

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα  
Michalakopoulou 27 St. 115 28 Athens, Greece  
Tel: (+30) 210 7245 421 • Fax: (+30) 210 7245 616  
e-mails: info@hsintmed.gr • hsintmedicine@gmail.com  
www.hsintmed.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

HELLENIC SOCIETY  
OF  
INTERNAL MEDICINE

# 24<sup>ο</sup>

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Προάγοντας τη γνώση  
στην Παθολογία επί  
34 χρόνια



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

# 3-6 Νοεμβρίου 2021

Ξενοδοχείο  
«DIVANI CARAVEL»  
Αθήνα

[www.hsim2021.gr](http://www.hsim2021.gr)

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ-  
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Θα χορηγηθούν 27 Μόρια (CME-CPD Credits)  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

CONGRESS WORLD ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ

☎ Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 72 10001, 210 72 10052 ☎ 210 72 10051

✉ [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), ✉ [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)

## **Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας & Οργανωτική Επιτροπή 24ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας**

*Πρόεδρος:* **Νικόλαος Τεντολούρης**  
*Αντιπρόεδρος:* **Λεωνίδα Λαναράς**  
*Γενικός Γραμματέας:* **Ανδρέας Μελιδώνης**  
*Ειδικός Γραμματέας:* **Κωνσταντίνος Μακρυλάκης**  
*Ταμίας:* **Μιχαήλ Σαμάρκος**  
*Μέλη:* **Γεώργιος Δημητριάδης**  
**Ηλίας Μυγδάλης**  
**Μαρία Μυλωνά**  
**Σπυρίδων Ντουράκης**

### **Επιστημονική Επιτροπή 24ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας**

Η. Αβραμόπουλος	Μ. Κουτσιλιέρης	Γ. Παπαθεοδωρίδης
Α. Αλαβέρας	Α. Κουτσοβασίλης	Β. Παπασταμόπουλος
Θ. Αποστόλου	Β. Κώτσης	Σ. Παππάς
Μ. Αρβανίτης	Β. Λαμπαδιάρη	Ι. Παρίσης
Γ. Βαϊόπουλος	Λ. Λαναράς	Α. Πεφάνης
Δ. Βασιλόπουλος	Γ. Λιάμης	Α. Πολίτης
Κ. Βέμμος	Σ. Λιάτης	Γ. Πουλάκου
Δ. Βλαχάκος	Ε. Λυμπερόπουλος	Λ. Ραλλίδης
Ε. Παμαρέλλος - Μπουρμπούλης	Κ. Μακρυλάκης	Α. Ράπτης
Χ. Γώγος	Χ. Μανές	Μ. Σαμάρκος
Γ. Δαφούλας	Γ. Μαρακομιχελάκης	Γ. Σιάσος
Γ. Δημητριάδης	Α. Μαυρογιαννάκη	Γ. Στεργίου
Χ. Δημοσθενόπουλος	Χ. Μαυρογιάννης	Ν. Σύψας
Ε. Διακουμοπούλου	Α. Μελιδώνης	Α. Σωτηρόπουλος
Ι. Ελευθεριάδου	Χ. Μηλιώνης	Ν. Τεντολούρης
Ι. Ελευσινιώτης	Μ. Μητράκου	Ε. Τέρπος
Φ. Ζαγουρή	Ι. Μπαρμπετσέας	Α. Τόσκας
Α. Θανοπούλου	Ι. Μπολέτης	Δ. Τούσουλης
Ι. Ιωαννίδης	Δ. Μπούμπας	Α. Τσάπας
Ι. Κανακάκης	Σ. Μπούσμπουλας	Β. Τσιμικόδημος
Ε. Καπάντας	Μ. Μπριστιάνου	Σ. Τσιόδρας
Π. Κατσαούνου	Η. Μυγδάλης	Κ. Τσιούφης
Ν. Κατσίκη	Μ. Μυλωνά	Π. Τσιριγώτης
Ν. Κατσιλάμπρος	Μ. Νούτσου	Γ. Φιλιππάτος
Ν. Κεφαλογιάννης	Γ. Ντάιος	Ε. Φωτιάδου-Παππά
Α. Κόκκινος	Γ. Νταλέκος	Π. Χαλβατσιώτης
Γ. Κολοβού	Φ. Ντζιώρα	Α. Χαλκιάς
Ε. Κορομπόκη	Σ. Ντουράκης	Λ. Χρήστου
Ι. Κοσκίνας	Ι. Οικονομίδης	Α. Ψυρρή
Ν. Κουλούρης	Α. Παπαζαφειροπούλου	Μ. Ψυχογιουί

### **Κριτές Εργασιών**

Γ. Δημητριάδης	Α. Μελιδώνης	Σ. Ντουράκης
Λ. Λαναράς	Η. Μυγδάλης	Ν. Παπάνας
Κ. Μακρυλάκης	Μ. Μυλωνά	Μ. Σαμάρκος

# Πρόλογος

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με το βλέμμα πάντα στραμμένο στις ανάγκες του σύγχρονου Έλληνα Ιατρού, η **Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)** συνεχίζει κι εφέτος τη μακροχρόνια επιστημονική πορεία της με τη διοργάνωση του **24ου Πανελληνίου Συνεδρίου** που θα πραγματοποιηθεί στις 3-6 Νοεμβρίου 2021. Εφόσον οι συνθήκες το επιτρέψουν θα γίνει με φυσική παρουσία στην Αθήνα. Σε διαφορετική περίπτωση θα γίνει με συνδυασμό φυσικής παρουσίας και διαδικτυακής μετάδοσης είτε μόνο διαδικτυακά.

Σήμερα ο κόσμος της ιατρικής αλλάζει με γρηγορότερο ρυθμό από ποτέ άλλοτε. Ο θεράπων ιατρός αντιμετωπίζει συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία και πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις. Και η φετινή χρονιά έχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της πανδημίας από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 που πλήττει όλον τον κόσμο και τη χώρα μας με τεράστιες επιπτώσεις στην υγεία και στην κοινωνία.

Η Ε.Ε.Ε.Π. από τις πλέον ιστορικές και σημαντικές ιατρικές εταιρείες, καθώς από το 1987 είναι η επιστημονική εταιρεία με σταθερή και συνεπή επιστημονική, εκπαιδευτική και επιμορφωτική παρουσία, προς όφελος των συναδέλφων παθολόγων και της ιατρικής κοινότητας γενικότερα. Η Ε.Ε.Ε.Π. έχει πραγματοποιήσει με επιτυχία 23 Πανελλήνια Συνέδρια, 1 Ευρωπαϊκό Συνέδριο και μεγάλο αριθμό διημερίδων σε όλη την Ελλάδα.

Το πρόγραμμα του φετινού συνεδρίου είναι σχεδιασμένο από κλινικούς γιατρούς και επικεντρώνεται στις σύγχρονες προσεγγίσεις και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο Παθολόγος στην καθ' ημέρα πράξη καθώς και στους καλύτερους τρόπους εφαρμογής αυτών των προσεγγίσεων στην καθημερινή κλινική πρακτική. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου, εξειδικευμένοι στα θέματά τους διακεκριμένοι επιστήμονες θα παρουσιάσουν με τον πλέον εμπειριστατωμένο τρόπο όλες τις νεότερες εξελίξεις στην Παθολογία και στις συναφείς ειδικότητες, μεταλαμπαδεύοντας, έτσι τις πολύτιμες γνώσεις τους στους νεότερους συναδέλφους. Λόγω της πανδημίας που βιώνουμε, και στο φετινό συνέδριο περιλαμβάνονται διαλέξεις και στρογγυλά τραπέζια για την πληρέστερη ενημέρωση των συναδέλφων που βρίσκονται στη μάχη κατά του κορωνοϊού για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Θα παρουσιαστούν νεότερα δεδομένα για την κλινική εικόνα, τις επιπλοκές, τις μεταλλάξεις και τα αποτελέσματα που υπάρχουν από τις θεραπείες και τα εμβόλια.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Ε.Π. και η Οργανωτική Επιτροπή σας καλωσορίζουν στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο, πιστεύοντας ότι αυτό το Συνέδριο θα εμπλουτίσει τις γνώσεις όλων μας και θα ανοίξει νέους δρόμους στην καθημερινή μας κλινική πρακτική.

Με φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

**Νικόλαος Τεντολούρης**



Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας  
και της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

# Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΤΕΤΑΡΤΗ 3 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

15:30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

16:00-18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*Η καμπύλη J στα μεταβολικά νοσήματα-Μύθος ή πραγματικότητα;*

*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης, Κ. Μακρυλάκης*

Διαβήτης

**Α. Μαυρογιαννάκη**

Υπέρταση

**Β. Κώτσης**

Λιπίδια

**Λ. Ραλλίδης**

18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Α. Ράπτης*

Προφυλακτική αντιπηκτική αγωγής σε νοσηλευόμενους στην παθολογική κλινική

*Εισηγητής: Γ. Μαρακομιχελάκης*

18:30-19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Π. Χαλβατσιώτης*

Μικροβίωμα πεπτικού και η σχέση του με τα νοσήματα

*Εισηγητής: Α. Μανωλάκης*

19:00-19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Σ. Μανωλακόπουλος*

Χρήση και κατάχρηση των PPIs

*Εισηγητής: Γ. Καραμανώλης*

19:30-20:15 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ-ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ-ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

20:15-21:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*100 χρόνια από την ανακάλυψη της ινσουλίνης*

*Προεδρείο: Σ. Παππάς, Α. Αλαβέρας*

Φυσιολογία

**Γ. Δημητριάδης**

Θεραπεία με ινσουλίνη στο διαβήτη τύπου 2

**Ε. Ρίζος**

Παρόν και μέλλον στην ινσουλινοθεραπεία

**Α. Κουτσοβασίλης**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΠΕΛΛΑ - ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:00-18:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**COVID-19: Οι απώλειες στην εποχή της πανδημίας-Οι ασθενείς που δεν είδαμε**  
*Προεδρεία: Η. Μυγδάλης, Α. Σωτηρόπουλος*  
Η εμπειρία των Καρδιολόγων  
**Κ. Τούτουζας**  
Η εμπειρία των Αιματολόγων  
**Π. Τσιριγώτης**  
Η εμπειρία των Ρευματολόγων  
**Δ. Βασιλόπουλος**  
Η εμπειρία των Διαβητολόγων  
**Μ. Νούτσου**
- 18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ι. Κοσκίνας*  
Χωροκατακτητικές εξεργασίες ήπατος. Διαφορική διάγνωση  
*Εισηγήτρια: Α. Μαλαγάρη*
- 18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Λ. Χρήστου*  
Η χρήση του πλάσματος στη σοβαρή Covid-19  
*Εισηγήτρια: Β. Παππά*
- 19:00-19:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ε. Γράψα*  
Εξελίξεις στη θεραπεία της αναιμίας της χρόνιας νεφρικής νόσου  
*Εισηγητής: Δ. Βλαχάκος*

ΠΕΜΠΤΗ 4 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 1-7)** ΣΕΛ. 50-56  
*Προεδρείο: Α. Λέπουρας, Α. Καμαράτος*
- 09:30-10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Παρασιτικά νοσήματα**  
*Προεδρείο: Ν. Σύψας, Α. Πεφάνης*  
Λεϊσμανίαση  
**Μ. Σαμάρκος**  
Ελονοσία  
**Β. Σακκά**  
Εχينوκοκκίαση  
**Α. Αργυράκη**
- 10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 11:00-12:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Φλεγμονώδης μεσεντερίτιδα: Διάγνωση και αντιμετώπιση**  
*Προεδρείο: Χ. Μαυρογιάννης, Ι. Κοσκίνας*  
Ακτινολογική εικόνα  
Διάγνωση και αντιμετώπιση  
**Ι. Βλαχογιαννάκος**
- 12:00-13:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
**Θρόμβωση σπληνοπυλαίου άξονα κλινική εικόνα, διάγνωση, αντιμετώπιση**  
*Πρόεδρος: Ε. Νομικού*  
*Εισηγητής: Ι. Ελευσινιώτης*
- 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Δ. Μητσικώστας*  
Μιμπτικά ΑΕΕ  
*Εισηγήτρια: Μ. Μυλωνά*
- 13:30-14:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης*  
Η Παθολογία συναντά την καρδιολογία-Νεότερα στη στεφανιαία νόσο και την κολπική μαρμαρυγή  
*Εισηγητής: Σ. Φούσας*
- 14:00-14:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** ΣΕΛ. 22
- 14:30-16:30 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ** (Επίσκεψη στις Αναρτημένες Ανακοινώσεις)

### ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΠΕΛΛΑ - ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 8- 14)** ΣΕΛ. 57-64  
*Προεδρείο: Φ. Ντζιώρα, Δ. Μπασούλης*
- 10:00-10:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Β. Τσιμικόδημος*  
Μεταβλητότητα και διακύμανση επιπέδων γλυκόζης: Προσδιορισμοί, συσχετίσεις, παρεμβάσεις  
*Εισηγητής: Α. Μελιδώνης*
- 10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 11:00-12:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Υποκλινικές ενδοκρινοπάθειες: Κλινική σημασία και αντιμετώπιση*  
*Προεδρείο: Γ. Καλτσάς, Γ. Μαστοράκος*  
Υποθυρεοειδισμός  
**Ε. Κασσή**  
Τυχαιώματα επινεφριδίων  
**Α. Αγγελούση**  
Υποπαραθυρεοειδισμός  
**Μ. Πέππα**
- 12:30-13:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Χ. Κοσμίδης*  
Η κλινική σημασία της χαμηλής βιταμίνης D. Ενδείξεις για έλεγχο και αντιμετώπιση  
*Εισηγήτρια: Μ. Παβροπούλου*
- 13:00-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα στην ενήλικη ζωή*  
*Προεδρείο: Ι. Λούκου, Ε. Χολόγκιτας*  
Νόσος Wilson  
**Ι. Καναβάκη**  
Κυστική Ίνωση  
**Ι. Λούκου**  
Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα στην κλινική πράξη  
**Ε. Λυκοπούλου**

ΠΕΜΠΤΗ 4 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 16:30-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Πανδημία COVID-19**  
*Προεδρείο: Σ. Τσιόδρας, Β. Παπασταμόπουλος*  
Εμβολιασμός  
**Μ. Σαμάρκος**  
Ανοσολογική απάντηση και προστασία μετά τον εμβολιασμό  
**Ε. Τέρπος**  
Διστακτικότητα στον εμβολιασμό και τρόποι αντιμετώπισης  
**Ο. Γιωτάκος**
- 17:30-19:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ** (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟ-  
ΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)  
**Απεικονιστικά ευρήματα από το θώρακα σε συχνά νοσήματα της  
παθολογίας**  
*Προεδρείο: Α. Χαλαζωνίτης*  
Απλές ακτινογραφίες  
**Γ. Κώστα**  
Αξονικές τομογραφίες  
**Σ. Μανούβελου**  
Ακτινολογικό φάσμα ευρημάτων σε COVID ασθενείς  
**Α. Μαυροπούλου**
- 19:00-19:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** ΣΕΛ. 22
- 19:30-20:15 **23η ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΣ ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Ν. Κατσιλάμπρος, Π. Σφηκάκης*  
Καινοτόμες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις για την  
πανδημία της μεταβολικής στεάτωσης του ήπατος: Από το κρεβάτι του  
ασθενούς στο εργαστήριο και πίσω στον ασθενή  
**Χ. Μαντζώρος**
- 20:15-20:45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** ΣΕΛ. 22
- 20:45-21:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ**  
*Πρόεδρος: Ν. Κατσιλάμπρος*  
Οι επιπτώσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας στο περιβάλλον και  
στην υγεία  
*Εισηγητής: Μ. Σκούλλος*



### ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΠΕΛΛΑ - ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:30-17:30 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ)  
*Αναλύοντας τις βασικές γνώσεις για την παχυσαρκία*  
*Προεδρείο: Ε. Καπάντας, Λ. Λαναράς*  
Οι σημαντικότερες επιπλοκές της παχυσαρκίας στην υγεία  
**Μ. Μπριστιάνου**  
Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σήμερα  
**Χ. Γαλανάκης**  
Η μεταβολική χειρουργική στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των μεταβολικών της επιπτώσεων  
**Α. Κόκκινος**
- 17:30-18:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ν. Κεφαλογιάννης*  
Νεότερα διατροφικά πρότυπα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας-Υπερέχουν των κλασικών υποθερμιδικών διαιτών;  
*Εισηγητής: Ν. Κατσιλάμπρος*
- 18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ν. Παπάνας*  
Η διάγνωση της διαβητικής νεφροπάθειας από τον παθολόγο  
*Εισηγητής: Κ. Μακρυλάκης*
- 18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Γ. Τζατζάγου*  
Οργανικό Ψυχοσύνδρομο: Διάγνωση και αντιμετώπιση  
*Εισηγήτρια: Κ. Γιαννοπούλου*
- 19:30-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Η πανδημία της μεταβολικής στεάτωσης ήπατος*  
*Προεδρείο: Σ. Ντουράκης*  
Ορισμός-επιδημιολογία  
**Β. Σεβαστιανός**  
Διάγνωση  
**Μ. Ντόιτς**  
Πρόγνωση  
**Β. Παπαδημητρόπουλος**  
Θεραπεία  
**Α. Μητράκου**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 15-21)** ΣΕΛ. 65-72  
*Προεδρείο: Μ. Ψυχογιού, Μ. Σαμάρκος*
- 09:30-10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Τα στάδια της κίρρωσης ήπατος. Είναι εφικτή η υποστροφή της κίρρωσης;*  
*Προεδρείο: Ι. Κοσκίνας, Α. Στυλιανού*  
Ιστολογική ταξινόμηση  
**Κ. Τηνιακού**  
Κλινικο-εργαστηριακή ταξινόμηση  
**Α. Αλεξοπούλου**
- 10:30-12:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε συνεργασία με τον ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ)**  
*Υπεροξεία αντιμετώπιση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου*  
*Προεδρείο: Χ. Μηλιώνης, Α. Πρωτογέρου, Γ. Ντάιος*  
Διστάζουν οι Έλληνες Ιατροί να προσφέρουν θεραπείες οξείας επαναιμάτωσης στους ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο;  
**Κ. Βέμμος**  
Επιλογή ασθενών για ενδαγγειακή αντιμετώπιση και διαχείριση στο ΤΕΠ  
**Ε. Κορομπόκη**  
Ενδοφλέβια χορήγηση αλτεπλάσης στο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: Μύθοι και αλήθειες  
**Γ. Ντάιος**  
Τεχνικές θρομβεκτομής και θρομβοαναρρόφησης  
**Π. Παπαναγιώτου**
- 12:00-13:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ** ΣΕΛ. 23
- 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Χ. Γώγος*  
Καταιγίδα κυτταροκινών: Αίτια, και αντιμετώπιση  
*Εισηγητής: Ε. Παμαρέλλος-Μπουρμπούλης*
- 13:30-14:30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
*Διαταραχή επιπέδου συνείδησης στο ΤΕΠ με κλινικά παραδείγματα*  
*Προεδρείο: Χ. Μηλιώνης, Μ. Μυλωνά*  
Νευρολογικά αίτια  
**Α. Ευθυμίου**  
Καρδιολογικά αίτια  
**Γ. Λάτσιος**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΠΕΛΛΑ - ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No. 22-28)** ΣΕΛ. 73-79  
*Προεδρείο: Ε. Χολόγκιτας, Γ. Καραμανάκος*
- 09:30-10:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Χ. Παπαγεωργίου*  
Ιατρογενής εξάρτηση από οπιούχα-Πρόληψη και αντιμετώπιση  
*Εισηγήτρια: Ε. Κουρούκλη*
- 10:30-11:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Πρόεδρος: Α. Γουλές*  
Σύνδρομα IgG4  
*Εισηγητής: Γ. Φραγκούλης*
- 11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ι. Λεκάκης*  
Τεχνητή νοημοσύνη και εφαρμογές στην Ιατρική  
*Εισηγητής: Γ. Δαφούλας*
- 11:30-12:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Ε. Καναβάκης*  
Εφαρμογές της γονιδιακής θεραπείας  
*Εισηγητής: Π. Μακρυθανάσης*
- 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Χ. Βλαχόπουλος*  
Αντιμετώπιση υπερτασικής αιχμής στο ΤΕΠ με κλινικά παραδείγματα  
*Εισηγητής: Ξ. Κροκίδης*
- 13:30-14:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Η αϋπνία στους ηλικιωμένους**  
*Προεδρείο: Δ. Δικαίος, Δ. Σκούτας*  
Το μέγεθος του προβλήματος  
**Α. Πολίτης**  
Αντιμετώπιση  
**Δ. Δικαίος**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 14:30-15:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΕΛ. 23
- 15:00-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ** (Επίσκεψη στις Αναρτημένες Ανακοινώσεις)
- 16:00-17:45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Χειρισμός οξέων καταστάσεων στο ΤΕΠ και αλγόριθμοι για την αντιμετώπισή τους*  
*Προεδρείο: Μ. Μυλωνά, Α. Ιωάννου*  
Αναφυλαξία  
**Ν. Μήκος**  
Σηπτική καταπληξία  
**Ε. Παμαρέλλος-Μπουρμπούλης**  
Διαβητική κετοξέωση και μη κετωτική υπεροσμωτική υπεργλυκαιμία  
**Ι. Ελευθεριάδου**  
Status Epilepticus  
**Α. Κυρώζης**
- 17:45-18:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης*  
Ιατρική ηθική δεοντολογία και ιατρικά σφάλματα  
*Εισηγητής: Γ. Αλεβιζόπουλος*
- 18:15-19:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΕΛ. 23
- 19:00-19:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΕΛ. 23
- 19:30-21:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων και αιμοποιητικών κυττάρων*  
*Προεδρείο: Ι. Μπολέτης, Γ. Παπαθεοδωρίδης*  
Νεφρού  
**Σ. Μαρινάκη**  
Ήπατος  
**Ε. Χολόγκιτας**  
Καρδιάς  
**Στ. Αδαμόπουλος**  
Πνευμόνων  
**Η. Τσαγκάρης**  
Αιμοποιητικών κυττάρων  
**Μ. Αγγελοπούλου**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΠΕΛΛΑ - ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:00-16:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Πρόεδρος: Γ. Νταλέκος*  
Ηπατίτιδα Δ: Σύγχρονη διάγνωση και αντιμετώπιση  
*Εισηγήτρια: Κ. Ζάχου*
- 16:30-18:30 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (σε συνεργασία με την ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ - ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ)  
**Διατροφή σε νοσήματα της Παθολογίας**  
*Προεδρείο: Η. Μυγδάλης, Χ. Μανές*  
Διατροφή στην παχυσαρκία  
**Κ. Αναστασίου**  
Διατροφή και διαβήτης  
**Α. Παπακωνσταντίνου**  
Διατροφή στη χρόνια νεφρική νόσο  
**Κ. Πούλια**  
Γλυκαντικές ουσίες και συμπληρώματα διατροφής  
**Χ. Δημοσθενόπουλος**
- 19:30-20:30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
*Προεδρείο: Ε. Κουρμπέτη, Ε. Ιωαννίδου*  
Εμβόλια σε ενήλικες  
**Μ. Ψυχογιού, Γ. Πουλάκου**
- 20:30-21:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Νεότερα στην αντιαιμοπεταλιακή και στην αντιπηκτική θεραπεία**  
*Προεδρείο: Δ. Τούσουλης, Κ. Τσιούφης*  
Νεότερα αντιαιμοπεταλιακά  
**Η. Σανίδα**  
Νεότερα αντιπηκτικά  
**Σ. Κιόκας**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**  
(No. 29-30-31 ΒΡΑΒΕΥΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ) ΣΕΛ. 80-84  
*Προεδρείο: Ν. Τεντολούρης, Λ. Λαναράς*
- 09:30-11:30 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)  
**Αντιμετώπιση προδιαβήτη και διαβήτη τύπου 2**  
*Προεδρείο: Α. Μαυρογιαννάκη, Λ. Λαναράς*  
Προδιαβήτης-πρόληψη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2  
**Σ. Μπούσμπουλας**  
Η θέση της μετφορμίνης, των σουλφονουριδίων και της πιογλιταζόνης  
**Ι. Ιωαννίδης**  
Θεραπείες που βασίζονται στις ινκρετίνες  
**Σ. Λιάτης**  
Θεραπεία με SGLT-2  
**Α. Θανοπούλου**
- 11:30-12:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** ΣΕΛ. 24
- 12:00-12:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** ΣΕΛ. 24
- 12:30-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Εξελίξεις στη Διάγνωση και Θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας 2021-2022**  
*Προεδρείο: Γ. Φιλιππάτος, Ι. Παρίσης*  
Αντιμετώπιση ασθενούς με πιθανή οξεία απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας στο ΤΕΠ  
**Ε. Πολυζωγοπούλου**  
Τι αλλάζει διαγνωστικό και θεραπευτικό αλγόριθμο ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης  
**Δ. Φαρμάκης**  
Εξελίξεις στην καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης  
**Χ. Χρυσοχόου**  
Αντιμετώπιση συννοσηροτήτων στην καρδιακή ανεπάρκεια (Αναιμία, Σιδηροπενία, χρόνια νεφρική νόσος, ΧΑΠ)  
**Β. Μπιστόλα**  
Συζήτηση-Σχολιασμός

### ΑΪΘΟΥΣΑ Β΄ (ΜΥΚΗΝΕΣ)

08:30-09:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
(No. 32-37) ΣΕΛ. 85-91

Προεδρείο: **Α. Μπουρδάκης,**  
**Ι. Ελευθεριάδου**

09:30-10:30 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ  
**Βλάβες από το κάπνισμα**  
Προεδρείο: **Ι. Οικονομίδης,**  
**Ι. Μουρούζης**  
Βλάβες από το κάπνισμα  
**Ε. Οικονόμου**  
Εναλλακτικά προϊόντα  
καπνίσματος. Είναι ασφαλείς;

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ  
Πρόεδρος: **Σ. Τίγκας**  
Επινεφριδιακή ανεπάρκεια  
Εισηγήτρια: **Ά. Μπαργιώτα**

11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ  
Πρόεδρος: **Ν. Κασιλάμπρος**  
Διαταραχές πρόσληψης τροφής.  
Νευρογενής ανορεξία και βουλιμία  
Εισηγητής: **Γ. Γεωργαντόπουλος**

12:30-14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε  
συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)  
**Οξεία νεφρική βλάβη-τι πρέπει  
να γνωρίζει ο παθολόγος**  
Προεδρείο: **Θ. Αποστόλου,**  
**Δ. Πετράς**  
Παθοφυσιολογία  
**Μ. Γιαννοπούλου**  
Βιοχημικοί δείκτες  
**Γ. Τσούκα**  
Ειδικές καταστάσεις - ΜΕΘ  
**Α. Καμμένος**  
ONB από Σκιαγραφικά  
**Π. Γιάννου**  
ONB & ΧNN αλληλεπιδράσεις  
**Θ. Οικονομάκη**

### ΑΪΘΟΥΣΑ Γ΄ (ΠΕΛΛΑ)

09:30-11:30 ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ  
ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ  
**Καρδιοαναπνευστικής Αναζωο-  
γόννησης**  
Συντονισμός: **Επιτροπή  
Καταπληξίας Ελληνικής  
Εταιρείας Αναγνώριση και  
διαχείριση της καταπληξίας από  
τον Παθολόγο**  
Ομιλητές: **Μ. Μυλωνά, Γ. Καρλής,  
Σ. Πουρίκη**

12:30-14:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ  
**Οσφυαλγία**  
Συντονιστής: **Δ. Γουλές**  
Διαγνωστική κατάσταση και  
διαφορική διάγνωση της  
οσφυαλγίας  
**Ι. Γονέος**  
Απεικονιστικός έλεγχος  
**Κ. Λυμπερόπουλος**  
Θεραπευτική προσέγγιση  
**Δ. Γουλές**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 14:00-14:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΕΛ. 24
- 14:30-15:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΕΛ. 24
- 15:00-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ** (Επίσκεψη στις Αναρτημένες Ανακοινώσεις)
- 16:00-17:30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
*Αξιολόγηση εργαστηριακού ελέγχου*  
*Προεδρείο: Σ. Ντουράκης, Ε. Θηραίος*  
Ηπατολογικών εξετάσεων  
**Σ. Ντουράκης**  
Ανοσολογικών εξετάσεων  
**Ε. Φωτιάδου-Παππά**  
Εξετάσεων που βοηθούν στη διάγνωση στο ιατρείο του Παθολόγου  
**Γ. Βαϊόπουλος**
- 17:30-19:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΣΕΛ. 25
- 19:00-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Κατευθυντήριες οδηγίες σε συχνά νοσήματα*  
*Προεδρείο: Δ. Παπάζογλου, Μ. Δούμας*  
Σακχαρώδης διαβήτης  
**Α. Τσάπας**  
Υπέρταση  
**Γ. Στεργίου**  
Λιπίδια  
**Ε. Λυμπερόπουλος**
- 20:30-21:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ «Σ.Α. ΡΑΠΤΗΣ»**  
*Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης, Ν. Τεντολούρης*  
Σύγχρονη αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης  
**Δ. Χατζηδάκης**
- 21:30 **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**



### ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

16:00-  
17:00 **ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

*Προεδρείο: Ι. Κανακάκης,  
Ι. Μπαρμπετσέας*  
Αξιολόγηση του καρδιολογικού  
υπερήχου  
**Μ. Μπόνου, Γ.-Ε. Κόρρου**

17:00-  
18:00 **ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

**Σπινθηρογραφικός έλεγχος σε  
νοσήματα της παθολογίας**  
*Προεδρείο: Σ. Χατζιωάννου,  
Ρ. Ευθυμιάδου*  
Ποζιτρονική τομογραφία  
**Σ. Χατζιωάννου**  
Η κλασσική πυρηνική ιατρική  
στην Παθολογία  
**Σ. Γεώργα**

19:00-  
20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-  
Η θέση του παθολόγου**  
*Προεδρείο: Δ. Μπούμπας,  
Δ. Βασιλόπουλος*  
Εμπειρία από το δημόσιο  
νοσοκομείο  
**Γ. Καραμανάκος**  
Εμπειρία από την ΠΦΥ  
**Ι. Μπίτσικας**  
Εμπειρία από τον ιδιωτικό φορέα  
υγείας  
**Α. Τρικκαλινού**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ΠΕΛΛΑ)

16:00-  
17:45 **ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΕΩΝ**

**Διαγνωστικές προσεγγίσεις κλι-  
νικών περιστατικών**  
*Συντονιστές: Κ. Μακρυλάκης,  
Μ. Σαμάρκος*

# COVADIR

Amlodipine / Valsartan

# &

# COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide



COVADIR030617\_002021

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Λ.Τ σύμφωνα με το Δ.Τ 29/6/21

COVADIR F.C.TAB (10+160)MG/TAB ΒΤΧ 30 tabs: 8,9 €

COVADIR F.C.TAB (5+160)MG/TAB ΒΤΧ 30 tabs σε: 8,14 €

COVADIR HCT\* F.C.TAB (5+160+12,5)MG/TAB ΒΤΧ30: 10,93 €

COVADIR HCT\* F.C.TAB (10+160+12,5)MG/TAB ΒΤΧ30: 13,33 €

Βοήθεια να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλή και ανέχεται  
ΟΛΕΣ τις αναπνευστικές ενέργειες για  
ΟΜΑ τα φάρμακα  
Συμπληρωματικό πιν «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

COVADIR HCT\* F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB ΒΤΧ30: 11,13 €

COVADIR HCT\* F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB ΒΤΧ30: 13,55 €

COVADIR HCT\* F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB ΒΤΧ30: 21,76 €

\*Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέου Δ.Τ. θα ισχύσουν οι νεότερες.

[www.demo.gr](http://www.demo.gr) | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |



**DEMO** ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Ο ασθενής  
στο επίκεντρο των  
δράσεών μας

**TRIPLIXAM**<sup>®</sup>  
περιδοληρή αργινίνη ινδαπαμίδιο αμλοδιπίνη

**COVERAM**<sup>®</sup>  
περιδοληρή αμλοδιπίνη

**lipocomb**<sup>®\*</sup>  
Rosuvastatin + Ezetimibe

**TRIPLIXAM** (5+1,25+5) mg/tab ΛΤ: €8,55, **TRIPLIXAM** (5+1,25+10) mg/tab: ΛΤ €9,65, **TRIPLIXAM** (10+2,5+5) mg/tab: ΛΤ €12,89, **TRIPLIXAM** (10+2,5+10) mg/tab: ΛΤ €13,78, **LIPOCOMB** 10/10 mg/tab: ΛΤ €25,76, **LIPOCOMB** 20/10 mg/tab: ΛΤ €27,38, **COVERAM** (5+5) mg/tab Λ.Τ: €6,92, **COVERAM** (5+10) mg/tab Λ.Τ: €6,97, **COVERAM** (10+5) mg/tab Λ.Τ: €10,46, **COVERAM** (10+10) mg/tab Λ.Τ: €10,52

- Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.
- Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε τις ΠΧΠ των προϊόντων που διατίθενται από τον ΚΑΚ.

\* **Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:** EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Kereszturi ut 30-38, Ουγγαρία  
**Τοπικός αντιπρόσωπος και διανομέας:** Servier Hellas, Φραγκοκλυσιάς 7, 15125 Μαρούσι. Τηλ. 210 93 91 000



**SERVIER HELLAS**  
Φραγκοκλυσιάς 7, 15125 Μαρούσι, Τηλ. 210 9391000  
[www.servier.gr](http://www.servier.gr)

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

Μοναδικός **neuralip**<sup>TM</sup> 600  
Αντιοξειδωτικός  
Συνδυασμός  
*retard*

Βιταμίνη B6

Βιταμίνη B1

Βιταμίνη B5

Άλφα  
Λιποϊκό  
Οξύ

Βιταμίνη E

Σελήνιο

Βιοτίνη

Ψευδάργυρος

Πικολινικό Χρώμιο

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν υποκαθιστούν την ισορροπημένη διατροφή αλλά τη συμπληρώνουν. Αρ. γνωστοποίησης ΕΟΦ Neuralip: 41027/7-6-2012. Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας.

**Medical**  
Pharmaquality

Νέα Ιδέα- Αληθινή Υπόσχεση

Ελαιών 54, 14564 Κηφισιά, Αθήνα, τηλ.: 210 3506000, fax: 210 8079888, e-mail: info@medicalpq.gr, www.medicalpq.gr



ΠΕΜΠΤΗ 4 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

14:00-14:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης*

Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της χορήγησης της σιλοσταζόλης σε διαβητικούς ασθενείς που λαμβάνουν κλοπιδογρέλ

*Εισηγητής: Α. Τσελέπης*



ΣΕΛ. 6

19:00-19:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Ε. Χατζηαγγέλακη*

Σεμαγλουτίδη, ο νέος εβδομαδιαίος αγωνιστής του GLP-1 στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Ελλάδα

*Εισηγήτρια: Π. Γρηγοροπούλου*



ΣΕΛ. 8

20:15-20:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

*Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης*

Σύγχρονη διαχείριση του ασθενή με χρόνια νεφρική νόσο

*Εισηγήτρια: Β. Λαμπαδιάρη*



ΣΕΛ. 8





ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 12:00-13:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**  ΣΕΛ. 10  
*Εξατομικεύοντας τις ανάγκες του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη στην ινσουλινοθεραπεία και στη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας*  
*Πρόεδρος: Α. Ράπτης*  
Εισαγωγή: Ποιες είναι οι ακάλυπτες ανάγκες στην αντιμετώπιση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη και δυσλιπιδαιμία;  
**Α. Ράπτης**  
Κλινικά οφέλη και επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου στα άτομα με ΣΔ.  
Η εμπειρία από τη χρήση της ινσουλίνης glargine 300U/ml  
**Μ. Νούτσου**  
Διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας στα άτομα με ΣΔ  
**Γ. Λιάμης**  
Σχόλια - Συμπεράσματα
- 14:30-15:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 12  
*Πρόεδρος: Μ. Πέππα*  
Με σύμμαχο τη βιταμίνη D την περίοδο του COVID-19  
*Εισηγήτρια: Θ. Στρατηγού*
- 18:15-19:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 12  
*Πρόεδρος: Ε. Λυμπερόπουλος*  
Κλινική αδράνεια - Η σημασία της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης  
**Ε. Λυμπερόπουλος**  
Ο ρόλος της Σιταγλιπτίνης σε ηλικιωμένους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών  
**Σ. Λιάτης**
- 19:00-19:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 12  
*Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης*  
Το κλινικό φορτίο του πνευμονιόκοκκου εν μέσω πανδημίας SARS-COV-2. Η συμβολή του 13 δύναμου συζευγμένου πνευμονιοκοκκικού εμβολίου στην πρόληψη των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων.  
Δεδομένα και προβληματισμοί  
*Εισηγήτρια: Π. Κατσαούνου*

ΣΑΒΒΑΤΟ 6 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 11:30-12:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 14  
*Πρόεδρος: Π. Χαλβατσιώτης*  
Η σύγχρονη διαχείριση του ασθενή με καρδιο-νεφρο-μεταβολικό νόσημα  
*Εισηγητής: Σ. Λιάτσης*
- 12:00-12:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 14  
*Πρόεδρος: Α. Μαυρογιαννάκη*  
Ντουλαγλουτίδη: Το εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο  
*Εισηγήτρια: Μ. Μπριστιάνου*
- 14:00-14:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 16  
*Πρόεδρος: Κ. Μακρυλάκης*  
«Πέρα από την ευλυκαίμια». Συζητώντας το σύγχρονο θεραπευτικό μοντέλο καρδιο-νεφρο-μεταβολικής διαχείρισης του Διαβήτη τύπου 2  
*Εισηγητής: Α. Μελιδώνης*
- 14:30-15:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  ΣΕΛ. 16  
*Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης*  
Νέοι ορίζοντες στη θεραπευτική διαχείριση της Υπερκαλιαιμίας.  
Η Πατιρομέρη και η βέλτιστη χρήση των RAASis  
*Εισηγητής: Γ. Λιάμης*



### ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

17:30-19:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ



ΣΕΛ. 16

**HIV λοίμωξη: Προάγοντας την έγκαιρη διάγνωση στη νοσοκομειακή και προνοσοκομειακή φροντίδα**

Προεδρείο: **Μ. Ψυχογιού, Κ. Πρωτοπαπός**

Εισαγωγή: **Μ. Ψυχογιού**

Η επιδημιολογική εικόνα της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα - Η επίδραση της COVID-19

**Θ. Χρυσανθίδης**

Κλινικά σενάρια από την καθημερινή πράξη

Συντονισμός: **Μ. Ψυχογιού**

Άνδρας 40 ετών με πνευμονία στην εποχή Covid-19

**Δ. Μπασούλης**

Άνδρας 50 ετών με έρπητα ζωστήρα

**Γ. Λουρίδα**

Γυναίκα 20 ετών με φαρυγγαλγία και εμπύρετο

**Γ. Λουρίδα**

Άνδρας 60 ετών με αναιμία σε τυχαίο έλεγχο

**Π. Διαμαντόπουλος**

Τελειόμνη κύηση

**Κ. Πρωτοπαπός**

Κατευθυντήριες οδηγίες

Συντονισμός: **Α. Παπαδόπουλος**

Για τον Ιατρό στην ΠΦΥ - τι χρειάζεται να γνωρίζει

**Κ. Ακινόσογλου**

Για την αντιρετροϊκή θεραπεία και παρακολούθηση - Τι άλλαξε στη φροντίδα

**Π. Παναγόπουλος**

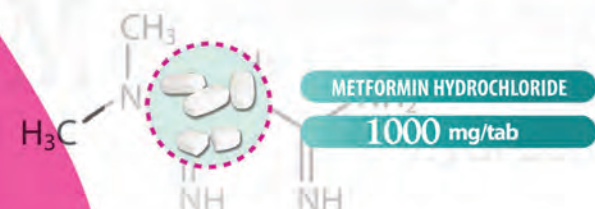
Συζήτηση

Επίλογος - Συμπεράσματα

# Glycofren®

Metformin hydrochloride

... ο σταθερός σύμμαχος του Διαβήτη τύπου 2



**Θεραπευτικές ενδείξεις:** Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησια στην υδροχλωρική μετφορμίνη ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Διαβητική κετοξέωση, διαβητικό προκώμα. Νεφρική ανεπάρκεια ή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατική ανεπάρκεια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Κίνδυνος εμφάνισης γαλακτικής οξέωσης (σπάνια), προσοχή σε ασθενείς με προβλήματα νεφρικής λειτουργίας, να διακόπτεται 48 ώρες πριν από χειρουργική επέμβαση, προσοχή στη χρήση της σε παιδιά και εφήβους. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** ναυτία, έμετος, διάρροια, κοιλιακός άλγος, απώλεια της όρεξης, διαταραχές γείωσης. Λ.Τ. 850 mg: 1.71 €, 1000 mg: 1.82 €.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα.  
Συμπληρώνοντας την "ΧΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".



Σχέση ασφάλειας & αξιοπιστίας  
[www.uni-pharma.gr](http://www.uni-pharma.gr)



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Αβραμόπουλος Η.** Παθολόγος, Διευθυντής Η΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
- Αγγελοπούλου Μ.** Καθηγήτρια Αιματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Αγγελούση Α.** Ενδοκρινολόγος, Επ. Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Αδαμόπουλος Στ.** Διευθυντής Μονάδας Καρδιακής Ανεπάρκειας και Μονάδας Μεταμοσχεύσεων, «ΩΝΑΣΕΙΟ» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- Ακινόσογλου Κ.** Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων Πανεπιστημίου Πατρών, ΠΓΝ Πατρών
- Αλαβέρας Α.** Παθολόγος - Διαβητολόγος
- Αλεβιζόπουλος Γ.** Καθηγητής Δικανικής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
- Αλεξοπούλου Α.** Παθολόγος, Αναπλ. Καθηγήτρια, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Αναστασίου Κ.** Επίκουρος Καθηγητής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
- Αποστόλου Θ.** Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος και Μ.Τ.Ν., ΑΤΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΚΥΨΕΛΗΣ, Συνεργάτης Ιατρικού Κέντρου Αθηνών
- Αργυράκη Α.** Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική-Λοιμώξεων Α΄, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Βαϊόπουλος Γ.** Παθολόγος - Ρευματολόγος, Ομ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Βασιλόπουλος Δ.** Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Βέμμος Κ.** Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης, Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής, Μονάδα Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ. «Αλεξάνδρα», Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών
- Βλαχάκος Δ.** Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Βλαχογιαννάκος Ι.** Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Βλαχόπουλος Χ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝ Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Γαλανάκης Χ.** MD, PhD, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, SCOPE certified by the World Obesity Federation, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Γεώργια Σ.** Πυρηνικός Ιατρός, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- Γεωργαντόπουλος Γ.** Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής, Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Γιαβροπούλου Μ.** Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ενδοκρινολογική Μονάδα, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης Ε.** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Λοιμωξιολογία», Δ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, President: European Shock Society, Chairman: European Sepsis Alliance
- Γιαννοπούλου Κ.** Νευρολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
- Γιαννοπούλου Μ.** Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Γιάννου Π.** Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Γιωτάκος Ο.** Ψυχίατρος MSc, PhD, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Γονέος Ι.** Παθολόγος, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ
- Γουλές Α.** Επ. Καθηγητής Ρευματολογίας, Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Γουλές Δ.** Ρευματολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΕΕΛΙΑ
- Γράψα Ε.** Νεφρολόγος, Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Νεφρολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
- Γρηγοροπούλου Π.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελήτρια Α΄, Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Γώγος Χ.** Καθηγητής Παθολογίας, Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής Παθολογικής - Λοιμωξιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Metropolitan General
- Δαφούλας Γ.** MD, MBA in HSM, PhD, Επιστημονικός συνεργάτης Τμήματος Ιατρικής ΕΛΚΕ-ΠΘ και υπηρεσιών e-health Cities Net - Ψηφιακής Κοινότητας Δήμων Κεντρικής Ελλάδας
- Δημητριάδης Γ.** Ομ. Καθηγητής Παθολογίας, Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- Δημοσθενόπουλος Χ.** MMedSci, PhD, Κλινικός Διαιτολόγος-Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Μέλος ΔΣ ΕΔΕ & ΕΜΠΑΚΑΝ
- Διαμαντόπουλος Π.** Ειδικός Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Δικαίος Δ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο
- Δούμας Μ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη
- Ελευθεριάδου Ι.** MD, MSc, PhD, Ακαδημαϊκή Υπότροφος-Παθολόγος, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολή ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Ελευσινιώτης Ι.** Καθηγητής Παθολογίας & Ηπατολογίας ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
- Ευθυμιάδου Ρ.** Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
- Ευθυμίου Α.** Νευρολόγος, Διευθύντρια, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Ζάκου Κ.** Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας, Πανεπιστημιακό ΓΝΘ Λάρισας
- Θανοπούλου Α.** Επ. Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Θηραίος Ε.** Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ - Κέντρο Υγείας Βάρης, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Ιωαννίδης Ι.** Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας- Πατησίων
- Ιωαννίδου Ε.** Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Ρεθύμνου
- Ιωάννου Α.** Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Κύπρου
- Καλτσάς Γ.** Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» - Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Καμαράτος Α.** MD, PhD, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου και Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διευθυντής Παθολόγος ΕΣΥ, Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- Καμμένος Α.** Νεφρολόγος, Εξειδίκευση ΜΕΘ, Α΄ ΚΕΘ, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Καναβάκη Ι.** MD, PhD, FMH, Παιδίατρος, Παιδογαστρεντερολόγος, Παιδοπαθολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Γ΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Καναβάκης Ε.** Ομ. Καθηγητής Παιδιατρικής- Γενετικής
- Κανακάκης Ι.** Διευθυντής Αιμοδυναμικού Τμήματος, ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Πρόεδρος ΕΚΕ
- Καπάντας Ε.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Ιδιωτικό Νοσοκομείο «METROPOLITAN», Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Καραμανάκος Γ.** Επικουρικός επιμελητής Παθολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Καραμανώλης Γ.** Αν. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γαστρεντερολογική Μονάδα, Β΄ Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
- Καρλής Γ.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Α΄, Νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Κασσή Ε.** Αν. Καθηγήτρια Εργαστηρίου Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Κατσαούνου Π.** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α΄ Κ.Ε.Θ ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Κατσιλάμπρος Ν.** Ομ. Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, MD, PhD, FACP, SCOPE Founding Fellow, EFIM Hon. Fellow Ερευνητικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Παν/μιου Αθηνών «Ν.Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ»
- Κεφαλογιάννης Ν.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. Διευθυντής Διαγνωστικού & Θεραπευτικού Κέντρου «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ», Ηράκλειο Κρήτης
- Κιόκας Σ.** Καρδιολόγος, Επιμελητής, ΓΝ Λάρισας
- Κόκκινος Α.** Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Κορομπόκη Ε.** Παθολόγος, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Κόρρου Γ.-Ε.** Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β΄, ΤΕΠ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Κοσκίνας Ι.** Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Κοσμίδης Χ.** Ορθοπαιδικός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κουρμπέτη Ε.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Κουρούκλη Ε.** MD, PhD, FIPP, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Κουτσοβασίλης Α.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Κροκίδης Ξ.** Παθολόγος, Δρ Πανεπιστημίου MAINZ Γερμανίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας
- Κυρώζης Α.** Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας, Α΄ Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ»
- Κώστα Γ.** Ειδικευόμενη Ιατρός, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Κώτσος Β.** Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Διευθυντής 3ης Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- Λαμπαδιάρη Β.** Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη ΕΚΠΑ, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Λαναράς Λ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝ Λαμίας
- Λάτσιος Γ.** MD, PhD, FESC, EAPCI, Επιμελητής Επεμβατικός Καρδιολόγος & Στεφανιαίας Μονάδας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Λεκάκης Ι.** Ομ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέας Κεντρικής Κλινικής Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ψηφιακής Ιατρικής
- Λέπουρας Α.** Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής, Διαβητολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, METROPOLITAN GENERAL
- Λιάμης Γ.** Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Λιάτης Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Λούκου Ι.** Παιδίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
- Λουρίδα Γ.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Λυκοπούλου Ε.** Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓ. ΣΟΦΙΑ»
- Λυμπερόπουλος Ε.** Καθηγητής Ιατρικής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μακρυθανάσης Π.** Επικ. Καθηγητής Ιατρικής Γενετικής, Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Μακρυλάκης Κ.** Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μαλαγάρη Α.** Καθηγήτρια Επεμβατικής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ
- Μανές Χ.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστημονικά Υπεύθυνος Τμήμα Διαβήτη και Διαβητικού Ποδιού, ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ Θεσσαλονίκης, Εκπρόσωπος Ελλάδος στη Διεθνή Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι
- Μανούβελου Σ.** Επιμελήτρια Α΄, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Μαντζώρος Χ.** MD, DSc, PhD, Professor of Medicine, Harvard Medical School  
Professor in Environmental Health, Harvard School of Public Health
- Μανωλάκης Α.** MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας Ιατρική Σχολή & Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική  
Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας
- Μανωλακόπουλος Σ.** Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ηπατογαστρεντερολογική  
- Ενδοσκοπική Μονάδα, Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Μαρακομιχελάκης Γ.** Παθολόγος - Αγγειολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικά και  
Διοικητικά Υπεύθυνος Δ΄ Παθολογικού Τμήματος, Αγγειοπαθολογικής  
Μονάδας και Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, ΓΝ Αθηνών  
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Μαρινάκη Σ.** Επ. Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και  
Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μαστοράκος Γ.** Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Ενδοκρινολογίας,  
Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» Νοσοκομείο,  
Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- Μαυρογιαννάκη Α.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο  
ΓΝΑ «ΝΙΜΤΣ», Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
- Μαυρογιάννης Χ** Καθηγητής Γαστρεντερολογίας ΕΚΠΑ
- Μαυροπούλου Α.** Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Μελιδώνης Α.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό  
Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL», Πρόεδρος  
ΕΚΟΜΕΝ
- Μήκος Ν.** Αλλεργιολόγος, Επιμελητής Α΄ Αλλεργιολογικού Τμήματος,  
ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» - Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Μηλιώνης Χ.** Καθηγητής Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Μπράκου Α.** Καθηγήτρια Παθολογίας Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ Διαβητολογικό  
Κέντρο, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Μπισκώστας Δ.** Καθηγητής Νευρολογίας, Α΄ Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή  
ΕΚΠΑ, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο
- Μουρούζης Ι.** Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας, Εργαστήριο  
Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Μπαργιώτα Α.** Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Ενδοκρινολογικής Κλινικής και Μεταβολικών Νόσων, ΠΓΝ Λάρισας
- Μπαρμπετσέας Ι.** Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Επισκέπτης Καθηγητής, Baylor College of Medicine, Houston, Texas
- Μπασούλης Δ.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής ΕΣΥ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μπιστόλα Β.** Επιμελήτρια Καρδιολόγος, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπίτσικας Ι.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- Μπολέτης Ι.** Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών ΕΚΠΑ, Διευθυντής Κλινικής Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μπόνου Μ.** Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μπούμπας Δ.** Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος της Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπουρδάκης Α.** Δρ Ειδικός Παθολόγος με Εκπαίδευση στο Διαβήτη - Λιπίδια & Παχυσαρκία, Διευθυντής ΕΣΥ Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου - Ιατρείου Λιπιδίων & Παχυσαρκίας, ΓΝ Τρικάλων
- Μπούσμπουλας Σ.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, τ. Διευθυντής Γ΄ Παθολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Μπριστιάνου Μ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, MD, PhD, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής ΓΝ Λαμίας
- Μυγδάλης Η.** Παθολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Β΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ
- Μυλωνά Μ.** Παθολόγος, MD, PhD, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» - Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Νομικού Ε.** Αιματολόγος, Διευθύντρια ΝΥ Αιμοδοσίας - Διαταραχών πήξης και Τμήματος Αιμορροφιλικών ασθενών, Κέντρο Αιμορροφιλικών, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Νούτσου Μ.** Παθολόγος- Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ντάιος Γ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών
- Νταλέκος Γ.** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Αντιπρόεδρος Ινστιτούτου Εσωτερικής Παθολογίας και Ηπατολογίας, Λάρισα
- Ντζιώρα Φ.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Ντόιτς Μ.** Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας-Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ντουράκης Σ.** Παθολόγος - Παθολόγος, Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας και Κλινικής Ηπατολογίας Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Οικονομάκη Θ.** MD, MSc, PhD, Νεφρολόγος, Επ. Επιμελήτρια Νεφρολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Οικονομίδης Ι.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Υπερηχοκαρδιογραφίας και Προληπτικής Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Κλινική, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Οικονόμου Ε.** Καρδιολόγος, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Παναγόπουλος Π.** Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης
- Παπαγεωργίου Χ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Παπαδημητρόπουλος Β.** Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Παπαδόπουλος Α.** Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟ»
- Παπάζογλου Δ.** Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης
- Παπαθεοδωρίδης Γ.** Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Παπακωνσταντίνου Α.** Επ. Καθηγήτρια Διατροφής και Μεταβολισμού, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Παπαναγιώτου Π.** Αν. Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Καθηγητής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο Bremen-Mitte, Γερμανία
- Παπάνας Ν.** Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πρόεδρος, Ευρωπαϊκή Ομάδα Μελέτης Διαβητικού Ποδιού, Αλεξανδρούπολη
- Παπασταμόπουλος Β.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Διοικητικά και Επιστημονικά Υπεύθυνος Ε΄ Παθολογικού Τμήματος & Μονάδας Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Παππά Β.** Αν. Καθηγήτρια Αιματολογίας, Αιματολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Παππάς Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
- Παρίσης Ι.** Καθηγητής Καρδιολογίας/Επείγουσας Ιατρικής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Κλινικής Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Πέππα Μ.** MD, PhD, Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας ΕΚΠΑ, Υπεύθυνη Μονάδος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Έρευνας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Πετράς Δ.** Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Πεφάνης Α.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής, Παθολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Πολίτης Α.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Μονάδας Ψυχογηριατρικής, «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ» Νοσοκομείο
- Πολυζωγοπούλου Ε.** Επίκουρος Καθηγήτρια Επείγουσας Ιατρικής ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Πουλάκου Γ.** Παθολόγος- Λοιμωξιολόγος, Επικ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, Γ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Πούλια Κ.** RD, MMdeSci, PhD, Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής, Τμήμα Επιστήμης Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Πουρίκη Σ.** Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος Εντατικολόγος, PhD, Επιμελήτρια Β΄ ΜΕΘ/ΚΑΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Πρωτογέρου Α.** Καθηγητής, Παθολόγος, European Society of Hypertension Specialist, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης & Αγγειακής Νόσου, Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα ΕΚΠΑ
- Πρωτοπαπάς Κ.** Ειδικός Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Δ΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ραλλίδης Λ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ράπτης Α.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ρίζος Ε.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΠΓΝ Ιωαννίνων
- Σακκά Β.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογικής Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Σαμάρκος Μ.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Ανοσολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Σανίδας Η.** MD, PHD, FESC, FACC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Σεβαστιανός Β.** Παθολόγος - Ηπατολόγος, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Σκούλλος Μ.** Ομ. Καθηγητής Χημείας Περιβάλλοντος και Ωκεανογραφίας, Διευθυντής Έδρας UNESCO
- Σκούτας Δ.** Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Επιστημονικός Διευθυντής Γεν. Κλιν. Λυσ. Σαραφιανός Θεσ/νίκης, Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α <Αναγέννηση> Θεσ/νίκης, Πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδος
- Στρατηγού Θ.** Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Ενδοκρινολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Στεργίου Γ.** Καθηγητής Παθολογίας - Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Στυλιανού Α.** MD, PhD, Παθολόγος- Διαβητολόγος, Βοηθός Διευθυντή Παθολογίας, Παθολογική Κλινική ΓΝ Λάρνακας, Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Κύπρου
- Σύψας Ν.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Σφηκιάκης Π.** Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Ρευματολογικής Μονάδας & Ερευνητικού Ανοσολογικού Εργαστηρίου, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Σωτηρόπουλος Α.** Παθολόγος - Διαβητολόγος - Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Γ΄ Παθολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Τεντολούρης Ν.** Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Ειδική Νοσολογία, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
- Τέρπος Ε.** Αιματολόγος, Καθηγητής Θεραπευτικής-Αιματολογίας, Διευθυντής Μονάδας Αυτόλογης Μεταμόσχευσης ΑΑΚ, Μονάδα Πλασματοκυτταρικών Δυσκρασιών, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
- Τζατζάγου Γ.** Συντονίστρια Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- Τπνιακού Κ.** Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» Νοσοκομείο

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Τίγκας Σ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, ΠΓΝ Ιωαννίνων
- Τούσουλης Δ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αντιπρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τούτουζας Κ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Τρικκαλινού Α.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο ΣΔ, Επιμελήτρια Διαβητολογικού - Καρδιομεταβολικού Κέντρου «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Τσαγκάρης Η.** Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Διευθυντής Β΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Τσάπας Α.** Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Τσελέπης Α.** Καθηγητής Βιοχημείας- Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Τσιμιχόδης Β.** MD, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Τσιόδρας Σ.** Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Τσιούφης Κ.** Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Τσιριγώτης Π.** Αναπλ. Καθηγητής Αιματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Τσούκα Γ.** Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Φαρμάκης Δ.** Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κύπρου
- Φιλιππάτος Γ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Υπεύθυνος Μονάδας Καρδιακής Ανεπάρκειας Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Φούσας Σ.** MD, FACC, Συντονιστής Τομέα Καρδιάς και Αγγείων «METROPOLITAN GENERAL», Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας, τ. Πρόεδρος ΕΚΕ
- Φραγκούλης Γ.** Ρευματολόγος, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Φωτιάδου-Παππά Ε.** Βιοπαθολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Χαλαζωνίτης Α.** Δρ, Συντονιστής Διευθυντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου, και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Χαλβασιώτης Π.** Επ. Καθηγητή Παθολογίας - Διαβήτη, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Χατζηαγγέλακη Ε.** Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Παν/μιακό ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου
- Χατζηδάκης Δ.** Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χατζιωάννου Σ.** Καθηγήτρια Πυρηνικής Ιατρικής-ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη PET/CT ΙΙΒΕΑΑ
- Χολόγκιτας Ε.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Χρήστου Λ.** Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Χρυσανθίδης Θ.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
- Χρυσοχόου Χ.** Δρ. Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Υπεύθυνη Ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ψυχογιού Μ.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

# Vipidia®

## αλογλιπτίνη

**1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ** Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 6,25 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 12,5 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 25 mg αλογλιπτίνης.

Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.

**Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.**

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB ΒΤx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB ΒΤx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRASYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB ΒΤx28 (NYL/alu/PVC blister)	37,98 €

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



Δικαιούχος Σήματος και  
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:



Takeda Hellas S.A.  
Green Plaza, Building B'  
59-61 Ag. Konstantinou Str.  
Marousi, 15124, Athens - Greece  
Tel.: +30 210 6387810  
Fax: +30 210 6387801  
[www.takeda.com](http://www.takeda.com)

Προώθηση:



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ  
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,  
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300  
[www.elpen.gr](http://www.elpen.gr)

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,  
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731  
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,  
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο «DIVANI CARAVEL» από 3 - 6 Νοεμβρίου 2021

## ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Η Γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου και σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

Congress World Μονοπρόσωπη ΙΚΕ

Διεύθυνση: Μιχαλακοπούλου 27, 11528 Αθήνα

Τηλέφωνα Κεντρικά: 210 7210001, 210 7210052, Fax: 210 7210051

Website: [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr)

E-mail: [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)

## ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΡΟΒΟΛΕΣ

Τεχνική γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Θερμή παράκληση όλες οι παρουσιάσεις και ομιλίες να παραδίδονται στους υπεύθυνους τεχνικούς τουλάχιστον μία ώρα πριν από την ώρα παρουσίασής τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

## ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Δικαίωμα συμμετοχής στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας έχουν οι εγγραφέντες σε αυτό.

Το αντίτιμο της εγγραφής έχει οριστεί ως εξής:

	έως 15/9/2021	Από 16/9/2021 & ON SITE
<b>Μέλη Ε.Ε.Ε.Π.</b>	70 €	90 €
<b>Μη Μέλη Ε.Ε.Ε.Π.</b>	100 €	120 €
<b>Ειδικευόμενοι &amp; Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας</b>	50 €	50 €
<b>Εγγραφή για διαδικτυακή παρακολούθηση</b>	50 €	50 €

Σημειώνεται ότι τα προαναφερθέντα ποσά εγγραφών είναι πλέον Φ.Π.Α.

Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι **on-line παρακολούθησης μόνο**, θα λάβουν μοναδικό κωδικό password για τη δυνατότητα σύνδεσης και παρακολούθησης του Συνεδρίου διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας αναμετάδοσης

Όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το **Τελικό Πρόγραμμα** του Συνεδρίου, το Επιστημονικό Πρόγραμμα σε ηλεκτρονική μορφή **e-program**, τον **Ηλεκτρονικό Τόμο Περιλήψεων & το Ηλεκτρονικό Πιστοποιητικό Παρακολούθησης e-certificate**

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Χορηγούνται **27 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης** από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Πιστοποιητικό Συμμετοχής δικαιούνται όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι, οι οποίοι θα παρακολουθήσουν τις εργασίες του Σεμιναρίου. Για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Πιστοποιητικού Συμμετοχής, κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση του 60% του συνόλου των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Ο χρόνος παρακολούθησης θα καταγράφεται τόσο από τη φυσική παρουσία των συνέδρων εντός της αίθουσας ομιλιών, όσο και από το χρόνο την online παρακολούθησης στην πλατφόρμα μετάδοσης και θα συνυπολογιστούν για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Ηλεκτρονικού Πιστοποιητικού Παρακολούθησης (E-certificate).

Η έκδοση του E-certificate θα μπορεί να γίνει 3 μέρες μετά από τη λήξη του Σεμιναρίου, ακολουθώντας τις κατάλληλες οδηγίες που θα παραλάβουν στο email της εγγραφής τους οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Με γνώμονα το ισχύον Υγειονομικό Πρωτόκολλο για τη διεξαγωγή Συνεδρίων, ο αριθμός των παριστάμενων συνέδρων είναι σημαντικά περιορισμένος για την αποφυγή συνωστισμού και την προστασία της δημόσιας υγείας. Κατά συνέπεια το Διοικητικό Συμβούλιο και η Οργανωτική Επιτροπή της ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ αναγκάστηκε να λάβει τη δύσκολη απόφαση **να μην αναρτηθούν τα posters με τον παραδοσιακό τρόπο για τη φετινή διοργάνωση, καθώς υπό τις παρούσες συνθήκες δε θα είναι δυνατή η διαδικασία παρουσιάσής τους.**

Οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις δεν θα αναρτηθούν σε έντυπη μορφή, ούτε θα παρουσιαστούν δια ζώσης αλλά:

- Θα ενταχθούν στον **ηλεκτρονικό ΤΟΜΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ** όπως προβλεπόταν
- Θα ενταχθούν ηλεκτρονικά και **θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου**
- Θα εμφανίζονται σε οθόνες plasma **καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου**, πλησίον των συνεδριακών αιθουσών

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Κάθε προφορική ανακοίνωση θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από τουλάχιστον μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας.

Κατά την **Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου**, την **Τετάρτη 3 Νοεμβρίου 2021**, ώρα **19:30-20:15** στην **Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ**, του ξενοδοχείου **DIVANI CARAVEL** θα απονεμηθούν τα βραβεία των ανακοινώσεων του συνεδρίου, τα οποία έλαβαν την υψηλότερη βαθμολογία κατά την αξιολόγηση από την Οργανωτική Επιτροπή του Προγράμματος.

Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας κάθε ανακοίνωσης.

## ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟΝ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Σύμφωνα με το ισχύον Υγειονομικό Πρωτόκολλο πέραν της θερμομέτρησης, η είσοδος με φυσική παρουσία στον συνεδριακό χώρο θα επιτρέπεται στους συμμετέχοντες:

- με την επίδειξη του Πιστοποιητικού Εμβολιασμού τους,
- με την επίδειξη Βεβαίωσης πρόσφατης νόσησης (εντός του τελευταίου εξαμήνου)



# Glucophage®

υδροχλωρική μετφορμίνη



**ΧΡΟΝΙΑ**  
κλινικής  
εμπειρίας

**ΔΕΝ**  
**ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝΤΑΙ**

Glucophage® is manufactured  
under license from Merck

Για την περίληψη χαρακτηριστικών του προϊόντος απευθυνθείτε  
στην εταιρεία Πετσίαβας Α.Ε. ή σκανάρετε το QR code.



**ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΤΗΣΗ: 210 6202357**

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Ανοσήρευτε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**100+**  
YEARS OF EXCELLENCE



**PETSIAVAS**  
A NAME, A HISTORY, A FUTURE

Αγ. Αναργύρων 21, Κ. Κηφισιά 14564  
Τ: 210 6202 301, Φ: 210 8077 079

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

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις εταιρείες





# Retaform<sup>®</sup>

metformin HCL extended release tablets

Μετφορμίνη 500, 750 και 1000 mg.  
Δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης



RET INS 0 105/2020

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

 **WinMedica**  
Serving Health for Life

Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής οδού 33-35, Χαλάνδρι Τ.Κ. 15238, Αθήνα,  
Τηλ.: 210 7488821, Τηλ. Παραγγελιών: 210 7488 839, E-mail: info@winmedica.gr

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

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"





# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ 1

### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ SGLT-2 ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ GLP-1 ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Στυλιανή Παπαντωνίου, Φιρούζα Κουρτίδου, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Μ. Γεωργόπουλος, Κ. Αννούσης, Σ. Αντωνόπουλος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς, Ελλάδα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλων πολυκεντρικών κλινικών μελετών, η ευνοϊκή επίδραση των αναστολέων SGLT-2 και αναλόγων GLP-1 τόσο στο γλυκαιμικό έλεγχο όσο και σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραπάνω σε δεδομένα πραγματικού κόσμου από την παρακολούθηση ασθενών με ΣΔ2 διάρκειας ενός έτους.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 314 άτομα με ΣΔ2 (66% άνδρες, μέσης ηλικίας  $65,6 \pm 10,7$  έτη και διάρκειας ΣΔ2  $15,3 \pm 8,1$  έτη) που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματικών και κλινικών παραμέτρων τόσο κατά την έναρξη της αγωγής με αναστολέα SGLT-2 (45%) και ανάλογο GLP-1 (68,3%) όσο και ένα έτος μετά.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα άτομα της μελέτης στην ομάδα του αναστολέα SGLT-2, ελάμβαναν μετφορμίνη (92,7%), σουλφονουρία (28,2%), αναστολέα DPP-4 (39,5%) και βασική ινσουλίνη (36,3%). Στην ομάδα του αναλόγου GLP-1, ελάμβαναν μετφορμίνη (87,8%), σουλφονουρία (24,9%), αναστολείς SGLT-2 (%) και βασική ινσουλίνη (64%). Η θεραπεία, διάρκειας ενός έτους, με αναστολέα SGLT-2 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c ( $8,0 \pm 1,5$  έναντι  $7,3 \pm 1,3\%$ ,  $P < 0,001$ ), του σωματικού βάρους ( $94,1 \pm 21,69$  έναντι  $91,9 \pm 20,1$  Kg,  $P = 0,02$ ), της ολικής χοληστερόλης ( $177,4 \pm 42,5$  έναντι  $161,3 \pm 36,1$  mg/dl,  $P = 0,001$ ) και της LDL-χοληστερόλης ( $104,8 \pm 66,1$  έναντι  $87,2 \pm 35,4$  mg/dl,  $P = 0,02$ ), των τριγλυκεριδίων ( $191,8 \pm 31,0$  έναντι  $165,8 \pm 35,2$  mg/dl,  $P = 0,04$ ) και του ουρικού οξέος ( $5,7 \pm 0,2$  έναντι  $5,2 \pm 0,2$  mg/dl,  $P = 0,004$ ). Η θεραπεία, διάρκειας ενός έτους, με ανάλογο GLP-1 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c ( $8,1 \pm 1,6$  έναντι  $7,5 \pm 1,4\%$ ,  $P = 0,05$ ) του σωματικού βάρους ( $97,6 \pm 22,7$  έναντι  $96,5 \pm 22,3$  Kg,  $P < 0,001$ ), της ολικής χοληστερόλης ( $176,1 \pm 44,4$  έναντι  $161,2 \pm 38,1$  mg/dl,  $P < 0,001$ ) και της LDL-χοληστερόλης ( $101,8 \pm 60,9$  έναντι  $90,7 \pm 38,2$  mg/dl,  $P = 0,01$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα της HbA1c, του σωματικού βάρους, της συστολικής και διαστολικής πίεσης, της ολικής και της LDL-χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, του ουρικού οξέος και του δείκτη σπειραματικής διήθησης μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης (αναστολέας SGLT-2 έναντι αναλόγου GLP-1). Η μόνη διαφορά αφορούσε τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης ( $47,6 \pm 18,9$  έναντι  $43,2 \pm 12,7$  mg/dl,  $P = 0,04$ ) και της αιμοσφαιρίνης ( $13,7 \pm 1,5$  έναντι  $13,0 \pm 1,5$  mg/dl,  $P = 0,001$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα των μελετών, η θεραπεία με αναστολέα SGLT-2 και ανάλογο GLP-1 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c, του σωματικού βάρους, της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης και ήταν καλά ανεκτή από τους ασθενείς.

## ΠΑ2

### ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΑΛΟΓΑ GLP-1 ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Κωνσταντίνα Καλαθάκη<sup>1</sup>, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Σ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς, Ελλάδα

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστό ότι ο φόβος της υπογλυκαιμίας στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) που λαμβάνουν θεραπεία με ινσουλίνη αποτελεί περιοριστικό παράγοντα στην έγκαιρη εντατικοποίηση της αντιδιαβητικής αγωγής. Οι νεότερες αντιδιαβητικές αγωγές, και συγκεκριμένα τα ανάλογα GLP-1, σχετίζονται με καλύτερη συμμόρφωση και μειωμένο φόβο υπογλυκαιμίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση του φόβου υπογλυκαιμίας στις ενέσιμες αγωγές, ανάλογα GLP-1 έναντι βασικής ινσουλίνης, σε άτομα με ΣΔ2 που παρακολουθούνται σε Διαβητολογικό Κέντρο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 100 άτομα με ΣΔ2:59% άνδρες, μέσης ηλικίας:66,8±9,6 έτη, HbA1c:7,5±1,6%, και διάρκειας ΣΔ:18,5±9,0 έτη που προσήλθαν στο Κέντρο μας κατά το διάστημα Δεκέμβριος 2019- Απρίλιος 2021. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπλήρωση της κλίμακας στάσεων και συμπεριφοράς έναντι της υπογλυκαιμίας (Heteronormative Attitudes and Beliefs Scale, HABS).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την ένταξη των ασθενών τη μελέτη, 76,7% ελάμβανε αντιδιαβητικά δισκία, 79,1% ινσουλίνη, 90,7% υπολιπιδαιμική και 81,4% αντιυπερτασική αγωγή. Όσον αφορά στις επιπλοκές του ΣΔ2: 25,6% είχε στεφανιαία νόσο (ΣΝ), 7,1% αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 36,6% αμφιβληστροειδοπάθεια, 53,8% νευροπάθεια και 53,7% νεφροπάθεια. Στο σύνολο των ατόμων της μελέτης τα άτομα που ελάμβαναν θεραπεία με ανάλογα GLP-1 παρουσίαζαν μειωμένες συμπεριφορές αποφυγής της υπογλυκαιμίας (1,8±0,7 έναντι 2,5±1,1, P=0,02) και φόβο υπογλυκαιμίας (1,9±0,3 έναντι 2,2±0,4, P=0,02) έναντι εκείνων που ελάμβαναν ινσουλinoθεραπεία. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το άγχος της υπογλυκαιμίας και την αυτοπεποίθηση έναντι της υπογλυκαιμίας ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης. Σε περαιτέρω ανάλυση με βάση το σχήμα της ινσουλinoθεραπείας βρέθηκε ότι τα άτομα που ελάμβαναν συνδυασμό βασικής ινσουλίνης και ανάλογο GLP-1 παρουσίαζαν μειωμένες συμπεριφορές αποφυγής της υπογλυκαιμίας έναντι εκείνων που βρίσκονταν σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας (1,8±0,8 έναντι 2,5±0,8, P=0,002). Η πολυπαραγοντική ανάλυση στο σύνολο του πληθυσμού έδειξε ότι ο φόβος της υπογλυκαιμίας σχετιζόταν με τη στεφανιαία νόσο (beta=0,304, P=0,01), την ινσουλinoθεραπεία (beta=-0,289, P=0,02) και την HbA1c (beta=0,267, P=0,03).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν ότι τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με ινσουλίνη παρουσιάζουν περισσότερες συμπεριφορές αποφυγής της υπογλυκαιμίας, σε σχέση με τα άτομα που λαμβάνουν αγωγή με GLP-1 ανάλογα. Τέλος, τα άτομα που λαμβάνουν εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας, παρουσιάζουν περισσότερες συμπεριφορές αποφυγής υπογλυκαιμίας.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ3

### ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΜΗΤΡΩΟ DISCOVER: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Μπαργιώτα<sup>2</sup>, Α. Καμαράτος<sup>3</sup>, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου<sup>3</sup>, Λ. Λαναράς<sup>4</sup>, Μαγδαληνή Μπριστιάνου<sup>4</sup>, Ζ. Μούσλεχ<sup>5</sup>, Μαρία Σώμαλη<sup>5</sup>, Δ. Ρηγόπουλος<sup>6</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>7</sup>, Καλλιόπη Κώτσα<sup>8</sup>, Ι. Ντούπης<sup>9</sup>, Ε. Πάγκαλος<sup>10</sup>, Jenni Suometsa<sup>11</sup>, Δ. Γουρλής<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Αθηνών «ΛΑΪΚΟΝ»

<sup>2</sup> Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων, ΠΓΝ Λάρισας

<sup>3</sup> Α΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΣΑΝΕΙΟ»

<sup>4</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Λαμίας

<sup>5</sup> EUROMEDICA Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

<sup>6</sup> Ιδιωτικό Ιατρείο, Αθήνα

<sup>7</sup> Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο «Metropolitan», Πειραιώς

<sup>8</sup> Α΄ Παθολογική κλινική - Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού, ΠΑ.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

<sup>9</sup> Διαβητολογικό Τμήμα, Κλινική Παλαιού Φαλήρου, Όμιλος Ιατρικό Αθηνών

<sup>10</sup> Κλινική «ΘΕΡΜΗ», Θεσσαλονίκη

<sup>11</sup> Ιατρικό τμήμα, AstraZeneca, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με αγγειακές επιπλοκές που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης. Τα δεδομένα πραγματικής κλινικής πρακτικής είναι ελλιπή και τα μητρώα ασθενών αποτελούν ισχυρό εργαλείο για την αποτελεσματική συλλογή τους, με στόχο την βελτίωση της πρόληψης και διαχείρισης της νόσου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η συλλογή δεδομένων πραγματικής κλινικής πρακτικής ως προς τα χαρακτηριστικά ασθενών, τη διαχείριση της νόσου και τις κλινικές εκβάσεις σε ασθενείς με ΣΔτ2.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το προοπτικό πολυεθνικό μητρώο παρατήρησης DISCOVER εμπεριέχει δεδομένα από ενήλικες με ΣΔτ2, οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια της μελέτης «DISCOVER» (NCT03549754).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην Ελλάδα, εντάχθηκαν 158 (54,3%) άνδρες και 133 (45,7%) γυναίκες. Κατά την ένταξη οι ασθενείς είχαν διάμεση ηλικία 68 έτη (εύρος 23-88), μέση διάρκεια ΣΔτ2 13,8 έτη, διάμεσο BMI 29,8 kg/m<sup>2</sup> (εύρος 18,6-50,9) οι άντρες και 32 (18-51,4) οι γυναίκες (p-value=0,006). Το 75,86% έπασχε από υπέρταση και το 80,82% από δυσλιπιδαιμία. Η μέση συστολική αρτηριακή πίεση ήταν 136 mm Hg ενώ η διαστολική 79 mm Hg. Η διάμεση γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν 7% (εύρος 5,1-14,7), με γλυκόζη νηστείας 134 mg/dL (62-399), ολική χοληστερόλη 157,5 mg/dL (εύρος 87-292), HDL 45 mg/dL (εύρος 22-111), LDL 80,5 mg/dL (εύρος 30-296) και κρεατινίνη ορού 0,9 mg/dL (εύρος 0,34-3,5). Η διάμεση eGFR ήταν 78,51 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (εύρος 19-303) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων. Όσον αφορά στην κατηγοριοποίηση της χρόνιας νεφρικής νόσου κατά KDIGO, 49 (32,45%) ασθενείς βρέσκονταν στο στάδιο G1, 68 (45,03%) στο G2, 17 (11,26%) στο G3a, 14 (9,27%) στο G3b και 3 (1,99%) στο στάδιο G4.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το 67,55% των ασθενών με ΣΔτ2 είχε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία ενώ ένα σημαντικό ποσοστό είχε παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το μητρώο DISCOVER παρέχει πληροφορίες από την καθημερινή κλινική πρακτική για τη διαχείριση ασθενών με ΣΔτ2 και μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της φροντίδας τους.

## ΠΑ4

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ NAFLD ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

**Μαρία Σταματελάτου**<sup>1</sup>, Άντρια Παπαζαχαρίου<sup>2</sup>, Α. Σεκεράκ<sup>1</sup>, Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Ι. Αμαργιανιτάκης<sup>1</sup>, Ν. Μαζωνάκης<sup>1</sup>, Α. Τόλιας<sup>3</sup>, Ν. Κόκκινος<sup>3</sup>, Νεκταρία Βασιλάκη<sup>1</sup>, Β. Βασιλόπουλος<sup>1</sup>, Μαρία Δασενάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική @ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτης

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

<sup>3</sup> Κέντρο Υγείας- Γενικό Νοσοκομείο -Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφάνιση μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (NAFLD) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 είναι πολύ συχνή. Από πρόσφατες μελέτες έχει φανεί ότι η χορήγηση των SGLT2 αναστολέων δύναται να οδηγήσει σε βελτίωση τόσο της ηπατικής βιοχημείας, όσο και της λιπώδους διηθήσεως του ήπατος.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η επίδραση των SGLT2 αναστολέων σε βιοχημικούς δείκτες εκτίμησης της NAFLD σε διαβητικό πληθυσμό.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη μας συμπεριλήφθησαν άτομα 86 (άνδρες 57%) μέσης ηλικίας (65,31 mean  $\pm$  10,35 sd) με ΣΔ2 που προσετέθη ένας SGLT2 αναστολέας στην αγωγή τους. Μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, ΣΒ, HbA1c, η ηπατική βιοχημεία, όπως και ο βιοδείκτης της ηπατικής ίνωσης: FIB-4 score, APRI score. Σε προοπτική βάση έγινε επανέλεγχος σε 16 ασθενείς των δεικτών αυτών στους 3-6 μήνες, σε 24 ασθενείς στους 6-12 μήνες, σε 38 ασθενείς στους 13-24 μήνες και σε 11 στους 25-48 μήνες. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 17. Στατιστική σημαντικότητα  $p < 0.05$ .

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση με paired samples T Test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους 3-6 μήνες, όσον αφορά το ΣΒ ( $p=0,033$ ) με μια μείωση περί των 2 Kg, στην AST ( $p=0,021$ ), το APRI score, ( $p=0,007$ ), το FIB-4 score ( $p=0,001$ ), ενώ δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ALT ( $p=0,397$ ) και την HbA1c ( $p=0,242$ ). Στους 6-12 μήνες ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά την AST ( $p=0,004$ ), το APRI score, ( $p=0,001$ ) και το FIB-4 score ( $p=0,0001$ ), ενώ δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το ΣΒ ( $p=0,505$ ), την ALT ( $p=0,42$ ) και την HbA1c ( $p=0,199$ ). Περαιτέρω στους 13-24 μήνες ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ΣΒ ( $p=0,034$ ), την AST ( $p=0,001$ ), το APRI score, ( $p=0,001$ ), το FIB-4 score ( $p=0,001$ ), ενώ δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ALT ( $p=0,164$ ) και την HbA1c ( $p=0,079$ ). Τέλος στους 25-48 μήνες ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην AST ( $p=0,011$ ), το APRI score, ( $p=0,011$ ), το FIB-4 score ( $p=0,011$ ), ενώ δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ΣΒ ( $p=0,122$ ), στην ALT ( $p=0,290$ ) και την HbA1c ( $p=0,121$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι SGLT2 αναστολείς φαίνεται να επιδεικνύουν προστατευτική δράση βελτιώνοντας τόσο την ηπατική βιοχημεία, όσο και τους βιοχημικούς δείκτες εκτίμησης της NAFLD, πλην της ALT σε διαβητικό πληθυσμό, η οποία διαφαίνεται από τους πρώτους 3-6 μήνες χορηγήσεως του φαρμάκου και η οποία εμμένει στους 25-48 μήνες και ως φαίνεται είναι ανεξαρτήτως επιρροής του ΣΒ ή της γλυκαιμικής ρύθμισης.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ5

### ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Παρασκευή Καραμανή**, Γ. Σουρουλλάς, Μαρία Καβάση, Χριστιάνα Χαραλάμπους, Βασιλική Στυλιανού, Αυγουστίνα Χαραλάμπους, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που νοσηλεύονται στις παθολογικές κλινικές πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών με ΣΔ και η σύγκριση αυτών με μη διαβητικούς.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η καταγραφή για διάρκεια ενός έτους όλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του Νοσοκομείου μας και η σύγκριση δεδομένων μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τους πρώτους τέσσερις μήνες καταγραφής, νοσηλεύτηκαν συνολικά 391 ασθενείς. Από αυτούς οι 164 (42%) είχαν γνωστό ιστορικό ΣΔ και λάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή ή αφορούσε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο ΣΔ. Ποσοστό 58% (n=227) αφορούσε μη διαβητικούς. Όσον αφορά τους διαβητικούς, ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 71.26 έτη και η πλειοψηφία ήταν άνδρες (62%, n=102). Συχνότερες αιτίες νοσηλείας για τους διαβητικούς είναι η αναιμία, η λοίμωξη του ουροποιητικού και τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Α.Ε.Ε). Επιπλέον, οι διαβητικοί είχαν σχετικά ένα αρκετά καλό λιπιδαιμικό προφίλ, ολική χοληστερόλη 157.58 mg/dl, HDL - Chol. 51.16 mg/dl, LDL - Chol. 84.74 mg/dl, και τα τριγλυκερίδια 112 mg/dl. Στατίνη κατά την εισαγωγή στην Παθολογική Κλινική λάμβανε το 56%. Εν αντιθέσει, οι συχνότερες αιτίες νοσηλείας για μη διαβητικούς ήταν η λοίμωξη του ουροποιητικού, η λοίμωξη του αναπνευστικού και τα Α.Ε.Ε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τη σημαντική πρόοδο που επιτεύχθηκε στην αντιμετώπιση του ΣΔ και τη σχετικά αρκετά καλή ρύθμιση που παρουσιάζουν, οι μισοί περίπου ασθενείς που νοσηλεύονται στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας πάσχουν από ΣΔ.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ6

### ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ

**Σταματίνα Δρίβα**<sup>1</sup>, Αλίκη Κορκοιτζέλου<sup>2</sup>, Σωτηρία Σχορετσανίτη<sup>3</sup>, Βασιλική Σαλταγιάννη<sup>2</sup>, Αλεξάνδρα Πάννου<sup>4</sup>, Ζαφειρία Μπαρμπαρέσσου<sup>2</sup>, Α. Osarogue<sup>2</sup>, Serena Tonstad<sup>5</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Παρασκευή Κατσαούνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup> ΚΕΕΛΠΝΟ

<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

<sup>5</sup> Oslo University Hospital

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αύξηση του σωματικού βάρους (ΣΒ) μετά τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί παροδικά να επιδεινώσει το σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Η βαρενικλίνη αποτελεί μερικό αγωνιστή των α4β2 νικοτινικών υποδοχέων και χρησιμοποιείται ως φαρμακευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετασθεί κατά πόσο μεταβάλλεται το ΣΒ και οι λοιπές μεταβολικές παράμετροι μετά από διακοπή του καπνίσματος με τη χρήση βαρενικλίνης σε ασθενείς με ΣΔ 2.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προς το παρόν έχουν συμπληρώσει τη μελέτη 32 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν βαρενικλίνη για 3 μήνες και συμβουλευτική σε εντατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Οι παράμετροι που μετρήθηκαν πριν τη διακοπή καπνίσματος, στους 2,5 μήνες λήψης του φαρμάκου και στους 4 μήνες παρακολούθησης ήταν το ΣΒ, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), οι περιμέτροι μέσης και ισχύων, η HbA1c, η γλυκόζη νηστείας, τα λιπίδια αίματος, η CRP, το εκπνεόμενο CO και ο βασικός μεταβολισμός (RMR).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Baseline(0)	2,5 months	4 months	P(<0,05) 0 vs 2,5	P(<0,05) 0 vs 4
ΒΑΡΟΣ (kg)	87.2±16.2	87.9±15.7	88.9±15.8	0,297	0,062
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	30.4±6.1	30.6±5.9	30.9±5.7	0,275	0,075
ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΜΕΣΗΣ (cm)	104.6±11.7	104.4±11	103.3±11.1	0,768	0,602
ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΙΣΧΥΩΝ (cm)	107.4±10	108±10.8	106.9±10.7	0,314	0,678
HbA1c (%)	6.0 (5.6, 6.5)	6.0 (5.7,6.7)	6.2 (5.7,6.8)	0,867	0,693
ΓΛΥΚΟΖΗ (mg/dl)	115±28	116±27	121±35	0,822	0,290
CRP (mg/dl)	0.2 (0.1,0.7)	0.2 (0.1,0.4)	0.2 (0.1,0.5)	0,020	0,327
CHOL (mg/dl)	170±31	159±37	160±29	0,028	0,041
LDL (mg/dl)	96±24	83±30	86±26	0,017	0,039
HDL (mg/dl)	44±10	46±10	46±9	0,042	0,131
TG (mg/dl)	130 (105,212)	119 (97,159)	124 (94,176)	0,069	0,034
RMR (kcal/day)	1362 (1273,1702)	1465 (1233,1597)	1395 (1259,1540)	0,954	0,927
CO (ppm)	12 (8,17)	3 (1,4)	2 (1,3)	0,000	0,000

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση βαρενικλίνης οδήγησε επιτυχώς στη διακοπή του καπνίσματος χωρίς να αυξήσει το ΣΒ των συμμετεχόντων, να μειώσει το βασικό μεταβολισμό ή να επιδεινώσει τη γλυκαιμική ρύθμιση. Μάλιστα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική ευνοϊκή επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ και στα επίπεδα CRP. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου για τη σωματική άσκηση (IPAQ 2002) που συμπληρώνεται σε καθεμία από τις 3 επισκέψεις από τους συμμετέχοντες, εξηγούν μερικώς την αύξηση της HDL και οι μετρήσεις ινκρετινών και ρυθμιστικών πεπτιδίων που σχετίζονται με την όρεξη και τη σύσταση του σώματος, θα αξιολογηθούν μαζί με τις υπόλοιπες παραμέτρους για οποιαδήποτε μεταβολή του μεταβολικού προφίλ των ασθενών κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ7

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Παναγιώτα Μπλέτσα<sup>2</sup>, Μαγδαληνή Μπριστιάνου<sup>2</sup>, Λ. Λαναράς<sup>2</sup>, Χ. Μιχαηλίδης<sup>3</sup>, Θ. Κασιόκας<sup>3</sup>, Καρολίνα-Ανθούλα Ακινδσόγλου<sup>4</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>5</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>5</sup>, Β. Κώτσος<sup>6</sup>, Ιωάννα Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, **Κ. Τεντολούρης<sup>1</sup>**, <sup>7</sup>, Πηνελόπη Γρηγοροπούλου<sup>7</sup>, Αρχοντούλα Φράγκου<sup>7</sup>, Ζωή Αλεξίου<sup>8</sup>, Μαρία Ντάγανου<sup>9</sup>, Κλημεντίνη Μποστατζόγλου<sup>9</sup>, Αντωνία Κουτσούκου<sup>10</sup>, Α. Πεφάνης<sup>11</sup>, Ι. Μπαραμούτσης<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

<sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, Πάτρα

<sup>5</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>6</sup> Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>7</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα

<sup>8</sup> Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας “Θριάσιο”, Αθήνα

<sup>9</sup> Πολυδύναμη ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>10</sup> Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική και ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>11</sup> Κλινική Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>12</sup> Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αθήνας « Η Παμμακάριστος», Αθήνα

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα σε νοσηλευόμενους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και λοίμωξη SARS-CoV-2 στην Ελλάδα.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε προοπτικά τους ασθενείς με ΣΔ που νοσηλεύτηκαν με COVID-19 σε 10 νοσοκομεία της Ελλάδας κατά τη διάρκεια του 3<sup>ου</sup> κύματος της επιδημίας από το Φεβρουάριο μέχρι τον Ιούνιο 2021. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής, τα εργαστηριακά ευρήματα κατά την εισαγωγή και η έκβαση. Συνολικά καταγράφηκαν 389 ασθενείς με ΣΔ (210 άνδρες, 179 γυναίκες, 91,5% με ΣΔτ2, 1,5% με ΣΔτ1 και 6,9% με πρωτοδιαγνωσθείσα υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή. Συνολικά 69 ασθενείς από τους 373 που η έκβαση καταγράφηκε (18.5%) κατέληξαν στη διάρκεια της νοσηλείας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μονοπαράγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι ο τύπος του ΣΔ, η διάρκεια του ΣΔ, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος (ή η παχυσαρκία), το κάπνισμα, η τιμή της HbA1c στην εισαγωγή, το ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ή βρογχικού άσθματος, η διάρκεια της νοσηλείας, η χρήση στατίνης και φαρμάκων που αναστέλλουν τον άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης, ανοσοκατασταλτικών, και το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής (ινσουλίνη, μετφορμίνη, σουλφονουλουρίες, πιογλιταζόνη, αγωνιστές GLP-1, αναστολείς SGLT-2) δεν σχετίστηκαν με τη θνησιμότητα. Βρέθηκε όμως ότι η χρήση αναστολέων του DPP-4 με ή χωρίς μετφορμίνη σχετίστηκε με αυξημένη θνησιμότητα [odds ratio 1,82 (95% όρια αξιοπιστίας 1,06-3,10), p=0,027]. Η ηλικία (p<0,001), η τιμή της γλυκόζης στην εισαγωγή (p=0,009), το ιστορικό στεφανιαίας νόσου (p=0,002), καρδιακής ανεπάρκειας (p=0,020), αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (p<0,001), χρόνιας νεφρικής νόσου (p<0,001) και κακοήθειας (p=0,029), σχετίστηκαν με αυξημένη θνησιμότητα. Αυξημένες τιμές CURBE-65 score, λόγος PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub><200, και η τιμή της CRP στην εισαγωγή σχετίστηκαν επίσης σημαντικά (όλα p<0,001) με αυξημένη θνησιμότητα. Στην πολυπαράγοντική ανάλυση, μετά από διόρθωση ως προς όλους τους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες βρέθηκε ότι η ηλικία, το CURB-65 score και ο λόγος PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub><200 σχετίζονταν σημαντικά και ανεξάρτητα με αυξημένη θνησιμότητα.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα άτομα με ΣΔ που νοσηλεύονται με COVID-19 έχουν αυξημένη θνησιμότητα. Η ηλικία και οι παράγοντες που σχετίζονται με τη βαρύτητα προσβολής του αναπνευστικού σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το διαβήτη και το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής δεν φαίνεται να επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών με ΣΔ.



## ΠΑ8

### GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

**I. Baltas**<sup>1</sup>, T. Stockdale<sup>1</sup>, M. Tausan<sup>2</sup>, Areeba Kashif<sup>1</sup>, Javeria Anwar<sup>1</sup>, J. Anvar<sup>1</sup>, Eirini Koutoumanou<sup>3</sup>, D. Sidebottom<sup>4</sup>, Veronica Garcia-Arias<sup>1</sup>, Melanie Wright<sup>1</sup>, Jane Democrat<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Medicine, Infectious Diseases and Microbiology, Frimley Health NHS Foundation Trust, Berkshire, United Kingdom

<sup>2</sup> Department of Medicine, Royal Sussex County Hospital, Brighton, United Kingdom

<sup>3</sup> UCL, Great Ormond Street Institute of Child Health, London, United Kingdom

<sup>4</sup> Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, United Kingdom

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η Gram αρνητική βακτηριαίμια αποτελεί συχνή πηγή σήψης στην κοινότητα ή στο νοσοκομείο, οδηγώντας σε περίπου 10.000 θανάτους κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η πρόγνωση και οι παράγοντες κινδύνου θανάτου του ασθενούς είναι ανεπαρκώς μελετημένοι.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη 789 ασθενών ενός περιφερειακού αγγλικού νοσοκομείου με επιβεβαιωμένη βακτηριαίμια από *Escherichia coli*, *Klebsiella spp* ή *Pseudomonas aeruginosa*, τους οποίους ακολουθήσαμε για ένα χρόνο. Χρησιμοποιήσαμε Cox πολυπαραγοντικά μοντέλα για τον καθορισμό παραγόντων κινδύνου σύντομης (εντός 30 ημερών) και μεταγενέστερης (μεταξύ ημερών 31 και 365) θνησιμότητας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

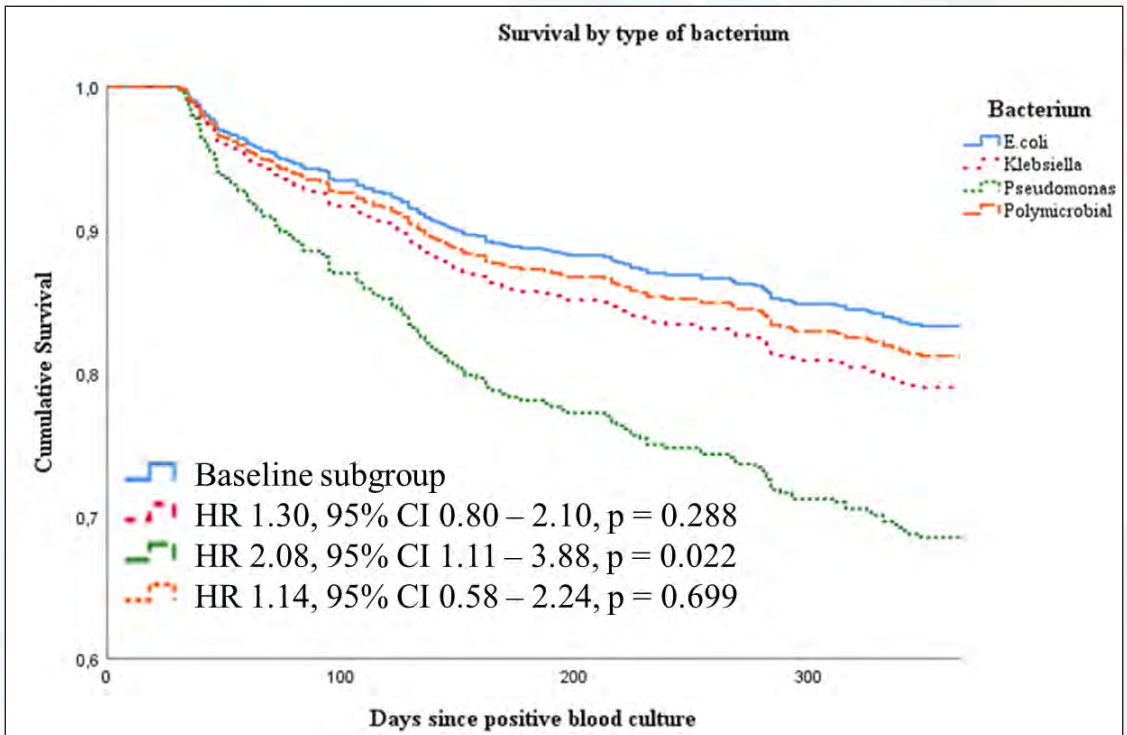
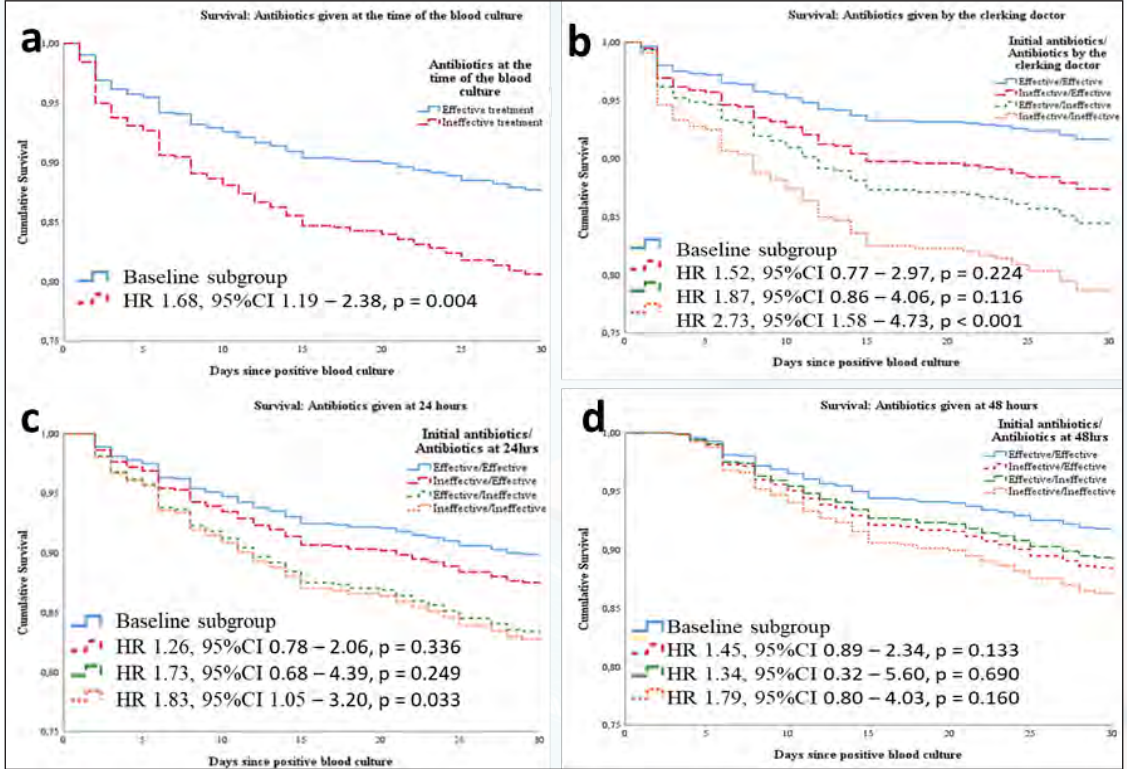
Η συνολική θνησιμότητα στον ένα χρόνο ήταν 36.2%, ενώ οι μισοί ασθενείς (18.1%) απεβίωσαν εντός 30 ημερών. Οι ασθενείς, οι οποίοι τη στιγμή της αιμοκαλλιέργειας δεν λαμβάναν *in vitro* αποτελεσματική αντιμικροβιακή αγωγή, είχαν υψηλότερο κίνδυνο σύντομης θνησιμότητας (HR 1.68, 95% CI 1.19 - 2.38,  $p=0.004$ ). Η θνησιμότητα ήταν ακόμα υψηλότερη εάν η μη-αποτελεσματική αγωγή συνεχιζόταν κατά την υποδοχή του ασθενούς στην κλινική μετά το τμήμα επείγοντων περιστατικών (HR 2.73, 95% CI 1.58 - 4.73,  $p<0.001$ ), ή 24 ώρες μετά τη λήψη της αιμοκαλλιέργειας (HR 1.83, 95% CI 1.05 - 3.20,  $p=0.033$ ), σε σχέση με ασθενείς που εξαρχής τέθηκαν σε αποτελεσματική αγωγή. Υψηλή αντιμικροβιακή αντίσταση (HR 1.095 για κάθε επιπλέον κατηγορία αντιβιοτικών με αντίσταση, 95% CI 1.018 - 1.178,  $p = 0.014$ ) και λοίμωξη με *Pseudomonas aeruginosa* (HR 2.08, 95% CI 1.11 - 3.88,  $p = 0.022$ ) αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες μεταγενέστερης θνησιμότητας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με Gram αρνητική βακτηριαίμια έχουν δυσμενής κοντοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Η αποτελεσματική αντιμικροβιακή αγωγή μειώνει τη θνησιμότητα κοντοπρόθεσμα, ενώ η μακροχρόνια έκβαση του ασθενούς εξαρτάται από το λοιμογόνο μικροοργανισμό και το προφίλ αντίστασης του.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ8



## ΠΑ9

### ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

**Μαγδαληνή Μπρισιτιάνου**, Ευαγγελία Παπαδημητρίου, Μαρία Κατσαούνου, Σ. Ευσταθίου, Η. Κατσαδούρος, Δ. Χατζίδης, Λ. Λαναράς

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας

#### ΣΚΟΠΟΣ

Μελετώνται τα αίτια και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση οξείας πυελονεφρίτιδας, σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική κλινική στο Νοσοκομείο μας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε 105 ασθενείς, 44 άνδρες (41,9%) και 61 γυναίκες (58,65%), ηλικίας 22-87 ετών. Όλοι υποβλήθηκαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, καλλιέργεια ούρων, αιμοκαλλιέργεια, α/α ΝΟΚ, U/S κοιλίας, αξονική τομογραφία κοιλίας και μαγνητική τομογραφία (όπου κρίθηκε απαραίτητο) και καταγράφηκαν οι προδιαθεσικοί παράγοντες και οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν από τις καλλιέργειες.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν πυρετό με ρίγος και λευκοκυττάρωση, αρκετοί είχαν δυσουρικά ενοχλήματα από ημερών, ενώ 56 (53,3%) παρουσίαζαν εμέτους, κοιλιακό άλγος ή άλγος στις νεφρικές χώρες, 23 (21,9%) προσκομίστηκαν με αρχόμενο σπητικό shock και τέλος 10 (9,52%) νοσηλεύτηκαν αρχικά στη ΜΕΘ. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες ήταν: 36 ασθενείς (34,2%) με Σακχαρώδη Διαβήτη, σε 32 (30,4%) ανευρέθη λιθίαση ουροποιητικού, 19 (18,09%) είχαν υπερτροφία προστάτου και ιστορικό χρόνιας προστατίτιδας, 10 (9,52%) κακοήθεια ουροποιητικού, ενώ 8 είχαν άλλα αίτια. Από τους ασθενείς 69 (65,7%) είχαν  $\geq 2$  προδιαθεσικούς παράγοντες. Αρχικά χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και στη συνέχεια ανάλογη με τα αποτελέσματα των καλλιεργειών. Ανευρέθηκαν κυρίως *E. Coli* (47, 2%), *Proteus mirabilis* (15, 6%), *Klebsiela spp.* (11, 2%), *Enterococcus faecalis* (6,73%), *Pseudomonas aeruginosa* (3,12%) και σε 3 ασθενείς *Acinetobacter baumannii*. 41 ασθενείς (39,04%) είχαν και θετική αιμοκαλλιέργεια. Διάρκεια νοσηλείας 6-20 ημέρες, ενώ 29 (27,6%) είχαν νοσηλευτεί και στο παρελθόν για παρόμοιο επεισόδιο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης και η λιθίαση του ουροποιητικού, φαίνεται να είναι οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες. Παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Το συχνότερο παθογόνο μικρόβιο είναι *E. coli*, ενώ σημαντικός αριθμός εισαγωγών αφορούν υποτροπές.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ10

### ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ COVID-19 ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Δ. Σαργής<sup>1</sup>**, Ματίλντα Φλωρεντιν<sup>2</sup>, Π. Τασούδης<sup>1</sup>, Ελένη Κορομπούκη<sup>3,4</sup>, Ν. Γατσέλης<sup>1</sup>, Ε. Παμαρέλλος-Μπουρμπούλης<sup>5</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>2</sup>, James Douketis MD<sup>6</sup>, Alex C Spyrgopoulos MD<sup>7,8,9</sup>, Γ. Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>4</sup> Imperial College London, London, United Kingdom

<sup>5</sup> 4η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>6</sup> Department of Medicine, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 3Z5, Canada.

<sup>7</sup> The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell

<sup>8</sup> The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research

<sup>9</sup> Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ήδη από τους πρώτους μήνες της πανδημίας παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς με COVID-19 εμφάνιζαν σημαντικό ποσοστό θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης των ανοσοτροποποιητικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στην COVID-19, στον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναζητήσαμε στο PubMed και το Scopus τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με τη χρήση ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων σε ασθενείς με COVID-19 στις οποίες αναφέρονται θρομβοεμβολικά επεισόδια, επεισόδια φλεβικής θρομβοεμβολής (venous thromboembolism - VTE), ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής, εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ο σχετικός λόγος (Odds ratio -OR) εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων και τα διαστήματα εμπιστοσύνης υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο τυχαίων αλληλεπιδράσεων Mantel - Haenszel

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μεταξύ 5342 ασθενών που νοσηλεύτηκαν με COVID-19, 2935 έλαβαν ανοσοτροποποιητική αγωγή και 2407 τη συνήθη αγωγή. Στους ασθενείς που έλαβαν ανοσοτροποποιητική αγωγή, VTE παρατηρήθηκαν σε 2,02 ασθενείς ανα 100 ανθρωπο-μήνες, ενώ σε όσους έλαβαν τη συνήθη αγωγή 2,98 VTE ανά 100 ανθρωπο-μήνες (OR: 0,78, 95%CI: 0,51-1,20, I2: 3%). Μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ανταγωνιστή της ιντερλευκίνης-6 (IL-6), αναφέρθηκαν VTE σε 12/1075 ασθενείς έναντι 20/848 στη συνήθη αγωγή (OR: 0,52, 95%CI: 0,22-1,20, I2: 6%). Η χορήγηση ανοσοτροποποιητικής αγωγής δε μείωσε τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής (OR: 1,15, 95%CI: 0,45-2,96; I2: 0%) ή εμφράγματος του μυοκαρδίου (: 1,10, 95%CI: 0,40 -2,99 · I2: 0%) ενώ παρατηρήθηκε μη σημαντική μείωση όλων των θρομβοεμβολικών συμβαμάτων (OR: 0,82, 95%CI: 0,57-1,18, I2: 0%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυσης δεν παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της ανοσοτροποποιητικής αγωγής στην πρόληψη των θρομβοεμβολικών συμβαμάτων σε ασθενείς με COVID-19. Ωστόσο, δεδομένης της μεγάλης σχετικής μείωσης του κινδύνου για την εμφάνιση VTE, ειδικά σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ανταγωνιστές της IL-6, δε μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ευεργετικής δράσης της ανοσοτροποποιητικής αγωγής στον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

## ΠΑ 11

### Η ΑΝΟΣΟΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ BNT162B2 ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ελένη Παπαδοκωστάκη<sup>1</sup>, Α.Τεντολούρης<sup>2</sup>, Ιωάννα Αναστασίου<sup>2</sup>, Α.Καϊσίδης<sup>3</sup>, Τένια Κουμάκη<sup>3</sup>, Ειρήνη Καλοκύρη<sup>4</sup>, Ιωάννα Ελευθεριάδου<sup>2</sup>, Α.Χατζάκης<sup>5,6</sup>, Ν.Τεντολούρης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό κέντρο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>4</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>5</sup> Τμήμα Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

<sup>6</sup> Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το mRNA BNT162b2 εμβόλιο της Pfizer-BioNtech έχει υψηλή αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της νόσου COVID-19. Δεδομένα σχετικά με την ανοσολογική απάντηση ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στο εμβόλιο αυτό είναι προς το παρόν περιορισμένα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της ανοσογονικότητας στο εμβόλιο BNT162b2 με τη μέτρηση του τίτλου των εξουδετερωτικών αντισωμάτων και συγκριτική αξιολόγηση σε ασθενείς με και χωρίς ΣΔ μετά τον εμβολιασμό.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ΣΔ από το διαβητολογικό κέντρο του ΓΝΑ «Λαϊκό» οι οποίοι αντιστοιχίστηκαν ως προς την ηλικία με ασθενείς χωρίς ΣΔ. Η μέτρηση των αντισωμάτων έγινε 21 μέρες μετά την 1<sup>η</sup> δόση του εμβολίου (T1) και 7-15 μέρες μετά την 2<sup>η</sup> δόση (T2). Τα αντισώματα μετρήθηκαν με τη δοκιμασία Abbott SARS-CoV-2 IgG II Quant που προσδιορίζει αντισώματα IgG έναντι του receptor-binding domain της S1 υπομονάδας της πρωτεΐνης ακίδας του ιού.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριλήφθηκαν 45 ασθενείς με ΣΔ (10 με ΣΔT1 και 35 με ΣΔT2) και 90 άτομα χωρίς ΣΔ. Στην T1, ανιχνεύθηκαν Abs-RBD-IgG >50 AU/ml στο 82.2% των ατόμων με ΣΔ και στο 94.4% χωρίς ΣΔ (p=0.023). Στην T2, όλοι οι συμμετέχοντες με και χωρίς ΣΔ (100%) είχαν Abs-RBD-IgG >50 AU/ml. Οι μέσοι γεωμετρικοί τίτλοι των αντισωμάτων δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ατόμων με και χωρίς ΣΔ τόσο στην T1 όσο και στην T2. Στους ασθενείς με ΣΔ σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ηλικίας και του τίτλου των αντισωμάτων στην T1 (r= -0.309, p=0.032), αλλά όχι στην T2 ενώ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του τίτλου των αντισωμάτων και του φύλου, του BMI, της διάρκειας του διαβήτη και της HbA1c τόσο στην T1 όσο και στην T2.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα ποσοστό έως και 18% ατόμων με ΣΔ φαίνεται ότι δεν αναπτύσσει αντισώματα μετά την 1<sup>η</sup> δόση του mRNA εμβολίου BNT162b2. Ωστόσο αναπτύσσεται ικανοποιητική ανοσολογική απάντηση παρόμοια με τους υγιείς μάρτυρες με την 2<sup>η</sup> δόση του εμβολίου. Οι ασθενείς με ΣΔ θα πρέπει να λαμβάνουν δυο δόσεις του εμβολίου προκειμένου να αναπτυχθεί επαρκής ανοσολογική απάντηση.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ12

### ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-ΝΑΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

**Φ. Μπάρκας**, Γεωργία Αναστασίου, Α. Λιόντος, Μαριάννα Χριστάκη, Ειρήνη Χριστάκη, Μαρία Κοσμίδου, Ε. Λυμπερόπουλος, Χ. Μπλιώνης

Τμήμα Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αναστολείς συμμεταφοράς γλυκόζης-νατρίου (SGLTi) έχουν συσχετιστεί με εντυπωσιακά καρδιο-νεφρο-μεταβολικά οφέλη σε ασθενείς με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Αν και αυξάνουν τον κίνδυνο για λοιμώξεις των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, δεδομένα υποστηρίζουν ότι πιθανώς προστατεύουν έναντι της πνευμονίας.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ημετα-ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων από τις μελέτες καρδιαγγειακής ασφάλειας και αποτελεσματικότητας σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας σε ασθενείς που λαμβάνουν SGLTi.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ

Μετα-ανάλυση των πολυκεντρικών τυχαιοποιημένων, διπλά τυφλών ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών καρδιαγγειακής ασφάλειας και αποτελεσματικότητας (CVOTs, cardiovascular outcome trials) που συμπεριέλαβαν την πνευμονία στην αναφορά των ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

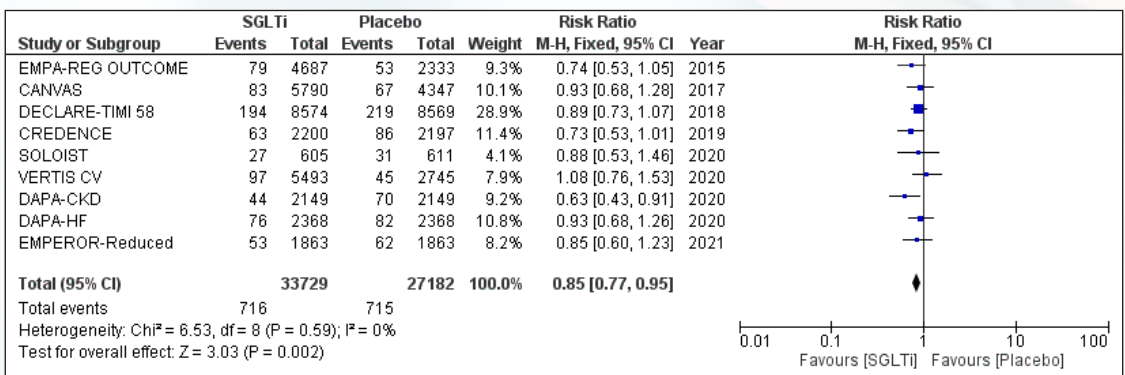
#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ανάλυση συμπεριελήφθησαν 9 RCTs (EMPAREG-OUTCOMES, CANVAS, DECLARE-TIMI 58, CREDENCE, SOLOIST, VERTIS-CV, DAPA-CKD, DAPA-HF, EMPEROR-Reduced) με 60,911 άτομα και διάρκεια παρακολούθησης 1.33-3.6 έτη. Η ανάλυσή μας έδειξε ότι η θεραπεία με SGLTi σχετίζεται με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης πνευμονίας (RR: 0.85, 95% CI: 0.77-0.95,  $p=0.002$ ,  $I^2=0\%$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα διαθέσιμα δεδομένα από τις CVOTs υποστηρίζουν ότι η θεραπεία με SGLTi σχετίζεται με τη μείωση του κινδύνου πνευμονίας.

#### Σχήμα 1



## ΠΑ13

### ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ (ΜΣΚΦΚ)

Παναγιώτα Βουκελάτου, Α. Κυβέτος, **Ο. Κατσαρός**, Στέφανη Παναγιώτου, Αθηνά Μπισσικόκου, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σχετιζόμενες με κεντρικό φλεβικό καθετήρα (ΚΦΚ) ενδοαγγειακές λοιμώξεις έχουν σχετιστεί με παράταση της νοσηλείας, αύξηση του κόστους νοσηλείας και αύξηση της θνητότητας. Μεταξύ των μικροοργανισμών που απομονώνονται πιο συχνά βρίσκονται διάφορα είδη μυκήτων, κυρίως η *Candida*.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να καθοριστούν οι προσδιοριστές της ΜΣΚΦΚ.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 312 ασθενών (55.4% γυναίκες), μέσης ηλικίας  $78.46 \pm 11.50$  έτη ( $M \pm 1SD$ ), που έφεραν ΚΦΚ κατά τη νοσηλεία τους, την τελευταία τετραετία. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή και παράμετροι που σχετιζόνταν με τον ΚΦΚ. Ως ενδοαγγειακές λοιμώξεις σχετιζόμενες με τον ΚΦΚ θεωρήθηκαν όσες πληρούσαν τον ορισμό του Centers for Disease Control and Prevention. Ομάδα μελέτης ήταν οι ασθενείς με ΜΣΚΦΚ. Σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν οι ασθενείς που δεν ανέπτυξαν ΜΣΚΦΚ. Παραμετρικές δοκιμασίες, μη παραμετρικές δοκιμασίες και λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν προκειμένου να εντοπιστούν οι παράμετροι που σχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση ΜΣΚΦΚ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι σφαγιτιδικοί, οι μηριαίοι και οι υποκλείδιοι αποτελούσαν το 22.8%, 42.6% και 34.6% των ΚΦΚ αντίστοιχα. ΜΣΚΦΚ παρουσίασαν 12 ασθενείς (3.8%). Οι ασθενείς που παρουσίασαν ΜΣΚΦΚ ήταν πιθανότερο να έχουν αναπτύξει και βακτήριο στην καλλιέργεια του άκρου του καθετήρα ( $\chi^2=11.426$ ,  $p=0.004$ ), να τους χορηγείται παρεντερική διατροφή ( $\chi^2=36.049$ ,  $p \leq 0.001$ ) ή κορτιζόνη ( $\chi^2=5.390$ ,  $p=0.036$ ) και να τους έχει τοποθετηθεί ΚΦΚ περισσότερες από μία φορές ( $\chi^2=7.144$ ,  $p=0.017$ ). Στην ανάλυση παλινδρόμησης ανεξάρτητοι προσδιοριστές της εμφάνισης ΜΣΚΦΚ ήταν η ταυτόχρονη ανάπτυξη βακτηρίου στην καλλιέργεια του άκρου του καθετήρα ( $p=0.020$ ,  $OR=4.757$ ,  $95\%CI$  1.275-17.743) και η χορήγηση παρεντερικής διατροφής ( $p \leq 0.001$ ,  $OR=15.829$ ,  $95\%CI$  3.658-68.490).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη περισσότερων από ένα παθογόνων στην καλλιέργεια του άκρου του ΚΦΚ δείχνει ότι ενδεχομένως η αυστηρή τήρηση των οδηγιών για την τοποθέτηση και τη χρήση των ΚΦΚ μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των περιστατικών με ΜΣΚΦΚ. Για τον ίδιο λόγο, η παρεντερική διατροφή πρέπει να χορηγείται με αυστηρές ενδείξεις και να αναζητούνται εναλλακτικοί τρόποι σίτισης το συντομότερο δυνατό.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ14

### ΕΝΑ ΕΥΧΡΗΣΤΟ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19

**Μ.-Β. Κουτρουλός**, Στεφανία-Ασπασία Μπακόλα, Β. Παπαδόπουλος

Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Ξάνθης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Τα περισσότερα μοντέλα πρόγνωσης στην COVID-19 είναι δύσχρηστα ή δε λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική της νόσου. Σκοπός μας ήταν να αναπτύξουμε ένα προγνωστικό εργαλείο ικανό να εφαρμόζεται εύκολα και επανειλημμένως στην κλινική πράξη, ακολουθώντας την ταχύτατη μεταβολή στην κλινική εικόνα των ασθενών αυτών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε αυτή την προοπτική μελέτη, αξιολογήσαμε 560 δείγματα που προήλθαν από 156 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με COVID-19 στο Νοσοκομείο Ξάνθης από το Νοέμβριο του 2020 έως και το Μάιο του 2021. Το άρρεν φύλλο, τα D-dimers  $>3200$  ng/ml, το πλήθος συννοσηροτήτων  $>2$ , η γαλακτική αφυδρογονάση  $>408$  U/L, η ανάγκη για διασωλήνωση, ο λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα  $>17$ , η ηλικία  $>61$  ετών και η CRP  $>10$  mg/dL και ενσωματώθηκαν με την ίδια βαρύτητα, αποδίδοντας όλα από μία μονάδα, σε μια οκταβάθμια κλίμακα βαρύτητας που κλήθηκε MaD-CLINYC από το ακρωνύμιο των παραγόντων στην αγγλική γλώσσα. Για την επικύρωση της προγνωστικής αξίας της εν λόγω κλίμακας χρησιμοποιήθηκαν 574 δείγματα που προήλθαν από 3 διαφορετικά κέντρα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η επιφάνεια κάτω της καμπύλης (AUC) ήταν 0.90 ( $\pm 95\%$  διάστημα αξιοπιστίας 0.82-0.98) στα αρχικά δείγματα και 0.91 ( $\pm 95\%$  διάστημα αξιοπιστίας 0.88-0.94) στα δείγματα επιβεβαίωσης ( $P=0.822$ ). Η προγνωστική ισχύς της κλίμακας παρέμεινε ανεξάρτητη του πλήθους των δειγμάτων κάθε ασθενή ( $P=0.238$ ), της ημέρας λήψης του δείγματος από την εισαγωγή ( $P=0.643$ ) και της ανάγκης διακομιδής ( $P=0.400$ ). Μία βαθμολογία  $\geq 4$  στην κλίμακα MaD-CLINYC παρουσιάζει 75% ευαισθησία και 81% ειδικότητα ως προς την πρόβλεψη θανάτου σε ασθενείς με COVID-19.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κλίμακα MaD-CLINYC μπορεί να αποτελέσει ένα δυναμικό, αξιόπιστο και εύχρηστο εργαλείο για την πρόγνωση της έκβασης των ασθενών με COVID-19, βοηθώντας έτσι τους κλινικούς ιατρούς στη στενή παρακολούθηση και την έγκαιρη λήψη αποφάσεων.



## ΠΑ15

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΚΙΝΡΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΜΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

**Φ. Μπάρκας**, Α. Λιόντος, Ηρώ Ράπτη, Ειρήνη Χριστάκη, Μαρία Κοσμίδου, Ε. Λυμπερόπουλος  
Χ. Μπλιώνης

*Τμήμα Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και το σύνδρομο απελευθέρωσης κυττοκινών είναι οι κύριες επιπλοκές της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19) που σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του ανακίπρα σε ενήλικες νοσηλευόμενους μη διασωληνωμένους ασθενείς με COVID-19.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμπεριλάβαμε κλινικές μελέτες που αξιολόγησαν την επίδραση του ανακίπρα στην ανάγκη για επεμβατικό μηχανικό αερισμό (MIV) και στη θνησιμότητα σε νοσηλευόμενους μη διασωληνωμένους ασθενείς με COVID-19.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εννέα μελέτες παρατήρησης (n=1,119) και μία διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή (n=594) συμπεριελήφθησαν στην παρούσα μετα-ανάλυση. Ο κίνδυνος μεροληψίας σε σχέση με τις παραμέτρους που αξιολογήθηκαν ήταν υψηλός για τις μελέτες παρατήρησης. Συνολικά, το ανακίπρα μείωσε την ανάγκη για επεμβατικό μηχανικό αερισμό (OR: 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p=0.006, I<sup>2</sup>= 63%) και τον κίνδυνο θνησιμότητας (OR: 0.34, 95% CI: 0.25-0.47, p <0.001, I<sup>2</sup>= 0%) σε σύγκριση με την κλασική θεραπεία (Σχήμα 1). Δεν υπήρξαν διαφορές όσον αφορά τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της ηπατικής δυσλειτουργίας (OR: 0.95, 95% CI: 0.72-1.25, p >0.05, I<sup>2</sup>= 33%) και της βακτηριαιμίας (OR: 1.03, 95% CI: 0.48-2.22, p >0.05, I<sup>2</sup>= 66%).

# Προφορικές Ανακοινώσεις

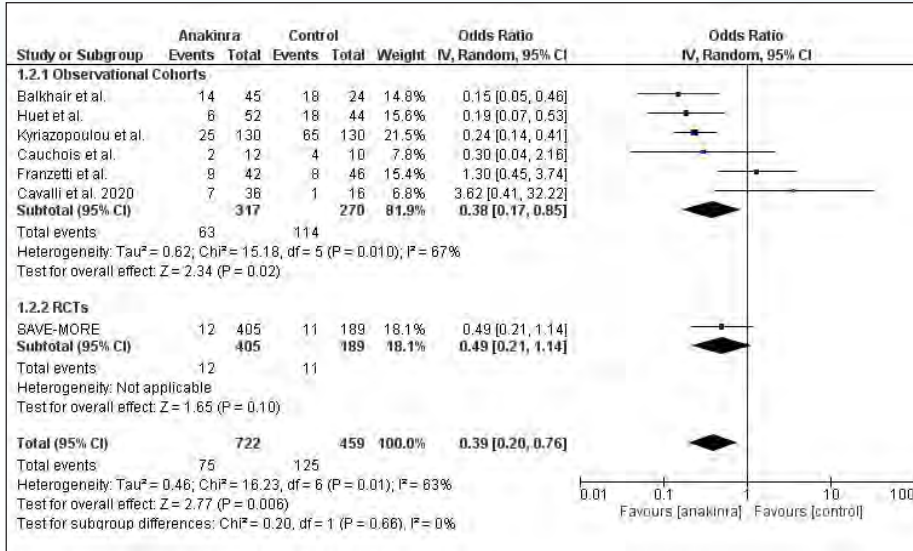
## ΠΑ15

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

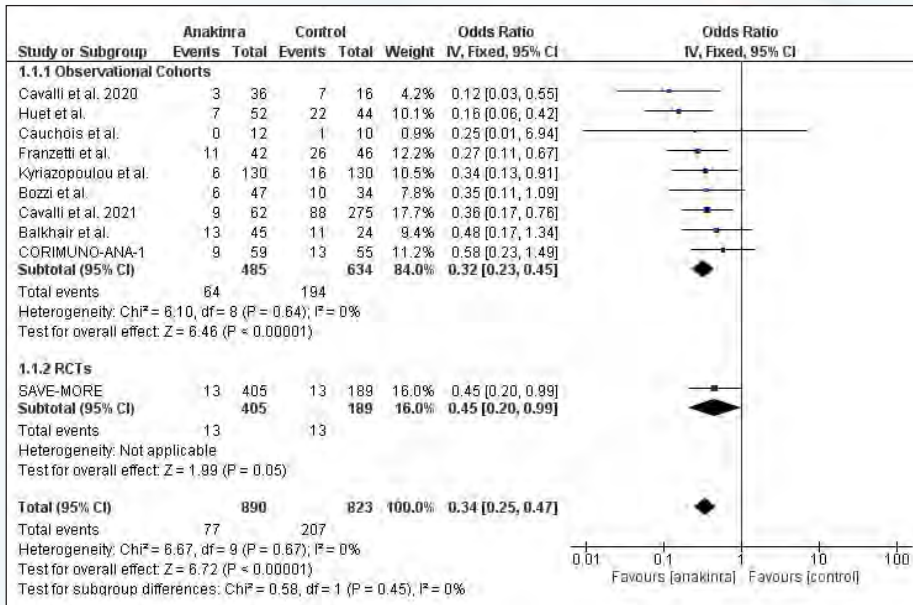
Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η θεραπεία με ανακίπρα μειώνει τόσο την ανάγκη για επεμβατικό μηχανικό αερισμό όσο και τον κίνδυνο θνησιμότητας των νοσηλευόμενων μη διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 χωρίς να αυξάνεται ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών.

### Σχήμα 1

Effect on MIV risk



Effect on mortality risk



## ΠΑ16

### ΧΟΡΗΓΗΣΗ TOCILIZUMAB ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

**Χ. Κυριακόπουλος**, Γ. Ντρίτσος, Αθηνά Γόγαλη, Χ. Μηλιώνης, Ε. Ευαγγέλου, Κ. Κωστίκας

*Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το tocilizumab, που αποτελεί αναστολέα της ιντερλευκίνης 6, χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του “καταρράκτη κυτταροκινών” σε ασθενείς με COVID-19.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του tocilizumab για τη διαχείριση ασθενών που νοσηλεύονται με μέτρια έως βαριά νόσο COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριλήφθηκαν τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs) και μελέτες παρατήρησης που επέτρεπαν τη σύγκριση μεταξύ ασθενών που έλαβαν tocilizumab έναντι των ασθενών που έλαβαν τη συνήθη εγκεκριμένη θεραπεία (standard of care treatment).

Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CENTRAL, EMBASE και medRxiv για μελέτες που αφορούσαν στη χορήγηση tocilizumab σε νοσηλευόμενους ασθενείς με COVID-19. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η αποτελεσματικότητα του tocilizumab στην ελάττωση της θνητότητας. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία της μετα-ανάλυσης περιλάμβαναν την ανάγκη εφαρμογής επεμβατικού μηχανικού αερισμού (EMA), την εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), τη σύνθετη έκβαση της θνητότητας ή EMA, τη διάρκεια της νοσηλείας, τη διαφορά της θνητότητας ανάμεσα σε νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ και εκτός ΜΕΘ και τέλος την ταυτόχρονη χορήγηση κορτικοστεροειδών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 872 μελετών που ελέχθησαν, τελικά συμπεριλήφθησαν 52 μελέτες (9 RCTs and 43 παρατήρησης) με 27.004 ασθενείς συνολικά. Τόσο στις RCTs όσο και στις μελέτες παρατήρησης η χορήγηση tocilizumab σχετίστηκε με ελάττωση της θνητότητας, 11% στις RCTs (RR:0.89, 95% CI:0.82-0.96,  $I^2=0.3\%$ ) και 31% στις μελέτες παρατήρησης (RR:0.69, 95% CI:0.58-0.83,  $I^2=84.0\%$ ). Η ανάγκη για EMA μειώθηκε κατά 19% στις RCTs (RR:0.81, 95% CI:0.71-0.93), ενώ στις μελέτες παρατήρησης η μείωση ήταν 19%, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα (RR:0.81, 95% CI:0.57-1.14). Τόσο οι RCTs όσο και οι μελέτες παρατήρησης ανέδειξαν το όφελος από τη χορήγηση tocilizumab, ως προς τη σύνθετη έκβαση της θνητότητας ή ανάγκη για EMA (RR:0.83, 95% CI:0.77-0.89 και RR:0.55, 95% CI:0.36-0.83). Η χορήγηση tocilizumab ελάττωσε τη θνητότητα τόσο σε νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ όσο και εκτός ΜΕΘ. Η διάρκεια της νοσηλείας δεν σχετίστηκε με τη χορήγηση tocilizumab. Στις μελέτες παρατήρησης διαπιστώθηκε μείωση της θνητότητας στους ασθενείς που έλαβαν ταυτόχρονα κορτικοστεροειδή, αλλά όχι στις RCTs. Παρατηρήθηκε μεγάλη ετερογένεια στα δεδομένα των μελετών παρατήρησης και μικρή στα δεδομένα των RCTs.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση tocilizumab σχετίστηκε με μείωση της θνητότητας και βελτίωση των κλινικών εκβάσεων στους νοσηλευόμενους ασθενείς με μέτρια έως βαριά νόσο COVID-19.

## ΠΑ17

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΣΕ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

**Μαρία Αγγελάρα**<sup>1</sup>, Π. Αβραμόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Μπασούλης<sup>2</sup>, Γ. Καραμανάκος<sup>1</sup>, Π.Μ. Βουτσινάς<sup>3</sup>, Αμαλία Καραπάνου<sup>4</sup>, Φωτεινή Ντζιώρα<sup>1</sup>, Μίνα Ψυχογιού<sup>2</sup>, Μ. Σαμάρκος<sup>2</sup>, ΝΒ Σύψας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική

<sup>3</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας

<sup>4</sup> Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ΓΝΑ Λαϊκό, ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφαρμογή των συσκευών ρινικής υψηλής παροχής οξυγόνου (high flow nasal oxygen, HFNO) έχει φανερό ότι βοηθά τους ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με COVID-19. Δεν είναι γνωστοί οι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την επιβίωση των ασθενών με COVID-19 υπό HFNO.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο προσδιορισμός των παραγόντων πρόβλεψης επιβίωσης των ασθενών κατά τη στιγμή της εφαρμογής του HFNO.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική μελέτη παρατήρησης ασθενών που τέθηκαν σε HFNO κατά τη νοσηλεία τους στο ΓΝΑ Λαϊκό στο διάστημα 1/11/2020 - 1/6/2021.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριελήφθησαν 111 ασθενείς με μέση ηλικία  $62.8 \pm 13.3$  έτη, 63.1% (70/111) άνδρες. Κατά την εφαρμογή του HFNO 3/111 (2.7%) ασθενείς κατέληξαν, ενώ 44/111 (39.6%) διασωληνώθηκαν. Η συνολική επιβίωση των ασθενών ήταν 60.4% (67/111). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι η μικρότερη ηλικία ( $58.9 \pm 13.9$  vs  $68.8 \pm 9.7$ ,  $p < 0.001$ ), το χαμηλότερο SOFA (sequential organ failure assessment, διάμεση τιμή [IQR], 2 [2-2] vs 2 [2-3],  $p = 0.01$ ) και το υψηλότερο ROX-index ( $4.95$  vs  $4.22$ ,  $p = 0.02$ ) συσχετίστηκαν με καλύτερη επιβίωση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με το φύλο, το ιστορικό καπνίσματος, διαβήτη, νεφρικής ανεπάρκειας, νοσήματος του καρδιαγγειακού ή του αναπνευστικού ή άλλες εργαστηριακές παραμέτρους ή τη θεραπεία με tocilizumab. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση με παλινδρόμηση COX, η ηλικία και το SOFA μόνο διατήρησαν στατιστική σημαντικότητα. Από τους ασθενείς με επιτυχή αποκλιμάκωση από το HFNO (64/111, 57.7%), 4 (6.2%) τελικά κατέληξαν, ενώ από όσους ασθενείς διασωληνώθηκαν, έλαβαν τελικά εξιτήριο 7 (14.9%). Δεν ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική διάρκεια νοσηλείας ή στο χρόνο από την εφαρμογή του HFNO μέχρι το εξιτήριο ή το θάνατο των ασθενών.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το SOFA είναι ένα χρήσιμο εργαλείο όπως και σε άλλα νοσήματα για την πρόβλεψη της επιβίωσης ασθενών με COVID-19 σε HFNO. Μαζί με την ηλικία θα μπορούσε να επιτρέψει τη λήψη πιο ορθολογικών αποφάσεων για τη διαχείριση των ασθενών.

## ΠΑ18

### **Ο ΤΙΤΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ, ΤΟ ΦΥΛΟ, ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D.**

**Αναστασία Παρθύμου<sup>1</sup>**, Ευαγγελία Χαμπαίου<sup>1</sup>, Γ. Χαμπαίος<sup>1</sup>, Α. Δεληγάκης<sup>2</sup>, Ε.Λιβιεράτος<sup>1</sup>, Μ. Μαραγκός<sup>3</sup>, Δ. Χαρτουμπέκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», Πάτρα

<sup>3</sup> Τμήμα Λοιμώξεων, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο εμβολιασμός για τον Sars-Cov-2 είναι υπό εξέλιξη κατά τη διάρκεια της υπό εξέλιξη πανδημίας COVID-19. Ένας εύκολος τρόπος για να εκτιμηθεί η απόκριση στο εμβόλιο είναι ο έλεγχος της χημικής ανοσίας μετρώντας τα επίπεδα των αντισωμάτων έναντι του Sars-Cov-2.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Διερευνήθηκε η επίδραση ανθρωπομορφομετρικών παραμέτρων (ηλικία, BMI), του καπνίσματος, του διαβήτη, της χρήσης στατινών, της υπέρτασης και των επιπέδων 25(OH)D και DHEAS στα επίπεδα των αντισωμάτων έναντι του Sars-Cov-2.

#### **ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ**

Πρόκειται για μία μελέτη παρατήρησης κόορτης (NCT04954651) όπου 712 εθελοντές ελέγχθηκαν για τα επίπεδα των αντισωμάτων τους 3 μήνες μετά τη δεύτερη δόση από το εμβόλιο BNT162b2 (Pfizer). Χρησιμοποιήθηκε η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για να ελεγχθεί ποιες από τις παραμέτρους που εξετάστηκαν σχετίζονται με τον τίτλο των αντισωμάτων. Η μελέτη έγινε σε μονάδες υγείας στη Δυτική Ελλάδα. Όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου μπορούσαν να συμμετέχουν. Ως κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη τέθηκαν τα ακόλουθα: λοίμωξη με SARS-Cov-2 ή θετικός τίτλος αντισωμάτων προ του εμβολιασμού, ελλιπή στοιχεία από το ιστορικό ή άρνηση ασθενούς να απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ηλικίας (95%CI -0.009047 to -0.001416,  $p=0.0073$ ) και του αρσενικού φύλου (95%CI -0.1738 to -0.04617,  $p=0.0008$ ) με τον τίτλο των αντισωμάτων. Η αλληλεπίδραση ηλικίας και φύλου ήταν στατιστικά σημαντική ( $p<0.0001$ ) υποστηρίζοντας την παρατήρηση ότι μετά την ηλικία των 40 ετών οι άνδρες είχαν χαμηλότερο τίτλο αντισωμάτων από τις γυναίκες. Τα επίπεδα DHEAS σε συσχετίστηκαν με τον τίτλο αντισωμάτων. Το κάπνισμα συσχετίστηκε με χαμηλό τίτλο αντισωμάτων (95% CI -0.1737 to -0.04567,  $p=0.0008$ ). Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι δεν έχουν διαφορά στον τίτλο των αντισωμάτων από τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Αν και οι διαβητικοί και οι υπέρτασικοί έτειναν προς χαμηλότερους τίτλους αντισωμάτων, δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Φυσιολογικά επίπεδα βιταμίνης D συσχετίστηκαν με υψηλότερους τίτλους αντισωμάτων συγκριτικά με ανεπάρκεια της (95% CI 0.03724 to 0.2091,  $p=0.00422$ ).

## ΠΑ19

### ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΛΚΑΛΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΛΚΑΛΩΣΗ VS ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΛΚΑΛΩΣΗ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Βαλεντίνη Σαμανίδου<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Γ. Καλαμπόκης<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος COVID-19 προκαλεί διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας με την προσβολή του αναπνευστικού συστήματος. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η συσχέτιση των συχνότερων παρατηρούμενων διαταραχών με δείκτες βαρύτητας της νόσου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του ΠΓΝΙ. την περίοδο 02/2020-12/2020. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συνοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (44,9%), η στεφανιαία νόσος (26,9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%).

Οι συχνότερες διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας που καταγράφηκαν από την ανάλυση των δεδομένων των ασθενών (n=242) κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής, ήταν: (κατά σειρά καταγραφής αναφέρεται πρώτη η πρωτοπαθής διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας) αναπνευστική αλκάλωση: 48 (19,8%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική αλκάλωση: 130 (53,7%)

Οι ασθενείς με αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική αλκάλωση είχαν χαμηλότερη μέση τιμή αναπνευστικού πηλίκου σε σχέση με αυτούς με αναπνευστική αλκάλωση μόνο (174 vs 261,5, p-value = 0.005) ενώ παράλληλα εμφάνιζαν υψηλότερη μέση τιμή CRP και προκαλσιτονίνης (104.5 vs 62,5 mg/L, p-value = 0.008 και 0.145 vs 0.077 ng/ml, p-value = 0.02) σε σχέση με τη μονή διαταραχή. Η μέση τιμή του ινωδογόνου, LDH και γ-GT ήταν επίσης υψηλότερη στους ασθενείς με αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική αλκάλωση (572 vs 502 mg/dL, p-value = 0.003, 405.0 vs 374.5 IU/l, p-value = 0.03 και 54 vs 40 IU/l, p-value = 0.031, αντίστοιχα)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

από τα αποτελέσματα της ανάλυσης του συγκεκριμένου αριθμού ασθενών φαίνεται πως οι ασθενείς με μεικτή διαταραχή (αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική αλκάλωση) εμφάνιζαν βαρύτερη εικόνα νόσου σε σχέση με αυτούς που εμφάνιζαν μόνο αναπνευστική αλκάλωση κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής - νοσηλείας τους.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ20

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ/COVID-19, ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Α.Γ. Ασημακόπουλος<sup>3</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κ. Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Αθηνά Ζαράχη<sup>4</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ηρώ Ράπτη<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

<sup>3</sup> Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

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

#### ΣΚΟΠΟΣ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την εισαγωγή αλλά και κατά τη νοσηλεία έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της πορείας των ασθενών. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των χαρακτηριστικών COVID-19 ασθενών και η συσχέτιση αυτών με την πιθανότητα θανάτου κατά τη νοσηλεία.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα 509 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στις μονάδες λοιμωδών νόσων του ΠΓΝΙ. την περίοδο 03/20-05/21. Η βαρύτητα νόσου με βάση την αξονική (CT BoD) υπολογίζεται ως ποσοστό του προσβεβλημένου πνευμονικού παρεγχύματος. Η ανάλυση του κινδύνου θανάτου έγινε με χρήση Hazard Ratio για τις μεταβλητές που αφορούν τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 63.67, ενώ το 56.6% ήταν άνδρες. Εκ των 509 ασθενών, οι 44 (8.6%) απεβίωσαν κατά τη νοσηλεία τους στη μονάδα λοιμωδών νόσων. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων των ασθενών προ της νοσηλείας ήταν 6.33 ημέρες, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 13.5 ημέρες. Οι βασικοί δείκτες κατά την εισαγωγή παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι ασθενείς που κατά την εισαγωγή τους χρειάστηκαν χορήγηση υψηλών συγκεντρώσεων O<sub>2</sub> μέσω μάσκας μη επανεισπνοής φάνηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (HR= 12.22, p=0.032. Οι ασθενείς που χρειάστηκαν διορθωτικές δόσεις ινσουλίνης την πρώτη και τρίτη μέρα νοσηλείας είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου (HR=9.95, p=0.023 και HR=16.22, p=0.028). Τέλος, η χρήση αντιβιοτικών όπως οι κεφαλοσπορίνες, σε επιλεγμένους ασθενείς, σχετίστηκε με μικρότερο κίνδυνο θανάτου (HR=0.274, p=0.003).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών και της πορείας των ασθενών φάνηκε να σχετίζεται με τον κίνδυνο θανάτου των ασθενών με τις αυξημένες ανάγκες σε οξυγόνο και ινσουλίνη να έχουν αρνητική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών, ενώ η χορήγηση αντιβιοτικών (επί ενδείξεων) φάνηκε να βελτιώνει την επιβίωση.

#### Πίνακας 1

	SatO <sub>2</sub>	Θ °C	WBC	CRP	CT BoD	PO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>
Mean	94.03	37.07	6696.06	65.83	54.49	284.29
Std. Dev.	4.30	0.96	3733.26	69.08	23.96	130.30

## ΠΑ21

### ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ROX-INDEX ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΣΕ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

**Π. Αβραμόπουλος<sup>1</sup>**, Μαρία Αγγελάρα<sup>2</sup>, Δ. Μπασούλης<sup>1</sup>, Γ. Καραμανάκος<sup>2</sup>, ΠΜ. Βουτσινάς<sup>3</sup>, Αμαλία Καραπάνου<sup>4</sup>, Φωτεινή Ντζιώρα<sup>2</sup>, Μίνα Ψυχογιού<sup>1</sup>, Μ. Σαμάρκος<sup>1</sup>, ΝΒ Σύψας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

<sup>3</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας

<sup>4</sup> Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ΓΝΑ Λαϊκό, ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συσκευές ρινικής υψηλής παροχής οξυγόνου (high flow nasal oxygen, HFNO) έχει φανεί στη βιβλιογραφία ότι μειώνουν τον κίνδυνο διασωλήνωσης, τις συνολικές ημέρες νοσηλείας σε μηχανικό αερισμό και τη θνητότητα ασθενών με υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I. Το ROX-index είναι ένα κλινικό σκορ πρόβλεψης ενδεχόμενης αποτυχίας της HFNO ώστε να προκριθεί έγκαιρη διασωλήνωση των ασθενών.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση και επικύρωση του ROX-index σε έναν πληθυσμό ασθενών με COVID-19 λοίμωξη που χρειάζονται HFNO.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική μελέτη παρατήρησης ασθενών που τέθηκαν σε HFNO κατά τη νοσηλεία τους στο ΓΝΑ Λαϊκό στο διάστημα 1/11/2020 - 1/6/2021. Αξιολογήθηκαν κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι στις 12 ώρες από την εφαρμογή του HFNO.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριελήφθησαν 111 ασθενείς με μέση ηλικία  $62.8 \pm 13.3$  έτη, 63.1% (70/111) άνδρες. Επιτυχή αποκλιμάκωση είχε το 57.7% (64/111). Η διάμεση τιμή [75n-25n θέση] του ROX-index για το συνολικό πληθυσμό ήταν 4.43 [3.68-5.53]. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση φάνηκε πως η μικρότερη ηλικία ( $59.2 \pm 14$  vs  $67.7 \pm 10.5$ ,  $p < 0.001$ ), τα χαμηλότερα επίπεδα γαλακτικού (1.1 vs 1.5,  $p = 0.013$ ) και το υψηλότερο ROX-index (5.09 vs 4.13,  $p < 0.001$ ) συσχετίστηκαν με επιτυχή αποκλιμάκωση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με το φύλο, το ιστορικό καπνίσματος, διαβήτη, νεφρικής ανεπάρκειας, νοσήματος του καρδιαγγειακού ή του αναπνευστικού ή άλλες εργαστηριακές παραμέτρους ή τη θεραπεία με tocilizumab. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση με λογιστική παλινδρόμηση και οι τρεις παράμετροι διατήρησαν στατιστική σημαντικότητα. Στην ανάλυση ROC, το ROX-index εμφανίζει μια περιοχά κάτω από την καμπύλη 71.2% (95%CI 61.6-80.9,  $p < 0.001$ ) και με όριο το 4.43, ευαισθησία 64.5% και ειδικότητα 69.6% για την πρόβλεψη επιτυχούς αποκλιμάκωσης. Στον πληθυσμό με αποκλιμάκωση, το ROX-index είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το χρόνο υπό HFNO ( $p = 0.044$ ,  $r = -0.256$ ), αλλά στο συνολικό πληθυσμό οι ασθενείς που διασωληνώθηκαν είχαν λιγότερες μέρες σε HFNO (3 vs 6,  $p < 0.001$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ROX-index αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την πρώιμη αξιολόγηση των ασθενών και την καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων θεραπευτικών πόρων.



## ΠΑ22

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Παναγιώτα Βουκελάτου**, Α. Κυβετός, Στέφανη Παναγιώτου, Ειρήνη Στιλπνοπούλου, Ο. Κατσαρός, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ηλικιωμένοι νοσηλευόμενοι ασθενείς είναι ευάλωτοι στην εμφάνιση επιπλοκών (νοσοκομειακές λοιμώξεις, έλκη εκ πύεσως, τοξικότητα φαρμάκων, πτώσεις, παραλήρημα, κ.λ.π.) που δεν σχετίζονται άμεσα με την αιτία που επέβαλλε την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Ο περιορισμός τους μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να εξεταστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση επιπλοκών στους νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 269 διαδοχικά εισαχθέντες ηλικιωμένους ασθενείς (48,7% γυναίκες), διάμεσης ηλικίας 82 ετών (IQR: 75-87.00) καταγράφηκαν: δημογραφικοί παράγοντες, η φαρμακευτική αγωγή, το ιατρικό ιστορικό, η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας κατά την εισαγωγή με τη χρήση του qSOFA score, ο χρόνος νοσηλείας, ο βαθμός «ευπάθειας» με την κλίμακα CFS, η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης με τη χρήση του Barthel Index, το επίπεδο γνωσιακής λειτουργίας με τη χρήση της Global Deterioration Scale και η συννοσηρότητα με τη χρήση του Charlson-Comorbidity Score. Παραμετρικές δοκιμασίες, μη παραμετρικές δοκιμασίες και λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν προκειμένου να εντοπιστούν οι παράμετροι που σχετίζονταν στατιστικά με την εμφάνιση επιπλοκών κατά τη νοσηλεία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι πιο συχνές επιπλοκές ήταν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές (28,4%), οι λοιμώξεις ουροποιητικού (14,6%), και οι λοιμώξεις αναπνευστικού (9,3%). Οι ασθενείς που εμφάνισαν επιπλοκές ήταν πιθανότερο να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας ( $U=4574, p \leq 0,001$ ), μεγαλύτερη ηλικία ( $U=6334, p \leq 0,001$ ), μεγαλύτερη συννοσηρότητα ( $U=6413, p \leq 0,001$ ), χειρότερη γνωσιακή λειτουργία ( $U=5768, p \leq 0,001$ ), υψηλότερο qSOFA score ( $U=4533, p \leq 0,001$ ), μικρότερο Barthel Index ( $U=5541, p \leq 0,001$ ) και μεγαλύτερο CFS score ( $U=4817, p \leq 0,001$ ). Στη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης ανεξάρτητοι προσδιοριστές της εμφάνισης επιπλοκών ήταν η ηλικία ( $p=0,005, OR=1,062, 95\%CI 1,018-1,108$ ), το qSOFA score ( $p \leq 0,001, OR=2618, 95\%CI 1,698-4,037$ ), το CFS score ( $p=0,009, OR=1,323, 95\%CI 1,071-1,634$ ) και ο χρόνος νοσηλείας ( $p \leq 0,001, OR=1,138, 95\%CI 1,085-1,194$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τους ανεξάρτητους προσδιοριστές που σχετίζονται με την εμφάνιση επιπλοκών, ο μόνος τροποποιήσιμος είναι η διάρκεια νοσηλείας. Στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν, η νοσηλεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να επισπεύδεται.

## ΠΑ23

### ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Βαΐα Ραΐκου<sup>1</sup>**, Βασίλειος Καρδαλίνος<sup>2</sup> και Σωτήριος Γαβριήλ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Νεφρολογικό Ιατρείο, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

<sup>2</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

<sup>3</sup> Τμήμα Χειρουργικής Πεπτικού, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το ουρικό οξύ θεωρείται δείκτης υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Μελετήσαμε τη σχέση μεταξύ ουρικού οξέος ορού και στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο πριν την ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 110 ασθενείς μέσης ηλικίας  $69.02 \pm 14.3$  χρόνια. Για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας έγινε ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες ως προς τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (estimated glomerular filtration rate, eGFR) και την ύπαρξη της αλβουμινουρίας σύμφωνα με τα κριτήρια 2012 KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). Η εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος (estimated pulse wave velocity, ePWV) υπολογίσθηκε με τη χρήση εξίσωσης, η οποία περιλαμβάνει την ηλικία και τη μέση αρτηριακή πίεση. Ο βαθμός επίπτωσης της στεφανιαίας αρτηριακής νόσου (coronary arterial disease, CAD) καταγράφηκε.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαιρέσαμε τους ασθενείς σε 2 ομάδες σύμφωνα με την cut off τιμή του ουρικού οξέος σε σχέση με την αυξημένη τιμή ePWV. Οι ασθενείς με αυξημένο ουρικό οξύ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία και είχαν σημαντικά αυξημένη τη συστολική αρτηριακή πίεση, την πίεση παλμού και παραθορμόνη, αλλά σημαντικά χαμηλότερη τιμή του eGFR και τα επίπεδα της  $1,25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$ . Η σχέση του ουρικού οξέος με την αυξημένη ePWV και την ύπαρξη της στεφανιαίας νόσου βρέθηκε στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=6.7$ ,  $p=0.008$  και  $\chi^2=4.1$ ,  $p=0.03$ , αντίστοιχα), ενώ η σχέση με την αλβουμινουρία βρέθηκε να είναι μη-σημαντική. Σε πολυπαραγοντικό μοντέλο τα χαμηλά επίπεδα του ουρικού οξέος και ότι τα υψηλά βρέθηκαν να είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου μετά προσαρμογή για παραδοσιακούς και ειδικούς συγχυτικούς παράγοντες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα χαμηλά επίπεδα του ουρικού οξέος αποδείχθηκαν να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για στεφανιαία νόσο, αν και το υψηλό ουρικό οξύ *per se* βρέθηκε να συνδέεται με χαρακτηριστικά καρδιαγγειακής νόσου περιλαμβάνοντας την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο.

## ΠΑ24

### ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Μαγδαληνή Μπριστιάνου**, Κ. Σπανός, Β. Νιαρχάκος, Ευανθία Μπλέτσα, Γεωργία Καραμάνου, Εύη Αυγέρου, Γ. Πουγκακιώτης, Λ. Λαναράς

*Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λαμίας*

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η ανεύρεση των αιτίων που προκαλούν ασυμπτωματική μικροσκοπική αιματουρία σε γυναίκες με ΣΔ2.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 59 ασθενείς ηλικίας 48-81 ετών που προσήλθαν για εξέταση στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου μας και παρουσίαζαν ασυμπτωματική μικροσκοπική αιματουρία. Στη μελέτη δεν συμπεριλήφθησαν όσες είχαν εμφανή αιτία αιματουρίας. Οι 34 ήταν εμμηνόπαυσιακές, 8 ασθενείς ήταν σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μικροσκοπική ανάλυση ούρων-καλλιέργεια, υπερηχοτομογραφικό έλεγχο νεφρών -κύστεως και παραπέμφθηκαν για ουρολογική εκτίμηση. Έγινε κυτταρολογική ούρων, κυστεοσκόπηση και ενδοφλέβια πυελογραφία όπου κρίθηκε σκόπιμο από τον ουρολόγο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον U/S έλεγχο βρέθηκαν: 9 ασθενείς (15,25%) με ευμεγέθεις κύστες νεφρών και σε 3 (5,08%) συμπαγή όγκος νεφρού. Από την κυστεοσκόπηση 34 ασθενείς (57,62%) παρουσίαζαν φλεγμονή του τριγώνου, σε 2 ασθενείς (3,38%) εντοπίστηκε μικρός θηλωματώδης όγκος και σε 4 ασθενείς (6,77%) εκτρόπιο ουρήθρας. Από τις κυτταρολογικές ούρων, σε 3 ασθενείς όπως αναφέρεται διαπιστώθηκαν αντιδραστικά μεταβατικά κύτταρα. Σε 4 ασθενείς βρέθηκαν κοκκώδεις κύλινδροι, παραπέμφθηκαν για νεφρολογική εκτίμηση και το εύρημα αποδόθηκε σε κατάχρηση αναλγητικών.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της μελέτης μας στο συγκεκριμένο πληθυσμό των διαβητικών γυναικών, επιβεβαιώνουν τη διαγνωστική αξία της αναζήτησης και αξιολόγησης της μικροσκοπικής αιματουρίας, κυρίως για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση όγκων από το ουροποιητικό, εκτός από τις λοιμώξεις που συχνά διαλάθουν της προσοχής μας. Δεν θα πρέπει λοιπόν, να ξεχνάμε την αξία της εκτίμησης της γενικής ούρων.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ25

### ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΤΑΧΥΑΡΡΥΘΜΙΑΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Δημήτριος Σαγρής\***<sup>1</sup>, Γεώργιος Γεωργιόπουλος<sup>\*2</sup>, Κωνσταντίνος Πατέρας<sup>3</sup>, Καλλιόπη Περλεπέ<sup>1</sup>, Ελένη Κορομπούκη<sup>4</sup>, Χαράλαμπος Μηλιώνης<sup>5</sup>, Δημήτριος Τσαχρής<sup>6,7</sup>, Cheuk Chan<sup>2</sup>, Gregory Y. H. Lip<sup>8,9</sup>, Γεώργιος Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK

<sup>3</sup> Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

<sup>4</sup> Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>5</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>6</sup> Κέντρο Καρδιάς Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>7</sup> 1<sup>η</sup> Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>8</sup> Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart & Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom

<sup>9</sup> Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

\*Ισότιμη συνεισφορά

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ επεισοδίων κολπικής ταχυαρρυθμίας (atrial high-rate episodes - AHRE) και την εμφάνιση εμβολικών επεισοδίων. Ωστόσο, η διάρκεια των AHRE που σχετίζεται με την αύξηση του θρομβοεμβολικού κινδύνου δεν είναι γνωστή.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν ο υπολογισμός του θρομβοεμβολικού κινδύνου αναλόγως της διάρκειας των AHRE

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναζητήσαμε στο PubMed και το Scopus επιστημονικά άρθρα τα οποία ανέφεραν δεδομένα σχετικά με τη διάρκεια των AHRE και τον κίνδυνο εμβολικού επεισοδίου σε ασθενείς με εμφυτεύσιμες ηλεκτρονικές συσκευές έως την 01/09/2020. Το καταληκτικό σημείο ήταν το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή συστηματική εμβολή. Ο σχετικός κίνδυνος υπολογίστηκε βάσει του στιγμιαίου σχετικού κινδύνου (Hazard-ratio - HR) ή του σχετικού κινδύνου (relative risk - RR) με διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (95%CI) με το στατιστικό μοντέλο Paule-Mandel και η ετερογένεια υπολογίστηκε με δείκτη I<sup>2</sup>.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μεταξύ 27 μελετών που περιελάμβαναν 61.919 ασθενείς, AHRE με διάρκεια ≥30 δευτερόλεπτα αύξησαν σημαντικά τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής (HR: 4.41, 95%CI: 2.32-8.39, I<sup>2</sup>: 5.5%), εύρημα το οποίο παρέμεινε σταθερό για τη διάρκεια των 5 λεπτών, των 6 και 24 ώρων. Ασθενείς με προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο (TIA) και AHRE διάρκειας ≥ 2 λεπτών εμφάνισαν οριακά αυξημένο κίνδυνο υποτροπής εγκεφαλικού επεισοδίου ή TIA. Στις μελέτες όπου ο κίνδυνος εμβολικού επεισοδίου υπολογίστηκε βάσει της αθροιστικής ημερήσιας διάρκειας AHRE, αναδείχθηκε σημαντικά αυξημένος μόνο για αθροιστικά AHRE ≥24 (HR: 1.25, 95%CI: 1.04-1.52, I<sup>2</sup>: 0%)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση παρατηρήθηκε ότι μεμονωμένα επεισόδια AHRE ≥ 30 δευτερόλεπτα και αθροιστική ημερήσια διάρκεια AHRE ≥ 24 ώρες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής.

## ΠΑ26

### ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΣΟΡΗΝΟΛΑΤΕ ΜΟΦΕΤΙΛ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ ΣΕ ΠΡΩΤΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Γ. Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>, Πηνελόπη Αρβανίτη<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Ν. Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Ειρήνη Ρηγοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Κ. Κουκούλης<sup>2</sup>, **Καλλιόπη Ζάχου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής και Κυτταρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ) χαρακτηρίζεται από καλή ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή με ή χωρίς αζαθειοπρίνη (ΑΖΑ). Όπως έδειξαν προηγούμενες μελέτες, το mycophenolate mofetil (MMF) μπορεί να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Σκοπός της παρούσας προοπτικής μελέτης ήταν η αντιστοιχισμένη ανάλυση τάσης της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του MMF σε σύγκριση με την ΑΖΑ.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Από το 2016, συμπεριλήφθηκαν 64 διαδοχικοί πρωτοθεραπευόμενοι ασθενείς με ΑΗ, αντιστοιχισμένοι όσον αφορά σε φύλο και ηλικία σε δύο ομάδες: ομάδα MMF (n=32) και ομάδα ΑΖΑ (n=32) [23 γυναίκες/9 άνδρες σε κάθε ομάδα, ηλικία κατά τη διάγνωση 54(16-84)]. Και οι δύο έλαβαν αρχικά πρεδνιζολόνη 0.5-1 mg/kg/ημέρα και είτε MMF 1.5-2g/ημέρα είτε ΑΖΑ 1-2mg/kg/ημέρα για 3-5 χρόνια. Το χρονοδιάγραμμα μείωσης της κορτιζόνης στις δύο ομάδες ήταν πανομοιότυπο. Δύο μοντέλα στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν: intention-to-treat (IIT) και per protocol (PP).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης, η ομάδα ΑΖΑ ήταν πιθανότερο να αλλάξει θεραπεία σε σχέση με την ομάδα MMF (12/32 έναντι 0/32, αντίστοιχα, p= 0.0001). Τα αίτια αλλαγής ήταν ανεπαρκής ανταπόκριση (3 ασθενείς, 9%) και δυσανεξία (9 ασθενείς, 28%). Οι 12 ασθενείς συνέχισαν θεραπεία με MMF. Στην ανάλυση IIT, η πλήρης βιοχημική ανταπόκριση (ΠΒΑ) στους 6 μήνες δε διέφερε μεταξύ των ομάδων, αλλά στο τέλος παρακολούθησης η ΠΒΑ διέφερε σημαντικά μεταξύ της ομάδας MMF (31/32, 97%) και της ομάδας ΑΖΑ (22/32, 68.8%) (p= 0.003). Η PP ανάλυση δεν ανέδειξε διαφορές μεταξύ των ομάδων. Συνολικά μετά την αλλαγή θεραπείας, η συχνότητα ΠΒΑ ήταν υψηλότερη στην ομάδα MMF (42/43; 98% έναντι 17/32, 53%) (p<0.0001).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δείξαμε για πρώτη φορά σε μελέτη αντιστοιχισμένης ανάλυσης τάσης ότι το MMF μπορεί να αποτελέσει θεραπεία πρώτης γραμμής στην ΑΗ καθώς πετυχαίνει υψηλότερα ποσοστά ΠΒΑ στο τέλος της παρακολούθησης σε σχέση την ΑΖΑ. Η αποτελεσματικότητα του MMF σε ιστολογικό επίπεδο και η διατήρηση της ανταπόκρισης μετά την απόσυρσή του μένει να αποδειχθεί μετά μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ27

### ΤΡΙΜΗΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκούαν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Ελισάφ<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

ο συνδυασμός της της αμλοδιπίνης με τη βαλσαρτάνη είναι αποτελεσματικότερος σε σχέση με τη μονοθεραπεία στον έλεγχο της ΑΥ. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και στη μεταβολή των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης σε ασθενείς με στάδιο 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα 54 άτομα (33 άνδρες/21 γυναίκες εκ των οποίων 14 καπνιστές και 8 καταναλωτές αλκοόλ) από τους οποίους όλοι ολοκλήρωσαν τη μελέτη επιτυχώς, με BMI: 28.09[26.81-29.89]. Οι μέσες τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν: 162 [159.25-165] και 100 [92-103.75]mmHg, αντίστοιχα.

#### Πίνακας 1

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή%	P-Value
Βαλσαρτάνη / Αμλοδιπίνη				
ΣΑΠ	162 [159.25-165]	140 [135-145]	-13.58% (-22)	<0.001
ΔΑΠ	100 [92-103.75]	87 [77.75-90]	-13% (-13)	<0.001
ΓΛΥΚΟΖΗ (mg/dl)	104 [96.25-110.75]	103.96± 10.51	-0.04% (-0.04)	0.622
ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ (μIU/mL)	6.2 [4.2-9.23]	7.2 [4.77-10.47]	16.13% (1)	0.136

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μεταβολών των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά -13.58% και -13% των επιπέδων της ΣΑΠ και ΔΑΠ, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ , αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της γλυκόζης παρατηρήθηκε επίσης μεταβολή των επιπέδων της κατά -0.04% χωρίς στατιστική σημαντικότητα ενώ αύξηση στα επίπεδα ινσουλίνης παρατηρήθηκε στο τέλος της 3μηνιαίας θεραπείας κατά 16.13% χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ28

### ΤΡΙΜΗΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκούαν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Ελισάφ<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η χορήγηση του σκευάσματος 30mg υδροχλωρικής ντελαπρίλης και 10mg υδροχλωρικής μανιδιπίνης γίνεται σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση στους οποίους η αρτηριακή πίεση δεν ρυθμίζεται επαρκώς με τη χορήγηση μονοθεραπείας. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα, στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και στη μεταβολή των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης σε ασθενείς με στάδιο 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/ και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Εντάχθηκαν και μελετήθηκαν 53 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 53 άτομα (30 άνδρες/23 γυναίκες εκ των οποίων 12 καπνιστές και 7 καταναλωτές αλκοόλ). Το BMI των ασθενών ήταν 28.73 [27.73-30.3] και οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ: 156 [151-161] και 100 [88-101] mmHg, αντίστοιχα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μεταβολών των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης.

#### Πίνακας 1

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή%	P-Value
<b>Ντελαπρίλη / Μανιδιπίνη</b>				
<b>ΣΑΠ</b>	156[151-161]	138[132-145]	-11.54% (-18)	<0.001
<b>ΔΑΠ</b>	100[88-101]	88[82-90]	-12% (-12)	<0.001
<b>ΓΛΥΚΟΖΗ (mg/dl)</b>	100[97-107]	98.45± 13.22	-1.55% (-1.55)	0.004
<b>ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ (μIU/mL)</b>	8.6[6.3-11.4]	9[5.8-11.8]	4.65% (0.4)	0.602

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με ντελαπρίλη/μανιδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά -11.54% και -12% των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα,  $p < 0.001$ , αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Στα επίπεδα γλυκόζης παρατηρήθηκε μείωση κατά 1.55% με στατιστική σημαντικότητα ενώ αύξηση παρατηρήθηκε στα επίπεδα ινσουλίνης κατά 4,65% μετά την 3μηνη θεραπεία, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

## ΠΑ29

### Η ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ (EMRAGLIFLOZIN) ΑΜΒΛΥΝΕΙ ΤΗ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD) ΣΕ ΑΡΘΕ (-/-) ΠΟΝΤΙΚΙΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΡΑΦΕΙ ΜΕ ΔΙΑΙΤΑ ΥΨΗΛΗ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΜΕΣΩ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ (ER-STRESS) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΠΤΩΣΗΣ

**Narjes Nasiri-Ansari**<sup>1</sup>, Χρύσα Νικολοπούλου<sup>1</sup>, Κατερίνα Παπουτσά<sup>1</sup>, Ι. Κύρου<sup>2</sup>, Χ.Σ. Μαντζωρος<sup>3</sup>, Γ. Κυριακόπουλος<sup>1,4</sup>, Α. Χατζηγεωργίου<sup>5</sup>, Βασιλική Καλότυχο<sup>6</sup>, Μ.Σ. Randeve<sup>2</sup>, Kamaljit Chatha<sup>2</sup>, Κ. Κόντζογλου<sup>7</sup>, Γ. Καλτσάς<sup>8</sup>, Α. Γ. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Η.Σ. Randeve<sup>2</sup>, Εύα Κασσή<sup>1,8</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> WISDEM Centre, Human Metabolism Research Unit, University Hospitals, Coventry and Warwickshire NHS Trust, Coventry CV2 2DX, UK

<sup>3</sup> Division of Endocrinology, Diabetes and Metabolism, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA 02215, USA

<sup>4</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

<sup>5</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>6</sup> Εργαστήριο Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

<sup>7</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>8</sup> Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι SGLT-2 αναστολείς (SGLT-2i) έχουν μελετηθεί ως πιθανές θεραπείες για την NAFLD, παρουσιάζοντας ευεργετικά αποτελέσματα. Οι μοριακοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για τα αποτελέσματα αυτά δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα εργασία μελετήσαμε την επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης στην NAFLD, εστιάζοντας κυρίως στο στρες του ενδοπλασματικού δικτύου (ER), την αυτοφαγία και την απόπτωση.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΑροE<sup>(-/-)</sup> ποντίκια άλλαξαν διατροφή από την κανονική δίαιτα σε δίαιτα υψηλή σε λιπαρά (HFD) στην ηλικία των πέντε εβδομάδων. Μετά από πέντε εβδομάδες τα ποντίκια χωρίστηκαν τυχαία στην ομάδα ελέγχου (χορηγήθηκε HFD+διαλύτης του φαρμάκου), και στην ομάδα χορήγησης εμπαγλιφλοζίνης (HFD+εμπαγλιφλοζίνη 10mg/kg/ημέρα), για ακόμη πέντε εβδομάδες. Στο τέλος της παρέμβασης, πραγματοποιήθηκε ιστομορφομετρική ανάλυση στο ήπαρ, μετρήθηκαν με qRT-PCR τα επίπεδα mRNA των γονιδίων *Fasn*, *Screbp-1*, *Scd-1*, *Ppar-γ*, *Pck-1*, *Mcp-1*, *Tnf-α*, *Il-6*, *F4/80*, *Atf4*, *Elf2a*, *Chop*, *Grp78*, *Grp94*, *Xbp1*, *Ire1a*, *Atf6*, *mTor*, *Lc3b*, *Beclin-1*, *P62*, *Bcl-2* και *Bax*, και εκτιμήθηκαν με ανοσοαποτύπωση τα επίπεδα των πρωτεϊνών p-EIF2α, EIF2α, CHOP, LC3II, P62, BECLIN-1 και της αποικοδομημένης CASPASE-8.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ποντίκια στα οποία χορηγήθηκε εμπαγλιφλοζίνη παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας, μειωμένη ολική χοληστερόλη και μειωμένα επίπεδα τριγλυκεριδίων στον ορό, καθώς και ελαττωμένη ενεργότητα NAFLD (μειωμένο NAS), μειωμένη έκφραση των γονιδίων ενζύμων λιπογένεσης (*Fasn*, *Screbp-1c* και *Pck-1*) και των γονιδίων φλεγμονωδών μορίων (*Mcp-1* και *F4/80*), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η εμπαγλιφλοζίνη μείωσε σημαντικά την έκφραση των γονιδίων των μορίων του ER στρες *Grp78*, *Ire1a*, *Xbp1*, *Elf2a*, *Atf4*, *Atf6*, *Chop*, *P62(Sqsm1)* και *Grp94*, ενώ ενεργοποίησε την αυτοφαγία μέσω της αυξημένης φωσφορυλίωσης της AMPK, της μειωμένης έκφρασης του γονιδίου *mTOR* και της αυξημένης έκφρασης του γονιδίου *LC3B*. Τέλος, η εμπαγλιφλοζίνη αύξησε το λόγο *Bcl2/Bax* και παρεμπόδισε την αποικοδόμηση της Caspase-8, μειώνοντας την απόπτωση των ηπατικών κυττάρων. Η ανάλυση μέσω ανοσοαποτύπωσης επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα της qPCR.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτά τα καινοτόμα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η χορήγηση εμπαγλιφλοζίνης για πέντε εβδομάδες καθυστερεί την πρόοδο της NAFLD σε ποντίκια ΑροE<sup>(-/-)</sup> προωθώντας την αυτοφαγία, μειώνοντας το ER στρες και παρεμποδίζοντας την απόπτωση στο ήπαρ.



## ΠΑ30

### COVID-19 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 119 ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

**I. Baltas**<sup>1,2</sup>, Florencia A. T. Boshier<sup>3</sup>, Charlotte A Williams<sup>4</sup>, Nadua Bayzid<sup>4</sup>, M. Cotic<sup>4</sup>, J.A. Guerra-Assunção<sup>4</sup>, Dianne Irish-Tavares<sup>1</sup>, Tanzina Haque<sup>1</sup>, Jennifer Hart<sup>1</sup>, Sunando Roy<sup>3</sup>, Rachel Williams<sup>4</sup>, Judith Breuer<sup>3,5</sup>, Tabitha W Mahungu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Virology, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

<sup>2</sup> Institute of Education, University College London, London, United Kingdom

<sup>3</sup> Department of Infection, Immunity and Inflammation, UCL Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, United Kingdom

<sup>4</sup> Department of Genetics & Genomic Medicine, UCL Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, United Kingdom

<sup>5</sup> Department of Microbiology, Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι μετα-εμβολιαστικές λοιμώξεις αποτελούν πρόκληση για το έλεγχο της πανδημίας COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αντιστοιχίσαμε 119 ασθενείς με μετα-εμβολιαστική λοίμωξη από SARS-CoV-2 («ασθενείς») τουλάχιστο μία μέρα μετά τον πρώτο εμβολιασμό με BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) ή ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford/AstraZeneca) με 476 ανεμβολίαστους ασθενείς («μάρτυρες») με COVID-19, σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο τους. Συγκρίναμε διαφορές στην ολική θνησιμότητα 60 ημερών, την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο και τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Πραγματοποιήσαμε φυλογενετική, πολυμορφισμού απλού νουκλεοτιδίου (SNP) και αλληλίων μειοψηφίας γενετική ανάλυση στις απομονωθείσες πλήρεις ακολουθίες γονιδιώματος.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

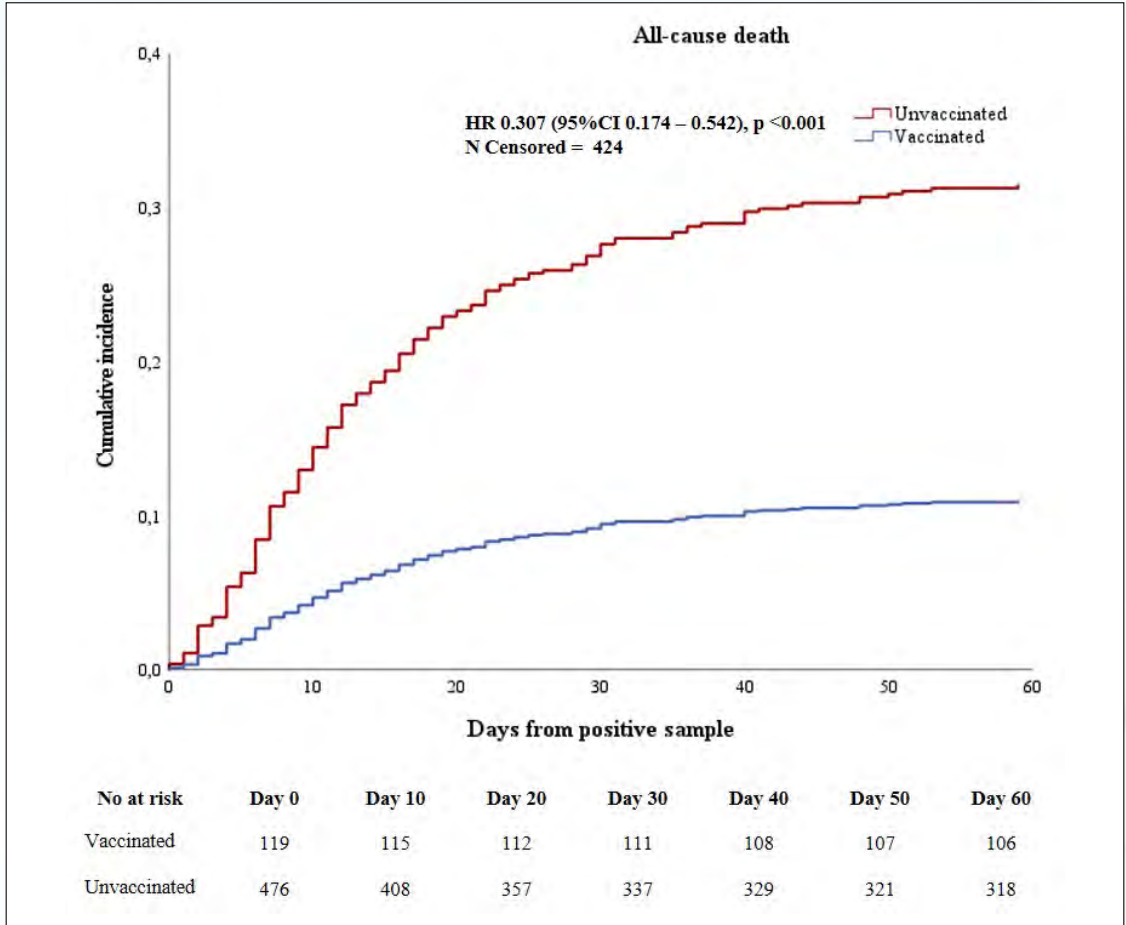
116/119 ασθενείς ανέπτυξαν COVID-19 μετά την πρώτη εμβολιαστική δόση (διάμεσος 14 ημέρες, IQR 9 - 24 ημέρες). Συνολικά, 13/119 (10,9%) ασθενείς και 158/476 (33,2%) μάρτυρες απεβίωσαν ( $p < 0.001$ ), αριθμός που απαιτείται για θεραπεία 4,5 (NNT). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, προηγούμενος εμβολιασμός συσχετιζόταν με 69,3% (95%CI 45,8 - 82,6) μείωση σχετικού κινδύνου (RR) θνησιμότητας. Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε μελέτη υποσυνόλου για ασθενείς με λοίμωξη  $\geq 14$  ημέρες μετά τον εμβολιασμό (μείωση RR 65,1%, 95%CI 27,2 - 83,2, NNT 4,5), και μεταξύ των δύο εμβολίων (BNT162b2: μείωση RR 66%, 95%CI 34,9 - 82,2, NNT 4,7, ChAdOx1: μείωση RR 78,4%, 95%CI 30,4 - 93,3, NNT 4,1). Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο (OR 0,80, 95%CI 0,51 - 1,28), και η διάρκεια παραμονής (-1,89 ημέρες, 95%CI -4,57 - 0,78) ήταν χαμηλότερες για τους ασθενείς, ενώ οι τιμές Ct ήταν υψηλότερες (30,8 vs 28,8,  $p = 0.053$ ). Το B.1.1.7 (άλφα) ήταν το κυρίαρχο στέλεχος σε ασθενείς (100/108, 92.6%) και μάρτυρες (341/446, 76.5%). Η γενετική ανάλυση ανέδειξε τη μετάλλαξη E484K σε ένα μετα-εμβολιαστικό B.1.525 στέλεχος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προηγούμενος εμβολιασμός μειώνει τη θνησιμότητα από το στέλεχος B.1.1.7. Οι μετα-εμβολιαστικές λοιμώξεις μετά τον πρώτο εμβολιασμό δεν οφείλονται κυρίως σε μεταλλάξεις του SARS-CoV-2.

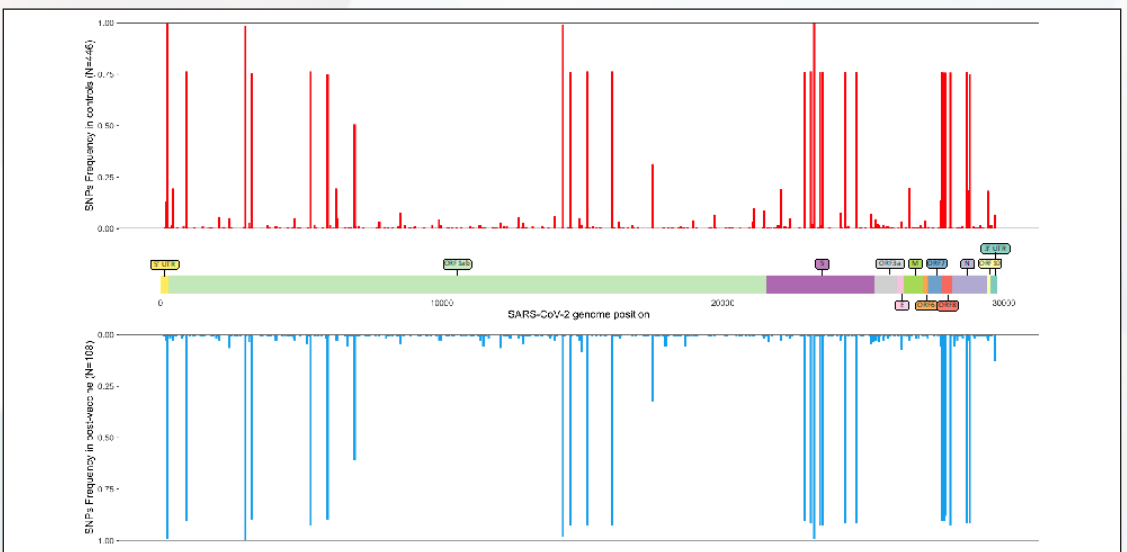
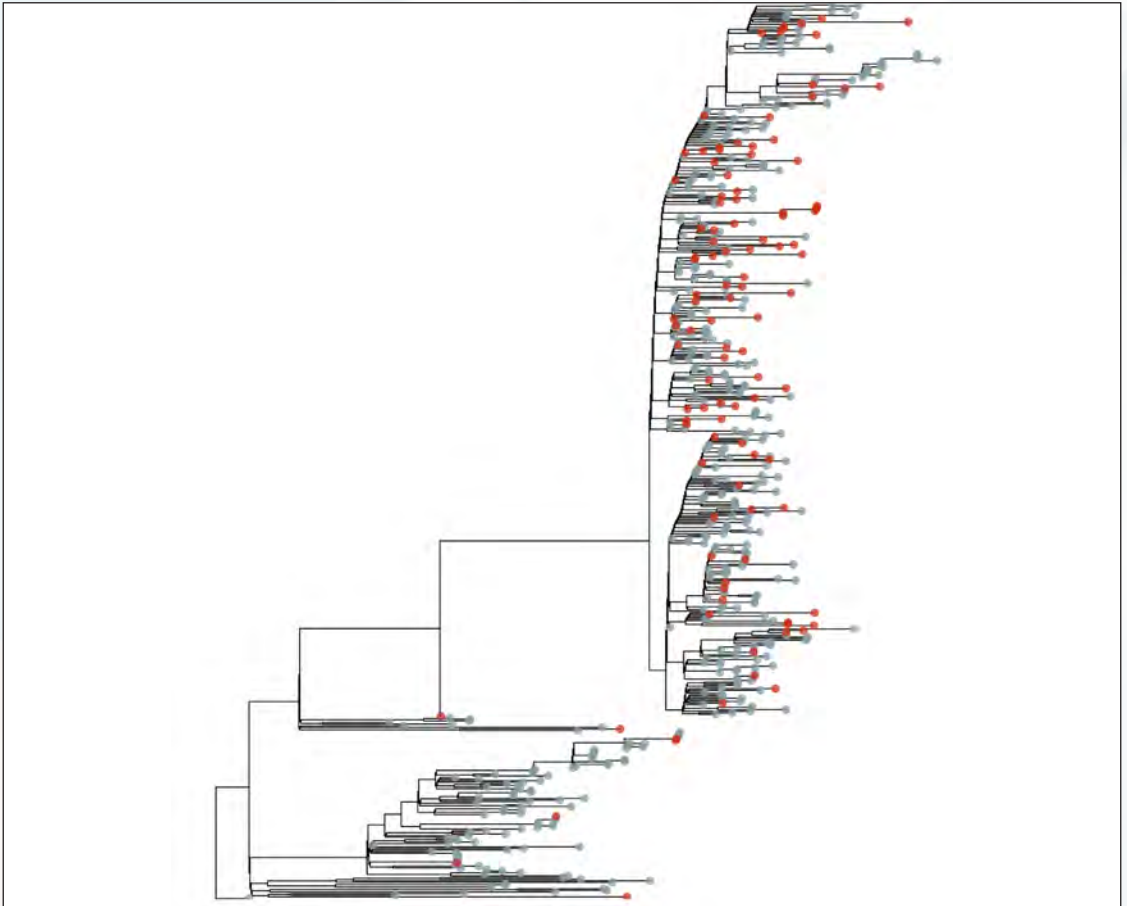
# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ30



# Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ30



# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ31

### ΑΝΑΓΚΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-COV-2: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19

Γεώργιος Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>, Άγγελος Στέφος<sup>1</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Βασιλική Λυγούρα<sup>1</sup>, Δημήτριος Σαγρής<sup>1</sup>, Πηνελόπη Αρβανίτη<sup>1</sup>, Αναστασία Μιχαήλ<sup>1</sup>, Γεώργιος Ντάιος<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Γεώργιος Γιαννούλης<sup>1</sup>, Γεώργιος Βατίδης<sup>1</sup>, Δέσποινα Στεργιούλα<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Μαριάννα Βλυχοπούλου<sup>2</sup>, Ευθυμία Πετεινάκη<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος Λεβεντογιάννης<sup>4</sup>, Ευάγγελος Ι. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης<sup>4</sup>, **Νικόλαος Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική @ Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ακτινολογίας-Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

<sup>3</sup> Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

<sup>4</sup> Δ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η λοίμωξη από SARS-CoV-2 μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια (ΣΑΑ) και αυξημένη θνητότητα. Η άμεση διακοπή της φλεγμονώδους διαδικασίας μέσω του συνδυασμού ανοσοθεραπειών είναι σημαντική. Σκοπός ήταν να ερευνήσουμε την υπόθεση της πολύπλευρης διαχείρισης με ανοσοπαρεμβάσεις νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εφαρμόστηκε σε 710 ασθενείς (57.3% άρρενες, μέση ηλικία 64-έτη, μέτρια πνευμονία, n=242, σοβαρή, n=468) θεραπευτικός αλγόριθμος με βάση τα αρχικά επίπεδα φερριτίνης. Ασθενείς με φερριτίνη <500 ng/mL έλαβαν ανακίτρα 2-4 mg/kg/ημέρα ± κορτικοστεροειδή (Σκέλος Α, n=359), ενώ αυτοί με φερριτίνη ≥500 ng/mL ανακίτρα 5-8 mg/kg/ημέρα ± κορτικοστεροειδή ± γ-σφαιρίνη (Σκέλος Β, n=351). Επί μη βελτίωσης ή μη σταθεροποίησης εντός των πρώτων 2-ημερών, χορηγούνταν μια δόση tocilizumab (8 mg/kg, μέγιστη 800 mg) με τη δυνατότητα δεύτερης ή/και τρίτης ώσης. Θεραπευτικά καταληκτικά σημεία ήταν το ποσοστό ΣΑΑ που απαιτούσε διασωλήνωση και η θνητότητα. Ο προτεινόμενος αλγόριθμος συγκρίθηκε με μία αντιιστοικισμένη ομάδα ελέγχου (n=213), που αντιμετωπίστηκε με την καθιερωμένη-θεραπεία κατά την ίδια περίοδο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με σοβαρή νόσο κατά την εισαγωγή χαρακτηρίζονταν από μεγαλύτερη ηλικία (P<0.001), αυξημένο BMI (P<0.001), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (P=0.04), αυξημένη φερριτίνη (P=0.003), CRP (P<0.001) και γαλακτική αφυδρογονάση (LDH) (P<0.001). Συνολικά ποσοστά διασωλήνωσης και θνητότητας ήταν 5.6% και 5.9% (0% στη μέτρια, 8.5% και 8.9% στη σοβαρή νόσο). Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου κατά την εισαγωγή για διασωλήνωση και θνητότητα ήταν ο χαμηλός λόγος pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (P=0.023 και P=0.002), αυξημένη ηλικία (P<0.001 και για τα δύο) και αυξημένη LDH (P=0.06 και P=0.003). Η ομάδα ελέγχου είχε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά διασωλήνωσης (HR=7.4, 95%CI: 4.1-13.4, p<0.001) και θνητότητας (HR=4.5, 95%CI: 2.1-9.4, p<0.001). Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν σπάνιες, συμπεριλαμβανομένου και των σοβαρών δευτεροπαθών λοιμώξεων που συνέβησαν μόνο σε 11/170 ασθενείς (1.5%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρώιμη χορήγηση εξατομικευμένης συνδυαστικής θεραπείας με ανοσορρυθμιστικούς παράγοντες οι οποίοι αναστέλλουν σημαντικά μονοπάτια, φαίνεται να οδηγεί σε βελτίωση της έκβασης νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19.

## ΠΑ32

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΜΙΑΣ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Μαρία Χρηστάκη<sup>1</sup>, Ο. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκούαν<sup>1</sup>, Γ. Παπαμιχαήλ<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Αικατερίνη Παντελή<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η COVID-19 αναδεικνύεται, διαρκώς, ως μια πολυδιάστατη λοίμωξη με πολλαπλές εκδηλώσεις εκτός του αναπνευστικού συστήματος. Μία από αυτές αποτελεί η υπασβεστιαμία, που φαίνεται να παρατηρείται συχνότερα σε COVID-19 ασθενείς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό των νοσηλευόμενων αλλά πιθανόν να σχετίζεται και με δυσμενέστερη κλινική πορεία. Σκοπός της εργασίας ήταν να ανευρεθούν οι πιθανές συσχετίσεις της υπασβεστιαμίας και των δεικτών φλεγμονής σε COVID-19 ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του ΠΓΝΙ, την περίοδο 02/2020-12/2020. Ως υπασβεστιαμία ορίστηκαν επίπεδα  $Ca < 8$  mg/dL. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U /test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και στεφανιαία νόσος. Υπασβεστιαμία, κατά την εισαγωγή, καταγράφηκε σε 15 ασθενείς (4,4%), ενώ κατά τη νοσηλεία σε 59 (17,6%). Στην ομάδα των ασθενών με υπασβεστιαμία στην εισαγωγή, παρατηρήθηκε υψηλότερη μέγιστη τιμή (κατά μέσο όρο) CRP (84 vs 102 mg/L,  $p=0,039$ ), προκαλσιτονίνης (0,11 vs 0,18 ng/ml,  $p=0,024$ ) και IL-6 (23 vs 40,4,  $p=0,009$ ), σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στην ομάδα των ασθενών που εμφάνισαν υπασβεστιαμία κατά τη νοσηλεία, ενώ σε σύγκριση με την ομάδα των υπολοίπων ασθενών παρατηρήθηκε μικρότερη ελάχιστη μέση τιμή αναπνευστικού πηλίκου (240 vs 174,  $p=0,002$ ) και μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου (OR=4,43,  $p=0,0001$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υπασβεστιαμία φαίνεται να αποτελεί μια σοβαρή και αρκετά συχνή επιπλοκή της COVID-19, ενώ η αυξημένη πιθανότητα θανάτου που παρατηρήθηκε ισχυροποιεί περαιτέρω τη θέση της μέτρησης των επιπέδων ασβεστίου στους COVID-19 ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, τα επίπεδα ασβεστίου θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και σε προγνωστικά μοντέλα για την έκβαση των ασθενών.

## ΠΑ33

### ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Μαρία Χρηστάκη<sup>1</sup>, Ο. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ηρώ Ράπη<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπονατρίαμια αποτελεί τη συχνότερη ηλεκτρολυτική διαταραχή σε νοσηλευόμενους ασθενείς, με δυσμενή επίδραση στην κλινική πορεία και τη διάρκεια νοσηλείας τους. Επιδημιολογικά έχει συσχετιστεί με λοιμώξεις αναπνευστικού. Η COVID-19, ούσα μια λοίμωξη που κατά βάση προσβάλλει το αναπνευστικό, αναμένεται να συνοδεύεται από υπονατρίαμια σε κάποιους ασθενείς. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι ο υπολογισμός του επιπολασμού της υπονατρίαμιας αλλά και της επίδρασης της στην πορεία των COVID-19 ασθενών.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του ΠΓΝΙ. την περίοδο 02/2020-12/2020. Ως υπονατρίαμια ορίστηκαν επίπεδα  $Na < 135$  mEq/L. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και στεφανιαία νόσος. Υπονατρίαμια κατά την εισαγωγή παρατηρήθηκε 69 ασθενείς (20,6%), ενώ κατά τη νοσηλεία σε 142 (42,5%). Οι ασθενείς με υπονατρίαμια κατά την εισαγωγή είχαν κατά μέσο όρο μικρότερη τιμή λεμφοκυττάρων (745 vs 630 /  $\mu$ L,  $p=0.001$ ) και υψηλότερη μέγιστη τιμή CRP (77 vs 102 mg/L,  $p=0.009$ ), ενώ έχρηζαν παρατεταμένης νοσηλείας (11 vs 15 ημέρες,  $p=0.001$ ). Οι ασθενείς, στους οποίους παρατηρήθηκε υπονατρίαμια κατά τη νοσηλεία, είχαν κατά μέσο όρο χαμηλότερη ελάχιστη τιμή λεμφοκυττάρων και αναπνευστικού πηλίκου (780 vs 635 /  $\mu$ L,  $p=0.0004$  και 256 vs 194.5,  $p=0.0003$ ), ενώ είχαν υψηλότερη μέγιστη τιμή CRP και φερριτίνης (64.5 vs 101.5 mg/L,  $p=0.0001$  και 394 vs 511 ng/ml,  $p=0.006$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υπονατρίαμια αποτελεί μια σοβαρή επιπλοκή για κάθε ασθενή και με βάση την παρούσα ανάλυση φαίνεται πως παρατηρείται συχνά και σε COVID-19 ασθενείς. Τόσο οι υψηλότερες τιμές δεικτών φλεγμονής, όσο και η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, που παρατηρήθηκαν στους υπονατρίαμικούς ασθενείς, αποτελούν σημεία δυσμενούς κλινικής πορείας, που αποδεικνύεται από τη μικρότερη μέση τιμή αναπνευστικού πηλίκου.

## ΠΑ34

### ΤΡΙΜΗΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκούαν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Ελισάφ<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο συνδυασμός της τελμισαρτάνης και της αμλοδιπίνης σε μορφή δισκίου ενδείκνυται σε ασθενείς των οποίων η αρτηριακή πίεση δεν ρυθμίζεται επαρκώς από τη μονοθεραπεία με αμλοδιπίνη. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5 mg ανά ημέρα στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και στη μεταβολή των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συλλέχθηκαν δεδομένα από 51 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5 mg ανά ημέρα, 51 άτομα (35 άνδρες/16 γυναίκες) με BMI: 29.32 [27.37-31.65]. Οι μέσες τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν: 163[158-168] και 100[95-106]mmHg, αντίστοιχα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μεταβολών των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης

**Πίνακας 1B: Αποτελέσματα ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία**

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή%	P-Value
<b>Τελμισαρτάνη/ αμλοδιπίνη</b>				
<b>ΣΑΠ</b>	163[158-168]	139[134.5-142.5]	-14.72% (-24)	<0.001
<b>ΔΑΠ</b>	100[95-106]	85[80-89]	-15% (-15)	<0.001
<b>ΓΛΥΚΟΖΗ (mg/dl)</b>	100[98-106]	98.22± 13.24	-1.78% (-1.78)	0.005
<b>ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ (μIU/mL)</b>	13[9.5-14.9]	10[6.2-13.5]	-23.08% (-3)	0.005

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά -14.72% και -15% των επιπέδων αντίστοιχα,  $p < 0.001$ , αντίστοιχα) και παράλληλα βελτίωσε την τιμή γλυκόζης νηστείας καθώς και τα επίπεδα ινσουλίνης.

## ΠΑ35

### ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID 19

**Ε. Καραμανώλης**, Νικολέτα Λώλου, Μαρία Σταυροπούλου, Μαριάννα Δόριζα, Σοφία Καλαντζή

*Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων Αμαλία Φλέμιγκ*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος Covid-19 αρχικά περιγράφηκε ως μια πνευμονική νόσος, όμως γρήγορα ανεδείχθηκε η πολυσυστηματική προσβολή της, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιαγγειακών επιπλοκών, όπως οι αρρυθμίες, καρδιομυοπάθειες, μυοκαρδίτιδες, οξεία στεφανιαία σύνδρομο και θρομβώσεις. Η βραδυκαρδία έχει συσχετιστεί κλινικά με τη νόσο COVID-19 αν και δεν είναι απόλυτα κατανοητός ο υπεύθυνος παθοφυσιολογικός μηχανισμός. Έχουν ενοχοποιηθεί η μυοκαρδιακή βλάβη, η φλεγμονώδης απάντηση, η υποξία και η μειορρυθμιστή των υποδοχέων ACE-2, καθώς και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της νόσου Covid-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκε η επίπτωση της βραδυκαρδίας σε όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς με Covid-19 κατά το τρίμηνο 01/03/2021 έως 31/05/21 σε παθολογική κλινική. Η παρακολούθηση διενεργήθηκε με μέτρηση ζωτικών σημείων 4-5 φορές ημερησίως, με διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος ανά 12ωρο και λήψη εργαστηριακού ελέγχου. Συνολικά μελετήθηκαν 227 ασθενείς. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: ιστορικό βραδυαρρυθμιών ή τοποθέτησης βηματοδότη, αγωγή με αντιαρρυθμικά φάρμακα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και παθολογικές τιμές θυρεοειδικών ορμονών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 227 ασθενείς, 9 (3,96%) εκδήλωσαν φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Δεν παρατηρήθηκε περιστατικό κολποκοιλιακού αποκλεισμού ή άλλου τύπου βραδυαρρυθμίας. Η μέση διάρκεια της βραδυκαρδίας ήταν 4 ημέρες, υφέθηκε αυτόματα και οι ασθενείς ήταν αιμοδυναμικά σταθεροί. Όλοι είχαν λοίμωξη του αναπνευστικού με διπθήματα άμφω στην αξονική θώρακος και ανάγκες χορήγησης οξυγόνου, ενώ στο 33,3% διαπιστώθηκε πνευμονική εμβολή. Από αυτούς 22% είχαν εμπύρετο στη διάρκεια της βραδυκαρδίας, ενώ σε 66% είχε προηγηθεί χορήγηση ρεμντεσιβίρης. Το 88% εμφάνισε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (φερριτίνη ή crp) και το 77% αυξημένες τιμές δ-διμερών, ενώ κανείς εκ των ασθενών δεν παρουσίασε αυξημένες τιμές τροπονίνης ορού ή παράταση του διαστήματος QTc (πίνακας 1).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φλεβοκομβική βραδυκαρδία σε ασθενείς με λοίμωξη Covid-19 αποτελεί μια εκδήλωση όχι τόσο σπάνια, η οποία απαιτεί αυξημένη παρακολούθηση των ασθενών. Ενδεχομένως σχετίζεται τόσο με την εξέλιξη της νόσου, όσο και με τη χορήγηση ρεμντεσιβίρης. Η παρουσία αυξημένων δεικτών φλεγμονής και δ-διμερών κατά την εκδήλωση της βραδυκαρδίας μπορεί να ενισχύσει την υπόθεση ότι η φλεγμονώδης απάντηση και ο καταρράκτης κυτταροκινών εμπλέκονται παθοφυσιολογικά στην εμφάνισή της.



# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ35

	ΑΣΘΕΝΗΣ 1	ΑΣΘΕΝΗΣ 2	ΑΣΘΕΝΗΣ 3	ΑΣΘΕΝΗΣ 4	ΑΣΘΕΝΗΣ 5	ΑΣΘΕΝΗΣ 6	ΑΣΘΕΝΗΣ 7	ΑΣΘΕΝΗΣ 8	ΑΣΘΕΝΗΣ 9
ΗΛΙΚΙΑ	72	63	68	67	83	51	33	73	62
ΦΥΛΟ	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ
<b>ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΕΣ</b>									
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
<b>ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>	16	22	13	18	19	17	15	8	30
<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑΣ (ΗΜΕΡΕΣ)</b>	3	4	3	3	3	3	4	3	10
<b>ΣΥΝΟΔΕΣ ΗΚΓ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	ΟΧΙ	ΑΤΕΛΕΣ RBBB	ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΑΤΕΛΕΣ RBBB	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
<b>ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΟΞΥΓΟΝΟ</b>	ΡΙΝΙΚΟ 4ΛΤ	ΡΙΝΙΚΟ 4ΛΤ	ΡΙΝΙΚΟ 4 ΛΤ	MV 60%	ΡΙΝΙΚΟ 5ΛΤ	ΡΙΝΙΚΟ 3ΛΤ	MV 40%	ΡΙΝΙΚΟ 7ΛΤ	HFNC
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑΣ</b>									
ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	7.000	12.660	11.700	10.010	16.840	6.120	7.960	12.820	6.130
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	220.000	424.000	202.000	258.000	216.000	301.000	352.000	457.000	358.000
Δ-ΔΙΜΕΡΗ	0,23	0,65	3,25	0,75	1,3	1,1	0,19	1,47	0,61
CRP	3	10	4	25	11	53	9	88	78
ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ	200	316	1236	1345	250	376	858	862	27
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ	0,005	0,009	0,007	0,007	0,032	0,004	0,04	0,013	0,007
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>									
ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΖΙΟΡΟΜΥΚΙΝΗ ΠΡΟ ΤΗΣ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΡΕΜΝΤΕΣΙΒΙΡΗ ΠΡΟ ΤΗΣ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

## ΠΑ36

### ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID -19. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

**Αθηνά Νασουφίδου**, Μαριάνθη Καβελίδου, Βαρβάρα Νικολαΐδου, Θεοδώρα Γρίβα, Μ. Κουρτίδης, Κωνσταντίνα Μαχαίρα

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος COVID-19 είναι μια ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά πνευμονία με αυξημένες ανάγκες σε οξυγόνο και παρατεταμένη νοσηλεία. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που χρήζουν μακράς νοσηλείας αποτελούν αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση πιθανής συσχέτισης κλινικοεργαστηριακών δεδομένων εισαγωγής και του TSS (Total Severity Score) της αξονικής τομογραφίας θώρακος εισαγωγής με τη διάρκεια της νοσηλείας ασθενών με COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι νοσηλευόμενων ασθενών κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου από τον Οκτώβριο 2020 έως και τον Ιανουάριο 2021 στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος». Έγινε καταγραφή κλινικοεργαστηριακών δεδομένων της εισαγωγής, του TSS εισαγωγής και της διάρκειας νοσηλείας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 317 ασθενείς μέσης ηλικίας  $66,58 \pm 16,02$  έτη, 136 γυναίκες και 181 άνδρες. Αρτηριακή υπέρταση παρουσίαζε το 56.5% των νοσηλευόμενων, το 33,8% παρουσίαζε δυσλιπιδαιμία, το 22.7% σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και το 12.9% στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, υποκείμενη πνευμονοπάθεια είχε το 10.1% και κακοήθεια το 4.4%, ενώ το 27.03% των ασθενών δεν εμφάνιζε καμία συννοσηρότητα. Η διάρκεια νοσηλείας συσχετίστηκε με την ηλικία ( $p < 0,001$ ), το TSS ( $p < 0,001$ ), το διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την εισαγωγή στο νοσοκομείο ( $p: 0,006$ ), το κλάσμα εισπνεόμενου οξυγόνου (FiO2) εισαγωγής ( $p < 0,001$ ), τις τιμές εισαγωγής του ινωδογόνου ( $p: 0,024$ ), των δ-διμερών ( $p < 0,001$ ) και της C αντιδρώσας πρωτεΐνης ( $p < 0,03$ ) καθώς και με το ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ( $p < 0,001$ ) και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ( $p < 0,008$ ). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ανεξάρτητη συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας με την ηλικία ( $p < 0,001$ ) και το TSS ( $p < 0,001$ ) λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω παράγοντες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εκτίμηση της έκτασης προσβολής του πνευμονικού παρεγχύματος με αξονική τομογραφία στην έναρξη της νοσηλείας του ασθενούς αποτελεί πολύ καλή μέθοδο πρώιμης προσέγγισης της βαρύτητας της νόσου COVID-19. Σε συνδυασμό με την ηλικία μπορεί να μας βοηθήσει σε επαγρύπνηση και πιο στενή παρακολούθηση ασθενών με κίνδυνο παρατεταμένης νοσηλείας.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ37

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΧΟΡΗΣΗΓΗΣ ΥΠΟΓΛΩΣΣΙΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ Β12

**Φ. Μπάρκας**<sup>1</sup>, Σ. Αλεξιάδης<sup>2</sup>, Έφη Ανδαλάκη Φουκαράκη<sup>2</sup>, Αγγελική Ανδρεάδου<sup>2</sup>, Β. Αχόλος<sup>2</sup>, Ι. Γιαβαζής<sup>2</sup>, Α. Γκαραγκούνης<sup>2</sup>, Κυριακή Γρατσιά<sup>2</sup>, Ιωάννα Ζωγράφου<sup>2</sup>, Χ. Καπερνόπουλος<sup>2</sup>, Φ. Καρακώστας<sup>2</sup>, Μαρία Κοσμάνου<sup>2</sup>, Κ. Κοτσομύτης<sup>2</sup>, Θ. Κουφάκης<sup>2</sup>, Λ. Κωσταλάς<sup>2</sup>, Ελευθερία Μιχαλοπούλου<sup>2</sup>, Λ. Μπαλόκας<sup>2</sup>, Μαρία Μπαρμπρέσου<sup>2</sup>, Ευγενία Νικολάου<sup>2</sup>, Βαρβάρα Ντούσκα<sup>2</sup>, Δήμητρα Παρασκευά<sup>2</sup>, Δ. Σκούτας<sup>2</sup>, Ι. Σπυρακόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Χρύσης<sup>2</sup>, Μαρία Χωριανοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>2</sup> Ιδιώτες Ιατροί

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τη συνηθισμένη κλινική πρακτική ενδομυϊκής χορήγησης Β12, υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η από του στόματος υποκατάσταση μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της χορήγησης υπογλωσσίων δισκίων βιταμίνης Β12 1000 mcg ημερησίως για τουλάχιστον 3 μήνες σε ασθενείς με ανεπάρκεια Β12.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με ανεπάρκεια Β12 (επίπεδα στον ορό <200 pg/mL) που έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης με υπογλώσσια Β12-SOLGAR. Καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών και το ατομικό τους ιστορικό αναφορικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες ανεπάρκειας βιταμίνης Β12, καθώς και οι εργαστηριακές παράμετροι πριν και 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 314 ασθενείς που καταγράφηκαν (άνδρες: 43%, ηλικία: 64 [54-75] ετών), η πλειοψηφία ελάμβανε μεθορμίνη (48%) ή/και έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων/Η2 ανταγωνιστή (50%). Η χορήγηση της υπογλώσσιας βιταμίνης Β12 διπλασίασε τα επίπεδά της στον ορό (Πίνακας). Παρομοίως, η χορήγησή της ήταν εξίσου αποτελεσματική στους ασθενείς με πολύ χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β12 <100 pg/mL (n=21), καθώς παρατηρήθηκε μία σημαντική αύξηση από 85 (74-92) pg/mL σε 298 (294-340) pg/mL. Επιπρόσθετα, η χορήγηση υπογλώσσιας βιταμίνης Β12 συσχετίστηκε με βελτίωση των επιπέδων του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, του MCV, του MCH, του MCHC, των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης (Πίνακας).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση υπογλωσσίων δισκίων βιταμίνης Β12 1000 mcg την ημέρα είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με ένδεια βιταμίνης Β12.

#### Πίνακας

Εργαστηριακές εξετάσεις πριν και ≥3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής

	1 <sup>η</sup> Επίσκεψη	2 <sup>η</sup> Επίσκεψη
HCT,%	38 (35-41.5)	39.4 (37.8-43.1) *
Hb, g/L	12.5 (11.5-14)	13.1 (12.5-14.2) *
MCV	96 (90-99)	93 (88-96) *
MCH	32 (30-34)	31 (29-33) *
MCHC	33 (32-36)	33 (32-35) *
WBC, microliter	6300 (5200-7800)	6500 (5400-7700) *
PLT, microliter	217000 (175000-280000)	242000 (189000-295000) *
B12, pg/mL	182 (152-196)	403 (312-590) *

\* p <0.05



## Ο μοναδικός **τριπλός** συνδυασμός για κάθε **δερματική φλεγμονή!**

Τριαμσινολόνη



Κορτικοστεροειδές

Νυστατίνη



Αντιμυκητιασικό

Νεομικίνη



Αντιβιοτικό



Παράτριμμα  
(Σύγκωμα)



Κνησμός  
(Φαγούρα)



Εξάνθημα  
(Κοκκινίλα)



Οίδημα -  
Πόνος

### Kenacomb®

Παρασκευάζεται στην Ελλάδα στα φαρμακευτικά εργαστήρια της ΦΑΜΑΡ ΑΒΕ  
Εργ.: 49ο χλμ Εθνικής οδού Αθηνών-Λαμίας, 19011 Αυθιάνας, Αττική

Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας  
PROTASIS PHARMACEUTICALS LIMITED CYPRUS  
Λεωφόρος Ακροπόλεως 66, 2012, Λευκωσία Κύπρος

Για θέματα φαρμακοεπαγρύπνησης: Τηλ. 210 6561435

ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ: 210 7793777  
Αριθμός εγκρίσεως ΕΟΦ: 21167/29-4-2009

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή  
και αναφέρετε **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες  
για **ΟΛΑ** τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την  
<< ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ >>

 **protasis**



KENACOMB® CREAM  
TRIAMCINOLONE ACETONIDE  
NEOMYCIN SULFATE – NYSTATIN  
IN UNIBASE

**Σύνθεση:** 1 g KENACOMB Cream περιέχει: Triamcinolone acetoneide 1 mg, Neomycin sulfate ισοδύναμη προς 2,5 mg Neomycin base και Nystatin 100.000 μονάδες, μέσα σε ειδικό έκδοχο, την Unibase. Η Unibase αποτελεί την τελευταία εξέλιξη στον τομέα των εκδόχων των δερματολογικών σκευασμάτων, επειδή, λόγω της σύνθεσής της, συγκεντρώνει όλες τις χρήσιμες ιδιότητες της αλοιφής και της κρέμας. Εξυπηρετεί άριστα τη σημερινή τάση απλοποίησης, γιατί χρησιμοποιείται με την ίδια επιτυχία τόσο σε υγρές, όσο και σε ξηρές δερματοπάθειες. Επιπλέον, η Unibase δε διακρίνεται καθόλου μετά την εφαρμογή της και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ακάθλητες περιοχές όπως το πρόσωπο.

**Δράση:** Η κρέμα KENACOMB είναι ένα πολυδύναμο σκεύασμα προοριζόμενο για τοπική χρήση σε φλεγμονώδεις δερματικές παθήσεις, ειδικά όταν είναι επιμολυσμένες ή απειλούνται από βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη. Η KENACOMB ασκεί τις εξής βασικές θεραπευτικές δράσεις: αντιαλλεργική, αντιφλεγμονώδη, αντικνησμόδη, αντιμικροβιακή, αντιμυκητιασική. Το Ακετονίδιο της Τριαμοινολόνης είναι ένα δραστικό τοπικό κορτικοστεροειδές, με ισχυρή αντιφλεγμονώδη, αντιαλλεργική και αντικνησμόδη δράση. Επιτυγχάνει γρήγορα, πλήρως και συνήθως παρατεταμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα ακόμα και σε περιπτώσεις όπου άλλα κορτικοειδή απέτυχαν. Η Νυστατίνη είναι ένα ειδικό αντιμυκητιασικό αντιβιοτικό που ασκεί εκλεκτική δράση έναντι των μυκήτων του γένους Candida και αποσκοπεί στη θεραπεία ή την αποτροπή των λοιμώξεων που σφειλονται στους μύκητες αυτούς. Η Νεομυκίνη είναι ένα αντιβιοτικό ευρέος φάσματος, δραστικό έναντι των περισσότερων θετικών και αρνητικών κατά Gram βακτηρίων που προκαλούν συνήθως τις λοιμώξεις του δέρματος.

Η κρέμα KENACOMB επιφέρει γρήγορη πλήρη και παρατεταμένη ανακούφιση από τον κνησμό, το κάψιμο και τη φλεγμονή, συγχρόνως δε καταπολεμάει και αποτρέπει τις βακτηριακές ή μυκητιασικές επιπλοκές σε εμφανειακές μικροβιακές λοιμώξεις, δερματικές καντινιάσεις, παράτριμμα, χρόνια απλή λειχήνα, πρωκτογεννητικό κνησμό, παιδικό έκζεμα, δερματίτιδα εκ σπαργάνων. Ενδείκνυται επίσης στις φλεγμονώδεις δερματοπάθειες που υπόκεινται σε μικροβιακή ή μυκητιασική λοίμωξη όπως: έκζεμα, στοπική δερματίτιδα, νομισματοειδή δερματίτιδα, δερματίτιδα εξ επαφής, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και νευροδερματίτιδα. Επιπλέον εξασφαλίζει τη συνεργασία του ασθενούς, επειδή δεν ερεθίζει τοπικά, δεν προκαλεί αλλεργική υπερευαισθησία ούτε άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Χάρη στο ειδικό έκδοχο, την Unibase, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε υγρές όσο και σε ξηρές αλλοιώσεις.

**Ενδείξεις:** Η KENACOMB ενδείκνυται σε δερματοπάθειες που σφειλονται στην Candida Albicans και σε βακτήρια ή που έχουν επιμολυνθεί από αυτά. Βάσει εγκυκλίου του Υ.Κ.Υ περιγράφονται πιο κάτω οι αντενδείξεις και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι δυνατόν να εμφανισθούν μετά από μακροχρόνια χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών.

**Αντενδείξεις:** Σε λοιμώξεις νόσους, αιμορραγική διάθεση, εκτός από ειδικές περιπτώσεις, σε περιπτώσεις με βαρεία νεφρική νόσο με εξαίρεση τη νέφρωση. Πρέπει επίσης να αποφεύγεται όταν πρόκειται να γίνουν εμβολιασμοί.

Η κρέμα KENACOMB αντενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν υπερευαισθησία στα συστατικά της.

**Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Μετά από μακροχρόνια τοπική χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών είναι δυνατόν να εμφανιστούν οι πιο κάτω ανεπιθύμητες ενέργειες: Καταστολή της λειτουργίας του φλοιού-επινεφριδιακού άξονα, πτώση του επιπέδου κορτιζόλης στο πλάσμα, σύνδρομο Cushing, τροποποίηση της κλινικής εικόνας επί άκαιρης ή τοπικής χρήσεως (μυκητιάσεις-ψώρα), μικροβιακές λοιμώξεις – τοπικές (ένταξη πιθανότητας λοιμώξεως ή επιδείνωση εξελισσόμενης), μυκητιασικές λοιμώξεις, εμφάνιση μολυσματικής τερμίνθου και οξυτενών

κονδυλωμάτων, αναστολή της επούλωσης τραυμάτων, στοιχεία ακμής ή δημιουργίας φλύκταινας, δροσάιθα, περιστασιακή δερματίτιδα, εξάνθημα με μορφή "ροδόχρου ακμής", επιδείνωση γλαυκώματος, υποτροπή φλυκταίνωδους ψωρίασης επί διακοπής της θεραπείας (Rebound phenomenon), διάχυτες ατροφίες με μορφή ουλών, γραμμοειδείς ραβδώσεις, ευρυαγγείες, ερύθημα διάχυτο, πορφυρά εξανθήματα, άτυπα βησιτιδο-φωσφολιπιδώδη εξανθήματα, αλλεργική υπερευαισθησία και τοπική υπερτρίχωση. Κατά τη χρήση της κρέμας KENACOMB είναι πιθανόν να εμφανισθεί αλλεργία η οποία οφείλεται στη Neomycin.

**Προφυλάξεις:** Εάν εμφανισθεί οποιασδήποτε ερεθισμός η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί. Να αποφεύγεται η μακροχρόνια χρήση στα παιδιά. Γενικά συνιστάται να μην γίνεται χρήση τοπικού κορτικοστεροειδούς περισσότερο από τρεις εβδομάδες χωρίς επανεξέταση από τον ειδικό γιατρό. Όταν εφαρμόζεται στεγανή επίθεση πρέπει το δέρμα να καθαρίζεται πρώτα καλά για να προληφθεί πιθανή επιμύληση. Κατά την εφαρμογή στεγανής επίθεσης επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί θυλακίτιδα, καθώς και τοπική ατροφία του δέρματος.

**Δοσολογία:** Η κρέμα KENACOMB εφαρμόζεται στην πάσχουσα περιοχή δύο ή τρεις φορές την ημέρα.

**Συσκευασία:** Σωληνάρια των 10 g και 25 g. Μπορεί να μην κυκλοφορούν όλες οι συσκευασίες. Κρέμα υποκίτρινου χρώματος για τοπική δερματική χρήση.

**Έκδοχα:** Antifoam emulsion, methyl paraben, propyl paraben, white soft paraffin, polyoxyethylene fatty alcohol ether, sorbitol solution, aluminium hydroxide gel, titanium dioxide CI 77891 (E171), propylene glycol, perfume No E 1991 (verley), ethylene diamine, hydrochloric acid, purified water.

**Φύλαξη:** Διατηρείται σε θερμοκρασία μικρότερη των 25°C.

Να φυλάσσεται μακριά από τα παιδιά.

Το προϊόν να χρησιμοποιείται μέχρι την ημερομηνία λήξεως που αναγράφεται στην εξωτερική συσκευασία.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

# Kenacomb®

Παρασκευάζεται στην Ελλάδα:  
Στα φαρμακευτικά εργαστήρια της ΦΑΜΑΡ ΑΒΕ

Εργ.: 49ο χλμ Εθνικής οδού Αθηνών-Λαμίας, 19011  
Αυλώνας, Αττική

Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας  
PROTASIS PHARMACEUTICALS LIMITED  
CYPRUS, Λεωφόρος Ακροπόλεως 66, 2012,  
Λευκωσία Κύπρος

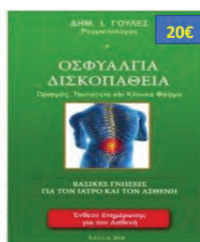
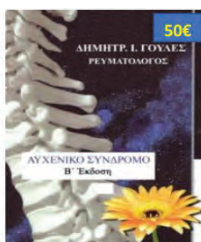
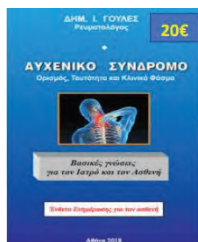
Για θέματα φαρμακοεπαγρύπνησης:  
Τηλ. 210 6561435

ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ: 210 7793777  
Αριθμός εγκρίσεως ΕΟΦ: 21167/29-4-2009

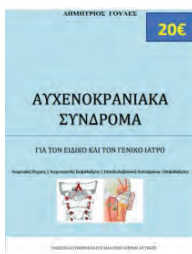
 **protasis**

# 8 Βιβλία Μυοσκελετικού του Ρευματολόγου Δημ. Γουλέ

Παραγγελίες: [nosos@otenet.gr](mailto:nosos@otenet.gr), 6982059755



Νέα κυκλοφορία



## ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ



### ΜΕΡΟΣ Α: ΧΕΡΙ

1. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΧΕΡΙ.....	3
2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.....	13
3. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DUPUYTREN.....	25
4. ΣΤΕΝΩΤΙΚΗ ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ.....	34
5. ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN.....	39
6. ΨΥΧΡΟΣ ΩΜΟΣ.....	44

### ΜΕΡΟΣ Β: ΠΟΔΙ

7. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ.....	58
8. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.....	74
9. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT.....	92
10. ΕΙΚΟΝΕΣ-ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	121

Ε.Ε.Ι.Α. 2021



Σας ευχαριστώ!



Αναρτημένες Ανακοινώσεις 

**(e - Posters)**

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA1

### **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1<sup>η</sup> ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ COVID-19 (ΜΑΡΤΙΟΥ-ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2020)**

**Χ. Κυριακόπουλος**, Κ. Έξαρχος, Αθηνά Γόγαλη, Κ. Κωστίκας

*Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Κατά τη διάρκεια της έξαρσης του ιού SARS-CoV-2 σε ολόκληρο τον κόσμο, αλλά και στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν μεταβολές στις εισαγωγές ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις.

Ο σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν να διαπιστωθούν μεταβολές στον αριθμό των εισαγωγών στις Πνευμονολογικές κλινικές 9 νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ελήφθη υπόψη το σύνολο των παθήσεων των νοσηλευθέντων στις ανωτέρω κλινικές.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Συγκεκριμένα στη μελέτη συμπεριλήφθησαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Πνευμονολογική κλινική 8 πανεπιστημιακών: Αττικόν, Ευαγγελισμός, Παπανικολάου, Πάτρας, Ηρακλείου, Λάρισας, Ιωαννίνων, Αλεξανδρούπολης και ενός νομαρχιακού νοσοκομείου: Κέρκυρας, κατά τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο σε 3 διαδοχικές χρονιές (2018, 2019 και 2020). Από τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και η διάγνωση εξόδου.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 1307 ασθενείς που εισήχθησαν μεταξύ Μαρτίου-Απριλίου 2020, 444 (35.5%) ήταν άρρενες. Η μέση ηλικία ( $\pm$ SD) ήταν  $66.0 \pm 16.5$  έτη. Ο μέσος ημερήσιος αριθμός εισαγωγών για το 2020 ήταν 21.4, στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος εν συγκρίσει με το 2018 [συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2487, IR: 40.8, IRR: 0.525, 95% confidence interval (CI): 0.491-0.562,  $P < 0.001$ ], με το 2019 (συνολικός αριθμός εισαγωγών: 2434, IR: 39.9, IRR: 0.537, 95% CI: 0.502-0.574,  $P < 0.001$ ), καθώς και με το μέσο όρο των 2 προηγούμενων ετών (IR: 40.3, IRR: 0.531, 95% CI: 0.497-0.568,  $P < 0.001$ ).

Η μεταβολή του αριθμού εισαγωγών του 2020 συγκριτικά με το 2018 και το 2019 διέφερε ανάλογα με την αιτία εισαγωγής.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από την παρούσα μελέτη αναδεικνύεται η αξιοσημείωτη μείωση εισαγωγών για αναπνευστικές παθήσεις κατά την περίοδο έξαρσης COVID-19 συγκριτικά με τα 2 προηγούμενα έτη, με διακύμανση του ποσοστού ανάλογα με την αιτία νοσηλείας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA2

### ΥΠΕΡΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)

**Χ. Κυριακόπουλος**, Χ. Χρόνης, Αθηνά Γόγαλη, Αικατερίνη Βαγγελή, Κ. Κωστίκας, Α. Κωνσταντινίδης  
*Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Σε πολλές μελέτες έχει αναδειχθεί ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου μεταξύ ασθενών με ΧΑΠ.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης διαφέρουν μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χωρίς ΧΑΠ και να καθοριστεί η συσχέτιση των παραγόντων πήξης με την αναπνευστική λειτουργία, τη βαρύτητα της ΧΑΠ και του ιστορικού παροξύνσεων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για cross-sectional μελέτη, στην οποία συγκρίθηκαν τα επίπεδα των παραγόντων πήξης: FI, FII, FV, FVII, FVIII, FIX, FX, D-dimers, INR και aPTT και των φυσικών αναστολέων πήξης: πρωτεΐνης S, πρωτεΐνης C και αντιθρομβίνης III μεταξύ 103 ασθενών με ΧΑΠ, σε σταθερή κατάσταση χωρίς πρόσφατο επεισόδιο παρόξυνσης και 42 καπνιστών χωρίς ΧΑΠ, παρόμοιας ηλικίας και φύλου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν υψηλότερα επίπεδα έναντι της ομάδας ελέγχου: D-dimers:  $540 \text{ ng/mL} \pm 940$  έναντι  $290 \pm 140 \text{ ng/mL}$ ,  $p=0.001$ , FI:  $399 \pm 82$  έναντι  $346 \pm 65$ ,  $p<0.001$ , FII:  $122 \pm 22$  έναντι  $109 \pm 19$ ,  $p=0.004$ , FV:  $131 \pm 25$  έναντι  $121 \pm 19$ ,  $p=0.015$ , FVIII:  $143 \pm 32$  έναντι  $122 \pm 20$ ,  $p<0.001$ , FX:  $114 \pm 23$  έναντι  $100 \pm 16$ ,  $p=0.002$  και χαμηλότερα επίπεδα: πρωτεΐνης S:  $95.1 \pm 18.74$  έναντι  $110.5 \pm 17.9$ ,  $p<0.001$  και αντιθρομβίνης III:  $94.4 \pm 11.5$  έναντι  $102.3 \pm 13.2$ ,  $p=0.001$ . Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο FI σχετίστηκε με την CRP,  $p=0.007$  και την ΤΚΕ,  $p<0.001$ , ο FII με την FEV1,  $p<0.001$  και την ηλικία,  $p=0.006$ , ο FV με την FEV1,  $p=0.001$ , ο FVIII με την ΤΚΕ,  $p=0.043$ , ο FX με την FEV1,  $p<0.001$  και την TLC,  $p=0.045$ , τα D-dimers με την ΤΚΕ,  $p=0.022$ , η πρωτεΐνης S με την ηλικία,  $p<0.001$ , το CAT σκορ,  $p=0.004$  και την CRP,  $p=0.002$  και η αντιθρομβίνη III με την ηλικία,  $p=0.002$ .

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε την ύπαρξη υπερπηκτικότητας στους ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ, αναδεικνύοντας ένα σημαντικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης καρδιαγγειακής και θρομβοεμβολικής νόσου στη ΧΑΠ.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA3

### Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑΣ (ΜΑΒ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΧΑΠ)

**Χ. Κυριακόπουλος**<sup>1</sup>, Κ. Μπαρτζιώκας<sup>1</sup>, Ανδριάνα Παπαιωάννου<sup>3</sup>, Ευαγγελία Ντουνούση<sup>2</sup>, Στυλιανός Λουκίδης<sup>3</sup>, Σ. Παπίρης<sup>3</sup>, Κ. Κωστίκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Β΄ Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ΜΑΒ αποτελεί έναν ευαίσθητο δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου και φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τη θνητότητα. Πρόσφατες μελέτες αξιολόγησαν τη ΜΑΒ σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ καθώς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ύπαρξης ΜΑΒ σε ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ και η συσχέτιση αυτής με την έκβαση των παροξύνσεων, τη διάρκεια νοσηλείας καθώς και με διάφορες παραμέτρους βαρύτητας της νόσου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 153 ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ που εισήχθησαν στις Πνευμονολογικές Κλινικές δύο Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων και Β΄ Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αττικόν). Κατά την εισαγωγή έγινε καταγραφή σωματομετρικών και κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων, εκτίμηση της βαρύτητας της ΧΑΠ και ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος. Ακολούθησε η παρακολούθηση των ασθενών για ένα έτος και πλήρη αξιολόγηση της έκβασης των παροξύνσεων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΜΑΒ κατά την εισαγωγή εμφάνισαν χειρότερη αναπνευστική λειτουργία (FEV1%) [διάμεση τιμή (IQR) 34 (25-44)% έναντι 61 (53-74)%,  $p < 0.001$ ], σοβαρότερη δύσπνοια κατά mMRC [3 (2-3) έναντι 1 (1-2),  $p < 0.001$ ] και περισσότερες μέρες νοσηλείας [9 (6-11) έναντι 4 (3-6),  $p < 0.001$ ]. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η διάρκεια νοσηλείας συσχετίστηκε με [HR (95%CI)] τη ΜΑΒ [2.034 (0.855-3.213)], τον FEV1 [-4.324(-7.067- -3.135)] και την παρουσία κολπικής μαρμαρυγής [0.988 (0.042-1.934)]. Κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος, οι ασθενείς με ΜΑΒ παρουσίασαν μεγαλύτερο αριθμό παροξύνσεων [3 (1.5-4.5) έναντι 1 (0-3),  $p < 0.001$ ] και νοσηλείων [1 (0-2) έναντι 0 (0-1),  $p < 0.001$ ].

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσία ΜΑΒ κατά την εισαγωγή για παρόξυνση ΧΑΠ σχετίστηκε με σοβαρότερη νόσο και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο παρόξυνσης και νοσηλείας κατά την παρακολούθηση το επόμενο έτος.

## AA4

### ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ) ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ

**Χ. Κυριακόπουλος**, Κ. Μπαρτζιώκας, Κ. Έξαρχος, Κ. Κωστίκας

*Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η διαστρωμάτωση κινδύνου στους ασθενείς με ΠΕ είναι καίριας σημασίας για τη διαχείριση αυτών, ενώ μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό επιβίωσης. Τα εν χρήσει μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου περιλαμβάνουν κλινικοεργαστηριακές και υπερηχογραφικές παραμέτρους.

Η ανεύρεση ενός μοντέλου βιοδεικτών ως προγνωστικού δείκτη για τη διάρκεια της νοσηλείας, λόγω ΠΕ και της έκβασης αυτής με ακρίβεια παρόμοια ή μεγαλύτερη από τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν ασθενείς με ΠΕ και μετρήθηκαν οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά τον αρχικό διαγνωστικό έλεγχο. Για την έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της νοσηλείας, η θνητότητα, η διενέργεια θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Οι βιοδείκτες που συσχετίστηκαν με την έκβαση συγκρίθηκαν με τα υπάρχοντα μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριλήφθησαν 116 ασθενείς (38,8% άρρενες) με διάμεση ηλικία 53,5 έτη (IQR 48-58). Η σύνθετη έκβαση παρατηρήθηκε σε 20 (17,2%) ασθενείς. Μέσω πολυπαραγοντικής και Roc Curve ανάλυσης, επιλέχθηκε ο συνδυασμός γλυκόζης και d-dimers που εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με τη νοσηλεία, τη θνητότητα και τη σύνθετη έκβαση. Το μοντέλο πρόβλεψης παρουσίασε τη βέλτιστη προγνωστική ακρίβεια για τη σύνθετη έκβαση  $AUC=0.809$  (95%CI: 0.679-0.940,  $P<0.001$ ), που ήταν σημαντικά ανώτερη από το δείκτη PESI, τον απλοποιημένο δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2019 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη διάρκεια της νοσηλείας  $HR=6.055$  (95%CI: 4.412-7.698,  $P<0.001$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μοντέλο που περιλάμβανε τα d-dimers και τη γλυκόζη είχε καλύτερη προγνωστική ακρίβεια από το δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2019, ενώ ο απλοποιημένος δείκτης PESI ήταν μη προγνωστικός.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA5

### **ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ (ΜΑΒ), ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ (VWFAG) ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ (VWFAC) ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VON WILLEBRAND**

**Χ. Κυριακόπουλος**, Χ. Χρόνης, Ευαγγελία Παπαπέτρου, Χριστίνα Τσαούση, Αθηνά Τατσιώνη, Αθηνά Γόγαλη, Αικατερίνη Βαγγελή, Κ. Κωστίκας, Α. Κωνσταντινίδης

*Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Σύγκριση επίπτωσης και βαρύτητας της ΜΑΒ, καθώς επίσης των επιπέδων και της ενεργότητας του vWf μεταξύ ασθενών με σταθερή ΧΑΠ και καπνιστών χωρίς ΧΑΠ.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 84 ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ και 32 καπνιστές χωρίς σπιρομετρική απόφραξη.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η επίπτωση ΜΑΒ ήταν σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με ΧΑΠ: 26,1% έναντι 9% της ομάδας ελέγχου,  $P=0.047$ . Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν επίσης υψηλότερα επίπεδα ΜΑΒ έναντι της ομάδας ελέγχου, (διάμεση τιμή-IQR): 15,22 (0,59-29,85) έναντι 12,08 (8,51-15,64) mg/g,  $P=0.002$ .

Τα επίπεδα της ΜΑΒ ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ και CAT σκορ  $\geq 10$  σε σύγκριση με αυτούς με CAT σκορ  $< 10$ ,  $P=0.011$  και στους ασθενείς με  $FEV1 < 50\%$  σε σύγκριση με τους ασθενείς με  $FEV1 \geq 50\%$  της προβλεπόμενης,  $P=0.04$ .

Τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με ΧΑΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου: vWfAg: 150 (118,5-181,5) έναντι 108,5 (87-130),  $P<0.001$ , vWfAc: 141 (112,5-169,5) έναντι 113 (89,5-136,5),  $P<0.001$ . Στους ασθενείς με ΧΑΠ, τα επίπεδα και η ενεργότητα του vWf διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα ABCD γκρουπ,  $P=0.004$  και  $P=0.005$  αντίστοιχα, εμφανίζοντας τις υψηλότερες τιμές στο γκρουπ D.

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμήθηκε με το HEART score και δεν διέφερε ανάμεσα στις 2 ομάδες,  $P=0.249$ .

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε διαταραχή του ενδοθηλίου στους ασθενείς με ΧΑΠ, με σημαντικά υψηλότερη επίπτωση και βαρύτητα ΜΑΒ, καθώς επίσης υψηλότερα επίπεδα vWfAg και vWfAc συγκριτικά με καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Επιπρόσθετα, μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ, η ΜΑΒ και τα επίπεδα vWfAg και vWfAc σχετίζονται με τη βαρύτητα της ΧΑΠ (GOLD ABCD) και χαμηλότερες τιμές αναπνευστικής λειτουργίας.

## AA6

### **ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ/ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ (UA/CR) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ (ΠΕ). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ**

**Χ. Κυριακόπουλος**, Κ. Μπαρτζιώκας, Κ. Έξαρχος, Κ. Κωστίκας

*Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

#### **ΕΙΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ**

Η ιστική υποξία προκαλεί τον καταβολισμό πουρινών. Το UA αποτελεί το τελικό προϊόν της μεταβολικής αυτής οδού και έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της ιστικής υποξίας.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του λόγου UA/CR ως προγνωστικού δείκτη για την έκβαση ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο λόγω επεισοδίου ΠΕ, καθώς και η συσχέτισή τους με άλλες κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 116 ασθενείς κατά την εισαγωγή τους και μετρήθηκαν ο λόγος UA/CR καθώς και οι συνήθεις κλινικοεργαστηριακές παράμετροι κατά το διαγνωστικό έλεγχο ενός ασθενούς με πιθανότητα ΠΕ. Ως έκβαση της ΠΕ προσδιορίστηκαν η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η θνητότητα, το ενδεχόμενο θρομβόλυσης και η σύνθετη έκβαση (θνητότητα ή θρομβόλυση). Όλοι οι ασθενείς σταδιοποιήθηκαν ως προς τη βαρύτητα της ΠΕ με βάση το δείκτη PESI και τον απλοποιημένο δείκτη PESI και το διαγνωστικό αλγόριθμο της European Society of Cardiology (ESC) του 2014 για τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Η διάγνωση τέθηκε με πνευμονική αγγειογραφία.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλότερες τιμές του λόγου UA/CR ( $\geq 7.59$ ) παρουσίασαν παρατεταμένη νοσηλεία [6 (4-7) έναντι 6,5 (5-11) ημέρες,  $p=0.006$ ], αυξημένη θνητότητα (3,4% έναντι 25,8%,  $p=0.001$ ) και χειρότερη σύνθετη έκβαση (3,4% έναντι 31%,  $p<0.001$ ). Διαπιστώθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση των τιμών του λόγου UA/CR με το δείκτη PESI ( $p<0.001$ ), τον απλοποιημένο δείκτη PESI ( $p=0.003$ ), το διαγνωστικό αλγόριθμο της ESC του 2014 ( $p<0.001$ ).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι τιμές του λόγου UA/CR κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ΠΕ αποτελούν προγνωστικό δείκτη της έκβασης, ενώ συσχετίζονται με τους συνήθεις εκτιμώμενους δείκτες βαρύτητας της νόσου, με σημαντικές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους.

## AA7

### ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19

**N. Καρακούσης**<sup>1,2</sup>, Τριαντάφυλλη Νικολοπούλου<sup>3</sup>, Ευγενία Καρακού<sup>4</sup>, Κωνσταντίνα Στριγκλή<sup>2</sup>, Ρέα Χατζηκυριάκου<sup>5</sup>, Νικόλαος Τράκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Αττική

<sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γεννηματά»

<sup>4</sup> Βιοχημικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

<sup>5</sup> Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος COVID-19 αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των μεταβολών αιματολογικών και βιοχημικών παραμέτρων σε ασθενείς με σοβαρή νόσο COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν τα εργαστηριακά δεδομένα 40 ασθενών με σοβαρή νόσο COVID-19 (32 άνδρες, 8 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $72.2 \pm 7.8$  έτη και 20 υγιών απόμων. Τα δεδομένα αφορούσαν παραμέτρους της γενικής εξέτασης αίματος, αιμόστασης, βιοχημικού προφίλ, δείκτες φλεγμονής, καθώς και τους δείκτες «λόγος μονοκυττάρων προς λεμφοκυττάρων» (MLR), «λόγος ουδετεροφίλων προς λεμφοκυττάρων» (NLR), «λόγος αιμοπεταλίων προς λεμφοκυττάρων» (PLR).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο σύνολο των ασθενών, τα λευκοκύτταρα (WBC), ουδετερόφιλα (NEUT), ινωδογόνο (Fib), δ-διμερή (D-Dimers), γαλακτική αφυδρογονάση (LDH), C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), φερριτίνη, προκαλσιτονίνη (PCT) παρουσίασαν παθολογικά υψηλές τιμές, ενώ τα λεμφοκύτταρα (LYM), πωσινόφιλα (EOS), ερυθρά αιμοσφαίρια (RBC), αιμοσφαιρίνη (HGB), αιματοκρίτης (HCT), ολικές πρωτεΐνες (TP), αλβουμίνη (ALB) παθολογικά χαμηλές τιμές. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ NEUT και LYM ( $R = -0.903$ ,  $p < 0.001$ ), θετική συσχέτιση μεταξύ NLR και PLR ( $R = 0.685$ ,  $p = 0.001$ ). Στην ομάδα των ασθενών, οι μέσες τιμές των MLR, NLR και PLR ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (MLR:  $0.8 \pm 0.6$  vs  $0.2 \pm 0.07$ -NLR:  $17.9 \pm 12.2$  vs  $1.8 \pm 0.6$ -PLR:  $443.8 \pm 268.8$  vs  $134.9 \pm 49.7$ - $p < 0.001$ ). Σε ασθενείς με  $NLR > 10.5$ , τα επίπεδα των WBC ( $17.4 \pm 6.5$  vs  $9.5 \pm 2.9$ - $p = 0.005$ ), NEUT ( $91.2 \pm 2.9$  vs  $83.8 \pm 2.5$ - $p < 0.001$ ), MLR ( $1.1 \pm 0.6$  vs  $0.4 \pm 0.2$ - $p = 0.004$ ), PCT ( $1.13 \pm 0.9$  vs  $0.3 \pm 0.2$ - $p = 0.008$ ) ήταν υψηλότερα, ενώ των LYM ( $4.3 \pm 1.7$  vs  $11.7 \pm 2.2$ - $p < 0.001$ ) χαμηλότερα, σε σύγκριση με  $NLR \leq 10.5$ .

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA7

Εργαστηριακή Παράμετρος	Τιμές Αναφοράς	Ασθενείς με σοβαρή νόσο COVID-19 Mean±SD	Εργαστηριακή Παράμετρος	Τιμές Αναφοράς	Ασθενείς με σοβαρή νόσο COVID-19 Mean±SD
Αριθμός Λευκοκυττάρων (WBC)	4-11 K/μl	14.3±6.6	Ινωδογόνο (Fib)	1.8-4 g/L	5.5±1.7
Ουδετερόφιλα (NEUT)	40-75 %	88.2±4.6	D-Dimers	< 500 μg/L	4267.0±541.2
Λεμφοκύτταρα (LYM)	20-40 %	7.3±4.2	Ολικές Πρωτεΐνες (TP)	6.5 - 8.5 g/dL	5.8±0.6
Ηωσινόφιλα (EOS)	1-6 %	0.2±0.1	Αλβουμίνη (ALB)	3.5-5.1 g/dL	2.7±0.3
Ερυθρά Αιμοσφαίρια (RBC)	4.5-5.9 M/μl	3.7±0.6	Γαλακτική αφυδρογονάση (LDH)	135-225 U/L	435.0±165.2
Αιμοσφαιρίνη (HGB)	13.5-17.5 g/dL	10.7±1.9	C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP)	< 6 mg/L	131.5±62.0
Αιματοκρίτης (HCT)	41-53 %	32.3±5.6	Φερριπίνη	12-300 μg/L	1193.5±122.3
			Προκαλσιπονίνη (PCT)	< 0.5 ng/mL	0.8±0.4

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αιματολογικές και βιοχημικές παράμετροι του πάνελ ρουτίνας συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση ασθενών με νόσο COVID-19. Ο δείκτης NLR μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο εκτίμησης της σοβαρότητας της νόσου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA8

### ΗΠΙΟ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**N. Καρακούσης<sup>1,2</sup>**, Ν. Γεωργακόπουλος<sup>3</sup>, Ελισάβετ Πυργιώτη<sup>4</sup>, Π. Γεωργακόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Αττική

<sup>3</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>4</sup> Τμήμα Φαρμακευτικής, Ε. Κ. Π. Α

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού εμφάνισης ήπιου αγγειοοιδήματος μετά την τροποποίηση αντιδιαβητικής αγωγής.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άντρας 72 ετών με ήπιο οίδημα από ημερών στην ανατομική περιοχή του τραχήλου και χωρίς άλλα υποκειμενικά ενοχλήματα προσήλθε στο τακτικό παθολογικό ιατρείο για ιατρική εκτίμηση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το ατομικό του αναμνηστικό καταγράφηκαν αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, κολπική μαρμαρυγή και σακχαρώδης διαβήτης υπό σταθερή αγωγή. Από την κλινική εξέταση, ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, ενώ αναδείχθηκε ήπιο αγγειοοίδημα στην ανατομική περιοχή του τραχήλου, χωρίς άλλα σημεία αλλεργικής αντίδρασης ή κάκωσης. Από τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και καταγραφής της φαρμακευτικής του αγωγής, επισημάνθηκε πρόσφατη τροποποίηση της αντιδιαβητικής του αγωγής και προσθήκη από ημερών ντουλαγλουτίδης στην ήδη υπάρχουσα αγωγή του, η οποία περιελάμβανε σταθερό συνδυασμό μετφορμίνης με δαπαγλιφλοζίνη. Το ήπιο αγγειοοίδημα αποδόθηκε στην έναρξη της ντουλαγλουτίδης, με συνέπεια τη διακοπή του φαρμάκου και τροποποίηση εκ νέου της αντιδιαβητικής του αγωγής με άλλο σκεύασμα. Το αγγειοοίδημα υποχώρησε με τη διακοπή του φαρμάκου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αγγειοοίδημα αποτελεί μία σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια της χορήγησης ντουλαγλουτίδης. Η λήψη ορθού ιατρικού ιστορικού και η αναζήτηση ανεπιθύμητων ενεργειών φαρμάκων σε περιστατικά αγγειοοιδήματος αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας για την ανάδειξη του εκλυτικού αιτίου και την αντιμετώπιση του, ανάλογα με τη βαρύτητά του.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA9

### ΤΟ ΚΛΑΣΜΑ ΑΔΡΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΟΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ

**Ν. Καρακούσης**<sup>1,2</sup>, Ευγενία Καρακού<sup>3</sup>, Τριαντάφυλλη Νικολοπούλου<sup>4</sup>, Κωνσταντίνα Στριγκλή<sup>2</sup>, Ρέα Χατζηκυριακού<sup>5</sup>, Μάκρω Σονικιάν<sup>6</sup>, Ν. Τράκας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Αττικής

<sup>3</sup> Βιοχημικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

<sup>4</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γεννηματάς»

<sup>5</sup> Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

<sup>6</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ασθενείς, στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, συχνά υποφέρουν από αναιμία με ανεπάρκεια σιδήρου, που αντιμετωπίζεται συνήθως με χορήγηση ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ερυθροποιητίνης (EPO). Σκοπός της μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση του κλάσματος αωρότητας των δικτυοερυθροκυττάρων (ΔΕΚ) (IRF-Immature Reticulocyte Fraction) στην ανίχνευση αναιμίας, σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 25 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (20 άνδρες, 5 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $62.2 \pm 13.7$  ετών και 20 υγιή άτομα (άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας  $62.9 \pm 9.4$  ετών). Προσδιορίστηκαν ο απόλυτος αριθμός ΔΕΚ (ΦΤ:  $25-75 \times 10^9/L$ ) και ο δείκτης IRF (25-50%) (Sysmex XE 2100, Roche). Οι ακόλουθες παράμετροι, επίσης μετρήθηκαν: σίδηρος (Fe) ( $50-165 \mu g/dL$ ), σιδηροδεσμευτική ικανότητα (TIBC) ( $250-450 \mu g/dL$ ), c-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) ( $<6 \text{ mg/L}$ ) (Cobas 6000 c501, Roche) και η φερριτίνη ορού (ADVIA Centaur-Siemens). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS v.19.0. Μετά τον έλεγχο κανονικότητας, εφαρμόστηκε το «independent samples t-test». Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν σημαντικά, όταν  $p < 0.05$ .

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα των ασθενών, οι μέσες τιμές των IRF, Fe και TIBC ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (IRF:  $11.8 \pm 7.6$  vs  $27.9 \pm 7.2\%$ ,  $p < 0.001$ -Fe:  $60.6 \pm 35.6$  vs  $96.3 \pm 24.3 \mu g/dL$ ,  $p < 0.001$ -TIBC:  $231.6 \pm 45.1$  vs  $297.3 \pm 25.1 \mu g/dL$ ,  $p < 0.001$ ), ενώ των CRP και φερριτίνης ήταν σημαντικά υψηλότερες (CRP:  $33.8 \pm 45.0$  vs  $1.6 \pm 0.9 \text{ mg/L}$ ,  $p < 0.005$ -φερριτίνη:  $467.7 \pm 371.3$  vs  $75.7 \pm 48.6 \mu g/L$ ,  $p < 0.001$ ). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στον αριθμό ΔΕΚ μεταξύ των δύο ομάδων ( $37.9 \pm 18.3$  vs  $40.9 \pm 9.9 \times 10^9/L$ ,  $p = 0.491$ ). Με χρήση γραμμικής παλινδρόμησης (Pearson) στην ομάδα των ασθενών, παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση του IRF με τον αριθμό ΔΕΚ ( $R = 0.515$ ,  $R^2 = 0.270$ ,  $p = 0.008$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης IRF θεωρείται μια σπουδαία και ευαίσθητη παράμετρος εκτίμησης της ερυθροποιητικής δραστηριότητας του μυελού και παρακολούθησης της απάντησης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στη θεραπεία με EPO, πιο οικονομική και πιο γρήγορη από άλλες περισσότερο πολύπλοκες και δαπανηρές εξετάσεις, όπως η μέτρηση διαλυτών υποδοχέων τρανσφερίνης ή των επιπέδων EPO στον ορό.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA10

### **ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ (TIME TO POSITIVITY: TTP), ΣΕ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ. ΕΝΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ;**

**Μαρία Δημητρίου**, Σμαράγδα Αρκουλή, Ι. Αλεξίου, Αγγελική Κυπραίου, Βασιλική Παναγοπούλου, Μαργαρίτα Λυμπεροπούλου, Βιργινία Παπαεμμανουήλ

*Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε τη συσχέτιση του χρόνου θετικοποίησης των αιμοκαλλιέργειών με μύκητες σε ασθενείς τριτοβάθμιου ογκολογικού νοσοκομείου κατά τη διάρκεια 2 ετών (Μάιος 2019 - Μάιος 2021), με το είδος *Candida* που απομονώθηκε και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, υλικό της οποίας αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς κλινικών του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Μεταξύ από 1/5/2019-1/5/2021. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες οι οποίες επώαστηκαν στο σύστημα BACTEC9240 (Becton Dickinson). Ο χρόνος θετικοποίησης της αιμοκαλλιέργειας ορίστηκε ως το χρονικό διάστημα σε ώρες μεταξύ της εισαγωγής της στον επωαστικό κλίβανο και της πρώτης θετικής ένδειξης της αιμοκαλλιέργειας. Η ταυτοποίηση έγινε με το ημιαυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2. Μελετήθηκαν παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η κλινική και η έκβαση του ασθενούς.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σε σύνολο 104 ασθενών με μυκηταιμία, απομονώθηκαν 70 στελέχη *C. parapsilosis*, 23 στελέχη *C. albicans*, 7 στελέχη *C. glabrata*, 2 στελέχη *C. lusitanae* και 2 στελέχη *C. tropicalis*. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 62.5 έτη (με ηλικιακό εύρος τα 20 με 95 έτη). 41,3% των ασθενών ήταν πάνω από 60 ετών. 27,8% ήταν ασθενείς της ΜΕΘ, 8,8% της αιματολογικής κλινικής, 51,9% ασθενείς ογκολογικής κλινικής και 11,5% χειρουργικής κλινικής. 66,3% ήταν άντρες και 33,7% γυναίκες. Ο μέσος χρόνος θετικοποίησης (TTP) ήταν 27.8 h για την *C. albicans*, 50.2 h για την *C. parapsilosis*, 47.6 h για την *C. tropicalis* και 90.2 h για την *C. glabrata*. Χρόνος θετικοποίησης κάτω από 48 ώρες συνδέθηκε με πιο βαριά ανοσοκαταστολή και χειρότερη έκβαση.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο χρόνος θετικοποίησης μπορεί να είναι ένας χρήσιμος δείκτης προβλεπτικής ικανότητας για τα είδη *Candida* που απομονώνονται σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, ενώ μπορεί να συσχετιστεί και με την έκβαση της νόσου.

## AA11

### ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ *DATURA STRAMONIUM* ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

**Σταματία Τσούπρα**<sup>1</sup>, Μαρία Λαγκαδινού<sup>1</sup>, Χ. Δάβουλος<sup>1</sup>, Παναγιώτα Γούτου<sup>1</sup>, Έλενα Σολωμού<sup>1</sup>, Σ. Ασσημακόπουλος<sup>1</sup> και Μ. Μαραγκός<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το *Datura stramonium*, επίσης γνωστό ως Thorn Apple ή Jimson Weed, είναι ένα φυτό που περιέχει αλκαλοειδές, το οποίο είναι τοξικό. Τα ενεργά τοξικά συστατικά του φυτού είναι η ατροπίνη, η σκοπολαμίνη και η κυαμίνη.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για μια σπάνια περίπτωση δηλητηρίασης από *Datura stramonium* που συνέβη μετά από ατυχηματική κατανάλωση του φυτού *Datura*. Άνδρας 71 ετών, παραπέμφθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, για περαιτέρω διερεύνηση λόγω οξείας έναρξης σύγχυσης και διαταραχών στην ομιλία. Κατά την εισαγωγή, ο ασθενής εμφάνιζε σύγχυση, ταχυκαρδία και μυδρίαση. Δεν παρουσίαζε συμπτώματα όπως πυρετός, κεφαλαλγία, φωτοφοβία, έμετο και αδυναμία, ενώ από τη φυσική εξέταση δεν παρουσίαζε αυχενική δυσκαμψία και ήταν αιμοδυναμικά σταθερός.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής έλαβε εμπειρική αγωγή με ακυκλοβίρη (10 mg / kg κάθε 8 ώρες) και κρυσταλλοειδή υγρά ενδοφλεβίως. Μετά από πέντε ώρες, η νευρολογική κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά, κατέστη πλήρως προσανατολισμένος, χωρίς νευρολογικό έλλειμμα. Ο ασθενής ανέφερε την κατανάλωση μαγειρεμένου *Amaranthus blitum* περίπου μία ώρα πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Στην Ελλάδα, το *Amaranthus blitum* καλλιεργείται σπάνια μαζί με άλλα ευρέως διαδεδομένα τοξικά φυτά, όπως το *Datura stramonium*, επομένως αναδείχθηκε η υποψία δηλητηρίασης με το τελευταίο φυτό. Ο ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο για 24 ώρες χωρίς περαιτέρω θεραπεία και εξήλθε απόλυτα υγιής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το *Datura Stramonium* (DS) μπορεί κατά λάθος να χρησιμοποιηθεί ως συστατικό τροφής. Δεδομένου ότι οι δηλητηριώδεις επιπτώσεις του δεν είναι γνωστές στο κοινό, ο γενικός πληθυσμός πρέπει να ενημερώνεται και να προειδοποιείται. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα δημόσιας υγείας πρέπει να οργανώνονται για την πρόληψη της δηλητηρίασης που σχετίζεται με το DS.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA12

### **ΚΑΝΤΙΝΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΕΤΩΝ**

**Μαρία Δημητρίου**, Σμαράγδα Αρκουλή, Αλεξάνδρα Μπάκωση, Αγγελική Κυπραίου, Βασιλική Παναγοπούλου, Μαργαρίτα Λυμπεροπούλου, Βιργινία Παπαεμμανουήλ

*Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη της συχνότητας απομόνωσης ειδών *Candida* και της ευαισθησίας τους στα αντιμυκητικά φάρμακα σε ουροκαλλιέργειες ασθενών αντικαρκινικού νοσοκομείου.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Εξετάστηκαν αναδρομικά δείγματα ούρων ασθενών του νοσοκομείου μας την περίοδο 01/07/2019 έως 01/07/2021. Σε σύνολο 5.436 δειγμάτων απομονώθηκαν και ταυτοποιήθηκαν 403 στελέχη *Candida* (7,41%). Τα δείγματα εξετάστηκαν και μικροσκοπικά για ανεύρεση βλαστοσπορίων, ψευδοφύων, πυοσφαιρίων και ερυθρών. Τα ούρα εμβολιάστηκαν σε Sabouraud άγαρ εμπλουτισμένο με κλωραμφαινικόλη που αναστέλλει μια ευρεία γκάμα από gram + και - βακτήρια προς όφελος της ανάπτυξης μυκήτων. Η ταυτοποίηση και το μυκητόγραμμα πραγματοποιήθηκαν με το ημιαυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2 (Biomerieux).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τα 403 στελέχη *Candida*, 205 ήταν *C. albicans* (50,86%), 92 *C. parapsilosis* (22,8%), 50 *C. glabrata* (12,4%), 31 *C. tropicalis* (7,69%), 19 *C. krusei* (4,71%) και 6 *C. lusitaniae* (1,48%). Η ευαισθησία στην Αμφοτερικίνη Β ήταν 100% για την *C. parapsilosis* και *C. lusitaniae*, 90% για *C. albicans*, 82% για *C. tropicalis*, 90% για *C. krusei* και 80% για *C. glabrata*. Στη Φλουκυτοσίνη ήταν 100% ευαίσθητα τα στελέχη *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* και *C. glabrata*. 60% η ευαισθησία για την *C. lusitaniae*, 10% για *C. krusei*. Στη Φλουκοναζόλη 97% ευαισθησία των στελεχών *C. albicans*, 95% *C. tropicalis*, 80% *C. parapsilosis*, 0% *C. glabrata*, 0% *C. krusei* και 85% *C. lusitaniae*. Τέλος στη Βορικοναζόλη όλα τα στελέχη ήταν ευαίσθητα 100% πλην της *C. glabrata* που εμφάνισε 15% ευαισθησία.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Όπως φαίνεται από το μεγάλο ποσοστό απομονώσεων οι μυκητούριες στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς εμφανίζονται σε υψηλότερο βαθμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ τα υψηλά ποσοστά αντοχής σε κάποια αντιμυκητικά θέτουν σε κίνδυνο την έκβαση της θεραπείας αλλά και τη ζωή αυτών των ασθενών αφού μπορούν να οδηγήσουν σε γενικευμένη λοίμωξη.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA13

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΣΠΑΝΙΟ ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Μαρία Δημητρίου**, Σμαράγδα Αρκουλή, Ι. Αλεξίου, Αγγελική Κυπραίου, Βασιλική Παναγοπούλου, Βιργινία Παπαεμμανουήλ

*Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι λοιμώξεις από gram αρνητικά βακτηρίδια αποτελούν ένα συνεχές πεδίο μάχης για τους νοσηλευόμενους ειδικά των ογκολογικών τμημάτων. Η αύξηση των ανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών, δυσχεραίνει τόσο το έργο των εργαστηριακών, όσο και των κλινικών ιατρών, ενώ θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Η διάγνωση και το στοχευμένο αντιβιογράμμα αποτελεί πρόκληση. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης σπάνιου απομονωθέντος.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα 40 ετών, με χειρουργηθέν ca μαστού, με ηπατική νόσο και εγκεφαλικές μεταστάσεις, προσήλθε στα ΤΕΠ ογκολογικού νοσοκομείου με αδυναμία συγκέντρωσης, απάθεια αλλά προσανατολισμένη σε χώρο και χρόνο. Γίνεται εισαγωγή προς διερεύνηση και λίγες ώρες μετά την εισαγωγή εμφανίζει πυρετό με ρίγος.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη νοσηλεία πλέον ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων επί εμπυρέτου με φρίκια και ακολούθως δίδεται εμπειρική θεραπεία Meronem, Voncom. Επιπλέον έγινε πλήρης αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος και έλεγχος για SARS-CoV2, ενώ προγραμματίστηκε CT εγκεφάλου, αξονική κοιλίας και ακτινογραφικός έλεγχος. Τα εργαστηριακά έδειξαν λευκοκυττάρωση της τάξης των 13.95 λευκών με επικράτηση ουδετεροφίλων, και αναιμία με αιμοσφαιρίνη 9,7. Βιοχημικά είχε επηρεασμένους ηπατικούς δείκτες AST (85), ALT (163) και γ-GT (798) και ήπια υποκαλιαιμία. Η CRP ήταν 112. Απεικονιστικά παρατηρήθηκε υπεζωκοτική συλλογή αριστερά με μικρή στελεκτασία αριστερού κάτω λοβού και μεταστατικές εντοπίσεις στο πνευμονικό παρέγχυμα. Η αξονική έδειξε επιδείνωση της εικόνας της ηπατικής νόσου. Σε 42 ώρες από την εισαγωγή θετικοποιείται η αιμοκαλλιέργεια και απομονώνεται gram - βακτηρίδιο το οποίο επωάζεται και ταυτοποιείται με το ημιαυτόματο σύστημα Vitek2 ως *Shewanella putrefaciens*. πολυανθεκτικό στέλεχος. Το στοχευμένο αντιβιογράμμα δείχνει αντοχή στο Meronem και διακόπτεται. Προστίθεται Colistin και Gentamicin. Η ασθενής απυρέτησε και ακολούθως αποκλιμακώθηκε η αγωγή.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

*S. putrefaciens* είναι σπανιότατο παθογόνο το οποίο συνήθως μολύνει μαλακούς ιστούς και τραύματα. Έχουν περιγραφεί σπανιότατα περιστατικά πνευμονίας. Συνήθως το παθογόνο είναι ευαίσθητο στα περισσότερα αντιβιοτικά, ωστόσο στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν πολυανθεκτικό στις περισσότερες ομάδες. Πρωτοπαθής εστία δε βρέθηκε.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA14

### Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ W. F. O

#### Χαντζησαλάτας Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ΕΚΠΑ, Αθήνα

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Όπως γνωρίζετε η ψηφιακή υγεία είναι κλάδος που ενσωματώνει τις νέες τεχνολογίες στην υγεία, τα συστήματα υγείας και την κοινωνία. Οι τεχνολογίες αυτές περιλαμβάνουν την τεχνητή νοημοσύνη, την τηλεϊατρική, την κινητή τηλεφωνία, την παρακολούθηση συσκευών από απόσταση, ειδικούς sensors κτλ. Και αφορούν σε όλο το φάσμα της Ιατρικής. Η ευρεία χρήση των τεχνολογιών αυτών αναμένεται να αλλάξει σε πολλές πλευρές την άσκηση της Ιατρικής επιστήμης και της Ιατρικής εκπαίδευσης. Η συχνότητα περιπτώσεων του καρκίνου αυξάνεται συνεχώς. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στις επιπτώσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής, αλλά κυρίως στη συνεχή αύξηση του μέσου όρου ζωής παγκοσμίως. Οι διεθνείς οργανισμοί υπολογίζουν ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 14 εκατομμύρια περιπτώσεις καρκίνου.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη της χρήσης της τεχνητής νοημοσύνης στο πεδίο της σύγχρονης ογκολογίας.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

απέτελεσε η ενδεδειγμένη ενημέρωση για την εξέλιξη της τεχνολογίας στην ογκολογία «Watson for Oncology».

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι νέες γνώσεις για το παρόν θέμα πολλαπλασιάζονται καθημερινά. Ο όγκος λοιπόν των πληροφοριών που θα πρέπει να επεξεργαστεί ο ειδικός είναι μεγάλος. Έτσι οι επιστήμονες οδηγήθηκαν σε συστηματική προσπάθεια χρήσης και εκμετάλλευσης της σύγχρονης τεχνολογίας, δηλαδή της τεχνητής νοημοσύνης. Έτσι η IBM δημιούργησε έναν υπερυπολογιστή χρησιμοποιώντας όλη την τεχνολογία αιχμής την οποία ονόμασε «Watson for Oncology» W. F. O

Πρόκειται για τεχνολογία που χρησιμοποιεί την τεχνητή νοημοσύνη σε συνδυασμό με βάση δεδομένων στην οποία έχουν εισαχθεί όλες οι τεκμηριωμένες γνώσεις που αφορούν την ογκολογία και τις συναφείς ειδικότητες. Στη βάση αυτή εισάγονται καθημερινά από ειδικούς της IBM, οι οποίοι εργάζονται με διακεκριμένους ογκολόγους του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Memorial Sloan Kettering (MSKCC) των ΗΠΑ, όλες οι νέες γνώσεις ώστε το σύστημα να είναι απολύτως επικαιροποιημένο. Το σύστημα W. F. O έχει φτιαχτεί ώστε οι θεραπευτικές επιλογές που προτείνει είναι γραμμές σύμφωνες με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Γενικού Αντικαρκινικού Δικτύου των ΗΠΑ NCCN.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Το W. F. O λύνει πολλά από τα υφιστάμενα προβλήματα. Βασίζεται στη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης και μας δείχνει κατεύθυνση προς την οποία εξελίσσεται η σύγχρονη ιατρική επιστήμη, λειτουργώντας ως ένα πολύτιμο εργαλείο για τον ιατρό και όχι ως μια νέα μέθοδος που σταδιακά θα τον αντικαταστήσει.

## AA15

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗΣ ΕΞΕΛΚΩΣΗΣ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΑΠΟ RAOULTELLA PLANTICOLA

**Μαρία Δημητρίου**<sup>1</sup>, Σμαράγδα Αρκουλή<sup>1</sup>, Αγγελική Κυπραίου<sup>1</sup>, Βασιλική Παναγοπούλου<sup>1</sup>, Μαργαρίτα Λυμπεροπούλου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Μπάκωσπ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η *Raoultella planticola* είναι ένα gram (-) βακτηρίδιο, ακίνητο, μη ελυτροφόρο, συγγενές με τα διάφορα είδη *Klebsiella*, με τα οποία εύκολα μπορεί να μπερδευτεί ταυτοποιητικά. Η *R. planticola* βρίσκεται στο νερό, στο έδαφος, ενώ σπάνια μπορεί να απομονωθεί σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι λοιμώξεις στον άνθρωπο είναι εξαιρετικά σπάνιες και η κλινική σημασία του βακτηρίου παραμένει αδιευκρίνιστη. Εδώ περιγράφεται περίπτωση επιμόλυνσης έλκους κάτω άκρου σε ασθενή με σάρκωμα.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Θήλυ ασθενής, 40 ετών, με εξέλκωση κάτω δεξιού άκρου στην περιοχή του έσω σφυρού, το οποίο είχε καθαριστεί χειρουργικά λόγω νέκρωσης από τον όγκο και έχοντας διάγνωση σαρρώματος, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία. Το άκρο εμφανίζει κλινικά σημεία και συμπτώματα λοίμωξης όπως οίδημα, κυτταρίτιδα, εξίδρωμα, άλγος, θερμότητα. Η ασθενής είχε λάβει αντιβιοτική θεραπεία κατά την έξοδό της από το νοσοκομείο προ τριμήνου. Το τραύμα καθαρίστηκε εκτενώς χειρουργικά και ελήφθησαν ιστικές βιοψίες προς ποσοτική καλλιέργεια οι οποίες στάλθηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Κατά τη λοιπή αντικειμενική εξέταση η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής κατόπιν του χειρουργικού καθαρισμού και της λήψης των ιστοτεμαχίων έλαβε κινολόνη (σιπροφλοξασίνη). Επιπλέον λήφθηκαν λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες ανέδειξαν λευκοκυττάρωση με επικράτηση των πολυμορφοκυττάρων. Η CRP ήταν αυξημένη (62,90) ενώ αυξημένη ήταν και η PTC (3,24). Η χρώση gram ανέδειξε άφθονα πυοσφαίρια και αρκετά gram (-) βακτηρίδια. Στα τρυβλία απομονώθηκε gram (-) βακτηρίδιο σε μεγάλη ανάπτυξη το οποίο ταυτοποιήθηκε με το ημιαυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2 ως *R. planticola*. Το αντιβιογράμμα έδειξε ευαισθησία στις αμινογλυκοσίδες, τις καρβαπενέμες, την πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, την τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη, τις κινολόνες και την κεφοξιτίνη. Το στέλεχος παρήγαγε εκτεταμένου φάσματος Β-λακταμάση (ESBL).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το βακτηρίδιο *R. planticola* έχει περιγραφεί ως περιβαλλοντικό παθογόνο. Ωστόσο φαίνεται ότι μπορεί σπάνια να αποτελέσει αίτιο λοίμωξης μαλακών μορίων. Στις σπάνιες φορές που έχει απομονωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζει γονίδια αντοχής και ως εκ τούτου οφείλουμε να προχωράμε σε ταυτοποίηση και αντιβιογράμμα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA16

### **ΦΛΕΓΜΑΙΝΟΥΣΑ ΠΑΡΑΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ (ΠΚ) ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

**A. Κυβέτος**, Στέφανη Παναγιώτου, Παναγιώτα Βουκελάτου, Ο. Κατσαρός, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης  
*Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι περισσότερες ΠΚ είναι ασυμπτωματικές και διαπιστώνονται τυχαία. Σε κάποιες ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν με σοβαρά συμπτώματα και τότε θα πρέπει να παροχετεύονται ή/και να αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσίαση της περίπτωσης νεαρού ασθενούς με οξύ θωρακικό άλγος, οφειλόμενο σε επιπλακείσα ΠΚ.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Άνδρας 34 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω οξέος θωρακικού άλγους που τον είχε αφυπνίσει έξι ώρες νωρίτερα. Το άλγος εντοπιζόταν στο προκάρδιο, χωρίς επεκτάσεις και επιδεινωόταν στην ύπτια θέση. Ο ασθενής ανέφερε ιστορικό γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και δεν λάμβανε φάρμακα. Από την κλινική εξέταση δεν αναδείχτηκαν παθολογικά ευρήματα.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκε ύπαρξη αριστερού άξονα και αρνητικό T στην aVL. Στο triplex καρδιάς δεν διαπιστώθηκαν μείζονα παθολογικά ευρήματα. Στην ακτινογραφία θώρακα αναδείχτηκε σημείο της παρυφής στο δεξιό καρδιακό χείλος, πλησίον της δεξιάς καρδιοφρενικής γωνίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια λευκοκυττάρωση (neu 10.55 x10<sup>3</sup>/μl) και ήπια αύξηση της CRP (1,24 mg/dl). Η αξονική τομογραφία (CT) θώρακα ανέδειξε την ύπαρξη ΠΚ στη δεξιά καρδιοφρενική γωνία. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή (μεροπενέμ-βανκομυκίνη) και του χορηγήθηκαν παυσίπονα, με μικρή μόνο ύφεση του άλγους. Τις επόμενες ώρες υπήρξε μεγάλη αύξηση της CRP (9 mg/dl). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε Video-Assisted Thoracic Surgery και η κύστη παροχετεύθηκε και εξαιρέθηκε. Στην καλλιέργεια του υγρού δεν αναπτύχθηκε κάποιο παθογόνο, ενώ η βιοψία έδειξε έντονη φλεγμονώδη διήθηση. Οι αιμοκαλλιέργειες και ο εργαστηριακός έλεγχος για αυτοάνοσα και λοιμώδη νοσήματα ήταν αρνητικός. Η μετεχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Παρουσίασε προοδευτικά μειούμενο ήπιο άλγος στο θώρακα και χαμηλή πυρετική κίνηση για τρεις ημέρες. Έλαβε αντιβίωση για τρεις εβδομάδες με αποκατάσταση των δεικτών φλεγμονής. Ένα μήνα αργότερα υποβλήθηκε σε CT θώρακα η οποία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και είναι εξαιρετικά σπάνια, η επιπλακείσα ΠΚ θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ με οξύ θωρακικό άλγος.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA17

### Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΙΜΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ 1,7 G/DL

**Στέφανη Παναγιώτου**, Α. Κυβετός, Παναγιώτα Βουκελάτου, Ειρήνη Στιλπνοπούλου, Ο. Κατσαρός, Ν. Παπανικολάου, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν η τιμή της αιμοσφαιρίνης μειώνεται, ποικίλοι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ανθρώπινου σώματος ενεργοποιούνται, με σκοπό να αντισταθμίσουν τις συνέπειες της αναιμίας. Οι πιο σημαντικές μεταβολές αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα και συνήθως προκύπτουν όταν η τιμή της αιμοσφαιρίνης ελαττωθεί κάτω από τα 7 g/dL. Ωστόσο τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της αναιμίας δεν μπορούν να καθοριστούν με ακρίβεια, μόνο από τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης. Σημαντικό ρόλο παίζουν η ταχύτητα εγκατάστασης της αναιμίας, η ηλικία και η γενική κατάσταση του ασθενούς.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περίπτωσης υπερήλικα ασθενή με τιμή αιμοσφαιρίνης 1,7 g/dL.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 97 ετών διακομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω δύσπνοιας, χωρίς λοιπή συμπτωματολογία. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται: σιδηροπενία υπό αγωγή με θειϊκό σίδηρο, υποθυρεοειδισμός, πνευμονική εμβολή προ εξαμήνου υπό αγωγή με αrixaban και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προ διετίας λόγω του οποίου έκτοτε παρέμεινε κλινίρης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κλινικά διαπιστώθηκαν: ταχύπνοια (30 αναπνοές/min), μη μουσικοί ρόγχοι άμφω, συστολικό φύσημα σε όλο το προκάρδιο, δακτυλική εξέταση αρνητική για μέλαινα, αρτηριακή πίεση 120/60 mmHg, σφύξεις 90/min. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν: υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με τιμή αιμοσφαιρίνης 1,7 gr/dl και αιματοκρίτη 6,9%, κρεατινίνη 1.7 gr/dl, ουρία 135 mg/dl, φερριτίνη 20 ng/ml και τροπονίνη 34 pg/ml. Στο καρδιογράφημα δεν αναδείχθηκαν ισχαιμικές αλλοιώσεις. Από την CT θώρακα διαπιστώθηκε εικόνα συμβατή με λοίμωξη κατωτέρου αναπνευστικού. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κεφτριαξόνη και κλινδαμυκίνη και έλαβε 1 gr ενδοφλέβιου σιδήρου. Συνολικά μεταγγίστηκε με 5 μονάδες RBCs. Προοδευτικά παρουσίασε βελτίωση της γενικής του κατάστασης και εξήλθε με τιμή αιμοσφαιρίνης 9 gr/dl.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής δεν παρουσίασε συμπτώματα πριν η αιμοσφαιρίνη του να φτάσει σε κρίσιμο επίπεδο. Γενικά, τα συμπτώματα της αναιμίας προκύπτουν όταν η τιμή της αιμοσφαιρίνης ελαττωθεί κάτω από τα 7 g/dL. Σε ηλικιωμένους ασθενείς, με μειωμένη σωματική δραστηριότητα και χωρίς σοβαρές συννοσηρότητες, τα συμπτώματα μιας σοβαρής αναιμίας μπορούν να αργήσουν να γίνουν αντιληπτά.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA18

### ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΟΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΙ ΣΤΑ ΓΛΥΚΟΠΕΠΤΙΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Μαρία Δημητρίου<sup>1</sup>**, Σμαράγδα Αρκουλή<sup>1</sup>, Αγγελική Κυπραίου<sup>1</sup>, Βασιλική Παναγοπούλου<sup>1</sup>, Μαργαρίτα Λυμπεροπούλου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Μπάκωσπ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι εντερόκοκκοι είναι gram θετικοί κόκκοι και ανήκουν στη χλωρίδα του εντέρου. Τα συχνότερα είδη είναι ο *E. faecium* (80-90%) και ο *E. faecalis* (5-10%). Ο τελευταίος είναι το συχνότερο είδος της φυσιολογικής χλωρίδας. Προκαλούν ενδογενείς λοιμώξεις αλλά ως νοσοκομειακά παθογόνα προκαλούν εξωγενείς, μεταδιδόμενοι μέσω άμεσης ή έμμεσης επαφής.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για ανασκόπηση των τελευταίων δύο ετών σε δείγματα που απομονώθηκαν εντερόκοκκοι και η μελέτη των ανθεκτικών στελεχών στα γλυκοπεπτιδία. Συγκεκριμένα μελετήθηκε ο φαινότυπος αντοχής Van A και Van B σε σύνολο 2624 δειγμάτων εντεροκόκκων. Τα μικρόβια ταυτοποιήθηκαν σε επίπεδο είδους με το Vitek2 (Biomerieux, France). Η δοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με τη μέθοδο διάχυσης εμποτισμένων δισκίων κατά Kirby-Bauer. Χρησιμοποιήθηκαν τα όρια ευαισθησίας του C. L. S. I. Επιπλέον προσδιορίστηκε η MIC με το σύστημα Vitek2. Ως φαινότυπος αντοχής Van A ορίζεται αντοχή στη βανκομυκίνη MIC: 64-> 1000 μg/ml και στην τείκοπλανίνη MIC: 16-512 μg/dl. Ως Van B ορίζεται η αντοχή στη βανκομυκίνη MIC: 4-1024 μg/ml και ευαισθησία στην τείκοπλανίνη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 2624 δειγμάτων που απομονώθηκαν στελέχη εντεροκόκκων, απομονώθηκαν 800 στελέχη *E. faecium* Van A, 98 στελέχη *E. faecalis* Van B, 4 στελέχη *E. faecalis* Van A και 20 στελέχη *E. faecalis* Van B.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ανθεκτικοί στα γλυκοπεπτιδία εντερόκοκκοι αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα ιδιαίτερως για τους νοσηλευόμενους ασθενείς, οι οποίοι έχουν και συννοσηρότητες. Σημαντικότερη για την επιδημιολογία του νοσοκομείου είναι η επιδημιολογική επιτήρηση όχι μόνο του φαινότυπου αντοχής των στελεχών που προκαλούν λοίμωξη, αλλά και ο έλεγχος του αποικισμού των νοσηλευομένων ασθενών ειδικά αυτών που υφίστανται χρόνια νοσηλεία καθώς και των ασθενών με οποιαδήποτε ανοσοκαταστολή.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA19

### Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΡΕΜΑΣ ΚΕΝΑΚΟΜΒ ΩΣ ΙΑΣΙΜΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΕΚΕΙΝΑ

Σπυρίδων Γ. Κ. Χαντζησαλάτας Md, Msc, Phd ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κρέμα Kenacomb αποτελεί ένα πολυδύναμο σκεύασμα, προορισμένο για δερματική χρήση σε φλεγμονώδεις δερματοπάθειες, ιδιαίτερα όταν είναι επιμολυσμένες ή απειλούνται από βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη. Αναλυτικά, τα ενεργά συστατικά της είναι:

- ακετονίδιο της τριαμινολόνης, ένα δραστικό τοπικό κορτικοστεροειδές, με ισχυρή αντιφλεγμονώδη, αντιαλλεργική και αντικνησμώδη δράση,
- νυστατίνη, ένα αντιμυκητιασικό με εκλεκτική δράση έναντι των μυκήτων του γένους *Candida*,
- και νεομυκίνη, ένα αντιβιοτικό ευρέος φάσματος, κατά των περισσότερων Gram θετικών και αρνητικών βακτηρίων που προκαλούν δερματικές λοιμώξεις.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Της παρούσης μελέτης είναι η ενδελεχής διερεύνηση της αντιμυκητιασικής κρέμας Kenacomb στις επιμολυσμένες λοιμώξεις καθώς και η πολλαπλή χρήση της κρέμας ως ευεργετικό αποτέλεσμα στις μαιευτικές πράξεις και επέκεινα.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Απετέλεσαν 180 γυναίκες που προσήλθαν στα Ε. Ι της Μ/Γ του ΕΚΠΑ κατά την περίοδο 10/02/2021-10/07/2021 ηλικίας 18-68 ετών και τους εδόθει ως Φ. Α η κρέμα Kenacomb. Καθώς και η ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω medline για την ανάδειξη των ευεργετικών της δυνατοτήτων ώστε να ενταχθεί ενεργά και σε μαιευτικογυναικολογικές πράξεις.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μας έδειξαν ότι η κρέμα Kenacomb συνιστάται και σε νέες μπρέρες, μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο καθώς αποτελεί ένα από τα σκευάσματα που θα πρέπει απαραίτητα να υπάρχουν στο φαρμακείο του σπιτιού τους. Η παρούσα κρέμα ενδείκνυται για πολλές φλεγμονώδεις δερματοπάθειες που απαντώνται σε μπρέρες, αλλά και βρέφη. Συγκεκριμένα, ενδείκνυται για τραυματισμούς ή ύπαρξη ραγάδων θηλής, μαστίτιδα γαλουχίας, έκζεμα, δερματικές καντιντιάσεις, παράτριμμα, πρωκτογεννητικό κνησμό, δερματίτιδα εκ σπαργάνων. Η εφαρμογή της είναι επίσης χρήσιμη σε φλεγμονώδεις δερματοπάθειες που υπόκεινται σε μικροβιακή ή μυκητιασική λοίμωξη όπως: ερεθιστική ή αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής, ατοπική δερματίτιδα, σηψηγοροϊκή δερματίτιδα, δυσιδρωσικό έκζεμα και νομισματοειδές έκζεμα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το 99,9% κατά τη δεύτερη επίσκεψή τους στα Ε. Ι είχαν πλήρη ιαθεί. Τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της κρέμας Kenacomb προκύπτουν από τον τριπλό συνδυασμό τοπικού κορτικοστεροειδούς, αντιβιοτικού και αντιμυκητιασικού που διαθέτει και αποτελούν:

- την άμεση ανακούφιση του δέρματος από τη φλεγμονή και ταυτόχρονα την καταπολέμηση πιθανής συνυπάρχουσας δερματικής λοίμωξης ή πρόληψη εμφάνισής της,
- τα υψηλά επίπεδα συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπεία
- τη δυνατότητα εφαρμογής της κρέμας τόσο σε υγρώσσοις, όσο και σε ξηρές βλάβες, χάριν στο έκδοχο της Unibase
- την αποτελεσματική και ασφαλή εφαρμογή της κρέμας σε θηλάζουσες μπρέρες και βρέφη

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA20

### ΠΩΣ Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Γαλανάκος<sup>1</sup>, **N. Δ. Καρακούσης<sup>2,3</sup>**, Ε. Σιγαλός<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αττική

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος COVID-19 αποτελεί παγκόσμια υγειονομική πρόκληση που ενδεχομένως επηρεάζει την προσέλευση και διαχείριση ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π. Φ. Υ). Σκοπός είναι να διερευνηθεί το αντίκτυπο της πανδημίας στη διαχείριση ορθοπεδικών ασθενών στο πρώτο αστικό κέντρο υγείας (Κ. Υ) στην Ελλάδα με 24 ωρη λειτουργία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη την περίοδο Ιανουαρίου 2019 - Μαρτίου 2021, με σύγκριση τακτικών ραντεβού, ακυρώσεων, επειγόντων προσελεύσεων και όγκου ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση τηλεϊατρικής μεθόδου, προ και μετά την εμφάνιση της υγειονομικής κρίσης και την εφαρμογή απαγορεύσεων κυκλοφορίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, τα προγραμματισμένα ραντεβού μειώθηκαν δραματικά το 2020 (8899), σε σχέση με το 2019 (20709) κατά 57%. Αντίστοιχα, στα συγκεκριμένα έτη, τα επείγοντα περιστατικά αυξήθηκαν κατά 6,8% το 2020. Τους τρεις πρώτους μήνες του 2019, τα ραντεβού ήταν 5619 και 389 τα επείγοντα και το 2020 3755 και 621, αντίστοιχα, ενώ το 2021, τα ραντεβού ήταν 2011 (μείωση κατά 64,2% συγκριτικά με το 2019 και κατά 46,4% συγκριτικά με το 2020) και τα επείγοντα 571 (αύξηση κατά 46,8% συγκριτικά με 2019 και μείωση κατά 8% συγκριτικά με 2020). Εξέχουσα μείωση παρατηρήθηκε το μήνα Απρίλιο 2020, κατά τον οποίο εκμηδενίστηκε η προσέλευση με φυσική παρουσία στην Π. Φ. Υ (άυλη συνταγογράφηση, τηλεϊατρική, περιορισμός μετακινήσεων κ. τ. λπ). Οι ακυρώσεις ήταν σημαντικά αυξημένες την περίοδο Μαρτίου - Αυγούστου 2020, με μέγιστο ποσοστό 98% τον Απρίλιο. Τους τελευταίους εννέα μήνες του 2020, το ποσοστό τηλεϊατρικής ήταν κατά μέσο όρο 14%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάγκη αντιμετώπισης και φροντίδας ορθοπεδικών περιστατικών είναι υπαρκτή. Μέχρι και σήμερα, τόσο για έκτακτα, όσο και τακτικά περιστατικά, η προσέλευση παραμένει χαμηλότερη, μετά την πρώτη περίοδο καραντίνας, το Μάρτιο του 2020, σε σχέση με την προ-κρίσης περίοδο. Απαραίτητη κρίνεται μία χρυσή τομή ανάμεσα στη μείωση των μη αναγκαίων επισκέψεων και στη σωστή παρακολούθηση / αντιμετώπιση μέσω τηλεϊατρικής, προς αποφυγή λανθασμένων διαγνώσεων και παροχή βέλτιστης φροντίδας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA21

### ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

**Ασημένια Χαλιώτη**, Παναγιώτα Κατσιαμπούρα, Ν. Παπάζογλου, Ειρήνη Κουρμπέτη, Έλενα Γκόγκα

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο οφθαλμικός έρπης ζωστήρας αποτελεί το 10-20% του συνόλου των περιπτώσεων έρπητα ζωστήρα. Με την παρούσα εργασία προβάλλεται η ενδιαφέρουσα περίπτωση μίας ασθενούς που εκδήλωσε την οφθαλμική μορφή του έρπητα ζωστήρα σε έδαφος συστηματικής σκλήρυνσης.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Επιδιώκεται να τονιστεί η συχνότερη εμφάνιση των λοιμώξεων, μεταξύ των οποίων και οι ιογενείς, στα ανοσοκατασταλμένα άτομα, και η ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισής τους, ώστε να προληφθούν οι σοβαρότερες μορφές επιπλοκές στους ανοσοκατασταλμένους συγκριτικά με τους ανοσοεπαρκείς.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ασθενής, 63 ετών, προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο λόγω αιφνίδιας εμφάνισης οιδήματος, ερυθρότητας και φυσαλίδων στην περιοχή του δεξιού οφθαλμού. Έπασχε από συστηματική σκλήρυνση και δευτεροπαθές σύνδρομο Raynaud υπό χρόνια αγωγή με μεθοτρεξάτη και πρεδνιζολόνη, και είχε εκδηλώσει πνευμονία πριν τρία έτη. Η κλινική εξέταση ανέδειξε εμπύρετο έως 38 °C, και επιβεβαίωσε την ύπαρξη φλεγμονώδους αντίδρασης με συνοδό φυσαλιδώδες εξάνθημα στον οφθαλμικό κόγχο και τα βλέφαρα δεξιά με επέκταση στο μέτωπο και το τριχωτό της κεφαλής, αλλά με οριοθέτηση στη μέση γραμμή (κατανομή οφθαλμικού κλάδου τριδύμου, V1). Χαρακτηριστική ήταν η σκληρία και η πάχυνση στο δέρμα της ασθενούς, ιδίως στα δάκτυλα, και η λέπτυνση των χειλιών και επίταση των ρυτιδώσεων γύρω από το στόμα. Διαπιστώθηκε ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία, φυσιολογικός αριθμός λευκών, αλλά τριψήφια ταχύτητα καθίζησης ερυθρών και μέτρια αύξηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Η κυτταρολογική εξέταση ορώδους υλικού από τις φυσαλίδες του εξανθήματος (Tzanck smear) ανέδειξε στοιχεία ερπητικής λοίμωξης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από οφθαλμολογική συνεκτίμηση, στην οποία δεν διαπιστώθηκε προσβολή του κερατοειδούς, η ασθενής τέθηκε σε ειδική συστηματική αγωγή με ακυκλοβίρη για οφθαλμικό έρπητα ζωστήρα, και σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή (πιθανή βακτηριακή επιλοίμωξη). Σημειώθηκε κλινική βελτίωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προχωρημένη ηλικία και η ανοσοκαταστολή λόγω υποκείμενης πάθησης ή ανοσοκατασταλτικής θεραπείας αποτελούν ισχυρούς προδιαθεσικούς παράγοντες για λοίμωξη από τον ιό της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα (VZV). Συνιστάται ο εμβολιασμός κατά του VZV στα άτομα άνω των 50 ετών.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA22

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΡΙΣΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΡΡΟΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΗΛΙΚΙΑΣ 51 ΕΤΩΝ

Δ. Κατσιφής Νέζης, Α. Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Μ. Γεωργόπουλος, Ευαγγελία Παντζοπούλου, Χριστίνα Λούσκου, Κ. Αννούσης, Δ. Καμπουρόγιαννη, Σ. Αντωνόπουλος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα @ Διαβητολογικό Κέντρο Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού διερεύνησης χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου που αποδόθηκε σε κρίση κοιλιοκάκης (ΚΚ).

#### ΥΛΙΚΟ

Ασθενής θήλυ 51 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ Παθολογικό του Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά λόγω αναφερόμενων πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων από μνός, ως και 20 ημερησίως σε αριθμό, αμιγώς υδαρούς σύστασης, με συνοδό απώλεια σωματικού βάρους 10 κιλών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μνός (σωματικό βάρος εισόδου 44 kg). Δεν αναφέρει χρόνια πάθηση και αρνείται τη χρήση ουσιών και φαρμάκων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την αντικειμενική εξέταση η ασθενής παρουσιάζει απίσχναση και όψη πάσχοντος, μειωμένη σπαργή δέρματος, μη ορατές σφαγίτιδες και ξηρότητα βλεννογόνων, ενώ κατά την εισαγωγή της είχε αρτηριακή πίεση: 85/75 mmHg και σφυξεις: 105 bpm. Η λοιπή αντικειμενική εξέταση δεν ανέδειξε άλλα παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο και τα αέρια αρτηριακού αίματος: K<sup>+</sup>: 1,8 meq/L, μεταβολική οξέωση φυσιολογικού χάσματος ανιόντων (ph: 7,30), Na<sup>+</sup> ορού: 129 meq/L, Na<sup>+</sup> ούρων <5 mmol/L, υπολευκωματιναιμία (2,7 gr/dl), INR: 4,4 και ιστική τρανσγλουταμιναση: 177 U/ml. Ο ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, ο έλεγχος για νευροενδοκρινείς όγκους, η μικροσκοπική εξέταση, η καλλιέργεια και η παρασιτολογική εξέταση κοπράνων, καθώς και η γενική εξέταση και η καλλιέργεια ούρων και η αξονική τομογραφία κοιλιάς δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Στα πλαίσια αιτιολογικής διερεύνησης του διαρροϊκού συνδρόμου διενεργήθηκε κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση, όπου ελήφθησαν βιοψίες. Η βιοψία δωδεκαδακτύλου ανέδειξε αυξημένο αριθμό ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων, υπερπλασία κρυπτών και επιπέδωση των λαχνών, τα οποία σε συνδυασμό με τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα συνηγορούν για τη διάγνωση της κοιλιοκάκης. Ήδη από την 5 η ημέρα νοσηλείας η ασθενής ετέθη σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης και παρουσίασε μείωση του αριθμού των κενώσεων και αύξηση του σωματικού βάρους.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΚΚ είναι μια σπάνια εμφάνιση της νόσου όπου περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1953. Συνολικά έχουν περιγράψει λιγότερα από 50 περιστατικά παγκοσμίως. Για τη διάγνωση της ΚΚ οι ασθενείς πρέπει να πληρούν τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω κριτήρια: μείωση σωματικού βάρους >5 kg, νευρολογική σημειολογία, αύξηση κρεατινίνης ορού >2 mg/dl, υπολευκωματιμία <0.3 g/dl, σοβαρή αφυδάτωση, μεταβολική οξέωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η θεραπεία της ΚΚ συνίσταται σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης με σταδιακή αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων.

## AA23

### ΝΕΥΡΟ-ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ COVID-19

Χριστίνα Κάππου<sup>1</sup>, **Σ. Σαμπατακάκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Βλαχιώτη

<sup>2</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η λοίμωξη από SARS-CoV-2, πέραν των συνηθισμένων κλινικών εκδηλώσεων από το αναπνευστικό σύστημα, έχει συνδεθεί με ποικίλες νευρολογικές εκδηλώσεις (συχνότερη η κεφαλαλγία, επίσης ανοσμία, αγευσία) καθώς και με συμπτώματα από τον οφθαλμό που συνήθως προσομοιάζουν εικόνα ιογενούς επιπεφυκίτιδας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των νεύρο-οφθαλμολογικών εκδηλώσεων της COVID-19 και η διερεύνηση πιθανών παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έλαβε χώρα στις 10 Αυγούστου 2021. Χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς αναγνωρισμένες επιστημονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar) για επιλογή των σχετιζόμενων δημοσιεύσεων με λέξεις-κλειδιά: SARS-CoV-2, COVID-19, neurological, manifestations, neuro-ophthalmology.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα υπάρχοντα δεδομένα προκύπτει ότι ο ιός SARS-CoV-2 έχει την ικανότητα να προσβάλει το νευρικό σύστημα. Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί αρκετές νεύρο-οφθαλμολογικές εκδηλώσεις. Μεταξύ αυτών η οπτική νευρίτιδα, το οίδημα οπτικής θηλής, η απόφραξη κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς, η πάρεση οφθαλμοκινητικών νεύρων, η μυασθένεια Gravis, το σύνδρομο Miller-Fisher, ο νυσταγμός καθώς και οι διαταραχές όρασης που συνδέονται με σύνδρομο οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (PRES) ή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Υπάρχουν ορισμένες υποθέσεις για το μηχανισμό που διέπει τις εν λόγω εκδηλώσεις. Μεταξύ αυτών ξεχωρίζουν η παθολογική ενεργοποίηση ανοσολογικών μηχανισμών (μέσω «καταιγίδας» κυτταροκινών), οι αγγειακές διαταραχές (αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα και ενδοθηλιακή βλάβη λόγω της παρουσίας του υποδοχέα ACE<sub>2</sub> στα ενδοθηλιακά κύτταρα), οι διαταραχές της ηλεκτρικής αγωγιμότητας και ο πιθανός νευροτροπισμός του ιού.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς οι μελέτες για τη νόσο συνεχίζονται, ενδέχεται να διαπιστωθούν και μακροπρόθεσμες νευρο-οφθαλμολογικές επιπλοκές. Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας των νεύρο-οφθαλμολογικών εκδηλώσεων συμβάλει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου. Στη διαφορική διάγνωση ασθενών με τέτοιου τύπου εκδηλώσεις θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται πλέον και η πιθανότητα λοίμωξης COVID-19, προκειμένου αφενός να δοθεί έγκαιρα η κατάλληλη θεραπεία στον ασθενή και αφετέρου να εξασφαλιστεί η λήψη των ενδεδειγμένων μέτρων προστασίας για το υγειονομικό προσωπικό.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA24

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΛΑΜΟΤΡΙΓΙΝΗΣ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (DRESS)**

**Ιωάννα Παπαδουσσέα**, Φ. Παναγόπουλος, Δ. Κουνατίδης, Ασημούλα Μέγκου, Β. Σταματόπουλος, Ναταλία Βαλλιάνου, Ε. Κοκκινάκης

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Το σύνδρομο που προκαλείται από τη χρήση φαρμάκου και χαρακτηρίζεται από πωσινοφιλία και συστηματικά συμπτώματα (DRESS: Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) κλινικά εμφανίζεται ως δερματικό εξάνθημα, τυπικά 2-3 εβδομάδες μετά την έναρξη του φαρμάκου με συνοδά συμπτώματα εμπύρετο, λεμφαδενοπάθεια σε τουλάχιστον 2 διαφορετικές θέσεις, πωσινοφιλία και συμμετοχή ενός ή περισσότερων εσωτερικών οργάνων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιστατικού με DRESS, που προκλήθηκε από λαμοτριγίνη.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής ηλικίας 25 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου έως 39 και γενικευμένου κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος με συνοδό κνησμό από 10 ημέρου. Εκ του ατομικού αναμνηστικού, η ασθενής είχε αρχίσει αγωγή με λαμοτριγίνη προ 4-5 εβδομάδων. Κλινικώς, εκτός από το εμπύρετο και το εξάνθημα είχε τραχηλική και βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, για τις οποίες έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος, στον οποίο οι λεμφαδένες είχαν φυσιολογική ηχομορφολογία. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε περιφερική πωσινοφιλία, σημαντικού βαθμού λευκοπενία, καθώς και ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Με βάση τα παραπάνω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα ετέθη η υποψία του συνδρόμου DRESS και η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με κορτικοστεροειδή.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Προ της έναρξης αγωγής με πρεδνιζόνη, έγινε βιοψία δέρματος, που επιβεβαίωσε την κλινική υποψία του συνδρόμου DRESS. Σημειωτέον, τόσο το εξάνθημα όσο και τα παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα υποχώρησαν με την αγωγή με κορτικοστεροειδή. Έγινε σταδιακή μείωση της δόσης των κορτικοστεροειδών εντός τριμήνου, χωρίς υποτροπή του συνδρόμου.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το σύνδρομο DRESS είναι σπάνιο και διακρίνεται σε ήπια, μετρίου βαρύτητας και σοβαρή μορφή, που μπορεί να είναι και θανατηφόρος. Για το λόγο αυτό, η έγκαιρη αναγνώρισή του, η άμεση διακοπή του φαρμάκου και η χορήγηση κορτικοστεροειδών στις μετρίου βαθμού και στις σοβαρές μορφές είναι μείζονος σημασίας.



## AA25

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ Ή ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΕ ΦΟΡΕΑ ΤΟΝ ΑΔΕΝΟΙΟ;

**Φ. Παναγόπουλος<sup>1</sup>**, Γ. Σ. Χριστοδουλάτος<sup>2</sup>, Δ. Κουνατίδης<sup>1</sup>, Β. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Ιωάννα Παπαδουσσέα<sup>1</sup>, Ναταλία Βαλλιάνου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Αιματολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο που προκαλείται από τη χρήση ηπαρίνης με συνοδό θρομβοπενία καλείται HIT (Heparin-induced thrombocytopenia), ενώ το σύνδρομο VITT (Vaccine-induced thrombocytopenia with thrombosis) έχει περιγραφεί πρόσφατα ως παρενέργεια του εμβολιασμού για κοροναϊό, μόνο από το εμβόλιο που χρησιμοποιεί ως φορέα αδενοϊό, στον οποίο και έχει αποδοθεί αυτή η εξαιρετικά σπάνια παρενέργεια.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής ηλικίας 88 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω θρομβοπενίας της τάξεως των 41.000 cells/mm<sup>3</sup>, ανευρεθείσας σε τακτικό έλεγχο ως αιμοκαθαιρόμενης ασθενούς. Πρόκειται για ασθενή με πρόσφατη ένταξη σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης, κατα τις οποίες ελάμβανε κλασική ηπαρίνη, ενώ σχεδόν ταυτόχρονα αναφέρεται πρόσφατος εμβολιασμός για τον SARS-CoV-2. Λόγω της κλινικής υποψίας συνδρόμου VITT, έγινε triplex φλεβών άνω και κάτω άκρων αμφοτερόπλευρα, καθώς και σπληνοπυλαίου άξονα, στα οποία δεν παρατηρήθηκαν θρομβώσεις. Επίσης από την αξονική φλεβογραφία εγκεφάλου δεν παρατηρήθηκαν θρομβώσεις φλεβωδών κόλπων. Εσταλη έλεγχος για αντιηπαρινικά αντισώματα ο οποίος ήταν θετικός με την ταχεία ημιποσοτική μέθοδο Latex. Επίσης εστάλη έλεγχος με ELISA ο οποίος ήταν κι αυτός έντονα θετικός. Ωστόσο κατά τη λειτουργική δοκιμασία, διαπιστώθηκε ενεργοποίηση αιμοπεταλίων μόνο παρουσία ηπαρίνης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λόγω υπόνοιας συνδρόμου VITT ή και HIT, η ασθενής τέθηκε σε αγωγή αντί με ηπαρίνη με το συνθετικό πεντασακχαρίτη fondaparinux μόνο κατά την αιμοκάθαρση. Τις επόμενες ημέρες υπήρξε σταδιακή αύξηση και αποκατάσταση της τιμής των αιμοπεταλίων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λόγω της σχεδόν ταυτόχρονης έναρξης αιμοκάθαρσης και χορήγησης του εμβολίου με φορέα τον αδενοϊό και της συνοδού θρομβοπενίας, τέθηκε η υπόνοια τόσο συνδρόμου VITT όσο και συνδρόμου HIT. Όμως, καθότι δεν ανευρέθηκαν θρομβώσεις, παρά τον πλήρη έλεγχο της ασθενούς, καθώς και λόγω του ότι ήταν θετικές και οι ταχείες ημιποσοτικές μέθοδοι μετρήσεως των αντισωμάτων έναντι του PF4 (Platelet factor 4), που είναι αρνητικές στο σύνδρομο VITT, καταλήξαμε ότι επρόκειτο για σύνδρομο HIT και η ασθενής δεν έλαβε ξανά ηπαρίνη κατά την αιμοκάθαρση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA26

### Η ΑΥΞΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ mRNA

**Ευαγγελία Γάτου**<sup>1</sup>, Μαριλένα Γιαλαμά<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Επισκέπτρια υγείας/Νοσηλεύτρια στη 2<sup>η</sup> Τοπική Ομάδα Υγείας Αγριάς Βόλου - Φοιτήτρια διδακτορικού Ιατρικής Λάρισα

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια, TOMY N. Ιωνίας Βόλου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα εμβόλια mRNA έχουν αξιολογηθεί εκτενώς για τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας που μπορεί να προκαλέσουν. Ένα ποσοστό ασθενών παρουσιάζει συμπτωματική υπέρταση μετά τη λήψη του εμβολίου έναντι του COVID-19.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή του επιπολασμού της αύξησης της αρτηριακής πίεσης μετά από λήψη εμβολίου mRNA

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση λέξεων κλειδίων (covid 19, SARS-CoV-2 vaccines, mRNA vaccines, hypertension, health effects,) σε επιλεγμένους επιστημονικούς ιστότοπους (Pubmed, Medline, Google Scholar, Research Gate) για το χρονικό διάστημα 2019-2021. Συμπεριλήφθηκαν 8 άρθρα γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι καταγράφεται χαμηλός επιπολασμός εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης στους εμβολιασμένους με mRNA εμβόλια (18%). Σε όλους τους παραπάνω ασθενείς η αρτηριακή πίεση επανήλθε εντός φυσιολογικών ορίων σε μικρό διάστημα. Η πλειοψηφία των ασθενών που εμφάνισαν υψηλή συστολική ή διαστολική πίεση μετά τη λήψη του εμβολίου ήταν ηλικιωμένοι, είχαν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και λάμβαναν ειδική φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της νόσου. Στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που παρουσίασαν υπέρταση είχαν λάβει το εμβόλιο Pfizer/BioNTech και σε μικρότερο ποσοστό το εμβόλιο της Moderna. Το ιστορικό μόλυνσης με COVID-19 συσχετίστηκε με υψηλότερο επιπολασμό αύξησης της αρτηριακής πίεσης συγκριτικά με άτομα που δεν είχαν μολυνθεί με τον ιό (23% vs 3%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφία σχετικά με τον ακριβή μηχανισμό και τα ποσοστά εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης στα άτομα με εμβολιάζονται με mRNA εμβόλια είναι φτωχή. Αν και χρειάζονται περισσότερα δεδομένα, αναδεικνύεται η ανάγκη ελέγχου της αρτηριακής πίεσης σε ηλικιωμένα άτομα με ιστορικό υπέρτασης ή/και σοβαρές καρδιαγγειακές συννοσηρότητες πριν τον εμβολιασμό.

## AA27

### ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΔΙΑΔΟΧΙΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ NESTED PCR

**Ε. Πολυμερόπουλος**<sup>1</sup>, Μαρία Παπαδημητρίου<sup>2</sup>, Γ. Σουρουλάς<sup>2</sup>, Μαρία Καβάση<sup>2</sup>, Αυγουστίνα Κυριακού<sup>2</sup>, Χριστιάννα Χαραλάμπους<sup>2</sup>, Α Στυλιανός<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική-καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου

<sup>2</sup> Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα αποτελεί λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) που εκδηλώνεται με πυρετό, νευρολογική σημειολογία, αυχενική δυσκαμψία και έχει παθολογικό αριθμό κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) και μικρόβια ή ιούς στον εργαστηριακό έλεγχο του ΕΝΥ. Αναφέρουμε μια περίπτωση μηνιγγοεγκεφαλίτιδας με άτυπη σημειολογία, παθολογικά κύτταρα στο ΕΝΥ, αρνητική εξέταση του ΕΝΥ σε PCR και θετικά αντιγόνα στον ορό περιφερικού αίματος.

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα 74 ετών, με ψυχιατρικό ιστορικό, προσκομίσθηκε στα επείγοντα λόγω σύγχυσης από ωρών. Αναφερόταν πρόσφατη τροποποίηση ψυχιατρικής αγωγής, η οποία διακόπηκε ενδονοσοκομειακά. Προς αποκλεισμό λοίμωξης ΚΝΣ έγινε οσφουονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ), η οποία έδειξε αυξημένο αριθμό κυττάρων στο ΕΝΥ χωρίς απομόνωση μικροβιακού παράγοντα. Η ασθενής έλαβε αντιβιοτική αγωγή ως επί μηνιγγοεγκεφαλίτιδας, έγινε επανάληψη ΟΝΠ όπου διαπιστώθηκε βελτιωμένη εικόνα του ΕΝΥ και παράλληλα υπήρξε κλινική βελτίωση της ασθενούς.

#### ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Απύρετη, συγχυτική, χωρίς εστιακή σημειολογία, χωρίς αυχενική δυσκαμψία. Αξονικές εγκεφάλου με διαφορά 48 ωρών χωρίς παθολογικά ευρήματα. Πρώτη ΟΝΠ: κύτταρα 467/ο. π., Gram χρώση (-), nested PCR FilmArray™ για μηνιγοτρόπους ιούς (-), καλλιέργεια για συνήθη μικρόβια (-). ELISA περιφερικού αίματος HSV IgM (+).

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αμπικιλίνη, Βανκομυκίνη, Κεφτριαξόνη, Ακυκλοβίρη, Δεξαμεθαζόνη για 21 ημέρες. Είχαμε κλινική βελτίωση της ασθενούς την 5<sup>η</sup> ημέρα μετά την έναρξη αγωγής, και επαναληπτική ΟΝΠ είχε λιγότερα κύτταρα. Δεύτερη nested PCR (-). Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο σε καλή κατάσταση.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ασθενής είχε δυο nested PCR αρνητικές - εξέταση με υψηλή ευαισθησία - αλλά ανταπόκριση στην αγωγή για μηνιγγοεγκεφαλίτιδα που χορηγήθηκε. Η περίπτωση της ασθενούς μας δείχνει την αξία του κλινικού κριτηρίου στην αντιμετώπιση της μηνιγγοεγκεφαλίτιδας, που είναι επείγουσα κατάσταση, χωρίς να περιμένουμε την εργαστηριακή επιβεβαίωση ή απομόνωση μικροβιακών παραγόντων.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA28

### ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΣΤΑΤΙΝΗΣ

Μαρία Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, **Ε. Πολυμερόπουλος<sup>2</sup>**, Βασιλική Στυλιανού<sup>1</sup>, Αυγουστίνα Κυριακού<sup>2</sup>, Χριστιάννα Χαραλάμπους<sup>2</sup>, Α. Στυλιανού<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

<sup>2</sup> Παθολογική-καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο υποθυρεοειδισμός είναι παράγοντας κινδύνου για μυοπάθεια από στατίνη, καθώς και αυτόματη μυοπάθεια. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο μυοπάθειας είναι η λήψη φιμπρατών, αναστολείς του P-450 ηπατικού κυτοχρώματος, τραύμα και χειρουργείο. Η συχνότητα της μυοπάθειας από υποθυρεοειδισμό είναι άγνωστη.

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ασθενής 49 ετών νοσηλεύθηκε στην Παθολογική Κλινική λόγω αναφερομένων μυαλγιών, καταβολής, εύκολης κόπωσης και πρόσληψης σωματικού βάρους (17 κιλά) από εξαμήνου. Ο ασθενής προ δωδεκαήμερου ανέφερε έναρξη στατίνης.

#### ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

TSH/θυρεοτρόπος ορμόνη 86.370 Μiu/L (φ. τ. <4.9), fT3/ελεύθερη τριωδοθυρονίνη 2.30 pmol/L (φ. τ. >2.6), fT4/ελεύθερη θυροξίνη <5.15 pmol/L (φ. τ. >9), AntiTPO αντισώματα έναντι θυρεοειδικής υπεροξειδάσης > 1000 IU/ml, Ολική Χοληστερόλη 186 mg/dL, LDL 98 mg/dL, Κρεατινίνη 1.62 mg/dL, CPK 2915 U/L

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Έγινε έναρξη θυροξίνης 50 mg ημερησίως για 3 ημέρες και ακολούθως 100 mg με επανέλεγχο θυρεοειδικής λειτουργίας σε 6 εβδομάδες. Έγινε επανεκτίμηση του ασθενούς σε εξωτερική βάση, με τα επίπεδα της CPK να βελτιώνονται και έγινε επανέλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο υποθυρεοειδισμός είναι γνωστή αιτία δευτεροπαθούς δυσλιπιδαιμίας. Είναι άγνωστη η επίπτωσή της σε υποθυρεοειδισμό, θεωρείται όμως ότι είναι αυξημένη. Πολύ συχνά οι ασθενείς με υποθυρεοειδισμό μπορεί να είναι ολιγοσυμπτωματικοί ή και ασυμπτωματικοί, όπως ο ασθενής μας. Θα ήταν σώφρον να δίνονται εξετάσεις θυρεοειδούς σε όλους τους ασθενείς που θα ξεκινήσουν αγωγή με στατίνη. Συχνά οι ασθενείς με υποθυρεοειδισμό και δυσλιπιδαιμία έχουν αντίσταση στη δράση των στατινών, συνεπώς συνιστούμε σε ασθενείς που τα επίπεδα των λιπιδίων δεν πέφτουν όσο το αναμενόμενο να εξετάζουν τη θυρεοειδική τους λειτουργία. Επίσης, σε αυτούς τους ασθενείς που παίρνουν μέγιστη δόση στατινών ή συνδυασμό με φιβράτη, συνιστούμε να ερωτώνται συχνότερα για μυαλγίες ή/και να ελέγχονται τα επίπεδα CPK.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA29

### ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ COVID-19 ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΕΣΕΙΣ ΑΛΛΑΝΤΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ

**Σ. Σαμπατακάκης<sup>1</sup>**, Χριστίνα Κάππου<sup>2</sup>

*<sup>1</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Βλαχιώτη*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο εμβολιασμός έναντι της COVID-19 πλέον αφορά όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, συνεπώς προκύπτουν πολλών ειδών απορίες από τους πολίτες. Σε πολλές ιατρικές και μη καταστάσεις, όπως η αυξημένη ρυτίδωση προσώπου και η ημικρανία γίνεται θεραπεία με ενέσεις αλλαντικής τοξίνης (Botox). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων για πιθανή αλληλεπίδραση της εν λόγω θεραπείας και του εμβολιασμού.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις 20 Αυγούστου 2021. Χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς αναγνωρισμένες επιστημονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Google Scholar) για επιλογή των σχετιζόμενων δημοσιεύσεων με λέξεις - κλειδιά: vaccination, COVID-19, botox, dermal, fillers.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έχουν αναφερθεί ορισμένες μεμονωμένες, σπάνιες περιπτώσεις οιδήματος προσώπου μετά από εμβολιασμό με εμβόλια μηχανισμού m-RNA σε άτομα που πρόσφατα χρησιμοποίησαν δερματικά εμφυτεύματα υαλουρονικού οξέος, που δρουν παρόμοια με τις ενέσεις αλλαντικής τοξίνης. Στη φάση 3 των κλινικών δοκιμών της Moderna, τρεις συμμετέχοντες που είχαν κάνει ένεση δερματικού εμφυτεύματος από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες πριν τον εμβολιασμό, εμφάνισαν ήπιο οίδημα προσώπου μέσα σε 48 ώρες από τη δεύτερη δόση, ο ένας μάλιστα παρουσίασε οίδημα χειλιών. Το οίδημα ήταν εντοπισμένο και είτε ιάθηκε αυτόματα είτε μετά από απλή θεραπεία με αντιϊσταμινική αγωγή και κορτιζόνη. Πιθανότατα οφείλεται στη δράση της πρωτεΐνης ακίδας του ιού SARS-COV-2 που ενεργοποιεί τη φλεγμονώδη ανοσολογική απόκριση. Παρόμοιο οίδημα έχει σχετιστεί με τον ιό της γρίπης και το αντίστοιχο εμβόλιο, ενώ και η ίδια η νόσος COVID-19 μπορεί να το προκαλέσει, σαν μία σπάνια παρενέργεια.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προστασία που παρέχει το εμβόλιο υπερνικά κατά πολύ τον ελάχιστο κίνδυνο εμφάνισης οιδήματος, συνεπώς η σύσταση για εμβολιασμό παραμένει ισχυρή. Δεν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος επιπλοκών και η πρόσφατη χρήση Botox ή δερματικού εμφυτεύματος δεν αποτελούν αντενδείξεις. Η πρόοδος της έρευνας για την COVID-19 αναμένεται να δώσει ακόμη πιο σίγουρες απαντήσεις στο προσεχές διάστημα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA30

### ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Δ. Δ. Μπτσικώστας<sup>1</sup>, **Σ. Σαμπατακάκης<sup>2</sup>**, Λ. Λυμπερόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ Αιγινήτειο Νοσοκομείο <sup>2</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Τα τελευταία χρόνια αναδεικνύεται η χρησιμότητα της μεθόδου λειτουργικής Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού (fMRI) στη μελέτη της ημικρανίας, με κύρια εφαρμογή, προς ώρας, την κατανόηση της παθοφυσιολογίας. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τη χρήση της fMRI σε ασθενείς με ημικρανία.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε έλεγχος των επιστημονικών βάσεων δεδομένων Pubmed και Google Scholar στις 25 Αυγούστου 2021 για πρόσφατες δημοσιεύσεις (από το 2015 έως σήμερα) με λέξεις - κλειδιά: fMRI, functional neuroimaging, migraine.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βάσει των υπαρχουσών μελετών με fMRI προκύπτει πως η ημικρανία, τόσο στην πρόδρομη φάση όσο και κατά την κεφαλαλγία, σχετίζεται με αυξημένη νευρωνική ενεργοποίηση του οπτικού συστήματος και των εγκεφαλικών αισθητηριακών περιοχών που εμπλέκονται στην αντίληψη του πόνου καθώς και με μεταβολές στη νευρωνική συνδεσιμότητα μεταξύ αυτών. Πιο συγκεκριμένα, η πρόδρομη φάση ξεκινά 48 ώρες πριν την κεφαλαλγία και εκδηλώνεται με διαταραχές ύπνου και ανορεξία, σημεία ενδεικτικά ενεργοποίησης του υποθαλάμου την οποία αναδεικνύει και η fMRI. Η αύρα αποτυπώνεται στην fMRI με αλλαγές συναφείς με τον ευρέως αποδεκτό νευροφυσιολογικό μηχανισμό της «φλοιϊκής μετακινούμενης καταστολής». Η κεφαλαλγία απεικονίζεται με αυξημένη δραστηριότητα της ραχιαίας γέφυρας τόσο σε αυτόματα όσο και επαγόμενα επεισόδια ημικρανίας, ενώ ειδικά σε ημικρανία με αύρα υπάρχει αυξημένη λειτουργική σύνδεση μεταξύ γέφυρας και σωματοαισθητικού φλοιού. Τα δεδομένα αυτά καθιστούν την ενεργοποίηση της ραχιαίας γέφυρας έναν πιθανό απεικονιστικό βιοδείκτη της κεφαλαλγικής φάσης της ημικρανίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λειτουργική απεικόνιση συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση της παθογένειας της ημικρανίας και θέτει τις βάσεις για ανάπτυξη απεικονιστικών βιοδεικτών. Η κλινική χρησιμότητα των υποψήφιων βιοδεικτών στην πρόγνωση της συχνότητας των επεισοδίων και της ανταπόκρισης στη θεραπεία απαιτείται να αξιολογηθεί με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες μεγάλης κλίμακας, οι οποίες πρόκειται να συμβάλουν επίσης στη διαπίστωση ενδεχόμενων λειτουργικών διαφορών μεταξύ διαφορετικών μορφών κεφαλαλγίας και στη διατύπωση αντίστοιχων κατευθυντηρίων οδηγιών.

## AA31

### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΛΥΤΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**MD, MSc Καρμιώτη Γεωργία**, MD, MSc Λεωνίδου Έλενα, Δρ. Ξενοφώντος Έλενα

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συνοψίζοντας κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα, παρουσιάζουμε σε αναρτημένη ανακοίνωση δύο περιστατικά ασθενών. Ασθενή 87 ετών με διάγνωση μαζικής πνευμονικής εμβολής και παράλληλα μεγάλη ενεργό αιμορραγία έλκους βολβού του στομάχου και ασθενή 78 ετών με προσθετική μεταλλική βαλβίδα και μικροαιμορραγικά στοιχεία αδενώματος υπόφυσης με νευρολογική σημειολογία και συμπτωματολογία.

#### ΣΚΟΠΟΣ

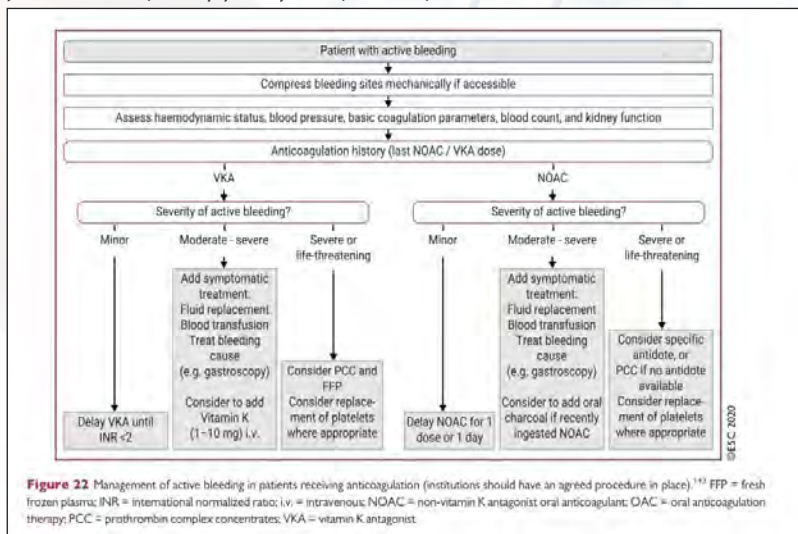
Η διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με απόλυτη ένδειξη για θεραπεία και σύγχρονη ενεργό αιμορραγία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Χρήση του ιατρικού φακέλου των ασθενών καθώς και των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας (ESC -European Society of Cardiology-2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η 87 χρονη ασθενής με διάγνωση μαζικής πνευμονικής εμβολής και παράλληλα ενεργό σημαντική αιμορραγία έλκους βολβού του στομάχου έλαβε ενδοφλέβια αναστολείς αντλίας πρωτονίων σε συνεχή ροή, για 3 μέρες, οπότε και εισήχθηκε σταδιακά επηχογραπιν υποδορίως έως τη θεραπευτική δόση, βάσει κλινικής εικόνας. Η 78 χρονη ασθενής με προσθετική μεταλλική βαλβίδα και μικροαιμορραγικά στοιχεία αδενώματος υπόφυσης, διερευνήθηκε, εκτιμήθηκε και αξιολογήθηκε ως απειλητική για τη ζωή αιμορραγία και έλαβε επηχογραπιν υποδορίως ως γέφυρα αγωγής, έως τη σταδιακή επανεισαγωγή της Warfarin και ρύθμιση σε δόση συντήρησης, βάσει κλινικής και εργαστηριακής εικόνας.



#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση της απειλητικής για τη ζωή αιμορραγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό και απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση. Ειδικά για τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά, η αδυναμία αξιολόγησης της αντιπηκτικής τους δράσης δια των βασικών παραμέτρων αιμόστασης και η έλλειψη αντίδοτου στην αγορά, καθιστούν τη χρήση τους δυσχερέστερη. Βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας η αξιολόγηση γίνεται με γνώμονα την ενεργότητα της αιμορραγικής εστίας, κατηγορίας αντιπηκτικής ουσίας και κλινικής πορείας του ασθενούς.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA32

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟ ΑΙΤΙΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ MACA

**Κ. Χατζηνικολάου**, Ε. Μιχαηλίδης, Κωνσταντίνα Μπαμπίλη, Γεωργία Πολυμίλη

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηπατική βλάβη είναι συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκων. Η κατανάλωση Maca ως συμπλήρωμα διατροφής για την ενίσχυση της ενέργειας, της σεξουαλικής επιθυμίας και για τη βελτίωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, σε κλινικές μελέτες, μικρές μεν τον αριθμό, δεν αναφέρεται να προκαλεί ηπατική βλάβη.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 48 ετών, εισήχθη στην κλινική μας λόγω ανώδυνου ίκτερου και κνησμού από δεκαπενθημέρου. Ανέφερε απώλεια βάρους 5 κιλών τον τελευταίο μήνα με δίαιτα και ότι έκανε χρήση συμπληρώματος διατροφής Maca σε μορφή σκόνης, 3-5 gr ημερησίως τις τελευταίες σαράντα ημέρες. Είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και δεν κατανάλωνε αλκοόλ. Παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός και απύρετος. Από τον αιματολογικό έλεγχο παθολογικά ευρήματα ήταν τα παρακάτω: ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, ήπια τρανσαμινασαιμία (AST 49 U/L, ALT 65 U/L), αύξηση αλκαλικής φωσφατάσης (ALP 240 U/L), ήπια αμυλασαιμία 150 U/L και αυξημένη ολική χολερυθρίνη 18.6 mg/dl με άμεση 13.5 mg/dl. Η γενική ούρων ήταν αρνητική για παρουσία ουροχολινογόνου και θετική για χολοχρωστικές, ο ιολογικός έλεγχος για ηπατίτιδες ή άλλους ηπατοτρόπους ιούς απέβη αρνητικός όπως και ο έλεγχος για αντισώματα αντιπυρηνικά και έναντι λείων μυϊκών ιών. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπέρηχο, αξονική κοιλίας και μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ενδοσκομοεικά με ενυδάτωση και χολεστυραμίνη για δέκα ημέρες οπότε και εξήλθε με παρακολούθηση στην οποία διαπιστώθηκε σταδιακή πτωτική πορεία των παθολογικών αιματολογικών ευρημάτων σε διάστημα ενός μήνα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πληροφορίες για τυχόν τοξικότητα της Maca δεν είναι αρκετές, επομένως υπάρχει ανάγκη για εξειδικευμένη περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Η αυξανόμενη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής όπως η Maca σαφώς κάνει μεγαλύτερη την ανάγκη για κατανόηση των μηχανισμών δράσης τους και των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών τους.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA33

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΥΦΕΣΗ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΗΠΑ-ΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ: ΚΙ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΚΟΡΟΝΟΪΟΣ

**Ελίδα Αθανασοπούλου**<sup>1</sup>, Κ. Μαγγανάς<sup>1</sup>, Β. Βεργαδής<sup>2</sup>, Α. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Μαρία Αγγελάρα<sup>1</sup>, Ι. Λεγάκης<sup>1</sup>, Στρατηγούλα Σακελλαρίου<sup>3</sup>, Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Α Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο πυρετός Q συνιστά ζωνόσο με παγκόσμια κατανομή, οφείλεται στην gram (-) *Coxiella burnetii*, η οποία μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω σταγονιδίων, κυρίως από αιγοπρόβατα, ενώ παρουσιάζεται με ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης νόσου ως αίτιο παρατείνόμενου εμπυρέτου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας, 62 ετών, Ελληνικής καταγωγής, πωλητής οπωροκηπευτικών προϊόντων, με αρτηριακή υπέρταση, εισήχθη προ 20 ημέρου σε έτερη Παθολογική Κλινική και αντιμετωπίστηκε ως πνευμονία κοινότητας με δυσκολία ύφεσης του εμπυρέτου του υπό κοινά αντιβιοτικά. Κλινικά άνευ ερρημάτων, ενώ εργαστηριακά διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και διπασιασμός των τρανσαμινασών του προ εξόδου. Λόγω επανεμφάνισης του εμπυρέτου εισήχθη στην Κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση. Στην εισαγωγή του, ήταν εμπύρετος έως 39°C, με υποξυγοναιμία (SpO<sub>2</sub>: 92%, PO<sub>2</sub>: 65 mmHg), τρίζοντες δεξιάς βάσης, λευκοκυττάρωση, εξαιρετικά αυξημένους δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ: 110 mm, CRP: 203 mg/L (φ. τ.<5 mg/L), φερριτίνη: 1228 ng/ml), όπως και σημαντική τρανσαμινασαιμία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκτενή κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με πολλαπλές αρνητικές αιμοκαλλιέργειες/καλλιέργειες ούρων, αρνητικό ανοσολογικό και ιολογικό/ορολογικό έλεγχο, όπως και φυματινοαντίδραση Mantoux. Οι ολοσωματικές αξονικές τομογραφίες ανέδειξαν πνευμονικό διήθημα δεξιά, ουδέν από διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς και triplex κροταφικών αρτηριών. Σε πολλαπλά ρινοφαρυγγικά επιχρίσματα για SARS-CoV-2 δεν ανιχνεύθηκε ποτέ ο ιός. Ο ασθενής υποβλήθηκε τέλος σε βιοψία ήπατος και σε έλεγχο αντισωμάτων για *Coxiella burnetii*, τα οποία ανέδειξαν νόσωση από οξύ πυρετό Q (φάσης I IgG 1: 64, IgM 1: 32, φάσης II IgG 1: 256, IgM 1: 16). Ο ασθενής απυρέτησε αυτόματα την 8<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας με σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Η ιστολογική εξέταση της βιοψίας ήπατος ανέδειξε ηπατίτιδα σε αποδρομή πιθανά οφειλόμενη σε ηπατοτρόπο παθογόνο ή ηπατοτοξικό φάρμακο. Παραμένει σε τακτική παρακολούθηση για πιθανές μακροχρόνιες επιπλοκές.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πυρετός Q συνιστά κλινική οντότητα με πολλαπλές συστηματικές εκδηλώσεις και δυνητικά χρόνιες επιπλοκές, η οποία ενδημεί στη χώρα μας και συχνά διαλάθει της διάγνωσης. Σε ασθενείς με πυρετό άγνωστης αιτιολογίας, κρίνεται σημαντικό να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA34

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

**A. Λαρίσης<sup>1</sup>, I. Κανονίδης<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup> Τμήμα Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup> Β΄ Καρδιολογική Κλινική Τμήματος Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο επιπολασμός της υπέρτασης είναι 1.13 δισεκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, ενώ σε κεντρική και ανατολική Ευρώπη φτάνει ακόμα και τα 150 εκατομμύρια άτομα. Η υπέρταση είναι κυρίαρχος παράγοντας πρώιμου θανάτου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο στόχος αυτής της έρευνας είναι να παρουσιάσει τις νεότερες πληροφορίες και κατευθυντήριες οδηγίες που έχουμε γι' αυτή τη διαταραχή που επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Παράλληλα θα παρουσιαστούν αίτια, μηχανισμοί πρόκλησης, συμπτώματα και η θεραπευτική αντιμετώπιση για τις πιο συχνές ασθένειες που σχετίζονται με την αρτηριακή υπέρταση.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρτηριακή υπέρταση ορίζεται ως η εμμένουσα αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε ανώτερα επίπεδα από αυτά του φυσιολογικού, μετά από δύο ή περισσότερες μετρήσεις σε δύο ή περισσότερες επισκέψεις στο ιατρείο, που απέχουν χρονικά μεταξύ τους τουλάχιστο μια εβδομάδα.

Η υπέρταση στην καρδιά έχει ως αποτέλεσμα αύξηση μεταφορτίου που συνεπικουρεί στην υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, τη διαστολική δυσλειτουργία και αύξηση των διαστάσεων του αριστερού κόλπου. Έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση αρρυθμιών και καρδιακής ανεπάρκειας.

Σημαντικά νοσήματα ή διαταραχές στα οποία πρέπει να είμαστε ως υγειονομικοί ιδιαίτερα προσεκτικοί με την αρτηριακή υπέρταση είναι η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια με υπερτροφία αριστερής κοιλίας, η κολπική μαρμαρυγή, το διαχωριστικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής και η στένωση ισθμού αορτής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πίεση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για τη ζωή. Ακόμα και η μείωση της συστολικής κατά 10 mmHg μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου κατά 17%, τον κίνδυνο της καρδιακής ανεπάρκειας κατά 28% και τη θνησιμότητα κατά 13%.

Γι' αυτό είναι σημαντικό να ακολουθούμε τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας της Καρδιολογίας και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας της Υπέρτασης για να διατηρήσουμε την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η καμπύλη J η οποία χαρακτηρίζει τη σχέση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και αρτηριακής πίεσης, για την οποία ωστόσο είναι απαραίτητη περαιτέρω έρευνα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA35

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID 19

Ε. Μιχαηλίδης, **Ελευθερία Παρασύρη**, Αργυρώ Γκόγκου, Κωνσταντίνα Μπαμπίλη

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λεπτοσπείρωση, μια συχνή ζωνοσός μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω της επαφής του δέρματος με ούρα μολυσμένων από τη *Leptospira interrogans* τρωκτικών. Αν και εκδηλώνεται κατά 90% με υποκλινική λοίμωξη, καταγράφονται επίσης χίλιες σοβαρές περιπτώσεις, ενώ δύναται να εμφανιστεί άτυπα με κυρίαρχες πνευμονικές εκδηλώσεις, γεγονός που μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση και τη βέλτιστη θεραπεία.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 75 ετών εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου, ξηρού βήχα και εμέτων με εικόνα σπηκτικής καταπληξίας, πέντε ημέρες μετά τον εμβολιασμό του για τη νόσο COVID. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λοίμωξη αναπνευστικού με αρνητικό μοριακό έλεγχο για τη νόσο COVID, θρομβοπενία, οξεία νεφρική βλάβη, ήπια αύξηση της χολερυθρίνης και κοιλιακή μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως. Τέθηκε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα, αντιπηκτική αγωγή και υποστηρικτική αγωγή. Τη δεύτερη μέρα νοσηλείας λόγω ραγδαίας επιδείνωσης του ασθενούς διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος με διπλή αμφοτερόπλευρα, συμβατά με τη νόσο COVID. Ο ασθενής απομονώθηκε και διενεργήθηκε επαναληπτικός μοριακός έλεγχος που ήταν αρνητικός. Στο πλαίσιο διαφορικής διάγνωσης στάλθηκε ορολογικός έλεγχος έναντι λεπτοσπείρωσης και έγινε έναρξη αγωγής με δοξκυκλίνη. Την τέταρτη μέρα νοσηλείας και με την ορολογική επιβεβαίωση της λεπτοσπείρωσης, ο ασθενής εμφάνισε επεισόδιο αιμόπτυσης λόγω ενδοκυψελιδικής αιμορραγίας. Παρά την κρίσιμη κατάσταση, ο ασθενής σταθεροποιήθηκε και βελτιώθηκε σταδιακά.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λεπτοσπείρωση συνήθως εκδηλώνεται με μη ειδική συμπτωματολογία εμπύρετης νόσου, αλλά ορισμένες φορές μπορεί να επιπλεχθεί με εμφάνιση ενδοκυψελιδικής αιμορραγίας, γνωστό και ως severe pulmonary hemorrhage syndrome (SPHS). Με την παρουσίαση του παραπάνω περιστατικού αναδεικνύονται οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο ειδικός Παθολόγος στα χρόνια της COVID ώστε έγκαιρα να διαφοροδιάγώσει και να αντιμετωπίσει άλλες σοβαρές νοσολογικές οντότητες όπως η λεπτοσπείρωση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA36

### ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΜΑΝΔΡΑΓΟΡΑ

**Ελευθερία Παρασύρη**, Μαρία Πεντόντζη, Μαρία Κοτσαποικίδου, Γεωργία Ποθουλάκη, Αργυρώ Γκόγκου  
*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συχνά στην Ελλάδα, άνθρωποι αγροτικών περιοχών συλλέγουν και καταναλώνουν άγρια χόρτα και φυτά, αγνοώντας την τοξικότητά τους. Παρακάτω παρουσιάζονται δύο περιστατικά δηλητηρίασης από μανδραγόρα.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ζευγάρι νέων προσήλθαν περιπατητικοί σε Κέντρο Υγείας νησιού των Επτανήσων λόγω ζάλης, ναυτίας, ξηροστομίας, θάμβους όρασης, ταχυκαρδίας και τρόμου άκρων έπειτα από βρώση γεύματος με άγρια χόρτα. Ο άνδρας επιδεινώθηκε ραγδαίως, κατέστη κωματώδης και διασωληνώθηκε, ενώ η γυναίκα παρουσίασε διέγερση, αποπροσανατολισμό, μυδρίαση και οπτικές ψευδαισθήσεις. Έπειτα από πλύσεις στομάχου και χορήγηση ενεργού άνθρακα διενεργήθηκε αεροδιακομιδή στο Νοσοκομείο Χανίων. Ο άνδρας ετών 39 εισήχθη αρχικά στη ΜΕΘ όπου υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση. Αποσωληνώθηκε την τέταρτη ημέρα νοσηλείας και μεταφέρθηκε στην κλινική μας όπου βελτιώθηκε σταδιακά. Η γυναίκα ετών 37 εισήχθη εξαρχής στην κλινική μας με υποστηρικτική αγωγή και παρά την ταχεία βελτίωση την έβδομη μέρα λόγω εμμένουσας κεφαλαλγίας υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία όπου διαπιστώθηκε υπαραχνοειδής αιμορραγία, χωρίς να μπορεί να τεκμηριωθεί σαφής συσχέτιση με την τροφική δηλητηρίαση. Αντιμετώπιστηκε συντηρητικά στη Νευροχειρουργική κλινική. Όπως διαπιστώθηκε έγκαιρα, η αιτία των συμπτωμάτων των δύο ασθενών ήταν η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας μανδραγόρα, ενώ ο τοξικολογικός έλεγχος γαστρικού υγρού, αίματος και ούρων ήταν αρνητικός για αλκοόλ και βαρβιτουρικά.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Μανδραγόρας, γνωστός και ως «Devil's herb», είναι ένα φυτό με τοξικές και φαρμακευτικές ιδιότητες που βρίσκεται σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Η τοξικότητά του οφείλεται στην παρουσία των αλκαλοειδών σκοπολαμίνη, υοσκαμίνη και ατροπίνη. Σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να επιφέρει θάμβος όρασης, ξηροστομία, ζάλη, κεφαλαλγία, υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, διέγερση, παραισθήσεις, μυδρίαση, δυσλειτουργία ήπατος και νεφρών ακόμη και θάνατο. Συστήνεται υποστηρικτική αντιμετώπιση και χορήγηση του αντιδότη (φυσοστιγμίνη). Με την παρουσίαση τέτοιου είδους περιστατικών τονίζεται η αναγκαιότητα εξοικείωσης των κλινικών ιατρών με τις τοξικές επιδράσεις διαφόρων δηλητηριωδών ενδημικών φυτών όπως ο Μανδραγόρας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA37

### ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ COVID-19 ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΣΕ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

**Χριστίνα Σπανοπούλου**, Κωνσταντίνα Κωστάκη, Μαρία Παππά, Ευαγγελία Κούκου, Ι. Ιωαννίδης

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τους ταχύρρυθμους εμβολιασμούς και τα αυστηρά μέτρα προφύλαξης η πανδημία COVID-19 βρίσκεται εν εξελίξει και η ενδονοσοκομειακή διασπορά σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς ακόμα και μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού παραμένει απειλητική για τη ζωή.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 70 ετών, πλήρως εμβολιασμένος από μινός κατά της Covid-19, προσέρχεται στα επείγοντα με εμπύρετο και υποξυγοναιμία. Πρόκειται για ασθενή χρονίως θεραπευόμενο με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (κυκλοσπορίνη και πρεδνιζολόνη) λόγω μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας και πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς. Η ακρόαση των πνευμόνων αναδεικνύει υγρούς ρόγχους στη βάση του αριστερού πνεύμονα που συνάδουν με πυκνωτικού τύπου διηθητικές αλλοιώσεις ομόπλευρα, στην ακτινογραφία θώρακος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται λευκοκυττάρωση και αύξηση C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, ο μοριακός έλεγχος SARS-COV-2 ήταν αρνητικός, ενώ η εξέταση αντιγόνων στα ούρα και οι αιμοκαλλιέργειες αποκαλύπτουν διεισδυτική λοίμωξη από στρεπτόκοκκο της πνευμονίας. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μοξιφλοξασίνη με βελτίωση τόσο της κλινικής εικόνας όσο και των εργαστηριακών εξετάσεων. Την 10<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας εμφάνισε δεκαδική πυρετική κίνηση, άνοδο των δεικτών φλεγμονής και εγκατάσταση αμφοτερόπλευρων πλέον ακροαστικών ευρημάτων με τρίζοντες στα κατώτερα πνευμονικά πεδία και εστίες ακτινοσκοπιότητας σύστοιχα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο νέος μοριακός έλεγχος για Sars-CoV-2 ήταν θετικός οπότε και ο ασθενής απομονώθηκε. Σύντομα λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου I διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όπου απεβίωσε λίγες ημέρες αργότερα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κείμενο παραθέτουμε την περίπτωση ενός πλήρως εμβολιασμένου ασθενούς με βαριά Covid-19 λοίμωξη κατόπιν ενδονοσοκομειακής διασποράς, επισημαίνοντας ότι η συνύπαρξη της με αυτοανοσία, λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής καθώς και βακτηριακή λοίμωξη αποτελούν ισχυρούς παράγοντες ατελούς παραγωγής προστατευτικών τίτλων αντισωμάτων. Η συνεπαγόμενη δευτεροπαθής ανοσοανεπάρκεια εκφράζεται με επιρρέπεια σε βαριά νόσηση παρά τον εμβολιασμό και θέτει σκέψεις ως προς την ένταση της θεραπείας υποκατάστασης με γ-σφαιρίνη σε νοσηλευόμενους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA38

### ΤΑ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19

**Ελένα Μπόλλα**, Γιάννα Καραπάτη, Βασιλική Τζαβάρα

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ε. Ε. Σ., Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος Covid-19, οφειλόμενη στο νέο κορωνοϊό Sars-Cov-2, εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην Wuhan το Δεκέμβριο του 2019 και ανακηρύχθηκε ως πανδημία το Μάρτιο του 2020. Εκδηλώνεται συνήθως με γριππώδη συνδρομή για 4-7 ημέρες και με ιογενή πνευμονία και έντονο φλεγμονώδες σύνδρομο κατά τη δεύτερη εβδομάδα νόσησης. Η σοβαρότερη κλινική της έκφανση αφορά στο σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας σε ένα ποσοστό 3-10% των ασθενών. Χαρακτηρίζεται επίσης από θρομβογονικότητα και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, μέσω μείωσης της παραγωγής αγγειοτενσίνης και της έκφρασης μεσολαβητών των οδών πήξης.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

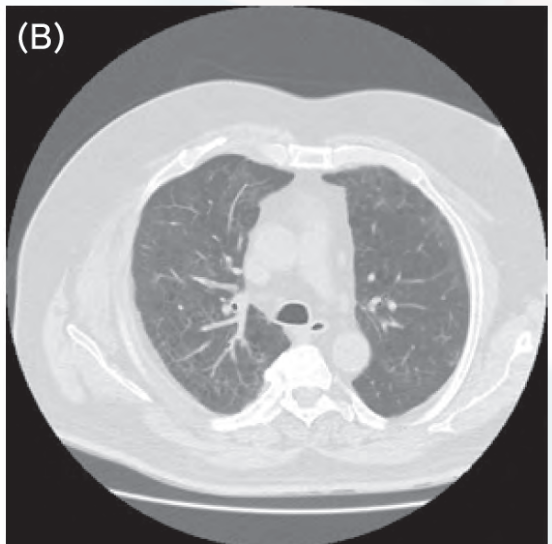
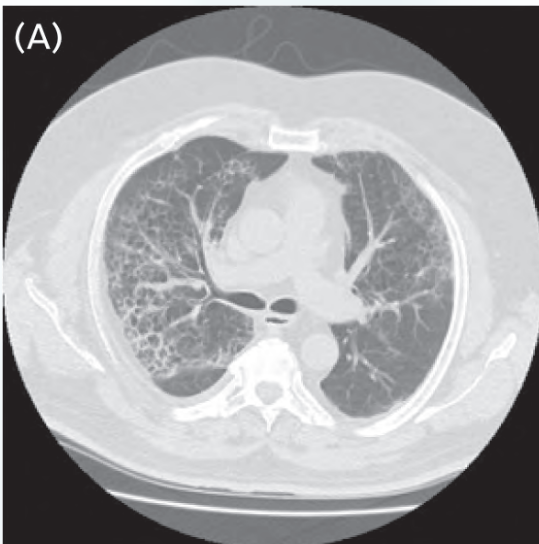
Στην παρουσίαση αυτή αναλύονται περιστατικά με ασυνήθη εικόνα της νόσου: 1) δύο ασθενείς με όψιμη εκδήλωση σοβαρής πνευμονίας που υποστηρίχθηκαν με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, 2) ασθενής με θρόμβωση αρτηρίας κάτω άκρου ως πρώτη εκδήλωση νόσου, με κατά τα λοιπά μεταγενέστερα, ήπια αναπνευστικά συμπτώματα, 3) ασθενής με πνευμονική εμβολή χωρίς κλινικά ευρήματα υπέρ αυτής, παρά μόνο με ήπια αύξηση των d-dimers, 4) ασθενής με εικόνα μελικηρύχθρας από την αξονική τομογραφία θώρακος κατά την ένατη μέρα νόσου, μη συμβατή με το σύνθηες πρότυπο Covid-19 (Εικόνα Α).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά στην έκβαση των περιστατικών: οι δύο ασθενείς με όψιμη σοβαρή πνευμονία υποστηρίχθηκαν παρατεταμένα με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό και εξήλθαν με οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον. Ο ασθενής με την πνευμονική εμβολή εξήλθε υπό αντιπηκτική θεραπεία, ενώ ο ασθενής με την αρτηριακή θρόμβωση νοσηλεύθηκε επί μακρόν στην αγγειοχειρουργική κλινική. Τέλος, ο ασθενής με τα άτυπα ακτινολογικά ευρήματα εξήλθε κατόπιν κλινικής και ακτινολογικής βελτίωσης (Εικόνα Β).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σχεδόν δύο έτη μετά την έναρξη της πανδημίας, έχουν μελετηθεί εκτενώς τα χαρακτηριστικά και η παθοφυσιολογία της Covid-19. Ωστόσο, αρκετές πτυχές της πολυσχιδούς αυτής νόσου παραμένουν άγνωστες. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία η επαγρύπνηση των ιατρών για ιδιότυπες κλινικές και ακτινολογικές εικόνες που χρήζουν έγκαιρης και ειδικής θεραπευτικής παρέμβασης.



## AA39

### **ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ COVID-19**

Ευθυμία Παππά<sup>1</sup>, Παγώνα Γουρνά<sup>1</sup>, Ασημίνα Ρωμπού<sup>1</sup>, Γ. Γαλάτας<sup>1</sup>, Δ. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Ξαφνούλα Ζλατίδου<sup>2</sup>, Α. Πετρουλάκης<sup>2</sup>, Κ. Δαλαμαρίνης<sup>2</sup>, Ν. Πτώχης<sup>3</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup> Τμήμα Αξονικής-Μαγνητικής Τομογραφίας, ΓΝΑττικής. «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ», <sup>3</sup> Τμήμα Επεμβατικού Αγγειογράφου, ΓΝΑττικής. «Γ. Γεννηματάς»*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία στον πνεύμονα (ΑΦΔΠ) μπορεί με εκδηλωθεί με υποξαιμία, δύσπνοια, παράδοξη εμβολή, εγκεφαλικά αποστήματα, μυοκαρδιακή βλάβη ή πνευμονική αιμορραγία. Παρουσιάζεται περιπτώση ΑΦΔΠ που διαγνώσθηκε σε ασθενή με COVID-19.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Γυναίκα 75 ετών διακομίσθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εμπύρετο και επιδεινούμενη δύσπνοια λόγω λοίμωξης από SARS-CoV-2. Είχε ιστορικό υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, ΣΔ2, υποθυρεοειδισμού και ιλίγγων. Κλινικά παρουσίαζε ταχύπνοια, κυάνωση και τρίζοντες άμφω με SpO<sub>2</sub> 55% σε οξυμετρία δακτύλου. Εξέταση αρτηριακού αίματος έδειξε pO<sub>2</sub>=33 mmHg, pCO<sub>2</sub>=33 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>=23,5 mEq/L και pH=7,46 σε FIO<sub>2</sub> 21%. Διασωληνώθηκε άμεσα. Στη ΜΕΘ διαπιστώθηκε πνευμοθώρακας δεξιά, ενώ από CT θώρακος αναδείχθηκε πνευμονική εμβολή στο δεξιό στελεχιαίο κλάδο, διάχυτα διηθήματα θαμβής υάλου και πυκνώσεις στους κάτω λοβούς. Έλαβε αγωγή με κεφτριαξόνη, αζιθρομυκίνη, ενδοξαπαρίνη, δεξαμεθαζόνη και ρεμδεσιβίρη. Αποσωληνώθηκε μετά 11 ημέρες και τέθηκε σε συσκευή υψηλής ροής ρινικού οξυγόνου (HFNO).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Επειδή μετά από 4 εβδομάδες χορήγησης HFNO με ταυτόχρονη λήψη μεθυλπρεδνιζολόνης δε βελτιώθηκε η αναπνευστική ανεπάρκεια, πραγματοποιήθηκε νέα CT θώρακος που ανέδειξε εικόνα ΑΦΔΠ στον αριστερό κάτω λοβό. Από τη λήψη καλύτερου ιστορικού, προέκυψε ότι η ασθενής παρουσίαζε από έτους δύσπνοια προσπαθείας και σε εξωτερικό έλεγχο είχαν αποκλειστεί τα καρδιολογικά αίτια. Θεωρήθηκε ότι η ΑΦΔΠ προϋπήρχε, ενώ περαιτέρω έλεγχος απέκλεισε την ύπαρξη κληρονομικής αιμορραγικής τηλαγγειεκτασίας (HHT). Πραγματοποιήθηκε εμβολισμός της ΑΦΔΠ με στερεά (coils) και υγρά (onyx) υλικά που επεπλάκη από εγκεφαλικό έμφρακτο στην περιοχά κατανομής της δεξιάς πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας με αριστερή πυραμιδική συνδρομή. Η αναπνευστική ανεπάρκεια βελτιώθηκε θεαματικά μετά τον εμβολισμό. Η ασθενής εξήλθε δύο εβδομάδες αργότερα με χρήση ρινικού οξυγόνου στο σπίτι και εντατική φυσικοθεραπεία. Δύο μήνες μετά έχει πλήρη κινητικότητα στο αριστερό χέρι, υπολειπόμενη στο αριστερό πόδι και συνεχίζει τη χρήση ρινικού οξυγόνου.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι εκτεταμένες ακτινολογικές αλλοιώσεις των πνευμόνων ασθενών με COVID-19 μπορεί να συγκαλύψουν προϋπάρχουσα παθολογία, η αναγνώριση και θεραπεία της οποίας θα βελτιώσει την πρόγνωση εμμένουσας αναπνευστικής ανεπάρκειας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA40

### ΟΡΤΥΚΙΑΣΗ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ

**Αποστόλου Απόστολος**, Καρακατσάνης Χαράλαμπος, Αδάμαντου Μαγδαληνή, Χολόγκιτας Ευάγγελος

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup> ΓΝΑ. «Λαϊκόν»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την παρουσίαση του συγκεκριμένου περιστατικού γίνεται καταγραφή ενός σπάνιου αιτίου ραβδομύωσης προκαλούμενης από βρώση ορτυκίων. Η ραβδομύωση αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο κατά το οποίο η καταστροφή των σκελετικών μυών οδηγεί στην απελευθέρωση στην κυκλοφορία τοξικών παραγόντων των μυϊκών κυττάρων και δύναται να οδηγήσει στην ανάπτυξη μυοσφαιρινουρίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών και οξείας νεφρικής βλάβης. Συνηγορητικό στοιχείο της διάγνωσης του συνδρόμου αποτελεί η αύξηση της C. P. K του ορού 5-10 φορές της ανώτερης φυσιολογικής τιμής.

#### ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ

Το περιστατικό που παρουσιάζεται αφορά μία γυναίκα 61 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ελεύθερο ιστορικό νοσηλειών στο παρελθόν και χωρίς φαρμακευτική αγωγή η οποία προσήλθε αιτιώμενη οξείας έναρξης οπισθοστερνικού άλγους με επέκταση σε κορμό και κάτω άκρα, ακολουθούμενο από αίσθημα μυϊκής αδυναμίας κάτω άκρων. Από την αντικειμενική εξέταση δεν διαπιστώθηκε παθολογική σημειολογία πέραν μιας ήπιας αμφοτερόπλευρης μυϊκής αδυναμίας σε κάτω άκρα (4/5) και υπέρχρωσης ούρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη τρανσαμινασαιμία (AST: 933 U/L, A. Φ. T. 35 U/L - ALT: 263 U/L, A. Φ. T. 33 U/L), αύξηση της C. P. K. (35.953 U/L, A. Φ. T. 133 U/L) και LDH (1.400 U/L, A. Φ. T. 214 U/L), καθώς και παρουσία αιμοσφαιρίνης στη γενική ούρων, με αυξημένα επίπεδα μυοσφαιρίνης ορού (303 ng/dL, A. Φ. T. 48 ng/dL) και ούρων (42 ng/dL, A. Φ. T. 20 ng/dL). Ο απεικονιστικός έλεγχος με διενέργεια αξονικής αγγειογραφίας θώρακος και κοιλίας, καθώς επίσης και υπερήχου καρδιάς δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Κατά τη διερεύνηση του συνδρόμου ραβδομύωσης αποκλείστηκαν φυσικά αίτια όπως έντονη σωματική δραστηριότητα πρότερη των συμπτωμάτων, ενώ δεν διαπιστώθηκαν εκτεταμένα τραύματα και δεν αναφέρθηκε έντονο ρίγος ή σπασμοί. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο δεν ανεδείχθησαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενώ αποκλείστηκαν και λοιμώδη αίτια με αρνητικές καλλιέργειες αίματος και ούρων καθώς επίσης και αρνητικό ορολογικό έλεγχο για ιογενείς (HSV1-2, EBV, CMV, HIV, HAV, HBV, HCV, coxsackie), βακτηριακές αλλά και παρασιτικές λοιμώξεις (toxoplasma). Παράλληλα ο ορμονολογικός έλεγχος που διενεργήθηκε ανέδειξε φυσιολογικό άξονα υπόφυσης και φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία, όπως επίσης και ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για μυοσίτιδα/δερματομυοσίτιδα (αρνητικά anti-Jo 1). Η ασθενής επίσης ήταν ελεύθερη φαρμακευτικής αγωγής και δεν ανέφερε λήψη ναρκωτικών ουσιών. Προ της έναρξης των συμπτωμάτων αναφέρθηκε πρόσφατη βρώση ορτυκίων το οποίο αποτέλεσε το μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα εγκατάστασης του συνδρόμου. Σημειώνεται ότι το γεύμα που καταναλώθηκε αφορούσε ορτύκια (*C. coturnix*) που είχαν συντηρηθεί σε κατάψυξη και ήταν προϊόντα θήρευσης στο νησί της Χίου αρκετούς μήνες πριν (κατά τη φθινοπωρινή περίοδο). Η ορτυκίαση (*coturnism*) αποτελεί καταγεγραμμένο μεν αλλά εξαιρετικά σπάνιο αίτιο ραβδομύωσης. Προκαλείται από τη βρώση άγριων ορτυκίων της οικογένειας *C. coturnix coturnix* με την έναρξη των συμπτωμάτων να εκδηλώνεται 1,5-10 ώρες μετά το γεύμα και τα συμπτώματα να διαρκούν τουλάχιστον 1-2 ημέρες. Το σύνδρομο κλινικά εκδηλώνεται με τη χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων ραβδομύωσης που περιλαμβάνει μυαλγίες που αφορούν μεγάλες μυϊκές ομάδες κυρίως σε ράχη και μπρούς, μυϊκή αδυναμία ακόλουθη της εγκατάστασης του άλγους και υπέρχρωση ούρων με τη νευρολογική συμπτωματολογία συνήθως να απουσιάζει. Τα ορτύκια της οικογένειας *C. Coturnix coturnix* ανήκουν στην οικογένεια των ορνιθόμορφων πτηνών με πατρίδα τους να θεωρείται η Βόρεια Αφρική. Τα πτηνά αποδημούν δύο φορές ετησίως, αρχικά την ανοιξιάτικη περίοδο από τις περιοχές των Μεγάλων Λιμνών στην Ανατολική Αφρικανική Ήπειρο με προορισμό περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης στην περιοχή της Μαύρης Θάλασσας (βόρειο μεταναστευτικό ταξίδι) και ακολούθως κατά τους φθινοπωρινούς μήνες όπου διασχίζουν κατά μήκος τα ανατολικά και νότια παράλια της Μεσογείου (νότιο μεταναστευτικό ταξίδι). Κατά τη διάρκεια της νότιας αποδημής τους απαντώνται σε περιοχές του Ανατολικού Αιγαίου και κυρίως στα νησιά της Χίου και της Μυτιλήνης όπου τρέφονται με καρπούς του φυτού *Conium maculatum* που ενδημεί εκείνη την περίοδο στις περιοχές αυτές.



## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA40

Η κονιίνη που αποτελεί το κύριο αλκαλοειδές του φυτού φαίνεται να αποτελεί τον κύριο παθογενετικό παράγοντα του συνδρόμου με μηχανισμό που μοιάζει της δηλητηρίασης από αλκαλοειδή, με τη θανατηφόρο δόση να υπολογίζεται στα 150 mg. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν ιστορικές αναφορές τόσο του συνδρόμου όπως παρουσιάζονται στην Παλαιά Διαθήκη (Εξοδος 15: 13) και αφορούν τη μαζική δηλητηρίαση των Ιουδαίων κατά την Έξοδο (επιστροφή από την Αίγυπτο στη Μέση Ανατολή) μετά από βρώση ορτυκίων, όσο και της χρήσης του κωνείου στην Αρχαία Ελλάδα ως μέσο θανάτωσης με χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτά του Σωκράτη και του Θηραμένη. Τέλος αναφορικά με την ασθένή μας, αυτή αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση και αλκαλοποίηση ούρων και είχε ομαλή πορεία και αποκατάσταση των CPK/AST/LDH χωρίς υποτροπή στη διάρκεια παρακολούθησης κατά τους επόμενους μήνες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ορτυκίαση αποτελεί ένα σπάνιο αίτιο ραβδομύωσης, το οποίο όμως απαντάται στη χώρα μας κυρίως στα νησιά του ανατολικού Αιγαίου και δεν πρέπει να διαφεύγει της διαφοροδιάγνωστικής προσέγγισης του κλινικού ιατρού, κατά την οποία εξέχοντα ρόλο θα πρέπει να διαδραματίζει πέραν της αντικειμενικής εξέτασης και του παρακλινικού ελέγχου, η ορθή λήψη ιατρικού ιστορικού.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ)

Billis AG., Kastanakis S., Giamarellou H., Daikos GK., (1971). Acute renal failure after a meal of quail. Lancet. 1971; 702

Tzanetea R., Sakellaropoulos N., Hadjopoulos N., Schina M., Rompos J., Kalotychou V., Konstantopoulos K., (2000). Nutrition borne myolysis; an uncommon cause of myolysis in Europe. Upsala J Med Sci. 2000; 105: 255-258

Tsironi M., Andriopoulos P., Xamodraka E., Defteraios S., Vassilopoulos A., Asimakopoulos G., Aessopos A., (2004). The patient with rhabdomyolysis: Have you considered quail poisoning?. Canadian Med Ass J. 2004; 171: 325-326

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA41

### **ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ DENOSUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

**Αικατερίνη Γκούφα**, Άννα Αγγελούση, Αντωνία Νεονάκη, Φανή Αθανασούλη, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο, τόσο τα διφωσφονικά όσο και το μονοκλωνικό αντίσωμα denosumab, που προσδένεται στους RANKL υποδοχείς των οστεοκλαστών και αναστέλλει τη δράση τους, έχουν χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης. Όμως τα στοιχεία που αφορούν την ασφάλεια του denosumab σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, σε συνδυασμό με χρόνια νεφρική βλάβη, είναι ελάχιστα.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής 41 ετών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (Child-Pugh C) λόγω συγγενούς ηπατικής ίνωσης, και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σταδίου IIIb, προσέρχεται λόγω σοβαρής, συμπτωματικής υπασβεστιαϊμίας έπειτα από χορήγηση denosumab. Η λοιπή αγωγή του περιελάμβανε προπρανολόλη 20 mg δυο φορές την ημέρα, φουροσεμίδη 40 mg την ημέρα, σπιρονολακτόνη 100 mg την ημέρα, cholecalciferol 25.000 IU μια φορά την εβδομάδα και alpha-calcidol 0.5 μg την ημέρα. Πριν τη χορήγηση του denosumab οι τιμές της 25-OH-βιταμίνης D, της 1,25-OH-βιταμίνης D, του ασβεστίου, του φωσφόρου και του μαγνησίου ήταν φυσιολογικές. Επτά ημέρες όμως μετά τη χορήγσή του, ο ασθενής εμφάνισε κόπωση, μυϊκές κράμπες, και περιτοματικές αιμωδίες, ενώ διαπιστώθηκε από το ΗΚΓ παράταση του QTc διαστήματος (448 msec), και τον εργαστηριακό έλεγχο τιμή διορθωμένου ασβεστίου 5.6 mg/dL.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο ασθενής εισήχθη για ΗΚΓ παρακολούθηση και διόρθωση του ασβεστίου με ενδοφλέβια χορήγηση. Η αγωγή του επίσης τροποποιήθηκε με χορήγηση cholecalciferol 100.000 IU ανά εβδομάδα και alpha-calcidol 1 μg την ημέρα. Δέκα ημέρες μετά την εισαγωγή του, μετά από εμμένουσα υπασβεστιαϊμία, και συνεχή ενδοφλέβια υποκατάσταση, ο ασθενής εμφάνισε σταδιακή αύξηση της τιμής του ασβεστίου.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Πρόκειται για το πρώτο περιστατικό ασθενή με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και προχωρημένη νεφρική νόσο, που εμφανίζει σοβαρή υπασβεστιαϊμία μετά από χορήγηση denosumab. Είναι εμφανές ότι σε αυτούς τους ασθενείς είναι πιθανά δύσκολη η θεραπεία υποκατάστασης με ασβέστιο και βιταμίνη D, υποδεικνύοντας την ανάγκη στενής παρακολούθησης των επιπέδων τους μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

## AA42

### ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Καπέλλος Γεράσιμος 1, Κατσούλη Όλγα 2, Κατσούλη Παναγιώτα 3

<sup>1</sup> ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα

<sup>2</sup> ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

<sup>3</sup> ΓΝΑ Αλεξάνδρας, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα (ΗΟ). Η ΗΟ αποτελεί χρόνια ανοσολογική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από διήθηση του βλεννογόνου του οισοφάγου από πωσινόφιλα, οδηγώντας σε δυσλειτουργία του. Αποτελεί σπάνια οντότητα, με επιπολασμό 1/10000 περιπτώσεις/έτος. Είναι συχνότερη σε άνδρες λευκής φυλής σε αναλογία με τις γυναίκες 3: 1. Προσβάλλει όλες τις ηλικίες, αλλά είναι πιο συχνή σε παιδιά και ενήλικες κάτω των 40 ετών.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 21 ετών, με ατομικό αναμνηστικό άσθματος υπό αγωγή με β2 διεγέρτη κατ' επίκληση, προσήλθε λόγω επιγαστραλγίας από μηνών, με συνοδό δυσφαγία, η οποία αφορά κυρίως τις στερεές τροφές. Ο ασθενής αναφέρει απώλεια σωματικού βάρους, λόγω αδυναμίας σίτισης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την κλινική εξέταση, αναδείχθηκε ευαισθησία κατά την επιπολής και εν τω βάθει ψηλάφηση του επιγαστρίου, χωρίς αντανάκλαση και παλίνδρομη ευαισθησία. Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, η οποία ανέδειξε εύθρυπτο βλεννογόνο του οισοφάγου, με συνοδό οίδημα και πολλαπλούς ομόκεντρους δακτυλίου. Ελήφθησαν πολλαπλές βιοψίες από όλο το μήκος του οισοφάγου, οι οποίες ανέδειξαν πωσिनοφιλικές διηθήσεις του βλεννογόνου (>15-20 πωσινόφιλα/κ. ο. π.) καθώς και από το στόμαχο - 12 δακτυλο, χωρίς πωσινοφιλικές διηθήσεις. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων και κατάποση εναιωρήματος φλουτικαζόνης. Σε επανεκτίμηση του ασθενούς, έπειτα από 2 μήνες, ο ασθενής παρουσίαζε βελτίωση της κλινικής, ενδοσκοπικής και ιστολογικής του εικόνας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ΗΟ αποτελεί μία καλοήθη νόσο, με άγνωστη, ωστόσο, πορεία. Σε ορισμένους ασθενείς, η νόσος παρουσιάζει περιόδους εξάρσεων και υφέσεων, ενώ ορισμένοι βρίσκονται σε σταθερή ύφεση μετά την εκδήλωση της νόσου. Η μακροχρόνια, χωρίς αγωγή νόσος, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αναδιαμόρφωση του οισοφάγου, οδηγώντας σε στενώσεις, δακτυλίους Schatzki και τελικά σε αχалаσία.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA43

### ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΜΕ SARS-COV2

**Γεωργία Καραμάνου**<sup>1,2</sup>, Ευανθία Μπλέτσα<sup>1,2</sup>, Παρασκευή Αυγέρου<sup>1,2</sup>, Ν. Βενέτος<sup>1,2</sup>, Μαρία Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Μαγδαληνή Μπριστιάνου<sup>1</sup>, Σταυρούλα Καλοπήτα<sup>1,2</sup>, Α. Λαναράς<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

<sup>2</sup> Κλινική Covid-19, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (TTP) ανήκει στην κατηγορία των μικροαγγειοπαθτικών αιμολυτικών αναιμιών. Το κλινικό φάσμα κυμαίνεται από ήπια, υποκλινική μορφή έως βαριά κλινική εικόνα με αιμορραγική διάθεση, θρομβώσεις μικρών αγγείων και νευρολογική σημειολογία. Εργαστηριακά, χαρακτηρίζεται από θρομβοπενία, αιμολυτική αναιμία, παρουσία σχιστοκυττάρων στο επίχρισμα περιφερικού αίματος, φυσιολογικούς χρόνους προθρομβίνης (PT) και μερικής θρομβοπλαστίνης (aPTT).

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία αφορά ασθενή με γνωστό ιστορικό αυτοανοσίας και ετερόζυγου β-μεσογειακής αναιμίας, η οποία εμφάνισε TTP κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της λόγω λοίμωξης SARS-COV-2. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί αν η λοίμωξη covid-19 συσχετίζεται με αιματολογικές επιπλοκές όπως η TTP, καθώς και οι μοριακοί μηχανισμοί που την πυροδοτούν.

#### ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟ

Γυναίκα 37 ετών, εισήχθη στην κλινική covid-19 ως επιβεβαιωμένη λοίμωξη αναπνευστικού από SARS-COV-2. Μετά από 2 εβδομάδες νοσηλείας και αφού η ασθενής ήταν κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένη, αναφέρει έντονο προκάρδιο άλγος με αντανάκλαση στη ράχη σπυθαιχικού τύπου. Κλινικώς, παρατηρούνται μικροαιμορραγίες από το ρινικό βλενογόνο και εμφάνιση εμμήνου ρύσεως δύο εβδομάδες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία. Έγινε εκ νέου πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λόγω αύξησης των d-dimers, πραγματοποιήθηκε ελικοειδής αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία απέκλεισε ενδεχόμενο πνευμονικής εμβολής. Σε επόμενο εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε επιδείνωση της προϋπάρχουσας αναιμίας, θρομβοπενία, αύξηση της LDH, με συνοδό παρουσία σχιστοκυττάρων στο επίχρισμα του περιφερικού αίματος, ωστόσο, με φυσιολογικούς χρόνους PT και aPTT και απουσία πορφυρικού εξανθήματος. Ετέθη η διάγνωση της TTP και η ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο προς περαιτέρω αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λοίμωξη covid-19 φαίνεται να συσχετίζεται με αιματολογικές διαταραχές. χωρίς να έχουν διερευνηθεί επαρκώς οι ανάλογοι μοριακοί μηχανισμοί, Πιθανώς να εμπλέκονται αντισώματα κατά του SARS-COV-2, ιδιαιτέρως σε άτομα με ιστορικό αυτοανοσίας, καθώς και οι βλάβες στο αγγειακό τοίχωμα που προκαλούνται απευθείας από τον ιό.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA44

### **ΜΠΟΡΕΙ Ο SARS-CO V-2 ΝΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΩΔΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ;**

Θ. Κασίκας, **Τριαντάφυλλη Νικολοπούλου**, Αικατερίνη Τσέλιου, Μυρτώ Κακουριώτη, Κ. Αρμένης, Χ. Μιχαηλίδης.

*Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα.*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Ως εμφυσηματώδης γαστρίτις χαρακτηρίζεται η ύπαρξη αέρα στο τοίχωμα του στομάχου. Πρόκειται για σπάνια και δυνητικά θανατηφόρο κατάσταση, που προκαλείται από Gram αρνητικά και αεριογόνα μικρόβια.

Η λοίμωξη από SARS-CoV-2 σχετίζεται με γαστρεντερικές διαταραχές λόγω της σύνδεσης της πρωτεΐνης S της ακίδας του ιού από επιθηλιακό ένζυμο ACE2 και η είσοδος στο κυτταρόπλασμα του ξενιστή. Το ένζυμο ACE2 βρίσκεται σχεδόν παντού στο πεπτικό σύστημα, ενώ επιπλέον λόγω της υπερρηπτικότητα προκαλείται τραυματισμός των αγγειακών ενδοθηλιακών κυττάρων του γαστρεντερικού.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής άρρεν, 64 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διακομίσθηκε στο νοσοκομείο μας λόγω έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας, εμπύρετου και κοιλιακού άλγους. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, εμπύρετος (38,4°C) με κορεσμό οξυγόνου 97%. Νευρολογικά παρουσίαζε CGS 10/15 ενώ από την αντικειμενική εξέταση της κοιλιάς διάχυτη ευαισθησία με περιτοναισμό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή σακχάρου αίματος (1263 mg/dl) επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (Cr 2,5 mg/dl) αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 74,4 mg/dl) και βαρεία διαβητική κετοξέωση (PO<sub>2</sub> 97 mmHg, PCO<sub>2</sub> 13,5 mmHg, pH 6,98, CHO<sub>3</sub>,2, Lac 3,6) ενώ θετικός απέβη ο μοριακός έλεγχος για SARS-CoV-2. Ο ολόσωμος απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία ανέδειξε από την κοιλία παρουσία αέρα εντός του τοιχώματος του στομάχου οπισθίως, φυσαλίδες αέρα σε μεσεντέρια αγγεία, και διάταση στομάχου, από το θώρακα διάσπαρτα διηθήματα θαμβής υάλου και ινώδη στοιχεία, και απουσία σημαντικά παθολογικών ευρημάτων από τον εγκέφαλο. Η διαβητική οξέωση αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ενυδάτωσης, διττανθρακικών και ινσουλίνης, ενώ λόγω των ευρημάτων από την κοιλία τέθηκε σε πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη και μετρονιδαζόλη. Έλαβε αγωγή για τον SARS-CoV-2 με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και τοσιλιζουμάμπη. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης με αιμοδυναμική αστάθεια και αναπνευστική ανεπάρκεια, χρειάστηκε να διασωληνωθεί και να τεθεί σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, κατέληξε όμως λίγες ώρες αργότερα λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα αναπνευστικά συμπτώματα είναι κυρίαρχα στην εκδήλωση της νόσου COVID-19 αλλά τα συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα και η προσβολή του ήπατος και του παγκρέατος είναι επίσης συχνά. Η εμφυσηματώδης γαστρίτιδα από SARS-CoV-2, περιγράφεται ως σπάνια επιπλοκή, ο ρόλος της οποίας στην πορεία και βαρύτητα της νόσου μένει να διερευνηθεί σε περισσότερες μελέτες.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA45

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΠΥΡΕΤΟ, ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ RAYNAUD ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Ευαγγελία Τζεραβίνη**, Άννα Γαρμπή, Γ. Ευαγγελάτος, Ρόζα Κολιογεώργη, Χρυσή Κολιάκη, Α. Κόκκινος, Μ. Αρβανίτης, Μαρία Τεκτονίδου

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο κλασικός ορισμός του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας περιλαμβάνει εμπύρετο πάνω από 38.3 °C σε πολλαπλές μετρήσεις, για τουλάχιστον τρεις εβδομάδες, χωρίς σαφή διάγνωση μετά από μία εβδομάδα νοσηλείας. Οι πιο συχνές αιτίες είναι κατά σειρά τα νοσήματα του συνδετικού ιστού, οι λοιμώξεις και οι κακοήθειες νόσοι, ενώ σε ένα ποσοστό ασθενών δεν ανευρίσκεται η αιτία του εμπυρέτου.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 63 ετών με ιστορικό συνδρόμου Sjögren και λοίμωξης από SARS-COV2 προ τετραμήνου, προσήλθε λόγω παρατετινόμενου εμπυρέτου από οκταμήνου, με συνοδό καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους και επιδρώσεις. Η ασθενής νοσηλεύτηκε τρεις φορές για τα ανωτέρω συμπτώματα, χωρίς την ανεύρεση σαφούς αιτίας και λαμβάνει αγωγή με πρεδνιζολόνη χωρίς εμφάνιση βελτίωσης. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε φαινόμενο Raynaud και εξάνθημα κορμού- άνω άκρων, εκθυόμενο κατά τα πυρετικά κύματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοκυττάρωση και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Από τον απεικονιστικό έλεγχο ανευρέθησαν ινωδοατελεκτατικές αλλοιώσεις στις βάσεις των πνευμόνων άμφω και οριακή ηπατομεγαλία. Από τον έλεγχο του αναπνευστικού παρατηρήθηκε επίσης σοβαρή μείωση της διαχυτικής ικανότητας των πνευμόνων. Έγινε εκτενής διερεύνηση για λοιμώδη, νεοπλασματικά και αιματολογικά νοσήματα η οποία ήταν αρνητική. Παρότι ο συνήθης ανοσολογικός έλεγχος ήταν επίσης αρνητικός, διαπιστώθηκαν θετικά αντισώματα έναντι PL12 και Ro52. Τέθηκε διάγνωση συνδρόμου αντισυνθετάσης και έλαβε αγωγή με υψηλές δόσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και κυκλοφωσφαμίδης. Παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο κατόπιν διασύνδεσης με ειδικό ρευματολογικό ιατρείο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο αντισυνθετάσης είναι ένα σπάνιο αυτοάνοσο νόσημα που μπορεί να εμφανιστεί και ως πυρετός αγνώστου αιτιολογίας. Το εμπύρετο, η διάμεση πνευμονική νόσος και το φαινόμενο Raynaud είναι τρία από τα διαγνωστικά κριτήρια. Ο συνδυασμός τους, όπως συνέβη στην ασθενή μας, θα πρέπει να θέσει την κλινική υποψία ώστε να γίνει μέτρηση των ειδικών αυτοαντισωμάτων που θα μας κατευθύνει στη διάγνωση και τη θεραπεία.

## AA46

### ΙΑΤΡΟΣ ΜΕ ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΗ ΠΟΡΦΥΡΑ ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ: ΜΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

**A. Τεντολούρης**, Ελπίδα Αθανασοπούλου, Γ. Λεγάκης, Α. Τόσκας, Μαρία Μυλωνά

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η κοιλιακή φυματίωση (Tuberculosis-TB) αποτελεί την έκτη πιο συχνή μορφή εξωπνευμονικής TB, χαρακτηρίζεται από κοκκιώματα με κεντρική νέκρωση και θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με εμπύρετη κοιλιακή δυσφορία.

Το σκορβούτο (έλλειψη βιταμίνης C) πολλές παραμένει δυνητικά θανατηφόρο -αν και σπάνιο στον ανεπτυγμένο κόσμο- με ευάλωτα σε αυτό άτομα με αλκοολισμό, νευρική ανορεξία, νόσο Crohn ή κοιλιακή TB. Σκοπός πολλές παρούσας η ανάδειξη σπάνιας περίπτωσης σκορβούτου λόγω κοιλιακής TB.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

29 χρονη Ελληνίδα ιατρός, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη στην Κλινική πολλές λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους και εμπύρετου έως 38,5°C, μη ανταποκρινόμενου στην παρακεταμόλη/ΜΣΑΦ και τη ληφθείσα από 5 ημέρου αντιβιοτική αγωγή (cefuroxime PO), καθώς και εξανθήματος κάτω άκρων από μηνός. Η διατροφή πολλές δεν περιελάμβανε φρέσκα φρούτα και λαχανικά λόγω επιδείνωσης πολλές κοιλιακής δυσφορίας. Η ασθενής ήταν εμπύρετη με διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία και μη ψηλαφητή περιθυλακική πορφύρα στα κάτω άκρα. Εργαστηριακά αναδείχθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, νορμοκυτταρική αναιμία και λεμφοπενία, ενώ δεν απομονώθηκε παθογόνο από πολλαπλές καλλιέργειες αίματος/ούρων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα βιταμίνης C μετρήθηκαν <0,5 mg/L (6-20 max) και βιταμίνη C χορηγήθηκε αμέσως PO (έλλειψη IV διαλύματος) με εξάλειψη του εξανθήματος εντός ημερών. Υποβλήθηκε σε ενδοσκοπήσεις πεπτικού χωρίς παθολογικά ευρήματα και αξονικές τομογραφίες, οι οποίες ανέδειξαν ασκίτη και οίδημα του μεσεντερίου. Η δερμοαντίδραση Mantoux μετρήθηκε 23 mm. Η καλλιέργεια ασκίτικού υγρού ήταν αρνητική για το M. Tuberculosis, πολλές και η ADA. Στη διερευνητική λαπαροτομία εντοπίστηκαν πολλαπλές συμφύσεις μεταξύ των εντερικών ελίκων και πολλές δεξιές ωοθήκης. Η ιστοπαθολογική ανάλυση ανέδειξε κοκκιώματα με κεντρική νέκρωση, η καλλιέργεια των οποίων για το M. Tuberculosis απέβη θετική. Η ασθενής ελάμβανε ήδη τετραπλή αντιφυματική αγωγή με ταχεία κλινική ανταπόκριση και παρακολούθηση στο Λοιμωξιολογικό ΕΙ.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σκορβούτο είναι σπάνιο εκτός αναπτυσσόμενου κόσμου, αλλά θα πρέπει να αναζητείται σε ασθενείς με ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, εντερική φλεγμονή ή κοιλιακή TB, η οποία μιμείται πολλές κοιλιακές παθήσεις.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA47

### ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

**Ελένη-Θεσσαλία Χαλκιά<sup>1</sup>**, Περσία-Μαρία Κούντρα<sup>2</sup>, Ελένη Κρασνίκοβα<sup>2</sup>, Π. Πεκόπουλος<sup>1</sup>, Α. Λαφιωνιάτης<sup>1</sup>, Ουρανία Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Βασιλική Σιαμπανοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Καφαλάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και <sup>2</sup> Νευρολογικό Τμήμα «Αχιλλοπούλειου» Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, Βόλος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μαννιτόλη, ως οσμωτικό διουρητικό, χρησιμοποιείται ευρέως στη νευροχειρουργική. Παρ αυτά σε in vitro μελέτες που έχουν ανακοινωθεί φαίνεται πως επιδρά δυσμενώς στην πήξη με ασαφείς μηχανισμούς, όπως επηρεασμό συσσώρευσης των αιμοπεταλίων με μειωμένη έκφραση υποδοχέων, επηρεασμένο σχηματισμό ινώδους όπως και δυσχέρεια σχηματισμού θρόμβου.

Παράλληλα η πτώση των επιπέδων του ινωδογόνου έχει συσχετισθεί με την επιδείνωση της ενδοκρανιακής αιμορραγίας και η διατήρησή επιπέδων >250 mg/ml προτείνεται θεραπευτικά, ενώ θεωρούνται και προγνωστικός δείκτης.

Παρουσιάζουμε περιστατικό διαταραχής της πήκτικότητας με πτώση του ινωδογόνου κατά τη λήψη μαννιτόλης ασθενούς με ενδοκρανιακή αιμορραγία.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Θήλυ ασθενής 80 ετών με ιστορικό υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας υπό αγωγή με τελμισαρτάνη και ροσουβαστατίνη προσεκομίσθη μετά από επεισόδιο ζάλης και πτώση φέροντας αξονική τομογραφία εγκεφάλου όπου αναδείχθηκε ενδοεγκεφαλική αιμορραγία αριστερά ινιακά με συνοδό υποσκληρίδιο αιμάτωμα αριστερά βρεγματικά. Η ασθενής τέθηκε σε αποιδηματική αγωγή με μαννιτόλη 60 ccx3, δεξαμεθαζόνη 1/2 x3 και αντιεπιληπτική αγωγή με λεβετιρακετάμη 500 mg 1 x2.

Παρά την ικανοποιητική κλινική εξέλιξη, σε εργαστηριακό επανέλεγχο διαπιστώθηκε σημαντική πτώση του Ινωδογόνου (106 mg/dl) με φυσιολογικές τις υπόλοιπες παραμέτρους όπως και το χρόνο ροής. Σε επαναληπτική αξονική εγκεφάλου παρουσίασε αντιδιαμετρικά του πρώτου, νέο ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα δεξιά μετωπιαία με ήπιο περιεστιακό οίδημα. Χορηγήθηκαν καθημερινά 2 μονάδες πλάσματος (28 μονάδες συνολικά) και διεκόπη η μαννιτόλη. Τα επίπεδα του Ινωδογόνου σταδιακά αποκαταστάθηκαν και η ασθενής εξήλθε βελτιούμενη, με καλή εξωνοσοκομειακή εξέλιξη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρακολούθηση των επιπέδων Ινωδογόνου στην εξέλιξη ενδοκρανιακής αιμορραγίας είναι χρήσιμη καθώς ανιχνεύει την επέκτασή της και η αναπλήρωση είτε με χορήγηση πλάσματος, είτε συμπυκνωμένου Ινωδογόνου συμβάλλει θεραπευτικά.

Η ενοχοποίηση της μαννιτόλης για την επιδείνωση είναι αμφιλεγόμενη καθώς έχουν ανακοινωθεί αντικρουόμενες μελέτες θρομβοελαστομετρίας και πιθανώς η θεωρούμενη δράση της να οφείλεται σε δυσμενή φυσική εξέλιξη της αιμορραγίας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA48

### ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΛΗΨΗ ΓΥΡΗΣ ΜΕΛΙΣΣΩΝ

**Βασιλική Σιαμπανοπούλου, Δ. Κουρούπης, Α. Λαφινιάτης, Ουρανία Παπαϊωάννου, Π. Πεκόπουλος, Ελένη-Θεσσαλία Χαλκιά, Α. Σαρρής, Δ. Καψαλάς**

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου « Αχιλλοπούλειο», Βόλος*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηωσινοφιλική γαστρίτιδα αποτελεί μία σπάνια φλεγμονώδη νόσο του γαστρεντερικού συστήματος. Χαρακτηρίζεται από διήθηση των στοιβάδων του τοιχώματος από ηωσινόφιλα με συνοδό περιφερική ηωσινοφιλία. Η διάγνωση τίθεται εξ αποκλεισμού άλλων αιτίων ηωσινοφιλίας και διαταραχών του πεπτικού συστήματος και επιβεβαιώνεται με βιοψία.

Αναφέρεται περίπτωση ασθενούς με ηωσινοφιλική γαστρίτιδα μετά από συστηματική λήψη γύρης μελισσών, χωρίς προηγούμενο ιστορικό αλλεργίας.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 62 ετών, με ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης, υπερτροφίας προστάτη, δυσλιπιδαιμίας, ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας και αλκοολικής ηπατοπάθειας προσέρχεται για διερεύνηση εύκολης κόπωσης και εμμένουτος κοιλιακού άλγους εντοπιζόμενο στο επιγάστριο που δεν υφίεται με τη συνήθη φαρμακευτική αγωγή. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται ωχρότητα, συστολικό φύσημα μιτροειδούς και ήπια ηπατομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hct=28,5%, Hb=9,8 g/dl, MCV=90,8 fl, MCH=30,3 pg), λευκά αιμοσφαίρια 7700 K/μl με ηωσινοφιλία (25,5%, απόλυτος αριθμός 1960 K/μl), PLT 150.000, φερριτίνη=19 ng/ml, B12=323 pg/ml, φυλλικό=9,2 ng/ml, ΤΚΕ=84 mm/h, αυξημένη IgE=264 IU/ml.. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα κοιλίας με ανάδειξη ήπιας ηπατομεγαλίας με αυξημένη ηχογένεια. Οι καλλιέργειες για κοινά εντεροπαθογόνα μικρόβια και η παρασιτολογική κοπράνων και γαστρικού υγρού ήταν αρνητικές όπως και ο ανοσολογικός έλεγχος. Ακολούθησε γαστροσκόπηση με απεικόνιση ήπιας γαστρίτιδας και βολβίτιδας και κολονοσκόπηση χωρίς ανάδειξη παθολογίας. Οι βιοψίες ανέδειξαν παρουσία 5 έως 25 και 20 έως 60 ηωσινόφιλων λευκοκυττάρων/Μ. Ο. Π βλεννογόνου του στομάχου και δωδεκαδακτύλου αντίστοιχα, ενώ στο παχύ έντερο οι φλεγμονώδεις διηθήσεις δεν ήταν αξιόλογες.

Ανατρέχοντας στο ιστορικό του ασθενούς, αναφέρθηκε η λήψη για παρατεταμένο χρονικό διάστημα σκευάσματος γύρης. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόνη 32 mg επί τρίμηνο με επακόλουθη ύφεση των συμπτωμάτων και σε ενδοσκοπική και ιστολογική επανεκτίμηση διαπιστώθηκε πλήρης ύφεση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της ηωσινοφιλικής γαστρίτιδας είναι επίπονη λόγω ατυπίας των συμπτωμάτων και ανάγκης αποκλεισμού άλλων συστηματικών νόσων με ηωσινοφιλία (συνδεδειγμένου ιστού, υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου, παρασιτώσεις, HP,..). Σημαντική βοήθεια προσφέρει η απουσία προσβολής άλλου οργάνου πέραν του γαστρεντερικού.

Η χρήση σκευασμάτων γύρης μελισσών δεν φείδεται παρενεργειών όπως φωτοευαισθησία, αλλεργικές αντιδράσεις, νεφρική επιβάρυνση μέσω ηωσινοφιλικής διάμεσης νεφρίτιδας, επιβάρυνση άσθματος, ενώ μπορεί να ενισχύσει τη δράση της βαρφαρίνης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA49

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ POST-COVID ΑΣΘΕΝΗ

**Π. Πεκόπουλος**, Α. Λαφιωνιάτης, Ουρανία Παπαϊωάννου, Ελένη-Θεσσαλία Χαλκιά, Βασιλική Σταμπανοπούλου, Δ. Κουρούπης, Χ.. Παρασκευόπουλος, Δ. Καφαλάς

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου « Αχιλλοπούλειο», Βόλος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα (Drug Induced Liver Injury-DILI) είναι μια σπάνια παρενέργεια φαρμάκων, συνήθως αντιμικροβιακών, με σοβαρές συνέπειες όπως ίκτερο, ηπατική ανεπάρκεια, ακόμη και θάνατο. Το ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και η ανεπάρκεια αντικειμενικών διαγνωστικών εργαλείων καθιστούν τη διάγνωση και τη διαχείριση ιδιαίτερα δύσκολη.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 63 ετών διακομίσθηκε στο ΓΝ Βόλου με δύσπνοια, βήχα και εμπύρετο από 48 ώρου με PCR θετικό για SARS-CoV-2. Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, σύνδρομο υπνικής άπνοιας (χρήση μάσκας CPAP), καπνιστής, υπέρβαρος με αναφερόμενο εμβολιασμό έναντι covid-19 με την 1 η δόση. Ο ασθενής διασωληνώθηκε άμεσα στο ΤΕΠ και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ-Covid. Μετά πολυήμερη νοσηλεία μεταφέρθηκε στην κλινική μας αποσωληνωμένος για αποθεραπεία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΘ, λόγω επιλοιμώξεων (αναπνευστικού, μόλυνση κεντρικής γραμμής), χορηγήθηκε πλειάδα αντιβιοτικών μεταξύ αυτών Τιγκεκυκλίνη και Φλουκοναζόλη.

Ο ασθενής αν και απύρετος παρουσίασε ίκτερο και από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκε εικόνα χολοστατικής ηπατίτιδας με τιμές SGOT-AST=396 UI/l, SGPT-ALT=461 IU/l, ALP=616 IU/l, γ-GT=2.798 IU/l, TBIL=8.8 mg/dl, DBIL=5.8 mg/dl, R=6.8 (χολοστατική βλάβη) με αρνητικό ιολογικό έλεγχο για HBV, HCV, HIV, EBV, CMV. Στο πλαίσιο διερεύνησης και με γνωστή χολολιθίαση διενεργήθηκε υπερηχογράφημα κοιλίας, αξονική τομογραφία κοιλίας και τέλος μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία από τις οποίες δεν αναδείχθηκε αίτιο χολόστασης.

Η λοίμωξη covid-19 επίσης, λόγω κυτταρόλυσης, αναφέρεται να προκαλεί αύξηση μόνο των ηπατικών ενζύμων αν και έχουν αναφερθεί περιστατικά δευτεροπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας που αποκλείσθηκε όμως από την MRCP.

Κατόπιν υπολογισμού RUCAM score= 7 (highprobability DILI) έγινε διακοπή των αντιβιώσεων και ο ασθενής παρουσίασε αργή σταδιακή βελτίωση και τελικά διακομίσθηκε σε Κέντρο Αποκατάστασης όπου και ανέρρωσε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαφοροδιάγνωση της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας είναι δύσκολη καθώς απαιτεί ενδελεχή έλεγχο. Επίσης παρατείνει τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς μιας και η βελτίωση είναι αργή.

Οι επιπλοκές της λοίμωξης COVID αφορούν σε μεγάλο ποσοστό επιλοιμώξεις και η αντιμετώπιση ανθεκτικών στελεχών κυρίως οδηγεί στην έκθεση των ασθενών στον κίνδυνο σημαντικών παρενεργειών διαφόρων αντιβιοτικών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA50

### ΤΡΑΧΕΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Βασιλική Σιαμpanοπούλου**, Ελένη-Θεσσαλία Χαλκιά, Π. Πεκόπουλος, Δ. Κουρούπης, Α. Λαφινιάτης, Ουρανία Παπαϊωάννου, Μ Μεικόπουλος, Δ. Καψαλάς

Α΄ Παθολογική Κλινική, «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο αποτελεί μία γνωστή επιπλοκή της διασωλήνωσης και σχετίζεται με επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού και αδυναμία σίτισης, με δυσμενή συχνά πρόγνωση. Αναφέρεται περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε εμμένουσα δυσκαταποσία και επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού μετά την αποσωλήνωσή της.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 54 ετών με ιστορικό κατάθλιψης και πολλαπλά επεισόδια αυτοκαταστροφής, προσεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε κωματώδη κατάσταση, έπειτα από λήψη άγνωστης ποσότητας δισκίων λοραζεπάμης. Το επίπεδο συνείδησης δεν βελτιώθηκε μετά τη χορήγηση φλουμαζενίλης, οπότε και διασωληνώθηκε, παραμένοντας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για δεκαπέντε ημέρες.

Κατά τη μεταφορά της στην Παθολογική Κλινική η ασθενής ελάμβανε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κολιστίνη λόγω ανεύρεσης στην καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων πολυανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter* και *Klebsiella*.

Στη διάρκεια της νοσηλείας της εμφάνισε παρατενόμενο εμπύρετο, δυσκαταποσία σε στερεά και υγρά και βήχα, ιδίως μετά τη σίτιση. Η ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση ανέδειξε μυκτίαση της στοματικής κοιλότητας και ερυθρότητα της αριστερής φωνητικής χορδής, ως επί τραυματισμού. Οι ακτινογραφίες θώρακος ανέδειξαν διάσπαρτα διηθήματα, ενώ οι καλλιέργειες πτυέλων επιβεβαίωσαν την παρουσία των προαναφερθέντων μικροβίων με μεταβαλλόμενη ευαισθησία στα αντιβιοτικά. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, στην οποία απεικονίστηκαν διάσπαρτα οζίδια στους πνεύμονες αμφοτερόπλευρα με κεντρολοβιδιακή εντόπιση, ως επί βρογχογενούς διασποράς λοίμωξης, καθώς και ευρεία επικοινωνία της τραχείας με τον οισοφάγο διαμέτρου 9,2 χιλιοστών. Η παρουσία του τραχειο-οισοφαγικού συριγγίου επιβεβαιώθηκε και ενδοσκοπικά με γαστροσκόπηση. Σημειώνεται ότι η ασθενής ελάμβανε νεφελοποίηση με εισπνεόμενα κορτικοειδή για περίπου 20 ημέρες. Η δημιουργία του συριγγίου αποδόθηκε στην υψηλή πίεση του ενδοτραχειακού cuff και ευοδώθηκε από την παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο θωρακοχειρουργικό κέντρο για τοποθέτηση stent.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δημιουργία τραχειο-οισοφαγικού συριγγίου μετά τη διασωλήνωση είναι μία γνωστή σπάνια επιπλοκή.

Η συχνή μέτρηση της πίεσης του ενδοτραχειακού cuff κρίνεται αναγκαία για τον περιορισμό του τραυματισμού του βλεννογόνου της τραχείας και των γύρω ιστών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA51

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΖΙΕΒΕ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ουρανία Παπαϊωάννου**, Α. Λαφιωνιάτης, Βασιλική Σιαμπανοπούλου, Δ. Κουρούπης, Π. Πεκόπουλος, Ελένη-Θεσσαλία Χαλκιά, Γ. Βατάλης, Ε. Χολή, Δ. Καψαλάς

Α΄ Παθολογική Κλινική, «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο Zieve είναι μία σπάνια πάθηση που περιγράφηκε αρχικά το 1958. Χαρακτηριστική τριάδα της νόσου αποτελούν η αιμολυτική αναιμία, ο ίκτερος και η παροδική υπερλιπιδαιμία, σε ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια. Η υπερλιπιδαιμία είναι υφέσιμη και συχνά απουσιάζει κατά την καθυστερημένη προσέλευση κίρρωτικού ασθενούς, με αποτέλεσμα υποδιάγνωση της συνδρομής.

Η παθογένεια του συνδρόμου είναι ασαφής και αποδίδεται σε μεμβρανική ερυθροκυτταρική βλάβη από: την υπερλιπιδαιμία, αυξημένα επίπεδα λυσολεικιθίνης - λυσοκεφαλίνης, αστάθεια πυρουβικής κινάσης, ακεταλδεΐδη, ανεπάρκεια βιταμίνης Ε - οξειδωση γλουταθειόνης.

Παρουσιάζουμε ασθενή με μη αντιρροπούμενη αλκοολική κίρρωση και ανάπτυξη συνδρόμου Zieve χωρίς την παρουσία υπερλιπιδαιμίας κατά την προσέλευσή του.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 48 ετών, με ιστορικό αλκοολικής κίρρωσης, προσήλθε λόγω αναιμίας. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ίκτερος, ηπατοσπληνομεγαλία και βατραχοειδής κοιλία με μετακινούμενη αμβλύτητα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε αναιμία (Ht: 13,7%, Hb: 4,9 g/dl, MCV: 122 fl) και έλλειψη Φυλλικού οξέος (FOL: 1,3 ng/ml), υπερχολερυθριναιμία εμμέσου τύπου (TBIL: 21,1 mg/dl, DBIL: 7,84 mg/dl) με αυξημένα ΔΕΚ (8,1%): οξεία αιμόλυση - και παρατεταμένο Quick (INR: 2,21), ενώ τα επίπεδα των λιπιδίων ορού ήταν φυσιολογικά.

Οι δοκιμασίες Coombs ήταν αρνητικές. Στάλθηκε πλήρης ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Οι δείκτες ηπατίτιδας ήταν αρνητικοί.

Σε υπερηχογραφικό έλεγχο αναδεικνύεται ηπατοσπληνική διόγκωση και ασκίτης, χωρίς διάταση ή απόφραξη χοληφόρων, ενδοηπατικών και εξωηπατικών..

Η θεραπεία του συνδρόμου είναι συντηρητική, με κύρια συνιστώσα τη διακοπή του οινοπνεύματος. Ο ασθενής μεταγγίστηκε με 3 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών και τέθηκε σε φυλλικό οξύ. Μετά από 15 ημέρες νοσηλείας παρουσίασε σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με υποχώρηση του ικτέρου και των ΔΕΚ, βελτίωση της αναιμίας που επιβεβαίωσαν τη διάγνωση, αλλά ο ασθενής εξήλθε οικειοθελώς.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ακόμη και χωρίς την τυπική τριάδα, το Σ. Zieve οφείλει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση ασθενών με αλκοολική κίρρωση και αιμολυτική αναιμία. Σε περιπτώσεις υποδιάγνωσης οι ασθενείς κινδυνεύουν να τεθούν σε επιβαρυντική αγωγή με κορτικοειδή καθώς η υπερχολερυθριναιμία κύρια επηρεάζει τα διάφορα score αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Η διακοπή του οινοπνεύματος επιφέρει πλήρη ύφεση του συνδρόμου.

## AA52

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Β. Πεππές**<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Πρωτοβάθμιο παθολογικό ιατρείο, Χαλκίδα

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί παράγοντα κινδύνου σοβαρής λοίμωξης COVID-19. Σκοπός της μελέτης ήταν η συσχέτιση βαρύτητας της COVID-19 με το ιστορικό ΑΥ και την αντιυπερτασική αγωγή (ΦΑ) ασθενών της κοινότητας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναδρομική μελέτη παρατήρησης N=107 περιστατικών COVID-19 στη Χαλκίδα που αντιμετωπίστηκαν σε πρωτοβάθμιο παθολογικό ιατρείο μεταξύ Ιανουαρίου - Απριλίου 2021.

Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό, η ΦΑ και η έκβαση της νόσου. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με δοκιμασίες Chi-square και ANOVA.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $47,4 \pm 15,5$  έτη. Νοσηλεία απαιτήθηκε στο 13,1% (N=14) ενώ το υπόλοιπο 86,9% (N=93) αυτών ανάρρωσε κατ' οίκον.

Ποσοστό 21,5% (N=23) είχε αναμνηστικό ΑΥ υπό ΦΑ. Η συχνότητα της ΑΥ ήταν σημαντικά υψηλότερη σε άτομα προχωρημένης ηλικίας ( $\chi^2=49,3$   $p<0,001$ , Σχήμα 1). Οι υπερτασικοί σε ΦΑ συνδυασμού είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία έναντι εκείνων σε μονοθεραπεία και των νορμοτασικών ( $p<0,001$ , Σχ.1).

Οι υπερτασικοί με COVID-19 εισήχθησαν στο νοσοκομείο και εμφάνισαν οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (ΟΑΑ) σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των νορμοτασικών ( $\chi^2=12,139$   $p<0,001$  &  $\chi^2=7,936$   $p=0,012$  αντίστοιχα, Σχ.2).

Οι υπερτασικοί σε ΦΑ συνδυασμού νοσηλεύτηκαν λόγω ΟΑΑ σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό έναντι εκείνων σε μονοθεραπεία και των νορμοτασικών ( $\chi^2=13,357$   $p=0,001$  &  $\chi^2=8,193$   $p=0,017$  αντίστοιχα, Σχ.3).

Στους υπερτασικούς με COVID-19 η αγωγή με αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ACEIs) / αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης (ARBs) δεν σχετίστηκε με συχνότερες νοσηλείες ή υψηλότερο κίνδυνο ΟΑΑ ( $\chi^2=0,14$   $p=0,907$  &  $\chi^2=1,72$   $p=0,208$  αντίστοιχα, Σχ.4).

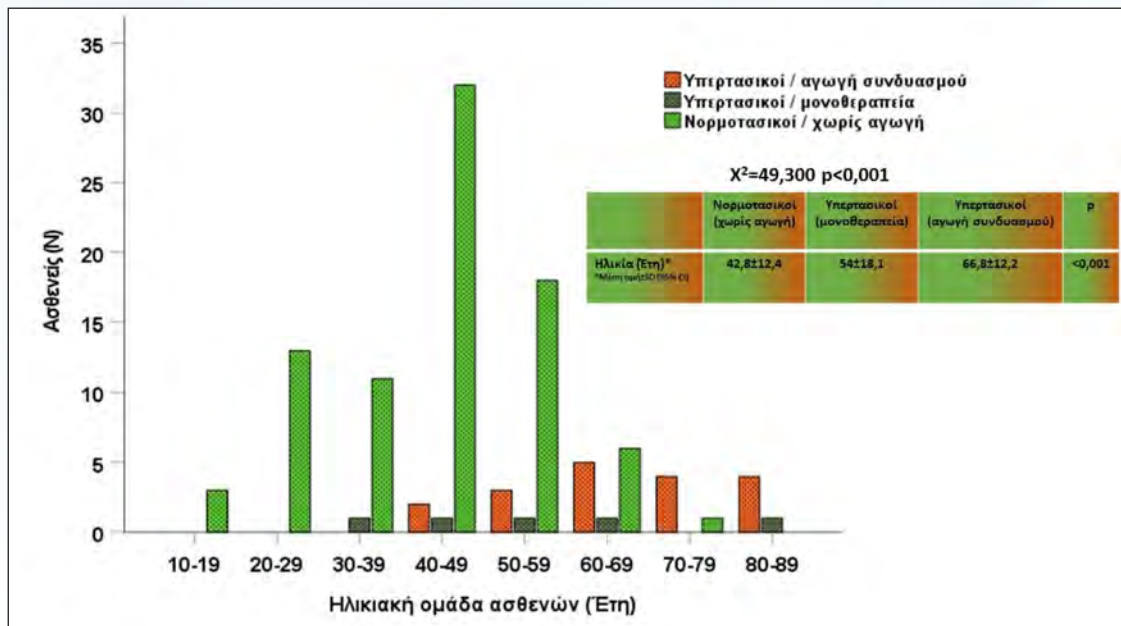
#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσία ΑΥ και το είδος της αντιυπερτασικής ΦΑ (συνδυασμός/μονοθεραπεία) σχετίζονται με τη βαρύτητα της COVID-19 σε δείγμα ασθενών της κοινότητας.

Η χρήση ACEIs / ARBs δεν συνάδει με υψηλότερη πιθανότητα νοσηλείας ή εκδήλωσης ΟΑΑ.

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

AA52

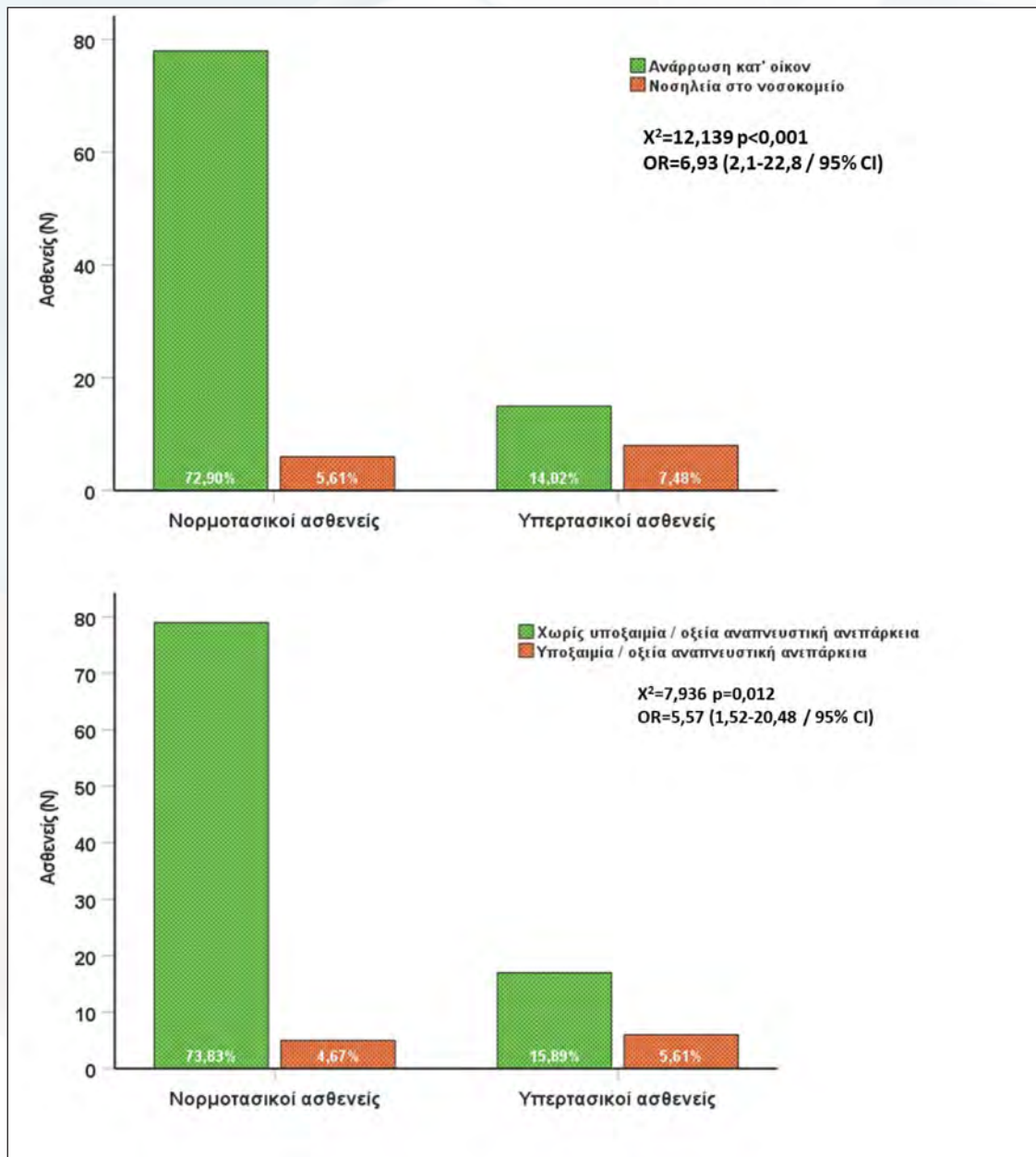


### Σχήμα 1

Η συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης αυξάνεται ανά δεκαετία ζωής. Οι υπερτασικοί σε αγωγή διπλού / τριπλού συνδυασμού είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία έναντι των υπερτασικών σε μονοθεραπεία και των νορμοτασικών ατόμων, γεγονός που συνδέεται με το στάδιο και τη διάρκεια της υπέρτασης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

AA52

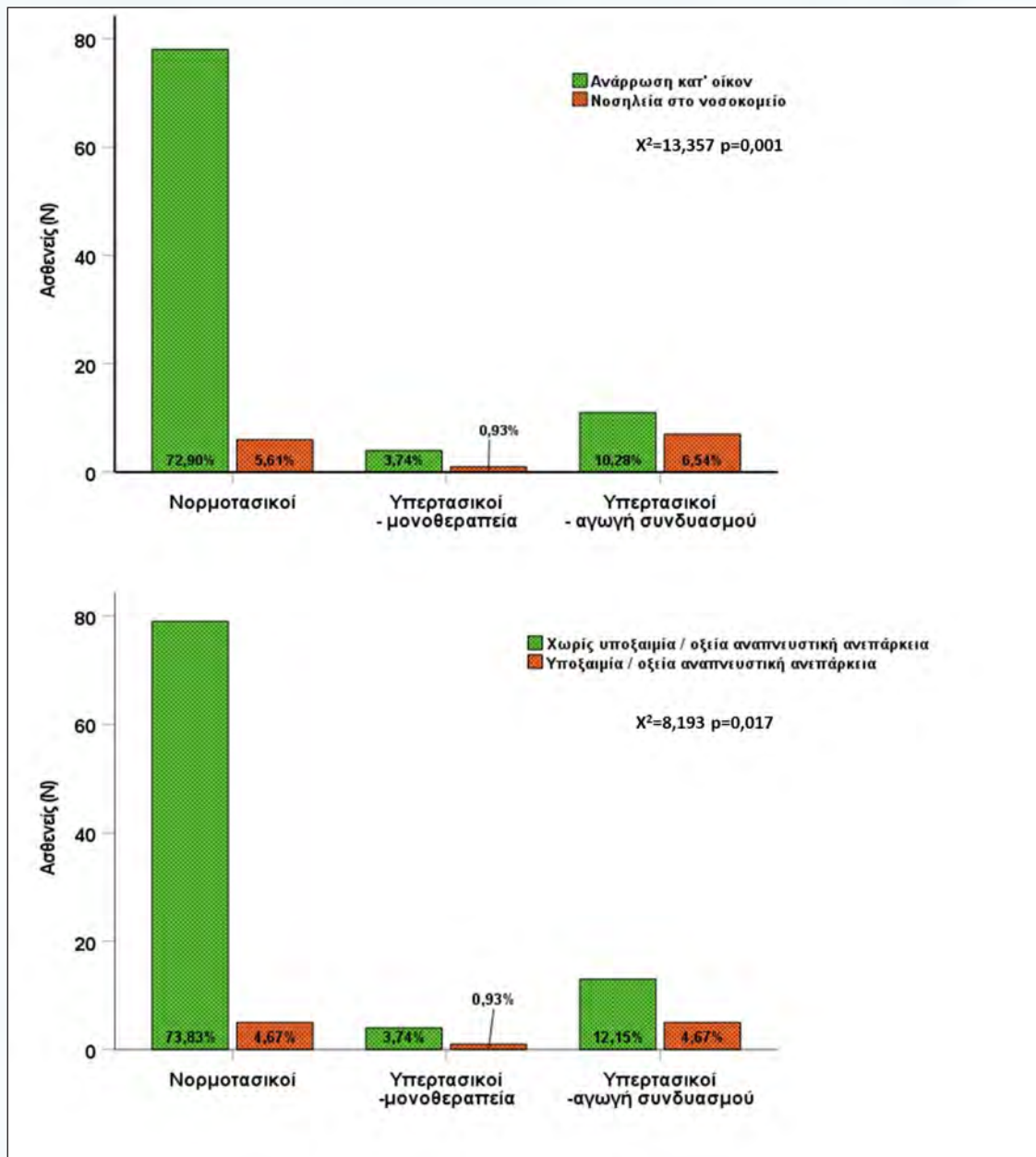


## Σχήμα 2

Η ανάγκη νοσηλείας και η εκδήλωση OAA σε έδαφος λοίμωξης COVID-19 σχετίζεται σημαντικά με την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA52



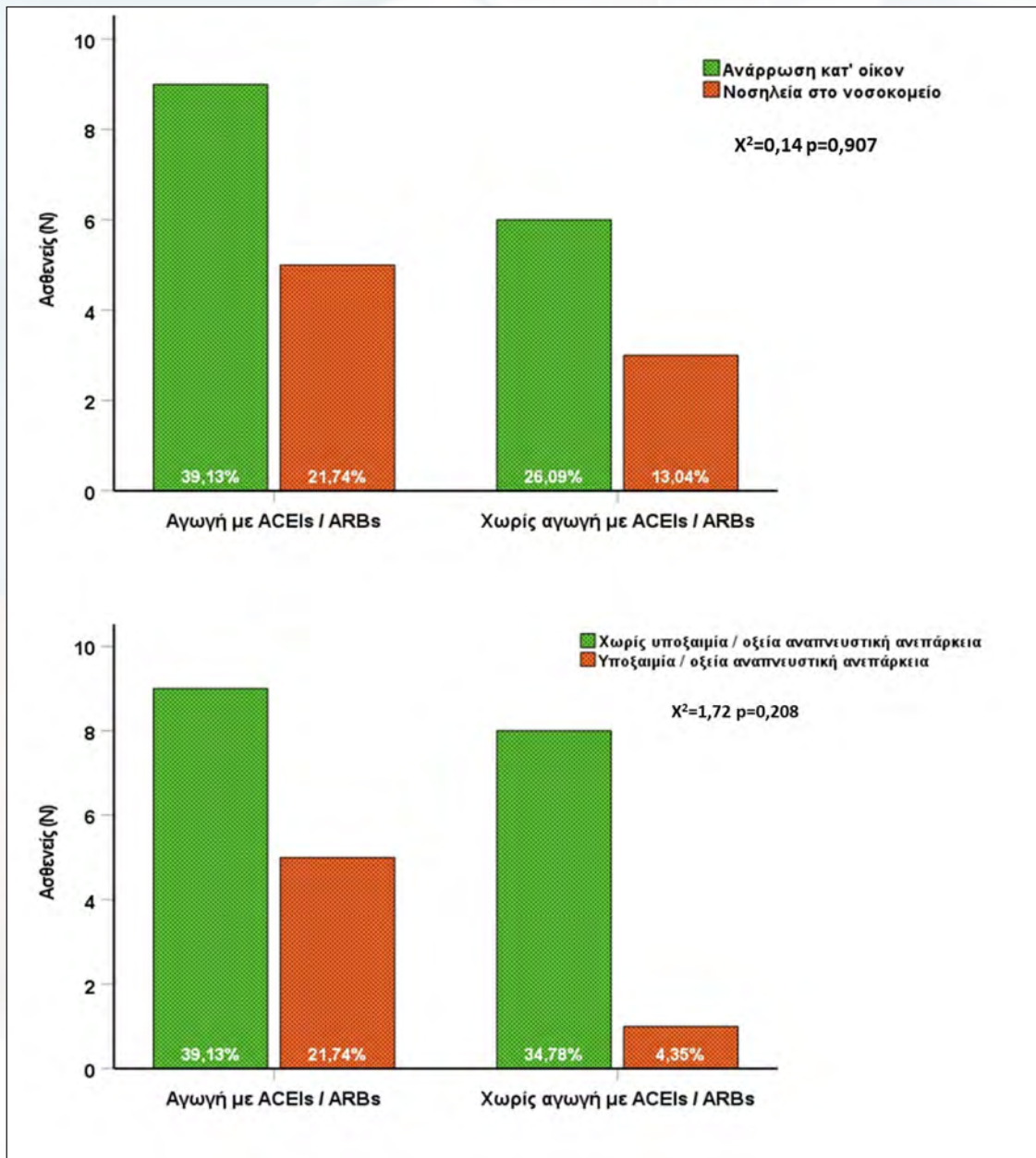
### Σχήμα 3

Η ανάγκη νοσηλείας και η εκδήλωση ΟΑΑ σε έδαφος λοίμωξης COVID-19 ήταν σημαντικά συχνότερη σε υπερτασικούς υπό αγωγή διπλού / τριπλού συνδυασμού έναντι των υπερτασικών σε μονοθεραπεία και των νορμοτασικών ατόμων.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

AA52



## Σχήμα 4

Μεταξύ υπέρτασικών ασθενών που νόσησαν από COVID-19 η χρόνια αγωγή με ACEIs / ARBs δεν συσχετίστηκε με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα νοσηλείας ή με υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ΟΑΑ.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA53

### ΣΥΛΛΟΙΜΩΣΗ COVID-19 ΚΑΙ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΑΠΟ PLASMODIUM FALCIPARUM

**Παναγιώτα Χασάπη**, Ευαγγελία Κούκου, Κωνσταντίνα Κωστάκη, Μαρία Παππά, Ν. Κτενόπουλος, Ι. Ιωαννίδης

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Καθώς η COVID-19 πανδημία βρίσκεται σε εξέλιξη παγκοσμίως, η έγκαιρη διάγνωση συλλοιμώξεων που μιμούνται την Covid-19 -εμφανιζόμενες με πυρετό, κεφαλαλγία, βήχα, κακουχία- όπως η ελονοσία, αποτελεί πρόκληση ιδιαίτερα σε μη ενδημικές περιοχές. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή με συλλοιμώση Covid-19 και ελονοσίας από *Plasmodium Falciparum* που νοσηλεύτηκε στην Covid κλινική του νοσοκομείου μας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 19 ετών, νιγηριανής καταγωγής, με ιστορικό σιδηροπενικής αναιμίας προσήλθε στα τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη εμπύρετο έως 40°C από εβδομάδος με συνοδό κεφαλαλγία, βήχα, ναυτία και κακουχία. Αναφέρει προ δεκαπενθημέρου ταξίδι στη Νιγηρία. Κατά την κλινική εξέταση ήταν εμπύρετη, ληθαργική, με ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο και ικτερική χροιά επιπεφυκικών. Η ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα, ενώ το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (WBC: 11.740 χιλ/μl), αναιμία (Hgb: 10.1 g/dl), θρομβοπενία (PLT: 25000 χιλ/μl), αυξημένα δ-διμερή (d-dimer: 3.49 mg/dl) και C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP: 298.54 mg/dl) και διαταραγμένη νεφρική λειτουργία (Cr: 1.8 mg/dl) και ηπατική βιοχημεία (AST: 191 IU/L, ALT: 143 IU/L, T. bil: 5 mg/dl, D. Bil: 3 mg/dl, LDH: 691 IU/L). Η PCR SARS COV2 ρινογαυγγικού επιχρίσματος ήταν θετική. Η ασθενής εισήχθη στην Covid κλινική. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν στείρες. Τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας συνέχιζε εμπύρετη με ναυτία, εμέτους και περαιτέρω επιδείνωση νευρολογικής και εργαστηριακής εικόνας. Με βάση το ιστορικό ζητήθηκε δοκιμασία παχιάς σταγόνας που ήταν θετική για πλασμώδια (*Pl. Falciparum*) με παρασιταιμία 4%. Στάλθηκε δείγμα για μοριακό έλεγχο που επιβεβαίωσε το αποτέλεσμα. Έγινε έναρξη αγωγής επιπλεγμένης ελονοσίας με ενδοφλέβια αρτεσουνάτη 2,4 mg/kg στις ώρες 0-12-24 και έπειτα 240 mg/d και δοξυκυκλίνη 100 mg/12 h.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Μετά την τρίτη ημέρα ενδοφλέβιας αγωγής με αρτεσουνάτη έλαβε ροσ αγωγή με αρτεμεθέρνη/λουμεφαντρίνη για 4 ημέρες. Η επαναληπτική PCR ανέδειξε εξάλειψη της παρασιταιμίας. Η ασθενής εξήλθε με οδηγίες για απομόνωση και επανεκτίμηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην εποχή της COVID-19 πανδημίας ο πυρετός σε ασθενή που έχει ταξιδέψει σε ξένη χώρα, παραμένει διαγνωστική πρόκληση και περιλαμβάνει μια ευρεία διαφορική διάγνωση. Η λήψη ενδελεχούς ιστορικού (ατομικού, ταξιδιωτικού, επιδημιολογικού) δεν πρέπει να παραλείπεται.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA54

### BERIBERI ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Νεκταρία Βασιλάκη<sup>1</sup>, Άντρια Παπαζαχαρίου<sup>2</sup>, Α. Σεκεράκ<sup>1</sup>, Ι. Αμαργιανιτάκης<sup>1</sup>, Ν. Μαζωνάκης<sup>1</sup>, Α. Τόλιας<sup>3</sup>, Ν. Κόκκινος<sup>3</sup>, Β. Βασιλόπουλος<sup>1</sup>, Μαρία Δασενάκη<sup>1</sup>, **Μαρία Σταματελάτου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική @ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο -Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτης

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

<sup>3</sup> Κέντρο Υγείας- Γενικό Νοσοκομείο -Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Beriberi, νόσος που προκαλείται από την έλλειψη της Βιταμίνης Β1 (Θειαμίνη). Χωρίζεται στην υγρή μορφή που αφορά κυρίως το καρδιαγγειακό και την ξηρή μορφή που αφορά κυρίως το νευρολογικό σύστημα. Ενώ βαρύτερες μορφές της νόσου οδηγούν στο σύνδρομο Wernicke-Korsakoff.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 80 ετών, προσέρχεται λόγω πολλαπλών επεισοδίων εμέτων και υδαρών κενώσεων με συνοδό διάχυτο κοιλιακό άλγος, αδυναμία ορθοστάτησης καθώς και δυσουρικά ενοχλήματα, από τριημέρου αρχόμενα. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, δύο επεισόδια ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και ένα επεισόδιο πνευμονικής εμβολής για τα οποία λαμβάνει κλοπιδογρέλη και ασενοκουμαρόλη. Ενώ έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή και χολοκυστεκτομή. Κατά την άφιξη της στο ΤΕΠ από την αντικειμενική εξέταση καταγράφονται: ΑΠ: 160/80 mmHg, Σφύξεις: 85/min, SpO<sub>2</sub>: 98%, Αναπνευστική συχνότητα: 16/min, Θερμοκρασία: 37οC. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται διάχυτο κοιλιακό άλγος στην εν τω βάθει ψηλάφηση. Η ασθενής είναι προσανατολισμένη σε χώρο - χρόνο, βραδυψυχική, με αδυναμία ορθοστάτησης και από την αδρή νευρολογική εξέταση διαπιστώνεται μυϊκή ισχύς άνω-κάτω άκρων 4/5, με φυσιολογικά εκλυόμενα τενόντια αντανακλαστικά. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και νεφρική ανεπάρκεια με Cr: 2,5 και U<sub>r</sub>: 117. Το US NOK αναδεικνύει απλές φλοιϊκές κύστες χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Η καλλιέργεια ούρων ανέδειξε E. Coli και η ασθενής τίθεται σε iv κεφτριαξόνη. Κατά τη νοσηλεία της και, ενώ η ασθενής παραμένει άπυρετη και αιμοδυναμικά σταθερή με βελτιούμενη εργαστηριακή εικόνα, παρατηρείται προοδευτική πτώση του επιπέδου συνείδησης και 5 ημέρες μετά την εισαγωγή της η ασθενής αφυπνίζεται δύσκολα, είναι αποπροσανατολισμένη σε χώρο, χρόνο, πρόσωπα και από την αδρή νευρολογική εξέταση διαπιστώνεται μυϊκή αδυναμία εντοπιζόμενη κυρίως στις άνω μυϊκές ομάδες των κάτω άκρων (1/5) και άνω άκρων (3/5), νωθρά εκλυόμενα τενόντια αντανακλαστικά. Για το λόγο αυτό πραγματοποιείται αξονική τομογραφία εγκεφάλου απ' όπου δεν αναδεικνύεται τι το οξυ παθολογικό. Έπειτα, πραγματοποιείται οσφυονωτιαία παρακέντηση με απουσία κυττάρων και φυσιολογικές τιμές λευκώματος. Ακολούθως, διενεργείται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το οποίο καταγράφει βραδύ ρυθμό θ ενδεικτικό διάχυτης εγκεφαλοπάθειας και ηλεκτρομυογράφημα με ευρήματα αισθητικοκινητικής πολυνευροπάθειας μικτού αξονικού/ απομυελινωτικού τύπου. Ο έλεγχος των επιπέδων Vit B1 στον ορό ήταν 12,3 μg/L (φ. τ. 33,2 - 78,6 μg/L). Τέλος ο καρδιολογικός έλεγχος με triplex καρδιάς δεν ανέδειξε επηρεασμένη καρδιακή λειτουργικότητα. Βάσει των ανωτέρω ετέθη η διάγνωση ξηρού beriberi και έγινε έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης θειαμίνης με προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας, με σημαντική βελτίωση της μυϊκής ισχύος άνω και κάτω άκρων και ταυτόχρονη βελτίωση του επιπέδου συνείδησης.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στις αναπτυγμένες χώρες η νόσος αυτή υποεκτιμάται, ωστόσο είναι υπαρκτή. Πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση περιπτώσεων ταχέως εξελισσόμενης πολυνευροπάθειας και καρδιομυοπάθειας, αφού η έγκαιρη αποκατάσταση των επιπέδων της βιταμίνης Β1 πλήρως αναστρέφει την εκάστοτε συμπτωματολογία.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA55

### ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΞΕΟΣ ΠΥΡΕΤΟΥ Q - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

N. Μαζωνάκης<sup>1</sup>, Νεκταρία Βασιλάκη<sup>1</sup>, N. Παπαδάκης<sup>1</sup>, A. Σεκεράκ<sup>1</sup>, I. Αμαργιανιτάκης<sup>1</sup>, A. Τόλιας<sup>3</sup>, N. Κόκκινος<sup>3</sup>, B. Βασιλόπουλος<sup>1</sup>, Μαρία Δασενάκη<sup>1</sup>, **Μαρία Σταματελάτου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική @ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο -Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτης

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας - Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σητείας Κρήτη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πυρετός Q αποτελεί μια ζωονόσο που προκαλείται από το βακτήριο *Coxiella burnetii*. Ο παθογόνος αυτός μικροοργανισμός έχει ως κύριο reservoir τα βοοειδή και αιγοπρόβατα και ο κύριος τρόπος μετάδοσης στον άνθρωπο είναι με εισπνοή aerosols μετά από έκθεση σε μολυσμένα ζώα ή προϊόντα τους. Συνήθως η νόσος εμφανίζεται μέσω ποικίλων κλινικών συνδρόμων, όπως οξέως με πυρετό και κεφαλαλγία, πνευμονία, μυοπερικαρδίτιδα, ηπατίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα κλπ ή χρονίως όπως ενδοκαρδίτιδα, αρθρίτιδα κλπ. Μία σχετικά σπάνια εκδήλωση της είναι η εμπύρετη λεμφαδενοπάθεια.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας, ηλικίας 63 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου (έως 39.4 ° C) από 5 ημέρου αρχόμενο, με συνοδό διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων άμφω, αρχόμενη μία ημέρα πριν την εμφάνιση του πυρετού. Κατόπιν οδηγίας ιδιώτη ιατρού είχε ξεκινήσει αγωγή με Augmentin, δύο ημέρες πριν την προσέλευσή του, χωρίς ύφεση της συμπτωματολογίας. Ο ασθενής ήταν ηλεκτρολόγος και από το ατομικό του αναμνηστικό είχε: ΣΔ2 και αρτηριακή υπέρταση. Δεν ανέφερε έκθεση σε βοοειδή ή αιγοπρόβατα, κατανάλωση μη επεξεργασμένων γαλακτοκομικών προϊόντων ή γνωστό δόγμα από κρότωνα το χρονικό διάστημα των τελευταίων εβδομάδων. Κατά την κλινική εξέταση είχε: ΑΠ: 150/80, σφ: 107/min, Sat: 95%, 16 και θερμοκρασία 38.7 ° C. Εμφάνιζε διογκωμένους, ευκίνητους, μαλακούς, θερμούς και επώδυνους κατά την ψηλάφηση λεμφαδένες υπογοναθίως και παρασφαγιτιδικά, σε αμφότερες τις πλευρές του τραχήλου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν: WBCs: 6580/μl, CRP: 15.48 mg/dl, SGOT: 71 U/L, SGPT: 103 U/L, γ-GT: 115 U/L, ALP: 121 U/L, φερριτίνη: 999.04 ng/ml και τροπονίνη θετική σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις: 0.416 ng/ml. Το ΗΚΓ και η ακτινογραφία θώρακος άνευ παθολογικών ευρημάτων. Ενώ το triplex καρδιάς ανέδειξε φυσιολογική λειτουργικότητα αρ. κοιλίας (KE=60%). Εστάλησαν καλλιέργειες ούρων και αίματος και ο ασθενής συνέχισε την αγωγή με Augmentin ενδοφλεβίως. Κατά την πορεία της νοσηλείας διενεργήθηκε U/S τραχήλου που ανέδειξε πολλαπλούς ωοειδείς λεμφαδένες καλοήθους μορφολογίας, με ήπια φλεγμονώδη αντίδραση. Το U/S κοιλίας άνευ παθολογικών ευρημάτων. Οι καλλιέργειες ούρων και αίματος δεν απομόνωσαν παθογόνο μικροοργανισμό. Ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες ήταν αρνητικός, όπως και τα αντισώματα για οξεία λοίμωξη από EBV, CMV και Toxoplasma. Μετά από 2 ημέρες νοσηλείας, συνέχιζε ο πυρετός, ενώ επιδεινώθηκε η εικόνα της λεμφαδενοπάθειας και παράλληλα εμφάνισε γενικευμένη κακουχία. Επιπλέον επιδεινώθηκαν και οι εργαστηριακοί δείκτες φλεγμονής. Στην αγωγή του προσετέθη εμπειρικά δοξυκυκλίνη με σταδιακή υποχώρηση του πυρετού και βελτίωση τόσο της λεμφαδενοπάθειας, όσο και της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας, μετά 48 ώρου. Με τεχνική ανοσοφθορισμού αναδείχθηκαν: IgG: 1/3840 και IgM: 1/100 για *C. burnetii*, ευρήματα συμβατά με ενεργή λοίμωξη. Σε 21 ημέρες επανέλαβε τον ορολογικό έλεγχο, με πτώση του τίτλου των αντισωμάτων και ευρήματα συμβατά με αποδραμούσα λοίμωξη.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ιδιαιτερότητα έγκειται στο ότι πρόκειται για περίπτωση εμπύρετης λεμφαδενοπάθειας πυρετού Q, μια ασυνήθης εκδήλωση της εν λόγω νόσου με ελάχιστες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι ότι δεν υπήρχε επιδημιολογική έκθεση του ασθενούς. Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι στη διαφοροδιάγνωση της λεμφαδενοπάθειας με πυρετό πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και ο έλεγχος για *C. burnetii*.

## AA56

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 7 ΕΤΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΝΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Ευθυμία Παππά<sup>1</sup>, Ιφιγένεια Κίκη<sup>1</sup>, Α. Ζάραγκας<sup>1</sup>, Μαγδαληνή Μαντή<sup>1</sup>, Μαρία Ζάχου<sup>2</sup>, Ευθυμία Λαλλά<sup>2</sup>, Κ. Βαρυτιμιάδης<sup>2</sup>, Χριστίνα Ζουμπούλη<sup>3</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα

<sup>3</sup> Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝΑττικής «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ», Οργανική Μονάδα «Σισμανόγλειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα (ΗΓΕ) εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων που εξαρτώνται από την εντόπιση και τον τύπο διήθησης του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα (βλεννογόνιος-μυϊκή-υπορογόνιος). Παρουσιάζεται περίπτωση εκτεταμένης ΗΓΕ που είχε διαγνωσθεί αρχικά ως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 64 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων αιτιώμενη κοιλιακό άλγος από εβδομάδος με συνοδό ναυτία. Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε αυξημένους εντερικούς ήχους. Ανέφερε επεισόδια κοιλιακών αλγών, διαταραχών των κενώσεων και ναυτίας από 7 ετίας που είχαν αποδοθεί σε ευερέθιστο έντερο για το οποίο ελάμβανε μεμπεβερίνη, ενώ ο ενδοσκοπικός έλεγχος είχε αναδείξει εκκολπώματα παχέος εντέρου, ήπια γαστρίτιδα και διαφραγματοκήλη. Το ατομικό ιστορικό περιελάμβανε δυσλιπιδαιμία και οστεοπενία υπό αγωγή με ροσουβαστατίνη και βιταμίνη D καθώς και διαλείποντα κνησμό από ετών με περιστασιακή λήψη αντιισταμινικών. Έξι εβδομάδες προ της έναρξης του πρόσφατου επεισοδίου κοιλιακού άλγους είχε λάβει την 1 η δόση εμβολίου έναντι του SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S, AstraZeneca).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε έντονη ηωσινοφιλία (4,48 Κ/μL) και αυξημένα D-διμερή (2,731 μg/L) με φυσιολογικές CRP και ΤΚΕ. Η παρασιτολογική εξέταση κοπράνων ήταν αρνητική και τα επίπεδα IgE ορού φυσιολογικά. Κολλαγονικός έλεγχος αρνητικός. Αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος του οισοφάγου και του θόλου του στομάχου, μικρή διαφραγματοκήλη και οίδημα της αγκύλης του 12 δακτύλου. Η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού ανέδειξε μικρή διαφραγματοκήλη, χωρίς μακροσκοπικές βλεννογονικές αλλοιώσεις, ενώ εκείνη του κατώτερου ανέδειξε εναλλαγές υπεραιμικού και λευκωπής χροιάς βλεννογόνου στον τελικό ειλέο. Βιοψίες βλεννογόνου από οισοφάγο, θόλο, σώμα και άντρο στομάχου, 12 δάκτυλο, τελικό ειλέο, τυφλό-ανιόν, κατιόν-σιγμοειδές και ορθό ανέδειξαν αλλοιώσεις ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας. Έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη με άμεση ύφεση του άλγους. Σε εργαστηριακό επανέλεγχο μετά από τριάντα μέρες θεραπείας παρατηρήθηκε πλήρης ομαλοποίηση των παθολογικών εξετάσεων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λόγω άτυπης κλινικής και ενδοσκοπικής εικόνας, η διάγνωση της ΗΓΕ απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας και λήψη πολλαπλών βιοψιών από όλο το μήκος του πεπτικού σωλήνα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA57

### ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΤΡΟΠΟΥ ΟΡΜΟΝΗΣ ΟΡΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

Παγώνα Γουρνά<sup>1</sup>, Ευθυμία Παππά<sup>1</sup>, Γ. Γαλάτας<sup>1</sup>, Γ. Φερετζάκης<sup>2</sup>, Ν. Τράκας<sup>3</sup>, Κ. Χριστόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Σχολή Θετικών Επιστημών και Τεχνολογίας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

<sup>3</sup> Βιοχημικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ», Οργανική Μονάδα «Σισμανόγλειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ασθενείς με COVID-19 έχουν συχνά χαμηλά επίπεδα θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH). Μελετήθηκε η προγνωστική αξία της χαμηλής TSH ορού σε νοσηλευόμενους με COVID-19 συγκριτικά με άλλους εργαστηριακούς δείκτες, όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) και τα D-διμερή (D-D).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Καταγράφηκαν οι αρχικές τιμές TSH, CRP και D-D σε 136 νοσηλευόμενους μιας κλινικής COVID-19. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με την έκβαση: Θάνατος (n=24) και Επιβίωση (n=112). Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε σύγκριση τιμών με τη μη-παραμετρική δοκιμασία KruskalWallis, σύγκριση συχνοτήτων με  $\chi^2$ -test και πολυπαραμετρική λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θάνατο και ανεξάρτητες δυαδικές κατηγορικές μεταβλητές τα χαμηλά επίπεδα TSH (75 mg/L) και τα αυξημένα επίπεδα D-D (>500 ng/mL). Η ανάλυση συμπληρώθηκε με ένα πολυεπίπεδο Νευρωνικό Δίκτυο (Multilayer Perceptron, SPSS v.27) με τρεις εισόδους (TSH/CRP/D-D) και δυο εξόδους (θάνατος/επιβίωση).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύγκριση με τους επιβίωσαντες, οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν χαμηλότερη TSH (διάμεση 0,47 v 0,70 mIU/L, p=0,023), και υψηλότερα επίπεδα CRP (90,0 v 35,9 mg/L, p=0,003) και D-D (830 v 630 ng/mL, p=0,059). Στον Πίνακα φαίνονται οι διαφορές θνητότητας ανάλογα με τα επίπεδα TSH, CRP και D-D.

#### Θνητότητα ανάλογα με τα επίπεδα TSH, CRP και D-D ορού

		Θνητότητα (%)	p
TSH (mIU/L)	0,3	42,9	0,001
	0,3 - 4,5	13,0	
CRP (mg/L)	>75	31,1	0,004
	≤75	11,0	
D-D (ng/mL)	>500	22,0	0,059
	≤500	8,9	

Η λογιστική παλινδρόμηση ανέδειξε ως σημαντικούς (p<0,01) ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες θανάτου τη χαμηλή TSH (Odds Ratio=5.8) και την υψηλή CRP (O. R.=3.7). Η προγνωστική σπουδαιότητα των TSH και CRP επιβεβαιώθηκε από την ανάλυση Νευρωνικού Δικτύου (ποσοστά σωστών προβλέψεων στα δεδομένα της δοκιμής 86,5%, κανονικοποιημένα ποσοστά σπουδαιότητας των μεταβλητών TSH, CRP, D-D: 100%, 80,2%, 56,5% αντίστοιχα).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

TSH ορού χαμηλότερη από τακατώτερα φυσιολογικά όρια αποτελεί σημαντικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα αρνητικής έκβασης σε ασθενείς με COVID-19 που εισάγονται στο νοσοκομείο.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA58

### ΟΞΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ: ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΙΚΤΗΤΟ ΑΓΓΕΙΟΙΔΗΜΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Αθανασία-Μαρίνα Περιστέρη<sup>1</sup>**, Γεωργία Ανατολιώτη<sup>2</sup>, Αναστασία Μιχαήλ<sup>2</sup>, Α. Πολύζος<sup>2</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>2</sup>, Μ. Σπελέτας<sup>1</sup>, Γ. Ν. Νταλέκος<sup>2</sup>, Καλλιόπη Ζάχου<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας και Ιατρείο Πρωτοπαθών Ανοσοανεπαρκειών Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επίκτητο αγγειοίδημα (ΕΑ) αποτελεί σπάνια διαταραχή οφειλόμενη σε επίκτητη ανεπάρκεια του αναστολέα της C1 εστεράσης. Κλινικά χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια οιδήματος σε διάφορες ανατομικές περιοχές. Σπάνια μοναδική κλινική εκδήλωση αποτελούν υποτροπιάζοντα επεισόδια κοιλιακού άλγους. Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε σε δύο περιπτώσεις ΕΑ επί εδάφους αιματολογικών κακοθειών, πρώτη κλινική εκδήλωση των οποίων αποτέλεσαν τα υποτροπιάζοντα επεισόδια κοιλιακού άλγους και η παρουσία ασκίτικης συλλογής.

#### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Ασθενής 72 ετών με πολλαπλές προσελεύσεις στο ΤΕΠ λόγω κοιλιακού άλγους και με ανάδειξη ασκίτη μη πυλαίας υπέρτασης σε ένα εκ των επεισοδίων αυτών. Με την αντικειμενική εξέταση, τον εργαστηριακό, τον απεικονιστικό και τον ενδοσκοπικό έλεγχο να αναδεικνύονται αρνητικά, αναζητηθήκαν σπανιότερα αίτια κοιλιακού άλγους και εστάλη έλεγχος που ανέδειξε απουσία C4. Ο περαιτέρω έλεγχος ανέδειξε χαμηλά επίπεδα C1 αναστολέα και C1 q, οπότε και τέθηκε η διάγνωση του ΕΑ. Προς αναζήτηση υποκείμενου αιτίου πραγματοποιήθηκε οστεομελική βιοψία και ανοσοφαινότυπος μυελού που έθεσαν τη διάγνωση του Πολλαπλού Μυελώματος.

#### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Ασθενής 45 ετών με υποτροπιάζοντα επεισόδια κοιλιακού άλγους υποδυόμενα κλινική εικόνα οξείας κοιλίας, στα πλαίσια των οποίων υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία που ανέδειξε παρουσία ασκίτικου υγρού. Από το βασικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία και παράταση PT και aPTT. Ο απεικονιστικός και ο ενδοσκοπικός έλεγχος δεν ανέδειξε αξιόλογα ευρήματα, ενώ αρνητικός αναδείχθηκε εκτεταμένος έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα. Λόγω της περιοδικότητας των επεισοδίων εστάλη έλεγχος που επίσης ανέδειξε χαμηλά επίπεδα C4, C1 q και αναστολέα C1 εστεράσης. Προς αναζήτηση υποκείμενου αιτίου πραγματοποιήθηκε οστεομελική βιοψία, ανοσοφαινότυπος μυελού και περιφερικού αίματος, με τα ευρήματα των ανωτέρω να συνηγορούν υπέρ Β non Hodgkin λεμφώματος οριακής ζώνης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΕΑ αποτελεί σπάνιο αίτιο κοιλιακού άλγους το οποίο διαλάθει της διάγνωσης. Υποκείμενα αίτια συνήθως αποτελούν αιματολογικές κακοήθειες και κυρίως non Hodgkin λεμφώματα. Οι περιπτώσεις που αναλύθηκαν υπογραμμίζουν τη σημασία υψηλού βαθμού κλινικής υποψίας και τον κομβικό ρόλο του Παθολόγου στη διάγνωση του ΕΑ.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA59

### ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟΥ

**Αντωνία Νεονάκη<sup>1</sup>**, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Δήμητρα Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Μαγδαληνή Αδάμαντου<sup>1</sup>, Σ. Βλάχος<sup>1</sup>, Π. Αβραμόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Ερμείδης<sup>1</sup>, Α. Αποστόλου<sup>1</sup>, Β. Φιλίόπουλος<sup>2</sup>, Μπόνου Μαρία<sup>3</sup>, Ι. Μπολέτης<sup>2</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) είναι μια χρόνια πολυσυστηματική φλεγμονώδης νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας. Η οξεία ηπατική προσβολή ως πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι εξαιρετικά σπάνια και τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης της ηπατικής βλάβης λιγοστά.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 36 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω ορθόπνοιας από 3 ημέρου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάταση σφαγιτίδων φλεβών, ψηλαφητό ήπαρ, ενώ από την ακρόαση πνευμόνων τρίζοντες πνευμονικών βάσεων αμφοτερόπλευρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη αναιμία, αυξημένη τιμή ΤΚΕ (135 mm/h), υπολευκωματιναιμία (1,8 g/dL), LDH (4320 U/L), οξεία ηπατική βλάβη με τρανσαμινασαιμία (AST: 4350 U/L, ALT: 5560 U/L) και παράταση του INR και σημαντική απορρύθμιση της νεφρικής λειτουργίας (GFR: 16 ml/min). Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε αυξημένο καρδιοθωρακικό δείκτη και δεξιά πλευριτική συλλογή, ενώ το υπερηχογράφημα καρδιάς μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ: 25%), κοιλιακή διάταση και ανεπάρκεια τριγλώχινιας και μιτροειδούς βαλβίδας. Ο ασθενής τέθηκε σε υποστηρικτική αγωγή με β αναστολείς και διουρητική αγωγή, με σταδιακή βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων και της καρδιακής λειτουργίας (ΚΕ: 45%) κατά τη 10<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας. Εστάλη ιολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός, ANA (1/640) και anti-dsDNA (8 IU/mL) ήταν θετικά με χαμηλά επίπεδα συμπληρώματος C3. Anti-LKM1 και ASMA ανευρέθησαν αρνητικά. Η ανάλυση των ούρων ήταν ενδεικτική σπειραματικής αιματοουρίας με ενεργό ίζημα και παρουσία σημαντικής πρωτεϊνουρίας (6,1 γρ/24 ωρο), ενώ η βιοψία νεφρού ανέδειξε διάχυτη σπειραματονεφρίτιδα με μνηοειδείς σχηματισμούς.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με τη διάγνωση της νεφρίτιδας του ΣΕΛ, ο ασθενής διεκομίσθη στο νεφρολογικό τμήμα, που έγινε έναρξη αγωγής με πρεδνιζολόνη, κυκλοφωσφαμίδη σε συνδυασμό με συνεδρίες αιμοκάθαρσης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία ηπατική βλάβη, στην κλινική μας περίπτωση, μπορεί να αποδοθεί σε ισχαιμική ηπατίτιδα στο πλαίσιο προσβολής του μυοκαρδίου από το ΣΕΛ, καθώς παρατηρήθηκε άμεση πτώση της τιμής των αμινοτρανσφερασών και της LDH με τη βελτίωση του ΚΕ, πριν την έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA60

### ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

**Αθανασία Σταματοπούλου<sup>1</sup>**, Ελένη Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Ευσταθία Παπαγεωργίου<sup>3</sup>, Φ. Χανιώτης<sup>4</sup>, Δ. Χανιώτης<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ph. D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ. Δ. Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

<sup>2</sup> PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια ΓΝΑ. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK.

<sup>3</sup> PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ).

<sup>4</sup> MD, PhD, Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ).

<sup>5</sup> MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ).

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία Covid-19 μπορεί να επηρεάσει το διατροφικό προφίλ, καθώς μπορεί να αποκτηθούν κακές διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ, με αποτέλεσμα την αύξηση των επακόλουθων κινδύνων όπως: παχυσαρκία, καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη καθώς και εκφυλιστικές ασθένειες.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση των καταναλωτικών συνθηκών πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar και PubMed με λέξεις κλειδιά: Covid-19, διατροφικές συνήθειες, αλκοόλ. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλεί στοιχεία από έρευνες και μελέτες ειδικών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι καταναλωτικές συνήθειες εν μέσω πανδημίας Covid-19 από έρευνες κατέγραψαν τροποποιημένη κατανάλωση τηγανητών τροφίμων, γλυκών τροφίμων, όσπρια, λαχανικά και φρούτα. Επιπλέον, το φύλο, τα μέλη της οικογένειας στο σπίτι, η παρακολούθηση τηλεόρασης κατά τη διάρκεια του γεύματος, η χώρα διαμονής και η εκπαίδευση της μητέρας συσχετίστηκαν ποικιλοτρόπως με την κατάλληλη διατροφή. Επιπρόσθετα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2020, ερωτήθηκαν 2.102 άτομα εκ των οποίων το 8,2% ανέφερε ότι δεν έπινε αλκοόλ, το 37,7% ανέφερε πως δεν υπήρξε μεταβολή στην κατανάλωση αλκοόλ, το 19,4% ανέφερε ότι μειώθηκε η κατανάλωση από λίγο έως πολύ, ενώ μόλις το 34,7% ανέφερε ότι έπινε περισσότερο έως πολύ περισσότερο από την αρχή της καραντίνας. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα κατέδειξε ότι ήταν παρόμοια η κατανάλωση αλκοόλ πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αναλυτικότερα, λόγω της καραντίνας η κατανάλωση αυξήθηκε, κυρίως λόγω της απομόνωσης σε ποσοστό 29,7%. Ακολούθως, το 27,5% των ερωτώμενων δήλωσε αλλαγές στην καθημερινότητα εξ αιτίας αντιμετώπισης άγχους και κατάθλιψης, ποσοστό που ανήλθε σε 13,6%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατανόηση της διατροφικής συμπεριφοράς, καθώς και της κατανάλωσης του αλκοόλ πριν και κατά τη διάρκεια του COVID-19 θα βοηθήσει τους φορείς της Δημόσιας Υγείας, στην αναδιαμόρφωση μελλοντικών πολιτικών σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες, τις διατροφικές συστάσεις τους, προετοιμαζόμενες για να υποδεχτούν μελλοντικές πανδημίες.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA61

### ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

**Ελένη Σταματοπούλου**<sup>1</sup>, Αθανασία Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Ευσταθία Παπαγεωργίου<sup>3</sup>, Φ. Χανιώτης<sup>4</sup>, Δ. Χανιώτης<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD(c), M. Sc-MPH Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, M. Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, R. N. ΓΝΑ. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

<sup>2</sup> PhD(c), Οικονομολόγος, M. Sc. Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων, M. Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα. Δ. Α.)

<sup>3</sup> PhD, Αντιπρύτανης, Καθηγήτρια, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα. Δ. Α.)

<sup>4</sup> MD, PhD, FESC, Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα. Δ. Α.)

<sup>5</sup> MD, PhD, FESC, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα. Δ. Α.)

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άσθμα επηρέασε περίπου 262 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ προκάλεσε 461.000 θανάτους. Ελάχιστες μελέτες αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο η πανδημική περίοδος COVID-19 επηρεάζει άτομα με άσθμα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση αυξημένου κινδύνου εμφάνισης νόσου SARS-COV-2 (COVID-19) σε ασθενείς με άσθμα.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar και PubMed με λέξεις κλειδιά: COVID-19, βρογχικό άσθμα. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλεί στοιχεία από έρευνες και μελέτες ειδικών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Οι ασθενείς με άσθμα θεωρούνται ευρέως ότι, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο από το COVID-19. Πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος. Η φλεγμονή, η στένωση των μικρών αεραγωγών στους πνεύμονες προκαλούν συμπτώματα άσθματος, τα οποία μπορεί να είναι οποιοσδήποτε συνδυασμός βήχα, συριγμού, δύσπνοιας και σφίξιμο στο στήθος. Στις ΗΠΑ, 24 ασθενείς με COVID-19, που εισήχθησαν σε ΜΕΘ, ως συνυπάρχουσα διαταραχή το 14% είχε άσθμα. Μελέτες αναφέρουν πως δεν υπάρχει σαφής ένδειξη ότι οι ασθενείς με άσθμα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης με SARS-CoV-2, όμως οι ασθενείς με ελεγχόμενο άσθμα μπορεί να παρουσιάσουν παρόξυνση στο πλαίσιο μιας ιογενούς λοίμωξης. Άλλη μελέτη όπου είχε ως στόχο τη σύγκριση των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας, άγχους και φόβου, ποιότητας ζωής, ποιότητας ύπνου μεταξύ ασθενών με άσθμα και υγιών ατόμων κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αναφέρεται ότι το συνολικό επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας, ήταν χαμηλότερο από τα υγιή άτομα ( $p < 0.05$ ), ενώ το ποσοστό διαταραχής του ύπνου των ασθενών με άσθμα ήταν υψηλότερο από τα υγιή άτομα ( $p < 0.05$ ). Τα άτομα με μέτριο έως σοβαρό ή ανεξέλεγκτο άσθμα είναι πιο πιθανό να νοσηλευτούν από το COVID-19. Ο επιπολασμός άσθματος σε εκείνους που νοσηλεύτηκαν με COVID-19 κυμάνθηκε από 0,3% έως 17,9%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η θεραπεία και η αποτελεσματική αντιμετώπιση του άσθματος σώζει ζωές κατά τη διάρκεια πανδημίας, ενώ οι ασθενείς με άσθμα είναι πιο ανενεργοί από τα υγιή άτομα ανεξάρτητα από την παρουσία χρόνιας νόσου.

## AA62

### ΟΡΘΗ ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ (FAST TRACK) ΩΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ

**Μαρία Καλογρίδη<sup>1</sup>**, Μαρίνα Καλογριδάκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, παρατηρείται τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα του συνωστισμού στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, που δυσχεραίνει την αποτελεσματική αντιμετώπιση των πραγματικά απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, ενώ οι αυξημένοι χρόνοι παραμονής στο χώρο του ΤΕΠ υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Κύριος στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της ακρίβειας κι ασφάλειας στη διαλογή (triage) των ασθενών αναφορικά με την τελική έκβαση της επίσκεψης στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία ενός τριτοβάθμιου Πανεπιστημιακού νοσοκομείου, όπου λειτουργεί ιατρείο διαλογής βάσει του συστήματος ταξινόμησης Emergency Severity Index (ESI), καθώς και ιατρείο ταχείας διακίνησης περιστατικών χαμηλής επικινδυνότητας (Fast Track).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελέσαν ορθοπεδικά περιστατικά ασθενών, καταγεγραμμένα στα βιβλία μητρώων ασθενών καθώς και το ηλεκτρονικό αρχείο του γραφείου κινήσεως, που προσήλθαν σε γενικές εφημερίες κατά το χρονικό διάστημα Μάιος-Ιούλιος 2021 στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ». Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με ειδική φόρμα καταγραφής. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS ver.26.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο διάστημα των 3 συνεχόμενων μηνών εξυπηρετήθηκαν από το ιατρείο Fast Track 2757 ασθενείς, ήτοι το 16,31% του συνόλου των ορθοπεδικών περιστατικών που προσήλθαν σε ημέρες γενικής εφημερίας. Από αυτούς το 89,8% (n=2477), ανήκε στην κατηγορία ESI-5, ένα ποσοστό της τάξης του 9,5% (n=262) επρόκειτο για ESI-4, με ανάγκη για έναν μόνο πόρο, ενώ μόνο το 0,65% (n=18) είχε υποεκτιμηθεί εσφαλμένα (under-triaged) κατά τη διαλογή. Από τους τελευταίους μόνο οι μισοί (0,33%, n=9) χρειάστηκε να κάνουν εν τέλει εισαγωγή στο νοσοκομείο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεραίνεται ότι η λειτουργία ιατρείου «Fast Track» στο χώρο του ΤΕΠ ενισχύει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, καθώς εξυπηρετεί αποτελεσματικά σημαντικό ποσοστό των επισκέψεων στο ΤΕΠ. Επίσης η κλίμακα διαλογής ESI παρέχει ασφάλεια και εγκυρότητα στην ταξινόμηση της σοβαρότητας των περιστατικών συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότερη διακίνηση τους.

#### ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

ΤΕΠ, ταχεία διακίνηση, ποιότητα, σύστημα διαλογής, ESI

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA63

### ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΩΝ GLP-1 ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αλεξάνδρα Ντέμκα, Αντιγόνη Μαρτίκα, Καλλιόπη Ποζουκίδου, Σοφία Σπαία

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ, Θεσσαλονίκη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ανάλογα GLP-1 αντιπροσωπεύουν μια κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 σε ενήλικες. Σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία, η προσθήκη αναλόγου GLP-1 έχει ένδειξη σε ασθενείς με αντένδειξη ή δυσανεξία στη μετφορμίνη, με υψηλή γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και ιδιαίτερα σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση, καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια νεφρική νόσο. Σε υψηλή δόση αποτελούν θεραπεία για την παχυσαρκία.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο έλεγχος του όφελους από τη χορήγηση αναλόγων GLP-1 σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (PΣΔ < 15 ml/min), με τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά. Για τον πληθυσμό αυτό υπάρχουν λίγα κλινικά δεδομένα συμφωνά με τους του φαρμάκου, καθώς και ολιγαριθμες κλινικές μελέτες.(1)

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Χορηγήθηκε ανάλογο GLP-1 σε τρεις (3) αιμοκαθαιρόμενους με ΣΔ τύπου 2 με αυτό το προφίλ. Έγινε λεπτομερής ενημέρωση των ασθενών για τα οφέλη και τους κινδύνους της χορήγησης αναλόγου GLP-1, με έμφαση στα ελλειπή στοιχεία χορήγησης του σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Προτιμήθηκε το εβδομαδιαίο σκεύασμα, για καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών.

#### Πίνακας 1. (Χαρακτηριστικά ασθενών)

	Ηλικία	BMI	HbA1c	Συννοσηρότητες
Ασθενής 1	68	30,4	11,1	Αρτηριακή Υπέρταση, Στεφανιαία νόσος, Ισχαιμικό αγγειακό επεισόδιο, Στένωση καρωτίδων
Ασθενής 2	74	28,7	9,1	Αρτηριακή Υπέρταση, Στεφανιαία νόσος, Διαβητική νευροπάθεια, Υπερπλασία προστάτη
Ασθενής 3	77	38,8	8,4	Αρτηριακή Υπέρταση, Στεφανιαία νόσος, Διαβητικό έλκος, Χρόνια κοιλιακή μαρμαρυγή, Στένωση καρωτίδων, Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για διάστημα ενός έτους και η κύρια παρενέργεια που καταγράφηκε ήταν γαστρεντερικές διαταραχές που υποχώρησαν μετά από διάστημα περίπου 2 μηνών. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μειώθηκε σημαντικά (-1,6 έως -3,3%), ενώ βελτιώθηκε η συμμόρφωση. Ο BMI παρέμεινε σταθερός, ενώ με το προηγούμενο εντατικοποιημένο σχήμα οι ασθενείς παρουσίαζαν σταδιακή αύξηση του ΒΣ. Δεν φάνηκε επίσης να επιδεινώνει τις συννοσηρότητες.

#### Πίνακας 2. (Χρονική πορεία τιμών HbA1c και αντιδιαβητικής αγωγής)

	Ημέρα 0	Ημέρα 90	Ημέρα 180	Ημέρα 270	Ημέρα 360
Ασθενής 1	11,1 Διακοπή αναστολέας ενζύμου DPP-4 + βασική ινσουλίνη	10,1 ανάλογο GLP-1 (0,75mg) + βασική ινσουλίνη	9,5 ομοίως	9,3 ανάλογο GLP-1 (1,5mg) + βασική ινσουλίνη	7,8 ανάλογο GLP-1 (1,5mg) + βασική ινσουλίνη
Ασθενής 2	9,1 Διακοπή ανάλογο ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ινσουλίνης + βασική ινσουλίνη	7,1 ανάλογο GLP-1 (0,75mg) + ανάλογο ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ινσουλίνης	6,6 ομοίως	7 ομοίως	7,2 ομοίως
Ασθενής 3	8,4 Διακοπή ανάλογο ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ινσουλίνης + βασική ινσουλίνη	7,1 ανάλογο GLP-1 (0,75mg)	7 ομοίως	6,9 ομοίως	6,8 ομοίως

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ανάλογα GLP-1 θα μπορούσαν να αποτελούν μία επιλογή στη ρύθμιση του ΣΔ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA64

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΗΛΙΑΚΗΣ ΚΝΙΔΩΣΗΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ

**Ελένη Σγουραλή<sup>1</sup>**, Γ. Χαραλάμπους<sup>2</sup>, Στεφάνια Πλουτινάκη<sup>3</sup>  
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα,, <sup>2</sup> Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, <sup>3</sup> Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ηλιακή κνίδωση συνιστά τύπο επαγόμενης φυσικής κνίδωσης μετά από έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, συχνότερα απαντώμενη σε γυναίκες, εντούτοις μπορεί να εμφανιστεί σπανιότερα και σε άρρενες. Σκοπός της εργασίας είναι η έκθεση ενδιαφέροντος περιστατικού άνδρα με ηλιακή κνίδωση.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού κνίδωσης σε άνδρα πυροδοτούμενη από τον ήλιο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άνδρας 28 ετών με παραμονή στην ηλιοφάνεια, παρουσιάζει από πενταώρου κνιδωτικό εξάνθημα στα μη-καλυπτόμενα μέρη του σώματος. Αναφερόμενη βρώση ανανά και δήγμα υμενόπτερου στη δεξιά πηκαιοκαρπική 40, 65 λεπτά αντίστοιχα προ της εμφάνισης αυτού. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται έλλειψη του ενζύμου 6-φωσφορική-δευδρογονόση-της-γλυκόζης, αμυγδαλεκτομή και σκωληκκοειδεκτομή. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται αλλεργική ρινίτιδα μητέρας και εικοσάχρονης αδελφής και θυρεοειδίτιδα Hashimoto πατέρα. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται ερυθρού χρώματος, ποικίλου μεγέθους πομφοί τραχήλου, άκρων χειρών, πήχων, κάτω τριτημορίου βραχιονίων, γονάτων και κνημών σε αποδρομή, εκδορές αριστερού μηρού και ερυθρότητα με οίδημα ραχιαίας επιφάνειας δεξιάς πηκαιοκαρπικής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν αναδुकνύονται παθολογικά ευρήματα. Στον ασθενή χορηγούνται αντισταμινικά με υποχώρηση των συμπτωμάτων και πραγματοποιείται διερεύνηση σε δεύτερο χρόνο. Το αρνητικό αποτέλεσμα της από του στόματος δοκιμασίας ελέγχου χορήγησης ανανά το αποκλείει ως αίτιο και τα δερματικά τεστ αποβαίνουν αρνητικά εκτός από αυτό στο ακτινίδιο. Ο πλήρης ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος αποβαίνει φυσιολογικός. Με βάση τα παραπάνω τίθεται η υποψία της ηλιακής κνίδωσης. Η χρήση ηλιακού εξομοιωτή αναδεικνύει χαρακτηριστικά της νόσου ευρήματα. Στον ασθενή γίνεται σύσταση για αντηλιακή προστασία, λήψη αντισταμινικών προ της ηλιακής έκθεσης και τακτική αλλεργιολογική παρακολούθηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ηλιακή κνίδωση, μη συχνό αίτιο ερυθροδερμίας στους άρρενες, πρέπει να λαμβάνει την κατάλληλη προσοχή, καθώς η έγκαιρη διάγνωση δύναται να παρέχει θεραπεία συμβάλλοντας θετικά στην ποιότητα ζωής αυτών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA65

### ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

**Ελένη Σγουραλή<sup>1</sup>**, Στεφανία Πλουτινάκη<sup>2</sup>, Γ. Χαραλάμπους<sup>3</sup>  
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Ζωγράφου, Αθήνα

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, Αθήνα

<sup>3</sup> Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ) συνιστά φλεγμονώδη νόσο του γαστρεντερικού σωλήνα, σχετιζόμενη με αυξημένο θρομβοεμβολικό κίνδυνο συχνότερα του φλεβικού δικτύου, εντούτοις δύναται να εκδηλωθεί σπανιότερα και στις αρτηρίες. Σκοπός της εργασίας είναι η έκθεση περιστατικού με εγκεφαλικό έμφρακτο επί εδάφους υποτροπής Ελκώδους Κολίτιδας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Παρουσίαση περιστατικού ΙΦΝΕ με θρομβωτικές επιπλοκές από το νευρικό σύστημα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άνδρας 52 ετών παρουσιάζει κοιλιακό άλγος, αιματηρές-διαρροϊκές κενώσεις, δεκατική πυρετική κίνηση από τριημέρου και αδυναμία αριστερού άνω και κάτω άκρου από εικοσαώρου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται Ελκώδης Κολίτιδα από εξαμήνου, υπό αγωγή, ετεροζυγωτία β-θαλασσαιμίας και γλαύκωμα δεξιού οφθαλμού. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνονται απυρεξία, ευαισθησία επιγαστρίου και αριστερού λαγόνιου βόθρου, αύξηση εντερικών ήχων και θετική -για αίμα- δακτυλική. Από τη νευρολογική εξέταση προκύπτει αριστερή ημιπάρεση, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά και σημείο Babinski αριστερά. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, ήπια θρομβοκυττάρωση, υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, υψηλούς δείκτες φλεγμονής και ήπια αύξηση ηπατικών ενζύμων. Από τη μικροσκοπική εξέταση κοπράνων προκύπτουν λευκοκύτταρα και ερυθροκύτταρα, ενώ δεν ανίχνευεται τοξίνη-A Clostridium Difficile. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου απεικονίζεται ισχαιμικό έμφρακτο δεξιού βρεγματικού λοβού. Η ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού αναδεικνύει χαρακτηριστικές της υποτροπής της Ελκώδους Κολίτιδας αλλοιώσεις. Οι καλλιέργειες αίματος και κοπράνων αποβαίνουν στείρες μικροβίων, ο ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος καθώς και ο έλεγχος καρδιάς, καρωτίδων και θρομβοφιλίας είναι φυσιολογικοί. Στον ασθενή διακόπτεται η εντερική σίτιση και άρχετε ενδοφλέβια ενυδάτωση. Γίνεται έναρξη υδροκορτιζόνης και αντιπηκτικού συντελώντας στην κλινική ύφεση και τη βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αρτηριακή θρόμβωση, μη συχνή επιπλοκή της ΙΦΝΕ, δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής καθώς η άμεση παρέμβαση μπορεί να ελαττώσει της επιπλοκές αυτής.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA66

### ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

**Σ. Βλάχος<sup>1</sup>**, Αντωνία Νεονάκη<sup>1</sup>, Π. Αβραμόπουλος<sup>1</sup>, Γεωργία Κανελλοπούλου<sup>2</sup>, Θ. Αδραχτάς<sup>2</sup>, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Μαγδαληνή Αδάμαντου<sup>1</sup>, Μαρίνα Μαντζουράνη<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκικας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> 2<sup>ο</sup> Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (TTP) είναι μια θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια που οφείλεται στη μειωμένη δραστηριότητα της πρωτεάσης ADAMTS13, υπεύθυνης για τη διάσπαση του παράγοντα Von Willebrand. Η εγκυμοσύνη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υποτροπή της. Η συνύπαρξη της TTP με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου είναι εξαιρετικά σπάνια, σύμφωνα, με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ενώ δεν περιγράφεται σαφώς παθοφυσιολογικός μηχανισμός συσχέτισής τους.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 31 ετών, με ιστορικό TTP, δρεπανοκυτταρικής νόσου και νόσου Crohnσε ύφεση, υπό αζαθειοπρίνη, προσέρχεται 4 μέρες μετά από τοκετό δια καισαρικής τομής με εικόνα θρομβοπενίας και αναιμίας. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη κατά την προσκομιδή της, ενώ δεν παρουσίαζε αιμορραγικά εξανθήματα από το δέρμα ή ενανθήματα από τους βλεννογόνους. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή θρομβοπενία (14.000 αιμοπετάλια/mL), και ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (7,7 g/dL), μαζί με αυξημένους δείκτες αιμόλυσης (LDH: 674 U/L, έμμεση χολερυθρίνη: 1,41 mg/dL, αποσφαιρίνες: 13 mg/dL). Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Λόγω υψηλής υποψίας υποτροπής TTP ελέγχθηκε η δραστηριότητα της ADAMTS13, η οποία αναδείχθηκε μειωμένη (47%). Η ασθενής ετέθη σε συστηματική αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη (125 mg x 2) και υπεβλήθη συνολικά σε 6 συνεδρίες πλασμαφαίρεσης, με σταδιακή άνοδο των τιμών των αιμοπεταλίων και ύφεση των δεικτών αιμόλυσης. Ο ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός, ενώ ουδέν παθογόνο απομονώθηκε από την καλλιέργεια κοπράνων. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων που είχε ελεγχθεί τυφλά ανεδείχθη αυξημένη (1633 μg/gr). Η ασθενής δεν εμφάνισε απώλεια αίματος από το κατώτερο πεπτικό κατά τη νοσηλεία της.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εξήλθε με τη διάγνωση της υποτροπής TTP μετά εγκυμοσύνη, με οδηγία για τακτική αιματολογική παρακολούθηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη περίπτωση υποτροπής TTP παρουσίασε ικανοποιητική απόκριση στην πρώτης γραμμής θεραπεία. Η υψηλή τιμή της καλπροτεκτίνης κοπράνων θέτει την υποψία επικείμενης υποτροπής της υποκείμενης νόσου Crohn. Οι δυο νοσηρότετες αυτές σπάνια συνυπάρχουν, ενώ δεν έχει ποτέ τεκμηριωθεί παράλληλη υποτροπή και των δυο νοσημάτων σε ασθενή.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA67

### ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ COVID19

**Π. Αβραμόπουλος**, Σ. Βλάχος, Αντωνία Νεονάκη, Μάγδα Αδάμαντου, Ι. Βέργος, Σ. Χατζηδουίδ, Δήμητρα Βλαχοπούλου, Χ. Σταφυλίδης, Νεφέλη Γιαννακοπούλου, Ελένη Βαριάμη, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αυτοάνοσες αιμολυτικές αναιμίες, πλην της θετικής δοκιμασίας της άμεσης Coombs εμφανίζουν τυπικά αύξηση των δίκτυοερυθροκυττάρων, της εμμέσου χολερυθρίνης και της LDH και ελάττωση των αποσφαιρινών. Το αυτοαντίσωμα είναι συνήθως έναντι στοιχείων των ομάδων αίματος. Σπανίως, το αυτοαντίσωμα στρέφεται πέραν των ερυθροκυττάρων και κατά αωρότερων ερυθροποιητικών προβαθμίδων, με αποτέλεσμα διαφορετική εκδήλωση της αναιμίας.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης αυτοάνοσης αναιμίας χωρίς τους τυπικούς χαρακτήρες της αιμολυτικής αναιμίας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής ηλικίας 58 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εμφάνισε εύκολη κόπωση και δύσπνοια προσπάθειας 3 ημέρες μετά την πρώτη δόση εμβολίου (mRNA) έναντι της COVID19. Εισήχθη 15 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων με βαριά ορθοκυτταρική αναιμία (Ht=17%). Η άμεση και έμμεση δοκιμασία Coombs ήταν έντονα θετικές (4+) στον πολυδύναμο και στον αντί-IgG όρο, αλλά με σχεδόν μηδενικά δικτυοερυθροκύτταρα και φυσιολογικές LDH, έμμεση χολερυθρίνη και αποσφαιρίνες. Το επίχρισμα του περιφερικού αίματος ήταν μη διαγνωστικό. Στο μυελόγραμμα η ερυθρά σειρά ήταν σχεδόν απύσα, ενώ ανευρέθησαν ολίγοι μεγαλοβλαστοειδείς προερυθροβλάστες. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μόνον οριακή σπληνομεγαλία. Ο πλήρης ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με πρεδνιζολόνη από του στόματος στη δόση του 1 mg/kg βάρους που εν συνεχεία διπλασιάστηκε λόγω μη ανταπόκρισης. 10 ημέρες από την έναρξη της αγωγής, η εικόνα της αναιμίας έλαβε χαρακτήρες αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας, με εμφάνιση μικροσφαιροκυττάρων στο περιφερικό αίμα, αύξηση των δίκτυοερυθροκυττάρων, της έμμεσης χολερυθρίνης, και της LDH και ελάττωση των αποσφαιρινών. Νέο μυελόγραμμα ανέδειξε ερυθροβλαστική αντίδραση του μυελού, συμβατή με αιμολυτική αναιμία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περιγράφεται η περίπτωση μιας ιδιαίτερης αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας, με αντίσωμα πιθανότατα και έναντι των αωρων προβαθμίδων της ερυθράς σειράς που λαμβάνει χαρακτήρες ερυθροβλαστοπενίας. Η συσχέτιση της με τον προηγθέντα εμβολιασμό, δεν μπορεί να αποδειχθεί αλλά ούτε και να αποκλειστεί. Η περίπτωση και ο τρόπος αντιμετώπισης της καταγράφονται για να εμπλουτιστεί η εμπειρία σε τυχόν παρόμοια περιστατικά.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA68

### ΠΥΡΕΤΟΣ ΩΣ ΤΟ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

**Θεοδώρα Ζορμπαλά**, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου, Παρασκευή Κατσέλη, Στυλιανή Χιώτη, Μαρία Γιαννακάκη, Νίκη Τριπύλα, Ζωή Αλεξίου

*Β΄ παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος πιο διαδεδομένος καρκίνος παγκοσμίως στις γυναίκες, με το 95% των περιπτώσεων να αναπτύσσεται εξαιτίας του ιού HPV. Συνήθως οι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικές έως τα προχωρημένα στάδια της νόσου, ενώ η διάγνωση τοποθετείται με βιοψία ύστερα από παθολογικό τεστ Παπανικολάου (ΠΑΠ). Συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς είναι η ανεξήγητη κολπική αιμορραγία, πυελικό άλγος, ή οιδήματα κάτω άκρων. Ο πυρετός είναι πολύ σπάνιο να εμφανιστεί ως το μοναδικό σύμπτωμα του συγκεκριμένου καρκίνου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 52 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω παρατετινόμενου εμπυρέτου με εφιδρώσεις από διμήνιου. Ατομικό αναμνηστικό: Ελεύθερο. Ζωτικά σημεία: αρτηριακή πίεση: 140/95 mmHg, σφύξεις: 100/min, SatO<sub>2</sub>: 96%. Αντικειμενική εξέταση: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, θρομβοκυττάρωση και αναιμία υπόχρωμη μικροκυτταρική. Από τον απεικονιστικό έλεγχο κοιλίας ανευρέθη ήπια ηπατομεγαλία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εισήχθη στην κλινική όπου της χορηγήθηκε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή χωρίς ύφεση του πυρετού. Εστάλησαν οι εξής εξετάσεις: καλλιέργειες αίματος και ούρων, ιολογικός έλεγχος, έλεγχος αναιμίας, ορμόνες θυρεοειδούς, δείκτες νεοπλασίας, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, C3, C4, εξέταση Ra, εξέταση Wright, ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών. Πραγματοποιήθηκε ο εξής έλεγχος: εξέταση Mantoux, εξέταση Quantiferon, αζονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, υπέρηχος θυρεοειδούς αδένα, ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, εξέταση PET-scan (εντόνως υπερμεταβολική αλλοίωση στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας στο ανώτερο τριτημόριο του κόλπου, εύρημα λίαν ύποπτο για κακοήθεια και δύναται να αντιπροσωπεύει πρωτοπαθή εστία), εξέταση ΠΑΠ (αδενοκαρκίνωμα με πιθανή συνυπάρχουσα πλακώδη συνιστώσα) και βιοψία (διήθηση από χαμηλής διαφοροποίησης/αδιαφοροποίητο καρκίνωμα με συμπαγές πρότυπο ανάπτυξης, με συνύπαρξη σε μικρή έκταση καλά διαφοροποιημένου αδενοκαρκινώματος). Πραγματοποιήθηκε επιπλέον γυναικολογική και πνευμονολογική εκτίμηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πυρετός ως μοναδικό σύμπτωμα του καρκίνου τραχήλου της μήτρας αποτελεί σπάνιο εύρημα, ιδιαίτερα σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Πλέον μπορεί να αγάγεται στη διερεύνηση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας προκειμένου να τοποθετείται έγκαιρη διάγνωση και, συνεπώς, θεραπεία

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA69

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΥΦΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Παρασκευή Καραμανή, Σοφία Γαλάνη, Σ. Λοϊζίδης, Χριστιάνα Χαραλάμπους, Γ. Σουρουλλάς, Μαρία Καβάση, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Τα κατάγματα των σπονδυλικών σωμάτων παρουσιάζονται συχνά σε ασθενείς με οστεοπόρωση και νεοπλασίες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κυφωτικής παραμόρφωσης της σπονδυλικής στήλης, χρόνιο άλγος, περιοριστική πνευμονοπάθεια. Η συνήθης αντιμετώπιση είναι η συντηρητική με αναλγητικά, κλινοστατισμό και εφαρμογή κηδεμόνων. Ωστόσο επί επίμονου άλγους ή σε περιπτώσεις διαφοροδιαγνωστικής δυσχέρειας συστήνεται η σπονδυλοπλαστική ή η κυφοπλαστική, τεχνικές που αποκαθιστούν τη σταθερότητα και σε κάποιες περιπτώσεις τη μορφολογία των σπονδύλων. Μία από τις επιπλοκές των παραπάνω είναι και η πνευμονική εμβολή λόγω διαφυγής του PMMA (πολυμεθακρυλικού εστέρα-οστικό τσιμέντο), στο παρασπονδυλικό φλεβικό δίκτυο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού που νοσηλεύθηκε στην παθολογική κλινική και επεπλάκει με πνευμονική εμβολή από τσιμέντο μετά από διενέργεια κυφοπλαστικής.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενής 71 ετών με ατομικό αναμνηστικό διάμεσης πνευμονοπάθειας αγνώστου αιτιολογίας, σακχαρώδη διαβήτη και με πρόσφατη κυφοπλαστική των Ο1-Ο2-Ο4 προ 2 ημέρου, προσκομίσθη στο ΤΑΕΠ αιτιώμενη δύσπνοια και γενικευμένη αδυναμία από ωρών. Κατά την αρχική εκτίμηση της ασθενούς διαπιστώθηκε αιμοδυναμική αστάθεια, παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου 1. Σε CT θώρακος-κοιλίας αναγνωρίσθηκε υπέρπυκνο υλικό σε τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας των πνευμόνων άμφω και πρόσθια διαφυγή του υφιστάμενου υλικού της κυφοπλαστικής. Η ασθενής σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά με νοραδρεναλίνη και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας όπου έλαβε θεραπεία με ηπαρίνη. Κατά τη νοσηλεία της προσκομίσθηκαν τα αποτελέσματα των βιοψιών που πάρθηκαν κατά τη διενέργεια του χειρουργείου αναδεικνύοντας πολλαπλούν μυέλωμα, ένα νόσημα το οποίο βιβλιογραφικά είναι η συχνότερη αιτία που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη επιπλοκή.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πνευμονική εμβολή με τσιμέντο από σπονδυλοπλαστική ή κυφοπλαστική είναι συνήθως ασυμπτωματική. Συμπτωματικοί ασθενείς χρήζουν αντιπηκτικής θεραπείας. Ωστόσο υπάρχουν σε εξέλιξη μελέτες για την αποσαφήνιση των κατευθυντήριων οδηγιών όσον αφορά το είδος και τη διάρκεια της θεραπείας της εν λόγω αγωγής. Όπως αναδείχθηκε από την παρουσίαση του περιστατικού τίθεται βασικός προβληματισμός σχετικά με τη σημασία του μετεγχειρητικού απεικονιστικού ελέγχου καθώς πρέπει να τίθεται ισχυρή κλινική υποψία από ιατρούς και άλλων ειδικοτήτων.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA70

### ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ: MIS-A

**Γ. Σουρουλλάς**, Αυγουστίνα Κυριάκου, Χριστιάνα Χαραλάμπους, Παρασκευή Καραμανή, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Σοφία Γαλάνη, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Σύμφωνα με το Centers Of Disease Control and Prevention (CDC), ως πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο ενηλίκων (MIS-A) ορίζεται ασθενής άνω των 21, ο οποίος πληροί τα πιο κάτω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, επί αποκλεισμού άλλων νοσημάτων:

Εμπύρετο πέραν του 24 ώρου προ της νοσηλείας και τουλάχιστον 3 από τα κατωτέρω κριτήρια εκ των οποίων ένα πρωτεύον.

Πρωτεύοντα: σοβαρή καρδιακή νόσος, εξάνθημα και μη πυώδης επιπεφυκίτιδα.

Δευτερεύοντα: νεοεμφανιζόμενα νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, καταπληξία ή ανθεκτική υπόταση, κοιλιακό άλγος, έμετοι ή διάρροιες, θρομβοπενία. Εργαστηριακά αυξημένα τουλάχιστο δύο από CRP, ΤΚΕ, φερριτίνη, IL-6, PCT και θετικό SARS-CoV-2 τεστ είτε RT-PCR, ορολογικά, ή ανεύρεση αντιγόνου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού με σύνδρομο MIS-A έπειτα από λοίμωξη με COVID-19.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκα 27 ετών ανεμβολίαστη, με υποθυρεοειδισμό, προσκομίζεται στα επείγοντα αιτιώμενη εμπύρετο έως 39 °C και συνοδό επώδυνη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια αριστερά με φαρυγγαλγία και επιγαστραλγία από 48 ώρου. Αναφέρεται προ 3 εβδομάδων ασυμπτωματική covid-19 λοίμωξη. Κλινικά διαπιστώθηκε εμπύρετο, ψηλαφητός επώδυνος, μη συμφυσώμενος, μαλακός λεμφαδένας αριστερά πρόσθια τραχηλικά. Επιπλέον, παρουσίαζε υπόσφαγμα άμφω οφθαλμών, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού και ευαισθησία επιγαστρίου. Κατά τη νοσηλεία της η ασθενής εμφάνιζε εμπύρετα έως 40 °C, μη υφιόμενα με αντιπυρετικά και διαρροϊκές κενώσεις. Την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας επιδεινώθηκε με σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, οπότε πραγματοποιήθηκε νέα αξονική με πρωτοεμφανιζόμενη πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα στις βάσεις άμφω και υπεζωκοτικές συλλογές, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και ασκτική συλλογή. Εστάλη πλήρης ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός, καθώς και SARS-Covid-19 IgG στο 990.6 AU/ML. Ενδεικτικά εργαστηριακά: CRP 286 mg/L, ESR 100 mm/h, WBC 5.36 X 10<sup>3</sup>, Hb 9.5 g/dl, MCV, MCH: κατά φύση, PLT 143 x 10<sup>3</sup>/Ml, PCT<0,5. Θεραπευτικά χορηγήθηκαν ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη και κορτιζόνη οπότε και βελτιώθηκε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τον Ιούνιο του 2020, σύμφωνα με τον CDC, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις συνδρόμου MIS σε ενήλικες. Από τα ανωτέρω τίθεται απαραίτητη η κλινική υποψία του MIS σε περιστατικά με παρόμοια συνδρομή.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA71

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΜΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

**Αυγουστίνα Κυριάκου**, Χριστίανα Χαραλάμπους, Μαρία Παντελίδου, Σ. Λοϊζίδης, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Μ. Καϊλής, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Υπονατρίαμια διαπιστώνεται σε νάτριο ορού  $< 135$  mEq/L. Είναι συχνά ασυμπτωματική, ή συνοδεύεται από κεφαλαλγία, ναυτία, σύγχυση, επιληπτικούς σπασμούς και εγκεφαλικό οίδημα. Περικαρδιακή συλλογή ορίζεται η συλλογή υγρού μεταξύ καρδιάς και περικαρδίου, με αίτια λοιμώδη κυρίως ιογενή ή μη λοιμώδη όπως νεοπλασματικά, μεταβολικά και τραυματικά.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σε ασθενή που νοσηλεύθηκε λόγω υπονατρίαμίας και διαπιστώθηκε κακοήθης περικαρδιακή συλλογή.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενής 78 ετών, με ιστορικό καρκίνου ενδομητρίου και υστερεκτομή μετά εξαρτημάτων προσκομίστηκε στα επείγοντα, λόγω αναφερόμενης αδυναμίας και σύγχυσης. Κλινικά η ασθενής ήταν συγχυτική με κλίμακα Γλασκώβης 14/15, αναπνευστικό ψιθύρισμα μειωμένο στις βάσεις και βύθιους καρδιακούς τόνους. Εργαστηριακά ανευρέθηκε Na 107 mEq/L. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε καρδιομεγαλία και άμφω πλευριτικές συλλογές και το ΗΚΓ είχε χαμηλά δυναμικά. Στο πλαίσιο διερεύνησης της υπονατρίαμίας πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα, με εικόνα κυκλοτερούς περικαρδιακής συλλογής και υπερηχογραφικές ενδείξεις καρδιακού επιπωματισμού. Η ασθενής παραπέμφθηκε στην καρδιοθωρακοχειρουργική κλινική για παρακέντηση της περικαρδιακής συλλογής και των πλευριτικών συλλογών. Η κυτταρολογική του περικαρδιακού υγρού ήταν θετική για κακοήθεια, ενώ η βιοψία του περικαρδίου ανέδειξε διήθηση περικαρδίου από θηλώδες νεόπλασμα, όπου στη διαφοροδιάγνωση τίθεται κατά πρώτο λόγο καρκίνωμα νεφρού. Το νάτριο της ασθενούς μετά την παρακέντηση του υγρού ήταν 115 mEq/L.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπονατρίαμια παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με κακοήθεια με επίπτωση 3,7%-47%. Η περικαρδιακή συλλογή θεωρείται σπάνιο αίτιο αναστρέψιμης υπονατρίαμίας. Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρος ο υποκείμενος μηχανισμός που ο επιπωματισμός οδηγεί σε υπονατρίαμια, πιθανολογείται ότι η κυκλοφορούσα αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) ενεργοποιείται λόγω αυξημένης πίεσης στους κόλπους. Εν αντίθεση με την υπονατρίαμια από σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, στην περικαρδιακή συλλογή δεν βελτιώνεται με στέρση ύδατος, αλλά επιδεινώνεται. Η παρακέντηση του υγρού διακόπτει το ερέθισμα για απελευθέρωση της ADH, αυξάνεται η διατοικωματική πίεση του δεξιού κόλπου και η έκκριση κολπικού νατριουρητικού παράγοντα (ANF) και προκαλείται μαζική διούρηση, με επακόλουθο τη διόρθωση της υπονατρίαμίας.

## AA72

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ EISENMEGER ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

**Χριστιάνα Χαραλάμπους**, Αυγουστίνα Κυριάκου, Βασιλική Βανέσα Στυλιανού, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Σοφία Γαλάνη, Γ. Σουρουλλάς, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο Eisenmenger θεωρείται σπάνια καρδιοπάθεια, χαρακτηριζόμενη από έλλειμμα, το οποίο οδηγεί σε παράκαμψη δεξιά προς αριστερά, κεντρική κυάνωση, αυξημένη αντίσταση στα πνευμονικά αγγεία και πνευμονική υπέρταση. Εγκεφαλικό απόστημα είναι τοπική ενδοκράνια λοίμωξη που προκύπτει, είτε κατά συνέχεια ιστού πχ κολποειδίτιδα, μαστοειδίτιδα, μέση ωτίτιδα, τραύμα, νευροχειρουργική επέμβαση, είτε αιματογενώς (25%) από ενδοκαρδίτιδα, οδοντικές λοιμώξεις, HIV, συγγενείς καρδιοπάθειες με παράκαμψη από δεξιά προς αριστερά όπως το σύνδρομο Eisenmenger.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σε ασθενή με σύνδρομο Eisenmenger που διεγνώσθη με πολλαπλά εγκεφαλικά αποστήματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενής 69 ετών διακομίζεται στα Επείγοντα, λόγω εμπυρέτου, κεφαλαλγίας, σύγχυσης και δυσαρθρίας από 48 ώρου. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρεται σύνδρομο Eisenmenger οφειλόμενο σε ανεγχείρητη μεσοκοιλιακή επικοινωνία, διεγλωσθείσα προ 20 ετίας, υπό οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον. Κατά την εισαγωγή η ασθενής ήταν εμπύρετη, συγχυτική, αποπροσανατολισμένη χωροχρονικά και δυσαρθρική. Παρουσίαζε αυχενική δυσκαμψία, σημεία Brudzinski (-), Kerning (+/), Babinski (-). Πραγματοποιήθηκε αξονική εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε μικρό υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Από τη γενική αίματος WBC= 17 740/μL, NEUT=81,5%, LYM=7,7%, Hb= 17,9 g/dl, INR= 1,73. Εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Πραγματοποιήθηκε MRI εγκεφάλου όπου αναδείχθηκαν πολλαπλά αποστήματα, μετωπιαία άμφω, ιδίως αριστερά και δύο δεξιά. Επιπρόσθετα, αναγνωρίστηκαν υποσκληρίδιες αποστηματικές συλλογές, προσθίως του αριστερού μετωπιαίου λοβού και παραοβελιαία αριστερά. Παραπέμφθηκε στη Νευροχειρουργική κλινική για παραχέτευση των αποστημάτων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εγκεφαλικό απόστημα αναπτύσσουν το 5-18% ασθενών με κυανωτική καρδιαγγειακή νόσο, αποτελώντας το 12,8-69,4% όλων των εγκεφαλικών αποστημάτων. Στο σύνδρομο Eisenmenger, βακτήρια εισέρχονται κατευθείαν στην εγκεφαλική κυκλοφορία, διότι εμποδίζεται η φαγοκυττάρωση της πνευμονικής κυκλοφορίας, λόγω της δεξιάς προς τα αριστερά παράκαμψης. Κυριαρχεί χρόνια υποξαιμία και υπεργλοιότητα, λόγω πολυκυτταραιμίας. Συνεπώς, ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου υποαιματώνονται και είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση για την αναγνώριση τέτοιων ασθενών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA73

### ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ

Χ. Λουκά, **Άντρεα Κύζη**, Νεδέα Ιωάννου, Έλενα Ξενοφώντος

Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι αυτόνομο νόσημα που μπορεί να εμφανιστεί με πληθώρα κλινικών εκδηλώσεων. Παθοφυσιολογικά χαρακτηρίζεται από παραγωγή αυτοαντισωμάτων και εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες 20-40 ετών. Οι πρώτες εκδηλώσεις αφορούν συνήθως στο μυοσκελετικό σύστημα, στους νεφρούς, και στο δέρμα. Η συμμετοχή του γαστρεντερικού συστήματος είναι σπάνια και συχνότερα πρόκειται για ηπατομεγαλία. Η εκδήλωση οξείας ηπατικής βλάβης είναι σπάνια και υποδηλώνει αυξημένη ενεργότητα της νόσου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ΣΕΛ, με πρώτη εκδήλωση οξεία ηπατική βλάβη.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 52 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, καπνίστρια, προσήλθε λόγω προοδευτικής αδυναμίας, εύκολης κόπωσης και απώλειας δέκα κιλών τους τελευταίους δύο μήνες. Προσκόμισε εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος ανέδειξε εικόνα οξείας ηπατικής βλάβης και ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, χωρίς διαταραχές πήξης. Εισήχθη στην παθολογική κλινική με διάγνωση οξεία ηπατική βλάβη προς διερεύνηση. Η κλινική εξέταση, ο ενδοσκοπικός και ο απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Στάλθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Κατά τη νοσηλεία εμφάνισε εμπύρετο ως 39, στάλθηκαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και χορηγήθηκε κεφταζιδίμη και βανκομυκίνη. Η ασθενής παρέμενε εμπύρετη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε υπεργαμμασφαιριναιμία και αυξημένη ΤΚΕ, ενώ οι καλλιέργειες, ο ανοσολογικός έλεγχος και η οστεομελική βιοψία δεν ανέδειξαν παθολογικό εύρημα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διενεργήθηκε βιοψία ήπατος και τέθηκε σε αγωγή με πρεδνιζολόνη 60 mg με ύφεση του πυρετού. Η βιοψία ανέδειξε έντονη φλεγμονώδη αντίδραση ως επί ηπατίτιδας στα πλαίσια ΣΕΛ. Με βάση αυτή τη διάγνωση έγινε σταδιακή μείωση κορτιζόνης και προσθήκη μυκοφαινόλης με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ οξείας ηπατίτιδας ως εκδήλωση ΣΕΛ και αυτοάνοσης ηπατίτιδας είναι δύσκολη και αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό και τον παθολογοανατόμο. Σε ασθενή με οξεία ηπατική βλάβη, και αρνητικά αυτοαντισώματα η βιοψία ήπατος θέτει τη διάγνωση.

## AA74

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΠΟ ΦΥΤΙΚΑ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ - ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Θ. Μπεμπλιδάκης<sup>1</sup>**, Ιωάννα Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Ουρανία Κώστα<sup>1</sup>, Α. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Δ. Λαμπρινός<sup>1</sup>, Αναστασία Παπαϊωάννου<sup>2</sup>, Ιωάννα Κολοβού<sup>1</sup>, Βασιλική Κουκά<sup>3</sup>, Μάγδα Μπριστιάνου<sup>4</sup>, Λεωνίδα Λαναράς<sup>4</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών @ Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης

<sup>3</sup> Κέντρο Υγείας Σχηματαρίου

<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαμίας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο προδιαβήτης σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εξέλιξης προς σακχαρώδη διαβήτη και εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Η πρόωπη αντιμετώπιση με αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να μειώσει την εξέλιξη του προδιαβήτη σε διαβήτη ή ακόμα και να οδηγήσει στην επιστροφή των τιμών της γλυκόζης σε φυσιολογικά όρια. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης του συμπληρώματος διατροφής με *Portulacaoleracea* (*Portusana*®) και τιτλοποιημένο εκχύλισμα λαδανιάς (*Cistuscreticus*) στο γλυκαιμικό προφίλ ατόμων με προδιαβήτη.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε τυχαίοποιημένα συμπλήρωμα διατροφής ή εικονικό φάρμακο, το οποίο έλαβαν μια φορά την ημέρα, ανεξαρτήτως ώρας, για 3 μήνες. Στην πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε λήψη ιστορικού, πλήρης κλινική εξέταση και μέτρηση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, καθώς και εργαστηριακός έλεγχος. Η μέτρηση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών και του εργαστηριακού ελέγχου επαναλήφθηκε στο τέλος της μελέτης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά συμμετείχαν 37 άτομα με προδιαβήτη: 20 έλαβαν το συμπλήρωμα διατροφής και 17 το εικονικό φάρμακο. Στην πρώτη επίσκεψη οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα υπό μελέτη χαρακτηριστικά. Παρατηρήθηκε μια τάση για μείωση της HbA1c στην ομάδα των ατόμων που έλαβαν το συμπλήρωμα διατροφής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (μείωση 0,13% σε σύγκριση με αύξηση 0,03%, αντίστοιχα,  $p=0,093$ ). Επίσης παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στα επίπεδα του ουρικού οξέος και της ALP στην ομάδα που έλαβαν το σκεύασμα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο σωματικό βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, στην περίμετρο μέσης και στα επίπεδα σακχάρου και ινσουλίνης νηστείας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το συμπλήρωμα διατροφής από φυτικά εκχυλίσματα φαίνεται ότι βελτιώνει το γλυκαιμικό προφίλ των ατόμων με προδιαβήτη και πιθανώς μακροπρόθεσμα να συμβάλει στη μείωση της εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA75

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟΥΣ ΣΠΑΣΜΟΥΣ

**Θ. Μπεμπλιδάκης**, Κωνσταντίνος Μαγγανάς, Αν. Τεντολούρης, Ευανθία Διακουμουπούλου, Μαρία Μυλωνά, Φωτεινή Ντζιώρα

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η φυματίωση (Tuberculosis-TB) συνιστά δυνητικά θανατηφόρα, μολυσματική νόσο, νοσοεία προσβάλει συνήθως τον πνεύμονα, αλλά δύναται να επηρεάσει και άλλα όργανα, όπως το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Το φυματιώδες απόστημα εγκεφάλου είναι σπάνιο (4-8% των TB του ΚΝΣ). Η υποψία βασίζεται στην κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα, ενώ η οριστική διάγνωση τίθεται με την απομόνωση του *Mycobacterium tuberculosis*. Σκοπός της παρούσας, η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης νεαρού ασθενούς με φυματιώδες απόστημα εγκεφάλου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας, 20 ετών, Σομαλικής καταγωγής, διαμένων στην Ελλάδα την τελευταία 3 ετία, προσήλθε με εμπύρετο έως 39 °C, αιμόπτυση από 10 ημέρου και απώλεια σωματικού βάρους έως 10 κιλών από 5 μήνου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο χωρίς παθολογικά ευρήματα, ενώ οι καλλιέργειες πτυέλων και η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν αρνητικές. Σε αξονικές θώρακος-ΑΚΚ απεικονίστηκαν διογκωμένοι μεσοθωρακικοί λεμφαδένες με κεντρική νέκρωση, ήπαρ και σπλήνας με πολλαπλά μικροαποστημάτια και ασκτική συλλογή. Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής εμφάνισε τονικοκλωνικούς σπασμούς με την αξονική εγκεφάλου να αναδεικνύει εικόνα αποστήματος πιθανώς φυματιώδους αιτιολογίας, χωρίς να καταστεί εφικτή η διενέργεια νευροχειρουργικής παρακέντησής του. Από την παρακέντηση ασκτικού υγρού, τη βρογχοσκόπηση και το EBUS δεν τέθηκε οριστική διάγνωση TB. Λόγω της υψηλής κλινικής υποψίας, του επιδημιολογικού ιστορικού του ασθενούς και με το δεδομένο θετικής Quantiferon, έγινε έναρξη τετραπλής αντιφυματικής αγωγής μαζί με υψηλή δόση κορτικοστεροειδών ως επί TB ΚΝΣ. Ο ασθενής εξήλθε σημαντικά βελτιωμένος μετά 1 μήνα συνεχίζοντας την παρακολούθησή του στο ΕΙ Λοιμώξεων της Κλινικής μας, με προβλεπόμενη διάρκεια αγωγής 12 μήνες.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διαφοροδιάγνωση του φυματιώδους αποστήματος εγκεφάλου από το φυμάτωμα εγκεφάλου αποτελεί σημαντική πρόκληση, με τα δεύτερα να χαρακτηρίζονται κυρίως από τις πολλαπλές εστίες στην απεικόνιση εγκεφάλου. Η παρακέντηση της βλάβης είναι μια επικίνδυνη διαδικασία, πολλές φορές μη εφικτή και για το λόγο αυτό η απόφαση για θεραπεία θα μπορούσε σε ορισμένες περιπτώσεις να βασιστεί στην κλινική εικόνα και το επιδημιολογικό ιστορικό, λαμβάνοντας εκ του αποτελέσματος υπόψιν και το θεραπευτικό κριτήριο.



## AA76

### ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΜΕ ΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ 10 ΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστασία-Μαρία Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Άννα Μποτσακάρια<sup>1</sup>, Ρ. Μπεγκόλλι<sup>1</sup>, Π. Χρηστίδης<sup>2</sup>, Σοφία Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Μαρία Μαυρίδου<sup>2</sup>, Αναστασία Μπλιούμη<sup>1</sup>, **Σ. Τσοτουλίδης<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής, <sup>2</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο ΣΔ ευθύνεται για αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου, της οποίας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου είναι και η δυσλιπιδαιμία. Μελέτες έχουν δείξει σχέση της ανεπάρκειας Β12 με διαταραχή του μεταβολισμού των λιπιδίων. Υψηλό ποσοστό διαβητικών τ2, ειδικά όσοι λαμβάνουν μετφορμίνη για μακρό χρονικό διάστημα, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα Β12. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συσχέτιση των επιπέδων της Β12 με τις τιμές των λιπιδίων και την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναζητήθηκαν ασθενείς του διαβητολογικού ιατρείου του ΓΝ Χαλκιδικής και του ΚΥ Κασσανδρείας. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, ο BMI, η διάρκεια του διαβήτη, η HbA1c%, η Β12, τα λιπίδια και εκτιμήθηκε ο 10 ετής κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο βάσει του ASCVD Risk Estimator (Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολόγων). Ως ανεπάρκεια Β12 ορίστηκε τιμή <180 pg/mL. Με βάση την τιμή της Β12 οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, ομάδα 1 με ανεπάρκεια Β12, ομάδα 2 με τιμές 180-450 και ομάδα 3 με Β12>450 pg/ml.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 158 ασθενείς (27,8% άνδρες). Ανεπάρκεια Β12 εμφάνιζαν 20 ασθενείς. Το φύλο δε διέφερε σημαντικά στις 3 ομάδες ( $p=0.306$ ), ούτε το ποσοστό των ενεργών καπνιστών ( $p=0.244$ ), διέφερε όμως το ποσοστό των πρώην καπνιστών ( $p=0.026$ ) (25%, 14,9% και 33,3% αντίστοιχα). Οι τιμές χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων, HDL, LDL, χοληστερίνης/HDL δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά στις 3 ομάδες. Ο δεκαετής καρδιαγγειακός κίνδυνος διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ομάδων (Kruskal-Wallis  $H=8,889$ ,  $df=2$ ,  $p=0.012$ ), με πιο αυξημένες τιμές στην ομάδα 3.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματά μας δε δείχνουν συσχέτιση χαμηλών επιπέδων της Β12 με τα λιπίδια σε συμφωνία με αναφορές της διεθνούς βιβλιογραφίας. Όσον αφορά το 10 ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο σε διαβητικούς τ2 φάνηκε ότι είναι μεγαλύτερος στην ομάδα 3, κάτι που πιθανώς να οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσοστό πρώην καπνιστών στην ομάδα αυτή. Οι χαμηλές τιμές Β12, μπορεί παθοφυσιολογικά να σχετίζονται με πιθανή εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, δεν έχει όμως αποδειχθεί κλινικά. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες, ώστε να βγουν σαφή συμπεράσματα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA77

### ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ «ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ»

**Μαγδαληνή Αδάμαντου<sup>1</sup>**, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Αντωνία Νεονάκη<sup>1</sup>, Σ. Βλάχος<sup>1</sup>, Π. Αβραμόπουλος<sup>1</sup>, Α. Αποστόλου<sup>1</sup>, Παναγιώτα Κατσιμπούρα<sup>1</sup>, Δήμητρα Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Σταφυλίδης<sup>1</sup>, Σταυρούλα Συριοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Χατζηδουίδ<sup>1</sup>, Φανή Αθανασούλη<sup>1</sup>, Χ. Βεργαδής<sup>2</sup>, Στρατηγούλα Σακελλαρίου<sup>3</sup>, Ελευθερία Λακιωτάκη<sup>3</sup>, Άννα Αγγελούση<sup>1</sup>, Μαρίνα Μαντζουράνη<sup>1</sup>, Ελένη Βαριάμη<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Λαϊκό Νοσοκομείο

<sup>3</sup> Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η υπερασβεστιαίμια είναι μία από τις όχι τόσο συχνές ηλεκτρολυτικές διαταραχές οι οποίες συναντώνται σε ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο. Στα πιο συνήθη αίτια περιλαμβάνονται οι κακοήθειες, ενώ ακολουθεί σε συχνότητα ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 74 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση και διερεύνηση υπερασβεστιαίμιας και συνοδών αλλοιώσεων ήπατος, με χαρακτήρα δευτεροπαθών εντοπίσεων, απεικονιζόμενων σε υπερηχογραφικό έλεγχο, ευρήματα τα οποία διαπιστώθηκαν κατά τον έλεγχο αδυναμίας, ανορεξίας και απώλειας βάρους. Στα πλαίσια της διερεύνησης της υπερασβεστιαίμιας διαπιστώθηκε χαμηλή τιμή παραθορμόνης και 25 υδροξυβιταμίνης D με αυξημένη τιμή 1,25 διυδροξυβιταμίνης D3 και αυξημένο ασβέστιο ούρων 24 ωρου. Το μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτενσίνης ήταν επίσης σε υψηλά επίπεδα. Σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία κοιλίας διαπιστώθηκαν πολλαπλές αλλοιώσεις ήπατος ύποπτες για δευτεροπαθείς εντοπίσεις και σπληνομεγαλία. Ακολούθησε βιοψία των οζωδών αλλοιώσεων ήπατος οι οποίες είχαν τη μορφή κοκκιωμάτων κατά την παθολογοανατομική μελέτη. Εστάλη έλεγχος Quantiferon ο οποίος ήταν αρνητικός, ενώ PCR γαστρικού υγρού, επίσης, δεν ανίχνευσε *B. Koch*. Έλεγχος για λοιπά λοιμώδη νοσήματα (*Bartonella*, *Coxiella*, *Listeria*, βρουκέλλα, λείσμανία, τοξόπλασμα, *treponema*, CMV) υπήρξε επίσης αρνητικός.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προσεκτικότερη εκτίμηση των ιστολογικών ευρημάτων με τις κατάλληλες χρώσεις ανέδειξε, τελικά, τη διήθηση του ηπατικού παρεγχύματος από λέμφωμα κυττάρων οριακής ζώνης με στοιχεία εκτροπής σε διάχυτο μεγαλοκυτταρικό Β λέμφωμα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρόκειται για ένα σπάνιο περιστατικό Β λεμφώματος με πρώτη εκδήλωση υπερασβεστιαίμιας και συνοδές κοκκιωματώδεις αλλοιώσεις ήπατος. Η παρουσία των αλλοιώσεων αυτών δυσχεραίνει τη διάγνωση του λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος καθώς μπορεί να επισκιάσει τα κακοήθη κύτταρα επηρεάζοντας, έτσι, την περαιτέρω έγκαιρη διάγνωση και σωστή διαχείριση του ασθενούς.

## AA78

### ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΜΗ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ

**Ε. Σδόγκος**<sup>1</sup>, Αγγελική Σιδέρη<sup>1</sup>, Κ. Κουτσμπασόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μπεσιτζάνος<sup>2</sup>, Π. Χ. Αυγερινός<sup>3</sup>, Ι. Βογιατζής<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

<sup>2</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου

<sup>3</sup> Πρώην Συντονιστής Διευθυντής της Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΑ Πολυκλινική και της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΑ Ευαγγελισμός

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναγνώριση προβλημάτων των εμφυτεύσιμων καρδιακών συσκευών είναι μια πρόκληση στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ειδικότερα, για τους μόνιμους εμφυτεύσιμους βηματοδότες, η δυσλειτουργία τους μπορεί να είναι κρίσιμη για τη ζωή του ασθενούς, καθώς μπορεί να μην δύνανται να αντιμετωπίσουν μια πιθανή απειλητική για τη ζωή βραδυαρρυθμία.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η καθιέρωση απλών διαγνωστικών εξετάσεων, σε ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη, που είναι δυνατόν να αξιολογηθούν από οποιοδήποτε κλινικό ιατρό, όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα ή η ακτινογραφία θώρακος, σε συνδυασμό με τις κατάλληλες κλινικές πληροφορίες, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση τέτοιων προβλημάτων.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για άνδρα 77 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, κοιλιακής μαρμαρυγής και νόσου Parkinson, υπό αγωγή, ο οποίος επισκέφθηκε το τακτικό Παθολογικό Ιατρείο για προγραμματισμένο έλεγχο. Στον ασθενή είχε εμφυτευθεί μόνιμος μονοεστιακός βηματοδότης προ οκταμήνου, λόγω συγκοπτικών επεισοδίων αποδιδόμενα σε βραδείας συχνότητας κοιλιακή μαρμαρυγή. Έκτοτε ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε διαλείπων αυτόχθων και βηματοδοτικός ρυθμός. Ωστόσο, η παρουσία μεγάλου μεγέθους βηματοδοτικών σημάτων (spikes) κινητοποίησε το θεράποντα ιατρό για περαιτέρω έλεγχο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο τακτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, όπου διαπιστώθηκε πράγματι μονοπολική βηματοδότηση, που δικαιολογούσε τα μεγάλα μεγέθους spikes. Η τοποθέτηση μαγνήτη επάνω στη γεννήτρια του βηματοδότη αποκάλυψε διαλείπουσα μαγνητική συχνότητα, ενδεικτική λανθάνουσας δυσλειτουργίας της συσκευής. Η ακτινογραφία θώρακος που ακολούθησε, συγκρινόμενη με αυτή αμέσως μετά την εμφύτευση, κατέδειξε ήπια μετατόπιση του κοιλιακού ηλεκτροδίου, η οποία αποδόθηκε βάσει του ιστορικού του σε προηγηθείσα πτώση εξ ιδίου ύψους, οφειλόμενη στη διαταραχή βάδισης του ασθενούς από το νευρολογικό του νόσημα. Η τελική διάγνωση επιβεβαιώθηκε στο Ιατρείο Βηματοδοτών μετά από έλεγχο με τον προγραμματιστή, απ' όπου και παραπέμφθηκε για επανεμφύτευση του καλωδίου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα με τη χρήση μαγνήτη, καθώς και μία ακτινογραφία θώρακα μπορεί να είναι καθοριστικά στην έγκαιρη διάγνωση της αντιμετώπισης προβλημάτων σε συσκευές βηματοδοτών, ειδικά σε συνθήκες όπου ο έλεγχος με προγραμματιστή δεν είναι άμεσα διαθέσιμος.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA79

### **ΑΝΟΣΟΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ, ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΣΗΧΘΗ ΛΟΓΩ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΓΝΩΣΘΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ**

**Μαρία Χρηστάκη**, Σ. Φίλιππος Ντεκουάν, Α. Λιόντος, Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου, Βαλεντίνη Σαμανίδου, Α. Αθανασίου, Λουίζα Γκίκα, Γ. Οικονόμου, Γ. Καλαμπόκης, Χ. Μπλιώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, είναι μια χρόνια αυτοάνοση πολυσυστηματική νόσος, που χαρακτηρίζεται από πλειάδα εκδηλώσεων.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Περιγραφή ασθενούς με ανορεξία και απώλεια βάρους σαν κύρια συμπτώματα, που εμφάνισε σοβαρή αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία δευτεροπαθή σε συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ήταν ανθεκτική στη συνήθη θεραπεία με κορτικοστεροειδή ή και στη χορήγηση ανοσοσφαιρίνης. Η ασθενής τελικώς ανταποκρίθηκε επιτυχώς στη χορήγηση ριτουξιμάμπης. Η ριτουξιμάμπη είναι χιμαιρικό μονοκλωνικό αντίσωμα κατά της πρωτεΐνης CD20 που βρίσκεται στην επιφάνεια των Β κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος.

#### **ΥΛΙΚΟ**

Γυναίκα ασθενής 55 ετών, εισήχθη λόγω ανορεξίας-απώλειας βάρους από 1,5 μήνα. Η ασθενής κλινικά είχε δεξιά τραχηλική λεμφαδενική διόγκωση και ηπατοσπληνομεγαλία. Από τα εργαστηριακά ευρήματα ανεδείχθη θρομβοπενία με θετικά αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα, λευκοπενία, λεμφοπενία, χολόσταση, χαμηλό συμπλήρωμα, θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα και εκτροπή νεφρικής λειτουργίας με 1,7 gr λεύκωμα.

#### **ΜΕΘΟΔΟΣ**

Διενεργήθη βιοψία τραχηλικού λεμφαδένος, με ιστολογικά ευρήματα υπέρ συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Λόγω της βαρείας θρομβοπενίας 3000/ μl με συνοδά συχνές ρινορραγίες έγινε έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης 1 mg/kg και ανοσοσφαιρίνης 400 mg/kg/ημερησίως για 5 ημέρες, χωρίς ανταπόκριση. Ακολούθως χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 1 mg/ημέρα για 3 διαδοχικές ημέρες και συνεχίστηκε και η πρεδνιζόνη στη δόση 1 mg/kg/ημέρα. Λόγω μη ανταπόκρισης στη χορήγηση των κορτικοστεροειδών, με σταθερά χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων και συχνά επεισόδια ρινορραγίας, χορηγήθηκε στην ασθενή ριτουξιμάμπη.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ασθενής απάντησε επιτυχώς στη χορήγηση ριτουξιμάμπης με προοδευτική αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων και βελτίωση της αναιμίας της καθώς και των υπολοίπων εργαστηριακών παραμέτρων. Λοιμώξεις ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ανέκυψαν. Δεν διενεργήθη σπληνεκτομή λόγω της ανταπόκρισης της ασθενούς.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η χορήγηση ριτουξιμάμπης αποδείχθηκε αποτελεσματική και ασφαλής στην αντιμετώπιση των ανθεκτικών και σοβαρών εκδηλώσεων του συστηματικού ερυθματώδους λύκου, όπως είναι η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA80

### ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ

Καλλιόπη Σμαίλη, Χριστίνα Σπανοπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Κωνσταντίνα Κωστάκη, Μαρία Παππά, Ι. Ιωαννίδης

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η βρουκέλλωση είναι μια ζωνόσος ενδημική σε αρκετές χώρες της Μεσογείου. Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές της νόσου όπως η ενδοκαρδίτιδα, η μυοκαρδίτιδα και η περικαρδίτιδα είναι πολύ σπάνιες (< 1%), με λίγες περιπτώσεις περικαρδίτιδας χωρίς συνυπάρχουσα ενδοκαρδίτιδα να έχουν αναφερθεί. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή με περικαρδίτιδα από βρουκέλλα, απουσία ενδοκαρδίτιδας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 65 ετών προσήλθε στα επείγοντα αιτιώμενος εμπύρετο έως 38<sup>0</sup> C, κακουχία και ναυτία. Το ιστορικό του περιλαμβάνει νεόπλασμα πνεύμονα-αριστερή λοβεκτομή, με λεμφαδενική υποτροπή υπό ανοσοθεραπεία και αρτηριακή υπέρταση. Τον τελευταίο μήνα έχει δύο νοσηλείες για εμπύρετο, όπου διαγνώστηκε με λοίμωξη αναπνευστικού και υποφυσίτιδα μετά από ανοσοθεραπεία και στη συνέχεια με οξεία περικαρδίτιδα για την οποία λαμβάνει ιβουπροφαίνη και κολχικίνη. Προ έξι εβδομάδων αναφέρει ταξίδι στη ηπειρωτική Ελλάδα και ενασχόληση με αιγοπρόβατα. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ήπιο συστολικό φύσημα στη θέση ακρόασης της μιτροειδούς και μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερής πνευμονικής βάσης. Η αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας δεν ανέδειξε ιδιαίτερα ευρήματα και το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς μικρή περικαρδιακή συλλογή. Ο μοριακός έλεγχος για COVID-19 ήταν αρνητικός, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε λευκοκυττάρωση WBC: 12000/μl, αυξημένη C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP: 128 mg/dl) και ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ: 120) και ήπια διαταραχή ηπατικής βιοχημείας. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν στείρες, ενώ από τον ανοσολογικό και ιολογικό έλεγχο προέκυψε θετική οροαντίδραση wright σε αραιώση 1/1600 και θετικά αντιβρουκελλικά αντισώματα με τίτλο 1/2650.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με τη διάγνωση της βρουκέλλωσης ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αγωγή με γενταμικίνη 5 mg/kg/24 h για επτά ημέρες και δοξυκυκλίνη 100 mg/12 h με αποτέλεσμα κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξε εκπλαστήσεις, ενώ το περικαρδιακό υγρό απορροφήθηκε πλήρως. Εξήλθε με οδηγίες για συνέχιση της δοξυκυκλίνης για πέντε εβδομάδες και επανέλεγχο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βρουκέλλωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με οξεία περικαρδίτιδα, ειδικά σε χώρες που ενδημεί η νόσος. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία οδηγούν σε πλήρη ίαση.

## AA81

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ STEVENS-JOHNSON/ΤΟΞΙΚΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗΣ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗΣ ΕΠΑΓΩΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

**Μαρία Καλογρίδη**<sup>1</sup>, Θεοδώρα Παρίση<sup>2</sup>, Γεωργία Τριανταφυλλοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Χαράλαμπος<sup>2</sup>, Κ. Γεωργιλής<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup> Β΄ Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Stevens -Johnson είναι μια φλεγμονώδης βλεννογονοδερματική νόσος με που σχετίζεται με αντιδράσεις υπερευαισθησίας, κυρίως έναντι λοιμογόνων παραγόντων και φαρμακευτικών ουσιών. Παρότι αυτοπεριοριζόμενο νόσημα, χαρακτηρίζεται από μεγάλη θνητότητα ειδικά εάν επιπλακεί με την απειλητική για τη ζωή Τοξική Επιδερμική Νεκρόλυση, φτάνοντας ακόμα και το 40%.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σπανίως έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία επιπλεγμένο σύνδρομο Stevens-Johnson/TEN με εκλυτικούς παράγοντες τόσο το ΜΣΑΦ μεφαιναμικό οξύ όσο και τους αναστολείς BRAF/MEK που χορηγούνται σε επιλεγμένους ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα. Ιδιαίτερα στη συγκεκριμένη περίπτωση όπου η ασθενής είχε λάβει κατ' επανάληψη και τις δύο κατηγορίες φαρμάκων χωρίς ουδεμία δερματικού τύπου αντίδραση.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για ασθενή γυναίκα, ηλικίας 63 ετών που προσήλθε στα επείγοντα με αναφερόμενο εμπύρετο έως 40 °C από 72 ωρών, αίσθημα καταβολής κι εκτεταμένο εξάνθημα με κατανομή προοδευτική ξεκινώντας από τα κάτω άκρα το τελευταίο 24 ωρο- κατόπιν λήψης 500 mg μεφαιναμικού οξέος- κι ακολουθώντας σε κορμό, άνω άκρα και πρόσωπο.

Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται υποθυρεοειδισμός (Hashimoto), κακός μελάνωμα κνήμης χειρουργηθέν προ τετραετίας, με υποτροπή τον τελευταίο ενάμιση χρόνο για την οποία και είχε τεθεί σε αγωγή με συνδυασμό BRAF και MEK αναστολέα (dabrafenib/trametinib) με καλή ανταπόκριση και χωρίς ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Παράλληλα ελάμβανε σε σταθερή βάση θυροξίνη, ασβέστιο με βιταμίνη D, μαγνήσιο και κατ' επίκληση μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα με ελαφρά υποοξυγοναιμία (SpO<sub>2</sub>=92% σε F<sub>i</sub>O<sub>2</sub>=21%), υπόταση (BP: 85/50 mmHg) άριστο προσανατολισμό (GCS: 15/15) και χωρίς κάποιο άλλο ιδιαίτερο κλινικό εύρημα. Στα εργαστηριακά της διαπιστώθηκαν υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Hb=10,6 g/dl, Hct 33% MCV=66,3 fl) με ανισοκυττάρωση, ενώ ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε διαταραχή στους χρόνους πήξης καθώς και αυξημένες ουρία, κρεατινίνη, CRP αλλά φυσιολογικά ηπατικά ένζυμα παράλληλα με μία ήπια λευκωματουρία κι αιμοσφαιρινουρία στη γενική ούρων.

Επίσης, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της εντοπίστηκαν χαμηλό συμπλήρωμα C3, C4, ορολογικές εξετάσεις αρνητικές για ιλαρά IgM(-), IgG(+) καθώς και για μυκόπλασμα της πνευμονίας και ανεμοβλογιά-έρπητα ζωστήρα. Όλες οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές, ενώ καθαρές ήταν και οι απεικονιστικές εξετάσεις στις οποίες υπεβλήθη επί υποψίας παρανεοπλασματικού συνδρόμου στα πλαίσια πιθανής επανασταδιοποίησης της κακοήθειας.



## AA81

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την πορεία της νόσου οι ερυθρές βλατίδες εξελίχθηκαν σε διάσπαρτες πυκνές πλάκες με αιμορραγική μετατροπή καθιστώντας πλέον επιπλοκή της Τοξικής Επιδερμικής Νεκρόλυσης (>30% αποκόλληση συνολικής επιφάνειας) επίσημη. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε υποστηρικτικά (ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αναλγητικά, αντιβιοτικά), ενώ λόγω συμμετοχής των βλενογόννων με συνοδό επιπεφυκίτιδα και δυσκαταποσία χρειάστηκε να λάβει παρεντερική σίτηση και τοπικά αναισθητικά μαζί με κορτικοειδή. Μετά την 7 η ημέρα νοσηλείας το εξάνθημα άρχισε να υποχωρεί σταδιακά και η ασθενής έλαβε εξιτήριο έπειτα από 4 εβδομάδες, σταθεροποιημένη, με σχεδόν ολική επανεπιθηλιοποίηση και σύσταση για μελλοντική αποφυγή μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών εν γένει, καθώς και ενδεχόμενη τροποποίηση της αγωγή που ελάμβανε για το μελάνωμα που πιθανώς να ήταν ο και ο εκλυτικός παράγοντας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σύνδρομα Stevens-Johnson και Τοξική Επιδερμική Νεκρόλυση ανήκουν στο ίδιο φάσμα μίας σχετικής σπάνιας φλεγμονώδους συστηματικής νόσου οφειλόμενης κυρίως σε φάρμακα ή λοιμογόνους παράγοντες και χωρίς ειδική θεραπεία. Ωστόσο, ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως πολυεγκαυματίας και με μεγάλη προσοχή, εξαιτίας της υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας που τα συνοδεύει.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Torres-Navarro, I., de Unamuno-Bustos, B., & Botella-Estrada, R. (2020). Systematic review of BRAF/MEK inhibitors-induced Severe Cutaneous Adverse Reactions (SCARs). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*.
2. Mockenhaupt, M., Kelly, J. P., Kaufman, D., Stern, R. S., & SCAR Study Group (2003). The risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a multinational perspective. *The Journal of rheumatology*, 30(10), 2234-2240.
3. Fritsch PO, Sidoroff A. Drug-induced Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Am J Clin Dermatol*. 2000 Nov-Dec; 1(6): 349-60.

### AA82

#### **STATUS EPILEPTICUS ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ 44 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟΣ ΣΔ 2 ΘΗΣ ΛΟΓΩ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ Ca ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

**Ευστάθιος Κουτσοστάθης**<sup>1</sup>, Γεώργιος Σκάζας<sup>1</sup>, Αρχοντία Τσολου<sup>1</sup>

ΜΕΘ Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς Οι Άγιοι Ανάργυροι

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσίαση περιστατικού γυναίκας 44 ετών με ιστορικό Ca μαστού (διάγνωση προ 3 ετίας) και εγκεφαλικών μεταστάσεων και συνοδού 2 θούς ΣΔ, λόγω μακροχρόνιας λήψης αγωγής με δεξαμεθαζόνη, η οποία νοσηλεύθηκε και διασωληνώθηκε, λόγω status epilepticus.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 44 ετών με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, σε έδαφος Ca μαστού με εγκεφαλικές μεταστάσεις εμφάνισε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς, χωρίς εμφανή εκλυτικό παράγοντα και μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο, όπου και διασωληνώθηκε λόγω status epilepticus. Η ασθενής υπεβλήθη σε CT εγκεφάλου όπου αναδείχθηκαν δευτεροπαθείς εστίες στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, με συνοδό περιεστιάκο οίδημα και διάχυτη υπόπυκνη απεικόνιση της λευκής ουσίας.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ. Εκτιμήθηκε από νευρολόγο που συνέστησε αύξηση της χορηγούμενης δόσης λεβετιρασετάμης. Λόγω ΣΔ 2 θούς από μακροχρόνια λήψη αγωγής με δεξαμεθαζόνη, στα πλαίσια της μεταστατικής της νόσου και του εγκεφαλικού οιδήματος, τέθηκε σε κλίμακα ινσουλίνης, με αποτέλεσμα την ικανοποιητική ρύθμιση των τιμών σακχάρου σε τιμές 140-180 mg/dl. Υπεβλήθη σε επιτυχή δοκιμασία weaning και αποσωληνώθηκε την 4<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας της στη ΜΕΘ. Η ασθενής εξήλθε αφυπνισμένη, με καλό επίπεδο επικοινωνίας, σε αυτόματη αναπνοή με ρινικό καθετήρα, αιμοδυναμικά σταθερή.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το status epilepticus αποτελεί επιπλοκή της εγκεφαλικής μεταστατικής νόσου. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: Με σπασμούς (GCSE) και χωρίς σπασμούς (NCSE). Παρ' ότι συχνά το status epilepticus είναι ιδιοπαθούς αιτιολογίας ή οφείλεται σε ΑΕΕ, η εμφάνισή του είναι ιδιαίτερα συχνή σε εγκεφαλικούς όγκους.

Η μακροχρόνια λήψη δεξαμεθαζόνης επάγει την αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης διεγείροντας την έκκριση γλυκόζης από το ήπαρ και αναστέλλοντας τη μείωση της μεταφοράς της γλυκόζης στα λιπώδη και μυϊκά κύτταρα, με αποτέλεσμα μείωση στην κάθαρση της γλυκόζης. Η ινσουλίνη είναι η θεραπεία επιλογής σε αυτήν τη μορφή του διαβήτη.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA83

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΡΟΣΦΟΡΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΑΝΤΙΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ, ΕΠΑΓΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

**Π. Παπαλέξης**, Ευαγγελία Τζεραβίνη, Α. Τεντολούρης, Χρυσή Κολιάκη, Φωτεινή Ντζιώρα

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ως «έκδηλη» υπονατρίαμια ορίζεται η συγκέντρωση νατρίου ορού  $< 125$  mmol/L. Η υπονατρίαμια σπάνια οφείλεται σε μειωμένη πρόσληψη νατρίου. Πιο συχνά οφείλεται σε απώλεια νατρίου σε περίσσεια, σε σχέση με την απώλεια ύδατος (νόσος Addison, διάρροια, υπερβολική εφίδρωση, λήψη διουρητικών, ή νεφρική νόσος). Σε μερικές περιπτώσεις σχετίζεται με περίσσεια ύδατος (υπερβολική πόση ύδατος, καρδιακή ανεπάρκεια, κίρρωση, νεφρωσικό σύνδρομο). Σε ορισμένες παθήσεις, (ιδιαίτερα εκείνες που αφορούν εγκέφαλο και πνεύμονες, διάφορα είδη καρκίνου και ορισμένα φάρμακα), η αυξημένη παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης, προκαλεί μεγάλη κατακράτηση ύδατος και υπονατρίαμια. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιστατικού υπονατρίαμιας, σχετιζόμενης με σύνδρομο απρόσφορης αντιδιουρητικής ορμόνης, επαγόμενης από τη λήψη φλουοξετίνης, ενός εκλεκτικού αναστολέα της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που ανήκει στην κατηγορία των αντικαταθλιπτικών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 84 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο με αναφερόμενη ζάλη, αδυναμία από διημέρου και ολιγουρία. Αναφέρει κοιλιακό άλγος από δεκαήμερου. Από το ατομικό ιστορικό αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, κατάθλιψη και δυσλιπιδαιμία. Ο ασθενής λαμβάνει μεταξύ άλλων και αγωγή με φλουοξετίνη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κοιλιακή ευαισθησία, μετεωρισμός και μειωμένοι εντερικοί ήχοι ως επί ειλεού. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, προέκυψε χαμηλή τιμή νατρίου ορού αίματος (Na=  $118$  mmol/L), με τιμή Na ούρων  $86$  mmol/l. Η ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών καθώς και οι τιμές γλυκόζης και τριγλυκεριδίων ορού ήταν φυσιολογικές. Ο υπόλοιπος εργαστηριακός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Έγινε διακοπή της φλουοξετίνης και χορηγήθηκαν διαλύματα χλωριούχου νατρίου με τακτική παρακολούθηση των επιπέδων νατρίου, ώστε να αποφευχθεί η ταχεία διόρθωση. Ο ασθενής εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την κλινική εξέταση, το ιστορικό του ασθενούς και τον εργαστηριακό έλεγχο αποκλείστηκαν το ενδεχόμενο ψευδοϋπονατρίαμιας, καθώς και άλλα αίτια αληθούς υπονατρίαμιας και οδηγηθήκαμε στη διάγνωση του συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH). Το σύνδρομο αυτό προκλήθηκε πιθανώς από τη λήψη φλουοξετίνης και υποχώρησε με τη διακοπή της.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA84

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ (MEN-1): ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

**Κ. Ιωακείμ<sup>1</sup>**, Ν. Πετρίδης<sup>1</sup>, Β. Μόσιαλος<sup>1</sup>, Κυπαρισσία Καρατζίδου<sup>1</sup>, Ευανθία Τσότσια<sup>1</sup>, Δ. Τζιλβέζ<sup>2</sup>, Γλυκερία Τζατζάγου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική κλινική, Διαβητολογικό κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το MEN-1 συνίσταται από την τριάδα αδενωμάτων σε παραθυρεοειδείς αδένες, γαστρεντερικό σύστημα και υπόφυση. Δύο στα τρία συνήθως αρκούν για τη διάγνωση, ειδικά επί θετικού οικογενειακού ιστορικού. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενή με αδενώματα παραθυρεοειδών και πολλαπλούς νευροενδοκρινείς όγκους παγκρέατος (p-NET).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 42 ετών, με ιστορικό ιστορικό ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής υπό σερτραλίνη και παλιπεριδόνη, προσέρχεται λόγω υπογλυκαιμιών. Προ 6 μηνών είχε υποβληθεί σε διπλή παραθυρεοειδεκτομή λόγω πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, κατόπιν διερεύνησης υπερασβεστιαμίας και συμπτωματικής νεφρολιθίασης. Από οικογενειακό ιστορικό, αναφέρεται θεία με παραθυρεοειδεκτομή και μητέρα με Gravitz. Τέθηκε η υποψία συνδρόμου MEN-1.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από θετική δοκιμασία νηστείας (δισ), το c-πεπίδιο ορού αναδείχθηκε στα χαμηλότερα φυσιολογικά όρια και η εξέταση αξιολογήθηκε ως παθολογική. Λόγω ήπιας υπερπρολακτιναιμίας (υπό παλιπεριδόνη), διενεργήθηκε MRI τούρκικου εφίππειου, η οποία δεν απεικόνισε αδένωμα. Ακολούθησε τριφασική αξονική τομογραφία παγκρέατος και MRI άνω κοιλίας που έδειξαν τουλάχιστον 8 οζώδεις βλάβες σε ολόκληρο το εμβεδόν του παγκρέατος (1 έως 2,8 cm), συμβατά με νησιδιώματα παγκρέατος. Διενεργήθηκαν πολλαπλές βιοψίες σε δύο παγκρεατικά αδενώματα δια FNA, μέσω ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος. Η κυτταρολογική εξέταση έδειξε μορφολογικά και ανοσοκυτταροχημικά ευρήματα ύποπτα για νευροενδοκρινικό νεόπλασμα. Αντιμετωπιζόμενος ως ινσουλίνωμα, ετέθη σε αγωγή με λανρεοτίδη με πλήρη υποχώρηση των υπογλυκαιμιών. Λόγω αριθμού, μέγθους και διασποράς των αδενωμάτων, όπως και λόγω παρουσίας ενεργού αδενώματος (ινσουλίνωμα), αποφασίστηκε ολική παγκρεατεκτομή.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο 99% των περιπτώσεων, το ινσουλίνωμα εντοπίζεται στο πάγκρεας, ενώ κακοήθεια αφορά σε < 10% των περιπτώσεων. Η χειρουργική εξαίρεση των pNET είναι δύσκολη κλινική απόφαση, καθώς είναι σημαντικό να επιλεχθεί η ομάδα ασθενών με MEN-1 που θα ωφεληθεί πραγματικά. Επιλέγεται για εξαιρέσιμους όγκους μεγέθους > 2 cm ή για ινσουλινώματα ανεξαιρέτως μεγέθους. Επίσης βάσει κατηγοριοποίησης WHO, η κυτταρολογική εξέταση και το ποσοστό θετικότητας σε συγκεκριμένους ανοσοχημικούς δείκτες πρέπει να συναξιολογούνται. Το σύνδρομο MEN-1, συχνά διαφεύγει της διάγνωσης, ή θεραπεύεται ως μεμονωμένα αδενώματα. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να υποπτευθεί την πολυενδοκρινική νεοπλασία (MEN), όταν συμβαίνουν πολλαπλές ενδοκρινικές εκδηλώσεις ή όταν διαγιγνώσκονται σπάνια αδενώματα, όπως γαστρινώματα/ινσουλινώματα (MEN-1) ή μυελοειδές καρκίνωμα (MEN-2).

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA85

### ΣΥΛΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΑ ΚΑΙ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ

**Κ. Ιωακείμ**, Ιωάννα Μπέλλου, Μαρία Γαβρά, Π. Πάσχος, Γλυκερία Τζατζάγου

*Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Περιγράφουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση σήψης, οξείας ικτερικής ηπατίτιδας και οξείας περιμυοκαρδίτιδας σε άνδρα με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και εργασία σε ανθυγιεινές περιβαλλοντικές συνθήκες.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 39 ετών με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, εισήχθη με υψηλό εμπύρετο, διάχυτες αρθραλγίες-μυαλγίες, κυνάχη, και προκάρδια δυσφορία, βελτιούμενη στην επίκουση. Από το ιστορικό επαγγελματικής έκθεσης (υδραυλικός), αναφέρεται προ 2 εβδομάδων ακούσια επαφή με βρώμικα στάσιμα νερά και ατυχηματική κατάποση μικρής ποσότητας, όπως και παρουσία ποικιλιών στο οίκημα. Κλινικά, διαπιστώθηκε εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπεραιμία επιπεφυκτών. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, πολυμορφοκυρήνωση, θρομβοπενία, προνεφρική αζωθαιμία, ήπια υπερχολερυθριναιμία, ραβδομύλωση, τροπονιναίμια και πολύ υψηλούς δείκτες φλεγμονής, υπέρ βακτηριακής λοίμωξης. Διαπιστώθηκε ταχεία κολπική μαρμαρυγή, χωρίς υποκινησίες, περικαρδιακή συλλογή ή εκπλαστίσεις βαλβίδων στο υπερηχοτομογράφημα καρδιάς. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έδειξε εστιακή φλεγμονή του μυοκαρδίου. Ως επί περιμυοκαρδίτιδας, ετέθη σε αντιφλεγμονώδη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αντισώματα για λεπτόσπειρα ήταν θετικά, και ο λοιπός λοιμοσολογικός έλεγχος ρουτίνας αρνητικός. Η αγωγή με κεφτριαξόνη βελτίωσε την κλινική εικόνα, ωστόσο, μία εβδομάδα αργότερα ο ίκτερος άρχισε να επιδεινώνεται (μέγιστη τιμή χολερυθρίνης=30 mg/dl, 70% υπέρ άμεσης). Η αξονική τομογραφία κοιλίας και η MRCP απέκλεισαν βλάβες από ήπαρ και χοληφόρα. Η βιοψία ήπατος ήταν αρνητική για φαρμακο-επαγόμενη ηπατική βλάβη (DILI) αλλά έδειξε ινωτικές αλλοιώσεις συμβατές με χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια. Λόγω του περιγραφέντος ατυχήματος (κατάποση μολυσμένου νερού), εστάλη ορολογικός έλεγχος για ηπατίτιδα Ε, αναδεικνύοντας θετικά IgM και αρνητικά IgG αντισώματα. Με συντηρητική αντιμετώπιση, ο ίκτερος αποκαταστάθηκε πλήρως εντός 15 ημέρων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περιμυοκαρδίτιδα αποτελεί σπάνια εκδήλωση της λεπτόσπειρας, αν και υποδιαγιγνώσκεται. Μπορεί να προκαλέσει οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και ποικιλία αρρυθμιών, αν δεν θεραπευθεί. Αντιθέτως, η HE είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη νόσος. Συχνά, της σωστής διάγνωσης προηγείται η λανθασμένη διάγνωση της DILI, θέτοντας τον ασθενή στο αχρείαστο ρίσκο της βιοψίας ήπατος. Στις αναπτυγμένες χώρες (σποραδική μορφή) επικρατούν οι ορότυποι HEV3-4. Η μετάδοση συμβαίνει άμεσα ή έμμεσα μέσω της κοπροανοστοματικής οδού. Οι ηπατοπαθείς έχουν προδιάθεση σε σοβαρότερη νοσηρότητα και παρατεταμένη φορεία από HEV. Σε ασθενείς με φτωχο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και εργασία σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα πρέπει να υποψιαζόμαστε τις συλλοιμώξεις από ζωνοσούς, λόγω των αλληλοεπικαλυπτόμενων τρόπων μετάδοσης αυτών, ή/και των κοινών τους δεξαμενών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA86

### ΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΦΕΡΕΙ Η ΔΥΣΓΛΥΚΑΙΜΙΑ Η Η ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΖΑΧΑΡΗΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΤΗΣ

Πολυξένη Χούση<sup>1</sup>, **Σ. Καραμαγκιώλης<sup>1</sup>**, Ελένη Κορνάρου<sup>2</sup>, Θ. Σεργεντάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ΚΥ Αγρινίου, <sup>2</sup> Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

#### ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η γνώση των ασθενών με Προδιαβήτη (ΠΔ) ή Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) για τις επιπλοκές στην υγεία τους που μπορεί να επιφέρει η χρόνια υπεργλυκαιμία ή η υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης και ορισμένων υποκατάστατων της (ΥΖ).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε ευκαιριακό δείγμα 222 ασθενών με ΠΔ ή ΣΔ που επισκέφθηκαν το ΚΥ την 1<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Αγρινίου, δόθηκε ανώνυμο γραπτό ερωτηματολόγιο με 23 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Έγινε ποσοστιαία αναγωγή επί% κάθε απάντησης στο σύνολο, κατά τύπο ΣΔ (ΣΔτ1= 38, ΣΔτ2= 151, ΠΔ=33). Λόγω της μη προοπτικής μορφής της μελέτης, η στατιστική ανάλυση έγινε με το Fisher's exact test και προσδιορίστηκαν τα p-value, τα Odds Ratio (OR) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (CI) αυτών με το πρόγραμμα InStat-2009.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 96% (213) των ασθενών γνωρίζει την αρνητική επίπτωση της χρόνιας υπεργλυκαιμίας και της υπερκατανάλωσης ζάχαρης ή ΥΖ χωρίς σημαντική στατιστική συσχέτιση στις μεταβλητές ( $p=0.26$ ) ως προς το σύνολο και τον τύπο του διαβήτη (Πίνακας 1). Μόνο το 35% (77) των ασθενών γνωρίζει όλες τις επιπλοκές, ενώ είναι καλύτερα ενημερωμένοι ως προς τις καρδιαγγειακές (69%, 154), τις μικροαγγειακές επιπλοκές (68%, 151) και την εμφάνιση παχυσαρκίας (64%, 142). Το 77% (172) του δείγματος αγνοεί τις συνέπειες στη δυνητική εμφάνιση ορισμένων νεοπλασιών και το 70% (156) τις δυσλειτουργίες στη μήμη (Πίνακας 2).

#### Πίνακας 1.

Γνώση αρνητικών επιπτώσεων	Σύνολο (n=222)	ΣΔτ1 (n=38)	ΣΔτ2 (n=151)	ΠΔ (n=33)
Ναι	213 96%	37 97,4%	146 96,7%	30 90,9%
Όχι	4 1,8%	0 0%	2 1,3%	2 6,1%
Δεν γνωρίζω	5 2,2%	1 2,6%	3 2%	1 3%

#### Πίνακας 2.

Επιπλοκές	Σύνολο (n=222)	ΣΔτ1 (n=38)	ΣΔτ2 (n=151)	ΠΔ (n=33)
Παχυσαρκία	142 64%	19 50%	99 65,6%	24 72,7%
Καρκίνοι	50 22,5%	8 21%	35 23,2%	7 21,2%
Καρδιαγγειακά νοσήματα	154 69,4%	25 65,8%	106 70,2%	23 69,7%
Άμυνα οργανισμού, νοσήματα ήπατος	85 38,3%	10 26,3%	60 39,7%	15 45,5%
Νοσήματα νεφρών, ματιών, ποδιών	151 68%	25 71,4%	108 71,5%	18 54,5%
Στοματική υγιεινή	97 43,7%	19 50%	62 41,1%	16 48,5%
Μνήμη (άνοια)	66 29,7%	8 21%	45 29,8%	13 39,4%
Ψυχικές διαταραχές (άγχος, μελαγχολία, libido, κλπ)	89 40,1%	15 39,5%	58 38,4%	16 48,5%
Όλα τα παραπάνω	77 34,7%	15 39,5%	51 33,8%	11 33,3%

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με ΠΔ ή ΣΔ γνωρίζει γενικά τις αρνητικές επιπτώσεις της δυσγλυκαιμίας ή της υπερκατανάλωσης ζάχαρης και ορισμένων ΥΖ διαπιστώνεται ένα σημαντικό έλλειμμα γνώσης που αφορά το είδος των επιπλοκών. Απαιτούνται μεγαλύτερες και τυχαίοποιημένες προοπτικές μελέτες για την επαλήθευση των ευρημάτων μας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA87

### ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΒΙΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΑΠΟ *LISTERIA MONOCYTOGENES*, ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΜΠΙΚΙΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΤΑΜΥΚΙΝΗΣ

Γ. Γιαννούλης, Πηνελόπη Αρβανίτη, Καλλιόπη Αζαριάδη, Ευαγγελία Χαντζάρα, Αναστασία Μιχαήλ, Στέλλα Γκαμπέτα, Σάρα Γεωργιάδου, Γ.Ν. Νταλέκος, Καλλιόπη Ζάχου

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η *Listeria monocytogenes* (LM) είναι ένας Gram θετικός ενδοκυττάριος μικροοργανισμός που αποτελεί σημαντικό ευκαιριακό παθογόνο και αίτιο τροφιμογενών λομώξεων. Μια σπάνια και σοβαρή επιπλοκή της λοίμωξης από LM, η οποία αναφέρεται στο 8% των περιπτώσεων είναι η ενδοκαρδίτιδα, που αφορά τόσο σε βιολογικές όσο και σε προσθετικές βαλβίδες. Οι ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα λόγω LM εμφανίζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά θνητότητας που φθάνουν έως και 50%. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή ασθενούς με LM ενδοκαρδίτιδα προσθετικής βαλβίδας που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά, με στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 75 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω πυρετού έως 40 °C από εικοσαήμερο με συνοδά φρίκια και καταβολή δυνάμεων. Από το ατομικό αναμνηστικό του αναφερόταν αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με βιοπροσθετική τέσσερα έτη νωρίτερα, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και κολπική μαρμαρυγή. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε συστολικό φύσημα (3/6) και διαστολικό φύσημα (1/6) στην εστία ακρόασης της αορτικής βαλβίδας. Προς έλεγχο πιθανής ενδοκαρδίτιδας πραγματοποιήθηκε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε εκβλάστηση στην αορτική βαλβίδα και σοβαρή ανεπάρκεια αυτής. Ο ασθενής αρχικά αντιμετωπίστηκε με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με βανκομυκίνη, γενταμυκίνη και σιπροφλοξασίνη ως επί όψιμης ενδοκαρδίτιδας προσθετικής βαλβίδας. Από πολλαπλές καλλιέργειες αίματος, που είχαν ληφθεί προ της έναρξης της αγωγής, απομονώθηκε *Listeria monocytogenes* και η αγωγή τροποποιήθηκε σε αμπικιλίνη για συνολικά 6 εβδομάδες σε συνδυασμό με γενταμυκίνη για τις αρχικές 2 εβδομάδες. Ο ασθενής παρέμεινε άπυρετος από την πέμπτη ημέρα νοσηλείας, ενώ σε επαναληπτικό διοισοφάγειο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε μόλις υποσημαινόμενη ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Ο ασθενής εξήλθε μετά από 6 εβδομάδες αγωγής και έχει σταθερή καρδιακή λειτουργία 18 μήνες μετά.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τα υψηλά ποσοστά θνητότητας, η ενδοκαρδίτιδα από *Listeria monocytogenes* μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς, με έγκαιρη και στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή, όπως ο συνδυασμός αμπικιλίνης και γενταμυκίνης, χωρίς να απαιτείται χειρουργική παρέμβαση και αντικατάσταση της προσβληθείσας βαλβίδας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA88

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

**Ελένη Σταματοπούλου<sup>1</sup>**, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Χ. Αναγνωστόπουλος<sup>3</sup>, Αριάδνη Αντωνάκου<sup>4</sup>, Αθανασία Σταματοπούλου<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια ΓΝΑ. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

<sup>2</sup> RN, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική-Έρευνα Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού

<sup>3</sup> Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α, Υπεύθυνος Επιστημονικής Λειτουργίας ΚΥ Βασιλικής Λευκάδας

<sup>4</sup> RN, MSc, Προϊσταμένη Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

<sup>5</sup> Ph. D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ. Δ. Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συστηματική σκληροδερμία είναι μια σπάνια ρευματική αυτοάνοση ασθένεια του συνδετικού ιστού, όπου επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με ποσοστό το 80% των ασθενών να είναι γυναίκες.

### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με σκληροδερμία.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar και PubMed με λέξεις κλειδιά: quality life patients scleroderma. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλεί στοιχεία από έρευνές και μελέτες ειδικών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η λειτουργική αναπηρία και το άγχος είναι οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε άτομα με σκληρόδερμα. Χαρακτηρίζεται από αγγειακή, ανοσολογική δυσλειτουργία με σημαντική νοσηρότητα, φαινόμενο Raynaud, αποφρακτική αγγειοπάθεια, ισχαιμική βλάβη ιστού που μπορεί να επηρεάσει πολλά οργανικά συστήματα όπως δέρμα, αγγεία, πνεύμονες, γαστρεντερικό (δυσφαγία, δυσπεψία, διάρροια, χρόνια δυσκοιλιότητα, δυσαπορρόφηση) και καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης επηρεάζει τη συμμετοχή στην εργασία όπου απαιτεί την προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος περιορισμοί στη σωματική κινητικότητα, μειωμένη λειτουργικότητα στα χέρια, πόνο, κόπωση, περιορισμό της ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης με αυξημένη εξάρτηση από άλλους. Πολλοί ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής στη γενική σωματική και ψυχική υγεία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθηματική και κοινωνική δυσφορία, επιπρόσθετα παρουσιάζουν διαταραχή στον ύπνο, σεξουαλική δυσλειτουργία, μειωμένο προσδόκιμο ζωής που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης με επίκεντρο τον ασθενή από τη διεπιστημονική ομάδα, όπως του τρόπου ζωής, η αποφυγή έκθεσης στο κρύο με χρήση κατάλληλων ενδυμάτων, η διακοπή του καπνίσματος, η αύξηση της άσκησης, η μείωση των επιπέδων άγχους, μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σκληρόδερμα επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σημαντική για τη διαχείριση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία προτού η βλάβη οδηγήσει σε ανεπάρκεια οργάνων με κακή έκβαση την επακόλουθη ασθένεια απειλητική για τη ζωή.

### AA89

#### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ COVID-19. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Λουίζα Γκίκα<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Μ. Χριστάκη<sup>1</sup>, Γ. Καλαμπόκης<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο SARS-CoV-2 επάγει την αυξημένη νεφρική απέκκριση καλίου και την εμφάνιση υποκαλιαιμίας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την εισαγωγή (ημέρα 1) υποκαλιαιμία εμφάνιζαν 26 ασθενείς (7,7%) και υπερκαλιαιμία 6 (1,7%). Οι ασθενείς με υποκαλιαιμία εμφάνιζαν υψηλότερη τιμή CK σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς υποκαλιαιμία (222.5 έναντι 152.0 IU/L,  $p = 0.028$ ) και εμφάνιζαν υψηλότερη τιμή τροπονίνης σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς υποκαλιαιμία (13.8 έναντι 9.2 pg/ml,  $p\text{-value} = 0.017$ )

Κατά την εισαγωγή (ημέρα 1) υπερκαλιαιμία εμφάνιζαν 6 ασθενείς (1,7%). Οι ασθενείς με υπερκαλιαιμία είχαν υψηλότερη τιμή προκαλσιτονίνης και φερριτίνης σε σχέση με αυτούς χωρίς υπερκαλιαιμία (4.95 vs 0.10 ng/ml,  $p = 0.012$  και 1222.0 Vs 433.5 ng/ml,  $p = 0.022$ , αντίστοιχα)

Σε οποιαδήποτε ημέρα νοσηλείας υποκαλιαιμία εμφάνισαν: 75 ασθενείς (22,4%), και υπερκαλιαιμία: 23 (6,88%).

Στους ασθενείς με υποκαλιαιμία η μέση τιμή του αναπνευστικού πηλίκου (μικρότερη τιμή) και των αιμοπεταλιών ήταν χαμηλότερη σε σχέση με αυτούς χωρίς υποκαλιαιμία (197.5 vs 240.0,  $p = 0.048$  και 161000 vs 176000,  $p = 0.007$ ). Αντίθετα η τιμή της προκαλσιτονίνης και των δ-διμερών ήταν αυξημένη στην ομάδα με υποκαλιαιμία (0.16 Vs 0.09 ng/ml,  $p = 0.02$  και 1.415 vs 0.990 μg/ml,  $p = 0.005$ ).

Στους ασθενείς με υπερκαλιαιμία η μέση: διάρκεια νοσηλείας και η CRP ήταν μεγαλύτερες (16.5 Vs 11.0,  $p = 0.001$  και 130 Vs 78 mg/L,  $p = 0.0007$  αντίστοιχα) όπως και η μέση τιμή προκαλσιτονίνης και φερριτίνης (0.325 vs 0.100 ng/ml,  $p = 0.006$  και 637 vs 444 ng/ml,  $p = 0.03$ , αντίστοιχα). Αντίθετα, στους ασθενείς με υπερκαλιαιμία η μέση τιμή: του αναπνευστικού πηλίκου, του απόλυτου αριθμού των λεμφοκυττάρων ήταν χαμηλότερη (163.5 Vs 234.0  $p\text{-value} = 0.008$  και 532 vs 730,  $p = 0.015$ ) σε σχέση με αυτούς χωρίς υπερκαλιαιμία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

οι διαταραχές του καλίου από το παρόν δείγμα φαίνεται ότι έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με τους δείκτες βαρύτητας της νόσου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA90

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΚΑΙ COVID-19. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Λουίζα Γκίκα<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Μ. Χριστάκη<sup>1</sup>, Β. Τσιμιχόδημος<sup>2</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπομαγνησισαιμία αποτελεί μια συχνή διαταραχή στους νοσηλευόμενους ασθενείς και προδιαθέτει σε επικίνδυνες για τη ζωή επιπλοκές (υποκαλιαιμία, κοιλιακές αρρυθμίες). Οι COVID-19 ασθενείς βρίσκονται, επίσης, σε κίνδυνο ανάπτυξης υπομαγνησισαιμίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η περιγραφή της συχνότητας της υπομαγνησισαιμίας και των συσχετίσεών της με την κλινική πορεία των COVID-19 ασθενών.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Ως υπομαγνησισαιμία ορίστηκαν επίπεδα  $Mg < 1,7 \text{ mEq/L}$ . Η σύγκριση των δεδομένων έγινε μεταξύ της ομάδας των υπομαγνησισαιμικών ασθενών και των υπολοίπων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και στεφανιαία νόσος. Υπομαγνησισαιμία κατά την εισαγωγή καταγράφηκε σε 105 ασθενείς (31,4%), ενώ κατά τη νοσηλεία σε 242 (72,4%). Η ομάδα των ασθενών με υπομαγνησισαιμία κατά την εισαγωγή χρειάστηκαν, κατά μέσο όρο, μεγαλύτερη νοσηλεία (12 vs 15 ημέρες,  $p=0,050$ ). Επίσης, τόσο στην ομάδα των ασθενών που εμφάνισαν υπομαγνησισαιμία στην εισαγωγή όσο και αυτών που εμφάνισαν υπομαγνησισαιμία στη νοσηλεία παρατηρήθηκε κατά μέσο όρο μικρότερη ελάχιστη τιμή αιμοπεταλίων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς (189.000 / $\mu\text{L}$  vs 159.000 / $\mu\text{L}$ ,  $p=0,001$  και 194.000 / $\mu\text{L}$  vs 166.000 / $\mu\text{L}$ ,  $p=0,0001$ ). Τέλος, στην ομάδα των ασθενών με υπομαγνησισαιμία κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε υψηλότερη μέση μέγιστη τιμή d-διμερών (0,820 vs 1,165,  $p=0,008$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υπομαγνησισαιμία αποτελεί μια πολύ συχνή διαταραχή σε COVID-19 ασθενείς. Μάλιστα, η υψηλή συχνότητα που καταγράφηκε πιθανόν να απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση για την ανεύρεση κάποιου πιθανού μηχανισμού. Η συσχέτιση που παρατηρείται με τα επίπεδα αιμοπεταλίων και d-διμερών αποτελεί ευκαιρία για αναζήτηση αυξημένης επίπτωσης θρομβωτικών φαινομένων σε αυτούς τους ασθενείς.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA91

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος<sup>1</sup>**, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Βαλεντίνη Σαμανίδου<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Η. Τσιάκας<sup>1</sup>, Γ. Καλαμπόκης<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος COVID-19 αναδεικνύεται, διαρκώς, ως μια πολυδιάστατη λοίμωξη με πολλαπλές εκδηλώσεις εκτός του αναπνευστικού συστήματος. Αναμενόμενες είναι οι διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας στα πλαίσια αυτής της λοίμωξης. Σκοπός της εργασίας ήταν να ανευρεθούν οι πιθανές διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας σε COVID-19 ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (44,9%), η στεφανιαία νόσος (26,9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα ήταν: 6%, οι κακοήθειες: 6%, και η χρόνια πνευμονική νόσος: 6%

Αυξημένα επίπεδα HCO<sub>3</sub> την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής παρατηρήθηκαν σε 114 ασθενείς (34,1%) ενώ μειωμένα επίπεδα στους 151 (45,2%). Υποχλωρραιμία παρατηρήθηκε στο 1,4% (5 ασθενείς) ενώ υπερχλωρραιμία καταγράφηκε στην εισαγωγή στο 28,4% (95) των ασθενών.

Οι διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας που καταγράφηκαν από την ανάλυση των δεδομένων των ασθενών (n=242), ήταν: (κατά σειρά καταγραφής αναφέρεται πρώτη η πρωτοπαθής διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας)

Μεταβολική οξέωση: 9 (2,6%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική οξέωση: 2 (0,8%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική αλκάλωση: 15 (6,1%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση με αυξημένο ΧΑ: 1 (0,4%), μεταβολική αλκάλωση: 2 (0,8%), μεταβολική αλκάλωση και αναπνευστική οξέωση: 2 (0,8%), μεταβολική αλκάλωση και αναπνευστική αλκάλωση: 2 (0,8%), αναπνευστική οξέωση: 1 (0,4%), αναπνευστική οξέωση και μεταβολική οξέωση: 2 (0,8%), αναπνευστική αλκάλωση: 48 (19,8%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση: 27 (11,1%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση και μεταβολική αλκάλωση: 1 (0,4%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική αλκάλωση: 130 (53,7%)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών φαίνεται πως η συχνότερη διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας αποτελεί η αναπνευστική αλκάλωση, είτε μονή ή με συνυπάρχουσα μεταβολική αλκάλωση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA92

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Βαλεντίνη Σαμανίδου<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Η. Τσιάκας<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος COVID-19 προκαλεί διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας με την προσβολή του αναπνευστικού συστήματος. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η συσχέτιση της παρουσίας μεταβολικής οξέωσης με δείκτες βαρύτητας της νόσου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συνοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (44,9%), η στεφανιαία νόσος (26,9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%).

Η παρουσία μεταβολικής οξέωσης (είτε ως μονη διαταραχή είτε σε συνδυασμό) σε δείγμα ασθενών (n=242) κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής, σημειώθηκε σε 57 ασθενείς και συγκεκριμένα (καταγράφεται κατά σειρά η πρωτοπαθής διαταραχή):

μεταβολική οξέωση: 9 (2,6%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική οξέωση: 2 (0,8%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική αλκάλωση: 15 (6,1%), μεταβολική οξέωση και αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση με αυξημένο ΧΑ: 1 (0,4%), αναπνευστική οξέωση και μεταβολική οξέωση: 2 (0,8%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση: 27 (11,1%), αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση και μεταβολική αλκαλωση: 1 (0,4%).

Από τα υπό ανάλυση δεδομένα, στατιστική σημαντικότητα παρατηρήθηκε στη σύγκριση των ασθενών με αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξέωση: 27 ασθενείς (11,1%), έναντι των ασθενών με αναπνευστική αλκάλωση μόνο [48 ασθενείς, (19,8%)] όσον αφορά τη διάρκεια νοσηλείας (13 vs 11 ημέρες, p-value = 0.04)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

από το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών φαίνεται πως η παρουσία της μεταβολικής οξέωσης σε συνδυασμό με την αναπνευστική αλκάλωση παράτεινε τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA93

### ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΤΟΥ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκούαν<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Βαλεντίνη Σαμανίδου<sup>1</sup>, Λουίζα Γκίκα<sup>1</sup>, Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Γεωργούλας<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>1</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>2</sup>, Η. Τσιάκας<sup>2</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η COVID-19 νόσος εμφανίζει πολλαπλές επιπλοκές εκτός του αναπνευστικού συστήματος. οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών στα πλαίσια αυτής της λοίμωξης είναι συχνές. Σκοπός της εργασίας ήταν να ανευρεθούν οι πιθανές διαταραχές των ηλεκτρολυτών σε COVID-19 ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συνοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (44,9%), η στεφανιαία νόσος (26,9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα ήταν: 6%, οι κακοήθειες: 6%, και η χρόνια πνευμονική νόσος: 6%. Η μέση διάρκεια συμπτωμάτων προ της νοσηλείας ήταν 5,93 ημέρες και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 14,09 ημέρες.

Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών όπως ανευρέθηκαν κατά την εισαγωγή (ημέρα 1), ήταν: υπονατρίαμια: 69 (20,6%), υπερνατρίαμια: 8 (2,3%), υποκαλιαιμία: 26 (7,7%), υπερκαλιαιμία: 6 (1,7%), υπομαγνησισαιμία: 105 (31,4%), υπερμαγνησισαιμία: 7 (2%), υπερασβεστιαμια: 2 (0,5%), υποασβεστιαμια: 15 (4,4%), υπερχλωριαιμία: 95 (28,44%), υποχλωριαιμία: 5 (1,4%).

Οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών όπως καταγράφηκαν σε οποιαδήποτε ημέρα νοσηλείας, ήταν: υπονατρίαμια: 142 (42,5%), υπερνατρίαμια: 21 (6,2%), υποκαλιαιμία: 75 (22,4%), υπερκαλιαιμία: 23 (6,88%), υπομαγνησισαιμία: 242 (72,45%), υπερμαγνησισαιμία: 24 (7,1%), υπερασβεστιαμια: 3 (0,89%), υποασβεστιαμια: 59 (17,66%), υπερχλωριαιμία: 187 (55,9%), υποχλωριαιμία: 9 (2,6%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών στη λοίμωξη από τον SARS-CoV2 είναι ποίκιλες και με προεξάρχουσες κυρίως την υπονατρίαμια (τόσο κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας) καθώς και τις διαταραχές μαγνησίου, καλίου και χλωρίου (τόσο κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα εισαγωγής αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας).

### AA94

#### **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**A. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Ο. Μηλιώνης<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Βαλεντίνη Σαμανίδου<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Σταυρούλα Σιάνου<sup>1</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η νόσος COVID-19 αναδεικνύεται, διαρκώς, ως μια πολυδιάστατη λοίμωξη με πολλαπλές εκδηλώσεις εκτός του αναπνευστικού συστήματος. Μία από αυτές αποτελεί η υπερασβεστιαίμια και πιθανόν να σχετίζεται και με δυσμενέστερη κλινική πορεία. Σκοπός της εργασίας ήταν να ανευρεθούν οι πιθανές συσχετίσεις της υπερασβεστιαίμιας και των δεικτών βαρύτητας νόσου σε COVID-19 ασθενείς.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Ως υπερασβεστιαίμια ορίστηκαν επίπεδα  $Ca > 10.5$  mg/dL. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test και Fisher's Exact test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση (44,9%), η στεφανιαία νόσος (26,9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα ήταν: 6%, οι κακοήθειες: 6%, και η χρόνια πνευμονική νόσος: 6%. Η μέση διάρκεια συμπτωμάτων προ της νοσηλείας ήταν 5,93 ημέρες και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 14,09 ημέρες.

Υπερασβεστιαίμια, κατά την εισαγωγή, καταγράφηκε σε 2 ασθενείς (0,5%), ενώ κατά τη νοσηλεία σε 3 (0,89%). Οι ασθενείς με υπερασβεστιαίμια στην εισαγωγή, είχαν υψηλότερη μέγιστη τιμή (κατά μέσο όρο) αναπνευστικό πηλίκιο (448.5 vs 214.0, p-value = 0.027), σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Στην ομάδα των ασθενών που εμφάνισαν υπερασβεστιαίμια κατά τη νοσηλεία, ενώ σε σύγκριση με την ομάδα των υπολοίπων ασθενών παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μέγιστη μέση τιμή τροπονίνης (121.90 vs 9.75 pg/ml, p-value = 0.044)

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η υπερασβεστιαίμια φαίνεται να αποτελεί επιπλοκή της COVID-19, με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης στο παρόν δείγμα. Τα δεδομένα αυτά χρήζουν ελέγχου σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, τα επίπεδα ασβεστίου θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και σε προγνωστικά μοντέλα για την έκβαση των ασθενών.

## AA95

### ΥΠΟΧΛΩΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ COVID-19: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Δ. Μπίρος<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Τσούρλος<sup>1</sup>, Α. Αθανασίου<sup>1</sup>, Κορνηλία Βελιάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Λουίζα Γκίκα<sup>1</sup>, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν<sup>1</sup>, Ειρήνη Χριστάκη<sup>1</sup>, Μ. Χριστάκη<sup>1</sup>, Β. Τσιμικόδημος<sup>2</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Λιάμης<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η COVID-19 αποτελεί μια πολυδιάστατη λοίμωξη με διάφορες κλινικές επιπτώσεις. Η υποχλωραιομία που μπορεί να παρατηρηθεί σε αυτούς τους ασθενείς αποτελεί ένα πιθανό πεδίο έρευνας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η περιγραφή της συχνότητας της υποχλωραιομίας, αλλά και των πιθανών συσχετίσεων αυτής με την κλινική πορεία των COVID-19 ασθενών.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκαν δεδομένα 334 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων του Π. Γ. Ν. Ι. την περίοδο 02/2020-12/2020. Ως υποχλωραιομία ορίστηκαν επίπεδα  $Cl < 98$  mEq/L. Η σύγκριση των δεδομένων έγινε μεταξύ της ομάδας των υποχλωραιομικών ασθενών και των υπολοίπων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με μη παραμετρικό Mann-Whitney U test, στην πλατφόρμα R v 4.0.5.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 65,51 έτη, με τους 186 (55,6%) εξ αυτών να είναι άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και στεφανιαία νόσος. Υποχλωραιομία κατά την εισαγωγή παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς (1,4%) και κατά τη νοσηλεία σε 9 (2,6%). Η ομάδα των υποχλωραιομικών ασθενών κατά την εισαγωγή, αλλά και κατά τη νοσηλεία εμφάνισαν, κατά μέσο όρο, μικρότερες ελάχιστες τιμές αιμοπεταλίων (171.000 vs 115.000,  $p=0,050$  και 170.000 vs 117.000,  $p=0,026$ ) και αναπνευστικού πηλίκου (218 vs 51,  $p=0,001$  και 226 vs 57,  $p=0,001$ ). Οι ασθενείς με υποχλωραιομία, κατά την εισαγωγή, είχαν κατά μέσο όρο μικρότερη ελάχιστη τιμή λεμφοκυττάρων (700 vs 500,  $p=0,038$ ). Τέλος, σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, με την ομάδα των υποχλωραιομικών να χρειάζεται κατά μέσο όρο μακρύτερες νοσηλείες (12 vs 22,  $p=0,022$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υποχλωραιομία φαίνεται να αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα για τους ασθενείς με COVID-19 μια και συσχετίζεται με χειρότερες τιμές αναπνευστικού πηλίκου, που αποτελεί βασικό κριτήριο διασωλήνωσης. Ακόμη, η ανάγκη για μεγαλύτερη νοσηλεία που παρατηρήθηκε σε υποχλωραιομικούς ασθενείς υποδηλώνει πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου και των επιπέδων χλωρίου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA96

### ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2

**Γ. Βατίδης**, Γ. Παννούλης, Σάρα Γεωργιάδου, Α. Στέφος, Στέλλα Γκαμπέτα, Βασιλική Λυγούρα, Πηνελόπη Αρβανίτη, Άννα Σαμακίδου, Δέσποινα Στεργιούλα, Δ. Σαγρής, Γ. Ντάιος, Ν. Γατσέλης, Γ.Ν. Νταλέκος

*Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτόνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος COVID-19 έχει συσχετιστεί με διάφορες επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα, το νευρικό σύστημα όπως επίσης με δευτεροπαθείς λοιμώξεις και θρομβοεμβολικές επιπλοκές. Μια σπάνια επιπλοκή (<1%) της πνευμονίας COVID-19 είναι και η ανάπτυξη αυτόματου πνευμοθώρακα και πνευμομεσοθωρακίου σε ασθενείς οι οποίοι δε νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την ανάπτυξη αυτόματου πνευμοθώρακα και πνευμομεσοθωρακίου σε ασθενείς με πνευμονία COVID-19 οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

#### ΥΛΙΚΟ

Από το Μάρτιο του 2020 έως σήμερα έχουν αντιμετωπιστεί από την κλινική μας 1150 συνολικά ασθενείς με πνευμονία COVID-19. Πέντε ασθενείς (3 άντρες-2 γυναίκες) εμφάνισαν τις επιπλοκές αυτές με εύρος ηλικίας 27-78 ετών: συγκεκριμένα 2 ασθενείς εμφάνισαν πνευμοθώρακα, 2 ασθενείς πνευμομεσοθωράκιο και 1 ασθενής εμφάνισε ταυτόχρονα πνευμοθώρακα και πνευμομεσοθωράκιο. Όλοι οι ασθενείς είχαν διαγνωσθεί αρχικά με σοβαρή πνευμονία. Το χρονικό διάστημα ανάπτυξης του πνευμοθώρακα ή/και πνευμομεσοθωρακίου είχε εύρος από τη 10<sup>η</sup> έως την 30<sup>η</sup> ημέρα από τη διάγνωση της λοίμωξης. Στον 1 ασθενή η διάγνωση έγινε ταυτόχρονα με τη διάγνωση της σοβαρής πνευμονίας, ενώ στους υπόλοιπους 4 η διάγνωση έγινε στη φάση της ανάρρωσης, στα πλαίσια εμφάνισης οξείας επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας ή/και θωρακικού άλγους. Η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική και μόνο σε 1 ασθενή χρειάστηκε η τοποθέτηση θωρακικού καθετήρα παροχέτευσης Büllau. Όλοι οι ασθενείς ανέρρωσαν πλήρως.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο αυτόματος πνευμοθώρακας και το πνευμομεσοθωράκιο είναι σπάνιες επιπλοκές της πνευμονίας COVID-19. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να υποψιάζονται τις επιπλοκές αυτές σε κάθε περίπτωση οξείας επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας, ακόμα και σε ασθενείς χωρίς σημαντικές συννοσηρότητες, που δε χρειάστηκαν να τεθούν σε επεμβατικό ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με ευνοϊκή έκβαση.

## AA97

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΣΦΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-COV2 ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ - ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος**<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Α. Ζαράχης<sup>2</sup>, Α. Λιανού<sup>2</sup>, Κ. Κατσικάτσος<sup>1</sup>, Ι. Κόμνος<sup>2</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Β. Πέζουλας<sup>3</sup>, Δ. Φωτιάδης<sup>3</sup>, Κ. Παπαλουκάς<sup>4</sup>, Ι. Καστανιουδάκης<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας και Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων, Τμήμα Μηχανικών Επιστήμης Υλικών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της επίδραση της λοίμωξης από τον SARS-COV2, στην όσφρηση και τη γεύση των ασθενών. Ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων από τη συσχέτιση των μεταβλητών Σ. Δ, Α. Υ, ιστορικό καρδιακών παθήσεων με την απώλεια γεύσης και όσφρησης.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 300 ασθενείς, ενήλικες που διαγνώστηκαν θετικοί στον SARS, κατόπιν μοριακού ελέγχου (RT-PCR). 150 ασθενείς ανάρρωσαν κατ' οίκον και 150 ανάρρωσαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Καταγράφηκαν σε ερωτηματολόγιο τα αποτελέσματα, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, συνοδά συμπτώματα κατά τη λοίμωξη καθώς και ιστορικό παθήσεων των ασθενών, όπως Σ. Δ., Α. Υ., ΔΛΔ, πνευμονικές παθήσεις, καρδιακές παθήσεις και λοιπές παθήσεις. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στο πρόγραμμα IBM-SPSS Statistics 26.0. Έγινε χρήση του  $\chi^2$  (chi-square) test και Fisher's exact test.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συνολικό πληθυσμό το ποσοστό ασθενών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ήταν 11,71%. Το 6,33% του συνολικού πληθυσμού ανέφερε ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, ενώ ιστορικό δυσλιπιδαιμίας είχε το 5,67% του συνολικού δείγματος. Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ανέφερε το 3,67% του συνολικού πληθυσμού. Οι ασθενείς με απώλεια όσφρησης και σακχαρώδη διαβήτη (1,67%) διέφεραν σημαντικά ( $p=0.011$ ) από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και χωρίς απώλεια όσφρησης (4,67%). Οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και απώλεια όσφρησης (4,3%) διέφεραν σημαντικά ( $p = 0.02$ ), σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς απώλεια όσφρησης και αρτηριακή υπέρταση (7,3%). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στους ασθενείς που δεν είχαν κάποιο ατομικό ιστορικό οσόν αφορά την παρουσία ή όχι απώλεια οσφρησης (37,3% εναντι 21,3%  $p$ -value= 0.008)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

από το ελεγχθέν δείγμα των ασθενών της μελέτης δεν παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς με ΣΔ ή ΑΥ είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης απώλειας όσφρησης. Τα συγκεκριμένα όμως δεδομένα χρήζουν περαιτέρω ελέγχου σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών για εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA98

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-COV2 ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΣΦΡΗΣΗΣ - ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Α. Λιόντος<sup>2</sup>**, Αθηνά Ζαράχη<sup>1</sup>, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Κ. Κατσικάτσος<sup>1</sup>, Αικατερίνη. Λιανού<sup>2</sup>, Ι. Κόμνος<sup>2</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Β. Πέζουλας<sup>3</sup>, Δ. Φωτιάδης<sup>3</sup>, Κ. Παπαλουκάς<sup>4</sup>, Ι. Καστανιουδάκης<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας και Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων, Τμήμα Μηχανικών Επιστήμης Υλικών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της επίδραση της λοίμωξης από τον SARS-COV2, στην όσφρηση και τη γεύση των ασθενών καθώς και η ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων από τη συσχέτιση των αναφερόμενων συμπτωμάτων κατά τη λοίμωξη με την απώλεια γεύσης και όσφρησης.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 300 ασθενείς, ενήλικες που διαγνώστηκαν θετικοί στον SARS, κατόπιν μοριακού ελέγχου (RT-PCR). Οι 150 από το συνολικό δείγμα των ασθενών ανάρρωσαν κατ' οίκον και 150 νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΜΑΝ). Καταγράφηκαν σε ερωτηματολόγιο τα αποτελέσματα, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα συνοδά συμπτώματα κατά τη λοίμωξη καθώς και ιστορικό παθήσεων των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στο πρόγραμμα IBM-SPSS Statistics 26.0. Έγινε χρήση του  $\chi^2$  (chi-square) test και Fisher's exact test.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συνολικό πληθυσμό το ποσοστό ασθενών με πυρετό κατά τη λοίμωξη ήταν 72%. Το 52,67% του συνολικού πληθυσμού ανέφερε βήχα, το 25,33% ανέφερε δύσπνοια και το 49% ανέφερε κόπωση, ενώ ομοίως μυϊκούς πόνους ανέφερε το 49%. Ρινική καταρροή ανέφερε το 25,67% ενώ ρινική συμφόρηση το 37,33% του συνολικού πληθυσμού. Φαρυγγαλγία παρουσίασε το 17,67%. Απώλεια όσφρησης ανέφερε το 57% και απώλεια γεύσης παρουσίασε το 51,67%. Κεφαλαλγία εμφάνισε το 37% των συνολικών ασθενών. Από την ανάλυση των δεδομένων παρατηρήθηκαν τα εξής:

Οι ασθενείς με κόπωση και απώλεια όσφρησης (31,3%) διέφεραν σημαντικά ( $p=0,024$ ) σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς απώλεια όσφρησης και κόπωση (17,67%). Οι ασθενείς με ρινική συμφόρηση και απώλεια όσφρησης (25,6%) διέφεραν σημαντικά ( $p=0,002$ ) σε σχέση με τους ασθενείς με ρινική συμφόρηση χωρίς απώλεια όσφρησης (11,6%). Οι ασθενείς με κεφαλαλγία και απώλεια όσφρησης (25%) διέφεραν σημαντικά ( $p=0,007$ ) σε σχέση με τους ασθενείς με κεφαλαλγία χωρίς απώλεια όσφρησης (12%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

από το ελεγχθέν δείγμα του πληθυσμού της μελέτης φαίνεται πως οι ασθενείς που εμφάνιζαν κόπωση, ρινική συμφόρηση και κεφαλαλγία, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν απώλεια όσφρησης.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA99

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-COV-2. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Αθηνά Ζαράχη<sup>1</sup>, **Α. Λιόντος<sup>2</sup>**, Ο. Μπλιώνης<sup>1</sup>, Κ. Κατσικάτσος<sup>1</sup>, Αικατερίνη. Λιανού<sup>2</sup>, Ι. Κόμνος<sup>2</sup>, Ε. Κλούρας<sup>1</sup>, Β. Πέζουλας<sup>3</sup>, Δ. Φωτιάδης<sup>3</sup>, Κ. Παπαλουκάς<sup>4</sup>, Ι. Καστανιουδάκης<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Μονάδα Ιατρικής Τεχνολογίας και Ευφυών Πληροφοριακών Συστημάτων, Τμήμα Μηχανικών Επιστήμης Υλικών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της επίδραση της λοίμωξης από τον SARS-COV2, στην όσφρηση και τη γεύση των ασθενών καθώς και η ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων από τη συσχέτιση των μεταβλητών: ηλικία, φύλο, βάρος, ύψος, BMI, κατά τη λοίμωξη με την απώλεια γεύσης και όσφρησης.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 300 ασθενείς, ενήλικες που διαγνώστηκαν θετικοί στον SARS, κατόπιν μοριακού ελέγχου (RT-PCR). Οι 150 από το συνολικό δείγμα των ασθενών ανάρρωσαν κατ' οίκον και 150 νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΜΑΝΙ). Καταγράφηκαν σε ερωτηματολόγιο τα αποτελέσματα, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα συνοδά συμπτώματα κατά τη λοίμωξη καθώς και ιστορικό παθήσεων των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στο πρόγραμμα IBM-SPSS Statistics 26.0. Έγινε χρήση του  $\chi^2$  (chi-square) test και Fisher's exact test.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συνολικό πληθυσμό το ποσοστό ασθενών που ήταν γυναίκες ήταν 35,33%. Το 64,67% του συνολικού πληθυσμού ήταν άνδρες. Ελλιποβαρείς (BMI < 18,5) ήταν το 2,67% του συνολικού πληθυσμού, υπέρβαροι (BMI = 25-29,9) ήταν το 39,33% του συνολικού πληθυσμού, ενώ παχύσαρκοι (BMI > 30) ήταν το 21% του συνολικού πληθυσμού. Από την ανάλυση των δεδομένων για κάθε ηλικιακή ομάδα προέκυψε ότι: οι ασθενείς ηλικίας 21-25 έτη με απώλεια όσφρησης (14% του συνολικού αριθμού) διέφεραν σημαντικά ( $p=0,013$ ) σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας 21-25 έτη (5,33%), χωρίς απώλεια όσφρησης. Οι ασθενείς ηλικίας 61-65 ετών με απώλεια όσφρησης (2,6%) διέφεραν επίσης σημαντικά ( $p=0,049$ ) σε σχέση με τους ασθενείς της ίδιας ηλικίας χωρίς απώλεια όσφρησης (5,0%) όπως και οι ασθενείς ηλικίας 71-75 ετών (1,33%) με απώλεια όσφρησης, οι οποίοι διέφεραν σημαντικά ( $p=0,027$ ) σε σχέση με τους ασθενείς ίδιας ηλικίας, χωρίς απώλεια όσφρησης (3,33%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από το παρόν δείγμα φαίνεται πως η νεαρότερη ηλικία και συγκεκριμένα η ηλικία μεταξύ 21-25 έτη, σχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης απώλειας όσφρησης, ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 61-65 και 71-75 ετών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA100

### ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ (MDR) KLEBSIELLA PNEUMONIAE

**Γ. Καρράς**, Γ. Αναστασίου, Ι. Ντελλής, Ολγα Αλμανίδου

Παθολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η πολυανθεκτική (MDR) *Klebsiella pneumoniae* αποτελεί μια αυξανόμενη απειλή για τα συστήματα υγείας και την ανθρώπινη ζωή. Η κολιστίνη αποτελεί μία από τις επιλογές για τη θεραπεία της (MDR) *Klebsiella pneumoniae*, η αυξανόμενη αντοχή στην κολιστίνη αποτελεί πρόκληση στην καθημερινή κλινική πρακτική διότι απομένουν ελάχιστες διαθέσιμες θεραπευτικές και αποτελεσματικές επιλογές (τιγκεκυκλίνη, γενταμικίνη), οι οποίες εξαρτώνται από τις φαρμακοδυναμικές -φαρμακοκινητικές τους ιδιότητες, από το σημείο μόλυνσης το προφίλ ευαισθησίας του απομονωμένου στελέχους.

Περιγράφεται η επιτυχής αντιμετώπιση ασθενούς με μικροβιαίμια από (MDR) *Klebsiella pneumoniae*

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για ασθενή άντρα 60 ετών με εμπύρετο από 4 ημέρου, δυσουρικά ενοχλήματα και αιμοδυναμική αστάθεια, εισήχθη στο παθολογικό τμήμα για διερεύνηση και θεραπεία κλινικοεργαστηριακός έλεγχος εισόδου: ΑΠ 90/75 mmHg 115 bpm εμπύρετος (38,5 C), με καλό επίπεδο συνείδησης, WBC 12000, CRP 15,5 mg/L creatinine: 1,2 mg/dl (eGFR=85) BUN 50 mg/dl σάκχαρο 110 mg/dl sgpt & sgot κφ, γενική ούρων: άφθονα πυοσφαίρια, εβ=1020, χωρίς παρουσία άλλων ευρημάτων. Από το ατομικό ιατρικό ιστορικό αναφέρονται τα εξής: αρτηριακή υπέρταση σταδίου II υπό αγωγή (ATI, HCT, CCB), υδρονέφρωση (αρ)-φέρει rigtail, πολλαπλές επισκέψεις στο Νοσοκομείο το τελευταίο τρίμηνο. Στίς κ/ες ούρων και αίματος απομονώθηκε (MDR) *Klebsiella pneumoniae*

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ελαβε αντιμικροβιακή αγωγή με τιγκεκυκλίνη και γενταμικίνη (βάσει αντιβιογράμματος) με επιτυχή έκβαση και /εσ στείρες, ακολούθησε αφαίρεση του rigtail.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αυξανόμενη αντοχή της *Klebsiella pneumoniae* στην κολιστίνη παγκοσμίως αποτελεί πρόβλημα με την κλινική διαχείριση αυτών των λοιμώξεων δεδομένου ότι η κολιστίνη αποτελούσε μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, παραμένει κλινική πρόκληση για τους υπόλοιπους αντιμικροβιακούς παράγοντες, η οποία εξαρτάται από το φαρμακοδυναμικό προφίλ τους και άλλους μη ελεγχόμενους παράγοντες κατά περίπτωση. Αναδύονται νέες προοπτικές αντιμετώπισης όπως μονοκλωνικά αντισώματα, βακτηριοφάγοι, FMT.

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη καταγραφής αυτών των λοιμώξεων, έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των φορέων με οδηγό σύγχρονα μικροβιολογικά εργαστήρια που θα ανιχνεύουν με προηγμένη τεχνολογική μέθοδο (σε φαινοτυπικό -γενετικό επίπεδο) με στόχο την αποτελεσματική κλινική διαχείριση αυτών των λοιμώξεων

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*; WHO: Geneva, Switzerland, 2015; Available online: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1) (accessed on 18 April 2019).
2. Sugden, R.; Kelly, R.; Davies, S. Combatting antimicrobial resistance globally. *Nat. Microbiol.* **2016**, *1*, 16187. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Sherry, N.; Howden, B. Emerging Gram negative resistance to last-line antimicrobial agents fosfomicin, colistin and ceftazidime-avibactam—Epidemiology, laboratory detection and treatment implications *Expert Rev. Anti-Infect. Ther.* **2018**, *16*, 289-306. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Podschun, R.; Ullmann, U. *Klebsiella* spp. as nosocomial pathogens: Epidemiology, taxonomy, typing methods, and pathogenicity factors. *Clin. Microbiol. Rev.* **1998**, *11*, 589-603. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. European Centre for Disease Prevention and Control. *Emergence of Resistance to Ceftazidime-Avibactam in Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae—12 June 2018*; ECDC: Stockholm, Sweden, 2018. [[Google Scholar](#)]
6. Motley, M. P.; Fries, B. C. A new take on an old remedy: Generating antibodies against multidrug-resistant Gram-negative bacteria in a postantibiotic world. *mSphere* **2017**, *2*, 397-417. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
7. Oechslin, F. Resistance Development to Bacteriophages Occurring during Bacteriophage Therapy. *Viruses* **2018**, *10*, 351. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Roach, D. R.; Debarbieux, L. Phage therapy: Awakening a sleeping giant. *Emerg. Top. Life Sci.* **2017**, *1*, 93-103. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Harper, D. R. Criteria for selecting suitable infectious diseases for phage therapy. *Viruses* **2018**, *10*, 177. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA101

### ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ COVID-19

**Γ. Παννούλης**, Γ. Βατίδης, Δέσποινα Στεργιούλα, Άννα Σαμακίδου, Πηνελόπη Αρβανίτη, Βασιλική Λυγούρα, Δ. Σαγρής, Στέλλα Γκαμπέτα, Σάρα Γεωργιάδου, Α. Στέφος, Γ. Ντάιος, Ν. Γατσέλης, Γ.Ν. Νταλέκος

*Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Από την έναρξη της πανδημίας SARS CoV-2 παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση της νόσου με ποικίλα θρομβωτικά συμβάντα. Αυτά εκδηλώνονται κυρίως σε ασθενείς βαρέως πάσχοντες αλλά και σε ασθενείς με λιγότερο σοβαρή νόσο. Η άμεση τοξική βλάβη του ιού στα ενδοθηλιακά κύτταρα και η ενεργοποίηση του καταρράκτη της πήξης, η υπερπηκτική κατάσταση ως αποτέλεσμα του υπερφλεγμονώδους συνδρόμου και οι ανοσολογικά επαγόμενες θρομβώσεις είναι οι κύριοι μηχανισμοί που έχουν προταθεί για αυτά τα φαινόμενα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με COVID-19 και οξεία πλήρη απόφραξη αορτής.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 50 χρόνων με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη και χρόνιας λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) προσήλθε λόγω βαριάς πνευμονίας από τον SARS CoV-2 και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP 11,9 mg/dl και φερριτίνη 2.057 ng/ml). Αντιμετωπίστηκε με remdesivir, δεξαμεθαζόνη, apakinra και προφυλακτική χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Παρά την αναπνευστική βελτίωση και σταδιακή αποδέσμευση από τη χορήγηση οξυγόνου, ο ασθενής εμφάνισε αιφνιδιαξ εικόνα κρίσιμης ισχαιμίας κάτω άκρων αμφοτερόπλευρα, η οποία οφειλόταν σε θρόμβωση και πλήρη απόφραξη της κοιλιακής αορτής κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών. Αρχικά αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αντιπηκτική αγωγή και συνεδρίες αιμοκάθαρσης λόγω οξείας νεφρικής βλάβης στα πλαίσια της ραβδομύλυσης από νέκρωση ιστών, ενώ για το ενδεχόμενο οζώδους πολυαρτηρίτιδας σε έδαφος χρόνιας HBV λοίμωξης έλαβε ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, κυκλοφωσφαμίδη και rituximab. Με τους ανωτέρω χειρισμούς παρατηρήθηκε επαναιμάτωση του άνω τμήματος του δεξιού μηρού και επαναστραγγοποίηση τμήματος της κοιλιακής αορτής και ακολούθως διενεργήθηκε αμφοτερόπλευρος ακρωτηριασμός κάτω άκρων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρά τους ανωτέρω χειρισμούς ο ασθενής απεβίωσε λόγω σήψης και πολυοργανικής ανεπάρκειας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία απόφραξη αορτής είναι μια σπάνια θρομβωτική εκδήλωση στα πλαίσια της COVID-19 και μπορεί να εμφανιστεί παρά την επιτυχή κλινική πορεία της αναπνευστικής νόσου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA102

### ΡΙΝΟ-ΟΦΘΑΛΜΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗ COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ: ΟΙ ΔΥΟ ΟΦΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

**Γ. Παννούλης<sup>1</sup>**, Γ. Βατίδης<sup>1</sup>, Δέσποινα Στεργιούλα<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Πηνελόπη Αρβανίτη<sup>1</sup>, Βασιλική Λυγούρα<sup>1</sup>, Δ. Σαγής<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Α. Στέφος<sup>1</sup>, Α. Σαρατζιώτης<sup>2</sup>, Ι. Χατζιωάννου<sup>2</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>, Ν. Γατσέλης<sup>1</sup>, Γ. Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνομosύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η λοίμωξη από τον SARS CoV-2 έχει συσχετιστεί με ποικίλες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων δευτεροπαθών βακτηριακών και μυκητιακών λοιμώξεων. Η θεραπεία της COVID-19 πνευμονίας με ή χωρίς υπερφλεγμονώδες σύνδρομο έχει ενοχοποιηθεί σπανίως για την πρόκληση ευκαιριακών λοιμώξεων. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με θανατηφόρο ρινο-οφθαλμική μουκορμύκωση μετά από επιτυχή θεραπεία σοβαρής COVID-19 πνευμονίας και συνυπάρχοντος συνδρόμου απελευθέρωσης κυτταροκινών.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 72-χρόνων με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και κατανάλωσης αλκοόλ εισήχθη στη Μονάδα Λοιμώξεων της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του ΠΓΝ Λάρισας λόγω πυρετού με συνοδό οφθαλμοπληγία και πρόσφατης εκδήλωσης εξόφθαλμο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε φλεγμονή στα μαλακά μόρια του προσωπικού κρανίου και νεκρώσεις στη σκληρή υπερύα. Σημειωτέον, ο ασθενής είχε λάβει πρόσφατα σε προηγηθείσα νοσηλεία, θεραπεία με πρεδνιζολόνη, γ-σφαιρίνη μαζί με ανακίηρα και tocilizumab, λόγω σοβαρής COVID-19 πνευμονίας με συνοδό ενεργοποίηση του συνδρόμου απελευθέρωσης των κυτταροκινών. Σε αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου και θώρακος αναδείχθηκαν αντίστοιχα κατάληψη ηθμοειδών κυψελών και σφηνοειδούς κόλπου με διάβρωση του αριστερού σφηνοειδούς οστού χωρίς πνευμονική συμμετοχή. Με την κλινική διάγνωση της διηθητικής μυκητιακής λοίμωξης ο ασθενής έλαβε αγωγή με υψηλή δόση λιποσωμιακής αμφοτερικίνης Β, ενώ παράλληλα διενεργήθηκε ενδοσκοπική αμφοτερόπλευρη ηθμοειδεκτομή και σφηνοειδεκτομή. Η διάγνωση της ρινο-οφθαλμικής μουκορμύκωσης επιβεβαιώθηκε με την ανάδειξη στην ιστοπαθολογική εξέταση του βιοπτικού υλικού ακανόνιστων υφών με μεγάλο εύρος, χωρίς διαφραγμάτια.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, υποβλήθηκε σε 2<sup>η</sup> χειρουργική επέμβαση και καθαρισμό, αλλά δυστυχώς απεβίωσε λόγω σπητικής καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο συνδυασμός της απορρύθμισης της ανοσιακής απάντησης που προκαλείται από τον ίδιο τον ιό SARS CoV-2, με τις πολλαπλές συννοσηρότητες και τη θεραπεία ανοσοπαρέμβασης μπορεί να οδηγήσει σπάνια σε θανατηφόρες διεισδυτικές μυκητιακές λοιμώξεις. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να έχουν ισχυρή υποψία για τις διεισδυτικές μυκητιάσεις συμπεριλαμβανομένης και της μουκορμύκωσης, μιας και η πρόγνωση είναι σχετικά φτωχή και η έγκαιρη διάγνωση είναι μείζονος σημασίας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA103

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΩΔΥΝΟ ΙΚΤΕΡΟ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

**Παναγιώτα Μίχα**, Γ. Λεγάκης, Κλαίρη Παπαχρήστου, Μαρία Μυλωνά, Α. Μεγακλής

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο ίκτερος συνιστά συχνή αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Η διαφορική διάγνυσή του περιλαμβάνει την ηπατοκυτταρική βλάβη, τον αποφρακτικό/αιμολυτικό ίκτερο, διαταραχές πρόσληψης, σύζευξης και απέκκρισης χολερυθρίνης, όπως και τη φαρμακευτική τοξικότητα (Drug-Induced acute Liver Injury-DILI). Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη περιπτώσεων ενδοηπατικής χολόστασης συνεπεία αντιβιοτικής αγωγής.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα, 56 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω ανώδυνου ικτέρου με συνοδό υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων. Προηγήθηκε χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής για μέση ωτίτιδα με αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό οξύ για επτά ημέρες, μετά το πέρας της οποίας η ασθενής παρατήρησε ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκώτων με συνοδό κνησμό.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κλινικά η ασθενής ήταν απύρετη με μόλις ψηλαφητό ήπαρ. Διενεργήθηκε U/S κοιλίας και MRI/MRCP χωρίς ανεύρεση παθολογίας ή διατάσεις ενδο-/εξω-ηπατικών χοληφόρων. Ουρολογικός όπως και ο ιολογικός έλεγχος απέβησαν αρνητικοί. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν κλασματικές τιμές ηπατικών ενζύμων (SGOT, SGPT ~350 U/L) με τιμή ολικής χολερυθρίνης ~6 mg/dl (καθ' υπεροχήν άμεσης), ενώ στη συνέχεια υποχώρηση αυτών με αύξηση της ALP και σημαντικότερη αύξηση της ολικής χολερυθρίνης (~30 U/L). Διενεργήθηκε βιοψία ήπατος με ανάδειξη ικανού βαθμού παρεγχυματικής χολόστασης, μικρού βαθμού λοβιακής νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας (μικτού τύπου χολόσταση) με πιθανότερο αιτιολογικό παράγοντα το φαρμακευτικό. Λόγω προοδευτικά αργής πτώσης των τιμών χολερυθρίνης μετά την απόσυρση εκλυτικού παράγοντα και μη ανάδειξης άλλης βλάβης από τη βιοψία ήπατος, η ενδοηπατική χολόσταση της ασθενούς αποδόθηκε σε φαρμακευτικής αιτιολογίας ηπατοξικότητα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα φάρμακα συνιστούν ισχυρά πιθανό αίτιο ηπατικής βλάβης με ηπατοκυτταρικό ή χολοστατικό προφίλ. Ανάμεσά τους η αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό οξύ συνιστά το πιο κοινό αίτιο DILI (1/2500 περιπτώσεις) με ανοσο-αλλεργικό μηχανισμό ενεργοποίησης ηπατικής βλάβης. Για το λόγο αυτό σημαντική αναδεικνύεται πάντα η αναζήτηση πρόσφατης έναρξης φαρμακευτικών ουσιών από το ιστορικό του ασθενούς, ώστε να αποσύρονται όσο το δυνατόν πιο άμεσα, με σκοπό να μειωθεί η πιθανότητα μη-αναστρέψιμης ηπατικής βλάβης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA104

### ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΟΤΑΝ Η ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΝΑΙ ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ

**Παναγιώτα Μίχα**, Α. Τσακανίκας, Μαρία Παππά, Γ. Ευαγγελάτος, Μαρία Μυλωνά, Μαρία Τεκτονίδου, Α. Τόσκας

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι σχετιζόμενες με ANCA αγγειίτιδες συνιστούν νοσήματα με πολυσυστηματική προσβολή, τα οποία χαρακτηρίζονται από νέκρωση/φλεγμονή μικρών κυρίως αγγείων. Περιλαμβάνουν την κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (πρώην νόσος Wegener, GPA), τη μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα (MPA) και την πωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (πρώην σύνδρομο Churg-Strauss, EGPA). Αφορούν άτομα και των δύο φύλων με μεγαλύτερη επίπτωση στις ηλικίες 65-75 ετών. Τα όργανα που προσβάλλονται συχνότερα είναι το ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό, οι νεφροί, το δέρμα, οι οφθαλμοί και τα περιφερικά νεύρα. Χαρακτηρίζονται από υψηλό ποσοστό υποτροπών ακόμη και μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη πρωτοδιάγνωσης GPA σε ηλικιωμένο ασθενή με πολυσυστηματική προσβολή.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας, 69 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπυρέτου ως 38°C από ημερών με συνοδό ξηρό βήχα, βράγχος φωνής, εμβοές/ώτων, περιφερικής νευροπάθειας (αρ) κάτω άκρου (dropfoot), σπειραματικής αιματοουρίας και αυξημένων ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, απ' όπου διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, θρομβοκυττάρωση, αυξημένη τιμή ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων, anti-coreHBV(+), HBsAg(-), μη-ανιχνεύσιμο HBV-DNA, δερμοαντίδραση Mantoux/Quantiferon αρνητικά. Χορηγήθηκε αρχικώς πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμινIV χωρίς ανταπόκριση με πολλαπλές καλλιέργειες αίματος/ ούρων να μην απομονώνουν παθογόνο. Τα υπερηχογραφήματα καρδιάς και ΑΚκοιλίας, όπως και οι ολόσωμεςCTs ήταν άνευ ευρημάτων. Λόγω αδυναμίας άμεσης διενέργειας βιοψίας νεφρού, αποφασίστηκε πχορήγηση prednisonης. Διαπιστώθηκε άμεση ύφεση του εμπυρέτου, ενώ θετικά προέκυψαν τα C-ANCA (αντι-PR3) και oRF. Με αυτό το δεδομένο, έγινε έναρξη αγωγής με κυκλοφωσφαμίδη IV και 3 ήμερη ώση κορτιζόνης (750 mg solumedrol). Ο ασθενής ανταποκρίθηκε άμεσα κλινικοεργαστηριακά με συνέχιση prednisonης και εντεκαβίρης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η GPA συνιστά νεκρωτική αγγειίτιδα με εν δυνάμει πολυσυστηματική προσβολή, αφορά συνήθως ασθενείς 20-60 ετών, χαρακτηρίζεται από μη-τυροειδοποιημένα κοκκιώματα στην αναπνευστική οδό, ενώ η νεφρική συμμετοχή (σπειραματονεφρίτιδα-μικροανευρύσματα) διαπιστώνεται σε > 80% των ασθενών θέτοντάς τη σε υψηλή θέση στη διαφορική διαγνωστική νόσων με πνευμονονεφρικό σύνδρομο.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA105

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

**Ιωάννα Μπέλλου**, Ιωάννα Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου, Κυπαρίσση Καρατζίδου Μαρία Γαβρά, Δέσποινα Μιχοπούλου, Γλυκερία Τζατζάγου

*Α΄ Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΘ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Τα αυτοάνοσα νοσήματα προδιαθέτουν στην ανάπτυξη λεμφοπαραγωγών νοσημάτων, όμως συχνά η ανοσοκατασταλτική θεραπεία αποκρύπτει τα συμπτώματα αυτών. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση διερεύνησης εμπυρέτου αγνώστου αιτιολογίας, σε άρρενα ανοσοκατασταλμένο ασθενή.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 60 ετών με ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό κορτιζόνη/μεθοτρεξάτη σε εκούσια φαρμακευτική αναστολή από 8 μηνών, παρουσιάστηκε λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου από 6 μηνών. Στον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν αυξημένη LDH= 1321 U/l, γGT=676 U/l, θρομβοπενία, λευκοπενία, υπερφερριτιναϊμία, ΤΚΕ= 118, CRP=6.9 mg/dl (φτ<0.8), με χαμηλή προκαλσιτονίνη, αυξημένη IgG, ANA= 1/320 λεπτός στικτός, θετικά anti-CCP και RF. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Ο λοιμοανοσολογικός έλεγχος για CMV, EBV, Coxsackie, VZV, παρβοϊού, HIV, ηπατίτιδες, βρουκέλλα, λεπτόσπειρα, τοξόπλασμα ήταν αρνητικός.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας απεικόνισε οζίδια δεξιού μέσου λοβού, πάχυνση πυλωρού και μικρές υπόπυκνες εστίες ήπατος. Η γαστροσκόπηση χωρίς εστιακή βλάβη και το υλικό βιοψίας αρνητικό για κακοήθεια. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα έδειξε απουσία εκπλαστίσεων. Από τη μαγνητική τομογραφία άνω/κοιλίας απεικονίστηκαν άτυπες μικροεστίες στα τμήματα III, IV, V, με εμπλουτισμό στο τέλος της αρτηριακής φάσης και διογκωμένοι λεμφαδένες κατά μήκος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου. Στη διαφοροδιάγνωση τέθηκαν μυκητίαση ήπατος, δευτεροπαθείς εστίες επί αγνώστου πρωτοπαθούς, λέμφωμα. Ακολούθησε PET-CT που έδειξε πολλαπλές υπερμεταβολικές εστίες σε ήπαρ -παρά τη λήψη αντιμυκητιασικής αγωγής-, λεμφαδενοπάθεια σε έσω μαστικούς άμφω και ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο και έντονο σήμα στο μυελό των οστών. Η οστεομυελική βιοψία έδειξε αύξηση των δικτυωτών ινών και κύτταρα με ανώμαλο πυρηνικό περίβλημα θετικά τις ανοσοχρώσεις CD30 και CD15, με σοβαρή υπόνοια μυελοίνωσης επί εδάφους λεμφοεπερπλαστικού νοσήματος, υπέρ Hodgkin's (cHL). Ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία έναντι Hodgkin's παρουσιάζοντας μέχρι στιγμής ύφεση συμπτωματολογίας.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ασθενής, ο οποίος διέκοψε τη χρόνια αγωγή του, εμφάνισε β-συμπτώματα. Τα εμπύρετα σε αυτοάνοσα νοσήματα δεν προκαλούνται μόνο από ευκαιριακές λοιμώξεις και δεν πρέπει να λησμονείται η θετική συσχέτιση με λεμφώματα/λευχαιμίες.

Στην περίπτωση μας επρόκειτο για λέμφωμα σταδίου IV (WHOclassification). Η πρόγνωση ενός ασθενούς, εκτός από τη σταδιοποίηση, καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες όπως είναι ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων, ΤΚΕ, την ηλικία και παρουσία των β-συμπτωμάτων. Σε προχωρημένο στάδιο το προσδόκιμο υπολογίζεται καλύτερα με το IPS-pointsystem.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA106

### **ΟΤΑΝ ΤΟ ΦΑΙΝΕΣΘΑΙ ΔΕΝ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΤΟ ΕΙΝΑΙ: ΤΟΞΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΜΕΤΡΟΝΙΔΑΖΟΛΗ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΜΙΜΗΤΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ**

**Ελισάβετ Προδρομιάδου**<sup>1</sup>, Σιαφαρίκας Χρ.<sup>1</sup>, Καραμανάκος Αν.<sup>1</sup>, Μαγγανάς Κ.<sup>1</sup>, Αθηνά Ευθυμίου.<sup>2</sup>, Αικατερίνη Τσάτσου<sup>2</sup>, Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Λαϊκό

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η οξεία τοξική εγκεφαλοπάθεια συνιστά εγκεφαλική δυσλειτουργία ταχείας έναρξης με αλλαγές στη γνωστική λειτουργία, το επίπεδο συνείδησης και επικοινωνίας. Δύναται να συνυπάρχουν κεφαλαλγία, άνοια, επιληπτικές κρίσεις, παρεγκεφαλιδικά σύνδρομα και διαταραγμένες οπτικές, ακουστικές, αισθησιακές ή οσφρητικές λειτουργίες. Προκαλείται από σήψη, ηπατική/νεφρική ανεπάρκεια, ανεπάρκεια βιταμινών, ηλεκτρολυτικές/ μεταβολικές διαταραχές, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και φάρμακα. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης οξείας τοξικής εγκεφαλοπάθειας από μετρονιδαζόλη με ταυτόχρονη διατροφική ένδεια θειαμίνης.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Γυναίκα, 53 ετών, με νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό αγωγή και πρόσφατη ενδοκοιλιακή φλεγμονή (απόστημα παχέος εντέρου με εντεροκολπικό συρίγγιο) υπό σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη από διμήνου, διεκομίσθη λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης και πάρεσης (αρ) άνω άκρου. Η ασθενής παρουσίαζε πάρεση (αρ) άνω άκρου, αποπροσανατολισμό ως προς χώρο/χρόνο, νυσταγμό, κολλώδη ομιλία, βραδυψυχισμό, δυσμετρία δεξιά, διαταραχές της εν τω βήθει αισθητικότητας και μη εκλυόμενα τενόντια αντανακλαστικά.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, χωρίς ανάδειξη παθολογίας από το ΕΝΥ (αρνητικές καλλιέργειες/cytospin, pcr για hsv/bk jcv, αντισώματα NMDA- R, GAD, ολιγοκλωνικές ανοσοσφαιρίνες). Φυσιολογικά διαβάστηκαν τα triplex καρδιάς, καρωτίδων, το ΗΕΓ, όπως και η αξονική τομογραφία/αγγειογραφία εγκεφάλου της ασθενούς. Στη βιοψία τραχήλου μήτρας αναγνωρίστηκε πλακώδες καρκίνωμα καλής διαφοροποίησης. Λόγω εμμονής της νευρολογικής διαταραχής της, υποβλήθηκε σε MRI εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε εγκεφαλοπάθεια τοξικής αιτιολογίας. Ενοχοποιήθηκε η μετρονιδαζόλη, διεκόπη η χορήγησή της και αναπληρώθηκε η ένδεια θειαμίνης. Η ασθενής βελτιώθηκε θεαματικά κλινικά άμεσα διατηρώντας μόνο σημεία παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η επαγόμενη από μετρονιδαζόλη τοξική εγκεφαλοπάθεια συνιστά σοβαρή νόσο. Επί υψηλής κλινικής ή απεικονιστικής υποψίας, θα πρέπει να διακόπτεται άμεσα ο ένοχος φαρμακευτικός παράγοντας, καθώς η πρόγνωση είναι ευνοϊκή μετά τη διακοπή του.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA107

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΠΟΡΦΥΡΑ ΚΑΙ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

**Παναγιώτα Μίχα**, Κ. Μαγγανάς, Χρυσή Κολιάκη, Ιωάννα Μπουντζώνα, Ν. Παπάζογλου, Γ. Ευαγγελάτος, Μαρία Μυλωνά, Μαρία Τεκτονίδου, Μ. Αρβανίτης

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η συστηματική αγγειΐτιδα συνιστάπολύ συχνά διαγνωστική πρόκληση, καθώς η εικόνα της μιμείται παθολογία από πολλαπλά όργανα-στόχους, τα οποία δύναται να προσβάλλειμέσω ανοσοσυμπλεγμάτων, αντισωμάτων ή κοκκιωματώδους φλεγμονής. Η κρουσφαιριναιμική αγγειΐτιδα αφορά μια αγγειΐτιδα μικρών αγγείων με προσβολή πολλαπλών οργάνων, που οφείλεται στην εναπόθεση κρουσφαιρινών στο τοίχωμα των αγγείων. Το φάσμα των εκδηλώσεων της είναι ευρύ και κυμαίνεται από ήπια μέχρι και απειλητική για τη ζωήπροσβολή. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη κρουσφαιριναιμικής αγγειΐτιδας με ταχέως εξελισσόμενη νεφρική βλάβη χωρίς νεφρωσικό σύνδρομο ή σπειραματική αιματοουρία-μια πραγματικά ασυνήθη μορφή νεφρικής προσβολής.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής, 71 ετών, με ιστορικό συνδρόμου Sjögren, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπυρέτου ως 39 °Cαπό μόνος, καταβολήςδυνάμεων και από 10 ημέρου κηλιδώδους πορφυρικού εξανθήματος σφυρών κάτω άκρων με συνοδό οίδημα και ευαισθησία. Όμοια συμπτωματολογία περιγράφηκε προ 1 1/2 έτουςμε αυτόματη ύφεση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθησαν ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb 6.8 g/dl), eGFR 50 ml/min και υψηλοί δείκτες φλεγμονής με υπογαμμασφαιριναιμία, ενώ οι ολόσωμες CTκαι ποστεομυελική βιοψία δεν ανέδειξαν παθολογία. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν χαμηλό C4, υψηλές τιμές RF, ανεύρεση κρουσφαιρινών ορού (τύπου II: μονοκλωνικές IgMκαι πολυκλωνικές IgG, κρουοκρίτης 4,5%). Λόγω συνεχούς επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας της (χωρίς ωστόσο λευκωματουρία ή ενεργό ίζημα), έγινε έναρξη κορτιζόνης 0.5 mg/kgχωρίς ωστόσο ανταπόκριση στην τιμή της κρεατινίνης/Hb. Διενεργήθηκε βιοψία νεφρού με αναγνώριση ανοσοσυμπλεγμάτων στα αγγεία του νεφρού εκτός των τριχοειδών του σπειράματος και εναπόθεσης σχιστοκυττάρων στο τοίχωμα των αγγείων. Η ασθενής υποβλήθηκε σε συνεδρίες πλασμαφαίρεσης και σε ώσεις κορτιζόνης (1 grSolumedrolx 2 d) καιRituximabIVμε σταδιακή σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κρουσφαιριναιμική αγγειΐτιδα αποτελεί σπάνια και δύσκολη στη διαχείριση της νόσο. Εάν συνυπάρχει HCV λοίμωξη, η πορεία της συσχετίζεται με το ιικό φορτίο. Θεμελιώδους σημασίαςστην τεκμηρίωση προσβολής οργάνου-στόχου παραμένει η βιοψία του προσβεβλημένου οργάνου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA108

### ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ΤΟ «ΣΤΗΘΟΣΚΟΠΙΟ» ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ΤΟΝ 21<sup>Ο</sup> ΑΙΩΝΑ;

**Αγγελική Κατσαρού**, Κ. Θωμάς

*Δ΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών*

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη του υπερήχου παρά την κλίνη του ασθενούς (Point-of-care ultrasound, POCUS) σε εργαλείο συμπληρωματικό της κλινικής εξέτασης, όταν αναδύονται επείγοντα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

#### ΥΛΙΚΟ

Σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο PUBMED σχετικά με εφαρμογές του POCUS στην κλινική πράξη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το POCUS είναι εξέταση παρά την κλίνη που επιτρέπει την αξιολόγηση πολλών συστημάτων συγχρόνως, με αποτέλεσμα τη γρήγορη και καθολική εκτίμηση του ασθενούς. Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες του American College of Physicians προτείνεται η χρήση του σε ασθενείς που εμφανίζονται με οξεία δύσπνοια και τίθεται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, αυξάνοντας το ποσοστό σωστών διαγνώσεων, όταν εφαρμόζεται συμπληρωματικά της συνήθους διαγνωστικής εξέτασης. Στην περίοδο της πανδημίας του Covid19, το POCUS πνευμόνων προτείνεται ως ισάξια εξέταση με την αξονική θώρακος στη διάγνωση της πνευμονίας από τον ιό, καθώς επιτυγχάνει να την ανιχνεύσει στο 96% των ασθενών που διεγνώσθησαν με πνευμονία με αξονική. Η εξέταση χρησιμοποιείται ευρέως στην Αμερική για τη διάγνωση της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (DVT) στην εντατική και στα επείγοντα, ενώ πλέον χρησιμοποιείται και από παθολόγους για νοσπλευόμενους ασθενείς. Μετα-αναλύσεις περιγράφουν διαγνωστική ευαισθησία έως 95% και ειδικότητα έως 98% στη διάγνωση DVT. Περαιτέρω μπορεί να αναδείξει εμμέσως στοιχεία υπέρ πνευμονικής εμβολής, όπως διάταση δεξιάς κοιλίας. Είναι επιπλέον βοηθητικός στην εκτίμηση της αιμοδυναμικής κατάστασης και του ενδοαγγειακού όγκου του ασθενούς (εκτίμηση συσταλτικότητας αριστερής κοιλίας, διακύμανσης κάτω κοιλιακής φλέβας), επιτρέποντας τη γρήγορη λήψη αποφάσεων για χορήγηση υγρών και την άμεση αξιολόγηση της παρέμβασης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το POCUS αποτελεί εύχρηστη, χαμηλού κόστους εξέταση, που συμπληρωματικά με τα συνήθη διαγνωστικά μέσα αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια. Διενεργείται δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, εξοικονομώντας χρόνο σε επείγουσες καταστάσεις μέσω ταυτόχρονης αξιολόγησης συστημάτων, και αποτρέποντας περιττή μεταφορά του κρίσιμου ασθενούς για επιπλέον εξετάσεις και έκθεση σε ακτινοβολία.

## AA109

### ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2

**Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>**, Ιφιγένεια Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>, Σοφία Νικολακοπούλου<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα Κωνσταντίνου<sup>3</sup>, Ολγα Μάσχα<sup>4</sup>, Χ. Σαμαράς<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>3</sup> Τμήμα COVID-19, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>4</sup> Βιοχημικό Εργαστήριο, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>5</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος από τον ιό SARS-CoV-2 έπληξε την ανθρωπότητα το τελευταίο χρονικό διάστημα. Η νόσος προκαλεί πνευμονία που μπορεί να είναι βαριά. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς, ιδιαίτερα αυτοί οι οποίοι έχουν σοβαρές συννοσηρότητες, μπορεί να καταλήξουν. Η νόσος προσβάλλει όλα τα συστήματα οργάνων και η ποικιλομορφία των εκδηλώσεών της έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα. Σκοπός ήταν να περιγραφεί περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε υποξεία θυρεοειδίτιδα μετά λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2.

#### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 52 ετών εμφάνισε συμπτώματα λοίμωξης με ιδιαίτερα ήπια κλινική εικόνα, καταβολή και ήπια γριππώδη συνδρομή. Η ασθενής δεν νοσηλεύτηκε καθώς η νοσηλεία δεν ήταν αναγκαία. Δύο μήνες μετά τη λοίμωξη εμφάνισε εικόνα υποξείας θυρεοειδίτιδας με άλγος στην περιοχή του τραχήλου, υπεριδρωσία, ταχυκαρδία και μεγάλη καταβολή. Εγινε εργαστηριακός έλεγχος που έδειξε IgG Ab COVID-19 31.9 (ΦΤ <1) (ELISA), IgM Ab COVID-19 0.6 (ΦΤ <1) (ELISA), CRP 4.27 mg/dL (ΦΤ <0.5 mg/dL), ΤΚΕ 85 mm/h και ΤSH 0.03 μIU/ml. Το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς έδειξε υποηχοϊκές περιοχές. Στην ασθενή χορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη που είχαν σαν αποτέλεσμα παροδική ύφεση του άλγους. Μετά 1 μήνα η ασθενής προσήλθε και πάλι λόγω ταχυκαρδίας, άλγους στην περιοχή του θυρεοειδούς και καταβολής. Χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη 16 mg x 2 ημερησίως και προπρανολόλη 20 mg x 2 ημερησίως με αποτέλεσμα ύφεση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, 1 μήνα αργότερα η ασθενής εμφάνισε εκ νέου έξαρση των συμπτωμάτων της νόσου. Τέθηκε σε tabl Medrol 16 mg 1 x2 και η υποξεία θυρεοειδίτιδα υφέθη εκ νέου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος από τον ιό SARS-CoV-2 προσβάλλει όλα τα συστήματα οργάνων. Ο ιός εισέρχεται στα κύτταρα με τη σύνδεσή του με το ένζυμο ACE2 (angiotensin converting enzyme 2) που δρα σαν υποδοχέας του ιού. Έχει αποδειχθεί ότι τα κύτταρα του θυρεοειδούς εκφράζουν το ένζυμο ACE2. Φαίνεται ότι με τον τρόπο αυτό ο ιός SARS-CoV-2 προσβάλλει το θυρεοειδή αδέν. Έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις ασθενών που εμφάνισαν υποξεία θυρεοειδίτιδα ή νόσο Graves μετά τη λοίμωξη από τον ιό COVID-19. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ο ιός SARS-CoV-2 μπορεί να προσβάλλει το θυρεοειδή αδέν.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA110

### ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2. Η ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ COVID-19

**Λ. Αθανασίου<sup>1</sup>**, Ιφιγένεια Κώστογλου-Αθανασίου<sup>2</sup>, Σοφία Νικολακοπούλου<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα Κωνσταντίνου<sup>3</sup>, Ολγα Μάσχα<sup>4</sup>, Χ. Σαμαράς<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>3</sup> Τμήμα COVID-19, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>4</sup> Βιοχημικό Εργαστήριο, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>5</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Υποκαλιαιμία έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς πάσχοντες από λοίμωξη με τον ιό SARS-CoV-2. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η υποκαλιαιμία μπορεί να είναι ένας ευαίσθητος βιοδείκτης της βαρύτητας της νόσου και της ανάγκης για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε πνευμονία από τον ιό COVID-19 (Chen et al, JAMA Netw Open 2020, Alfano et al, Clin Exp Nephrol 2021). Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με βαριά πνευμονία από τον ιό SARS-CoV-2 που εμφάνισε υποκαλιαιμία.

#### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής, άνδρας ηλικίας 52 ετών παρουσίασε πυρετό και ξηρό βήχα. Διαπιστώθηκε ότι ήταν θετικός για λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2. Νοσηλεύθηκε και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρατηρήθηκε υποκαλιαιμία,  $K^+$  ορού 3.2 mmol/L. Η κατάσταση του σταθεροποιήθηκε και πήρε εξιτήριο ώστε να παρακολουθείται οίκοι. Ο ασθενής δεν είχε αδένωμα ή υπερπλασία επινεφριδίου ή ιστορικό υποκαλιαιμίας. Ωστόσο, 2 μέρες αργότερα εμφάνισε πυρετό και ο βήχας επιδεινώθηκε. Εγινε εκ νέου εισαγωγή στο νοσοκομείο και διαπιστώθηκε πνευμονία. Το  $K^+$  ορού ήταν 2.9 mmol/L, η ρενίνη πλάσματος 1.0 pg/ml και η αλδοστερόνη 17 ng/dl. Χορηγήθηκε κάλιο. Η CT άνω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου δεν ανέδειξε αδένωμα ή υπερπλασία επινεφριδίων. Δεν ήταν υπό χορήγηση διουρητικών. Η υποκαλιαιμία επέμνε παρά τη χορήγηση καλίου και χορηγήθηκε σπειρονολακτόνη μαζί με δεξαμεθαζόνη για τη θεραπεία της πνευμονίας. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής βελτιώθηκε και η σπειρονολακτόνη διακόπηκε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ιός SARS-CoV-2 διεισδύει στα κύτταρα μέσω μιας ακίδας που προσκολλάται στο ένζυμο ACE2. Η προσκόλληση του ιού στο ACE2 προκαλεί ανισορροπία μεταξύ των συστημάτων αγγειοτενσίνης I και αγγειοτενσίνης II. Η ανισορροπία αυτή μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση αληθούς υπεραλδοστερονισμού και μπορεί να συμμετέχει στην παθογένεια του ξηρού βήχα που χαρακτηρίζει τη νόσο. Έχει προταθεί ότι η υποκαλιαιμία μπορεί να είναι δείκτης της βαρύτητας της νόσου από τον ιό SARS-CoV-2. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά χρήζουν επιβεβαίωσης και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της βαρύτητας της λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2, του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης αλδοστερόνης και της υποκαλιαιμίας.

## AA111

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ COVID-19

Α. Καϊκης, Μαρία Τζωράκη, Ν. Αρνάς, Γ. Γόμπος, Γ. Φρόνας, Α. Χατζηπαντωνίου, Μαρία Σταμπόρη, Δέσποινα Διακονικόλα, Ευσταθία Αναστασίου, **Αικατερίνη Βολονάκη**

*Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι θρομβωτικές επιπλοκές είναι συχνές στους ασθενείς με COVID-19. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές για θρομβώσεις σε άτυπες θέσεις. Οι αναφορές για έμφρακτο σπληνός σε ασθενείς με COVID-19 είναι λίγες, ενώ όλες αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού με σοβαρό COVID-19 που επιπλάκκε με εκτεταμένο έμφρακτο σπληνός, για την αντιμετώπιση του οποίου απαιτήθηκε διενέργεια σπληνεκτομής.

#### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Άνδρας 45 ετών, με ιστορικό χρόνιας HBV λοίμωξης άνευ αγωγής, νοσηλεύτηκε λόγω σοβαρής νόσου COVID-19, με εκτεταμένα αμφοτερόπλευρα διηθήματα (εικόνα ARDS) και σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια για την οποία απαιτήθηκε οξυγονοθεραπεία με συσκευή High Flow Nasal Cannula. Την 3 η ημέρα νοσηλείας και, ενώ ήταν υπό αντιθρομβωτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση, παρουσίασε αιφνίδιο άλγος αριστερού υποχονδρίου και εμέτους, χωρίς εικόνα περιτονίτιδας. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας χωρίς ενδοφλέβιο σκιαγραφικό μέσο στην οποία δεν αναδείχθηκε οξεία παθολογία. Αντιμετώπιστηκε συμπτωματικά. Λόγω αύξησης των D-διμερών η δόση της ηπαρίνης αυξήθηκε σε θεραπευτική.

#### ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ-ΕΚΒΑΣΗ

Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων και, ενώ ο ασθενής ήταν αναπνευστικά βελτιωμένος, διενεργήθηκε επαναληπτική αξονική κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό μέσο στην οποία αναδείχθηκε εκτεταμένο έμφρακτο σπληνός. Αρχικά αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση. Λόγω οξείας επιδείνωσης του κοιλιακού άλγους με συνοδό σύστοιχη πλευρίτιδα, πυρετό και ταχυκαρδία, αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση με σπληνεκτομή. Η βιοψία σπληνός ανέδειξε εκτεταμένη αιμορραγική νέκρωση του οργάνου. Ο ασθενής νοσηλεύεται ακόμα και βρίσκεται σε διαδικασία αποκατάστασης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σοβαρές θρομβωτικές επιπλοκές μπορεί να συμβούν σε ασθενείς με COVID-19, παρά την προφυλακτική αντιθρομβωτική αγωγή. Οι θρομβώσεις αυτές μπορεί να παρουσιαστούν σε άτυπες θέσεις. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να διατηρεί υψηλό βαθμό υποψίας και να διενεργεί τον κατάλληλο απεικονιστικό έλεγχο σύμφωνα με τα συμπτώματα του ασθενούς, ούτως ώστε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά δυνητικά επικίνδυνες επιπλοκές.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA112

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ

**Ευαγγελία Τζεραβίνη**, Ρόζα Κολιογεώργη, Χρυσή Κολιάκη, Μαρία Παππά, Φωτεινή Ντζιώρα

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η συστηματική σκλήρυνση αποτελεί μία σπάνια νόσο που χαρακτηρίζεται από αγγειοπάθεια, διαταραχή της ανοσολογικής απόκρισης και ίνωση του δέρματος και των εσωτερικών οργάνων, κυρίως των πνευμόνων, της καρδιάς και του οισοφάγου. Πρόσφατα η μελέτη SENSIS απέδειξε την αποτελεσματικότητα της νιντεδανίμης, ενός αναστολέα τυροσινικών κινασών με αντιινωτική δράση, στην αντιμετώπιση της σχετιζόμενης με τη συστηματική σκλήρυνση διάμεσης πνευμονικής ίνωσης. Σκοπός της παρούσας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με συστηματικό σκληρόδερμα που εμφάνισε πνευμονική εμβολή, ενώ ελάμβανε αγωγή με νιντεδανίμη για τη σχετιζόμενη με το νόσημα της διάμεση πνευμονική ίνωση και με βοσεντάνη, έναν διπλό αναστολέα υποδοχέων ενδοθηλίνης για την πρόληψη των υποτροπών των δακτυλικών ελκών του σκληροδέρματος.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 64 ετών με ατομικό αναμνηστικό παχυσαρκίας, συστηματικής σκλήρυνσης και διάμεσης πνευμονικής ίνωσης προσήλθε λόγω δύσπνοιας όντας υπό αγωγή με πρεδνιζολόνη, βοσεντάνη και νιντεδανίμη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν τρίζοντες σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία και υποξυγοναιμία, τπλαγγειεκτασίες προσώπου, σκληροδακτυλία και φαινόμενο Raynaud. Η ασθενής επιδεινώθηκε αεριομετρικά εντός ωρών και τελικά τέθηκε σε μηχανικό αερισμό

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε βρογχεκτασίες, περιοχές δίκην θαμβής υάλου και πάχυνση των μεσολόβιων διαφραγμάτων. Από το ηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε τιμή PASP 40 mmHg. Έγινε έλεγχος για λοιμώδη αίτια, ο οποίος ήταν αρνητικός. Τέθηκε παράλληλα σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και οξυγονοθεραπεία. Σε νέα αξονική τομογραφία/ αγγειογραφία θώρακος ανεδείχθησαν ελλείμματα σκιαγράφησης σε τμηματικούς κλάδους άμφω. Η ασθενής έλαβε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή και μετά από παραμονή στη μονάδα εντατικής θεραπείας παρουσίασε βελτίωση και έλαβε τελικά εξιτήριο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε ασθενείς με σκληρόδερμα που εμφανίζουν αναπνευστική δυσχέρεια η υποψία της πνευμονικής εμβολής θα πρέπει να τίθεται ψηλά στη διαφορική διάγνωση. Η υποκείμενη πνευμονική ίνωση ή ευκαιριακές λοιμώξεις λόγω ανοσοκαταστολής μπορεί να αποτελούν επίσης αίτια. Η λήψη φαρμάκων όπως η νιντεδανίμη, παρότι επίσημα δεν ενοχοποιούνται για θρομβοεμβολική νόσο, ίσως σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες να αυξάνουν τον κίνδυνο για πνευμονική εμβολή.

## AA113

### ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΕΟΥΣ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ

Κ. Ιωακείμ<sup>1</sup>, Μαρία Γαβρά<sup>1</sup>, Ελένη Μάντσου<sup>1</sup>, Ουρανία Μπατσά<sup>2</sup>, Δ. Αποστόλου<sup>3</sup>, Γλυκερία Τζατζάγου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική- Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το καρκίνωμα πέους είναι σπάνιος, βιολογικά επιθετικός καρκίνος, που συχνά διαλάθει της κλινικής προσοχής. Η λεμφαδενική ή μεταστατική διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα σχετίζεται με φτωχή πρόγνωση. Λίγες περιπτώσεις μεταστάσεων εγκεφάλου από καρκίνωμα πέους εκ πλακώδους επιθηλίου (SCC) έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Περιγράφουμε μία τέτοια περίπτωση.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άρρεν 90 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και καλοήθους υπερπλασίας προστάτη, προσκομίζεται λόγω διαταραχών ομιλίας, αστάθειας, συχνών πτώσεων από 3 εβδομάδων και συνοδού ακράτειας κοπράνων-ούρων. Στη νευρολογική εξέταση διαπιστώνονται δυσαρθρία, Barge δεξιά, αυτόματο Babinski άμφω, τρόμος τελικού σκοπού άνω άκρων, δυσμετρία άμφω σε άνω-κάτω άκρα, αδυναμία συντονισμένης βόδισης και ορθοστάτισης. Στην αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου απεικονίζονται μεταστατική εστία στο αριστερό ημιμόριο της παρεγκεφαλίδας, με ανομοιογενή εμπλουτισμό, νεκρωτικά στοιχεία και περιεστιακό οίδημα που πιέζει σκώληκα και τέταρτη κοιλία, και μικρότερη εστία στο αριστερό ημιωοειδές κέντρο. Ο ασθενής τίθεται σε αποιδηματική αγωγή με δεξαμεθαζόνη. Εν απουσία κλινικής διάγνωσης εμφανούς πρωτοπαθούς εστίας, διενεργείται αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας-πυέλου που απεικονίζει μεταστάσεις ήπατος και πνευμόνων, αλλά όχι ξεκάθαρη συμπαγή μάζα από κάποιο όργανο. Η βιοψία από οποιοδήποτε όργανο κρίνεται μη πραγματοποιησίμη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ολοκληρωμένη επανεξέταση του ασθενούς εντοπίζεται γενικευμένη σκληρία στα σπραγγώδη σώματα, και ένα μόλις υποσημεινόμενο κερατινοποιημένο έλκος στη βάλανο του πέους ~5 mm. Από την παθολογοανατομική εξέταση προκύπτει SCC χαμηλής διαφοροποίησης, με εξέγκωση της επιδερμίδας και νεοπλασματική διήθηση του χορίου. Λόγω υψηλής τοξικότητας χημειοθεραπείας, προτάθηκε παρηγορητική αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην Ευρώπη, η επίπτωση του καρκίνου πέους είναι 4000 ασθενείς, ωστόσο λίγες περιπτώσεις μεταστάσεων εγκεφάλου έχουν καταγραφεί. Η πρόγνωση καθορίζεται κυρίως από το στάδιο της λεμφαδενικής διασποράς. Ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις έχουν φτωχή πρόγνωση. Πέραν της χειρουργικής εξαίρεσης, διάφορα επικουρικά χημειοθεραπευτικά σχήματα δοκιμάζονται, ενώ η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται λόγω σοβαρών επιπλοκών και χαμηλής ακτινοευαισθησίας. Στη σύγχρονη ιατρική πράξη, η αφθονία των ακριβών απεικονιστικών εξετάσεων έχει αντικαταστήσει την παραδοσιακή κλινική εξέταση, η οποία όμως μπορεί να έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση ενός τέτοιου καρκίνου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA114

### Ο ΕΒV ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΝΩΔΥΝΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

**A. Τεντολούρης**, Ρόζα Κολιογιώργη, Π. Παπαλέξης, Φωτεινή Ντζιώρα

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο ιός Epstein Barr (EBV) ανήκει στην κατηγορία των ερπητοϊών και προκαλεί το σύνδρομο της λοιμώδους μονοκυρηνώσης. Η λοιμώδης μονοκυρηνώση εκδηλώνεται συνήθως με αδιαθεσία, πυρετό, φαρυγγίτιδα και επώδυνη αμφοτερόπλευρη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του EBV ως αίτιου ανώδυνης τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας σε έναν ασθενή 20 ετών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 20 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό εισήχθη λόγω ανώδυνης τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας κατά μήκος του αριστερού στενεροκλειδομαστοειδούς μυός από δεκαήμερου. Συνοδά εμφάνισε κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στην περιοχή των αντιβραχίων που δεν συνοδεύονταν από κνησμό το οποίο υφέθηκε αυτόματα. Έπειτα από παθολογική εκτίμηση σε εξωτερική βάση ο ασθενής πραγματοποίησε u/s τραχήλου που ανέδειξε διογκωμένους λεμφαδένες τραχηλικής χώρας (ΔΕ: 1.8 x 0.6 cm, ΑΡ: 2.4 x 0.9 εκ) και έλαβε δοξυκυκλίνη για μία εβδομάδα χωρίς να παρατηρηθεί ύφεση της λεμφαδενοπάθειας. Επίσης, πραγματοποίησε u/s άνω κοιλίας που ανέδειξε μέγεθος ήπατος/σπληνός εντός φυσιολογικών ορίων, χωρίς εστιακές αλλοιώσεις και u/s θυρεοειδούς που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον εργαστηριακό έλεγχο ο ασθενής παρουσίασε αυξημένες τιμές τρανσαμινασών αίματος (SGOT: 66 U/L, SGPT: 89 U/L) που κατά τη νοσηλεία του μειώθηκαν. Πραγματοποιήθηκαν CTs τραχήλου-θώρακος-κοιλίας που ανέδειξαν διογκωμένους λεμφαδένες στα οπίσθια τραχηλικά τρίγωνα και στις πλάγιες τραχηλικές χώρες. Ο έλεγχος για λοιμώδη αίτια (HIV, HAV, HCV, HBV, toxoplasma, CMV, *Treponema pallidum*, Wright-coombs) ήταν αρνητικός, πλην EBV IgM (+) και EBV IgG (+) στον ορό. Η PCR EBV ήταν θετική για την παρουσία του ιού στο αίμα. Πραγματοποιήθηκε βιοψία λεμφαδένα τραχηλικής χώρας, χωρίς ευρήματα υπέρ φυματίωσης, λεμφώματος ή άλλης κακοήθειας. Ο ασθενής επανεκτιμήθηκε δύο εβδομάδες μετά στο εξωτερικό ιατρείο με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων και ηπατική βιοχημεία εντός φυσιολογικών ορίων.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο EBV εκτός από την κλασική κλινική εικόνα της επώδυνης αμφοτερόπλευρης τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας, μπορεί να εμφανιστεί και με πιο άτυπα συμπτώματα όπως για παράδειγμα με ανώδυνη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA115

### ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΟ AZD1222 ΣΕ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΕΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Β. Παννακόπουλος, Στέλλα Μιχαλίδου, Κ. Τεντολούρης, Σοφία Μπλλιού, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Μαρίνα Τζαννή, Ν. Φυτράκης, Ζωίτσα Ζαχαριάδου, Πηνελόπη Γρηγοροπούλου, Αρχοντούλα Φράγκου  
Παθολογικό Τμήμα ΓΝΑ «ΕΛΠΙΣ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εμβολιασμός έναντι του ιού SARS-CoV-2 (COVID-19) αποτελεί παγκόσμια εκστρατεία όλων των συστημάτων υγείας. Υπάρχουν διαρκώς νέες αναφορές για την ενεργοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς-έρπητος ζωστήρα (VZV) μετά τον εμβολιασμό με SARS-COV-2 mRNA εμβόλια (Pfizer-BNT162b2 mRNA και Moderna mRNA-1273).

Παρουσιάζουμε την περίπτωση εκδήλωσης έρπητος ζωστήρας μετά από εμβολιασμό με το εμβόλιο της AstraZeneca (AZD1222).

#### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Άντρας ετών 67, με ιστορικό ουρικής αρθρίτιδος, παρουσιάστηκε για επείγοντα ιατρεία για την εκδήλωση φυσαλιδώδους εξανθήματος στο δεξί άνω άκρο 10 ημέρες μετά την 1<sup>η</sup> δόση εμβολιασμού με AZD1222. Ο ασθενής ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς κλινικά σημεία συστηματικής ερπητικής λοίμωξης. Η εξέταση ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος για SARS-COV-2 ήταν αρνητική. Έλαβε αγωγή με ακυκλοβίρη για μία εβδομάδα με κλινική βελτίωση και ύφεση των εξανθημάτων. Εξήλθε βελτιωμένος με αναλγητική αγωγή με πρεγκαμπαλίνη.

Ο VZV ανήκει στην οικογένεια των DNA ιών και έχει τη δυνατότητα, όπως όλοι οι ερπητοϊοί, να παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στον οργανισμό μετά την αρχική λοίμωξη. Ο μηχανισμός με τον οποίο ο εμβολιασμός έναντι του SARS-COV-2 προκαλεί ενεργοποίηση του VZV δεν είναι πλήρως γνωστός. Η ενεργοποίηση του VZV θεωρείται ως αδυναμία της κυτταρικής ανοσίας να διατηρήσει τον έλεγχο του λανθάνοντος ιού. Στις κλινικές μελέτες των εμβολίων AZD, BNT2b2 και Moderna mRNA-1273, δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις καταστολής της κυτταρικής ανοσίας. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί περιπτώσεις εκδήλωσης περιστατικών έρπητος ζωστήρας μετά τον εμβολιασμό με Pfizer-BNTb2 εμβόλια εντός διαστήματος 7-20 ημερών από τη χορήγηση. Η εκδήλωση της νόσου φαίνεται να σχετίζεται με την εκδήλωση ανοσολογικής φλεγμονώδους αντίδρασης (immune reconstitution inflammatory syndrome, IRIS), σε συνδυασμό με μία φυσιολογική καταστολή της κυτταρικής ανοσίας λόγω ηλικίας. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπιες και υφίονται χωρίς επιπλοκές

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το περιστατικό που περιγράψαμε πιθανό να αποτελεί την 1<sup>η</sup> αναφορά για την εκδήλωση VZV νόσου μετά από εμβολιασμό με AZD1222. Ο κίνδυνος εκδήλωσης δεν αποτελεί αντένδειξη εμβολιασμού, αλλά θα πρέπει να υπάρχει εγρήγορση για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

## AA116

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ C-REACTIVE PROTEIN (CRP) ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΑΥ)

Κ. Σταμόπουλος<sup>1</sup>, **Καλλιρρόη Λάμπρου**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Επιμελητής Β Εσωτερικής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Αναργυροι»

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Β, Πνευμονολόγος-Υπνολόγος, ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποφρακτική άπνοια ύπνου είναι μια κοινώς εμφανιζόμενη υπνική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες πλήρεις ή μερικές διακοπές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου, λόγω απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών, που οδηγούν σε υποξαιμία κατά τον ύπνο. Έχει βρεθεί πως η διαλείπουσα υποξαιμία κατά τη διάρκεια του ύπνου ενοχοποιείται για την αύξηση δεικτών φλεγμονής σε ασθενείς με ΣΑΥ. Η βαρύτητα του συνδρόμου ορίζεται με το δείκτη απνοιών-υποπνοιών (AHI).

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ συνδρόμου αποφρακτικής υπνικής άπνοιας με τα επίπεδα της CRP και του ινωδογόνου σε ασθενείς με ΣΑΑΥ.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 118 ασθενείς (95 άρρενες, 23 γυναίκες) με σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας (μέση ηλικία  $52.7 \pm 17.1$  έτη), μέσος δείκτης μάζας σώματος  $34.3 \pm 11.2$  kg/m<sup>2</sup>), μέσος δείκτης AHI  $44.7 \pm 26.3$  ανά ώρα ύπνου. Σε αυτούς μετρήθηκαν οι εξής παράμετροι σαν δείκτες συστηματικής φλεγμονής: C αντιδρώσα πρωτεΐνη και ινωδογόνο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι τιμές που προέκυψαν ήταν για τη C αντιδρώσα πρωτεΐνη  $6.1 \pm 5.4$  mg/l (φυσιολογικές τιμές: 0-6 mg/l) και για το ινωδογόνο  $413.6 \pm 103.1$  mg/dl (φυσιολογικές τιμές: 200-400 mg/dl). Στην απλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη απνοιών-υποπνοιών (AHI) με τη C αντιδρώσα πρωτεΐνη ( $R^2: 0.313$ ) και με τα επίπεδα του ινωδογόνου ( $R^2: 0.343$ )

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα της CRP και του ινωδογόνου σε ασθενείς με ΣΑΥ α) παρουσιάζουν αυξημένες τιμές και β) συσχετίζονται γραμμικά με τη βαρύτητα του συνδρόμου όπως εκφράζεται από το δείκτη απνοιών-υποπνοιών

## AA117

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΥ)

Κ. Σταμόπουλος<sup>1</sup>, **Καλλιρρόη Λάμπρου**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Επιμελητής Β΄ Εσωτερικής Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Αναργυροί»

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Β΄, Πνευμονολόγος-Υπνολόγος, ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φερριτίνη είναι η κύρια πρωτεΐνη αποθήκευσης σιδήρου του σώματος και τα επίπεδα της στο αίμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την έμμεση μέτρηση των επιπέδων του σιδήρου στο σώμα. Η αποφρακτική άπνοια ύπνου είναι μια συχνή διαταραχή του ύπνου που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους αποκορεσμούς της αιμοσφαιρίνης κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η βαρύτητα του συνδρόμου ορίζεται με το δείκτη απνοιών-υποπνοιών (ΑΗΙ). Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φερριτίνης σε ασθενείς με ΣΑΥ δεν είναι απολύτως γνωστή καθώς τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα μελετών δίστανται

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να εξετάσουμε τη συσχέτιση μεταξύ συνδρόμου αποφρακτικής υπνικής άπνοιας με τα επίπεδα φερριτίνης σε ασθενείς με ΣΑΑΥ.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 118 ασθενείς (95 άρρενες, 23 γυναίκες) που υποβλήθηκαν σε μελέτη ύπνου και διαγνώστηκαν με σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Μέση ηλικία  $52.7 \pm 17.1$  έτη, μέσος δείκτης μάζας σώματος  $34.3 \pm 11.2$   $\text{kg/m}^2$ , μέσος δείκτης απνοιών -υποπνοιών (ΑΗΙ)  $44.7 \pm 26.3$  ανά ώρα ύπνου. Σε όλους τους ασθενείς με ΣΑΥ μετρήθηκαν τα επίπεδα φερριτίνης τους στο αίμα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι τιμές της φερριτίνης σε ασθενείς με ΣΑΥ ήταν  $231.5 \pm 100.6$   $\text{ng/ml}$  (φυσιολογικές τιμές: 30-230  $\text{ng/ml}$ ). Επιπλέον, στην απλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη απνοιών-υποπνοιών και των επιπέδων φερριτίνης ( $R^2$ : 0.296).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας βρήκαμε πως τα επίπεδα της φερριτίνης σε ασθενείς με ΣΑΥ παρουσιάζουν αυξημένες τιμές και επίσης συσχετίζονται γραμμικά με τη βαρύτητα του συνδρόμου όπως εκφράζεται από το δείκτη απνοιών-υποπνοιών. Χρειάζονται όμως περαιτέρω μελέτες για πιο ασφαλή συμπεράσματα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA118

### ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID 19

Στέφανι Χριστίνα Διακουμάκου, Σταυρούλα Κοσκινά, Γεωργία Μπέλλου, Βασιλική Διαμαντοπούλου, Γ. Γεωργακόπουλος, Αικατερίνη Σπυριδάκη, Γ. Μαραθωνίτης

Α΄ Παθολογική κλινική, Νοσοκομεική Μονάδα «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ», Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟ-ΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοίμωξη με COVID-19 συνοδεύεται συχνά με θρομβοεμβολικά επεισόδια, καθώς πιθανά επηρεάζει το αγγειακό επιθήλιο, ανεξάρτητα από την παρουσία αναπνευστικής ανεπάρκειας ή όχι.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 61 ετών, με ιστορικό ψυχωσικής συνδρομής, καπνιστής, πλήρως εμβολιασμένος για SarsCov2, διεκομίσθη στην κλινική μας λόγω θετικής PCR για SarsCov2, χωρίς συνοδά συμπτώματα. Κατά τη νοσηλεία του παρατηρήθηκαν υπερτασικές αιχμές και ετέθη σε αντιυπερτασική αγωγή. Παρουσίασε εμπυρετο και υποξυγοναιμία και ετέθη εμπειρικά σε δεξαμεθαζόνη και πιπερακιλλίνη-ταζομπακταμ, ενώ οι καλλιέργειες αιματος και ουρων ήταν στείρες. Απυρέτισε βραχέως, αλλά παρουσίασε εκ νεου εμπυρετο με ριγος, και ετέθη εμπειρικά σε μεροπενεμ, και αμικασιν.

Παρουσίασε σταδιακά αδυναμία κάτω άκρων, για την οποία ζητήθηκε νευρολογική εξέταση που ανέδειξε παραπάρηση με κατάργηση των τενόντιων αντανασκαστικών. Έγινε αξονική θώρακος και άνω κάτω κοιλίας που απεικόνισε απόφραξη στην κοιλιακή αορτή από το ύψος της έκφυσης των νεφρικών αρτηριών, τοιχωματικές αποτιτανώσεις σε όλο το μήκος της, εύρημα που επιβεβαιώθηκε από το triplex κατω άκρων, όπου απεικονίστηκαν ευμεγέθεις τοιχωματικές αλλοιώσεις με στένωση αυλού και μονοφασική ροή. Η αγγειοχειρουργική εκτίμηση ανέφερε μή ψηλαφτές περιφερικές σφύξεις κάτω άκρων, ικανοποιητική αιμάτωση από πιθανά παράπλευρη, ενώ δε σύστησε επέμβαση επαναιμάτωσης, λόγω πιθανής ενεργού λοίμωξης. Έγινε διερεύνηση του παρατεινόμενου εμπυρέτου και εστάλη ανοσολογικός, ιολογικός, παρασιτολογικός ελεγχος, υπερηχογράφημα καρδιάς που δεν ανέδειξαν παθολογία. Από την καλλιέργεια ουρων απομονώθηκε *Ac. baumannii* πανανθεκτικό, και *Ps. aeruginosa* και ο ασθενής ολοκλήρωσε αγωγή με κολιστίνη και τυγκεκυκλίνη ενδοφλεβίως.

Έγινε PET-CT όπου εμφανίστηκε έντονη πρόσληψη 18 F-φθοροδεοξυγλυκόζης στα μαλακά μόρια δεξιάς γλουτιαίας χώρας, στη δεξιά κατ' ισχίον άρθρωση και στο σύστοιχο έσω θυρεοειδή μυ (αποστηματοποιηθείσες περιοχές). Από την παρακέντηση του αποστήματος απομονώθηκε *Pr. stuartii* και ο ασθενής ετέθη σε κεφταζιδιμη IV. Ο ασθενής παρουσίαζε εκτεταμένες κατακλίσεις κάτω άκρων και οσφυϊκής ιεροκοκκυγικής περιοχής, διαρκώς επιδεινούμενες, παρά την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση και τελικά κατέληξε λόγω σπητικής καταπληξίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Πλήρης απόφραξη κοιλιακής αορτής, οξεία ή μή, έχει περιγραφεί σε λίγα περιστατικά στη βιβλιογραφία, με υψηλή θνητότητα παρά τις επεμβάσεις επαναιμάτωσης. Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό απόφραξης κοιλιακής αορτής μετά από λοίμωξη COVID.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA119

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Παρασκευή Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>, Α. Βοζίκης<sup>3</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>4</sup>, Σάρα - Ελένη Αμπραχίμ<sup>5</sup>, Μαρία - Παρασκευή Μοσχοφίδου<sup>6</sup>, Ειρήνη Αναστασοπούλου<sup>7</sup>, Διονυσία Μπούρα<sup>8</sup>

<sup>1</sup> PhD, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc., BSc., Εκπαιδευτρια ΙΕΚ ΕΚΑΒ, Κέντρο Κοινοτήτας, Δήμος Αγίου Δημητρίου, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων

<sup>2</sup> MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE.

<sup>3</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

<sup>4</sup> Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κοσμήτορας, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

<sup>5</sup> RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva.

<sup>6</sup> MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, ΔΙΠΕ.

<sup>7</sup> RN, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, MSc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, ΠΑΔΑ.

<sup>8</sup> MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος είναι μια πολύ σοβαρή νόσος και εκδηλώνεται με ουλή στο συκώτι. Ενδέχεται να προκληθεί σοβαρή αιμορραγία, οίδημα (πόδια, κοιλιά) αλλά και αναπνευστική δυσχέρεια. Σκοπός της εργασίας μας είναι η αποτύπωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με κίρρωση του ήπατος με στόχο να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές για την ποιότητα ζωής των ασθενών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε χρήση της ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης ιατρικής βιβλιογραφίας το διάστημα 1975 - 2021 μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed με λέξεις - κλειδιά 'quality of life', 'liver cirrhosis' και 'patients'.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελέτες έδειξαν ότι αρκετοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί. Όταν όμως υπάρχουν συμπτώματα αυτά εστιάζουν βαριά αιμορραγία από κισσούς στον οισοφάγο, εύκολη αιμορραγία ή μώλωπες, αναπνευστική δυσχέρεια, αίσθημα πληρότητας στο στομάχι, κόπωση και διαταραχές στον ύπνο, ίκτερος, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, κώμα, υψηλή πιθανότητα για εμφάνιση λοιμώξεων & ηπατικού καρκίνου. Αποδίδεται, συνήθως, σε ηπατίτιδα Β ή C, χρόνια κατανάλωση αλκοόλ καθώς και σε μη αλκοολική λιπώδη ηπατική νόσος (σε παχύσαρκους και ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη). Εκτιμάται με 5 παραμέτρους του σκόρ Child - Pugh όπως η ολική χολερυθρίνη, λευκωματίνη ή αλβουμίνη ορού, χρόνος προθρομβίνης, ασκίτης και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Βάσει αυτού, η κίρρωση ταξινομείται στα στάδια Α, Β και C. Το στάδιο Α (5-6 πόντοι) έχει 100% επιβίωση στο πρώτο έτος και 85% επιβίωση στο δεύτερο έτος. Το στάδιο Β (7-9 πόντοι) έχει 81% επιβίωση στο πρώτο έτος και 57% επιβίωση στο δεύτερο έτος. Το στάδιο C (10-15 πόντοι) έχει 45% επιβίωση στο πρώτο έτος και 35% επιβίωση στο δεύτερο έτος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κίρρωση του ήπατος είναι μια σοβαρή νόσος, όπου οι ασθενείς έχουν διαφορετική ποιότητα ζωής. Βελτιώνεται με υγιεινή διατροφή, ξεκούραση, άθληση, αποφυγή κατανάλωσης ασπιρίνης και ιβουπροφαίνης, αποφυγή ιώσεων και την αμέριστη υποστήριξη του οικείου περιβάλλοντος τους.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA120

### Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ & Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Παρασκευή Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>, Α. Βοζίκης<sup>3</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>4</sup>, Σάρα - Ελένη Αμπραχίμ<sup>5</sup>, Μαρία - Παρασκευή Μοσχοφίδου<sup>6</sup>, Ειρήνη Αναστασοπούλου<sup>7</sup>, Διονυσία Μπούρα<sup>8</sup>

<sup>1</sup> PhD, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc., BSc., Εκπαιδύτρια ΙΕΚ ΕΚΒΑ, Κέντρο Κοινότητας, Δήμος Αγίου Δημητρίου, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥ-ΚΑΜΕΑ Κυκλάδων.

<sup>2</sup> MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE.

<sup>3</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

<sup>4</sup> Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κοσμήτορας, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

<sup>5</sup> PhD (c), Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, RN, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva.

<sup>6</sup> MSc. (c) 'Κλινικές Μελέτες: Σχεδιασμός & Εκτέλεση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Public Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland, MSc. Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, ΑΠΚΥ, Τμήμα Διοίκησης Εφοδιαστικής Αλυσίδας (Logistics), Σχολή Οικονομίας & Διοίκησης, ΔΙΠΕ.

<sup>7</sup> RN, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, MSc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, ΠΑΔΑ.

<sup>8</sup> MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η εφηβεία είναι δύσκολη περίοδος όπου αλλάζει η συμπεριφορά και τα προβλήματα φαντάζουν τεράστια, με αποτέλεσμα να αναζητείται διέξοδος στην κατανάλωση αλκοόλ. Σκοπός της εργασίας μας είναι η αποτύπωση της υπάρχουσας τάσης στη βιβλιογραφία και να διατυπωθούν βέλτιστες πρακτικές της διαβίωσης των εφήβων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε χρήση της ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης ιατρικής βιβλιογραφίας το διάστημα 1984 - 2021 μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed με λέξεις - κλειδιά 'Body Mass Index' και 'adolescents alcohol consumption'.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από συνολικά 717 μελέτες επιλέξαμε τις 20. Απεδείχθη ότι η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους μείωσε τον όγκο του εγκεφάλου επιφέροντας αστάθεια, σύγχυση, κατάθλιψη και αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών. Σοβαρότερες βλάβες είχαν τα κορίτσια από τα αγόρια, λόγω του μεγαλύτερου μεταβολικού ρυθμού κατανάλωσης της αλκοόλης στο αίμα. Ακολουθώς, η κατανάλωση αλκοόλ επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα επιφέροντας εξάρτηση και εμποδίζει την ομαλή εγκεφαλική ανάπτυξη. Δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του εφήβου, αν και κάποιες μελέτες τη συσχετίζουν με τις ευκατάστατες οικογένειες. Οι έφηβοι στην Ελλάδα έχουν μια από τις υψηλότερες θέσεις στην κατανάλωση αλκοόλης με 11% έναντι 6,9% του ευρωπαϊκού μέσου όρου (εβδομαδιαίως). Πέραν αυτών, συνηγορούν εκθετικά στην αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αρνητική άποψη για την εικόνα του σώματος, η μοναξιά, η απομόνωση, η νευρικότητα, η επιθετικότητα, το κάπνισμα, η πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα και η παχυσαρκία. Συχνά συνδέεται με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού και ειδικά με την παχυσαρκία και κατ' επέκταση με υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Σε αυτό συνηγορούν το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, το βάρος, η διατροφή και η οικονομική τους κατάσταση, η εθνικότητα εφήβου και η μόνιμη κατοικία του.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους θεωρείται εθισμός γι' αυτό θεωρούμε πρότερη την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, με έμφαση στη συνεισφορά του οικογενειακού περιβάλλοντος.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA121

### ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-ΧΑ ΔΡΑΣΤΗΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

**Θ. Μπεμπλιδάκης<sup>1</sup>**, Κλαίρη Παπαχρήστου<sup>1</sup>, Κ. Μαγγανάς<sup>1</sup>, Ι. Λεγάκης, Αν. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Δ. Μπασούλης<sup>1</sup>, Σοφία Γκότση<sup>2</sup>, Θεοδώρα Πυρριπυρή<sup>2</sup>, Μαρία Γαβαλάκη<sup>2</sup>, Γ. Καραμανάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό Καποδιστριακό, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας - Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, ΓΝΑ. «Λαϊκό»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην πνευμονία COVID-19 παρά τη χορήγηση προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής παρατηρείται αυξημένο ποσοστό θρομβωτικών επεισοδίων, πιθανά λόγω συστηματικής φλεγμονής και αντίστασης στην ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (LMWH). Η μέτρηση της αντί-Χα δραστηριότητας, χρησιμοποιείται για τη διαπίστωση θεραπευτικών επιπέδων της προφυλακτικής αγωγής με LMWH και θα μπορούσε να αναγνωρίσει την αντίσταση στην αγωγή.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η ανεύρεση παρουσίας αντίστασης στην ηπαρίνη μέσω της μέτρησης της αντί-Χα δράσης σε ασθενείς με COVID-19 και προφυλακτική LMWH.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ

Προοπτική μελέτη παρατήρησης ασθενών με COVID-19, στους οποίους πραγματοποιήθηκε μέτρηση επιπέδων αντί-Χα κατά το διάστημα 9/4/21-15/8/21.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 74 διαδοχικοί ασθενείς. Το 43% (n=32) ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 59±16,5 έτη, και μέση τιμή BMI 27,8 ±5,9 kg/m<sup>2</sup>. Από τους εργαστηριακούς δείκτες έκβασης COVID-19 η μέση τιμή CRP ήταν 52±82 mg/L και η μέση τιμή φερριτίνης 759±618 μg/dl. Κατά την ένταξη στη μελέτη 60 (89.6%) ασθενείς λάμβαναν οξυγονοθεραπεία με ρινικό οξυγόνο/μάσκα venturi, ενώ το 10,4% (14) χρησιμοποιούσε high-flow nasal cannula. Η μέτρηση της δραστηριότητας αγωγής με LMWH ανάδειξε μια μέση τιμή επιπέδων αντί-Χα 0,26 ±0,14 U/ml, με τις γυναίκες να έχουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα έναντι των αντρών (0,33±0,17 vs 0,21±0,1, p=0,001). Αντίσταση στην ηπαρίνη ανιχνεύτηκε στο 63,5% (n= 47) των ασθενών, ενώ 8 (10,8%) ασθενείς είχαν επίπεδα υψηλότερα του θεραπευτικού εύρους. Μόνο το αυξημένο σωματικό βάρος (p=0.001) συσχετίστηκε με υποθεραπευτικές μετρήσεις αντί-Χα. Σχετικά με την έκβαση των ασθενών, οι 5 (6,8%) εξ αυτών διασωληνώθηκαν και η θνητότητα ήταν 8,1% (n=6). Η επίτευξη θεραπευτικών στόχων αντι-Χα δεν συσχετίστηκε με καλύτερη έκβαση. Σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας δεν παρατηρήθηκε κανένα θρομβωτικό ή αιμορραγικό επεισόδιο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντίσταση στην ηπαρίνη ανευρίσκεται συχνά στη νόσο COVID-19 και φαίνεται να συνδέεται με το αυξημένο σωματικό βάρος. Η μέτρηση επιπέδων αντί-Χα είναι μια μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην καθημερινή κλινική πράξη για να αναδείξει αυτή την αντίσταση.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

HELLENIC SOCIETY  
OF  
INTERNAL MEDICINE

