

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

◆◆◆
WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspgghancongress.gr

4^o



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME/CPD CREDITS)

24
ΜΟΡΙΑ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



EVEREST TRAVEL & CONGRESSES

TRAVEL & CONGRESSES

Λ. ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 67, 15451, ΝΕΟ ΨΥΧΙΚΟ | Τ. 2106727533
W. www.helspgghan.org | E: helspgghan@gmail.com

ΛΥΚΟΥΡΓΟΥ 14-16, 10552 ΑΘΗΝΑ | Τ. 2103249242, F: 2103242395
W. www.everesttravel.gr | E: conference@everesttravel.gr

01 Χαιρετισμός Προέδρου

02-04 Γενικές Πληροφορίες

05-10 Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 12 Νοεμβρίου 2021

Σάββατο 13 Νοεμβρίου 2021

Κυριακή 14 Νοεμβρίου 2021

11-13 Αλφαβητικός κατάλογος Ομιλητών - Συντονιστών

14 - 74 Ελεύθερες - Αναρτημένες Ανακοινώσεις

75 Δορυφορικές Συνεδρίες

76 Ευχαριστίες

4^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Εκ μέρους της **Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής**, σας καλωσορίζω στο **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας μας** που πραγματοποιείται στις **12-14 Νοεμβρίου 2021**. Δυστυχώς οι παρούσες υγειονομικές συνθήκες δεν εξασφαλίζουν ασφαλές περιβάλλον για την υλοποίηση του Συνεδρίου δια ζώσης. Για το λόγο αυτό, το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί **αποκλειστικά διαδικτυακά**.

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μας παραμένει πλούσιο και επιστημονικά επίκαιρο, με ενδιαφέρον για τον γενικό παιδίατρο. Περιλαμβάνει στρογγυλά τραπέζια, συζήτηση κλινικών περιπτώσεων, κατευθυντήριων οδηγιών, προφορικών ανακοινώσεων και δορυφορικών διαλέξεων από όλο το φάσμα της Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας και Διατροφής.

Προσβλέποντας στην ενεργό συμμετοχή σας, σας διαβεβαιώνουμε ότι από τους διοργανωτές και την Εταιρεία διοργάνωσης του Συνεδρίου, θα καταβληθεί κάθε προσπάθεια για να εξασφαλισθεί όσον είναι δυνατόν άμεσος τρόπος επικοινωνίας και έκφρασης απόψεων-ερωτήσεων στη διάρκεια των συνεδριών.

Ευελπιστώντας στην ενεργό συμμετοχή σας, εύχομαι να απολαύσετε ένα χρήσιμο συνέδριο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Η Πρόεδρος του Συνεδρίου

Μαρία Φωτουλάκη

Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας

Διευθύντρια Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής



4^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB

SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής θα πραγματοποιηθεί στις 12-14 Νοεμβρίου 2021, αποκλειστικά διαδικτυακά.

ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ

Τις εργασίες του συνεδρίου προβλέπεται να παρακολουθήσουν Παιδίατροι, Γαστρεντερολόγοι, Παιδοχειρουργοί, Ερευνητές, φοιτητές και Ακαδημαϊκοί από όλη την Ελλάδα.

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



**Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας,
Ηπατολογίας και Διατροφής**

Λεωφ. Δημοκρατίας 67, 15451 Αθήνα

T. 210 6727533

E. helspghan@gmail.com

S. www.helspghancongress.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Μαρία Φωτουλάκη

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Σμαραγδή Φεσσάτου

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ινώ Καναβάκη

ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου

ΤΑΜΙΑΣ

Μαρία Ρογαλίδου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



TRAVEL & CONGRESSES

Everest Travel & Congresses

Λυκούργου 14-16, 10552, Αθήνα

T. 2103249242

E. conference@everesttravel.gr

S. www.everesttravel.gr



4^o



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ)
ΙΑΤΡΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ	50€
ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	50€
ΙΑΤΡΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	30€
ΦΟΙΤΗΤΕΣ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΔΩΡΕΑΝ

(Οι ανωτέρω τιμές συμπεριλαμβάνουν ΦΠΑ 24%)

Το δικαίωμα συμμετοχής για online παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση διαδικτυακά του επιστημονικού προγράμματος
- Είσοδο στην ψηφιακή έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής σε ηλεκτρονική μορφή για τους ιατρούς εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Σεμιναρίου θα μοριοδοτηθεί με **24 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME/CPD Credits)** από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Ιατρός ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.

Δορυφορικά Συμπόσια και Διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται.

Τα πιστοποιητικά παρακολούθησης θα αποσταλούν ηλεκτρονικά από τη Γραμματεία του Σεμιναρίου εντός **δέκα (10) εργάσιμων ημερών** από τη λήξη του σε όλους τους συνέδρους που πληρούν την παραπάνω προϋπόθεση.



4^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB

SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος για τη διαδικτυακή παρακολούθηση είναι
<https://projector-web.gr/everest/gr/helspghancongress>

Μετά την ολοκλήρωση της εγγραφής σας , για την παρακολούθηση της ζωντανής μετάδοσης του 4ου Πανελληνίου Συνέδριου Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής παρακαλούμε όπως πληκτρολογήσετε τα στοιχεία πρόσβασης ως εξής

E-mail : το **email που δηλώσατε κατά την εγγραφή σας**

Κωδικός : τη λέξη **helspghan**

Στη συνέχεια πατάτε το κουμπί «**ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ EVENT**» και «**ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ**».



10.00-11.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Θ. Καραγκιόζολγου – Λαμπούδη, Κ. Βασιλάκη**

- Σωματική ανάπτυξη και αξιολόγηση θρέψης παιδιών με χρόνια νοσήματα / **Κ. Δημάκου**
- Σωματική ανάπτυξη προώρου, SGA, IUGR / **Φ. Σωτηριάδου**

11.30-13.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΕΑ01-ΕΑ07)

Συντονισμός - Προεδρείο: **Α. Κονδύλης, Π. Καρανίκα**

ΕΑ01: ΕΛΕΓΧΟΣ ΟΣΤΙΚΟΥ PROFIL ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ/ **Α. ΚΟΥΡΤΗ**

ΕΑ02: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ CLINICAL SCORE ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ MECKEL/ **Χ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ**

ΕΑ03: Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΟΤΟΧ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟΥ/ **Κ. ΚΑΠΟΝΑ**

ΕΑ04: COVID-19 ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ/ **Π. ΚΑΡΑΝΑΝΟΥ**

ΕΑ05: ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ - PEG: ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΛΑΘΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ/ **Ε. ΜΑΥΡΙΓΙΑΝΝΑΚΗ**

ΕΑ06: MARALIXIBAT: ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΝΗΣΜΟΥ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ALAGILLE/ **Α. ΜΟΥΔΑΚΗ**

ΕΑ07: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΠΛΗΞΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ FANCONI/ **Φ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ**

13.00-15.00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Σχολιασμός - Συντονισμός: **Ε. Σαλιακέλλης, Γ. Χουλιάρας**

ΕΑ08: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΚΠΛΗΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΤΡΟΜΟ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΥΣ/ **Ν. ΓΚΙΟΥΡΤΖΗΣ**

ΕΑ09: ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 10 ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΠΠΕ-ΙΦΝΕ) / **Β. ΓΙΑΜΟΥΡΗΣ**

ΕΑ10: ΘΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 (MIS-C)/ **Α. ΓΛΑΒΑ**

ΕΑ11: ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΑ-ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΜΠΥΡΕΤΑ/ **Α. ΚΟΥΡΤΗ**

ΕΑ12: FRIES ΣΕ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΘΗΛΑΖΟΝ ΒΡΕΦΟΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ/ **Μ. ΖΙΑΚΑ**

15.00-15.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15.30-17.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ-ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Μ. Φωτούλακη, Α. Μίχου**

ΕΑ13: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΥΓΙΗ ΚΑΙ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ/ **Κ. ΣΔΡΑΒΟΥ**

Ενδείξεις προβλημάτων σίτισης και η αξιολόγησή τους. / **Κ. Σδράβου**

Διεπιστημονική διερεύνηση, αντιμετώπιση και παρέμβαση:

- Παιδογαστρεντερολόγος / **Ι. Παναγιώτου**
- Λογοθεραπευτής / **Α. Μίχου**
- Παιδοψυχίατρος / **Π. Τατσιοπούλου**

17.30-19.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ι. Ξυνιάς, Κ. Δημάκου**

Περιβαλλοντικοί ρύποι και μητρικός θηλασμός. Υπάρχει δίλημμα; / **Κ. Βασιλάκη**

Φυτοφαγική διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία / **Τ. Μούδιου**

Φυτικά γάλατα. Position paper of ESPGHAN / **Α. Αγγελακοπούλου – Πολυζώη**

Έχουν ρόλο τα προβιοτικά στα νοσήματα του πεπτικού; / **Π. Καρανίκα**

ΕΑ14: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ) ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ/ **Φ.-Μ. ΓΕΜΙΝΤΖΗ**

Διαιτητικοί παράγοντες στην ανάπτυξη παχυσαρκίας. Position paper of ESPGHAN / **Δ. Αδαμίδης**

09.00-10.30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΕΑ15-ΕΑ22)

Συντονισμός - Προεδρείο: **Μ. Ρογαλίδου, Α. Κονιδάρη**

ΕΑ15: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΕΣΡΓΗΑΝ/ **Β.-Μ.ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**

ΕΑ16: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΕΣΡΓΗΑΝ/ **Β.-Μ.ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**

ΕΑ17: ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ./ **Β.-Μ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**

ΕΑ18: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ΕΣΡΓΗΑΝ/ **Β.-Μ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**

ΕΑ19: ΟΥΣΤΕΚΙΝΟΥΜΑΜΠΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ/ **Ι. ΡΟΗΛΙΔΗΣ**

ΕΑ20: ΑΙΤΙΑ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΙΔΟΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ 4οΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ **Α. ΚΟΥΡΤΗ**

ΕΑ21: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ/ **Ι. ΜΠΟΝΙΟΥ**

ΕΑ22: ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΥ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ / **Μ. ΝΤΟΥΜΠΑΡΑ**

10.30-12.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ι. Καναβάκη, Σ. Καρύδα**

Θεραπεία ηπατίτιδας Β / **Ι. Ξυνιάς**

Θεραπεία ηπατίτιδας C / **Ι. Καναβάκη**

Φαρμακευτική θεραπεία λειτουργικών διαταραχών / **Σ. Σαλιακέλλης**

Χορήγηση σιδήρου σε νοσήματα του πεπτικού. Πότε και με τί; / **Π. Παναγοπούλου**

12.30-13.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ

13.00-13.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

13.30-14.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ

14.00-16.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΙΣυντονισμός - Προεδρεία: **Ι. Παναγιώτου, Θ. Ζιαμπάρας**Το ανήσυχο βρέφος / **Ε. Ρώμα**Κλινική συμπτωματολογία που θέτει υποψία ηωσινοφιλικού νοσήματος του πεπτικού. Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία / **Α. Παπαδοπούλου**Επιδημιολογία και κλινική εικόνα ν. Crohn. Πότε θα τηγυποψιαστεί ο παιδίατρος; / **Μ. Ρογαλίδου**Διατροφή στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου: Οξεία φάση, ύφεση και σε επιπλοκές / **Μ. Μαραγκουδάκη**Διατροφή σε εγκεφαλική παράλυση και νευρομυϊκά νοσήματα / **Σ. Φεσσάτου**

16.15-17.00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

17.00-18.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Συντονισμός - Προεδρεία: **Χ. Αγακίδης, Σ. Φεσσάτου**Πότε ο παιδορευματολόγος θα υποψιασθεί νόσημα του πεπτικού; / **Λ. Φώτης**Πότε ο παιδοοφθαλμίατρος θα υποψιασθεί νόσημα του πεπτικού; / **Α. Ματαυσή**

18.00-18.30

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ COVID-19 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Συντονισμός - Προεδρεία: **Μ. Φωτουλάκη**Ομιλήτρια: **Β. Παπαευαγγέλου**

09.30-11.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ε. Ρώμα, Α. Ζέλλου**

Το κλινικό φάσμα από το πεπτικό της ποη IgE τροφικής αλλεργίας-διαγνωστικά διλήμματα / **Γ. Χουλιάρης**

Στασιμότητα αύξησης και τροφική αλλεργία / **Π. Καφρίτσα**

Υπάρχει πρόληψη στην τροφική αλλεργία; / **Θ. Μπαχού**

Κοιλιοκάκη: έχει αλλάξει ο φαινότυπος; / **Μ. Φωτουλάκη**

11.30-12.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ

12.00-12.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12.30-14.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Τ. Γραμματικόπουλος, Κ. Σιαφάκας**

EA23: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ/ **Ι. ΡΟΗΛΙΔΗΣ**

Λιπώδες ήπαρ ως τυχαίο εύρημα στο υπερηχογράφημα κοιλιάς / **Α. Ζέλλου**

Χολοστατικά γενετικά νοσήματα. Σύγχρονη αντιμετώπιση / **Τ. Γραμματικόπουλος**

Ομοφωνία για τη χορήγηση βιταμίνης D / **Α. Δουλγεράκη**

14.00-16.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ II

Συντονισμός - Προεδρείο: **Α. Παπαδοπούλου, Π. Καφρίτσα**

Ελικοβακτηρίδιο πυλωρού στα παιδιά. Τι κάνουμε σήμερα; / **Χ. Αγακίδης**

Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού. Ποια είναι τα σημεία συναγερμού; / **Γ. Βασιλογιαννάκης**

Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Ποια είναι τα σημεία συναγερμού; / **Α.Κονιδάρη**

Αντιμετώπιση οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας στα παιδιά. / **Δ. Τάψας**

16.00-17.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΥΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ε. Ρώμα, Μ. Φωτουλάκη**

EA24: ΕΝΤΕΡΟ-ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΠΟΛΥΑΠΛΩΝ ΜΑΓΝΗΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ / **Ε. ΣΤΑΣΙΝΟΥ**

Κατάποση δισκοειδούς μπαταρίας και ξένων σωμάτων / **Κ. Δημάκου**

Κατάποση καυστικών ουσιών / **Κ. Σιαφάκας**

17.00

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

4^o



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ

- Αγακίδης Χαράλαμπος**, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδογαστρεντερολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ
- Αγγελακοπούλου - Πολυζώη Ασπασία**, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Επιστημονική Συνεργάτης Παιδογαστρεντερολογικής Κλινικής Νοσοκομείο ΙΑΣΩ Παίδων
- Αδαμίδης Δημήτρης**, Παιδιάτρος, Διδάκτωρ Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Γ.Ν. Ξάνθης
- Βασιλάκη Κωνσταντίνα**, Παιδιάτρος – Παιδογαστρεντερολόγος, Επιμ. Α' ΕΣΥ, Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Βασιλογιαννάκης Γιώργος**, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, PhD, Εξωτερικός Συνεργάτης Παιδιατρικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ
- Γραμματικόπουλος Τάσος**, Consultant in Paediatric Hepatology & Honorary Clinical Senior Lecturer, Lead in Portal Hypertension and Pancreatic services, BSPGHAN Hepatology Chair, Paediatric Liver, GI & Nutrition Centre, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, UK
- Δημάκου Κωνσταντίνα**, Παιδιάτρος – Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων "η Αγία Σοφία"
- Δουλγεράκη Άρτεμις**, Παιδιάτρος, MD, PhD, MRCPCH, FRCPC, Διευθύντρια του Τομέα Νοσημάτων Μεταβολισμού Οστών και Μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- Ζέλλου Αίγλη**, Διευθύντρια Τμήματος Παιδ. Γαστρεντερολογίας "Μητέρα Παίδων", Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "η Αγία Σοφία"
- Ζιαμπάρας Θεόδωρος**, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Παιδιατρική Κλινική ΠΓΝΠ "Παναγία η Βοήθεια"
- Καναβάκη Ινώ**, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Ακ. Υπότροφος Γ' Παιδιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "ΑΤΤΙΚΟΝ"
- Καραγκιόζογλου - Λαμπούδη Θωμαή**, Παιδογαστρεντερολόγος, Ομότιμη Καθηγήτρια, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος (ΔΙ.ΠΑ.Ε.)
- Καρανίκα Παρασκευή**, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Metropolitan Αθήνας & Γ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ- Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Καρούδα Σταυρούλα**, Παιδιάτρος-Παιδογαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς" Θεσσαλονίκη
- Καφρίτσα Παναγιώτα**, Διευθύντρια Παιδογαστρεντερολόγος, ΙΑΣΩ Παίδων & ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ Παίδων
- Κονδύλης Ανδρέας**, Παιδογαστρεντερολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ
- Κονιδάρη Αναστασία**, Παιδιάτρος - Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α' Νοσοκομείο Παίδων "Π. & Α. Κυριακού", MD, FRCPC, PhD, CCT (PGHAN)



4^o



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



MONO
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14
ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021
WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ

Μαραγκουδάκη Μαρία, Παιδιάτρος – Παιδογαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής Βενιζέλιο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Ματαυσή Ασημίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας-Παιδοοφθαλμολογίας - Στραβισμού, Β' Οφθαλμολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Μίχου Αιμιλία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών

Μούδιου Τατιανή, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Μπαχού Θεοδώρα, Παιδιάτρος, Επιμελήτρια Α', Α' Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων "Π. & Α. Κυριακού"

Ξυνιάς Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Παναγιώτου Ιωάννα, Παιδιάτρος – Γαστρεντερολόγος, "ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ"

Παναγοπούλου Παρασκευή, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Αιματολογίας / Ογκολογίας, Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Γαστρεντερολογικού Τμήματος Νοσοκομείου Παίδων "Η Αγία Σοφία" Παπαευαγγέλου Βασιλική, Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας, Διευθύντρια Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"

Ρογαλίδου Μαρία, Δρ. Παιδιάτρος – Παιδογαστρεντερολόγος, Μονάδα Γαστρεντερολογίας & Ηπατολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία"

Ρώμα Ελευθερία, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονική Διευθύντρια Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος Παίδων Μητέρα

Σαλιακέλλης Ευστράτιος, Παιδιάτρος – Παιδογαστρεντερολόγος, Ειδικός Κλινικός Συνεργάτης, Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σδράβου Κατερίνα, Λογοθεραπεύτρια, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Σιαφάκας Κωνσταντίνος, Παιδογαστρεντερολόγος - Παιδοηπατολόγος Διευθυντής Παιδογαστρεντερολογικής - Παιδοηπατολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ

Σωτηριάδου Φωτεινή, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παιδιατρικής, Δ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Τατσιοπούλου Παρασκευή, Παιδοψυχίατρος, Διδάκτορας Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου Α.Π.Θ., Α' Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου



4^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB

SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ

Τάψας Δημήτριος, MD, PhD, MSc, Παιδίατρος – Παιδογαστρεντερολόγος

Φεσσάτου Σμαραγδή, Παιδίατρος-Παιδογαστρεντερολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Υπεύθυνη Μονάδας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας & Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Φώτης Λάμπρος, Παιδίατρος – Παιδορευματολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Φωτουλάκη Μαρία, Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Διευθύντρια Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής

Χουλιάρας Γεώργιος, Παιδογαστρεντερολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Β' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Συνεργάτης «ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ», «ΜΗΤΕΡΑ», «METROPOLITAN»




**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
EA01
**ΕΛΕΓΧΟΣ ΟΣΤΙΚΟΥ PROFIL ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Αφροδίτη Κούρτη¹, Ευαγγελία Παλατσιδη¹, Αναστασία Μοσχοβίτη², Ινώ Καναβάκη¹, Μελπομένη Πέττπα³, Περικλής Φούκας⁴, Δημήτριος Πολύμερος⁵, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

1. Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
3. Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική-Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
4. Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
5. Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Τα παιδιά με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για χαμηλή οστική πυκνότητα. Η ακριβής αιτία δεν είναι γνωστή και συχνά αποδίδεται στη χρήση κορτικοειδών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της οστικής πυκνότητας (ΟΠ) κατά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ, χωρίς προηγούμενη θεραπεία με κορτικοειδή.

Υλικό και Μέθοδος: Παιδιά κατά τη διάγνωση ΙΦΝΕ, χωρίς να έχουν λάβει θεραπεία με κορτικοειδή, υποβλήθηκαν σε μέτρηση οστικής πυκνότητας σε οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης με τη μέθοδο απορρόφησης διπλής δέσμης και ενέργειας φωτονίων (DXA). Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν δεδομένα ανάπτυξης και οστικού μεταβολισμού.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 33 ασθενείς (17 αγόρια και 16 κορίτσια). Το 75,7% είχαν νόσο Crohn και το 24,3% Ελκώδη Κολίτιδα. Η διάμεση ηλικία στη διάγνωση ήταν τα 10,6 έτη (εύρος 2-17). Οστεοπενία ορίστηκε ως z-score $\leq -1SD$ και οστεοπόρωση ως z-score $\leq -2SD$. Από τους 33 ασθενείς 6 (18%) είχαν ΟΠ $\leq -1SD$ και 4 (12%) $\leq -2SD$. Οι τιμές ($\pm SD$) Ca, P, Mg και ALP κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 78% των παιδιών είχαν ανεπάρκεια βιταμίνης D με επίπεδα $\leq 20ng/ml$. Σε σύγκριση μεταξύ των παιδιών με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στην ΟΠ όσο και στις τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων του οστικού μεταβολισμού. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των τιμών της βιταμίνης D και της ΟΠ ή της σωματικής ανάπτυξης των παιδιών.

Συμπεράσματα: Μείωση στην τιμή της οστικής πυκνότητας παρατηρήθηκε περίπου στο 1/3 των παιδιών με ΙΦΝΕ τη στιγμή της διάγνωσης, χωρίς διαφορά μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα. Η φλεγμονώδης νόσος συμβάλλει στη μείωση της ΟΠ, όμως οι μηχανισμοί που συμμετέχουν είναι σύνθετοι. Είναι απαραίτητη η διενέργεια μελετών προκειμένου να διευκρινιστεί ο ρόλος του καθενός.


ΕΑ02
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ CLINICAL SCORE ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ MECKEL

Ειρήνη Χρονοπούλου, **Χρυσούλα Γιαννοπούλου**, Αναστασία Αυλωνίτη, Κωνσταντίνα Κάπωνα, Νικόλαος Χριστόπουλος, Αγγελική Κρικρή

Γενικό Νοκομείο Παιδών, "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το εκκόλπωμα Meckel αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία του λεπτού εντέρου. Επιπλοκές εμφανίζονται σε ποσοστό 4-16%, με τη συχνότερη στα παιδιά να είναι η αιμορραγία κατώτερου πεπτικού. Παρά την ύπαρξη διαθέσιμων απεικονιστικών μεθόδων, η διάγνωση μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον θεράποντα ιατρό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση και συζήτηση των δυσκολιών στη διάγνωση εκκολπώματος Meckel σε παιδιά με αιματοχεσία και αναιμία.

ΥΛΙΚΟ: Τρία πρόσφατα περιστατικά ασθενών τα οποία προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κύρια συμπτώματα την αιματοχεσία και την αναιμία. Ο πρώτος ασθενής είναι ένα 10 μηνών βρέφος με αιμορραγικές κενώσεις και αναιμία. Ο δεύτερος ασθενής είναι ένα 8 ετών αγόρι το οποίο προσήλθε με αναιμία, λιποθυμικό επεισόδιο και βυσσινόχρωες κενώσεις. Ο τρίτος ασθενής είναι ένα 10 ετών αγόρι με αιμορραγικές κενώσεις και εμέτους. Από τη λοιπή αντικειμενική εξέταση δε παρατηρήθηκαν αξιόλογα ευρήματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ο οποίος περιελάμβανε υπερηχογράφημα κοιλίας, Mayer κοπράνων, scanning Μεκελείου, κολonosκόπηση και γαστροσκόπηση, με κατά περίπτωση μη σαφή αποτελέσματα. Ωστόσο με βάση το clinical score (score>6) για τη διάγνωση του εκκολπώματος Meckel και την ισχυρή κλινική υποψία, οι ασθενείς οδηγήθηκαν σε λαπαροτομή όπου ανευρέθη και αφαιρέθηκε εκκόλπωμα Meckel.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ομαλή μετεγχειρητική πορεία με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ισχυρή κλινική υποψία εκκολπώματος Meckel και μη διαγνωστικό απεικονιστικό έλεγχο, κρίνεται ωφέλιμη η χρήση του clinical score και η ερευνητική λαπαροτομία.

**ΕΑ03****Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΟΤΟΧ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟΥ**

Ελευθερία Μαυριγιαννάκη, Ειρήνη Χρονοπούλου, **Κωνσταντίνα Κάπωνα**, Αναστασία Αυλωνίτη, Νικόλαος Χριστόπουλος, Αγγελική Κρικρή

Γενικό Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα εμμένοντα αποφρακτικά φαινόμενα μετά από χειρουργική εκτομή του αγγαλιονικού τμήματος του εντέρου σε ασθενείς με συγγενές megacolon (Hirschprung disease-HD) αφορούν περίπου 8-30% των ασθενών και αποτελούν συχνή αιτία παραπομπής σε παιδογαστρεντερολόγο, μπορεί δε να σχετίζονται με την επέμβαση, την «ποιότητα» του λοιπού κόλου ή του σφιγκτήρα ή να είναι ιδιοπαθή της παιδικής ηλικίας. Η έγχυση botox έχει διεθνώς υιοθετηθεί ως πρακτική στον αλγόριθμο αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών.

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από ένα περιστατικό επιτυχούς αντιμετώπισης σοβαρής δυσκοιλιάς με έγχυση botox σε ασθενή με χειρουργημένη HD.

Υλικό: Άρρεν νήπιο 2,5 ετών με χειρουργική αποκατάσταση HD κατά Duhammel σε ηλικία 1 έτους χωρίς παρακολούθηση της διαχείρισης των κενώσεων, διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας μετά από 10ήμερη νοσηλεία σε άλλα ιδρύματα λόγω εικόνας εντεροκολίτιδας με μετεωρισμό, κοπρόσταση και εμέτους. Έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτικά και ετέθη σε πρόγραμμα καθημέρα υποκλυσμών. Η κολonosκόπηση ανέδειξε rouch 12cm και η μανομετρία ορθού ήταν μη διαγνωστική. Έγινε νέα swenson που ήταν φυσιολογική.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε έγχυση botox 100IU/1ml κυκλοτερώς στον έσω σφιγκτήρα στο ύψος της οδοντωτής γραμμής. 5 μήνες μετά έγινε επαναληπτική κολonosκόπηση με μείωση του rouch 2cm και επαναληπτική δόση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εμφάνισε προοδευτική βελτίωση της δυσκοιλιάς και αυτόματες κενώσεις.

Συμπεράσματα: Η έγχυση botox σε ασθενείς με σοβαρή δυσκοιλιά μετά από χειρουργηθέν συγγενές megacolon είναι μία υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή που μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή.


ΕΑ04
COVID-19 ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Παναγιώτα Καρανάου, Σοφία Μαρκίδου, Όλγα Βαμπερτζή, Νικόλαος Γκιουρτζής, Μαρία Ντουμπάρα, Φωτεινή Σωτηριάδου, Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου, Μαρία Φωτουλάκη

Δ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή. Η λοίμωξη COVID-19 στα παιδιά παρουσιάζει μια μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων, μεταξύ των οποίων και γαστρεντερολογικές εκδηλώσεις. Οι γαστρεντερικές διαταραχές είναι αρκετά συχνές (συχνότητα έως 88%) και μπορεί να εμφανίζονται πριν ή και παράλληλα με την εκδήλωση συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα.

Σκοπός. Η καταγραφή των γαστρεντερολογικών εκδηλώσεων νοσηλευόμενων παιδιών με λοίμωξη COVID-19 σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό-Μέθοδος. Μελετήθηκαν τα ιατρικά αρχεία παιδιών που νοσηλεύτηκαν από τον Αύγουστο 2020 έως και το Σεπτέμβριο 2021 με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από τον ιό SAR-CoV-2. Καταγράφηκαν όλα τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά που αφορούσαν το πεπτικό σύστημα.

Αποτελέσματα. Συνολικά νοσηλεύτηκαν 46 παιδιά (30 αγόρια, 16 κορίτσια) ηλικίας 8 ημερών έως 15,5 ετών (μέση ηλικία: 4,7 έτη). Τα 24/46 παιδιά (52,2%) παρουσίασαν συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα (14 αγόρια, 10 κορίτσια). Από αυτά 11/24 (45,8%) ήταν βρέφη <1 έτους και 6/24 (25%) ήταν παιδιά >10 ετών. Οι 10/24 ασθενείς (41,7%) εμφάνισαν κοιλιακό άλγος, οι 7/24 (29,2%) εμέτους, οι 4/24 (16,7%) διάρροιες, οι 10/24 (41,7%) ανορεξία και οι 5/24 (20,8%) τρανσαμινασαιμία. Όλα τα παιδιά που εκδήλωσαν πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο (MIS-C) 3/46 (6,5%) είχαν συμπτώματα από το πεπτικό. Μόνο ένα παιδί έπασχε από υποκείμενο νόσημα. Όλοι οι ασθενείς είχαν καλή έκβαση με πλήρη βελτίωση των κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων τους.

Συμπεράσματα. Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις στη λοίμωξη COVID-19 είναι αρκετά συχνές και μπορεί να προηγούνται του πυρετού και των λοιπών κλινικών εκδηλώσεων. Για τον ανωτέρω λόγο, απαιτείται στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση των παιδιών, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και των πιθανών σοβαρών επιπλοκών της.

**ΕΑ05****ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ - PEG: ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΛΑΘΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Ελευθερία Μαυριγιαννάκη, Ιωάννης Γεωργόπουλος, Ειρήνη Αμυρώτου, Αγγελική Κρικρή, Νικόλαος Χριστόπουλος

Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία αποτελεί μία σύγχρονη μέθοδο υποστήριξης της διατροφής και θρέψης παιδιών με σοβαρά και σύνθετα προβλήματα υγείας που οδηγούν σε αδυναμία σίτισης.

Σκοπός: Η παρουσίαση της 4 ετούς εμπειρίας μας.

Υλικό: Όλοι οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση PEG από το 2017 ως το 2020 στο νοσοκομείο μας.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 69 ασθενείς (34 κορίτσια, 32 αγόρια) από 2 μηνών έως 16 ετών. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση PEG υπό γενική αναισθησία και έλαβαν τις ίδιες μετεγχειρητικές οδηγίες. Η διάρκεια του χειρουργείου, οι υποκείμενες παθήσεις και οι επιπλοκές καταγράφηκαν.

Αποτελέσματα: 20 λεπτά ήταν ο μέσος χειρουργικός χρόνος και το 23% των ασθενών ήταν κάτω του έτους (n=16). 4 ασθενείς (5,7%) παρουσίασαν μικρή διεγχειρητική αιμορραγία και 2 ασθενείς πλημμελή τοποθέτηση. Πρώιμες επιπλοκές εμφανίστηκαν στο 7.2%: διάρροια γαστρικών υγρών (n=3) και μετανάστευση υλικού (n=2). Καθυστερημένη μετανάστευση υλικού εμφανίστηκε σε 7 ασθενείς (10%) και τοπική φλεγμονή σε 2 (2.8%). Κοκκιώδης ιστός πέριξ της στομιάς αναφέρθηκε στο 28.9% (n=20). Καμία σοβαρή επιπλοκή δεν αναφέρθηκε.

Συμπεράσματα: Παρουσιάζουμε μία από τις μεγαλύτερες σειρές PEG στην Ελλάδα σε παιδιά όλων των ηλικιών με ποσοστά επιπλοκών αντίστοιχα με αυτά από τα διεθνή κέντρα. Η τοποθέτηση PEG από καλά εκπαιδευμένο προσωπικό είναι μία γρήγορη και ασφαλής διαδικασία ακόμα και σε νεογνά με σύνθετα και σοβαρά προβλήματα υγείας.


ΕΑ06
MARALIXIBAT: ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΝΗΣΜΟΥ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ALAGILLE

Αγγελική Μουδάκη¹, Ελισσάβητ Γεωργιάδου¹, Αναστασία Πολυτάρχου¹, Σοφία Λουκοπούλου², Παρασκευή Γαλήνα³, Αγλαΐα Ζέλλου¹, Ευαγγελία Λυκοπούλου¹

¹ Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

² Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Alagille είναι κληρονομικό νόσημα με χολόσταση λόγω μειωμένου αριθμού ενδοηπατικών χοληφόρων, περιφερική στένωση πνευμονικής αρτηρίας, ανωμαλίες σπονδύλων δίκην πεταλούδας, σπίθιο εμβρυότοξο και προσωπείο με υπερτελορισμό και τριγωνικό σαγόνι.

Τα χολικά οξέα συντίθενται στο ήπαρ και εισέρχονται στο λεπτό έντερο. Στη συνέχεια, >90% των χολικών οξέων επανααρροφούνται μέσω νατριο-εξαρτώμενων μεταφορέων και επιστρέφουν στο ήπαρ.

Σε χολόσταση, υπάρχει διαταραχή σχηματισμού και ροής της χολής, συσώρευση χολικών οξέων στο ήπαρ, ίκτερος και κνησμός. Για την αντιμετώπιση του κνησμού, πρόσφατα εγκρίθηκε από τον FDA το Maralixibat, διότι αναστέλλει την επαναπρόσληψη των χολικών οξέων από το έντερο, αναστέλλοντας τους νατριο-εξαρτώμενους μεταφορείς τους.

Σκοπός: Παρουσίαση νηπίου 26 μηνών με σύνδρομο Alagille στο οποίο χορηγήθηκε το φάρμακο Maralixibat.

Υλικό – Μέθοδος: Νήπιο άρρεν με σύνδρομο Alagille φέρει τη μετάλλαξη c.1563_1564del p.(Cys522Serfs*8) στο γονίδιο JAG1 σε ετεροζυγωτία, που κληρονομήθηκε από τη μητέρα, η οποία παρουσιάζει περιφερική στένωση πνευμονικής αρτηρίας.

Το νήπιο παρουσιάζει επίμονο κνησμό, με λύση του δέρματος, διαταραχές ύπνου και στασιμότητα βάρους, παρά την αγωγή με αντιισταμινικά, ριβαμπικίνη, ουρσοδεοξυχολικό οξύ. Διαπιστώνεται χολόσταση με αυξημένες τιμές χολικών οξέων στον ορό (140-741 μmol/l) και αυξημένες τιμές ολικής χολερυθρίνης (max:8,95mg/dl) και γGT(max:324U/L).

Αποτελέσματα: Σε ηλικία 26 μηνών, ο ασθενής ακολούθησε πρωτόκολλο πρώιμης παρέμβασης με Maralixibat και παρουσίασε βελτίωση του κνησμού, του ύπνου, της πρόσληψης βάρους και επούλωση του δέρματος.

Συμπεράσματα: Για την αντιμετώπιση του κνησμού στο σύνδρομο Alagille, χρησιμοποιούνται: αντιισταμινικά, ριβαμπικίνη, ουρσοδεοξυχολικό οξύ, χολεστυραμίνη, naltrexone και sertraline. Το Maralixibat αποτελεί νέο ασφαλές εργαλείο για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην ανωτέρω θεραπεία, μειώνει τον κνησμό και βελτιώνει τον τρόπο ζωής τους.

**ΕΑ07****ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΠΛΗΞΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ FANCONI**

Φωτεινή Σωτηριάδου¹, Μαρία Ντουμπάρα¹, Νικόλαος Γκιουρτζής¹, Ανθή Μοριχοβίτου², Βασίλειος Παπαγιάννης², Γεώργιος Παπαδεράκης², Βασίλειος Λαμπρόπουλος³, Χρήστος Κασελάς³, Ιωάννης Σπυριδάκης³, *Ευστράτιος Σαλιακέλλης¹, *Μαρία Φωτουλάκη¹

¹ Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³ Β' Παιδοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

*Οι συγγραφείς Μαρία Φωτουλάκη και Ευστράτιος Σαλιακέλλης συνεισέφεραν από κοινού ως τελευταίοι συγγραφείς (senior authors)

Αλληλογραφία (corresponding author): Καθ. Μαρία Φωτουλάκη (email: mfotoul@otenet.gr)

Εισαγωγή: Οι ανατομικές ανωμαλίες του πεπτικού δεν είναι ασυνήθεις σε ασθενείς με αναιμία Fanconi. Επί κλινικών συμπτωμάτων, κατάλληλος απεικονιστικός έλεγχος είναι αναγκαίος για την ανάδειξή τους.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με αναιμία Fanconi, επίμονη τρανσαμινασαιμία και μεγάλη διάταση της 1^{ης} μοίρας του 12/λου.

Υλικό και Μέθοδος: Αγόρι ηλικίας 10,5 ετών με διαλείποντα επεισόδια κοιλιακής διάτασης από την ηλικία των 2 χρόνων τα οποία υποχώρησαν αργότερα σημαντικά. Η σωματική ανάπτυξη ήταν υπολειπόμενη (ΒΣ και ύψος κάτω από την 3^η ΕΘ). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αρχικά ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο η οποία δεν ήταν σταθερή. Ο εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε την τρανσαμινασαιμία με αυξημένη γGT.

Αποτελέσματα: Η MRCP ανέδειξε διάταση του στομάχου και του 12/λου με ήπια διεύρυνση του χοληφόρου δένδρου ως το επίπεδο του φύματος του Vater. Ακολούθησε ενδοσκοπηση ανωτέρου πεπτικού με παρουσία μεγάλης διάτασης της 1^{ης} μοίρας του 12/λου, υπολείμματα τροφών και αδυναμία προώθησης του ενδοσκοπίου στην 2^η μοίρα. Για τον λεπτομερή καθορισμό της ανατομίας της περιοχής, έλαβε χώρα ακτινοσκόπηση η οποία ανέδειξε στένωση της 1^{ης} μοίρας του 12/λου με μεγάλη προστενωτική διάταση χωρίς malrotation. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην παιδοχειρουργική κλινική για χειρουργική διόρθωση του ανατομικού προβλήματος.

Συμπέρασμα: Από τα ευρήματα του ενδοσκοπικού και απεικονιστικού ελέγχου αναδείχθηκε δωδεκαδακτυλική στένωση μεταξύ 1^{ης}/2^{ης} μοίρας. Μετά και τον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατικής παθολογίας, τα ευρήματα αποδίδονται σε μηχανικό αίτιο (μερική απόφραξη) λόγω πιθανής συμμετοχής του φύματος Vater στην περιοχή της στένωσης το οποίο αναμένεται να αποδειχθεί χειρουργικά.


ΕΑ08
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΚΠΛΗΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΤΡΟΜΟ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΥΣ

Νικόλαος Γκιουρτζής, Μαρία Ντουμπάρα, Μαρκίδου Σοφία, Φωτεινή Σωτηριάδου, Μαρία Φωτουλάκη

Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι σε ποσοστό περίπου 8% έχουν κοιλιοκάκη. Συνήθως προηγείται η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια σημειώνεται πως κατά τη διαγνωστική ενδοσκόπηση ασθενών με κοιλιοκάκη, σε ποσοστό 10%, διαπιστώνεται και ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενή με εμέτους και νυκτερινή αφύπνιση και κατά τη διάρκεια της διερεύνησης για κοιλιοκάκη αποκαλύφθηκε σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι.

Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Αγόρι 7 ετών, με γνωστό ιστορικό πολλαπλής τροφικής αλλεργίας και αλωπεκίας εισήχθη προγραμματισμένα στην παιδιατρική κλινική για διερεύνηση δυσκοιλιότητας και επεισοδίων νυκτερινού τρόμου και ακολούθως εμέτων. Έγινε ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, μετά από μονοήμερη απευαισθητοποίηση με μεθυλπρεδνιζολόνη (1 mg/kgεφάπαξ) και σετιριζίνη, χωρίς παθολογικά ευρήματα, ενώ από τον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε ηωσινοφιλία, αυξημένη τιμή IgE και θετικά αντισώματα έναντι του ενδομυΐου και της ιστικής τρανσγλουταμινάσης. Επτά ημέρες αργότερα, μετά την εκ νέου χορήγηση κορτικοστεροειδών ως απευαισθητοποίηση για διενέργεια ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού διαπιστώθηκε υπεργλυκαιμία (400 mg/dl), η διερεύνηση της οποίας ανέδειξε χαμηλές τιμές του c-πεπτιδίου και της ινσουλίνης και αυξημένη γλυκοζυωμένη αιμοσφαιρίνη που επιβεβαίωσαν την διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι. Επιπλέον, τα ευρήματα της ιστολογικής εξέτασης ήταν συμβατά με κοιλιοκάκη και ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα (>20 ηωσινόφιλα κατά οπτικό πεδίο). Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ινσουλίνης και αυστηρή δίαιτα χωρίς γλουτένη.

Συμπεράσματα: Στα πλαίσια διερεύνησης λόγω υποψίας αυτοάνοσου νοσήματος (στην περίπτωση μας κοιλιοκάκη), η χορήγηση κορτικοστεροειδών δύναται να τροποποιήσει ή να αποκαλύψει άλλο υποκείμενο αυτοάνοσο νόσημα.


ΕΑ09
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 10 ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΠΠΕ-ΙΦΝΕ)

Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Μαρία Ρογαλίδου¹, Αντίνα Σάντου², Θεοδώρα Ζαγγογιάννη², Ιφιγένεια Ματαρά², Κωνσταντίνα Δημάκου¹, Μαριάννα Τζανουδάκη³, Εμμανουήλ Λιάτσης³, Περικλής Μακρυθανάσης⁴, Νίκος Μαρινάκης⁴, Jan Traeger-Συνοδινού⁴, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ν. Παίδων "Η Αγία Σοφία"

² Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Κλινική ΠΚ2, Γ.Ν. Παίδων "Η Αγία Σοφία"

³ Τμήμα Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, Κέντρο Πρωτοπαθών Ανοσοανεπαρκειών, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία"

⁴ Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η πολύ πρώιμης έναρξης ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΠΠΕ-ΙΦΝΕ) είναι σπάνια οντότητα, με σημαντική συσχέτιση με μονογονιδιακές μεταλλάξεις.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού ΠΠΕ-ΙΦΝΕ με ανεπάρκεια του υποδοχέα της Ιντερλευκίνης-10 (IL-10R) και η ανάδειξη των φαινοτυπικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με το συγκεκριμένο μονογονιδιακό νόσημα.

Υλικό: Άρρεν βρέφος ηλικίας 5,5 μηνών, με ιστορικό βλεννοαιματηρών κενώσεων από την νεογνική ηλικία που αρχικά αποδόθηκαν σε αλλεργία στο γάλα αγελάδος, για την οποία τέθηκε σε στοιχειακό γάλα, εισήχθη λόγω ουρολοίμωξης. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν ευμεγέθεις ραγάδες και ραβδώσεις στην περιπρωκτική περιοχή, ενώ από το ιστορικό προέκυψε ότι εξακολουθούσε η περιστασιακή πρόσμιξη αίματος στις κενώσεις. Η κλινική εικόνα της περιπρωκτικής περιοχής έθεσε την υποψία ΠΠΕ-ΙΦΝΕ.

Μέθοδος: Το βρέφος υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση και ειλεοκολonosκόπηση (μη ειδική κολίτιδα), απεικονιστικό έλεγχο και έλεγχο επάρκειας έμφυτης και επίκτητης ανοσίας, συμπεριλαμβανομένης και της ειδικής λειτουργικής δοκιμασίας της IL-10 και του υποδοχέα της (IL-10R). Επίσης, διενεργήθηκε γονιδιακός έλεγχος (whole exome sequence).

Αποτελέσματα: Η MRI πυέλου ανέδειξε διαπυθηνό περιπρωκτικό συρίγγιο. Διαπιστώθηκε αδυναμία μείωσης της παραγωγής TNFα και IL-6 στα διεγερμένα με LPS δείγματα, μετά από επώαση με IL-10, εύρημα συμβατό με ανεπάρκεια της οδού του IL-10R. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από τον γονιδιακό έλεγχο. Το βρέφος τέθηκε σε λίστα αναμονής για Μεταμόσχευση Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων και σε άμεση έναρξη αντιβιοτικής αγωγής και βιολογικού παράγοντα (Infliximab).

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη σοβαρής περιπρωκτικής νόσου σε βρέφος με αιμορραγικές κενώσεις πρέπει να θέτει την υποψία ΠΠΕ-ΙΦΝΕ και συγκεκριμένα της ανεπάρκειας της οδού της IL-10/IL-10R. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται έγκαιρα πριν την εμφάνιση βαρύτατων επιπλοκών.


EA10
ΘΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 (MIS-C).

Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου, **Αγνή Γλαβά**, Χριστίνα Χαϊντάρη, Σοφία Μαρκίδου, Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη, Μαρία Φωτουλάκη

Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο των παιδιών (MIS-C) είναι μία σπάνια επιπλοκή, που εκδηλώνεται 2-6 εβδομάδες μετά από λοίμωξη Covid-19. Ο πυρετός είναι το κύριο σύμπτωμα, με επί πλέον προσβολή τουλάχιστον δύο ακόμη συστημάτων (καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, νευρικό, ουροποιητικό). Στο σύνδρομο μπορεί να παρατηρηθεί ραγδαία επιδείνωση, με πιθανή νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Σκοπός: Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του MIS-C, με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας.
Υλικό- Μέθοδος: Αγόρι 15 ετών παρουσίαζε από 4ημέρου πυρετό ως 39,6, εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις με συνοδό εξάνθημα παλαμών-πελμάτων. Αναφέρεται προ 5 εβδομάδων λοίμωξη από SARS-CoV-2 (πρόσφατη PCR-Covid-19: αρνητική). Στον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λεμφοπενία (410 λεμφοκύτταρα/μl), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP, ΤΚΕ, ινωδογόνο, φερριτίνη), αυξημένα D-dimers, φυσιολογικές βιοχημικές εξετάσεις ορού, αρνητικές καλλιέργειες ούρων/αίματος/κοπράνων και αρνητικός λοιμοανολογικός έλεγχος. Χορηγήθηκε κεφτριαξόνη IV, χωρίς κλινική βελτίωση, ενώ παρατηρήθηκε περαιτέρω αύξηση των δεικτών φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Στα πλαίσια ελέγχου για MIS-C έγινε υπερηχοκαρδιογράφημα: μικρή μείωση συσταλτικότητας του μυοκαρδίου (κλάσμα εξώθησης 48%), μικρή περικαρδική συλλογή, και φλεγμονή της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αυξημένη προκαλσιτονίνη, ιντερλευκίνη-6, τροπονίνη και νατριουρητικό πεπτιδίο-B, υπολευκωματιναιμία, ήπια τρανσαμινασαιμία, ήπια υπονατριαιμία, αύξηση τριγλυκεριδίων, ενώ οι τιμές ουρίας-κρεατινίνης ήταν φυσιολογικές. Τέθηκε η διάγνωση του MIS-C και χορηγήθηκε ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη, με άμεση κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Οι γαστρεντερικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνές σε ασθενείς με MIS-C (60-100%). Παρά τη σπανιότητα του συνδρόμου, ασθενείς με υψηλό πυρετό, γαστρεντερικά συμπτώματα και υψηλούς δείκτες φλεγμονής, θα πρέπει να διερευνώνται για ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης από SARS-CoV-2 και να τίθενται σε στενή κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση, για έγκαιρη αντιμετώπιση του συνδρόμου MIS-C.


EA11
ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΑ-ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΜΠΥΡΕΤΑ

Αφροδίτη Κούρτη¹, Αγγελική Πνευματικού¹, Λάμπρος Φώτης¹, Ινώ Καναβάκη¹, Σπυρίδων Προύντζος², Ευθυμία Αλεξοπούλου², Περικλής Φούκας³, Δημήτριος Πολύμερος⁴, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁴Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωση έφηβης με νόσο Crohn και παρατεινόμενα εμπύρετα

Περιγραφή περίπτωσης: Έφηβη 14ετών προσκομίστηκε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου, κοιλιακού άλγους, αφθωδών βλαβών στο στόμα και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Έγινε ενδοσκόπηση πεπτικού και ετέθη η διάγνωση νόσου Crohn. Τέθηκε σε αγωγή με μεσαλαζίνη και αζαθειοπρίνη. Η αζαθειοπρίνη διεκόπη ένα μήνα μετά λόγω ηπατοτοξικότητας και ξεκίνησε infliximab. Ένα έτος μετά και ενώ η νόσος ήταν σε ύφεση, προσκομίστηκε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου, κακουχίας, κοιλιακού άλγους και ψωριασιόμορφου εξανθήματος στον αυχένα. Στον εργαστηριακό έλεγχο είχε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, αρνητικό έλεγχο για λοιμώδη και αυτοαντισώματα. Η CT θώρακος ανέδειξε μικρή πλευριτική συλλογή άμφω, η CT κοιλίας ήταν χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Διεκόπη το infliximab και έγινε έναρξη πρεδνιζολόνης και μεθοτρεξάτης με βελτίωση κλινικής εικόνας. Μία εβδομάδα μετά τη διακοπή της πρεδνιζολόνης (2 μήνες μετά την έναρξή της) η έφηβη επανήλθε με πυρετό. Η CT θώρακος ανέδειξε παχυσμένο τοίχωμα σε αριστερή υποκλειδία και πνευμονικές αρτηρίες. Το PET-CT ανέδειξε επιπρόσθετα βλάβη στο τοίχωμα του αορτικού τόξου. Έλαβε ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και συνέχισε με p.os κορτικοστεροειδή, μεθοτρεξάτη και adalimumab. Τρεις μήνες μετά, η MRA θώρακος ανέδειξε πάχυνση αρτηριακού τοιχώματος εύρημα συμβατό με αγγειίτιδα Takayasu. Στην παρούσα φάση η έφηβη είναι σε ύφεση υπό αγωγή με χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών, μεθοτρεξάτη και adalimumab.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με νόσο Crohn, είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη την ασυνήθη πιθανότητα συνύπαρξης αρτηρίτιδας Takayasu, ακόμα και αν η βασική νόσος είναι σε ύφεση.


EA12
FPIES ΣΕ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΘΗΛΑΖΟΝ ΒΡΕΦΟΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
Μαρία Ζιάκα¹, Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Χαράλαμπος Ανταχόπουλος¹, Ευαγγελία Δεσλή², Εμμανουήλ Ροηλίδης¹
¹ Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

² Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το FPIES (Food protein-induced enterocolitis syndrome) αποτελεί T-κυτταρικά-μεσολαβούμενη αντίδραση υπερευαισθησίας στην τροφική πρωτεΐνη, με συχνότερη αυτήν του γάλακτος αγελάδας. Σπανίζει σε αποκλειστικά θηλάζοντα βρέφη, λόγω της προηγηθείσας πέψης της τροφικής πρωτεΐνης και της προστατευτικής δράσης των TGF-β/IgA του μητρικού γάλακτος. Η χρόνια μορφή του ενίοτε προσομοιάζει με σήψη, με ανάγκη χορήγησης υγρών/αίματος, στην προσπάθεια σταθεροποίησης του ασθενούς.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί περίπτωση FPIES σε αποκλειστικά θηλάζον βρέφος, με έμφαση στη διαγνωστική προσέγγιση και τις επιπλοκές στην οξεία φάση αντιμετώπισης.

Περιγραφή περίπτωσης: Θήλυ, αποκλειστικά θηλάζον βρέφος, 53ημερών παρουσίασε 15 διάρροιες/ημέρα, στασιμότητα βάρους και ωχρότητα-γογγυσμό από 72ώρου. Μετά τη λήψη καλλιεργειών, τέθηκε σε IV κεφοταξίμη, λόγω εμμόνης των διαρροιών-εμφάνισης εμπυρέτου. Κατά τη νοσηλεία, το βρέφος παρουσίασε αύξηση δεικτών φλεγμονής, αναιμία (απαιτήθηκε μετάγγιση RBCs), λευκοκυττάρωση-πολυμορφοπυρήνωση-αριστερή στροφή, θρομβοκυττάρωση, ανθεκτική υπονατρίαμία, τρανσαμινασαιμία, υπολευκωματιναιμία, παράταση INR. Για την πιθανότητα άτυπου Kawasaki, χορηγήθηκε IVIg, ενώ λόγω εμμόνης της εικόνας προστέθηκε IV μεθυλπρεδνιζολόνη. Η μη-ικανοποιητική ανταπόκριση στην αρχική θεραπεία και η μεθαιμοσφαιριναιμία (11,9%) ορού (Εικόνα 1), έθεσαν την υπόνοια FPIES. Το βρέφος ξεκίνησε σίτιση με στοιχειακό γάλα, με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Ωστόσο, 14 ημέρες μετά, παρατηρήθηκαν τρανσαμινασαιμία, χολόσταση και αύξηση δεικτών φλεγμονής, που αποδόθηκαν σε οξεία CMV λοίμωξη (PCR-CMV ούρων: θετική), απότοκο της μετάγγισης RBCs στην αρχική φάση αντιμετώπισης. 5 μήνες μετά, η ασθενής παρουσιάζει άριστη θρέψη και απουσία κλινικοεργαστηριακής υποτροπής.

Συμπεράσματα: Το χρόνιο FPIES πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση ακόμη και αποκλειστικά θηλαζόντων βρεφών με εικόνα SIRS και συμμετοχή του γαστρεντερικού, με τη μεθαιμοσφαιρίνη να αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο. Ακόμη και σπάνιες κλινικές οντότητες, ωστόσο, μπορούν να επιπλακούν από συνήθεις καταστάσεις, προς την κατεύθυνση των οποίων οφείλουμε να διερευνούμε, ανάλογα με τις κλινικοεργαστηριακές ενδείξεις.

**EA13****ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΥΓΙΗ ΚΑΙ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ****Κατερίνα Σδράβου¹**, Αθανασία Πρίντζα², Ανδρεουλάκης Ηλίας³, Φωτεινή Σωτηριάδου¹, Μαρία Φωτουλάκη¹¹Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη² Α΄ Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη³Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Δομή Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ενηλίκων, Θεσσαλονίκη**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το 25%-45% των παιδιών τυπικής ανάπτυξης αντιμετωπίζουν προβλήματα σίτισης. Τα παιδιά με παθήσεις του πεπτικού συστήματος θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση τέτοιων προβλημάτων.**Σκοπός:** η διερεύνηση του επιπολασμού των προβλημάτων σίτισης και των παραγόντων που πιθανά σχετίζονται με την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών σε υγιή παιδιά και σε παιδιά με προβλήματα του πεπτικού συστήματος ηλικίας 2-7 ετών.**Υλικό:** 787 υγιή παιδιά από τον γενικό πληθυσμό και 141 παιδιά με παθήσεις πεπτικού συστήματος.**Μέθοδος:** μελέτη παρατήρησης χρονικής στιγμής, τύπου ασθενών και μαρτύρων. Χορηγήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης της συμπεριφοράς των παιδιών κατά τη σίτιση BPFAS και συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούν τα δημογραφικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό, το ιστορικό σίτισης, το περιβάλλον σίτισης και τις γονικές πρακτικές σίτισης.**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα ελέγχου, το 8,2% των παιδιών είχαν παθολογικό Total Frequency Score (TFS) σκορ (συχνότητα δυσλειτουργικών συμπεριφορών) και το 27,5% είχαν παθολογικό Total Problem Score (TPS) σκορ (αριθμός προβλημάτων που ανέφεραν οι γονείς). Στην κλινική ομάδα, το 18,6% της κλινικής ομάδας είχε παθολογικό TFS σκορ και το 39,5% είχε παθολογικό TPS σκορ. Ανάμεσα στις δύο ομάδες διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια της σίτισης, σε πολλά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος σίτισης και σε πολλές γονικές πρακτικές. Συγκεκριμένοι δημογραφικοί παράγοντες, ο χαμηλός ΔΜΣ, η καθυστέρηση στη μετάβαση στις στερεές τροφές, αρκετά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος σίτισης και σχεδόν όλες οι γονικές πρακτικές, συσχετίστηκαν θετικά με τα προβλήματα σίτισης στην ομάδα ελέγχου. Λιγότερα χαρακτηριστικά συσχετίστηκαν θετικά με τα προβλήματα σίτισης στην κλινική ομάδα.**Συμπεράσματα:** Η μελέτη κατέδειξε ότι περίπου ένα στα δέκα υγιή παιδιά εκδηλώνει προβλήματα σίτισης, ενώ ένας στους τέσσερεις γονείς θεωρούν προβληματική τη σίτιση του παιδιού τους. Σχεδόν διπλάσιο ποσοστό παιδιών με παθήσεις του πεπτικού συστήματος βρέθηκε να αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα.


ΕΑ14
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ) ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Φωτεινή Μαρία Γεμιντζή, Έλενα Τασίκα, Κωνσταντίνα Βασιλάκη, Ευγενία Ρουκά, Αντιγόνη Μαυρουδή, Ιωάννης Ξυνιάς

Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι διατροφικές συνήθειες διαμορφώνονται κυρίως κατά την παιδική ηλικία, σε συνάρτηση με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και συχνά από τον τόπο διαμονής.

Σκοπός: Η καταγραφή των διατροφικών συνθηκών παιδιών σχολικής ηλικίας σε αστική περιοχή και σε επαρχία της Θεσσαλονίκης και η συσχέτιση τους με το ΔΜΣ.

Υλικό: Παιδιά ηλικίας 10-12 ετών που φοιτούν σε δημοτικά σχολεία στο νομό Θεσσαλονίκης.

Μέθοδος: Επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα παιδιών και συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 225 παιδιά. Τα μισά διέμεναν εντός της πόλης ενώ τα υπόλοιπα σε χωριό/κωμόπολη. Ποσοστό 60% του δείγματος είχε φυσιολογικό ΔΜΣ, ενώ 10% ήταν υπέρβαρο/παχύσαρκο. Η μέση τιμή του ΔΜΣ στα αγόρια δεν διέφερε σημαντικά από των κοριτσιών, όπως και η μέση τιμή του ΔΜΣ των παιδιών που διέμεναν εντός και εκτός Θεσσαλονίκης. Παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με αυξημένο ΔΜΣ είναι η χαμηλότερη κατανάλωση ψαριού, η συχνή χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών/διαδικτύου, η μεγαλύτερη ηλικία, το παθητικό κάπνισμα, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα καθώς και η προέλευση από μονογονεϊκή οικογένεια.

Συμπεράσματα: Η αύξηση του ΔΜΣ και οι κακές διατροφικές συνήθειες φαίνεται να είναι συχνότερο φαινόμενο σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν οι συνθήκες διαβίωσης στο πλαίσιο της οικογένειας, χωρίς τον τόπο διαμονής να μεταβάλλει σημαντικά τη διατροφή και κατ' επέκταση το βάρος των παιδιών.



EA15

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ESPGHAN

Ελένη Κούτρη¹, Μαρία Νόννη¹, Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹ και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹ εκ μέρους του δικτύου των Εθνικών Εταιρειών Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της ESPGHAN

¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι γνώσεις και δεξιότητες στην Κλινική Διατροφή (ΚΔ) είναι σημαντικές για τον παιδίατρο γαστρεντερολόγο.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας αυτής, η οποία διεξήχθη στο πλαίσιο μιας πανευρωπαϊκής έρευνας για την εκπαίδευση στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ), ήταν η αξιολόγηση των υποδομών, του προσωπικού και του όγκου των ασθενών σε διατροφική υποστήριξη των Ευρωπαϊκών κέντρων κατάρτισης στην ΠΓΗΔ.

Υλικό και Μέθοδος: Τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την εκπαίδευση στην Κλινική Διατροφή (ΚΔ) συμπληρώθηκαν από τους διευθυντές των Ευρωπαϊκών κέντρων κατάρτισης στην ΠΓΗΔ στο διάστημα Ιουνίου 2016 και Δεκεμβρίου 2019.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν εκατό εκπαιδευτικά κέντρα στην ΠΓΗΔ από 19 χώρες. Ειδικά εξωτερικά ιατρεία ΚΔ υπάρχουν στο 66% εξ αυτών, στελεχωμένα με εξειδικευμένους παιδίατρους στην ΚΔ πλήρους ή μερικής απασχόλησης στο 66% και 42% αντιστοίχως. Προγράμματα κατ' οίκον σίτισης μέσω στομίας (ΚΣΣ) και κατ' οίκον παρεντερικής διατροφής (ΚΠΔ) υφίστανται σε ποσοστό 94% και 77% των κέντρων αντιστοίχως. Ωστόσο, ποσοστό 24% δεν διαθέτει ειδικό διαιτολόγο και 55% ειδικό φαρμακοποιό, παρ' όλο που συνιστάται από την ESPGHAN. Ακόμη και τα μεγαλύτερα κέντρα με >5000 εξωτερικούς γαστρεντερολογικούς ασθενείς αναφέρουν ότι 25% και 50% αντιστοίχως δεν διαθέτουν στο δυναμικό τους ειδικό διαιτολόγο ή φαρμακοποιό. Ικανός αριθμός εκπαιδευτικών κέντρων (13% και 43% αντιστοίχως) αναφέρουν πολύ χαμηλούς αριθμούς ασθενών (<5 ετησίως) σε προγράμματα ΚΣΣ και ΚΠΔ.

Συμπεράσματα: Η έρευνα δείχνει σημαντικές διαφορές και ελλείψεις στις υποδομές, το προσωπικό και τον όγκο των ασθενών που λαμβάνουν κατ' οίκον θρεπτική υποστήριξη μεταξύ των Ευρωπαϊκών κέντρων κατάρτισης στην ΠΓΗΔ, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της εκπαίδευσης στην Κλινική Διατροφή.


EA16
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ESPGHAN

Ελένη Κούτρη¹, Μαρία Νόννη¹, **Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹** και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹ εκ μέρους του δικτύου των Εθνικών Εταιρειών Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της ESPGHAN

¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το εύρος των νοσημάτων ήπατος και των χοληφόρων καθιστά απαραίτητη την επαρκή εκπαίδευση των εξειδικευόμενων στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ) στα νοσήματα αυτά.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης, η οποία ήταν μέρος πανευρωπαϊκής έρευνας για την εκπαίδευση στην ΠΓΗΔ, ήταν η αξιολόγηση των υποδομών, προσωπικού και όγκου επεμβατικών πράξεων στην παιδιατρική ηπατολογία (ΠΗ) και μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ).

Υλικό και Μέθοδος: Τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την εκπαίδευση στην ΠΗ και ΜΗ στο πλαίσιο της εξειδίκευσης στην ΠΓΗΔ συμπληρώθηκαν από τους διευθυντές των Ευρωπαϊκών κέντρων εκπαίδευσης στο διάστημα Ιουνίου 2016 και Δεκεμβρίου 2019.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 100 εκπαιδευτικά κέντρα στην ΠΓΗΔ συμμετείχαν στην έρευνα. Ειδικά εξωτερικά ιατρεία ΠΗ είναι διαθέσιμα στο 75% των κέντρων, όμως ιατρείων ΜΗ, μόνο σε 12, ενώ 48/95 (51%) των κέντρων διαθέτουν ξεχωριστές κλίνες για ΠΓΗΔ ασθενείς. Ειδικοί με εμπειρία στη ΠΗ και ΜΗ πλήρους ή μερικής απασχόλησης ήταν διαθέσιμοι σε 31/45 (69%) και 11/36 (31%) αντιστοίχως. Βιοψίες ήπατος (ΒΗ) πραγματοποιούνται σε ποσοστό 94% των εκπαιδευτικών κέντρων: από ειδικό παιδογαστρεντερολόγο (30%), από επεμβατικό ακτινολόγο (27%) και από παιδοχειρουργό (6%). Ο μέσος ετήσιος αριθμός (εύρος) ΒΗ ανά εκπαιδευόμενο είναι 10 (1-125), αναδεικνύοντας σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα κέντρα κατάρτισης στην ΠΓΗΔ στην Ευρώπη. Ελαστογραφία ήπατος είναι διαθέσιμη σε 60/92 (65%) των κέντρων.

Συμπέρασμα: Η έρευνα ανέδειξε διαφορές όσον αφορά την κατάρτιση στην ΠΗ και ΜΗ ανάμεσα στα κέντρα εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ στην Ευρώπη. Οι εθνικές εταιρείες ΠΓΗΔ πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλίες προκειμένου να διασφαλίσουν την απόκτηση επαρκών γνώσεων και δεξιοτήτων στα νοσήματα του ήπατος των εξειδικευόμενων στην ΠΓΗΔ.


EA17
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.

Ελένη Κούτρη¹, Μαρία Νόννη¹, **Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹** και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹ εκ μέρους του δικτύου των Εθνικών Εταιρειών Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της ESPGHAN
¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η αναγνώριση της εξειδίκευσης στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ) αποτελεί πάγια διεκδίκηση της ESPGHAN.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης της επίσημης αναγνώρισης της ΠΓΗΔ στα κέντρα κατάρτισης στην ΠΓΗΔ στην Ευρώπη.

Υλικό και Μέθοδος: Τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την εκπαίδευση στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ) συμπληρώθηκαν από τους διευθυντές των Ευρωπαϊκών κέντρων εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ στο διάστημα Ιουνίου 2016 και Δεκεμβρίου 2019.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 100 εκπαιδευτικά κέντρα στην ΠΓΗΔ από 19 χώρες συμμετείχαν στην έρευνα: 58 από 12 χώρες στις οποίες η εξειδίκευση στην ΠΓΗΔ είναι αναγνωρισμένη (Ομάδα 1) και 42 από 7 όπου δεν είναι (Ομάδα 2). Τα εκπαιδευτικά κέντρα της Ομάδας 2 είναι λιγότερο πιθανό να έχουν δική τους ενδοσκοπική αίθουσα, συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και υπευθύνους επίβλεψης της εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ ($p=0,05$, $p=0,001$ και $p=0,002$, αντιστοίχως). Οι εξειδικευόμενοι στα κέντρα της Ομάδας 2 είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε επαρκή αριθμό ενδοσκοπήσεων, καθώς ≤ 50 ενδοσκοπήσεις ανώτερου και κατώτερου πεπτικού ανά εκπαιδευόμενο ετησίως αναφέρονται από ποσοστά 2% και 41% έναντι 12% και 73% των κέντρων αντιστοίχως ($p=0,05$), ≤ 10 βιοψίες ήπατος από 62% έναντι 79% των κέντρων αντιστοίχως (pNS), ≤ 5 αντιστασιομετρίες/κλασσικές μανομετρίες/μανομετρίες υψηλής ανάλυσης από 29%/20%/35% έναντι 21%/24%/37% των κέντρων αντιστοίχως (pNS). Στη συντριπτική πλειονότητα των κέντρων (62% έναντι 61% αντιστοίχως), οι εκπαιδευόμενοι δεν συμμετέχουν σε προγράμματα εφημεριών για επείγοντα γαστρεντερολογικά περιστατικά.

Συμπέρασμα: Η μελέτη αυτή έδειξε αποκλίσεις και κενά στις υποδομές, το προσωπικό, τα προγράμματα κατάρτισης, την κλινική καθοδήγηση κατά την εκπαίδευση, την αξιολόγηση της εκπαίδευσης και την πιστοποίηση στην ΠΓΗΔ στην Ευρώπη.


EA18
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΗΣ ESPGHAN

Ελένη Κούτρη¹, Μαρία Νόννη¹, **Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹** και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹ εκ μέρους του δικτύου των Εθνικών Εταιρειών Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της ESPGHAN

¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ικανότητα ασφαλούς και αποτελεσματικής εκτέλεσης ενδοσκοπήσεων του πεπτικού αποτελεί βασική πτυχή της εκπαίδευσης στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ).

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας, η οποία διεξήχθη στο πλαίσιο μιας πανευρωπαϊκής έρευνας για την εκπαίδευση στην ΠΓΗΔ, ήταν η αξιολόγηση των υποδομών και του όγκου των ενδοσκοπικών πράξεων των Ευρωπαϊκών κέντρων εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ.

Υλικό και μέθοδος: Τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την εκπαίδευση στις ενδοσκοπήσεις του πεπτικού συμπληρώθηκαν από τους διευθυντές των Ευρωπαϊκών κέντρων κατάρτισης στην ΠΓΗΔ στο διάστημα Ιουνίου 2016 και Δεκεμβρίου 2019.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 100 κέντρα εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ από 19 χώρες. Ελεύθερη πρόσβαση στην ενδοσκοπική αίθουσα έχει ποσοστό 85% των κέντρων, η οποία ανήκει στο κέντρο σε ποσοστό 64%, εξειδικευμένες νοσηλεύτριες έχει ποσοστό 90% των κέντρων και αναισθησιολόγους ποσοστό 92%. Οι διάμεσοι (εύρος) ετήσιοι αριθμοί γαστροσκοπήσεων, κολonosκοπήσεων, θεραπευτικών ενδοσκοπήσεων και ενδοσκοπήσεων με ασύρματη κάψουλα ανά εξειδικευόμενο στην ΠΓΗΔ ήταν 350 (100-2000), 100 (0-1100), 30 (0-900) και 5 (0-78) αντιστοίχως. Η επίσημη πιστοποίηση στην ΠΓΗΔ στο τέλος της κατάρτισης, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης των ενδοσκοπικών δεξιοτήτων με βάση τα χαρτοφυλάκια των εξειδικευόμενων, ήταν υποχρεωτική σε δώδεκα χώρες, με ή χωρίς εξετάσεις στο τέλος της εξειδίκευσης.

Συμπεράσματα: Η έρευνα ανέδειξε σημαντικές διακυμάνσεις στην πρόσβαση σε ενδοσκοπήσεις του πεπτικού ανάμεσα στα Ευρωπαϊκά εκπαιδευτικά κέντρα στην ΠΓΗΔ, στην κατάρτιση και στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων των εκπαιδευομένων στην ΠΓΗΔ. Οι εθνικές εταιρείες ΠΓΗΔ πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλίες προκειμένου να διασφαλίσουν την απόκτηση δεξιοτήτων στις ενδοσκοπήσεις του πεπτικού των εξειδικευόμενων στην ΠΓΗΔ και να αναπτύξουν στρατηγικές αξιολόγησης και διαπίστευσης.


EA19
ΟΥΣΤΕΚΙΝΟΥΜΑΜΠΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ιωάννης Ροηλίδης¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Κωνσταντίνα Βασιλακή¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Έλενα Τασίκα¹, Πετρίνα Βάντση¹, Κατερίνα Βικελούδα¹, Όλγα Γιουλεμέ³

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ

²Α' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ

³ΒΠΠ Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΑΠΘ

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF) αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας της παιδιατρικής νόσου Crohn. Εντούτοις, αρκετές περιπτώσεις χρήζουν αλλαγή θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή απώλειας δραστηριότητας. Η ουστεκινουμάμπη (anti-Interleukin 12/23) χρησιμοποιήθηκε αποτελεσματικά σε ενήλικες για επίτευξη ύφεσης της νόσου ανθεκτικής στους αντι-TNF, ωστόσο, τα δεδομένα στα παιδιά είναι περιορισμένα.

Μέθοδος: έγινε ανασκόπηση φακέλων 7 ασθενών που έλαβαν ουστεκινουμάμπη. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, ενδείξεις έναρξης ουστεκινουμάμπης, κλινικές πληροφορίες και εργαστηριακά προ-θεραπείας και απάντησης στη θεραπεία. Ως κλινική απάντηση ορίστηκε η μείωση του abbreviated Pediatric Crohn's Disease Activity Index score.

Αποτελέσματα: οι ασθενείς ήταν μεταξύ 16 και 21 χρονών όταν ξεκίνησαν θεραπεία με ουστεκινουμάμπη. Πέντε από τους 7 ασθενείς απάντησαν κλινικά και παρέμειναν σε ύφεση 4 μήνες (± 7) μετά, ενώ 3/7 ασθενείς έλαβαν ουστεκινουμάμπη ως πρώτη γραμμή θεραπείας και οι υπόλοιποι λόγω απώλειας απάντησης σε προηγούμενη αγωγή. Στους ασθενείς που απάντησαν παρατηρήθηκε πτώση της CRP σε φυσιολογικά επίπεδα. Οι 2 ασθενείς χωρίς κλινική ύφεση κατά τη χρονική στιγμή της μελέτης, ελάμβαναν ουστεκινουμάμπη για διάστημα 18 μηνών, αφού είχε προηγηθεί αγωγή με αντι-TNF. Ενδοσκοπικός επανέλεγχος μετά την έναρξη ουστεκινουμάμπης διενεργήθηκε μόνον στους 2 ασθενείς χωρίς ύφεση και έδειξε αναζωπύρωση επί εδάφους χρόνιας φλεγμονής. Τρεις ασθενείς είχαν στενωπική νόσο, εκ των οποίων οι 2 ήταν εκείνοι με αναζωπύρωση.

Συμπεράσματα: η ουστεκινουμάμπη χρησιμοποιήθηκε ασφαλώς σε παιδιατρικούς ασθενείς επιτυγχάνοντας άμεσα ύφεση, ενώ η χρονική διάρκεια, η προηγούμενη αγωγή με αντι-TNF, αλλά και ο τύπος της νόσου, μπορεί να σχετίζονται με την επίτευξη ύφεσης με ουστεκινουμάμπη και είναι παράμετροι που πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω.

**EA20****ΑΙΤΙΑ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΙΔΟΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ 4οΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Αφροδίτη Κούρτη, Ευαγγελία Παλατσίδα, Σμαραγδή Φεσσάτου, Ινώ Καναβάκη

Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι αυξημένες τρανσαμινάσες είναι μία συχνή αιτία παραπομπής στο παιδοηπατολογικό ιατρείο και μπορεί να οφείλονται σε πολλά αίτια.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των παιδιών με υπερτρανσαμινασαιμία που παρακολουθούνται σε παιδοηπατολογικό ιατρείο 4^οβάθμιου Νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Στο παιδοηπατολογικό ιατρείο εκτιμήθηκαν 45 ασθενείς με αυξημένες τρανσαμινάσες, εκ των οποίων το 41,3% (21) είναι κορίτσια και το 58,7% (29) αγόρια. Από το σύνολο των ασθενών περίπου το 1/5 (11 ασθενείς) πάσχουν από αυτοάνοση ή/και σκληρυντική χολαγγειίτιδα (6 από αυτοάνοση ηπατίτιδα και 3 από σκληρυντική χολαγγειίτιδα, 2 από ονείαρ αυτοάνοσης και σκληρυντικής) και ένα αντίστοιχο ποσοστό σε γενετικά νοσήματα – πιο συγκεκριμένα 8 ασθενείς πάσχουν από νόσο Wilson και 3 από σύνδρομο Alagille. Σε ένα 10% των ασθενών το αίτιο ήταν λοιμώδες - 3 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β και άλλοι 2 συγγενή CMV λοίμωξη – και σε ένα 12% η τρανσαμινασαιμία οφειλόταν σε λιπώδη διήθηση λόγω παχυσαρκίας και σε 2 πρόωρα βρέφη οφειλόταν στη χρήση παρεντερικής διατροφής. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι σε ένα 20% των ασθενών παρά τον εκτενή έλεγχο δεν ανευρέθη αιτία και αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται σε παρακολούθηση με το ερωτηματικό διενέργειας γονιδιακού ελέγχου ή/και βιοψίας ήπατος.

Συμπεράσματα: Με βάση τα στοιχεία από τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε ηπατολογικό ιατρείο παρατηρείται ότι τα πιο κοινά αίτια έχουν διερευνηθεί και αντιμετωπιστεί από το γενικό παιδίατρο και τα περιστατικά που καταλήγουν για εκτίμηση από ειδικό έχουν υποκείμενο νόσημα το οποίο χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση. Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό θα χρειαστεί είτε επεμβατικές είτε εξετάσεις υψηλού κόστους προκειμένου να φτάσει στη διάγνωση.


EA21
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ιωάννα Μπόνιου¹, Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Πετρίνα Βάντση¹, Ευαγγελία Αργυροπούλου¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Παρασκευή Καρανίκα¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹

¹ Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

² Α Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι διατροφικές συνήθειες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση νοσημάτων όπως είναι η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Σκοπός: της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί την επίδραση της μεσογειακής διατροφής (ΜΔ) στην κλινική έκβαση παιδιών με ΙΦΝΕ όπως στη διατήρηση της ύφεσης της νόσου, στη μείωση των υποτροπών και των νοσηλειών.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρέμβασης διατροφής στην οποία συμπεριελήφθησαν 22 παιδιά με ΙΦΝΕ, τα οποία παρακολουθούνται στο νοσοκομείο μας. Ανασκοπήθηκαν τα ιστορικά τους και καταγράφηκαν στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, ο τύπος της ΙΦΝΕ, ενώ υπολογίστηκε το BMI z score. Η διατροφική παρέμβαση διήρκεσε 6 μήνες. Η συμμόρφωση στη ΜΔ εκτιμήθηκε με το kidmed score ενώ η ενεργότητα της νόσου με τον προσδιορισμό του PUCAI/PCDAI score και τη διενέργεια αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων πριν και μετά την παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Στο δείγμα των 22 παιδιών με ΙΦΝΕ, η μέση βαθμολογία Kidmed Score αυξήθηκε σημαντικά ύστερα από την ολοκλήρωση της διατροφικής παρέμβασης και παράλληλα, τα παιδιά με άριστη συμμόρφωση στη ΜΔ διπλασιάστηκαν. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις αιματολογικές παραμέτρους (λευκά αιμοσφαίρια, Hb, Ht, αλβουμίνη, ΤΚΕ, CRP), πριν και μετά την παρέμβαση ενώ το BMI z score των παιδιών αυξήθηκε. Η συμμόρφωση συσχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία PUCAI/PCDAI, το BMI z score, και τις εργαστηριακές παραμέτρους. Ωστόσο και τα τρία παιδιά που παρουσίασαν κλινική υποτροπή κατά την περίοδο παρέμβασης ήταν στην ομάδα με τη χειρότερη συμμόρφωση στη ΜΔ.

Συμπεράσματα: Η συμμόρφωση στη ΜΔ αυξήθηκε σημαντικά ύστερα από την διατροφική παρέμβαση, με τα μεγαλύτερα παιδιά να συμμορφώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό. Ωστόσο, η βελτίωση της συμμόρφωσης δεν συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων που μετρήθηκαν και με την πρόγνωση της νόσου. Περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα χρειάζεται να γίνουν.


EA22
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΥ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Μαρία Ντουμπάρα, Παρασκευή Παναγοπούλου, Φωτεινή Σωτηριάδου, Λώρα Μπάνι Αούτι, Ευστράτιος Σαλιακέλλης, Μαρία Φωτουλάκη

Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η σιδηροπενία (ID) ή και σιδηροπενική αναιμία (IDA) είναι οι πιο κοινές διατροφικές διαταραχές παγκοσμίως. Όταν η από του στόματος χορήγηση σιδήρου δεν είναι εφικτή ή αποτελεσματική, ενδείκνυται η παρεντερική χορήγηση.

Σκοπός: Μελέτη της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της χορήγησης ενδοφλέβιου σιδήρου σε παιδιά με υποκείμενο νόσημα του πεπτικού συστήματος.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με υποκείμενο γαστρεντερικό νόσημα ή διατροφικές διαταραχές που παρουσιάζουν ID ή IDA και έλαβαν ενδοφλεβίως καρβοξυμαλτοζικό σίδηρο (FCM) έως 750 mg/συνεδρία. Οι αιματολογικές και βιοχημικές παράμετροι αξιολογήθηκαν πριν από, και 1 και 6 εβδομάδες μετά την έγχυση. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αντιδράσεις υπερευαισθησίας και υποφωσφαταιμία.

Αποτελέσματα: 21 ασθενείς (Διάμεση ηλικία: 11,45 έτη, εύρος: 11 μηνών-16 ετών, 11 θήλεα) έλαβαν συνολικά 24 εγχύσεις FCM. Από αυτούς, 8 είχαν νόσο Crohn, 2 ελκώδη κολίτιδα, 1 ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, 1 αλλεργική εντεροπάθεια, 1 κοιλιοκάκη και 8 είχαν έλλειψη σιδήρου λόγω διατροφικών αιτιών (3 λόγω ταυτόχρονου σοβαρού νευρολογικού υποκείμενου νοσήματος με αδυναμία σίτισης ή κετογονική δίαιτα). 9 ασθενείς ήταν σε μακροχρόνια χορήγηση από του στόματος σιδήρου χωρίς ανταπόκριση (8 είχαν διαιτητικά προβλήματα, 1 ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια). Όλοι οι ασθενείς ανέχθηκαν καλά την έγχυση, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ δύο παρουσίασαν ήπια υποφωσφαταιμία. Μετά την έγχυση, η μέση αιμοσφαιρίνη αυξήθηκε από 10,77g/dL(±2,35) σε 12,83g/dL(±1,30)(p<0,05) και η μέση τιμή διαλυτών υποδοχέων τρανσφερίνης (sTfR) μειώθηκε από 2,76 mg/L(±1,54) σε 2,01 mg/L(±1,52)(p<0,05), (paired Student's T-test).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η παρεντερική χορήγηση FCM είναι ασφαλής και αποτελεσματική στη διαχείριση της ID ή IDA ιδίως σε παιδιά με γαστρεντερικά νοσήματα. Μελέτες σε περισσότερους ασθενείς είναι απαραίτητες για να επιβεβαιώσουν την ασφάλεια και την κατάλληλη δοσολογία ανά ηλικία.


EA23
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ιωάννης Ροηλίδης¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Κωνσταντίνα Βασιλακή¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Παρθένα Σαββίδου¹, Ιωάννης Λιάλιας¹, Μαρία Ζιάκα¹, Όλγα Γιουλεμέ³

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γαστρεντερολογική Μονάδα

²Α' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ

³ΒΠΠ Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΑΠΘ

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: με τη βελτίωση της επιβίωσης σε παιδιά με μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ), έμφαση δίδεται στην παρακολούθηση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής (QoL) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ (health related QoL) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και να προσδιοριστούν δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτή.

Μέθοδος: συμπεριλήφθηκαν 35 παιδιά και νεαροί ενήλικες (<25 ετών) που υποβλήθηκαν σε ΜΗ. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Pediatric Quality of Life: Generic Core 4.0 και Transplant Module 3.0, με βαθμολογία μεταξύ 0-100 στους τομείς της ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας, με υψηλότερους βαθμούς να αντικατοπτρίζουν καλύτερη υγεία. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα συμπεριλαμβανομένων σπουδών ή/και εργασίας, μετεγχειρητικών επιπλοκών και παρούσας κατάστασης υγείας ασθενούς και μοςχεύματος.

Αποτελέσματα: στο 67% η ΜΗ έγινε λόγω ατρησίας χοληφόρων πόρων. Η μέση ηλικία ήταν 1.2 ± 3 έτη. Το χρονικό εύρος μετά τη μεταμόσχευση κυμαίνονταν μεταξύ 8 μηνών και 23 ετών. Εννέα από τους τριανταπέντε ασθενείς, είχαν κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή, ενώ κανένας δεν χρειάστηκε επαναμεταμόσχευση. Η QoL των ασθενών ήταν χαμηλότερη, σε σχέση με τον γενικό παιδιατρικό πληθυσμό στην Ελλάδα, κατά 10-15% στον ψυχοκοινωνικό και κατά 4% στον σωματικό τομέα. Παράγοντες, όπως η ηλικία της μεταμόσχευσης και οι επιπλοκές της, επηρεάζουν αρνητικά μέχρι την ηλικία των 10 ετών. Μετά την ηλικία των 18 ετών, υπήρχε μεγαλύτερη απόκλιση στις απαντήσεις μεταξύ γονέων/παιδιών. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά σε σχέση με το κέντρο μεταμόσχευσης ούτε κάποια σχολική ή ακαδημαϊκή υστέρηση.

Συμπεράσματα: Η μειωμένη QoL σε σχέση με το γενικό πληθυσμό δεν σχετίζεται με δυσμενή έκβαση της μεταμόσχευσης.


EA24
ΕΝΤΕΡΟ-ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΜΑΓΝΗΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.

Ελέαंना Στασινού¹, Μαρία Ρογαλίδου¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Αγγελική Κρική³, Χρυσούλα Γιαννοπούλου³, Γρηγόριος Ιορδάνογλου³, Χριστίνα Γεωργιλιά¹, Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹, Δάφνη Μαργώνη¹, Νικόλαος Χριστόπουλος³, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

³Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Η κατάποση ξένου σώματος αποτελεί συχνή αιτία προσέλευσης στο τμήμα επείγοντων περιστατικών των παιδιατρικών νοσοκομείων. Η κατάποση πολλαπλών μαγνητών συνιστά επείγον ιατρικό σύμβαμα που δύναται να οδηγήσει σε ισχαιμία, νέκρωση και διάτρηση του εντέρου.

Σκοπός: Παρουσίαση δύο περιστατικών κατάποσης πολλαπλών μαγνητών σε κορίτσι ηλικίας 5 ετών και σε άρρεν νήπιο ηλικίας 21 μηνών.

Υλικό – Μέθοδος: Οι ασθενείς και στις δύο περιπτώσεις προσήλθαν στα επείγοντα λόγω άτυπου κοιλιακού άλγους και εμέτων, χωρίς ιστορικό κατάποσης ξένου σώματος. Στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν πολλαπλά ακτινοσκιερά σφαιρικά σωματίδια. Εκ των υστέρων αναφέρθηκε ότι τις τελευταίες εβδομάδες οι ασθενείς έπαιζαν με μαγνήτες απόσπασης.

Μέθοδος – Αποτελέσματα: Στην περίπτωση του κοριτσιού διενεργήθηκε γαστροσκόπηση έως τη νήσιδα, η οποία ανέδειξε δύο μαγνήτες προσκολλημένους στον βλεννογόνο του εντέρου με συνοδό νέκρωση, λόγω εγκλωβισμού του εντέρου μεταξύ των μαγνητών. Ακολούθησε διερευνητική λαπαροτομία, όπου ανευρέθη έντερο-εντερικό συριγγίο. Αφαιρέθηκαν πέντε μαγνήτες προσκολλημένοι στο εσωτερικό του συριγγίου.

Στην περίπτωση του νηπίου διενεργήθηκε κολonosκόπηση έως το τυφλό. Ανευρέθηκαν 2 σφαιρικοί σχηματισμοί αποτελούμενοι από μαγνήτες και θραύσματά τους, ενώ διαπιστώθηκε και η παρουσία πιθανού συριγγίου.

Αφαιρέθηκαν 3-4 μαγνήτες με δίχτυ σύλληψης. Ακολούθησε διερευνητική λαπαροτομία, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία έντερο-εντερικών συριγγίων και αφαιρέθηκαν περίπου 24 μαγνήτες.

Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν ομαλή.

Συμπεράσματα: Η άτυπη κλινική εικόνα και οι σημαντικές επιπλοκές καθιστούν την κατάποση πολλαπλών μαγνητών διαγνωστική πρόκληση. Η ενδοσκοπική και η χειρουργική παρέμβαση συμβάλλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών, καθώς και στη μείωση της επικείμενης νοσηρότητας και θνητότητας.


**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
ΑΑ01
ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΒΡΕΦΟΥΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΠΕΤΡΩΣΗ.

Bani-Odeh Laura¹, Δέσποινα Τράμμα¹, Γεώργιος Γιαταγάνας², Φώτης Κυρβασίλης³, Κωνσταντίνος Κολλιός³, Γιολάντα Σκυλοδήμου⁴ Άρτεμις Δουλγεράκη⁴, Φωτουλάκη Μαρία¹

¹ Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ Παπαγεωργίου

² Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ Παπαγεωργίου

³ Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. Ιπποκράτειο

⁴ Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Εισαγωγή: Η οστεοπέτρωση είναι σπάνια κληρονομική μεταβολική διαταραχή των οστών που χαρακτηρίζεται από αυξημένη οστική πυκνότητα λόγω ελαττωματικής απορρόφησης των οστών από οστεοκλάστες. Αυτό οδηγεί σε αυξημένη οστική μάζα και υποτροπιάζοντα κατάγματα.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης βρέφους με υπολειπόμενη αύξηση, με οστεοπετρωτική ραχίτιδα.

Αποτελέσματα: Βρέφος 4 μηνών με μειωμένη σίτιση, μειωμένη πρόσληψη βάρους. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ωχρότητα, γενικευμένη υποτονία, κακή θρέψη, διάσταση οβελιαίας ραφής, προέχουσα πρόσθια πηγή, κάθετο και οριζόντιο νυσταγμό, καθυστέρηση στα ορόσημα ανάπτυξης, κωδωνοειδή θώρακα. Οι παράμετροι αύξησής του ήταν οι εξής: βάρος <3η Ε.Θ., μήκος μεταξύ 3ης-10ης Ε.Θ. και περίμετρος κεφαλής στην 50η Ε.Θ. Τα εργαστηριακά αποτελέσματα αποκάλυψαν αναιμία, παθολογικό βασικό προφίλ ασβεστίου, συμβατό με ραχίτιδα (φυσιολογικά επίπεδα ασβεστίου, υψηλά επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης, χαμηλά επίπεδα φωσφόρου, υψηλά επίπεδα παραθορμόνης, φυσιολογικά επίπεδα 25 ΟΗ βιταμίνης D και αυξημένα επίπεδα 1,25 ΟΗ βιταμίνη D). Η ακτινολογική έρευνα αποκάλυψε ανώμαλη παρυφή του περιφερικού πέρατος των οστών και διόγκωση των υποκείμενου χόνδρινου τμήματος μαζί με διάχυτη γενικευμένη αύξηση της πυκνότητας των οστών. Ευρήματα συμβατά με οστεοπέτρωση που περιπλέκεται από οστεοπετρωτική ραχίτιδα. Ο γενετικός έλεγχος αποκάλυψε μια νέα ομόζυγη μετάλλαξη TCIRG1 (c.2198C> T), η οποία δεν έχει περιγραφεί ποτέ στο παρελθόν.

Συμπέρασμα: Στα πρώιμα σημεία εκδήλωσης της οστεοπέτρωσης μπορεί να είναι οι διαταραχές σίτισης. Η ραχίτιδα είναι ένα παράδοξο ακτινολογικό και κλινικό χαρακτηριστικό της κακοήθους βρεφικής οστεοπέτρωσης. Η έγκαιρη διάγνωση και ο γενετικός έλεγχος συμβάλλουν στην καλύτερη πορεία της νόσου.



AA02

ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Επιστήμη Αγγέλου, Ειρήνη Γιαγά, Φρειδερίκη Γιαννουλοπούλου, Στυλιανός Δουλιγεράκης

Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κύμης, Κύμη Ευβοίας

Εισαγωγή- Σκοπός: Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας παρουσιάζει αυξητική πορεία στη χώρα μας, τις τελευταίες δεκαετίες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των υπέρβαρων-παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 2-16 ετών και των τιμών τριγλυκεριδίων, που διαβιούν σε μικρή επαρχιακή πόλη.

Υλικό και Μέθοδος: Στο Τακτικό Παιδιατρικό Ιατρείο του Νοσοκομείου μας εξετάστηκαν 285 παιδιά ηλικίας 2-16 ετών (ΜΤ 9,5 έτη), 128 κορίτσια (45%) και 157 αγόρια(55%) κατά τη διάρκεια του έτους 2020. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών (βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης, περίμετρος γοφών). Από τα στοιχεία αυτά υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και ο λόγος W/H ratio. Έγινε επίσης εργαστηριακός έλεγχος για τον υπολογισμό των τιμών των τριγλυκεριδίων.

Αποτελέσματα: Φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ) είχαν 94 παιδιά (ποσοστό 33%). Υπέρβαρα (ΔΜΣ>25) βρέθηκαν 41 παιδιά (ποσοστό 14,5%), 19 αγόρια και 22 κορίτσια ενώ παχύσαρκα (ΔΜΣ>30) 15 παιδιά (5,4%), 7 αγόρια και 8 κορίτσια. 43 παιδιά διαπιστώθηκε ότι είχαν ελλιπές βάρος (ποσοστό 15,3%). Αυξημένες τιμές τριγλυκεριδίων για την ηλικία τους παρουσίασαν 63 παιδιά (ποσοστό 22%) με πλειονότητα των κοριτσιών, 43 έναντι 20 των αγοριών.

Συμπέρασμα: Τα ποσοστά παχυσαρκίας στην περιοχή μας κυμαίνονται στο 5,4%. Το ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών μαζί αποτελεί το 19,5% επί του συνόλου. Η παχυσαρκία σε συνδυασμό με τις αυξημένες τιμές λιπιδίων, αν δεν θεραπευτούν από την παιδική ηλικία, φθείρουν τον οργανισμό και αποτελούν μία κατάσταση «κακής υγείας» ("ill health"). Για αυτό και οι πολιτικές δημόσιας υγείας θα πρέπει να προσανατολίζονται στην ενημέρωση και τον προληπτικό έλεγχο, έτσι ώστε η παχυσαρκία να μην λάβει διαστάσεις πανδημίας στο μέλλον.


ΑΑ03
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΙΤΗΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

Αλεξάνδρα Αθανασοπούλου¹, Δήμητρα Λάμπρου¹, Χριστίνα Γεωργιλιά^{1,2}, Αθηνά Μπαλάσκα¹, Παρασκευή Κοροβέση¹, Σταυρούλα Κωσταρίδου¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

²Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα προβλήματα διατροφής και σίτισης είναι συχνά στα παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (ΔΑΦ).

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενούς με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή και διαταραχές σίτισης.

ΥΛΙΚΟ: Άρρεν 2,5 ετών προσκομίσθηκε λόγω άρνησης λήψης τροφής και διαταραχής βάδισης από 15ημέρου. Αναφέρεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός έως την ηλικία των 6 μηνών οπότε έγινε εισαγωγή στερεών, τις οποίες εξαρχής αρνήθηκε να λάβει, με αποτέλεσμα η σίτιση να πραγματοποιείται με σύριγγα. Έναρξη βάδισης στους 9 μήνες ζωής, χωρίς κατάκτηση ομιλίας μέχρι σήμερα. Ομαλή περιγεννητική περίοδος. Κλινική εικόνα σοβαρής υποθρεψίας με βάρος και ύψος <3^η ΕΘ, μειωμένη σπαργή δέρματος. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση τρανσαμινασών, ολικής χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων. Εστάλη συμπληρωματικά θυρεοειδικός έλεγχος, αντισώματα κοιλιοκάκης, λιποπρωτεΐνες, ανοσοσφαιρίνες, Zn, ευρύς μεταβολικός έλεγχος, α1-αντιθρυψίνη και τεστ ιδρώτα τα οποία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Σε απεικόνιση εγκεφάλου διαπιστώθηκε βαθμός διεύρυνσης του κοιλιακού συστήματος. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε διαστάσεις ήπατος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Λόγω σοβαρής υποθρεψίας και της αποστροφής προς τις στερεές τροφές ετέθη ρινογαστρικός σωλήνας και ξεκίνησε σίτιση με υπερθερμιδικό σκεύασμα γάλακτος για πλήρη θερμιδική κάλυψη. Ταυτόχρονα βρισκόταν υπό έργο/λογοθεραπεία και παιδοψυχιατρική παρακολούθηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ικανοποιητική πρόσληψη θερμίδων με αύξηση σωματικού βάρους στην 3^η ΕΘ και επαναφορά τιμών βιοχημικού ελέγχου ηπατικής λειτουργίας εντός φυσιολογικών ορίων με την αποκατάσταση της θρέψης, χωρίς εμφάνιση εμέτων, διαρροιών ή λοιπών διαταραχών από το γαστρεντερικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η άρνηση λήψης στερεών τροφών καθώς και δοκιμής νέων υφών φαίνεται να αποτελεί πρώιμο εύρημα με σημαντική διαγνωστική αξία για την έγκαιρη διερεύνηση και αντιμετώπιση παιδιών με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή.



AA04

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΑΥΤΟΥ: ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Πετρίνα Βάντση¹, Έλενα Τασίκα¹, Ζωή Παπαδοπούλου¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Ευαγγελία Αργυροπούλου¹, Ολγα Γιουλεμέ²

¹ Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γ Ν Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η θεραπεία παιδιατρικών ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΦΝΕ) με μονοκλωνικά αντισώματα έναντι του παράγοντα ιστικής νέκρωσης (anti-TNF) μπορεί να οδηγήσει σε παραγωγή αντισωμάτων, με αποτέλεσμα την κλινική υποτροπή ή επιδείνωση.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίπτωσης της παρουσίας των αντισωμάτων έναντι της ινφλιξιμάμπης στην πορεία της νόσου και την περαιτέρω διαχείριση της.

Υλικό: 8 περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με ΦΝΕ (6 με νόσο Crohn, 2 με ελκώδη κολίτιδα) που λάμβαναν συστηματικά ινφλιξιμάμπη (anti-TNF).

Μέθοδος: Μετρήθηκαν τα επίπεδα του βιολογικού παράγοντα και των αντισωμάτων έναντι αυτού, λόγω μη κλινική ανταπόκρισης.

Αποτελέσματα: Δύο ασθενείς (25%) ανέπτυξαν θετικά αντισώματα στην ινφλιξιμάμπη. Πρόκειται για κορίτσια, 14 και 17 ετών, με ελκώδη κολίτιδα (πανκολίτιδα) και νόσο Crohn (εντοπισμένη στο παχύ έντερο) αντίστοιχα. Οι ασθενείς ανέπτυξαν αντισώματα μετά από 14,5 μήνες (13, 16) αγωγής με ινφλιξιμάμπη και 9 μήνες (8, 10) μετά τη διακοπή της αζαθειοπρίνης. Και στις δύο περιπτώσεις, έγινε τιτλοποίηση της δόσης της ινφλιξιμάμπης και προστέθηκε νέος ανοσοτροποποιητικός παράγοντας (μεθοτρεξάτη). Πέντε μήνες αργότερα, τα αντισώματα ήταν σχεδόν μη ανιχνεύσιμα (19 και 42 iu/ml έναντι >450 και 182 iu/ml αρχικά) και τα επίπεδα του φαρμάκου αυξήθηκαν σημαντικά (10μg/ml έναντι 0,4 και < 2μg/ml αρχικά) με κλινική ύφεση και φυσιολογικά επίπεδα καλπροτεκτίνης.

Συμπεράσματα: Η μη απόκριση στον anti-TNF παράγοντα που οφείλεται στην παραγωγή εξουδετερωτικών αντισωμάτων και κατ'επέκταση σε υποθεραπευτικά επίπεδα του φαρμάκου στον ορό των ασθενών με ΦΝΕ, αποτελεί μια θεραπευτική πρόκληση. Η συγχρόνηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα του anti-TNF παράγοντα και να μειώσει τα κυκλοφορούντα αντισώματα, μειώνοντας την ανάγκη για τροποποίηση της αγωγής και την αναζήτηση άλλου βιολογικού παράγοντα.


AA05
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΕΡΟΦΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΡΡΕΝ ΝΗΠΙΟ

Χριστίνα Γεωργιλιά¹, Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹, Ελεάννα Στασινού¹, Μαρία Ρογαλίδου¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹ Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αεροφαγία είναι μία λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή που υποδιαγιγνώσκεται στους παιδιατρικούς ασθενείς. Οφείλεται σε επαναλαμβανόμενες καταπώσεις αέρα με συμπτώματα ιδιαίτερα ενοχλητικά για το παιδί και την οικογένεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός περιστατικού αεροφαγίας και της διαγνωστικής προσέγγισης και αντιμετώπισης.

ΥΛΙΚΟ: Άρρεν νήπιο 2,5 ετών προσκομίστηκε στο γαστρεντερολογικό ιατρείο λόγω έντονου μετεωρισμού από μηνός ιδίως κατά τις βραδινές ώρες, με συνοδό ανορεξία και κοιλιακό άλγος. Συνεστήθη διερεύνηση για κοιλιοκάκη, δοκιμασία εκπνοής H₂ προς αποκλεισμό δυσανεξίας στη λακτόζη και στη φρουκτόζη (έλεγχος αρνητικός). Με το σκεπτικό της αεροφαγίας διενεργήθηκε 24ωρη πεχαμετρία-εμπυρομετρία οισοφάγου. Κατά την ανάλυση της παρατηρήθηκε αξιοσημείωτος αριθμός καταπώσεων αέρα (~ 25) κατά τη διάρκεια της ημέρας, εύρημα που δεν αναπαράγονταν στον ύπνο. Κατά την αξιολόγηση από λογοπαιδικό διαπιστώθηκε ότι το παιδί παρουσίαζε τικ κατάποσης αέρα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Με βάση τα παραπάνω, τέθηκε η διάγνωση της αεροφαγίας και έγινε έναρξη αγωγής με ενεργό άνθρακα και σιμεθικόνη, σε σταδιακά αυξανόμενη δόση ανάλογα με την ανταπόκριση του παιδιού, με τελική δόση 1 γαστροδιαλυτή κάψουλα τρεις φορές ημερησίως. Επίσης έγινε διασύνδεση με παιδοψυχίατρο στον τόπο κατοικίας για την αντιμετώπιση του τικ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το νήπιο παρουσίασε σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων μετά τη λήψη της αγωγής με πλήρη ύφεση 5 ημέρες από την έναρξη της τελικής δόσης του φαρμάκου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αεροφαγία αποτελεί λειτουργική διαταραχή του πεπτικού η διάγνωση της οποίας συχνά διαφεύγει με επιπτώσεις στην υγεία και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων, η ψυχολογική παρέμβαση ωστόσο είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση του ψυχολογικού υποστρώματος.


AA06
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΔΥΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (VEDOLIZUMAB ΚΑΙ SIROLIMUS) ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΠΠΕ-ΙΦΝΕ) ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Μαρία Ρογαλίδου¹, Θεοδώρα Ζαγγογιάννη¹, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία"

Εισαγωγή: Οι ΠΠΕ-ΙΦΝΕ αποτελούν βαρύτερες μορφές ΙΦΝΕ, συχνά ανθεκτικές στις διαθέσιμες θεραπευτικές αγωγές.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού ΠΠΕ-ΙΦΝΕ που διατηρεί ύφεση της νόσου με συνδυαστική θεραπεία δύο βιολογικών παραγόντων (Vedolizumab και Sirolimus) για διάστημα άνω του έτους.

Υλικό: Κορίτσι 6 ετών με διάγνωση ΠΠΕ-ΙΦΝΕ από την ηλικία των 9 μηνών για την οποία λαμβάνει συνδυαστική θεραπεία με Vedolizumab και Sirolimus.

Μέθοδος: Περιγραφή περιστατικού.

Αποτελέσματα: Η αρχική νόσος του παιδιού εντοπίζονταν στο λεπτό κυρίως έντερο με μικρή συμμετοχή από το παχύ. Η αρχική θεραπεία με κορτικοστεροειδή, σουλφασαλαζίνη και αζαθειοπρίνη είχε μερική μόνο αποτελεσματικότητα. Λόγω της βαρύτητας της νόσου προστέθηκε στη θεραπεία βιολογικός παράγοντας (ινφλιξιμάμπη). Παρά την επίτευξη θεραπευτικών επιπέδων, η κλινική ανταπόκριση του παιδιού παρέμενε μη ικανοποιητική. Λόγω της βαριάς εντεροπάθειας με απώλεια λευκώματος, υποαλβουμιναιμία και υπογαμμασφαιριναιμία τέθηκε σε αγωγή με Sirolimus, αγωγή στην οποία είχε άριστη ανταπόκριση με επίτευξη ύφεσης επί σειράς ετών. Από 15μήνου το παιδί παρουσίασε υποτροπή με αποκλειστικά συμπτώματα αυτήν τη φορά από το παχύ έντερο (βλενοοιματηρές κενώσεις), ενώ η νόσος του λεπτού εντέρου ήταν σε ύφεση, οπότε αποφασίστηκε η προσθήκη στην αγωγή αναστολέα ιντεγκρίνης (Vedolizumab). Η συνδυαστική αυτή θεραπεία συνοδεύτηκε από επίτευξη ύφεσης της νόσου του παχέος εντέρου ενώ διατήρησε την ύφεση της νόσου του λεπτού εντέρου για διάστημα 15 μηνών, με το παιδί να παραμένει ασυμπτωματικό και με καλή θρέψη και χωρίς καθόλου παρενέργειες.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία των ΠΠΕ-ΙΦΝΕ αποτελεί πρόκληση για τον παιδογαστρεντερολόγο. Ο συνδυασμός δύο βιολογικών παραγόντων σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να αποφέρει την ύφεση και την αποφυγή της κολεκτομής.

AA07
ΣΥΝΔΡΟΜΟ RAPUNZEL: ΜΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χρυσούλα Γιαννοπούλου, Ελευθερία Μαυριγιαννάκη, Ιωάννης Γεωργόπουλος, Κωνσταντίνα Δημάκου, Νικόλαος Χριστόπουλος, Αγγελική Κρικρή

Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Rapunzel είναι μία σπάνια μορφή γαστρικού τριχοπιλήματος με επέκταση στο λεπτό έντερο. Παρατηρείται συχνότερα σε έφηβα κορίτσια και σχετίζεται με ψυχιατρικές καταστάσεις.

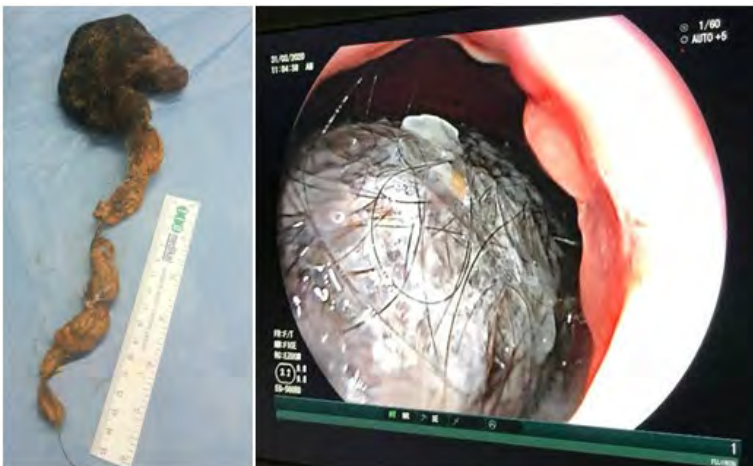
Σκοπός: Η παρουσίαση και συζήτηση της διάγνωσης, αντιμετώπισης και παρακολούθησης ενός σπάνιου τύπου γαστρικού τριχοπιλήματος με επέκταση στο δωδεκαδάκτυλο.

Υλικό: Δυο ασθενείς που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κύριο σύμπτωμα τον έμετο σε κατά τα λοιπά καλή γενική κατάσταση. Ο πρώτος ασθενής είναι ένα 8 ετών κορίτσι το οποίο παρουσίασε από εβδομάδας μεταγευματικό έμετο, δίχως κοιλιακό άλγος. Ο δεύτερος ασθενής είναι ένα 14 ετών κορίτσι που ανέφερε δυο εμέτους και επιγαστρικό άλγος. Από το ατομικό ιστορικό των ασθενών αναφέρεται τριχοτιλλομανία και τριχοφαγία. Και στα δύο περιστατικά από την αντικειμενική εξέταση της κοιλίας, παρατηρείται ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο με ήπια ευαισθησία. Από την λοιπή αντικειμενική εξέταση δεν παρατηρήθηκαν άλλα αξιοσημείωτα ευρήματα.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση με ακτινογραφία κοιλίας, υπερηχογράφημα κοιλίας, διάβαση ανώτερου πεπτικού και γαστροσκόπηση η οποία έθεσε τη διάγνωση του τριχοπιλήματος. Και στις δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε γαστροτομή και αφαιρέθηκε ευμέγεθες τριχοπίλημα το οποίο επεκτεινόταν στο δωδεκαδάκτυλο.

Αποτελέσματα: Ομαλή μετεγχειρητική πορεία με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων και παραπομπή για τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Rapunzel αποτελεί μία σπάνια κατάσταση με καθυστερημένη διάγνωση. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο έμετος και το επιγαστρικό κοιλιακό άλγος. Χειρουργική αφαίρεση με ακόλουθη γαστρεντερολογική παρακολούθηση και συμβουλευτική από ψυχίατρο είναι οι ιδανικές μέθοδοι θεραπείας.




ΑΑ08
ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΟΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ, ΠΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Θεοδώρα Δελαπόρτα¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Αντιγόνη Μαυρουδή¹, Κωνσταντίνα Βασιλακη¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Μαρία Μιχοπούλου¹, Ευγενία Ρούκα¹, Ζωή Παπαδοπούλου¹, Ευαγγελία Αργυροπούλου¹

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ - Παιδογαστρεντερολογική και Αλλεργιολογική Μονάδα

²Α' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η αλλεργία στο γάλα αγελάδας (ΑΓΑ) εμφανίζεται με συχνότητα 2-3% στη βρεφική ηλικία. Μπορεί να εκδηλωθεί ως πρωκτοκολίτιδα, εντεροπάθεια από τροφική πρωτεΐνη, σύνδρομο εντεροκολίτιδας από τροφική πρωτεΐνη (FPIES), και σε περιπτώσεις IgE μεσολαβούμενης αντίδρασης, με άμεσου τύπου εκδηλώσεις.

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας των κλινικών συνδρόμων, της πορείας και της πρόγνωσης τους.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν τα δεδομένα παιδιών με ΑΓΑ, από τα αρχεία του παιδογαστρεντερολογικού ιατρείου, τα τελευταία 3 έτη. Καταγράφηκαν στοιχεία όπως ηλικία διάγνωσης, κλινικές εκδηλώσεις, τελική διάγνωση πορεία και έκβαση.

Αποτελέσματα: Μέση ηλικία διάγνωσης οι 55 ημέρες (3ημερών-8 μηνών). Όσον αφορά στις κλινικές εκδηλώσεις (ΠΙΝΑΚΑΣ) ποσοστό 39% παρουσίαζε βλεννοαιματηρές κενώσεις, 14% διαρροϊκές κενώσεις, 30% εμέτους, 22% δερματικά εξανθήματα, 9,2% δυσκοιλιότητα. Επιπλέον στασιμότητα βάρους παρουσίαζε το 20%, ανησυχία το 18%, μειωμένη σίτιση 10%, ανορεξία, 2,6%.

Στο 28 % των ασθενών η διάγνωση τέθηκε είτε με δερματικά τεστ νυγμού (5 παιδιά) είτε με ειδικά αντισώματα Rast (25 παιδιά). Σε 2 παιδιά (1,8%) χρειάστηκε και βιοψία εντέρου για τον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων.

Από το σύνολο των περιπτώσεων, το 4,6% (5/108 παιδιά) αφορούσε περιπτώσεις FPIES, εντεροπάθεια από τροφική πρωτεΐνη 18,4% (20/108), πρωκτοκολίτιδα στο 49% (53 /108), IgE μεσολαβούμενη αντίδραση στο 28% (30/108) (ΠΙΝΑΚΑΣ).

Καλύτερη πρόγνωση είχαν παιδιά με πρωκτοκολίτιδα και εντεροπάθεια από πρωτεΐνη (ΠΙΝΑΚΑΣ).

Συμπέρασμα: η διάγνωση της ΑΓΑ είναι κυρίως κλινική και επί αμφιβόλων καταστάσεων μπορεί να εφαρμοστούν δοκιμασίες στέρησης και πρόκλησης. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν καταστάσεις από το γαστρεντερικό (πρωκτοκολίτιδα, εντεροπάθεια, FPIES) .

Χειρότερη πρόγνωση έχουν η FPIES (μη IgE-μεσολαβούμενες αντιδράσεις) και η άμεσου τύπου αλλεργία (IgE-μεσολαβούμενη).


AA09
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΑΙΔΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Θεοδώρα Δελαπόρτα, Ιωάννης Ξυνιάς, Αντιγόνη Μαυρουδή, Κωνσταντίνα Βασιλάκη, Μαρία Μιχοπούλου, Μαρία Παυλίδου, Αναστάσιος Βλαδίκας, Αριστέα Καρυπιάδου

Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ - Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: η κοιλιοκάκη είναι εντεροπάθεια που χαρακτηρίζεται από βλάβες στο εντερικό επιθήλιο, λόγω παθολογικής ανοσοιακής απάντησης στη γλουτένη, σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Η εφαρμογή της δίαιτας αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα στην ομαλή έκβαση της νόσου.

Σκοπός: η καταγραφή κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων παιδιών με κοιλιοκάκη κατά τη διάρκεια παρακολούθησης τους στο παιδογαστρεντερολογικό ιατρείο.

Ασθενείς – μέθοδοι: ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι 81 παιδιών με κοιλιοκάκη, (1-17 ετών, 46 Κ, 35 Α). Καταγράφηκαν στοιχεία όπως ηλικία διάγνωσης, κλινικές εκδηλώσεις πριν τη διάγνωση, ο τρόπος διάγνωσης (βιοψία/ορολογική). Επιπλέον καταγράφηκαν κατά τη διάγνωση, η ένδεια βιταμινών/ σιδήρου, η οστική πυκνότητα, η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων και η πτώση των ειδικών αντισωμάτων τρανσγλουταμινάσης ορού (tTgIgA) στην πορεία του χρόνου.

Αποτελέσματα: η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν 6,7 έτη. Μέσος χρόνος παρακολούθησης 9 έτη. Κατά τη διάγνωση (ΠΙΝΑΚΑΣ) οι ασθενείς παρουσίαζαν στασιμότητα βάρους 33%, διάρροιες 16%, κοντό ανάστημα 14%, κοιλιαλγία 13%, σιδηροπενία 13,5 %, δυσκοιλιότητα 11%, μειωμένη σίτιση 6%, εμέτους 7%, ανορεξία 4,9%, αδυναμία 2,4%. Ποσοστό 15% ήταν ασυμπτωματικοί (ομάδες υψηλού κινδύνου). Συνυπάρχοντα νοσήματα ήταν ΣΔ1 8%, υποθυρεοειδισμός 6%. Στο 24% η διάγνωση τέθηκε ορολογικά. Η οστική πυκνότητα βρέθηκε ελαττωμένη στο 38% (n=13).

Τα επίπεδα tTgIgA σε 3,6,12 και 24 μήνες (σε 42 ασθενείς), επανήλθαν σε φυσιολογικές τιμές στο 9.5%, 21.4%, 52.4% και 73,8% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: κατά τη διάγνωση της κοιλιοκάκης ένδειες ανεπάρκειες, ελαττωμένη οστική πυκνότητα αυτοάνοσα νοσήματα φαίνεται να ανευρίσκονται αρκετά συχνά. Τα αντισώματα tTgIgA αναμένεται να κατέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα στα ~¾ των ασθενών σε 2 έτη. Η τακτική παρακολούθηση και η λεπτομερής ενημέρωση θα βοηθήσουν στην καλύτερη πρόγνωση.


AA10
ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ελπίδα Εμμανουηλίδου Φωτουλάκη, Μαρία Ντουμπάρα, Ελεάννα Στασινου, Φωτεινή Σωτηριάδου, Κική Τεντζίδου, Ευστράτιος Σαλιακέλλης, Μαρία Φωτουλάκη,

Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ. Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Η συχνότητα αλλά και η κλινική εικόνα της κοιλιοκάκης έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, ως αποτέλεσμα της χρήσης των ειδικών αντισωμάτων για την πρόωμη ανίχνευση της νόσου και την αναγνώριση άτυπων μορφών της νόσου.

Σκοπός: Παρουσίαση των δεδομένων ενός κέντρου σχετικά με την κλινική εικόνα κατά την αρχική διερεύνηση, την ηλικία διάγνωσης και τις μεταβολές τους μέσα στο χρόνο.

Ασθενείς/Μέθοδοι: 252 ασθενείς με διαγνωσμένη κοιλιοκάκη μετά από βιοψία λεπτού εντέρου, από το Παιδογαστρεντερολογικό τμήμα της Δ' παιδιατρικής διαχωρίστηκαν ανάλογα με την ημερομηνία διάγνωσης σε 3 ομάδες: Ομάδα Α (ΟΑ) με 49 ασθενείς που η διάγνωση τέθηκε πριν το 2000, Ομάδα Β (ΟΒ) με 51 ασθενείς με διάγνωση τη δεκαετία 2000-2010 και Ομάδα Γ (ΟΓ) με 152 ασθενείς με διάγνωση μετά το 2010. Αξιολογήθηκαν οι παράμετροι: ηλικία διάγνωσης και η κυρίαρχη αιτία (σύνδρομο απορρόφησης, αναιμία, κοντό ανάστημα, άλλο αυτοάνοσο νόσημα) κατά τη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Ηλικία διάγνωσης ΟΑ: μέση τιμή 2 έτη, ηλικιακό εύρος: 8 μηνών-14ετών, 29/49 θήλεα, ΟΒ: μέση τιμή 6,5 έτη, ηλικιακό εύρος: 10 μηνών-18 έτη, 34/51 θήλεα και ΟΓ: μέση τιμή 6,25 έτη, ηλικιακό εύρος 11 μηνών-16 ετών. Με σύνδρομο δυσαπορρόφησης διαγνώσθηκε το 89,8% των παιδιών στην ΟΑ (n=44/49) έναντι 49% (n=25/51) της ΟΒ και 58,5% (n=89/152) της ΟΓ. Αναιμία/σιδηροπενία ως κύριο αίτιο διάγνωσης ΟΑ=3/49(1,5%), ΟΒ=9/51(17,6%) και ΟΓ=43/152(28,2%). Κοντό ανάστημα ως κύριο σημείο διάγνωσης ΟΑ=2/49(4%), ΟΒ=2/51(3,9%), ΟΓ=5/152(3,2%). Διάγνωση άλλου αυτοάνοσου νοσήματος ΟΑ=4/49(8,16%), ΟΒ=10/51(19,6%), ΟΓ=18/152(11,8%). Άλλα ευρήματα κατά την διάγνωση με ποσοστό ΟΑ=14,3%, ΟΒ=9,8%, ΟΓ=18,4% περιελάμβαναν: διαταραχές συμπεριφοράς, οστεοπενία και χαμηλή βιταμίνη D ή η ύπαρξη θετικού οικογενειακού ιστορικού.

Συμπεράσματα: Η χρήση των ανοσολογικών δεικτών, η αναγνώριση των άτυπων και ασυμπτωματικών μορφών της νόσου έχει αλλάξει την επιδημιολογία της νόσου και το κλινικό φάσμα εκδήλωσης της είναι ευρύ ιδιαίτερα μετά τις τελευταίες εικοσαετίες.

AA11
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΑΓΓΕΙΤΙΔΑΣ (ΠΣΧ)

Ειρήνη Ζορμπαδάκη¹, Ινώ Καναβάκη², Σμαραγδή Φεσσάτου², Γεωργία Βλαχάκη¹, Μαρία Μαραγκουδάκη¹

¹ Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα χαρακτηρίζεται ως αυτοάνοση ασθένεια, εμφανιζόμενη σπάνια σε παιδιά. Επηρεάζει 1 στα 10.000 άτομα, με 75% αυτών να αναπτύσσουν φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD), συνήθως με τη μορφή της ελκώδους κολίτιδας.

Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού εφήβου με ημιδιαρροϊκές αιμορραγικές κενώσεις, με συνοδό κοιλιακό άλγος που υφείται μετά τη κένωση. Παρουσίαση της ευρείας διαφορικής διάγνωσης καθώς και της διαγνωστικής προσπέλασης.

Μέθοδος-Υλικό: Έφηβος άρρεν 15 ετών, με ημιδιαρροϊκές αιμορραγικές κενώσεις από 10ημέρου, συνοδό κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους περίπου 7kg σε 2^{1/2} μήνες. Η ιστολογική έκθεση από την ειλεοκολonosκόπηση ανέδειξε ελκώδη κολίτιδα, η μαγνητική εντερογραφία φλεγμονή σε παχύ έντερο και η MRCP αλλοιώσεις συμβατές πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας. Λόγω τρανσαμινασαιμίας, θετικής F-ακτίνης, ασθενώς θετικών ASMA και ANA, c-ANCA θετικών, διερευνήθηκε με βιοψία ήπατος, θέτοντας την υποψία της πιθανής ΠΣΧ/αυτοάνοσου ηπατίτιδας (σύνδρομο αλληλοεπικάλυψης). Λόγω των ανωτέρω ευρημάτων έγινε έναρξη αγωγής με κορτιζόνη σε σχήμα μείωσης, ουρσοδεοξυχολικό οξύ, αζαθειοπρίνη και μεσαλαζίνη.

Αποτελέσματα: Με τη διενέργεια του εργαστηριακού ελέγχου και των ανωτέρω επεμβατικών εξετάσεων ισχυροποιείται η πιθανή διάγνωση του συνδρόμου αλληλοεπικάλυψης ΠΣΧ και ελκώδους κολίτιδας. Με την κατάλληλη αγωγή ο ασθενής είναι σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

Συμπεράσματα: Σε ασθενή με διάγνωση ελκώδους κολίτιδας και εμμένουσας υπερτρανσαμινασαιμίας πρέπει να τίθεται η υποψία συνύπαρξης σκληρυντικής χολαγγειίτιδας. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στη πρόληψη της περαιτέρω βλάβης.

**AA12****ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ II**

Ζωή Καντά, Αγγελική Νικολακοπούλου, Μαρία Αργυροπούλου, Ιωάννα Σιγάλα, Σοφία Ταξίμη, Χρήστος Παράσχος, Νικολέττα Μαστραντωνάκη, Μαριάνθη Γαλετσέλλη, Αναστασία Κονιδάρη

Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η καλοήθης υποτροπιάζουσα ενδοηπατική χολόσταση (BRIC) είναι μια κληρονομική νόσος του ήπατος που προκαλεί υποτροπιάζοντα αλλά προοδευτικά μειούμενα σε συχνότητα επεισόδια χολόστασης σε βρέφη και παιδιά. Προκαλείται από ετερόζυγες μεταλλάξεις στο γονίδιο ABCB11, θεωρείται γενικά καλοήθης νόσος χωρίς προοδευτική ηπατική βλάβη.

Σκοπός: Η περιγραφή της διερεύνησης βρέφους 6 μηνών με πιθανή καλοήθη υποτροπιάζουσα ενδοηπατική χολόσταση.

Μέθοδος: Βρέφος θήλυ 6 μηνών παραπέμφθηκε με αυτόματες εκχυμώσεις και ίκτερο που συνέβη κατ' επανάληψη σε διάστημα τριών μηνών.

Αποτελέσματα: Τα εργαστηριακά ευρήματα ανέδειξαν υπερχολερυθριναιμία άμεσου τύπου, παράταση PT, INR και ήπια υπερτρανσαμινασαιμία. Διενεργήθηκε εκτεταμένος έλεγχος χρόνιας ηπατοπάθειας. Απεικονιστικά αναφέρθηκε πιθανή αρχόμενη ηπατική ίνωση. Τα ευρήματα από τη βιοψία ήπατος συνηγορούσαν υπέρ ενδοηπατικής χολόστασης και αδυναμίας προωθήσεως της παραγομένης χολής προς τα πυλαία και εξωηπατικά χοληφόρα χωρίς στοιχεία πρωτοπαθούς χολαγγειίτιδας. Ο γονιδιακός έλεγχος ανίχνευσε μια παραλλαγή σε ετεροζυγωτία στο γονίδιο ABCB11 που συσχετίζεται με BRIC τύπου 2 και δεν τεκμηριώνει διάγνωση PFIC2.

Το βρέφος αρχικά αντιμετωπίστηκε με βιταμίνη K και χορήγηση πλάσματος και στη συνέχεια τέθηκε συστηματικά σε χολαγωγά φάρμακα και λιποδιαλυτές βιταμίνες. Στο follow up παραμένει ασυμπτωματική με πλήρως αποκατεστημένη ηπατική λειτουργία και άριστη πρόσληψη βάρους και μετά την διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η καλοήθης υποτροπιάζουσα ενδοηπατική χολόσταση είναι μια καλοήθης αυτοπεριοριζόμενη νόσος στη διάγνωση της οποίας θεμέλιο ρόλο παίζει ο γονιδιακός έλεγχος. Απαιτείται εξατομικευμένη υποστηρικτική αγωγή και στενή παρακολούθηση.

AA13
ΟΛΙΚΟ ΑΓΑΓΓΛΙΟΝΙΚΟ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ WAARDENBURG ΤΥΠΟΥ 4

Κωσταντίνα Κάπωνα, Ελευθερία Μαυριγιαννάκη, Παρασκευή Αποστολοπούλου, Βασιλική Κυμιωνή, Μαρία Γιαννίκη, Αγγελική Κρικρή

Νοσοκομείο Παίδων “Η Αγία Σοφία”, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Shah-Waardenburg αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα με επίπτωση <4:1.000.000 και ακολουθεί τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας.

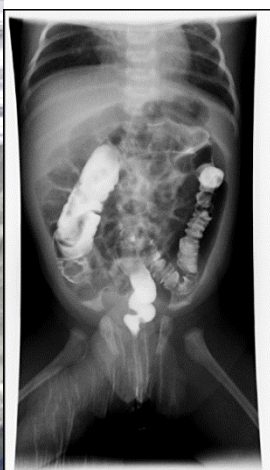
Σκοπός: Η παρουσίαση του σπάνιου συνδρόμου Shah-Waardenburg, που συνδυάζει τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Waardenburg και της νόσου Hirschsprung.

Υλικό: Θήλυ βρέφος διακομίσθηκε κατά το 3^ο 24ωρο ζωής στο νοσοκομείο μας λόγω χολώδων εμέτων. Από το ιστορικό προκύπτει πλημμελής παρακολούθηση κύησης και αποβολή μηκνίου άγνωστη χρονικά. Από την εξέταση των συστημάτων αναδείχθηκαν: πολίωση βλεφαρίδων και πρόσθιου τριχωτού κεφαλής, υπερτελορισμός και μετεωρισμένη κοιλιά με μειωμένους εντερικούς ήχους. Λόγω μη βελτίωσης πραγματοποιήθηκε διάβαση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού. Διενεργήθηκε βιοψία Swenson, από την οποία διαπιστώθηκε απουσία γαγγλιακών κυττάρων. Από τον περαιτέρω έλεγχο αναδείχθηκε βαρηκοΐα, συνθέτοντας την κλινική υποψία του συνδρόμου.

Μέθοδος: Σε ηλικία 43 ημερών υπεβλήθει σε ερευνητική λαπαροτομία με διαχωριστική ειλεοστομία στα 80cm από τον σύνδεσμο Treitz, επί εδάφους ολικού αγαγγλιονικού μεγακόλου.

Αποτελέσματα: Ομαλή μετεγχειρητική πορεία με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων και σταδιακή έναρξη σίτισης. 4 μήνες μετεγχειρητικά παρουσίασε πρόπτωση της ειλεοστομίας με δυσχερή ανάταξη και επακόλουθη στένωση η οποία διορθώθηκε χειρουργικά σε κέντρο του εξωτερικού.

Συμπεράσματα: Η χαρακτηριστική κλινική εικόνα θα πρέπει να εγείρει την υποψία αγαγγλιονικού μεγακόλου για έγκαιρη αντιμετώπιση και αποφυγή πιθανής εντεροκολίτιδας και σήψης.




AA14
ΑΤΡΗΣΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΤΥΠΟΥ IIIβ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΧΟΛΩΔΕΙΣ ΕΜΕΤΟΥΣ.

Κωνσταντίνα Κάπωνα, Ελευθερία Μαυριγιαννάκη, Ιωάννης Γεωργόπουλος, Γρηγόρης Ιορδάνογλου, Αγγελική Κρικρή
 Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Η ατρησία λεπτού εντέρου τύπου IIIβ αφορά λιγότερο από το 10% των νεογνών με εντερική απόφραξη. Σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας λόγω του συνδρόμου βραχέος εντέρου.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού ατρησίας λεπτού εντέρου τύπου IIIβ - "apple peel deformity".

Υλικό: Πρόκειται για θήλυ νεογνό αφρικανικής καταγωγής που διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας κατά το πρώτο 24ωρο ζωής λόγω χολώδων εμέτων. Ο απεικονιστικός έλεγχος έθεσε την υπόνοια υψηλής εντερικής απόφραξης.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ερευνητική λαπαροτομία όπου ανεδείχθη ατρησία λεπτού εντέρου τύπου IIIβ με βιώσιμο και λειτουργικό τμήμα νήστιδας 20 εκατοστά από τον σύνδεσμο Treitz. Διατηρήθηκαν περί τα 10 εκατοστά προς της ειλεοτυφλικής και το υπόλοιπο λεπτό έντερο εκτάμη και πραγματοποιήθηκε διαχωριστική ειλεοστομία. Ιστολογική ενέδειξε άτρητα τμήματα, εκτοπίες ιστών γαστρικού και δωδεκαδαστυλικού τύπου. Τρεις μήνες μετά πραγματοποιήθηκε σύγκλιση της στομίας. Ένα χρόνο μετά ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο με ειλεό και υποβλήθει σε συμφυσιόλυση και αναθεώρηση της αναστόμωσης.

Αποτελέσματα: Η χειρουργική αντιμετώπιση στοχεύει στη διάσωση του μεγαλύτερου σε μήκος τμήματος εντέρου και την σύντομη αποκατάσταση της συνέχειας αυτού ωστόσο η παραμονή τμήματος εντέρου απο το apple peel ενδέχει κινδύνους κακής λειτουργείας.

Συμπέρασμα: Πέρα απο τη χειρουργική τεχνική και την ορθή περιεγχειρητική υποστήριξη της ομοιόστασης και της θρέψης του ασθενούς, ο χειρουργός έρχεται αντιμέτωπος με ένα πιο σύνθετο πρόβλημα αφού η βελτίωση της επιβίωσης επηρεάζεται απο την υπερανάπτυξη μικροβίων, τις μετεγχειρητικές επιλογές επιμήκυνσης, τον κίνδυνο τοξικής κολίτιδας και δυσαπορρόφησης στους ασθενείς με βραχύ έντερο.


AA15
ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΔΟΥΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΕ ΑΡΡΕΝ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΡΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Βασιλική- Μαρία Καραγιάννη¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Μαρία Ρογαλίδου¹, Ελεάννα Στασινού¹, Χριστίνα Γεωργιά¹, Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Δάφνη Μαργώνη¹ και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας- Ηπατολογίας, Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

²Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο βραχέος εντέρου (ΣΒΕ) μετά από εντερεκτομή συνοδεύεται από εντερική ανεπάρκεια ποικίλης βαρύτητας και διάρκειας. Η αντιμετώπιση του αποτελεί πρόκληση για τον παιδίατρο γαστρεντερολόγο.

Σκοπός: Ανάδειξη αποτελεσματικότητας της Τεδουγλουτίδης (Revestive) στην αναστροφή της εντερικής ανεπάρκειας σε ΣΒΕ.

Υλικό: Βρέφος 2,5 μηνών με ΣΒΕ λόγω χειρουργικής αποκατάστασης συστροφής εντέρου και αφαίρεση 105 εκ νήστιδας και ειλεού με παραμονή 23 εκ λεπτού εντέρου, ειλεοτυφλικής βαλβίδας και παχέος εντέρου αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό εντερικής διατροφής μέσω καθετήρα σίτισης και κατ' οίκον παρεντερική διατροφή (ΠΔ) από ηλικία 3 μηνών. Σε ηλικία 4,5 μηνών έγινε έναρξη τεδουγλουτίδης (GLP-2 ανάλογο).

Μέθοδος: Η Τεδουγλουτίδη (σε δοσολογία 0,05 mg/kg υποδορίως μία φορά την ημέρα) δρα αυξάνοντας τη ροή του αίματος και την απορροφητικότητα του εντέρου, μειώνοντας την ταχύτητα της πέψης και την έκκριση οξέων του στομάχου, στοχεύοντας στην σταδιακή αύξηση της εντερικής σίτισης με παράλληλη μείωση και διακοπή της ΠΔ.

Αποτελέσματα: Τον 1^ο μήνα από την έναρξη της τεδουγλουτίδης το βρέφος παρουσίασε αύξηση εντερικής σίτισης από 540 ml σε 750 ml, η οποία συνοδεύτηκε από πρόσληψη βάρους 460 γρ. Στον 1,5 μήνα η εντερική σίτιση έφθασε τα 1000 ml και σημειώθηκε περαιτέρω πρόσληψη βάρους 530 γρ, με αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση της ΠΔ και την πλήρη διακοπή της 3,5 μήνες από την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου. Τέσσερις μήνες μετά το βάρος του ασθενούς αυξάνει σταθερά.

Συμπέρασμα: Η τεδουγλουτίδη ευοδώνοντας των ωρίμανση των εντερολαχνών, επιταχύνει την εντερική ανοχή και την αποδέσμευση του ασθενούς με ΣΒΕ από την ΠΔ, όπως και έγινε στο δικό μας ασθενή.



AA16

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΙΦΝΕ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID 19 ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ.

Βασιλική- Μαρία Καραγιάννη¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Μαρία Ρογαλίδου¹, Ελεάννα Στασινού¹, Χριστίνα Γεωργιλιά¹, Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Δάφνη Μαργώνη¹ και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹ Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Sars-CoV-2, ο επιπολασμός λοιμώδων νοσημάτων φάνηκε να διαφοροποιείται στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα στον ελλαδικό χώρο σε σχέση με τη διαφοροποίηση αυτή σε μη λοιμώδη νοσήματα και συγκεκριμένα στις ΙΦΝΕ (Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου).

Σκοπός: Να προσδιοριστούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ο τύπος των ΙΦΝΕ και τα προβάλλοντα συμπτώματα αυτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε Τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομικός έλεγχος ενδοσκοπήσεων πεπτικού και ιστολογικών εκθέσεων ασθενών ηλικίας έως 18 ετών (Μάρτιος 2020 - Αύγουστος 2021) και καταγραφή νεοδιαγνωσθέντων περιστατικών ΙΦΝΕ (ιστορικό, μακροσκοπικά και τα ιστολογικά ευρήματα).

Αποτελέσματα: Συνολικά διαγνώστηκαν 46 περιστατικά ΙΦΝΕ. Από αυτά τα 23/46 (50%) ήταν νόσος Crohn, 15/46 (32,6%) Ελκώδης κολίτιδα, 5/46 (10,9%) αταξινόμητη κολίτιδα, 3/46 (6,5%) πρώιμης έναρξης ΙΦΝΕ.

Από τους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς 22/46 (47,8%) ήταν αγόρια και 24/46 (52,1%) κορίτσια. Το ηλικιακό εύρος ήταν από 6 μήνες έως 17 έτη, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 11 έτη και διάμεση τα 12 έτη. Τα πιο συχνά συμπτώματα προβολής των ΙΦΝΕ ήταν κενώσεις με πρόσμιξη αίματος (22/46), κενώσεις με βλενοαιματηρή πρόσμιξη (7/46) και οι διαρροϊκές κενώσεις, ενώ ακολουθούσαν απώλεια βάρους σώματος, πυρετός και κοιλιακό άλγος. Η πλειονότητα παρουσίαζε αυξημένη καλπροτεκτίνη κοπράνων και δείκτες φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Οι αιμορραγικές κενώσεις ήταν το συχνότερο σύμπτωμα προβολής των ΙΦΝΕ. Η νόσος Crohn υπερτερεί μεταξύ των άλλων τύπων ΙΦΝΕ, σε συμφωνία με τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Στο κέντρο μας, τα κορίτσια αποτελούσαν την πλειοψηφία των ασθενών.


AA17
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ελένη Κούτρη¹, Μαρία Νόνη¹, **Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹** και Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου¹ εκ μέρους του δικτύου των Εθνικών Εταιρειών Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της ESPGHAN

¹Α΄ Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι διαταραχές κινητικότητας του πεπτικού στα παιδιά παρουσιάζουν σημαντικές προκλήσεις για τη διάγνωση και τη διαχείριση τους, τονίζοντας την ανάγκη κατάλληλης κατάρτισης στην Παιδιατρική Νευρογαστρεντερολογία και Κινητικότητα (ΠΝΓΚ).

Σκοπός: Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης στην ΠΝΓΚ στα Ευρωπαϊκά κέντρα εκπαίδευσης στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή (ΠΓΗΔ).

Υλικό και Μέθοδος: Τυποποιημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την εκπαίδευση στη ΝΓΚΠ στο πλαίσιο της εξειδίκευσης στην ΠΓΗΔ συμπληρώθηκαν από τους διευθυντές των Ευρωπαϊκών κέντρων εκπαίδευσης στο διάστημα Ιουνίου 2016 και Δεκεμβρίου 2019.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 100 εκπαιδευτικά κέντρα στην ΠΓΗΔ από 19 χώρες συμμετείχαν στην έρευνα. Ειδικά ιατρεία ΠΝΓΚ ήταν διαθέσιμα σε ποσοστό 59% των κέντρων, 24ωρη οισοφαγική pH-μετρία σε 80%, αντιστασιομετρία σε 75%, κλασική μανομετρία σε 46%, ενώ μανομετρία υψηλής ανάλυσης μόνο σε 41%. Οι μέσοι ετήσιοι αριθμοί των παραπάνω εξετάσεων ανά εκπαιδευόμενο ήταν: pH-μετρίας: 30 (εύρος 1-500), αντιστασιομετρίας 17 (εύρος 1-500), κλασικής μανομετρίας 10(εύρος 1-155), μανομετρία υψηλής ανάλυσης 8 (εύρος 1-80). Οι παραπάνω εξετάσεις πραγματοποιούνται στα εκπαιδευτικά κέντρα από παιδίατρους γαστρεντερολόγους (43 κέντρα), γαστρεντερολόγους ενηλίκων (10 κέντρα), παιδοχειρουργούς (5 κέντρα) ή τόσο από παιδίατρους γαστρεντερολόγους όσο και από παιδοχειρουργούς (9 κέντρα). Ετήσιοι αριθμοί <10 pH-μετρίες, αντιστασιομετρίες, κλασικές μανομετρίες και μανομετρίες υψηλής ανάλυσης αναφέρθηκαν από 7%, 15%, 11% και 14% των κέντρων, αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Η έρευνα αυτή ανέδειξε σημαντικές διαφορές στις υποδομές, το προσωπικό και τον όγκο εξετάσεων των κέντρων εκπαίδευσης στην ΠΓΗΔ στην Ευρώπη. Οι εθνικές εταιρείες ΠΓΗΔ πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλίες προκειμένου να διασφαλίσουν την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων στη ΝΓΚΠ και να αναπτύξουν στρατηγικές αξιολόγησης και διαπίστευσης.


AA18
ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΑΣ

Αριστέα Καρυτιάδου¹, Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Σταματία Πέτρου¹, Βιολέτα Δάρδα¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹

¹ Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα Γ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Εισαγωγή: Η αλλεργία στο γάλα αγελάδας (ΑΓΑ) είναι σχετικά συχνή νοσολογική οντότητα στην παιδική ηλικία με ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων. Αυτή η περίπτωση περιγράφει μία σπάνια εκδήλωση μιας συχνής κατάστασης.

Σκοπός: Περιγραφή προνήπιου 23 μηνών με σοβαρή αναιμία και υπολευκωματιναιμία από εντεροπάθεια λόγω ΑΓΑ.

Αποτελέσματα: Θήλυ 23 μηνών παρουσίασε σε τακτικό παιδιατρικό έλεγχο ωχρότητα δέρματος οφειλόμενη σε σιδηροπενική αναιμία και άρχισε σίδηρο reposit. Μία εβδομάδα αργότερα εμφάνισε οίδημα βλεφάρων, που αρχικά αποδόθηκε σε αλλεργική αντίδραση. Λόγω επιμονής της κλινικής εικόνας έγινε εργαστηριακός έλεγχος όπου διεπιστώθη αναιμία και υπολευκωματιναιμία. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ατοπική δερματίτιδα και αυξημένη πρόσληψη αγελαδινού γάλατος. Από την Α/Ε είχε καλή θρέψη, ωχρότητα δέρματος, οίδημα βλεφάρων, ήπιο συστολικό φύσημα, χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη, μικροκυτταρική αναιμία (Hb 5.5 g/dl-MCV 59, 1fl-MCH 17,3pg), με αυξημένο RDW, φυσιολογικά ΔΕΚ και χαμηλά επίπεδα φερριτίνης (2,3 ng/ml), συνοδά ήπια λευκοκυττάρωση, ηωσινοφιλία και θρομβοκυττάρωση. Επίσης διαπιστώθηκε υπολευκωματιναιμία (TP 3.5 g/dl-Alb 2.4 g/dl) με φυσιολογική ηπατική και νεφρική λειτουργία και αρνητικούς δείκτες λοίμωξης αλλά αύξηση της α1 αντιθρυψίνης κοπράνων, ένδειξη απώλειας πρωτεΐνης από το πεπτικό. Από τον υπόλοιπο έλεγχο η Mayer κοπράνων και η ειδική IgE στο γάλα αγελάδος ήταν θετικά ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος θώρακα και κοιλίας, ο ανοσοφαινότυπος περιφερικού αίματος, ο έλεγχος κοιλιοκάκης ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής μεταγίστηκε με συμπτωκνωμένα ερυθρά, έλαβε ανθρώπινη αλβουμίνη με πλήρη υποχώρηση των οιδημάτων. Ετέθη σε δίαιτα χωρίς γάλα και γαλακτοκομικά και λήψη από του στόματος σιδήρου και φυλλικού οξέος. Στους τακτικούς επανελέγχους σημειώθηκε σταδιακή αποκατάσταση της αναιμίας και της υπολευκωματιναιμίας.

Συμπέρασμα: Η εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης οφειλόμενη σε ΑΓΑ είναι μια ασυνήθης αιτία οιδήματος, υπολευκωματιναιμίας και σιδηροπενικής αναιμίας σε παιδιά, ωστόσο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ανάλογων περιπτώσεων.


AA19
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αφροδίτη Κούρτη¹, Αναστασία Μοσχοβίτη ², Ινώ Καναβάκη¹, Αθανάσιος Παπαευσταθίου³, Μελπομένη Πέππα³, Περικλής Φούκας⁴, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

1. Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
3. Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική-Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
4. Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η κοιλιοκάκη είναι ίσως η πιο συχνή αιτία λανθάνοντος υποσιτισμού στις ανεπτυγμένες χώρες. Σε μελέτες ενηλίκων φάνηκε ότι ασθενείς με κοιλιοκάκη έχουν παθολογικές τιμές οστικής πυκνότητας(ΟΠ) που δεν βελτιώνονται ακόμα και μετά τη δίαιτα.

Υλικό και μέθοδος: Παιδιά κατά τη διάγνωση της κοιλιοκάκης υποβλήθηκαν σε μέτρηση ΟΠ σε οσφυϊκή μοίρα σπονδυλικής στήλης με τη μέθοδο απορρόφησης διπλής δέσμης και ενέργειας φωτονίων(DXA). Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν δεδομένα ανάπτυξης και οστικού μεταβολισμού.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς, 27 κορίτσια και 13 αγόρια. Η διάμεση ηλικία στη διάγνωση ήταν 8,22έτη (εύρος 3-14έτη). Οστεοπενία ορίστηκε ως z-score \leq -1SD και οστεοπόρωση ως z-score \leq -2SD. Από τους 40 ασθενείς 8(20%) είχαν ΟΠ \leq -1SD και 3(7,5%) \leq -2SD. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Οι τιμές (\pm SD) Ca,P,Mg και ALP κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα 2/3 των παιδιών είχαν επίπεδα βιταμίνης D \leq 20ng/ml (που ορίζεται ως ανεπάρκεια) και χρειάστηκε να λάβουν συμπλήρωμα.

Συμπεράσματα: Πάνω από το 1/4 των παιδιών (27,5%) παρουσίαζαν παθολογική τιμή ΟΠ τη στιγμή της διάγνωσης της κοιλιοκάκης. Αιτία θεωρείται η δυσαπορρόφηση που προκαλεί η νόσος ,αλλά χρειάζονται επιπλέον μελέτες ώστε να ελεγχθεί αν η δίαιτα ελεύθερη γλουτένης μπορεί να αποκαταστήσει το πρόβλημα.


AA20
ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΔΕ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΡΟΪΚΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ

Αφροδίτη Κούρτη¹, Χρυσούλα Τρέζου¹, Ινώ Καναβάκη¹, Ευθυμία Αλεξοπούλου², Σταύρος Σπηλιόπουλος³, Δημήτριος Πολύμερος⁴, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

1. Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
3. Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β' Εργαστηρίου Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
4. Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης εφήβου που προσκομίστηκε λόγω άλγους γόνατος.

Περιγραφή περίπτωσης: Έφηβος 13,5 ετών προσήλθε για διερεύνηση άλγους δεξιού γόνατος από 6μήνου, με σταδιακή επιδείνωση από 4μήνου, που χαρακτηρίζεται κυρίως από νυχτερινή αφύπνιση. Το παιδί βρίσκεται υπό συστηματική αναλγησία. Αναφέρονται εναλλαγές των κενώσεων από 4μήνου με επικράτηση διαρροϊκών κενώσεων, χωρίς προσμεϊξεις, χωρίς κοιλιαλγία ή νυχτερινές κενώσεις. Επιπλέον αναφέρεται απώλεια βάρους. Από τον εργαστηριακό

έλεγχο: WBC:9460, Neut:77%, Hb:10,6mg/dL, TKE:70mm, CRP:25mg/L, SGPT:64U/L, γGT:300U/L, bil:1,86/0,93mg/dl, FC AL:1424μgr/gr, ASMA(+). Λόγω της νυχτερινής αφύπνισης λόγω του άλγους και της εικόνας μη κατάληψης του μυελού των οστών από λιπώδη ιστό στην MRI γόνατος, ετέθη η υποψία κακοήθειας του αιμοποιητικού συστήματος, οπότε διενεργήθηκε οστεομυελική παρακέντηση και βιοψία μυελού που ανέδειξαν εικόνα αντιδραστικού μυελού. Στη συνέχεια λαμβάνοντας υπόψιν τις διαρροϊκές κενώσεις, τα ευρήματα από την αξονική κοιλίας με εικόνα φλεγμονής του παχέως εντέρου και την αυξημένη καλπροτεκτίνη κοπράνων, έγινε ενδοσκόπηση πεπτικού που ανέδειξε εικόνα πανκολίτιδας με συμμετοχή του τελικού ειλεού και η βιοψία εικόνα ελκώδους κολίτιδας με backwash ειλείτιδα και η αρθραλγία αποδόθηκε σε εξωεντερική εκδήλωση της νόσου. Επίσης λόγω της τρανσαμινασαιμίας και της διεύρυνσης των χοληφόρων στην MRCP διενεργήθηκε βιοψία ήπατος με το ερώτημα σκληρυντικής χολαγγειίτιδας/αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Ο έφηβος ξεκίνησε αγωγή με infliximab και αζαθειοπρίνη με ύφεση των συμπτωμάτων από το πεπτικό αλλά όχι του άλγους του ΔΕ γόνατος. Προς διερεύνηση του επιμένοντος άλγους με πιθανή αντανάκλαση από το ισχίο διενεργήθηκε MRI ΔΕ κατ'ισχίου που ανέδειξε οστεοειδές οστέωμα κάτω από το λαγόνιο, το οποίο εμβολίστηκε και υφέθηκαν πλήρως τα συμπτώματα του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να συνυπάρχουν εξωεντερικές εκδηλώσεις, αλλά ο έλεγχος οφείλει να συνεχίζεται προς αποκλεισμό άλλων καταστάσεων όταν επιμένουν άτυπα συμπτώματα.


AA21
ΑΙΤΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΕΜΕΤΩΝ ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΗΛΙΚΙΑΣ 0-3 ΜΗΝΩΝ

Δήμητρα – Ήρινα Βιτωράτου¹, **Ευαγγελία Κούτρα**¹, Χριστίνα Γεωργιλιά^{1,2}, Ανδρέας Κονδύλης, Παρασκευή Κοροβέση¹, Σταυρούλα Κωσταρίδου¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

²Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η εμφάνιση εμέτων σε νεογνά και μικρά βρέφη αποτελεί συχνό σύμπτωμα το οποίο θορυβεί τους γονείς αλλά και τον παιδίατρο, οποίος καλείται να διακρίνει μεταξύ ενός φάσματος αιτιών που κυμαίνονται από αθώες καταστάσεις όπως οι αναγωγές έως και επικίνδυνες για τη ζωή καταστάσεις όπως η πυλωρική στένωση.

Σκοπός: Η καταγραφή των αιτιών εμφάνισης εμέτων σε βρέφη ηλικίας μικρότερης των 3 μηνών.

Υλικό: Υγιή νεογνά και βρέφη ηλικίας 15 με 90 ημερών, τα οποία εκτιμήθηκαν στα επείγοντα ή/και νοσηλεύθηκαν στην Παιδιατρική Κλινική του Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης από 01/09/2019 έως 31/08/2021 λόγω επεισοδίων εμέτου, χωρίς πυρετό ή διάρροιες.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη βρεφών μικρότερων των 3 μηνών που προσήλθαν στα επείγοντα Ε.Ι. ή νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο μας με εμέτους. Έγινε ανασκόπηση του ιατρικού ιστορικού καθώς και τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς για παρακολούθηση της πορείας τους.

Αποτελέσματα: Την τελευταία διετία, 56 φαινοτυπικά υγιή βρέφη ηλικίας μικρότερης των 3 μηνών εκτιμήθηκαν στα επείγοντα της Παιδιατρικής Κλινικής. Κρίθηκε απαραίτητη λόγω σοβαρότητας της κλινικής εικόνας η εισαγωγή σε 32 με 4 να παραλαμβάνονται ενυπογράφως από τους γονείς. Από τα 28 που νοσηλεύθηκαν, σε 10 οι έμετοι αποδόθηκαν σε λοιμώδη αίτια, σε 3 σε σιτιστικά σφάλματα, σε 1 σε αλλεργιολογικά αίτια και σε 13 σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Σε 1 βρέφος διαπιστώθηκε πυλωρική στένωση. Σε κανένα βρέφος δε διαπιστώθηκαν μεταβολικά ή καρδιολογικά αίτια.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των υγιών βρεφών ηλικίας μικρότερης των 3 μηνών που εμφανίζουν εμέτους, έχουν καλή πρόγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί ο αποκλεισμός του ενδεχομένου πυλωρικής στένωσης.


AA22
ΟΞΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ

Βασίλειος Λιάκος¹, Σοφία Γκόλα¹, Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Παρασκευή Καρανίκα¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Βασιλική Γεωργοπούλου³, Ελευθέριος Σμαρόπουλος⁴, Αθανασία Αναστασίου³, Γεώργιος Τσικόπουλος²

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Ακτινολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονώδης διεργασία του παγκρέατος με ανησυχητικά αυξανόμενη επίπτωση στα παιδιά. Αποτελεί συνήθως ένα αναστρέψιμο γεγονός, αλλά υπάρχει 10-35% πιθανότητα υποτροπής μετά το αρχικό επεισόδιο. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης χρόνιας παγκρεατίτιδας με μόνιμες μορφολογικές αλλοιώσεις και παγκρεατική ανεπάρκεια.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης νηπίου με οξεία υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα (3 επεισόδια συνολικά) σε έδαφος ανατομικής παραλλαγής της συμβολής κοινού χοληδόχου και μείζονος παγκρεατικού πόρου, η οποία παρουσίασε ιδιαίτερη δυσκολία τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για θήλυ νήπιο ηλικίας 3,5 ετών, που διακομίστηκε από το ΓΝ Κοζάνης λόγω επεισοδίων εμέτου και οσφυαλγίας με συνοδό αμυλασαιμία και τρανσαμινασαιμία. Από το ιστορικό αναφέρονται άλλα 2 επεισόδια παγκρεατίτιδας με παρόμοια κλινικοεργαστηριακή εικόνα, τα οποία θεωρήθηκαν λιθιασικής αιτιολογίας και οδήγησαν σε χολοκυστεκτομή. Κατά την εισαγωγή του το νήπιο τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση, τοποθετήθηκε ρινογαστρικός καθετήρας και διακόπηκε η σίτιση, εμφανίζοντας σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Στα πλαίσια αναζήτησης αιτιολογικού παράγοντα της νόσου διενεργήθη MRCP, όπου αναδείχθηκε λιθογόνος ανατομική παραλλαγή με συμβολή κοινού χοληδόχου και μείζονος παγκρεατικού πόρου σε κοινό στέλεχος, έλλειμμα πλήρωσης στο ύψος της κοινής συμβολής δίκην παρουσίας λίθου και διάταση ενδο/εξωηπατικών χολαγγείων. Το νήπιο υποβλήθηκε σε αφαίρεση των λίθων και τοποθέτηση stent στο σημείο της παραλλαγής μέσω ERCP, εμφανίζοντας προοδευτική μείωση της αμυλασαιμίας και παραμένοντας ασυμπτωματική έκτοτε.

Συμπεράσματα: Η αποφυγή ανάπτυξης χρόνιας παγκρεατίτιδας επιβάλλει τη σωστή διαχείριση των οξέων επεισοδίων με έγκαιρη ανεύρεση και αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα της νόσου.

4^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ



12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

AA23

ΑΠΕΣΥΡΘΗ



AA24

ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ FILMARRAY MULTIPLEX PCR ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χρυσάνθη Μάντσιου¹, Τατιανή Παππά¹, Ραφαηλία Καραγιάννη¹, Χρήστος Κόγιας¹, Ελισάβετ Λαφάρα¹, Κατερίνα Τζιόλα¹, Κωνσταντίνος Πιστοφίδης², Γεώργιος Τριανταφυλλίδης², Μαρία Παλαμούτη², Αναστασία Τουλιοπούλου¹, Ελένη Βούρτη¹

¹Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

²Ανοσολογικό τμήμα Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η λοιμώδης διάρροια είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως, ιδιαίτερα στα παιδιά. Μπορεί να προκληθεί από βακτήρια, ιούς, παράσιτα και βακτηριακές τοξίνες. Η κύρια διαγνωστική μέθοδος είναι η καλλιέργεια κοπράνων, η οποία είναι χρονοβόρα και κάποιες φορές αναξιόπιστη. Νέες ταχείες μοριακές μέθοδοι, όπως η FilmArray Multiplex PCR κοπράνων, χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια, προσφέροντας πολλά οφέλη στον κλινικό γιατρό.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η χρήση ταχέων μοριακών μεθόδων στη διάγνωση και θεραπεία παιδιατρικών ασθενών με οξύ διαρροϊκό σύνδρομο.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική ανάλυση των αποτελεσμάτων των δειγμάτων κοπράνων που αναλύθηκαν με μοριακές και συμβατικές μεθόδους και προέρχονταν από ασθενείς με οξύ διαρροϊκό σύνδρομο καθώς και των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων αυτών από 10/2020 έως 09/2021.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα 11 μηνών, 24 δείγματα κοπράνων εστάλησαν για καλλιέργεια και PCR. Σε όλες τις καλλιέργειες αναπτύχθηκε φυσιολογική χλωρίδα, ενώ σε 19 δείγματα υπήρξε θετικό αποτέλεσμα στην PCR. Μεταξύ των θετικών δειγμάτων, η διάμεση ηλικία ήταν 15 μήνες (IQR=48μήνες) και το 58% ανήκε σε άρρενα. Σε 16 δείγματα εντοπίστηκε βακτήριο, σε 6 ιός, σε 1 παράσιτο, ενώ σε 9 δείγματα περισσότερα του ενός παθογόνα. Το συχνότερο παθογόνο ήταν το *Campylobacter* (53%). Το 79% των ασθενών είχε πυρετό. Στο 26% των κοπράνων υπήρξε πρόσμιξη αίματος και στο 80% αυτών ανιχνεύθηκε το *Campylobacter*.

Συμπεράσματα: Οι σύγχρονες μοριακές μέθοδοι μπορούν να θέσουν τη διάγνωση σε ασθενείς με οξύ διαρροϊκό σύνδρομο σε αντίθεση με τις παλαιότερες συμβατικές μεθόδους. Αυτό προσφέρει σημαντική βοήθεια στον κλινικό γιατρό, ειδικά εάν υπάρχει διαφοροδιαγνωστικό ζήτημα και μάλιστα όταν πρόκειται για ευπαθείς ομάδες.



AA25

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ USTEKINUMAB ΣΕ ΕΦΗΒΟ 15 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΡΙΓΓΟΠΟΙΟ ΝΟΣΟ CROHN

Δήμητρα Μελά¹, Μαρία Μαραγκουδάκη¹, Αγγελική Θεοδωροπούλου², Γρηγόριος Πασπάτης² Γεωργία Βλαχάκη¹

1. Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης
2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η συχνότητα της νόσου Crohn, ολοένα και αυξάνεται στην παιδιατρική ηλικία.

Ο βιολογικός παράγοντας με το ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι ιντερλευκίνης 12/23 (ustekinumab), κατέχει πλέον θέση στη φαρμάκων για παιδιατρικούς ασθενείς με νόσο Crohn.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού θεραπείας με ustekinumab εφήβου 15 ετών με συριγγοποιό νόσο Crohn μη ανταποκρινόμενο στην anti-TNF θεραπεία με ανοσοτροποποιητική αγωγή.

Μέθοδος-Υλικό: Πρόκειται για αγόρι 15 ετών, που προσήλθε με απώλεια βάρους (13 κιλών) από έτους, κοιλιακό άλγος, αναιμία, διαλείποντα εμπύρετα, αφθώδη στοματίτιδα και περιεδρικό συρίγγιο. Ελήφθη καλπροτεκτίνη κοπράνων (αυξημένη), έγιναν μαγνητική εντερογραφία και ενδοσκόπηση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού με βιοψίες, όπου τέθηκε η διάγνωση νόσου Crohn. Λόγω του περιεδρικού συρίγγιου και των εξωεντερικών εκδηλώσεων, βάσει τις ECCO-ESPGHAN κατευθυντήριες οδηγίες, ετέθη σε ινφλιξιμάμπη και αζαθειοπρίμη, έγινε χει/κή διάνοιξη του συρίγγιου και λάμβανε συμπληρωματικά εντερική διατροφή. Λόγω μη βελτίωσης της κλινικής και ενδοσκοπικής εικόνας, έγιναν αύξηση δόσης της ινφλιξιμάμπης, μείωση των μεσοδιαστημάτων έγχυσης και αντικατάσταση της αζαθειοπρίμης από μεθοτρεξάτη. Λόγω ανάπτυξης αντισωμάτων στην anti-TNF θεραπεία έγινε έναρξη αγωγής με ustekinumab το οποίο λαμβάνει μέχρι και σήμερα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έπειτα από 8 μήνες θεραπείας με ustekinumab είναι σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία της ανθεκτικής νόσου Crohn παραμένει μία πρόκληση. Περαιτέρω μελέτες πρέπει να διεξαχθούν για τη θεραπεία των παιδιατρικών ασθενών με το ustekinumab.

**ΑΑ26****ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΥ**

Χρηστίνα Μελέτη, Ευαγγελία Μανοπούλου, Γιώργος Μαγγανάς, Λουκία Τζαρούχη, Γεωργία Παπαϊωάννου

Νοσοκομείο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πιθανή κατάποση ξένων σωμάτων θεωρείται συχνή αιτία προσέλευσης του παιδιού στο τμήμα επείγοντων. Η απεικόνιση παίζει σημαντικό ρόλο στην επιβεβαίωση της κατάποσης και είναι καθοριστικής σημασίας για τη διαχείριση του παιδιατρικού ασθενή, η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με την εντόπιση. Συνήθως η αντιμετώπιση είναι συντηρητική, σε ορισμένες περιπτώσεις όμως απαιτείται επείγουσα αφαίρεση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικών κατάποσης ξένων σωμάτων και η περιγραφή του ρόλου της απεικόνισης στην εντόπιση και την έγκαιρη ταυτοποίησή τους.

ΥΛΙΚΟ: Στη διάρκεια του τελευταίου έτους (9/2020 - 9/2021) εξετάστηκαν στα ΤΕΠ 117 παιδιά με την υποψία κατάποσης ξένου σώματος. Η ενδιάμεση ηλικία τους ήταν 10 μηνών έως 6 ετών. Η πλειοψηφία τους δεν εμφάνισε κλινική σημειολογία. Τα συχνότερα ξένα σώματα ήταν κέρματα και πλαστικά τμήματα παιχνιδιών, ενώ σε μικρότερο αριθμό μπαταρίες και μικροί μαγνήτες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μέθοδος εκλογής για την ανάδειξη των ξένων σωμάτων είναι η απλή α/α θώρακος – κοιλίας σε ύπτια θέση. Δεν κρίθηκε αναγκαία περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση. Σε μη ακτινοσκοπερά ξένα σώματα η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται στην κλινική εικόνα και τα έμμεσα ακτινολογικά σημεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αντιμετώπιση κατάποσης ξένων σωμάτων βασίζεται στην απεικόνιση με απλή ακτινογραφία κοιλίας, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και το ιστορικό.


AA27
ΧΡΟΝΙΑ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μαρία Μιχοπούλου, Έλενα Τασίκα, Θεοδώρα Δελαπόρτα, Ιωάννης Ξυνιάς, Κωνσταντίνα Βασιλάκη, Σταματία Πέτρου, Βασίλειος Λιάκος, Ιωάννης Ροηλίδης, Δήμητρα Παπακυρίτση

Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ - Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: η δυσκοιλιότητα αποτελεί χρόνια πρόβλημα της παιδικής ηλικίας και η διαχείριση της εξαρτάται σημαντικά από το βαθμό συνεργασίας ιατρού/ασθενή.

Σκοπός: η καταγραφή της πορείας και έκβασης παιδιών με χρόνια δυσκοιλιότητα.

Υλικό-Μέθοδος: μελετήθηκαν οι φάκελοι παιδιών με δυσκοιλιότητα που προσήλθαν στο παιδογαστρεντερολογικό ιατρείο ή νοσηλεύτηκαν στην κλινική. Καταγράφηκαν η ηλικία εμφάνισης, προκλητικοί παράγοντες, διατροφή, περιεδρικές βλάβες, εγκόπριση, προηγούμενη παρέμβαση. Επιπλέον καταγράφηκαν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμμόρφωση, πορεία και έκβαση.

Αποτελέσματα: ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι 297 παιδιών με δυσκοιλιότητα (μέση ηλικία 4,2 έτη) Το 53% (155/297) παρουσίασε συμπτώματα στη νηπιακή ηλικία. Στο 20% αναφέρθηκαν κακές διατροφικές συνήθειες. Σε 34 παιδιά διαπιστώθηκε προκλητικός παράγοντας (γαστρεντερίτιδα, φάρμακα, πάνα κλπ.). Στο 15% (42/297 παιδιά) διαπιστώθηκαν περιεδρικές βλάβες, 9 παιδιά εμφάνισαν εγκόπριση. Ποσοστό 9%, είχε λάβει παρέμβαση.

Στην παρούσα ανασκόπηση 50 παιδιά έλαβαν τουλάχιστον ένα φάρμακο (λακτιλόλη 50%, πολυαιθυλενογλυκόλη 38%). Ποσοστό 20,5% (61/297) έλαβαν συνδυασμό φαρμάκων.

Στο 10% έγινε κένωση εντέρου, ενώ μόνο οδηγίες χρειάστηκε το 2%.

Ογδονατρία παιδιά (83 /297) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (3 στάδια). Από αυτά το 71% (59/83) είχε άριστη βελτίωση (όχι υποτροπή σε 2 έτη). Ποσοστό 6% είχε μέτρια βελτίωση για τουλάχιστον 6 μήνες (< 3 κενώσεις φυσιολογικής σύστασης/εβδομάδα) και ποσοστό 22,9% μικρή βελτίωση (<3 κενώσεις/εβδομάδα με κόπρανα μεγάλης διαμέτρου).

Ποσοστό 62,5 % δεν επανήλθε μετά την 1^η επίσκεψη, ενώ μη συμμόρφωση στη θεραπευτική παρέμβαση καταγράφηκε στο 6%.

Συμπεράσματα: παιδιά με δυσκοιλιότητα που ολοκληρώνουν τη θεραπεία και συμμορφώνονται στις διατροφικές οδηγίες έχουν συνήθως πολύ καλή πρόγνωση. Οι σημαντικότερη λόγοι επιμονής της κατάστασης είναι η μη προσέλευση κατά τον επανέλεγχο και κακή συμμόρφωση.


AA28
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΘΗΛΥ 3 ΕΤΩΝ

Μούγιου Βασιλική¹, Κωτσόγιαννης Θεμιστοκλής¹, Αναγνωστάκι Ισμήνη¹, Καλογήρου Ελένη¹, Καραστάθη Χριστίνα¹, Λύρα Μαρία¹, Λέκκα Σοφία², Κονιδάρη Αναστασία¹

¹ Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΣΥ, ΠΓΝ Αθηνών Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού

² Τμήμα Αύξησης και Ανάπτυξης–Ενδοκρινολογικό, ΠΓΝ Αθηνών Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι μια χρόνια ηπατοπάθεια που χαρακτηρίζεται από προοδευτική χολόσταση, φλεγμονή και ίνωση των ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων, πιθανώς ιδιοπαθούς αιτιολογίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση του περιστατικού τονίζει την αναγκαιότητα διεύρυνσης του ελέγχου σε εμμένουσα υπερτρανσαμινασαιμία.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για νήπιο θήλυ που παραπέμφθηκε προς διερεύνηση επιμένουσας υπερτρανσαμινασαιμίας μετά την αποδρομή EBV λοίμωξης. Από το λοιπό έλεγχο βρέθηκαν οριακά αυξημένη γGT, λιπώδης διήθηση του ήπατος με ολιγάριθμους λεμφαδένες στην πύλη του ήπατος και πέριξ της κεφαλής του παγκρέατος, οριακή σπληνομεγαλία, χωρίς διαταραχές της πηκτικότητας.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε εκτενής έλεγχος για λοιμώδη, αποφρακτικά, μεταβολικά και γενετικά νοσήματα του ήπατος και των χοληφόρων (WES). Ο ανωτέρω έλεγχος ήταν αρνητικός πλην θετικών αντιθυρεοειδικών και ANA αντισωμάτων. Από την βιοψία ήπατος προέκυψε εικόνα ενδεικτική διαβρωτικής και ενδολοβιακής ηπατίτιδας, πιθανώς συνδυαζόμενης με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, χωρίς να τεκμηριώνεται εικόνα αυτοάνοσης/interface ηπατίτιδας. Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική. Παρουσίασε προοδευτική αυτόματη βελτίωση των τιμών των τρανσαμινασών.

Συμπεράσματα: Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι μια ύπουλη νόσος, συχνά ασυμπτωματική με αμβληγρά σημεία όπως ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, κόπωση και λόγω αυτών διαγιγνώσκεται συνήθως στην ενήλικη ζωή. Συχνά συνυπάρχει με ΙΦΝΕ (70-80%) ή άλλα αυτοάνοσα νοσήματα και συσχετίζεται με γενετικούς (HLAA1, B8, DR3 γονότυποι), ανοσολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η διάγνωση τίθεται με τη χαρακτηριστική εικόνα στενώσεων και διατάσεων των χοληφόρων στην MRCP/ERCP και επί υποψίας αυτοάνοσης ηπατίτιδας συμπληρώνεται με βιοψία ήπατος. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση ουρσοδεσοξυχολικό οξύ και κορτικοειδή/ανοσοκατασταλτική θεραπεία για περιορισμό της φλεγμονής με τελική θεραπεία τη μεταμόσχευση ήπατος.


AA29
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 2 ΜΗΝΩΝ

Αγγελική Νικολακοπούλου, Ιωάννα Σιγάλα, Ζωή Καντά, Μαρία Αργυροπούλου, Μαρία Σοϊλέ, Αφροδίτη Σακελλαροπούλου, Ευαγγελία Κυριτσά, Αναστασία Κονιδάρη

Β' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών « Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού », Αθήνα

Εισαγωγή : Η ηωσινοφιλική κολίτιδα ανήκει στο φάσμα των ηωσινοφιλικών γαστρεντεροπαθειών με αυξημένη διήθηση των ηωσινοφίλων στο κόλον.

Σκοπός : Η παρουσίαση περιστατικού βρέφους 2 μηνών με κλινική εικόνα βαριάς αφυδάτωσης που διεγνώσθη με ηωσινοφιλική κολίτιδα.

Υλικό-Μέθοδος : Βρέφος θήλυ 2 μηνών θηλάζον αποκλειστικά διακομίστηκε λόγω αναφερόμενων εμέτων και πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων από 36ώρου. Προ 7ημέρου είχε εμβολιαστεί κατά του ροταϊού. Διαπιστώθηκε εικόνα βαριάς αφυδάτωσης με επηρεασμένη γενική κατάσταση και τέθηκε αγωγή με ενδοφλέβια αντιβίωση ευρέος φάσματος και υποστηρικτική αγωγή. Το βρέφος συνέχισε να παρουσιάζει πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη βλέννης παρά την διακοπή σίτισης και την χορήγηση ειδικού στοιχειακού γάλατος. Βελτιώθηκε σταδιακά μετά την έναρξη ολικής παρεντερικής διατροφής. Από το 28^ο 24ωρο έγινε σταδιακά έναρξη χορήγησης στοιχειακού γάλατος από το στόμα. Εξήλθε σε άριστη γενική κατάσταση και οδηγίες σίτισης με στοιχειακό γάλα.

Αποτελέσματα : Κατά την ενδοσκοπική διερεύνηση, διαπιστώθηκε εικόνα οιδηματώδους, λευκωπού βλεννογόνου με παρουσία άφθονης βλέννης καθόλο το μήκος του παχέος εντέρου, με ηπιότερη εικόνα του κατιόντος κόλου. Από την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε παρουσία πολυάριθμων ηωσινοφίλων στο παχύ έντερο (25-70/ΟΠΧ40 στο ανιόν, ηωσινοφιλικό περιεχόμενο σε κρύπτες στο εγκάρσιο και κατιόν, 40-70/ΟΠΧ40 στο σιγμοειδές και >70/ΟΠΧ40 στο ορθό).

Συμπεράσματα : Το βρέφος παρέμεινε σε άριστη γενική κατάσταση στο follow up. Η ηωσινοφιλική κολίτιδα εμφανιζόμενη στην βρεφική ηλικία διαγιγνώσκεται εξ' αποκλεισμού πληθώρας συγγενών/επικτήτων εντεροπαθειών, είναι προοδευτικά βελτιούμενη και αυτοπεριοριζόμενη με σιτιστικούς χειρισμούς, και σχετίζεται συνήθως με non IgE/μικτό μηχανισμό. Οι διατροφικές οδηγίες αποκλεισμού, η τακτική παρακολούθηση και αλλεργιολογική συνεκτίμηση πριν την εισαγωγή στερεών τροφών αποτελούν την βασική θεραπευτική προσέγγιση.


ΑΑ30
ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΠΙΦΝΕ). ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Αμαλία Πατερέλη, Νικόλαος Τεπελένης, Γεωργία Μητροπούλου, Κωνσταντίνα Δημάκου, Μαρία Ρογαλίδου, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου, Καλλιόπη Στεφανάκη

Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα»

Εισαγωγή: Η πολύ Πρώιμης Έναρξης Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου ορίζεται ως η εκδήλωση ΙΦΝΕ σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 6 ετών. Ιστολογικά η αταξινόμητη κολίτιδα είναι η συχνότερη στις μικρές ηλικίες κατά την πρωτοδιάγνωση και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σχετίζεται με υποκείμενη γενετική διαταραχή.

Σκοπός: της μελέτης είναι η συγκριτική ιστολογική αξιολόγηση βιοψιών ανώτερου πεπτικού και παχέος εντέρου 8 ασθενών με ΠΠΙΦΝΕ και η συσχέτιση με τα κλινικά και εργαστηριακά και γενετικά ευρήματα.

Υλικό: Οκτώ ασθενείς ηλικίας 5 μηνών έως 3,5 ετών με εκδήλωση ΙΦΝΕ την τελευταία πενταετία.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των βιοψιών ανώτερου πεπτικού και παχέος εντέρου.

Αποτελέσματα: Η σειρά μας περιελάμβανε οκτώ ασθενείς [6 ηλικίας < 2 ετών] με επικράτηση των κοριτσιών (7 κορίτσια και 1 αγόρι) και συχνότερο σύμπτωμα τις αιμορραγικές κενώσεις. Ιστολογικά αταξινόμητη κολίτιδα διαγνώσθηκε σε 5 ασθενείς, χρόνια ενεργός ελκώδης κολίτιδα σε 2 ασθενείς, ηλικίας >2 ετών, ενώ στο αγόρι 6 μηνών η πιθανή διάγνωση αταξινόμητης κολίτιδας επιβεβαιώθηκε με την ανάδειξη μετάλλαξης IL-10RB.

Κοινά ιστολογικά ευρήματα αταξινόμητης κολίτιδας ήταν α) η μέτρια/ικανή διαταραχή της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου παχέος εντέρου, εντονότερη στο αριστερό κόλον β) η ανομοιογενής χρόνια ενεργός φλεγμονή. Κρυπτικά αποπτωτικά σώματα και μέτρια/ικανή αύξηση των ηωσινοφίλων αναδείχθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις αταξινόμητης και χρόνιας ενεργού κολίτιδας, ενώ μικροκοκκίωμα παρατηρήθηκαν σε 3 περιπτώσεις αταξινόμητης κολίτιδας. Μέτρια χρόνια ειλεΐτιδα παρατηρήθηκε σε 1 περίπτωση αταξινόμητης κολίτιδας. Μέτριες/ικανές αλλοιώσεις χρόνιας δωδεκαδακτυλίτιδας αναδείχθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις αταξινόμητης κολίτιδας με ήπια ενδοεπιθηλιακή λεμφοκυττάρωση σε 3 και μέτρια αύξηση των ηωσινοφίλων σε 4. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα τεκμηριώθηκε σε 1 περίπτωση αταξινόμητης κολίτιδας. Η γενετική μελέτη ανάδειξε μετάλλαξη IL-10RB σε 2 περιπτώσεις αταξινόμητης κολίτιδας.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των ΠΠΙΦΝΕ χαρακτηρίζεται ιστολογικά ως αταξινόμητη κολίτιδα όπως αναφέρεται βιβλιογραφικά. Η σαφώς αυξημένη ηωσινοφιλική συνιστώσα στο φλεγμονώδες διήθημα των βιοψιών παχέος εντέρου θέτει πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από αλλεργική κολίτιδα κυρίως στην πρωτοδιάγνωση των νεογνών. Η ανάδειξη υποκείμενης γενετικής διαταραχής συμβάλλει στην τεκμηρίωση της διάγνωσης ΠΠΙΦΝΕ με μη παθολογικά ιστολογικά χαρακτηριστικά.

**AA31****ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Ιωάννης Ροηλίδης, Ξανθήππη Τοπαλίδου, Θεοδώρα Δελαπόρτα, Ιωάννης Ξυνιάς, Κωνσταντίνα Βασιλάκη, Δημήτριος Μουσελίμης, Αναστάσιος Τσαρούχας, *Χαράλαμπος Αγακίδης, Αντιγόνη Μαυρουδή, Μαρία Μιχοπούλου

Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ - Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα

*Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: η συχνότητα της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας (ΕοΕ) έχει αυξηθεί τελευταία. Στα παιδιά η κλινική εικόνα και τα ευρήματα μπορεί να διαφέρουν ενώ συνήθως υπάρχει ιστορικό ατοπίας.

Σκοπός: η αναδρομική μελέτη δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και ενδοσκοπικών ευρημάτων και η συσχέτιση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Μέθοδος: αναδρομική συλλογή δεδομένων από 13 παιδιά με ΕοΕ. Τα δεδομένα περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, κλινική εικόνα, διάρκεια συμπτωμάτων, ενδοσκοπικά ευρήματα και θεραπευτική παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 10 έτη, (Α/Κ 8:5). Ποσοστό 38% των ασθενών είχαν θετικά RAST ή SPT, ενώ στο 50% υπήρχε ατοπικό ιστορικό. Σε παιδιά κάτω των 10 ετών τα κύρια συμπτώματα κατά τη διάγνωση ήταν η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οι έμετοι και το κοιλιακό άλγος, ενώ στα παιδιά άνω των 10 ετών η δυσφαγία και η ενσφήνωση βλωμού. Ενδοσκοπικά ευρήματα τραχειοποίησης και σιδηροτροχιάς βρέθηκαν σε 3 ασθενείς κατά την 1^η ενδοσκόπηση. Δεδομένα από την τελευταία ενδοσκόπηση παρακολούθησης που έγινε κατά μέσο όρο 6 σε μήνες, είχαμε σε 10 ασθενείς, από τους οποίους 7 ανταποκρίθηκαν κλινικά και ιστολογικά. Από τους 10 ασθενείς οι 4 έλαβαν PPIs και καταπνόμενη κορτιζόνη και οι τρεις μόνον PPIs. Όλοι οι ασθενείς με τροφικές αλλεργίες παρέμειναν σε δίαιτα αποκλεισμού. Οι 3 ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν έλαβαν κορτιζόνη και PPIs και τέθηκαν σε δοκιμαστικές δίαιτες αποκλεισμού αργότερα. Σε κανένα παιδί δεν παρατηρήθηκε στένωση οισοφάγου.

Συμπεράσματα: Η ΕοΕ αποτελεί πάθηση με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Δεν βρέθηκε αιτιολογική συσχέτιση κάποιου συγκεκριμένου παράγοντα με την απάντηση στη θεραπεία.

Οι στενώσεις δεν φαίνεται να είναι συχνή επιπλοκή κατά την παιδική ηλικία.

**AA32****COVID-19 ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Παρθένα Σαββίδου¹, Όλγα Τσιάτσιου¹, Ελισάβετ Μιχαηλίδου¹, Ελένη Παπαδημητρίου², Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Ιωάννης Ξυνιάς¹, Εμμανουήλ Ροηλίδης¹

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Από την έναρξη της πανδημίας, η Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Παίδων, (ΜΕΛΠ) του νοσοκομείου μας αποτελεί Κέντρο Αναφοράς για παιδιά με λοίμωξη COVID-19 και νοσηλεύει παιδιά από όλη τη Βόρεια Ελλάδα.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γαστρεντερολογικών εκδηλώσεων στα πλαίσια λοίμωξης από SARS-CoV-2 στα παιδιά.

Υλικό: Ασθενείς από 0-16 ετών με λοίμωξη COVID-19 που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΛΠ, από τον Μάρτιο 2020 έως τις 20 Σεπτεμβρίου 2021.

Μέθοδος: Ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών.

Αποτελέσματα: Από τα 199 παιδιά που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΛΠ λόγω λοίμωξης COVID-19, το διάστημα 1/3/20-20/9/21, τα 37(18,5 %) εμφάνισαν εκδηλώσεις από το πεπτικό σύστημα, με συχνότερες τις διάρροιες (54%, 20/37), μειωμένη σίτιση (45% , 17/37) και εμέτους (43%, 16/37). Μέση διάρκεια νοσηλείας για τα παιδιά αυτά ήταν 4,8 ημέρες. Η ηλικιακή ομάδα με τη συχνότερη εμφάνιση γαστρεντερικών συμπτωμάτων ήταν βρέφη 1-12 μηνών (45%, 17/37), ακολουθούμενη από παιδιά 1-4 ετών (21%, 8/37). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση μιας 14χρονης έφηβης με πνευμονία COVID-19, που εμφάνισε αμυλασαιμία και αμυλασοουρία. Όλοι οι ασθενείς είχαν καλή έκβαση νόσου.

Συμπεράσματα: Οι συχνότερες εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό κατά τη λοίμωξη από Covid-19 αφορούν σε διαρροϊκές κενώσεις, μειωμένη σίτιση κι εμέτους , όπως προκύπτει από τη δική μας σειρά και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Σπάνια επιπλοκή/εκδήλωση της νόσου COVID-19 είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, που έχει καταγραφεί σε εφήβους και ενήλικες στη διεθνή βιβλιογραφία.

AA33
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ.

Ελέαννα Στασινού¹, Χριστίνα Γεωργιλιά¹, Βαγγέλης Γιαμούρης¹, Αλεξάνδρα Γιαννάκη¹, Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη¹, Δάφνη Μαργώνη¹, Κωνσταντίνα Δημάκου², Μαρία Ρογαλίδου¹, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}

¹Μονάδα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Οι πολύποδες του παχέος εντέρου αποτελούν πιθανή αιτία αιμορραγίας του κατώτερου πεπτικού στον παιδιατρικό πληθυσμό. Πρόκειται συνήθως για μονήρη, καλοήγη μορφώματα με ιστολογικά χαρακτηριστικά συμβατά με νεανικούς πολύποδες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η αναδρομική καταγραφή των χαρακτηριστικών των πολυπόδων που ανευρέθησαν σε παιδιά και εφήβους και η ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας της ενδοσκοπικής αφαίρεσης αυτών.

Υλικό: Η μελέτη συμπεριέλαβε 30 παιδιά και εφήβους, 24 αγόρια (80%) και 6 κορίτσια (20%) με διαγνωσμένους μονήρεις ή πολλαπλούς πολύποδες παχέος εντέρου, στο πλαίσιο διερεύνησης αιμορραγίας από το ορθό (86,6%) ή τακτικού επανελέγχου ασθενών με γνωστό σύνδρομο Peutz-Jeghers (6,7%) και ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (6,7%).

Μέθοδος: Η ενδοσκοπική αφαίρεση των πολυπόδων διενεργήθηκε με βρόγχο πολυπεκτομής και τη χρήση διαθερμίας, ενώ σε έναν ασθενή απαιτήθηκε και η χρήση θερμοπηξίας με αέριο αργού. Οι ασθενείς υποβλήθησαν σε ολική αναισθησία. Καταγράφηκαν η εντόπιση, ο αριθμός, το μέγεθος και τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά των πολυπόδων που αφαιρέθηκαν στο κέντρο από τον Ιανουάριο του 2018 έως τον Σεπτέμβριο του 2021.



Αποτελέσματα: Οι πολύποδες εντοπίστηκαν κυρίως στο ορθό (43,3%) και στο σιγμοειδές (23,3%), ενώ η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε κατά κύριο λόγο αμαρτωματώδεις πολύποδες με υφή νεανικού πολύποδα (53,3%).

Συμπεράσματα: Η ενδοσκόπηση του πεπτικού είναι μια απαραίτητα ιατρική πράξη στη διερεύνηση των ασθενών με αιμορραγία από το ορθό, δεδομένου ότι οι πολύποδες του παχέος εντέρου αποτελούν πιθανό εύρημα. Η ενδοσκοπική πολυπεκτομή είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική πράξη για την αφαίρεση πολυπόδων ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού και στα παιδιά.



AA34

ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Πελαγία Τσιτσάνη¹, Ελευθερία Καραγιαννοπούλου².

¹ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας, Οργανική Μονάδα Έδεσσας.

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Τομέας Διδυμοτείχου.

Εισαγωγή. Το πνευμοπεριτόναιο προκύπτει από ελεύθερο αέρα εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας λόγω διάτρησης κοιλιακού ή πυελικού σπλάγχνου (έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, ρήξη εκκολπώματος ή κακοήθειας, τυφλό ή διαπεραστικό τραύμα, φλεγμονώδεις πάθησεις του εντέρου). Στα παιδιά υπάρχουν περιπτώσεις μη χειρουργικού πνευμοπεριτοναίου, θωρακικές, κοιλιακές, γυναικολογικές, ιδιοπαθείς και ιατρογενείς.

Σκοπός. Παρουσιάζουμε περίπτωση τεκμηριωμένου πνευμοπεριτοναίου σε παιδί 10 ετών.

Υλικό & Μέθοδος. Αγόρι 10 ετών προσκομίστηκε με επιγαστρικό πόνο και ναυτία από λίγης ώρας. Ανέφερε δυσφορία και ανορεξία την τελευταία βδομάδα. Παρουσίασε χαμηλό πυρετό, η κοιλιά του ήταν ελαφρώς μετεωρισμένη με καλούς εντερικούς ήχους, ευαίσθητη στην ψηλάφηση με θετικό σημείο Rovsing.

Αποτελέσματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) 9,3 k/μL και φυσιολογικές πρωτεΐνες φλεγμονής. Η ακτινογραφία θώρακος και ο υπέρηχος κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Το επόμενο πρωί και ενώ ο πόνος είχε υποχωρήσει σημαντικά, ο ασθενής παρουσίασε εμπύρετο με λευκοκυττάρωση (WBC 20,8 k/μL) και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP 5 mg/L και PCT 0,3 ng/mL). Η αξονική τομογραφία κοιλίας (με χρήση πνευμονικού παράθυρου) αποκάλυψε εξωαυλικό αέρα εντός του περιτοναίου. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα λαπαροτομία, όπου διαγνώστηκε διατρηθέν έλκος στομάχου.

Συμπεράσματα. Ο κοιλιακός πόνος στα παιδιά, αν και συνηθισμένος και συχνά μη οφειλόμενος σε κρίσιμη ασθένεια, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και ενδεχομένως απαιτεί βασική εργαστηριακή διερεύνηση και επανεκτίμηση του ασθενούς. Σημαντικό είναι να μην υποτιμηθεί μια οξεία χειρουργική κατάσταση με δυνητικά μοιραία επακόλουθα (σηπτικό σοκ/οργανική ανεπάρκεια). Οι ασθενείς με πνευμοπεριτόναιο παρουσιάζουν ποικιλία συμπτωμάτων: από ήπια κοιλιακή δυσφορία έως κλινική εικόνα περιτονίτιδας. Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ παιδιάτρων, παιδοχειρουργών και ακτινολόγων μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια.

**AA35****ΚΡΥΠΤΟΣΠΟΡΙΔΙΑΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΣ ΠΑΙΔΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.**

Γιώργος Κατσάρας, Ευάγγελος Οικονόμου, Ελένη Λαζαρίδη, Μιγκουέλ Σκίρα, Πετρίνα Σαμαρτζή, **Πελαγία Τσιτσάνη**

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας -Οργανική Μονάδα Έδεσσας.

Εισαγωγή. Το κρυπτοσπορίδιο είναι ενδοκυτταρικό παράσιτο της συνομοταξίας Aricomplexa. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος εξάπλωσής του είναι το πόσιμο νερό και το νερό αναψυχής. Έχει ενοχοποιηθεί για υδατογενείς επιδημίες. Στα ανοσοεπαρκή άτομα, η κρυπτοσποριδίαση συνήθως διαδράμει ασυμπτωματικά, ενώ μπορεί να εκδηλωθεί και ως οξύ διαρροϊκό σύνδρομο.

Σκοπός. Η παρουσίαση κλινικής κρυπτοσποριδίασης σε ανοσοεπαρκές παιδί.

Υλικό-Μέθοδος. Θήλυ 6 ετών προσκομίστηκε με αναφερόμενους εμέτους και πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις από 5ημέρου. Ήταν απύρετη με κλινική αφυδάτωση 3% και συνοδά συμπτώματα: κωλικοειδές κοιλιακό άλγος και ανορεξία.

Αποτελέσματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων με ήπια αυξημένες πρωτεΐνες φλεγμονής (CRP: 0,90 mg/dL, PCT: 0,16 ng/ml) και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Na: 127 mg/dL, K: 2,95 mg/dL). Η ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος και ο υπέρηχος κάτω κοιλίας ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και διόρθωση ηλεκτρολυτών. Το 4° 24ωρο νοσηλείας, παρά τη σταδιακή επανασίτιση με υποχώρηση των διαρροιών και συνεχή αναπροσαρμογή των χορηγούμενων ενδοφλέβιων διαλυμάτων, οι τιμές νατρίου και καλίου παρέμεναν χαμηλές (Na: 131 mg/dL, K: 3,3 mg/dL). Η γενική εξέταση κοπράνων παρουσίασε αυξημένο αριθμό πυοσφαιρίων (12-18 ΚΟΠ) και ερυθρών αιμοσφαιρίων (12-15 ΚΟΠ), ενώ η παρασιτολογική κοπράνων ανέδειξε *Cryptosporidium hominis*. Ο ποσοτικός προσδιορισμός των κύριων τάξεων των ανοσοσφαιρινών απέβη φυσιολογικός (IgG: 970 mg/dL, IgA: 180 mg/dL, IgM: 106 mg/dL). Η ασθενής συνέχισε να βελτιώνεται κλινικά και εργαστηριακά έως το 15° 24ωρο της νόσου.

Συμπεράσματα. Τα πρωτόζωα που σχηματίζουν σπόρια αποτελούν πιθανή αιτία διάρροιας στα παιδιά. Η παρασιτολογική κοπράνων δεν πρέπει να διαλάθει της διαγνωστικής φαρέτρας, ενώ κρίνεται απαραίτητη και η διερεύνηση της ανοσοεπάρκειας τέτοιων περιστατικών.


AA36
Η ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΗΩΣΗΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑΣ (ΗΟΙΣ); ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

 Τατιανή Μούδιου, **Ελένη Τσοτρίδου**, Αλεξάνδρα Τσίπη, Ελένη Πετράκη, Ασημίνα Γαλλή-Τσινοπούλου

Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διαφορική διάγνωση Ηωσινοφιλικής Οισοφαγίτιδας με Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσο (ΓΟΠΝ) βασίζεται κυρίως στην ιστολογική εξέταση, διότι υπάρχει r;εση κατηγορία ασθενών με ΗΟΙΣ ανταποκρινόμενη στους αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI's).

Σκοπός: Περιγράφουμε περίπτωση αγοριού με κλινική και ενδοσκοπική εικόνα συμβατή με ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, στο οποίο όμως η παθολογοανατομική εξέταση απέκλεισε την ηωσινοφιλική φλεγμονή.

Υλικό-Μέθοδος: Αγόρι 10 ετών προσκομίστηκε λόγω δυσκαταποσίας και μειωμένης σίτισης με άρνηση λήψης στερεών και ακολούθως υγρών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα και υπογλυκαιμία. Ο ασθενής έφερε διάγνωση οισοφαγίτιδας με βάση ενδοσκόπηση προ 7μήνου, με χαρακτηριστική εικόνα σιδηροτροχιάς και 4 ηωσινόφιλα/ο.π, στο μοναδικό ιστοτεμάχιο της ληφθείσας βιοψίας. Διενεργήθηκε νέα ενδοσκόπηση με λήψη βιοψιών (ιστοτεμάχια από άνω, μέσο, κατώτερο οισοφάγο). Με την υπόνοια ΗΟΙΣ ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με δίαιτα αποκλεισμού γαλακτοκομικών, λανσοπραζόλη και εισπνεόμενη φλουτικαζόνη.

Αποτελέσματα: Η κλινική εικόνα του ασθενή παρουσίασε σταθερή βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ενδοσκοπικά παρουσίαζε ήπια ερυθρότητα και έντονη εξοίδηση του κατώτερου οισοφάγου. Η εξέταση των βιοψιών επιβεβαίωσε την παρουσία οισοφαγίτιδας χωρίς ωστόσο ηωσινοφιλική συμμετοχή. Η φλουτικαζόνη διακόπηκε και ο ασθενής παρέμεινε με λανσοπραζόλη σε συνδυασμό με ειδική δίαιτα αποκλεισμού παρουσιάζοντας πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, αν και παρουσιάζει αύξηση της επίπτωσής της σε παιδιατρικούς ασθενείς την τελευταία δεκαετία, εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται,ι μετά από αποκλεισμό της ΓΟΠΝ, με κλινικά, ενδοσκοπικά αλλά κυρίως ιστολογικά κριτήρια (20 ηωσ/ο.π).



AA37

ΝΟΣΟΣ CROHN ΣΕ ΑΓΟΡΙ 8 ΕΤΩΝ

Αγλαΐα Καρκανιά, Λαμπρινή Βίτσα, Παρασκευή Μάρκου, Αντιγόνη- Τσαμπούλα

Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών «Καραμανδάνειο», Πάτρα

Εισαγωγή: Η νόσος του Crohn είναι μια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου που εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, συχνότερα σε νέους 20-30 ετών. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, σε ένα ή περισσότερα τμήματα και προσβάλλει όλο το τοίχωμα του εντέρου.

Σκοπός: Γίνεται σύντομη ανασκόπηση του περιστατικού και της νόσου Crohn.

Υλικό: Αγόρι 8 ετών με ιστορικό διαλείποντος εμπυρέτου από 24 ημερών με συνοδό ήπιο κοιλιακό άλγος, χωρίς διαταραχή των κενώσεων, εισήχθη για διερεύνηση και αντιμετώπιση. Κατά τη νοσηλεία του διαπιστώθηκε αφθώδης βλάβη στη στοματική κοιλότητα και εμφάνισε δεκατική πυρετική κίνηση. Επιπλέον διαπιστώθηκε στασιμότητα ύψους και βάρους το τελευταίο ενάμισι έτος. Επιπλέον ανευρέθηκαν θετικοί δείκτες λοίμωξης και διενεργήθηκε υπέρηχος κοιλίας που ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος του τελικού ειλεού και μεσεντέριους λεμφαδένες. Βάσει των ευρημάτων ετέθη υψηλά στην διαφοροδιάγνωση η ΙΦΝΕ, οπότε και διενεργήθηκε περαιτέρω έλεγχος με ASCA και καλπροτεκτίνη κοπράνων, με ανάδειξη παθολογικών τιμών. Μετά την έξοδό του, συνεχίστηκε η παρακολούθηση και η διερεύνηση και για τον σκοπό αυτό, έγινε ορολογικός και απεικονιστικός έλεγχος.

Μέθοδος: Διενεργήθη κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος με σκοπό την ανάδειξη της διάγνωσης.

Αποτέλεσμα: Η διάγνωση που ετέθη ήταν η νόσος Crohn, με κύρια εντόπιση στον οισοφάγο και τον τελικό ειλεό. Το παιδί παραπέμφθηκε σε παιδογαστρεντερολόγο για περαιτέρω παρακολούθηση και εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Σε παιδί με στασιμότητα ύψους και βάρους, παρατεταμένο εμπύρετο, κοιλιακό άλγος και αφθώδεις βλάβες του στοματικού βλεννογόνου, ακόμη και σε μικρότερη ηλικία από το σύνθηες και επί απουσίας άλλων γαστρεντερικών εκδηλώσεων, θα πρέπει να τίθεται η υποψία ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Σάββατο 13 Νοεμβρίου 2021

12.30-13.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΗΓΗΣ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ι. Παναγιώτου**

Ομιλήτρια: **Π. Καρανίκα**

Με την ευγενική χορηγία της Cube Pharma & Nutrition

13.30-14.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Μ. Φωτούλακη**

Ομιλήτρια: **Σ. Φεσσάτου**

Με την ευγενική χορηγία της Uni-Pharma

Κυριακή 14 Νοεμβρίου 2021

11.30-12.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΠΛΗΡΕΣ ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Συντονισμός - Προεδρείο: **Ε. Σαλιακέλλης**

Ομιλήτρια: **Μ. Ρογαλίδου**

Με την ευγενική χορηγία της Medihub

ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΙΣ

4^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΜΟΝΟ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

12-14

ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

★ ★ ★

WEB
SCIENTIFIC EVENT

www.helspghancongress.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του
4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής
ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου
(σειρά βάσει χορηγίας και αλφαβητικά ανά κατηγορία) :

ΧΡΥΣΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



ΑΣΗΜΕΝΙΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



ΧΟΡΗΓΟΙ



ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Για να είναι όλα στην ώρα τους!

Μακρογόλη (PEG) 3350

Izicol



Καινοτόμος συμβιωτική φόρμουλα,
για την εξισορρόπηση και αποκατάσταση
του εντερικού μικροβιώματος!



www.microbioma.gr
www.crosspharma.gr

Αρ.Γνωστοποίησης ΕΟΦ Νο. 690823/02-07-2020

Pre
Biotics

Lactobiome

Pro
Biotics



ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ ΚΕΝΟ

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ που διατίθεται ΕΔΩ

Βιβλιογραφία: 1. Revestive® ΠΧΠ, 05/2020.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»



Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Takeda Ελλάς ΑΕ

Green Plaza, Κτίριο Β, Αγ. Κωνσταντίνου 59-61, 151 24 Μαρούσι,
Τηλ. κέντρο: 2106387800, Fax: 2106387801 • www.takeda.gr

Takeda, Takeda logo and Revestive are trademarks of Takeda Pharmaceutical Company Limited used under license. Shire now part of Takeda remains the Marketing Authorization (MA) holder for Revestive. Copyright © 2021 Takeda Hellas SA. All rights reserved • C-APROM/GR/REV/0009



Novalac bio

Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ Novalac
ΤΩΡΑ και βιο-λογική



- ✓ Χωρίς γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς (GMOs)
- ✓ Ειχύλισμα πλούσιο σε τοκοφερόλες
- ✓ Με όλες τις απαραίτητες βιταμίνες & ιχνοστοιχεία

VIOSIANE-NOVALAC-13/2020



BIANEX
ΕΚΟΜ-ΕΚΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΩΝ
ΓΙΑΜΕΤΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑΣΤΡΟΝΟΜΟΥ

BIANEX Α.Ε. - Έδρα: οδός Τασούδη 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμία
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής Τηλ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ.: 210 8009111 - Fax: 210 8071573
E-mail: mail_box@bianex.gr • WEBSITE: www.bianex.gr
ΟΕΣΣ ΜΟΝΙΧΗ Ακαδημίου 113, 562 24 Βύσσιμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683
Α.Φ. Γ.Ε.Μ.Η. 000274201000

Πιστοποιημένο προϊόν
από την bio-Inspecta

100% bio
EU Αγρότιση



BIAN Α.Ε. - Έδρα: Ερμού 15, 14^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμία
145 64 Κηφισιά Αττικής
Τηλ.: 210 9683372 • Fax: 210 9689591
E-mail: info@bian.gr • WEBSITE: www.bian.gr
Γραμμή εξυπηρέτησης καταναλωτών: 800 11 11 800
Α.Φ. Γ.Ε.Μ.Η. 0020 53801000

ΣΗΜΑΝΤΩΣΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το μητρικό γάλα είναι η κατάλληλότερη τροφή για τα βρέφη. Η σωστή διατροφή της μητέρας είναι αναγκαία για τη διατήρηση του θηλασμού. Αν ο μητρικός θηλασμός δεν επαρκεί, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ξένο γάλα σύμφωνα με κατευθύνση συμβουλής. Μη κατάλληλη παρασκευή του ξένου γάλακτος μπορεί να οδηγήσει την υγεία του βρέφους σε κίνδυνο.

ΜΕ ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ **D₃fix drops®** & ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ **βιταμίνης K₂**



Πόσιμο διάλυμα σε σταγόνες

400 IU βιταμίνης D3 + 22,5 µg βιταμίνης K2 ανά 5 σταγόνες

D₃fix
+K₂ drops®
in olive oil

- Άριστη απορρόφηση
- Υψηλή βιοδιαθεσιμότητα
- Εξατομίκευση δοσολογίας / Ευελιξία
- Εύκολη λήψη με ανάμειξη σε οποιαδήποτε τροφή / ρόφημα

Χωρίς σάκχαρα & νάτριο
Κατάλληλο για κάθε ηλικιακή ομάδα
Με χαμηλό κόστος ημερήσιας αγωγής

Αρ. Γνωστ: 76028/22-7-2020

Σ Υ Μ Π Λ Η Ρ Ω Μ Α Τ Α Δ Ι Α Τ Ρ Ο Φ Η Σ

Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης • Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μίας ισορροπημένης διαίτας • Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας εάν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας • Να φυλάσσεται μακριά από τα παιδιά.

