



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

# 31<sup>ο</sup> Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Αθήνα, 5-8 Μαΐου 2026

Αμφιθέατρο “Χαράλαμπος Ρούσσοσ” Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

1884



1934



2014



Θα χορηγηθούν Ευρωπαϊκά  
Μόρια Σ.Ι.Ε. (ECME Credits)  
από τον ΠΙΣ/ΕΑССМЕ



Υπό την Αιγίδα της  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ



Χορηγούνται 16 Μονάδες  
Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής  
Εκπαίδευσης

Live  
αναμετάδοση  
μέσω διαδικτύου  
και εγγραφές

[www.evangelismos-hosp.gr](http://www.evangelismos-hosp.gr)

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



SCAN ME

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες



- Χορηγία Γραμματειακής Υποστήριξης: **WinMedica**

- Χορηγία Διαλείμματος (Τετάρτη 06-05-26, ώρα 15:00-15:30):



- Χορηγία Διαλείμματος (Πέμπτη 07-05-26, ώρα 13:40-14:00):



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.), όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος εκδίδει σε ηλεκτρονική μορφή, τα Πρακτικά του Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Ευχαριστούμε θερμά όλα τα Μέλη της Εκδοτικής Γραμματείας και ιδιαίτερα την Πρόεδρο κα Χ. Ζιώγα για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών.

Ευχαριστούμε όλους τους συγγραφείς-ομιλητές, που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους ή/και κατέθεσαν εργασίες, που εκπονήθηκαν στο Νοσοκομείο μας και όσες επελέγησαν, θα παρουσιαστούν ως Προφορικές ή Αναρτημένες Ανακοινώσεις.

Επίσης, ευχαριστούμε όλα τα Μέλη της Επιτροπής Κρίσης των εργασιών, που υποβλήθηκαν στο Σεμινάριο, για το χρόνο που κατέβαλαν για την άρτια κρίση τους.

Ευχόμαστε τα πρακτικά του Σεμιναρίου να είναι χρήσιμα για τη σφαιρική ενημέρωσή σας για την πρόοδο της Ιατρικής Επιστήμης σε διαφορετικά πεδία, δεδομένου ότι το Πρόγραμμα είναι πολυθεματικό, υψηλού επιστημονικού επιπέδου και ανταποκρινόμενο στις ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Θερμά συγχαρητήρια αξίζουν στην Επιστημονική Επιτροπή και ιδιαίτερα στην Πρόεδρο κα Κ. Αθανασιάδη για τη συμβολή της στην κατάρτιση του Επιστημονικού Προγράμματος.

Ευχαριστίες πρέπει επίσης να αποδοθούν στα Μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής, που με την υποβολή των προτάσεών τους καταρτίστηκε και φέτος το πολυθεματικό Επιστημονικό Πρόγραμμα του Σεμιναρίου.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε δημόσια τα Μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής αλλά και όλα τα Μέλη-Συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. για την πολύτιμη βοήθειά τους στην Οργάνωση του Σεμιναρίου.

Σίγουρα δεν μπορούμε να μην αναφέρουμε τους Χορηγούς μας, **PFIZER, MEDICARE, MAVROGENIS, SERVIER, WINMEDICA**, που με την πολύτιμη βοήθειά τους διοργανώθηκε το 31ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στη Γραμματέα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. κα Α. Παπαμαλή, που και φέτος συνέβαλε σημαντικά στην επιτυχημένη ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Με την ευχή και την ελπίδα το Σεμινάριο να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, το Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. σας ευχαριστεί για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση

Καθηγήτρια **Παρασκευή Κατσαούνου**  
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.  
και της Οργανωτικής Επιτροπής

31° ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΑΘΗΝΑ 5 - 8 ΜΑΪΟΥ 2026

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΤΟΥ Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

Πρόεδρος: Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ  
Αντιπρόεδρος: Μ. ΧΡΟΝΗ  
Γενικός Γραμματέας: Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ  
Ταμίας: Μ. ΤΣΙΜΠΙΝΟΣ  
Μέλη: Χ. ΖΙΩΓΑ  
Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ  
Η. ΣΑΜΙΩΤΗΣ  
Ν. ΣΤΑΝΙΤΣΑ  
Ε. ΤΕΜΠΕΛΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ  
Αντιπρόεδρος: Θ. ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ  
Ταμίας: Μ. ΤΣΙΜΠΙΝΟΣ  
Μέλη: Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ  
Π. ΔΕΔΕΗΛΙΑΣ  
Σ. ΚΑΠΙΡΗΣ  
Ι. ΜΠΑΛΤΑΔΑΚΗΣ  
Α. ΤΡΙΚΑΣ

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Χ. ΖΙΩΓΑ  
Μέλη: Δ. ΓΑΖΗ  
Ε. ΓΙΑΧΑΙ  
Α. ΚΥΒΕΤΟΣ  
Ε. ΛΕΒΕΝΤΗ  
Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ  
Ε. ΠΑΠΟΥΤΣΗ  
Γ.Ι. ΠΟΥΠΟΥΖΑΣ  
Ν. ΣΤΑΝΙΤΣΑ  
Ε. ΤΕΜΠΕΛΗΣ

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

*Πρόεδρος:* Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ

*Μέλη:*

Α.-Σ. ΑΣΗΜΑΚΟΣ  
Γ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ  
Ε. ΓΡΙΣΠΟΥ  
Σ. ΔΡΙΤΣΑΣ  
Ε. ΙΣΧΑΚΗ

Α. ΚΑΖΙΑΝΗ  
Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ  
Ε. ΚΟΝΤΟΥ  
Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ  
Ε. ΜΥΛΩΝΑ  
Ε. ΠΡΑΠΠΑ

Φ. ΡΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ  
Η. ΣΙΕΜΠΟΣ  
Μ. ΣΚΥΛΑΚΑΚΗ  
Θ. ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ  
Μ. ΧΡΟΝΗ

## ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

*Πρόεδρος:* Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ

*Μέλη:*

Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ    Ι. ΣΚΡΑΠΑΡΗ  
Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ    Χ. ΤΟΤΣΙΚΑΣ

## ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ  
Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ  
Α.-Σ. ΑΣΗΜΑΚΟΣ  
Μ. ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗΣ  
Ν. ΒΙΑΖΗΣ  
Χ. ΓΑΡΝΑΒΟΣ  
Γ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ  
Σ. ΓΙΓΑΝΤΕΣ  
Μ. ΔΑΡΕΜΑ  
Ι. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ

Δ. ΕΞΑΡΧΟΣ  
Α. ΚΑΖΙΑΝΗ  
Δ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ  
Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ  
Σ. ΚΟΡΦΙΑΣ  
Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ  
Ε. ΜΠΑΛΗΣ  
Ι. ΜΠΑΛΤΑΔΑΚΗΣ  
Σ. ΜΠΟΥΛΙΑ  
Ε. ΜΥΛΩΝΑ

Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ  
Ε. ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ  
Γ.-Ι. ΠΟΥΠΟΥΖΑΣ  
Φ. ΡΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ  
Η. ΣΙΕΜΠΟΣ  
Μ. ΣΚΥΛΑΚΑΚΗ  
Μ. ΤΖΑΝΕΛΑ  
Α. ΤΡΙΚΑΣ  
Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ  
Μ. ΧΡΟΝΗ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

#### ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΙ ΑΥΤΟ ΤΟ «ΦΑΡΜΑΚΟ» ΣΕ ΟΛΟΥΣ; ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΩΝ ΡΟΛΩΝ .....

14

*Π. Γρηγοροπούλου, Ι. Μπακογιάννης, Α. Παππά*

CANCER SURVIVORSHIP. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΡΟΛΩΝ .....

15

*Π. Τσαγγαλά, Ε. Κυριαζίδου*

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ .....

16

*Α. Κηροπούλου, Β. Μητσώνη, Χ. Αδάμη, Β. Δρακοπούλου*

ΝΕΑ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ car-T-cells:

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....

17

*Β. Βαρσαμά*

### ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ/ΒΙΝΤΕΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΣΥΝΟΔΟΥΣ - ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ .....

19

*Σ. Κυριαζής*

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

#### ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ .....

20

*Ε. Λαζαρίδου*

ΔΙΑΤΑΡΑΣΗ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....

21

*Π.-Δ. Γρηγορίου*

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....

22

*Ε. Νερομυλιώτης, Ε. Χαραλαμποπούλου, Δ. Δημοπουλος, Λ. Αναστασόπουλος, Ν. Μούσιου, Α. Γέρου-Χρίστοφ, Γ. Ανδρεαδάκης, Φ. Μπουρλογιάννης, Κ. Κασάπας, Π. Σουρτζής, Θ. Παπασιλέκας, Σ. Κορφιάς*

### ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

#### ΟΞΥΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ VS ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ .....

23

*Μ. Ζαχαριάδη, Ε. Μαυρομάτη*

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ .....

24

*Μ. Μις*

### ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΡΑΣΙΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....

26

*Κ. Αθανασιάδη*

### ΔΙΑΛΕΞΗ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ .....

27

*Ε. Ισχάκη*

<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
ΥΓΡΑ ΒΙΟΨΙΑ: ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	28
<i>B. Παντελαίων</i>	
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ</b>	
ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ.....	29
<i>A. Γεωργίου, X. Βουρλάκου</i>	
ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ .....	30
<i>M.M. Βασλαματζής</i>	
<b>ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ</b>	
ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	
ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΙΔΕΑ ΓΙΑ ΤΟ Ε.Σ.Υ.....	33
<i>Γ. Γεωργοπούλου</i>	
<b>ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ</b>	
<b>ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΡΟΠΗ: Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	
<b>ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ</b>	
Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» .....	34
<i>E. Λουτράρη, Π. Αγιουτάντης, Δ. Κωνσταντόπουλος, Β.-Ζ. Αρβανίτη, Γ.-Ι. Πούπουζας, Α. Ριζά,</i>	
<i>E. Λίτσιου, E. Τσιασιώτη, Ν. Αθανασίου, Μ. Χρόνη, Γ. Βατσέλλας, Φ.Ν. Κολίσης, Ν. Ροβίνα,</i>	
<i>Ν. Μήκος, Σ. Τριάντος, Β. Γκουλιώνη, Τ. Καραμήτρος, Π. Κατσαούνου</i>	
<b>ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>ΤΟ ABCDE ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΣΕΡΧΕΤΑΙ</b>	
<b>ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)</b>	
ΤΟ ABCDE ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΣΕΡΧΕΤΑΙ	
ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ) .....	35
<i>A. Τερζή, Δ. Παναγίδης, Μ. Φωτεινόπουλος, Δ. Πατσατζή, Κ. Μπουλέκου, Δ. Μώκος,</i>	
<i>E. Σιγάλα, Γ. Σιδηράς, Α. Μανδραβέλη, Β. Πίκουλα</i>	
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ .....	36
<i>A. Ζαφειροπούλου</i>	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ .....	37
<i>Δ. Σπαγουλάκης, Α. Ασημάκος, E. Παπουτσή, Σ. Σπετσιώτη, J. Beard, Π. Κατσαούνου</i>	
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	38
<i>E. Μίζη</i>	
<b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ</b>	
<b>ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ</b>	
ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΜΕ ΣΩΛΗΝΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΑ.....	39
<i>I. Καραμπίνης</i>	
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 2026 VS ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ 2019.....	40
<i>Σ. Μπούλια</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ

ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ .....41

*A. Ασημάκος*

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑ.....42

*K. Λοτσάρης*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ 2026

ΥΠΟΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....43

*Σ. Καραγιάννης*

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ .....44

*N. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα*

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ .....45

*A. Βασιλείου*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΔΙΕΞΟΔΑ

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΒΙΟΠΡΟΘΕΤΙΚΗΣ  
ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (Valve-in-Valve TAVI) .....46

*K. Τριανταφύλλου*

## ΔΙΑΛΕΞΗ

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ  
ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΔΩΡΕΑ .....47

*A. Σωτηρίου*

## ΔΙΑΛΕΞΗ

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....48

*Γ. Ντάλη*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ  
ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ .....49

*N. Μαρκόγλου*

## ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

### ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ - ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ:  
ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....50

*B. Κίτσιου*

Η ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ  
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΥΣΚΡΑΣΙΩΝ .....52

*Δ. Ανταράκη*

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ANA).....53

*E. Κόντου*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΕΠΙΔΕΧΕΤΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ;

ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	54
<i>A. Σκούρτης</i>	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	55
<i>A. Τερζή</i>	
«ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΑΝΗΚΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ;» Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΙΑΤΡΟΥ .....	56
<i>N. Κάβουρας</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΑΡΧΕΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....	57
<i>Σ. Δρίτσας</i>	
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ .....	58
<i>A. Αλμπέρτη</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ: ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΜΕ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ .....	59
<i>K. Γιαννικοπούλου</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ-ΚΑΡΔΙΑΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ .....	60
<i>Σ.-B. Μουρατίδης</i>	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ .....	61
<i>Λ. Αλεξοπούλου-Προυνιά, K. Αθανασιάδη</i>	

## ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

### ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ .....	62
<i>X. Κουκούλα</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ .....	64
<i>X. Βούλγαρη</i>	
ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ/ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....	65
<i>Σ. Γεωργιάδη</i>	
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ή ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	66
<i>A. Αγγελίδου</i>	
ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΒΑΣΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΝΚΡΕΤΙΝΕΣ .....	67
<i>B. Αντωνοπούλου</i>	

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΗ

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ..... 68

*Μ. Ψαρολόγος*

ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΕΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ..... 69

*Μ. Σωτηροπούλου*

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ICG ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ..... 70

*Π. Μεταξάς, Σ. Καπίρης*

### ΔΙΑΛΕΞΗ

ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ..... 71

*Χρήστος Γαρνάβος*

### ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

#### ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΔΑΚΡΥΪΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΔΑΚΡΥΪΚΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ..... 72

*Μ. Χρόνη*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### Η RLT ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ:

#### ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΜΟΝΟΕΥΑΙΣΘΗΤΟ ΣΤΟΝ ΕΥΝΟΥΧΟΑΝΤΟΧΟ

ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ ..... 73

*Ι. Ευθυμίου*

<sup>177</sup>Lu-PSMA RLT: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

*Α. Φωθιαδάκη, Ε. Βλόντζου, Θ. Τέγος, Μ. Παπαχρίστου, Ν. Μπερτσέκας, Π. Λουδάρου, Χ. Τσιαγκανας, Φ. Ροντογιάννη*

### ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Η 18FDG PET/CT ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ: ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ Ή ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ;

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ..... 76

*Σ. Γαβριηλίδης, Φ. Ροντογιάννη*

### ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

#### ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΙΑ (STEWARDSHIP)

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ..... 77

*Μ. Παπαγιάννη*

Η ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ..... 78

*Ε. Περιβολιώτη*

### ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: SCREENING ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ..... 80

*Ε. Μυλωνά*

### ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

#### ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ: ΤΙ ΜΑΣ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΟΙ;

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ..... 81

*Σ. Κωστούρου*

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ..... 82

*Α. Σκούρου, Α. Καζιάνη*

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....84

*Σ. Τσιπλής*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### ΤΡΑΥΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ .....85

*Ι. Καραμπίνης*

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΥ .....86

*Α. Μαντέλου*

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

### Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΟΥΣΙΕΣ .....87

*Α. Κορκοντζέλου*

ΖΗΣΕ ΜΕ ΠΡΟΘΕΣΗ, ΟΧΙ ΜΕ ΠΙΕΣΗ .....88

*Π. Μάλλιαρης*

ΑΣΚΩΝΤΑΣ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ .....89

*Γ.-Ι. Πούπουζας*

ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΤΙΚΟΣ ΥΠΝΟΣ .....90

*Ν. Αθανασίου*

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

---

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΙ ΑΥΤΟ ΤΟ «ΦΑΡΜΑΚΟ» ΣΕ ΟΛΟΥΣ; ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΩΝ ΡΟΛΩΝ

**Π. Γρηγοροπούλου, Ι. Μπακογιάννης, Α. Παππά**

*Ογκολογική-Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Η παρούσα εργασία εξετάζει τον ρόλο του νοσηλευτή στην εξειδικευμένη υποστηρικτική ανακουφιστική φροντίδα, εστιάζοντας τόσο στις θεωρητικές της βάσεις όσο και στις πρακτικές προκλήσεις και προοπτικές εξέλιξης του πεδίου. Αρχικά, αναλύεται η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας ως ολιστικής προσέγγισης που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή νόσους, αναδεικνύοντας τη μετάβαση από ένα μοντέλο επικεντρωμένο στο τέλος της ζωής σε ένα συνεχές φροντίδας που ενσωματώνεται σε όλα τα στάδια της νόσου. Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί ένα από τα πλέον δυναμικά εξελισσόμενα πεδία της σύγχρονης υγειονομικής επιστήμης, καθώς μετατοπίζει το επίκεντρο της φροντίδας από τη θεραπεία της νόσου στη συνολική εμπειρία του ασθενούς. Στη συνέχεια, διερευνάται ο πολυδιάστατος ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος περιλαμβάνει τη διαχείριση συμπτωμάτων, την επικοινωνία με ασθενείς και οικογένειες, την υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, καθώς και την εκπαίδευση φροντιστών, αναδεικνύοντας τη νοσηλευτική παρουσία ως ενεργή θεραπευτική παρέμβαση. Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή αναδεικνύεται ως κεντρικός, καθώς οι νοσηλευτές καλούνται να διαχειριστούν πολύπλοκες ανάγκες και να λειτουργήσουν ως συνδεδεμένος κρίκος της διεπιστημονικής ομάδας. Παράλληλα, αναλύονται οι

σύγχρονες προκλήσεις, όπως οι ανισότητες στην πρόσβαση, οι πολιτισμικοί παράγοντες, οι ελλείψεις σε πόρους και η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, ενώ εξετάζονται οι νέοι αναδυόμενοι ρόλοι και η αξιοποίηση της τεχνολογίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ελληνική πραγματικότητα, όπου εντοπίζονται σημαντικά κενά στη θεσμική οργάνωση και την εκπαίδευση. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης των πολιτικών υγείας και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για τη διασφάλιση ισότιμης και ποιοτικής ανακουφιστικής φροντίδας. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να διερευνήσει τον ρόλο του νοσηλευτή στην εξειδικευμένη υποστηρικτική ανακουφιστική φροντίδα, εξετάζοντας τόσο τις θεωρητικές της βάσεις όσο και τις πρακτικές προκλήσεις και τις μελλοντικές προοπτικές του πεδίου.

**Λέξεις κλειδιά:** Εξειδικευμένη, ανακουφιστική, νοσηλευτής, προκλήσεις.

### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

Γ. Μπακογιάννης,

Τηλ.: 6976682827

e-mail: ioannisbakoyiannis@gmail.com

## CANCER SURVIVORSHIP. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΡΟΛΩΝ

Π. Τσαγγαλά<sup>1</sup>, Ε. Κυριαζίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Ογκολογικής κλινικής, ΜSc

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια, πολυπαραγοντική νόσο, της οποίας οι επιπτώσεις εκτείνονται πέραν της ολοκλήρωσης της θεραπείας, επηρεάζοντας μακροχρόνια τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η έννοια του *cancer survivorship* αναφέρεται στο σύνολο των εμπειριών που βιώνει ο ασθενής από τη διάγνωση και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, με ιδιαίτερη έμφαση στη μεταθεραπευτική περίοδο. Η φάση αυτή συνιστά μια κρίσιμη μεταβατική περίοδο προσαρμογής, κατά την οποία οι επιζώντες καλούνται να επαναπροσδιορίσουν την καθημερινότητά τους, συχνά υπό το βάρος φόβου υποτροπής, αβεβαιότητας και δυσκολιών κοινωνικής επανένταξης.

Οι επιπτώσεις του καρκίνου είναι πολυδιάστατες. Σε σωματικό επίπεδο, περιλαμβάνουν χρόνιες παρενέργειες όπως κόπωση, πόνο και νευρολογικές διαταραχές. Σε ψυχολογικό επίπεδο, παρατηρούνται άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα και συναισθηματική αστάθεια, ενώ σε κοινωνικό επίπεδο ανακύπτουν προκλήσεις που σχετίζονται με την εργασία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη λειτουργική επανένταξη.

Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός και πολυδιάστατος, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας. Σε κλινικό επίπεδο, ο νοσηλευτής συμβάλλει στην παρακολούθηση της υγείας και στην έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών ή ενδείξεων υποτροπής. Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, προάγει την αυτοφροντίδα και την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, ενισχύοντας τη συμμόρφω-

ση στις ιατρικές οδηγίες. Παράλληλα, η ψυχοκοινωνική του συμβολή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μέσω ενσυναίσθησης, ενεργητικής ακρόασης και ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης, υποστηρίζει αποτελεσματικά τη διαχείριση του άγχους και των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον συντονισμό της φροντίδας, διευκολύνοντας τη διεπιστημονική συνεργασία και την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Τα προγράμματα παρακολούθησης με πρωτοβουλία νοσηλευτών (*nurse-led*) έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και της εμπειρίας των ασθενών.

Ωστόσο, οι αυξημένες απαιτήσεις και οι περιορισμένοι πόροι καθιστούν το έργο των νοσηλευτών ιδιαίτερα απαιτητικό, οδηγώντας συχνά σε συναισθηματική επιβάρυνση και επαγγελματική εξουθένωση. Συνεπώς, η ενίσχυση της υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας κρίνεται αναγκαία.

**Συμπερασματικά**, το *cancer survivorship* απαιτεί ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση, με τον νοσηλευτή να αποτελεί βασικό πυλώνα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην προσαρμογή των επιζώντων στη νέα πραγματικότητα.

**Λέξεις κλειδιά:** Επαγγελματική εξουθένωση, ογκολογική νοσηλευτική, επιζήσαντες από καρκίνο, ποιότητα ζωής.

# ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

**Α. Κηροπούλου, Β. Μητσώνη, Χ. Αδάμη, Β. Δρακοπούλου**

*Αιματολογική Κλινική - Λεμφωμάτων και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η ικανοποίηση των ασθενών αναγνωρίζεται διεθνώς ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Δεν αντικατοπτρίζει μόνο την κλινική αποτελεσματικότητα, αλλά και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς, επηρεαζόμενη άμεσα από τις προσδοκίες του και κυρίως, από την ποιότητα της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Στη νοσηλευτική επιστήμη η επικοινωνία υπερβαίνει την απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Αποτελεί μια δυναμική και αμφίδρομη αλληλεπίδραση που συνδυάζει λεκτικά και μη λεκτικά στοιχεία, όπως η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση. Το επικοινωνιακό πλαίσιο στην Αιματολογία παρουσιάζει μοναδική πολυπλοκότητα. Η αβεβαιότητα της πρόγνωσης, η επιθετικότητα των θεραπευτικών σχημάτων και οι παρατεταμένες περίοδοι νοσηλείας κλιμακώνουν το ψυχολογικό φορτίο των ασθενών. Σε αυτό το απαιτητικό περιβάλλον, η παροχή εξειδικευμένης υποστηρικτικής επικοινωνίας δεν είναι απλώς επιθυμητή, αλλά καθίσταται αναγκαία και επιτακτική για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας.

**Σκοπός:** η παρούσα μελέτη επιδίωξε την αξιολόγηση της εμπειρίας των αιματολογικών ασθενών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και την παρεχόμενη φροντίδα.

**Μεθοδολογία:** διεξήχθη συγχρονική περιγραφική μελέτη στην Αιματολογική κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και το δείγμα αποτέλεσαν 287 ασθενείς (ποσοστό συμμετοχής 89.5%), ηλικίας άνω των 18 ετών, με διάγνωση αιματολογικής νόσου, που παρέμειναν νοσηλευόμενοι για τουλάχιστον 48 ώρες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο βασισμένο στην κλίμακα «Risser Patient Satisfaction Scale» και προσαρμοσμένο στο σκοπό της μελέτης. Αξιολογήθηκε η επικοινωνιακή πρακτική των νοσηλευτών μέσω της συχνότητας εμφάνισης θετικών συμπεριφορών σε τέσσερις ενότητες: τυπική επικοινωνία, ενσυναίσθηση, συμμετοχή του ασθενούς και ποιότητα χρόνου.

**Αποτελέσματα:** Το 59% του δείγματος ήταν άνδρες και η μέση ηλικία τα 59 έτη. Η συνολική ποσοτική αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών βάσει της συχνότητας επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ιδιαίτερα υψηλή, με τον μέσο όρο να ανέρχεται στο 87%. Το 93% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την εμπειρία του ως «εξαιρετική». Η «τυπική επικοινωνία» σημείωσε το υψηλότερο ποσοστό (92%), ενώ η «ενσυναίσθηση» το χαμηλότερο (84%). Παρατηρήθηκε υψηλός βαθμός συμμόρφωσης των νοσηλευτών σε βασικές επαγγελματικές πρακτικές, όπως η χρήση κατανοητής γλώσσας, ενώ οι χαμηλότερες επιδόσεις σημειώθηκαν στη μη λεκτική επικοινωνία (θεραπευτικό άγγιγμα). Στην «ποιότητα χρόνου» (Μ.Ο 89%) και τη «συμμετοχή του ασθενούς» (Μ.Ο 88%) αναγνωρίστηκαν αντίστοιχα υψηλά επίπεδα σεβασμού και υπομονής προς τον ασθενή, ωστόσο η επάρκεια του διαθέσιμου χρόνου και η ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων χρήζουν βελτίωσης. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης με το φύλο, την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο ( $p > 0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη καταδεικνύει ότι η επικοινωνιακή πρακτική των νοσηλευτών στην αιματολογική κλινική κινείται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ωστόσο, η ενίσχυση της μη λεκτικής επικοινωνίας, η διασφάλιση περισσότερου ποιοτικού χρόνου και η ενεργότερη εμπλοκή του ασθενούς στις θεραπευτικές αποφάσεις αποτελούν πεδία για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

**Λέξεις κλειδιά:** Ικανοποίηση, επικοινωνία, ενσυναίσθηση, νοσηλευτική φροντίδα.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Κηροπούλου

Τηλ: 6937967965

e-mail: minakiropoulou@hotmail.com

## ΝΕΑ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CAR-T-CELLS: ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### B. Βαρσαμά

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η θεραπεία με car-T-λεμφοκύτταρα είναι μια νέα μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών που πάσχουν από ανθεκτικό ή υποτροπιάζον διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα (DLBCL, Diffuze Large B Cell Lymphoma), από πρωτοπαθές λέμφωμα μεσοθωρακίου, λέμφωμα από κύτταρα μανδύα και από B-οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία μετά από 2 τουλάχιστον γραμμές χημειοθεραπείας. Πρόκειται για ανοσοθεραπεία με αυτόλογα T-λεμφοκύτταρα που συλλέγονται από τον ασθενή στο μεταμοσχευτικό κέντρο με τη μέθοδο της λευκαφαίρεσης και τροποποιούνται γενετικά σε εξειδικευμένα εργαστήρια της φαρμακευτικής εταιρείας που αναλαμβάνει την παρασκευή του τελικού προϊόντος. Η τροποποίηση επιτυγχάνεται με την προσθήκη ενός χιμαιρικού αντιγονικού υποδοχέα που ονομάζεται χιμαιρικός υποδοχέας αντιγόνου (Chimeric Antigen Receptor) και τα κύτταρα αποκτούν ισχυρή αντινεοπλασματική δράση. Το προϊόν αυτό επαναχρησιάζεται στον ασθενή, τα κύτταρα που περιέχει πολλαπλασιάζονται, αναγνωρίζουν τα καρκινικά κύτταρα και στοχεύουν σε αυτά. Τα τελευταία χρόνια η χρήση της συγκεκριμένης θεραπευτικής διαδικασίας επεκτείνεται προοδευτικά σε ευρύτερη κλίμακα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εν λόγω διαδικασία είναι πολύπλευρος. Αναλαμβάνει αρμοδιότητες μετά την παραπομπή του ασθενούς στη μονάδα, οι οποίες περιλαμβάνουν τη διεκπεραίωση του εργαστηριακού και παρακλινικού ελέγχου, καθώς και την επιμέλεια της διαδικασίας λευκαφαίρεσης. Είναι ταυτόχρονα υπεύθυνος για τη νοσηλεία πριν και μετά την έγχυση, καθώς και την παρακολούθηση των ασθενών στο εξωτερικό ιατρείο.

Στη μονάδα μεταμόσχευσης, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη χορήγηση του σχήματος προετοιμασίας που περιλαμβάνει φάρμακα, όπως η κυκλοφωσφαμίδη και η φλουνταραμπίνη και επιβλέπει την τήρηση όλων των κανόνων ασφαλούς χορήγησης των κυττάρων. Η διαδικασία πριν τη χορήγηση περιλαμβάνει την παραλαβή του ασκού με τα αποψυχθέντα κύτταρα, την τήρηση των κανόνων ασηψίας-αντισηψίας σε όλες τις παρεμβάσεις, την αντιμετώπιση τυχόν συμβάντων κατά την έγχυση, καθώς και την αντιμετώπιση των φαινομένων τοξικότητας. Οι κυριότερες μορφές τοξικότητας είναι: α) το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών (Cytokine Release Syndrome, CRS) και β) το σύνδρομο των νευρολογικών διαταραχών (Immune

Effector Cell-Associated Neurotoxicity, ICANS). Η πρώτη μορφή τοξικότητας (α) χαρακτηρίζεται από διέγερση T-λεμφοκυττάρων και μαζική παραγωγή κυτταροκινών. Εκδηλώνεται με πυρετό, υπόταση και πτώση του κορεσμού του οξυγόνου. Μπορεί να εμφανιστεί από την πρώτη ημέρα έγχυσης των κυττάρων. Η αντιμετώπισή του συνδρόμου είναι η χορήγηση υγρών, οξυγόνου, κορτικοστεροειδών και τοσιλιζουμάμπης. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση, ώστε να αναγνωρίσει έγκαιρα τα παραπάνω συμπτώματα, εναλλακτικά, αυτά ενδέχεται να επιδεινωθούν και να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Για αυτόν το λόγο, μετά την έγχυση πραγματοποιείται μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή ανά μία ώρα και αξιολόγηση της γενικής κατάστασής του. Διαφορετική μορφή εκδήλωσης της τοξικότητας είναι το σύνδρομο των νευρολογικών διαταραχών (β). Εκδηλώνεται με σύγχυση, αποπροσανατολισμό, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, αφασία και δυσκολία στο γραπτό λόγο (**Εικόνα 1**). Εμφανίζεται 4-5 ημέρες μετά την έγχυση των κυττάρων. Αντιμετωπίζεται με αντιεπιληπτικά και κορτικοστεροειδή. Καθημερινή αξιολόγηση της νευρολογικής κατάστασης γίνεται με το ice-score (Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy) που αποτελεί εργαλείο νευρολογικής εκτίμησης (**Εικόνα 2**).

Μετά την έξοδο του ασθενούς από τη μονάδα, ακολουθεί παρακολούθηση στο εξωτερικό ιατρείο. Στο πλαίσιο αυτό εξετάζεται ως προς την εμφάνιση λοιμώξεων, κυτταροπενιών και υπογαμμασφαιριναιμίας. Οι προαναφερθείσες καταστάσεις χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης με χορήγηση αιμοπεταλίων, ινωδογόνου, αντιβιοτικών και ανοσοσφαιρίνης. Ο νοσηλευτής που καλείται να διαχειριστεί τους ασθενείς πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος. Οφείλει να γνωρίζει τη φύση και τους τρόπους αντιμετώπισης των επιπλοκών, να τηρεί πιστά τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα, να ενημερώνεται και να ακολουθεί τις επικαιροποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες.

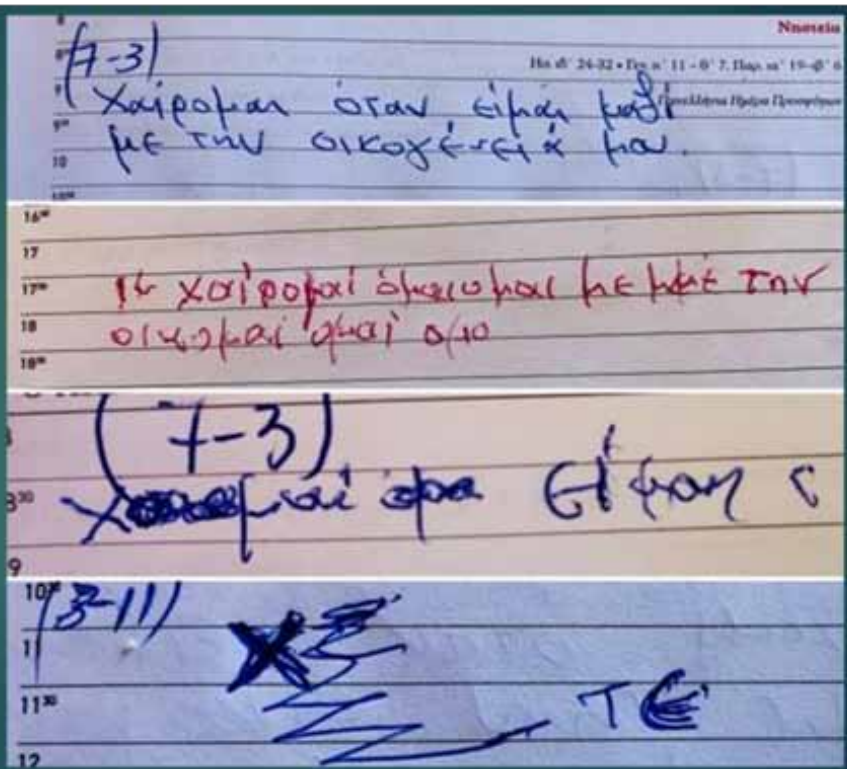
**Λέξεις κλειδιά:** Μεταμόσχευση, car-T, τοξικότητα.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6978594821

e-mail: varsamavas@gmail.com

## Δείγματα γραφής



Εικόνα 1. Δείγματα γραφής ασθενών.

### ICE Score Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy

Παράμετρος	Βαθμοί
Προσανατολισμός (Συνολικά 4 βαθμοί)	
• Έτος	1
• Μήνας	1
• Πόλη	1
• Νοσοκομείο	1
Κατονομασία αντικειμένων (Συνολικά 3 βαθμοί)	
• 1 <sup>ο</sup> αντικείμενο	1
• 2 <sup>ο</sup> αντικείμενο	1
• 3 <sup>ο</sup> αντικείμενο	1
Εκτέλεση εντολών (Συνολικά 1 βαθμός)	
• «Χαμογελάστε» ή «ανοίξτε το στόμα σας»	1
Ικανότητα να γράψει μια σταθερή πρόταση (Συνολικά 1 βαθμός)	
• πχ. «Χαίρομαι όταν είμαι μαζί με την οικογένειά μου»	1
Προσοχή (Συνολικά 1 βαθμός)	
• Μέτρηση από το 100 και κάτω ανά 10 μονάδες	1
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE (Μέγιστο: 10 βαθμοί)</b>	.....

Lee et al. Biol Blood Marrow Transpl

Εικόνα 2. Ice score.

# ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ/ΒΙΝΤΕΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΣΥΝΟΔΟΥΣ - ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

## Σ. Κυριαζής

Οικονομολόγος, MSc Healthcare Management  
Αυτοτελές Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Η καταγραφή και δημοσιοποίηση φωτογραφιών ή βίντεο που απεικονίζουν ιατρούς και νοσηλευτές κατά την ώρα του καθήκοντός τους, χωρίς την προηγούμενη ρητή συγκατάθεσή τους, συνιστά σοβαρή παραβίαση της ελληνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας. Το φαινόμενο, που παρατηρείται συχνά από ασθενείς ή συνοδούς σε στιγμές έντασης, δεν αποτελεί απλώς μια αντικοινωνική συμπεριφορά, αλλά μια παράνομη πράξη με αστικές, διοικητικές και ποινικές προεκτάσεις.

Κεντρικό ρόλο παίζει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και ο Ν. 4624/2019 (άρθρο 38), οι οποίοι ορίζουν την εικόνα και τη φωνή ενός ατόμου ως προσωπικά δεδομένα. Η καταγραφή και η αποθήκευση τέτοιου υλικού αποτελεί παράνομη επεξεργασία, ενώ η διάδοσή του (π.χ. στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης), επιφέρει αυστηρά διοικητικά πρόστιμα από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Παράλληλα, ο Αστικός Κώδικας (άρθρα 57, 59, 229, 932) προστατεύει το δικαίωμα στην προσωπικότητα, επιτρέποντας στους θιγόμενους να αξιώσουν δικαστικά την παύση της προσβολής και την καταβολή αποζημίωσης για ηθική βλάβη.

Σε επίπεδο Ποινικού Δικαίου (άρθρο 370 Α), η χρήση τεχνικών μέσων για την καταγραφή πράξεων σε χώρους

που δεν είναι δημόσια προσβάσιμοι (εξεταστήρια, θάλαμοι νοσηλείας), με την έννοια της ελεύθερης συνάθροισης, συνεπώς θα πρέπει να προστατεύεται η ιδιωτικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, καθώς και το ιατρικό απόρρητο, μπορεί να στοιχειοθετήσει αδικήματα. Επιπλέον, εάν η καταγραφή συνοδεύεται από ύβρεις ή απειλές, προκύπτουν επιβαρυντικότερα παραπτώματα.

Είναι κρίσιμο να γίνει κατανοητό ότι ο χώρος των Νοσοκομείων, παρά τον δημόσιο χαρακτήρα της παρεχόμενης υπηρεσίας, παραμένει ένας χώρος προστασίας της ιδιωτικότητας των εργαζομένων και των ασθενών. Το προσωπικό έχει το δικαίωμα να απαιτήσει την άμεση διαγραφή του υλικού. Σε περίπτωση άρνησης, μπορεί να ζητήσει τη συνδρομή της ασφάλειας του ιδρύματος ή της ΕΛΑΣ. Η πρόληψη παρανόμων πράξεων μέσω σαφών ενημερωτικών πινακίδων στις Μονάδες Υγείας, αποτελεί το πρώτο βήμα για την αποτροπή τέτοιων περιστατικών.

**Λέξεις κλειδιά:** Παράνομη καταγραφή, προσωπικότητα, ιδιωτικότητα, απόρρητο.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972133693

e-mail: stakyr3@gmail.com

## ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

### Ε. Λαζαρίδου

Ακτινολόγος, Διευθύντρια, Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Η Αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης εκδηλώνεται με πονοκέφαλο, εμετό, ναυτία, διαταραχές όρασης και οίδημα οπτικής θηλής. Οι ασθενείς έχουν αρνητική νευρολογική σημειολογία, πλην ετερόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης συμμετοχής του βου νεύρου, χωρίς διάταση του κοιλιακού συστήματος.

Η συχνότερη εκδήλωση της νόσου αφορά παχύσαρκες γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, ενώ η αύξηση του σωματικού βάρους κατά 6% αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής και αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα. Κακή πρόγνωση παρουσιάζουν επίσης άνδρες ασθενείς, καθώς και ασθενείς με νοσηρή παχυσαρκία, αναιμία, αποφρακτική υπνική άπνοια.

Ο ρόλος της απεικόνισης είναι σημαντικός στη διάγνωση, με αξιολόγηση μορφολογικών αλλαγών που σχετίζονται με την πάθηση και στον αποκλεισμό δευτερογενών αιτιών αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, όπως ο υδροκέφαλος, οι εξεργασίες, οι λοιμώξεις και η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων.

Εξέταση εκλογής θεωρείται η Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με σύγχρονη διενέργεια και Μαγνητικής φλεβογραφίας. Εναλλακτικά, σε περίπτωση αντένδειξης, λόγω αλλεργίας ή μη διαθεσιμότητας της MRI διενεργείται Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου και φλεβογραφία και σε δεύτερο χρόνο ακολουθεί η MRI-MRV. Η ψηφιακή αγγειογραφία μπορεί να έχει κάποιες φορές συμπληρωματικό ρόλο στη διάγνωση, ενώ συμβάλλει στον υπολογισμό της διαφοράς πίεσης με μανομετρία στα άκρα του στενωτικού τμήματος, προκειμένου να ακολουθήσει τοποθέτηση stent.

Σε ασθενείς που παρουσιάζουν οίδημα οπτικής θηλής, στον διαγνωστικό αλγόριθμο για την επιβεβαίωση της καλοήθους ενδοκράνιας υπέρτασης, η απεικόνιση πρέπει να μην αναδείξει παθολογικά ευρήματα. Στους ασθενείς χωρίς σημειολογία οίδηματος οπτικής θηλής ή παράλυσης του έκτου νεύρου, η απεικόνιση πρέπει να επιβεβαιώσει τρία από τα ακόλουθα τέσσερα απαιτούμενα σημεία προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Μεταξύ αυτών είναι το κενό ή μερικώς κενό τουρκικό εφίππιο, ο ευθιασμός του οπισθίου τοιχώματος του οφθαλμικού κόγχου με εντύπωμα της κεφαλής του οπτικού νεύρου, η διεύρυν-

ση του υπαραχνοειδούς χώρου στο οπτικό έλυτρο με ή χωρίς ελικώση της πορείας του νεύρου και η στένωση των εγκαρσίων κόλπων. Τα ανωτέρω σημεία παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές ότι το εντύπωμα της κεφαλής του οπτικού νεύρου στο οπίσθιο τοίχωμα του βολβού, αποτελεί πιο ειδικό σημείο για τη διάγνωση της Ενδοκράνιας Υπέρτασης.

Συνηγορητικά ευρήματα αποτελούν οι μηνιγγοκήλες λόγω αυξημένης ενδοκράνιας υπέρτασης σε ευένδοτα σημεία ή σε περιοχές οστικών ελλειμμάτων στη βάση του κρανίου, η διεύρυνση των κοιλωμάτων Meckel με χαρακτηριστική εικόνα εντυπώματος στη μεσότητά τους κι εύρος έως 4,5χιλ, η σκιαγραφική ενίσχυση της κεφαλής του οπτικού νεύρου και ο περιορισμός στην ακολουθία της διάχυσης στο ανωτέρω σημείο. Επίσης, η λέπτυνση του κοιλιακού συστήματος, η σύμπτωση των περιφερικών υπαραχνοειδών χώρων και η εκτοπία ή κήλη των παρεγκεφαλιδικών αμυγδαλών δια του ινιακού τρήματος, αποτελούν επίσης συμπληρωματικά, αλλά όχι ειδικά σημεία.

Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνεται η παρουσία ευμεγεθών αραχνοειδών σωματίων, οι συγγενείς στενώσεις-υποπλασία των φλεβωδών κόλπων και η παρουσία δακτυλίων-Webs.

Προκλήσεις για το άμεσο μέλλον αποτελεί η χρήση ειδικών τεχνικών της μαγνητικής τομογραφίας, όπως η ακολουθία Black Blood και η MR-Ελαστογραφία, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη ακαμψία σε τμήματα του εγκεφαλικού παρεγχύματος, όπως οι ινιακοί λοβοί.

Συμπερασματικά, η διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας με κλινικό ερώτημα Συνδρόμου Ενδοκράνιας Υπέρτασης συμβάλλει καθοριστικά στη διάγνωση, στη διαχείριση και στην καλή πρόγνωση των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** MRI, MRV, ενδοκράνια υπέρταση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972881510

e-mail: helenlaz@yahoo.gr

## ΔΙΑΤΑΡΑΣΗ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

### Π.-Δ. Γρηγορίου

Επικουρικός Ιατρός Ε.Σ.Υ., Οφθαλμολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική»

Η Καλοήθης Ενδοκράνια Υπέρταση είναι μια Νευρο-Οφθαλμολογική πάθηση που χαρακτηρίζεται από αγνώστου αιτιολογίας αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης - η οποία προκαλεί έντονη κεφαλαλγία, και οίδημα οπτικών θηλών με συνακόλουθη επίπτωση στην όραση. Αν και πρόκειται για κυρίως Νευρολογική πάθηση, η οφθαλμική συμμετοχή είναι σημαντική, και ως εκ τούτου ο οφθαλμίατρος διαδραματίζει καίριο ρόλο στη διάγνωση και διαχείρισή της.

Επιδημιολογικά, η πάθηση εντοπίζεται σε μεγάλο βαθμό σε υπέρβαρες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Έχει σημειωθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης του ποσοστού παχυσαρκίας και της εμφάνισης της πάθησης τα τελευταία χρόνια.

Κύριο οφθαλμολογικό εύρημα είναι το οίδημα οπτικής θηλής κατά τη βυθοσκόπηση, απόρροια της αυξημένης πίεσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Άλλα συχνά αναφερόμενα συμπτώματα είναι η παροδική αμαύρωση, οι εμβοές, η κεφαλαλγία, η οριζόντια διόφθαλμη διπλωπία και σε προχωρημένες καταστάσεις, η απώλεια όρασης.

Κατά την Οφθαλμολογική εξέταση, μπορούν να παρατηρηθούν τα ακόλουθα: αμφοτερόπλευρο οίδημα οπτικής θηλής, φλεβική συμφόρηση, περιθηλαϊκές αιμορραγίες, και απουσία των φλεβικών σφύξεων.

Στην εξέταση Οπτικών Πεδίων τα πιθανά ευρήματα είναι μεγέθυνση του τυφλού σημείου, ρινικά καθώς και τοξοειδή ελλείμματα. Σοβαρή στένωση των οπτικών πεδίων παρατηρείται σε προχωρημένες περιπτώσεις.

Στην Οπτική Τομογραφία Συνοχής μπορεί να παρατηρηθεί πάχυνση του περιθηλαϊκής στοιβάδας των νευρικών ινών, λέπτυνση της στοιβάδας των γαγγλιακών κυττάρων της ωχράς κηλίδος, καθώς επίσης και δομικές αλλαγές στο ηθμοειδές πέταλο του οπτικού νεύρου.

Η μαγνητική τομογραφία και φλεβογραφία αποτελούν

απαραίτητες εξετάσεις για τη διερεύνηση δομικών και αγγειακών μεταβολών που σχετίζονται με την ενδοκράνια υπέρταση. Πιθανά ευρήματα είναι το κενό τουρκικό εφίππιο, στένωση φλεβωδών κόλπων και διάταση του ελύτρου του οπτικού νεύρου.

Στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της καλοήθους ενδοκράνιας υπέρτασης βρίσκονται η ρύθμιση του σωματικού βάρους, και η χρήση ακεταζολαμίδης.

Επεμβατικές τεχνικές μπορούν να πραγματοποιηθούν σε απειλητικές για την όραση περιπτώσεις. Σε αυτές περιλαμβάνονται η κοιλιοπεριτοναϊκή παράκαμψη, η αποσυμπίεση του οπτικού νεύρου μέσω χειρουργικών τομών στο έλυτρό του, η τοποθέτηση stent σε στενωμένο φλεβώδη κόλπο ή και οσφυονωτιαία παρακέντηση για την ταχεία ελάττωση της ενδοκράνιας πίεσης σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου κατά τη διάγνωση και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέτρων. Οι οφθαλμίατροι έχουν εξέχοντα ρόλο στην παρακολούθηση της οπτικής λειτουργίας και της εξέλιξης της νόσου, με τακτικές εκτιμήσεις της αποδρομής του οιδήματος οπτικής θηλής, της οπτικής οξύτητας, και των οπτικών πεδίων. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι καίρια για την πρόληψη ανεπανόρθωτων αλλοιώσεων και για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των ασθενών με καλοήθη ενδοκράνια υπέρταση.

**Λέξεις κλειδιά:** Οίδημα οπτικής θηλής, διπλωπία, ελλείμματα οπτικού πεδίου, διαταραχές όρασης.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936764469

e-mail: grigorioupanayotisdimitrios@gmail.com

## ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Ε. Νερομυλιώτης, Ε. Χαραλαμποπούλου, Δ. Δημοπούλος, Λ. Αναστασόπουλος, Ν. Μούσιου, Α. Γέρου-Χρίστοφ, Γ. Ανδρεαδάκης, Φ. Μπουρλογιάννης, Κ. Κασάπας, Π. Σουρτζής, Θ. Παπασιλέκας, Σ. Κορφιάς**

*Α' Νευροχειρουργική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Η ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση (παισιότερα γνωστή ως καλοήθης ενδοκράνια υπέρταση) αφορά μια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ενδοκράνια πίεση χωρίς προφανές υποκείμενο αίτιο και χωρίς κάποια αναγνωρίσιμη παθολογία στον απεικονιστικό έλεγχο. Τα τροποποιημένα Dandy και ακολούθως Friedman κριτήρια ορίζουν τα τυπικά προαπαιτούμενα για τη διάγνωση της νόσου. Ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι η μείωση της ενδοκράνιας πίεσης, ώστε να διατηρηθεί η ακεραιότητα της όρασης και να ανακουφιστεί η κεφαλαλγία. Αρχικά συντηρητικά μέτρα περιλαμβάνουν απώλεια βάρους, φαρμακευτική αγωγή (ακεταζολαμίδη, τοπιραμάτη) και επαρκούν για 3 στους 4 ασθενείς. Ωστόσο, σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη συντηρητική αγωγή ή περιπτώσεις με ραγδαία τροχιά, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η αντιμετώπιση με κάποιες από τις χειρουργικές επιλογές.

Η θυριδοποίηση του ελύτρου του οπτικού νεύρου είναι μια χειρουργική επιλογή με εστίαση πρωτίστως στην αντιμετώπιση του οίδηματος οπτικής θηλής και συνεπώς την αποτροπή της επιδείνωσης των οπτικών πεδίων. Η παρέμβαση αφορά την έκθεση του μηνιγγικού ελύτρου του οπτικού νεύρου και τη δημιουργία μιας θυρίδας διαστάσεων περίπου 4 χιλιοστά σε αυτό. Είναι μια ασφαλής παρέμβαση με εξαιρετικά μικρή πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών (2.2%). Ωστόσο το όφελος που αφορά την οπτική οξύτητα είναι αμφίβολο και θεωρείται η λιγότερο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση των συχνά αφόρητων κεφαλαλγιών που αφορούν αυτούς τους ασθενείς (μόλις 49.3% αναφέρει οποιαδήποτε βελτίωση). Συνεπώς αυτή η παρέμβαση αφορά κυρίως ασθενείς με επιδεινούμενα οπτικά πεδία, χωρίς βαρεία κεφαλαλγία.

Οι επεμβάσεις εκτροπής εγκεφαλονωτιαίου υγρού περιλαμβάνουν την κοιλιοπεριτοναϊκή, κοιλιοκαρδιακή, κοιλιοπεζωκοτική εκτροπή και την οσφυοπεριτοναϊκή εκτροπή. Σε αυτές τις παρεμβάσεις ένας καθετήρας τοποθετείται στις πλάγιες κοιλίες του εγκέφαλου ή στον υπαραχνοειδή χώρο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ο καθετήρας συνδέεται με έναν βαλβιδικό μηχανισμό που ελέγχει τη ροή του ΕΝΥ και ακολούθως ένας περιφερικός καθετήρας οδηγεί το ΕΝΥ στην περιτοναϊκή κοιλότητα, τον δεξιό καρδιακό κόλπο ή τον υπεζωκότα.

Η παρέμβαση είναι απλή και διαθέσιμη σε όλες τις νευροχειρουργικές κλινικές. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του οίδηματος οπτικής θηλής (78.9%), των κεφαλαλγιών (~70%), την επιδείνωση των οπτικών πεδίων (66.8%) και της οπτικής οξύτητας (55%). Παρ' όλα αυτά, σοβαρές επιπλοκές εμφανίζονται συχνότερα (περίπου 10%) και ένα αρκετό ποσοστό των ασθενών θα χρειαστεί αναθεώρηση του συστήματος εκτροπής ΕΝΥ, λόγω αποτυχίας αυτού (35%).

Η αγγειοπλαστική των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς που διερευνάται με φλεβογραφία των εγκεφαλικών φλεβών, μανομετρία και μέτρηση της κλίσης των πιέσεων κατά μήκος του φλεβώδους κόλπου υποδεικνύουν στένωση κάποιου από τους μείζονες εγκεφαλικούς φλεβώδεις κόλπους. Οι εκβάσεις είναι ανάλογες ή καλύτερες από αυτές που περιγράφονται στις επεμβάσεις εκτροπής ΕΝΥ όσο αφορά την ανακούφιση από τις κεφαλαλγίες (72%), το οίδημα οπτικής θηλής (87%), και την ανάσχεση της επιδείνωσης της οπτικής οξύτητας (64%) και των οπτικών πεδίων (72%). Είναι αξιοσημείωτο το χαμηλό ποσοστό επιπλοκών, με σοβαρά επεισόδια να περιγράφονται μόλις στο 2.3% των ασθενών (θανατηφόρα εγκεφαλική αιμορραγία). Στένωση της ενδοπρόθεσης εμφανίζεται στο 13.1% των ασθενών.

Οι βαριατρικές χειρουργικές παρεμβάσεις δεν έχουν ρόλο στην αντιμετώπιση μιας ταχέως εξελισσόμενης νόσου που απειλεί την όραση, ωστόσο έχουν εξαιρετική μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα. Όλοι οι ασθενείς (100%) βιώνουν βελτίωση στο οίδημα οπτικής θηλής, 83% στην οπτική οξύτητα και 93% ύφεση των κεφαλαλγιών.

**Λέξεις κλειδιά:** Ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση, καλοήθης ενδοκράνια υπέρταση, οίδημα οπτικής θηλής, χρόνια κεφαλαλγία, βαλβίδα εκτροπής εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Ελευθέριος Νερομυλιώτης

Τηλ.: 6973556092

e-mail: lefterisneromiliotis@gmail.com

## ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ VS ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ

**Μ. Ζαχαριάδη, Ε. Μαυρομάτη**

*Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου έχει αποσπάσει ιδιαίτερη προσοχή στη σύγχρονη ιατρική πρακτική. Συγκεκριμένα το 20% των ασθενών βιώνουν σοβαρό πόνο τις πρώτες 24 ώρες ΜΤΧ κάνοντας την αντιμετώπισή του επιτακτική τόσο για ηθικούς όσο και για πρακτικούς λόγους (αποφυγή της νευροενδοκρινούς απόκρισης στο στρες, στην οξεία φάση και μείωση του ποσοστού εμφάνισης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου). Κατέχοντας ποικίλα όπλα στη φαρέτρα μας, προκειμένου να επιτύχουμε τόσο την ανακούφιση του πόνου όσο και τη διατήρηση της καλύτερης δυνατής ομοιοστασίας του οργανισμού, είμαστε σε θέση να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε ένα πλάνο αναλγησίας το οποίο προσανατολίζεται, βάσει των ιδιαιτεροτήτων του εκάστοτε ασθενούς καθώς και της χειρουργικής επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. Δεδομένου των πρόσφατων εξελίξεων στην αποτελεσματική προσέγγιση της διαχείρισης του πόνου μετά από το εκάστοτε χειρουργείο, κέντρο αναφοράς έχει καταστεί η ενσωμάτωση διαφόρων φαρμακολογικών και μη τεχνικών στρατηγικών, καθώς και οι ποικίλες ομάδες φαρμάκων και οι οδοί χορήγησής τους (π.χ. ενδοφλέβια, περιοχική, νευραξονική).

Νευραξονικές αναλγητικές τεχνικές μπορούν να εφαρμόζονται για την αποτελεσματική διαχείριση μετεγχειρητικού πόνου. Η αναλγησία που παρέχουν, θεωρείται ανώτερη από τη συστηματική χορήγηση οπιοειδών και η νοσηρότητα

και η θνητότητα μειωμένες. Συχνότερα εφαρμοσμένες νευραξονικές τεχνικές αποτελούν η επισκληρίδιος αναισθησία και η υπαραχνοειδής αναισθησία στοχεύοντας στη χορήγηση τοπικού αναισθητικού και ενός οπιοειδούς, σε συνδυασμό ή και όχι. Η επισκληρίδιος αναισθησία, παραμένει ακρογωνιαίος λίθος της μετεγχειρητικής αναλγησίας, με την υπαραχνοειδή έγχυση μορφίνης να κερδίζει την αποδοχή που της αρμόζει, εφόσον είναι σε θέση να ανακουφίσει αποτελεσματικά τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο για τις πρώτες 24-72 ώρες, όπου είναι εντονότερος και μειώνεται με την πρόοδο επούλωσης του τραύματος. Ωστόσο, αν και οι δύο τεχνικές χαρακτηρίζονται από πληθώρα προτερημάτων για ίαση των επώδυνων συνδρομών, η χρήση τους ενέχει κάποιους κινδύνους και έτσι για την καταλληλότητά τους θα πρέπει να σταθμιστούν οι κίνδυνοι με τα οφέλη πριν εφαρμοστούν σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Αδιαμφισβήτητα, η έγκαιρη και επιτυχής πρόληψη του μετεγχειρητικού πόνου, είναι εκ των ων ουκ άνευ τόσο για τους αναισθησιολόγους όσο και για επαγγελματίες υγείας. Μέσω της πολυδιάστατης, εξατομικευμένης και κατάλληλης αναλγητικής αγωγής θεμελιώνεται η προσέγγιση η οποία στηρίζεται στο συνδυασμό αναλγητικών τεχνικών και παραγόντων.

**Λέξεις κλειδιά:** Επισκληρίδιος, πόνος, τραύμα, μορφίνη, οπιοειδή.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

**Μ. Μις**

Διευθύντρια Τμήματος Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο πόνος είναι μία δυσάρεστη και συναισθηματική αίσθηση που έχει σαν επακόλουθο την καταστροφή των ιστών. Είναι σωματοψυχικό φαινόμενο που πυροδοτείται από την ψυχολογική διάθεση και το ηθικό. Ο νέος ορισμός αναφέρει τον πόνο ως «**Μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται, ή μοιάζει με αυτήν που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών**» και επεκτείνεται με την προσθήκη έξι βασικών σημείων. Ο πόνος είναι πάντα προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διάφορους βαθμούς από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ο πόνος και η αλγαισθησία (nociception) είναι διαφορετικά φαινόμενα. Μόνο η δραστηριότητα των αισθητικών νευρώνων δεν αρκεί για να δικαιολογήσει τον πόνο.

Μέσα από τις εμπειρίες της ζωής τους, τα άτομα μαθαίνουν την έννοια του πόνου. Η αναφορά ενός ατόμου για μια εμπειρία ως πόνο πρέπει να γίνεται σεβαστή. Αν και ο πόνος συνήθως εξυπηρετεί έναν προσαρμοστικό ρόλο, μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργία και την κοινωνική και ψυχολογική ευημερία. Η λεκτική περιγραφή είναι μόνο μία από τις πολλές συμπεριφορές που εκφράζουν πόνο· η αδυναμία επικοινωνίας δεν αναιρεί την πιθανότητα ότι ένας άνθρωπος ή ένα μη ανθρώπινο ον βιώνει πόνο. Το 75% των προχωρημένων σταδίων καρκίνου εμφανίζουν πόνο.

### Μηχανισμοί του πόνου είναι οι εξής:

- A) **Λειτουργικοί:** Σωματικοί πόνοι από τάση μυών - πονοκέφαλος, κράμπες, κοιλιακή διάταση - κολικό.
- B) **Παθολογικοί:** Αλγαισθητικός πόνος και Νευροπαθητικός - πιεστικός ή βλάβη. Μερικά αίτια πόνου είναι: καρκίνος, πόνος μετά από άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις - φλεγμονές, δυσπραγία - δυσκοιλιότητα, σπασμοί μυών και σπονδυλίτιδες, οστεοαρθρίτιδες, πίεση ή διήθηση νεύρων, συμπίεση Νωτιαίου μυελού, Όγκος Θαλάμου. Περαιτέρω αίτια: ύστερα από κάποια θεραπεία: πόνος χειρουργικής τομής, πόνος μέλους φαντάσματος, περιφερική νευροπάθεια, νευροπάθεια βραχιονίου πλέγματος, Μεθερπητική νευραλγία, Ταυτόχρονες διαταραχές-διαβητική νευροπάθεια, πόνος μετά εγκεφαλικό.

### Διαχείριση του πόνου γίνεται με τους εξής τρόπους:

Βελτίωση της Παθολογίας: με αναλγητικά και μη φαρμακευτικές μεθόδους και Ψυχολογική Υποστήριξη: Αλλαγή του τρόπου ζωής και περιβάλλοντος και Διακοπή των ουδών του πόνου.

**Μέθοδοι για βελτίωση της παθολογίας:** Ακτινοβολίες, Ορμονοθεραπεία, Χημειοθεραπεία, Χειρουργική επέμβαση, Μη φαρμακευτικές μέθοδοι - massage, θερμά επιθέματα.

**Μέθοδοι για Ψυχολογική Υποστήριξη:** Ψυχολογική χαλάρωση, ψυχοθεραπεία.

**Διακοπή των ουδών του πόνου γίνεται με:** Τοπική αναισθησία, Νευρόλυσις (χημική, αλκοόλη, φαινόλη), Κρυσταλλοθεραπεία, Θερμοπηξία, Νευροχειρουργική - Αυχενική μυελοτομία, αλλαγή του τρόπου ζωής και περιβάλλοντος, αποφυγή επίπονης δραστηριότητας, ακινητοποίηση πασχόντων σημείων - αυχενικό κολάρο, επίδεσμοι, βοηθητικές συσκευές βάδισης.

**Τα αναλγητικά φάρμακα χωρίζονται σε:** Μη οπιοειδή, Οπιοειδή και Λοιπά φάρμακα. Οι Αρχές χορήγησης Αναλγητικών είναι οι εξής: Per os, Προληπτική θεραπεία πόνου/24ωρο, Κλιμακωτά (αν μετά τη βέλτιστη θεραπεία ο πόνος είναι ακόμα έντονος αυξάνουμε τη δόση), Εξατομίκευση της δόσης (σωστή δόση για κάθε ασθενή), Συνοδά - επικουρικά φάρμακα σε ειδικές καταστάσεις. Τα μη οπιοειδή περιλαμβάνουν την Παρακεταμόλη ή τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ).

**Τα αναλγητικά αποτελέσματα των ΜΣΑΦ:** ΜΣΑΦ έχουν συσχετιστεί με την αναστολή της κυκλοοξυγενάσης (COX) η οποία είναι υπεύθυνη για τη σύνθεση των περιφερικών προσταγλανδινών. Τα ΜΣΑΦ είναι ιδιαίτερα ευεργετικά για τον ήπιο πόνο που προκαλείται από φλεγμονή, μειώνοντας τον πόνο σε επίπεδο προφλεγμονής.

**Επιπρόσθετα φάρμακα για ανακούφιση από τις παρενέργειες των οπιοειδών:** Αντιεμετικό: Αλοπεριδόλη 1.5 mg ή και Μετακλοπραμίδη, Προληπτικά σκευάσματα για τη δυσκοιλιότητα. Ενημέρωση των ασθενών για ξηρότητα βλεννογόνων.

**Οι παρακάτω καταστάσεις** εμφανίζονται μετά από χορήγηση **αναλγητικών:**

**ΑΝΟΧΗ** (Drug Tolerance) ονομάζεται η, μετά από χρόνια χορήγηση οπιοειδούς, ελαττωμένη απάντηση σε αυτό.

**ΥΠΕΡΑΛΓΗΣΙΑ** (Opioid-induced hyperalgesia=ΟΙΗ) είναι η αλγαισθητική ευαισθητοποίηση που προκαλείται από την έκθεση στα οπιοειδή.

**ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ** (Physical Dependence) είναι η συνεχής χορήγηση ενός φαρμάκου προκαλεί προοδευτική

ανοχή που οδηγεί σε βαθμιαία εξάρτηση από τον οργανισμό. Η διακοπή ή η προσπάθεια μείωσης της αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο.

**Τα επικουρικά αναλγητικά είναι τα εξής:** GABA αγωνιστές (μπακλοφαίνη), NMDA ανταγωνιστές, τα τοπικά αναισθητικά (λιδοκαΐνη), οι α2 διεγέρτες (π.χ. χορήγηση κλονιδίνης επισκληριδίας) - Δεξδεμετομιδίνη, ΜΣΑΦ/ Παρακεταμόλη, Κεταμίνη, Μαγνήσιο, Πρεγκαμπαλίνη, ραδιοϊσότοπα, καλσιτονίνη, αντιϊσταμινικά, νιφεδιπίνη, νευροληπτικά, ψυχοδιεγερτικά, μυοχαλαρωτικά, τοπικοί παράγοντες (επίθεμα λιδοκαΐνης, καψαΐκίνη).

**Για την Ιατρική κάνναβη:** Το Cannabissativa έχει βρεθεί ότι έχει πάνω από 100 ενώσεις, αλλά το μεγαλύτερο μέρος της προσοχής έχει δοθεί στην 9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και την κανναβιδιόλη (CBD). Τα κανναβινοειδή προκαλούν αναλγησία ενεργοποιώντας τους υποδοχείς CB1 που βρίσκονται στο ΚΝΣ και στις νευρικές απολήξεις. οι περιφερικοί υποδοχείς CB2 προωθούν την αναλγησία αναστέλλοντας τη δημιουργία πόνου και φλεγμονωδών μεσολαβητών, κάτι που είναι απαραίτητο για τη διαχείριση του πόνου.

**Μη φαρμακευτικές - μη επεμβατικές μέθοδοι:** Στις ελάχιστες επεμβατικές ανήκουν οι παρακάτω τεχνικές: Αποκλεισμός νεύρων, Νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες (Radiofrequency, RF) νεύρων, συμπαθητικών γαγγλίων και πλεγμάτων, Κρυοθεραπεία με τοπική ψύξη νεύρων και πλεγμάτων, Αποκλεισμός συμπαθητικών πλεγμάτων

(αστεροειδές γάγγλιο, κοιλιακό πλέγμα κ.λπ.), Επισκληρίδιο έγχυση φαρμάκων, Συνεχής υπαραχνοειδής έγχυση φαρμάκων με αντλία (εμφυτεύσιμη), Ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων με αντλία (μορφίνη - τραμαδόλη).

Παρηγορική Φροντίδα στον ογκολογικό ασθενή είναι η ενεργητική ολιστική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών με σοβαρό, σχετιζόμενο με την υγεία "υποφέρειν", λόγω σοβαρής ασθένειας και ειδικά εκείνων που βρίσκονται πλησίον του τέλους της ζωής. Στοχεύει να βελτιώσει την ποιότητας ζωής των ασθενών, των οικογενειών και των φροντιστών τους. Εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους υγειονομικής περίθαλψης (τόπος παραμονής και δομές) και σε όλα της τα επίπεδα (πρωτοβάθμιο μέχρι τριτοβάθμιο). Μπορεί να παρέχεται από επαγγελματίες που έχουν βασική εκπαίδευση στην Παρηγορική φροντίδα. Η πρώτη, έγκαιρη παραπομπή ασθενών με καρκινική νόσο σε Παρηγορική φροντίδα συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, βελτιωμένη διάθεση και μεγαλύτερη επιβίωση, συγκρινόμενη με τη σταθερή ογκολογική φροντίδα.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνιος πόνος, θεραπεία χρόνιου πόνου, αναλγητικά φάρμακα.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

e-mail: [ilinka.karvela@gmail.com](mailto:ilinka.karvela@gmail.com)

Τηλ.: 6974105736

## ΠΡΑΣΙΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

### Κ. Αθανασιάδη

Dr. med. MD, PhD, FEBTS, Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Ως «Πράσινη χειρουργική» ορίζεται η συστηματική μείωση του περιβαλλοντικού αποτυπώματος της χειρουργικής φροντίδας χωρίς να διακυβεύεται η ασφάλεια των ασθενών ή η ποιότητα της φροντίδας. Περιλαμβάνει την ελαχιστοποίηση των αποβλήτων και της ενεργειακής κατανάλωσης καθώς και την υιοθέτηση επαναχρησιμοποιούμενων εργαλείων, όσο το δυνατό περισσότερο. Το χειρουργείο αποτελεί σημαντική πηγή εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου και αποβλήτων, που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Η βιβλιογραφία επισημαίνει μια σειρά στρατηγικών, που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία και επικεντρώνονται στη «μείωση, την επαναχρησιμοποίηση, την ανακύκλωση και την επανεκτίμηση» (τα 4R: reduce, reuse, recycle, and rethink) για τον μετριασμό αυτών των επιπτώσεων.

Είναι γνωστό, ότι το χειρουργείο είναι από τους χώρους ενός νοσοκομείου με τους μεγαλύτερους ενεργειακούς πόρους καταναλώνοντας δυσανάλογα υψηλή ενέργεια και παράγοντας σημαντικά απόβλητα ανά τετραγωνικό μέτρο. Ένα παράδειγμα αποτελούν οι πρακτικές, που σχετίζονται με την αναισθησία και ευθύνονται για σημαντικά απόβλητα και εκπομπές, με το δεσφλουράνιο και άλλα πτητικά αναισθητικά να συμβάλλουν σημαντικά στο αποτύπωμα άνθρακα. Ορισμένες αναλύσεις δείχνουν, ότι η επιλογή αναισθησίας χαμηλότερων εκπομπών και η μείωση των πτητικών παραγόντων μπορούν να επιφέρουν σημαντικές μειώσεις.

Αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις επισημαίνουν, ότι

η μεγαλύτερη περιβαλλοντική εξοικονόμηση συχνά προκύπτει από τη μείωση των αναλώσιμων μιας χρήσης, τη μεγιστοποίηση της επαναχρησιμοποίησης εργαλείων, όπου το επιτρέπει ο έλεγχος των λοιμώξεων και τη βελτίωση του διαχωρισμού των αποβλήτων και της διαχείρισης των ροών αποβλήτων (π.χ. αποφυγή της περιττής αποτέφρωσης μη επικίνδυνων αποβλήτων).

Τα στοιχεία από διάφορες χειρουργικές ειδικότητες υποστηρίζουν μια ρεαλιστική, τεκμηριωμένη προσέγγιση στην πράσινη χειρουργική με ιεράρχηση όλων των παραπάνω. Σήμερα η πράσινη χειρουργική αποτελεί τόσο μια ηθική επιταγή, όσο και μια πρακτική πορεία προς βιώσιμα συστήματα υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Πράσινη χειρουργική, περιβάλλον, αναλώσιμα-κόστος

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Trieu, E., Ramirez-Caban, L., & Shockley, M. (2024). Review of sustainable practices for the gynecology operating room. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 324-329.
2. Leow, L., Tam, J., Kee, P., & Zain, A. (2024). Healthcare sustainability in cardiothoracic surgery. *Anz Journal of Surgery*, 94(6), 1059-1064.
3. Anastasopoulos, N. and Papalois, V. (2022). How can we address the ever-pressing need to 'green up' surgical practice in the National Health Service?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 115(6), 213-219.

## ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

### Ε. Ισχάκη

Τμήμα ΜΕΘ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζουν μία συνεχόμενη αυξητική τάση, ιδίως από το 2021 και μετά. Αν και η βία κατά των γυναικών από τους συντρόφους τους (νυν και πρώην) συνεχίζει να αποτελεί τη συντριπτική πλειοψηφία αυτών των περιστατικών, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ολοένα αυξανόμενη καταγραφή περιστατικών βίας και μεταξύ άλλων ενδοοικογενειακών σχέσεων. Η χρονολογία 2021 όπου παρατηρείται η μαζική αύξηση αυτών των περιστατικών, συνδέεται με την πανδημία COVID-19 και τον εγκλεισμό, την οικονομική ανασφάλεια καθώς και τον περιορισμό μετακινήσεων αλλά και την στροφή των περισσότερων υπηρεσιών προς τις ανάγκες της πανδημίας. Η Γενική Γραμματεία Ισότητας είναι ο αρμόδιος φορέας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας για τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών, σε όλους τους τομείς.

Με τον νόμο 5090/2024 θεσπίζεται η υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν στις αρχές περιστατικά που υποψιάζονται ότι αποτελούν προϊόν ενδοοικογενειακής βίας. Για την προστασία τους παρέχεται πλήρης ασυλία και δεν καλούνται ως μάρτυρες στο δικαστήριο, εκτός αν η απόδειξη του εγκλήματος είναι αδύνατη με οποιοδήποτε άλλο μέσο. Προς αυτή την κατεύθυνση απαιτείται η έγκαιρη αναγνώριση και αναφορά των περιστατικών-θυμάτων έμφυλης/ενδοοικογενειακής βίας.

Τα τμήματα επειγόντων χρειάζεται να αναπτύξουν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες για τις ύποπτες αυτές περιπτώσεις, να έχουν συστήματα και κατευθυντήριες οδηγίες που θα βοηθούν τους νέους ιατρούς στη διαχείριση όλων των μορφών βίας ή στην αναζήτηση συμβουλής σε περίπτωση υποψίας και να παρέχουν τα αντίστοιχα έντυπα στους χώρους αναμονής και στα εξεταστικά δωμάτια, με λίστες επαφών των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η αντιμετώπιση των περιστατικών έμφυλης/ενδοοικογενειακής βίας ξεκινά με την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων, ιδιαιτέρως αυτών που είναι απειλητικών για τη ζωή. Η εξασφάλιση ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος είναι απαραίτητη, όπως και η ειδοποίηση των αντίστοιχων αρχών.

Τα αδικήματα της έμφυλης/ενδοοικογενειακής βίας διώκονται αυτεπαγγέλτως. Οι αρμόδιες αστυνομικές υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να ενεργήσουν άμεσα

**Λέξεις κλειδιά:** Ενδοοικογενειακή βία, έμφυλη βία, επαγγελματίες υγείας.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: +306974856544

E-mail: eischaki@yahoo.gr

# ΥΓΡΑ ΒΙΟΨΙΑ: ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

## Β. Παντελαίων

Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, συνιστώντας μείζον ζήτημα για τη δημόσια υγεία σε διεθνές επίπεδο. Η έγκαιρη διάγνωση και η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής κρίνονται καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της πρόγνωσης και των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών. Επί του παρόντος, η βιοψία ιστού παραμένει η μέθοδος αναφοράς για τη διάγνωση των νεοπλασμάτων. Παρά τη διαγνωστική της ακρίβεια, ως προς τον προσδιορισμό του τύπου και των υποτύπων των νεοπλασμάτων, η μέθοδος αυτή παρουσιάζει περιορισμούς: η λήψη δειγμάτων είναι συχνά δυσχερής, ενώ ως επεμβατική διαδικασία ενέχει κινδύνους για τον ασθενή και δεν ενδείκνυται για τη συνεχή παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Επιπλέον, η δυσκολία έγκαιρου εντοπισμού ορισμένων όγκων καθιστά τη βιοψία ιστού λιγότερο αποτελεσματική κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου.

Αντιθέτως, η υγρή βιοψία αποτελεί μια ελάχιστη επεμβατική μέθοδο συλλογής δειγμάτων, με δυνατότητα επαναλαμβανόμενων λήψεων, η οποία εστιάζει στην ανάλυση του αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών (όπως σίελος, ούρα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ασκитικό υγρό, βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα). Μέσω της υγρής βιοψίας είναι δυνατή η ανίχνευση ποικίλων μοριακών δεικτών, όπως τα κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα (CTCs), το κυκλοφορούν DNA του όγκου (ctDNA), το κυκλοφορούν RNA του όγκου (ctRNA), τα εξωκυττάρια κυστίδια (EVs), τα εκπαιδευμένα από τον όγκο αιμοπετάλια (TEPs) και τα καρκινικά ενδοθηλιακά κύτταρα.

Η υγρή βιοψία παρέχει μία πληρέστερη εικόνα της ετερογένειας του όγκου και επιτρέπει την παρακολούθηση της δυναμικής και τον έλεγχο του μοριακού προφίλ αυτού σε πραγματικό χρόνο. Παρουσιάζει σημαντικά κλινικά οφέλη, όπως είναι η δυνατότητα πρώιμης διάγνωσης της νόσου, με τον εντοπισμό του καρκίνου σε στάδια μη ορατά από τις απεικονιστικές μεθόδους, η αναγνώριση μεταλλάξεων-οδηγών, οι οποίες αποτελούν στόχους εξειδικευμένων θεραπειών, η παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, ο εντοπισμός μηχανισμών αντίστασης στα φάρμακα, η ανίχνευση της ελάχιστης υπολειπόμενης νόσου, η οποία αποτελεί κρίσιμο βιοδείκτη για την πρόβλεψη της υποτροπής, η πρόβλεψη της πιθανότητας μετάστασης, η πρώιμη ανίχνευση της υποτροπής και ο σχεδιασμός της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

Παρά τα σημαντικά κλινικά της οφέλη, οι υψηλές απαιτήσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό και εξειδίκευση, η υποβέλτιστη ευαισθησία και η έλλειψη τυποποίησης, καθώς και ζητήματα όπως η ασφαλιστική κάλυψη και η ευρύτερη προσβασιμότητα των ασθενών, συνιστούν προκλήσεις.

**Λέξεις κλειδιά:** CTCs, ctDNA, πρώιμη, υποτροπή, θεραπεία.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974663552

e-mail: varpanteleon@gmail.com

## ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

### Α. Γεωργίου, Χ. Βουρλάκου

Εργαστήριο Παθολογική Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Η παρούσα εργασία εξετάζει τον ρόλο της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στην Παθολογική Ανατομική, με στόχο τη συνοπτική αλλά ουσιαστική παρουσίαση βασικών εννοιών και αντιπροσωπευτικών εφαρμογών της στην κλινική πράξη. Αρχικά γίνεται αναφορά σε θεμελιώδεις όρους, όπως η μηχανική μάθηση και η βαθιά μάθηση, οι οποίοι επιτρέπουν την αναγνώριση πολύπλοκων προτύπων σε μεγάλα σύνολα δεδομένων, όπως οι ψηφιακές ιστοπαθολογικές εικόνες. Παράλληλα, παρουσιάζονται διαφορετικά είδη μάθησης —εποπτευόμενη, μη εποπτευόμενη, ασθενώς εποπτευόμενη και αυτο-επιβλεπόμενη— με έμφαση στις διαφορές τους ως προς τις απαιτήσεις σε δεδομένα και την πρακτική τους αξιοποίηση.

Στη συνέχεια, αναλύονται συγκεκριμένα παραδείγματα εφαρμογής της AI στην Παθολογική Ανατομική, όπως η ανάλυση εικόνας, η καταμέτρηση μιτώσεων, η ποσοτικοποίηση ανοσοϊστοχημικών δεικτών και η εκτίμηση του μεγέθους των όγκων. Επιπλέον, παρουσιάζονται ενδεικτικά εργαλεία τεχνητής νοημοσύνης που έχουν λάβει έγκριση από τον FDA, υπογραμμίζοντας την σταδιακή ενσωμάτωσή τους σε οργανωμένες διαγνωστικές ροές εργασίας.

Ένα σημαντικό μέρος της εργασίας αφιερώνεται στη σύγκριση της διεθνούς εμπειρίας με την τρέχουσα ελληνική πραγματικότητα, όπου η υιοθέτηση των τεχνολογιών αυτών βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο, με περιορι-

σμένες υποδομές και εφαρμογές. Περιγράφεται σύντομα η μέχρι σήμερα διεθνής εμπειρία και συζητείται η δυσκολία εφαρμογής των τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης στην ελληνική πραγματικότητα.

**Συνολικά**, η εργασία επιχειρεί να καταδείξει ότι η τεχνητή νοημοσύνη αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης ιατρικής εξέλιξης, αποτελώντας ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο στην Παθολογική Ανατομική, που μπορεί να αυξήσει τη διαγνωστική ικανότητα και να βοηθήσει στην προσφορά υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών. Η κατανόηση των δυνατοτήτων και των περιορισμών της είναι απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς τα εργαλεία AI δεν αποτελούν παροδική τάση αλλά μια τεχνολογία που ήρθε για να μείνει, λειτουργώντας συμπληρωματικά και ενισχυτικά προς τον ιατρό στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία.

**Λέξεις κλειδιά:** Τεχνητή νοημοσύνη, υπολογιστή παθολογική ανατομική, μηχανική μάθηση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Αλέξανδρος Γεωργίου

Τηλ.: +0030 6943218393

e-mail: alexandrosge11@gmail.com

## ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

## Μ.Μ. Βασιλαματζής

Dr. MD, PhD, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνος του Ογκολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Η Τεχνητή Νοημοσύνη (TN, ή – Artificial Intelligence AI) σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας εποχής αλλαγών. Η ταχεία εξάπλωσή της σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής απαιτεί τη βαθιά γνώση και κατανόηση της εξέλιξης, των δυνατοτήτων και της σημαντικής συμβολής της στην ανάπτυξη νέων μελλοντικών εφαρμογών και στρατηγικών, σε κάθε επιστημονικό πεδίο. Η ενσωμάτωση της TN στην ιατρική, αποτελεί εξελισσόμενη διαδικασία που μεταμορφώνει τον τομέα της υγείας, μεταβαίνοντας από απλούς αλγορίθμους σε προηγμένα συστήματα βαθιάς μάθησης (deep learning) τα οποία υποστηρίζουν τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Η ιστορική εξέλιξη της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) ειδικότερα στην κλινική ογκολογία ξεκινά από τη θεωρητική θεμελίωση της μηχανικής μάθησης και φτάνει σήμερα στην πλήρη ενσωμάτωσή της στην κλινική πράξη για την εξατομικευμένη θεραπεία.

## Ιστορικά Ορόσημα

- 1950:** Ο Alan Turing διατυπώνει για πρώτη φορά την ιδέα της μηχανικής προσομοίωσης της ανθρώπινης ευφυΐας.
- Ο όρος «Τεχνητή Νοημοσύνη»** καθιερώθηκε το 1956 από τον John McCarthy.

**Πρώιμα Στάδια (Δεκαετίες 1970-1990):** Η αρχή γίνεται με τα «έμπειρα συστήματα» (expert systems), τα οποία χρησιμοποιούσαν κανόνες για τη διάγνωση ασθενειών. Παραδείγματα όπως το MYCIN (για λοιμώξεις) έδειξαν τις δυνατότητες, αλλά η περιορισμένη υπολογιστική ισχύς περιόρισε την ευρεία χρήση τους.

**Δεκαετία του 1990:** Εισάγονται τα πρώτα συστήματα **Computer-Aided Detection (CAD)**, κυρίως στη μαστογραφία, για τον εντοπισμό ύποπτων αλλοιώσεων που μπορεί να διέφευγαν από το ανθρώπινο μάτι.

- Ανάπτυξη και Ψηφιοποίηση (2000-2010):** Με την έλευση των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων και την ψηφιοποίηση των ιατρικών εικόνων (MRI, CT), άρχισαν να συλλέγονται μεγάλα δεδομένα (Big Data) που είναι απαραίτητα για την εκπαίδευση αλγορίθμων.
- Επανάσταση της Βαθιάς Μάθησης (2010-2020):** Η χρήση νευρωνικών δικτύων (deep learning) επέτρεψε την ανάλυση με ακρίβεια εικόνων (CT, MRI) και θεραπειών όγκων δεδομένων (βιοψίες) ώστε σε ορισμένες περιπτώσεις ξεπερνιέται η διάγνωση του ειδικού, κυρίως

στην ακτινολογία, τη δερματολογία και την οφθαλμολογία. απεικονίσεις (CT, MRI) και βιοψίες με ακρίβεια που συχνά ξεπερνά αυτή των ειδικών.

- Σύγχρονη Εποχή (2020-σήμερα):** Η TN γίνεται πλέον εργαλείο καθημερινής κλινικής πράξης. Εφαρμόζεται στη γονιδιωματική, την ανακάλυψη φαρμάκων, την πρόβλεψη κινδύνου για ασθενείς και την εξατομικευμένη ιατρική.

## ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ (TN) ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ TN

Η χρήση της TN κλινική Ογκολογία έχει και σημαντικούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων των **μεροληπτικών αλγορίθμων (η ακρίβεια των αλγορίθμων δεν είναι πάντα τέλεια)** που διαιωνίζουν ανισότητες, της **έλλειψης διαφάνειας** (φαινόμενο "μαύρου κουτιού"), και της **νομικής/ηθικής ευθύνης** σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος. Επιπλέον, κίνδυνο αποτελεί η πιθανότητα **ανακριβών διαγνώσεων**, η μείωση της ανθρώπινης επαφής, καθώς και η εξάρτηση από την τεχνολογία.

Σύμφωνα με την προσωπική μου εκτίμηση, παρά τις δυνατότητες της TN, η χρήση της στην κλινική ογκολογία βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο. Τα βασικά εμπόδια περιλαμβάνουν:

- Ποιότητα δεδομένων:** Η ακρίβεια και η αξιοπιστία των δεδομένων εκπαίδευσης είναι κρίσιμες. Τα μεροληπτικά ή ελλιπή δεδομένα μπορεί να οδηγήσουν σε εσφαλμένα αποτελέσματα.
- Νομικό πλαίσιο:** Πολλά εργαλεία TN δεν είναι ακόμη εγκεκριμένα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και απαιτούν πιστοποίηση σύμφωνα με τους διεθνείς κανονισμούς.
- Εμπιστοσύνη:** Η αποδοχή της TN από την ιατρική κοινότητα και τους ασθενείς εξαρτάται από την κατανόηση της τεχνολογίας και την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητά της.

## Προσωπικά πιστεύω στην κατανόηση της σημασίας της ρύθμισης και της εκπαίδευσης

Η αποτελεσματική ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης στην κλινική πρακτική απαιτεί την ανάπτυξη σαφούς νομικού πλαισίου και την παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς και οι γιατροί χρειάζονται χρόνο και εξοικείωση για να εμπιστευθούν πλήρως τα νέα αυτά εργαλεία.

## ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ Η ΤΝ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ (ΚΝ)

Τα ΚΝ σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα παγκοσμίως. Η πρόοδος στην πρόληψη, τον έλεγχο, τη διάγνωση, τη διαχείριση και την επιβίωση ήταν σημαντική τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις στην παροχή ιατρικής φροντίδας εξατομικευμένης και προσανατολισμένης στα τρέχοντα δεδομένα. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως συμβαίνουν στον τομέα της Κλινικής Ογκολογίας παγκοσμίως, κατ'έτος, >500.000 λάθη που επάγουν νοσηρότητα και θνητότητα.

Η ΤΝ εν προκειμένω αποτελεί κλάδο της επιστήμης των υπολογιστών που λειτουργεί με την προσομοίωση ευφυούς συμπεριφοράς σε υπολογιστές. Αυτοί οι υπολογιστές ακολουθούν αλγόριθμους που έχουν δημιουργηθεί από ανθρώπους ή μαθαίνονται από τον υπολογιστή για να υποστηρίξουν αποφάσεις και να ολοκληρώσουν ορισμένες εργασίες. Οι εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης στην ογκολογία περιλαμβάνουν ενδεικτικά τη βελτιστοποίηση της έρευνας για τον καρκίνο, την καλύτερευση της κλινικής πρακτικής (πρόβλεψη αποτελεσματικότητας θεραπειών, πρόγνωση εξέλιξης του ασθενούς) και την καλύτερη κατανόηση της μοριακής βιολογίας του όγκου.

## ΤΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΚΝ

Τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να εφαρμοστεί σε προκλινικά μοντέλα όπως η βασική ή μεταφραστική έρευνα για την ανάπτυξη πιθανών φαρμάκων κατά του καρκίνου. Οι δοκιμές νέων δραστικών ουσιών μπορούν να προσομοιωθούν και να προβλέψουν την αποτελεσματικότητα των αντικαρκινικών θεραπειών στο εργαστήριο, αυξάνοντας την πιθανότητα καλύτερων αποτελεσμάτων σε πειράματα σε ζωντανούς οργανισμούς, επιταχύνοντας κατ'επέκταση την πρόοδο στην έρευνα.

Οι κλινικές δοκιμές μπορούν επίσης να γίνουν περισσότερο αποτελεσματικές με τη χρήση της ΤΝ καθώς αυτή διευκολύνει την επιλογή ασθενών με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού τους. Παράλληλα συνδράμει αποτελεσματικά στη συλλογή και αποθήκευση των δεδομένων, όπως επίσης και στη στατιστική ανάλυσή τους, οδηγώντας σε αξιόπιστα αποτελέσματα και την κριτική αξιολόγηση αυτών.

## Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΝ

Μία από τις πλέον αξιόλογες εφαρμογές της ΤΝ στην κλινική ογκολογία είναι η ικανότητα των μηχανημάτων να δουν και να ερμηνεύσουν στοιχεία ΚΝ που το ανθρώπινο μάτι δε μπορεί να δει ή παρερμηνεύει. Αυτό βοηθάει στην πρόληψη, έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση διάφορων δύσκολων μορφών ΚΝ.

Στην ακτινο-ογκολογία υπάρχουν πολλές εφαρμογές της ΤΝ, συμπεριλαμβανομένων αλγορίθμων, για την ανάλυση των δεδομένων απεικόνισης. Κάποια από αυτά για παράδειγμα βοηθούν στην αξιολόγηση των διάφορων όγκων ως προς την πιθανότητα κακοήθους φύσης τους, όπως επίσης και στη σωστή ανάγνωση των μαστογραφιών και υπερήχων, ελαχιστοποιώντας τα ψευδώς θετικά ή αρνη-

τικά ευρήματα. Στην **Ιατρική Απεικόνιση**, αλγόριθμοι αναλύουν ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες για τον εντοπισμό όγκων, καταγμάτων ή άλλων παθολογιών. Τα προγράμματα τεχνητής νοημοσύνης που υποστηρίζουν την αξιολόγηση κολλοσκοπικών εικόνων έχουν δείξει υψηλή ακρίβεια στην ανίχνευση προκαρκινικών βλαβών και την πρόβλεψη κακοήθους εξαλλαγής τους στα πλαίσια του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η κολονοσκόπηση με τη χρήση τεχνητής νοημοσύνης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική παρέμβαση για την διάκριση καλοήθων πολυπόδων από κακοήθεις μάζες. Η ακριβής αυτή διάγνωση μπορεί να επιτρέψει την ελαχιστοποίηση της υπερ-θεραπείας μειώνοντας την τοξικότητα και τις επιπλοκές για τον ασθενή.

Η ραδιο-γενομική (radio-genomics), η συνδυαστική δηλαδή εκτίμηση της απεικόνισης ενός ΚΝ σε σχέση με την ανάλυση του γονιδιακού του profile συνιστά μία από τις τελευταίες εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης και αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην εξάσκηση της εξατομικευμένης ιατρικής.

**Υποστήριξη Λήψης Αποφάσεων:** Εργαλεία που βοηθούν τους ιατρούς να επιλέξουν την καλύτερη θεραπεία (σε κάθε τομέα – και χειρουργικό), μειώνοντας τον χρόνο εξέτασης και βελτιστοποιώντας τη χρήση των νοσοκομειακών πόρων.

**Γενικώς στην Διαγνωστική Υποστήριξη:** Συστήματα ΤΝ βοηθούν τους γιατρούς να λαμβάνουν πιο έξυπνες και ασφαλείς αποφάσεις, αναλύοντας ταχύτερα το ιστορικό και τις εξετάσεις του ασθενούς

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΜΕΣΩ ΤΝ

Μέχρι τα τέλη του περασμένου αιώνα, η επιλογή των ογκολογικών θεραπειών βασιζόταν αποκλειστικά στη θέση και την ιστολογική εμφάνιση του όγκου. Η καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας του καρκινικού κυττάρου και του μικροπεριβάλλοντός του οδήγησε στη σύνθεση νέων φαρμάκων όπως οι στοχευμένες θεραπείες, με βάση μοριακές αλλοιώσεις (biomarkers) που διακρίνουν τα καρκινικά κύτταρα από τα φυσιολογικά. Έτσι δημιουργήθηκε σταδιακά η έννοια της ιατρικής ακριβείας. Οι πρώτοι στόχοι που εντοπίστηκαν ήταν γενετικές τροποποιήσεις του DNA των καρκινικών κυττάρων που προάγουν τον πολλαπλασιασμό τους.

Στην ογκολογία, έχουμε σήμερα τουλάχιστον μία εκατοντάδα στοχευμένων θεραπειών που χορηγούνται σε ασθενείς με βάση την παρουσία ενός βιοδείκτη. Η δυνατότητα ενδεδειγμένης ανάλυσης του γονιδιώματος (next generation sequencing) ενός μεγάλου αριθμού καρκινικών όγκων διαφορετικής φύσης έχει αποκαλύψει σχεδόν εκατομμύρια γονιδιακές αλλοιώσεις που αφορούν εκατοντάδες γονίδια και η τεχνητή νοημοσύνη έχει παίξει καθοριστικό ρόλο σε αυτό.

## ΤΝ ΚΑΙ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόβλεψη της πιθανότητας ανταπόκρισης μιας κακοήθειας στη θεραπεία μπορεί να προσεγγιστεί με αλγόριθμους και βοηθά στη λήψη σωστών θεραπευτικών

αποφάσεων. Η πρόωμη για παράδειγμα αξιολόγηση της πιθανότητας αποτελεσματικότητας της νεο-επικουρικής (προ-εγχειρητικής) θεραπείας είναι μεγάλης σημασίας, καθώς επιτρέπει την αναγνώριση των ασθενών που θα ήταν υποψήφιοι για μια πιο συντηρητική προσέγγιση και την αποφυγή μεγάλων χειρουργείων.

Η ορθολογιστική και εύστοχη χρήση των σύγχρονων ογκολογικών θεραπειών υψηλού κόστους, όπως οι στοχευμένες θεραπείες και η ανοσοθεραπεία, είναι πολύ σημαντική και η τεχνητή νοημοσύνη έχει ξεκάθαρο ρόλο σε αυτό, μέσω ανάλυσης προβλεπτικών προγραμμάτων (multi-omics machine learning predictors) που λαμβάνουν υπόψη διάφορα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων όπως το μικροπεριβάλλον τους και η αλληλεπίδρασή τους με το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή. **Γενικά στους τομείς Πρόγνωσης και Πρόληψης:** Η ανάλυση μεγάλων δεδομένων επιτρέπει την πρόβλεψη εξέλιξης ασθενειών.

### ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΙ TN

Εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης έχουν βρει χρήση και σε προβλεπτικά μοντέλα αξιολόγησης πιθανής τοξικότητας που σχετίζεται με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Αυτά βοηθούν στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων και τη μεγιστοποίηση του οφέλους διάφορων θεραπευτικών μεθόδων υποστηρίζοντας την εξατομικευμένη χρήση και το δοσολογικό υπολογισμό τους.

Διάφορα στατιστικά προγράμματα πληροφορικής μπορούν να προβλέψουν με σχετική ακρίβεια τη συχνότητα επίσκεψης ασθενών στα επείγοντα και τις εισαγωγές στο νοσοκομείο εξαιτίας συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου. Η χρήση αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη βοηθά στην παροχή μιας καλύτερης προληπτικής υποστηρικτικής προσέγγισης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Επίσης βελτιώνει τις συνθήκες περίθαλψης αυτών, αλλά μπορεί συγχρόνως να ανακουφίσει τα υγειονομικά συστήματα από το βάρος των νοσηλείων που μπορούν να προληφθούν ή αποφευχθούν.

### ΕΠΙΒΙΩΣΗ & ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πρωτόκολλα για την πρόβλεψη της επιβίωσης έχουν αναπτυχθεί για πολλούς τύπους καρκίνου, όπως αυτών του μαστού, του προστάτη και του πνεύμονα. Οι αλγόριθμοι που βασίζονται στην τεχνητή νοημοσύνη έχουν δείξει καλύτερη ακρίβεια για την πρόβλεψη της επιβίωσης σε σχέση με συμβατικές αναλυτικές προσεγγίσεις, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην προσαρμογή των ογκολογικών στρατηγικών για κάθε ασθενή. Για παράδειγμα σε

ασθενείς υψηλού κινδύνου υποτροπής της ογκολογικής νόσου τους το θεραπευτικό σχήμα μπορεί να εντατικοποιηθεί εγκαίρως, ενώ παρεμβάσεις με οριακό όφελος για ασθενείς χαμηλού κινδύνου αντίστοιχα θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

**Ο κίνδυνος επανεμφάνισης** ή υποτροπής της νόσου μετά από μία θεραπεία μπορεί να προβλεφθεί χρησιμοποιώντας έξυπνα υπολογιστικά μοντέλα. Η χρήση αυτών είναι σημαντική στα πλαίσια της σύγχρονης ογκολογίας καθώς συνεισφέρει στη βελτιστοποίηση του πλάνου εξατομικευμένης παρακολούθησης του ασθενή.

### Η ΤΝ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Όλες οι προαναφερθείσες εφαρμογές της καθιστούν αναμφισβήτητη την TN αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης Ογκολογίας. Η ταχύτητα εξέλιξής της μας προετοιμάζει για ακόμα μεγαλύτερα επιτεύγματα στην υπηρεσία της επιστήμης. Η θέση του κλινικού ιατρού είναι κομβική και η σχέση του με τον ασθενή αναντικατάστατη. Καλείται να διαχειριστεί τα τεχνολογικά αυτά επιτεύγματα με κριτική διάθεση και ηθική προσέγγιση, με μοναδικό και απώτερο όφελος αυτό που σχετίζεται με τον ασθενή του. Το γνωστικό πεδίο είναι μεγάλο, αλλά ο ιατρός εκμεταλλευόμενος την πρόσβασή του στις βάσεις δεδομένων (oncogenomic and molecular databases) που του επιτρέπει η τεχνητή νοημοσύνη, πετυχαίνει τη βέλτιστη αξιολόγησή του. Η ιατρική ενημέρωση για τις τελευταίες εξελίξεις και η άριστη κατάρτιση των ιατρών θα παραμένουν πάντα βασικές προϋποθέσεις για την εξάσκηση της σύγχρονης Ογκολογίας στο συνεχή αγώνα προσφοράς της ύψιστης φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή.

### ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ

Η ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) στην ιατρική αποτελεί μια εξελισσόμενη διαδικασία που μεταμορφώνει τον τομέα της υγείας, μεταβαίνοντας από απλούς αλγόριθμους σε προηγμένα συστήματα βαθιάς μάθησης (deep learning) που υποστηρίζουν τη διάγνωση και τη θεραπεία. Παρά την ταχεία εξέλιξη, υπάρχουν αντιστάσεις και ζητήματα προς επίλυση, όπως η βιοηθική, η νομική ευθύνη σε περίπτωση λάθους, η προστασία προσωπικών δεδομένων και η διασφάλιση της ακρίβειας των αλγορίθμων. Ο στόχος είναι η TN να λειτουργεί υποστηρικτικά προς τον γιατρό και όχι αντικαθιστώντας τον.

**Λέξεις κλειδιά:** Τεχνητή νοημοσύνη, κακοήθη νεοπλασμάτα, θεραπευτική επιλογή, επιβίωση, υποτροπή, επιπλοκές.

## ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΙΔΕΑ ΓΙΑ ΤΟ Ε.Σ.Υ.

### Γ. Γεωργοπούλου

*Ψυχίατρος, Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεύτρια MSc, Ψυχαναλύτρια Ομάδας, Επιμελήτρια Α', Υπεύθυνη Ειδικού Ιατρείου Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η περιορισμένη και αποσπασματική παροχή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αναδεικνύει την ανάγκη για ανάπτυξη δομημένων, θεωρητικά συνεκτικών και θεσμικά ενταγμένων παρεμβάσεων ψυχικής υγείας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός καινοτόμου μοντέλου ενσωμάτωσης ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας σε δημόσιο νοσοκομειακό πλαίσιο.

**Μέθοδος:** Αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε ειδικό ιατρείο ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, πλήρως ενταγμένο στους υφιστάμενους μηχανισμούς του συστήματος (πρόσβαση μέσω 1535, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αποζημίωση μέσω ΕΟΠΥΥ). Το μοντέλο οργανώνεται σε τέσσερις άξονες — κλινικό, εκπαιδευτικό, εποπτικό και ερευνητικό — και βασίζεται σε εποπτευόμενη κλινική πρακτική με διασφάλιση σταθερού θεραπευτικού πλαισίου.

**Αποτελέσματα:** Η εφαρμογή του μοντέλου σε συνθήκες νοσοκομείου πρώτης γραμμής κατέδειξε τη λειτουργικότητα, την οικονομική βιωσιμότητα και την υψηλή κοινωνική

απήχηση της παρέμβασης. Κατέστη δυνατή η παροχή συστηματικής ψυχοθεραπευτικής φροντίδας σε ασθενείς που έως πρότινος δεν είχαν αντίστοιχη πρόσβαση, χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση του συστήματος. Παράλληλα, ενισχύθηκε η εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τέθηκαν οι βάσεις για τη συγκρότηση οργανωμένης ερευνητικής δραστηριότητας.

**Συμπεράσματα:** Το προτεινόμενο μοντέλο συνιστά μία από τις πρώτες συστηματικές και θεσμικά ενταγμένες εφαρμογές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Αναδεικνύει τη δυνατότητα ανάπτυξης παρεμβάσεων υψηλής θεωρητικής συγκρότησης και κλινικής αξίας, οι οποίες είναι ταυτόχρονα οικονομικά βιώσιμες και κοινωνικά προσβάσιμες. Η δομή αυτή δύναται να λειτουργήσει ως πρότυπο για την πιλοτική επέκταση αντίστοιχων υπηρεσιών, συμβάλλοντας σε ένα πιο ολοκληρωμένο και ανθρωποκεντρικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας στο ΕΣΥ.

**Λέξεις κλειδιά:** Καινοτομία, ψυχανάλυση, ΕΣΥ.

## Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**Ε. Λουτράρη<sup>1#</sup>, Π. Αγιουτάντης<sup>2</sup>, Δ. Κωνστανόπουλος<sup>1</sup>, Β.-Ζ. Αρβανίτη<sup>1</sup>, Γ.-Ι. Πούπουζας<sup>1</sup>,  
Α. Ριζά<sup>1</sup>, Ε. Λίτσιου<sup>1</sup>, Ε. Τσιασιώτη<sup>1</sup>, Ν. Αθανασίου<sup>1</sup>, Μ. Χρόνη<sup>3</sup>, Γ. Βατσέλλας<sup>4</sup>, Φ.Ν. Κολίσης<sup>2</sup>,  
Ν. Ροβίνα<sup>5</sup>, Ν. Μήκος<sup>6</sup>, Σ. Τριάντος<sup>7</sup>, Β. Γκουλιώνη<sup>8</sup>, Τ. Καραμήτρος<sup>9</sup>, Π. Κατσαούνου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας, Σχολή Χημικών Μηχανικών ΕΜΠ, <sup>3</sup>ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>4</sup>Ελληνικό Κέντρο Γονιδιωματικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, <sup>5</sup>Α' Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, <sup>6</sup>Αλλεργιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», <sup>7</sup>ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Α. «Ερυθρός Σταυρός», <sup>8</sup>ΩΡΛ Τμήμα, Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος», <sup>9</sup>Μονάδα Βιοπληροφορικής και Εφαρμοσμένης Γενωμικής, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ

**Εισαγωγή:** Η χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες και συνυπάρχον άσθμα (CRSwNP+AS) αποτελεί μια ιδιαίτερα επιβαρυντική και συχνά υποτροπιάζουσα φλεγμονώδη νόσο, με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα των ασθενών. Η μεπολιζουμάμπη, ένας βιολογικός παράγοντας έναντι της IL-5, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει σημαντικά τα κλινικά συμπτώματα σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», όπου παρακολουθείται αρκετά μεγάλος αριθμός πασχόντων με σοβαρούς φαινότυπους CRSwNP επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε όχι μόνο την κλινική ανταπόκριση, αλλά και τη συστηματική βιολογική επίδραση της θεραπείας σε επίπεδο μικροβιώματος και ανοσολογικής ομοιοστάσης.

**Μέθοδος:** Στη μελέτη (NCT06069310) συμπεριλήφθηκαν 23 ασθενείς με CRSwNP (16 με συνυπάρχον άσθμα, 7 χωρίς άσθμα) που ξεκίνησαν θεραπεία με μεπολιζουμάμπη και 18 υγιείς μάρτυρες. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε στην έναρξη, στους 3 και στους 6 μήνες και περιλάμβανε κλινικές παραμέτρους (ενδοσκοπική εκτίμηση ρινικών πολυπόδων, SNOT-22, ACT, AQLQ, FeNO, σπιρομέτρηση, ταλαντοσιμετρία) καθώς και δειγματοληψίες από ρινικό βλεννογόνο, προκλητά πτύελα και αίμα. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν σύγχρονες τεχνικές ανάλυσης κυτταροκινών ορού με πολυπλεγματικές ανοσοδοκιμασίες, μικροβιώματος και συνολικού μεταγραφώματος σε προκλητά πτύελα και ρινικά επιχρίσματα καθώς και μεταγραφώματος μονήρων μονοπύρηνων κυττάρων περιφερειακού αίματος με στόχο τη χαρτογράφηση των συστηματικών ανοσολογικών αλλαγών.

**Αποτελέσματα:** Κλινικά, η μεπολιζουμάμπη οδήγησε σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, με σταθερή μείωση των τιμών SNOT-22 και της ενδοσκοπικής βαθμολογίας των πολυπόδων. Παράλληλα, παρατηρήθηκε βελτίωση του ελέγχου του άσθματος (ACT, AQLQ) και της πνευμονικής λειτουργίας. Η μείωση των ηωσινοφίλων σε αίμα και αεραγωγούς ήταν εντυπωσιακή και στατιστικά σημαντική ( $p < 0.01$ ), επιβεβαιώνοντας τη στοχευμένη δράση του φαρμάκου.

Σε βιολογικό επίπεδο, το μικροβίωμα και το μεταγραφικό προφίλ διέφεραν σημαντικά ( $FDR < 0.05$ ) μεταξύ

άνωτερων και κατώτερων αεραγωγών. Οι ασθενείς στην έναρξη παρουσίαζαν σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες έντονη δυσβίωση, δηλαδή απορρύθμιση της μικροβιακής χλωρίδας σε άνω και κάτω αεραγωγούς, με μειωμένη α-ποικιομορφία και ενεργοποίηση φλεγμονωδών μεταγραφικών προγραμμάτων ( $FDR < 0.05$ ). Μετά τη θεραπεία, παρατηρήθηκε αναδόμηση των μικροβιακών κοινοτήτων και σημαντική αποκατάσταση δυσλειτουργικών φλεγμονωδών και μεταβολικών οδών σε ανώτερους και κατώτερους αεραγωγούς ( $FDR < 0.05$ ). Η ανάλυση μεταγραφώματος μονήρων μονοπύρηνων κυττάρων περιφερειακού αίματος ανέδειξε εκτεταμένες βασικές ανοσολογικές διαταραχές στους ασθενείς έναντι των υγιών ενώ μετά τη θεραπεία παρατηρήθηκε εξισορρόπηση της αφθονίας σε υποπληθυσμούς Β-κυττάρων. Τέλος, παρατηρήθηκε ήπια τροποποίηση των επιπέδων κυτταροκινών του ορού.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η μεπολιζουμάμπη προσφέρει κλινική βελτίωση μέσα από μια πολυεπίπεδη ρύθμιση μηχανισμών σε επίπεδο μικροβιώματος και ανοσολογικού προφίλ που συνδέονται με βασικές πτυχές της χρονιότητας στη CRSwNP+AS. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη χρήση της ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με σοβαρούς φαινότυπους CRSwNP ανοίγοντας τον δρόμο για πιο εξατομικευμένες παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, η μελέτη αυτή ενισχύει το ρόλο του «Ευαγγελισμού» ως κέντρου που συνδυάζει κλινική εμπειρία υψηλού επιπέδου με σύγχρονη συστηματική βιολογική έρευνα, προσφέροντας στοχευμένες και αποτελεσματικές θεραπείες στους ασθενείς με αποφρακτικά νοσήματα.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες, άσθμα, μικροβίωμα, χρόνια φλεγμονή.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Ελένη Λουτράρη

Τηλ.: 6972726810

e-mail: elloutrar@med.uoa.gr

## ΤΟ ABCDE ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΣΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

**Α. Τερζή<sup>1</sup>, Δ. Παναγίδης<sup>2</sup>, Μ. Φωτεινόπουλος<sup>3</sup>, Δ. Πατσατζή<sup>3</sup>, Κ. Μπουλέκου<sup>3</sup>, Δ. Μώκος<sup>4</sup>,  
Ε. Σιγάλα<sup>5</sup>, Γ. Σιδηράς<sup>6</sup>, Α. Μανδραβέλη<sup>7</sup>, Β. Πίκουλα<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>RN, MSc, Προϊσταμένη ΤΕΠ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>2</sup>RN, MSc, PhD, Προϊστάμενος ΤΕΠ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>3</sup>RN, MSc, ΤΕΠ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>4</sup>RN, MSc, ΑΚΑ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>5</sup>RN, MSc, PhD, Υπ. Γραφείου Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>6</sup>RN, MSc, PhD, Προϊστάμενος, Μονάδα Εμφραγμάτων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>7</sup>RN, MSc, PhD, Προϊσταμένη 5<sup>ου</sup> Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», <sup>8</sup>RN, MSc, Προϊσταμένη 4<sup>ου</sup> Νοσηλευτικού Τομέα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Η άμεση και συστηματική εκτίμηση του πολυτραυματία ασθενούς στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση και την πρόληψη δευτερογενών κακώσεων. Σκοπός του κλινικού φροντιστηρίου ήταν η ενίσχυση της γνώσης και των κλινικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στην ορθή και έγκαιρη εφαρμογή της προσέγγισης ΧΑΒCDE στον πολυτραυματία ασθενή στο ΤΕΠ.

Η προσέγγιση ΧΑΒCDE εφαρμόζεται με αυστηρή ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ξεκινώντας από τον άμεσο έλεγχο της εξωτερικής αιμορραγίας (X-eXsanguination), με χρήση άμεσης πίεσης, αιμοστατικών μέσων ή τουρνικέ, όπου ενδείκνυται. Ακολουθεί η διασφάλιση του αεραγωγού (A-Airway) με ταυτόχρονη προστασία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, καθώς και η εκτίμηση της αναπνοής (B-Breathing) με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση απειλητικών καταστάσεων, όπως ο πνευμοθώρακας υπό τάση. Η εκτίμηση της κυκλοφορίας (C-Circulation) περιλαμβάνει την αναγνώριση σημείων καταπληξίας, τον έλεγχο της αιμορραγίας και την άμεση υποστήριξη της αιμοδυναμικής κατάστασης. Η νευρολογική εκτίμηση (D-Disability) επικεντρώνεται στο επίπεδο συνείδησης και στην αναγνώριση πρώιμων σημείων νευρολογικής επιδείνωσης, ενώ η πλήρης έκθεση του ασθενούς (E - Exposure) επιτρέπει την αναγνώριση κακώσεων

που δεν είναι άμεσα εμφανείς, με παράλληλη πρόληψη της υποθερμίας. Η διαδικασία συνοδεύεται από συνεχή επανεκτίμηση και αποτελεσματική ομαδική συνεργασία.

Η εκπαιδευτική προσέγγιση βασίστηκε στη σύνδεση θεωρητικής γνώσης με την κλινική πράξη, ενισχύοντας την κατανόηση της αλληλουχίας των παρεμβάσεων και της σημασίας της ταχύτητας και της ακρίβειας στην εφαρμογή του ΧΑΒCDE. Αναδείχθηκε ότι η συστηματική εκπαίδευση και η πιστοποίηση των επαγγελματιών υγείας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματική και ασφαλή αντιμετώπιση του πολυτραυματία ασθενούς.

**Συμπερασματικά**, η ορθή και συστηματική εφαρμογή της προσέγγισης ΧΑΒCDE στον πολυτραυματία ασθενή στο ΤΕΠ συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της έκβασης, ενισχύοντας την ασφάλεια των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής ομάδας.

**Λέξεις κλειδιά:** Πολυτραυματίας, ΧΑΒCDE, ΤΕΠ, εκπαίδευση, επείγουσα φροντίδα.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Τερζή

Τηλ.: 6953049009, e-mail: terzi\_angie@yahoo.com

## ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ\*

### A. Ζαφειροπούλου

MSc "Καρδιοαναπνευστική Αποκατάσταση και Αποκατάσταση πασχόντων ΜΕΘ", Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί βασικό πυλώνα στη σύγχρονη φροντίδα ασθενών τόσο στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) όσο και στην κλινική, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση της αναπνευστικής και λειτουργικής τους κατάστασης. Οι ασθενείς στη ΜΕΘ εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών λόγω παρατεταμένης ακινητοποίησης, μηχανικού αερισμού και βαρύτητας της νόσου, γεγονός που συχνά οδηγεί σε μυϊκή αδυναμία, γνωστή ως ICU-acquired weakness (ICUAW), καθώς και σε σημαντική μείωση της λειτουργικότητας.

Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση στο περιβάλλον της ΜΕΘ στοχεύει στη βελτίωση του πνευμονικού αερισμού, στην απομάκρυνση των εκκρίσεων, στην υποστήριξη της διαδικασίας αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό και στην πρόληψη ή αντιμετώπιση της μυϊκής αδυναμίας μέσω πρώιμης κινητοποίησης. Οι κύριες τεχνικές περιλαμβάνουν αναπνευστικές παρεμβάσεις, όπως τεχνικές κάθαρσης αεραγωγών (Airway Clearance Techniques), εφαρμογή θετικής τελοεκπνευστικής πίεσης (PEP), καθώς και εκπαίδευση των αναπνευστικών μυών (Inspiratory Muscle Training – IMT). Παράλληλα, εφαρμόζονται κινητικές παρεμβάσεις που κυμαίνονται από παθητικές κινήσεις έως ενεργητική κινητοποίηση και βάδιση, με στόχο τη σταδιακή αποκατάσταση της λειτουργικότητας.

Η εφαρμογή των παρεμβάσεων αυτών βασίζεται σε συνεχή και συστηματική αξιολόγηση του ασθενή, με χρήση αντικειμενικών εργαλείων μέτρησης της μυϊκής ισχύος και της

λειτουργικής κατάστασης, καθώς και σε αυστηρά κριτήρια ασφάλειας, προκειμένου να διασφαλίζεται η ανοχή και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Στην κλινική φάση, η προσέγγιση διαφοροποιείται, καθώς ο ασθενής είναι πλέον αιμοδυναμικά σταθερός και ο κύριος στόχος μετατοπίζεται προς την αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας, τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και αντοχής, καθώς και την επανένταξη στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Η μετάβαση από τη ΜΕΘ στην κλινική αποτελεί συνέχεια της ίδιας θεραπευτικής διαδικασίας και απαιτεί εξατομικευμένο σχεδιασμό.

Η αποτελεσματική αποκατάσταση προϋποθέτει στενή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών, φυσικοθεραπευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας. Συμπερασματικά, η έγκαιρη και τεκμηριωμένη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των επιπλοκών, στη βελτίωση της κλινικής έκβασης και στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Φυσικοθεραπεία, πρώιμη κινητοποίηση, αναπνευστική αποκατάσταση, διεπιστημονική προσέγγιση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6987780181

e-mail: zafeiropoulouaggeliki3@gmail.com

\* Μεταπτυχιακή εργασία στο Τμήμα Καρδιοαναπνευστικής Αποκατάστασης και Εργοσπιρομετρίας της Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ, Ευαγγελισμός.

# ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**Δ. Σπαγουλάκης, Α. Ασημάκος, Ε. Παπουτσή, Σ. Σπετσιώτη, J. Beard, Π. Κατσαούνου**

*Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Η αναπνευστική επανεκπαίδευση αποτελεί εξειδικευμένη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση που στοχεύει στην αποκατάσταση ενός φυσιολογικού, αποδοτικού και σταθερού αναπνευστικού προτύπου. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με ποικίλες κλινικές εικόνες — χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), Long COVID, ανεξήγητη δύσπνοια — στους οποίους συχνά ανιχνεύεται δυσλειτουργική αναπνοή (ΔΑ): μια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από παθολογικές μεταβολές του αναπνευστικού προτύπου, χωρίς απαραίτητα να συνοδεύεται από υποκείμενη οργανική νόσος. Η ΔΑ εκδηλώνεται κυρίως ως υπεραερισμός (Hyperventilation Pattern, HV) ή ως ακανόνιστη αναπνοή (Erratic Breathing, EB), και ο ρόλος της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας στη διαχείρισή της είναι κεντρικός: ο φυσικοθεραπευτής αναλαμβάνει την κλινική αξιολόγηση του αναπνευστικού προτύπου, τον καθορισμό του τύπου δυσλειτουργίας και τη διαμόρφωση εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου επανεκπαίδευσης.

Στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η αναπνευστική επανεκπαίδευση αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της πνευμονικής αποκατάστασης. Η νόσος συνοδεύεται από παγίδευση αέρα, υπερδιάταση και αναδιαμόρφωση του αναπνευστικού μοτίβου, με κυριαρχία της θωρακικής αναπνοής και υπολειτουργία του διαφράγματος. Οι τεχνικές που εφαρμόζονται στοχεύουν στην ενεργοποίηση της διαφραγματικής αναπνοής, στην επιβράδυνση του εκπνευστικού ρυθμού μέσω της αναπνοής με σφιγμένα χείλη (pursed-lip breathing) και στη βελτίωση του συγχρονισμού θώρακα-κοιλίας. Συχνά ανιχνεύεται παράλληλη δυσλειτουργία του αναπνευστικού προτύπου, η οποία επιδεινώνει τη δύσπνοια και μειώνει την ανοχή στην άσκηση πέρα από ό,τι αιτιολογεί η βαρύτητα της απόφραξης.

Στην πνευμονική ίνωση, η μειωμένη πνευμονική διατασιμότητα επιβάλλει αύξηση του αναπνευστικού έργου και ωθεί σε ρηχή, ταχύπνοια αναπνοή, συχνά με θωρακική κυριαρχία. Η αναπνευστική επανεκπαίδευση επικεντρώνεται στη βελτίωση της αναπνευστικής μηχανικής μέσω τεχνικών ελεγχόμενης αναπνοής, με στόχο τη μείωση της αναπνευστικής συχνότητας, τη βελτιστοποίηση του αναπνεόμενου όγκου και τον περιορισμό της δύσπνοιας κατά την κόπωση. Παράλληλα, αντιμετωπίζεται η μυοσκελετική δυσλειτουργία της αναπνευστικής αντλίας, με εκπαίδευση σε θέσεις εκφόρτισης και τεχνικές ενεργειακής διαχείρισης

που επιτρέπουν στον ασθενή να ολοκληρώνει καθημερινές δραστηριότητες με μικρότερο αναπνευστικό κόστος.

Πέρα από τη ΔΑ, οι τεχνικές αναπνευστικής φυσικοθεραπείας εφαρμόζονται και σε άλλες κατηγορίες νοσημάτων. Στις βρογχεκτασίες, η αποτελεσματική απόχρεμψη αποτελεί κεντρικό στόχο: τεχνικές όπως η ενεργός κύκλος αναπνοής (ACBT), η αυτογενής παροχέτευση (autogenic drainage) και η εκπνοή με θετική εκπνευστική πίεση (PEP/OPEP) χρησιμοποιούνται για την κινητοποίηση και αποβολή εκκρίσεων, μειώνοντας τις παροξύνσεις και βελτιώνοντας τη λειτουργική κατάσταση. Ανάλογα, σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα, νευρομυϊκά νοσήματα που επηρεάζουν την αναπνοή ή ασθενείς που ανακάμπτουν από μακρά νοσηλεία σε ΜΕΘ, η αναπνευστική φυσικοθεραπεία προσφέρει εξατομικευμένες παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν τόσο τη μηχανική όσο και τη λειτουργική διάσταση της αναπνοής.

Στο τμήμα μας, η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αξιοποιείται ως εργαλείο αντικειμενικής τεκμηρίωσης της ΔΑ και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Μετά την ανάλυση εργοσπιρομετρικών δεδομένων εκτεταμένης σειράς ασθενών, η οποία αποτέλεσε τη βάση σχεδιασμού της θεραπευτικής μας προσέγγισης, ξεκίνησε προοπτική παρακολούθηση 14 ασθενών με επιβεβαιωμένη ΔΑ (HV ή EB), εκ των οποίων οι 12 έχουν ολοκληρώσει το πλήρες πρόγραμμα αναπνευστικής αποκατάστασης. Στους ολοκληρώσαντες παρατηρήθηκε κλινικά σημαντική βελτίωση του αναπνευστικού προτύπου, μείωση της υποκειμενικής δύσπνοιας (κλίμακα Borg) και βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας, τεκμηριωμένη με επαναληπτική CPET. Η αναπνευστική φυσικοθεραπεία, μέσω εξατομικευμένης παρέμβασης στον τύπο και τη βαρύτητα της δυσλειτουργίας, διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτής της κλινικά υποεκτιμημένης οντότητας.

**Λέξεις κλειδιά:** Αναπνευστική επανεκπαίδευση, δυσλειτουργική αναπνοή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμονική ίνωση, airway clearance.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Δημήτριος Σπαγουλάκης

Τηλ.: 6949524690, e-mail: dimitrisspglks@gmail.com

## ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

**Ε. Μίζη**

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ως πνευμονία κοινότητας ορίζεται η οξεία λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος, που αποκτάται εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος και εκδηλώνεται με οξεία έναρξη σημείων ή συμπτωμάτων που υποδηλώνουν λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (π.χ. βήχας, πυρετός, παραγωγή πτυέλων, δύσπνοια, θωρακικό άλγος), διάρκειας >4 ημερών. Η οριστική διάγνωση απαιτεί την παρουσία ενός νέου πνευμονικού διηθήματος σε ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία θώρακος ή υπερηχογράφημα πνευμόνων. Η πνευμονία κοινότητας αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με ετήσια επίπτωση που κυμαίνεται από 1.6-10.6 περιπτώσεις ανά 1.000 ενήλικες-έτη, στον πληθυσμό της Ευρώπης, με το 22-51% των ασθενών να χρειάζεται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, με θνησιμότητα 3-24%. Η συχνότητα είναι υψηλότερη στο άρρεν φύλο και σε ανθρώπους με συννοσηρότητες, ενώ σε Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) η επίπτωση της υπολογίζεται σε 22.4/1.000 ανθρώπους-έτη. Η μικροβιακή αιτιολογία διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητά της στην κλινική παρουσίαση και ανά εποχή. Ο *Streptococcus pneumoniae* και οι αναπνευστικοί ιοί παραμένουν τα πιο συχνά παθογόνα. Ο τρόπος που θα αντιμετωπισθεί και κυρίως η θέση που θα παραμείνει προς νοσηλεία ο ασθενής (οικία, κοινός θάλαμος νοσοκομείου ή ΜΕΘ), είναι καθοριστικής σημασίας για την καλή έκβαση. Οι κλινικές αποφάσεις της διαχείρισης του ασθενούς σχετικά με την ιδανική θέση νοσηλείας του, συνιστάται (με ισχυρή σύσταση) να υποβοηθούνται από προγνωστικούς δείκτες (scores), όπως είναι το CURB-65 και το PSI. Η επιλογή του σχήματος των αντιβιοτικών εξαρτάται από το πιθανό παθογόνο, τα τοπικά επιδημιολογικά δεδομένα αντοχής, το είδος των αντιβιοτικών που έλαβε ο ασθενής το τελευταίο τρίμηνο, τη βαρύτητα της πνευμονίας, τη φαρμακοκινητική των αντιβιοτικών στο αναπνευστικό, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και τα συνυπάρχοντα νοσήματα.

Ως ενδονοσοκομειακή πνευμονία ορίζεται η λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος, η οποία εμφανίζεται  $\geq 48$  ώρες μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Διακρίνεται

στη νοσοκομειακή πνευμονία, η οποία διαγιγνώσκεται σε ασθενή ο οποίος δεν ευρίσκεται σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό κατά τη διάγνωση (Hospital-Acquired Pneumonia, HAP), και στη νοσοκομειακή πνευμονία, η οποία διαγιγνώσκεται σε ασθενή ο οποίος ευρίσκεται σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό για  $\geq 48$  ώρες (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP). Ο διαχωρισμός της HAP και της VAP σε πρώιμης ( $\leq 4$  ημέρες από την εισαγωγή ή τη διασωλήνωση, αντίστοιχα) και σε όψιμης ( $\geq 5$  ημέρα νοσηλείας ή διασωλήνωσης) έχει πρακτική αξία για τον κίνδυνο πρόκλησης της λοίμωξης από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς μόνο για την περίπτωση της VAP, και μόνο εν απουσία άλλων σχετικών παραγόντων κινδύνου. Η ενδονοσοκομειακή πνευμονία δύναται να διαγνωσθεί μέσω συνδυασμού απεικονιστικών, κλινικών και μικροβιολογικών κριτηρίων. Η μικροβιολογική διάγνωση της νοσοκομειακής πνευμονίας θα πρέπει να επιδιώκεται ακόμα και όταν έχει ήδη επιτευχθεί η κλινική διάγνωση, καθότι διευκολύνεται η αποτελεσματική θεραπεία με τη στοχευμένη χρήση αντιμικροβιακών του στενότερου δυνατού φάσματος, ενώ παράλληλα καθίσταται εφικτή η λήψη προσαρμοσμένων μέτρων ελέγχου της διασποράς της λοίμωξης ανάλογα με το υπεύθυνο παθογόνο. Η εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή καθορίζεται εκτός των άλλων, κυρίως με βάση παράγοντες κινδύνου για την πιθανότητα παρουσίας πολυανθεκτικών μικροβίων και πρέπει να συνοδεύεται από τη συμμόρφωση στην αποκλιμάκωση της αγωγής με βάση τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών και τη διακοπή αντιμικροβιακών που στοχεύουν σε παθογόνα που δεν απομονώθηκαν.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονία κοινότητας, ενδονοσοκομειακή πνευμονία, λοίμωξη, αναπνευστικό σύστημα, αντιβιοτική αγωγή.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ. 6974245972

e-mail: eleftheria.mizi@yahoo.com

## ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΜΕ ΣΩΛΗΝΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΑ

### Ι. Καραμπίνης

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα αίτια εκδήλωσης μίας πλευριτικής συλλογής είναι εξαιρετικά ετερογενή και καλύπτουν ένα μεγάλο κομμάτι της γενικής παθολογίας, πνευμονολογίας και χειρουργικής θώρακος. Μια πλευριτική συλλογή μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, να είναι ελεύθερη ή εγκυστωμένη, να είναι διιδρωματική ή εξιδρωματική. Οι αμφοτερόπλευρες συλλογές και οι διιδρωματικές συλλογές εμφανίζονται συνήθως στα πλαίσια απορρύθμισης καρδιακής νόσου, νεφρικής ανεπάρκειας, ηπατικής ανεπάρκειας ή υποαλβουμιναιμίας. Οι συλλογές αυτού του τύπου μπορούν να παροχετευτούν επί ανάλογης συμπτωματολογίας αλλά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παροχετεύονται με σωλήνα μικρού εύρους υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και βελτιώνονται με θεραπεία της υποκείμενης πάθησης.

Οι εξιδρωματικές συλλογές οφείλονται συνήθως σε λοίμωξη ή κακοήθεια ενώ άλλα σπανιότερα αίτια είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα, φλεγμονώδη νοσήματα και ο χυλοθώρακας ενώ μία ιδιαίτερη περίπτωση είναι ο αιμοθώρακας. Ο αιμοθώρακας παροχετεύεται συνήθως με σωλήνα μεγάλου εύρους, ο οποίος επιτρέπει την καλύτερη παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας από το αίμα και τα αιμοπήγματα καθώς και την περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς.

Οι κακοήθεις πλευριτικές συλλογές μπορούν να παροχετευτούν τόσο με σωλήνα μικρού εύρους υπό υπερηχογρα-

φική καθοδήγηση, όσο και με σωλήνα μεγάλου εύρους. Το πλεονέκτημα της τοποθέτησης σωλήνα παροχέτευσης θώρακα είναι η διερεύνηση της ενδοτικότητας του πνεύμονα κατά την τοποθέτηση καθώς και της ικανότητας του πνεύμονα να εκπτυχθεί. Επιπλέον, οι μεγαλύτερου εύρους σωλήνες επιτρέπουν τη διενέργεια πλευρόδεσης, εφόσον αυτό είναι επιθυμητό.

Τέλος, οι συλλογές που εξελίσσονται στα πλαίσια λοίμωξης κυμαίνονται από ελεύθερες, ανεπίπλεκτες συλλογές μέχρι εμπυήματα με πολλαπλές εγκυστώσεις. Η βιβλιογραφία περιγράφει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τόσο για τοποθέτηση σωλήνων μικρού εύρους, όσο και για την τοποθέτηση σωλήνων μεγάλου εύρους, για όλα τα στάδια του εμπυήματος, με ή χωρίς τη χορήγηση ινωδολυτικής αγωγής. Η τοποθέτηση σωλήνα μεγάλου εύρους προσφέρει το πλεονέκτημα της λύσης συμφύσεων κατά τη διαδικασία τοποθέτησης βελτιώνοντας έτσι το αποτέλεσμα και περιορίζοντας την πιθανότητα για περαιτέρω χειρουργικές επεμβάσεις. Τρέχουσες προδρομικές τυχαίοποιημένες μελέτες διερευνούν ωστόσο την επίδραση της πρώιμης θωρακοσκοπικής παροχέτευσης του εμπυήματος σε σύγκριση με την τοποθέτηση σωλήνα/συντηρητική αντιμετώπιση με σκοπό την ελάττωση της νοσηρότητας και τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας.

# ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 2026 VS ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ 2019

**Σ. Μπούλια**

Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»

Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) εξακολουθεί να αποτελεί μία επείγουσα και δυνητικά θανατηφόρα πάθηση. Η βιβλιογραφία για την αντιμετώπισή της εξελίσσεται ταχέως τα τελευταία χρόνια και, ενώ οι Ευρωπαϊκές οδηγίες (ESC/ERS 2019) αποτελούσαν το βασικό σημείο αναφοράς, τον Φεβρουάριο 2026 εκδόθηκαν οι νεότερες Αμερικάνικες οδηγίες (AHA/ACC) που εισάγουν αρκετές καινοτομίες ως προς την διαχείριση της ΠΕ.

Καταρχάς, όσον αφορά τους διαγνωστικούς αλγόριθμους, οι Αμερικάνικες οδηγίες δεν συστήνουν πλέον την αρχική διαχείριση του ασθενή βάσει της ύπαρξης ή μη αιμοδυναμικής αστάθειας και των ευρημάτων του διαθωρακικού υπερήχου καρδιάς. Η διαχείριση στηρίζεται μόνο στην κλινική πιθανότητα ύπαρξης ΠΕ και συνεχίζεται με ανάλογη χρήση δ-διμερών, κριτηρίων PERC (Pulmonary Embolism Rule-out Criteria) και CTPA, ενώ η χρήση υπερήχου καρδιάς συστήνεται μόνο για την πρώιμη εντόπιση δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλιάς και την ταξινόμηση του ασθενούς στην αντίστοιχη κατηγορία βαρύτητας.

Σημαντική καινοτομία αποτελεί η νέα ταξινόμηση κινδύνου που εισάγουν οι οδηγίες AHA/ACC 2026, ανατρέποντας την γνωστή ESC/ERS 2019 κατηγοριοποίηση βάσει κριτηρίων PESI, υπερήχου καρδιάς και τροπονίνης σε χαμηλού, ενδιάμεσου χαμηλού ή υψηλού και υψηλού κινδύνου ασθενείς. Οι Αμερικάνικες οδηγίες συστήνουν πιο εξατομικευμένη ταξινόμηση, βάσει κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών ευρημάτων, σε πέντε κατηγορίες, Α-Ε, και στις υποκατηγορίες αυτών, ενώ επιπλέον εισάγουν και αναπνευστική συνιστώσα ταξινόμησης βάσει των αναγκών του ασθενή για οξυγονοθεραπεία.

Οι Αμερικάνικες οδηγίες με πιο ισχυρή ένδειξη και τεκμηρίωση συστήνουν την ύπαρξη ομάδων PERT (Pulmonary Embolism Response Team) για την διαχείριση των ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου ασθενών, κατηγορίες C-E, ενώ αυτό δεν θεωρείται απαραίτητο για τις κατηγορίες Α-Β, όπου προτείνουν πρώιμο εξιτήριο και κατ'οίκον θεραπεία και παρακολούθηση.

Ως προς την αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση και τα αντιπηκτικά, υπάρχει γενικά ομοφωνία στις οδηγίες που αφορούν τη χρήση τους, με εξαίρεση ότι, οι Αμερικάνικες

οδηγίες δεν κάνουν σύσταση για τη χρήση fondaparinux και ότι στους πιο βαριά ασθενείς, κατηγορίας E2, συστήνουν όχι μόνο κλασική ηπαρίνη αλλά και χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες (ΧΜΒΗ). Ως προς τις θεραπείες επαναιμάτωσης, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες συστήνουν συστηματική θρομβόλυση μόνο στους αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς, και επί αντένδειξης ή αποτυχίας αυτής, χειρουργική εμβολεκτομή ή τοπική ενδαγγειακή θεραπεία επαναιμάτωσης με χρήση καθετήρα. Αντίθετα, οι Αμερικάνικες οδηγίες προτείνουν συστηματική θρομβόλυση σε ασθενείς κατηγορίας E2, συστηματική θρομβόλυση, τοπική θρομβόλυση, χειρουργική εμβολεκτομή ή μηχανική θρομβεκτομή στην κατηγορία E1, και συστηματική ή τοπική θρομβόλυση ή μηχανική θρομβεκτομή στην κατηγορία D2.

Τέλος, στην μακροχρόνια παρακολούθηση, δεν υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση ως προς τις ενδείξεις διακοπής ή συνέχισης της αντιπηκτικής αγωγής στους 3-6 μήνες μετά την οξεία ΠΕ, ενώ για τους ασθενείς που παραμένουν συμπτωματικοί σε αυτό το διάστημα, οι Αμερικάνικες οδηγίες συστήνουν διερεύνηση με διαθωρακικό υπέρηχο καρδιάς και σπινθηρογράφημα αερισμού/αιμάτωσης ή SPECT/CT για έγκαιρη διάγνωση χρόνιας θρομβοεμβολικής πνευμονικής νόσου (CTEPD) με ή χωρίς πνευμονική υπέρταση. Αντίθετα, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες συστήνουν έλεγχο σε συμπτωματικούς αλλά και σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για Χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική νόσο (CTEPH), και ο διαγνωστικός αλγόριθμος καθορίζεται από τα ευρήματα του διαθωρακικού υπερήχου καρδιάς.

Συνολικά, οι νέες Αμερικάνικες οδηγίες προτείνουν πιο εξατομικευμένη ταξινόμηση και διαχείριση της οξείας ΠΕ, με την καθοδήγηση των ομάδων PERT, και πιο στοχευμένη μακροχρόνια παρακολούθηση.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονική εμβολή, Ταξινόμηση κινδύνου, PERT.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6977483999,

e-mail: boulstav@yahoo.gr

## ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

### A. Ασημάκος

Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' ΚΕΘ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η υποκειμενική αίσθηση της δυσχέρειας κατά την αναπνοή, δηλαδή το αίσθημα της δύσπνοιας, αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που αναφέρουν οι ασθενείς όταν καταφεύγουν στους επαγγελματίες υγείας. Καθώς η δύσπνοια μπορεί να είναι σύμπτωμα σοβαρής καρδιοαναπνευστικής νόσου, συχνά προκαλεί ανησυχία τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας που καλούνται να την διερευνήσουν.

Ο μηχανισμός της δύσπνοιας είναι πολύπλοκος και πολυπαραγοντικός. Η επικρατούσα επιστημονική εξήγηση βασίζεται στη θεωρία της «αναντιστοιχίας» (mismatch theory) ή της νευρομηχανικής αποσύνδεσης κατά την οποία διαπιστώνεται από τα κέντρα ελέγχου της αναπνοής στο κεντρικό νευρικό σύστημα αναντιστοιχία μεταξύ της κινητικής εντολής προς τους αναπνευστικούς μύες και της αισθητηριακής ανάδρασης δηλαδή του αποτελέσματος ως προς τον αερισμό.

Όταν ο καρδιολογικός έλεγχος είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα συνήθως ακολουθεί ο πλήρης λειτουργικός αναπνευστικός έλεγχος με σπυρομέτρηση, στατικούς όγκους και δοκιμασία διάχυσης καθώς και απεικόνιση του θώρακα με ακτινογραφία ή/και αξονική τομογραφία. Ωστόσο η εξέταση εκείνη που αποκαλύπτει με την μεγαλύτερη ακρίβεια παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που μπορεί να εξηγούν την δύσπνοια, ειδικά όταν οι στατικές δοκιμασίες είναι φυσιολογικές, είναι η εργοσπυρομετρία. Η υπεροχή της εργοσπυρομετρίας έναντι των συνηθισμένων πνευμονολογικών και καρδιολογικών εξετάσεων ρουτίνας έγκειται στη δυνατότητα ταυτόχρονης εξέτασης του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος όχι μόνο κατά την ηρεμία αλλά κατά την κόπωση όπου αναδεικνύονται περιορισμοί στις καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες που μπορεί να οδηγούν στη δύσπνοια ή στην δυσανεξία στην άσκηση.

Κατά την εργοσπυρομετρία μετρούνται η κατανάλωση οξυγόνου (VO<sub>2</sub>), η αποβολή διοξειδίου του άνθρακα (CO<sub>2</sub>), οι αναπνευστικές ροές, το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) κατά την σταδιακά αυξανόμενη παραγωγή έργου σε κυκλοεργόμετρο ή κυλιόμενο τάπητα (προοδευτικά αυξανόμενη άσκηση) μέχρι την μέγιστη ικανότητα του εξεταζόμενου. Μπορούν επιπλέον

να ληφθούν αέρια αίματος. Με τον συνδυασμό των ανωτέρω μετρήσεων μπορούν να αξιολογηθούν η καρδιοαναπνευστική, μυϊκή και μεταβολική ικανότητα κατά την άσκηση. Ενδεικτικά: Φυσιολογική κατανάλωση οξυγόνου απομακρύνει σοβαρή καρδιοπνευμονική νόσο. Η σχέση του VO<sub>2</sub> προς το έργο και την καρδιακή συχνότητα με την πρόοδο της άσκησης δύναται να αποκαλύψει λανθάνουσα καρδιακή παθολογία όπως ισχαιμία του μυοκαρδίου πριν εμφανιστούν αλλοιώσεις στο ΗΚΓ και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Η μεταβολή της καρδιακής συχνότητας και της ΑΠ διαταραχές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (δυσαυτονομία). Αν ο αναερόβιος ουδός είναι χαμηλός χωρίς καρδιοπνευμονική νόσο, ίσως κρύβεται μια μυοπάθεια ή μιτοχονδριακό νόσημα. Το αυξημένο αναπνευστικό ισοδύναμο για το διοξείδιο του άνθρακα (VE/VCO<sub>2</sub>) ως δείκτης αποτελεσματικής κάθαρσης του CO<sub>2</sub>, υποδηλώνει αυξημένο αερισμό νεκρού χώρου που θα επιβεβαιωθεί από τη μέτρηση της αυξημένης κυψελδοαρτηριακής διαφοράς οξυγόνου (A-a difference) και της διαφοράς τελοεκπνευστικού και αρτηριακού διοξειδίου με τη λήψη αερίων αίματος. Η υποξαιμία κατά την κόπωση και το αυξημένο VE/VCO<sub>2</sub> μπορούν επίσης να αποκαλύψουν πνευμονική αγγειακή νόσο, αρτηριοφλεβική παράκαμψη και διάμεση πνευμονοπάθεια. Η προοδευτική ελάττωση της εισπνευστικής χωρητικότητας (IC) και του αναπνεύσιμου όγκου είναι επίσης πρώιμος δείκτης δυναμικής υπερδιάτασης που εμφανίζεται κατά την κόπωση και την ταχύπνοια ακόμα και με φυσιολογική σπυρομέτρηση. Ο επαγόμενος από την άσκηση βρογχόσπασμος αρρυθμιστο βρογχικό άσθμα. Τέλος η διαπίστωση χαώδους αναπνευστικού ρυθμού και όγκου ή/και υπεραερισμού αποκαλύπτουν δυσλειτουργική αναπνοή.

**Συμπερασματικά** η εργοσπυρομετρία αποτελεί εξέταση εκλογής για την διερεύνηση της ανεξήγητης δύσπνοιας.

**Λέξεις κλειδιά:** Νευρομηχανική αποσύνδεση, εργοσπυρομετρία, σπυρομέτρηση, άσθμα.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974889429

e-mail: silverakos@gmail.com

## ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑ

**Κ. Λοτσάρης**

*Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»*

Η ψυχογενής δύσπνοια συνιστά λειτουργική διαταραχή της αναπνοής, κατά την οποία το άτομο βιώνει έντονη αναπνευστική δυσφορία απουσία τεκμηριωμένης οργανικής παθολογίας. Η κλινική εικόνα σχετίζεται στενά με ψυχικούς παράγοντες, όπως το άγχος, οι κρίσεις πανικού και οι συναισθηματικές διαταραχές. Παρότι δεν ανευρίσκονται αντικειμενικά ευρήματα από το αναπνευστικό ή καρδιαγγειακό σύστημα, τα συμπτώματα είναι πραγματικά και περιλαμβάνουν αίσθημα ανεπαρκούς εισπνοής, «air hunger», αίσθημα κόμπου σε θώρακα ή λαιμό, δυσσαυτονομίες όπως η ταχυκαρδία, φαινόμενα υπεραερισμού, καθώς και αίσθημα φόβου λόγω της «επερχόμενης ασφυξίας».

Η παθοφυσιολογία αποδίδεται σε διαταραχή της αλληλεπίδρασης εγκεφάλου-σώματος, με εμπλοκή του αυτόνομου νευρικού συστήματος που επιφέρει μεταβολές στην αναπνευστική ρύθμιση. Στην παραπάνω διαδικασία κυρίαρχο ρόλο παίζουν ο άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια και οι ορμόνες κορτιζόλη και αδρεναλίνη, που εμπλέκονται με το βασικό μηχανισμό επιβίωσης του ανθρώπινου είδους, ο οποίος ονομάζεται μηχανισμός «μάχης ή φυγής». Επιπλέον, διάφοροι ψυχογενείς εκλυτικοί παράγοντες δύνανται να προκαλέσουν υπεραερισμό ή άλλα δυσλειτουργικά πρότυπα αναπνοής, τα οποία οδηγούν σε υποκειμενική αίσθηση δύσπνοιας. Η αυξημένη διασωματική επίγνωση (interoception) και η ενισχυμένη επεξεργασία σωματικών ερεθισμάτων συμβάλλουν στη διατήρηση και ενίσχυση των συμπτωμάτων, συχνά μέσω φαύλου κύκλου μεταξύ άγχους και αναπνευστικής δυσφορίας.

Η διάγνωση βασίζεται σε διάγνωση δια αποκλεισμού και προϋποθέτει συστηματική διερεύνηση για τον επικύρωση της απουσίας οργανικών αιτίων, κυρίως πνευμονολογικών όπως άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αλλά και καρδιαγγειακών όπως καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή. Επίσης, με δύσπνοια ως κύριο σύμπτωμα μπορεί να εμφανιστούν διάφορες λοιμώξεις, μεταβολικές διαταραχές ή νόσοι του γαστρεντερολογικού συστήματος. Η απουσία παθολογικών ευρημάτων, σε συνδυασμό με

χρονική συσχέτιση των συμπτωμάτων με ψυχολογικά στρεσογόνους παράγοντες, ενισχύει την υπόθεση ψυχογενούς αιτιολογίας.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι πολυδιάστατη και στοχεύει τόσο στη ρύθμιση της αναπνευστικής λειτουργίας όσο και στην αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών παραγόντων, παραδείγματος χάριν με διάφορες τεχνικές ελεγχόμενης αναπνοής ή χαλάρωσης. Η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί την πλέον τεκμηριωμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, μπορεί να ενδείκνυται φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά, πάντα υπό ψυχιατρική παρακολούθηση.

Η διαχείριση στην καθημερινότητα περιλαμβάνει τροποποίηση τρόπου ζωής με έμφαση στη σωματική άσκηση, τη ρύθμιση του ύπνου, τη διατροφή και τη μείωση παραγόντων που εντείνουν το άγχος. Η καταγραφή των συμπτωμάτων με μορφή ημερολογίων μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση εκλυτικών παραγόντων. Επιπλέον, η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσω ψυχοεκπαίδευσης και υποστηρικτικών παρεμβάσεων προάγει την προσαρμοστική αντιμετώπιση του στρες.

Συνολικά, η ψυχογενής δύσπνοια αποτελεί συχνή αλλά συχνά υποεκτιμώμενη κλινική οντότητα, η οποία, παρά την απουσία οργανικής βάσης, μπορεί να προκαλέσει σημαντική λειτουργική επιβάρυνση. Η ορθή διαγνωστική προσέγγιση και η ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση επιτρέπουν την αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

**Λέξεις κλειδιά:** Ψυχογενής δύσπνοια, λειτουργική δύσπνοια, δυσλειτουργική αναπνοή.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6950091628

e-mail: kleolots@gmail.com

## ΥΠΟΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### Σ. Καραγιάννης

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η πνευμονική υπέρταση αποτελεί ένα ετερογενές αιμοδυναμικό και κλινικό σύνδρομο με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, το οποίο συχνά διαγιγνώσκεται καθυστερημένα λόγω της μη ειδικής αρχικής συμπτωματολογίας. Ορίζεται αιμοδυναμικά από μέση πίεση πνευμονικής αρτηρίας άνω των 20 mmHg κατά τον δεξιό καρδιακό καθετηριασμό, ενώ η περαιτέρω διάκριση σε προτριχοειδική, μετατριχοειδική ή συνδυασμένη μορφή βασίζεται στην πνευμονική αρτηριακή πίεση ενσφήνωσης και στις πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις. Παρά τη σχετική συχνότητα της πνευμονικής υπέρτασης που σχετίζεται με αριστερή καρδιακή νόσο ή χρόνια πνευμονοπάθεια, ιδιαίτερη κλινική σημασία έχουν η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και η χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση, καθώς αποτελούν νοσήματα με ειδικές θεραπευτικές επιλογές και δυνατότητα βελτίωσης της πρόγνωσης όταν αναγνωριστούν έγκαιρα.

Η κλινική υποψία τίθεται συνήθως σε ασθενείς με προοδευτική δύσπνοια προσπαθείας, μειωμένη ανοχή στην κόπωση, θωρακική δυσφορία, συγκοπτικά επεισόδια, αίσθημα παλμών ή σημεία δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι καθοριστική, καθώς παράγοντες όπως προηγούμενη πνευμονική εμβολή, νοσήματα συνδετικού ιστού, συγγενείς καρδιοπάθειες, πυλαία υπέρταση, HIV λοίμωξη, έκθεση σε φάρμακα ή τοξίνες και χρόνια πνευμονικά ή καρδιακά νοσήματα μπορούν να κατευθύνουν τη διαγνωστική σκέψη. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι βιοδείκτες, όπως BNP ή NT-proBNP, αποτελούν χρήσιμα αρχικά εργαλεία. Παθολογικά ευρήματα που υποδηλώνουν επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας ενισχύουν την υποψία, ενώ φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα και φυσιολογικοί νατριουρητικοί πεπτιδικοί δείκτες καθιστούν την πνευμονική υπέρταση λιγότερο πιθανή.

Η υπερηχοκαρδιογραφία αποτελεί το βασικό μη επεμβατικό μέσο εκτίμησης της πιθανότητας πνευμονικής υπέρτασης, μέσω της ταχύτητας ανεπάρκειας τριγλώχινας και συμπληρωματικών σημείων από τη δεξιά καρδιά και την πνευμονική κυκλοφορία. Ωστόσο, η οριστική διάγνωση και αιμοδυναμική ταξινόμηση απαιτούν δεξιό καρδιακό καθετηριασμό. Παράλληλα, η διαγνωστική προσέγγιση πρέπει να αποκλείει συχνότερα αίτια, κυρίως αριστερή καρδιακή νόσο και πνευμονική νόσο, με αξιοποίηση λειτουργικού ελέγχου αναπνοής, απεικόνισης θώρακος, σπινθηρογράφηματος αερισμού/αιμάτωσης για αποκλεισμό χρόνιας θρομβοεμβολικής νόσου, καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης και εξειδικευμένου εργαστηριακού ελέγχου όπου ενδείκνυται.

Ο σύγχρονος διαγνωστικός αλγόριθμος βασίζεται σε τρία βήματα: υποψία, ανίχνευση και επιβεβαίωση. Σε ασθενείς με υψηλή πιθανότητα σοβαρής πνευμονικής αγγειακής νόσου ή σημεία δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, απαιτείται ταχεία παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο πνευμονικής υπέρτασης. Η έγκαιρη αναγνώριση, η συστηματική εφαρμογή του διαγνωστικού αλγορίθμου και η συνεργασία μεταξύ πνευμονολόγων, καρδιολόγων, ακτινολόγων και εξειδικευμένων κέντρων είναι κρίσιμες για την ακριβή ταξινόμηση, την επιλογή θεραπείας και τη βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονική υπέρταση, διάγνωση, κλινική υποψία.

#### Στοιχεία Επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974098034

e-mail: sotiriskaragiann@gmail.com

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

### N. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η πνευμονική υπέρταση (ΠΥ) αποτελεί ετερογενή νόσο, με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η έγκαιρη διάγνωση, η διαστρωμάτωση κινδύνου και η σωστή παρακολούθηση των ασθενών είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση της. Η απεικόνιση διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στα παραπάνω, με το υπερηχογράφημα καρδιάς να αποτελεί εξέταση πρώτης γραμμής λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας και της μη επεμβατικής φύσης του.

Σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες, το υπερηχοκαρδιογράφημα επιτρέπει την αρχική εκτίμηση των ασθενών, μέσω υπολογισμού της ταχύτητας της ανεπάρκειας της τριγώνιας (TR-Vmax), σε συνδυασμό με δείκτες που αντικατοπτρίζουν: την μορφολογία και λειτουργικότητα της αριστερής και δεξιάς κοιλίας, την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας και τις διαστάσεις του δεξιού κόλπου και της κάτω κοίλης φλέβας. Κατ' αυτό τον τρόπο, υπολογίζεται η υπερηχογραφική πιθανότητα πνευμονικής υπέρτασης. Οι ασθενείς με υψηλή υπερηχογραφική πιθανότητα, υποβάλλονται σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό, καθώς αποτελεί το «gold standard» για τη διάγνωση της νόσου.

Πέραν της διάγνωσης, ο υπέρηχος καρδιάς είναι καθοριστικής σημασίας στη διαφοροδιάγνωση της αιτίας της ΠΥ, ιδίως σε περιπτώσεις συγγενών καρδιοπαθειών και περιστατικά που σχετίζονται με νόσο της αριστερής καρδιάς, μέσω του της εκτίμησης της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας καθώς και εξέτασης των βαλβίδων.

Η εκτίμηση της συστολικής απόδοσης της δεξιάς κοιλίας μέσω υπερηχογραφικών παραμέτρων όπως το TAPSE, η

ταχύτητα S', το RV-FAC, το strain του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας και ο λόγος TAPSE/sPAP (ως δείκτης σύζευξης δεξιάς κοιλίας-πνευμονικής κυκλοφορίας), παρέχουν σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες και χρησιμοποιούνται για τη διαστρωμάτωση κινδύνου των ασθενών.

Όσον αφορά την μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών, το υπερηχοκαρδιογράφημα αποτελεί βασικό εργαλείο για την εκτίμηση της εξέλιξης της νόσου και της ανταπόκρισης στη θεραπεία, με έμφαση κυρίως στις δυναμικές μεταβολές της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας.

Τέλος, ο υπέρηχος χρησιμοποιείται ευρέως για το screening ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως ασθενείς με σκληρόδερμα, μεταλλάξεις BMPR2 και πυλαία υπέρταση συμβάλλοντας στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου.

**Συμπερασματικά**, ο υπέρηχος καρδιάς αποτελεί αναντικατάστατο εργαλείο για την αρχική εκτίμηση, την αιτιολογική διερεύνηση, τη διαστρωμάτωση κινδύνου και την παρακολούθηση των ασθενών με πνευμονική υπέρταση.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονική υπέρταση, υπέρηχος καρδιάς, διάγνωση, παρακολούθηση, διαστρωμάτωση κινδύνου.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

e-mail: nanarznk@hotmail.com

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

### A. Βασιλείου

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Η Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (ΠΑΥ) χαρακτηρίζεται από ένα ισχυρό γενετικό υπόβαθρο, κυρίως μέσω μεταλλάξεων στο γονίδιο BMPR2, οι οποίες ευθύνονται για περισσότερο από το 75% των κληρονομικών περιπτώσεων και το 11-40% των ιδιοπαθών περιπτώσεων. Αυτές οι γενετικές βλάβες προκαλούν μια κρίσιμη ανισορροπία στη σηματοδότηση: η απώλεια των προστατευτικών επιδράσεων του μονοπατιού BMP (που φυσιολογικά αναστέλλει την ανάπτυξη των αγγειακών κυττάρων) επιτρέπει στο μονοπάτι TGF-β/ακτιβίνης να οδηγήσει σε υπερβολικό κυτταρικό πολλαπλασιασμό, ίνωση και αγγειακή αναδιαμόρφωση. Κλινικά, οι φορείς μεταλλάξεων αντιμετωπίζουν συχνά μια πιο επιθετική πορεία της νόσου, η οποία περιλαμβάνει πρωιμότερη έναρξη, συνήθως γύρω στην ηλικία των 35 ετών, και σοβαρότερη αιμοδυναμική επιβάρυνση.

Ως εκ τούτου, ο γενετικός έλεγχος και η συμβουλευτική θεωρούνται πλέον απαραίτητα κλινικά εργαλεία για την πρόγνωση και τον οικογενειακό έλεγχο (screening), ενώ αυτές οι μοριακές γνώσεις καθοδηγούν την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπειών που έχουν σχεδιαστεί για την αποκατάσταση της ισορροπίας στη σηματοδότηση.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, μεταλλάξεις, BMPR2, αγγειακή αναδιαμόρφωση, γενετικός έλεγχος.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6936487206

e-mail: alvass75@gmail.com

## ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΒΙΟΠΡΟΘΕΤΙΚΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (VALVE-IN-VALVE TAVI)

### Κ. Τριανταφύλλου

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Κάθε χειρουργικά τοποθετημένη βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα (surgical aortic valve, SAV) έχει συγκεκριμένη αντοχή στο χρόνο και παρουσιάζει σοβαρή δυσλειτουργία στα 5-20 έτη λειτουργίας. Η δομική της εκφύλιση (structural valve deterioration, SVD) μπορεί σε τελικό στάδιο να οδηγήσει σε σοβαρή στένωση, ανεπάρκεια ή συνδυασμό τους (bioprosthetic valve failure, BVF) με αποτέλεσμα την ανάγκη επανεπέμβασης.

Λόγω της προόδου των τεχνικών διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI) στις περισσότερες περιπτώσεις η TAVI προτιμάται έναντι επαναληπτικής καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης (redo SAVR), οπότε χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός για τη διενέργεια valve-in-valve TAVI. Αυτός στηρίζεται στη γνώση του τύπου και των διαστάσεων της αρχικής SAV και στην ανάλυση της αξονικής τομογραφίας - αγγειογραφίας που γίνεται προεπεμβατικά. Ανάλογα με τα παραπάνω επιλέγεται ο τύπος της διακαθετηριακής αορτικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve, TAV) που θα χρησιμοποιηθεί.

Κατά την τοποθέτηση της TAV εντός της αρχικής SAV οι πτυχές αυτής θα απωθηθούν προς τον εξωτερικό σκελετό της δημιουργώντας ένα νέο περιβλήμα κάτι που δυνητικά μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στην άρδευση των στεφανιαίων αρτηριών (αρκετά πιο συχνά σε σύγκριση με απλές επεμβάσεις TAVI). Αυτό συμβαίνει όταν οι απωθόμενες πτυχές της SAV υπερβαίνουν το ύψος έκφυσης των στεφανιαίων και ο χώρος των στεφανιαίων κόλπων είναι περιορισμένος. Ο κίνδυνος έμφραξης των στεφανιαίων είναι υψηλότερος όταν η αρχική SAV έχει τις πτυχές της ραμμένες εξωτερικά του περιβλήματος της ή είναι τύπου χωρίς stent και μπορεί να προβλεφθεί από την προεπεμβατική αξονική τομογραφία υπολογίζοντας τις αποστάσεις valve-to-coronary (VTC) και valve-to-sinotubular junction (VTSTJ). Σε περιπτώσεις που ο κίνδυνος για στεφανιαία έμφραξη είναι υψηλός πρέπει να ληφθεί υπόψιν για το σχεδιασμό της valve-in-valve TAVI και να χρησιμοποιηθούν τεχνικές προστασίας των στεφανιαίων αρτηριών, όπως η τοποθέτηση stent με τεχνική καπνοδόχου ή αναπνευστήρα (chimney or snorkel stenting) ή η τροποποίηση των εκφυλισμένων πτυχών της αρχικής βιοπροσθετικής

βαλβίδας με τεχνικές όπως η BASILICA (Bioprosthetic or native Aortic Scallop Intentional Laceration to prevent Iatrogenic Coronary Artery obstruction during TAVR) ή παραλλαγές της.

Σημαντικό ζήτημα σε επεμβάσεις valve-in-valve TAVI όπου αρχική SAV είναι μικρής διαμέτρου αποτελεί η επιλογή TAV και τεχνικής εμφύτευσης ώστε να υπάρχει το καλύτερο αιμοδυναμικό αποτέλεσμα με αποφυγή ασυμβατότητας βαλβίδας – ασθενή (patient-prosthesis mismatch, PPM). Οι SAV διαχωρίζονται σε αυτές που με διαστολή σε υψηλές πιέσεις η συνέχεια του stent τους μπορεί να διαρραγεί (fracturable) και σε αυτές που κάτι τέτοιο δεν γίνεται (non-fracturable). Επίσης οι διακαθετηριακές βαλβίδες που είναι αυτοεκπτυσσόμενες και λειτουργούν άνω του δακτυλίου (self-expanding valve, SEV) έχουν γενικά καλύτερο αιμοδυναμικό αποτέλεσμα σε σχέση με τις εκπτυσσόμενες με μπαλόνι (balloon expandable valve, BEV). Για να αποφευχθεί λοιπόν PPM επί προϋπάρχουσας μικρής ανατομίας και δυσλειτουργούσας SAV συνήθως επιλέγεται SEV. Σε περιπτώσεις που υπάρχει ζήτημα για την μετέπειτα προσβασιμότητα τα στεφανιαία αγγεία μπορεί να προτιμηθεί BEV. Συνήθως η απόφαση για μεταδιαστολή σε υψηλές πιέσεις λαμβάνεται εφόσον διεπεμβατικά η κλίση πίεσης μετά την τοποθέτηση της TAV εντός της SAV είναι υψηλότερη του επιθυμητού, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση του αιμοδυναμικού αποτελέσματος δια της διάρρηξης (fracture) του stent σε περίπτωση fracturable ή της αναδιαμόρφωσης (remodeling) σε περίπτωση non-fracturable αρχικής SAV. Ιδιαίτερα λοιπόν σε μικρούς αορτικούς δακτυλίους είναι πολύ σημαντικό, ως προς τη χειρουργική τεχνική και τη SAV η οποία θα χρησιμοποιηθεί αρχικά, να υπάρχει πρόνοια για τη διευκόλυνση τυχόν μελλοντικής διενέργειας valve-in-valve TAVI.

**Λέξεις κλειδιά:** Structural valve deterioration, bioprosthetic valve failure, valve-in-valve TAVI.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932279220

e-mail: kontriad@gmail.com

# ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΔΩΡΕΑ

## Α. Σωτηρίου

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ των προσφερόμενων μοσχευμάτων και των ασθενών που βρίσκονται σε λίστα αναμονής προς μεταμόσχευση απασχολεί διαχρονικά το δημόσιο σύστημα υγείας κάθε χώρας και πραγματοποιούνται οργανωμένες προσπάθειες διεθνώς προκειμένου να αυξηθεί η πηγή των μοσχευμάτων.

Στην Ελλάδα, η μεταμόσχευση νεφρού πραγματοποιείται με μοσχεύματα που προέρχονται από αποβιώσαντες αλλά και ζώντες δότες. Η κύρια πηγή μοσχευμάτων προέρχεται από αποβιώσαντες δότες, οι οποίοι νοσηλεύονται με καταστροφική εγκεφαλική βλάβη σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά και μεταμόσχευση νεφρού δεν αφορά μόνο στην υποστήριξη του μεταμοσχευμένου ασθενούς αλλά είναι εξαιρετικά σημαντικός σε όλη τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων. Σε περιπτώσεις ασθενών που η εγκεφαλική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη, θα πρέπει να γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους για την πιθανότητα πιστοποίησης θανάτου με νευρολογικά κριτήρια. Οι δοκιμασίες αυτές είναι σαφώς περιγεγραμμένες και θεσμικά κατοχυρωμένες σε κάθε χώρα και πρόσφατα στη χώρα μας έχουν επικαιροποιηθεί με βάση τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα. Εφόσον, πιστοποιηθεί ο θάνατος με νευρολογικά κριτήρια (εγκεφαλικός θάνατος), το άτομο θεωρείται νεκρό καθώς ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με το θάνατο του ατόμου και η περαιτέρω υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών είναι μάταιη. Ωστόσο, θα πρέπει να δίδεται στο οικείο περιβάλλον η δυνατότητα της προσφοράς των οργάνων του αποβιώσαντος προς μεταμόσχευση. Στην περίπτωση αυτή, η υποστήριξη των σωματικών λειτουργιών είναι δυνατόν να συνεχιστεί ώστε να εξασφαλιστεί η λειτουργία των οργάνων μέχρι να γίνουν οι

απαραίτητες διαδικασίες προς μεταμόσχευση. Εφόσον υπάρχει συγκατάθεση των οικείων, γίνεται ενημέρωση του Ελληνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) και γίνεται αξιολόγηση των οργάνων προς μεταμόσχευση και έλεγχος πιθανών αντενδείξεων. Όλες οι πληροφορίες διαβιβάζονται στον ΕΟΜ, που αποτελεί το συντονιστικό θεσμό της διαδικασίας και πραγματοποιεί την επικοινωνία με τις μεταμοσχευτικές ομάδες και τους υποψήφιους προς μεταμόσχευση ασθενείς. Η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του δυνητικού δότη οργάνων απαιτεί συνεχή και εντατική υποστήριξη στον χώρο της ΜΕΘ και οδηγεί στην αποτελεσματική λήψη και μεταμόσχευση οργάνων. Το ταξίδι του δότη οργάνων ολοκληρώνεται στη χειρουργική αίθουσα όπου όλες οι μεταμοσχευτικές ομάδες συντονισμένα παρευρίσκονται για τη λήψη οργάνων. Καθ' όλη τη διαδικασία δωρεάς, κομβικό ρόλο κατέχει επίσης ο τοπικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων.

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί σωτήρια επέμβαση για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια η οποία αυξάνει σημαντικά την επιβίωση και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η διαδρομή του νεφρικού μοσχεύματος προς στον πάσχοντα ασθενή ξεκινά και ολοκληρώνεται στη ΜΕΘ και αποτελεί μία πολύπλοκη και απαιτητική διαδικασία βασισμένη στην ενσυναίσθηση, στις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας και το συντονισμό και συνεργασία όλων των τμημάτων ενός νοσοκομείου.

**Λέξεις κλειδιά:** Θάνατος με νευρολογικά κριτήρια, μεταμόσχευση νεφρού, μονάδα εντατικής θεραπείας.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976511245

e-mail: mandiasotiriou@hotmail.com

## ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Γ. Ντάλη**

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων νοσημάτων, Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι αναστολείς ανοσιακού ελέγχου-immune checkpoint inhibitors (ICIs) είναι νέα φάρμακα στη θεραπευτική φάρετρα του καρκίνου και έχουν αυξήσει σημαντικά την επιβίωση ασθενών με επιθετικές κακοήθειες όπως το μελάνωμα και ο καρκίνος του πνεύμονα. Πρόκειται για μονοκλωνικά αντισώματα, που δρουν σε συγκεκριμένα μόρια στην επιφάνεια του κυττάρου, όπως το cytotoxic T-lymphocyte-associated protein 4 (CTLA4), το programmed death 1 (PD1) ή ο συνδέτης του (ligand, PDL1) και διεγείρουν την ανοσιακή απάντηση κατά των καρκινικών κυττάρων. Καθώς τα σημεία ελέγχου είναι κρίσιμα για την ανοσολογική ανοχή, η ανοσοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει αυτοάνοσες ανεπιθύμητες ενέργειες. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται και ενδοκρινικές, όπως υποφυσίτιδα, διαταραχές θυρεοειδούς, σακχαρώδης διαβήτης, πρωτοπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια και υποπαραθυρεοειδισμός.

Ο χρόνος έναρξης των ενδοκρινικών επιπλοκών ποικίλλει από εβδομάδες έως μήνες μετά την αρχική δόση ανοσοθεραπείας, ενώ διαφέρει η συχνότητα και η βαρύτητά τους. Η επίπτωση υποφυσίτιδας φτάνει το 17% με αναλογία γυναικών/ανδρών 1:4. 70% των περιπτώσεων σχετίζονται με τα anti-CTLA4, 23% με τα anti-PD1, 2% με τα anti-PDL1 και 3.9% με τη συνδυαστική θεραπεία (anti-CTLA4 και anti-PD1).

Η διαταραχή θυρεοειδικής λειτουργίας είναι η πιο συχνή ενδοκρινική διαταραχή και σχετίζεται περισσότερο με τη χρήση anti-PD1/PDL1 παρά με τα anti-CTLA4. Πιο συχνά παρατηρείται υποθυρεοειδισμός με επίπτωση 2.5–3.8% μετά από θεραπεία με anti-CTLA4, 3.9–8.5% μετά από anti-PD1/PDL1 και 10.2–16.4% μετά από συνδυαστική θεραπεία. Η θυρεοτοξίκωση τυπικά προηγείται του υποθυρεοειδισμού με μικρότερη επίπτωση περίπου 0.2–5.2% μετά από anti-CTLA4, 0.6–3.7% μετά από anti-PD1/PDL1 και 8.0–11.1% μετά από συνδυαστική θεραπεία. Στη θυρεοτοξίκωση χορηγούνται θεραπευτικά β-αποκλειστές, ενώ στον υποθυρεοειδισμό υποκατάσταση με θυροξίνη. Στην περίπτωση νόσου Graves χορηγούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Η επίπτωση σακχαρώδους διαβήτου είναι 0.9–2% και 76% των περιπτώσεων σχετίζονται με τα anti-PD1. Η διαβητική κετοοξέωση είναι συχνή και στις περισσότερες περιπτώσεις

διαπιστώνεται η παρουσία αντιησιδιακών αντισωμάτων. Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση ινσουλίνης.

Η πρωτοπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια είναι σπάνια και σχετίζεται με τη χρήση anti-PD1/PDL1. Η θεραπεία αφορά στην υποκατάσταση με γλυκο- και αλατοκορτικοειδή.

Ο πρωτοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός είναι εξαιρετικά σπάνιος και η θεραπευτική αντιμετώπισή του αφορά στην υποκατάσταση με συμπληρώματα ασβεστίου και ενεργού βιταμίνης D, ενώ δεν συνίσταται η χορήγηση ανασυνδυασμένης παραθορμόνης.

Δεν είναι σπάνια η συνύπαρξη περισσότερων της μίας ενδοκρινικών διαταραχών. Η χορήγηση υψηλής δόσης γλυκοκορτικοειδών συνίσταται μόνο στην περίπτωση υποφυσίτιδας με πίεση οπτικού νεύρου ή άλλων πιεστικών φαινομένων καθώς και στην περίπτωση οξείας επινεφριδιακής ανεπάρκειας. Οι περισσότερες ενδοκρινικές επιπλοκές είναι μόνιμες παρά την διακοπή της ανοσοθεραπείας. Η εμφάνισή τους δεν αποτελεί ένδειξη διακοπής της ανοσοθεραπείας, εφόσον ελέγχονται με την κατάλληλη θεραπεία, με εξαίρεση την περίπτωση σοβαρής θυρεοειδικής οφθαλμοπάθειας ή υποφυσίτιδας με πίεση οπτικού νεύρου.

Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν, ότι η εμφάνιση ενδοκρινικών ή άλλων επιπλοκών σχετικών με την ανοσοθεραπεία σχετίζεται με καλύτερη κλινική έκβαση και επιβίωση των ογκολογικών ασθενών. Είναι σημαντική η εκπαίδευση και επαγρύπνηση των ασθενών, που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ενδοκρινικών επιπλοκών σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, που περιλαμβάνει τον ενδοκρινολόγο.

**Λέξεις κλειδιά:** Ανοσοθεραπεία, αυτοάνοση, υποφυσίτιδα, υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6976576059

e-mail: georgiantali@yahoo.com

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ

**N. Μαρκόγλου**

Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι παραπρωτεϊναιμικές περιφερικές πολυνευροπάθειες είναι μία ετερογενής ομάδα νευροπαθειών με παρουσία συγκεκριμένης ανοσοσφαιρίνης στον ορό. Συνήθως συνυπάρχουν με αιματολογικές κακοήθειες ή/και ιδιοπαθείς καταστάσεις. Σε ποσοστό έως και 10% “ιδιοπαθών” πολυνευροπαθειών ανευρίσκεται παραπρωτεϊναιμία. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν με κύρια εμφάνιση αισθητικών διαταραχών, αισθητικής αταξίας, μυϊκής αδυναμίας και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, συμπτώματα τα οποία διαφοροποιούνται αναλόγως του υποκείμενου νοσήματος και της παρουσίας συγκεκριμένης ανοσοσφαιρίνης.

Η πλειοψηφία των παραπρωτεϊναιμικών πολυνευροπαθειών εμφανίζει IgM ανοσοσφαιρίνη (50-75%) και οι κύριες νοσολογικές οντότητες αυτής της κατηγορίας είναι η anti-MAG (Myelin Associated Glycoprotein) πολυνευροπάθεια, Waldenström μακροσφαιριναιμία, CANOMAD (chronic ataxic neuropathy, ophthalmoplegia, IgM paraprotein, cold agglutinins, and disialosyl antibodies) και MGUS (Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance). Παρουσία IgG ή IgA ανοσοσφαιρίνης εμφανίζουν η POEMS (Polynuropathy, Organomegaly, Monoclonal protein, Skin changes) και η νευροπάθεια σχετιζόμενη με Πολλαπλούν Μυέλωμα, ενώ πολυνευροπάθεια από ελαφρές αλύσους, κάπα ή λάμδα, εμφανίζεται στην αμυλοείδωση.

Η διαγνωστική προσέγγιση σε κάθε ασθενή με πολυνευροπάθεια πρέπει να περιλαμβάνει ηλεκτροφόρηση λευκωμά-

των ορού ή για μεγαλύτερη ειδικότητα ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού για την αναζήτηση παραπρωτεϊνης. Σημαντική διαγνωστική αξία στην αναζήτηση ελαφρών αλύσεων κατέχει η ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ούρων. Ο νευροφυσιολογικός έλεγχος κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη διάκριση μεταξύ αξονικού και απομυελινωτικού τύπου πολυνευροπάθειας, το οποίο αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την αναμενόμενη θεραπευτική ανταπόκριση.

Η θεραπευτική προσέγγιση εξατομικεύεται αναλόγως του υποκείμενου νοσήματος. Πρώτης γραμμής θεραπεία σε πολυνευροπάθειες σχετιζόμενες με παρουσία IgM ανοσοσφαιρίνης αποτελεί το Rituximab και δευτερευόντως η ενδοφλέβια χρήση γ σφαιρίνης (IVIg). Οι αναστολείς των πρωτεοσωματίων αποτελούν ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή για την Waldenström μακροσφαιριναιμία και την POEMS, ενώ τα BTKIs (Bruton's Tyrosine Kinase Inhibitors) αποτελούν νέες θεραπευτικές επιλογές. Οι συμπτωματικές θεραπείες για την ανακούφιση των ασθενών από τις δυσαισθητικές διαταραχές, χορηγούνται συχνά παράλληλα, χωρίς μείζονες αλληλεπιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Λέξεις κλειδιά:** Παραπρωτεϊναιμία, πολυνευροπάθεια, αιματολογική δυσκρασία, ανοσοσφαιρίνες.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6942279338

e-mail: nmarkoglou@yahoo.gr

# ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ: ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

## Β. Κίτσιου

Ιατρός – Βιοπαθολόγος, MD, PhD, Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων αποτελεί συχνά τη μοναδική θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με τελικού σταδίου ανεπάρκεια οργάνων. Παρά τις σημαντικές προόδους στην ανοσοκαταστολή, η ανοσολογική απόρριψη εξακολουθεί να αποτελεί κύριο περιοριστικό παράγοντα για τη μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος. Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία διαδραματίζει η ασυμβατότητα στα HLA αντιγόνα μεταξύ δότη και λήπτη, η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει την ανοσιακή απάντηση.

Τα τελευταία χρόνια, η πρόοδος στη μοριακή βιολογία και τη γονιδιωματική έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη καινοτόμων τεχνολογιών που βελτιώνουν τόσο την επιλογή δότη-λήπτη όσο και την παρακολούθηση μετά τη μεταμόσχευση. Δύο από τις πλέον υποσχόμενες προσεγγίσεις είναι το nanopore sequencing και η μέτρηση του donor-derived cell-free DNA.

### Nanopore sequencing (NS)

Το nanopore sequencing αποτελεί τεχνολογία αλληλούχησης τρίτης γενιάς, η οποία διαφοροποιείται ουσιαστικά από τις συμβατικές μεθόδους HLA τυποποίησης και τις άλλες μεθόδους αλληλούχησης. Με ένα απλό και γρήγορο προαναλυτικό στάδιο μας δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνουμε αποτελέσματα χωρίς ασάφειες σε επίπεδο 2 πεδίων (high resolution). Βασίζεται στη διέλευση μορίων DNA μέσα από νανοπόρους υπό την επίδραση ηλεκτρικού πεδίου. Κατά τη διέλευση αυτή, δημιουργούνται χαρακτηριστικές μεταβολές στο ηλεκτρικό ρεύμα, οι οποίες καταγράφονται σε πραγματικό χρόνο και μετατρέπονται σε αλληλουχία βάσεων. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η δυνατότητα ανάγνωσης μεγάλων τμημάτων DNA (long reads), γεγονός που επιτρέπει την ακριβέστερη ανάλυση πολύπλοκων γονιδιωματικών περιοχών, όπως το σύστημα HLA. Επιπλέον, η μειωμένη ανάγκη για ενίσχυση DNA περιορίζει τα σφάλματα και επιταχύνει τη διαδικασία, ενώ η άμεση διαθεσιμότητα αποτελεσμάτων την καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμη στις επείγουσες συνθήκες της μεταμόσχευσης.

### Donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA)

Στον τομέα της μεταμοσχευτικής παρακολούθησης, η μέτρηση του dd-cfDNA αναδεικνύεται ως ένας πολλά

υποσχόμενος μη επεμβατικός βιοδείκτης. Το cell-free DNA αποτελείται από μικρά θραύσματα DNA που κυκλοφορούν στο πλάσμα και προέρχονται από την αποδόμηση κυττάρων. Σε μεταμοσχευμένους ασθενείς, ένα ποσοστό αυτού προέρχεται από το μόσχευμα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, τα επίπεδα dd-cfDNA είναι χαμηλά, αντανακλώντας τη φυσιολογική κυτταρική ανανέωση. Ωστόσο, σε περιπτώσεις βλάβης του μοσχεύματος, όπως κατά την οξεία απόρριψη, παρατηρείται αύξηση της απελευθέρωσης DNA. Η μέτρησή του γίνεται με μοριακές τεχνικές (digital droplet PCR, Next-Generation Sequencing) που επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ DNA δότη και λήπτη, συνήθως με βάση γενετικές (SNPs) διαφορές μεταξύ τους. Το αποτέλεσμα εκφράζεται ως (1) ποσοστιαία μέτρηση (Fractional %): ποσοστό επί του συνολικού cell-free DNA (2) απόλυτη μέτρηση (absolute, copies/mL): αντίγραφα DNA ανά mL πλάσματος.

Η κλινική του σημασία έγκειται κυρίως στη δυνατότητα πρώιμης ανίχνευσης της απόρριψης, συχνά πριν από την εμφάνιση κλινικών ή βιοχημικών δεικτών. Αυτό επιτρέπει την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και ενδεχομένως την αποφυγή μη αναστρέψιμης βλάβης. Παράλληλα, η μέθοδος είναι επαναλήψιμη και μη επεμβατική, σε αντίθεση με τη βιοψία. Ωστόσο, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων απαιτεί προσοχή, καθώς αυξημένα επίπεδα μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες καταστάσεις, όπως λοιμώξεις ή ισχαιμική βλάβη.

Συνολικά, οι νεότερες μοριακές τεχνικές συμβάλλουν στη μετάβαση προς μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση στη μεταμόσχευση. Ο συνδυασμός προηγμένων μεθόδων επιλογής δότη-λήπτη με καινοτόμους βιοδείκτες παρακολούθησης μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη ρύθμιση της ανοσοκαταστολής και βελτίωση της μακροχρόνιας έκβασης των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, nanopore sequencing, HLA τυποποίηση, donor-derived cell-free DNA

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Liu C. A long road/read to rapid high-resolution HLA typing: the nanopore perspective. Hum Immunol. 2021;82(7):488–495. doi:10.1016/j.hu-

- mimm.2020.04.009.
2. Zhang Y, Wang H, Yan R, Wang K, Man J, Yang L. The application of genetic testing technology in kidney transplantation: precision matching, non-invasive monitoring and personalized management. *Front Immunol.* 2026 Jan 2;16:1713293. doi: 10.3389/fimmu.2025.1713293.
  3. Oellerich M, Sherwood K, Keown P, Schütz E, Beck J, Stegbauer J, et al. Liquid biopsies: donor-derived cell-free DNA for the detection of kidney allograft injury. *Nat Rev Nephrol.* 2021;17(9):591–603. doi:10.1038/s41581-021-00447-0.
  4. Thongprayoon C, Vaitla P, Craici IM, Leeaphorn N, Hansrivijit P, Salim SA, et al. The use of donor-derived cell-free DNA for assessment of allograft rejection and injury status. *J Clin Med.* 2020;9(5):1480. doi:10.3390/jcm9051480.
  5. Petr V, Hrubá P, Hruby F, Voska L, Schmalz M, Chytilová S, Hanzal V, Zahradka I, Slavcev A, Viklický O. Absolute and fractional donor-derived cell-free DNA in the follow-up of kidney allograft rejection. *HLA.* 2026 Apr;107(4):e70709. doi:10.1111/tan.70709. PMID:41968872.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6986488412

e-mail: vkitsiou@yahoo.gr

## Η ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΥΣΚΡΑΣΙΩΝ

### Δ. Ανταράκη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η κυτταρομετρία ροής αποτελεί εδώ και δεκαετίες βασικό εργαλείο στην εργαστηριακή διερεύνηση αιματολογικών δυσκρασιών, επιτρέποντας την ταχεία και αξιόπιστη ανοσοφαινοτυπική ανάλυση κυτταρικών πληθυσμών. Η κλασική κυτταρομετρία βασίζεται στην ανίχνευση φθορίζουσών χρωστικών μέσω επιλεγμένων φίλτρων και ανιχνευτών, με κάθε φθοριόχρωμα να αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο μήκος κύματος εκπομπής. Παρά την εξαιρετική της συμβολή στη διάγνωση και ταξινόμηση νοσημάτων όπως οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα, η τεχνολογία αυτή παρουσιάζει περιορισμούς, κυρίως λόγω της επικάλυψης των φασμάτων εκπομπής των φθοριοχρωμάτων και της ανάγκης για πολύπλοκες διορθώσεις της διαρροής του σήματος ενός φθοριοχρώματος στα γειτονικά κανάλια ανίχνευσης (compensation), γεγονός που περιορίζει τον αριθμό των δεικτών που μπορούν να αναλυθούν ταυτόχρονα.

Η εισαγωγή της κυτταρομετρίας φάσματος (spectral flow cytometry) έρχεται να υπερβεί αυτούς τους περιορισμούς, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη και ευέλικτη προσέγγιση. Σε αντίθεση με την κλασική μέθοδο, η κυτταρομετρία φάσματος δεν βασίζεται σε επιμέρους τμήματα του φάσματος εκπομπής, αλλά καταγράφει ολόκληρο το φάσμα κάθε φθοριοχρώματος. Μέσω προηγμένων αλγορίθμων ανάλυσης, καθίσταται δυνατός ο διαχωρισμός φθοριοχρωμάτων με επικαλυπτόμενα φάσματα, επιτρέποντας τη χρήση μεγαλύτερου αριθμού δεικτών στο ίδιο δείγμα χωρίς την ανάγκη εκτεταμένης αντιστάθμισης.

Αυτό μεταφράζεται σε σημαντικά πλεονεκτήματα για την κλινική πράξη. Πρώτον, αυξάνεται η διαγνωστική ακρίβεια, καθώς είναι εφικτή η ταυτόχρονη ανάλυση πολ-

λαπλών ανοσοφαινοτυπικών επιτόπων, οδηγώντας σε πιο λεπτομερή ανοσοφαινοτυπικό χαρακτηρισμό. Δεύτερον, διευκολύνεται η ανίχνευση σπάνιων κυτταρικών πληθυσμών, όπως υπολειμματική νόσος (MRD), με μεγαλύτερη ευαισθησία. Τρίτον, μειώνεται ο χρόνος και η ποσότητα δείγματος που απαιτείται, κάτι ιδιαίτερα σημαντικό για ευαίσθητα δείγματα.

Στο πλαίσιο των αιματολογικών δυσκρασιών, η κυτταρομετρία φάσματος ανοίγει νέους ορίζοντες στη διαγνωστική και παρακολούθηση των ασθενών. Επιτρέπει την καλύτερη διάκριση μεταξύ αντιδραστικών και νεοπλασματικών καταστάσεων, την ακριβέστερη ταξινόμηση υποτύπων νοσημάτων και την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία με υψηλή ευαισθησία.

Συνολικά, η μετάβαση από την κλασική στην φασματική κυτταρομετρία δεν αποτελεί απλώς μια τεχνολογική εξέλιξη, αλλά μια ουσιαστική αναβάθμιση της διαγνωστικής μας δυνατότητας. Η ενσωμάτωσή της στην καθημερινή εργαστηριακή πρακτική αναμένεται να ενισχύσει τη διασύνδεση μεταξύ εργαστηρίου και κλινικής, συμβάλλοντας σε πιο εξατομικευμένη και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Κυτταρομετρία φάσματος (Spectral flow cytometry), Ανοσοφαινότυπος, Ελάχιστη υπολειμματική νόσος (MRD), Διαγνωστική ακρίβεια

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947947068

e-mail: dantaraki@yahoo.gr

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ANA)

**Ε. Κόντου**

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Τα αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) αποτελούν θεμελιώδη εργαστηριακό ανοσολογικό δείκτη στη διερεύνηση των συστηματικών αυτοάνοσων ρευματικών νοσημάτων.

Ο έμμεσος ανοσοφθορισμός (indirect immunofluorescence, IIF) σε υπόστρωμα κυττάρων HEp-2 εξακολουθεί να θεωρείται η μέθοδος αναφοράς για τον έλεγχο ANA, καθώς παρέχει τη δυνατότητα όχι μόνο ανίχνευσης αυτοαντισωμάτων, αλλά και μορφολογικής αξιολόγησης των προτύπων φθορισμού σε πυρηνικές, κυτταροπλασματικές και μιτωτικές δομές. Η πληροφορία αυτή έχει ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία, καθώς συμβάλλει στον περαιτέρω ορολογικό έλεγχο και στη συσχέτιση με συγκεκριμένες κλινικο-ανοσολογικές οντότητες.

Καθοριστική για την εναρμόνιση της αξιολόγησης των ANA υπήρξε η συμβολή της International Consensus on ANA Patterns (ICAP), η οποία από το 2014 έχει καθιερώσει ένα διεθνώς αποδεκτό σύστημα ταξινόμησης και ονοματοδοσίας των προτύπων HEp-2 IIF μέσω των κωδικών AC (anti-cell). Η εφαρμογή της ICAP έχει ενισχύσει ουσιαστικά τη δια-εργαστηριακή συγκρισιμότητα, την εκπαίδευση των παρατηρητών και τη σύνδεση των μορφολογικών προτύπων με ειδικά αυτοαντισώματα και κλινικές οντότητες. Οι πλέον πρόσφατες αναθεωρήσεις του δένδρου ταξινόμησης το 2025 ανέδειξαν νέα πρότυπα, όπως τα AC-30 και AC-31, καθώς και την κατηγορία AC-XX για μη ταξινομημένα πρότυπα, επιβεβαιώνοντας ότι η μορφολογική προσέγγιση των ANA παραμένει ένα δυναμικά εξελισσόμενο πεδίο με σημαντικές διαγνωστικές προεκτάσεις.

Ωστόσο, παρά την υψηλή ευαισθησία της μεθόδου, η διαγνωστική αξιοποίηση των ANA απαιτεί προσεκτική ερμηνεία. Ένα θετικό αποτέλεσμα ANA δεν είναι διαγνωστικό συστηματικού αυτοάνοσου νοσήματος, καθώς η κλινική του βαρύτητα εξαρτάται από την συνοδό κλινική

εικόνα, τον τίτλο, το πρότυπο φθορισμού και την παρουσία ειδικότερων αυτοαντισωμάτων. Μόνο μικρό ποσοστό ANA-θετικών ατόμων, χωρίς σαφή κλινική συμπτωματολογία, θα εξελιχθεί τελικά σε συστηματικό αυτοάνοσο ρευματικό νόσημα. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη ορθολογικής χρήσης της εξέτασης και αποφυγής υπερεκτίμησης μεμονωμένων θετικών αποτελεσμάτων, ιδίως σε πληθυσμούς χαμηλής κλινικής υποψίας.

Κατά συνέπεια, η ερμηνεία των ANA οφείλει να εντάσσεται σε ένα ολοκληρωμένο διαγνωστικό πλαίσιο, το οποίο περιλαμβάνει το κλινικό ιστορικό, τη συμπτωματολογία, τον τίτλο και το πρότυπο φθορισμού, καθώς και τα αποτελέσματα συμπληρωματικών ανοσολογικών τεχνικών για τον προσδιορισμό ειδικών αυτοαντισωμάτων. Τα ANA εξακολουθούν να αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της ανοσολογικής διαγνωστικής, η πραγματική τους όμως αξία αναδεικνύεται μόνο μέσω της ορθής εργαστηριακής εκτέλεσης, της τυποποιημένης μορφολογικής αξιολόγησης κατά ICAP και της κλινικά τεκμηριωμένης ερμηνείας. Η σύγχρονη προσέγγιση δεν περιορίζεται πλέον στο «θετικό ή αρνητικό ANA», αλλά απαιτεί τη συνδυαστική αξιολόγηση του εργαστηριακού αποτελέσματος με την κλινική συσχέτιση, με στόχο την ακριβέστερη διάγνωση και τη στοχευμένη διαχείριση του ασθενούς.

**Λέξεις κλειδιά:** Αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA), έμμεσος ανοσοφθορισμός (IIF), ICAP, πρότυπα φθορισμού ANA.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6937437043

e-mail: kontolisa@gmail.com

## ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### Α. Σκούρτης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Περιπατητικών Ασθενών ή Ταχείας Διακίνησης Ασθενών, ευρύτερα γνωστό ως Fast Track, αποτελεί έναν εξειδικευμένο τομέα εντός του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, σχεδιασμένο για την ταχύτερη εξυπηρέτηση ασθενών με ήπια συμπτώματα. Πρόκειται για μια στρατηγική διαχωρισμού των περιστατικών που αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των επειγόντων περιστατικών, διαχωρίζοντας τα περιστατικά χαμηλής προτεραιότητας από τα βαριά και κρίσιμα περιστατικά, π.χ έμφραγμα, σοβαρό τροχαίο ατύχημα κλπ. Ο βασικός στόχος είναι οι ασθενείς των οποίων η ζωή δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο να μην αναγκάζονται να περιμένουν πολλές ώρες, αλλά να εξετάζονται και να αποδεσμεύονται άμεσα.

Στο Fast Track παραπέμπονται συνήθως ασθενείς που κατά τη διαδικασία της διαλογής ταξινομούνται με μπλε ή πράσινο χρώμα, δηλαδή περιπτώσεις χαμηλής προτεραιότητας. Τέτοια παραδείγματα περιλαμβάνουν ελαφρείς τραυματισμούς όπως διάστρεμμα και μικρά θλαστικά τραύματα που απαιτούν συρραφή, ήπιες λοιμώξεις όπως ωτίτιδα ή κοινό κρυολόγημα, καθώς και δερματικά προβλήματα όπως ήπια εξανθήματα ή δήγματα εντόμων. Η διαδικασία περιλαμβάνει την προσέλευση στη γραμματεία, την αξιολόγηση των ζωτικών σημείων από τη διαλογή και την κατεύθυνση στον περιπατητικό τομέα. Εκεί ο γιατρός προβαίνει σε γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση και ο ασθενής λαμβάνει οδηγίες ή συνταγογράφηση και αποχωρεί.

Τα οφέλη αυτής της δομής είναι πολλαπλά τόσο για τον ασθενή όσο και για το νοσοκομείο. Για τον ασθενή εξασφαλίζεται λιγότερη αναμονή, ταχύτερη εξυπηρέτηση και μείωση του άγχους, καθώς αποφεύγεται η συνύπαρξη του στον ίδιο χώρο με βαριά περιστατικά. Ταυτόχρονα, η συνεχής ροή βελτιώνει την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς, ο οποίος αισθάνεται ότι η περίπτωσή του αντιμετωπίζεται με προσοχή. Για το νοσοκομείο επιτυγχάνεται σημαντική αποσυμφόρηση, επιτρέποντας στο ιατρικό προσωπικό να εστιάζει εκεί που υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη, ενώ παράλληλα μειώνεται ο κίνδυνος ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων λόγω της μικρότερης παραμονής των ασθενών στον χώρο.

Η επιτυχία του συστήματος βασίζεται απόλυτα στην ορθή διαλογή, ενώ υπάρχει πάντα η πρόβλεψη για άμεση μεταφορά στον κύριο τομέα των επειγόντων αν η κατάσταση κριθεί τελικά σοβαρότερη. Τα νοσοκομεία παρακολουθούν κρίσιμους δείκτες όπως ο χρόνος από την είσοδο μέχρι την πρώτη εξέταση και το ποσοστό των ασθενών που αποχωρούν πριν εξεταστούν λόγω αναμονής. Το Fast Track αποτελεί το ιδανικό εργαλείο για την αποφυγή της κατάρρευσης των επειγόντων, ειδικά σε περιόδους έξαρσης ιώσεων όπου ο όγκος των περιστατικών αυξάνεται κατακόρυφα.

**Λέξεις κλειδιά:** Fast track, διαλογή, περιπατητικός ασθενής, αναμονή.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

### Α. Τερζή

Υπόλογη Τ.Ε.Π., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Η ανάδειξη του πολυδιάστατου ρόλου του συντονιστή νοσηλευτή στα ΤΕΠ, με έμφαση στις οργανωτικές, κλινικές και ηγετικές του αρμοδιότητες, καθώς και στις σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας (2020- 2026) σε βάσεις δεδομένων όπως Pubmed και Scopus, με λέξεις-κλειδιά: emergency nursing, nurse coordinator, emergency department management, leadership.

**Αποτελέσματα:** Ο συντονιστής νοσηλευτής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση και την αποτελεσματική λειτουργία του τμήματος, σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αυξημένες απαιτήσεις, ταχύτητα και πολυπλοκότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του πολυδιάστατου ρόλου του συντονιστή νοσηλευτή, καθώς και η διερεύνηση των βασικών αρμοδιοτήτων και προκλήσεων που αντιμετωπίζει.

Ο συντονιστής νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ροής των ασθενών μέσω της διαδικασίας διαλογής (triage), τον συντονισμό του νοσηλευτικού

προσωπικού, την εποπτεία της ποιότητας φροντίδας και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, καλείται να διαχειριστεί κρίσιμες καταστάσεις και να λαμβάνει άμεσες αποφάσεις υπό συνθήκες πίεσης, συμβάλλοντας στην ασφάλεια των ασθενών και στη βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

**Συμπεράσματα:** Ο ρόλος του συντονιστή νοσηλευτή αποτελεί βασικό πυλώνα της εύρυθμης λειτουργίας του ΤΕΠ και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ενίσχυση και η αναγνώριση του ρόλου αυτού είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων και της συνολικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών.

**Λέξεις Κλειδιά:** ΤΕΠ, συντονιστής νοσηλευτής, επείγουσα νοσηλευτική, ηγεσία, διαχείριση ασθενών.

#### Στοιχεία Επικοινωνίας:

Τηλ.: 6953049009

e-mail: terzi\_angie@yahoo.com

## «ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΑΝΗΚΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ;» Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΙΑΤΡΟΥ

**N. Κάβουρας**

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι ένα απαιτητικό και χρονικά πιεσμένο περιβάλλον όπου οι γιατροί πρέπει να διαχειριστούν συχνά πολυάριθμες καταστάσεις διαφωνιών κ συγκρούσεων. Στόχος είναι να εντοπιστούν οι παράγοντες σε ατομικό, ομαδικό και συστημικό επίπεδο που συμβάλλουν στις συγκρούσεις μεταξύ ιατρών των τμημάτων κ ιατρών του ΤΕΠ και να διερευνηθούν μελλοντικές στρατηγικές.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη σύγκρουση σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν:

- την έλλειψη εμπιστοσύνης στην αντιμετώπιση στο ΤΕΠ
- την απειρία του προσωπικού.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε επίπεδο ομάδας περιλαμβάνουν:

- τις αντιλήψεις για προκατάληψη μεταξύ ομάδων
- την πολυπλοκότητα των ασθενών,
- τα σφάλματα επικοινωνίας
- τις διαφορές στην πρακτική.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε επίπεδο συστήματος περιλαμβάνουν:

- τον υψηλό φόρτο εργασίας
- την πίεση χρόνου,
- τις ασάφειες σχετικά με την ευθύνη των ασθενών,
- **ασύμμετρη σχέση εξουσίας- δύναμης**
- την κουλτούρα του χώρου εργασίας.

Μεταξύ των λύσεων που εντοπίστηκαν για τον μετριασμό των συγκρούσεων είναι

- η καλύτερη εκπαίδευση στην επικοινωνία,
- κατευθυντήριες γραμμές βάσει πρωτοκόλλων
- η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των τμημάτων.

**Καθοριστικός ο ρόλος του επειγοντολόγου – Συντονιστή**

- θα επιμένει στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων και αλγορίθμων
- θα αμβλύνει το συγκρουσιακό κλίμα
- αναλάβει την ευθύνη για τη διεκπεραίωση του περιστατικού
- τελική λύση

**Αντιμέτωπιση και επίλυση των προβλημάτων στο ΤΕΠ**

- Τυποποίηση παράδοσης παραλαβής:
  - εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών
  - πρωτοκόλλων
  - αλγορίθμων
- Εκπαίδευση επικοινωνίας και βελτίωση:
  - διαπροσωπικών
  - διατμηματικών σχέσεων
- Αυτοματοποιημένες επικοινωνιακές διεργασίες:
  - ηλεκτρονικός φάκελος
  - ειδοποίηση κλινικών
  - εργαστηρίων κτλ.
- Αλλαγή κουλτούρας του χώρου και ιεράρχηση ασθενών και προβλημάτων

**Ο ρόλος του συντονιστή**

ΗΓΕΤΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ → αλλά συνάμα ενωτικός και συνθετικός

- αποφεύγει προσωπικές αντιπαραθέσεις και να διατηρεί κλίμα αμοιβαίας εκτίμησης και εμπιστοσύνης μεταξύ των τμημάτων
- προσηλωμένος στην εφαρμογή των ισχυόντων επιστημονικών δεδομένων
- να έχει εμπειρία και να εμπνέει σεβασμό και εκτίμηση
- οργανωτικός και ευέλικτος στη λήψη άμεσων αποφάσεων
- επιλαμβάνεται όλων των προβλημάτων που προκύπτουν(ιατρικών, νομικών, εργασιακών) και προσπαθεί να δώσει λύσεις. Δεν έχει ρόλο υπερεξουσιαστικό και υπεροπτικό έναντι των άλλων συναδέλφων, αλλά θα είναι εκείνος που θα δώσει τελική λύση για τη πιο ομαλή λειτουργία του ΤΕΠ.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευμονική εμβολή, μηχανική θρομβεκτομή, επεμβατική ακτινολογία, θρομβόλυση.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6948483072

e-mail: kavourasnikos@yahoo.gr

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

### Σ. Δρίτσας

MD, MSc, PhD, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Χειρουργός, Α' Χειρουργική Κλινική και ΜΜΟ

Η διατροφική υποστήριξη αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα στην έκβαση του χειρουργικού ασθενούς, καθώς η υποθρεψία σχετίζεται ανεξάρτητα με αυξημένη νοσηρότητα, λοιμώξεις και παρατεταμένη νοσηλεία. Σύμφωνα με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες της ESPEN, η εντερική σίτιση αποτελεί την προτιμώμενη οδό, με σύσταση έναρξης εντός 24 ωρών όταν η από του στόματος πρόσληψη δεν επαρκεί. Η παρεντερική διατροφή (PN) διατηρεί έναν σαφώς καθορισμένο αλλά περιορισμένο ρόλο και ενδείκνυται όταν η εντερική οδός δεν είναι εφικτή, ανεκτή ή επαρκής.

Οι κύριες ενδείξεις για έναρξη PN περιλαμβάνουν τη μη λειτουργικότητα του γαστρεντερικού συστήματος (παρατεταμένος ειλεός, εντερική ισχαιμία, εντερικά συρίγγια υψηλής παροχής), καθώς και περιπτώσεις σοβαρής δυσσπορρόφησης ή συνδρόμου βραχέος εντέρου. Επιπλέον, η PN συνιστάται όταν η εντερική πρόσληψη υπολείπεται του 50% των ενεργειακών αναγκών για διάστημα άνω των 5-7 ημερών, όταν έχουμε BMI <18.5 ή σημαντική απώλεια βάρους, καθώς και όταν ο ασθενής είναι σε καταβολική φάση με αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Ο χρόνος έναρξης της παρεντερικής διατροφής εξαρτάται από τη θρεπτική κατάσταση του ασθενούς. Σε ασθενείς με καλή θρέψη, η καθυστερημένη έναρξη (έως 7 ημέρες) είναι ασφαλής, ενώ σε ασθενείς με υποθρεψία ή υψηλού κινδύνου, προτείνεται πρώιμη έναρξη (εντός 3-5 ημερών).

Η αξιολόγηση βασίζεται σε εργαλεία όπως το NRS-2002 και τα κριτήρια GLIM.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αναγνώριση των «γκρίζων ζωνών», όπως η χρήση συμπληρωματικής παρεντερικής διατροφής (supplemental PN) όταν η εντερική σίτιση είναι ανεπαρκής, καθώς και η ισορροπία μεταξύ υποσιτισμού και υπερσιτισμού, ιδιαίτερα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Πιθανές επιπλοκές της παρεντερικής διατροφής αφορούν στις σχετιζόμενες με καθετήρες λοιμώξεις, την υπεργλυκαιμία και το σύνδρομο επανασίτισης.

**Συμπερασματικά**, η παρεντερική διατροφή αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο στη διαχείριση του χειρουργικού ασθενούς, με σαφείς ενδείξεις και χρονοισμό που πρέπει να εξατομικεύονται. Η ορθή επιλογή ασθενών και η έγκαιρη έναρξη μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την κλινική έκβαση.

**Λέξεις κλειδιά:** Παρεντερική διατροφή, χειρουργικός ασθενής, θρέψη, δυσσπορρόφηση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977388881

e-mail: spdrirtsas@yahoo.com

## ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

### Α. Αλμπέρτη

Τμήμα Κλινικής Διατροφής και Υποστήριξης Θρέψης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η παρεντερική διατροφή θεωρείται απαραίτητη για ασθενείς που δεν μπορούν να υποστηρίξουν τις διατροφικές τους ανάγκες μέσω της εντερικής οδού ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η εντερική σίτιση. Η παρεντερική διατροφή αποτελεί μια θεραπευτική προσέγγιση η οποία παρουσιάζει σημαντικές επιπλοκές.

Οι επιπλοκές μπορούν να χωριστούν σε δύο κύριες ομάδες: Αυτές που σχετίζονται με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα (ΚΦΚ) και στις μεταβολικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τον ΚΦΚ περιλαμβάνουν λοίμωξη, απόφραξη, θρόμβωση, πνευμονική εμβολή και τυχαία αφαίρεση ή βλάβη. Οι μεταβολικές επιπλοκές περιλαμβάνουν ανεπάρκεια ή περίσσεια μεμονωμένων συστατικών της παρεντερικής σίτισης, συμπεριλαμβανομένων ηλεκτρολυτών, μετάλλων, γλυκόζης, απαραίτητων λιπαρών οξέων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων. Μια από τις δυνητικά θανατηφόρες μεταβολικές επιπλοκές είναι το σύνδρομο επανασίτισης και χαρακτηρίζεται από επιπλοκές σε υγρά και ηλεκτρολυτικές ανισορροπίες που εμφανίζονται κατά την έναρξη της διατροφικής υποστήριξης και χαρακτηρίζεται από τη μείωση των επιπέδων ορού ενός ή συνδυασμού ηλεκτρολυτών και πιο ευαίσθητος ηλεκτρολύτης είναι ο φώσφορος, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως μείωση του καλίου ή/και του μαγνησίου.

Σημαντική μεταβολική επιπλοκή αποτελεί και η διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας. Οι κλινικές και παθολογικές εκδηλώσεις της ηπατικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνουν στεάτωση, στεατοηπατίτιδα, χολόσταση, χολολιθίαση και μη αντιρροπούμενη ηπατική νόσο. Συχνά είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε την άμεση ηπατική βλάβη που σχετίζεται με την παρεντερική διατροφή από τους άλλους τοξικούς παράγοντες του ήπατος που περιπλέκουν την πορεία των ασθενών που εξαρτώνται από την παρεντερική διατροφή.

Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των πιθανών επιπλοκών, απαιτείται η βέλτιστη παρακολούθηση και η έγκαιρη διαχείριση τους από διεπιστημονική ομάδα. Κατά την παροχή παρεντερικής διατροφής θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου έναρξης, της κλινικής κατάστασης και του κινδύνου επιπλοκών.

**Λέξεις κλειδιά:** Παρεντερική διατροφή, επανασίτιση, ηπατική λειτουργία, επιπλοκές που σχετίζονται με την παρεντερική διατροφή.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

e-mail: aalmperti@yahoo.gr

## ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΜΕ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ

**Κ. Γιαννικοπούλου**

Επιμελήτρια Β', Ε' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η οξεία παγκρεατίτιδα εμφανίζει μεγάλο κλινικό εύρος, από ήπια νόσηση έως σημαντική θνητότητα. Οι λοιμώξεις σχετίζονται με το 80% των θανάτων, γι' αυτό και ο ρόλος των αντιβιοτικών αποτέλεσε θέμα έρευνας πολλών δεκαετιών.

Από το 2006 οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας προτείνουν ενάντια στην προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών για την πρόληψη των λοιμώξεων στην οξεία παγκρεατίτιδα. Ωστόσο στην κλινική πράξη παρατηρείται ευρεία χρήση, κυρίως γιατί η διάκριση μεταξύ λοίμωξης και συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης (SIRS) είναι δύσκολη ενώ μπορούν επίσης να συνυπάρχουν. Η ευρεία χρήση αντιβιοτικών συνδέεται με την ανάπτυξη πολυανθεκτικών στελεχών και την αύξηση μυκητιασικών λοιμώξεων. Οι ενδείξεις χορήγησης είναι η λοίμωξη της παγκρεατικής νέκρωσης ή η εξωπαγκρεατική λοίμωξη. Η εξωπαγκρεατική λοίμωξη μπορεί να αφορά βακτηριαμία, πνευμονία, ουρολοίμωξη, χολαγγειίτιδα, λοίμωξη καθετήρα. Αυξάνουν την θνητότητα και γι' αυτό επί υποψίας συνιστάται η άμεση έναρξη ευρέως φάσματος αντιβιοτικών, αφού παράλληλα ληφθούν πολλαπλές καλλιέργειες (π.χ αίματος, ούρων, χολής, πλευριτικού υγρού, καθετήρων). Επί αρνητικών αποτελεσμάτων και μη τεκμηρίωσης εστίας λοίμωξης τα αντιβιοτικά πρέπει να διακόπτονται. Η νέκρωση είναι μια σοβαρή επιπλοκή της οξείας παγκρεατίτιδας και συμβαίνει στο 5-10% των περιπτώσεων. Μπορεί να είναι στείρα μικροβίων ή να επιμολυνθεί. Η λοίμωξη του νεκρωμένου ιστού αυξάνει τον κίνδυνο θνητότητας στο 30% και συνήθως συμβαίνει μετά τις πρώτες 10 μέρες χωρίς να αποκλείεται και η πρωιμότερη εμφάνιση της. Η κλινική υποψία τίθεται όταν υπάρχει επιδείνωση του ασθενή, βακτηριαμία, σήψη, εμμένον εμπύρετο >38°C μετά την πρώτη εβδομάδα νόσου, λευκοκυττάρωση, νέα η επιδείνωση ήδη υπάρχουσας οργανικής ανεπάρκειας. Η αξονική με σκιαγραφικό είναι η προτιμώμενη απεικονιστική μέθοδος, όπου το bubble sign (αέρας σε

(πέρι)παγκρεατικούς ιστούς) έχει υψηλή ειδικότητα (97%) αλλά χαμηλή ευαισθησία (56%). Τα μικρόβια είναι συνήθως gram αρνητικά βακτήρια *Escherichia coli* [(*E. coli*), *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*), and *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*)], αλλά και μύκητες που προέρχονται από το γαστρεντερικό μέσω αλλόθεσης από το έντερο. Η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της επιμολυσμένης νέκρωσης είναι η μικροβιολογική τεκμηρίωση με αναρρόφηση διαλεπτής βελόνης (FNA) υπό καθοδήγηση με υπέρηχο ή αξονικό τομογράφο. Ωστόσο, η FNA πλέον δεν συστήνεται από τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες ως εξέταση ρουτίνας, παρά μόνο όταν δεν υπάρχει βελτίωση με την αντιβιοτική αγωγή (πχ σε υποψία για MDR μικρόβια ή μύκητες) και μετά την 3<sup>η</sup>-4<sup>η</sup> εβδομάδα που η νέκρωση θα έχει περιχαρακωθεί. Σε υψηλή υποψία πρέπει να γίνεται άμεση έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, με κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup>-4<sup>ης</sup> γενιάς, καρβαπενέμες ή κινολόνες βάση των επιδημιολογικών δεδομένων, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Εμπειρική αντιμυκητιασική αγωγή δεν συστήνεται αλλά προτείνεται συνήθως σε βαρέως πάσχοντες που δεν βελτιώνονται παρά την αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών.

Τα αντιβιοτικά αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στην σοβαρή παγκρεατίτιδα, που επιπλέκεται με λοιμώξεις. Στην εποχή μας η επιδημία των πολυανθεκτικών μικροβίων, καθιστούν απαραίτητη τη χρήση τους μόνο σε σαφείς ενδείξεις χορήγησης τους και διακοπή τους επί κλινικής βελτίωσης ή μη επιβεβαίωσης εστίας λοίμωξης.

**Λέξεις κλειδιά:** Παγκρεατίτιδα, λοιμώξεις, αντιβιοτικά.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6948410716

e-mail: g.dinaki@windowslive.com

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

**Σ.-Β. Μουρατίδης**

*Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»*

Οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές αποτελούν πλέον αναπόσπαστο στοιχείο της χειρουργικής θεραπείας των ογκολογικών και μη ογκολογικών παθήσεων του θώρακα. Ο όρος ελάχιστα επεμβατική θωρακοχειρουργική περιγράφει ένα ευρύτερο φάσμα διαφορετικών τεχνικών που κυμαίνονται από τη θωρακοσκοπική χειρουργική μέσω τριών ή παραπάνω οπών (Τεχνική Κολεγχάγης), μέχρι τη θωρακοσκοπική χειρουργική μέσω μίας οπής, καθώς και τη ρομποτική χειρουργική, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω μίας ή παραπάνω οπών.

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική συνδέεται με σημαντικά πλεονεκτήματα στην περιεγχειρητική πορεία των θωρακοχειρουργικών ασθενών. Προδρομικές τυχαιοποιημένες μελέτες των τελευταίων ετών έδειξαν λιγότερο μετεγχειρη-

τικό πόνο και βελτιωμένη ποιότητα ζωής κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοσκοπική λοβεκτομή σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική χωρίς να υπονομεύεται η ποιότητα της ογκολογικής χειρουργικής. Μία πρόσφατη μεταανάλυση προδρομικών τυχαιοποιημένων μελετών αποτέλεσε την πρώτη μεγάλη έρευνα η οποία έδειξε υψηλότερο ποσοστό συνολικής επιβίωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοσκοπική λοβεκτομή για καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με την ανοικτή λοβεκτομή.

Στα πλαίσια αυτής της ομιλίας θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι τεχνικές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής θώρακος με τη χρήση εικόνων και βίντεο, τόσο οι θωρακοσκοπικές όσο και οι ρομποτικές.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ

**Λ. Αλεξοπούλου-Προυνιά, Κ. Αθανασιάδη**

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το μεσοθωράκιο είναι μια σύνθετη, ετερογενής ανατομική περιοχή, η οποία διασχίζει κάθετα τη θωρακική κοιλότητα μεταξύ των αμφοτερόπλευρων μεσοθωρακικών υπεζωκότων, συνδέοντας την περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου με τη θωρακική κοιλότητα. Οι παθήσεις του μεσοθωρακίου περιλαμβάνουν λοιμώξεις (μεσοθωρακίτιδα) ή ανοσολογικές παθήσεις, όπως η μυασθένεια GRAVIS και συμπαγείς ή κυστικές μάζες, που χωρίζονται σε καλοήγη και κακοήγη νεοπλασμάτα, προερχόμενα από τις δομές/όργανα του μεσοθωρακίου ή αντιπροσωπεύουν εκδηλώσεις μεταστατικής νόσου, συχνά μεταστατικού μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (ΜΜΚΠ).

Η ελάχιστη επεμβατική προσέγγιση στην αντιμετώπιση παθήσεων του μεσοθωρακίου έχει εξελιχθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες, αλλάζοντας από την παραδοσιακή μέση στερνοτομή σε ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, όπως θωρακοσκοπικές τεχνικές ή ρομποτική χειρουργική. Η μεταβολή αυτή οφείλεται σε πλήθος μελετών, που τεκμηριώνουν παρόμοια ή καλύτερα ογκολογικά αποτελέσματα με μειωμένη νοσηλεία, λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο και άμεση μετάβαση στην εργασία. Οι τεχνικές αυτές έχουν εφαρμογή σε διαφορετικές παθήσεις του μεσοθωρακίου, συμπεριλαμβανομένων της μυασθένειας Gravis και όγκων προσθίου και οπισθίου μεσοθωρακίου.

Αναλυτικά, η θωρακοσκοπική προσέγγιση του μεσοθωρακίου αποτελεί πλέον θεμελιώδη επιλογή για πολλές παθήσεις του πρόσθιου ή οπισθίου μεσοθωρακίου. Τα πιο συχνά παράδειγματα αποτελούν η θυμεκτομή στη μυασθένεια Gravis, αλλά και στην εκτομή θυμωμάτων του πρόσθιου μεσοθωρακίου και η σταδιοποίηση του λεμφαδένων του μεσοθωρακίου στην περίπτωση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα, όταν οι άλλες βρογχοσκοπικές κυρίως μέθοδοι έχουν αποτύχει.

Οι όγκοι του μεσοθωρακίου, όπως τα λεμφώματα, τα νεοπλασμάτα του οισοφάγου, οι νευρογενείς όγκοι και οι κύστεις (βρογχογενείς, περικαρδιακές κ.λπ.) αποτελούν άλλη μία δημοφιλή εφαρμογή των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών.

Οι τεχνικές είναι πολλές. Ενδεικτικά αναφέρουμε την θωρακοσκοπική προσπέλαση δια 3 οπών (κλασική VATS), την υποξιφοειδική προσπέλαση (subxiphoid VATS ή SVATS), την προσπέλαση δια μίας οπής (uniportal VATS), και τέλος την προσπέλαση με υποβοήθηση του ρομπότ. (RATS)

**Συμπέρασμα:** Είναι γεγονός, ότι οι παραπάνω τεχνικές επιτυγχάνουν ισοδύναμα ογκολογικά και ποιοτικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την παραδοσιακή μέση στερνοτομή, συνοδευόμενα από μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο, μικρότερη νοσηλεία, άμεση μετάβαση στην εργασία και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

**Λέξεις κλειδιά:** Ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, θωρακοσκοπική χειρουργική, παθήσεις μεσοθωρακίου.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Melfi FMA, Fanucchi O, Mussi A. Minimally invasive mediastinal surgery. Ann Cardiothorac Surg 2016;5(1):10-17.
2. Abdelkbir A, Labidi A, Abdennadher M, Zribi H, Zairi S, Marghli A. Minimally invasive surgery for mediastinal tumors. ERJ 2022 60(suppl 66): 4147.
3. Nichols, D., Weiman, D.S. (2001). Minimal Access Approaches to the Mediastinum. In: Greene, F.L., Heniford, B.T. (eds) Minimally Invasive Cancer Management. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-3444-7\\_19](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-3444-7_19)

# ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

## Χ. Κουκούλα

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. Ίκκος» – Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η οστεοπόρωση αποτελεί μια συστηματική σκελετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη οστική μάζα και διαταραγμένη μικροαρχιτεκτονική. Ο οστίτης ιστός βρίσκεται υπό συνεχή ανακατασκευή. Διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ οστικού σχηματισμού και απορρόφησης οδηγεί σε οστεοπόρωση. Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης απαιτεί ένα μακροχρόνιο στρατηγικό πλάνο με αντικαταβολικούς και αναβολικούς παράγοντες (Εικόνα 1). Κύρια στοιχεία που θα συμβάλουν στην επιλογή της θεραπείας έναρξης είναι η βαρύτητα της νόσου, η ηλικία του ασθενούς, τα συνυπάρχοντα νοσήματα και η ύπαρξη καταγμάτων. Για τη διαδοχική θεραπεία ρόλο παίζουν ο στόχος, η ολοκλήρωση του χρόνου αποτελεσματικότητας/ασφάλειας (Πίνακας 1), η αποτυχία της αγωγής, οι παρενέργειες και η κακή συμμόρφωση (Πίνακας 2).

### Επιλογή θεραπείας έναρξης

Πριν την έναρξη της θεραπείας είναι σημαντικό να γίνεται διαστρωμάτωση του καταγματικού κινδύνου. Ασθενής υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου θα πρέπει να τίθενται εξαρχής σε αναβολική αγωγή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στο ιστορικό πρόσφατου κατάγματος (τα τελευταία 2 έτη), καθώς συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για νέο κάταγμα. Η τεριπαράτιδη έχει βρεθεί να ωφελεί περισσότερο ασθενείς με σοβαρή νόσο.<sup>1</sup> Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι treatment-naïve ασθενείς ανταποκρίνονται καλύτερα στην αναβολική θεραπεία. Ειδικότερα, η ρομοσοζουμάμπη αυξάνει την BMD σε treatment naïve ασθενείς 13,1% στην ΟΜΣΣ και 6,2% στο ισχίο, ενώ σε ασθενείς που είχαν λάβει αλενδρονάτη 9,8% και 2,9 % αντίστοιχα.<sup>2</sup>

### Αναβολική σε αντικαταβολική αγωγή

Η θεραπεία με αναβολικούς παράγοντες θα πρέπει να

Μείωση οστικής ανακατασκευής	Αύξηση της οστικής ανακατασκευής	Αύξηση της οστικής παραγωγής και μείωση της οστικής απορρόφησης
Διφωσφονικά	Τεριπαράτιδη	Romosozumab
Denosumab	Αυπαλοπαράτιδη	
SERMS		
Αντικαταβολικοί παράγοντες		Αναβολικοί παράγοντες

Εικόνα 1. Διαθέσιμα αντιοστεοπορωτικά φάρμακα.

### Πίνακας 1. Τεκμηριωμένος χρόνος αποτελεσματικότητας/ασφάλειας.

Αλενδρονάτη	10 έτη
Ρισεδρονάτη	7 έτη
Ζολεδρονάτη	9 έτη
Ιμπαδρονάτη	5 έτη
Ραλοξιφαίνη	8 έτη
Denosumab	10 έτη
Τεριπαράτιδη	2 έτη
Romosozumab	1 έτος

### Πίνακας 2. Αλληλουχία θεραπειών στην οστεοπόρωση.

Αρχική θεραπεία	Follow-up θεραπεία	Σχόλιο
Αναβολικοί παράγοντες	Όχι θεραπεία	Αποφυγή- απώλεια ΟΜ
Αναβολικοί παράγοντες	Αντικαταβολικά	Συνιστώμενη μετάβαση
Αναβολικοί παράγοντες	Αναβολικοί παράγοντες	Περιορισμένα δεδομένα
Διφωσφονικά	Όχι θεραπεία	Αν έχει επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος- Στενή παρακολούθηση
Διφωσφονικά	Διφωσφονικά	Παρενέργειες, κακή συμμόρφωση, αποτυχία αγωγής
Διφωσφονικά	Αναβολικοί παράγοντες	Αποτυχία αγωγής- καινούργια κατάγματα
Denosumab	Όχι θεραπεία	Αποφυγή- απώλεια ΟΜ- αυξημένος καταγματικός κίνδυνος
Denosumab	Διφωσφονικά	Χαμηλός καταγματικός κίνδυνος, έχει επιτευχθεί ο στόχος
Denosumab	Αναβολικοί παράγοντες	Απώλεια ΟΜ αν μετάβαση σε τεριπαράτιδη- Περιορισμένα δεδομένα για ρομοσοζουμάμπη

ακολουθείτε από αντικαταβολική θεραπεία για διατήρηση του αποτελέσματος που έχει επιτευχθεί. Η αλενδρονάτη ή μία δόση ζολενδρονικού οξέως μετά από ρομοσοζουμάμπη οδηγεί σε διατήρηση του αποτελέσματος που έχει επιτευχθεί, ενώ το denosumab σύμφωνα με τη FRAME study οδηγεί σε επιπρόσθετη αύξηση της BMD.<sup>2,3</sup> Επιπλέον, η θεραπεία με denosumab μετά από τεριπαρατίδη σύμφωνα με την DATA SWITCH study οδηγεί σε επιπλέον αύξηση στην BMD.<sup>4</sup>

### Αντικαταβολική σε αναβολική αγωγή

Προσοχή πρέπει να δίδεται στην χορήγηση τεριπαρατίδης μετά από αντικαταβολική αγωγή και κυρίως μετά από δανοσομάμπη. Σύμφωνα με την DATA SWITCH study και την STRUCTURE TRIAL παρατηρείται μείωση στην BMD (ειδικότερα στο ισχίο) και αύξηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού. Επομένως, είναι μία μετάβαση που καλύτερα να αποφεύγεται. Αντίθετα η χορήγηση ρομοσοζουμάμπης μετά από αντικαταβολική αγωγή οδηγεί σε αύξηση στην BMD στην ΟΜΣΣ (5,3%) και διατήρηση στο ισχίο.<sup>5</sup>

### Αντικαταβολική σε αντικαταβολική αγωγή

Η χορήγηση denosumab ή iv διφωσφονικών σε ασθενείς που ελάμβαναν μακροχρόνια per os διφωσφονικά οδήγησε με περαιτέρω αύξηση της οστικής μάζας. Η χορήγηση denosumab φαίνεται να υπερείχε.<sup>5</sup>

### Διακοπή Θεραπείας

Η διακοπή της θεραπείας με denosumab οδηγεί σε οξεία απώλεια της οστικής μάζας και σε αυξημένο κίνδυνο πολλαπλών σπονδυλικών καταγμάτων. Ο κίνδυνος μεγαλώνει με τη διάρκεια χορήγησης της αγωγής. Συνιστάται η χορήγηση αλενδρονάτης για 12-24 μήνες (αν denosumab <2,5έτη) ή iv ζολενδρονικού στους 6 μήνες με παρακολούθηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού (αν denosumab >2,5έτη). "Drug holiday" επιτρέπεται μόνο μετά από διφωσφονικά εφόσον ο ασθενής έχει πλέον οστεοπενία και χαμηλό καταγματικό κίνδυνο.<sup>6,7</sup>

Συμπερασματικά, κάθε ασθενής απαιτεί ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πλάνο που πρωταρχικό στόχο έχει την μείωση του καταγματικού κινδύνου και η αλληλουχία της αγωγής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την επίτευξη αυτού στόχου.

**Λέξεις κλειδιά:** Αλληλουχία, οστεοπόρωση, αναβολική, αντικαταβολική, denosumab.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, Gaich GA, Reginster JY, Hodsman AB, Eriksen EF, Ish-Shalom S, Genant HK, Wang O, Mitlak BH. Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl*

*J Med.* 2001 May 10;344(19):1434-41. doi: 10.1056/NEJM200105103441904. PMID: 11346808.

2. Cosman F, Kendler DL, Langdahl BL, Leder BZ, Lewiecki EM, Miyauchi A, Rojeski M, McDermott M, Oates MK, Milmont CE, Libanati C, Ferrari S. Romosozumab and antiresorptive treatment: the importance of treatment sequence. *Osteoporos Int.* 2022 Jun;33(6):1243-1256. doi: 10.1007/s00198-021-06174-0. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35165774; PMCID: PMC9106644.
3. McClung MR, Bolognese MA, Brown JP, Reginster JY, Langdahl BL, Maddox J, Shi Y, Rojeski M, Meisner PD, Grauer A. A single dose of zoledronate preserves bone mineral density for up to 2 years after a second course of romosozumab. *Osteoporos Int.* 2020 Nov;31(11):2231-2241. doi: 10.1007/s00198-020-05502-0. Epub 2020 Jul 4. PMID: 32623487; PMCID: PMC7560921.
4. Leder BZ, Tsai JN, Uihlein AV, Wallace PM, Lee H, Neer RM, Burnett-Bowie SA. Denosumab and teriparatide transitions in postmenopausal osteoporosis (the DATA-Switch study): extension of a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015 Sep 19;386(9999):1147-55. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61120-5. Epub 2015 Jul 2. PMID: 26144908; PMCID: PMC4620731.
5. Langdahl BL, Laursen NA, Mäkinen V, Harsløf T, Sølling AS. Approach to the Patient - Transitions in Osteoporosis Therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2026 Jan 21;111(2):e577-e585. doi: 10.1210/clinem/dgaf614. PMID: 41243689.
6. Tsourdi E, Zillikens MC, Meier C, Body JJ, Gonzalez Rodriguez E, Anastasilakis AD, Abrahamsen B, McCloskey E, Hofbauer LC, Guañabens N, Obermayer-Pietsch B, Ralston SH, Eastell R, Pepe J, Palermo A, Langdahl B. Fracture risk and management of discontinuation of denosumab therapy: a systematic review and position statement by ECTS. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020 Oct 26;dgaa756. doi: 10.1210/clinem/dgaa756. Epub ahead of print. PMID: 33103722.
7. Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Bauer DC, Camacho PM, Clarke BL, Clines GA, Compston JE, Drake MT, Edwards BJ, Favus MJ, Greenspan SL, McKinney R Jr, Pignolo RJ, Sellmeyer DE. Managing Osteoporosis in Patients on Long-Term Bisphosphonate Treatment: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.* 2016 Jan;31(1):16-35. doi: 10.1002/jbmr.2708. Erratum in: *J Bone Miner Res.* 2016 Oct;31(10):1910. doi: 10.1002/jbmr.2918. PMID: 26350171; PMCID: PMC4906542.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945042665

e-mail: chrysakoukou@gmail.com

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

### Χ. Βούλγαρη

Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων,  
Μέλος του Δ.Σ. της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Το καρδιονεφρικό σύνδρομο περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1946. Σήμερα θα είχε πλέον την ώριμη και γνώριμη γοητεία της τρίτης ηλικίας γιορτάζοντας 80 χρόνια μαζί μας. Ο Δυτικός τρόπος ζωής όμως του έδωσε το «ελιξίριο της νιότης» με αποτέλεσμα αυτό να αναγεννηθεί ως μια νέα κλινική οντότητα με την ονομασία «καρδιο-νεφρο-μεταβολικό σύνδρομο». Το νέο αυτό πρόσωπο του καρδιονεφρικού συνδρόμου έχει αυξήσει τη θνησιμότητα, αλλά και την ολική θνητότητα του γενικού πληθυσμού μέσω των παθοφυσιολογικών αλληλεπιδράσεων της μεταβολικής διαταραχής, της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) και της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) που προκαλεί. Το «καρδιο-νεφρο-μεταβολικό σύνδρομο» οδηγεί νωρίς σε πολυοργανική δυσλειτουργία τους ασθενείς με κίνδυνο εμφάνισης ΚΑ λόγω μεταβολικών συν-νοσηροτήτων, ΧΝΝ ή και των δύο, όπως και τους ασθενείς με ΚΑ που ενδεχομένως σχετίζεται με μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου ή/και ΧΝΝ. Αυτό το συνεχές καρδιο-νεφρο-μεταβολικό φάσμα καλείται να αντιμετωπίσει σήμερα ο κλινικός ιατρός έχοντας νέα φάρμακα και «θεραπευτικούς πυλώνες» στη φαρέτρα του. Η ενημέρωση και η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων οδηγεί σε μεγαλύτερη επαγρύπνηση για την καλύτερη πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και την αποτελεσματική θεραπεία του καρδιο-νεφρο-μεταβολικού συνδρόμου και των επιπλοκών του.

Μεγάλος πληθυσμός ασθενών λαμβάνει χρόνια αντιπηκτική αγωγή για καρδιολογικές και άλλες ενδείξεις. Σχεδόν

1 στους 4 ασθενείς που λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή θα χρειαστεί να τη διακόψει εντός των πρώτων δυο χρόνων θεραπείας λόγω αιμορραγίας. Ετησίως, 15% έως 20% των ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή λαμβάνουν ενδοσκοπική ή άλλη χειρουργική πράξη λόγω αιμορραγίας. Ο κλινικός ιατρός καλείται συχνά να αποφασίσει για το εάν, τότε και πώς θα επαναχορηγήσει την αντιθρομβωτική αγωγή, προκειμένου να αποτρέψει κάποιο επεισόδιο θρόμβωσης ή μια νέα αιμορραγική επιπλοκή. Συχνά η απόφαση αυτή στηρίζεται στην κλινική εμπειρία, τα επιδημιολογικά δεδομένα από κλινικές μελέτες, αλλά και την προσεκτικά εξατομικευμένη αξιολόγηση του ασθενούς και των παραγόντων κινδύνου. Σύμφωνα με το σοφό ρητό του Ιπποκράτη «κάλλιον το προλαμβάνειν του θεραπεύειν» απαιτείται γόνιμος διάλογος μεταξύ των ειδικοτήτων πριν την επιλογή της αντιθρομβωτικής στρατηγικής για την βέλτιστη πρόληψη κάθε επιπλοκής των ασθενών μας.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρδιο-νεφρο-μεταβολικό σύνδρομο, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική νόσος, χρόνια αντιθρομβωτική αγωγή, επανέναρξη, αιμορραγία.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977073296

email: c\_v\_24@yahoo.gr

## ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ/ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

### Σ. Γεωργιάδη

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. ΙΚΚΟΣ»- Διαβητολογικό Κέντρο- EndoERN – Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων- Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

Η παχυσαρκία αποτελεί μία χρόνια και πολυπαραγοντική νόσο. Παρουσιάζει ολοένα και αυξανόμενη επίπτωση παγκοσμίως και σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναγνωριστεί όχι απλώς ως αποτέλεσμα θετικού ενεργειακού ισοζυγίου, αλλά ως σύνθετη διαταραχή που προκύπτει από αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών, μεταβολικών και ενδοκρινικών μηχανισμών.

Κύριο χαρακτηριστικό της παχυσαρκίας είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία αποτελεί θεμελιώδη μηχανισμό για την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και μεταβολικού συνδρόμου. Η υπερτροφία των λιποκυττάρων και η δυσλειτουργία του λιπώδους ιστού οδηγούν σε έκτοπη εναπόθεση λίπους και αυξημένη έκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών, με αποτέλεσμα την τοπική και συστηματική φλεγμονή και την αντίσταση στην ινσουλίνη. Παράλληλα, αυξάνεται η λιπόλυση και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα με αποτέλεσμα την εμφάνιση μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος με περαιτέρω επιδείνωση της ινσουλινοαντίστασης. Ο φαύλος κύκλος της αντίστασης στην ινσουλίνη, της χρόνιας φλεγμονής και του οξειδωτικού stress οδηγεί επιπλέον σε δυσλιπιδαιμία, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η παχυσαρκία επηρεάζει πολλαπλούς ενδοκρινικούς άξονες και σχετίζεται με διάφορες ορμονικές διαταραχές. Ως προς το **αναπαραγωγικό σύστημα**, οι άνδρες με παχυσαρκία εμφανίζουν συχνά υπογοναδοτροπικό υπογοναδισμό λόγω καταστολής του άξονα υποθαλάμου-

υπόφυσης-γονάδων, ενώ στις γυναίκες η παχυσαρκία επιδεινώνει τις εκδηλώσεις του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών (υπερανδρογοναιμία και ανωοθυληκιορρηξία) μέσω αύξησης της αντίστασης στην ινσουλίνη. Οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι συνήθως φυσιολογικές στην παχυσαρκία, ωστόσο κάποια δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που ζουν με παχυσαρκία. Επιπλέον σε πολλές μελέτες ασθενών με κεντρική παχυσαρκία, ο άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης - επινεφριδίων παρουσιάζει υπεραντιδραστικότητα με αυξημένη ελεύθερη κορτιζόλη ούρων και αυξημένη απόκριση ACTH και κορτιζόλης σε διεγερτικές δοκιμασίες. Η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης μπορεί να συμβάλλει στο μεταβολικό σύνδρομο. Τέλος, η **ανεπάρκεια βιταμίνης D** είναι συχνότερη στους ασθενείς που ζουν με παχυσαρκία και παρουσιάζεται συνήθως με συνοδό δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

**Συμπερασματικά**, η παχυσαρκία είναι σοβαρή, χρόνια, σύνθετη νόσος που σχετίζεται με πολλαπλές μεταβολικές και ορμονικές επιπλοκές. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των επιπλοκών και η ολιστική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι καθοριστικές για τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Επιπλοκές παχυσαρκίας, ινσουλινοαντίσταση, μη αλκοολική λιπώδης νόσος ήπατος, υπογοναδισμός, υπερανδρογοναιμία, ορμόνες στην παχυσαρκία.

# ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

## Α. Αγγελίδου

Ειδικευόμενη Ιατρός, Ενδοκρινολογικό τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» -Διαβητολογικό Κέντρο, Endo-ERN, ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Η παχυσαρκία αποτελεί χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσο με διαρκώς αυξανόμενη επίπτωση παγκοσμίως και σημαντικές μεταβολικές και καρδιαγγειακές επιπτώσεις. Η βαριατρική χειρουργική και η σύγχρονη φαρμακοθεραπεία (κυρίως οι αγωνιστές GLP-1 και οι νεότεροι συνδυασμοί αγωνιστών GLP-1/GIP) αποτελούν τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την επίτευξη απώλειας βάρους. Ωστόσο, η επιτυχία των παρεμβάσεων αυτών και η διατήρηση των αποτελεσμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συστηματική και μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών.

Η μετεγχειρητική και μεταθεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών με παχυσαρκία πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να γίνεται από διεπιστημονική ομάδα. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, χρειάζεται αξιολόγηση του ρυθμού απώλειας βάρους, της συμμόρφωσης του ασθενή, της πιθανής εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας και της εξέλιξης συνοδών νοσημάτων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία. Επίσης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην έγκαιρη ανίχνευση διατροφικών ελλείψεων βιταμινών και μετάλλων, οι οποίες είναι συχνές μετά από βαριατρικές επεμβάσεις.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη μακροχρόνια παρακολούθηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας. Για το λόγο αυτό, συνίσταται η εκπαίδευση των ασθενών και η ενθάρρυνσή τους για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία παρακολούθησης, όπως και η βελτιστοποίηση της διαθεσιμότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Παρά τη σημαντική αποτελεσματικότητα της βαριατρικής χειρουργικής, ένα ποσοστό ασθενών εμφανίζει σταδιακή

ανάκτηση βάρους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η φαρμακοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά ως προς τη μακροχρόνια διατήρηση των αποτελεσμάτων. Αντίστοιχα, ανάκτηση βάρους παρατηρείται συχνά κατόπιν διακοπής της φαρμακοθεραπείας. Συνεπώς, η σύγχρονη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στηρίζεται σε αλλαγή του τρόπου ζωής σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία ή βαριατρικό χειρουργείο, εφόσον υπάρχει ένδειξη, ενώ κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

**Συμπερασματικά**, η παρακολούθηση ασθενών μετά από βαριατρικό χειρουργείο ή φαρμακοθεραπεία δεν αποτελεί απλή συνέχεια της θεραπείας αλλά βασικό παράγοντα μακροπρόθεσμης επιτυχίας της. Η εκπαίδευση των ασθενών και η ανάπτυξη μοντέλων παροχής φροντίδας που εξειδικεύονται στο συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την πρόγνωση. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα ως προς τους συμπεριφορικούς και βιολογικούς παράγοντες που συσχετίζονται αιτιολογικά με την επαναπρόσληψη βάρους για να διαμορφωθούν πιο αποτελεσματικοί αλγόριθμοι θεραπείας και παρακολούθησης των ασθενών με παχυσαρκία.

**Λέξεις κλειδιά:** Παχυσαρκία, παρακολούθηση, βαριατρική χειρουργική, φαρμακοθεραπεία

### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6939047878

e-mail: ag.agelidou@gmail.com

## ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΒΑΣΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΝΚΡΕΤΙΝΕΣ

### Β. Αντωνοπούλου

Ενδοκρινολογικό τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»- Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση-Επινεφρίδια- Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι ινκρετίνες είναι εντερικά πεπτίδια που εκκρίνονται μετά τη λήψη τροφής και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Οι κυριότερες ινκρετίνες, το GLP-1 (glucagon-like peptide-1) και το GIP (glucose-dependent insulinotropic peptide), αυξάνουν με γλυκοζο-εξαρτώμενο τρόπο την έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος, ενώ παράλληλα το GLP-1 ασκεί εξωπαγκρεατικές δράσεις, όπως η ρύθμιση της όρεξης και του κορεσμού σε επίπεδο κεντρικού νευρικού συστήματος και η καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης.

Τα τελευταία χρόνια, θεραπείες βασισμένες στις ινκρετίνες όπως είναι οι αγωνιστές GLP-1 (λιραγλουτίδη, σεμαγλουτίδη) και οι διπλοί αγωνιστές GIP/GLP-1 (τιρζεπατίδη) έχουν φέρει επανάσταση στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας επιτυγχάνοντας σημαντική απώλεια σωματικού βάρους, η οποία οδηγεί σε κλινικά οφέλη τόσο στις επιπλοκές όσο και στις συννοσηρότητες της νόσου.

Πέραν της απώλειας σωματικού βάρους, πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει επιπλέον κλινικά οφέλη των φαρμακευτικών αυτών αγωγών. Ειδικότερα, η σεμαγλουτίδη έχει συσχετιστεί με καρδιοπροστασία σε ασθενείς με παχυσαρκία και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο, ενώ η τιρζεπατίδη έχει δείξει βελτίωση της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας και των σχετιζόμενων καρδιομεταβολικών παραγόντων σε ασθενείς με παχυσαρκία και μέτρια έως σοβαρή νόσο. Άλλες μελέτες έχουν αναδείξει τον θετικό ρόλο των ινκρετινικών αυτών θεραπειών στη μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο ήπατος (MASLD), ενώ μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση του πολυπαραγοντικού τους ρόλου των ινκρετινικών θεραπειών στη διαχείριση της παχυσαρκίας

και των σχετιζόμενων νοσημάτων.

Οι σύγχρονες ερευνητικές κατευθύνσεις επικεντρώνονται στη βελτιστοποίηση της φαρμακοτεχνικής μορφής, αλλά και στην ανάπτυξη νέων μορίων βασισμένων στις ινκρετίνες με συνολικά καλύτερη αποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη από του στόματος ινκρετινικών θεραπειών, όπως η από του στόματος σεμαγλουτίδη και ο από του στόματος μη πεπτιδικός αγωνιστής GLP-1 orforglipron, αναμένεται να διευκολύνει τη χορήγηση και να βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών. Επιπλέον, μελετώνται GLP-1 αγωνιστές παρατεταμένης δράσης, όπως το maridebart cafraglutide, που στοχεύουν σε χορήγηση της αγωγής σε αραιότερα διαστήματα (μία φορά το μήνα). Παράλληλα, τριπλοί αγωνιστές όπως η ρετρατουτίδη (αγωνιστής GLP-1/GIP/γλυκαγόνης) αλλά και συνδυαστικές θεραπείες ινκρετινών με άλλα πεπτίδια όπως είναι η αμυλίνη βρίσκονται υπό μελέτη με σκοπό την ενίσχυση απώλειας βάρους αλλά και τη συνολική μεταβολική βελτίωση.

Συνολικά, οι θεραπείες που βασίζονται στις ινκρετίνες έχουν αλλάξει αρκετά το τοπίο αναφορικά με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Οι ερευνητικές εξελίξεις στοχεύουν να οδηγήσουν στο μέλλον σε πληρέστερη προσέγγιση και διαχείριση της νόσου με περαιτέρω βελτίωση των κλινικών εκβάσεων.

**Λέξεις κλειδιά:** Παχυσαρκία, ινκρετίνες, GLP-1 αγωνιστές, GIP/GLP-1 αγωνιστές, φαρμακευτική αντιμετώπιση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976572338

e-mail: vasiliki.antonopoulou1@gmail.com

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ

### Μ. Ψαρολόγος

Γενικός Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Α' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα επινεφρίδια είναι μικροί αδένες τριγωνικού σχήματος που βρίσκονται πάνω από κάθε σύστοιχο νεφρό και είναι υπεύθυνα για την έκκριση σημαντικών ορμονών, που βοηθούν στη ρύθμιση του μεταβολισμού, του ανοσοποιητικού συστήματος, της αρτηριακής πίεσης, της απόκρισης στο στρες και άλλων βασικών λειτουργιών. Τα επινεφρίδια αποτελούνται από δύο μέρη – τον φλοιό και το μυελό – τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή διαφορετικών ορμονών. Ο φλοιός χωρίζεται σε τρεις ξεχωριστές περιοχές (σπειροειδής, στηλιδωτή και δικτυωτή ζώνη), από τις οποίες παράγονται αλατοκορτικοειδή (κυρίως αλδοστερόνη), γλυκοκορτικοειδή (κυρίως κορτιζόλη) και ανδρογόνα αντίστοιχα. Ο μυελός παράγει κατεχολαμίνες και πιο συγκεκριμένα επινεφρίνη (αδρεναλίνη) και νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη).

Οι συχνότερες ενδείξεις επινεφριδεκτομής είναι τα ορμονοεκκριτικά αδενώματα επινεφριδίων (πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός – σύνδρομο Conn, αυτόνομη υπερέκκριση κορτιζόλης – σύνδρομο Cushing, φαιοχρωμοκύττωμα), η υπερπλασία επινεφριδίων με αντίστοιχη υπερέκκριση ορμονών, οι κακοήθεις όγκοι επινεφριδίων, τα τυχαίωματα επινεφριδίων όταν ξεπεράσουν ένα συγκεκριμένο μέγεθος ή αποκτήσουν ύποπτους απεικονιστικούς χαρακτήρες (μη ορμονοεκκριτικά αδενώματα >4cm) και σπανιότερα οι μεταστάσεις από κακοήγη νεοπλασμάτα άλλων οργάνων.

Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή είναι ελάχιστα επεμβατική χειρουργική αφαίρεση του επινεφριδίου και η πλέον διαδεδομένη παγκοσμίως καθώς το 80% των επινεφριδεκτομών παγκοσμίως γίνεται λαπαροσκοπικά. Πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία, με τον ασθενή τοποθετημένο σε πλάγια θέση με τη χρήση 4 trocars 5-10mm. Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα που χαρακτηρίζουν παραδοσιακά τις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές όπως λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, χαμηλότερη συχνότητα επιπλοκών, συντομότερη παραμονή στο νοσοκομείο, ταχύτερη επιστροφή στην καθημερινή δραστηριότητα και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Προσφέρει επαρκές ογκολογικό αποτέλεσμα

και η πιθανότητα μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση είναι μικρή (3-7%) όταν διενεργείται από έμπειρη, εξειδικευμένη χειρουργική ομάδα.

Στη λαπαροσκοπική δεξιά επινεφριδεκτομή απαιτείται πλήρης κινητοποίηση του δεξιού ηπατικού λοβού, ανάδειξη της κάτω κοίλης φλέβας, αναγνώριση και απολίνωση της επινεφριδιακής φλέβας και τέλος πλήρης κινητοποίηση και εκτομή του δεξιού επινεφριδίου με το περιεπινεφριδιακό λίπος.

Στη λαπαροσκοπική αριστερή επινεφριδεκτομή απαιτείται κινητοποίηση και κατάσπαση της αριστερής κοιλικής καμπής και τμήματος του κατιόντος κόλου, κινητοποίηση του σπληνοπαγκρεατικού block και του θόλου του στομάχου με στόχο την ανάδειξη του επινεφριδίου και της επινεφριδιακής φλέβας. Ακολουθεί και εδώ διατομή της επινεφριδιακής φλέβας και πλήρης κινητοποίηση και εκτομή του αριστερού επινεφριδίου με το περιεπινεφριδιακό λίπος.

Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή αποτελεί την επέμβαση εκλογής για παθήσεις των επινεφριδίων με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας και ελάχιστες επιπλοκές όταν διενεργείται με σωστές ενδείξεις και από έμπειρη ομάδα. Απαιτείται λεπτομερής προεγχειρητική αξιολόγηση με συνεργασία Χειρουργού, Ενδοκρινολόγου, Παθολογοανατόμου και Ακτινολόγου. Η εξειδίκευση και η καλή συνεργασία των παραπάνω εξασφαλίζει τόσο το βέλτιστο χειρουργικό αποτέλεσμα (καλύτερο timing επέμβασης, σωστή επιλογή χειρουργικής προσπέλασης, αξιολόγηση παρασκευάσματος) όσο και την ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία καθώς και το ακριβές follow-up.

**Λέξεις κλειδιά:** Λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή, ελάχιστα επεμβατική, αδένωμα επινεφριδίου.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976307803

e-mail: mpsarologos77@hotmail.com

## ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΕΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

### Μ. Σωτηροπούλου

Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της τεχνικής μας καθώς και της ασφάλειας της οπισθοπεριτονεοσκοπικής επινεφριδεκτομής σε ευμεγέθη επινεφριδιακή βλάβη, με ανάλυση των βασικών χειρουργικών χρόνων.

**Περιγραφή Περιστατικού:** Ασθενής με ευμεγέθη επινεφριδιακή μάζα περί τα 6 εκ. με ιστορικό cushing υποβλήθηκε σε οπισθοπεριτονεοσκοπική επινεφριδεκτομή. Υπό γενική αναισθησία, σε πρηνή θέση, ώστε να αυξηθεί ο χώρος μεταξύ 12<sup>ης</sup> πλευράς και λαγονίου ακρολοφίας, πραγματοποιήθηκε προσπέλαση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, με χρήση τριών τροκάρ και διοχέτευση CO<sub>2</sub> (πνευμονοπισθοπεριτόναιο). Ακολούθησε προσεκτική αποκόλληση του λιπώδους ιστού, ώστε να αναγνωριστούν τα ανατομικά ορόσημα (νεφρός, άνω πόλος, διάφραγμα) και εντόπιση του επινεφριδίου. Προχωρήσαμε σε διατομή της περιτονίας Gerota και αποκόλληση του επινεφριδίου από τον άνω πόλο του νεφρού, στο κάτω ήμισυ του επινεφριδίου αρχικά. Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε προσεκτική παρασκευή της βλάβης με διατήρηση της κάψας, αποφυγή ρήξης και απολίνωση μικρών αρτηριακών κλάδων.

Στη συνέχεια αναγνωρίσαμε και απολινώσαμε ασφαλώς την αριστερή επινεφριδιακή φλέβα και κινητοποιήσαμε πλήρως το επινεφρίδιο και στο άνω ήμισυ. Αφού τοποθετήθηκε το επινεφρίδιο σε σάκο περισυλλογής, ακολούθησε κατακερμάτιση του παρασκευάσματος και εξαγωγή του από το μεσαίο τροκάρ. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Η οπισθοπεριτονεοσκοπική επινεφριδεκτομή αποτελεί ασφαλή και εφικτή προσέγγιση ακόμη και σε ευμεγέθεις βλάβες, από έμπειρους χειρουργούς, προσφέροντας άμεση πρόσβαση στο επινεφρίδιο και αποφυγή ενδοπεριτοναϊκού χειρισμού. Η συστηματική τήρηση των χειρουργικών χρόνων συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση επιπλοκών και στη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972237826

e-mail: Marosotiropoulos@gmail.com

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ICG ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ

**Π. Μεταξάς, Σ. Καπίρης**

*Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή αποτελεί πλέον την καθιερωμένη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των επινεφριδικών όγκων. Η διεγχειρητική χρήση της ινδοκυανίνης (ICG) μέσω φθορίζουσας απεικόνισης επιτρέπει την εκτίμηση της αγγείωσης των ιστών. Η δυνατότητα αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί για τη διάκριση των επινεφριδικών όγκων σε «υπερφθορίζοντες» και «υποφθορίζοντες», με πιθανή κλινική εφαρμογή στις επεμβάσεις διατήρησης του φλοιού.

**Σκοπός:** Η παρούσα προοπτική μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση και βελτιστοποίηση της εφαρμογής της ICG κατά τη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή.

**Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή στο Τμήμα μας από τον Ιούνιο του 2020. Η χορήγηση της ICG πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: αρχικά, δόση 5 mg μετά την είσοδο στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο για την ανάδειξη της επινεφριδικής φλέβας, του όγκου και τη διάκριση φυσιολογικού από παθολογικό ιστό, και στη συνέχεια δεύτερη δόση μετά την πλήρη αναγνώριση του επινεφριδίου. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ένδειξη της επέμβασης, τους χρόνους εμφάνισης της φθορίζουσας απεικόνισης και τη συνολική διάρκεια του χειρουργείου.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 67 ασθενείς υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή με χρήση ICG (35 αριστερά, 31 δεξιά και 1 αμφοτερόπλευρα). Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν  $129 \pm 24$  λεπτά. Ο χρόνος από τη χορήγηση της ICG έως την επίτευξη μέγιστης φθορίζουσας έντασης κυμάνθηκε μεταξύ 17 και 68 δευτερολέπτων. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των όγκων, 6/11 (54,5%) αλδοστερινώματα, 13/25 (52%) αδενώματα Cushing, 3/16 (18,75%) φαιοχρωμοκυττώματα, 1/2 (50%) μεταστατικοί όγκοι και 1/3 (33,3%) μυελολιπώματα εμφάνισαν υπερφθορισμό σε σύγκριση με το φυσιολογικό παρέγχυμα. Αντιθέτως, η πλειονότητα των φαιοχρωμοκυττωμάτων (81,25%) παρουσίασε υποφθορισμό.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή της φθορίζουσας απεικόνισης με ICG φαίνεται να έχει ιδιαίτερη αξία στις επινεφριδεκτομές με διατήρηση του φλοιού, ειδικά σε περιπτώσεις φαιοχρωμοκυττωμάτων, καθώς συμβάλλει στην ακριβή εντόπιση και οριοθέτηση του όγκου, διευκολύνοντας την ασφαλή και στοχευμένη παρασκευή.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6947188762

e-mail: p.metaxas@yahoo.com

## ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ

### Χρήστος Γαρνάβος

Συντ. Διευθυντής Τμήματος Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Το κάταγμα του μηριαίου οστού είναι ένας πολύ σοβαρός τραυματισμός, που όταν συνοδεύεται και από τραυματισμό μεγάλου αγγείου δημιουργείται κίνδυνος ακόμα και για την ζωή του τραυματία ασθενούς. Σε κάθε τραυματία ασθενή, που διακομίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με κάταγμα μηριαίου, πρέπει να γίνεται αναζήτηση “hard” & “soft signs” για αγγειακή κάκωση. Η ψηλάφηση περιφερικών σφύξεων και η δοκιμασίες των δεικτών Σφυροβραχιονίου (ABI) και Αρτηριακής Πίεσης (API) θεωρούνται αξιόπιστα εργαλεία διαλογής για την πιθανή σημαντική αγγειακή βλάβη των κάτω άκρων. Η Αξονική Αγγειογραφία

(CTA) μπορεί να αναδείξει ενεργό εξαγγείωση ή διακοπή της αιματικής ροής. Σε περιπτώσεις, που υπάρχει σοβαρός αγγειακός τραυματισμός, η διαχείριση του τραυματία θα πρέπει να γίνεται με την χρήση tourniquet και τις αρχές του «Damage Control», ενώ αν χρειάζεται χρόνος για σταθεροποίηση του οστού θα πρέπει να γίνεται χρήση προσωρινού μοσχεύματος (shunt).

Χωρίς τη **συνεργασία/συντονισμό Ορθοπαιδικών και Αγγειοχειρουργών** και την πιστή εφαρμογή **πρωτοκόλλου αντιμετώπισης** η πρόγνωση για τη διάσωση και λειτουργία του μέλους είναι πτωχή.

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΔΑΚΡΥΪΚΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

### Μ. Χρόνη

Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η απόφραξη της ρινοδακρυϊκής συσκευής οδηγεί συχνά σε δύσκολη στη διαχείριση επιφορά. Σε παρατεταμένη απόφραξη υπάρχει συσώρευση βλέννης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε οξεία ή χρόνια δακρυοκυστίτιδα. Η πρωτοπαθής απόφραξη του ρινοδακρυϊκού πόρου είναι αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής και δευτεροπαθούς ίνωσης. Συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί είναι δακρύρροια, επιφορά, υποτροπιάζουσα φλεγμονή, οίδημα του οφθαλμού, κρούστες στην περιοχή του βλεφάρου.

Τα αίτια της απόφραξης είναι πολυπαραγοντικά, με κύριο αίτιο τη στένωση του δακρυϊκού πόρου σε υπερήλικες. Δευτεροπαθή αίτια μπορεί να είναι λοιμώξεις από ακτινομύκητα, έρπητα ζωστήρα, αδενοϊό, ασπέργιλλο, τραύμα, χρόνιες ανοσολογικές παθήσεις, νεοπλάσματα, τραύμα και μηχανικά αίτια όπως δακρυόλιθοι και βλεννοκήλες. Η φλεγμονή του δακρυϊκού ασκού, που οφείλεται σε απόφραξη του ρινοδακρυϊκού πόρου, μπορεί να είναι συγγενής, εμφανίζεται σε 6% των νεογνών, ενώ η επίπτωση της επίκτητης απόφραξης είναι 19,5 ανά 10.000 πληθυσμού σε ενήλικες ασθενείς.

Σημαντική για τη διάγνωση είναι η ενδελεχής εξέταση των δακρυϊκών σημείων, με έλεγχο της βατότητάς τους. Η αποκατάσταση της ροής των δακρύων γίνεται χειρουργικά με δακρυοασκορινοστομία (DCR), η οποία μπορεί να γίνει ενδοσκοπικά ή με εξωτερική προσπέλαση, αφαιρώντας το οστό που βρίσκεται μεταξύ του δακρυϊκού ασκού και της ρινικής κοιλότητας και παρακάμπτοντας τον ρινοδακρυϊκό πόρο. Προϋπόθεση για τη χειρουργική αντιμετώπιση είναι η βατότητα των δακρυϊκών σωληναρίων.

Ενδείξεις για αντιμετώπιση με DCR είναι η χρόνια ή υποτροπιάζουσα δακρυοκυστίτιδα με 2 ή περισσότερα επεισόδια το έτος, η μόνιμη φλεγμονή της περιοχής, η παρουσία αποστήματος ή επιφοράς. Η διεπιστημονική συνεργασία Οφθαλμιάτρων και Ωτορινολαρυγγολόγων είναι σημαντική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πάθησης αυτής.

**Λέξεις κλειδιά:** Δακρυοκυστίτιδα, ενδοσκοπική δακρυοασκορινοστομία, απόφραξη ρινοδακρυϊκού πόρου.

# ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΜΟΝΟΕΥΑΙΣΘΗΤΟ ΣΤΟΝ ΕΥΝΟΥΧΟΑΝΤΟΧΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

## I. Ευθυμίου

MD, MSc, FEBU, Συντονιστής Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ουρολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Ο καρκίνος του προστάτη (PCa) είναι ο πιο συχνός καρκίνος στους άνδρες με εξαίρεση τον καρκίνο του δέρματος ενώ αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Εκτός από την ταξινόμηση TNM, υπάρχουν δύο άλλες οπτικές γωνίες για την κλινική αξιολόγηση της νόσου: η μία είναι η τάση διήθησης και η άλλη αφορά την ευαισθησία των καρκινικών κυττάρων στη θεραπεία στέρησης ανδρογόνων (ADT) (Εικόνα 1). Ο συνδυασμός τους μας επιτρέπει να κατανοήσουμε ολιστικά την επιθετικότητα και τη σοβαρότητα του όγκου ενός ασθενούς. Ο εντοπισμένος PCa έχει βραδεία εξέλιξη, με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης σχεδόν 100%, η πρόγνωση όμως επιδεινώνεται σημαντικά στη μεταστατική νόσο, όπου η επιβίωση μειώνεται περίπου στο 30%. Θέση κλειδί στη κατανόηση της εξέλιξης του PCa κατέχει η ετερογένειά της νόσου και οι μοριακές μεταβολές του ανδρογονικού υποδοχέα (AY) που διαμορφώνονται σταδιακά στο περιβάλλον ADT κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πολλαπλοί γονιδιακοί και φαινοτυπικοί διακριτοί πρωτοπαθείς καρκίνοι του προστάτη μπορούν να υπάρχουν σε έναν μεμονωμένο ασθενή. Ο θανατηφόρος μεταστατικός PCa φαίνεται να προκύπτει από έναν μόνο κλώνο από τον πρωτοπαθή όγκο. Ο εντοπισμένος ή τοπικά εκτεταμένος όγκος αντιμετωπίζεται συνήθως με τοπική θεραπεία (ριζική προστατεκτομή ή/και ακτινοβολία, εστιακή θεραπεία) ή παρακολούθηση. Τελικά ένα ποσοστό 20-50% θα εμφανίσει βιοχημική υποτροπή στη 10ετία. Εάν η βιοχημική υποτροπή εμφανιστεί περισσότερο από 3 χρόνια μετά την επέμβαση, το ποσοστό 15ετούς επιβίωσης είναι υψηλό (περίπου 87%). Εάν συμβεί εντός 3 ετών, το ποσοστό 15ετούς επιβίωσης είναι χαμηλότερο (περίπου 41%). Παράγοντες κινδύνου είναι το υψηλό Gleason score, το προχωρημένο παθολογικό στάδιο ( $\geq T3$ ), τα θετικά χειρουργικά όρια, το υψηλό προεγχειρητικό PSA και ο μικρός t1/2 του PSA (PSADT <6-12 μήνες.)

Ο ορμονοευαίσθητος μεταστατικός PCa (mHSPC) μπορεί να εμφανιστεί είτε ως de novo, πριν από τη χορήγηση

οποιασδήποτε θεραπείας. Αποτελεί το 5-10% όλων των PCa κατά τη διάγνωση, αλλά είναι υπεύθυνος για σχεδόν το 50% των θανάτων. Η έκταση και η εντόπιση της νόσου έχει μεγάλη προγνωστική αξία (κριτήρια CHAARTED). Ο μετάχρονος ορμονοευαίσθητος μεταστατικός PCa είναι η κατάληξη της βιοχημικής υποτροπής μετά από τοπική νόσο.

Το διάμεσο διάστημα ευνουχοαντοχής σε μεταστατική νόσο μετά από ορμονοθεραπεία είναι οι 18 μήνες. Ο ευνουχοάντοχος PCa μπορεί να είναι μεταστατικός (mCRPC) ή μη (nmCRPC). Στον nmCRPC τα επίπεδα του PSA αυξάνουν παρά τα επίπεδα ευνουχισμού τεστοστερόνης (<50ng/dl), χωρίς ανιχνεύσιμες μεταστάσεις με τη συμβατική απεικόνιση (αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών). Πρόκειται για ένα μεταβατικό στάδιο που, όταν υπάρχει υψηλός χρόνος διπλασιασμού του PSA, συχνά εξελίσσεται σε μεταστατική νόσο. Η εξέλιξη στον mCRPC είναι τα σκελετικά συμβάματα, οι επώδυνες μεταστάσεις και τελικά ο θάνατος. Σε κυτταρικό επίπεδο, η αντίσταση στη θεραπεία ADT υποδηλώνει ότι αυτά τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταφέρει να παρακάμψουν την εξάρτηση από τα ορχικά ανδρογόνα, είτε μέσω μηχανισμών που καθοδηγούνται από τους υποδοχείς ανδρογόνων (ενίσχυση, μετάλλαξη, παραλλαγές, αυξημένη ευαισθησία AY ή ενδοκαρκινική σύνθεση ανδρογόνων μέσω ενζύμων στεροειδογένεσης ή), είτε μέσω μηχανισμών αδιάφορων προς αυτά (νευροενδοκρινική διαφοροποίηση) (Εικόνα 2). Σε αυτούς τους μηχανισμούς βασίζεται και η σύγχρονη φαρμακευτική θεραπεία του PCa (ARPIs & χημειοθεραπεία).

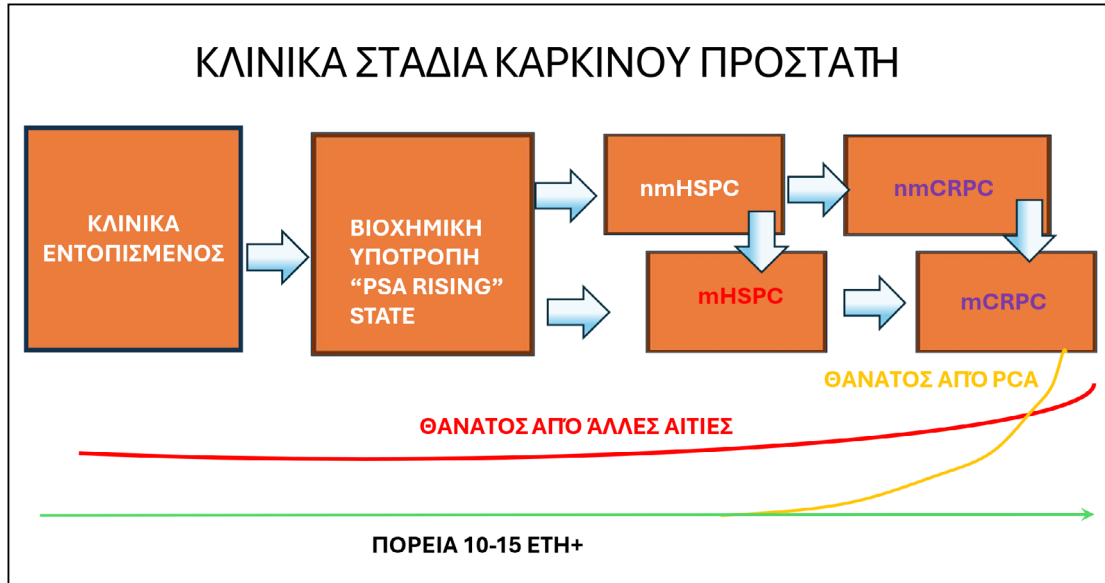
**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος προστάτη, ορμονοευαίσθητος, ευνουχοάντοχος.

### Στοιχεία επικοινωνίας:

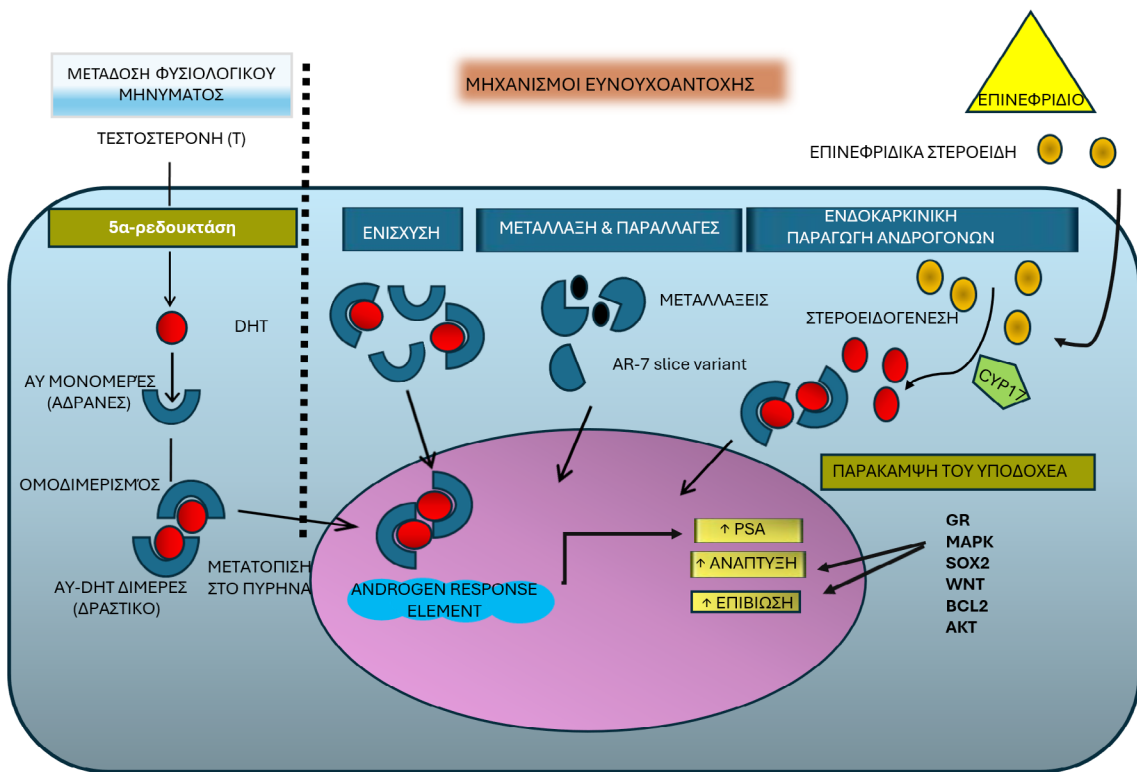
Τηλ. 6974874015

e-mail: efthimiou\_ioannis@hotmail.com

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ



Εικόνα 1. Κλινική πορεία του καρκίνου του προστάτη.



Εικόνα 2. Μοριακοί μηχανισμοί ανάπτυξης ευνοχοαντοχής

## <sup>177</sup>LU-PSMA RLT: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

**Α. Φωθιαδάκη<sup>1</sup>, Ε. Βλόντζου<sup>1</sup>, Θ. Τέγος<sup>2</sup>, Μ. Παπαχρίστου<sup>1</sup>,  
Ν. Μπερτσέκας<sup>1</sup>, Π. Λουδάρου, Χ. Τσιαγκανας<sup>1</sup>, Φ. Ροντογιάννη<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

Το Ειδικό Μεμβρανικό Αντιγόνο του Προστάτη (Prostate-Specific Membrane Antigen, PSMA) είναι μία διαμεμβρανική γλυκοπρωτεΐνη που υπερεκφράζεται στα καρκινικά κύτταρα του προστάτη, καθιστώντας το ιδανικό μοριακό στόχο τόσο για απεικόνιση όσο και για θεραπεία. Το <sup>177</sup>Lutetium είναι ένα ισότοπο που εκπέμπει β-ακτινοβολία αλλά και ένα μικρό ποσοστό γ-ακτινοβολίας. Στη θεραπεία με <sup>177</sup>Lu-PSMA, επιτυγχάνεται στοχευμένη ακτινοβόληση και καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, με περιορισμένη επίδραση στους φυσιολογικούς ιστούς. Η προσέγγιση αυτή αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της έννοιας των theranostics στην Πυρηνική Ιατρική.

Η θεραπεία με <sup>177</sup>Lu-PSMA-617 αποτελεί μία σύγχρονη στοχευμένη θεραπευτική προσέγγιση για ασθενείς με μεταστατικό ευνοχοάντοχο καρκίνο του προστάτη (mCRPC), με βασική προϋπόθεση την επαρκή έκφραση του PSMA, όπως αυτή τεκμηριώνεται με PET/CT- PSMA. Η ορθή επιλογή των ασθενών είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η παρουσία PSMA-αρνητικών μεταστάσεων ή ασυμφωνίας μεταξύ PSMA και FDG PET (mismatch) συνδέεται με μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η εμπειρία του Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής σε σύνολο 94 ασθενών. Το εύρος ηλικιών ήταν 47–86 έτη (μέση ηλικία 74.6 έτη), με μέσο Gleason score 8. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν οστικές μεταστάσεις και/ή λεμφαδενική νόσο. Η θεραπεία περιλαμβάνει έξι κύκλους και η κάθε δόση είναι 7.4 GBq ανά κύκλο/θεραπείας. Πραγματοποιήθηκε αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος καθώς και μέτρηση του PSA μετά από κάθε κύκλο. Παρατηρήθηκε σημαντική βιοχημική ανταπόκριση, με μείωση PSA

>50% στο 49,25% των ασθενών, ενώ μείωση <50% στο 10,76%, σταθερή τιμή 1,53% ενώ αύξηση στο 38,46%. Ωστόσο 33 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, 42 διέκοψαν λόγω προόδου νόσου και 19 συνεχίζουν. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν κυρίως ήπιες έως μέτριες (βαθμού 1–2 κατά Common Terminology Criteria for Adverse Events) χωρίς σοβαρή τοξικότητα. Οι συχνότερες ήταν η κόπωση, η ξηροστομία και γαστρεντερικές διαταραχές.

Η ανάλυση των δεδομένων από την κλινική εμπειρία του τμήματος μας τεκμηριώνει σημαντικό ποσοστό βιοχημικής ανταπόκρισης, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της θεραπείας με <sup>177</sup>Lu-PSMA σε πολυθεραπευμένους ασθενείς με mCRPC. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τη σημασία της αυστηρής επιλογής ασθενών βάσει μοριακής απεικόνισης και ενισχύουν τον ρόλο της θεραπείας στον σύγχρονο θεραπευτικό αλγόριθμο. Παράλληλα, αποτυπώνεται η εμπειρία ενός από τα πρώτα κέντρα στην Ελλάδα που εφάρμοσαν τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση με τη μεγαλύτερη σειρά ασθενών στη χώρα.

**Λέξεις κλειδιά:** <sup>177</sup>Lu-PSMA, mCRPC, PET/CT, βιοχημική ανταπόκριση, κλινικά δεδομένα

### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

Α. Φωθιαδάκη  
Τηλ.: 6977993045  
e-mail: nana.foth@yahoo.gr

# Η 18FDG PET/CT ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ: ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ; ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

**Σ. Γαβριηλίδης, Φ. Ροντογιάννη**

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η απεικόνιση με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), κυρίως με 18F-FDG, έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολύτιμο εργαλείο στη διαγνωστική προσέγγιση λοιμώξεων και φλεγμονωδών νοσημάτων, λόγω της υψηλής της ευαισθησίας στην πρώιμη ανίχνευση λοιμώξεων και φλεγμονών. Ωστόσο, η αυξανόμενη χρήση της εγείρει το ερώτημα κατά πόσο πρόκειται πάντα για αναγκαία και επιβεβλημένη ή για υπερβολική και ενίοτε προβληματική επιλογή.

Η PET/CT υπερέχει έναντι των συμβατικών απεικονιστικών μεθόδων στην ανίχνευση μεταβολικά ενεργών εστιών λοίμωξης ή φλεγμονής, επιτρέποντας την πρώιμη διάγνωση σε περιπτώσεις πυρετού αγνώστου αιτιολογίας, αγγειίτιδας μεγάλων αγγείων, σπονδυλοδισκίτιδας, σαρκοείδωσης και λοιμώξεων προσθετικών υλικών. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της σε λοιμώξεις ενδοκαρδιακών συσκευών, προσθετικών βαλβίδων και αγγειακών μοσχευμάτων, οι οποίες ανιχνεύονται δύσκολα με άλλες απεικονιστικές μεθόδους. Στην ενδοκαρδίτιδα δε έχει συμπεριληφθεί στα μείζονα κριτήρια κατά Duke.

Παράλληλα, η μέθοδος προσφέρει το πλεονέκτημα της ολόσωμης απεικόνισης το οποίο σε συνδυασμό με τον ακριβή εντοπισμό των ευρημάτων λόγω του συνδυασμού της με την Υ.Τ. επιτρέπει την ακριβή χαρτογράφηση της υπό διερεύνηση νόσου. Επί πλέον, βοηθά στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, επιτρέποντας την εξατομίκευση της διάρκειας της αντιμικροβιακής αγωγής.

Εντούτοις, η χαμηλή ειδικότητα της 18FDG για την διάκριση μεταξύ κακοήθειας, ασήπτου, αντιδραστικής φλεγμονής στα προσθετικά υλικά καθώς και η φυσιολογική πρόσληψη σε ιστούς δίδουν συχνά ψευδώς θετικές εικόνες τις οποίες ο Πυρηνικός Ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει και να αξιολογεί όσο το δυνατόν καλύτερα. Ένας άλλος περιορισμός είναι η απουσία ισχυρών διαγνωστικών κριτηρίων αλλά και κριτηρίων ανταπόκρισης στη θεραπεία στις περισσότερες νόσους.

Η πρώιμη διενέργεια PET/CT μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική σε επιλεγμένες κλινικές καταστάσεις. Ενδείξεις πρώιμης χρήσης περιλαμβάνουν: (α) επίμονο πυρετό χωρίς εστία μετά από αρνητικό συμβατικό αρχικό έλεγχο, (β) υποψία λοιμώξεων σχετιζόμενων με αγγειακά μοσχεύματα ή εμφυτευμένες καρδιακές-κυρίως- συσκευές, (γ) υποψία συστηματικής αυτοάνοσου φλεγμονώδους νόσου, όπως αγγειίτιδα μεγάλων αγγείων, και (δ) αξιολόγηση εκτεταμένων ή πολυεστιακών λοιμώξεων. Αντίθετα, η αλόγιστη χρήση χωρίς σαφή κλινική ένδειξη αυξάνει το κόστος και ενδέχεται να οδηγήσει σε διαγνωστική σύγχυση.

**Συμπερασματικά**, η PET/CT αποτελεί ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο όταν χρησιμοποιείται στοχευμένα, με σαφώς καθορισμένες ενδείξεις και από εξειδικευμένους και έμπειρους Ιατρούς. Η ορθολογική αξιοποίησή της, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και τα υπόλοιπα απεικονιστικά ευρήματα, καθορίζει εάν η χρήση της συνιστά αναγκαιότητα στη σύγχρονη ιατρική πρακτική ή κατάχρηση που οδηγεί σε λανθασμένες θεραπευτικές επιλογές, συχνά υψηλού κόστους.

**Συμπερασματικά**, η PET/CT αποτελεί ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο όταν χρησιμοποιείται στοχευμένα, με σαφώς καθορισμένες ενδείξεις και από εξειδικευμένους και έμπειρους Ιατρούς. Η ορθολογική αξιοποίησή της, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και τα υπόλοιπα απεικονιστικά ευρήματα, καθορίζει εάν η χρήση της συνιστά αναγκαιότητα στη σύγχρονη ιατρική πρακτική ή κατάχρηση που οδηγεί σε λανθασμένες θεραπευτικές επιλογές, συχνά υψηλού κόστους.

**Λέξεις κλειδιά:** PET/CT, λοιμώξεις, φλεγμονή, FDG, πρώιμη διάγνωση.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Φ. Ροντογιάννη

Τηλ.: 6974780863, e-mail: phrontog@yahoo.gr

## ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

### Μ. Παπαγιάννη

Ε' Παθολογικό Τμήμα - Μονάδα, Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Η επιτήρηση των αντιβιοτικών είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητάς τους και την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής. Μέσω της συστηματικής καταγραφής και ανάλυσης της χρήσης και της αντοχής των μικροοργανισμών, μπορούν να εντοπίζονται έγκαιρα τάσεις κατάχρησης ή λανθασμένης συνταγογράφησης. Αυτό επιτρέπει την εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων, τη βελτίωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η επιτήρηση συμβάλλει στη διατήρηση της αποτελεσματικότητας των αντιβιοτικών για τις επόμενες γενιές.

Η επιτήρηση της αντιμικροβιακής αγωγής στο νοσοκομείο μας περιλαμβάνει μια σειρά στοχευμένων δραστηριοτήτων που βελτιώνουν την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών. Πρώτον, η συμμετοχή λοιμωξιολόγου στην επίσκεψη του Αιματολογικού τμήματος επιτρέπει την εξατομικευμένη αξιολόγηση των ασθενών και την άμεση προσαρμογή της θεραπείας με βάση κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα.

Δεύτερον, η επιτήρηση της περιεγχειρητικής αγωγής διασφαλίζει ότι η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών γίνεται σωστά ως προς την επιλογή, τη δόση και τη διάρκεια, μειώνοντας τον κίνδυνο λοιμώξεων και αντοχής. Τρίτον, η αποκλιμάκωση της θεραπείας με βάση το αποτέλεσμα της καλλιέργειας αίματος επιτρέπει τη μετάβαση από ευρέος φάσματος σε πιο στοχευμένα αντιβιοτικά ή ακόμη και τη διακοπή τους όταν δεν είναι απαραίτητα, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της μικροβιακής αντοχής και των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Στην παρουσίαση θα επικεντρωθούμε στις δραστηριότητες επιτήρησης στο νοσοκομείο ο Ευαγγελισμός, στις καθημερινές προκλήσεις και στη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων και τμημάτων με κοινό στόχο την αντιμετώπιση της υπερκατανάλωσης των αντιβιοτικών.

**Λέξεις κλειδιά:** Επιστάσια, αντιβιοτικά, μικροβιακή αντοχή.

# Η ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

## Ε. Περιβολιώτη

Ιατρός Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Διευθύντρια Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ορθή χρήση των μοριακών διαγνωστικών μεθόδων (όπως PCR, sequencing, NGS) αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ακριβή μικροβιολογική διάγνωση, πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων, προσφέροντας υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα σε σχέση με τις κλασσικές μικροβιολογικές μεθόδους. Στο πλαίσιο ενός ευρύτερου προγράμματος διαχείρισης των αντιμικροβιακών (Antibiotic Stewardship Program, ASP), η διαγνωστική επιστασία-Diagnostic Stewardship (DSP), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2016), είναι ένα πρόγραμμα συντονισμένων παρεμβάσεων για την βελτίωση της χρήσης κατάλληλων μικροβιολογικών διαγνωστικών δοκιμασιών που αφορά στην καθοδήγηση της θεραπείας των ασθενών από έγκαιρα και έγκυρα μικροβιολογικά δεδομένα για την παροχή ασφαλέστερης και αποτελεσματικότερης φροντίδας καθώς και σε ακριβή και αντιπροσωπευτικά δεδομένα επιτήρησης της αντιμικροβιακής αντοχής (antimicrobial resistance, AMR) για την ενημέρωση των κατευθυντήριων γραμμών και των στρατηγικών ελέγχου της AMR. Τα προγράμματα DSP συμπληρώνουν τα προγράμματα διαχείρισης της AMR και περιλαμβάνουν την παραγγελία των κατάλληλων εξετάσεων, για τον κατάλληλο ασθενή, τη σωστή στιγμή.

Για τη διασφάλιση της ορθής χρήσης των μοριακών διαγνωστικών μεθόδων, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποιες βασικές αρχές, όπως:

### 1. Κλινική Ένδειξη και Επιλογή Μεθόδου

**Σωστή ένδειξη:** Οι μέθοδοι ανίχνευσης γενετικού υλικού μικροοργανισμού πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν η κλινική εικόνα το επιβάλλει, μεγάλη πιθανότητα λοίμωξης (υψηλή θετική προγνωστική αξία) ή όταν τα συμπτώματα του ασθενούς υποδηλώνουν λοίμωξη, ειδικά για παθογόνα που είναι δύσκολο να αναπτυχθούν σε καλλιέργεια ή για τον εντοπισμό γονιδίων αντοχής σε αντιμικροβιακά

**Επιλογή της κατάλληλης τεχνικής:** Δεν είναι όλες οι μέθοδοι κατάλληλες για κάθε δείγμα. Απαιτείται γνώση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων

### 2. Ποιότητα Δείγματος και Εργαστηριακές Διαδικασίες

**Δειγματοληψία:** Η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων εξαρτάται άμεσα από την εξασφάλιση κατάλληλης συλλογής (π.χ. άσηπτη τεχνική) και άμεσης μεταφορά των δειγμάτων

στο εργαστήριο για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων επιμόλυνσης.

**Διασφάλιση Ποιότητας (QC):** Είναι απαραίτητος ο εσωτερικός ποιοτικός έλεγχος, η διαπίστευση των εργαστηρίων (ISO/IEC 17025) και η επαλήθευση/επικύρωση των μεθόδων για τη διασφάλιση της επαναληψιμότητας.

### 3. Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

**Πολυπλοκότητα:** Οι μοριακές μέθοδοι παράγουν πολύπλοκα δεδομένα, τα οποία απαιτούν επεξήγηση από τον εργαστηριακό ιατρό στην αναφορά των αποτελεσμάτων στον κλινικό ιατρό.

**Συσχέτιση με την κλινική εικόνα:** Ένα θετικό μοριακό τεστ δεν σημαίνει πάντα ενεργό λοίμωξη (μπορεί να ανιχνεύει νεκρό DNA/RNA), ενώ ένα αρνητικό δεν αποκλείει πάντα τη νόσο (χαμηλό ιικό φορτίο).

### Ελαχιστοποίηση των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων:

διαχωρισμός αποικισμού από λοίμωξη και διεξαγωγή περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων σε πιθανά ψευδώς θετικά αποτελέσματα από πολυπλεκτικά μοριακά πάνελ, τα οποία ανιχνεύουν πολλά παθογόνα, μερικά από τα οποία έχουν χαμηλή πιθανότητα πρόκλησης λοίμωξης ή από άλλες μοριακές τεχνικές (π.χ. WGS) που ανιχνεύουν μικροβιακό γενετικό υλικό από βιώσιμους και μη βιώσιμους μικροοργανισμούς. Τα νέα διαγνωστικά εργαλεία θα πρέπει να συνδυάζονται με τη φυσική εξέταση και τη λήψη ιστορικού για την πρόληψη της υπερδιάγνωσης. Οι ταχείες μοριακές δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν την απουσία παθογόνων (υψηλή αρνητική προγνωστική αξία), και να επιτρέψουν την έγκαιρη διακοπή της εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής

### 4. Εκπαίδευση και Επικοινωνία

**Συνεχής εκπαίδευση:** Υπάρχει ανάγκη για συνεχή ενημέρωση των εργαστηριακών και κλινικών ιατρών

**Ενεργή επικοινωνία:** η επιτυχία ενός προγράμματος DSP απαιτεί την απρόσκοπτη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας, που περιλαμβάνει ειδικούς λοιμωξιολόγους, μικροβιολόγους, νοσηλευτές και επιδημιολόγους, έτσι ώστε να παραγγέλλονται οι κατάλληλες εξετάσεις και οι διαγνωστικές πληροφορίες να μεταφράζονται σε κατάλληλη διαχείριση σε πραγματικό χρόνο.

Συνοπτικά, η ορθή χρήση απαιτεί συνδυασμό σωστής κλινικής ένδειξης, ποιοτικής εργαστηριακής ανάλυσης και έγκυρης ιατρικής ερμηνείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Ταχεία μικροβιολογική διάγνωση, διαγνωστική επιμελητεία (diagnostic stewardship), ορθολογική χρήση αντιμικροβιακών (antibiotic stewardship).

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6945864782

E-mail: perivolioti@yahoo.gr

## ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: SCREENING ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ

### Ε. Μυλωνά

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Ε΄ Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει επιτελεστεί μια επανάσταση στη θεραπευτική ανοσοκαταστολή. Έχουμε μετακινηθεί από τη χρήση παραδοσιακών φαρμάκων με μη ειδική δράση, όπως η πρεδνιζολόνη προς πιο εξειδικευμένους παράγοντες που συχνά στοχεύουν έναν μόνο υποδοχέα, κυτταροκίνη ή τύπο κυττάρου, χρησιμοποιώντας μονοκλωνικά αντισώματα, πρωτεΐνες σύντηξης ή μικρά μόρια που μπορούν να δρουν ενδοκυτταρίως. Αυτή η αλλαγή έχει μεταμορφώσει τη θεραπεία παθήσεων, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, νεοπλασματικά νοσήματα, το άσθμα, την πολλαπλή σκλήρυνση, την ψωρίαση και τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Συγκεκριμένα, στην παθογένεια των νοσημάτων αυτών κεντρικό ρόλο θεωρείται ότι παίζει είτε η υπερβολική προφλεγμονώδης αντίδραση σε συνδυασμό με τη μειωμένη ανοσοανοχή (αυτοάνοσα νοσήματα) είτε η περιορισμένη αντιφλεγμονώδης αντίδραση σε συνδυασμό με την μειωμένη ανοσο-επιτήρηση (νεοπλασία). Δεδομένης, ωστόσο, της πολυλειτουργικότητας των μονοπατιών μηνυματοδότησης στα οποία παρεμβαίνουν οι βιολογικές θεραπείες στην προσπάθεια να αποκαταστήσουν την διαταραγμένη ομοιοστασία, η ευεργετική επίδρασή τους μπορεί να καταλήξει στη ρήξη της ισορροπίας των ανοσολογικών μηχανισμών που συγκρατούν μια λοίμωξη σε λανθάνουσα κατάσταση, με τελικό αποτέλεσμα την αναζωπύρωσή της. Τέτοιες λοιμώξεις είναι η φυματίωση λόγω της ικανότητας σχηματισμού κοκκιώματος, η χρόνια ηπατίτιδα Β και C, λοιμώξεις από ερπητοϊούς [HSV-1, HSV-2] και ιό ανεμευλογιάς/ έρπητα ζωστήρα [VZV], μεγαλοκυτταροϊό [CMV], ιό Ebstein Barr [EBV] και ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων [HPV] μύκητες όπως ο κρυπτόκοκκος και παράσιτα όπως το *Toxoplasma*. Μέσα από την εμπειρία που έχει αποκτήσει η επιστημονική κοινότητα από τη μακροχρόνια πλέον χρήση των συγκεκριμένων θεραπειών έχει καταλήξει στη σύσταση ενός προσυμπτωματικού ελέγχου με βάση: α. τον θεωρητικό κίνδυνο για αναζωπύρωση λοίμωξης βάσει μηχανισμού δράσης του βιολογικού παράγοντα, β. τα δεδομένα από τις εγκριτικές

μελέτες και τις μελέτες πραγματικού κόσμου και γ. από την εκτίμηση της σχέσης κόστους- αποτελεσματικότητας. Έτσι, για της πλειονότητα των παραγόντων αυτών είναι σημαντικό της χορήγησής τους να προηγηθεί έλεγχος για 1. Λανθάνουσα φυματίωση, κατά προτίμηση με μέθοδο μέτρησης απελευθέρωσης ιντερφερόνης (IGRA) και απλής ακτινογραφίας θώρακος, 2. Ηπατίτιδα Β [HBsAg, anti-HBs και anti-HBc] με σκοπό τον εμβολιασμό των άνοσων και την έγκαιρη έναρξη προφυλακτικής αγωγής στους έχοντες αυξημένο κίνδυνο αναζωπύρωσης, 3. Ηπατίτιδα C, με σκοπό την έναρξη θεραπείας πριν τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα. Κατά περίπτωση και αναλόγως με τις ιδιαιτερότητες στο μηχανισμό δράσης, για κάποιους βιολογικούς παράγοντες μπορεί να απαιτείται και προσυμπτωματικός έλεγχος για CMV, EBV ή ιό JC. Εξίσου σημαντικός κρίνεται και ο εμβολιασμός των ασθενών αυτών. Πριν την έναρξη της οποιας βιολογικής θεραπείας οφείλουμε να έχουμε εξασφαλίσει την ολοκλήρωση του βασικού για την ηλικία τους ασθενούς εμβολιασμού συμπεριλαμβανομένου του HPV για της γυναίκες 11-26 ετών, τον εμβολιασμό έναντι γρίπης και πνευμονιοκόκκου καθώς και έναντι του VZV, ανεξαρτήτως ηλικίας. Ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος των γυναικών για καρκίνο τραχήλου της μήτρας καθίσταται ακόμα πιο απαραίτητος. Επομένως, οι βιολογικές θεραπείες έχουν αδιαμφισβήτητα φέρει επανάσταση τη θεραπεία πολλών παθήσεων και είναι πιθανό να χρησιμοποιούνται ολοένα και πιο συχνά για ένα ευρύτερο φάσμα ενδείξεων στο εγγύς μέλλον. Η επίγνωση, η επαγρύπνηση και οι εξατομικευμένες προληπτικές στρατηγικές απέναντι των λοιμωδών επιπλοκών τους είναι απαραίτητες, ώστε η σχέση οφέλους-κινδύνου αυτών των παραγόντων να παραμένει σταθερά υπέρ του οφέλους.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946003103

e-mail: mylonaelena@gmail.com

## ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ

## Σ. Κωστούρου

*Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν στη διασπορά παθογόνων και στον κίνδυνο λοίμωξης, ιδιαίτερα κατά την εκτέλεση άσηπτων διαδικασιών. Η επίτευξη υψηλής συμμόρφωσης στην υγιεινή των χεριών κρίνεται εξαιρετικά δύσκολη και αποτελεί βασικό στόχο όλων των προγραμμάτων πρόληψης λοιμώξεων. Η συμμόρφωση αξιολογείται σε σχέση με την εφαρμογή ή όχι υγιεινής των χεριών, σε 5 κομβικές στιγμές κατά την παροχή φροντίδας:

1. Πριν την επαφή με τον ασθενή,
2. Πριν την άσηπτη ή καθαρή διαδικασία,
3. Μετά την επαφή με βιολογικά υγρά,
4. Μετά την επαφή με το ασθενή,
5. Μετά την επαφή με τις επιφάνειες πλησίον του ασθενή.

Η κατανόηση από τον κάθε εργαζόμενο, των κανόνων ορθής εφαρμογής είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των ατομικών επιδόσεων. Η φύση των λοιμώξεων είναι πολυπαραγοντική όμως κάθε εργαζόμενος με τη συμμόρφωση ή μη στη υγιεινή των χεριών επηρεάζει το αποτέλεσμα της φροντίδας. Στο νοσοκομείο, η υγιεινή των χεριών διαφέρει από αυτήν που έχουν μάθει οι επαγγελματίες υγείας, στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης τους, για αυτό συχνά αξιολογούν τη συμμόρφωση τους ως υψηλή γιατί την κρίνουν σύμφωνα με αυτό που έχουν μάθει ως σωστό από παιδιά. Στο νοσοκομείο όμως, υγιεινή των χεριών θα πρέπει να γίνεται για την προστασία «του άλλου» και σε στιγμές για τις οποίες, ο εργαζόμενος ως πολίτης δεν έχει εκπαιδευτεί. Για παράδειγμα, τα παθογόνα ζουν στο άψυχο περιβάλλον άρα η επαφή των χεριών με ορατά καθαρές νοσοκομειακές επιφάνειες όπως, η κουρτίνα πέριξ της κλίνης, το κάγκελο του κρεβατιού, τα φύλλα νοσηλείας, δεν αναιρεί την ανάγκη εφαρμογής υγιεινής των χεριών. Ορθή εκτέλεση οποιαδήποτε διαδικασίας κατά την παροχή φροντίδας δεν νοείται χωρίς υγιεινή των χεριών, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της άσηπτης ή καθαρής τεχνικής, ανάλογα με το είδος της διαδικασίας.

Συνεπώς, η υγιεινή των χεριών θα πρέπει να εμπεριέχεται στη βασική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η πλημμελής εκπαίδευση στις ιδιαιτερότητες της υγιεινής των χεριών στο νοσοκομείο, στο βασικό επίπεδο σπουδών, καθιστά δυσχερέστατη στη συνέχεια, την κατανόηση της αναγκαιότητας εφαρμογής της και την αλλαγή εγκατεστημένων συμπεριφορών. Η καταγραφή της συμμόρφωσης κατά την επιτήρηση είναι δειγματοληπτική, συνεπώς δεν αναδεικνύει την πραγματική συμμόρφωση για όλες τις διαδικασίες. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι οι επαγγελματίες υγείας τροποποιούν τη συμπεριφορά τους επειδή γνωρίζουν ότι επιτηρούνται, θέτει σε αμφισβήτηση την ίδια την επιτήρηση και την αξιοπιστία των ποσοστών συμμόρφωσης. Η επιτήρηση, ο έλεγχος, εμπεριέχουν τον φόβο της τιμωρίας, της επίπληξης, συνεπώς, όταν τα ποσοστά συμμόρφωσης χρησιμοποιούνται μονοδιάστατα για την αποτίμηση του έργου που παράγει ένα τμήμα τότε η επιτήρηση της συμμόρφωσης αποτελεί τροχοπέδη για την επίτευξη αλλαγής της συμπεριφοράς και ανάληψης ευθύνης για την πραγματική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Οι επιτηρητές και οι επιτηρούμενοι αποτελούν μέρος του ίδιου οργανισμού και οφείλουν μέσα από τη συνεργασία να έχουν κοινό στόχο και ευθύνη τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Η χρήση της επιτήρησης από τον οργανισμό για την ανάληψη δράσης και από τους εργαζόμενους για αυτοπαρακολούθηση της συμμόρφωσης τους κρίνονται απαραίτητα για τη βελτίωση των επιδόσεων.

**Λέξεις κλειδιά:** Hand hygiene, compliance, healthcare professionals, reasons.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6946335050

e-mail: kostsofia@gmail.com

## Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

### Α. Σκούρου, Α. Καζιάνη

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

Η υγιεινή των χεριών αναφέρεται στο πλύσιμο των χεριών με νερό και σαπούνι ή στη χρήση αλκοολούχων αντισηπτικών διαλυμάτων. Αποτελεί το πιο σημαντικό μέτρο για τη μείωση της μετάδοσης μικροοργανισμών μεταξύ των ατόμων αλλά και μεταξύ διαφορετικών σημείων του ίδιου ασθενή. (1,2)

Η συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στη σωστή υγιεινή των χεριών αποτελούσε ανέκαθεν μία πρόκληση. Ορισμένοι από τους παράγοντες που ευθύνονται γι' αυτό είναι:

#### Α. Παράγοντες που σχετίζονται με το προσωπικό: (3)

- Έλλειψη γνώσεων ή εκπαίδευσης σχετικά με τη σωστή τεχνική ή τη σημασία της υγιεινής των χεριών.
- Υποτίμηση του κινδύνου μετάδοσης μικροοργανισμών.
- Δερματικά προβλήματα (ξηρότητα, δερματίτιδες) από συχνό πλύσιμο ή χρήση αντισηπτικών.
- Γιοθέτηση μη σωστών συνηθειών λόγω καθημερινής ρουτίνας.

#### Β. Οργανωτικοί και εργασιακοί παράγοντες: (4)

- Έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας και πίεσης.
- Υποστελέχωση που οδηγεί σε παραλείψεις.
- Ανεπαρκής επίβλεψη και ενδεχομένως μη επαρκή πρωτόκολλα.
- Μη συμμόρφωση ανωτέρων διοικητικά προσώπων.

#### Γ. Υλικοτεχνικοί παράγοντες: (5)

- Έλλειψη ή μη σωστή τοποθέτηση αντισηπτικών διαλυμάτων.
- Περιορισμένη πρόσβαση σε νιπτήρες ή σαπούνι.
- Κακής ποιότητας προϊόντα που αποθαρρύνουν τη χρήση (ξηρότητα, δερματίτιδες).

#### Δ. Συμπεριφορικοί παράγοντες: (6)

- Λανθασμένη αντίληψη της μη αναγκαιότητας εφαρμογής.
- Μη αυτοματοποίηση της διαδικασίας.
- Αντίσταση στην αλλαγή καθιερωμένων πρακτικών.

#### Ε. Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή και τις ιατρικές διαδικασίες: (7)

- Επείγουσες καταστάσεις όπου δίνεται προτεραιότητα σε άλλες ενέργειες.
- Συχνές επαφές με πολλούς ασθενείς μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

- Πολύπλοκες διαδικασίες φροντίδας που αυξάνουν τα σημεία πιθανής παράλειψης.

Πώς μπορούμε να γίνουμε καλύτεροι;

Η ενίσχυση της συμμόρφωσης δεν αποτελεί απλώς ατομική ευθύνη, αλλά συνδέεται άμεσα με οργανωτικούς, εκπαιδευτικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες.

Αρχικά, η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Μέσω τακτικών σεμιναρίων και πρακτικής εξάσκησης, οι επαγγελματίες υγείας ενισχύουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους σχετικά με τη σωστή τεχνική και τη σημασία της υγιεινής των χεριών. Παράλληλα, η ύπαρξη σαφών κατευθυντήριων οδηγιών και η συστηματική υπενθύμιση των βασικών αρχών συμβάλλουν στην ενσωμάτωση της πρακτικής στην καθημερινή κλινική ρουτίνα.(8)

Εξίσου σημαντική είναι η διασφάλιση της εύκολης πρόσβασης σε κατάλληλα μέσα υγιεινής, όπως αλκοολούχα αντισηπτικά διαλύματα, νιπτήρες και σαπούνι. Η στρατηγική τοποθέτηση αυτών των υλικών σε κρίσιμα σημεία φροντίδας μειώνει τα εμπόδια και διευκολύνει τη συμμόρφωση του προσωπικού, ιδιαίτερα σε συνθήκες αυξημένου φόρτου εργασίας.(9)

Η ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας εντός των δομών υγείας αποτελεί επίσης βασική προϋπόθεση. Θα ήταν θεμιτό οι προϊστάμενοι να δίνουν να ενθαρρύνουν τη συμμόρφωση χωρίς τιμωρητική διάθεση με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα περιβάλλον στο οποίο η υγιεινή των χεριών θεωρείται αυτονόητη πρακτική. Η συνεργασία και η αμοιβαία υπενθύμιση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ενισχύουν περαιτέρω αυτή την κουλτούρα.(10)

Επιπλέον, η συστηματική παρακολούθηση της συμμόρφωσης και η παροχή ανατροφοδότησης αποτελούν αποτελεσματικά εργαλεία βελτίωσης. Μέσω ελέγχων και αξιολόγησης της πρακτικής, εντοπίζονται αδυναμίες και δίνονται στοχευμένες οδηγίες για βελτίωση. Η χρήση υπενθυμίσεων, όπως αφίσες και οπτικά μηνύματα σε χώρους παροχής φροντίδας, λειτουργεί υποστηρικτικά στην ενίσχυση της σωστής συμπεριφοράς.(11)

Παράλληλα, η φροντίδα του δέρματος των επαγγελματιών υγείας δεν πρέπει να παραβλέπεται, καθώς η συχνή χρήση αντισηπτικών μπορεί να προκαλέσει ερεθισμούς που λειτουργούν αποτρεπτικά. Η παροχή κατάλληλων προϊόντων και η εκπαίδευση για τη σωστή περιποίηση των

χειρών συμβάλλουν στη διατήρηση της συμμόρφωσης. Τέλος, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, όπως η επαρκής στελέχωση και η ορθολογική οργάνωση της εργασίας, μειώνει την πίεση χρόνου και διευκολύνει την εφαρμογή των μέτρων υγιεινής. Ιδιαίτερα σε περιόδους αυξημένου επιδημιολογικού κινδύνου, όπως κατά την πανδημία της COVID-19, η εφαρμογή των παραπάνω μέτρων καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική.(12)

**Λέξεις κλειδιά:** Υγιεινή χειρών, εμπειρία επαγγελματία υγείας, τρόποι βελτίωσης.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:641.
2. Luangasanatip N, Hongsuwan M, Limmathurotsakul D, et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2015; 351:h3728.
3. Issac A, Nayak SG, George R, Priyadarshini T, Jacob J. Facilitators and Barriers to Hand Hygiene Compliance Among Health Care Providers in Hospital Settings: A Qualitative Systematic Review. *Nurs Health Sci*. 2026 Mar;28(1):e70297
4. Alshagrawi, S., Alhodaithy, N. Determinants of hand hygiene compliance among healthcare workers in intensive care units: a qualitative study. *BMC Public Health* 24, 2333 (2024).
5. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009. 23, Practical issues and potential barriers to optimal hand hygiene practices.
6. Afework A, Tamene A. Uncovering the obstacles: a comprehensive analysis of barriers to hand hygiene adherence among healthcare providers: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2025 Apr 10;25(1):502.
7. Leszczynski J, Gibas KM. Auditor perspectives on barriers to achieving healthcare worker hand hygiene compliance goals. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*. 2025;5(1):e38.
8. Pittet, D., Allegranzi, B., Sax, H., Dharan, S., Pessoa-Silva, C. L., Donaldson, L., & Boyce, J. M. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases*, 6(10), 641–652.
9. Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305–315.
10. Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Donders, R., Hulscher, M., & van Achterberg, T. (2013). Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines. *BMJ Quality & Safety*, 22(12), 984–994
11. Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., et al. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(3), 283–294
12. World Health Organization. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: WHO.

## ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### Σ. Τσιπιλής

Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., MD, PhD, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η αντιβιοτική αγωγή στη θεραπεία του αποστήματος πνεύμονα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Τα συχνότερα παθογόνα είναι κυρίως αναερόβια της στοματοφαρυγγικής χλωρίδας με συχνότερη αιτία την εισρόφηση. Άλλα παθογόνα που σχετίζονται με τη εμφάνιση αποστήματος είναι ο *S. aureus*, *S. pneumoniae* και λιγότερο συχνά *Klebsiella*, *Haemophilus* και *Pseudomonas aeruginosa*.

Η εμπειρική θεραπεία περιλαμβάνει ως πρώτη επιλογή αγωγή β λακταμικά με αναστολείς β-λακταμασών εναλλακτικά καρβαπενέμες είτε συνδυαστική θεραπεία κεφτριαξόνης με μετρονιδαζόλη.

Η διάρκεια της θεραπείας είναι παρατεταμένη από 3 έως 6

εβδομάδες αναλόγως και της κλινικής και απεικονιστικής ανταπόκρισης. Η έγκαιρη έναρξη και η επαρκής διάρκεια αντιβιοτικής αγωγής μειώνει την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης

**Λέξεις κλειδιά:** Απόστημα, αντιβιοτική αγωγή, παθογόνα, διάρκεια θεραπείας.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976335729

e-mail: stamostsipil@gmail.com

## ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

### Ι. Καραμπίνης

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το θωρακικό τοίχωμα αποτελείται από τον οστικό σκελετό και τις μυϊκές δομές. Ο οστικός σκελετός σχηματίζεται από τις πλευρές, το στέρνο και τη σπονδυλική στήλη, τα οποία δημιουργούν έναν κλωβό που προστατεύει τα ζωτικά όργανα. Η ακεραιότητα του θωρακικού κλωβού είναι κρίσιμη, τόσο για την προστασία των οργάνων, όσο και τη φυσιολογική αναπνοή.

Το τραύμα θώρακος που οδηγεί σε κακώσεις απειλητικές για τη ζωή μπορεί να προσβάλει την ακεραιότητα του θωρακικού κλωβού, τραυματίζοντας τα ενδοθωρακικά όργανα και αναστέλλοντας την εύρυθμη λειτουργία τους. Αποτελεί περίπου 10% του συνόλου των τραυματισμών και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά θνητότητας (5-10% των περιπτώσεων). 50% των πολυτραυματιών φέρουν κακώσεις στο θώρακα, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών με θωρακικές κακώσεις δεν παρουσιάζει εμφανή σημεία κάκωσης στο θώρακα. Οι τραυματικές κακώσεις στο θώρακα διακρίνονται σε θωρακικά τραύματα από κλειστές

κακώσεις και κακώσεις από νύσσοντα/τέμνοντα όργανα. Τα διατιτραίνοντα τραύματα, αν και σπάνια σε συχνότητα απαιτούν άμεση κλινική αντίδραση και υψηλό επίπεδο ετοιμότητας. Η αρχική αντιμετώπιση του ασθενούς ακολουθεί τον αλγόριθμο του ATLS. Οι σημαντικότερες, άμεσα απειλητικές για τη ζωή κακώσεις είναι η απόφραξη κεντρικού αεραγωγού, ο πνευμοθώρακας υπό τάση, ο μαζικός αιμοθώρακας, ο καρδιακός επιπωματισμός και ο ασταθής θώρακας (flail chest). Θεμελιώδης, κρίσιμη για τη ζωή του ασθενούς παρέμβαση είναι η τοποθέτηση σωλήνα παροχέτευσης θώρακος, καθώς με αυτή την παρέμβαση αντιμετωπίζεται επιτυχώς περίπου το 90-95% των κακώσεων του θώρακα. Οι υπόλοιπες κακώσεις απαιτούν εξειδικευμένη θωρακοχειρουργική ή καρδιοχειρουργική παρέμβαση.

Στην ομιλία αυτή γίνεται αναφορά στην εξειδικευμένη αντιμετώπιση των τραυματικών κακώσεων του θώρακα.

## ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΥ

### Α. Μαντέλου

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας

Το θωρακικό τραύμα αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θνητότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως με τα τροχαία ατυχήματα και τις πτώσεις να αποτελούν τους κύριους μηχανισμούς κάκωσης. Ευθύνεται για το 25% των θανάτων σε πολυτραυματίες. Οι άμεσοι θάνατοι οφείλονται συνήθως σε ρήξη αορτής ή καρδιακό επιπωματισμό, ενώ οι απώτεροι θάνατοι στη ΜΕΘ σχετίζονται με το Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ARDS), τη σήψη και την πολυοργανική ανεπάρκεια. Η παρουσία «ασταθούς θώρακα» (flail chest) και οι συνοδές πνευμονικές θλάσεις αυξάνουν δραματικά το χρόνο μηχανικού αερισμού και τη θνητότητα. Η έγκαιρη παρέμβαση του εντατικολόγου είναι καθοριστική, καθώς το 80-90% των περιπτώσεων μπορεί να αντιμετωπιστεί με συντηρητικές ή ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό απαιτεί επείγουσα θωρακοτομή. Η διάγνωση στη ΜΕΘ βασίζεται στην κλινική εξέταση και την άμεση χρήση απεικονιστικών μέσων. Το πρωτόκολλο e-FAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) αποτελεί το «χρυσό κανόνα» για την ταχεία ανίχνευση πνευμοθώρακα, αιμοθώρακα και περικαρδιακής συλλογής παρά την κλίνη του ασθενούς. Η αξονική τομογραφία (CT) θώρακος παραμένει η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση κακώσεων μεγάλων αγγείων, του οισοφάγου και του διαφράγματος. Η διαχείριση επικεντρώνεται σε τρεις πυλώνες:

Παροχέτευση και χειρουργική εκτίμηση: Η τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης παραμένει η κύρια παρέμβαση για την αντιμετώπιση πνευμοθώρακα και αιμοθώρακα.

**Αναλγησία:** Η επαρκής αναλγητική αγωγή είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη του υποαερισμού και των λοιμώξεων του αναπνευστικού.

**Βελτιστοποίηση του Αερισμού:** Στόχος είναι η αποφυγή του δευτερογενούς τραύματος (VILI). Προκρίνεται ο προστατευτικός αερισμός με χαμηλούς αναπνεόμενους όγκους. Σε σοβαρές πνευμονικές θλάσεις, η εξατομικευμένη χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού, η εφαρμογή υψηλής PEEP και η πρηνής θέση (prone positioning) βοηθούν στην βελτίωση της οξυγόνωσης.

**Συμπερασματικά,** η αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντα με θωρακικό τραύμα απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση και τακτική συνεκτίμηση από την/τον χειρουργό θώρακα. Η έγκαιρη αναγνώριση των απειλητικών για τη ζωή κακώσεων, η φυσιοθεραπεία αναπνευστικού και η εξατομικευμένη υποστήριξη της ανταλλαγής αερίων αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για τη βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών αυτών.

**Λέξεις κλειδιά:** Τραύμα θώρακα, ΜΕΘ, προστατευτικός μηχανικός αερισμός, ARDS, παροχέτευση θώρακα.

## ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

### Α. Κορκοντζέλου

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Το κάπνισμα παραμένει μία από τις πιο διαδεδομένες εξαρτητικές συμπεριφορές παγκοσμίως, ενώ είναι γνωστό ότι συμβάλλει σημαντικά στις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα του ΕΟΔΥ, 38% των Ελλήνων χρησιμοποιούν κάποιο προϊόν καπνού ή νικοτίνης, 9% κάνουν χρήση θερμαινόμενων προϊόντων καπνού και 7% χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά τσιγάρα. Τα μη συμβατικά προϊόντα φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά σε νεαρότερες ηλικίες.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί ένα σύνθετο νευροβιολογικό φαινόμενο, καθώς η νικοτίνη δρα στους α4β2 υποδοχείς της ακετυλοχολίνης και ενεργοποιεί το μεσομεταιχμιακό σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, οδηγώντας σε απελευθέρωση ντοπαμίνης και εμπλοκής στα μονοπάτια της ανταμοιβής, της προσοχής, της μάθησης και της μνήμης. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στη νικοτίνη προκαλεί απευαισθητοποίηση και οδηγεί σε νέα ρύθμιση των άνω υποδοχέων. Μελέτες έχουν δείξει ότι η νικοτίνη εμφανίζει εξαιρετικά υψηλό δυναμικό εξάρτησης, κατατασσόμενη μεταξύ των πιο εθιστικών ουσιών, με δείκτες εξάρτησης συγκρίσιμους με την κοκαΐνη και προσεγγίζοντας εκείνους της ηρωίνης.

Ωστόσο, η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν αφορά μόνο στη βιολογία της ουσίας, αλλά και στην ψυχολογία και στο σύνολο των εμπειριών που τη συνοδεύουν, καθώς το κάπνισμα λειτουργεί συχνά ως "δομημένη εμπειρία" μέσα στη ροή της ημέρας του καπνιστή.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο συνδυασμός φαρμακευτικής

αγωγής και συμβουλευτικής με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή για επιτυχή διακοπή καπνίσματος. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη θα πρέπει να προσεγγίζεται ως χρόνια νόσος, η οποία απαιτεί οργανωμένη, εξατομικευμένη και μακροχρόνια παρακολούθηση, με συνεκτίμηση του σημαντικού κινδύνου υποτροπής.

Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές επιλογές στη χώρα μας περιλαμβάνουν τη θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (με μορφές βραχείας και μακράς δράσης), τη βουπροπιόνη και την κυτισινικλίνη. Η χρήση τους αυξάνει τα ποσοστά αποχής καθώς στοχεύει στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων, στην ελάττωση των υποδοχέων ακετυλοχολίνης και στην πρόληψη εμφάνισης υποτροπής.

Κατά τη συμβουλευτική, μέσα σε μια ατμόσφαιρα αποδοχής και ενσυναίσθησης και δίνοντας έμφαση στην επικοινωνία με βάση τη συνεργασία και με ιδιαίτερη προσοχή στη γλώσσα της αλλαγής, ενισχύεται το προσωπικό κίνητρο για διακοπή καπνίσματος και η δέσμευση προς το συγκεκριμένο στόχο. Κάνοντας μικρές αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα με εναλλακτικές συμπεριφορές ο πρώην καπνιστής μαθαίνει να χτίζει πια «εμπειρίες χωρίς ουσίες» και μια νέα ζωή ελεύθερη καπνού.

**Λέξεις κλειδιά:** Κάπνισμα, διακοπή καπνίσματος, εξάρτηση, νικοτίνη, συμβουλευτική.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: 6946063109

e-mail: pneumo@a.korkontzelou.com

## ΖΗΣΕ ΜΕ ΠΡΟΘΕΣΗ, ΟΧΙ ΜΕ ΠΙΕΣΗ

### Π. Μάλλιαρης

Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ανοχής των θεραπευτικών επιλογών για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, έχει οδηγήσει σε μία επακόλουθη αύξηση τόσο του ποσοστού του πληθυσμού που πάσχει από ένα χρόνια νόσημα, όσο και της χρονικής διάρκειας που ζουν παράλληλα με το χρόνιο νόσημα.

Κάθε χρόνιο νόσημα επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ζωή των πασχόντων, επηρεάζοντας σε διάφορα επίπεδα την καθημερινότητα και τη λειτουργικότητά τους. Τόσο τα πρωτογενή επίμονα συμπτώματα της νόσου, όσο και δευτερογενώς οι ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες των διάφορων χρονίως χορηγούμενων φαρμακευτικών θεραπειών, υπενθυμίζουν συνεχώς στους πάσχοντες την απώλεια της προνοσηρής συνθήκης «υγείας», επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής και επιβάλλοντας τη διαχείριση ενός «πένθους» για αυτήν την απώλεια. Η ανάγκη για μακροχρόνια συμμόρφωση και αλλαγή του τρόπου ζωής απαιτεί μία προσαρμογή, που συχνά συνοδεύεται από σωματική και ψυχολογική πίεση. Ο μικτός ρόλος λειτουργικότητας – νόσησης που χαρακτηρίζει τα χρόνια νοσήματα, λόγω των απαιτήσεων διαχείρισης των συνεπειών τους, τόσο σε ατομικό, όσο και στο πυρηνικό και ευρύτερο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον, επιτείνει την κοινωνική πίεση για προσαρμογή.

Η πολυδιάστατη πίεση που βιώνουν οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα συχνά καθορίζει ένα ασφυκτικό πλαίσιο υποχρεώσεων και «πρέπει», που καλούνται να επανανοηματοδοτήσουν για να αποφύγουν την αυξημένη πιθα-

νότητας συννόσησης από ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Στον αντίποδα αυτής της πίεσης, έρχεται η πρόθεση, μία σύνθετη έννοια που απαρτιώνει την αποδοχή της νέας πραγματικότητας, την ενσυνείδητη επιλογή και υιοθέτηση μικρών, επιτεύξιμων, εξατομικευμένων στόχων σε αντιδιαστολή ως προς τις μαξιμαλιστικές ιατρικές συστάσεις απόλυτων και αιφνίδιων συμπεριφορικών αλλαγών του τρόπου ζωής και τη σταδιακή εγκαθίδρυση μίας νέας, βιώσιμης, ικανοποιητικής καθημερινότητας, με ρεαλιστικές προσδοκίες και αποδεκτές προσαρμογές.

**Στόχος** της σύντομης παρουσίασης είναι ο προσδιορισμός του ζητήματος της πολυδιάστατης πίεσης που βιώνουν οι χρονίως πάσχοντες, ειδικά υπό το πρίσμα της συνεχούς αύξησης του ποσοστού αυτών, η ανάδειξη των εναλλακτικών επιλογών εμπρόθετης προσέγγισης των χρονίων νοσημάτων, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης τους και η αδρή παρουσίαση τεκμηριωμένων ψυχοθεραπευτικών και άλλων μεθόδων για την υποστήριξη των χρονίως πασχόντων, με στόχο μία ζωή με πρόθεση και όχι με πίεση.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνια νοσήματα, ψυχολογική πίεση, μικτός ρόλος λειτουργικότητας-νόσησης, αντιμετώπιση με πρόθεση.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944295228

e-mail: panmalliaris@gmail.com

## ΑΣΚΩΝΤΑΣ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

### Γ.-Ι. Πούπουζας

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, με την επίπτωσή τους να αυξάνεται τα τελευταία έτη, κυρίως λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, της βελτίωσης των διαγνωστικών τεχνικών και της αυξημένης έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και οι κακοήθειες αποτελούν ορισμένα μόνο από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα, το συνολικό φορτίο των οποίων είναι ιδιαίτερα υψηλό, όχι μόνο σε επίπεδο νοσηρότητας και θνητότητας αλλά και σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Εκτιμάται ότι περισσότεροι από 1 στους 3 ενήλικες πάσχουν από τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα, ενώ το 2016 το άμεσο κόστος υγειονομικής περίθαλψης για τη διαχείρισή τους στις ΗΠΑ ανήλθε σε 1,1 τρισεκατομμύρια δολάρια.

Μία κρίσιμη παράμετρος στους ασθενείς αυτούς αποτελεί η διαταραχή της ανοσιακής απάντησης, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία τόσο της έμφυτης όσο και της επίκτητης ανοσίας, με μειωμένη φαγοκυτταρική ικανότητα, διαταραγμένη αντιγονοπαρουσίαση και εξασθενημένη Τ- και Β-κυτταρική απόκριση. Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται αυξημένη ευπάθεια σε λοιμώξεις, οι οποίες συνοδεύονται από αυξημένη νοσηρότητα, συχνότερες νοσηλείες και επιδείνωση της υποκείμενης νόσου. Παθογόνα όπως ο πνευμονιόκοκκος, ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV), ο SARS-CoV-2 και ο ιός της γρίπης έχουν συσχετιστεί με αυξημένη θνητότητα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιοαναπνευστικά νοσήματα.

Η κατανόηση της ανοσολογικής μνήμης οδήγησε στην ανάπτυξη της ενεργητικής ανοσοποίησης και των εμβολίων, τα οποία αποτελούν σήμερα βασικό εργαλείο πρόληψης. Στη σύγχρονη κλινική πρακτική διατίθενται πολλαπλοί τύποι εμβολίων, όπως ζωντανά εξασθενημένα, αδρανολοποιημένα, εμβόλια mRNA κ.α. Τα εμβόλια ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα, οδηγώντας στη δημιουργία εξειδικευμένων Τ- και Β-λεμφοκυττάρων και κυττάρων μνήμης, τα οποία επιτρέπουν ταχεία και

αποτελεσματική απόκριση σε μελλοντική έκθεση στον παθογόνο παράγοντα.

Ο εμβολιασμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαχείρισης των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Ο ετήσιος εμβολιασμός έναντι της γρίπης έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο παροξύνσεων, νοσηλείων και θανάτου. Αντίστοιχα, ο εμβολιασμός έναντι του πνευμονιοκόκκου μειώνει σημαντικά την επίπτωση της πνευμονίας και των διηθητικών λοιμώξεων από *Streptococcus pneumoniae*. Παράλληλα, τα νεότερα εμβόλια έναντι του RSV αναμένεται να ενισχύσουν περαιτέρω την προστασία των ευπαθών πληθυσμών. Οι συστάσεις αυτές ενσωματώνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες επιστημονικών εταιρειών, αναδεικνύοντας τον εμβολιασμό ως βασικό στοιχείο της ολιστικής φροντίδας.

Πέραν των άμεσων προστατευτικών επιδράσεων, ολόένα και περισσότερα δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη μη ειδικών επιδράσεων του εμβολιασμού (non-specific effects, NSE), οι οποίες σχετίζονται με ευρύτερη ανοσοτροποποίηση, όπως η ενίσχυση της έμφυτης ανοσίας και η ρύθμιση της φλεγμονώδους δραστηριότητας. Τα εμβόλια αποτελούν ασφαλείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, χωρίς τεκμηριωμένη συσχέτιση με εξάρσεις των υποκείμενων νοσημάτων, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι κατά κανόνα ήπιες.

**Συμπερασματικά**, ο εμβολιασμός στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα δεν περιορίζεται στην πρόληψη λοιμώξεων, αλλά αποτελεί μία ευρύτερη ανοσοτροποποιητική παρέμβαση με σημαντικές επιδράσεις στη νοσηρότητα, τη θνητότητα και τη συνολική πρόγνωση των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνια νοσήματα, εμβολιασμός, ανοσοποιητικό σύστημα.

#### Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6942972062

e-mail: roupouzas.gewr.kw@gmail.com

## ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΤΙΚΟΣ ΥΠΝΟΣ

### **N. Αθανασίου**

*Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»*

Ο ύπνος συνιστά μια δυναμική, πολυεπίπεδη βιολογική διεργασία, απαραίτητη για τη διατήρηση της ομοιόστασης και της λειτουργικής επάρκειας του οργανισμού. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα του ύπνου, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία. Επιδημιολογικές μελέτες μεγάλων πληθυσμών καταδεικνύουν ότι ο επαρκής και ποιοτικός ύπνος σχετίζεται με βελτιωμένη γνωσιακή απόδοση, αποτελεσματικότερη συναισθηματική ρύθμιση και μειωμένο φορτίο νόσου, ενώ αποκλίσεις στη διάρκειά του, είτε προς τη βραχεία είτε προς την παρατεταμένη κατεύθυνση, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η σημασία του ύπνου έχει αναδειχθεί περαιτέρω μέσα από πειραματικά πρωτόκολλα στέρησης ύπνου, τα οποία κατέδειξαν άμεσες επιδράσεις σε νευρογνωσιακές λειτουργίες, μεταβολική ομοιόσταση και ανοσολογική απόκριση, επιβεβαιώνοντας τον κεντρικό του ρόλο στη φυσιολογική ρύθμιση. Σε κλινικό επίπεδο, οι διαταραχές ύπνου αποτελούν πλέον έναν κοινό παθοφυσιολογικό παρονομαστή σε πληθώρα νοσημάτων. Η ανεπαρκής ή κατακερματισμένη νυχτερινή ανάπαυση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και παχυσαρκίας, ενώ η αϋπνία συνδέεται στενά με ψυχιατρικές και νευροεκφυλιστικές διαταραχές. Παράλληλα, η έννοια των φαινοτύπων του ύπνου, όπως η αϋπνία με βραχεία διάρκεια ύπνου, έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για μεταβολικά και καρδιαγγειακά νοσήματα.

Πέραν των μακροχρόνιων επιπτώσεων, οι διαταραχές ύπνου εκδηλώνονται με χαρακτηριστικά νυχτερινά και ημερήσια συμπτώματα. Τα νυχτερινά συμπτώματα περι-

λαμβάνουν συνήθως το ροχαλητό, τη δυσκολία έναρξης ή διατήρησης του ύπνου, ενώ τα ημερήσια συμπτώματα εκτείνονται από υπνηλία και κόπωση έως διαταραχές συγκέντρωσης, γνωσιακή δυσλειτουργία και συναισθηματική αστάθεια. Το σύνολο αυτών των εκδηλώσεων επηρεάζει ουσιαστικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών, αναδεικνύοντας τη διττή—νυχτερινή και ημερήσια—διάσταση των διαταραχών ύπνου.

Σε πληθυσμιακό επίπεδο, οι αποκλίσεις στη διάρκεια και την ποιότητα του ύπνου συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα, υποδηλώνοντας ότι ο διαταραγμένος ύπνος λειτουργεί ως τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου. Ταυτόχρονα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής—με παρατεταμένη έκθεση σε τεχνητό φως, διαταραχή του κερκάδιου ρυθμού, ακανόνιστα ωράρια και αυξημένο ψυχοκοινωνικό στρες—συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση επίπτωσης των διαταραχών ύπνου.

Συνολικά, ο αναζωογονητικός ύπνος, ως συνισταμένη επαρκούς διάρκειας και υψηλής ποιότητας, αποτελεί θεμελιώδη βιολογικό μηχανισμό με εκτεταμένες επιδράσεις στη λειτουργία πολλαπλών συστημάτων. Η κατανόηση των παραμέτρων που τον διέπουν, και η ενσωμάτωσή του σε στρατηγικές πρόληψης αναδεικνύονται ως κρίσιμες προτεραιότητες για τη σύγχρονη ιατρική.

**Λέξεις κλειδιά:** Ποιότητα ύπνου, διάρκεια ύπνου, νοσηρότητα.

### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

Τηλ.: +30 6973809337

e-mail: nikolaosathanasiou14@gmail.com

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

---

ORAL

## ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ: ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΜΕΣΩ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ

**Α. Ασημάκος<sup>1</sup>, Π. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Σπαγουλάκης<sup>1</sup>, J. Beard<sup>2</sup>, Ε. Παπουτσή<sup>1</sup>,  
Σ. Σπετσιώτη<sup>1</sup>, Ι. Σιγάλα<sup>1</sup>, Ι. Δημοπούλου<sup>1</sup>, Π. Κατσαούνου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα, <sup>2</sup>Royal Brompton Hospitals/Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust – London, United Kingdom

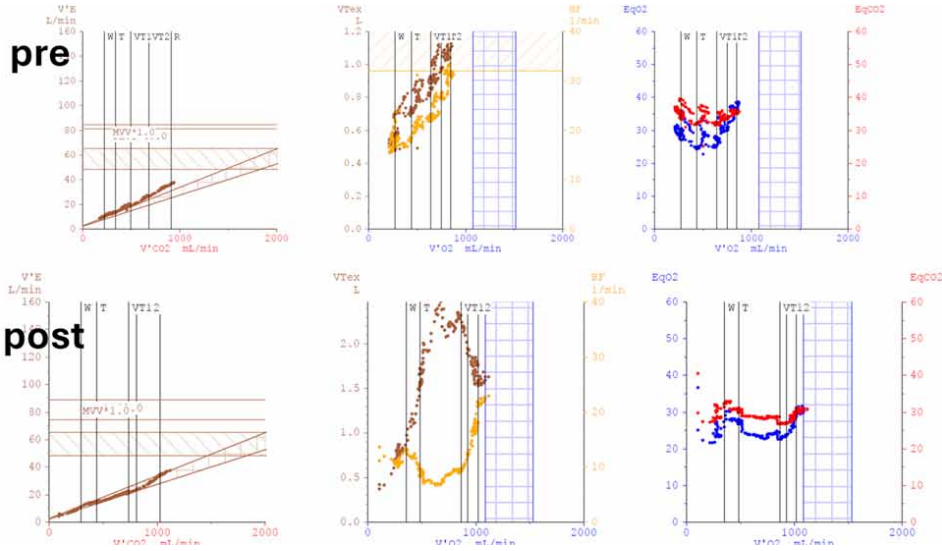
**Εισαγωγή:** Η Δυσλειτουργική Αναπνοή (Dysfunctional Breathing, DB), γνωστή επίσης ως διαταραχή του αναπνευστικού πρότυπου (Breathing Pattern Disorder, BPD) περιγράφει μη φυσιολογικά πρότυπα αναπνοής τα οποία εμφανίζονται είτε πρωτογενώς, είτε δευτερογενώς λόγω υποκείμενης παθολογίας. Η Καρδιοπνευμονική Δοκιμασία Κόπωσης (Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET) αποτελεί ένα αξιόπιστο και αντικειμενικό εργαλείο για την αξιολόγηση της DB. Παρουσιάζουμε τα προκαταρκτικά αποτελέσματα από την τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη NCT06707623 που αξιολογεί την επανεκπαίδευση της αναπνοής (Breathing Retraining, BR) σε ασθενείς με DB.

**Μέθοδοι:** Οι αξιολογήσεις που έγιναν πριν και μετά την BR περιλάμβαναν την CPET, το εργαλείο αξιολόγησης του προτύπου αναπνοής Breathing Pattern Assessment Tool (BPAT), την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), την κλίμακα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36 και την κλίμακα δύσπνοιας mMRC. Η δυσλειτουργική αναπνοή διαπιστώθηκε μέσω ανάλυσης των γραφημάτων του αναπνεόμενου όγκου (VT), της αναπνευστικής συχνότητας (BF) και του κατά λεπτό αερισμού (VE) σε σχέση με τον χρόνο, την κατανάλωση

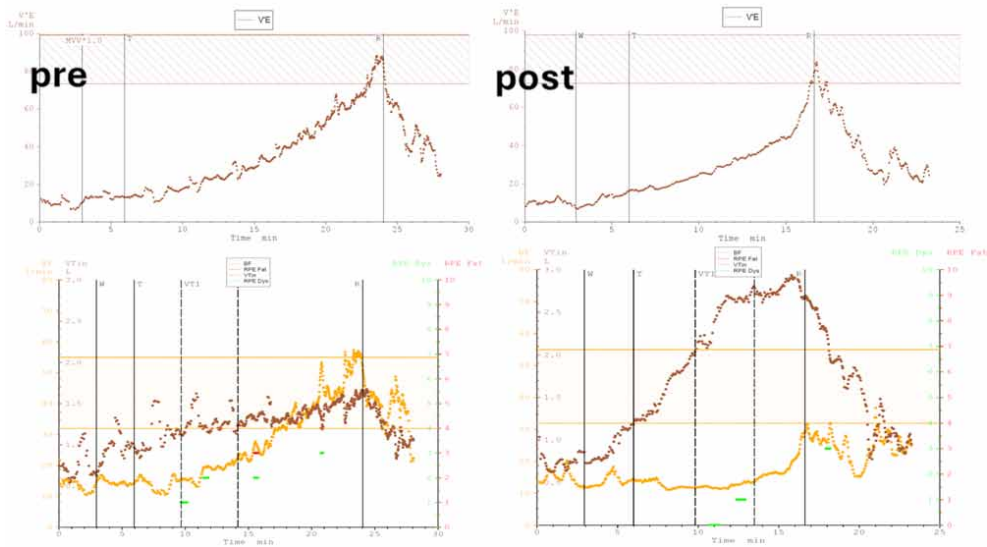
οξυγόνου (VO<sub>2</sub>) και τον VE. Το αναπνευστικό ισοδύναμο για το CO<sub>2</sub> στη χαμηλότερη τιμή του (VE/VCO<sub>2</sub> nadir) χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό υπεραερισμού (τιμή >30). Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 3 πρότυπα: ακανόνιστης αναπνοής (DB), υπεραερισμού (HV) ή μικτού τύπου (DB/HV).

**Αποτελέσματα:** Μέχρι σήμερα 12 ασθενείς έχουν ενταχθεί στη μελέτη. Ένας αποχώρησε, ένας διαγνώστηκε με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και αποκλείστηκε από τη μελέτη, 2 βρίσκονται σε φάση αναπνευστικής επανεκπαίδευσης και οκτώ ασθενείς έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Από τους οκτώ ασθενείς, πέντε παρουσίαζαν μικτό πρότυπο DB/HV και τρεις DB, με μόνον έναν ασθενή σε κάθε ομάδα να μην παρουσιάζει βελτίωση. Σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στο μέγιστο φορτίο άσκησης, καθώς και στις βαθμολογίες BPAT, mMRC και στην ψυχική κατάσταση (HADS).

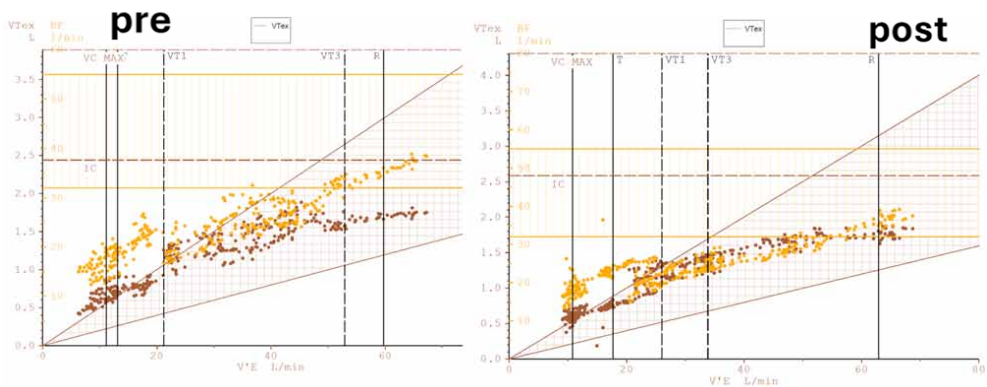
**Συμπέρασμα:** Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη που χρησιμοποιεί την CPET για να τεκμηριώσει αντικειμενικά τη βελτίωση των δυσλειτουργικών αναπνευστικών προτύπων μετά από επανεκπαίδευση της αναπνοής.



**Σχήμα 1.** Βελτίωση της χαμηλότερης τιμής του αναπνευστικού ισοδύναμου για το CO<sub>2</sub> (EqCO<sub>2</sub> nadir) και της κλίσης της σχέσης αερισμού προς την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα (VE/VCO<sub>2</sub> slope) σε τιμή <30 καθώς και του γραφήματος Vt (αναπνεόμενου όγκου) και BF (αναπνευστικής συχνότητας) προς καταναλισκόμενο οξυγόνο (VO<sub>2</sub>) μετά την αναπνευστική επανεκπαίδευση.



**Σχήμα 2.** Βελτίωση των γραφημάτων κατά λεπτό αερισμού (VE), αναπνευστικής συχνότητας (BF) και αναπνεόμενου όγκου (Vt) ως προς τον χρόνο μετά την αναπνευστική επανεκπαίδευση.



**Σχήμα 3.** Βελτίωση των γραφημάτων αναπνευστικής συχνότητας (BF) και αναπνεόμενου όγκου (Vt) ως προς τον κατά λεπτό αερισμό (VE) μετά την αναπνευστική επανεκπαίδευση.

## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΔΟΤΗ – ΛΗΠΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**Α. Παναγιώτου<sup>1</sup>, Χ. Κουρή<sup>1</sup>, Θ. Οικονομάκη<sup>1</sup>, Λ. Παναγιώτου<sup>1</sup>, Ν. Δημητροκάλλης<sup>2</sup>, Σ. Δρίτσας<sup>2</sup>, Κ. Παγανού<sup>3</sup>, Μ. Βήτος<sup>3</sup>, Α. Λιάτσος<sup>1</sup>, Α. Σκούφη<sup>2</sup>, Μ. Πρατικάκη<sup>4</sup>, Π. Κουτσογιάννη<sup>5</sup>, Β. Βουγάς<sup>2</sup>, Μ. Δαρεμά<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα «Α. Μπίλλης», Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική – ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Γραφείο Συντονισμού – ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>4</sup>Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>5</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η υπέρβαση του παραδοσιακού ανοσολογικού φραγμού της ΑΒΟ-ασυμβατότητας (ΑΒΟi) δότη – λήπτη συνιστά μείζονα κλινική εξέλιξη στο πεδίο της μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντα δότη. Μολονότι η παρουσία των προϋπαρχουσών ισοαιμοσυγκολλητινών έναντι των αντιγόνων του δότη συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος, η εξέλιξη των πρωτοκόλλων απευαισθητοποίησης και η βελτιστοποίηση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής έχουν μεταβάλει ριζικά το θεραπευτικό τοπίο.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της έκβασης των πρώτων ΑΒΟi μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**Μεθοδολογία:** Το 2025 πραγματοποιήθηκαν στο Νοσοκομείο μας δύο ΑΒΟi μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη σε δύο άνδρες ασθενείς, ηλικίας 59 και 39 ετών, με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) αγνώστου αιτιολογίας, υπό αιμοκάθαρση από μηνός. Οι ομάδες αίματος ήταν B<sup>+</sup> και O<sup>+</sup> αντίστοιχα, ενώ οι δότες τους είχαν ομάδα αίματος A<sup>+</sup>. Κατά την προμεταμοσχευτική αξιολόγηση, ο τίτλος IgG anti-A<sup>+</sup> αντισωμάτων ήταν 1/256 στον πρώτο ασθενή, ενώ στον δεύτερο ασθενή 1/8. Έναν μήνα προ της επέμβασης οι ασθενείς έλαβαν Rituximab 375mg/m<sup>2</sup>. Δύο εβδομάδες αργότερα, ακολούθησε η χορήγηση του ανοσοκατασταλτικού σχήματος που περιελάμβανε

Tacrolimus και Mycophenolate Mofetil. Δύο ημέρες πριν τη μεταμόσχευση χορηγήθηκε ενδοφλεβίως ανοσοσφαιρίνη και την ημέρα της μεταμόσχευσης έγινε έναρξη των κορτικοειδών. Τα αντισώματα έναντι των αντιγόνων της ομάδας αίματος του δότη απομακρύνθηκαν πριν τη μεταμόσχευση με συνεδρίες εκλεκτικής ανοσοπροσρόφησης (Glycosorb ΑΒΟ; Glycorex Transplantation ΑΒ, Lund, Sweden), 6 συνεδρίες στον πρώτο και 2 συνεδρίες στον δεύτερο ασθενή, με στόχο την επίτευξη τίτλου anti-A < 1/4. Χορηγήθηκε θεραπεία επαγωγής με anti-CD25 αντίσωμα.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε άμεση λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος και στους δύο λήπτες. Διενεργήθηκαν μετεγχειρητικά δύο συνεδρίες ανοσοπροσρόφησης στον πρώτο ασθενή. Οι δύο λήπτες είχαν κρεατινίνη εξόδου 1.1 mg/dL και 1.3 mg/dL. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές, λοιμώξεις ή επεισόδια οξείας απόρριψης. Κατά τον χρόνο παρακολούθησης (5 και 3 μήνες), διατηρούν σταθερή νεφρική λειτουργία, 1.1 mg/dL και 1.3 mg/dL, αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Η ασύμβατη κατά ΑΒΟ μεταμόσχευση, υπό προϋποθέσεις, είναι κλινικά εφικτή και αποτελεί μία ασφαλή θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, συμβάλλοντας στη διεύρυνση της αξιοποίησης μοσχευμάτων από ζώντες δότες.

## ΣΥΖΕΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Γ.-Ι. Πούπουζας<sup>1</sup>, Β. Πέττα<sup>1</sup>, Ν. Μαντάς<sup>2</sup>, Α. Κορκοντζέλου<sup>1</sup>, Θ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>,  
Δ. Έξαρχος<sup>2</sup>, Ν. Αθανασίου<sup>1</sup>, Π. Κατσαούνου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Α' ΚΕΘ/ΠΝ), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>4</sup>Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Α' ΚΕΘ/ΠΝ), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος πνεύμονα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Η προσθήκη της αξονικής τομογραφίας θώρακα χαμηλής δόσης (low-dose chest-CT/ (LDCT) ως εργαλείο πρώιμης ανίχνευσης καρκίνου πνεύμονα ελαττώνει τη σχετιζόμενη με τον καρκίνο πνεύμονα θνητότητα. Παρόλα αυτά, η συμμετοχή των εκλόγιμων καπνιστών στα προγράμματα, στις χώρες όπου ήδη αυτά εφαρμόζονται, είναι χαμηλή.

**Στόχος:** Η διερεύνηση της ενσωμάτωσης προσυμπτωματικής ανίχνευσης καρκίνου πνεύμονα (Lung Cancer Screening/LCS) στην καθ' ημέρα κλινική πράξη του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος και η ερμηνεία των εξαγόμενων συμπερασμάτων.

**Μέθοδος:** Όλοι οι καπνιστές από το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Μονάδας Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Α' ΚΕΘ/ΠΝ) του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» έλαβαν ισχυρή σύσταση για low-dose CT θώρακος και πλήρη λειτουργικό έλεγχο αναπνευστικού (pulmonary function tests/PFTs). Εξηγήθηκε λεπτομερώς το κλινικό όφελος και η αξονική θώρακος διενεργήθηκε σε προτυποποιημένο Αξονικό Τομογράφο CT scan Toshiba Aquilion 80 τομών, 120kV, 45-47mA. Το πρωτόκολλο ελέγχθηκε από το MIT (Massachusetts Institute Technology).

**Αποτελέσματα:** 120 ενεργοί καπνιστές (μέση ηλικία 54 έτη, 44.2% άνδρες) συναίνεσαν να προχωρήσουν σε έλεγχο ανίχνευσης καρκίνου πνεύμονα. Η σπιρομέτρηση επιβεβαίωσε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) στο 25.8%, ενώ από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, άσθμα καταγράφηκε στο 12.9%, αρτηριακή υπέρταση στο 25.6%, καρδιαγγειακή νοσηρότητα στο 18.7%, κατάθλιψη στο 19.7% και αγχώδη διαταραχή στο 17.3%. Η διάμεση τιμή στο Fagerström Test για εκτίμηση βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη - FTND ήταν 6 (IQR 3.15), με τους μισούς καπνιστές (51%) να είναι ισχυρά εθισμένοι (FTND>6). LDCT αποκάλυψε εμφύσημα στο 53.2%. Σε 3 περιπτώσεις, τα απεικονιστικά ευρήματα κρίθηκαν ως υψηλής υποψίας για κακοήθεια. Δύο περιστατικά πνευμονικού όζου ανέδειξαν ύπαρξη αδενοκαρκινώματος πνεύμονα και το τρίτο αφορούσε σε μάζα πνεύμονα, η βιοψία της οποίας αποκάλυψε μετάσταση από καρκίνο μαστού.

**Συμπέρασμα:** Τα πιστοποιημένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος αποτελούν «διδασκτική στιγμή» ("teachable moment") για την πρώιμη ανίχνευση καρκίνου πνεύμονα. Η ενσωμάτωση προγραμμάτων LCS στην καθημερινή λειτουργία των ιατρείων διακοπής παρέχει διπλό όφελος, προγνωστικό και θεραπευτικό και επιτυγχάνει βελτιωμένη μακροπρόθεσμη έκβαση υγείας.

## ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΙΑΣ, ΚΟΡΗΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΑΛΓΑΙΣΘΗΣΙΑΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Χ. Μπάρμπα<sup>1</sup>, Χ. Βρεττού<sup>1</sup>, Κ. Αθανασιάδη<sup>2</sup>, Π. Μπάρμπας<sup>3</sup>,  
Ε. Δερμιτζάκη<sup>4</sup>, Κ. Ρωμανά<sup>4</sup>, Ι. Δημοπούλου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Κλινική Καρδιοθωρακοχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>3</sup>Τμήμα Πληροφορικής με εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>4</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Σκοπός:** Ο μετεγχειρητικός πόνος μετά από θωρακοτομή αποτελεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα, Συνδέεται με αυξημένη κατανάλωση αναλγητικών, καθυστέρηση στην κινητοποίηση των ασθενών και αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την προγνωστική αξία μη επεμβατικών νευροφυσιολογικών δεικτών, όπως η κορυφαία άλφα συχνότητα του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (Peak Alpha Frequency – PAF), οι παράμετροι κορημετρίας και ο δείκτης επιπέδου αλγαισθησίας (NOL), για την πρόβλεψη πρώιμου και χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοτομή.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε μια προοπτική, μη παρεμβατική πιλοτική μελέτη σε 20 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη μείζονα θωρακική χειρουργική επέμβαση στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» κατά το διάστημα Σεπτεμβρίου 2022 – Μαρτίου 2023. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τυποποιημένο πρωτόκολλο αναισθησίας και αναλγησίας. Προεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε καταγραφή ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος για τον υπολογισμό της PAF σε κατάσταση ανοικτών και κλειστών οφθαλμών. Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις κορημετρίας προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά στη μονάδα ανάνηψης (PACU) και στις επόμενες 24 και 48 ώρες. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης καταγράφηκε ο δείκτης NOL. Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου αξιολογήθηκε με την αριθμητική κλίμακα πόνου (Numeric Rating Scale – NRS) στην PACU καθώς και στις 24, 48 και 72 ώρες μετά την επέμβαση. Η παρουσία νευροπαθητικού πόνου εκτιμήθηκε με την κλίμακα DN4 στον πρώτο και τρίτο μήνα μετά την επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της PAF σε κατάσταση ανοικτών οφθαλμών και της έντασης του μετεγχειρητικού πόνου τόσο στην

πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο όσο και στους επόμενους μήνες. Η ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της PAF που καταγράφηκε στο δεξιό κροταφικό ηλεκτρόδιο (PAF\_T4) και του NRS στον 1ο μήνα μετά την επέμβαση ( $r = 0.669$ ,  $p = 0.001$ ). Επιπλέον, η PAF\_T4 συσχετίστηκε με την παρουσία νευροπαθητικού πόνου στον 1ο μήνα ( $DN4 \geq 4$ ,  $r = 0.596$ ,  $p = 0.006$ ), καθώς και με πρώιμες εκδηλώσεις μετεγχειρητικού πόνου στη PACU ( $r = 0.548$ ,  $p = 0.012$ ). Επιπλέον, βασικές παράμετροι κορημετρίας όπως η ταχύτητα σύσπασης (CV), η μέγιστη ταχύτητα σύσπασης (MCV), η

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μείζονα θωρακική χειρουργική επέμβαση

Παράμετρος	Τιμή
Αριθμός ασθενών (N)	20
Ηλικία (έτη), μέση τιμή ± SD	68.1 ± 10.2
Φύλο	
- Γυναίκες	10 (50%)
- Άνδρες	10 (50%)
Δείκτης μάζας σώματος (BMI, kg/m <sup>2</sup> ), μέση τιμή ± SD	27.4 ± 5.35
BMI >25 kg/m <sup>2</sup>	11 (55%)
ASA score	
- ASA II	14 (70%)
- ASA III	6 (30%)
Πολλαπλές συννοσηρότητες (>3)	8 (40%)
Συνήθεις συννοσηρότητες	
- Υπέρταση	2 (10%)
- Υποθυρεοειδισμός	3 (15%)
- Στεφανιαία νόσος	6 (30%)
- Δυσλιπιδαιμία	5 (25%)
- Αυτοάνοσα νοσήματα	4 (20%)
Πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή (>3 φάρμακα)	8 (40%)

ASA: ταξινόμηση φυσικής κατάστασης κατά ASA (American Society of Anesthesiologists)

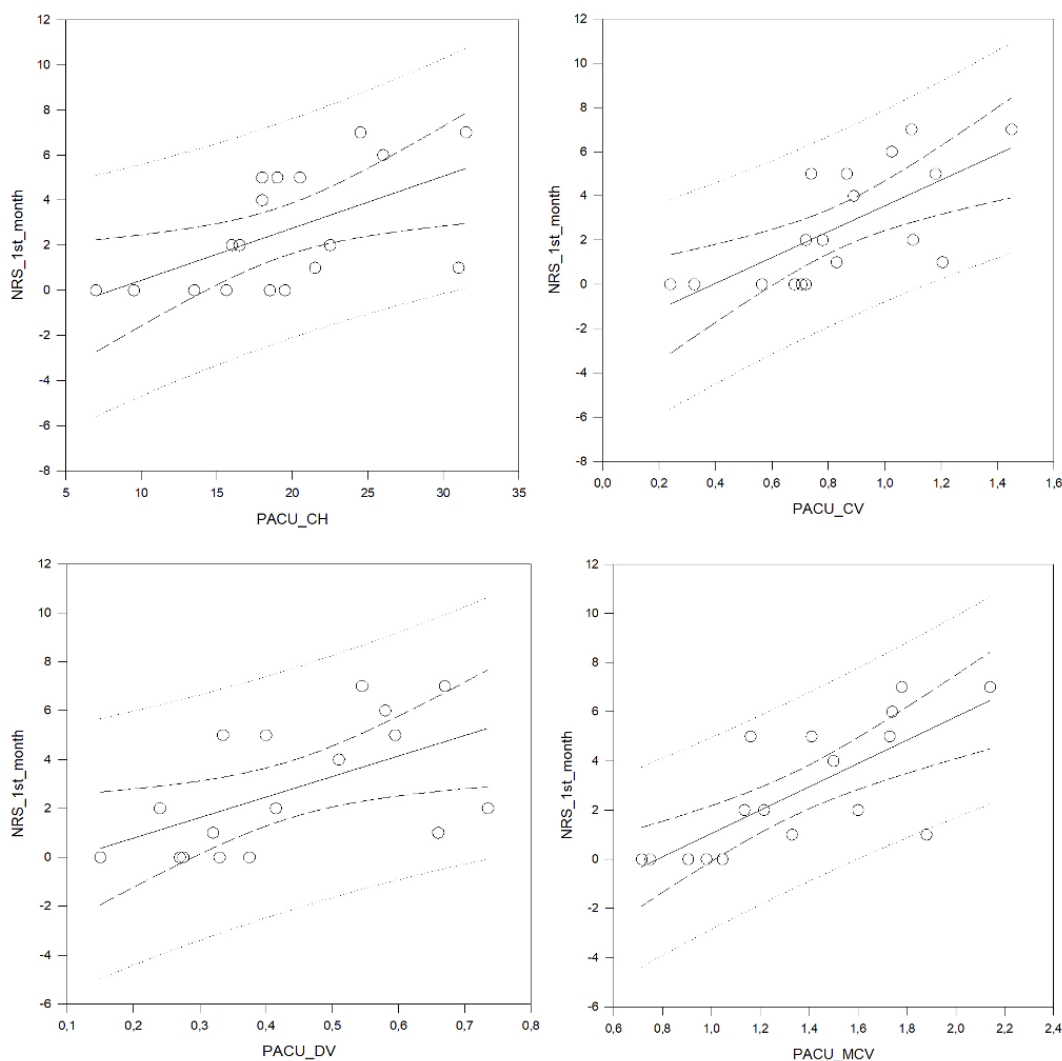
ταχύτητα διαστολής (DV) και η ποσοστιαία μεταβολή της διαμέτρου της κόρης (CH%), συσχετίστηκαν σημαντικά με την ένταση του πόνου τη μετεγχειρητική περίοδο (Πίνακας 2). Ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των μετρήσεων κορημετρίας στην PACU και της έντασης

του πόνου καθώς και της παρουσίας νευροπαθητικού πόνου στον πρώτο (Εικόνες 1 και 2) και τον τρίτο μήνα μετά την επέμβαση. Επιπλέον, αυξημένος δείκτης NOL, συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα πόνου στη PACU. Η πλάγια θωρακοτομή συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπε-

**Πίνακας 2.** Συσχέτιση παραμέτρων κορημετρίας στη Μονάδα Ανάνηψης (PACU) με μετεγχειρητικό πόνο

Παράμετρος κορημετρίας	DN4 (1ος μήνας) r / p	DN4 (3ος μήνας) r / p	NRS (1ος μήνας) r / p	NRS (3ος μήνας) r / p
DV	0.497 / 0.043	0.484 / 0.049	0.552 / 0.021	0.565 / 0.018
CV	0.654 / 0.003	0.547 / 0.019	0.680 / 0.002	0.651 / 0.003
MCV	0.731 / <0.001	0.569 / 0.014	0.757 / <0.001	0.663 / 0.003
CH%	0.657 / 0.003	0.652 / 0.003	0.563 / 0.015	0.555 / 0.017

DV: dilation velocity; CV: contraction velocity; MCV: maximum contraction velocity; CH%: ποσοστιαία μεταβολή της διαμέτρου της κόρης; NRS: Numeric Rating Scale για την εκτίμηση της έντασης του πόνου; DN4: Douleur Neuropathique 4 questionnaire για την εκτίμηση νευροπαθητικού πόνου; r: συντελεστής συσχέτισης Spearman; p: επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

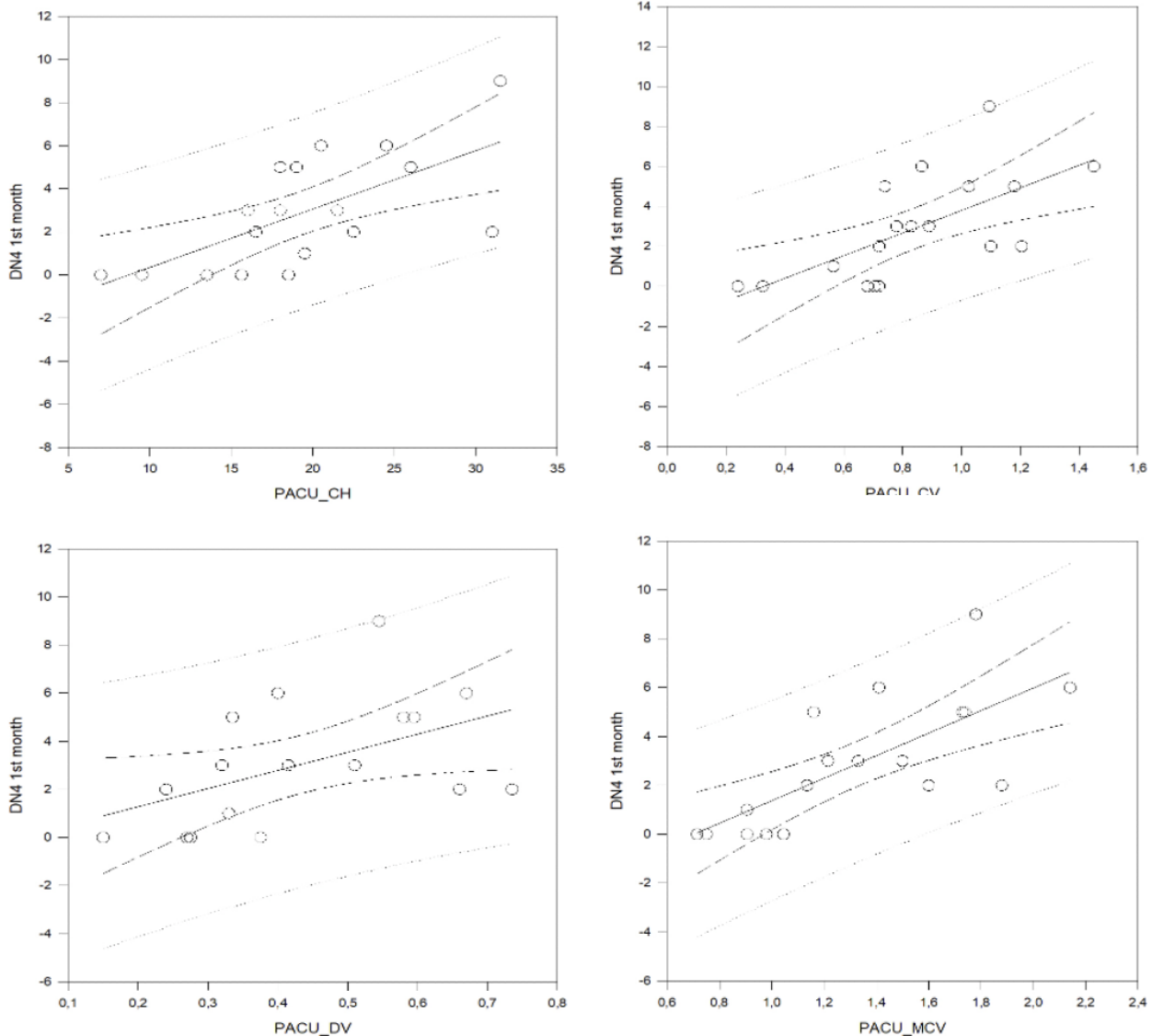


**Εικόνα 1.** Συσχέτιση παραμέτρων κορημετρίας στη Μονάδα Ανάνηψης (PACU) με την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου στον 1ο μήνα. Διαγράμματα διασποράς που απεικονίζουν τη συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων κορημετρίας που μετρήθηκαν στη Μονάδα Ανάνηψης (PACU) και της έντασης του μετεγχειρητικού πόνου στον 1ο μήνα μετά την επέμβαση, όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα Numeric Rating Scale (NRS). Παρουσιάζονται οι παράμετροι ποσοστιαία μεταβολή διαμέτρου κόρης (CH%), ταχύτητα σύσπασης (CV), ταχύτητα διαστολής (DV) και μέγιστη ταχύτητα σύσπασης (MCV). Η συνεχής γραμμή αντιπροσωπεύει τη γραμμή παλινδρόμησης και οι διακεκομμένες γραμμές εκατέρωθεν της κεντρικής αντιπροσωπεύουν τα διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals) και τα διαστήματα πρόβλεψης (prediction intervals).

δα πρώιμου μετεγχειρητικού πόνου σε σύγκριση με την οπισθοπλάγια τομή.

**Συμπεράσματα:** Η συνδυαστική αξιολόγηση νευροφυσιολογικών δεικτών, όπως η PAF το EEG, οι παράμετροι κορημετρίας και ο δείκτης NOL, μπορεί να συμβάλλουν στην πρώιμη αναγνώριση ασθενών με αυξημένη ευαι-

σθησία στον μετεγχειρητικό πόνο. Μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών είναι απαραίτητες για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων και την πιθανή ενσωμάτωση αυτών των εργαλείων σε εξατομικευμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου.



**Εικόνα 2.** Συσχέτιση παραμέτρων κορημετρίας στη Μονάδα Ανάνηψης (PACU) με νευροπαθητικό πόνο στον 1ο μήνα. Διαγράμματα διασποράς που απεικονίζουν τη συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων κορημετρίας που μετρήθηκαν στη Μονάδα Ανάνηψης (PACU) και της παρουσίας νευροπαθητικού πόνου στον 1ο μήνα μετά την επέμβαση, όπως εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο DN4. Παρουσιάζονται οι παράμετροι ποσοστιαία μεταβολή διαμέτρου κόρης (CH%), ταχύτητα σύσπασης (CV), ταχύτητα διαστολής (DV) και μέγιστη ταχύτητα σύσπασης (MCV). Η συνεχής γραμμή αντιπροσωπεύει τη γραμμή παλινδρόμησης και οι διακεκομμένες γραμμές εκατέρωθεν της κεντρικής αντιπροσωπεύουν τα διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals) και τα διαστήματα πρόβλεψης (prediction intervals).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΦΑΙΝΟΛΩΝ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ ΣΕ ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Αποστόλου, MSc, PhD, Α. Σφυρής, Μ. Σκουτέλη, Γ. Ιωαννίδης,  
Ν. Χαρατσής, Π. Κίτσος, Χ. Γαρνάβος, PhD

Ορθοπαιδική Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) του γόνατος αποτελεί συχνή εκφυλιστική πάθηση που οδηγεί σε πόνο, μείωση της λειτουργικότητας και ως εκ τούτου της ποιότητας ζωής. Τελευταία υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χρήση συμπληρωμάτων με αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες ως επικουρικές θεραπείες. Οι φαινόλες του ελαιολάδου, ιδιαίτερα η ελαιοκανθάλη — φαινολική ένωση που απαντάται στο εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο — παρουσιάζουν αντιφλεγμονώδη δράση παρόμοια με αυτή της βιουπροφαίνης και ενδέχεται να προσφέρουν κλινικό όφελος σε ασθενείς με πρώιμη ή μέτρια ΟΑ. Ωστόσο, τα δεδομένα από προοπτικές κλινικές μελέτες παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ανταπόκρισης σε ένα σχήμα συμπληρωματικής χορήγησης φαινολών ελαιολάδου διάρκειας 8 εβδομάδων, με μέτρηση λειτουργικών Score αξιολόγησης, του γόνατος, κοινά αποδεκτών στην Ορθοπαιδική κοινότητα.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των μεταβολών της λειτουργικότητας του γόνατος έγινε, μέσω της κλίμακας Oxford Knee Score (OKS) κατά τη διάρκεια 8 εβδομάδων καθημερινής χορήγησης ελαιοκανθάλης σε ενήλικες ασθενείς με πρώιμη ή μέτρια οστεοαρθρίτιδα γόνατος.

**Σχεδιασμός και Μέθοδοι:** Η παρούσα μελέτη ήταν προοπτική μελέτη επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς με ακτινολογικά τεκμηριωμένη πρώιμη ή μέτρια οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Ασθενείς με σοβαρή ΟΑ ή σημαντικές νοσηρότητες αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Οι συμμετέχοντες έλαβαν 10 mg φαινολών ελαιολάδου, εκ των οποίων 5.2 mg ελαιοκανθάλης, δύο φορές ημερησίως για 8 εβδομάδες (συνολικά 20 mg/ημέρα, δύο δισκία Thousand Olives®). Η λειτουργική ανταπόκριση, αξιολογήθηκε με την κλίμακα **Oxford Knee Score (OKS)**

κατά την έναρξη και ανά δύο εβδομάδες. Η κλίμακα OKS κυμαίνεται από 0 έως 48, με χαμηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη λειτουργικότητα. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε έλεγχο κανονικότητας και ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Repeated-Measures ANOVA) με καθορισμό του επιπέδου σημαντικότητας στο 95% ( $p < 0,05$ ).

**Αποτελέσματα:** Και οι 20 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Η μέση τιμή του OKS βελτιώθηκε προοδευτικά από την έναρξη (26.2) στη δεύτερη εβδομάδα (23.3), ενώ η μεγαλύτερη λειτουργική βελτίωση παρατηρήθηκε έως την τέταρτη εβδομάδα (20.1). Μετά την τέταρτη εβδομάδα, οι τιμές σταθεροποιήθηκαν, υποδηλώνοντας μη περαιτέρω αξιολογη βελτίωση στα λειτουργικά οφέλη. Η ανάλυση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ανέδειξε στατιστικά σημαντική συνολική μείωση των τιμών OKS ( $p = 0,001$ ). Η μέση τιμή του OKS μειώθηκε κατά 23.28% μετά από δύο εβδομάδες χορήγησης του συμπληρώματος και έφτασε σε συνολική μείωση 24.62% στο τέλος της 8ης εβδομάδας. Το μέγεθος επίδρασης των φαινολών ελαιολάδου στην ελάττωση του OKS καταγράφηκε ως υψηλό σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση. Κλινικά σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε ήδη μέχρι τον πρώτο μήνα συμπληρωματικής χορήγησης, χωρίς σημαντική επιπλέον βελτίωση πέραν της τέταρτης εβδομάδας. Δεν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες ούτε διακοπές της θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Η καθημερινή συμπληρωματική χορήγηση φαινολών ελαιολάδου οδήγησε σε άμεση και σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας του γόνατος σε ενήλικες με ήπια και μέτρια οστεοαρθρίτιδα. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τον πιθανό ρόλο της ελαιοκανθάλης ως ασφαλούς διατροφικού συμπληρώματος επικουρικής θεραπείας. Μεγαλύτερες τυχαίοποιημένες μελέτες απαιτούνται για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

## ΦΑΣΜΑ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**A. Κυβετός, I. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Πράπα, Β. Γεωργιάδου,  
A. Ξηνταράκου, Κ. Αλεξοπούλου, Ε. Πράπα, Α. Τρίκας**

*Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Υπόβαθρο:** Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) αποτελεί τη συχνότερη κληρονομική μυοκαρδιοπάθεια και προκαλείται κυρίως από μεταλλάξεις σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες του σαρκομερίου (1). Ο γενετικός έλεγχος έχει καταστεί σημαντικό μέρος της διαγνωστικής αξιολόγησης των ασθενών με ΥΜΚ, επιτρέποντας την ταυτοποίηση παθογόνων παραλλαγών, τη διευκρίνιση της αιτιολογίας της νόσου και τον οικογενειακό έλεγχο. Ωστόσο, το γενετικό προφίλ της ΥΜΚ διαφέρει μεταξύ πληθυσμών και τα δεδομένα από πληθυσμούς της Νότιας Ευρώπης παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της κατανομής των γενετικών παραλλαγών σε μια ομάδα ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια από ένα τριτοβάθμιο κέντρο στην Ελλάδα.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών με κλινική διάγνωση υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας που παρακολουθούνταν σε τριτοβάθμιο κέντρο μυοκαρδιοπαθειών. Τα κλινικά δεδομένα συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους. Ο γενετικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση πάνελ αλληλούχισης νέας γενιάς (next-generation sequencing) που στοχεύουν γονίδια σχετιζόμενα με μυοκαρδιοπάθειες. Οι γενετικές παραλλαγές ταξινομήθηκαν σύμφωνα με καθιερωμένα κριτήρια σε παθογόνες/πιθανώς παθογόνες παραλλαγές, παραλλαγές αβέβαιης σημασίας (VUS) ή αρνητικά αποτελέσματα.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 74 ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Γενετικός έλεγχος ήταν διαθέσιμος σε 28 ασθενείς (37.8%), ενώ 46 ασθενείς (62.2%) δεν είχαν υποβληθεί σε γενετικό έλεγχο. Μεταξύ των ασθενών με διαθέσιμα γενετικά αποτελέσματα, παθογόνες παραλλαγές εντοπίστηκαν σε 9 ασθενείς

(32.1%), παραλλαγές αβέβαιης σημασίας (VUS) σε 10 ασθενείς (35.7%), ενώ αρνητικός γενετικός έλεγχος καταγράφηκε σε 9 ασθενείς (32.1%).

Μεταξύ των παθογόνων παραλλαγών, το συχνότερα επηρεαζόμενο γονίδιο ήταν το MYBPC3 (33.3%), ακολουθούμενο από τα MYH7 (22.2%), TNNT2 (22.2%) και TNNI3 (22.2%). Παραλλαγές αβέβαιης σημασίας εντοπίστηκαν σε διάφορα σαρκομερικά γονίδια, με συχνότερο το MYH7 (30.0%), ακολουθούμενο από τα MYBPC3 (20.0%) και MYL3 (20.0%). Λιγότερο συχνές παραλλαγές ανιχνεύθηκαν στα ACTN2 (10.0%), CSRP3 (10.0%) και ALPK3 (10.0%) (Εικόνα 1).

Συνολικά, το 67.8% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε γενετικό έλεγχο έφεραν είτε παθογόνο παραλλαγή είτε παραλλαγή αβέβαιης σημασίας, γεγονός που υπογραμμίζει τη γενετική ετερογένεια της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας.

**Συμπεράσματα:** Σε αυτή τη μονοκεντρική ελληνική ομάδα ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, παθογόνες παραλλαγές εντοπίστηκαν σε περίπου το ένα τρίτο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε γενετικό έλεγχο, με το MYBPC3 να αποτελεί το συχνότερα εμπλεκόμενο γονίδιο. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών έφερε παραλλαγές αβέβαιης σημασίας, γεγονός που αντανακλά την πολυπλοκότητα της γενετικής ερμηνείας στην ΥΜΚ. Τα ευρήματα αυτά συμβάλλουν στην κατανόηση του γενετικού φάσματος της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας στον ελληνικό πληθυσμό και υπογραμμίζουν τη σημασία του γενετικού ελέγχου στη διαγνωστική αξιολόγηση και στον οικογενειακό έλεγχο των ασθενών με ΥΜΚ.

### References:

1. Arbelo E, Protonotarios A, Gimeno JR, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *EurHeart J.* 2023;44(37):3503-3626. doi:10.1093/eurheartj/ehad194

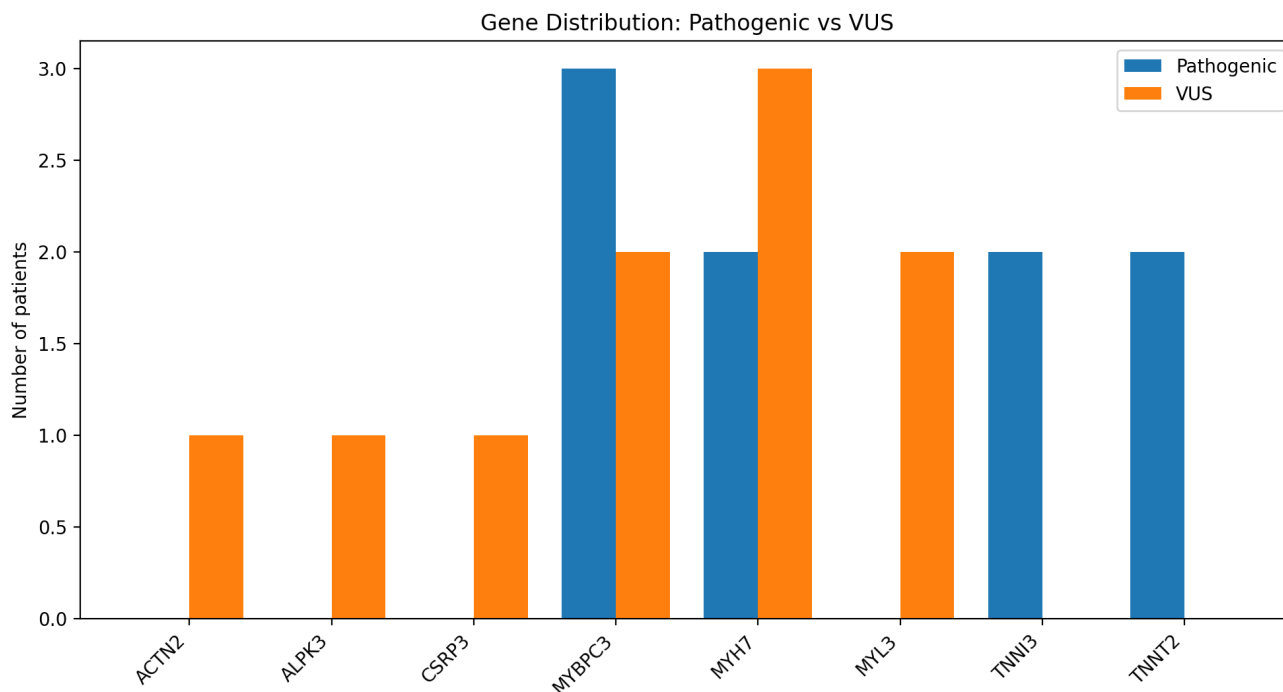


Figure 1. Gene distribution.

## Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* ΣΤΟ ΓΝΑ “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”

**Ν. Κουδουμνάκης, Μ. Νέπκα, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Π. Πνευματικού,  
Χ. Γουμένopoulos, Π. Τσιλίκη, Ι. Καρατάς, Κ. Τάγκα, Δ. Βυθούλκας,  
Α. Ζουριδάκη, Ε. Μπελεσιώτη, Α. Αργυροπούλου, Ε. Περιβολιώτη**

*Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Σκοπός:** Η επιδημιολογία των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών *Klebsiella pneumoniae* (CRKP) εξελίσσεται με αποτέλεσμα την αυξανόμενη αντοχή σε αντιμικροβιακά τελευταίας γραμμής το νεότερο συνδυασμό β-λακταμάσης με αναστολέα β-λακταμασών και τη μεγάλη ποικιλομορφία στους μηχανισμούς αντοχής αυτών των στελεχών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Περίοδος μελέτης: 1/1/2025-31/12/2025. Ο έλεγχος των αιμοκαλλιιεργειών έγινε με το σύστημα BD BACTEC FX. Η ταυτοποίηση πραγματοποιήθηκε με το σύστημα VITEK® MS φασματομετρίας μάζας (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization Time-of-Flight (MALDI-TOF), ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά με το σύστημα Vitek 2 (Biomerieux) ενώ με ανοσοχρωματογραφική

μέθοδο προσδιορίστηκε ο μηχανισμός αντοχής σε καρβαπενέμες.

**Αποτελέσματα:** Τα δεδομένα επιτήρησης της επιδημιολογίας των CRKP στο σύνολο των κλινικών του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» για το 2025: 46% KPC, 24,6% NDM, 1,34% VIM, 14,7 % KPC+NDM, 5,0% KPC+VIM, 7,6% OXA 48+NDM, 0.76% VIM+NDM

**Συμπεράσματα:** Η επιδημιολογική επιτήρηση του προφίλ αντοχής στελεχών *K. pneumoniae* παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την άμεση δράση περιορισμού της διασποράς τους, που αποτελεί επί του παρόντος το κύριο μέτρο περιορισμού και ελέγχου, αφού οι θεραπευτικές επιλογές είναι πολύ περιορισμένες.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗ, ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**I. Karampinis<sup>1,2</sup>, A. Icaza-Freire<sup>2</sup>, J. Schulz<sup>2</sup>, G. Dionysopoulou<sup>3</sup>, S. Born<sup>4</sup>, L. Grifone<sup>2</sup>,  
P. Schiller<sup>2,5</sup>, L. Braun<sup>2</sup>, K. Athanassiadi<sup>1</sup>, E. Roessner<sup>2</sup>, C. Galata<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Division of Thoracic Surgery, Evaggelismos General Hospital, Athens, Greece, <sup>2</sup>Department of Thoracic Surgery, University Medical Center Mainz, Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz, Germany, <sup>3</sup>6<sup>th</sup> Department of Respiratory Medicine, Sotiria Chest and Diseases Hospital, Athens, Greece, <sup>4</sup>Department of Cardiology, University Medical Center Mainz, Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz, Germany, <sup>5</sup>Department of General-, Vascular- and Thoracic Surgery RoMed Hospital Rosenheim, Germany

**Εισαγωγή:** Η μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή αποτελεί κοινή επιπλοκή μετά από χειρουργεία θώρακος και έχει συνδυαστεί με αυξημένη νοσηρότητα και παράταση του χρόνου νοσηλείας. Η επίπτωσή της μετά από μεγάλες ανατομικές εκτομές πνεύμονα κυμαίνεται μεταξύ 15% και 40%. Ωστόσο, αξιόπιστα δεδομένα στα πλαίσια συστηματικής παρακολούθησης του καρδιακού ρυθμού των ασθενών μετεγχειρητικά δεν είναι διαθέσιμα. Σκοπός αυτής της προδρομικής μελέτης ήταν ο υπολογισμός της επίπτωσης της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής καθώς και η παρακολούθηση της ηλεκτροκαρδιογραφικής και κλινικής της πορείας κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα μετά από χειρουργεία θώρακα.

**Μεθοδολογία:** Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένες θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις συμπεριλήφθηκαν προδρομικά στη μελέτη. Η παρουσία ιστορικού αρρυθμιών, βηματοδότη ή απινιδωτή αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη. Για τις πρώτες 5 μετεγχειρητικές ημέρες πραγματοποιήθηκε σε κάθε ασθενή καθημερινά καρδιογράφημα 6 απαγωγών χρησιμοποιώντας φορητό ηλεκτροκαρδιογράφο. Επί διαπίστωσης αρρυθμίας διενεργήθηκε κλασικό καρδιογράφημα 12 απαγωγών. Όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν με νέο καρδιογράφημα 6 απαγωγών 10-14 ημέρες μετά το εξιτήριο. Οι ασθενείς που εμφάνισαν μετεγχειρητικά κολπική μαρμαρυγή εκτιμήθηκαν από καρδιολόγο κατά τη νοσηλεία και επανεκτιμήθηκαν στις 2 και 4 εβδομάδες μετά το εξιτήριο με νέο

καρδιογράφημα.

**Αποτελέσματα:** 400 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Σε 155 εξ αυτών πραγματοποιήθηκαν ανατομικές εκτομές πνεύμονα, 28 εκ των οποίων ήταν λοβεκτομές και 4 πνευμονεκτομές. Σε 6 περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε ενδοπερικαρδιακή παρασκευή ή διατομή των πνευμονικών αγγείων. Μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή εμφανίστηκε σε 22 ασθενείς (5.5%). Όλοι οι ασθενείς στους οποίους πραγματοποιήθηκαν ενδοπερικαρδιακοί χειρισμοί εμφάνισαν κολπική μαρμαρυγή. Σε 3 ασθενείς η κολπική μαρμαρυγή επέμεινε κατά το διάστημα παρακολούθησης των 4 εβδομάδων. Μόνο 3 από τους 22 ασθενείς εμφάνισαν κατά τη νοσηλεία συμπτώματα σχετιζόμενα με την κολπική μαρμαρυγή.

**Συζήτηση:** Σε αυτή την προδρομική μελέτη με συστηματική ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση των ασθενών παρατηρήθηκε χαμηλότερη επίπτωση μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής από αυτή που περιγράφει η βιβλιογραφία ενώ οι ασθενείς ήταν στην πλειοψηφία τους ασυμπτωματικοί. Οι ενδοπερικαρδιακοί χειρισμοί αποτέλεσαν ισχυρό παράγοντα συσχέτισης με την κολπική μαρμαρυγή και προσδιορίζουν μία ομάδα ασθενών, στους οποίους συστήνεται αυξημένη εγρήγορση/παρακολούθηση. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων κολπικής μαρμαρυγής περιορίστηκε σύντομα ενώ οι περιπτώσεις εξέλιξης σε χρόνια αρρυθμία παρέμειναν σπάνιες.

## ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ LONG COVID ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΑΧΕΙΑΣ-ΕΠΙΠΟΛΑΙΑΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΓΙΣΤΗ ΚΟΠΩΣΗ

**Α. Ασημάκος, Ε. Παπουτσή, Δ. Σπαγουλάκης, Σ. Σπετσιώτη, Π. Αναγνωστοπούλου, Α. Κονταξάκης, Ι. Δημοπούλου, Π. Κατσαούνου**

*Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' ΚΕΘ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η δύσπνοια κατά την άσκηση σε ασθενείς με long COVID (LC) αποδίδεται συχνά σε δυσλειτουργική αναπνοή (Dysfunctional Breathing-DB). Η δυσλειτουργική αναπνοή αποτελεί ένα όλο και συχνότερα αναγνωριζόμενο αίτιο δύσπνοιας. Παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό (8%), σε κατά τα άλλα «υγιή» άτομα που αναφέρουν ανεξήγητη δύσπνοια κυρίως κατά την κόπωση, όσο και σε ασθενείς με άσθμα (περίπου το 1/3), ΧΑΠ, καρδιακή ανεπάρκεια και Long-COVID. Ο όρος δυσλειτουργική αναπνοή αναφέρεται σε ένα φάσμα αναπνευστικών διαταραχών που περιλαμβάνει ταχύπνοια, υπέρπνοια, ακανόνιστο αναπνευστικό ρυθμό και όγκους, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών και θωρακικού τύπου αναπνοή, θωρακοκοιλιακό ασυγχρονισμό κ.α. Η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET) αποτελεί ένα πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο καθώς αποκαλύπτει τα ακανόνιστα αναπνευστικά μοτίβα και τον υπεραερισμό που χαρακτηρίζουν την DB παράλληλα με τη διερεύνηση παθολογίας που μπορεί να διαλάβει της διάγνωσης και να προκαλεί δύσπνοια. Η παρούσα μελέτη διερευνά τα αναπνευστικά πρότυπα μετά από δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής κόπωσης (CPET) σε ασθενείς με LC και δυσλειτουργική αναπνοή.

**Μέθοδοι:** Ασθενείς LC και δυσλειτουργική αναπνοή (LC-DB, n=65) συγκρίθηκαν με ασθενείς LC χωρίς δυσλειτουργική αναπνοή (LC without DB, n=18), με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά και φυσιολογική αερόβια ικανότητα. Καταγράφηκαν οι εξής μεταβλητές: αναπνευ-

στική συχνότητα (RR), αναπνεόμενος όγκος (VT), κατανάλωση οξυγόνου ανά αναπνοή ( $VO_2/RR$ ), κατά λεπτό αερισμός (VE) και τελοεκπνευστική μερική πίεση διοξειδίου του άνθρακα ( $PETCO_2$ ). Η παρουσία υπεραερισμού (HV), οριζόμενη ως αναπνευστικό ισοδύναμο του αποβαλλόμενου  $CO_2$  με χαμηλότερη τιμή  $<30$  ( $VE/VCO_2$  nadir  $>30$ ), χρησιμοποιήθηκε για περαιτέρω κατηγοριοποίηση των ασθενών με δυσλειτουργική αναπνοή σε δύο υποομάδες: LC-DB και LC-DB-HV.

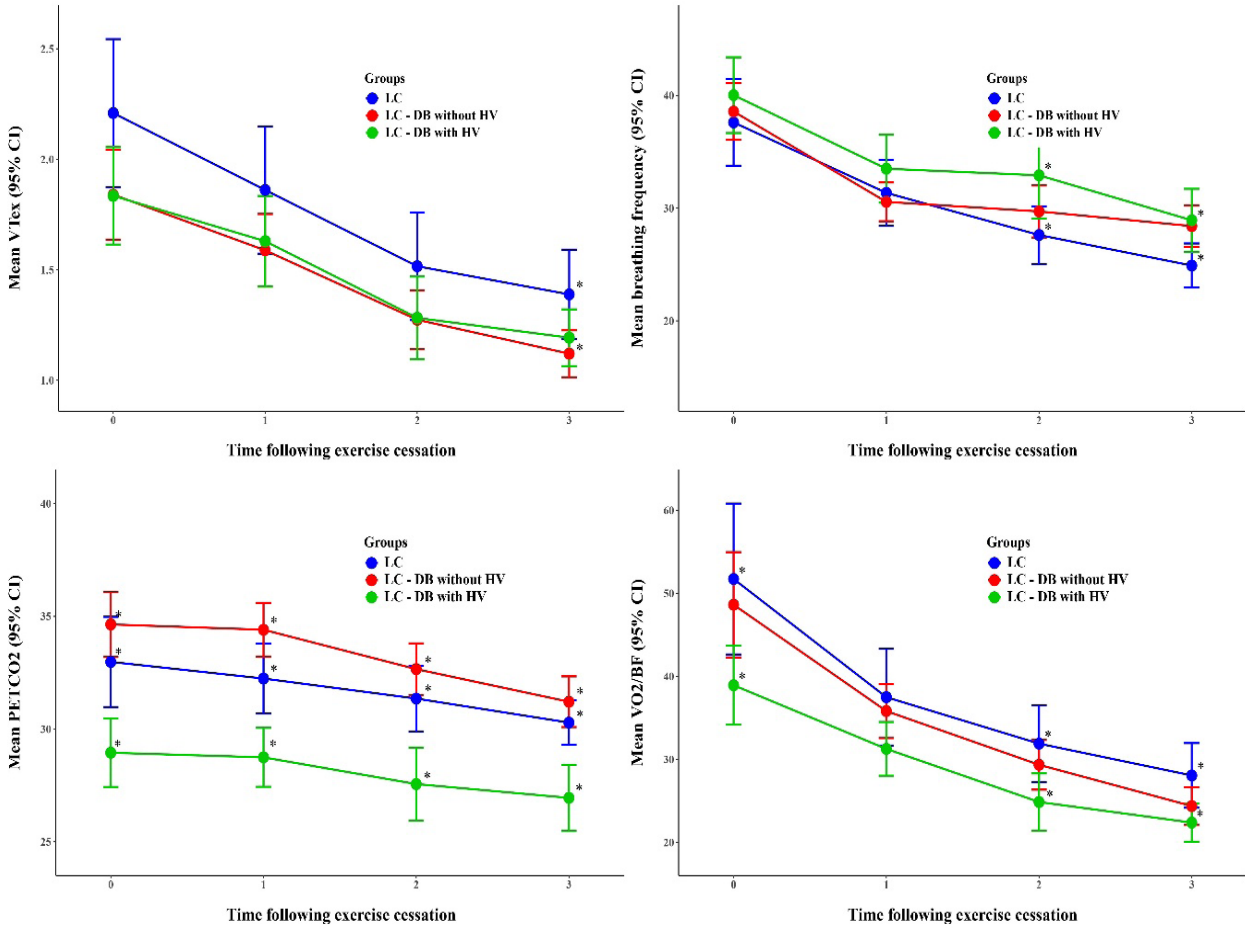
**Αποτελέσματα:** Κατά τη φάση αποκατάστασης μετά από CPET, και οι δύο ομάδες με δυσλειτουργική αναπνοή παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερο VT και υψηλότερη RR στο 3ο λεπτό σε σύγκριση με τους ασθενείς LC χωρίς δυσλειτουργική αναπνοή. Ωστόσο, οι ασθενείς LC-DB-HV παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη  $PETCO_2$  και χαμηλότερη  $VO_2/RR$ , ενώ οι ασθενείς LC-DB διατήρησαν υψηλότερα επίπεδα  $PETCO_2$ . Ο VE δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων.

**Συμπεράσματα:** Παρότι και οι δύο ομάδες ασθενών με δυσλειτουργική αναπνοή υιοθετούν ένα αναποτελεσματικό πρότυπο ταχείας-επιπόλαιης αναπνοής («rapid shallow breathing»), η ομάδα LC-DB-HV χαρακτηρίζεται από υποκαπνία λόγω υπεραερισμού, ενώ η ομάδα LC-DB παρουσιάζει σχετικό υποαερισμό με υψηλότερα επίπεδα  $PETCO_2$ . Και οι δύο φαινότυποι χαρακτηρίζονται από εμμένουσα δύσπνοια μετά την άσκηση και χρειάζονται επανεκπαίδευση της αναπνοής.

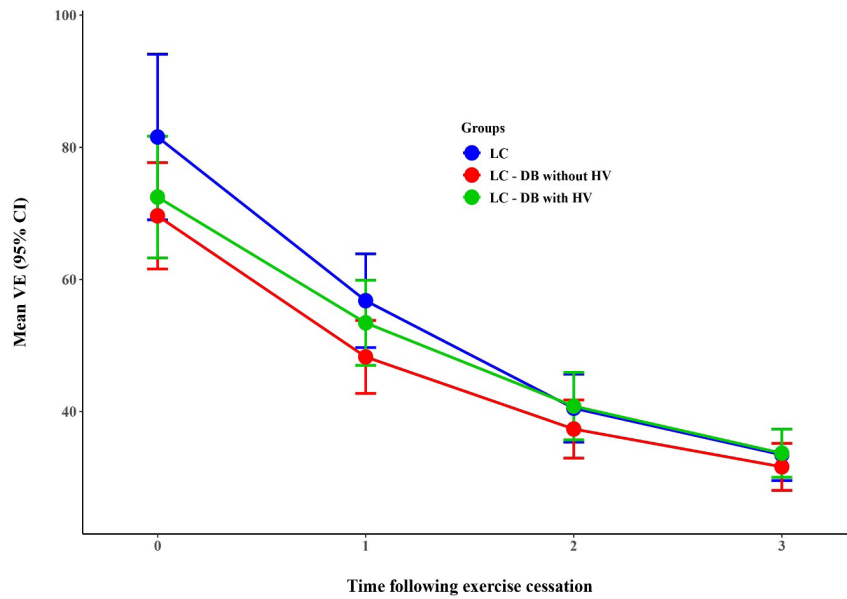
**Πίνακας:** Σύγκριση ομάδων δυσλειτουργικής αναπνοής και ελέγχου.

	Ασθενείς Long Covid με δυσλειτουργική αναπνοή (n=65)	Ασθενείς Long Covid χωρίς δυσλειτουργική αναπνοή (Ομάδα ελέγχου, n=18)
Ηλικία	48.65±12,2	47.17±13,44
Φύλο	71% ♀	50% ♀
BMI	27.22±6.66	25.29±3.34
$VO_2$ peak % pred	89.48±17.62	92.5±15.95
WR peak % pred	98.66±25.49	106.28±23.01

Τα δεδομένα παρουσιάζονται σαν μέσες τιμές ± σταθερά διακύμανση



**Figure 1.** Differences in V<sub>T</sub> exhaled, breathing frequency, PETCO<sub>2</sub>, and VO<sub>2</sub>/BF among the three groups, i.e., long COVID without dysfunctional breathing (LC), long COVID with dysfunctional breathing without hyperventilation (LC-DB without HV), and long COVID with dysfunctional breathing with hyperventilation (LC-DB with HV), across time following exercise cessation. Asterisks indicate statistically significant differences between groups.



**Figure 1.** Differences in VE among the three groups, i.e., long COVID without dysfunctional breathing (LC), long COVID with dysfunctional breathing without hyperventilation (LC-DB without HV), and long COVID with dysfunctional breathing with hyperventilation (LC-DB with HV), across time following exercise cessation. There were no statistically significant differences between groups.

## ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ: ΠΡΟΟΔΟΣ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

**Ε. Σαϊτογλου<sup>1</sup>, Μ. Ρίζου<sup>1</sup>, Ι. Αρνικίου<sup>1</sup>, Ε. Καρβέλη<sup>1</sup>, Κ. Λιώσης<sup>1</sup>, Λ. Ψαρρός<sup>1</sup>, Α. Κοτζαμάνης<sup>1</sup>,  
Ε. Τίκκας<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Δαρεμά<sup>2</sup>, Κ. Παγανού<sup>3</sup>, Μ. Βήτος<sup>3</sup>, Α. Θανασά<sup>1</sup>,  
Σ. Δρίτσας<sup>1</sup>, Ν. Ρουκουνάκης<sup>1</sup>, Β. Βουγάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Χειρουργική Κλινική - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup> Τμήμα Συντονισμού - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια η μεταμόσχευση νεφρού έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο όσον αφορά την λήψη και συντήρηση μοσχευμάτων αλλά και την ανοσοκατασταλτική αγωγή. Οι σύγχρονες τεχνικές διατήρησης οργάνων και τα νεότερα θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση των αποτελεσμάτων και της επιβίωσης των ασθενών και των μοσχευμάτων. Παράλληλα, το εύρος των αποδεκτών δοτών έχει διευρυνθεί σημαντικά, συμπεριλαμβάνοντας ολόένα και περισσότερες κατηγορίες δοτών. Η εξέλιξη αυτή έχει συμβάλει στην αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και στο κέντρο μας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της δεκαετούς εμπειρίας μας και η αποτίμηση των αποτελεσμάτων που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού στο κέντρο μας κατά την τελευταία δεκαετία (n=257). Συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν δημογραφικά δεδομένα, τύπος δότη, ανοσολογικά χαρακτηριστικά, χειρουργικές παράμετροι, σχήματα ανοσοκαταστολής, καθώς και μετεγχειρητικές επιπλοκές και αποτελέσματα επιβίωσης ασθενών και μοσχευμάτων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην καταγραφή σπάνιων περιστατικών και σε περιπτώσεις αυξημένης πολυπλοκότητας, με στόχο την αξιολόγηση της κλινικής εμπειρίας και της εξέλιξης της μεταμοσχευτικής πρακτικής στο κέντρο μας.

**Αποτελέσματα:** Κατά την υπό μελέτη δεκαετία πραγ-

ματοποιήθηκαν συνολικά 257 μεταμοσχεύσεις νεφρού. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του ετήσιου αριθμού επεμβάσεων, με τις μεταμοσχεύσεις να ανέρχονται σε μέσο όρο τις 25,1 ετησίως ενόσω τα τελευταία δύο χρόνια, ο ετήσιος αριθμός σχεδόν διπλασιάστηκε. Παράλληλα, επεκτάθηκαν τα κριτήρια επιλογής δοτών, με αύξηση της χρήσης δοτών διευρυμένων κριτηρίων, καθώς και περιπτώσεων ασύμβατης μεταμόσχευσης, με ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα. Το κέντρο μας κατέστη σημείο αναφοράς στην αξιοποίηση μοσχευμάτων που είχαν απορριφθεί από άλλα μεταμοσχευτικά κέντρα. Τέλος, αντιμετωπίστηκαν περιστατικά αυξημένης πολυπλοκότητας, όπως ανατομικές παραλλαγές (π.χ. πεταλοειδής νεφρός), μεταμόσχευση σε λήπτη με κυστική ίνωση, καθώς και περιστατικά αυτομεταμόσχευσης νεφρού, χωρίς σημαντική επίπτωση στα λειτουργικά αποτελέσματα.

**Συμπεράσματα:** Η δεκαετής εμπειρία του κέντρου μας στη μεταμόσχευση νεφρού καταδεικνύει σημαντική πρόοδο τόσο σε επίπεδο αριθμού επεμβάσεων όσο και στη διεύρυνση των κριτηρίων επιλογής δοτών και ληπτών. Η αύξηση της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας, η εφαρμογή σύγχρονων ανοσοκατασταλτικών πρωτοκόλλων και η αντιμετώπιση σύνθετων και σπάνιων περιστατικών με ικανοποιητικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και της οργανωτικής επάρκειας. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τη συνεχή εξέλιξη του προγράμματος μεταμοσχεύσεων και τις μελλοντικές προοπτικές περαιτέρω ανάπτυξης.

## Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ” ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**N. Κουδουμνάκης, Μ. Νέπκα, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Π. Πνευματικού, Ι. Καρατάς, Χ. Γουμένopoulos, Π. Τσιλίκης, Κ. Τάγκα, Δ. Βυθούλκας, Α. Καλλιμάνη, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Περιβολιώτη**

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των πολυανθεκτικών Gram αρνητικών παθογόνων (MDROs) που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες δειγμάτων αναπνευστικού νοσηλευόμενων ασθενών στο σύνολο των κλινικών του νοσοκομείου μας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Περίοδος μελέτης:** 1/1/2025 - 31/12/2025. Ο έλεγχος των αιμοκαλλιεργειών έγινε με το σύστημα BD BACTEC FX και των δειγμάτων αναπνευστικού με συμβατικές καλλιεργητικές μεθόδους. Η ταυτοποίηση των παθογόνων πραγματοποιήθηκε με το αυτοματοποιημένο σύστημα φασματομετρίας μάζας (VITEK® MS-Biomerieux) και ο έλεγχος ευαισθησίας με το σύστημα Vitek 2 (Biomerieux).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο ΓΝΑ “Ο Ευαγγελισμός” το 2025, η επίπτωση των MDROs σε κλινικά στελέχη που απομονώθηκαν από θετικές αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες αναπνευστικών δειγμάτων ήταν:

Gram (-)παθογόνα	Αιμοκαλλιέργειες	Δείγματα αναπνευστικού
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	17.1%	27.5%
<i>Escherichia coli</i>	10.3%	0.6%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6.0%	22.0%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4.5%	18.2%
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	0.7%	5.7%

Αναφορικά με την αντοχή των MDROs στα αντιμικροβιακά, παρατηρήθηκε:

Gram (-) παθογόνα	Αιμοκαλλιέργειες			Δείγματα αναπνευστικού		
	Αντοχή σε πενέμες	Αντοχή σε κολιμικίνη	Αντοχή στους συνδυασμούς BL/BLIs	Αντοχή σε πενέμες	Αντοχή σε κολιμικίνη	Αντοχή στους συνδυασμούς BL/BLIs
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	65.0%	42.3%	42.5%	62,2%	42,8%	39,5%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	36.2%	0%	38.8%	47.1%	0%	38.4%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	93.7%	72.9%	100%	96.9%	75.6%	100%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επιδημιολογική επιτήρηση στελεχών *K. pneumoniae*, ως το πρώτο παθογόνο που απομονώνεται από καλλιέργειες αίματος και δειγμάτων αναπνευστικού παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή. Το πολυ/πανανθεκτικό *Acinetobacter baumannii* περιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές και απαιτεί άμεση δράση περιορισμού της διασποράς του ως κύριο μέτρο περιορισμού και ελέγχου.

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

---

e-POSTERS

## ΣΥΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ

**Χ. Σαλαμαλίκη, Ε. Κόντου Ε, Ι.Μ. Καρατάς, Γ. Παπαγιαννοπούλου,  
Β. Σταμάτη, Σ. Πομώνη, Α. Τσιρογιάννη**

*Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Πρωτοπαθή Χολική Χολαγγειίτιδα (ΠΧΧ) περιλαμβάνουν την παρουσία αντιμιτοχονδριακών αντισωμάτων (AMA). Ωστόσο καταγράφεται ένα ποσοστό ασθενών με κλινική εικόνα ΠΧΧ και AMA αρνητικά με την τεχνική του εμμέσου ανοσοφθορισμού (IIF). Σε αυτές τις περιπτώσεις αναφέρεται ότι η ανίχνευση ειδικών αυτοαντισωμάτων έναντι των ειδικών αυτοαντιγόνων (M2, Sp100, gp210) φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στη τελική διάγνωση.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση συνδυαστικού ελέγχου στην αναζήτηση των AMA σύμφωνα με το χαρακτηριστικό πρότυπο στον IIF, την ανίχνευση της ειδικότητας τους (M2, Sp100, gp210) με την τεχνική της ανοσοαποτύπωσης (IB) αλλά και τον τύπο φθορισμού των αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναλύθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα 4.578 δειγμάτων για διάστημα 30 μηνών (Ιανουάριος 2023–Ιούνιος 2025) που εξετάστηκαν με IIF για AMA και με IB για M2, Sp100 και gp210. Καταγράφηκαν τα AMA θετικά ανά έτος και τα AMA αρνητικά δείγματα με IIF που ήταν όμως θετικά σε τουλάχιστον ένα ειδικό αυτοαντίσωμα με IB. Για τα δείγματα αυτά, εκτιμήθηκε και ο τύπος φθορι-

σμού ANA σύμφωνα με την κατά ICAP κατάταξη (AC-21, AC-2, AC-0, κ.α).

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των δειγμάτων, AMA θετικά με IIF βρέθηκαν σε 52 για το έτος 2023, 75 για το 2024 και 40 για το Α΄ εξάμηνο του 2025, ενώ περίπου το 60% αυτών συνδυάζεται κυρίως με ειδικότητα έναντι M2 αυτοαντιγόνου. Επίσης, από τα 55 AMA-αρνητικά με IIF δείγματα αλλά θετικά με IB, τα 18 εμφάνισαν πρότυπο AC-6 (multiple nuclear dots) συμβατό με anti-Sp100, τα 15 AC-2/λεπτό στικτό, τα 2 AC-21 (κυτταροπλασματικό τύπου AMA) και τα 19 AC-0, δηλαδή αρνητικό ανοσοφθορισμό.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα μας επιβεβαιώνουν ότι ένα μικρό αλλά ουσιαστικό ποσοστό δειγμάτων παραμένει AMA-αρνητικό με IIF, παρά την παρουσία ειδικών αυτοαντισωμάτων στην IB ή και χαρακτηριστικό τύπο φθορισμού στα ANA. Η ισχυρή αυτή συσχέτιση ενισχύει τη διαγνωστική αξία ενός συνδυαστικού ελέγχου IIF/IB. Έτσι, σε AMA με IIF αρνητικά δείγματα, όταν υπάρχει κλινική υποψία ΠΧΧ ή χαρακτηριστικό πρότυπο στα ANA, πρέπει να αναζητούνται και τα ειδικά αυτοαντισώματα με IB έτσι ώστε τα αποτελέσματα και των τριών δεδομένων να συν αξιολογούνται για την τελική διερεύνηση της ΠΧΧ.

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

**Α. Κυβετός, Π. Γουνόπουλος, Μ. Μουτάφη, Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Ζιώγου, Κ. Αλεξοπούλου, Ε. Πράππα, Α. Τρίκας**

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί σοβαρή λοίμωξη που σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Οι εργαστηριακοί δείκτες φλεγμονής, καρδιακής βλάβης και δυσλειτουργίας οργάνων ενδέχεται να συμβάλλουν στην πρόγνωση των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ εργαστηριακών παραμέτρων και ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών με διάγνωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Οι εργαστηριακές παράμετροι κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας συγκρίθηκαν μεταξύ επιζώντων και μη επιζώντων χρησιμοποιώντας t-test ανεξάρτητων δειγμάτων.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ επιζώντων και μη επιζώντων όσον αφορά την αρχική CRP (8,32±6,86 έναντι 9,43±9,10), τη μέγιστη CRP (13,36±10,01 έναντι 18,79±10,71), τον αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων κατά την εισαγωγή (10473±5757 έναντι 10997±8273) και τον μέγιστο αριθμό λευκών αι-

μοσφαιρίων (13626±6742 έναντι 15794±7437).

Αντίθετα, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε δείκτες καρδιακής βλάβης και δυσλειτουργίας οργάνων. Οι ασθενείς που κατέληξαν παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα τροπονίνης (1808,14±1884,92 έναντι 126,64±231,45, p<0,001) και BNP (11342,86±14085,08 έναντι 597,30±890,71, p<0,001). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων στους μη επιζώντες, συμπεριλαμβανομένων των AST (1406,14±2217,13 έναντι 61,20±82,24, p=0,001) και ALT (651,00±1094,54 έναντι 78,89±176,99, p=0,004). Τέλος, τα επίπεδα ουρίας ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που κατέληξαν (131,57±102,18 έναντι 63,97±39,52, p=0,004).

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, αυξημένα επίπεδα τροπονίνης, BNP, ηπατικών ενζύμων και ουρίας σχετίζονται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Οι δείκτες αυτοί ενδέχεται να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου.

**Πίνακας 1.** Σύγκριση εργαστηριακών παραμέτρων μεταξύ επιζώντων και μη επιζώντων

Μεταβλητή	Επιζώντες (Mean ± SD)	Μη επιζώντες (Mean ± SD)	p-value
CRP αρχική	8,32 ± 6,86	9,43 ± 9,10	0,711
CRP μέγιστη	13,36 ± 10,01	18,79 ± 10,71	0,200
WBC αρχική	10473 ± 5757	10997 ± 8273	0,846
WBC μέγιστη	13626 ± 6742	15794 ± 7437	0,445
TKE	70,20 ± 34,83	98,25 ± 45,04	0,152
Τροπονίνη (TN1)	126,64 ± 231,45	1808,14 ± 1884,92	<0,001
BNP	597,30 ± 890,71	11342,86 ± 14085,08	<0,001
AST	61,20 ± 82,24	1406,14 ± 2217,13	0,001
ALT	78,89 ± 176,99	651,00 ± 1094,54	0,004
Ουρία	63,97 ± 39,52	131,57 ± 102,18	0,004
Κρεατινίνη	1,77 ± 1,56	2,49 ± 1,61	0,274
Αιμοσφαιρίνη	9,85 ± 2,34	10,26 ± 1,82	0,663
EF (%)	50,00 ± 10,69	44,17 ± 10,69	0,223

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ–ΥΠΟΦΥΣΗΣ–ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Παντελιά<sup>1</sup>, Β. Αντωνοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Σταθώρη<sup>1</sup>, Σ. Τσαναξίδου<sup>1</sup>, Α. Καπαμά<sup>1</sup>,  
Α. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Χατζή<sup>1</sup>, Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Α. Θεοχάρης<sup>1</sup>, Χ. Καλκανά<sup>2</sup>,  
Λ. Λυγδή<sup>2</sup>, Λ. Ευλιάτη<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας-Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η δρεπανοκυτταρική νόσος (ΔΝ) αποτελεί κληρονομούμενη αιμοσφαιρινοπάθεια. Οι ενδοκρινολογικές επιπλοκές, και ειδικότερα η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (ΥΥΕ), έχει περιγραφεί αλλά παραμένει ανεπαρκώς μελετημένη σε ενήλικες. Πιθανοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν αιμοσιδήρωση της υπόφυσης και υποξική–αγγειακή βλάβη.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της λειτουργίας του άξονα ΥΥΕ σε ενήλικες ασθενείς με ΔΝ.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ενηλίκων ασθενών με ΔΝ, που παρακολουθούνταν στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και ΔΝ του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» το διάστημα 1/2019 - 1/2026. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία και δεδομένα για τα βασικά επίπεδα ACTH, κορτιζόλης, DHEAS και της κορτιζόλης κατόπιν διέγερσης με Synacthen (μέτρηση στα 0, 30, 60 λεπτά) σε ασθενείς με χαμηλή πρωινή κορτιζόλη. Τα επίπεδα DHEA-S αξιολογήθηκαν βάσει φύλου και ηλικίας.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 25 ασθενείς (17 γυναίκες- 8 άνδρες) με μέση ηλικία  $\pm$  σταθερή απόκλιση ( $54 \pm 11$ ) έτη. 21/25 (84%) είχαν μικρο-ΔΝ και 4/25 (16%)

ομόζυγη ΔΝ. Κρίσεις ΔΝ εμφάνιζαν 16/25 (64%). 12/25 (48%) μεταγγίζονταν, 11/12 (92%) ελάμβαναν αγωγή αποσιδήρωσης, ενώ 20/25 (80%) ελάμβαναν υδροξυουρία. 19/25 (76%) δεν ελάμβαναν οπιοειδή, 4/25 (16%) ελάμβαναν συστηματικά και 2/25 (8%) ελάμβαναν περιστασιακά. Τα βασικά επίπεδα κορτιζόλης ήταν 2–28  $\mu\text{g/dL}$  (μέσος όρος  $\pm$  σταθερή απόκλιση  $14 \pm 5$ )  $\mu\text{g/dl}$ . 3/25 (12%) είχαν κορτιζόλη  $<10 \mu\text{g/dL}$  όμως όλοι απάντησαν επαρκώς στη δοκιμασία Synacthen. Δύο από τους 3 αυτούς ασθενείς έκαναν συστηματική χρήση οπιοειδών. 13/25 (52%) είχαν βασική κορτιζόλη 10–15  $\mu\text{g/dL}$ , 3/13 (23%) υποβλήθηκαν σε Synacthen και είχαν επαρκή απάντηση. 9/25 (36%) είχαν κορτιζόλη  $>15 \mu\text{g/dL}$ . Τα επίπεδα ACTH ήταν  $<5-58.6 \text{ pg/mL}$  (μέσος όρος  $\pm$  σταθερή απόκλιση  $24 \pm 14$ )  $\text{pg/dl}$ . Επίπεδα DHEA-S ήταν διαθέσιμα σε 12/25 (48%) και ήταν χαμηλά για την ηλικία και το φύλο σε 8/12 (67%), ενώ 1/12 (8%) είχε επίπεδα κάτω από το όριο ανίχνευσης.

**Συμπεράσματα:** Η λειτουργία του άξονα κορτιζόλης-ACTH φαίνεται να διατηρείται στους ενήλικες με ΔΝ, που μελετήσαμε. Παρότι 12% είχε πρωινά επίπεδα κορτιζόλης  $<10 \mu\text{g/dl}$ , όλοι απάντησαν επαρκώς στη διέγερση με Synacthen. 67% είχαν χαμηλά επίπεδα DHEA-S εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

## Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ

Κ. Μουσουράκης<sup>1</sup>, Α. Καραμανακός<sup>2</sup>, Δ. Κοζομπόλη<sup>1</sup>, Γ. Καλόγηρος<sup>1</sup>, Κ. Φιαγκουσάκης<sup>1</sup>, Β. Καραμπάτσος<sup>1</sup>, Ε. Γεωργιλής<sup>1</sup>, Σ. Θέμελη<sup>1</sup>, Μ. Ραλλάτου<sup>1</sup>, Δ. Προβή<sup>1</sup>, Μ. Χείλα<sup>2</sup>, Α. Χρηστίδου<sup>1</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>1</sup>, Κ. Βαρυτιμιάδης<sup>1</sup>, Μ. Μελά<sup>1</sup>, Ε. Αρχαύλης<sup>1</sup>, Γ. Κατσικάς<sup>2</sup>, Ν. Βιάζης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί κατά πόσο η παχυσαρκία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της προγραμματισμένης μετάβασης από ενδοφλέβια (IV) σε υποδόρια (SC) χορήγηση Infliximab (IFX) σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα σε κλινική ύφεση.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση δεδομένων ασθενών με νόσο Crohn (CD), ελκώδη κολίτιδα (UC), σπονδυλαρθρίτιδα (SpA), ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA), ψωριασική αρθρίτιδα (PsA) και χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση (PsO), οι οποίοι ελάμβαναν IFX-IV για τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου τους σε τριτοβάθμια κέντρα αναφοράς και στους οποίους χορηγήθηκε IFX-SC, σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος ιατρού. Όλοι οι ασθενείς με γαστρεντερικά και δερματολογικά νοσήματα βρίσκονταν σε κλινική ύφεση, ενώ οι ασθενείς με μυοσκελετικά νοσήματα είχαν ανενεργό νόσο ή χαμηλή δραστηριότητα νόσου. Τα καταληκτικά σημεία της θεραπείας με IFX-SC, συμπεριλαμβανομένης της επιδείνωσης της νόσου βάσει ειδικών σύνθετων δεικτών, της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και των ποσοστών διακοπής της θεραπείας, συγκρίθηκαν μεταξύ ασθενών φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρων (ΔΜΣ 25–29,9) ή παχύσαρκων (ΔΜΣ ≥30) κατά τον χρόνο της μετάβασης.

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ Απριλίου 2023 και Απριλίου 2024, συνολικά 344 ασθενείς (CD=136, UC=62, SpA=52, PsA=38, RA=7, PsO=44, συνύπαρξη περισσότερων του ενός νοσημάτων=5) μετέβησαν από IFX-IV σε IFX-SC. Μετά από μέση περίοδο παρακολούθησης 8±4 μηνών, 12 ασθενείς (3,5%) διέκοψαν τη θεραπεία με IFX-SC. Πέντε (1,5%) λόγω επιδείνωσης της νόσου και οι υπόλοιποι επτά (2,0%) λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι υπόλοιποι 332 ασθενείς (96,5%) παρουσίασαν ευνοϊκή ανταπόκριση, χωρίς ανάγκη μη προγραμματισμένης επίσκεψης, χωρίς ανεπιθύμητα συμβάματα (κλινικά ή εργαστηριακά) και χωρίς ανάγκη εντατικοποίησης της θεραπείας. Στο δείγμα υπήρχαν 43 (12,5%) παχύσαρκοι και 81 (23,5%) υπέρβαροι ασθενείς. Τα ποσοστά επιδείνωσης της νόσου (2/124 έναντι 10/220, p=0,15) δεν διέφεραν μεταξύ υπέρβαρων ή παχύσαρκων ασθενών σε σύγκριση με ασθενείς φυσιολογικού βάρους.

**Συμπεράσματα:** Η προγραμματισμένη μετάβαση από IFX-IV σε IFX-SC φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή προσέγγιση στην καθημερινή κλινική πράξη για τη διατήρηση της μακροχρόνιας κλινικής ύφεσης, της ανενεργού νόσου ή της χαμηλής δραστηριότητας της νόσου σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα και δεν επηρεάζεται από την παχυσαρκία.

## ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΕΤΑΠΝΕΥΜΟΝΟΪΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 2023–2025

Γ.-Ι. Πούπουζας<sup>1</sup>, Τ. Γεωργιάδης<sup>2</sup>, Ν. Αθανασίου<sup>2</sup>, Β. Ισσαρής<sup>1</sup>, Α. Αργυροπούλου<sup>3</sup>,  
Ε. Μπαλής<sup>1</sup>, Κ. Ρανέλλου<sup>3</sup>, Ι.Μ. Δημοπούλου<sup>2</sup>, Π. Κατσαούνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο ανθρώπινος μεταπνευμονοϊός (human metapneumovirus, hMPV), ο οποίος αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 2001, αποτελεί συχνό αίτιο λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, ιδιαίτερα σε παιδιά και ενήλικες με υποκείμενα νοσήματα όπως ανοσοκαταστολή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και άσθμα. Παρά τη σημαντική κλινική του σημασία, η λοίμωξη από hMPV παραμένει συχνά αδιάγνωστη κυρίως λόγω της περιορισμένης χρήσης μοριακών διαγνωστικών μεθόδων.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση επιδημιολογικών δεδομένων και η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ κλινικής έκβασης και χαρακτηριστικών νοσηλευόμενων ασθενών με λοίμωξη από hMPV.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση των διαγνωστικών ελέγχων ανώτερου αναπνευστικού που διενεργήθηκαν κατά τις περιόδους 2023–2024 (n=1.170) και 2024–2025 (n=1.459) καταγράφηκαν 65 θετικά αποτελέσματα PCR για hMPV. Μετά τον αποκλεισμό διπλότυπων και ελλιπών καταγραφών, καθώς και των καταγραφών εγκύων γυναικών και ασθενών ηλικίας

<17 ετών, εντοπίστηκαν 34 ασθενείς θετικοί για hMPV. Από αυτούς, 32 ασθενείς με πλήρη κλινικά δεδομένα συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση, καταγράφηκαν 65 θετικά αποτελέσματα PCR για hMPV.

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 69,5 έτη και το 37.5% ήταν άνδρες. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν τουλάχιστον μία συννοσηρότητα, όπως ΧΑΠ (31.3%), καρδιαγγειακή νόσο (28.1%) και αρτηριακή υπέρταση (56.3%) (**Πίνακας 1**). Μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ, το 90% εμφάνισε παρόξυνση της νόσου και το 20% χρειάστηκε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Επιπλοκές παρατηρήθηκαν στο 50% των περιπτώσεων, με συχνότερα τα καρδιαγγειακά συμβάματα (21.9%). Η παρουσία ΧΑΠ συσχετίστηκε με δεκαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων (95% CI: 1.48–67, p=0.004). Δεν καταγράφηκαν ενδονοσοκομειακοί θάνατοι.

**Συμπεράσματα:** Ο hMPV αποτελεί έναν υποαναγνωρισμένο παθογόνο που σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα, ιδιαίτερα με παροξύνσεις ΧΑΠ και καρδιαγγειακές επιπλοκές.

Παράμετρος	N=32
Ηλικία (median, IQR)	69,5 [37,5]
Φύλο (άνδρες, %)	37.5%
Συννοσηρότητες (%)	84.4%
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	31.3%
Άσθμα	9.4%
Καρδιολογικό Ιστορικό	28.1%
Αρτ.Υπέρταση	56.3%
Σακχ.Διαβήτης	12.5%
Ανοσοκαταστολή	18.8%
Charlson Comorbidity Index	4 [5]
Παχυσαρκία	12.5%
Κάλπισμα	43.8% / Ενεργό 46.2%
Διάρκεια νοσηλείας (median, IQR)	9.5 [7]
Οξυγονοθεραπεία στο ΤΕΠ	46.9%
Παρόξυνση ΧΑΠ	50%
Επιπλοκές	50%
Καρδιολογικές	21.9%
ARDS	9.4%
Bacterial Infection	12.5%
Αντιβιοτικά	87.5%
Κορτικοστεροειδή	37.5%
Θνητότητα	0%

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ 18 F – FLUOROMETHYLCHOLINE PET/CT (CHOLINE PET) ΣΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΥΠΕΡΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΩΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΚΩΝ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ

**Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Α. Κυριακού<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδου<sup>1</sup>, Β. Αντωνοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Γεωργιάδη<sup>1</sup>, Κ. Παντελιά<sup>1</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Σ. Καρακόζης<sup>2</sup>, Λ. Καρακόζης<sup>2</sup>, Φ. Ροντογιάννη<sup>3</sup>, Ν. Πιάνου<sup>3</sup>, Σ. Γαβριηλίδης<sup>3</sup>, Θ. Στρατηγού<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση-Επινεφρίδια-Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Thyroid Surgery Clinic, Athens, <sup>3</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET-CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**Εισαγωγή:** Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΠΥΠΘ) αποτελεί συχνή ενδοκρινολογική διαταραχή, με συχνότερη αιτία το μονήρες παραθυρεοειδικό αδένωμα. Η διάγνωση τίθεται βιοχημικά, ενώ η χειρουργική εξαίρεση του υπερλειτούργουντος παραθυρεοειδικού αδένου αποτελεί τη μόνη οριστική θεραπεία. Η ακριβής προεγχειρητική εντόπιση είναι κρίσιμη σημασίας για την επιτυχία της ελάχιστα επεμβατικής παραθυρεοειδεκτομής (MIP). Ωστόσο, οι συμβατικές απεικονιστικές μέθοδοι, δίνουν αρνητικά ή μη καταληκτικά αποτελέσματα σε ποσοστό 10–15% των ασθενών. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων με 18F – fluorocholine (18F-Choline PET/CT) αναδεικνύεται ως ιδιαίτερα αξιόπιστη απεικονιστική μέθοδος κατά την προεγχειρητική εντόπιση υπερλειτούργουντος αδενώματος παραθυρεοειδούς. Η πλειονότητα των μελετών αναφέρει ευαισθησία της PET/CT χολίνης μεταξύ 90% και 99%. Σε ασθενείς με αρνητικές ή αμφίβολες συμβατικές απεικονίσεις, η μέθοδος εντόπισε παθολογικούς αδένες σε ποσοστό άνω του 80–90%. Παρατηρήθηκε υψηλή συμφωνία με τα χειρουργικά και ιστολογικά αποτελέσματα, καθώς και βελτίωση του προεγχειρητικού σχεδιασμού και των ποσοστών επιτυχούς ελάχιστα επεμβατικής παραθυρεοειδεκτομής.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της διαγνωστικής αξίας της 18F-Choline PET/CT σε ασθενείς με ΠΥΠΘ και αρνητικό ή μη διαγνωστικό συμβατικό απεικονιστικό έλεγχο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκε σειρά εννέα ασθενών

(N=9) με ΠΥΠΘ που υποβλήθηκαν στο νοσοκομείο μας σε 18F-Choline PET/CT την περίοδο 2023–2025. Όλοι είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε έλεγχο με συμβατικές απεικονίσεις (υπερηχογράφημα τραχήλου, 99mTc-Sestamibi με ή χωρίς SPECT/CT, 4D-CT ή MRI).

**Αποτελέσματα:** Η 18F-Choline PET/CT ανέδειξε παραθυρεοειδικό αδένωμα σε 6/9 ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν ήπια υπερασβεστιαμία (μέση τιμή ασβεστίου ορού: 11 mg/dl) και μέση τιμή PTH: 147 pg/ml. Σε 2/6 ασθενείς όλες οι συμβατικές απεικονίσεις ήταν αρνητικές, ενώ σε 4/6 ασθενείς παρέιχαν μη καταληκτικά αποτελέσματα. Και οι 6 ασθενείς υποβλήθηκαν επιτυχώς σε MIP, με ιστολογική επιβεβαίωση αδενώματος και μετεγχειρητική αποκατάσταση των επιπέδων ασβεστίου ορού και PTH. Οι 3/9 ασθενείς με αρνητική 18F-Choline PET/CT είχαν νορμοασβεστιαμικό ΠΥΠΘ.

**Συμπεράσματα:** Η 18F-Choline PET/CT αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμη απεικονιστική μέθοδο για την προεγχειρητική εντόπιση παραθυρεοειδικών αδενωμάτων σε επιλεγμένους ασθενείς με ΠΥΠΘ, συμβάλλοντας καθοριστικά στην επιτυχία της ελάχιστα επεμβατικής παραθυρεοειδεκτομής. Στη σειρά περιστατικών που μελέτησαμε, η 18F-Choline PET/CT ανέδειξε παραθυρεοειδικά αδενώματα στην πλειοψηφία των ασθενών, οδηγώντας σε επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση. Τα αποτελέσματά μας αναδεικνύουν τη σημασία της μεθόδου στην αποτελεσματική διαχείριση του ΠΥΠΘ.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ–ΥΠΟΦΥΣΗΣ–ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Κ. Παντελιά<sup>1</sup>, Β. Αντωνοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Σταθώρη<sup>1</sup>, Σ. Τσαναξίδου<sup>1</sup>, Α. Καπαμά<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Χατζή<sup>1</sup>, Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Α. Θεοχάρης<sup>1</sup>, Μ. Ζώτου<sup>1</sup>, Λ. Λυγδή<sup>2</sup>, Χ. Καλκανά<sup>2</sup>, Λ. Ευλιάτη<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας-Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η β-θαλασσαιμία είναι χρόνια κληρονομούμενη αιμοσφαιρινοπάθεια που χαρακτηρίζεται από αναποτελεσματική ερυθροποίηση, χρόνια αναιμία και αιμοσιδήρωση, ιδιαίτερα σε μεταγγισιοεξαρτώμενους ασθενείς. Οι ενδοκρινικές επιπλοκές είναι συχνές και αποδίδονται κυρίως στην εναπόθεση σιδήρου στους ενδοκρινείς αδένες. Η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (ΥΥΕ) έχει περιγραφεί, ωστόσο η συχνότητα και η κλινική της σημασία στους ενήλικες παραμένουν ασαφείς. Παράλληλα, μειωμένη παραγωγή επινεφριδιακών ανδρογόνων (DHEA-S) έχει αναφερθεί ακόμη και σε ασθενείς με επαρκή έκκριση κορτιζόλης.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του άξονα ΥΥΕ σε ενήλικες ασθενείς με β-θαλασσαιμία.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ενηλίκων ασθενών με β-θαλασσαιμία, που παρακολουθούνταν στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» μεταξύ 1/2019 και 1/2026. Έγινε αξιολόγηση των πρωινών επιπέδων κορτιζόλης, ACTH, DHEA-S ορού καθώς και των επιπέδων κορτιζόλης στα 30 και 60 λεπτά μετά από δοκιμασία Synacthen σε όσους ασθενείς είχαν χαμηλά πρωινά επίπεδα κορτιζόλης. Τα επίπεδα DHEA-S αξιολογήθηκαν με βάση το φύλο και την ηλικία.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 59 ασθενείς με μέση ηλικία  $\pm$  σταθερή απόκλιση ( $51 \pm 10$  έτη). Οι 56/59 (95%) ήταν μεταγγισιοεξαρτώμενοι. 57/59 (97%) ελάμβαναν αγωγή αποσιδήρωσης και 40/59 (68%) είχαν υποβληθεί σε σπληνεκτομή. Τα πρωινά επίπεδα κορτιζόλης ορού κυμαίνονταν από 8 έως 41  $\mu\text{g/dL}$  (μέση τιμή  $\pm$  σταθερή απόκλιση ( $15 \pm 6$ )  $\mu\text{g/dL}$ ). 6/59 (10%) είχαν κορτιζόλη  $<10$   $\mu\text{g/dL}$  και 2/6 (33%) είχαν υποβληθεί σε δοκιμασία Synacthen. 27/59 (46%) είχαν κορτιζόλη 10–15  $\mu\text{g/dL}$ , εκ των οποίων 5/27 (18.5%) είχαν υποβληθεί σε Synacthen. 26/59 (44%) είχαν κορτιζόλη  $>15$   $\mu\text{g/dL}$ . Όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία Synacthen είχαν επαρκή απάντηση κορτιζόλης. Τα επίπεδα ACTH κυμάνθηκαν από  $<5$  έως 127  $\text{pg/mL}$  (μέση τιμή  $28 \pm 25$ )  $\text{pg/mL}$ . Επίπεδα DHEA-S ήταν διαθέσιμα σε 50/59 ασθενείς και ήταν μειωμένα σε 29/50 (58%) ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Ο άξονας παραγωγής κορτιζόλης φαίνεται να διατηρείται στην πλειοψηφία των ασθενών με β-θαλασσαιμία, που παρακολουθούνται στο νοσοκομείο μας, γεγονός, που πιθανά οφείλεται στις σύγχρονες μεθόδους αποσιδήρωσης. Η μείωση της DHEA-S ενδέχεται να αποτελεί πρώιμο δείκτη επινεφριδιακής δυσλειτουργίας και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση με προοπτικές μελέτες.

## Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ INFLIXIMAB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 2<sup>ης</sup> ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΤΥΧΕ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ UPADACITINIB

**Δ. Κοζομπόλη, Δ. Προβή, Κ. Μουσουράκης, Ι. Λάππας, Β. Καραμπάτσος, Γ. Καλόγηρος, Α. Παπαρίζου, Σ. Θέμελη, Κ. Φιαγκουσάκης, Ε. Γεωργιλής, Ι. Σοφιανόπουλος, Μ. Ραλλάτου, Α. Αγορογιάννη, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Π. Μαρκόπουλος, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης**

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του Infliximab (IFX) ως δεύτερη γραμμή θεραπείας σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), οι οποίοι έλαβαν ως πρώτης γραμμής θεραπεία Upadacitinib (UPA) και οι οποίοι είτε δεν ανταποκρίθηκαν είτε έχασαν την ανταπόκριση στη θεραπεία αυτή.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση δεδομένων ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΕΚ που παρακολουθήθηκαν προοπτικά στο Τμήμα μας και οι οποίοι έλαβαν UPA την περίοδο 2023–2024 ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους. Το Upadacitinib χορηγήθηκε σε δόση 45 mg άπαξ ημερησίως για 12 εβδομάδες και στη συνέχεια σε δόση 30 mg άπαξ ημερησίως. Σε ασθενείς που παρατηρήθηκε πρωτογενής μη ανταπόκριση (εβδομάδα 1-12) ή δευτερογενής απώλεια της ανταπόκρισης (μετά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα), χορηγήθηκε IFX (Remsima) σε δόση 5mg/kg βάρους την εβδομάδα 0 και 2 και στη συνέχεια 120mg υποδορίως κάθε 14 ημέρες. Εκτιμήθηκε η κλινική ανταπόκριση την εβδομάδα 8 (μείωση του μερικού δείκτη Mayo κατά τουλάχιστον 2 μονάδες, χωρίς ταυτόχρονη χρήση οποιουδήποτε κορτικοστεροειδούς (βουδεσονίδη, πρεδνιζ(ο)λόνη ή μεθυλπρεδνιζολόνη), καθώς και η κλινική ύφεση (μερικός δείκτης Mayo  $\leq 1$ , χωρίς συγχορήγηση κορτικοστεροειδών), η βιοχημική ανταπόκριση (οποιαδήποτε μείωση της καλπροτεκτίνης κοπράνων ή/

και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης πλάσματος σε σύγκριση με τα επίπεδα βάσης) και η επούλωση του βλεννογόνου (ενδοσκοπικός δείκτης Mayo  $\leq 1$ ) την 26η εβδομάδα

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 26 ασθενείς (15 άνδρες), με μέση ηλικία ( $\pm$ SD) 31,9 (11,1) έτη και μέση διάρκεια νόσου ( $\pm$ SD) 5,8 (4,9) έτη έλαβαν UPA ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους στο Τμήμα μας, από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον Αύγουστο του 2025. Η UC ήταν εκτεταμένη σε 17 ασθενείς και αριστερόπλευρη σε 9. Πρωτογενής μη ανταπόκριση εμφάνισαν 7 ασθενείς (26.9%) και δευτερογενής απώλεια ανταπόκρισης άλλοι 6 ασθενείς (23.1%). Επομένως 13 ασθενείς έλαβαν IFX ως θεραπεία 2<sup>ης</sup> γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους. Κλινική ανταπόκριση την 8η εβδομάδα παρατηρήθηκε σε 10 ασθενείς (76.9%). Βιοχημική ανταπόκριση και κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή την 26η εβδομάδα επιτεύχθηκαν σε 9 (69.2%) και 8 (61.5%) ασθενείς αντίστοιχα, ενώ ενδοσκοπική επούλωση παρατηρήθηκε σε 5 από τους 7 ασθενείς που ενδοσκοπήθηκαν (71.4%).

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση IFX φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική θεραπεία 2<sup>ης</sup> γραμμής σε ασθενείς με μέτρια – σοβαρή ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι είτε δεν ανταποκρίθηκαν είτε έχασαν την ανταπόκριση στη θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής με UPA.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ HIV-ΘΕΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ HIV-ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

**Δ. Προβή, Δ. Κοζομπόλη, Μ. Πάτση, Σ. Θέμελη, Α. Παπαρίζου, Γ. Καλόγηρος, Ε. Βεργενάκη, Α. Αγορογιάννη, Μ. Ραλλάτου, Χ. Ζυγούρης, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Ε. Βιέννα, Β. Παπαστεργίου, Π. Μαρκόπουλος, Κ. Μουσουράκης, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ν. Βιάζης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική»*

**Σκοπός:** Η λοίμωξη με τον ιό HIV μπορεί να συνυπάρχει σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει προβληματισμός για τη χορήγηση βιολογικών παραγόντων δεδομένης της πιθανής επιβάρυνσης που θα υπάρξει στους ήδη ανοσοκατεσταλμένους αυτούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει την ανάγκη χρήσης και την ασφάλεια των βιολογικών παραγόντων σε HIV-θετικούς ασθενείς, σε σύγκριση με αντίστοιχους HIV-αρνητικούς μάρτυρες με ΙΦΝΕ.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση ασθενών με ΙΦΝΕ, οι οποίοι είναι HIV-θετικοί και παρακολουθούνται στο Τμήμα μας. Καταγράφηκε η συχνότητα χορήγησης βιολογικών παραγόντων, αλλά και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στην πάροδο του χρόνου. Προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα έγινε σύγκριση της ομάδας αυτής με πληθυσμό μαρτύρων με αντίστοιχη νόσο (ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn) και χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου, ταξινόμηση κατά Μόντρεαλ) που ήταν όμως HIV-αρνητικοί.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπεριελήφθησαν στη μελέτη

12 ασθενείς με νόσο Crohn (n=7) και ελκώδη κολίτιδα (n=5) οι οποίοι ήταν HIV-θετικοί. Οι ασθενείς ήταν όλοι άντρες, οι 8 (66%) ήταν HIV-θετικοί για >10 χρόνια, ο μέσος δείκτης CD4+ ήταν 512 κύτταρα/μl και το μέσο ιικό φορτίο ήταν 55 copies/mL; Όλοι οι ασθενείς (100%) ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Στους περισσότερους ασθενείς (n=9, 75%) η λοίμωξη με τον ιό HIV προϋπήρχε της εμφάνισης ΙΦΝΕ. Από τους 12 ασθενείς, οι 3 (25%) χρειάστηκε να λάβουν βιολογικό παράγοντα για τον έλεγχο της νόσου τους, κατά τη διάρκεια ενός μέσου χρόνου παρακολούθησης 5 ετών. Στην αντίστοιχη ομάδα ελέγχου των 12 HIV-αρνητικών ασθενών, 5 ασθενείς (41.6%) χρειάστηκε να λάβουν βιολογικό παράγοντα στη διάρκεια του ίδιου χρόνου παρακολούθησης (p=0.38). Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε σημαντικές παρενέργειες από τη χρήση βιολογικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

**Συμπέρασμα:** Στη παρούσα μελέτη, η ανάγκη χρήσης βιολογικών παραγόντων και το προφίλ ασφαλείας δεν φάνηκε να διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα σε HIV-θετικούς και -αρνητικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ.

## ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΑΚΟΥΑΠΟΡΙΝΩΝ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Β. Ίσσαρης<sup>1</sup>, Ν. Λότσιος<sup>2</sup>, Γ. Πούπουζας<sup>1</sup>, Χ. Βρεττού<sup>2</sup>, Χ. Κεσκινίδου<sup>2</sup>, Μ. Καρδαρά<sup>2</sup>, Κ. Παπαβασιλείου<sup>3</sup>, Φ. Οικονομίδου<sup>2</sup>, Σ. Κόκκορης<sup>2</sup>, Α. Κοτανίδου<sup>2</sup>, Ι. Δημοπούλου<sup>2</sup>, Α. Βασιλείου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Πνευμονολογική κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup> Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,

<sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

**Εισαγωγή:** Οι ακουαπορίνες (AQPs) αποτελούν μια οικογένεια πρωτεϊνών διαύλων νερού που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των ανοσοκυττάρων. Οι μελέτες έκφρασης των AQPs σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι περιορισμένες.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη του προφίλ έκφρασης mRNA των ισομορφών των AQP σε πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα (PMNs) και μονοπύρρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs) βαρέως πασχόντων ασθενών που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

**Υλικά και Μέθοδοι:** Η παρούσα εργασία είναι μια προοπτική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» μεταξύ Φεβρουαρίου 2024 και Οκτωβρίου 2025. Συνολικά, στη μελέτη εντάχθηκαν 40 ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση

και 26 υγιείς μάρτυρες αφού εφαρμόστηκαν κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Δείγματα αίματος συλλέχθηκαν σε τέσσερα χρονικά σημεία: κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ (24–48 ώρες) και στις ημέρες 4 (D4), 8 (D8) και 14 (D14).

**Αποτελέσματα:** Απομονώθηκε mRNA των AQP1, AQP2, AQP3, AQP4, AQP5, AQP7 και AQP9. Η έκφραση των ισομορφών AQP ήταν μειωμένη στα PMNs σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Αντίθετα, τα PBMCs εμφάνισαν αυξημένη έκφραση όλων των ισομορφών AQP σε σύγκριση με τα υγιή άτομα, με εξαίρεση την AQP3, η οποία παρουσίασε σημαντική μείωση της έκφρασης mRNA.

**Συμπέρασμα:** Η έκφραση AQP ήταν υψηλότερη στα PBMCs σε σύγκριση με τα PMNs τόσο στην οξεία όσο και στην υποξεία φάση της βαριάς νόσου.

## ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ: ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΜΕΣΩ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

**Α. Ασημάκος<sup>1</sup>, Δ. Σπαγουλάκης<sup>1</sup>, J. Beard<sup>2</sup>, Ε. Παπουτσή<sup>1</sup>, Σ. Σπετσιώτη<sup>1</sup>,  
Π. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Σιγάλα<sup>1</sup>, Π. Κατσαούνου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» Αθήνα, <sup>2</sup>Royal Brompton Hospitals/Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust - London, United Kingdom

**Εισαγωγή:** Η Δυσλειτουργική Αναπνοή (Dysfunctional Breathing, DB), γνωστή επίσης ως Διαταραχή Προτύπου Αναπνοής (Breathing Pattern Disorder, BPD), αποτελεί έναν γενικό όρο που περιγράφει μη φυσιολογικά πρότυπα αναπνοής τα οποία εμφανίζονται είτε πρωτογενώς είτε δευτερογενώς λόγω υποκείμενης παθολογίας. Η Καρδιοπνευμονική Δοκιμασία Κόπωσης (Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET) αποτελεί ένα αξιόπιστο και αντικειμενικό εργαλείο για την αξιολόγηση της DB. Παρουσιάζουμε προκαταρκτικά αποτελέσματα από μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη (NCT06707623) που αξιολογεί την Επανεκπαίδευση Αναπνοής (Breathing Retraining, BR) σε ασθενείς με DB.

**Μέθοδοι:** Οι αξιολογήσεις πριν και μετά την BR περιλάμβαναν CPET, το εργαλείο αξιολόγησης προτύπου αναπνοής Breathing Pattern Assessment Tool (BPAT), τις κλίμακες HADS, SF-36 και mMRC. Η ασταθής αναπνοή εντοπίστηκε μέσω ανάλυσης του Αναπνεόμενου Όγκου

(VT), της Αναπνευστικής Συχνότητας (RR) και του Κατά Λεπτό Αερισμού (VE) σε σχέση με τον χρόνο, την κατανάλωση οξυγόνου ανά αναπνοή (VO<sub>2</sub>/RR) και τον VE. Ο Αναπνευστικός Ισοδύναμος για το CO<sub>2</sub> χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό υπεραερισμού (>30). Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε πρότυπα: ασταθούς αναπνοής (DB), υπεραερισμού (HV) ή μικτού τύπου (DB/HV).

**Αποτελέσματα:** Μέχρι σήμερα, οκτώ ασθενείς έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα BR. Πέντε παρουσίαζαν μικτό πρότυπο DB/HV και τρεις DB, με μόνον έναν ασθενή σε κάθε ομάδα να μην παρουσιάζει βελτίωση. Σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στο μέγιστο φορτίο άσκησης, καθώς και στις βαθμολογίες BPAT, mMRC και στην ψυχική κατάσταση (HADS).

**Συμπέρασμα:** Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη που χρησιμοποιεί την CPET για να τεκμηριώσει αντικειμενικά την κλινική βελτίωση των δυσλειτουργικών αναπνευστικών προτύπων μετά από επανεκπαίδευση της αναπνοής.

## ΜΕΛΕΤΗ ΓΟΝΑΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

**Κ. Παντελιά<sup>1</sup>, Α. Θεοχάρης<sup>1</sup>, Α. Καπαμά<sup>1</sup>, Β. Αντωνοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Σταθώρη<sup>1</sup>, Σ. Τσαναξίδου<sup>1</sup>,  
Μ. Ζώτου<sup>1</sup>, Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Χ. Καλκανά<sup>2</sup>, Λ. Λυγδή<sup>2</sup>, Λ. Ευλιάτη<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας-Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η δρεπανοκυτταρική νόσος χαρακτηρίζεται από δομική διαταραχή της αιμοσφαιρίνης, προκαλώντας αιμολυτική αναιμία και αγγειοαποφρακτικά επεισόδια, τα οποία οδηγούν σε οξεία ή χρόνια ισχαιμία και σε δυσλειτουργία οργάνων. Οι διαταραχές της γοναδικής λειτουργίας είναι συχνές σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο και στα δύο φύλα, αν και η βιβλιογραφία είναι ελάχιστη. Οι θεραπευτικές επιλογές όπως οι μεταγγίσεις και η υδροξουρία έχουν συσχετιστεί με γοναδική δυσλειτουργία.

**Σκοπός:** Να διερευνηθούν δείκτες γοναδικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο.

**Υλικό:** 42 ασθενείς (27 γυναίκες και 15 άνδρες) με δρεπανοκυτταρική νόσο, οι 35 εκ των οποίων με μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με δρεπανοκυτταρική νόσο που παρακολουθούνται στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου του νοσοκομείου μας. Συλλέχθηκαν στοιχεία σε σχέση με τη χρήση υδροξουρίας, την ηλικία εμμηναρχής, τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, την ηλικία εμμηνόπαυσης (στις γυναίκες) και τα επίπεδα τεστοστερόνης ορού (στους άνδρες).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία εμμηναρχής των γυναικών με δρεπανοκυτταρική νόσο ήταν τα 13,7 έτη και η πλειο-

ψηφία των ασθενών είχε φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο. Η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης ήταν τα 46,3 έτη, ενώ σημειώνεται ότι 3 γυναίκες είχαν πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια, 1 γυναίκα πρόωμη εμμηνόπαυση και 1 γυναίκα υποθαλαμική αμηνόρροια. Στις γυναίκες που έλαβαν υδροξουρία κατά την αναπαραγωγική περίοδο ο μέσος όρος εμμηνόπαυσης ήταν τα 46,1 έτη, ενώ στις γυναίκες που δεν έλαβαν ήταν τα 46,4 έτη. Στους άνδρες δεν καταγράφηκε κανένα περιστατικό υπογοναδισμού, η μέση τιμή τεστοστερόνης ήταν 575 ng/dl και σημειώνεται ότι οι 14/15 ασθενείς είχαν λάβει υδροξουρία.

**Συμπεράσματα:** Από τη μελέτη μας προκύπτει ήπια καθυστέρηση της εμμηναρχής σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο σε σχέση με τη μέση ηλικία στην Ελλάδα (12,3 έτη) και πρωιμότερη ηλικία εμμηνόπαυσης (μέσος όρος εμμηνόπαυσης στην Ελλάδα 48,7-49,1 έτη), ενώ η τελευταία δεν φαίνεται να επηρεάστηκε από τη χρήση υδροξουρίας κατά την αναπαραγωγική ηλικία. Όσον αφορά τους άνδρες, παρότι στη βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά υπογοναδισμού έως 24%, στη δική μας μελέτη δεν καταγράφηκε κάποιο περιστατικό. Σημειώνεται ότι οι μελέτες που αναφέρουν δεδομένα γοναδικής λειτουργίας σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο είναι αρκετά περιορισμένες, ενώ για τους ασθενείς με μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία τα δεδομένα είναι ελάχιστα.

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΡΥΘΜΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

**Κ. Αμπελακιώτου<sup>1</sup>, Ι. Νικητοπούλου<sup>2</sup>, Χ. Βρεττού<sup>2</sup>, Φ. Οικονομίδου<sup>2</sup>, Κ. Δέδε<sup>2</sup>, Ε. Γρηγορίου<sup>1</sup>, Δ. Ανταράκη<sup>1</sup>, Σ. Κόκκορης<sup>2</sup>, Α. Κοτανίδου<sup>2</sup>, Α. Τσιρογιάννη<sup>1</sup>, Ι. Δημοπούλου<sup>2</sup>, Μ.Γ. Δέτσικα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Το σύστημα του συμπληρώματος αποτελείται από περισσότερες από 30 πρωτεΐνες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού. Η λειτουργία του ρυθμίζεται από μεμβρανικές και διαλυτές ρυθμιστικές πρωτεΐνες. Οι CD55, CD46 και CD59 είναι μεμβρανικές πρωτεΐνες-αναστολείς: ο CD55 επιταχύνει την αποδόμηση των C3 και C5 κονβερτασών, ο CD46 αναστέλλει τον σχηματισμό των C3 και C5 κονβερτασών, ενώ ο CD59 εμποδίζει τη δημιουργία και την εναπόθεση του τελικού συμπλέγματος C5b-9. Στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς έχει παρατηρηθεί ενεργοποίηση του συμπληρώματος, όμως δεν είναι γνωστό κατά πόσο επάγονται και οι ρυθμιστές του συμπληρώματος.

**Στόχος της μελέτης:** Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα των δεικτών CD55, CD46 και CD59 στα CD4<sup>+</sup> και CD8<sup>+</sup> Τ λεμφοκύτταρα, στα Β λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα στους διασωληνωμένους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), καθώς και η ποσοτική μέτρηση των επιπέδων του C3a.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Για τη μελέτη συλλέχθηκε ένα σύνολο 50 δειγμάτων αίματος, πλάσματος και ορού, βαρέως πασχόντων ασθενών διαφορετικής αιτιολογίας, και 20 υγιών μαρτύρων. Η συλλογή πραγματοποιήθηκε εντός των πρώτων 24 ωρών από την εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ. Η έκφραση των CD55, CD46 και CD59 στους υποπληθυσμούς των κυττάρων πραγματοποιήθηκε με πρωτόκολλο κυτταρομετρίας ροής και κατάλληλα αντισώματα στα δείγματα αίματος ενώ στα δείγματα πλάσματος

μετρήθηκαν τα επίπεδα του παράγοντα C3a με τεχνική ELISA.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων C3a σε δείγματα πλάσματος ασθενών σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Επίσης ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της έκφρασης του CD55, στα CD4<sup>+</sup> Τ λεμφοκύτταρα, καθώς και στατιστικά σημαντική μείωση της έκφρασης του CD46 στα CD4<sup>+</sup> Τ λεμφοκύτταρα στους ασθενείς της ΜΕΘ σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Επιπλέον, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της έκφρασης του CD55 και CD59 στα CD8<sup>+</sup> Τ λεμφοκύτταρα. Στα Β λεμφοκύτταρα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της έκφρασης των CD46 και CD59. Αντίστοιχα, στα μονοκύτταρα καταγράφηκε στατιστικά σημαντική μείωση του CD46 και αύξηση των CD55 και CD59. Στους σηπτικούς ασθενείς διαπιστώθηκε υψηλότερη έκφραση του CD59 στα Β λεμφοκύτταρα, καθώς και αυξημένη έκφραση των CD55 και CD59 στα μονοκύτταρα.

**Συμπέρασμα:** Η αύξηση της ενεργοποίησης του συμπληρώματος σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς φαίνεται να συνεπάγεται τη διαφορετική έκφραση των ρυθμιστών του συμπληρώματος στους διαφορετικούς υποπληθυσμούς λευκοκυττάρων. Η διαφορετική αυτή έκφραση πιθανά να επηρεάζει γενικότερα την ανοσολογική απόκριση των ασθενών αυτών.

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΟΡΘΟΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΙΛΕΟΠΡΩΚΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ J-ΡΟΥΧ

**Α. Αλμπέρτη<sup>1</sup>, Α. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Δ. Μαγγανάς<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η ολική κολεκτομή με ειλεοπρωκτική αναστόμωση j-rouch αποτελεί τη χειρουργική θεραπεία εκλογής για την ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή ελκώδη κολίτιδα. Η διαφοροποίηση της φυσιολογίας των ασθενών στα τρία στάδια της χειρουργικής επέμβασης καθιστά απαραίτητο τον ακριβή προσδιορισμό των ενεργειακών αναγκών των ασθενών με στόχο τη διατήρηση της κατάστασης θρέψης τους.

**Σκοπό** της μελέτης αποτελεί ο προσδιορισμός της ενεργειακής δαπάνης με χρήση έμμεσης θερμιδομετρίας και η σύγκρισή της με την εκτιμώμενη, σύμφωνα με τη χορήγηση 25-30 kcal/kg ιδανικού σωματικού βάρους ανά ημέρα.

**Μέθοδοι:** Εξετάστηκε συνολικό δείγμα 24 ασθενών, εκ των οποίων μόλις το 21% ήταν θήλειες, σε τουλάχιστον ένα από τα τρία στάδια της χειρουργικής επέμβασης. Η ενεργειακή δαπάνη ηρεμίας προσδιορίστηκε μέσω έμμεσης θερμιδομετρίας με τη συσκευή Cosmed Q-NRG+. Επιπρόσθετα, συλλέχθηκαν ανθρωπομετρικά δεδομένα, καταγράφηκαν βιοχημικοί δείκτες, η εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών και η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-IBDQ) για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την κατάσταση υγείας ποιότητας ζωής των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Οι μετρήσεις της ενεργειακής δαπάνης ηρεμίας [1962(±306) kcal, 1841(±271) kcal και 1767(±281) kcal για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο αντιστοίχως (p-value=<0.001)], η διάρκεια νοσηλείας [11(±5) ημέρες, 10(±4) ημέρες και 7(3) ημέρες για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο αντιστοίχως (p-value=<0.001)], το σωματικό βάρος των ασθενών [76.6(±14.5) kg, 73.4(±14.1) kg και 71.5(±13.0) kg για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο

αντιστοίχως (p-value=<0.001)] και η συγκέντρωση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στο πλάσμα [13.0(±7.9) mg/dl, 10.1(±5.9) mg/dl και 1.5(2.1) mg/dl για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο αντιστοίχως (p-value=<0.001)] σημειώνουν σημαντική προοδευτική μείωση από το πρώτο έως το τρίτο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης. Επιπλέον, η απόκλιση της εκτιμώμενης από τη μετρούμενη ενεργειακή δαπάνη δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική αποκλειστικά στο τρίτο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης [ΜΔ1 (95% ΔΕ)=286 (119, 453) kcal, ΜΔ2 (95% ΔΕ)=220 (57, 384) kcal, ΜΔ3 (95% ΔΕ)=139 (-6, 283) kcal για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο αντιστοίχως]. Ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών φαίνεται μεγαλύτερος στο δεύτερο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης (50%). Μετεγχειρητικά, ο αριθμός των ημερήσιων κενώσεων είναι 8, ενώ η παροχή της στομίας εντοπίζεται σημαντικά υψηλότερη στο δεύτερο στάδιο συγκριτικά με το πρώτο [445(±126) ml για το πρώτο και 750(238) ml για το δεύτερο στάδιο, αντιστοίχως (p-value=<0.001)]. Τέλος, φαίνεται να σημειώνεται προοδευτική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών από το πρώτο έως το τρίτο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης [153(15.0), 169(±39.7) και 177(±20.4) η συνολική βαθμολογία του IBDQ για το πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο αντιστοίχως (υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής)].

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν την ανάγκη για ακριβή προσδιορισμό της ενεργειακής δαπάνης ηρεμίας μετά το πρώτο και δεύτερο στάδιο της ολικής κολεκτομής με ειλεοπρωκτική αναστόμωση j-rouch, καθώς σχετίζονται με υψηλότερες ενεργειακές ανάγκες, μεγαλύτερο κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών και έκπτωσης της κατάστασης θρέψης.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΟΥΤΥΡΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΣΕ ΜΙΚΡΟ-ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΣΕ ΜΟΡΦΗ ΥΠΟΘΕΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑΣ

Κ. Μουσουράκης, Δ. Κοζομπόλη, Γ. Καλόγηρος, Α. Αγορογιάννη, Ι. Λάμπας, Ε. Βεργενάκη, Μ. Πάτση, Α. Παπαρίζου, Χ. Ζυγούρης, Σ. Θέμελη, Δ. Προβή, Ε. Αδάμου, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική»

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, έως και το 50% του πληθυσμού εμφανίζει αιμορροϊδοπάθεια κάποια στιγμή στη ζωή του. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας υπόθετου με βουτυρικό νάτριο σε μικρο-κάψουλες στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς από 5 κέντρα με πόνο, κνησμό ή αιμορραγία από το ορθό λόγω αιμορροϊδοπάθειας. Εξαιρέθηκαν έγκυες και ασθενείς με καρκίνο ορθού. Η ένταση των συμπτωμάτων αξιολογήθηκε με κλίμακα Likert 5 μονάδων, ενώ οι αιμορροΐδες κατηγοριοποιήθηκαν ως εσωτερικές ή εξωτερικές. Οι ασθενείς έλαβαν ένα υπόθετο 2,0 g ημερησίως για 10 ημέρες. Η θεραπευτική ανταπόκριση ορίστηκε ως πλήρης υποχώρηση πόνου, κνησμού ή αιμορραγίας. Καταγράφηκε

η παράλληλη χρήση λιδοκαΐνης ή φλεβοτροπικών.

**Αποτελέσματα:** Από τον Ιανουάριο 2024 έως Μάρτιο 2025, 179 ασθενείς (106 άνδρες, μέση ηλικία 51 έτη, BMI 27,4) έλαβαν τη θεραπεία για πόνο (n=82), κνησμό (n=55) ή αιμορραγία (n=143). Ποσοστό 11,7% είχαν σακχαρώδη διαβήτη και 10,0% λάμβαναν αντιπηκτικά. Το 50,3% είχαν εξωτερικές και το 75,4% εσωτερικές αιμορροΐδες. Το 17,8% παρουσίαζε και ραγάδα. Παράλληλη χρήση λιδοκαΐνης και φλεβοτροπικών καταγράφηκε σε 22,3% και 16,2% αντίστοιχα. Θεραπευτική επιτυχία σημειώθηκε στο 89,9% των περιπτώσεων. Δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Συμπέρασμα:** Το υπόθετο με βουτυρικό νάτριο σε μικρο-κάψουλες φαίνεται ασφαλές και αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αιμορροϊδοπάθειας.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΗΡΕΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΜΜΕΣΗΣ ΘΕΡΜΙΔΟΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ

**Π. Παπαναστασίου<sup>1,3,4</sup>, Ζ. Μπουλούμπαση<sup>1</sup>, Δ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Ο. Γεωργολοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Χασιώτης<sup>3</sup>, Ι. Γουλής<sup>5</sup>, Μ. Δημητρίου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Β' Τμήμα Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, <sup>4</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>5</sup>Δ' Τμήμα Παθολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η παγκρεατεκτομή αποτελεί μείζονα χειρουργική επέμβαση που συνοδεύεται από σημαντική μεταβολική επιβάρυνση και αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας. Η ακριβής εκτίμηση της ενεργειακής δαπάνης ηρεμίας (Resting Energy Expenditure, REE) είναι καθοριστικής σημασίας για τον ορθό διατροφικό σχεδιασμό, ωστόσο οι εξισώσεις εκτίμησης ενδέχεται να μην αντανακλούν επαρκώς τις πραγματικές ενεργειακές ανάγκες αυτής της ομάδας ασθενών.

**Σκοπός** της μελέτης αποτελεί ο προσδιορισμός της REE ασθενών που υποβάλλονται σε ολική ή μερική παγκρεατεκτομή και στη συγκριτική αξιολόγηση των ενεργειακών αναγκών και της κλινικής τους έκβασης.

**Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 26 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική ή μερική παγκρεατεκτομή. Η REE μετρήθηκε με έμμεση θερμιδομετρία (mREE) και συγκρίθηκε με τις εξισώσεις Harris-Benedict, Schofield και τις απλοποιημένες προσεγγίσεις 25 και 30 kcal/kg. Η συμφωνία αξιολογήθηκε με γραμμική παλινδρόμηση και διαγράμματα Bland-Altman, ενώ υπολογίστηκαν δείκτες ακρίβειας ( $\pm 10\%$ ,  $\pm 20\%$ , μέσο απόλυτο ποσοστό σφάλματος [MAPE], μέση τετραγωνική ρίζα σφάλματος [RMSE]). Παράλληλα, καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, και εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον προσδιορισμό ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων της mREE. Η μεταβολή σωματικού βάρους και ΔΜΣ αξιολογήθηκε

προεγχειρητικά, στο εξιτήριο και στους 3-6 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι η mREE ανέρχεται στις 1482 kcal/ημέρα, ενώ με συντελεστή δραστηριότητας mREE x 1,15 ανέρχεται στις 1706 kcal/ημέρα έως και 14 ημέρες μετεγχειρητικά, ενώ παράλληλα καταγράφηκε σημαντική μετεγχειρητική απώλεια βάρους και μείωση του ΔΜΣ κατά τους πρώτους μήνες μετά την επέμβαση. Η προσέγγιση των 30 kcal/kg εμφάνισε το μεγαλύτερο κλινικό σφάλμα και η εξίσωση Harris-Benedict το υψηλότερο ποσοστό υποεκτιμήσεων της mREE (61,5% των περιπτώσεων). Η προσέγγιση των 25 kcal/kg παρουσίασε πιο ισορροπημένη κατανομή υπό- και υπερεκτίμησης. Η μέθοδος των 30 kcal/kg εμφάνισε μεγαλύτερη απόκλιση (MAPE 23,2%, RMSE 417 kcal) και χαμηλότερη κλινική ακρίβεια, υποδηλώνοντας τάση υπερεκτίμησης των ενεργειακών αναγκών. Το σωματικό βάρος αναδείχθηκε ως ο μοναδικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της mREE, με αύξηση περίπου 8 kcal/ημέρα ανά κιλό.

**Συμπεράσματα:** Οι εξισώσεις εκτίμησης δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τη μέτρηση της REE σε ασθενείς μετά από παγκρεατεκτομή. Η έμμεση θερμιδομετρία αποτελεί την καταλληλότερη μέθοδο για εξατομικευμένο διατροφικό σχεδιασμό. Η σημαντική και παρατεταμένη απώλεια βάρους υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικής διατροφικής παρακολούθησης τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ WHIPPLE: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

**Μ. Χρήστου, Ε. Καρβέλη, Κ. Παυλόπουλος, Α. Πολυμέρου, Α. Παπαδογιάννη, Ζ. Λυσικάτου, Α. Σκούφη, Ι. Παπαϊωακείμ, Ν. Δημητροκάλλης, Μ. Φλέσσας Ν. Ρουκουνάκης, Β. Βουγάς**

*Α' Χειρουργική Κλινική - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple) αποτελεί μία από τις πλέον σύνθετες επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής και εξακολουθεί να συνοδεύεται από σημαντική μετεγχειρητική νοσηρότητα. Η επιλογή της χειρουργικής τεχνικής αποκατάστασης της συνέχειας του πεπτικού μετά την επέμβαση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που μπορεί να καθορίσει τη βαρύτητα και τη συχνότητα των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας από την εφαρμογή τροποποιημένης ανακατασκευής κατά Roux-en-Y με διαχωρισμό της ηπατονησιδικής αναστόμωσης από την παγκρεατονησιδική και τη γαστρονησιδική.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη 107 ασθενών που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας τα τελευταία επτά έτη για παγκρεατική παθολογία. Από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση Whipple, σε 42 εφαρμόστηκε τροποποιημένη τεχνική ανακατασκευής σε δύο έλικες κατά Roux-en-Y. Στην πρώτη έλικα πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά η ηπατονησιδική αναστόμωση, ενώ στη δεύτερη εκτελέστηκε η παγκρεατονησιδική αναστόμωση και στη συνέχεια η γαστρονησιδική αναστόμωση. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν.

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ των 42 ασθενών, καθυστερημένη γαστρική κένωση εμφανίστηκε σε 10 ασθενείς. Ενδοαυλική αιμορραγία παρατηρήθηκε σε 3 ασθενείς και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, ενώ αναστομωτική διαφυγή καταγράφηκε επίσης σε 3 περιστατικά. Σε δύο ασθενείς αναπτύχθηκαν ενδοκοιλιακές συλλογές που αντιμετωπίστηκαν με διαδερμική παροχέτευση, ενώ 4 ασθενείς χρειάστηκαν επανεπέμβαση. Επιπλοκές βαθμού μεγαλύτερου του 2 σύμφωνα με την ταξινόμηση Clavien-Dindo καταγράφηκαν σε ποσοστό 14,3 %.

**Συμπεράσματα:** Ο διαχωρισμός της ηπατονησιδικής αναστόμωσης σε μεμονωμένη εντερική έλικα αποσκοπεί στον περιορισμό της αλληλεπίδρασης χολικών και παγκρεατικών ενζύμων σε συνθήκες στάσης εντός του εντερικού αυλού, καθώς και στη μείωση της μηχανικής τάσης των αναστομώνσεων. Τα ποσοστά επιπλοκών που καταγράφηκαν είναι ανάλογα της διεθνούς βιβλιογραφίας, επομένως αποτελεί μια ασφαλή τροποποιημένη τεχνική ανακατασκευής. Μολαταύτα, λόγω μεγέθους και ετερογένειας του δείγματος της κλινικής μας, απαιτείται αξιολόγηση σε μεγαλύτερη κλίμακα μέσω πολυκεντρικών και τυχαιοποιημένων μελετών.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

**Ε. Ρακά, Κ. Πολυζώης, Φ. Σερέτης, Π. Γραμμός, Μ. Μπρακούλια, Ν. Μάμιδας, Ν. Μαμάκος, Β. Σταματούκου, Δ. Ιορδανίδη, Α. Πρεκετές, Μ. Ηλιοπούλου, Μ. Ψαρολόγος, Μ. Σωτηροπούλου, Ε. Αναστασίου, Ν. Καπετανόπουλος, Κ. Κωνσταντουδάκης, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης**

*Α' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η διαφυγή μετά από λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή (LSG) αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή και συχνά οφείλεται σε ισχαιμία. Η εκτίμηση της αιμάτωσης του στομάχου μέσω του πρασίνου της ινδοκυανίνης αποτελεί υποσχόμενη μέθοδο στη μείωση του ποσοστού διαφυγών.

**Σκοπός:** Παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής σε ασθενείς που πραγματοποιήθηκε LSG με διεγχειρητική αξιολόγηση της αιμάτωσης του στομάχου μέσω του ICG.

**Υλικό και Μέθοδος:** 20 ασθενείς υπεβλήθησαν σε LSG με διεγχειρητική εκτίμηση της αιμάτωσης του στομάχου με τη χρήση του πράσινου της ινδοκυανίνης και του υπέρυθρου φωτός από τον 3/2025 έως και τον 8/2025. 14 γυναίκες και 6 άνδρες, ενώ οι καπνιστές ήταν 12. Ο μέσος χρόνος ηλικίας των ασθενών ήταν 42,3 ετών ενώ το μέσο BMI 44 kg/m<sup>2</sup>. Με την ολοκλήρωση της διατομής του στομάχου εγχύονται 3cc ICG ενδοφλεβίως και αξιολογείται όλο το

μήκος της γραμμής διατομής με τη χρήση της κάμερας υπέρυθρου φωτός (IR), ενώ όπου κριθεί απαραίτητο εγχύονται επικουρικά επιπλέον 2.5 cc.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν περί τα 130 λεπτά, ενώ σημειώνεται αύξηση του διεγχειρητικού χρόνου κατά 2 λεπτά με τη διενέργεια ICG αγγειογραφίας. Η αιμάτωση του γαστρικού σωλήνα και όλου του μήκους της γραμμής διατομής κρίθηκε επαρκής σε όλους τους ασθενείς και δεν σημειώθηκαν περιεγχειρητικές επιπλοκές. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο χωρίς συμβάματα με μέσο όρο νοσηλείας τις 4.3 ημέρες.

**Συμπεράσματα:** Η αυξανόμενη χρήση του ICG στη LSG και στη μεταβολική χειρουργική αποτελεί μια απλή και φθηνή μέθοδο αξιολόγησης της αιμάτωσης των ιστών με ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση των ποσοστών διαφυγών και της νοσηρότητας των ασθενών.

## ΚΟΙΛΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

**Χ. Μιχαλόπουλος, Γ. Πατρνίος, Θ. Λαμπρόπουλος,  
Γ. Αλμπάνης, Α. Κυριακόπουλος, Μ. Κοτρώτσιου**

*Τμήμα Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η κοιλιοπλαστική αποτελεί μία από τις πιο συχνές επεμβάσεις στην Πλαστική Χειρουργική τα τελευταία χρόνια, με στόχους τόσο αισθητικούς όσο και λειτουργικούς, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μαζική απώλεια βάρους. Παρά τη συχνότητά της, η κοιλιοπλαστική παραμένει μια επέμβαση με σημαντικό κίνδυνο επιπλοκών, όπως αιμάτωμα, όρωμα, λοίμωξη και καθυστέρηση επούλωσης τραυμάτων. Η ενίσχυση της ασφάλειας αποτελεί κρίσιμο στόχο για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και την ικανοποίηση των ασθενών ως προς την ποιότητα ζωής τους..

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία έγινε για την ανάλυση τεχνικών που βελτιώνουν την ασφάλεια στη σύγχρονη κοιλιοπλαστική. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για διαφορετικές τεχνικές ανύψωσης του κρημονού και παρουσίαση 120 περιστατικών που υποβλήθηκαν σε κοιλιοπλαστική στην κλινική μας από το 2018 έως το 2026. Οι ασθενείς (80 γυναίκες, 40 άνδρες, ηλικίες

28–62 ετών) αξιολογήθηκαν άμεσα μετεγχειρητικά και σε μετεγχειρητικά follow-up στον 1ο, 3ο και 6ο μήνα.

**Μέθοδοι:** Η κοιλιοπλαστική πραγματοποιήθηκε με ηλεκτροχειρουργική συσκευή ραδιοσυχνότητας (78,3%), κλασική ηλεκτροκαυτηρίαση (10%) ή νυστέρι (11,7%). Η διατήρηση λιπώδους ιστού και η εφαρμογή αντλιών αρνητικής πίεσης στις τομές μείωσαν σημαντικά την επίπτωση όρωματος και αιματώματος, βελτιώνοντας το κλείσιμο των τραυμάτων.

**Συμπεράσμα:** η γνώση και η εξοικείωση με διαφορετικές τεχνικές κοιλιοπλαστικής, η προσεκτική επιλογή εργαλείων και η χρήση υποστηρικτικών μέτρων μετεγχειρητικά συμβάλλουν στη μείωση των επιπλοκών και στην επίτευξη ικανοποιητικών αισθητικών και λειτουργικών αποτελεσμάτων. Η συνεχής εκπαίδευση και η τήρηση πρωτοκόλλων ασφαλείας παραμένουν καθοριστικοί παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στους ασθενείς.

## ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Μ. Φουντουλάκη, Ε.-Ν. Κολοκοτσά, Χ. Κουβίδου, Α. Μαλούχου, Β. Καραθανάση**

Δερματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές αποτελεί αυτοάνοση δερματοπάθεια που προσβάλλει κυρίως το δέρμα και εκδηλώνεται κλινικά με έντονο κνησμό και εμφάνιση τεταμένων πομφολύγων επί κνιδωτικού τύπου ερυθρηματώδων πλακών. Μετά την έναρξη της πανδημίας από τον ιό SARS-CoV-2 έχει παρατηρηθεί ότι η λοίμωξη COVID-19 μπορεί να προκαλέσει ανοσιακή απορρύθμιση, με απελευθέρωση κυτταροκινών και παθολογική ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων. Οι μηχανισμοί αυτοί έχουν συσχετισθεί με αύξηση της εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένου του πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς.

**Παρουσίαση** κλινικού περιστατικού: Άρρεν ασθενής προσήλθε στο ΤΕΠ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» στις 31/01/2025 λόγω επίμονου πομφολυγώδους κνησμού εξάνθηματος, το οποίο είχε εμφανιστεί τον 08/2024, περίπου τέσσερις ημέρες μετά από νόσηση από COVID-19. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε γενικευμένο εξάνθημα στο τριχωτό της κεφαλής, στον κορμό και στα άκρα, αποτελούμενο από τεταμένες πομφόλυγες επί κνιδωτικών πλακών, συνοδευόμενο από έντονο κνησμό που επηρέαζε σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος για ιστολογική εξέταση και άμεσο ανοσοφθορισμό, τα οποία ανέδειξαν εικόνα συμβατή με πομφολυγώδες πεμφιγοειδές. Ακολούθησε δι-

ερεύνηση για πιθανή παρανεοπλασματική αιτιολογία χωρίς παθολογικά ευρήματα, με εξαίρεση τα αυξημένα επίπεδα IgE και ηωσινοφιλία. Ο ασθενής τέθηκε σε συστηματική και τοπική αγωγή με κορτικοστεροειδή και αντιισταμινικά. Ωστόσο, η νόσος παρουσίασε χρόνια ανθεκτική πορεία με συχνές υποτροπές, γεγονός που οδήγησε σε off-label χορήγηση omalizumab. Τον 02/2026 ο ασθενής εισήχθη εκ νέου λόγω εκτεταμένης έξαρσης της νόσου που δεν ανταποκρινόταν σε υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών (1 mg/kg) και αποφασίστηκε η χορήγηση rituximab (1 g i.v.). Η κλινική πορεία επιπλέχθηκε από επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής και μικροβιαμία από *Staphylococcus aureus*. Παρά τις επιπλοκές, παρατηρήθηκε ταχεία ύφεση της δερματικής νόσου και ο ασθενής εξήλθε τον 03/2026 και ακολούθως αποφασίστηκε θεραπευτική γέφυρα με dupilumab.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα περίπτωση υπογραμμίζει την πιθανή συσχέτιση της λοίμωξης COVID-19 με την εμφάνιση πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς. Η ενεργοποίηση αυτοάνοσων μηχανισμών από τη λοίμωξη ενδέχεται να συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου, η οποία μπορεί να παρουσιάζει ανθεκτική και υποτροπιάζουσα πορεία. Σε τέτοιες περιπτώσεις ενδέχεται να απαιτείται η χρήση εναλλακτικών ή off-label θεραπευτικών επιλογών, στο πλαίσιο στενής συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων.

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΟΡΘΟΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΙΛΕΟΠΡΩΚΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ J-ΡΟΥΧΗ

**Α. Αλμπέρτη<sup>1</sup>, Γ. Πασιός<sup>2</sup>, Δ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Ε. Ζούλιας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πληροφορική της Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο υποσιτισμός αποτελεί ένα συχνό και κλινικά σημαντικό φαινόμενο σε χειρουργημένους ασθενείς, επηρεάζοντας αρνητικά τη μετεγχειρητική πορεία, την εμφάνιση επιπλοκών και τη συνολική έκβαση της νοσηλείας. Η έγκαιρη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και η πρόβλεψη της κλινικής τους έκβασης αποτελούν κρίσιμα ζητήματα για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, η εφαρμογή αλγορίθμων Μηχανικής Μάθησης, μέσω της ανάλυσης πολύπλοκων κλινικών δεδομένων, προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για τη λήψη των κατάλληλων κλινικών αποφάσεων που μπορούν να προάγουν την ομαλή μετεγχειρητική πορεία χειρουργημένων ασθενών.

**Σκοπός** της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η εφαρμογή και η αξιολόγηση αλγορίθμων Επιβλεπόμενης Μηχανικής Μάθησης για την πρόβλεψη της κλινικής έκβασης χειρουργημένων ασθενών με βάση κλινικά και διατροφικά χαρακτηριστικά. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν δομημένα κλινικά δεδομένα ασθενών από το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική». Τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε κατάλληλη προεπεξεργασία, η οποία περιλάμβανε τη διαχείριση ελλειπουσών τιμών και την κανονικοποίηση μεταβλητών. Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν αλγόριθμοι κατηγοριοποίησης βασισμένοι σε δένδρα απόφασης, όπως Decision Tree, Random Forest και XGBoost.

Η αξιολόγηση των μοντέλων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση κατάλληλων μετρικών απόδοσης, όπως η Weighted Balanced Accuracy, η ευαισθησία (recall), η ακρίβεια (precision), το F1-score και ο συντελεστής Cohen's kappa, λαμβάνοντας υπόψη την ανισορροπία των κλάσεων που χαρακτήριζε τα κλινικά δεδομένα. Επιπλέον διερευνή-

θηκε η επίδραση τεχνικών υπερδειγματοληψίας, όπως η μέθοδος SMOTE, καθώς και διαφορετικών στρατηγικών επικύρωσης, όπως η k-fold διασταυρούμενη επικύρωση. Υψηλότερο ποσοστό ορθής πρόβλεψης μεταξύ των τριών μοντέλων εμφανίζει εκείνο του Random Forest, όπου η διαδικασία διαχωρισμού και επικύρωσης των δεδομένων για την εκπαίδευση του αλγορίθμου έγινε με τη στρωματοποιημένη δειγματοληψία του κόμβου Table Partitioner με μονομερή διαχωρισμό 80/20, με τιμές για τις μετρικές Balanced Accuracy Weighted, Cohen's kappa και Macro F1-score, 0.84, 0.54 και 0.79 αντίστοιχα. Δεύτερο στην κατάταξη μοντέλο ήταν του αλγορίθμου XG Boost με την ίδια μέθοδο διαχωρισμού και επικύρωσης των δεδομένων με το προηγούμενο μοντέλο, με τιμές για τις μετρικές Balanced Accuracy Weighted, Cohen's kappa και Macro F1-score, 0.79, 0.47 και 0.78 αντίστοιχα. Τρίτο στην κατάταξη μοντέλο ήταν του αλγορίθμου Random Forest, με μέθοδο διαχωρισμού και επικύρωσης των δεδομένων για την εκπαίδευση του αλγορίθμου την k-fold διασταυρούμενη επικύρωση του κόμβου X-Partitioner σε συνδυασμό με την τεχνική υπερδειγματοληψίας SMOTE, με τιμές για τις μετρικές μετρικές Balanced Accuracy Weighted, Cohen's kappa και Macro F1-score, 0.79, 0.49 και 0.72 αντίστοιχα. Και τα τρία αυτά μοντέλα Επιβλεπόμενης Μηχανικής Μάθησης κατάφεραν να κατηγοριοποιήσουν ικανοποιητικά τρεις από τις πέντε κλάσεις της κατηγορίας-στόχου, οι οποίες υπερτερούσαν σε αριθμό δεδομένων.

Οι αλγόριθμοι βασισμένοι σε ensemble μεθόδους (μεθόδους συνόλου), Random Forest και XGBoost, παρουσιάζουν ικανοποιητική απόδοση στην πρόβλεψη της κλινικής έκβασης, αναδεικνύοντας τη δυναμική της Μηχανικής Μάθησης ως εργαλείου υποστήριξης της κλινικής απόφασης.

## ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΣΠΛΗΝΟΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Μ. Μπρακούλια, Μ. Ηλιοπούλου, Π. Γράμμος, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Ν. Μαμάκος, Β. Σταματούκου, Θ. Πρεκετές, Δ. Ιορδανίδη, Ε. Ρακά, Φ. Σερέτης, Μ. Ψαρολόγος, Μ. Σωτηροπούλου, Ε. Αναστασίου, Ν. Καπετανόπουλος, Β. Δρακόπουλος, Κ. Κωνσταντουδάκης, Σ. Καπίρης**

*Α' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η λοιμώδης μονοπυρήνωση αποτελεί συχνή λοίμωξη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και προκαλείται κυρίως από τον ιό Epstein-Barr (EBV). Στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος ακολουθεί αυτοπεριοριζόμενη πορεία. Ωστόσο, σπάνιες αλλά δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές έχουν περιγραφεί, όπως η αυτόματη ρήξη του σπλήνα, η οποία σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και απαιτεί άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα 25 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών, με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος προοδευτικά επιδεινούμενο ενάρξεως από πενθημέρου. Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε άλγος εντοπιζόμενο στο επιγάστριο και στο αριστερό υποχόνδριο καθώς και θωρακικό άλγος αριστερά με πλευριτικό χαρακτήρα. Ο ασθενής αρνήθηκε πρόσφατο τραυματισμό, κοιλιακή κάκωση, συμμετοχή σε έντονη αθλητική δραστηριότητα ή οποιαδήποτε επεμβατική πράξη.

Κατά την αρχική εκτίμηση παρουσίαζε ταχυκαρδία με καρδιακή συχνότητα 110 σφύξεις ανά λεπτό, αρτηριακή πίεση 135/75 mmHg και απουσία πυρετού. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένα επίπεδα τροπονίνης, ενώ στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις του κύματος T στις απαγωγές V4-V6, γεγονός που οδήγησε σε καρδιολογική εκτίμηση. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό. Η απεικόνιση ανέδειξε

ήπια σπληνομεγαλία, αιμορραγική συλλογή περιφερικά του σπλήνα, πιθανώς υποκαψική, καθώς και ανομοιογενή σκιαγράφιση του σπληνικού παρεγχύματος, ευρήματα συμβατά με πιθανή ρήξη σπλήνα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ελεύθερο ενδοπεριτοναϊκό υγρό με αιμορραγικά χαρακτηριστικά.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής στα ΤΕΠ παρατηρήθηκε προοδευτική πτώση των επιπέδων αιμοσφαιρίνης σε συνδυασμό με σημεία αιμοδυναμικής επιδείνωσης, γεγονός που οδήγησε σε επείγουσα μεταφορά στο χειρουργείο για διερευνητική λαπαροτομία. Διεχειρητικά επιβεβαιώθηκε ρήξη του σπλήνα και πραγματοποιήθηκε σπληνεκτομή. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χορηγήθηκαν δύο μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα.

Το επίχρισμα περιφερικού αίματος ανέδειξε παρουσία άτυπων λεμφοκυττάρων, γεγονός που οδήγησε στη διενέργεια δοκιμασίας ετερόφιλων αντισωμάτων (Monospot), η οποία ήταν θετική. Μετεχειρητικός ορολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε οξεία λοίμωξη από EBV με θετικότητα των αντισωμάτων EBV IgM και IgG.

**Συμπέρασμα:** Η αυτόματη ρήξη του σπλήνα αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της οξείας λοίμωξης από EBV και μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και απουσία τραυματισμού. Η υψηλή κλινική υποψία, σε συνδυασμό με την άμεση απεικονιστική διερεύνηση, είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

## ΧΗΜΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Θ. Λαμπρόπουλος, Χ. Ζώρα, Χ. Μιχαλόπουλος, Γ. Πατρινιός,  
Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Μ. Κοτρώτσιου**

*Τμήμα Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Τα χημικά εγκαύματα αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία τραυματισμών του δέρματος και των υποκείμενων ιστών, τα οποία προκαλούνται από την επαφή με διαβρωτικές ή ερεθιστικές χημικές ουσίες. Η βαρύτητα των βλαβών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως ο τύπος της ουσίας, η συγκέντρωσή της, η διάρκεια της έκθεσης και η έκταση της επιφάνειας του σώματος που επηρεάζεται. Τα εγκαύματα από διαλύτες νίτρου είναι εξαιρετικά σπάνια και στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται ελάχιστα παρόμοια περιστατικά. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ασυνήθιστου περιστατικού χημικού εγκαύματος και η περιγραφή της θεραπευτικής του αντιμετώπισης.

**Μέθοδοι:** Ασθενής 47 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από πολύωρη επαγγελματική έκθεση σε διαλύτη νίτρου, παρουσιάζοντας χημικά εγκαύματα στα άνω άκρα άμφω. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν εκτεταμένες δερματικές βλάβες. Ακολούθησε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, λήψη αερίων αίματος και εκτίμηση από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Πραγματοποιήθηκε άμεση τοπική περιποίηση των εγκαυμάτων με καθαρισμό των

τραυμάτων με betadine scrub, φυσιολογικό ορό, εφαρμογή αργυρούχου σουλφαδιαζίνης και κατάλληλη επίδεση.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής εισήχθη στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής για περαιτέρω παρακολούθηση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν συντηρητική και περιλάμβανε τακτικές αλλαγές τραυμάτων, χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και αναλγησίας, καθώς και καθημερινή αξιολόγηση της πορείας των βλαβών. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών.

**Συμπέρασμα:** Μετά από περίπου δέκα ημέρες νοσηλείας και παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία Πλαστικής Χειρουργικής, τα εγκαύματα είχαν σχεδόν πλήρως επουλωθεί, χωρίς να απαιτηθεί χειρουργική αποκατάσταση. Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της κατάλληλης συντηρητικής αντιμετώπισης των χημικών εγκαυμάτων. Παράλληλα υπογραμμίζεται η ανάγκη χρήσης κατάλληλου προστατευτικού εξοπλισμού στους χώρους εργασίας όπου υπάρχει έκθεση σε χημικές ουσίες, με στόχο την πρόληψη παρόμοιων τραυματισμών.

## ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**Α. Κυβετός, Κ. Αλεξοπούλου, Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Π. Καλαμάτα, Ε. Πράππα, Π. Γουνόπουλος, Α. Τρίκας**

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί μια σοβαρή κλινική κατάσταση που σχετίζεται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Οι ηχοκαρδιογραφικές παράμετροι παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη συστολική και διαστολική λειτουργία της καρδιάς και ενδέχεται να συμβάλλουν στην εκτίμηση της πρόγνωσης των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης βασικών ηχοκαρδιογραφικών δεικτών με τη θνητότητα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια.

**Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με διάγνωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Οι ηχοκαρδιογραφικές παράμετροι συγκρίθηκαν μεταξύ επιζώντων και ασθενών που κατέληξαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με χρήση t-test ανεξάρτητων δειγμάτων.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που κατέληξαν παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (EF) σε σύγκριση με τους επιζώντες ( $32,17 \pm 11,56$  έναντι  $39,40 \pm 12,28$ ,  $p=0,008$ ). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στον δείκτη όγκου αριστερού

κόλπου (LAVi), ο οποίος ήταν χαμηλότερος στους ασθενείς που κατέληξαν ( $39,52 \pm 4,19$  έναντι  $43,57 \pm 9,32$ ,  $p=0,042$ ).

Ο λόγος E/e', που αποτελεί δείκτη αυξημένων πιέσεων πλήρωσης της αριστερής κοιλίας, ήταν υψηλότερος στους ασθενείς που κατέληξαν ( $16,17 \pm 2,44$  έναντι  $14,78 \pm 3,48$ ,  $p=0,021$ ).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη διάμετρο της αριστερής κοιλίας στο τέλος της διαστολής (LVEDD), τη μέγιστη ταχύτητα τριγωνοειδούς παλινδρόμησης (TR Vmax), τη συστολική εκτόπιση του δακτυλίου της τριγωνοειδούς (TAPSE) και τη διάμετρο της κάτω κοίλης φλέβας (IVC). (Πίνακας 1)

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, η μειωμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας και οι αυξημένες πιέσεις πλήρωσης σχετίζονται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Συγκεκριμένα, το χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης και ο υψηλότερος λόγος E/e' φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες.

**Πίνακας 1.** Σύγκριση ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων μεταξύ επιζώντων και μη επιζώντων ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια.

Παράμετρος	Επιζώντες (Mean ± SD)	Θάνατος (Mean ± SD)	p-value
EF (%)	39,40 ± 12,28	32,17 ± 11,56	<b>0,008</b>
LVEDD (mm)	54,28 ± 6,42	56,57 ± 6,40	0,110
LAVi (ml/m <sup>2</sup> )	43,57 ± 9,32	39,52 ± 4,19	<b>0,042</b>
E/e'	14,78 ± 3,48	16,17 ± 2,44	<b>0,021</b>
TR Vmax	2,83 ± 0,41	2,97 ± 0,33	0,137
TAPSE	17,22 ± 2,48	17,30 ± 3,01	0,879
IVC (mm)	23,74 ± 4,57	25,43 ± 4,08	0,092

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΑΧΟΝΔΡΟΠΛΑΣΙΑ ΜΕ ΤΕΡΙΠΑΡΑΤΙΔΗ

**Α.-Λ. Χαλιάσου, Δ. Μπαϊκούση, Α. Κυριακού, Κ. Παντελιά, Μ. Τζανέλα, Θ. Στρατήγου**

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. Ίκκος», Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», Αθήνα

**Σκοπός:** Η αχονδροπλασία αποτελεί τη συχνότερη σκελετική δυσπλασία, οφειλόμενη σε μετάλλαξη του γονιδίου FGFR3, με αναφερόμενο επιπολασμό περίπου 1 ανά 20.000 άτομα. Παρουσιάζουμε περίπτωση σοβαρής οστεοπόρωσης με πολλαπλά σπονδυλικά κατάγματα σε προεμμηνοπαυσιακή γυναίκα με αχονδροπλασία και καταγράφουμε τα αποτελέσματα αναβολικής θεραπείας με τεριπαρατίδη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Γυναίκα 37 ετών με διάγνωση αχονδροπλασίας από τη γέννηση παραπέμφθηκε στο ιατρείο οστεοπόρωσης λόγω μυοσκελετικού άλγους. Ανέφερε κανονική εμμηνορρυσία, είχε δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 55.8 kg/m<sup>2</sup> και δεν είχε λάβει προηγούμενη θεραπεία για οστεοπόρωση. Η απορροφησιμετρία διπλής ενέργειας ακτίνων Χ (DXA) ανέδειξε οστεοπόρωση (ΟΜΣΣ: Z-score -3.1, BMD 0.828 g/cm<sup>2</sup>, αυχένος μηριαίου: Z-score -2.5, BMD 0.693 g/cm<sup>2</sup>), ενώ οι ακτινογραφίες έδειξαν πολλαπλά σπονδυλικά κατάγματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε σοβαρή ανεπάρκεια βιταμίνης D (25-OH βιταμίνη D: 13 ng/mL), η οποία διορθώθηκε με συμπληρώματα: οι υπόλοιποι δείκτες οστικού μεταβολισμού (β-crosslaps, P1NP, BGP, PTH, ασβέστιο) ήταν εντός φυσιολογικών ορί-

ων. Αποκλείστηκαν δευτεροπαθείς αιτίες οστεοπόρωσης. Ξεκίνησε θεραπεία με τεριπαρατίδη σε συνδυασμό με ασβέστιο και βιταμίνη D.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 10 μήνες θεραπείας, η DXA έδειξε σημαντική αύξηση της οστικής πυκνότητας στη σπονδυλική στήλη (Z-score -1.2, BMD 1.068 g/cm<sup>2</sup>) και στον αυχένα του μηριαίου (Z-score -1.9, BMD 0.757 g/cm<sup>2</sup>). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης δεν καταγράφηκαν νέα κατάγματα.

**Συμπέρασμα:** Παρότι δεν υπάρχει παθοφυσιολογική συσχέτιση της αχονδροπλασίας με την οστεοπόρωση, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές περιστατικών οστεοπενίας ή οστεοπόρωσης σε νέους ασθενείς με αχονδροπλασία. Πρόκειται, κατά γνώση μας, για την πρώτη αναφορά χρήσης τεριπαρατίδης σε ασθενή με αχονδροπλασία και καταγματική οστεοπόρωση, με σημαντική αύξηση της οστικής πυκνότητας και απουσία νέων καταγμάτων μετά από 10 μήνες θεραπείας. Τα προκαταρκτικά αυτά δεδομένα υποδηλώνουν πιθανή αποτελεσματικότητα της αναβολικής θεραπείας σε αυτό το σπάνιο κλινικό σενάριο και καθιστούν αναγκαία περαιτέρω έρευνα.

## ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΥ, ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

**Α. Ζιόβα<sup>1</sup>, Β. Καραθανάση<sup>2</sup>, Ε. Μανάκη<sup>1</sup>, Ε.Ν. Κολοκοτσά<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Δερματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα αποτελούν μια ομάδα νοσημάτων ετερογενούς αιτιοπαθογένειας αλλά με κοινό κλινικό χαρακτηριστικό την έκθεση πομφολύγων στο δέρμα και τους βλεννογόνους, ιδιαίτερα το στοματικό. Κύριοι εκπρόσωποι αυτής της ομάδας των ασθενειών είναι η πέμφιγα, το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές και το καλόηθες πεμφιγοειδές των βλεννογόνων.

Ειδικότερα, το στόμα αποτελεί κύριο στόχο αυτών των νοσημάτων με τη συνήθη ανάπτυξη πομφολύγων που ρήγνυνται καταλείποντας επώδυνες διαβρωτικοελκωτικές αλλοιώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη τοπική αγωγή. Άλλες στοματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την αποφλοιωτική ουλίτιδα και άτυπες επώδυνες ελκώσεις με συχνή την ανάπτυξη καντιντιασικής ή/και ερπητικής επιλοίμωξης. Όταν το νόσημα επεκταθεί και προσβάλει το φάρυγγα, το λάρυγγα, την τραχεία αναπτύσσεται δυσφαγία, δυσκαταποσία, ανεξήγητο βράγχος φωνής το οποίο επί απουσία σαφούς λοιμώδους αιτιολογίας οφείλει να θέσει την κλινική υποψία υπέρ αυτοάνοσου πομφολυγώδους νοσήματος. Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στη λαρυγγική συμμετοχή, δεδομένου του κινδύνου ουλοποίησης και λειτουργικά σημαντικής στένωσης.

Συχνά, τα πομφολυγώδη νοσήματα προσβάλλουν αποκλειστικά τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα ή το λάρυγγα ενώ άλλοτε οι βλεννογονικές εκδηλώσεις προηγούνται των δερματικών, με συνέπεια ο ΩΡΛ και ο Στοματολόγος να αποτελούν τους πρώτους ιατρούς αναφοράς και αξιολόγησης, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη ιατρικής συναξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς.

Συνεπώς, κρίνεται επιβεβλημένη η στενή συνεργασία των ειδικοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί η έγκαιρη κλινική διάγνωση (π.χ. ευθραυστότητα του βλεννογόνου, θετικό σημείο Nikolsky, αιμορραγικές διαβρώσεις, ουλοποίηση) που θα κατευθύνει προς την ορθή λήψη βιοψίας για ιστολογική εξέταση και άμεσο ανοσοφθορισμό καθώς και στη διενέργεια αιμοληψίας για έμμεσο ανοσοφθορισμό ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διαγνωστική και θεραπευτική αναμονή.

**Συμπερασματικά**, η προτεινόμενη διεπιστημονική τράπεζα αποσκοπεί στη διαμόρφωση σαφούς διαγνωστικού αλγορίθμου για το ΩΡΛ, Στοματολογικό και Δερματολογικό ιατρείο και την εδραίωση συστηματικής συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων, με τελικό στόχο τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μετά την παρακολούθηση της συνεδρίας οι συμμετέχοντες θα είναι σε θέση να:

1. Αναγνωρίζουν τις κύριες κλινικές εκδηλώσεις των αυτοάνοσων πομφολυγώδων νοσημάτων και να θέτουν τη βασική διαφορική διάγνωση
2. Κατανοήσουν τις βασικές αρχές της αιτιοπαθογένειας αυτών των νοσημάτων
3. Ενημερωθούν για την πρωταρχική θεραπευτική διαχείριση του ασθενούς με πομφολυγώδες νόσημα
4. Οργανώνουν την έγκαιρη παραπομπή και να προάγουν την κατάλληλη διεπιστημονική συνεργασία με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση της ενδεικνυόμενης θεραπευτικής αγωγής.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 25ΕΤΟΥΣ FOLLOW-UP ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

**Ε. Ρακά, Κ. Πολυζώης, Π. Γραμμός, Μ. Μπρακούλια, Ν. Μάμιδας, Ν. Μαμάκος, Β. Σταματούκου, Δ. Ιορδανίδη, Α. Πρεκετές, Μ. Ηλιοπούλου, Φ. Σερέτης, Μ. Ψαρολόγος, Μ. Σωτηροπούλου, Ε. Αναστασίου, Ν. Καπετανόπουλος, Κ. Κωνσταντουδάκης, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης**

*Α' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η αχαλασία οισοφάγου είναι μια σπάνια διαταραχή της κινητικότητας του οισοφάγου, με σημαντικές όμως επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η παθογένεια της νόσου χαρακτηρίζεται από την απώλεια γαγγλιακών κυττάρων στο μυεντερικό πλέγμα με αποτέλεσμα τη μειωμένη περισταλτικότητα του σώματος του οισοφάγου και την απώλεια ανασταλτικής νεύρωσης του ΚΟΣ και κατά συνέπεια την αυξημένη πίεση ηρεμίας του ΚΟΣ. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ενδοσκοπική διαστολή του ΚΟΣ, την ενδοσκοπική έγχυση Botox, την POEM, και τη μυοτομή κατά Heller.

**Σκοπός:** Η καθιερωμένη αντιμετώπιση της αχαλασίας του οισοφάγου, περιλαμβάνει, αναλόγως της βαρύτητας των συμπτωμάτων και τον περιεγχειρητικό κίνδυνο του ασθενούς, τη μυοτομή κατά Heller, με ή χωρίς θολοπλαστική. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων αυτής της μεθόδου.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζουμε 30 περιστατικά που

αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας από τον Ιανουάριο του 2000 έως το 2025, με λαπαροσκοπική μυοτομή και θολοπλαστική κατά Dor. Το follow-up πραγματοποιήθηκε με τηλεφωνική επικοινωνία και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με τον υπολογισμό του Eckardt-score προεγχειρητικά, και μετεγχειρητικά μετά από 1, 2 και 5 έτη.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική οισοφαγομυοτομή κατά Heller. Ένας ασθενής χρειάστηκε οισοφαγεκτομή λόγω επιμονής των συμπτωμάτων. Ο μέσος όρος των Eckardt-score ήταν προεγχειρητικά 8,5, στο 1 έτος 1,9, στα 2 έτη 2 και στα 5 έτη 1,7.

**Συμπεράσματα:** Η λαπαροσκοπική οισοφαγομυοτομή κατά Heller αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση της αχαλασίας του οισοφάγου, με ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ενώ το Eckardt-score αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση και ποσοτικοποίηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων σε ασθενείς με αχαλασία.

## ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ ΑΠΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΥΠΟΤΥΠΟΥ HOBNAIL

**Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Π. Μουχτούρης<sup>1</sup>, Σ. Γεωργιάδη<sup>1</sup>, Α. Καπαμά<sup>1</sup>, Γ. Κυριακόπουλος<sup>3</sup>, Δ. Τομαής<sup>4</sup>, Φ. Ροντογιάννη<sup>2</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>, Ν. Πάνου<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο – Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής-PET-CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Τμήμα Ιστοπαθολογίας και Μοριακής Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>4</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Το θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς αποτελεί τη συχνότερη μορφή διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς και συνήθως χαρακτηρίζεται από ευνοϊκή πρόγνωση. Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις εμφανίζονται σε μικρό ποσοστό ασθενών και εντοπίζονται κυρίως στους πνεύμονες και τα οστά. Οι νεφρικές μεταστάσεις από θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς είναι εξαιρετικά σπάνιες και συχνά δημιουργούν διαγνωστικό δίλημμα, καθώς μπορεί να μιμούνται πρωτοπαθή νεοπλάσματα του νεφρού.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 77 ετών χωρίς γνωστό ιστορικό θυρεοειδοπάθειας, η οποία εκτιμήθηκε αρχικά λόγω ιλίγγου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διόγκωση του θυρεοειδούς αδένου και ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε καταδυσόμενη πολυζώδη βρογχοκήλη με ύποπτη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση όζων θυρεοειδούς κατέδειξε ευρήματα κατηγορίας V και III κατά Bethesda.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική θυρεοειδεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε πολυεστιακό θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς με σημαντική συμμετοχή της ποικιλίας hobnail, συμπαγές και θυλακιώδες πρότυπο ανάπτυξης, αγγειακή διήθηση και εστιακή διήθηση χειρουργικών ορίων, καθώς και εκτεταμένη μεταστατική διήθηση λεμφαδένων.

Σε μετεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο με FDG-PET/CT αναδείχθηκαν ύποπτες βλάβες αμφοτερόπλευρα στους νεφρούς και στο αριστερό επινεφρίδιο. Η ασθενής έλαβε θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο (150 mCi - 131), ωστόσο τα επίπεδα θυρεοσφαιρίνης παρέμειναν σημαντικά αυξημένα. Η μαγνητική τομογραφία οπισθοπεριτοναϊκού χώρου επιβεβαίωσε την παρουσία αμφοτερόπλευρων νεφρικών μαζών. Βιοψία από τη βλάβη του δεξιού νεφρού ανέδειξε εκτεταμένη διήθηση νεφρικού παρεγχύματος από μεταστατικό θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς θυλακιδώδους κατά θέσεις hobnail ποικιλίας με Ki-67: 12%.

Ακολούθως ξεκίνησε συστηματική θεραπεία με αναστολέα τυροσινικής κινάσης lenvatinib, η οποία διακόπηκε κατά διαστήματα λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Στην πορεία της νόσου παρατηρήθηκε απεικονιστική πρόοδος με εμφάνιση νέων οστικών μεταστάσεων.

**Συμπεράσματα:** Οι νεφρικές μεταστάσεις από θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς είναι ιδιαίτερα σπάνιες και μπορεί να μιμούνται πρωτοπαθή νεοπλάσματα του νεφρού. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει την επιθετική βιολογική συμπεριφορά της ποικιλίας hobnail και υπογραμμίζει τη σημασία της ιστολογικής επιβεβαίωσης σε άτυπες εντοπίσεις μεταστάσεων, καθώς και την ανάγκη πολυπαραγοντικής θεραπευτικής προσέγγισης σε προχωρημένη νόσο, συμπεριλαμβανομένης συστηματικής στοχευμένης θεραπείας.

## ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ

**Α. Ζουριδάκη<sup>1</sup>, Π. Τσιλίκης<sup>1</sup>, Π. Πνευματικού<sup>1</sup>, Π. Χρα<sup>1</sup>, Κ. Γιαννικοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Μυλωνά<sup>2</sup>, Κ. Αθανασιάδη<sup>3</sup>, Β. Παπασταμόπουλος<sup>2</sup>, Ζ. Ψαρουδάκη<sup>1</sup>, Ε. Περιβολιώτη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, <sup>2</sup>Ε' Παθολογικό Τμήμα, <sup>3</sup>Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Εχينوκοκκίαση ή υδατίδωση είναι μια παρασιτική ζωνόσος που προκαλείται από τον κεστώδη σκώληκα ταινία του εχινόκοκκου και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κύστεων σε διάφορα όργανα, με συχνότερη εντόπιση στο ήπαρ και τους πνεύμονες αλλά και σε άλλα όργανα (εγκέφαλο, σπλήνα, νεφρούς). Η αρχική φάση της λοίμωξης είναι ασυμπτωματική ενώ η περίοδος επώασης είναι συνήθως μεγάλη και κυμαίνεται από 12 μήνες έως και αρκετά έτη. Η εκδήλωση της πνευμονικής νόσου είναι με μη ειδικά συμπτώματα και τα απεικονιστικά ευρήματα μιμούνται κακοήθειες, λοιμώξεις ή άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις. Στη χώρα μας ενδημεί ο *Echinococcus granulosus* με κύριο ξενιστή του τα σαρκοφάγα άγρια και οικόσιτα κυνοειδή (σκύλος, αλεπού, λύκος) και ενδιάμεσους ξενιστές τα φυτοφάγα ζώα (αιγοπρόβατα, βοοειδή, χοίροι). Ο άνθρωπος μολύνεται τυχαία και χαρακτηρίζεται ως αδιέξοδος ενδιάμεσος ξενιστής.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε περίπτωση πνευμονικής εχينوκοκκίαςης σε ασθενή με πνευμονικούς όζους ύποπτους για κακοήθεια όπου η άμεση μικροσκοπήση είχε καθοριστικό διαγνωστικό ρόλο.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα 78 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας κατόπιν παραπομπής από ιδιώτη ιατρό, προσκομίζοντας ακτινογραφία θώρακος με οζόμορφες αλλοιώσεις πνεύμονα και αναφέροντας θωρακικό άλγος από 15ημέρου, προοδευτικά επιδεινούμενο βήχα από 3μήνου, απώλεια βάρους και αίσθημα κόπωσης. Από το ατομικό αναμνηστικό αξιοσημείωτη ήταν η αναφορά παρουσίας γνωστών κυστικών αλλοιώσεων στο ήπαρ.

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα (ποσοστό έως 19%), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και ήπια αύξηση χολοστατικών ενζύμων. Χαρακτηριστικό εύρημα ήταν η παρουσία ηωσινοφίλων στα πτύελα σε ποσοστό 18% (Εικόνα 1).

Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας-εγκεφάλου όπου ανευρέθησαν πολλαπλές οζόμορφες βλάβες πνεύμονα και ήπατος ως επί πιθανών δευτεροπαθών εντοπίσεων.

Ο ορολογικός έλεγχος απέβη θετικός για αντισώματα έναντι εχينوκόκκου (IgG Abs=49,85 u/ml, μέθοδος EIA, Θετικό: >15 u/ml).

Πραγματοποιήθηκε θωρακοσκόπηση και αφαίρεση κυστικής βλάβης από τον άνω λοβό του αριστερού πνεύμονα. Η άμεση μικροσκοπική εξέταση του υγρού της κύστης έδειξε την παρουσία αγκίστρων εχينوκόκκου (Εικόνα 2), επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση.

Επίσης παρατηρήθηκαν κρύσταλλοι Charcot-Leyden (Εικόνα 3), υποδηλώνοντας παρουσία ηωσινοφίλων.

Χορηγήθηκε αλβενδαζόλη, η μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε σε καλή κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Σε ενδημικές περιοχές, η συνύπαρξη πνευμονικών όζων και ηωσινοφιλίας θα πρέπει να εγείρει υποψία εχينوκοκκίαςης.

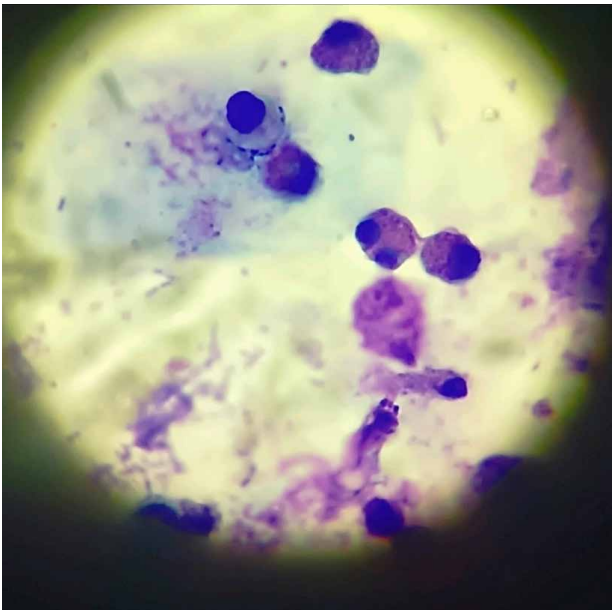
Ο ορολογικός έλεγχος μπορεί να είναι θετικός στην περίπτωση ενεργών κύστεων ωστόσο το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη διάγνωση.

Η άμεση μικροσκοπική εξέταση του υγρού της κύστης μπορεί να τεκμηριώσει τη διάγνωση στις περιπτώσεις όπου ο απεικονιστικός έλεγχος είναι ασαφής.

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη για να περιορίσει τη διασπορά της νόσου.

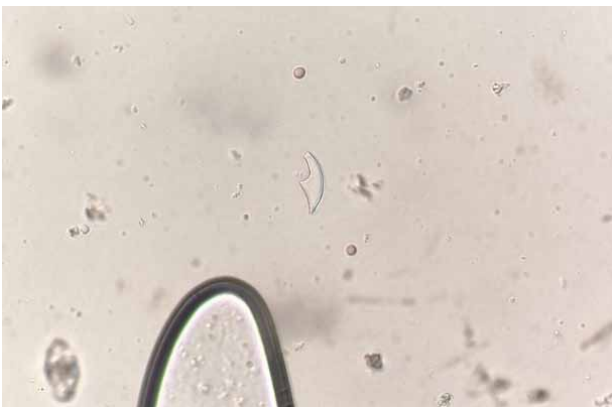
Η συνεργασία μεταξύ κλινικών και εργαστηριακών ιατρών είναι απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.



**Εικόνα 1.** Ηωσινόφιλα στα πτύελα (χρώση May-Grünwald-Giemsa, x1000).



**Εικόνα 3.** Κρύσταλλος Charcot-Leyden (x400).



**Εικόνα 2.** Άγκιστρο εχινόκοκκου (x400).

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΙΝΩΔΟΥΣ ΟΓΚΟΥ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Β. Δρακόπουλος, Ν. Μαμάκος, Μ. Μπρακούλια, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Π. Γραμμός, Β. Σταματούκου, Α. Πρεκετές, Δ. Ιορδανίδη, Μ. Ηλιοπούλου, Ε. Ρακά, Φ. Σερέτης, Μ. Ψαρολόγος, Μ. Σωτηροπούλου, Ε. Αναστασίου, Ν. Καπετανόπουλος, Κ. Κωνσταντουδάκης, Σ. Καπίρης**

*Α Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Οι μονήρεις ινώδεις όγκοι αποτελούν σπάνιους μεσεγχυματογενείς όγκους με ποικίλη κλινική συμπεριφορά. Η διάγνωση τους είναι συνήθως τυχαία και η χειρουργική εκτομή παραμένει η βασική θεραπεία.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη της λαπαροσκοπικής εκτομής όγκων επιπλόου ως επαρκούς και ασφαλούς μεθόδου σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική εκτομή.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην παρούσα αναφορά παρουσιάζεται το αναμνηστικό μιας γυναίκας 41 ετών με έναν μεσεγχυματογενή ινώδη όγκο διαστάσεων 11x8x4 εκ, ανευρεθέντα κατόπιν διακολλικού υπερηχογραφήματος λόγω διαταραχών εμμήνου ρύσεως.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική και αξονική τομογραφία. Υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική εκτομή. Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκε ευμεγέθης όγκος με μεγάλους αγγειακούς κλάδους επί της επιφάνειας του να εξορμάται από το

μείζον επίπλου.

Η επέμβαση ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές και η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η παθολογοανατομική έκθεση ανέδειξε ένα μεσεγχυματογενές νεόπλασμα του τύπου του μονήρους ινώδους όγκου, με λεπτή κάψα, διαστάσεις 11x8x4 εκ, με καθολική πυρηνική έκφραση του μεταγραφικού παράγοντα STAT6 και παρουσία αγγείων με διάταση και διακλάδωση δίκην κεράτων τράνδου (staghorn vasculature). Ο όγκος κρίθηκε ως ενδιάμεσης βαθμίδας για μεταστατική εξέλιξη της νόσου. Η εκτομή του νεοπλασματος ήταν πλήρης μετά της κάψας του.

**Συμπεράσματα:** Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει πως η λαπαροσκοπική και η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική αποτελούν εφικτές και ασφαλείς θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση ευμεγέθων μεσεγχυματογενών όγκων για έμπειρους χειρουργούς, με προσεκτικό χειρουργικό σχεδιασμό και εφόσον τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε περιστατικού το επιτρέπουν.

## Η ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΙΣΜΟΥ ΛΟΓΩ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ ABCC8 ΣΤΗ ΝΕΑΡΗ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ – 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Δ. Παππάς<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδου<sup>1</sup>, Α.-Λ. Χαλιάσου<sup>1</sup>, Σ. Σακκά<sup>2</sup>, Μ. Νικολάου<sup>2</sup>, Ι.-Α. Βασιλάκης<sup>2</sup>, Α. Σερτεδάκη<sup>2</sup>, Χ. Κανακά-Gantenbein<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ένδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» – Διαβητολογικό Κέντρο, Endo-ERN, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**Εισαγωγή και Σκοπός:** Ο συγγενής υπερινσουλινισμός (ΣΥ) αποτελεί σπάνια γενετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της έκκρισης ινσουλίνης. Συχνά οφείλεται σε απενεργοποιητικές μεταλλάξεις του γονιδίου ABCC8, οι οποίες διαταράσσουν τη λειτουργία της υπομονάδας SUR1 του εξαρτώμενου από ATP διαύλου καλίου των β-κυττάρων του παγκρέατος. Η κλινική εικόνα κατά τη νεογνική και πρώιμη παιδική ηλικία χαρακτηρίζεται από σοβαρή υπογλυκαιμία. Περιορισμένα δεδομένα υποδηλώνουν ότι σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί υπεργλυκαιμία κατά την εφηβεία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της μακροχρόνιας μεταβολικής εξέλιξης δύο ασθενών με ΣΥ λόγω σύνθετων ετερόζυγων μεταλλάξεων του ABCC8 κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στη νεαρή ενήλικη ζωή.

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Παρουσιάζονται δύο νεαρές ενήλικες ασθενείς με συγγενή υπερινσουλινισμό λόγω σύνθετων ετερόζυγων μεταλλάξεων του ABCC8. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά κατά τη νεογνική περίοδο και την εφηβεία, η θεραπευτική αντιμετώπιση και τα μεταβολικά δεδομένα κατά την παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένων των τιμών γλυκόζης νηστείας, της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης από το στόμα (OGTT) και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής 1 εμφάνισε κατά τη νεογνική περίοδο σοβαρή υπογλυκαιμία και μακροσωμία και αντιμετωπίστηκε με διαζοξίδη, γλυκαγόνη, οκτρεοτίδη και αργότερα λανρεοτίδη. Στην εφηβεία ανέπτυξε πα-

χυσαρκία και μελανίζουσα ακάνθωση. Εκτός θεραπείας με ανάλογο σωματοστατίνης, η OGTT ήταν συμβατή με σακχαρώδη διαβήτη (γλυκόζη 2ώρου 211 mg/dL), ενώ παρουσίαζε σχετικά χαμηλές τιμές γλυκόζης νηστείας και μεταγευματικά (60–70 mg/dL). Η HbA1c ήταν 6.3%. Η ασθενής 2 παρουσίασε επίσης σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία, απαιτώντας υψηλούς ρυθμούς έγχυσης γλυκόζης και θεραπεία με γλυκαγόνη και οκτρεοτίδη. Στην εφηβεία ανέπτυξε παχυσαρκία και, εκτός θεραπείας με ανάλογο σωματοστατίνης, στην OGTT εμφάνισε τιμές συμβατές με σακχαρώδη διαβήτη (γλυκόζη 2ώρου 306 mg/dL), με ταυτόχρονη μεταγευματική υπογλυκαιμία. Η HbA1c ήταν 5%. Και οι δύο ασθενείς παρουσίαζαν ύφεση των σοβαρών νεογνικών υπογλυκαιμιών αλλά εμφάνιζαν παράδοξο μεταβολικό φαινότυπο με σημαντική γλυκαιμική μεταβλητότητα και συνύπαρξη υπογλυκαιμιών και υπεργλυκαιμίας.

**Συμπεράσματα:** Ο συγγενής υπερινσουλινισμός μπορεί να ακολουθεί σύνθετη μακροχρόνια μεταβολική πορεία με εμφάνιση υπεργλυκαιμίας στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ο παράδοξος μεταβολικός φαινότυπος πιθανώς σχετίζεται με τις μακροχρόνιες συνέπειες της χρόνιας υπερινσουλιναϊμίας, η οποία μέσω των αναβολικών δράσεων της ινσουλίνης προάγει τη λιπογένεση και την ινσουλινοαντίσταση, ενώ η παρατεταμένη υπερδιέγερση των β-κυττάρων μπορεί να οδηγήσει σε προοδευτική δυσλειτουργία τους. Η συνύπαρξη υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας δημιουργεί σημαντικές προκλήσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και υπογραμμίζει την ανάγκη εξατομικευμένης διαχείρισης και μακροχρόνιας μεταβολικής παρακολούθησης.

## ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

**Κ. Φιαγκουσάκης, Ε. Γεωργιλής, Δ. Προβή, Α. Αγορογιάννη, Β. Καραμπάτσος, Ι. Λάππας, Μ. Ραλλάτου, Σ. Θέμελη, Δ. Σοφιανόπουλος, Χ. Ζυγούρης, Γ. Καλόγηρος, Δ. Κοζομπόλη, Κ. Μουσουράκης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Β. Παπαστεργίου, Π. Μαρκόπουλος, Ε. Αδάμου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Στόχος:** Να διευκρινιστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της χορήγησης βιολογικών παραγόντων σε ηλικιωμένους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά από ασθενείς με ΙΦΝΕ ηλικίας 65 ετών και άνω που ξεκίνησαν αγωγή με βιολογικούς παράγοντες (Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab ή Vedolizumab) στο Τμήμα μας. Μεταξύ των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν, αξιολογήθηκε η κλινική ύφεση στις 54 εβδομάδες θεραπείας. Στη νόσο του Crohn η ύφεση ορίστηκε ως CDAI <150, ενώ στην ελκώδη κολίτιδα ως συνολικό Mayo σκορ <2. Παράλληλα εκτιμήθηκε η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στο χρονικό διάστημα παρακολούθησης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 142 ασθενείς (103 CD και 39 UC). Η ένδειξη για χορήγηση βιολογικών ήταν η προηγούμενη αποτυχία ή ανάγκη αντικατάστασης των κλασικών ανοσοκατασταλτικών (46, 32,4%),

η εξάρτηση στα κορτικοστεροειδή (37, 26,1%), η παρουσία περιπρωκτικής νόσου (6, 4,2%), η θεραπεία για μετεγχειρητική υποτροπή (12, 8,4%), η σοβαρή ελκώδης κολίτιδα (16, 11,3%), και άλλοι λόγοι (25, 17,6%). Στις 54 εβδομάδες θεραπείας, κλινική ύφεση παρατηρήθηκε σε 69 ασθενείς (48,5%). Επιμέρους ανάλυση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της επίτευξης ύφεσης στους ασθενείς που έλαβαν infliximab 23/44 (52,3%), adalimumab 19/37 (51,3%), ustekinumab 13/29 (44,8%) και vedolizumab 14/32 (43,8%). Μέσα σε ένα μέσο (SD) χρονικό διάστημα παρακολούθησης 25 (9) μηνών ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν σε 5 (3,5%) ασθενείς (πνευμονική φυματίωση, πνευμονία, νεφρολιθίαση, ψωριασιόμορφο εξάνθημα και κακοήθεια μαστού).

**Συμπέρασμα:** Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν ποσοστά ανταπόκρισης στους ηλικιωμένους ασθενείς παρόμοια με αυτά που περιγράφονται στο γενικό πληθυσμό, ενώ παρουσιάζουν και παρόμοιο προφίλ ασφάλειας.

## ΈΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΝ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Κ. Αποστόλου MSc, PhD, Μ. Σκουτέλη, Α. Σφυρής, Σ. Ευσταθίου, Μ. Ντούρου, Γ. Φουκαράκης, Χ. Γαρνάβος PhD

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η ανεπάρκεια βιταμίνης D αποτελεί ένα γνωστό, σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τον οστικό μεταβολισμό, τον κίνδυνο καταγμάτων και την πόρωση αυτών. Παρ' ότι ανευρίσκεται υψηλή συχνότητα έλλειψης βιταμίνης D στον ευρωπαϊκό πληθυσμό, τα δεδομένα για ασθενείς με ενδαρθρικά κατάγματα των κάτω άκρων παραμένουν εξαιρετικά περιορισμένα. Τα κατάγματα κνημιαίων κονδύλων προκαλούνται είτε από τραύμα υψηλής ενέργειας είτε από τραύμα χαμηλής ενέργειας, σε ασθενείς με διαταραγμένη ποιότητα οστού και αποτελούν ένα καλό μοντέλο διερεύνησης της μεταβολικής κατάστασης της οστικής υγείας του ασθενούς.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων της 25-υδροξυβιταμίνης D [25(OH)D] στον ορό ενηλίκων ασθενών με κατάγμα κνημιαίων κονδύλων και η σύγκρισή τους με επιδημιολογικά δεδομένα από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό, που χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη μας ήταν προοπτική και πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο μας κατά την περίοδο 11 μηνών από το Μάρτιο 2024 έως το Φεβρουάριο 2025. Στη μελέτη μας συμμετείχαν 45 ασθενείς που αντιμετώπιστηκαν με κατάγμα κνημιαίων κονδύλων στην Ορθοπαιδική κλινική του Νοσοκομείου μας. Ασθενείς που εμφάνισαν το κατάγμα αυτό και είχαν ιστορικό με γνωστό οστικό μεταβολικό νόσημα, παθολογικό κατάγμα ή ιστορικό λήψης σκευασμάτων Vit D δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη μας. Τα επίπεδα της 25(OH)D ταξινομήθηκαν ως φυσιολογικά (>30 ng/ml), με ανεπάρκεια (20–30 ng/ml)

ή με έλλειψη (<20 ng/ml). Τα αποτελέσματα αυτά συγκρίθηκαν με δεδομένα που αντλήθηκαν από δημοσιευμένη επιδημιολογική εργασία που περιλάμβανε 8.780 Έλληνες και χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν το t-test και το Chi square test ενώ το επίπεδο αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 95% ( $p < 0,05$ ).

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με κατάγμα (μέση ηλικία  $48,9 \pm 13,3$  έτη, 73,3% άνδρες) παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα 25(OH)D σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ( $16,24 \pm 8,21$  έναντι  $25,08 \pm 14,40$  ng/ml,  $p < 0,0005$ ). Η έλλειψη βιταμίνης D (<20 ng/ml) ήταν σημαντικά συχνότερη στους ασθενείς με κατάγμα (75,6% έναντι 40%,  $p < 0,0005$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία μεταξύ των ομάδων ( $p = 0,904$ ), ενώ στο δείγμα των ασθενών με κατάγμα υπερέιχε σημαντικά το ανδρικό φύλο σε σχέση με τους μάρτυρες ( $p < 0,0005$ ) (Πίνακας 1).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με κατάγματα κνημιαίων κονδύλων εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό έλλειψης βιταμίνης D σε σύγκριση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Προτείνουμε τη μέτρηση επιπέδων βιταμίνης D σε κάθε ασθενή που προσέρχεται στο Νοσοκομείο, με αυτόν τον τύπο κατάγματος και την άμεση έναρξη συμπληρωμάτων βιταμίνης D αναλόγως. Η τακτική αυτή ενδέχεται να συμβάλει στη βελτίωση της πώρωσης των καταγμάτων, της λειτουργικής αποκατάστασης και της μακροπρόθεσμης οστικής υγείας των ασθενών.

**Πίνακας 1.** Σύγκριση μεταξύ ασθενών με κατάγμα και του γενικού πληθυσμού και στατιστική αξιολόγηση.

Μεταβλητή	Ασθενείς με κατάγμα (n=45)	Ελληνικός πληθυσμός (n=8780)	p-value
Vitamin D status -φυσιολ. τιμές	3 (6.7%)	2363 (26.9%)	p=0.001
Vitamin D status -ανεπάρκεια	8 (17.8%)	2913 (33.2%)	p=0.027
Vitamin D status -έλλειψη	34(75.6%)	3504 (39.9%)	p < 0.0005
25(OH)D (ng/ml), mean ± SD	16.2 ± 8.2	25.0 ± 14.4	p < 0.0005
Ηλικία (έτη), mean ± SD	48.9 ± 13.2	49.3 ± 20.0	p = 0.904

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΤΙΡΖΕΠΑΤΙΔΗΣ ΣΕ ΧΑΜΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

**Α.-Λ. Χαλιάσου, Α. Κυριακού, Α. Αγγελίδου, Χ. Κουκούλα, Ο. Παπαλού,  
Β. Αντωνοπούλου, Σ. Γεωργιάδη, Κ. Παντελιά, Μ. Ζώτου, Δ. Σίννη,  
Π. Καραγεωργίου, Μ. Τζανέλα, Θ. Στρατηγού**

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»- Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση-Επινεφρίδια- Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η Τιρζεπατίδη είναι διπλός αγωνιστής GLP1/GIP με υψηλή αποτελεσματικότητα στην απώλεια βάρους σε ενήλικες με παχυσαρκία και έχουν ΔΜΣ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> ή  $\geq 27$  έως  $< 30$  kg/m<sup>2</sup> παρουσία τουλάχιστον μίας συννοσηρότητας σχετιζόμενης με το βάρος. Από τυχαίοποιημένες μελέτες φαίνεται να υπερτερεί των αγωνιστών GLP1 σε υψηλές θεραπευτικές δόσεις των 10 και των 15 mg και για μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της αποτελεσματικότητας της Τιρζεπατίδης στην απώλεια βάρους, στην περιφέρεια μέσης, σε ασθενείς που έλαβαν αγωγή σε χαμηλότερες δόσεις 2.5 και 5 mg και για ένα έτος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 320 ασθενείς, ηλικίας 25 – 65 ετών που έλαβαν αγωγή με Τιρζεπατίδη σε τελική δόση έως 5.0 mg κατά τη χρονική περίοδο Δεκεμβρίου 2024 – Ιανουαρίου 2026 χωρίς ΣΔ2. Μετά από 4 εβδομάδες λήψης 2.5 mg τιτλοποιήθηκαν στη δόση των 5.0 mg και

παρέμειναν σε αυτή τη δόση για 1 έτος.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο 320 ασθενών (71% γυναίκες):

A1) Ποσοστό 95% (304) ασθενείς πέτυχε απώλεια βάρους  $\geq 5\%$ , 80% (256)  $\geq 10\%$ , 2% (6)  $\geq 15\%$  με Τιρζεπατίδη στο τέλος της παρακολούθησης.

Η απώλεια βάρους σημειώθηκε νωρίς και συνεχίστηκε καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης

B1) Σε ότι αφορά στην Περιφέρεια μέσης

Μεταβολή από την αρχική τιμή (112 cm) ήταν -4.3 cm.

Όλοι οι ασθενείς ακολουθούσαν δίαιτα χαμηλών θερμίδων και αυξημένη σωματική δραστηριότητα.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση Τιρζεπατίδης σε χαμηλές δόσεις σε ενήλικες με παχυσαρκία βοηθά σημαντικά στην απώλεια βάρους, και στη μείωση στην περιφέρεια μέσης.

## ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΚΑΙ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Κ. Μουσουράκης, Ε. Βεργενάκη, Γ. Καλόγηρος, Δ. Κοζομπόλη, Δ. Προβή, Μ. Ραλλάτου, Α. Αγορογιάννη, Σ. Θέμελη, Ι. Λάππας, Κ. Φιαγκουσάκης, Ε. Γεωργιλής, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Πάτση, Α. Παπαρίζου, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική»

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) συνοδεύονται συχνά από εξω-εντερικές εκδηλώσεις, κυρίως από τις αρθρώσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναδείξει την επίπτωση και τη συχνότητα εμφάνισης εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων από ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο του Crohn (NC) που παρακολούθηθηκαν προοπτικά στο κέντρο μας. Εκτιμήθηκε η παρουσία εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις και πιο συγκεκριμένα η παρουσία ιερο-λαγονίτιδας, αξονικής σπονδυλαρθροπάθειας ή περιφερικής αρθρίτιδας, σύμφωνα και με την εκτίμηση των ρευματολόγων του νοσοκομείου μας.

**Αποτελέσματα:** Στη βάση δεδομένων του Τμήματος είναι

καταγεγραμμένοι 943 ασθενείς με ΙΦΝΕ (ΕΚ=441, NC=502) και από τους ασθενείς αυτούς, 194 (20,5%) εμφανίζουν παράλληλα εξω-εντερικές εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις. Ιερολαγονίτιδα εμφανίζουν 72 ασθενείς (7,6%) και πιο συγκεκριμένα 19 ασθενείς με ΕΚ (19/441, 4,3%) και 53 ασθενείς με NC (53/502, 10,5%). Αξονική σπονδυλαρθροπάθεια εμφανίζουν συνολικά 13 ασθενείς (1,3%) και πιο συγκεκριμένα 5 ασθενείς με ΕΚ (5/441, 1,1%) και 8 ασθενείς με NC (8/502, 1,6%). Τέλος, περιφερική αρθρίτιδα εμφανίζουν 109 ασθενείς (11,5%) και πιο συγκεκριμένα 35 ασθενείς με ΕΚ (35/441, 7,9%) και 74 ασθενείς με NC (74/502, 14,7%).

**Συμπέρασμα.** Η εμφάνιση εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις είναι συχνή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, με συχνότερη την εμφάνιση περιφερικής αρθρίτιδας.

## ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΕΣ; ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

**A. Θεοχάρης<sup>1</sup>, Μ. Στάθη<sup>1</sup>, Σ. Χατζή<sup>1</sup>, Κ. Καπαμά<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Α. Αγγελίδου<sup>1</sup>,  
Κ. Καντρέβα<sup>1</sup>, Ε. Κοντού<sup>2</sup>, Α. Τσιρογιάννη<sup>2</sup>, Μ. Τζανέλα<sup>1</sup>, Θ. Στρατηγού<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Τμήμα Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Υπόβαθρο:** Το αυτοάνοσο σύνδρομο ινσουλίνης (Insulin Autoimmune Syndrome, IAS ή νόσος Hirata) αποτελεί σπάνια αιτία υπογλυκαιμίας, που χαρακτηρίζεται από αυθόρμητη υπογλυκαιμία χωρίς εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης, υψηλά επίπεδα ανοσοδραστικής ινσουλίνης και παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι της ινσουλίνης σε υψηλό τίτλο. Παρατηρείται κυρίως σε ασιατικούς πληθυσμούς και συχνά έχει καλοήγη πορεία.

**Κλινική περίπτωση 1:** Γυναίκα 70 ετών προσήλθε στα επείγοντα λόγω αφασίας εκπομπής. Διαπιστώθηκε υπογλυκαιμία (γλυκόζη 35 mg/dl), που παρήλθε μετά από ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, τεκμηριώνοντας έτσι την τριάδα του Whipple. Ανέφερε συμπτωματολογία υπογλυκαιμίας από δυο εβδομάδων χωρίς ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται καρκίνος μαστού σε ύφεση, πρόσφατη ιογενής λοίμωξη και περιστασιακή χρήση συμπληρώματος που περιέχει α-λιποϊκό οξύ. Εργαστηριακά τεκμηριώθηκε ενδογενής υπερινσουλινισμός με αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης και C-πεπτιδίου σε δύο επεισόδια υπογλυκαιμίας (επεισόδιο 1: Γλυκόζη 45 mg/dl, Ινσουλίνη 64.1 μU/ml, C-πεπτίδιο 8,92 ng/ml - επεισόδιο 2: Γλυκόζη 35 mg/dl, Ινσουλίνη 61,3 μU/ml, C-πεπτίδιο 13,3 ng/ml). Τα αυτοαντισώματα έναντι της ινσουλίνης (IAA) ήταν σημαντικά αυξημένα στο 65,2 U/ml (φυσιολογικές τιμές 0,1-0,3 U/ml) σε εξέταση με ραδιοανοσοπροσδιορισμό, ενώ επιβεβαιωτικός έλεγχος με χημειοφωταύγεια ανέδειξε τιμές IAA >175 IU/ml (<20). Ο απεικονιστικός έλεγχος (CT, MRI, 68Ga-DOTATATE PET/CT) δεν ανέδειξε κάποιο εύρημα. Θεραπευτικά χορηγήθηκε από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg με ύφεση της υπογλυκαιμίας. Κατά την παρακολούθηση, η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική με σταδιακή μείωση της δό-

σης των κορτικοστεροειδών πλέον στα 2 mg ημερησίως, παρά την επιμονή αυξημένων τίτλων IAA στο 50,1 U/ml (φυσιολογικές τιμές 0,1-0,3 U/ml).

**Κλινική περίπτωση 2:** Άντρας 76 ετών μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας από ΓΝΑ Σισμανόγλειο για διερεύνηση υπογλυκαιμικού επεισοδίου (γλυκόζη 42 mg/dl) με πτώση επιπέδου συνείδησης με αποδρομή των συμπτωμάτων μετά από ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης, τεκμηριώνοντας έτσι την τριάδα του Whipple. Δεν αναφέρεται από το ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδης διαβήτης ενώ από το λοιπό αναμνηστικό αναφέρονται v. Parkinson, ΧΑΠ, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση και χρήση συμπληρώματος που περιέχει α-λιποϊκό οξύ. Εργαστηριακά τεκμηριώθηκε ενδογενής υπερινσουλινισμός με αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης και C-πεπτιδίου σε επεισόδιο υπογλυκαιμίας (Γλυκόζη 40 mg/dl, Ινσουλίνη 11,1 μU/ml, C-πεπτίδιο 4 ng/ml). Τα αυτοαντισώματα έναντι της ινσουλίνης (IAA) ήταν σημαντικά αυξημένα >175 U/ml (φυσιολογικές τιμές <20) σε εξέταση με χημειοφωταύγεια. Ο απεικονιστικός έλεγχος (CT, 68Ga-DOTATATE PET/CT) δεν ανέδειξε κάποιο εύρημα. Θεραπευτικά χορηγήθηκε από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg με σταδιακή ύφεση της υπογλυκαιμίας. Κατά την παρακολούθηση, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός.

**Συμπεράσματα:** Το IAS, αν και σπάνιο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση υπογλυκαιμίας με ενδογενή υπερινσουλινισμό. Η λήψη α-λιποϊκού οξέος έχει συσχετιστεί ισχυρά στη βιβλιογραφία ως εκλυτικός παράγοντας του IAS. Η πορεία είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη μετά την απομάκρυνση του εκλυτικού παράγοντα και, όπου απαιτείται, τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ ΑΝΟΣΟΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ELISA ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

**Ε. Κόντου<sup>1</sup>, Σ. Πομώνη<sup>1</sup>, Χ. Σαλαμαλίκη<sup>1</sup>, Β. Καραθανάση<sup>2</sup>, Γ. Παπαγιαννοπούλου<sup>1</sup>, Β. Σταμάτη<sup>1</sup>, Α. Μαλούχου<sup>2</sup>, Α. Τσιρογιάννη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Δερματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Πέμφιγα και το Πεμφιγοειδές αποτελούν αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα που χαρακτηρίζονται από αντισώματα έναντι πρωτεϊνών των δεσμοσωμάτων και της δερμοεπιδερμικής συμβολής. Η διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό κλινικής εικόνας, ιστοπαθολογικής εξέτασης και παρουσίας αυτοαντισωμάτων (Aabs) που ανιχνεύονται με έμμεσο ανοσοφθορισμό (IIF) και ανοσοενζυμική δοκιμασία (ELISA) και στρέφονται έναντι δεσμογλεΐνης 1 και 3 (Dsg1/3, χαρακτηρίζουν την πέμφιγα) και έναντι πρωτεϊνών BP180 και BP230 (πεμφιγοειδές).

**Σκοπός** της μελέτης είναι η σύγκριση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των μεθόδων IIF και ELISA σε δείγματα που προσκομίστηκαν στο Τμήμα μας τη διετία 01/07/2023-31/06/2025 στο πλαίσιο διερεύνησης αυτοάνοσων πομφολυγωδών νοσημάτων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα αποτελέσματα από 101 ορούς ασθενών στο πλαίσιο διερεύνησης αυτοάνοσου πομφολυγώδους νοσήματος: 1) με IIF για πέμφιγα και πεμφιγοειδές, σε υπόστρωμα τομών οισοφάγου πιθήκου και 2) με ELISA (ειδικά Aabs DSG1/DSG3, BP180/BP230/Envorplakin/anti-VII Collagen). Ακολούθησε σύγκριση των δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Θετικά Aabs έναντι πέμφιγας με IIF καταγράφηκαν σε 29/101 (28,7%) δείγματα και έναντι πεμφιγοειδούς σε 11/101 (10,9%), σε τίτλους από 1:40-1:640. Με

ELISA ανιχνεύθηκαν Aabs έναντι Dsg1/Dsg3 σε 21 από τα θετικά με IIF για πέμφιγα δείγματα, ενώ 2 εμφάνισαν θετικότητα έναντι BP180/BP230 και 3 ήταν αρνητικά. Από τα 11 IIF-θετικά για πεμφιγοειδές δείγματα στα 8 ανιχνεύθηκαν Aabs έναντι BP180/BP230. Επιπλέον, 7 δείγματα παρουσίασαν ELISA θετικότητα σε έναν ή περισσότερους δείκτες, παρά την αρνητικότητα στον IIF, εύρημα που πιθανώς αντιπροσωπεύει πρώιμο στάδιο της νόσου, υποκλινικές μορφές ή και ασθενείς υπό θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη ανέδειξε υψηλή συμφωνία μεταξύ IIF-ELISA στην ανίχνευση Aabs έναντι πέμφιγας και πεμφιγοειδούς. Ο συνδυασμός των μεθόδων αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια και επιτρέπει την αναγνώριση πρώιμων ή υπό θεραπεία ασθενών καθώς και άτυπων μορφών πέμφιγας-πεμφιγοειδούς. Ο IIF παραμένει θεμελιώδης ως αρχική μέθοδος διαγνωστικής προσέγγισης πομφολυγωδών νοσημάτων αλλά και σημείο αναφοράς στο πλαίσιο της παρακολούθησης/ανταπόκρισης στη θεραπεία, σύμφωνα με τη μεταβολή του τίτλου. Νέας γενεάς τεχνική ELISA, με προσδιορισμό αντισωμάτων έναντι ποικίλων αυτοαντιγόνων, έρχεται να προσφέρει ένα σημαντικό συμπληρωματικό εργαλείο για την ολοκληρωμένη ερμηνεία της παρουσίας αυτών των Aabs αλλά και της εμπλοκής τους στην παθοφυσιολογία των πομφολυγωδών νοσημάτων.

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ (ΙΜΕΝΟΤ)

Π. Κατσαούνου<sup>4</sup>, Κ. Διαμάντη<sup>1</sup>, Α. Κορκοντζέλου<sup>4</sup>, Τ. Γιάννακας<sup>5</sup>, Α. Νικολόπουλος<sup>2</sup>, Ζ. Μπαρμπαρέσου<sup>4</sup>, Τ. Γεροκωνσταντής<sup>1</sup>, Χ. Μπουζούκας<sup>1</sup>, Δ. Δάμαλας<sup>1</sup>, Α. Οσαρόγκου<sup>5</sup>, Ν. Αθανασίου<sup>4</sup>, Ε. Ζέρβας<sup>6</sup>, Ν. Θωμαΐδης<sup>1</sup>, Ε. Κάραλης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.), <sup>2</sup>Τμήμα Φαρμακολογίας, Ε.Κ.Π.Α., <sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», <sup>4</sup>Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α' ΚΕΘ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>5</sup>Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., <sup>6</sup>Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πατρών (Ε.Α.Π.)

**Εισαγωγή:** Οι σωρευτικές επιπτώσεις της επαναλαμβανόμενης χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου και οι μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία παραμένουν ασαφείς.

**Σκοπός:** Διερευνήσαμε τις συσχετίσεις των συστατικών των αερολυμάτων, της συστηματικής έκθεσης και των μεταβολικών προφίλ των ενώσεων του ηλεκτρονικού τσιγάρου χρησιμοποιώντας μια ολοκληρωμένη αναλυτική, φαρμακοκινητική και υπολογιστική στρατηγική.

**Μεθοδολογία:** Προοπτική μελέτη με 30 υγιείς εθελοντές (15 χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου, 15 μη καπνιστές) για την αξιολόγηση της έκθεσης κατά τη διάρκεια μιας τυποποιημένης συνεδρίας ατμίσματος 60 λεπτών, η οποία χωρίστηκε σε 3 περιόδους ατμίσματος (με ενδιάμεσες περιόδους έκπλυσης) με ελεγχόμενες συνθήκες εισπνοής και κοινό τύπο ηλεκτρονικού τσιγάρου και υγρών αναπλήρωσης. Ελήφθησαν δείγματα αίματος κατά την έναρξη, κατά τη διάρκεια της έκθεσης και μετά την έκθεση. Συλλέχθηκαν δείγματα ούρων κατά την έναρξη και μετά την έκθεση. Διεξήχθη ειδική αξιολόγηση της νικοτίνης, της κοτινίνης, της trans-3'-υδροξυκοτινίνης και της νορ-νικοτίνης χρησιμοποιώντας επικυρωμένη LC-MS/MS, ενώ μελετήθηκαν πρόσθετες ενώσεις που σχετίζονται με την έκθεση χρησιμοποιώντας LC-HRMS μεταβολομικό έλεγχο. Ο φαρμακοκινητικός χαρακτηρισμός περιελάμβανε μη διαμερισματική (C<sub>max</sub>, T<sub>max</sub>, AUC<sub>last</sub>, t<sub>1/2</sub>) και πληθυσμιακή φαρμακοκινητική μοντελοποίηση. Η αναζήτηση συνμεταβλητών αξιολόγησε το δημογραφικό προφίλ, τη σύνθεση του υγρού επαναπλήρωσης (αναλογία PG/VG, συγκέντρωση νικοτίνης) και τις παραμέτρους συμπεριφοράς ατμίσματος. Ταυτόχρονα, εφαρμόστηκαν μοντέλα μηχανικής μάθησης και βαθιάς μάθησης για την αποκάλυψη λανθάνοντων μοτίβων από τα προφίλ ατμίσματος. Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας (PFTs) πριν από την έκθεση και

μετά την ολοκλήρωση της συνεδρίας ατμίσματος, συμπεριλαμβανομένης της ταλαντωσιμετρίας.

**Αποτελέσματα:** Οι πρώιμες ανιχνεύσεις νικοτίνης και μεταβολιτών νικοτίνης στο αίμα και τα ούρα ελέγχθηκαν σε πυκνά χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια της έκθεσης και μετά την έκθεση. Τα προφίλ συγκέντρωσης νικοτίνης-χρόνου έδειξαν τόσο ταχεία αύξηση κατά τη φάση ατμίσματος όσο και διεκθετική μείωση κατά τη φάση έκπλυσης, ενδεικτική της φαρμακοκινητικής της εισπνοής.

Η αρχική φαρμακοκινητική μοντελοποίηση έδειξε ότι η κινητική της νικοτίνης μπορεί να χαρακτηριστεί καλά από μοντέλα ενός ή δύο διαμερισμάτων με απορρόφηση και αποβολή πρώτης τάξης, ενώ η δυναμική των μεταβολιτών προσκολλήθηκε στις δομές προτύπου γονέα-μεταβολίτη. Η αναλογία trans-3'-υδροξυκοτινίνης/κοτινίνης είναι γνωστό ότι μοντελοποιεί τις διαφορές μεταξύ ασθενών στον μεταβολισμό της νικοτίνης.

Έχοντας πιλοτικά δεδομένα, προσδιορίσαμε ένα βέλτιστο σχήμα αραιής δειγματοληψίας για την κεντρική μελέτη, το οποίο αποτελείται από δείγματα αίματος που συλλέχθηκαν στα 0, 10, 20, 40 και 60 λεπτά κατά τη διάρκεια της έκθεσης και στα +30 λεπτά, +2 ώρες και +5 ώρες για τη μελέτη, ώστε να καταστεί δυνατή η αξιόπιστη εκτίμηση των φαρμακοκινητικών παραμέτρων με ελάχιστη επιβάρυνση δειγματοληψίας. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα μοντελοποίησης έδειξαν ότι οι διαφορές στις φαρμακοκινητικές παραμέτρους, με βάση τα προγράμματα ατμίσματος, τις συνθέσεις υγρών αναπλήρωσης και τον ατομικό μεταβολισμό, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ασθενών.

**Συμπέρασμα:** Αυτή η μελέτη παρουσίασε ένα πλαίσιο ολοκληρωμένης ανάλυσης έκθεσης μέσω χημικών μεθόδων, κλινικής βιοπαρακολούθησης, φαρμακοκινητικής μοντελοποίησης και μηχανικής μάθησης για τον χαρακτηρισμό της έκθεσης σε συστατικά ηλεκτρονικού τσιγάρου.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΞΗΓΗΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Γ. Καλόγηρος, Κ. Μουσουράκης, Β. Καραμπάτσος, Ε. Γεωργιλής, Δ. Κοζομπόλη, Δ. Προβή, Α. Αγορογιάννη, Μ. Ραλλάτου, Δ. Σοφιανόπουλος, Ε. Βεργενάκη, Σ. Θέμελη, Ι. Λάππας, Α. Παπαρίζου, Μ. Πάτση, Κ. Φιαγκουσάκης, Χ. Ζυγούρης, Ε. Βιέννα, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική»

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της διαγνωστικής απόδοσης της ενδοσκόπησης λεπτού εντέρου με κάψουλα (SBCE) σε ασθενείς με ανεξήγητο χρόνιο κοιλιακό άλγος και η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με θετικά ευρήματα.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση προοπτικά καταγεγραμμένων δεδομένων από όλους τους διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε SBCE στο τριτοβάθμιο κέντρο μας, κατά το διάστημα 01/03/2003–30/04/2025. Επιλέχθηκαν οι ασθενείς στους οποίους η SBCE πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση χρόνιου κοιλιακού άλγους, μετά από φυσιολογική κολonosκόπηση και γαστροσκόπηση. Ως διαγνωστική απόδοση ορίστηκε η ανίχνευση παθολογικών ευρημάτων που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα συμπτώματα του ασθενούς. Οι προγνωστικοί παράγοντες για θετικά ευρήματα προσδιορίστηκαν με πολυπαραγοντική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο μελέτης, συνολικά 11.201 ασθενείς υποβλήθηκαν σε SBCE και εξ αυτών 1398 (12,4%) για τη διερεύνηση χρόνιου κοιλιακού άλγους (άνδρες/γυναίκες: 694/704, μέση ηλικία  $\pm$  SD: 52,6 $\pm$ 27,3

έτη). Θετικά ευρήματα καταγράφηκαν σε 241 ασθενείς, οδηγώντας σε διαγνωστική απόδοση 17,2%. Τα συχνότερα ευρήματα ήταν φλεγμονώδεις βλάβες σε 176 (73,0%) ασθενείς [διαβρώσεις λόγω ΜΣΑΦ n=75, διαβρώσεις/έλκη λόγω νόσου Crohn n=97, διαβρώσεις λόγω ακτινικής εντερίτιδας n=4]. Επιπλέον, σε 47 (19,5%) ασθενείς ανιχνεύθηκαν όγκοι ή μάζες, σε 9 (3,7%) ισχαιμική κολίτιδα, σε 6 (2,5%) παρασιτώσεις και σε 3 (1,2%) στενώσεις λεπτού εντέρου. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η αυξημένη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) (OR=2,73, p<0,0001) και η αποτυχία καθετηριασμού του τελικού ειλεού στην κολonosκόπηση (OR=1,40, p=0,03) αναδείχθηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες θετικών ευρημάτων.

**Συμπέρασμα:** Η διαγνωστική απόδοση της SBCE σε ασθενείς με ανεξήγητο χρόνιο κοιλιακό άλγος είναι σχετικά χαμηλή. Η παρουσία αυξημένων επιπέδων CRP ή η μη εξέταση του τελικού ειλεού κατά την κολonosκόπηση είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα θετικών ευρημάτων και, συνεπώς, οι ασθενείς αυτοί είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από την εξέταση.

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Α. Κυβετός, Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Πράπα, Β. Γεωργιάδου, Α. Ξηνταράκου, Κ. Αλεξοπούλου, Ε. Πράππα, Α. Τρίκας**

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) είναι μια γενετικά καθοριζόμενη νόσος του μυοκαρδίου που χαρακτηρίζεται από υπερτροφία της αριστερής κοιλίας απουσία παθολογικών συνθηκών φόρτισης (1).

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση των κλινικών, ηχοκαρδιογραφικών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών μεταξύ ασθενών με μη αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και εκείνων με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΗΟСМ).

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 74 ασθενών με διάγνωση υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: μη αποφρακτική ΥΜΚ (n=51) και αποφρακτική ΥΜΚ (ΗΟСМ) (n=23). Αναλύθηκαν δημογραφικά, κλινικά και ηχοκαρδιογραφικά δεδομένα. Οι κατηγορικές μεταβλητές συγκρίθηκαν με τη δοκιμασία chi-square ή τη δοκιμασία ακριβείας του Fisher, ενώ οι συνεχείς μεταβλητές συγκρίθηκαν με t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε ως  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την κατανομή φύλου ( $p=0.802$ ). Παρομοίως, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ( $64.17 \pm 6.87\%$  έναντι  $63.43 \pm 6.59\%$ ,  $p=0.669$ ), το μέγιστο πάχος τοιχώματος ( $16.96 \pm 3.64$  mm έναντι  $16.52 \pm 1.88$  mm,  $p=0.588$ ), ο δείκτης όγκου αριστερού κόλπου ( $38.77 \pm 15.48$  έναντι  $44.57 \pm 14.06$  ml/m<sup>2</sup>,  $p=0.133$ ) και το σκορ κινδύνου ΥΜΚ ( $p=0.776$ ) ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των ασθενών με ΗСМ και ΗОСМ.

Οι ασθενείς με ΗОСМ παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα συστολικής πρόσθιας κίνησης (SAM) της μιτροειδούς βαλβίδας σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΗСМ ( $56.5\%$  έναντι  $11.8\%$ ,  $p < 0.001$ ). Επιπλέον, η όψιμη ενίσχυση γαδολινίου (LGE) παρατηρήθηκε συχνότερα στους ασθενείς με ΗОСМ ( $p=0.045$ ).

Η ηχοκαρδιογραφική ανάλυση έδειξε σημαντικά υψηλότερους λόγους E/e' στους ασθενείς με ΗОСМ ( $14.30 \pm 4.88$  έναντι  $11.24 \pm 4.43$ ,  $p=0.009$ ), υποδεικνύοντας αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και πιο έντονη

διαστολική δυσλειτουργία.

Επιπλέον, η βαρύτητα της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα ΗОСМ ( $1.61 \pm 1.08$  έναντι  $0.75 \pm 0.72$ ,  $p < 0.001$ ). Η λειτουργική κατάσταση ήταν επίσης χειρότερη στους ασθενείς με ΗОСМ, με υψηλότερη κατηγορία κατά ΝΥΗΑ ( $1.83 \pm 0.65$  έναντι  $1.41 \pm 0.54$ ,  $p=0.005$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα κολπικής μαρμαρυγής, συγκοπής, ιστορικού αιφνιδίου θανάτου ή στο σκορ κινδύνου ΥΜΚ (Πίνακας 1).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζουν μεγαλύτερο αιμοδυναμικό φορτίο σε σύγκριση με εκείνους με μη αποφρακτική ΥΜΚ, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλότερη συχνότητα συστολικής πρόσθιας κίνησης της μιτροειδούς, αυξημένη ανεπάρκεια μιτροειδούς, αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και χειρότερη λειτουργική κατάσταση. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημαντική κλινική επίδραση της απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας και υπογραμμίζουν τη σημασία της ολοκληρωμένης ηχοκαρδιογραφικής αξιολόγησης στη διαχείριση και τη στρωματοποίηση κινδύνου των ασθενών με ΥΜΚ.

Πίνακας 1

Μεταβλητή	HCM n (%)	HOСM n (%)	p-value
SAM	6 (11.8%)	13 (56.5%)	<0.001
LGE	30 (58.8%)	19 (82.6%)	0.045
Κολπική Μαρμαρυγή (AFib)	17 (33.3%)	8 (34.8%)	0.903
Συγκοπή	4 (7.8%)	0 (0%)	0.167
Ιστορικό Αιφνιδίου Θανάτου	4 (7.8%)	4 (17.4%)	0.221
ΝΥΗΑ >2	1 (2.0%)	3 (13.0%)	0.051
Παρουσία MR	32 (62.7%)	19 (82.6%)	0.088
E/e' >15	8 (15.7%)	10 (43.5%)	0.010

### Πηγές

- 1) Arbelo E, Protonotarios A, Gimeno JR, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. EurHeart J. 2023; 44(37):3503-3626. doi:10.1093/eurheartj/ehad194

## ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΡΥΟΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΕ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗ, ΜΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ι. Καραμπίνης<sup>1</sup>, Σ. Μουρατίδης<sup>1</sup>, Μ. Τσιμπινός<sup>1</sup>, Σ. Μπάντρα<sup>1</sup>,  
Ε. Μαυρομάτη<sup>2</sup>, Κ. Αθανασιάδη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής Θώρακα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η περιοχική αναισθησία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της περιεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις. Η διεγχειρητική κρυοαναλγησία είναι μια εδραιωμένη μέθοδος που επιτρέπει τόσο την αντιμετώπιση του άμεσου μετεγχειρητικού πόνου, όσο και τον πιο μακροπρόθεσμο έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να συγκρίνουμε το αποτέλεσμα της διεγχειρητικής κρυοαναλγησίας με την κλασική συστηματική μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις.

**Μεθοδολογία:** Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένες θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες με μη τυχαιοποιημένο τρόπο. Στην πρώτη ομάδα το σχήμα περιεγχειρητικής αναλγησίας περιλάμβανε κρυοθεραπεία σε συνδυασμό με μη-οπιοειδή αναλγητικά και στη δεύτερη ομάδα συνδυασμό οπιοειδών με μη-οπιοειδή αναλγητικά. Τα επίπεδα μετεγχειρητικού πόνου καθώς και η ανάγκη για πρόσθετη αναλγησία καταγράφηκαν για τις 5 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Σαράντα ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η μη-τυχαιοποιημένη φύση της έρευνας είχε ως αποτέλεσμα να κατανεμηθεί σημαντικά μεγαλύτερος ασθενών που υποβλήθηκαν σε θωρακοτομή στην ομάδα

της κρυοθεραπείας ( $p=0.0011$ ). Στη στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρυοθεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα πόνου σε όλες τις μετρήσεις. Λόγω της άνισης κατανομής των ασθενών ως προς τη χειρουργική τομή, πραγματοποιήσαμε ανάλυση υποομάδων με στρωμάτωση των ασθενών ανάλογα με το είδος της τομής (θωρακοσκόπηση ή θωρακοτομή). Δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά στα επίπεδα πόνου μεταξύ των δύο ομάδων. Τόσο η ανάγκη για επιπρόσθετη αναλγησία, όσο και η διάρκεια νοσηλείας ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των δύο υποομάδων ( $p=0.66$ ).

**Συμπέρασμα:** Η διεγχειρητική κρυοαναλγησία επέτρεψε στην αντίστοιχη ομάδα ασθενών τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου χωρίς τη χρήση οπιοειδών. Τόσο η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, όσο και η διάρκεια της νοσηλείας ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των δύο ομάδων. Ο βασικός περιοριστικός παράγοντας της παρούσας μελέτης ήταν ο μη-τυχαιοποιημένος σχεδιασμός που κατέστησε τις δύο κύριες ομάδες μη συγκρίσιμες και ως εκ τούτου, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η διεξαγωγή μιας προδρομικής, τυχαιοποιημένης μελέτης είναι απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθεί η επίδραση της κρυοαναλγησίας στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΤΟΥ HELICOBACTER PYLORI ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ HIV ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κ. Μουσουράκης<sup>1</sup>, Β. Παπαστεργίου<sup>1</sup>, Δ. Κοζομπόλη<sup>1</sup>, Ε. Βεργενάκη<sup>1</sup>, Γ. Καλόγηρος<sup>1</sup>, Δ. Προβή<sup>1</sup>, Β. Καραμπάτσος<sup>1</sup>, Κ. Φιαγκουσάκης<sup>1</sup>, Ε. Γεωργιλής<sup>1</sup>, Κ. Βαρυτιμιάδης<sup>1</sup>, Α. Χρηστίδου<sup>1</sup>, Μ. Μελά<sup>1</sup>, Ε. Αρχαύλης<sup>1</sup>, Π. Λουρίδα<sup>2</sup>, Χ. Τότσικας<sup>2</sup>, Σ. Γυαλή<sup>2</sup>, Β. Παπασταμόπουλος<sup>2</sup>, Ν. Βιάζης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική», <sup>2</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός – Πολυκλινική»

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναδείξει μια μειωμένη συχνότητα ανεύρεσης *H. Pylori* (HP) σε άτομα που ζουν με τον ιο HIV (PLWH). Η σχέση μεταξύ HP και HIV είναι πιθανώς ανταγωνιστική εξαιτίας της στροφής που προκαλείται από τον ιο HIV από μία Th1 σε μία Th2 ανοσολογική απόκριση και στη μείωση του αριθμού των Th17 κυττάρων. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τη συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης από HP σε άτομα που ζουν με τον ιό HIV με συμπτώματα από το ανώτερο που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού και να τα συγκρίνουμε με μια αντίστοιχη ομάδα ατόμων χωρίς HIV.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από άτομα που ζουν με τον ιο HIV και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού για τη διερεύνηση συμπτωμάτων από το ανώτερο πεπτικό. Κατά τη διάρκεια της γαστροσκόπησης ελήφθησαν βιοψίες από το σώμα και το άντρο του στομάχου και έγινε έλεγχος για την παρουσία HP με χρώσεις αιματοξυλίνης - ηωσίνης.

Στην ομάδα ελέγχου συμπεριελήφθησαν άτομα χωρίς HIV με συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό, αντίστοιχης ηλικίας και φύλου, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού στο Τμήμα μας από τον Ιανουάριο του 2021 έως το Δεκέμβριο του 2024.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 45 άτομα που ζουν με τον ιο HIV και με συμπτώματα δυσπεψίας (n=23) ή γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης (n=22) υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού. Οι ασθενείς ήταν κυρίως άντρες (n=44, 97.7%), 27 (60%) είχαν διαγνωστεί με τον HIV <10 χρόνια, η μέση τιμή του αριθμού των CD4+ ήταν 493 cells/μl και το μέσο ιικό φορτίο ήταν 61 copies/mL; 44 patients (97.7%) ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Από τους ασθενείς αυτούς, 17 (37.7%) είχαν λοίμωξη με τον ιο HP. Στην αντίστοιχη ομάδα ελέγχου των 45 ατόμων χωρίς HIV, 21 (46.6%) ασθενείς είχαν λοίμωξη με HP (p=0.39).

**Συμπέρασμα:** Η συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης από HP ήταν παρόμοια σε άτομα με ή χωρίς HIV.