετά τη θεραπεία, έγινε με τη χρήση της δοκιμασίας t-test του Student. Η συσχέτιση των μεταβολών της EL με τις άλλες παραμέτρους έγινε με τη δοκιμασία Spearman's (συντελεστής συσχέτισης  $\rho$ ). Η επίδραση της μεταβολής της EL στη μεταβολή της HDL-C ελέγχθηκε με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

**Αποτελέσματα:** Οι δύο ομάδες (A, M) δεν διέφεραν σημαντικά ως προς το φύλο και την ηλικία ( $p>0.05$ ). Σημαντικές διαφορές υπήρχαν στις ακόλουθες παραμέτρους:

T-C, HDL-C, EL, LDL-C, TRG, hs-CRP, ΔΜΣ ( $p<0.001$  για όλα).

Συγκριτικά, πριν και μετά τη χορήγηση της ροσουβαστατίνης καταγράφηκαν οι εξής διαφορές:

N=70	Πριν τη Θεραπεία	Μετά τη Θεραπεία	Μεταβολή (%)	p
HDL-C mg/dl (median, IQR)	40.0 (34.85, 46.1)	44.05 (37.80, 49.77)	4.05 (10.12)	<0.001
EL ng/ml (median, IQR)	308.78 (211.33, 404.29)	261.39 (172.67, 74.15)	-47.39 (-15.4)	0.003
T-C mg/dl (median, IQR)	273.5 (257.00, 296.00)	189.5 (164.75, 212.50)	-84 (-30.7)	<0.001
LDL-C mg/dl (median, IQR)	198.45 (182.47, 220.72)	121.45 (92.97, 136.57)	-77 (-38.8)	<0.001
TRG mg/dl (median, IQR)	163.5 (121.74, 209.50)	135.5 (107.50, 166)	-30 (-17.12)	<0.001
hs-CRP mg/L (median, IQR)	3.16 (1.90, 4.50)	2.05 (1.27, 3.30)	-1.11 (-35.12)	<0.001

Οι μεταβολές της HDL-C συσχετίστηκαν σημαντικά με τις μεταβολές της EL ( $\rho=-0.47$ ,  $p<0.001$ ) και της hs-CRP ( $\rho=-0.44$ ,  $p<0.001$ ), αλλά όχι με εκείνες της LDL-C. Από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση διαπιστώθηκε ότι η μεταβολή της EL ερμηνεύει το 23.4% της διακύμανσης της μεταβολής της HDL-C.

**Συμπέρασμα:** Η ροσουβαστατίνη μείωσε στατιστικά σημαντικά την EL και η μεταβολή αυτή συσχετίστηκε σημαντικά με την προκαλούμενη αύξηση της HDL-C. Η μελέτη μας προτείνει έναν ανεξάρτητο μηχανισμό επίδρασης της ροσουβαστατίνης στην αύξηση της HDL-C.

#### 44. ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN: Ο “ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΥΠΟΠΤΟΣ” ΣΕ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

**Πολυπαθέλλη Ιωάννα, Ματσαρίδου Ελένη, Ιωακείμ Κωνσταντίνος, Κρασόβισκαγια Ιρίνα, Τζατζάγου Γλυκερία.**  
Α' Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νόσος Castleman είναι μια ιδιότυπη οντότητα υπερπλασίας των λεμφαδένων, άγνωστης αιτιολογίας. Ιστολογικά διακρίνονται 3 τύποι, ενώ κλινικά περιγράφονται η εντοπισμένη και η πολυκεντρική μορφή. Παρουσιάζεται περίπτωση πολυκεντρικής νόσου Castleman σε πλικιωμένη γυναίκα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα ετών 83 προσέρχεται με εμπύρετο έως 38.2oC, καταβολή, ζενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία από δύο διαφορετικές περιοχές. Επιβεβαιώνεται λεμφαδένες τραχήλου, μασχαλιά ή λεμφαδενικό block αριστερά και βουβανικό άμφω. Εργαστηριακά διαπιστώνεται ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία (PLTs=95.000), λίγα άτυπα λεμφοκύτταρα και παρελθούσα HBV και CMV λοίμωξη, με δερμοαντίδραση Mantoux αρνητική. Η διάγνωση τέθηκε από βιοψία μασχαλιάσου λεμφαδένα που ανέδειξε νόσο Castleman πλασματοκυτταρικού τύπου.

**Συζήτηση:** Ιστολογικά διακρίνουμε 3 τύπους: τον υαλοειδή αγγειακό, τον πλασματοκυτταρικό και τον σχετιζόμενο με HHV-8 λοίμωξη. Η μονοκεντρική μορφή είναι ασυμπτωματική, αφο-

ρά κυρίως νεαρούς ενήλικες με υαλοειδή τύπο και ενέχει αυξημένο κίνδυνο Non-Hodgkin λεμφώματος, ενώ αντιμετωπίζεται με εκτομή του πάσχοντος λεμφαδένα. Αντίθετα η πολυκεντρική μορφή αφορά πλασματοκυτταρικό τύπο, όπως στο παρόν περιστατικό, και συνοδεύεται από ποπασπληνομεγαλία, ενίστε αναιμία, υπολευκωματιναιμία, υπεργαμμασφαιριναιμία και υψηλή ΤΚΕ.

Επίσης συχνά συνυπάρχει με HIV λοίμωξη και δύναται να εξελιχθεί σε B-πλασμαβλαστικό λέμφωμα, ενώ θεραπευτικά χορηγούνται γλυκοκορτικοειδή, ριτουξιμάπτο ή κημειοθεραπευτικά. Η ασθενής μας λόγω της προχωρημένης ηλικίας, της ύφεσης του εμπυρέτου και ελλείψη πιεστικών φαινομένων δεν τέθηκε άμεσα σε συστηματική αγωγή και παραμένει υπό παρακολούθηση ανά 4μην.

**Συμπεράσματα:** Η νόσος Castleman είναι σπάνια κλινική οντότητα, λόγω όμως της δυνητικής εξέλιξης της σε λέμφωμα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στη διαφοροδιάγνωση της εντοπισμένης ή γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας.

#### 45. ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ ΠΡΩΤΟΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΕΙΔΕΙΝΩΣΗ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

<sup>1</sup>Τριανταφύλλου Ελευθέριος, <sup>1</sup>Λιάπης Ιωάννης, <sup>1</sup>Λυτός Μηνάς, <sup>2</sup>Παπακωνσταντίνου Φίλιππος, <sup>2</sup>Χατζηπαντωνίου Αγαπητός, <sup>2</sup>Χάσιου Αικατερίνη, <sup>2</sup>Σπανού Σπυριδούλα, <sup>1</sup>Καλλιοτζόγλου Ιωάννα, <sup>2</sup>Σταμπόρη Μαρία, <sup>2</sup>Βαμβακά Ευμορφία, <sup>2</sup>Καραταπάνης Στυλιανός

## Νευρολογική Κλινική και Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νευροσύφιλη αποτελεί σπανία εκδήλωση προσβολής του ΚΝΣ από το τρεπόνημα pallidum. Η νευροσύφιλη μπορεί να εκδηλωθεί με πολλές μορφές αρχικά με επινέμποση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, των μηνίγγων και των αγγείων (ασυμπτωματική ή συμπτωματική μηνιγγίτιδα και μηνιγγο-αγγειακή νόσος) και αργότερα με προσβολή του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού (γενική παράλυση και tabesdorsalis). Σκοπός ήταν να παρουσιαστεί η περίπτωση ενός ασθενούς με νευροσύφιλη που είχε ως αρχική εκδήλωση βαρποκοΐα και ταχεία εξέλιξη της προσβολής του ΚΝΣ.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής πλικίας 56 ετών, εισόχθη στην ΩΡΑ κλινική, τον 7/18 λόγω βαρποκοΐας και περιφερικού τύπου πάρεση προσωπικού. Υποβλήθηκε σε μαγνητική εγκεφάλου που ανέδειξε παθολογικό μαγνητικό σήμα στη μεσότητα της γέφυρας (κατά μίκος της γεφυρο-παρεγκεφαλιδικής εξαμενής) εκτεινόμενη έως το σύστοιχο παρεγκεφαλιδικό σκέλος, με ενίσχυση του σήματος με τη λόψη παραμαγνητικής ουσίας. Αντι-

μετωπίστηκε με κορτικοειδή, και μετά την έξοδο του δεν επανήλθε για εκτίμηση. Τον 10/18 εισήχθη στη νευρολογική κλινική με δυσαρθρία και ΔΕ μηπάρεση. Υποβάλλεται σε νέα μαγνητική όπου εμφανίζονται συρρέουσες εστίες παθολογικού σήματος σε αμφότερα τα βασικά γάγγλια, οι οποίες αρχικά θεωρούθηκαν ισχαιμικής αιτιολογίας. Στη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει σημεία ταχέως εξελισσόμενης ασθενείας και προοδευτική έκπτωση του επιπέδου συνείδοσης. Υποβάλλεται σε περαιτέρω έλεγχο συμπεριλαμβανομένης της ΟΝΠ που έδειξε αυξημένα κύτταρα (λεμφοκύτταρα) και αυξημένο λεύκωμα (120mg%). Αντισώματα για τρεπόνημα στον ορό και στο ENY απέβησαν θετικά. Χορηγήθηκε κεφτριαζόνη ΕΦ, με προοδευτική του βελτίωση της κλινικής εικόνας.

**Συμπεράσματα:** Η σπανιότητα της σύφιλης ως λοίμωξης τις πιέρες μας, δεν επιτρέπεται να μας διαλάθει στη διαφορική διάγνωση περιστατικών με υπόνοια για συμμετοχή του ΚΝΣ, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

## 46. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ Μ. MALMOENSE

Τσουτσούλη Βασιλική, Σαχλά Ζαχάρω, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Παπαδόμης Γεώργιος, Πασκαλής Γεώργιος, Γκόγκος ΓΝΘ Γ.Παπανικολαός, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την εξειδικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των μυκοβακτηριδιακών μη φυματιώδων εξωπνευμονικών λοίμωξεων είναι περιορισμένα και βέλτιστη αντιβιωτική αγωγή μέχρι στιγμής άγνωστη. Η συγκεκριμένη παρουσίαση αφορά σπάνιο περιστατικό υποτροπιάζουσας μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας που αντιμετωπίστηκε με τριπλό σχήμα αντιβιωτικής αγωγής.

**Υλικά και μέθοδοι:** Ανάκτητο φακέλου ασθενούς από το αρχείο της Παθολογικής κλινικής, έρευνα σε βάσεις δεδομένων MEDSCAPE, PUBMED

**Αποτελέσματα:** Άλλοδαπός 29 ετών ασιατικής καταγωγής με προηγούμενες νοσηλείες για υποτροπιάζουσα μεσεντερίου λεμφαδενίτιδα από M.malmoense, διαγνωσθέν προ 9μήνου προσέρχεται στο ΤΕΠ με εμπύρετο και κολικοειδές κοιλιακό άλγος. Ο ασθενής τελόυσε υπό τετραπλή αντιβιωτική αγωγή για 3 μήνες την οποία διέκοψε εθελούσια.

Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας όπου διαπιστώθηκαν συρρέουσες λεμφαδενικές διογκώσεις με τήξη. Ο ασθενής τέθηκε αρχικά σε ριφαμπικίνη, αιθαμβοθυτόλη και κλαριθρομυ-

κίνη. Ελήφθη βιοπτικό υλικό από την περιοχή του τυφλού και στάλθηκαν βιοψίες. Στη συνέχεια κατόπιν προηγούμενου αντιβιογράμματος από καλλιέργεια πτυέλων η αγωγή τροποποιήθηκε σε ριφαμπικίνη, λεβοφλοξασίν και αζιθρομυκίνη. Ο ασθενής απιρέτησε και το κοιλιακό άλγος υφέθηκε πλήρως. Εξήλθε με οδηγίες συνέχισης της αντιβιωτικής αγωγής.

Επανεκτιψήθηκε σε 1 μήνα και σε 6 μήνες με πλήρη αποκατάσταση των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων.

**Συμπεράσματα:** Δεν υπάρχουν πολλές καταγεγραμμένες περιπτώσεις εξωπνευμονικής λοίμωξης και ειδικότερα μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας από M.malmoense στη βιβλιογραφία. Είναι σημαντικό να τίθεται η υπόνοια νόσου σε περιπτώσεις που από το ιστορικό αναφέρεται ταξίδι ή καταγωγή από χώρες ενδημικότητας του μυκοβακτηρίδιου και να χορηγείται εξατομικευμένη θεραπεία σε κάθε ασθενή, προστά οικονομική και απλή προκειμένου να μπορεί να την ακολουθήσει. Δεν είναι απαραίτητη η καταφυγή σε ακριβότερα σκευάσματα για να πετύχουμε το στόχο μας.

## 47. ΑΤΥΠΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

Σαχλά Ζαχάρω, Τσουτσούλη Βασιλική, Νικοπούλου Άννα, Παπαδόμης Γεώργιος, Σιδηρόπουλος Γεώργιος, Πασκαλής Γεώργιος, Γκόγκος Κωνσταντίνος  
Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λεϊσμανίαση, είναι ζωνόσος που μεταδίδεται στον άνθρωπο από πρωτόζωα παράσιτα του γένους Leishmaniae. Στην Ελλάδα το 90% των περιπτώσεων αποτε-

λείται από σπλαγχνική λεισμανίαση (kala- azar), δυνητικά θανατηφόρα αν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Χαρακτηριστικά της νόσου είναι ρίγος, εμπύρετο, διόγκωση ήπατος- σπληνός, πανκυτ-

ταροπενία και υπεργαμμασφαιριναιμία. Η διάγνωση στηρίζεται στη χαρακτηριστική κλινική εικόνα και στα εργαστηριακά ευρήματα, ενώ επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση παρασίτων σε βιοψίες ήπατος, σπληνός και μυελού των οστών. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η αμφοτερική Β.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ανάκτηση φακέλου ασθενούς από το αρχείο της Παθολογικής κλινικής

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 48 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή προσήλθε λόγω ανεύρεσης οριακής πανκυτταροπενίας (WBC: 3120/mm<sup>3</sup> Hb: 10,4g/dl Ht: 32,5% PLT: 114000) και σπληνομεγαλίας (26cm) σε εξωτερικό εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία, αντίστοιχα.

Πραγματοποιήθηκε μυελόγραμμα που ανεβρέθηκαν μυελός αυξημένης κυτταροβρίθειας, εικόνα συμβατή με υπερσπληνισμό

και άφθονες λεισμάνιες στα επιχρίσματα. Από την κλινική εικόνα του ασθενούς απουσίαζαν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα ρίγους, κακουχίας και εμπύρετου, καθώς και η εργαστηριακή υπεργαμμασφαιριναιμία.

Η σπλαχνική λεισμανίαση επιβεβαιώθηκε και με θετική PCR και αντισώματα σε δείγμα αίματος, οπότε τέθηκε αγωγή με αμφοτερική Β σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες και με αποτέλεσμα την ίασή του. Ο ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται για την εμμένουσα σπληνομεγαλία, με κίνδυνο υποτροπής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πιθανότητα της σπλαχνικής λεισμανίασης θα πρέπει να εξετάζεται διεξοδικά σε ασθενείς με σπληνομεγαλία και πανκυτταροπενία, ακόμη και αν απουσίαζει η θορυβώδης κλινική εικόνα με συμπτώματα όπως η κακουχία και το εμπύρετο με ρίγος, ώστε να τίθεται η σωστή διάγνωση και θεραπεία.

## 48. ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ ΑΠΟ CORYNOBACTERIUM ULCERANS

Δώδος Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Κατσίκας Θεόδωρος<sup>1</sup>, Βρεττός Ιωάννης<sup>1</sup>, Κοντογεώργου Δήμητρα<sup>1</sup>, Εμμανουηλίδου Γεωργία<sup>1</sup>, Σκοτσιμάρα Γεωργία<sup>1</sup>, Καλλιακράνης Ανδρέας<sup>1</sup>.

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Αγίοι Ανάργυροι»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Το *Corynebacterium ulcerans* αποτελεί σπάνιο αίτιο ερυσιπέλατος στον άνθρωπο, ενώ σχετίζεται κυρίως με επαφή με οικόσιτα και άγρια ζώα. Ωστόσο, κατά τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα και η σοβαρότητα των λοιμώξεων του ανθρώπου που σχετίζονται με το *Corynebacterium ulcerans* αυξάνονται. Περιγράφουμε μία περίπτωση μιας ασθενούς με προκνηματική δερματική λοιμώξη που προκλήθηκε από *Corynebacterium ulcerans*.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 69 ετών, προσήλθε από δεκαπερίου κυνηγιαίο ερύθημα δεξιού κάτω άκρου με σαφή όχθο, τρία άτονα έλκη και υπέγερση δέρματος πέρι των ελκών, καθώς και δεκατική πυρετική κίνηση (έως 37,4 °C) από τριημέρου. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο και δεν αναφερόταν επαφή με ζώα. Από την κλινική εξέταση επισκοπικά διαπιστώθηκε όψη δέρματος φλοιού πορτοκαλιού επί της βλάβης, ψηλαφτές, γυνακές και ραχιαίες αφτηρίες του ποδός και μη ψηλαφτοί λεμφαδένες. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκά αιμοσφαίρια 13240/μL με 11000/μL ουδετερόφιλα, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 203mg/L και TKE 103mm/h. Totriplex αρτηριών και φλεβών κάτω άκρων ήταν αρνητικό για θρόμβωση. Ετέθη ενδοφλέβια εμπειρική αγωγή με σιπροφλοξά-

σίν 400mgx2 και κλινδαμικίν 600mgx3.. Η λήψη και καλλιέργεια εικρίμματος από τις δερματικές βλάβες καθώς και βιοψία ιστού που λήφθηκε κειρουργικά από τα άτονα έλκη αποκάλυψε *Corynebacterium ulcerans* ευαίσθητο σε πενικιλλίνη, ερυθρομυκίνη, τετρακυκλίνη, φουστιδικό οξύ, σιπροφλοξασίνη, ριφαμπικίνη, τριμεθοπρίμη και κλινδαμικίν, γεγονός που επέτρεψε τη συνέχιση της αρχικής εμπειρικής αγωγής. Διενεργήθηκε έλεγχος φορείας όπου επίσης διαπιστώθηκε *Corynebacterium ulcerans* και έλαβε θεραπεία εκρίζωσης μετά το τέλος της ενδοφλέβιας αγωγής. Η ασθενής παρέμεινε απύρετη με σταδιακή βελτίωση του ερυθμάτος και των δεικτών φλεγμονής, εξερχόμενη μετά από 15 ημέρες νοσηλείας με λευκά αιμοσφαίρια 7180/μL και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη 7,25mg/L και οδηγίες για συνέχιση σιπροφλοξασίνης για 14 ημέρες. Σε επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε 10 ημέρες μετά το εξιτήριο επιβεβαιώθηκε η εξάλειψη του ερυθμάτος και η εσχαροποίηση των ελκών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το *Corynebacterium ulcerans*, αν και σπάνιο παθογόνο, είναι δυνατόν να προκαλέσει δερματική λοιμώξη και άτονα έλκη, ακόμα και σε ασθενείς ελεύθερους συννοστροτήρων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά και παραγόντων κινδύνου, όπως η επαφή με ζώα.

## 49. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΒΙΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΜΠΕΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΙΣΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΤΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΜΑΖΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Φωτιάδου Έλενα, Κεραμιδάκη Κωνσταντία, Κοτζακιουλάφη Εβελίνα, Γουνιτσιώτη Ήρώ, Δημητρούλα Χαρίκλεια, Μουρουγλάκης Αλέξαδρος, Σαββόπουλος Χρήστος, Χατζηπόλιος Ι. Απόστολος

Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας & Μεταβολισμού, EASO διαπιστευμένο Κέντρο Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας (Centre for Obesity Management - COM), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη νόσος και το υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους(BF%) συσχετίζε-

ται με αυξημένη θνητισμότητα. Για τον υπολογισμό του συνήθως χρησιμοποιούνται η βιοηλεκτρική εμπέδοση (BIA) και ανθρωπο-

μετρικές εξισώσεις. Πολύ σημαντική για αξιόπιστη εκτίμηση του σωματικού λίπους είναι η ακρίβεια της μεθόδου που χρησιμοποιείται. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση των τιμών σωματικού λίπους μέσω BIA και σχετικής λιγώδους μάζας (RFM) μέσω μιας απλής ανθρωπομετρικής γραμμικής εξισώσης σε παχύσαρκους ασθενείς.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Στη μελέτη πήραν μέρος 572 παχύσαρκοι ανδρες και γυναίκες (γυναίκες 76%, μέση ηλικία  $48,8 \pm 12,8$ , μέσος ΔΜΣ  $39,9 \pm 8,2$ ). Γιατνιαξιολόγηση σωματικής στασης χρησιμοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρος, ύψος, περιφέρεια μέσης) και BIA. Η σχετική λιγώδης μάζα υπολογίστηκε από την εξισώση RFM=64 – ( $20 \times (\text{ύψος}/\text{περιμέτρος μέσης}) + (12 \times \text{φύλο})$  όπου το ύψος και περιμέτρος εκφράζονται σε

μέτρα και το φύλο κωδικοποιείται ως 0 για ανδρες και 1 για γυναίκες.

**Αποτελέσματα:** Η μέση σχετική λιπώδης μάζα βρέθηκε  $44,9 \pm 5,8$  και το μέσο σωματικό λίπους μέσης BIA  $45,8 \pm 8,05$ . Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα των 2 μεθόδων εκτίμησης λίπους.

**Συμπέρασμα:** Οι τιμές του σωματικού λίπους που υπολογίστηκαν με τις 2 μεθόδους είναι ισοδύναμες και έτσι είναι φανερό ότι ποσετική λιγώδης μάζα (RFM), μια απλή γραμμική εξισώση βασισμένη στον λόγο ύψος/περιμέτρου μέσης, αποτελεί ένα εναλλακτικό εργαλείο για την εκτίμηση του συνολικού ποσοστού λίπους σε ενήλικες ανδρες και γυναίκες και μπορεί να αντικαταστήσει το BIA σε παχύσαρκους ασθενείς.

## 50. ΑΙΤΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ) ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Καζαντζή Αικατερίνη<sup>1,2</sup>, Βουλγαρίδου Βιργινία<sup>2</sup>, Γκιρτοβίτης Ι. Φώτης<sup>1,2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Χασαποπούλου – Ματάμπη Ελένη<sup>2</sup>, Χατζηπόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>**

1. Ιατρείο Αιμόστασης, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
2. Κέντρο Αίματος, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η συχνότητα των ΙΑΕΕ σε νέους ασθενείς είναι περίπου 10%, η αιτία των οποίων πολλές φορές δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί.

**Σκοπός:** Να διερευνηθούν τα αίτια των ΙΑΕΕ σε ασθενείς πλικίας μικρότερης των 59 ετών, χωρίς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Κατά την τελευταία 8ετία εξετάστηκαν στο Ιατρείο Αιμόστασης της Α' ΠΡΠ κλινικής του ΠΓΝΘ-ΑΧΕΠΑ, 83 ασθενείς, 29 άνδρες-54 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $42,8 \pm 11,6$  ετών (εύρος 17-59) με ΙΑΕΕ. Όλοι υποβλήθηκαν σε έλεγχο με διοισοφραγμένο υπερηκογράφημα καρδιάς, Triplex καρωτίδων, Holter ρυθμού, καθώς και σε έλεγχο θρομβοφιλίας (ηρωτεΐνη-S, πρωτεΐνη-C, αντιθρομβίνη-III, ομοκυστεΐνη ορού, παράγοντα VIII, αντιπρωτικό του λύκου, αντικαρδιολιπινικά αντισώματα και αντισώματα έναντι της  $\beta 2$  γλυκοπρωτεΐνης-I).

**Αποτελέσματα:** Σε 31 ασθενείς (37,3%) διαπιστώθηκε ως αιτία το αντιφωσοφοιλιπιδικό σύνδρομο, ενώ σε 10 (12%), έλλειψη πρωτεΐνης S ή C. Μεγάλο ανοικτό ωσειδές τρήμα με θετική

δοκιμασία φυσαλίδων, διαγνώστηκε σε 8 ασθενείς (9,6%) εκ των οποίων 2 είχαν και ανευρυσματική διάταση μεσοκολπικού διαφράγματος. Διαχωρισμός καρωτίδας διαπιστώθηκε σε 3 (3,6%). Σε 2 ανευρέθη χρόνια κολπική μαρμαρυγή, στον έναν εκ των οποίων και καρδιακές εκβλαστήσεις, ενώ σε 4 ασθενείς το επεισόδιο αποδόθηκε σε αγγειίτιδα. Ένας ασθενής βρέθηκε με ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης  $>200 \mu\text{mol/L}$  χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα, ενώ σε άλλους 15 συνυπήρχαν αυξημένα επίπεδα, τα οποία ήταν χαμηλού ύψους μετρίου βαθμού (μέση τιμή  $22 \mu\text{mol/L}$ ). Σε 12 ασθενείς (14,4%) παρά τον ανωτέρω έλεγχο δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση του αιτίου.

**Συμπεράσματα:** Η πρώτη αιτία ΙΑΕΕ σε νέους ασθενείς βρέθηκε να είναι το αντιφωσοφοιλιπιδικό σύνδρομο. Δεύτερη αιτία, βρέθηκαν τα ελαττωμένα επίπεδα των φυσικών αναστατών της πίνηξ και κυρίως της πρωτεΐνης S. Παρά την αμφιλεγόμενη σημασία των ελαττωμένων επιπέδων των αναστατών στην πρόκληση αρτηριακών θρομβώσεων, αυτά θα πρέπει να συγκαταλέγονται στην διερεύνηση, τουλάχιστον των ΙΑΕΕ, σε νέα άτομα.

## 51. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ nTREGS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕΛ ΚΑΙ ΕΡΠΙΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΣΗ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γεωργιάδου Αναστασία-Μαρία<sup>1,2</sup>, Γκουγκουρέλας Ιωάννης<sup>1</sup>, Ταπάρκου Άννα<sup>3</sup>, Φαρμάκη Ευαγγελία<sup>3</sup>, Μπούρα Παναγιώτα<sup>1</sup>

1. Εργαστήριο Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

2. Υπότροφος Ελληνικού Ιδρύματος Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ.)-Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ)

3. Ανοσολογικό Εργαστήριο Α' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα φυσικά Τ ρυθμιστικά λεμφοκύτταρα (nTregs) κατέχουν κεντρικό ρόλο στην ανοσορρύθμιση στο συστηματικό ερυθμοματώδη λύκο (ΣΕΛ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου των nTregs σε ασθενή με νε-

φρίτιδα ΣΕΛ και ερπιητική λοίμωξη (έρπης ζωστήρας).

**Υλικά και Μέθοδοι:** Μελετήθηκε σειριακά η % αναλογία των nTregs ( $CD4+CD25^{high}FOXP3+$ ) περιφερικού αίματος με κυτταρομετρία ροής, τα HSV IgG και IgM με ELISA και ο δείκτης

ενεργότητας της νόσου SLEDAI-2K σε ασθενή 38 ετών με νεφρίτιδα ΣΕΛ και εκτεταμένο ερπιτικό εξάνθημα στο θώρακα (έρπις ζω-στήρας) 3 εβδομάδες μετά την έκθυση, καθώς και μετά 3 και 6μήνες.

**Αποτελέσματα:** Καταδείχθηκε σημαντική αύξηση των nTregs σε σχέση με παλαιότερη μέτρηση της ασθενούς. Μετά την ίαση της ερπιτικής λοίμωξης τα nTregs επανήλθαν σταδιακά στα προ του συμβάματος επίπεδα, της περιόδου ύφεσης της νόσου υπό θεραπεία βάσεως:

	nTregs	HSV IgG >1.1 θετικό	HSV IgM >1.1 θετικό	SLEDAI
3 εβδομάδες μετά την έκθυση εξανθήματος	<b>4.8%</b>	<b>11.1</b>	<b>3.5</b>	12
3μήνες μετά	1.65%	<b>7.6</b>	<0.5	10
6μήνες μετά	0.85%	<b>10.0</b>	0.7	6
προ λοίμωξης μέτρηση	0.98%			8

**Συμπέρασμα:** Η σημαντική αύξηση των nTregs στα πλαίσια της ερπιτικής λοίμωξης καταδεικνύει βάθυτην της ανοσοκαταστολής της ασθενούς, παρά τη μείωση της θεραπείας βάσεως. Ερμηνεύεται ότι παρά τον υψηλό SLEDAI και την προσωρινή μείωση της θεραπείας βάσεως, η κλινικοεργαστηρι-

κή πορεία έβαινε βελτιούμενη. Τα nTregs μπορούν να χρησιμεύσουν ως βιοδείκτες στο σχεδιασμό των θεραπευτικών χειρισμών. Από όσο γνωρίζουμε, δεν έχει περιγραφεί παρόμοιο περιστατικό νεφρίτιδας ΣΕΛ με ερπιτική λοίμωξη στην πορεία της οποίας να αναλύεται ο ρόλος των nTregs.

## 52. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Παναγιώτης Δημητρίου<sup>1</sup>, Γεώργιος Νικολόπουλος<sup>2</sup>, Μαρία Κολιού<sup>3</sup>, Ελισάβετ Κωνσταντίνου<sup>3</sup>, Φλούρου Χριστίνα<sup>1</sup>, Τοφαρίδης Ανδρέας<sup>1</sup>, Χαρά Αζίνα<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Τενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία-Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία-Κύπρος

<sup>3</sup> Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας Κύπρου, Λευκωσία-Κύπρος

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα τελευταία έτη έχει παρατηρηθεί αύξηση των κρουσμάτων οξείας Ηπατίτιδας Α (OHA) με εμφάνιση επιδημιών στην Ευρώπη σε άντρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άντρες (MSM).

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση τυχόν αύξησης των περιστατικών OHA κατά τα τελευταία 5 έτη στην Κύπρο και της συσχέτισής της πιθανώς με τον τρόπο μετάδοσης της νόσου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των ασθενών που δηλώθηκαν στις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Κύπρου την τελευταία πενταετία (Ιανουάριος 2013-Ιούλιος 2018) με διάγνωση OHA και ανάλυση των επιδημιολογικών τους δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Αναλύσαμε αναδρομικά 33 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με OHA(26/33 άνδρες, πλικία  $33.6 \pm 16.8$ ). Εννέα ασθενείς νοσηλεύθηκαν το πρώτο εξάμηνο του 2018, αναδεικνύοντας σημαντική αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Οι 32 ασθενείς είχαν άριστη έκβαση συμπεριλαμβανομένου ενός

ασθενή με ιστορικό χρόνιας ππατίτιδας Β που παρουσίασε οξεία ππατική ανεπάρκεια και χρειάσθηκε μεταμόσχευση ήπατος. Ένας ασθενής με ιστορικό νοσογόνου παχυσαρκίας κατέληξε από οξεία ππατική ανεπάρκεια.

Επιπλέον ένας ασθενής διαγνώσθηκε ταυτόχρονα με σύφιλη και ένας άλλος ασθενής ελάμβανε προφυλακτικά αντιτερετροϊκά αγωγή λόγω σεξουαλικών επαφών αυξημένου ρίσκου. Έξι ασθενείς είχαν καταγωγή από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και ιστορικό πρόσφατης επίσκεψης σε αυτές και οκτώ από τη Μέση Ανατολή, εκ των οποίων και μια οικογένεια με νόσοση τεσσάρων μελών της το 2014.

**Συμπεράσματα:** Το τελευταίο έτος παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ασθενών που δηλώθηκαν με OAH στη Κύπρο. Δεδομένων των πρόσφατων επιδημιών OHA σε MSM στην Ευρώπη χρειάζεται εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης της ηπατίτιδας Α και σύνταξη οδηγιών για εμβολιασμό ομάδων του πληθυσμού που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο.

## 53. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΑΝΑΠΙΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Πασκαλής Γεώργιος-Χάρης, Θεοχαρίδου Χριστίνα-Χρυσάνθη, Καμπράνης Δημήτριος, Χριστοδούλου Εμμανουήλ, Σαχλά Ζαχάρω, Γκόγκος Κωνσταντίνος

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρά τη σχετικά μεγάλη συχνότητα

του υποθυρεοειδισμού, το μυξοιδηματικό κώμα αποτελεί πολύ

σπάνια, αλλά βαριά, εκδήλωσή του.

**Υλικά-Μέθοδοι:** Άνδρας 74 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, προσκομίστηκε στα επείγοντα λόγω βραδυψυχισμού και δύσπνοιας, που επιδεινώνονταν σταδιακά από μηνός. Παρουσίαζε οιδήματα ανά σάρκα και διαταραχή του επιπέδου συνείδοσης χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία και χωρίς αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα από τα εργαστηριακά αποτελέσματα. Η εκτίμηση των αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε αντιρροπούμενη-χρόνια αναπνευστική οξείωση και υποχυγοναίμια.

**Αποτελέσματα:** Παρά την αρχική αντιμετώπιση με χορήγηση οξυγόνου και διουρητικών, η δύσπνοια επιδεινώθηκε, ενώ ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός προσέφερε μόνο παροδική βελτίωση.

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω επιδεινούμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας. Παράλληλα, στα εργαστηριακά διαπιστώθηκε αυξημένη TSH (68 mIU/L) και ο ασθενής

αντιμετωπίστηκε ως μυξοιδηματικό κώμα με ενδοφλέβια χορήγηση λεβιθυροξίνης 300 μγσες σταδιακή μείωσης αντιβίωσης. Σε οκτώ ημέρες αποσωληνώθηκε και στη συνέχεια επανήλθε σε κοινό θάλαμο με εντυπωσιακή βελτίωση του επιπέδου συνείδοσης, ήπιαυξοχυγοναίμια χωρίς υπερκαπνία, σχετική μείωση των οιδημάτων, ενώ παρέμενε ημεική αδυναμία.

Τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα ήταν θετικά και οι απεικονιστικές εξετάσεις ανέδειξαν ατροφία του θυρεοειδικού παρεγχύματος. Μετά από δύο επιπλέον εβδομάδες νοσηλείας και κινησιοθεραπείας ήταν σε θέση να επιστρέψει στο σπίτι του με σύσταση για συνέχιση φυσιοθεραπειών, φαρμακευτική αγωγή με 100 μγλεβιθυροξίνης και στενή ιατρική παρακολούθηση.

**Συμπέρασμα:** Το μυξοιδηματικό κώμα είναι επικίνδυνη για τη ζωή εκδήλωση του υποθυρεοειδισμού και απαιτεί έγκαιρη, επιθετική αντιμετώπιση.

Οι εκδηλώσεις εμφανίζονται από διάφορα συστήματα και η υψηλή κλινική υποψία είναι απαραίτητη για τη διάγνωση.

## 54. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Αθανασίου Παναγιώτης<sup>1</sup>, Κατσαβούνη Χαρούλα<sup>1</sup>, Αθανασίου Λάμπρος<sup>2</sup>, Τσακιρίδης Παύλος<sup>1</sup>, Μαυρουδή Μαρία<sup>1</sup>, Δεβετζή Ειρήνη<sup>1</sup>, Γάτσιου Μαρίνα<sup>1</sup>, Παντελίδης Δημήτριος<sup>1</sup>**

**1 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**  
**2 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληποπείο Βούλας**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο οικογενής μεσογειακός πυρετός είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος που οφείλεται σε γενετικές αιτίες. Προσβάλλει ασθενείς κυρίως στην περιοχή της Μεσογείου. Αντιμετωπίζεται επιτυχώς με τη χρόνια χορήγηση κολχικίνης. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με μεσογειακό πυρετό.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής, πλικίας 20 ετών εμφανίστηκε με περιοδικά εκδηλούμενα επεισόδια οξείας κοιλίας με εμέτους διάρκειας <24h και αυτόματη ύφεση από τρειτίας. Σε ορισμένα από τα επεισόδια παρατηρείτο και δεκατική πυρετική κίνηση ως 37.60C. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ανικνεύονταν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Δεν αναφέρθηκαν ποτέ εξάνθημα, αρθρίτιδες, μυαλγίες ή λοιπές ορογνότιδες. Εγίνε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού και ιστολογική εκτίμηση.

Ο έλεγχος απέβη αρνητικός για την ύπαρξη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Λόγω της επιμονής και περιοδικότητας των συμπτωμάτων έγινε γενετικός έλεγχος για αυτοφλεγμονώδη νοσήματα. Ανικνεύθηκαν 3 ετεροζυγωτικοί πολυμορ-

φισμοί (pD102D, pG138G, pA165A) στο εξόνιο 2 του γονιδίου MEVFI και τέθηκε η διάγνωση του οικογενούς μεσογειακού πυρετού (τριπλή ετεροζυγωτία). Ο ασθενής τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με κολχικίνη. Λόγω πτωχής συμμόρφωσης εμφάνιζε συχνές υποτροπές με περισσότερα των 7 επεισοδίων εποίων. Πρόσφατα, εμφάνισε υποτροπή με έντονο κοιλιακό άλγος, πολλαπλούς εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις και TKE 50mm/1h ενώ ο CRP ήταν 3.5 mg/dl (ΦΤ <0.5 mg/dl). Χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή και η έντονη συμπτωματολογία υποχώρησε. Εκτοτε ο ασθενής ετέθη σε συστηματική αγωγή με κολχικίνη σε καθημερινή χορήγηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο οικογενής μεσογειακός πυρετός είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος γενετικής αιτιολογίας. Τα επεισόδια κοιλιακού άλγους δημιουργούν συχνά πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από οξεία κοιλίας άλλης αιτιολογίας και μπορεί να οδηγούν τους ασθενείς στο χειρουργείο. Η γενετική εκτίμηση και η περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου με κολχικίνη αποτελούν τη λύση στο σπάνιο αυτό αλλά βασανιστικό για τον ασθενή και την οικογένειά του πρόβλημα.

## 55. ΕΜΠΥΡΕΤΗ ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΕΡΠΙΝΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

**Τσαντικίδου Ζηνοβία<sup>1</sup>, Λεκκάκου Λεώνη<sup>1</sup>, Ταταρίδου Τατιάνα<sup>1</sup>, Νίκος Αλεξίου<sup>1</sup>, Κουπετώρη Μαρίνα<sup>1</sup>, Συμπάρδο Στυλιανή<sup>1</sup>, Α Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ιός του έρπιτα ζωστήρα (Varicella Zoster Virus, VZV) πέραν της συχνότατης δερματικής προσβολής στους υπερήλικες ανοσοεπαρκείς ασθενείς ενήλικες, έως πρότινος έθεωρείτο ότι σπανίως προσβάλλει το ΚΝΣ.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 70 ετών προσεκομισθη στο ΤΕΠ με αδυναμία ορθοστάτισης, σύγχυση, ληθαργικότητα από 24 ωρου. Ο ασθενής ανεφέρε έρπιτα ζωστήρα κατανομής 4ou-5ou- ήσου νευροτομίου αριστερά από δημέρου, υπο θερα-

πεία με βαλακυκλοβίρη. Ατομικό αναμνηστικό: Εμβολισμός αρτηριοφλεβώδους δυσπλάσιας στην παρεγκεφαλίδα προ βετίας. Αντικειμενική εξέταση:

Πυρετός έως 39,0C, τετρακινητικός, αποπροσανατολισμένος σε χώρο/χρόνο. Νευρολογική εξέταση: Αυξημένος μυικός τόνος διάχυτα, φυσιολογικά τενόντια αντανακλαστικά, τρόμος άνω άκρων, μείωση μυικής ισχύος κάτω άκρων (2/5) και δυσμετρία. Δεν εμφάνιζε διαταραχές αισθητικότητας. CT εγκεφάλου: αναδειχθηκαν αλλοιώσεις ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας και φλοιώδης ατροφία. Ο λοιπός εργαστηριακός και απεικονιστικός ελέγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα εκτός αυξημένης c- αντρόδωσης πρωτεΐνης (142 mg/l, Φ.T<5).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον ασθενή χορηγήθηκε 3πλή εμπειρική θεραπεία ως επι πιθανής βακτηριακής λοιμωξης ΚΝΣ και ενδοφλέβια ακυκλοβίρη. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση και

από το ENY προέκυψαν: κύτταρα=15, γλυκόζη =72mg/dl, λευκωμα =84 mg/dl, LDH 17 IU/L. Με PCR ανιχνεύθηκε DNA Varicella Zoster Virus. Έγινε διακοπή των αντιψιροβιοτικών από το 2ο 24ωρο και παρέμεινε σε ενδοφλέβια ακυκλοβίρη για 14 μέρες, με προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας. Η αγωγή συνεχίστηκε με από του στόματος χορήγηση βαλασυκλοβίρης έως συμπλήρωσης συνολικά 21 ημερών.

Κατα τη νοσηλεία υποβλήθηκε σε ΗΕΓ που ανέδειξε βραδυρυθμίες και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που απεικόνισε μικροαιμορραγικά στοιχεία στη συμβολή των παρεγκεφαλιδικών νησισφαιρίων στα πλαίσια της προσβολής από ερπιτοϊό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι νεώτερες μοριακές τεχνικές ανίχνευσης παθογόνων ανέδειξαν την μεγαλύτερη συχνότητα του ιού έρπιτα ζωστήρα στην παθογένεση της άσπιτης μηνιγγογεφαλίτιδας ακόμη και σε ανοσοεπαρκείς πληθυσμούς εννολίκων.

## 56. ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΛΗΜΜΥΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΑΝΔΡΑ-ΑΤΤΙΚΗΣ

Β. Γόγολας , Α.Μακίνα , Μ .Χρυσανθακοπούλου, Β Ωραιόπουλος, Π. Κατσέλη, Ι.Κοντόλαιμου, Ζ. Αλεξίου  
Β Παθολογική Γ Ν Ελευσίνας «Θριάσιο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περιστατικού με λοίμωξη μαλακών μορίων περιγεννητικής περιοχής σε ανοσοεπαρκή γυναίκα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα 72 ετών με ιστορικό ΑΥ και Δυσλιπιδαιμίας προσήλθη λόγω εμπυρέτου με ρίγος από τριημέρου υπο Σιπροφλοξασίνη. Ανέφερε αίσθημα καύσου στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Η ασθενής διέμενε στην περιοχή της Μάνδρας -Αττικής, όπου λόγω της πλημμύρας ήρθε σε επαφή με μολυσμένα ύδατα στα κάτω άκρα.

Από την επισκόπηση εικόνα λοίμωξης μαλακών μορίων (οίδημα, επώδυνη ερυθρότητα στο εφήβαιο, περιοχή μαλακών χειλέων αιδοίου με πέκταση στην αριστερή μηροβουβωνική χώρα. Εργ έλεγχος : WBC=6600, πολυ78,1%, Hct 39,9%, Plt=163 K/μL γλυκόζη: 108, Ουρία=45, κρεατ=1.0, SGOT =125,SGPT=85, γGT=168 , Αλκ.Φωσφ=173 IU/l,Na=135, CRP=75.

**Ζωτικά σημεία:** ΑΠ: 130/60, Σφ: 78, Θ:39οC. CT άνω-κάτω κοιλίας :εικόνα θολερότητας λίπους του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος στο υπογάστριο, μικροί βουβωνικοί λεμφαδένες Αρ,

έγινε χειρουργική, γυναικολογική και ουρολογική εκτίμηση .

Η ασθενής καλύφθηκε με ευρέως φάσματος αντιβίωση Pip/tazo και Λινεζόλιδη.

Την επόμενη μέρα η εικόνα της ασθενούς επιδεινώθηκε με έντονο οίδημα, ερυθρότητα και μαύρα στύγματα στην επιφάνεια.

ABG's: PH 7.32, PO2: 75, PCO2:28, BE:-6

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με την υποψία γάγγραινας Fournier η ασθενής υποβλήθηκε σε CT άνω κάτω κοιλίας χωρίς ουσιώδη διαφορά από την προηγούμενη CT. Λόγω εκδήλωσης αλλεργικής αντίδρασης τροποποιήθηκε η αγωγή σε Δαπτομυκίνη όπου εκδήλωσε ξανά αλλεργική αντίδραση.

Η αγωγή τροποποιήθηκε σε Αζτρεονάμπη, Τιγεκυκλίνη , γενταμύκην και μετρονιδαζόλη με προοδευτική ανταπόκριση. ΑΜΚ στείρεται.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** οι λοιμώξεις περιγεννητικής περιοχής μπορεί να εξελιχθούν σε βαριές χειρουργικές λοιμώξεις σε ταχύ χρονικό διάστημα.

Η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση προλαμβάνει τις βαριές σπητικές καταστάσεις.

## 57. ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΦΝΕ

Χρυσανθακοπούλου Μαρία, Γρηγοροπούλου Φωτεινή, Κουή Αλεξάνδρα, Ρούλια Ευφροσύνη, Κ.Ηλιοπούλου, Αλεξίου Ζωή.  
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε «Θριάσιο», Ελευσίνα.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας που ανέπτυξε κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό (CMV).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας ασθενής 80 ετών προσεκμίσθει λόγω αναφερόμενων διαρροϊκών κενώσεων με πρόσμιξη αίματος από ζημέρου.

**Ατομικό Αναμνηστικό:** ελκώδης κολίτιδα (υπό μεσαλαζίνη

και μεθυλπρεδνιζολόνη), ΣΔII, ΑΥ.

**Κλινική εξέταση:** όψη/θρέψη πάσχοντος, προσανατολισμένος χωροχρονικά, ευκρινείς καρδιακοί ήχοι, ομότιμο αναπνευστικό ψιθύρισμα, κοιλιά με ήπια ευαισθησία και αυξημένους εντερικούς ήχους.

ΑΠ:105/70mmHg, Σφ: 78bpm, Sat:95%, Θ:36,7οC.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBC:16.600(Poly:88%, Lymp:7.8%)

Hct:46%, Hb:14.7gr/dl, PLT:182000, TKE: 6mm, CRP:27.30, Ur:90, Cr:1.3, Na:137, K:3.5, SGOT/SGPT:29/36, LDH:211.

Καλλιέργεια-παρασιτολογική κοπράνων αρνητική, αρνητική καλλιέργεια κοπράνων για Cl. Difficile.

Απεικονιστικός έλεγχος: υπέρηχος άνω-κάτω κοιλίας χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Διενεργήθηκε αξονική άνω-κάτω κοιλίας πάχυνση του τοιχώματος του ορθοσιγμοειδούς.

Κολονοσκόπιση: εικόνα κολίτιδος πιθανή ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα ορθοσιγμοειδούς, έμισχος πολύποδας κατιόντος (ελήφθησαν βιοψίες).

Από τις βιοψίες αναδείχθηκαν αλλοιώσεις CMV κολίτιδας σε έδαφος χρόνιας ελκώδους κολίτιδας.

Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος απέβη θετικός για CMV.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λόγω των ανωτέρων ευρημάτων, ο ασθενής ετέθη σε γκανσικλοβίρη ενδοφλεβίως.

Εμφάνισε άμεσα βελτίωση της κλινικής εικόνας, μείωση των διαρροϊκών κενώσεων, απούσια αίματος με τις κενώσεις και έγινε σταδιακή έναρξη σίτισης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό είναι πιο συνήθης σε σοβαρές μορφές κολίτιδας ή σε κορτικοανθεκτική ελκώδη κολίτιδα καθώς και σε HIV θετικούς ασθενείς, σε μεταμοσχευθέντες και σε ασθενείς με νεοπλασία.

Σχετίζεται με υψηλά ποσοστά κολεκτομής καθώς και με αυξημένη θνητότητα.

## 58. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (Α.Ε.Ε.)

Δημήτριος Τσίλιας<sup>1</sup>, Ελένη Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Αθανασία Σταματοπούλου<sup>3</sup>, Μαραθωνίτης Γεώργιος<sup>4</sup>

1 Νοσηλευτής Τ.Ε. MSc Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού.

2 Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. KAT, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑΔΑ & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Member Primary Care Respiratory Society UK (PCRS-UK)

3 Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑΔΑ & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

4 Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ

**Εισαγωγή:** Τα Α.Ε.Ε. αποτελούν την πρώτη αιτία σοβαρής αναπηρίας και την δεύτερη αιτία θανάτου και άνοιας.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη παραγόντων κινδύνου και πρόληψης των Α.Ε.Ε.

**Υλικό και Μέθοδος ανασκόπησης:** Πραγματοποιήθηκε διεθνής βιβλιογραφική αναζήτηση στην πλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Risk factors, vascular cerebral episode, prevention.

**Αποτελέσματα:** Ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται οι γενετικοί, το οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων, η παχυσαρκία, υπέρταση, η θρομβοφιλία, η υπερχοληστερολαιμία, ο σχηματισμός καρωτιδικών πλακών, το άγχος, ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κολπική μαρμαρυγή, η στεφανιαία νόσος, η διαλείπουσα χωλότητα, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και οι αυξημένες τιμές Ht, Hb, και ουρικού οξεώς.

Οι παράγοντες κινδύνου για ΑΕΕ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Η πλικία, το

φύλο και η φυλή / εθνικότητα είναι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου τόσο για ισχαιμικό όσο και για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αντίθετα η υπέρταση, το κάπνισμα, η διατροφή, η σωματική αδράνεια συγκαταλέγονται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Η πρόληψη των ΑΕΕ εστιάζεται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Ο τρόπος ζωής και η αλλαγή της συμπεριφοράς όπως η τροποποίηση στις διαιτητικές συνήθειες, η διακοπή του καπνίσματος, του αλκοόλ, η σωματική άσκηση, μειώνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Σημαντικές στρατηγικές πρόληψης περιλαμβάνουν την διάγνωση και τη θεραπεία της υπέρτασης του διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων.

**Συμπεράσματα:** Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για τα ΑΕΕ και η στόχευση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου αποτελεί σημαντική στρατηγική πρόληψη μειώνοντας το ψυχοκοινωνικό κόστος Δημόσιας Υγείας με στόχο την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

## 59. ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ

Αθανασίου Λάμπρος<sup>1</sup>, Τσακιρίδης Παύλος<sup>2</sup>, Καϊάφα Γεωργία<sup>3</sup>, Γάτσιου Μαρίνα<sup>2</sup>, Κατσαβούνη Χαρούλα<sup>2</sup>, Γεροδήμος Χαράλαμπος<sup>2</sup>, Κώστογλου Ιφιγένεια<sup>4</sup>, Χατζηπόλιος Απόστολος<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>3</sup>, Αθανασίου Παναγιώτης<sup>2</sup>

1 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

2 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

3 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

4 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση είναι σπάνια απειλητική για τη ζωή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από

εκτεταμένη αποκόλληση της επιδερμίδας, διάβρωση των βλεννογόνων και σοβαρά συστηματικά συμπτώματα. Γενικά θεωρείται ότι προκαλείται από έκθεση σε κάποιο φαρμακευτικό παράγοντα. Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο που εμφάνισε τοξική επιδερμική νεκρόλυση.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής, γυναίκα, πλικίας 78 ετών παρουσιάστηκε με ερυθηματώδες εξάνθημα κορμού και άνω άκρων. Είχε αρτηριακή υπέρταση και ήταν υπό αντι-υπερτασική αγωγή. Εγινε εργαστηριακός έλεγχος που έδειξε TKE 116 mm/1h, CRP 1.1 mg/dl (<0.5 mg/dl), C3 68 mg/dl (ΦΤ 88-206 mg/dl), C4 5 mg/dl (13-75 mg/dl), θετικά αντι-πυρηνικά αντισώματα 1/1280, θετικά anti-Smanτισώματα, θετικά anti-Roantισώματα και θετική άμεση δοκιμασία Coombs. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος που έδειξε ευρήματα συμβατά με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Χορηγήθηκε κλαριθρομυκίνη 500 mg δις ημεροπίσιως. Ένα μήνα αργότερα η ασθενής εμφανίστηκε με πυρετό 38.3 °C, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού και άνω άκρων, σχηματισμό φυσαλίδων σε θέσεις πίεσης και ψηλαφητή πορφύρα κάτω άκρων. Στη στοματική κοιλότητα

παρατηρούντο νεκρωτικές βλάβες. Τέθηκε η διάγνωση της τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης. Τα αντιβιοτικά διακόπηκαν. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων δεν έδειξαν κάποιο ειδικό παθογόνο παράγοντα. Χορηγήθηκαν αντιβιοτικά και οι δερματικές βλάβες αντιμετωπίστηκαν με τοπικούς αντιβακτηριακούς παράγοντες. Χορηγήθηκαν ωσεις μεθυλπρεδνιζολόνης σε δόση 500 mg/ημέρα επί 3 συνεχείς ημέρες. Εγιναν συνεδρίες πλασμαφαρεσησ. Η ασθενής παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια σήψης, που αντιμετωπίστηκαν με αντιβιοτικά. Τελικά, η ασθενής επιβίωσε και είναι σήμερα σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη από του στόματος 8 mg/ημέρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, η περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε τοξική επιδερμική νεκρόλυση σε έδαφος συστηματικού ερυθηματώδους λύκου. Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση θεωρείται σήμερα ότι προκαλείται από έκθεση σε φάρμακα, με κύριο εκλυτικό παράγοντα τα αντιβιοτικά. Επιπροσθέτως, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιεπιληπτικά μπορεί να προκαλούν τη διαταραχή αυτή. Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνισης τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης.

## 60. ΝΟΣΟΣ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Αθανασίου Παναγιώτη<sup>1</sup>, Τζαναβάρη Αικατερίνη<sup>1</sup>, Αθανασίου Λάμπρος<sup>2</sup>, Τσακιρίδης Παύλος<sup>1</sup>, Δεβετζή Ειρήνη<sup>1</sup>, Γάτσιου Μαρίνα<sup>1</sup>, Καϊάφα Γεωργία<sup>3</sup>, Χατζηπόλιος Απόστολος<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>3</sup>, Κώστογλου Ιφιγένεια<sup>4</sup>

1 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

2 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

3 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

4 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η νόσος Still των ενηλίκων είναι συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από πυρετό, αρθρίτιδα και εξάνθημα. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Συζητούνται λοιμώδεις και γενετικές αιτίες. Η πορεία της μπορεί να είναι μονοφασική, διαλείπουσα ή χρόνια. Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων συμπεριλαμβανομένης της πορείας της νόσου, της θεραπευτικής προσέγγισης και της μακρόχρονης παρακολούθησης.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ:** Περιγράφονται 3 περιπτώσεις ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων. Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα πλικίας ετών 40 που παρουσιάστηκε προ 7ετίας με πυρετό, αρθραλγίες, πλευριτική συλλογή άμφω, σπληνομεγαλία, λεμφαδενίτιδα, εξάνθημα δίκτην σολωμού και άλγος στο φάρυγγα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τρανσαμινασαιμία, λευκοκυττάρωση (WBC 20.500/mm<sup>3</sup>, πολυμορφοπύρηνα 77,1%), θρομβοκυττάρωση (PLT 608.000/mm<sup>3</sup>), TKE 83mm/1h, CRP 19,8 mg/dl (ΦΤ<0,5 mg/dl), φερριτίνη >1.000 ng/dl, ANA (-), και RF (-). Ετέθη η διάγνωση της νόσου Still των ενηλίκων και έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg ημεροσίως, με ανταπόκριση και σταδιακό tapering, μεθοτρεξάτη και ακολούθως anakinra (ανταγωνιστή του υποδοχέα της ανθρώπινης ιντερλευκίνης-1) με μερική ανταπόκριση. Μετά 2ετία ετέθη σε επιτυχή αγωγή με canakinumab (πλήρως ανθρώπινο μο-

νοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ανθρώπινης ιντερλευκίνης-1β). Μετά τριετή ύφεση το canakinumab διεκόπη, ωστόσο η νόσος υποτροπίσασε μετά 5 μήνες και έγινε επιτυχής επανέναρξή του. Η δεύτερη περίπτωση αφορά άνδρα 23 ετών με γνωστή νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα αρθραλγίες, συστηματικού τύπου [ANA(-) και RF(-)] που διεγνώσθη σε πλικία 6,5 ετών. Σε πλικία 21 ετών εμφάνισε πυρετό, λευκοκυττάρωση (WBC 15.400/mm<sup>3</sup>, πολυ 83,3%), TKE 82 mm/1h, CRP 20 mg/dl, αναιμία, φερριτίνη 1.313 ng/dl, θωρακικό άλγος, αρθραλγίες και πολυορογονίτιδα. Χορηγήθηκαν ωσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και ακολούθως έγινε επιτυχής χορήγηση canakinumab. Η τρίτη περίπτωση αφορά ασθενή, άρρενα, ετών 15, που νοσηλεύτηκε με πυρετό 39°C, αρθρίτιδα ΔΕ ΠΔΚ και γονάτων άμφω, άλγος φάρυγγα, WBC 26.400/mm<sup>3</sup> (πολυ 86,6%), TKE 90mm/1h, CRP 14,9 mg/dl και φερριτίνη 1.027 ng/dl. Τέθηκε η διάγνωση νόσου Still και χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη και ακολούθως επιτυχώς canakinumab.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περιγράφεται ομάδα ασθενών με νόσο Still των ενηλίκων. Η νόσος ανταποκρίθηκε στον παράγοντα canakinumab και ετέθη σε μακροχρόνια πλήρη ύφεση. Συμπερασματικά, περιγράφεται η συστηματικότητα και χρονιότητα της νόσου Still των ενηλίκων και η ανταπόκριση της νόσου σε παράγοντες που κατασέλλουν την ενεργότητα των αυτοφλεγμονώδων νοσημάτων.