

# 25<sup>+</sup>

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Προάγοντας τη γνώση  
στην Παθολογία επί 35 χρόνια

“

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

”

5-8  
Οκτωβρίου  
2022

[www.hsim2022.gr](http://www.hsim2022.gr)

Ξενοδοχείο «DIVANI CARAVEL», Αθήνα

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ-  
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Θα χορηγηθούν **29** 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 25ου Πανελληνίου**  
**Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας**

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

Επιστημονική Επιτροπή 25ου  
Πανελληνίου Συνεδρίου  
Εσωτερικής Παθολογίας

Η. Αβραμόπουλος  
Α. Αλαβέρας  
Θ. Αποστόλου  
Μ. Αρβανίτης  
Γ. Βαϊόπουλος  
Δ. Βασιλόπουλος  
Κ. Βέμμος  
Δ. Βλαχάκος  
Μ. Γαβριατοπούλου  
Ν. Γατσέλης  
Ε. Παμαρέλλος-Μπουρμπούλης  
Ε. Γιαντισιώτη  
Δ. Γουλιές  
Γ. Δαΐκος  
Γ. Δημητριάδης  
Χ. Δημοσθενόπουλος  
Ε. Διακουμοπούλου  
Ι. Ελευσινιώτης  
Α. Θανοπούλου  
Ι. Ιωαννίδης  
Ι. Κανακάκης  
Ε. Καπάντας

Ν. Κατσίκη  
Ν. Κασιλάμπρος  
Ν. Κεφαλογιάννης  
Α. Κόκκινος  
Χ. Κολιάκη  
Ε. Κορομπόκη  
Ι. Κοσκίνας  
Ν. Κουλούρης  
Μ. Κουτσιλιέρης  
Α. Κουτσοβασίλης  
Β. Λαμπαδιάρη  
Λ. Λαναράς  
Σ. Λουκίδης  
Κ. Μακαρίτσας  
Κ. Μακρυλάκης  
Α. Μελιδώνης  
Μ. Μπτράκου  
Ι. Μουρούζης  
Μ. Μπριστιάνου  
Η. Μυγδάλης  
Μ. Μυλωνά  
Γ. Νταλέκος  
Μ. Ντόιτς  
Ι. Ντούπης  
Ι. Οικονομίδης

Γ. Παπαθεοδωρίδης  
Ν. Παπάνας  
Ν. Πατσουράκος  
Δ. Πετράς  
Α. Πρωτογέρο  
Ε. Ρίζος  
Μ. Σαμάρκος  
Β. Σεβαστιανός  
Γ. Στεργίου  
Α. Στυλιανού  
Ν. Σύψας  
Α. Σωτηρόπουλος  
Π. Σφηκιάκης  
Ν. Τεντολούρης  
Α. Τσάπας  
Β. Τσιμιχόδημος  
Κ. Τσιούφης  
Μ. Τσιρώνη  
Γ. Φιλιππάτος  
Α. Φιλίππου  
Ε. Φωτιάδου-Παππά  
Π. Χαλβατσιώτης  
Ε. Χολόγγιτας  
Α. Ψυρρή  
Μ. Ψυχογιουί

**Κριτές Εργασιών**

Γ. Δημητριάδης  
Λ. Λαναράς  
Ε. Λυμπερόπουλος  
Κ. Μακρυλάκης

Α. Μελιδώνης  
Η. Μυγδάλης  
Μ. Μυλωνά  
Γ. Νταλέκος

Μ. Σαμάρκος  
Ν. Τεντολούρης  
Ε. Χολόγγιτας

# 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 **25ου Πανελληνίου Συνεδρίου** που θα πραγματοποιηθεί στις 5-8 Οκτωβρίου 2022. 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 24 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 25ο 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



## ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΒΡΑΒΕΙΟ

Την Πέμπτη 6 Οκτωβρίου 2022 και ώρα 19:30 στην αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ του ξενοδοχείου  
DIVANI CARAVEL, θα δοθεί το 24 Ιπποκράτειο βραβείο.

Το Ιπποκράτειο βραβείο θεσμοθετήθηκε από την ΕΕΕΠ τον Οκτώβριο του 1995, με την ευκαιρία της  
διεξαγωγής του 13ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, παράλληλα με το  
1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογίας στην Αθήνα και απονέμεται σε διακεκριμένους Παθολόγους ή Ιατρούς  
συναφών ειδικοτήτων διεθνούς εμβέλειας.

Το 24ο Ιπποκράτειο βραβείο για το έτος 2022 θα δοθεί στον Καθηγητή κ. Μ. Κουτσιλιέρη  
μετά από την Ιπποκράτειο διάλεξη.

19:30-20:30 25Η ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΣ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Η θεραπευτική άσκηση ως συμπληρωματική θεραπεία στη σύγχρονη Ιατρική  
**Μ. Κουτσιλιέρης**

**Το Ιπποκράτειο Βραβείο έχει απονεμηθεί μέχρι σήμερα στους:**

**Professor L. Montagnier, M.D. Paris, France**

**Professor H.G. Lasch, M.D. Giessen, Germany**

**Professor T. Fliedner, M.D. Ulm, Germany**

**Sir D.J. Weatherall, M.D. Oxford, UK**

**Professor M.R. Taskinen, M.D. Helsinki, Finland**

**Professor V. Diehl, M.D. Köln, Germany**

**Professor W. Siegenthaler, M.D. Zürich, Switzerland**

**Professor P. Godeau, M.D. Paris, France**

**Professor S. Efendic, M.D. Stockholm, Sweden**

**Professor W. Waldhäusl, M.D. Vienna, Austria**

**Professor M.W. Büchler, M.D. Heidelberg, Germany**

**Professor Ch. Gavras, M.D. Boston, USA**

**Professor A.T. Lister, London, U.K.**

**Professor Dr. M. P. Manns, Hannover, Germany**

**Professor Dr. J. Kiriopoulos, Athens, Greece**

**Prof. Dr. M. Graf von der Schulenburg, Hannover, Germany**

**Prof. Dr. med., Dr. (h.c.) F. Unger Salzburg, Austria**

**Professor Dr. med. A. F. H. Pfeiffer, Berlin, Germany**

**Professor H. K. Giamarellou, Athens, Greece**

**Professor G. C. Tsokos, Boston, USA**

**Professor A.J.M. Boulton, Manchester, UK & Miami, USA**

**Professor S. Tsiodras, Athens, Greece**

**Professor C. Mantzoros, Boston, USA**



15:00 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

16:00-18:00 ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ (σε συνεργασία ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

**«Οξεία νεφρική βλάβη - τι πρέπει να γνωρίζει ο παθολόγος»**

Προεδρείο: **Ε. Παπαχρήστου, Δ. Πετράς**

Παθοφυσιολογία

**Μ. Γιαννοπούλου**

Διάγνωση Οξείας Νεφρικής Βλάβης

**Ε. Τσιάκας**

Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου εξέλιξης Οξείας Νεφρικής Βλάβης σε Χρόνια Νεφρική Νόσο

**Α. Χαλκιά**

ΟΝΒ από Σκιαγραφικά

**Π. Γιάννου**

Ειδικές καταστάσεις Οξείας Νεφρικής Βλάβης

**Α. Καμμένος**

18:00-19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**Περιεχειρητική διαχείριση αντιθρομβωτικών και αντιαιμοπεταλιακών/  
Perioperative management of antiplatelets and anticoagulants**

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης, Κ. Μακαρίτσης**

Περιεχειρητική διαχείριση αντιαιμοπεταλιακών/Perioperative management of antiplatelets

**J.-D. Douketis**

Περιεχειρητική διαχείριση αντιπηκτικών/Perioperative management of anticoagulants

**A. Spyropoulos**

19:00-19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Π. Κώτση**

Αντίσταση στην ασπιρίνη και την κλοπιδογρέλη: Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις

Εισηγητής: **Ν. Πατσουράκος**

ΤΕΤΑΡΤΗ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

16:00-18:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

*Πολυ-επιστημονική προσέγγιση ασθενών με ηπατική στεάτωση*

*Προεδρείο: Ι. Ελευσινιώτης, Β. Σεβαστιανός*

*Η προσέγγιση από την πλευρά του:*

*Παθολόγου - Ηπατολόγου*

**Μ. Ντόιτς**

*Παθολόγου - Διαβητολόγου*

**Μ. Μητράκου**

*Καρδιολόγου*

**Ι. Οικονομίδης**

*Διαιτολόγου*

**Χ. Δημοσθενόπουλος**

*Χειρουργού*

**Α. Αλεξάνδρου**

*Σχολιασμός: Α. Ρούσσος*

18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Πρόεδρος: Σ. Παππάς*

*Η ατμοσφαιρική ρύπανση και οι επιπτώσεις της στην υγεία*

*Εισηγητής: Δ. Βλάχος*

18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Ι. Μουρούζης*

*Κανναβινοειδή: Φαρμακολογικές Ιδιότητες και Θεραπευτικές*

*Εφαρμογές*

*Εισηγήτρια: Ε. Σκαλτσά*

19:00-19:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Θ. Αποστόλου*

*Οι διαταραχές του φωσφόρου στα νοσήματα της παθολογίας*

*Εισηγητής: Β. Ράικου*

# Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΤΕΤΑΡΤΗ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

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

20:15-21:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

### **Σύνδρομο Long-post Covid**

*Προεδρείο: Η. Μυγδάλης, Μ. Μυλωνά*

Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, επιπτώσεις στο αναπνευστικό και σε άλλα συστήματα

**Ε. Πανιτσιώτη**

Καρδιομεταβολικές επιπτώσεις

**Β. Λαμπαδιάρη**

ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

08:30-09:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No. 1-6)

Σελ. 56-64

*Προεδρείο: Μ. Σαμάρκος, Δ. Μπασούλης*

09:30-10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (ΙΑΤΡΟΙ SOS)

**Οι αρχές και η άσκηση της αφηγηματικής ιατρικής**

*Προεδρείο: Θ. Μουντοκαλάκης*

*Εισηγητές: Γ. Θεοχάρης, Α. Δρίτσας*

10:00-10:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Μ. Μυλωνά*

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος στις γυναίκες

*Εισηγητής: Η. Μυγδάλης*

10:45-11:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



# Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΤΕΤΑΡΤΗ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

20:15-21:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*Λοιμώξεις αναπνευστικού σε ασθενείς με χρόνιες πνευμονοπάθειες*

*Προεδρείο: Γ. Δαίκος*

*Εισηγήτρια: Κ. Ακινόσογλου*

ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

08:30-09:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No. 7-12)

Σελ. 65-71

*Προεδρείο: Γ. Ντάιος, Κ. Μακαρίτσης*

09:30-10:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*Ο ηλικιωμένος ασθενής με συννοσηρότητες: Διάγνωση και αντιμετώπιση*

*Προεδρείο: Ν. Παπάνας, Ι. Σαφλιάνης*

*Σακχαρώδης Διαβήτης*

**Α. Σωτηρόπουλος**

*Δυσλιπιδαιμία*

**Λ. Ραλλίδης**

*Υπέρταση*

**Α. Αλαβέρας**

*Οστεοπόρωση*

**Α. Ηλιόπουλος**

*Σχολιασμός: Β. Λιόση, Α. Γανωτοπούλου, Χ. Κοσμίδης*

10:45-11:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 11:00-12:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Tocilizumab και Anakinra στη μέτρια και σοβαρή νόσο COVID 19*  
Προεδρείο: **Ν. Σύψας, Μ. Σαμάρκος**  
Tocilizumab  
**Γ.Ν. Νταλέκος**  
Anakinra  
**Ε. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης**
- 12:00-13:30 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)**  
*Απεικονιστικά ευρήματα από το θώρακα και την κοιλιά σε συχνά νοσήματα της παθολογίας*  
Προεδρείο: **Α. Χαλαζωνίτης**  
Απλές ακτινογραφίες  
**Γ. Κώστα, Χ. Χαραλάμπους**  
Αξονικές τομογραφίες  
**Σ. Μανούβελου**  
Ακτινολογικό φάσμα ευρημάτων σε COVID ασθενείς  
**Α. Μαυροπούλου**
- 13:30-14:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**  
Ο ρόλος του εγκεφάλου στην παθοφυσιολογία των μεταβολικών νοσημάτων  
Εισηγήτρια: **Ε. Ρέμπελου**
- 14:00-14:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**  
Νεότερα στη στεφανιαία νόσο και στην κοιλιακή μαρμαρυγή  
Εισηγητής: **Σ. Φούσας**
- 14:30-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**  
Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων (No. 1-39) Σελ. 100-138  
Προεδρείο: **Ν. Τσώκος, Γ. Ερωτοκρίτου, Μ. Αρβανίτης**

ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

11:00-12:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**Ηπατική στεάτωση - Τι νεότερο**

*Προεδρείο: Σ. Ντουράκης, Γ. Παπαθεοδωρίδης*

Στην ονοματολογία

**Ν. Γατσέλης**

Στη διάγνωση

**Ι. Γουλής**

Στη διαστρωμάτωση κινδύνου

**Α. Αλεξοπούλου**

Στην αντιμετώπιση

**Ε. Χολόγγιτας**

12:30-13:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Μ. Σαμάρκος*

Ιστορική αναδρομή των πανδημιών: Προβλήματα και μηνύματα μέχρι τη Covid-19

*Εισηγητής: Ι. Τούντας*

14:00-14:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Χ. Μηλιώνης*

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές στην κίρρωση

*Εισηγητής: Γ. Λιάμης*

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 16:00-17:30 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ)  
**Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας: Παρόν και μέλλον**  
*Προεδρείο: Ε. Καπάντας, Λ. Λαναράς*  
Η παχυσαρκία ως νόσος  
**Ε. Καπάντας**  
Επιπλοκές της παχυσαρκίας  
**Μ. Μπρισιάνου**  
Φαρμακευτική αντιμετώπιση  
**Γ. Αργυρακοπούλου**  
Η βariatρική χειρουργική  
**Γ. Σκρουμπής**  
*Σχολιασμός: Α. Ανδρεάδου*
- 17:30-18:15 **LECTURE**  
*Chairman: V. Lambadiari*  
Goals and benefits of effective obesity management  
*Speaker: D. Dicker*
- 18:15-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Ν. Κεφαλογιάννης*  
Τα "δυσεξήγητα" της διαχρονικής αύξησης της παχυσαρκίας  
*Εισηγητής: Ν. Κατσιλάμπρος*
- 19:00-19:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** Σελ. 28
- 19:30-20:30 **24η ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΣ ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Ν. Τεντολούρης*  
Η θεραπευτική άσκηση ως συμπληρωματική θεραπεία στη σύγχρονη Ιατρική  
*Εισηγητής: Μ. Κουτσιλιέρης*
- 20:30-21:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ**  
*Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης*  
Τα φυσιολογικά όρια της γονιμότητας σε άνδρες και γυναίκες:  
Ο ρόλος του σύγχρονου τρόπου ζωής  
*Εισηγητής: Β. Ασημακόπουλος*



ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:00-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** (σε συνεργασία με την ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)  
**Συχνά πνευμονολογικά νοσήματα στην Παθολογία**  
*Προεδρείο: Ν. Κουλούρης, Α. Κουτσούκου*  
ΧΑΠ  
**Σ. Λουκίδης**  
Βρογχικό άσθμα  
**Π. Μπακάκος**  
Διάμεσες πνευμονοπάθειες  
**Δ. Μπούρος**
- 17:30-19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Συχνά ρευματολογικά νοσήματα για τον παθολόγο**  
*Προεδρείο: Γ. Βαϊόπουλος, Η. Μυγδάλης*  
Διαγνωστική προσέγγιση στον ασθενή με αρθρίτιδα (μόνο-, ολίγο-, πολυαρθρίτιδα)  
**Α. Φανουριάκης**  
Οροαρνητικές σπονδυλοαρθρίτιδες: Διαγνωστική προσπέλαση και θεραπευτικές επιλογές  
**Σ. Πανόπουλος**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 13-18)** Σελ. 72-77  
*Προεδρείο: Φ. Ντζιώρα, Η. Μυγδάλης*
- 09:30-10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Κριτική ανάλυση των μοντέλων καρδιοαγγειακού κινδύνου**  
*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης, Ι. Κανακάκης*  
Στο γενικό πληθυσμό  
**Δ. Παναγιωτάκος**  
Στο Σακχαρώδη Διαβήτη  
**Ι. Ιωαννίδης**  
Η υποκλινική αθηροσκλήρωση στη διαστρωμάτωση του καρδιοαγγειακού κινδύνου  
**Δ. Ρίχτερ**
- 10:30-10:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 10:45-12:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε συνεργασία με τον ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ)**  
**Υπεροξεία αντιμετώπιση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου**  
*Προεδρείο: Κ Βέμμος, Α. Πρωτογέρου*  
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**  
Αντιθρομβωτική και υπολιπιδαιμική αγωγή στο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: Η δευτερογενής πρόληψη του ισχαιμικού εγκεφαλικού ξεκινά από την πρώτη στιγμή  
**Χ. Μηλιώνης**
- 12:30-13:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** Σελ. 28

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No. 19-24)** Σελ. 78-84  
*Προεδρείο: Α. Στυλιανού, Π. Γρηγοροπούλου*
- 09:30-10:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Α. Αντωνιάδου*  
Λοιμώξεις από ενδοαγγειακές γραμμές  
*Εισηγήτρια: Μ. Ψυχογιού*
- 10:00-10:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Γ. Μαστοράκος*  
Πολυκυστικές ωοθήκες  
*Εισηγήτρια: Ε. Κούκκου*
- 10:30-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Η αναστολή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης:  
Παρελθόν, παρόν και μέλλον**  
*Προεδρείο: Κ. Τσιούφης*  
Επιδράσεις στην αρτηριακή υπέρταση  
**Γ. Στεργίου**  
Επιδράσεις στους νεφρούς  
**Δ. Βλαχάκος**
- 11:30-12:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Π. Σφηκιάκης*  
Αορτίτιδες: Διάγνωση, διαφορική διάγνωση και θεραπεία  
*Εισηγητής: Δ. Μπούμπας*

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Μ. Γαβριατοπούλου*

Ο ρόλος της σωματικής άσκησης στον καρκίνο

*Εισηγητής: Α. Φιλίππου*

13:30-14:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ**

*Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης*

Ενεργειακό ισοζύγιο και μακροζωία: Ο ρόλος των μιτοχονδρίων

**Μ. Παπαχαλαράμπος**

14:30-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

*Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων (No. 40-72) Σελ. 139-171*

*Προεδρείο: Χ. Κολιάκν, Γ. Καραμανάκος, Σ. Παπαντωνίου*



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

13:00-13:45 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Ράπτης**

Η διάγνωση της διαβητικής νεφροπάθειας από τον παθολόγο

Εισηγητής: **Κ. Μακρυλάκης**

13:45-14:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Παπαζαφειροπούλου**

Μικροβίωμα και η σχέση του με τις μεταβολικές διαταραχές-

Δυνατότητες παρέμβασης

Εισηγητής: **Γ. Μπέλλος**

Σχολιασμός: **Κ. Αναγνωστοπούλου**

## ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ΠΕΛΛΑ)

13:00-14:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

**Αυχενικό Σύνδρομο**

Προεδρείο: **Δ. Γουλές, Δ. Πικάζης**

Διαγνωστική κατάταξη αυχενικού συνδρόμου

**Α. Γαλανοπούλου**

Απεικονιστική προσέγγιση αυχενικού συνδρόμου

**Κ. Λυμπερόπουλος**

Θεραπεία αυχενικού συνδρόμου

**Δ. Γουλές**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

16:00-18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*Η ινσουλινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2*

Προεδρείο: **Λ. Λαναράς, Π. Χαλβασιώτης**  
Φυσιολογία

**Γ. Δημητριάδης**

Έναρξη και τιτλοποίηση θεραπείας με ινσουλίνη

**Ε. Ρίζος**

Εντατικοποίηση της θεραπείας με ινσουλίνη

**Σ. Λιάτης**

Το μέλλον στην ινσουλινοθεραπεία-νεότερες ινσουλίνες

**Α. Κουτσοβασίλης**

Σχολιασμός: **Ε. Καγκελάρη, Ε. Χουρδάκη**

18:00-18:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Σελ. 28

18:30-19:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Σελ. 28

19:30-21:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*“Οὐκ ἐν τῷ πολλῷ τὸ εὖ” στην καθημερινή κλινική πρακτική-Less is more: The role of Internists in avoiding overtreatment and overdiagnosis*

Προεδρείο: **Γ. Νταλέκος, Ν. Τεντολούρης**

Μείωση της πολυφαρμακίας στους ευπαθείς ηλικιωμένους

**Μ. Τσιρώνη**

Διλήμματα σχετικά με την υπερδιάγνωση του καρκίνου

**Α. Ψυρρή**

Choosing Wisely in clinical practice: Embracing critical thinking, striving for safer care

**N. Montano**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:00-18:00 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (σε συνεργασία με την ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ - ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ)  
**Διατροφή σε νοσήματα της Παθολογίας**  
*Προεδρείο: Ν. Σιαλβέρα, Α. Παπακωνσταντίνου*  
Διατροφή σε Σακχαρώδη διαβήτη  
**Χ. Δημοσθενόπουλος**  
Διατροφή στην Παχυσαρκία  
**Α. Παπακωνσταντίνου**  
Διατροφή σε Χρόνια νεφρική νόσο  
**Λ. Πούλια**  
Διατροφή σε Ηπατική νόσο  
**Α. Γεωργίου**  
Διατροφή σε Νεοπλάσματα  
**Ν. Κόντου**
- 19:30-20:15 **ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**  
**Σπινθηρογραφικός έλεγχος σε νοσήματα της παθολογίας**  
*Προεδρείο: Σ. Χατζιωάννου, Ρ. Ευθυμιάδου*  
Ποζιτρονική τομογραφία  
**Σ. Χατζιωάννου**  
Η κλασική πυρηνική ιατρική στην Παθολογία  
**Σ. Γεώργα**
- 20:15-21:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
*Πρόεδρος: Ι. Κυριαζής*  
Πρώιμη αναγνώριση και αντιμετώπιση επιθετικής συμπεριφοράς στο ΤΕΠ  
**Τ. Πολυκανδριώτης**  
Ζητήματα αποζημίωσης από τη λειτουργία του ΤΕΠ  
**Ε. Λασκαρίδης**
- 21:00-21:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Σ. Μανωλακόπουλος*  
Μιμπτικά οξείας κοιλίας: Από το σύμπτωμα στη διαφοροδιάγνωση  
*Εισηγήτρια: Μ. Μυλωνά*

# Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 25-30)** Σελ. 85-90  
*Προεδρείο: Σ. Παπαντωνίου, Α. Πεφάνης*
- 09:30-11:30 **ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ (σε συνεργασία με την ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)**  
**Αντιμετώπιση προδιαβήτη και διαβήτη τύπου 2**  
*Προεδρείο: Α. Μαυρογιαννάκη, Α. Στυλιανού*  
Προδιαβήτης-πρόληψη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2  
**Σ. Μπούσμπουλας**  
Η θέση της μετφορμίνης, των σουλφονουριδίων και της πιογλιταζόνης  
**Β. Τσιμιχόδημος**  
Θεραπείες που βασίζονται στις ινκρετίνες  
**Σ. Λιάτης**  
Θεραπεία με αναστολείς των SGLT-2  
**Α. Θανοπούλου**  
*Σχολιασμός: Α. Φούτρης, Π. Γαβρά*
- 11:30-11:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 11:45-12:15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** Σελ. 29
- 12:15-13:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ** Σελ. 29
- 13:00-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας 2022**  
*Προεδρείο: Γ. Φιλιππάτος, Σ. Αδαμόπουλος*  
Αντιμετώπιση ασθενούς με πιθανή οξεία απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας στο ΤΕΠ  
**Ι. Αλεξανιάν**  
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**



# Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 14:00-14:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 29
- 14:30-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**  
Παρουσίαση Αναρτημένων Ανακοινώσεων (No. 73-116) Σελ. 172-221  
Προεδρείο: **A. Ράπτης, B. Τζαβάρα, N. Γατσέλης**
- 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**
- 17:30-18:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Σελ. 30
- 18:30-19:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 30
- 19:00-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Κατευθυντήριες οδηγίες σε συχνά νοσήματα**  
Προεδρείο: **Δ. Παπάζογλου, Β. Κώτσης**  
Σακχαρώδης διαβήτης  
**A. Τσάπας**  
Υπέρταση  
**K. Μακαρίτσης**  
Λιπίδια  
**E. Λυμπερόπουλος**
- 20:30-21:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΨΗΣ «Σ.Α. ΡΑΠΤΗΣ»**  
Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης, Ν. Τεντολούρης**  
Precision diabetology. Is tailored diagnosis and treatment possible?  
Εισηγητής: **M. Roden**
- 21:30 **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΨΗΣ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 08:30-09:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Νο. 31-36)** Σελ. 91-96  
*Προεδρείο: Ε. Λυμπερόπουλος, Β. Ράικου*
- 09:30-10:30 **ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**  
*Προεδρείο: Η. Μυγδάλης, Ι. Οικονομίδης*  
Εναλλακτικοί τρόποι καπνίσματος: Είναι ασφαλείς;  
**Η. Αβραμόπουλος**  
Οφέλη από τη χρήση εναλλακτικών τρόπων καπνίσματος  
**Ε. Οικονόμου**
- 10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Κ. Μακρυλάκης*  
Η μετεξέλιξη του μεταβολικού στο καρδιο-νεφρο-ηπατο-μεταβολικό σύνδρομο: Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις  
*Εισηγητής: Α. Μελιδώνης*
- 11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Chairman: N. Tentolouris*  
Individualized management of diabetes in hospital setting: A new paradigm under construction  
*Speaker: R. Gómez Huelgas*
- 11:30-11:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 12:45-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Συστηματικά νοσήματα με προσβολή του ήπατος**  
*Προεδρείο: Σ. Ντουράκης, Ι. Κοσκίνας*  
Αιμοσφαιρινοπάθειες και ήπαρ  
**Ι. Κοσκίνας**  
Ήπαρ και ΙΦΝΕ  
**Ι. Βλαχογιαννάκος**  
Διηθητικά νοσήματα ήπατος (σαρκοείδωση, αμυλοείδωση, μαστοκυττάρωση)  
**Μ. Σχινά**  
Αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα και ήπαρ  
**Δ. Βασιλόπουλος**

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ΠΕΛΛΑ)

09:30-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

*Η διαχείριση του βαρέως πάσχοντα στο ΤΕΠ: Η διεπιστημονική νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα σε πρώτο πλάνο*

*Προεδρείο: Ι. Βασιλειάδης, Μ. Μυλωνά*

Χρήση early warning scores

**Δ. Μπαρουξής**

Διαχείριση αεραγωγού/αερισμού

**Σ. Πουρίκη**

Διαχείριση ασθενούς με λοιμώδες νόσημα και ανάγκη απομόνωσης στο ΤΕΠ

**Δ. Μπασούλης**

Αντιμετώπιση ανακοπής με στοχευμένη διαχείριση θερμοκρασίας από το ΤΕΠ

**Π. Βερνίκος**

11:30-11:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

12:45-14:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

*Η οφθαλμολογία στο πλευρό του Παθολόγου. Η βυθοσκόπηση ως εργαλείο εκτίμησης στον:*

*Προεδρείο: Β. Τζαβάρα, Κ. Πέτρου*

Διαβητικό ασθενή

**Κ. Πέτρου**

Υπερτασικό ασθενή

**Ε. Αισώπου**

Ασθενή με ρευματολογικό νόσημα

**Π. Μαλάμος**

Ασθενή με λοίμωξη-σήψη

**Ε. Δημάκης**

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β' (ΜΥΚΗΝΕΣ)

- 16:00-17:00 **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ-DEBATE**  
*Προεδρείο: Μ. Μπόνου, Α. Μελιδώνης*  
Διάγνωση της στεφανιαίας νόσου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με διαβήτη. Πώς και σε ποιους να γίνεται έλεγχος  
**Ν. Τεντολούρης**  
Ναι στις επεμβάσεις επαναιμάτωσης μετά τη διάγνωση  
**Κ. Τούτουζας**  
Όχι στις επεμβάσεις επαναιμάτωσης μετά τη διάγνωση  
**Κ. Μακρυλάκης**
- 17:00-17:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
*Προεδρείο: Ε. Καταξάκη*  
Διάγνωση και αντιμετώπιση της υπερουριχαιμίας  
*Εισηγήτρια: Ν. Κασίκη*
- 19:00-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Η σύγχρονη θέση του παθολόγου**  
*Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος, Μ. Σαμάρκος*  
Ειδικευόμενοι Παθολογίας: Τι χάθηκε στην πανδημία-προτάσεις για το μέλλον  
**Ε. Κόρακας**  
Εκπαίδευση στην Εσωτερική Παθολογία  
**Γ. Καραμανάκος**  
Λόγοι να επιλέξω την Εσωτερική Παθολογία ως κύρια ειδικότητα  
**Μ. Μυλωνά**  
Η επαγγελματική θέση των παθολόγων σήμερα και στο μέλλον  
**Ε. Τουλής**

ΣΑΒΒΑΤΟ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΑΙΘΟΥΣΕΣ

## ΑΙΘΟΥΣΑ Γ' (ΠΕΛΛΑ)

14:30-16:00 **ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΕΩΝ**

Συντονιστές: **Μ. Σαμάρκος Κ. Μακρυλάκης**

16:00-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε συνεργασία της ΕΕΕΠ με την ΕΕΦΙΕ)**

**Επίκαιρα Θέματα στην Εσωτερική Παθολογία**

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης, Κ. Μακρυλάκης**

Υπέρταση και Ενδοθηλιακή Δυσλειτουργία

**Π. Ευαγγελίδης**

Δευτεροπαθής υπέρταση: Αίτια και αντιμετώπιση

**Ι. Καραβόλιας**

Σακχαρώδης Διαβήτης και Λοιμώξεις

**Δ.-Β. Σακκούλη**

Διαβητική Νευροπάθεια

**Μ. Παγιάντζα**

Δυσλιπιδαιμία

**Α. Καραμήτρου**





# PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

**PMI Science** — Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) της Philip Morris International (PMI) εργάζεται πάνω από μία δεκαετία για την ανάπτυξη **Προϊόντων Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου\*** σε σύγκριση με το συμβατικό τσιγάρο

Αναπτύσσουμε ευρύ χαρτοφυλάκιο προϊόντων αξιολογώντας τα με τα πιο αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους

Στηρίζουμε την έρευνά μας στα πρότυπα Έρευνας και Ανάπτυξης φαρμάκων και σύμφωνα με τις οδηγίες διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. FDA)

[www.pmiscience.com](http://www.pmiscience.com)

*\*Προϊόντα Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου είναι ο όρος που χρησιμοποιεί η εταιρεία για να αναφερθεί σε προϊόντα που παρουσιάζουν ή πιθανόν να παρουσιάσουν μικρότερο κίνδυνο βλάβης για τους καπνιστές που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν τα προϊόντα αυτά αντί να συνεχίσουν το κάπνισμα με συμβατικό τσιγάρο.*



# Δορυφορικές Συνεδρίες

ΠΕΜΠΤΗ 6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

19:00-19:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Βελτιστοποιώντας τη διαχείριση της σιδηροπενικής αναιμίας στον Παθολογικό ασθενή. Ο ρόλος του IV καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου  
**Ε. Λυμπερόπουλος**



Σελ. 12

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2022

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α' (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

12:30-13:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Ακολουθώντας τα βήματα των θεραπευτικών αλγορίθμων με συνοδοιπόρο τον ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2  
**Ι. Ντούπης**



Σελ. 14

18:00-18:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Νεότερες εξελίξεις και δεδομένα στη διαχείριση του γλυκαιμικού ελέγχου. Ο ρόλος της ινσουλινοθεραπείας μέσα από την οπτική των εξελίξεων στην κλινική έρευνα  
**Α. Μπουρδάκης**

**sanofi** Σελ. 18

18:30-19:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

**Εξατομικεύοντας τη θεραπεία με SGLT2i βάση θεραπευτικών ενδείξεων**

Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**

Μείωση του σακχάρου μόνο ή ολιστική θεραπεία του ασθενή με ΣΔτ2;

**Β. Λαμπαδιάρη**




Η νέα θεραπεία σε ασθενείς με ΧΝΝ με ή χωρίς ΣΔτ2

**Γ. Στεργίου**



Σελ. 18

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

- 11:45-12:15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  Σελ. 20  
*Προεδρείο: Μ. Σαμάρκος*  
1η εγκεκριμένη από τον EMA αντι-ιική θεραπεία από του στόματος για την COVID  
**Β. Παπασταμόπουλος**
- 12:15-13:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**  Σελ. 20  
*Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης*  
Η ασθενοκεντρική προσέγγιση των ασθενών με ΣΔτ2 ως οδηγός της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης  
**Ι. Ιωαννίδης**  
15 χρόνια Κλινικής εμπειρίας και Επιστημονικών δεδομένων με τη Σιταγλιπτίνη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών  
**Ι. Ντούπης**
- 14:00-14:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  Σελ. 21  
*Προεδρείο: Μ. Σαμάρκος*  
Το ανασυνδυασμένο εμβόλιο ως νέα επιλογή πρόληψης στην προστασία έναντι έρπητα ζωστήρα  
**Μ. Ψυχογιού**

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ)

17:30-18:30 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ



Σελ. 21

**Επίκαιρα θέματα κατανόησης του Διαβήτη τύπου 2 και της θεραπευτικής του προσέγγισης**

**Προεδρείο: Ν. Τεντολούρης**

Η σύγχρονη καρδιο-νεφρο-μεταβολική προσέγγιση του Διαβήτη τύπου 2, έτσι όπως τεκμηριώνεται μέσα από την παθοφυσιολογία, την επιδημιολογία και τις κατευθυντήριες οδηγίες

**Τ. Κουτσοβασίλης**

Προσδιορίζοντας τη θέση των αναστολέων SGLT2 στο θεραπευτικό αλγόριθμο. Από την ευγλυκαιμία έως την προστασία οργάνων των ατόμων με Διαβήτη τύπου 2

**Β. Τσιμικόδημος**

18:30-19:00 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



Σελ. 21

**Προεδρείο: Α. Τσελέπης**

Ο ρόλος του εικοσιπενταενοϊκού οξέως (EPA) στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου

**Ε. Λυμπερόπουλος**





## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Dicker Dror** Department of Internal Medicine D Hasharon Hospital Rabin Medical Center Petah-Tikva, Israel Sackler School Of Medicine Tel Aviv University Tel Aviv, Israel
- Douketis James** Professor, Division of Haematology and Thromboembolism, Department of Medicine, Associate Director, Clinical Teaching Unit, St. Joseph's Hospital
- Gómez Huelgas Ricardo** Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, Spain
- Montano Nicolas** Department of Internal Medicine General Medicine Unit IRCCS Ca' Granda Foundation Ospedale Maggiore Policlinico Milan, Italy & Department of Clinical Science and Community Health University of Milan Italy
- Roden Michael** Professor, Director, German Diabetes Center (DDZ), Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University Düsseldorf, Chair/Professor Endocrinology and Metabolic Diseases, Heinrich Heine University Düsseldorf, Director Department of Endocrinology and Diabetology, University Hospital Düsseldorf
- Spyropoulos Alex** MD, FACP, FCCP, FRCPC, Professor of Medicine, The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Professor The Institute for Health Innovations and Outcomes Research, The Feinstein Institutes for Medical Research System Director - Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services, Northwell Health at Lenox Hill Hospital, New York
- Αβραμόπουλος Ηρακλής** Παθολόγος, Διευθυντής Η΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
- Αδαμόπουλος Σταμάτιος** MD, PhD (Imperial College), Διευθυντής Μονάδας Καρδιακής Ανεπάρκειας, Διευθυντής και Επιστημονικός Υπεύθυνος Μονάδας Μεταμοσχεύσεων Καρδιάς, Ω.Κ.Κ.
- Αισώπου Ευαγγελία** Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ακινόσογλου Καρολίνα** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Αλαβέρας Αντώνιος** Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α΄ Παθολογικής Κλινικής, «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΓΝΑ Ε.Ε.Σ.
- Αλεξάνδρου Ανδρέας** Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Α΄ Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Αλεξανιάν Ιωάννης</b>	Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
<b>Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα</b>	Καθηγήτρια Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Αναγνωστοπούλου Κωνσταντίνα</b>	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, Msc, Επιστ. Συνεργάτις Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
<b>Ανδρεάδου Αγγελική</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος Πιστοποιημένη στη διαχείριση της παχυσαρκίας (SCOPE)
<b>Αντωνιάδου Αναστασία</b>	Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Δ΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
<b>Αποστόλου Θεοφάνης</b>	Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος και Μ.Τ.Ν., «ΑΤΤΙΚΟ» Θεραπευτήριο Κυψέλης, Συνεργάτης Ιατρικού Κέντρου Αθηνών
<b>Αρβανίτης Μεγακλής</b>	MD, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Αργυρακοπούλου Γιούλη</b>	MD, MSc, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Διαβητολογικής Μονάδας και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, SCOPE National Fellow
<b>Ασημακόπουλος Βύρων</b>	Καθηγητής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
<b>Βαϊόπουλος Γεώργιος</b>	Παθολόγος - Ρευματολόγος, Ομ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
<b>Βασιλειάδης Ιωάννης</b>	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
<b>Βασιλόπουλος Δημήτριος</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Βέμμος Κωνσταντίνος</b>	Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης, Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής, Μονάδα Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Βερνίκος Παύλος</b>	Χειρουργός, Εντατικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ
<b>Βλαχάκος Δημήτριος</b>	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Βλαχογιαννάκος Ιωάννης</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Βλάχος Διονύσιος</b>	Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής Eurodiet Med
<b>Γαβρά Παρασκευή</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής, «METROPOLITAN HOSPITAL»
<b>Γαβριατοπούλου Μαρία</b>	Αναπλ. Καθηγήτρια Θεραπευτικής-Ογκολογίας, Θεραπευτική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
<b>Γαλανοπούλου Αναστασία</b>	MD, MSc, Επιμελήτρια Β΄ Γενικής Ιατρικής ΚΥ Γκούρας Κορινθίας
<b>Γανωτοπούλου Ασημίνα</b>	Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
<b>Γατσέλης Νικόλαος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
<b>Γεωργά Σταματία</b>	Πυρηνικός Ιατρός, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, ΓΝΘ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
<b>Γεωργίου Αλεξάνδρα</b>	Διαιτολόγος, PhD, Επιστ. Συνεργάτιδα Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
<b>Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης Ευάγγελος</b>	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
<b>Γιαννοπούλου Μυρτώ- Αικατερίνη</b>	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
<b>Γιάννου Παναγιώτα</b>	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»



## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Γουλές Δημήτρης</b>	Ρευματολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΕΕΛΙΑ
<b>Γουλής Ιωάννης</b>	Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Γρηγοροπούλου Πηνελόπη</b>	Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελήτρια Α΄, Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»
<b>Δαΐκος Γεώργιος Λ.</b>	Διευθυντής Λοιμωξιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ»
<b>Δημάκης Ανδρέας</b>	MD FIBO, Διευθυντής ΕΣΥ
<b>Δημητριάδης Γεώργιος</b>	Ομ. Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική
<b>Δημοσθενόπουλος Χαρίλαος</b>	MMedSci, PhD, Κλινικός Διαιτολόγος - Προϊστάμενος Διαιτολογικού ΓΝ «ΛΑΪΚΟ», Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Μέλος ΔΣ ΕΔΕ & ΕΜΠΑΚΑΝ, Scientific Secretary of Diabetes Nutrition Study Group του EASD
<b>Δρίτσας Αθανάσιος</b>	Καρδιολόγος, Αν. Διευθυντής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
<b>Ελευσινιώτης Ιωάννης</b>	Καθηγητής Παθολογίας & Ηπατολογίας ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
<b>Ερωτοκρίτου Γεώργιος</b>	Παθολόγος, Διευθυντής Α΄ Παθολογικού Τμήματος, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
<b>Ευαγγελίδης Πασχάλης</b>	4οετής Φοιτητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
<b>Ευθυμιάδου Ρωξάνη</b>	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
<b>Ηλιόπουλος Αλέξιος</b>	Ρευματολόγος, Διευθυντής Ρευματολογικού Τμήματος Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.
<b>Θανοπούλου Αναστασία</b>	Επ. Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Θεοχάρης Γεώργιος</b>	Παθολόγος, Πρόεδρος SOS ΙΑΤΡΩΝ, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ Αθήνας



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Θηραΐος Ελευθέριος** MD, MSc στη Δημόσια Υγεία, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ - Κέντρο Υγείας Βάρης, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
- Ιωαννίδης Ιωάννης** Δρ., Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία)
- Καγκελάρη Ελευθερία** Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη
- Καμμένος Αθανάσιος** Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική ΓΝ Λεμεσού
- Κανακάκης Ιωάννης** Διευθυντής Καρδιολογίας, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Πρόεδρος ΕΚΕ
- Καπάντας Ευθύμιος** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Νοσοκομείο METROPOLITAN, Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Καράβολιας Ιωάννης** 5οετής Φοιτητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- Καραμανάκος Γεώργιος** Επικουρικός Επιμελητής Παθολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Καραμήτρου Αικατερίνη** 4οετής Φοιτήτρια, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Καταξάκη Ευαγγελία** MD, MSc, PhD, Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ Ελευσίνας ΘΡΙΑΣΙΟ Πρόεδρος ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
- Κατσιάκη Νίκη** MSc, PhD, MD, FRSPH, Ειδική Παθολόγος με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης
- Κατσιλάμπρος Νικόλαος** Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, MD, PhD, FACP, SCOPE Founding Fellow, European Federation Internal Medicine Hon. Fellow, Diabetes Nutrition Study Group Hon. Fellow
- Κεφαλογιάννης Νικόλαος** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κολιάκη Χρυσή** Ειδική Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Α΄ Προπ. Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Κοντού Νίκη** Κλινική Διαιτολόγος, PhD Προϊσταμένη Τμήματος Διαιτολογίας - Διατροφής Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Εργαστήριο Διατροφής & Κλινικής Διαιτολογίας, Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Κόρακας Εμμανουήλ** Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Κορομπόκη Ελένη** Παθολόγος, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Κοσκινάς Ιωάννης** Καθηγητής Παθολογίας - Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Κοσμίδης Χρήστος** Ορθοπεδικός. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κούκκου Ευτυχία** Ενδοκρινολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου και Μεταβολισμού, ΓΠΝ «ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
- Κουλούρης Νικόλαος** Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Κουτσιλιέρης Μιχαήλ** Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Πειραματικής Φυσιολογίας, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ & Πρόεδρος Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας και Άσκησης στην Ιατρική και Πρόεδρος ΔΣ Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (Ι.Κ.Υ)
- Κουτσοβασίλης Αναστάσιος** MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Υπεύθυνος Ιατρείου Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 & Διαβήτη κύησης, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Κουτσούκου Αντωνία** Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλ., ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Κυριαζής Ιωάννης** MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Κλινικής Covid -19 Επιστ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας ΓΝ Αττικής «Κ.Α.Τ.», Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.), Γραμματέας Δ.Σ Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.)
- Κώστα Γεωργία** Ειδικευόμενη Ιατρός, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Κώστη Παρασκευά** Επίκ. Καθηγήτρια, Ιατρική των Μεταγγίσεων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Κώστας Βασιλείος** Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, ΑΠΘ, Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΘ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Πρόεδρος Ομάδας εργασίας Διαβήτη και μεταβολικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης
- Λαμπαδιάρη Βάια** Καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Λαναράς Λεωνίδας** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝ Λαμίας, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Λασκαρίδης Εμμανουήλ** Μεταδιδακτορικός Ερευνητής στη Νομική Σχολή ΕΚΠΑ, Μέλος Εθνικής Επιτροπής Πραγματογνώμων Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Ένωσης Ιατρικού Δικαίου
- Λιάμης Γεώργιος** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Π.ΓΝ Ιωαννίνων
- Λιάτσης Σταύρος** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Λιόση Βασιλική** Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευμένη Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Λουκίδης Στυλιανός** Καθηγητής Πνευμονολογίας, Β΄ Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Πρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- Λυμπερόπουλος Ευάγγελος** Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Λυμπερόπουλος Κωνσταντίνος** Πρόεδρος Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας
- Μακαρίτσης Κωνσταντίνος** Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό ΓΝ Λάρισας
- Μακρυλάκης Κωνσταντίνος** Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Μαλάμος Παναγιώτης** Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών



## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Μανουβέλου Στάμω</b>	Επιμελήτρια Α΄, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
<b>Μανωλακόπουλος Σπήλιος</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ηπατογαστρεντερολογική - Ενδοσκοπική Μονάδα, Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Μαστοράκος Γεώργιος</b>	Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
<b>Μαυρογιαννάκη Αναστασία</b>	MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια Β΄ Παθολογικής Κλινικής & Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΑ «ΝΙΜΤΣ», Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
<b>Μαυροπούλου Άρτεμις</b>	Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
<b>Μελιδώνης Ανδρέας</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
<b>Μηλιώνης Χαράλαμπος</b>	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων
<b>Μπράκου Ασημίνα</b>	Ομότιμος Καθηγήτρια Παθολογίας με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Μουντοκαλάκης Θεόδωρος</b>	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Μουρούζης Ιορδάνης</b>	Αναπλ. Καθηγητής Φαρμακολογίας, Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
<b>Μπακάκος Πέτρος</b>	Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
<b>Μπακάλης Ιωάννης</b>	Παθολόγος, Επιμελητής, METROPOLITAN Θεραπευτήριο
<b>Μπαρουξής Δημήτριος</b>	Νοσηλεύτης, MSc, PhD, Αν. Προϊστάμενος Καρδιολογικής Κλινικής, Συντονιστής Προϊστάμενος Γενικής Εφημερίας ΤΕΠ, Αντιπρόεδρος Επιτροπής Αναζωογόνησης ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Μπασούλης Δημήτριος</b>	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Μπέλλος Γεώργιος</b>	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιδημιολόγος, PhD, MR CGP, ΜΕΡΜΑ

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Μπιστόλα Βασιλική** Επιμελήτρια Καρδιολόγος, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπόνου Μαρία** Διευθύντρια, Καρδιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Υπεύθυνη ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας
- Μπούμπας Δημήτριος** Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Δ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπουρδάκης Αδαμάντιος** MD, PhD, Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβητη στις παθήσεις Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας. Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
- Μπούρος Δημοσθένης** Καθηγητής Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Μονάδα Διαμέσων Νοσημάτων, Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Μπούσμπουλας Σταύρος** Παθολόγος - Διαβητολόγος, τ. Διευθυντής Γ΄ Παθολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Μπριστιάνου Μαγδαληνή** MD PhD Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Λαμίας
- Μυγδάλης Ηλίας** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσ. «Λευκός Σταυρός»
- Μυλωνά Μαρία** Δρ Παθολόγος, MD, PhD, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» - Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
- Ντάιος Γεώργιος** Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών
- Νταλέκος Γεώργιος** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Ελληνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-Rare Liver, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα
- Ντζιώρα Φωτεινή** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Ντόιτς Μέλανι** Av. Καθηγήτρια Παθολογίας-Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ντούπης Ιωάννης** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
- Ντουράκης Σπυρίδων Π.** Παθολόγος - Παθολόγος, Καθηγητής Παθολογίας, τ.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», Πρόεδρος, Επιστημονικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας και Κλινικής Ηπατολογίας
- Οικονομίδης Ιγνάτιος** Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Οικονόμου Ευάγγελος** Καρδιολόγος, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Παγιαντζά Μαρία** 5οετής Φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
- Παναγιωτάκος Δημοσθένης** Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
- Πανόπουλος Στυλιανός** Ρευματολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Παπαζαφειροπούλου Αθανασία** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Παπάζογλου Δημήτριος** Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης
- Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος** Καθηγητής Παθολογίας & Γαστρεντερολογίας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής & Μονάδας Μεταμόσχευσης Ήπατος, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ)
- Παπακωνσταντίνου Αιμιλία** Επ. Καθηγήτρια Διατροφής και Μεταβολισμού, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Παπαναγιώτου Παναγιώτης** Αναπλ. Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Καθηγητής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο Bremen-Mitte, Γερμανία
- Παπάνας Νικόλαος** Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης
- Παπαντωνίου Στέφανος** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Καβάλας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού, Υπατολογικού & Ιατρείου Διαβητολογικού Ποδιού
- Παπασταμόπουλος Βασίλειος** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Διοικητικά και Επιστημονικά Υπεύθυνος Ε΄ Παθολογικού Τμήματος & Μονάδας Λοιμώξεων, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Ειδικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων
- Παπακαραλάμπους Μιχαήλ** Ειδ. Παθολόγος, Διευθυντής Τμήματος Ιατρικής Ακριβείας Πρόληψης και Αντιγήρανσης Νοσοκομείο ΙΑΣΩ. Διευθυντής Πολυϊατρείου Ορθοβιοτικής, Γενικός Γραμματέας Ευρωπαϊκής Εταιρείας Πρόληψης Αντιγήρανσης και Ανανεωτικής Ιατρικής ESAAM
- Παπαχρήστου Ευάγγελος** Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών
- Παππάς Σταύρος Ι.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
- Πατσουράκος Νικόλαος** MD, MSc, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
- Πετράς Δημήτρης** Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Πέτρου Κωνσταντίνος** Χειρουργός Οφθαλμίατρος τ. Σ. Διευθυντής Οφθαλμ. Κλινικής, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Πεφάνης Άγγελος** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής, Παθολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Πικάζης Δημήτρης** MD, PhD, Επικ. Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Πολυκανδριώτης Τζανής</b>	Νοσηλευτής, Απόφοιτος Σχολής Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας ΠΑΔΑ, RNMH, PGDip (Ed), Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης
<b>Πούλια Καλλιόπη Άννα</b>	RD, MMdeSci, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής, Εργαστήριο Διαιτολογίας και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
<b>Πουρίκη Σοφία</b>	Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Εντατικολόγος, PhD, Επιμελήτρια Α΄ ΜΕΘ/ΚΑΑ, ΓΝΝ.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
<b>Πρωτογέρου Αθανάσιος</b>	Παθολόγος, Καθηγητής Τμήματος Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
<b>Ράικου Βαία</b>	Νεφρολόγος, PhD Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος, Doctors' Hospital
<b>Ραλλίδης Λουκιανός</b>	Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
<b>Ράπτης Αθανάσιος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
<b>Ρέμπελου Ελένη</b>	Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Ιταλικό Κέντρο Έρευνας, Πίζα, Ιταλία, Επίκουρη Καθηγήτρια στην Έρευνα του Μεταβολισμού, Πανεπιστήμιο του Τούρκου, Φινλανδία
<b>Ρίζος Ευάγγελος</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων
<b>Ρίχτερ Δημήτριος</b>	Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
<b>Ρούσσος Αναστάσιος</b>	Γαστρεντερολόγος - Ηπατολόγος, MD, PhD, Συνεργάτης Ευρωκλινικής Αθηνών
<b>Σακκούλη Δέσποινα-Βασιλική</b>	5οετής Φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών
<b>Σαμάρκος Μιχαήλ</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Σαφλιάνης Ιωάννης</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος π. Υπεύθυνος Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Σισμανόγλειου ΓΝΑ και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Εξωτερικού Ιατρείου



## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Σεβαστιανός Βασίλειος** Παθολόγος - Ηπατολόγος, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Σιαλβέρα Θεοδώρα-Ειρήνη** Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο κ. Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Πρόεδρος, Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων Διατροφολόγων, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Σκαλτσά Ελένη** Καθηγήτρια Τομέα Φαρμακογνωσίας και Χημείας Φυσικών Προϊόντων, Τμήμα Φαρμακευτικής ΕΚΠΑ
- Σκρουμπής Γεώργιος** Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Πατρών, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Υπεύθυνος Μονάδας Βαριατρικής Χειρουργικής, Πρόεδρος ΔΣ Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Στεργίου Γεώργιος** Καθηγητής Παθολογίας - Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝ.Θ.Α. «ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Στυλιανού Ανδρέας** MD, PhD, Παθολόγος- Διαβητολόγος, Βοηθός Διευθυντή Παθολογίας, Παθολογική Κλινική ΓΝ Λάρνακας, Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Κύπρου
- Συρίγος Κωνσταντίνος** MD, PhD, Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, visiting Professor of Thoracic Oncology, Yale School of Medicine
- Σύψας Νικόλαος** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής, Υπεύθυνος Μονάδας Λοιμώξεων, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» & Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
- Σφηκάκης Πέτρος** Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Σκινά Μαρία** Παθολόγος - Ηπατολόγος, Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών
- Σωτηρόπουλος Αλέξιος** MD. PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Γ΄ Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Τεντολούρης Νικόλαος** Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας



## Πρόεδροι - Ομιλητές

<b>Τζαβάρια Βασιλική-Βάνα</b>	Παθολόγος - Κλινικός Ανοσολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.»
<b>Τούλης Ευάγγελος</b>	Ειδικός Παθολόγος, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, «EUROMEDICA» Γενική Κλινική
<b>Τούντας Ιωάννης</b>	Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εργαστήριο Υγιεινής-Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Κέντρο Υπηρεσιών Υγείας
<b>Τούτουζας Κωνσταντίνος</b>	Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Τσάπας Απόστολος</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Τσιάκας Στάθης</b>	Νεφρολόγος, Επικουρικός Επιμελητής, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Τσιμιχόδης Βασίλειος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων
<b>Τσιούφης Κωνσταντίνος</b>	Καθηγητής, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
<b>Τσιρώνη Μαρία</b>	Καθηγήτρια Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Πρόεδρος ΙΣ Λακωνίας
<b>Τσώκος Νικόλαος</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»
<b>Φανουριάκης Αντώνης</b>	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
<b>Φαρμάκης Δημήτριος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κύπρου
<b>Φίλιππτος Γεράσιμος</b>	Καθηγητής Καρδιολογίας, ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
<b>Φίλιππου Αναστάσιος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Φυσιολογίας-Φυσιολογίας της Άσκησης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

## Πρόεδροι - Ομιλητές

- Φούσας Στέφανος** MD, FACC, Συντονιστής Τομέα Καρδιάς και Αγγείων «METROPOLITAN GENERAL», Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας τ. Πρόεδρος ΕΚΕ
- Φούτρης Απόστολος** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»
- Φωτιάδου-Παππά Ελένη** Βιοπαθολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»
- Χαλαζωνίτης Αθανάσιος** Δρ, Συντονιστής Διευθυντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου, και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
- Χαλβασιώτης Παναγιώτης** Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Δ.Σ. ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»
- Χαλκιά Αглаΐα** Νεφρολόγος, MD, PhD, Επικουρική Επιμελήτρια, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Χαραλάμπος Χριστοφής** Ειδικευόμενος Ακτινολογίας Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- Χατζιωάννου Σοφία** Καθηγήτρια Πυρηνικής Ιατρικής-ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη PET/CT ΙΙΒΕΑΑ
- Χολόγκιτας Ευάγγελος** Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Χουρδάκη Εμμανουέλα** Ειδική Παθολόγος - Διαβητολόγος Επιμελήτρια, Διαβητολογικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Χρυσοχόου Χριστίνα** Δρ. Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Υπεύθυνη Ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ψυρρή Αμάντα** Καθηγήτρια Παθολογίας - Ογκολογίας, Διευθύντρια, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ψυχογιού Μήνη** Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»



#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Olartan.
2. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Olartan Plus 20mg/12.5mg, 20/25mg.
3. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Olartan Plus 40mg/12.5mg, 40/25mg.
4. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Orizal.
5. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Orizal Plus.

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

Με την άδεια της DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH



Πριν τη συνταγογράφηση απευθυνθείτε στις Περίληψεις Χαρακτηριστικών των Προϊόντων σκανάροντας το κάτω QR code ή κατόπιν αιτήματος στον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας.

**ΛΙΑΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ:** OLARTAN F.C.TAB 10MG/TAB BTx28: 6,01 ευρώ, OLARTAN F.C.TAB 20MG/TAB BTx28: 9,36 ευρώ,  
OLARTAN F.C.TAB 40MG/TAB BTx28: 9,87 ευρώ. OLARTAN-PLUS F.C.TAB (20+12,5)MG/TAB BTx28: 9,20 ευρώ,  
OLARTAN-PLUS F.C.TAB (20+25)MG/TAB BTx28: 9,20 ευρώ, OLARTAN-PLUS F.C.TAB (40+12,5)MG/TAB BTx28: 9,78 ευρώ,  
OLARTAN-PLUS F.C.TAB (40+25)MG/TAB BTx28: 9,78 ευρώ.

ORIZAL F.C.TAB (20+5)MG/TAB BTx28: 16,23 ευρώ, ORIZAL F.C.TAB (40+10)MG/TAB BTx28: 18,10 ευρώ, ORIZAL F.C.TAB (40+5)MG/TAB BTx28: 16,78 ευρώ.  
ORIZAL PLUS F.C.TAB (20+5+12,5)MG/TAB BTx28: 19,60 ευρώ, ORIZAL PLUS F.C.TAB (40+10+12,5)MG/TAB BTx28: 19,33 ευρώ,  
ORIZAL PLUS F.C.TAB (40+10+25)MG/TAB BTx28: 19,69 ευρώ, ORIZAL PLUS F.C.TAB (40+5+12,5)MG/TAB BTx28: 19,60 ευρώ,  
ORIZAL PLUS F.C.TAB (40+5+25)MG/TAB BTx28: 19,90 ευρώ.

Χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.



## Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E. - Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι, Αττική, Τ.: 210 8316111-13, Φ.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr

# Stilnox®

zolpidem

## Συσκευασία

STILNOX F.C.TAB 10MG/TAB BTx14

## Λιανική Τιμή (+ΦΠΑ)

2,58€

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ την οποία μπορείτε να ζητήσετε από την εταιρία στο τηλ. 210 9001600 ή στο [medicalinformation.greece@sanofi.com](mailto:medicalinformation.greece@sanofi.com). Για περισσότερες πληροφορίες ή τυχόν αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών παρακαλούμε επικοινωνήστε με: ΙΑΤΡΙΚΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ, Τηλ. 210 9001 600, [medicalinformation.greece@sanofi.com](mailto:medicalinformation.greece@sanofi.com).

**Τρόπος διάθεσης:** Ειδική συνταγή για φάρμακα που υπάγονται στις διατάξεις του Ν1729/87.

**sanofi**

Sanofi-aventis A.E.B.E. Αθήνα: Λεωφ. Συγγρού 348, Κτίριο Α', 176 74 Καλλιθέα,  
Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 129, [www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

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



**APROVEL™**  
(ιρβεσαρτάνη)

**CO APROVEL™**  
(ιρβεσαρτάνη / υδροχλωροθειαζίδη)



75 mg

150 mg

300 mg

150 mg/12,5 mg

300 mg/12,5 mg

300 mg/25 mg

Συσκευασία			Λιανική Τιμή
APROVEL	F.C. TABS 75 MG/TAB	BT x 28	6,83
APROVEL	F.C. TABS 150 MG/TAB	BT x 28	7,17
APROVEL	F.C. TABS 300 MG/TAB	BT x 28	9,46
CO APROVEL	F.C. TABS (150+12,5) MG/TAB	BT x 28	7,35
CO APROVEL	F.C. TABS (300+12,5) MG/TAB	BT x 28	8,73
CO APROVEL	F.C. TABS (300+25) MG/TAB	BT x 28	9,00

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε τις ΠΧΠ τις οποίες μπορείτε να ζητήσετε από την εταιρία στο τηλ. 210 9001600 ή στο [medicalinformation.greece@sanofi.com](mailto:medicalinformation.greece@sanofi.com). Για περισσότερες πληροφορίες ή τυχόν αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών παρακαλούμε επικοινωνήστε με: ΙΑΤΡΙΚΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ, Τηλ. 210 9001 600, [medicalinformation.greece@sanofi.com](mailto:medicalinformation.greece@sanofi.com).

**Τρόπος διάθεσης:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**sanofi**

Sanofi-aventis A.E.B.E. Αθήνα: Λεωφ. Συγγρού 348, Κτίριο Α', 176 74 Καλλιθέα, Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 129, [www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας θα πραγματοποιείται στο Ξενοδοχείο «DIVANI CARAVEL» από 5 έως 8 Οκτωβρίου 2022

## 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 παρουσιάσής τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

## ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Δικαίωμα συμμετοχής στο 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας έχουν οι εγγραφέντες σε αυτό.

Το αντίτιμο της εγγραφής έχει οριστεί ως εξής:

	έως 1/9/2022	Από 2/9/2022 & 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>Φοιτητές</b>	ΔΩΡΕΑΝ	ΔΩΡΕΑΝ

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

Οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία των Φοιτητών, για την οποία δεν προβλέπεται κάποια οικονομική επιβάρυνση, είναι απαραίτητο να βεβαιώνουν την ιδιότητά τους, προσκομίζοντας αντίστοιχο αποδεικτικό στοιχείο. Θα παραλαμβάνουν μόνο το Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου, καθώς και το πιστοποιητικό παρακολούθησης με τη λήξη του Συνεδρίου.

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

## ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Χορηγούνται **29 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 από τη φυσική παρουσία των συνέδρων εντός της αίθουσας ομιλιών για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Ηλεκτρονικού Πιστοποιητικού Παρακολούθησης (E-certificate). Η έκδοση του E-certificate θα μπορεί να γίνει με τη λήξη του Συνεδρίου, ακολουθώντας τις κατάλληλες οδηγίες που θα παραλάβουν στο email της εγγραφής τους οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα αναρτηθούν σε ηλεκτρονική μορφή και θα παρουσιαστούν δια ζώσης σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

Επίσης:

- Θα ενταχθούν στον **ηλεκτρονικό ΤΟΜΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**
- Θα ενταχθούν ηλεκτρονικά και **θα αναρτηθούν στην ψηφιακή πλατφόρμα του Συνεδρίου**
- Θα προβάλλονται σε plasma τηλεοράσεις στον εκθεσιακό χώρο του Συνεδρίου

Η βράβευση των Αναρτημένων Ανακοινώσεων θα γίνει το **Σάββατο 8 Οκτωβρίου 2022** στην Τελετή Λήξης

## 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 5 Οκτωβρίου 2022, 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.

## ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ

Η δημοσίευση της περίληψης στο τεύχος δεν δηλώνει υποχρεωτικά και την ανακοίνωση της εργασίας.

Η επιβεβαίωση της ανακοίνωσης γίνεται από την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου. Οι περιλήψεις δημοσιεύονται όπως έχουν υποβληθεί με ηλεκτρονικό ή άλλο τρόπο



# Jardiance®

(εμπαγλιφλοζίνη)  
10mg, 25mg



Για τις εγκεκριμένες ενδείξεις, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τις προειδοποιήσεις, τις αντενδείξεις, τη δοσολογία και λοιπές ουσιώδεις πληροφορίες παρακαλούμε ανατρέξετε στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

**ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Γερμανία. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Jardiance 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: EU/1/14/930/010-018. Jardiance 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: EU/1/14/930/001-009. **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ:** 22 Μαΐου 2014, **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** 14 Φεβρουαρίου 2019. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 21 Ιουλίου 2022. **ΤΙΜΕΣ:** JARDIANCE 10mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Χ.Τ.: 35,18€, Ν.Τ.: 30,61€, Α.Τ.: 48,47€. JARDIANCE 25mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Χ.Τ.: 35,40€, Ν.Τ.: 30,80€, Α.Τ.: 48,78€. **ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ.**

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρατε **ΌΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΌΛΑ** τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την **“ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ”**



# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας, ευχαριστεί για την υποστήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία του Συνεδρίου, τους:



## ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ





Januvia  
(sitagliptin, MSD)

Janumet  
(sitagliptin/metformin, MSD)



Για τους διαβητικούς ασθενείς που είναι αρρύθμιστοι σε μονοθεραπεία με μετφορμίνη:

# ΜΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ ΚΑΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

ώστε οι ασθενείς σας να πετύχουν τους στόχους της HbA1c<sup>1-3</sup>

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευτείτε τη σύντομη περιλήψη χαρακτηριστικών προϊόντος που εσωκλείεται

JANUMET (50+1000) ΛΤ: 30,63€, JANUMET (50+850) ΛΤ: 41,23€. JANUVIA (100) ΛΤ: 30,18€, JANUVIA (50) ΛΤ: 24,66€



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:  
MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.  
Αθήνα: Αγίου Δημητρίου 63, 17456 Αθήνα.  
Τηλ.: +30(0)210897300, fax: +30(0)2108973000  
AR Γ.Ε.ΜΗ. 121808101000



ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
ΕΤΑΙΡΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΤΕΛΛΗΚΑΙΟΠΟΥ

Υπεύθυνος Προώθησης και Διανομής:  
BIAANEE Α.Ε. - Έδρα: οδός Τεσσίου, 18<sup>ο</sup> γλ.μ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμία  
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Τ.α.φ. Σουλιά 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία  
Τηλ.: +30 8009111 • Fax: +30 8071573 • E-mail: mailbox@bianex.gr  
• WEBSITE: www.bianex.gr • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113,  
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: +30 10 861683  
AR Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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

Βιβλιογραφία:

1. Π.Χ.Π. Januvia 09/2021, 2. Π.Χ.Π. Janumet 09/2021, 3. Del Prato S et al. Int J Clin Pract 2005; 59(11):1345-55.



# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ 1

### ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΤΑ ΣΚΥΛΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΚΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΗΣΙ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

#### Σ. Καστανάκης

*Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος», Χανιά*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η λείσμανίαση είναι μια ασθένεια ανθρώπων και ζώων που προκαλείται από το πρωτόζωο παράσιτο του γένους *Leishmania*. Οι σκύλοι αναπτύσσουν τη συστηματική, σπλαχνική μορφή λοίμωξης, με πολύ μεταβλητή κλινική εμφάνιση. Τα σκυλιά θεωρούνται η κύρια δεξαμενή για σπλαχνική λείσμανίαση στους ανθρώπους.

Η σπλαχνική λείσμανίαση του σκύλου είναι μια σοβαρή συστηματική ασθένεια που προκαλείται από το διφασικό πρωτόζωο παράσιτο *Leishmania infantum* στον Παλιό Κόσμο και από τον *L. Chagasi* στο Νέο Κόσμο. Η γεωγραφική κατανομή της νόσου εξαρτάται από το φορέα εντόμων της, *Phlebotomus spp.* στον Παλιό Κόσμο και *Lutzomyia spp.* στο Νέο Κόσμο. Συχνά κλινικά συμπτώματα είναι δερματικές βλάβες, απώλεια βάρους, ανορεξία, λεμφαδενοπάθεια, οφθαλμικές βλάβες, ρινική αιμορραγία, κινητικά προβλήματα και μυϊκή ατροφία. Οι δερματικές βλάβες είναι συχνές σε λείσμανίαση σκύλου. Η συμμετρική αλωπεκία είναι η πιο κοινή και αναφέρεται στο 60% των σκύλων με δερματική νόσο. Οι βλάβες ξεκινούν συχνά στο κεφάλι και μετά εξαπλώνονται στο υπόλοιπο σώμα.

#### **ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ**

Η λείσμανίαση μπορεί να χωριστεί στους ακόλουθους τύπους:

Δερματική λείσμανίαση

Σπλαχνική λείσμανίαση

Η λείσμανίαση θεωρείται μία από τις κλασικές αιτίες μιας εντόνου ψηλαφητής σπληνίας.

#### **ΜΕΤΑΔΟΣΗ**

Η λείσμανίαση μεταδίδεται από το δάγκωμα των θηλυκών sand-fly.

#### **ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ**

Κατά τα τελευταία 25 χρόνια, η Κρήτη έχει καταστεί ενδημική ζώνη για το *L. infantum* με μεγάλο αριθμό μολυσμένων σκύλων και αυξανόμενο αριθμό ανθρώπινων περιπτώσεων κάθε χρόνο. Τα τελευταία 4 χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης έφτασε κατά μέσο όρο επτά ασθενείς VL ετησίως σε πληθυσμό 600.000. Ταυτόχρονα, το CL εμφανίστηκε ξανά στην Κρήτη λόγω του *L. tropica*, με κατά μέσο όρο 3 περιπτώσεις CL ανά έτος τα τελευταία 4 χρόνια. Τα επικρατούσα είδη *Phlebotomus* ήταν το *Phlebotomus ignoreus* (αποδεδειγμένος φορέας του *L. infantum*)



## ΠΑ2

### ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΣΟΒΑΡΗΣ COVID-19 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ 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 Covid-19. Ο προληπτικός εμβολιασμός ελαττώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ΟΑΑ) επί εδάφους πνευμονίας και την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος επίδρασης του εμβολιασμού στην έκβαση της Covid-19 υπερτασικών ασθενών της κοινότητας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναδρομική μελέτη παρατήρησης N=344 περιστατικών Covid-19 που αντιμετωπίστηκαν σε πρωτοβάθμιο παθολογικό ιατρείο στη Χαλκίδα εντός 12μήνου. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ατομικό αναμνηστικό ΑΥ, η αντιυπερτασική αγωγή, λοιπές συννοσηρότητες, το ιστορικό προηγηθέντος εμβολιασμού και η έκβαση της Covid-19. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία Χ<sup>2</sup>.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο N=344 ασθενών Covid-19 ποσοστό 91,6% (N=315) αντιμετωπίστηκε κατ' οίκον, ενώ 8,4% (N=29) χρειάστηκε νοσηλεία. Ποσοστό 29,7% των ασθενών (N=102) είχε λάβει 2η ή/και 3η δόση εμβολίου, ενώ το υπόλοιπο 70,3% (N=242) ήταν ανεμβολίαστοι / ατελώς εμβολιασμένοι (Πίνακας 1).

Στο συνολικό πληθυσμό μελέτης (N=344) ελέγχεται σημαντική συσχέτιση του κινδύνου εκδήλωσης ΟΑΑ με το ιστορικό ΑΥ (Χ<sup>2</sup>=6,288 p=0,012), εύρημα που επαναλήφθηκε στην ομάδα των ανεμβολίαστων / ατελώς εμβολιασμένων (Χ<sup>2</sup>=6,254 p=0,012) αλλά όχι στην ομάδα των εμβολιασμένων με 2 ή/και 3η αναμνηστική δόση ατόμων (Χ<sup>2</sup>=0,145 p=0,703 Σχήμα 1).

Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της εκδήλωσης ΟΑΑ με τη λήψη αντιυπερτασικής θεραπείας συνδυασμού έναντι μονοθεραπείας (Χ<sup>2</sup>=7,296 p=0,026) εύρημα που επαναλήφθηκε στην ομάδα των ανεμβολίαστων / ατελώς εμβολιασμένων ατόμων (Χ<sup>2</sup>=8,165 p=0,017) αλλά όχι στην ομάδα των εμβολιασμένων με 2 ή / και 3 δόσεις (Χ<sup>2</sup>=0,157 p=0,925 Σχήμα 2).

Τέλος δεν υπήρξε συσχέτιση εκδήλωσης ΟΑΑ με τη λήψη αντιυπερτασικών του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (ACEis / ARBs) (Χ<sup>2</sup>=0,254 p=0,614 Σχήμα 3).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε μη/ατελώς εμβολιασμένους ασθενείς παρατηρείται συσχέτιση της σοβαρής Covid-19 με το ιστορικό ΑΥ και τη λήψη αγωγής συνδυασμού έναντι μονοθεραπείας, σε αντίθεση με άτομα εμβολιασμένα με 2 ή/και 3 δόσεις.

Τα ευρήματα συνηγορούν υπέρ της προστατευτικής δράσης των εμβολίων σε υπερτασικά άτομα.

## Προφορικές Ανακοινώσεις

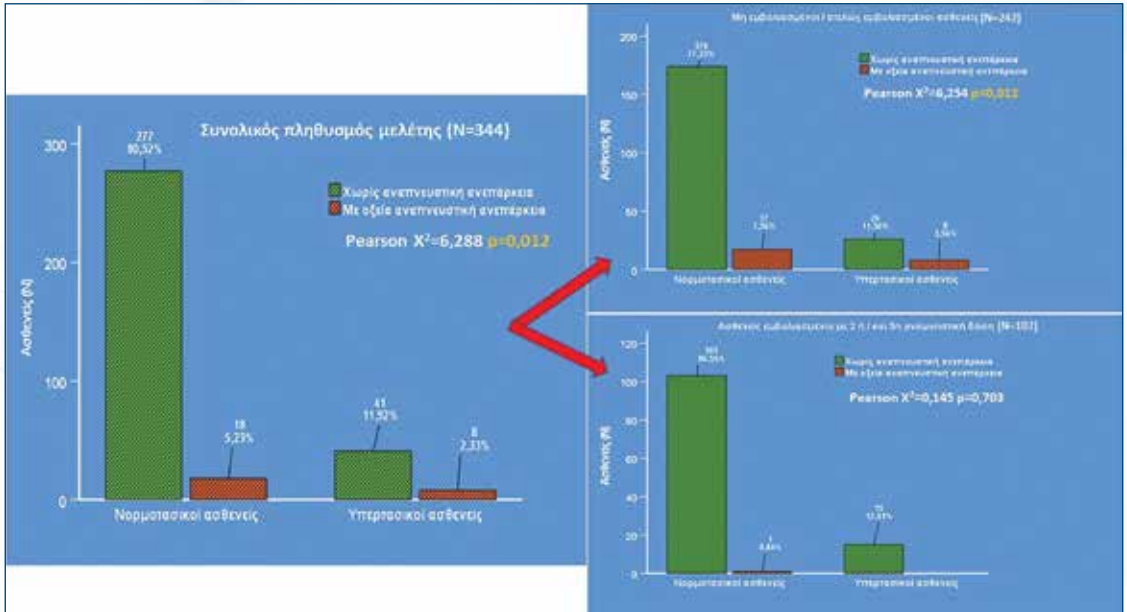
### ΠΑ2 (συνέχεια)

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Μελέτης

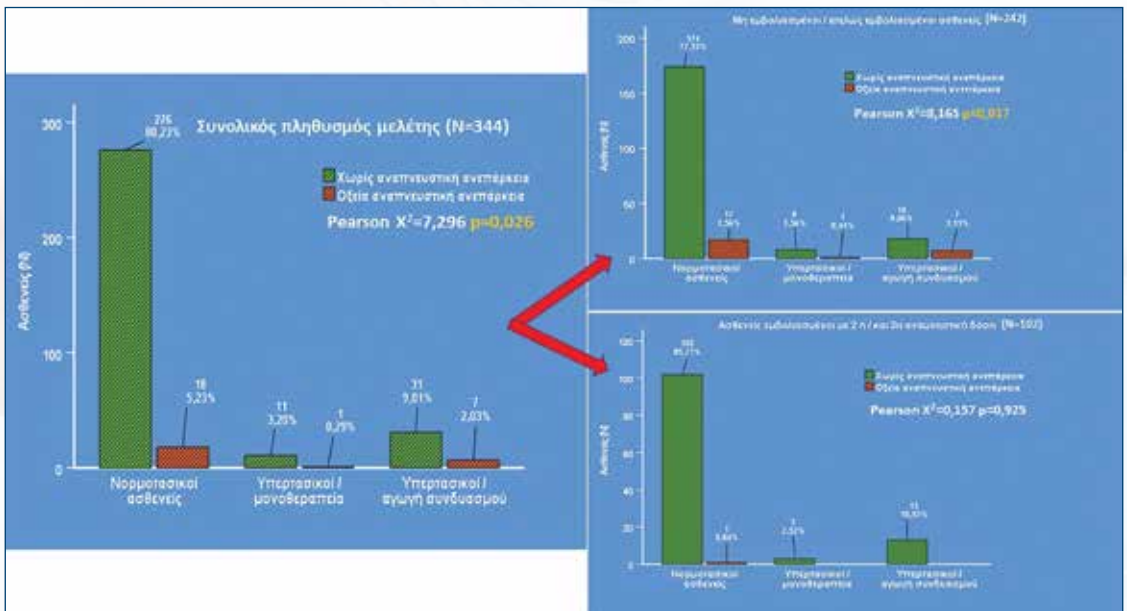
	N	%
Ασθενείς	344	100
Άνδρες	152	44,2
Μέση ηλικία (έτη)	44,75 ±	15,9
Ηλικία > 60 ετών	54	15,7
Παχυσαρκία (BMI ≥ 30)	63	18,3
Σακχαρώδης διαβήτης τ2	21	6,1
Αρτηριακή υπέρταση	49	14,2
- Μονοθεραπεία	11	3,1
- Αγωγή συνδυασμού	38	11,04
- Αγωγή με ACEis / ARBs	35	10,17
Αντιμετώπιση κατ' οίκον	315	91,6
Ανάγκη νοσηλείας στο νοσοκομείο	29	8,4
Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια	26	7,6
Θάνατοι	5	1,45
Μη εμβολιασμένοι / ατελώς εμβολιασμένοι	242	70,3
Εμβολιασμένοι με 2 ή / και 3 δόσεις	102	29,7

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ2 (συνέχεια)



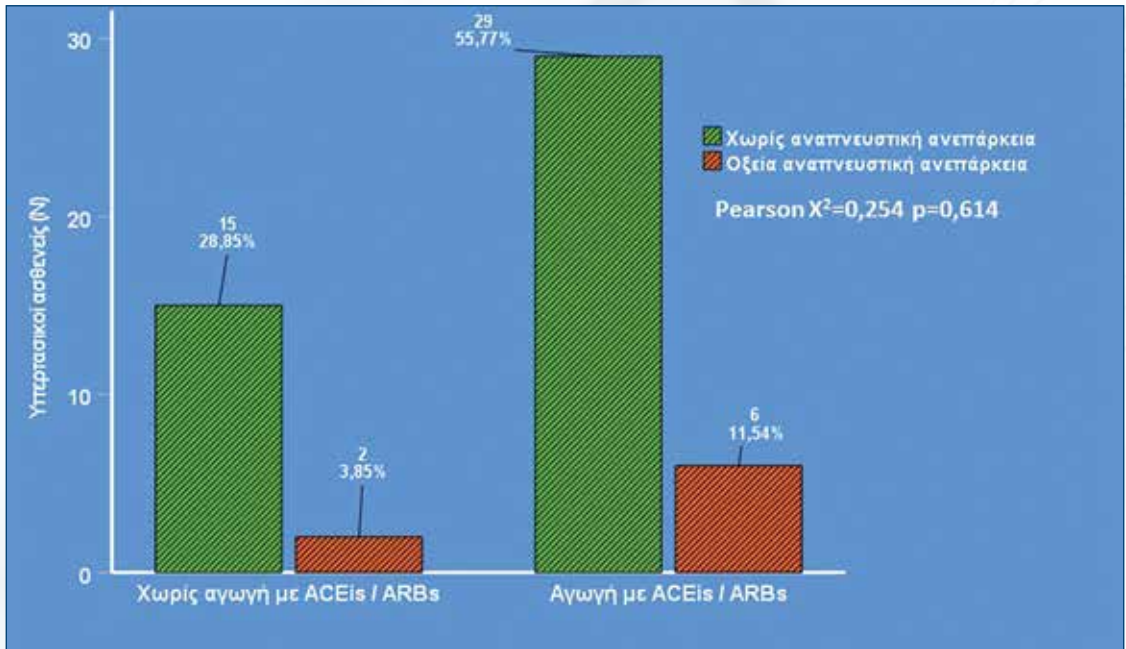
**Σχήμα 1.** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικής ανεπάρκειας επί εδάφους λοίμωξης Covid-19 σε υπερτασικούς διαπιστώνεται στο συνολικό πληθυσμό μελέτης και στην ομάδα των μη / ατελώς εμβολιασμένων αλλά δεν παρατηρήθηκε σε υπερτασικούς που έλαβαν 2η ή/και 3η αναμνηστική δόση



**Σχήμα 2.** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικής ανεπάρκειας επί εδάφους λοίμωξης Covid-19 σε υπερτασικούς υπό αγωγή συνδυασμού έναντι εκείνων σε μονοθεραπεία και των νορμοτασικών διαπιστώνεται στο συνολικό πληθυσμό μελέτης και στην ομάδα των μη / ατελώς εμβολιασμένων αλλά όχι σε άτομα που έλαβαν 2η ή/και 3η αναμνηστική δόση

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ2 (συνέχεια)



**Σχήμα 3.** Δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του κινδύνου εκδήλωσης οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (πνευμονία Covid-19) υπερτασικών ασθενών που νόσησαν από Covid-19 με ιστορικό λήψης αντιυπερτασικών φαρμάκων του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (ACEis / ARBs)



## ΠΑ3

### ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ TOCILIZUMAB ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΣΗΣ

**Δ. Μπασούλης**, Ειρήνη Μοδέστου, Μ. Πατσούρας, Ειρήνη Ηλιάδη, Π-Μ Βουτσινάς, Σταματία Σαμαρά, Γ. Καραμανάκος, Β. Γεωργακοπούλου, Σ. Μακροδημήτρη, Ν. Β. Σύψας

*Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Λαϊκό»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το tocilizumab (TCZ) είναι μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του υποδοχέα της ιντερλευκίνης 6, εγκεκριμένο για την κρίσιμη COVID-19 λοίμωξη. Το TCZ προδιαθέτει σε δευτεροπαθείς λοιμώξεις.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να διαπιστώσουμε αν οι ασθενείς που έλαβαν TCZ στο τμήμα μας εμφάνισαν μακροπρόθεσμα λοιμώδεις επιπλοκές.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική καταγραφή στοιχείων νοσηλείας των ασθενών από 1/9/20 έως 20/12/21 (ημερομηνία εμφάνισης της παραλλαγής όμικρον) και τηλεφωνική επικοινωνία για τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις υγείας

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη διάρκεια της μελέτης νοσηλεύθηκαν 1733 ασθενείς (57% άνδρες, μέση ηλικία  $62.9 \pm 17$  έτη). Από αυτούς, 457 (26.4%) είχαν κρίσιμη νόσο με νοσοκομειακή θνητότητα 58.9%. Από τους ασθενείς με κρίσιμη νόσο, έλαβαν TCZ οι 151 (33%) με σημαντικό όφελος στη θνητότητα (OR 0.16 95%CI 0.11-0.25, θνητότητα 30.5 vs 72.9%,  $p < 0.001$ ). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης που συμπεριέλαβε ηλικία, φύλο, Charlson score, τιμές φερριτίνης, CRP, λόγου ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η ηλικία (OR 1.07, 95%CI 1.04-1.1,  $p < 0.001$ ), η φερριτίνη (OR ~1,  $p = 0.017$ ), το Charlson score (OR 1.37, 95%CI 1.14-1.64,  $p = 0.001$ ) και η χορήγηση TCZ (OR 0.31, 95%CI 0.18-0.56,  $p < 0.001$ ) διατήρησαν στατιστική σημαντικότητα. Στο γκρουπ των ασθενών που έλαβαν TCZ η θνητότητα συσχετίστηκε μόνο με την ηλικία (OR 1.07, 95%CI 1.02-1.12,  $p = 0.008$ ). Από τους ασθενείς που πέθαναν, 60.9% (28/46) κατέληξαν από επιπλοκές της COVID-19 ενώ 32.6% (15/46) από σήψη. Οι 105 ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο, παρακολουθήθηκαν για διάμεσο χρόνο 50.6 εβδομάδων. Οκτώ (7.6%) νοσηλεύθηκαν, 4 για λοιμώξεις, μία θανατηφόρος, ενώ ένας ακόμα ασθενής απεβίωσε από μη λοιμώδη αίτια. Η συνολική θνητότητα αποδιδόμενη σε λοιμώδη αίτια ήταν 10.6% (16/151).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μεγάλες, καλά σχεδιασμένες, προοπτικές τυχαίοποιημένες μελέτες απαιτούνται προκειμένου να διερευνηθεί επαρκώς η οποιαδήποτε σχέση μεταξύ της χρήσης του TCZ και των λοιμωδών επιπλοκών. Ωστόσο, η σημαντική μείωση της θνητότητας σε συνδυασμό με τις λίγες δευτερογενείς λοιμώξεις που καταγράψαμε, καθιστά το TCZ ένα σημαντικό όπλο στη φαρέτρα μας για την αντιμετώπιση της κρίσιμης COVID-19 λοίμωξης.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ4

### ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗ ΟΡΟΥ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ COVID-19

Νικόλαος Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>, Αγγελική Λυμπεροπούλου<sup>1</sup>, **Βασιλική Λυγούρα<sup>1</sup>**, Ελένη Μπανάκου<sup>1</sup>, Γεώργιος Γιαννούλης<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Αντωνία Βαΐου<sup>1</sup>, Γεώργιος Βατίδης<sup>1</sup>, Κατερίνα Αντωνίου<sup>1</sup>, Άγγελος Στέφος<sup>1</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Πηνελόπη Αρβανίτη<sup>1</sup>, Δημήτριος Σαγρής<sup>1</sup>, Δάφνη Σβερώνη<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Γεώργιος Ντάιος<sup>1</sup>, Gary L. Norman<sup>2</sup>, Γεώργιος Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Department of Research and Development, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA 92131, USA

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η καλπροτεκτίνη είναι μία πρωτεΐνη που αντανακλά κυρίως την ενεργοποίηση των ουδετερόφιλων πολυμορφοκυττάρων και είναι αυξημένη σε διάφορες φλεγμονώδεις καταστάσεις. Σκοπός ήταν να μελετήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της καλπροτεκτίνης στον ορό με τη βαρύτητα της λοίμωξης COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα επίπεδα καλπροτεκτίνης προσδιορίστηκαν σε 736 ασθενείς (58.2% άρρενες, διάμεση ηλικία 63 έτη, μέτρια νόσος n=292, σοβαρή νόσος n=444, θάνατοι ή/και διασωληνώσεις n=50). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συνδυασμένες ανοσοπαρεμβάσεις (anakinra ± κορτικοστεροειδή ± ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη ± tocilizumab) σύμφωνα με τον αλγόριθμο που εφαρμόζουμε στο Κέντρο μας από την έναρξη της πανδημίας (Dalekos et al, EJIM 2021). Το καταληκτικό σημείο ήταν το σύνθετο συμβάν της διασωλήνωσης λόγω σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας ή του θανάτου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα της καλπροτεκτίνης (διάμεση τιμή, ενδοτεταρτημοριακό εύρος) κατά την εισαγωγή των ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με σοβαρή νόσο συγκριτικά με τους ασθενείς με ήπια νόσο [7 (8.2) έναντι 6.6 (8.2) ug/mL, p=0.015]. Συγκριτικά με άλλους γνωστούς εργαστηριακούς δείκτες βαρύτητας (λεμφοκύτταρα, φερριτίνη και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη), η καλπροτεκτίνη (αναλογία κινδύνου 1.436, 95%CI 1.001-2.060, p<0.05) και τα επίπεδα των λεμφοκυττάρων (αναλογία κινδύνου 0.449, 95%CI 0.250-0.807, p=0.007) κατά την εισαγωγή εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία για την έκβαση των ασθενών (διασωλήνωση/θάνατος). Η περιοχή κάτω από την καμπύλη της καλπροτεκτίνης (95%CI) για την πρόβλεψη διασωλήνωσης/θανάτου ήταν 0.619 (0.535-0.708). Με βάση το δείκτη Youden υπολογίστηκε το βέλτιστο όριο της καλπροτεκτίνης για την πρόβλεψη διασωλήνωσης/θανάτου στα 13 ug/mL (ευαισθησία: 44%, ειδικότητα: 79%, θετική και αρνητική προγνωστική αξία: 13% και 79%, αντίστοιχα).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα της καλπροτεκτίνης κατά την εισαγωγή σχετίζονται με τη βαρύτητα της νόσου και μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο βιοδείκτη εκτίμησης του κινδύνου ανάπτυξης σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας και θανάτου.

## ΠΑ5

### **ΔΙΑΛΥΤΟΣ ΥΠΟΔΟΧΕΑΣ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-2 (SOLUBLE INTERLEUKIN-2 RECEPTOR, sIL-2R): ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19**

Νικόλαος Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>, **Βασιλική Λυγούρα**<sup>1</sup>, Αγγελική Λυμπεροπούλου<sup>1</sup>, Γεώργιος Γιαννούλης<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Αντωνία Βαΐου<sup>1</sup>, Γεώργιος Βατίδης<sup>1</sup>, Κατερίνα Αντωνίου<sup>1</sup>, Άγγελος Στέφος<sup>1</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Δημήτριος Σαγρής<sup>1</sup>, Δάφνη Σβερώνη<sup>1</sup>, Δέσποινα Στεργιούλα<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Γεώργιος Ντάιος<sup>1</sup>, Γεώργιος Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική @ Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η διαστρωμάτωση του κινδύνου νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 με απλούς δείκτες είναι σημαντική για την καθοδήγηση της θεραπείας. Σκοπός ήταν να μελετήσουμε την προγνωστική αξία του διαλυτού υποδοχέα της ιντερλευκίνης-2 (soluble interleukin-2 receptor, sIL-2R) για την έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με κίνδυνο δυσμενούς κλινικής έκβασης.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Τα επίπεδα sIL-2R μετρήθηκαν σε 197 ασθενείς (60.9% άρρενες, διάμεση ηλικία 61 έτη, μέτρια νόσος n=65, σοβαρή νόσος n=132, θάνατοι ή/και διασωληνώσεις n=42). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συνδυασμένες ανοσοπαρεμβάσεις (απακίνα ± κορτικοστεροειδή ± ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη ± tocilizumab) σύμφωνα με τον αλγόριθμο που εφαρμόζουμε στο Κέντρο μας από την έναρξη της πανδημίας (Dalekos et al, EJIM 2021). Το καταληκτικό σημείο ήταν το σύνθετο συμβάν της διασωλήνωσης λόγω σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας ή του θανάτου.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα επίπεδα του sIL-2R (διάμεση τιμή, ενδοτεταρτημοριακό εύρος) κατά την εισαγωγή των ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με σοβαρή νόσο συγκριτικά με τους ασθενείς με μέτρια νόσο [6 (6.2) έναντι 5.2 (3.4) ng/mL, p=0.017]. Ο sIL-2R ήταν ο ισχυρότερος εργαστηριακός προγνωστικός δείκτης για την περίπτωση διασωλήνωσης/θανάτου (αναλογία κινδύνου 1.749, 95%CI 1.041-2.939, p = 0.035) μετά από την προσαρμογή για άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Με βάση το δείκτη Youden υπολογίστηκε το βέλτιστο όριο του sIL-2R για την πρόβλεψη διασωλήνωσης/θανάτου στα 9 ng/mL (ευαισθησία: 67%, ειδικότητα: 86%, θετική και αρνητική προγνωστική αξία: 57% και 91%, αντίστοιχα). Η μεταβολή των επιπέδων του sIL-2R μεταξύ της ημέρας του συμβάντος (διασωλήνωση/θάνατος) ή του εξιτηρίου των ασθενών μείον των επιπέδων κατά την εισαγωγή ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που διασωληνώθηκαν/απεβίωσαν από ό,τι σε εκείνους που δεν παρουσίασαν κάποιο συμβάν [2.91 (10.42) έναντι 0.44 (2.88) ng/mL, p = 0.08].

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα επίπεδα του sIL-2R κατά την εισαγωγή και οι δυναμικές μεταβολές του κατά τη νοσηλεία μπορεί να αντανακλούν τη σοβαρότητα της νόσου και να προβλέψουν το κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας και θανάτου



## ΠΑ6

### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ SARS-COV-2 ΣΤΟ ΝΗΣΙ ΤΗΣ ΡΟΔΟΥ

Χρυσάνθη Μανώλακα<sup>1</sup>, Α. Χατζηπαντωνίου<sup>1</sup>, **Αικατερίνη Βολονάκη**<sup>1</sup>, Γ. Γόμπος<sup>1</sup>, Σαββίνα Μανώλακα<sup>1</sup>, Α. Καίκης<sup>1</sup>, Ευσταθία Αναστασίου<sup>1</sup>, Δέσποινα Διακονικόλα<sup>1</sup>, Αναστασία Καλιοντόγλου<sup>2</sup>, Μαρία Σταμπόρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων/ Α' Παθολογική κλινική Γ.Ν. Ρόδου

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγκριση των κυμάτων της πανδημίας, των κρουσμάτων covid 19 και η συσχέτιση με την ανάγκη νοσηλείας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε από το Φεβρουάριο 2021 έως το Μάιο του 2021 (Α: Βρετανική μετάλλαξη), Ιούλιο με Οκτώβριο 2021 (Β Μετάλλαξη Δ), 15/1/22 με Απρίλιο 2022 (Γ: Μεταλλάξεις 01-2) και Ιούλιο 2022 με Αύγουστο 2022(Δ: Μεταλλάξεις 04-5) στο νησί της Ρόδου. Στην έρευνα μελετήθηκαν οι νοσηλευόμενοι με επιβεβαιωμένη νόσηση από COVID-19. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν είναι η ηλικία, η κατάσταση εμβολιασμού, η έκβαση νόσου και ο αριθμός των κρουσμάτων στην κοινότητα, κατά τη διάρκεια των διάφορων κυμάτων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά το διάστημα Α νόσησαν συνολικά 799 από τους οποίους νοσηλεύτηκαν 20,40% με μέσο όρο ηλικίας 69 έτη, ανεμβολίαστοι 79,8% και ποσοστό ίασης στα 93,87%, θανάτων 6,13% και διασωλήνωσης 3,3%. Αντίστοιχα στο Β από το σύνολο των 5718 νοσηλεύτηκαν 6,63% με μέσο όρο ηλικίας 54 έτη, με ανεμβολίαστους 59,6%, ποσοστό ίασης 92%, θανάτων 8% και διασωλήνωσης 2,9%, στο διάστημα Γ από τους 20705 εισήχθησαν 1,6% με μέσο όρο ηλικίας 71 έτη, με ανεμβολίαστους 50%, ποσοστό ίασης 85,5%, θανάτων 14,5% και διασωλήνωσης 3,5% και τέλος στο Δ από τους 14844 νοσηλεύτηκαν 1,23% με μέση ηλικία 74 έτη, εκ των οποίων ανεμβολίαστοι 29,9%, ποσοστό ίασης 90,16%, θανάτων 7,65% και διασωλήνωσης 3,4%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας η βρετανική μετάλλαξη είχε μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεταλλάξεις με μικρότερα όμως ποσοστά θνητότητας. Η εφαρμογή των εμβολιασμών και το μεγάλο ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης κατά το δεύτερο εξάμηνο το 2021 εξουδετέρωσε τη μεγαλύτερη λοιμογονικότητα των επόμενων μεταλλάξεων, ενώ στο τελευταίο κύμα είχε ατονήσει η παθητική ανοσία γεγονός που τονίζει την ανάγκη επικαιροποίησης των εμβολίων. Παρόλα αυτά τα ποσοστά διασωλήνωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας παραμένουν σχεδόν σταθερά.



# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ7

### Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ (F3) ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗΣ (F4) ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ APRI-SCORE VS ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Χ. Καπάτας<sup>1</sup>, **Θεοφανή Καραουλάνη**<sup>2</sup>, Ευφροσύνη Ματσούκα<sup>2</sup>, Αντωνία Κουντούρη<sup>3</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>, Σοφία Τσαγκιά<sup>4</sup>, Α. Παρασκευάς<sup>1</sup>, Μ. Ξυντάρης<sup>1</sup>, Ν. Τσάκαλης<sup>1</sup>, Αρετή Υφαντή<sup>1</sup>, Μαρία Λαλέα<sup>1</sup>, Ανδρέας Καπάτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

<sup>4</sup> Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν.Δ.Α.«Αγία Βαρβάρα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με CHC είναι σημαντική για τη διάγνωση της ηπατικής ίνωσης-κίρρωσης για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και την παρακολούθηση των ασθενών για ανάπτυξη ΗΚΚ. Η ελαστογραφία δεν είναι προσβάσιμη σε σημαντικό αριθμό ασθενών και για αυτό είναι επιβεβλημένη η εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης και κίρρωσης με άλλη μέθοδο. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ειδικότητας - ευαισθησίας του APRI-score σε σχέση με την ελαστογραφία στους ασθενείς με CHC.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

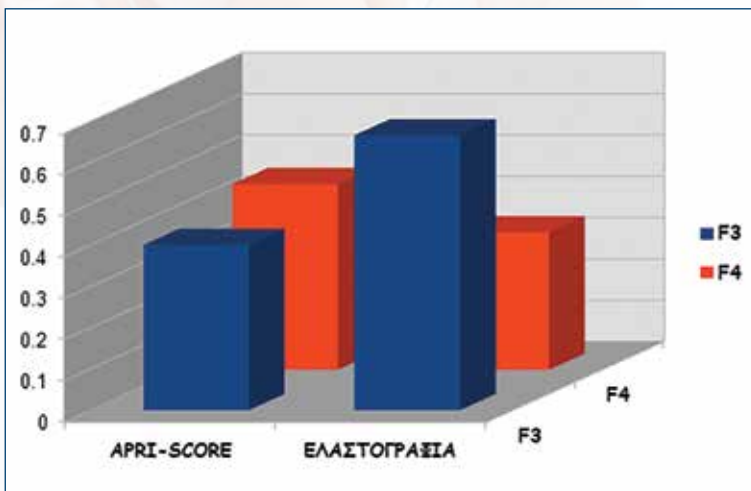
Η μελέτη μας περιλαμβάνει 120 ασθενείς (Α/Γ=80(66,6%)/40(33,3%)) μέσης ηλικίας  $49,5 \pm 10,8$  έτη που παρακολουθούνται στο ηπατολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο 2020 έως Απρίλιο 2022, με καταγραφή των δημογραφικών και εργαστηριακών, APRI-score και ελαστογραφία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με την ελαστογραφία και στάδιο F3 ήταν 80/120(66,66%) και F4: 40/120(33,33%). Από αυτούς που αξιολογήθηκαν με APRI- score, ήταν από τους F3 32/80(40%) και τους F4 18/40(45%). Η ακρίβεια του APRI- score στο διάγραμμα ROC-AUC ήταν 0,754 με όριο το 1 (ευαισθησία 54,3%) στους F4 και 0,1474 με όριο το 0,70 στους F3 (ευαισθησία 20%). Ο δείκτης APRI με κατώτερο όριο 0,7 έδειξε ευαισθησία 63,8% στην ανίχνευση των ασθενών F3/F4.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαγνωστική αξία του APRI-score σε σχέση με τους ασθενείς με CHC είναι ικανοποιητική στους ασθενείς με F4 αλλά χαμηλή σε ασθενείς με F3 και για αυτό χρειάζονται και άλλοι παράμετροι για ακριβή έλεγχο της ηπατικής ίνωσης.



## ΠΑ8

### Η ΧΡΗΣΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β΄ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Καλλιόπη Ζάχου<sup>1</sup>, Ε. Σινάκος<sup>2</sup>, **Γ. Παννούλης<sup>1</sup>**, Ν. Φράγκου<sup>2</sup>, Μ. Διαμαντίδης<sup>3</sup>, Ευτυχία Βλαχάκη<sup>4</sup>, Γ.Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Δ΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

<sup>3</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>4</sup> Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς με β-θαλασσαιμία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ηπατικής ίνωσης και κίρρωσης εξαιτίας της υπερφόρτισης με σίδηρο. Η ελαστογραφία ήπατος είναι αξιόπιστη στην εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς, ωστόσο δεν είναι ευρέως διαθέσιμη. Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός της αξιοπιστίας ορολογικών βιοδεικτών, στην εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς με ομόζυγο β-θαλασσαιμία (Οβθ).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενείς με Οβθ, από δύο ελληνικά νοσοκομεία (131 από Λάρισα, 81 από Θεσσαλονίκη), που είχαν υποβληθεί τουλάχιστο μία φορά σε ελαστογραφία ήπατος συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Οι παρακάτω δείκτες, AST to Platelet Ratio Index (APRI), Fibrosis-4 (FIB4), Aspartate aminotransferase and Alanine aminotransferase ratio (AAR), and Gamma-glutamyl transpeptidase to Platelet Ratio (GPR) υπολογίστηκαν στους ασθενείς. Με βάση την ελαστογραφία ήπατος, ως σοβαρή ίνωση (ΣΙ) ορίστηκε τιμή ελαστογραφίας >10kPa, ενώ ως κίρρωση >13kPa.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριελήφθησαν 212 ασθενείς (100 άνδρες), μέσης ηλικίας 38 (19-76) ετών, με μέσο δείκτη μάζας σώματος 23 (17-35) kg/m<sup>2</sup>, επίπεδα φερριτίνης 608 (42-8006) ng/ml και μέση συγκέντρωση σιδήρου στο ήπαρ 3,2 (0,3-58) mg/g ξηρού ιστού. 30 ασθενείς (14%) είχαν ΣΙ και 19 (9%) κίρρωση. Το GPR και το APRI είχαν τη μεγαλύτερη αξιοπιστία στην εκτίμηση της ΣΙ (AUC: 0,726 και 0,66 αντίστοιχα) και της κίρρωσης (AUC: 0,756 και 0,69 αντίστοιχα). Η ευαισθησία του GPR στην εκτίμηση της ΣΙ και της κίρρωσης ήταν 63% και 68%, αντίστοιχα, και η ειδικότητα 81% και 88%, αντίστοιχα. Το APRI είχε ευαισθησία 50% και 68% και ειδικότητα 82% και 70% για την εκτίμηση της ΣΙ και κίρρωσης, αντίστοιχα. Και οι δύο μέθοδοι είχαν υψηλή αρνητική προγνωστική αξία τόσο για τη ΣΙ όσο και για την κίρρωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βιοδείκτες GPR και APRI, μπορούν με ασφάλεια να αποκλείσουν τη ΣΙ και κίρρωση, οπότε μπορούν με ασφάλεια να χρησιμοποιηθούν αντί της ελαστογραφίας για την εκτίμηση της ίνωσης του ήπατος στους ασθενείς με Οβθ.

## ΠΑ9

### Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. Σαγρης<sup>1,2</sup>, Ελένη Κορομπόκη<sup>3</sup> Γ. Νταιος<sup>1</sup>, Σ. Τζεις<sup>4</sup>, Ε. Μανιός<sup>3</sup>, Ι. Κανακάκης<sup>5</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>6</sup>, Π. Παπαναγιώτου<sup>7</sup>, Γ. Ανδρικοπουλος<sup>8</sup>, G. Y. H. Lip<sup>2,9</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3,10</sup>

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

<sup>2</sup> Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom

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

<sup>4</sup> Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>5</sup> Θεραπευτική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>6</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>7</sup> Ακτινολογικό τμήμα, Νοσοκομείο Αρεταίειον, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>8</sup> Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότη, 1η Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Ελλάδα

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

<sup>10</sup> Hellenic Cardiovascular Research Society, Αθήνα, Ελλάδα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν είναι σαφές εάν η πρώιμη αποκατάσταση του βλεβοκομβικού ρυθμού (ΦΡ) σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή (ΠΚΜ) συσχετίζεται με βελτιωμένη έκβαση

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να διερευνήσουμε εάν η αποκατάσταση του ΦΡ σε ασθενείς με ΠΚΜ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μετά το οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο θανάτου, υποτροπής εγκεφαλικού ή μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (ΜΚΣ), σε σύγκριση με τους ασθενείς με εμμένουσα κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ).

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Διαδοχικοί ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο και επιβεβαιωμένη ΠΚΜ η οποία εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, παρακολουθήθηκαν έως και 10 χρόνια μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο ή μέχρι το θάνατο. Διερευνήσαμε τη συσχέτιση της αποκατάστασης του ΦΡ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με τη 10-ετή θνητότητα, την υποτροπή του εγκεφαλικού επεισοδίου και την εμφάνιση ΜΚΣ. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης τύπου Cox για την αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων για κάθε ένα από τα προαναφερόμενα καταληκτικά σημεία.



# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ9 (συνέχεια)

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μεταξύ 297 ασθενών με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ΠΚΜ, σε 87 (29,3%) παρατηρήθηκε αυτόματη αποκατάσταση του ΦΡ, ενώ 143 (48,1%) ασθενείς έλαβαν αντιαρρυθμική αγωγή προκειμένου να επιτευχθεί η μετατροπή της ΠΚΜ σε ΦΡ. Κατά τη διάρκεια διάμεσης περιόδου παρακολούθησης 28 (4-68) μηνών, μεταξύ των ασθενών με αυτοπεριοριζόμενη ΚΜ παρατηρήθηκαν 13,5 θάνατοι, 3,6 υποτροπές ισχαιμικού εγκεφαλικού και 5,3 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη, ενώ μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ παρατηρήθηκαν 11,7 θάνατοι, 4,6 υποτροπές εγκεφαλικού και 5,8 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη. Στους ασθενείς με εμμένουσα ΚΜ παρατηρήθηκαν 23,8 θάνατοι, 8,7 υποτροπές ισχαιμικού εγκεφαλικού και 13,9 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, σε σύγκριση με τους ασθενείς με εμμένουσα κοιλιακή μαρμαρυγή, οι ασθενείς με αυτοπεριοριζόμενη ΚΜ εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο 10-ετούς θανάτου [προσαρμοσμένη λόγος κινδύνου (adjusted Hazard ratio, adjHR): 0,63, 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals, CI): 0,40-0,96], υποτροπή του εγκεφαλικού επεισοδίου (adjHR: 0,41, 95%CI: 0,19-0,91) και ΜΚΣ (adjHR: 0,43, 95% CI: 0,23-0,81), ενώ οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο 10-ετούς θανάτου (adjHR: 0,65, 95%CI: 0,44-0,97) και ΜΚΣ (adjHR: 0,56, 95%CI: 0,33-0,95)

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι σε σχέση με τους ασθενείς που εμφανίζουν εμμένουσα ΚΜ στην οξεία φάση μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, τα αυτοπεριοριζόμενα επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερο 10ετή κίνδυνο θνητότητας, υποτροπής του εγκεφαλικού επεισοδίου και ΜΚΣ, ενώ η φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ συσχετίστηκε με χαμηλότερο 10ετή κίνδυνο θνητότητας και ΜΚΣ.



## ΠΑ10

### ΤΑ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

**Δ. Σαγρής**<sup>1,2</sup>, Benjamin J.R Buckley<sup>2,3</sup>, Stephanie L Harrison<sup>2,3</sup>, Paula Underhill<sup>4</sup>, Deirdre A. Lane PhD<sup>2,3,5</sup>, Gregory Y.H. Lip MD<sup>2,3,5</sup>, Γ. Νταιος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK

<sup>3</sup> Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom

<sup>4</sup> TriNetX LLC, London, United Kingdom

<sup>5</sup> Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

#### ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης άνοιας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, που έλαβαν θεραπεία είτε με NOAC είτε με VKA.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία από το ερευνητικό δίκτυο TriNetX. Οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που έλαβαν θεραπεία με NOAC εντός 1 μηνός από τη διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής, αντιστοιχίστηκαν 1: 1 με αυτούς που έλαβαν θεραπεία με VKA. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν έως και 10 χρόνια για την εμφάνιση άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας. Τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης και παλινδρόμησης τύπου Cox χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του λόγου πιθανοτήτων (Odds ratio, OR) και του λόγου κινδύνου (Hazard ratio, HR), αντίστοιχα με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals, CIs).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών, μεταξύ 321.282 ασθενών [μέση ηλικία ± σταθερή απόκλιση (Standard error, SD) 69,7 (± 13,5) έτη, με 138.593 (43,1%) γυναίκες], 15.050 (4,7%) διαγνώστηκαν με άνοια κάθε αιτίας. Άνοια κάθε αιτίας διαγνώστηκε μεταξύ 6.337 (3,9%) ασθενών που έλαβαν θεραπεία με NOACs και 8.713 (5,4%) μεταξύ των ασθενών που έλαβαν VKA (OR: 0,72, 95%CI: 0,69-0,74). Αγγειακή άνοια διαγνώστηκε σε 1.188 (0,7%) ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με NOACs και 1.766 (1,1%) που έλαβαν VKA (OR: 0,67, 95%CI: 0,62-0,72). Τα NOAC συσχετίστηκαν με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας, σε σύγκριση με τα VKA (HR: 0,85, 95%CI: 0,82-0,88 και HR: 0,82, 95%CI: 0,76-0,88, αντίστοιχα).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτήν την ανάλυση αντιστοίχισης τάσης βαθμολογίας παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με ΚΜ, η χρήση NOACs συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας σε σύγκριση με τη θεραπεία με VKA. Το παρόν εύρημα απαιτεί επιβεβαίωση σε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές.

## ΠΑ 11

### ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

**Ελένη Καρανταλή**<sup>1,2,3</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2,3</sup>, Ε. Τσαμπαλάς<sup>4</sup>, Περσεφόνη Καραχάλια<sup>4</sup>, Στέλλα Αγγέλογλου<sup>4</sup>, Μαρία Καζάκου<sup>4</sup>, Αικατερίνη Καραγιάννη<sup>4</sup>, Ελευθερία Καρακατσάνη<sup>4</sup>, Κωνσταντίνα Αραβαντινού Φατώρου<sup>4</sup>, Γεωργία Καραματζιάννη<sup>4</sup>, Σ. Μπέλλος<sup>4</sup>, Δ. Λάμπρου<sup>3</sup>, Γ. Καρακατσούλης<sup>5</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Σέρρες

<sup>2</sup> Παθολογική κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>3</sup> Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, Αθήνα

<sup>4</sup> Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

<sup>5</sup> Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης, Θεσσαλονίκη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως. Η επιδημιολογία του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ ποικίλει ανά χώρα, ενώ εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων, όπως ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθούν οι μεταβολές στην ετήσια επίπτωση του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ και τη θνητότητα στις 28 ημέρες και στο ένα έτος συνολικά βάσει του αιτιοπαθογενετικού μηχανισμού (κατά TOAST ταξινόμηση) σε βάθος 22 ετών.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Κατά τα έτη 1993-1995, 2004 και 2015-2016 πραγματοποιήθηκαν τρεις πληθυσμιακές καταγραφές ΑΕΕ στο Νομό Αρκαδίας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από διάφορες αλληλοεπικαλυπτόμενες πηγές. Η επιβίωση μετά το πρώτο ΑΕΕ ελέγχθηκε στις 28 ημέρες και στο ένα έτος μετά το επεισόδιο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά 956 ασθενείς με πρώτο οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ καταγράφηκαν σε βάθος 22 ετών, εκ των οποίων 375 στην 1η καταγραφή, 206 στη 2η και 375 στην τελευταία. Η προσαρμοσμένη στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό ετήσια επίπτωση του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ ανήλθε σε 179.7 ανά 100.000 πληθυσμό (95%CI: 161.6-199.5) το 1993-1995, σε 198.4 ανά 100.000 πληθυσμό (95%CI: 171.6-229.0) το 2004 και 168.3 ανά 100.000 πληθυσμό (95%CI: 150.6-187.8) το 2015-2016,  $p=0.74$ . Τόσο η ετήσια επίπτωση του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ όσο και η θνητότητα στις 28 ημέρες και στο ένα έτος παρέμειναν ουσιαστικά αμετάβλητες σε βάθος 22 ετών (28 ημέρες: 17.9% στην 1η καταγραφή, 21.8% στη 2η, 18.7% στην 3η,  $p=0.39$ , 1 έτος: 29.9% στην 1η καταγραφή, 37.5% στη 2η, 34.9% στην 3η,  $p=0.19$ ). Βάσει της ταξινόμησης κατά TOAST καταγράφηκε αύξηση των ασθενών που κατηγοριοποιήθηκαν ως ισχαιμικά ΑΕΕ αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας [1993-1995: 13.5% (95%CI: 10.6-16.9), 2015-2016: 19.1% (95%CI: 15.4-23.3)],  $p$  for trend=0.007], ενώ τα καρδιοεμβολικής αιτιολογίας ΑΕΕ συσχετίσθηκε με τη μεγαλύτερη θνητότητα ανάμεσα στους βασικούς υποτύπους ισχαιμικού ΑΕΕ καθ' όλη τη διάρκεια της καταγραφής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίπτωση και η θνητότητα του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ παρέμειναν αμετάβλητες καθ' όλη τη διάρκεια της καταγραφής.

## ΠΑ12

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ: ΕΧΕΙ ΕΠΙΦΕΡΕΙ ΑΛΛΑΓΕΣ Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ;

**Ειρήνη Κατσούλη<sup>1</sup>**, Ιωάννα Δαβία<sup>1</sup>, Ι. Μιχελάκης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Δρέλλια<sup>2</sup>, Μαρία Δαφνή<sup>1</sup>, Βασιλική Τζαβάρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

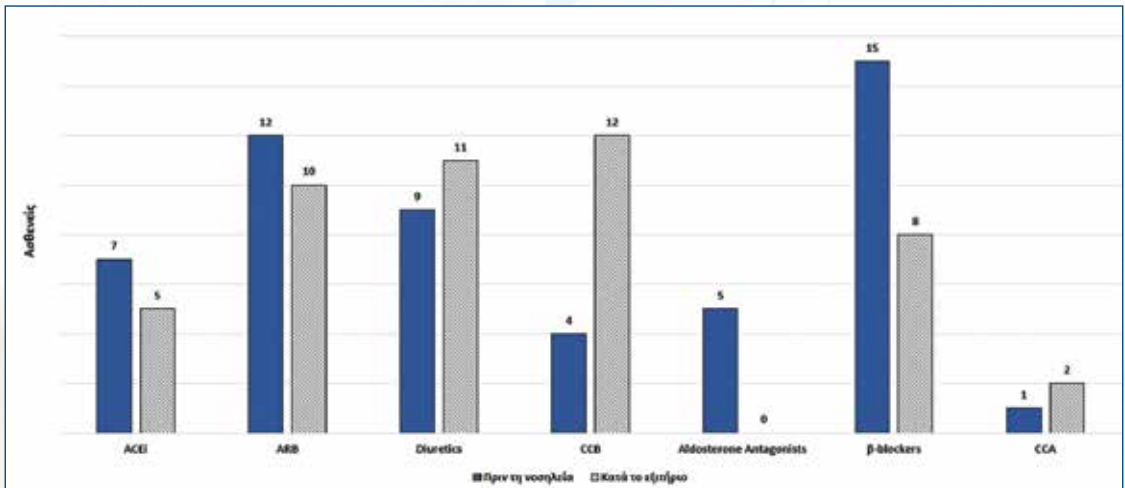
Τα ποσοστά εγκεφαλικής αιμορραγίας κυμαίνονται από 14-19 περιστατικά/100.000 πληθυσμού και η υπέρταση αποτελεί τη συχνότερη αιτία. Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία την εποχή πριν την πανδημία και κατά την παρούσα περίοδο -που η πρόσβαση στα νοσοκομεία είναι πιο εύκολη - και η συσχέτισή τους με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης αυτές τις περιόδους.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν χαρακτηριστικά νοσηλευσμένων ασθενών από 1.1.2019-31.7.2019 και συγκρίθηκαν με εκείνους από 1.1.2022-31.7.2022. Καταγράφηκαν 31 ασθενείς (σύνολο 1933 εισαγωγές), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι συννοσηρότητες, ο αριθμός και το είδος της αντιυπερτασικής αγωγής προ/μετά νοσηλείας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 2022 σημειώνεται διπλάσιο ποσοστό αιμορραγιών συγκριτικά με το 2019 (2% Vs. 1% των εισαγωγών). Οι ασθενείς, ηλικίας 81 ετών (70% άρρενες) νοσηλεύτηκαν για μέσο χρόνο 11 ημερών. 38% των ασθενών της 2ης περιόδου κατέληξε, έναντι μόλις 11% της 1ης ( $p=0.02$ ), χωρίς σημαντική διαφορά στην ηλικία μεταξύ των θανόντων. Στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (80% Vs. 20%,  $p=0.03$ ) είχε διαγνωσμένη υπέρταση, υπό αγωγή, κατά το 2ο διάστημα, χωρίς να εμφανίζει διαφορές σε άλλες συννοσηρότητες (διαβήτης, αρρυθμίες, δυσλιπιδαιμία). Οι κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων στην εισαγωγή και το εξιτήριο εμφανίζονται στο διάγραμμα 1.



**Διάγραμμα 1.** Κατηγορίες αντιυπερτασικής αγωγής ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία πριν και μετά τη νοσηλεία τους.

Κατά την εισαγωγή, 10 ασθενείς δεν ελάμβαναν αντιυπερτασικά, 10 ελάμβαναν 1 κατηγορία, ενώ 11 ελάμβαναν περισσότερες κατηγορίες αντιυπερτασικών. Στην έξοδο, στο 90% των ασθενών συνταγογραφήθηκε τουλάχιστο μία επιπλέον αντιυπερτασική ομάδα φαρμάκου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διπλασιασμός του ποσοστού ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία την περίοδο μετά την έναρξη της πανδημίας. Η πλειοψηφία των ασθενών (80% Vs. 20%) είχε διαγνωσμένη υπέρταση, πιθανότατα μη καλά ρυθμισμένη. Κατά την έξοδο, το 90% των ασθενών έλαβε αγωγή με ένα τουλάχιστον επιπλέον αντιυπερτασικό. Η πανδημία συνέβαλε στη μη ορθή παρακολούθηση των ασθενών με χρόνια προβλήματα (υπέρταση) και τελικά οδήγησε σε μείζονα καταστροφικά συμβάματα (ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες).



## ΠΑ13

### **ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΜΕΤΑΞΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ SARS-COV-2**

Μαρία Λαγκαδινού<sup>1</sup>, Γ. Ελευθεράκης<sup>1</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Αναστασία Χιώνη<sup>1</sup>, Θ. Παρασκευάς<sup>1</sup>, Χριστίνα Πλατανάκη<sup>1</sup>, Δ. Βελισσάρης<sup>1</sup>, Μ.Μαραγκός<sup>1</sup>

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

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η νόσος COVID-19 εξαπλώθηκε ταχέως σε όλο τον κόσμο με παγκόσμιες οικονομικές και υγειονομικές συνέπειες. Είναι ήδη καλά αναγνωρισμένο ότι η ανοσοποίηση κατά του SARS-CoV2 αποτελεί προϋπόθεση για την καλύτερη έκβαση της νόσου.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ της ανοσοποίησης κατά του COVID-19 και των σχετικών με τη νόσο προγνωστικών βιοδεικτών.

#### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με επιβεβαιωμένη COVID-19 νόσο που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας από 08 Νοεμβρίου 2021 έως 31 Δεκεμβρίου 2021. Αξιολογήθηκαν δύο ομάδες ασθενών: ομάδα Α: εμβολιασμένοι κατά του SARS-CoV 2 (n=21) και ομάδα Β: μη εμβολιασμένοι (n=55). Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν την ημέρα εισαγωγής: συνολικός απόλυτος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC), λεμφοκυττάρων (ALC), και μονοκυττάρων, τα d-διμερή, τα επίπεδα CRP, η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH), η φερριτίνη, η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας (Tnl) και η αναλογία PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 65,3±15,2 έτη. Το 68,4% ήταν άνδρες. 67.1% των ασθενών παρουσίαζαν συννοσηρότητες: η υπέρταση και ο διαβήτης ήταν οι πιο συχνές (33,3%). Το 72,4% των ασθενών ήταν ανεμβολίαστοι ή είχαν λάβει την πρώτη δόση του εμβολίου και το 27,6% ήταν πλήρως εμβολιασμένοι. Δεν βρέθηκε στατιστική διαφορά στο συνολικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) και τον απόλυτο αριθμό λεμφοκυττάρων (ALC) μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα Α έναντι ομάδας Β: 8168,95±7584,4 έναντι 8521,9±6571,3, p=0,848 και 3052,1±7230,7 έναντι 1279,6,6±120). Ο αριθμός των μονοκυττάρων και στις δύο ομάδες δεν έδειξε στατιστική διαφορά: ομάδα Α έναντι ομάδας Β: 672,6±384,7 έναντι 637,9±477,8 (p: 0,754). Ομοίως καμία διαφορά στα d-διμερή (1348,5±1397,6 vs 1850,9±3877,5, p=0,575), φερριτίνη (1082,8±1399,5 vs 1327,4±1307,8, p=0,508) και τροπονίνη (113,6±318,1 vs 157,5±48,8, p: 0,252). Μόνο τα επίπεδα της LDH στο πλάσμα, έδειξαν στατιστική διαφορά (274,2±85,6 έναντι 387,5±223,4, p=0,003), καθώς και η αναλογία PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (355,6±129,7 vs 260,5±123, p: 0,006).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Σε έναν μικτό πληθυσμό που νοσηλεύτηκε για COVID-19, μόνο τα επίπεδα LDH στο πλάσμα και ο λόγος PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> την ημέρα εισαγωγής έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εμβολιασμένων και μη εμβολιασμένων ασθενών. Αν και οι μη εμβολιασμένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν σοβαρή ασθένεια, δεν εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες τιμές των ήδη χρησιμοποιούμενων βιοδεικτών όπως η φερριτίνη, η CRP, τα d-διμερή που σχετίζονται με τη σοβαρότητα της νόσου.



## ΠΑ14

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝ-ΔΗΜΙΑΣ COVID-19. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

**Βασιλική Πατάτσον**<sup>1</sup>, Δρ. Γεώργιος Α. Κουγιουμτζής<sup>2</sup>, Δρ. Άννα Καλτσούδα<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο, Δάφνη Αττικής

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

<sup>3</sup> Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να διερευνήσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας σε διάφορες πτυχές της και την ανησυχία για τον SARS-CoV-2. Επιπλέον, να αναδείξει τη σημασία της προ του εμβολιασμού επικοινωνίας με τον παθολόγο ιατρό για τη λήψη της συγκεκριμένης απόφασης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τους σκοπούς της έρευνας σχεδιάστηκε μια συγχρονική μελέτη, με 150 συμμετέχοντες, άνδρες και γυναίκες ηλικίας  $\geq 65$  ετών, ασθενείς ιδιωτικού παθολογικού ιατρείου. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε από τον Οκτώβριο έως το Νοέμβριο του 2021. Καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με το συμβουλευτικό ρόλο του παθολόγου ιατρού ως προς τη διενέργεια εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2, ενώ για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων (ORQOL).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε για το σύνολο του δείγματος επίπεδο ποιότητας ζωής άνω του μετρίου ως προς τη ζωντάνια, την υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, την ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία. Ποσοστό 70% των ερωτηθέντων είχε συζητήσει με τον παθολόγο ιατρό σχετικά με τη διενέργεια εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2 και τα 8/10 αυτών επηρεάστηκαν θετικά στην απόφασή τους. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι εμβολιασμένοι έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής ως προς τη ζωντάνια έναντι των μη εμβολιασμένων, ενώ όσοι διαμένουν μόνοι ανησυχούν σε στατιστικά σημαντικά μικρότερο βαθμό για τον COVID-19, έναντι εκείνων που διαμένουν με άλλους.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι είναι πιθανότερο να κοινωνικοποιηθούν και να αλληλοβοηθηθούν με φίλους, ενώ αναφέρουν λιγότερη ανησυχία για τον COVID-19 και μια πιο θετική διάθεση. Επιπλέον, η διενέργεια εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2 συμβάλλει σημαντικά στην υποκειμενική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

## ΠΑ15

### **ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ SARS-COV-2 ΛΟΙΜΩΣΗΣ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ**

Στέλλα Γκαμπέτα, Ν.Κ. Γατσέλης, **Γ. Γιαννούλης**, Γ. Βατίδης, Αντωνία Βαΐου, Αικατερίνη Τριανταφύλλου, Αικατερίνη Αντωνίου, Α. Στέφος, Σάρα Γεωργιάδου, Βασιλική Λυγούρα, Δ. Σαγής, Άννα Σαμακίδου, Δάφνη Σβερώνη, Γ. Ντάιος, Γ.Ν. Νταλέκος

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η λοίμωξη από SARS-CoV-2 (COVID-19) μπορεί να προκαλέσει πνευμονία και σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια. Οι ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια ηπατική νόσο και ιδιαίτερος με παρουσία κίρρωσης θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής νόσου/επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της έκβασης των ασθενών με χρόνια ηπατικά νοσήματα που νοσηλεύτηκαν λόγω λοίμωξης COVID-19 στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν. Λάρισας.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ**

55 ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια, εκ των οποίων 31 άντρες (56.3%), με μέση ηλικία τα 62 έτη (εύρος 16-87 έτη) νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων (Φεβρουάριος 2020- Ιούνιος 2022).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα συχνότερα υποκείμενα ηπατικά νοσήματα ήταν η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα Β (40%), η αυτοάνοση ηπατίτιδα (18.2%) και η αλκοολική νόσος του ήπατος (14.5%), ενώ συμπεριλήφθηκαν 3 ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο και 3 με ιστορικό ορθοτοπικής μεταμόσχευσης ήπατος. Κίρρωτικοί στην εισαγωγή τους ήταν 20 (7 με Child-Pugh C), ενώ 3 εμφάνισαν ρήξη της αντιρρόπησης κατά τη νοσηλεία. Σε 38/55 (69.1%) χορηγήθηκε ανοσοπαρέμβαση σύμφωνα με τον αλγόριθμο που εφαρμόζουμε στο Κέντρο μας από την έναρξη της πανδημίας (Dalekos et al, EJIM 2021). 35/38 ασθενείς (92.1%) που έλαβαν ανοσοπαρέμβαση ανέρρωσαν πλήρως σε σχέση με 10/17 (58.8%;  $p=0.003$ ) που δεν έλαβαν (10 λόγω Child-Pugh C/καρκίνου και 7 λόγω ήπιας νόσου). Η παρουσία Child-Pugh C σχετιζόταν με μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου (HR 6.89, 95% CI 1.641-28.994;  $p=0.008$ ).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατικά νοσήματα που νοσηλεύονται με COVID-19 εμφανίζουν μεγάλη ετερογένεια ως προς τον αιτιολογικό παράγοντα της χρόνιας ηπατοπάθειας, τις κλινικές εκδηλώσεις και την τελική έκβαση της νόσου. Στη σειρά που μελετήθηκε οι ασθενείς με προχωρημένη ηπατική νόσο, εμφάνισαν μεγαλύτερη θνητότητα. Η πρώιμη χορήγηση εξατομικευμένης συνδυαστικής θεραπείας με ανοσορρυθμιστικούς παράγοντες φαίνεται να βελτιώνει την έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19.

## ΠΑ16

### LONG COVID ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κανέλλα Καντρέβα, Γ. Παναγόπουλος, Ν. Κουβάς, Ιωάννα Διαλούπη, Ε. Κωστής, Ελένη Κορομπόκη  
*Τμήμα COVID-19, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου το 30% των ασθενών που νόσησαν από COVID-19 εμφανίζει σύνδρομο Long Covid, το οποίο περιλαμβάνει παρατεταμένα συμπτώματα που εμμένουν πέραν των 4 εβδομάδων μετά την αρχική λοίμωξη.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η συστηματική καταγραφή των συμπτωμάτων των ασθενών που νόσησαν και νοσηλεύθηκαν στο Τμήμα COVID της Θεραπευτικής Κλινικής 3 μήνες μετά την οξεία λοίμωξη COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συνεχόμενοι ασθενείς αξιολογήθηκαν 3 μήνες μετά την αρχική εμφάνιση συμπτωμάτων λόγω λοίμωξης COVID-19 μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων, κλινική εξέτασης καθώς και εργαστηριακού ελέγχου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συνολικό πληθυσμό 65% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία τα  $58 \pm 13$  έτη και BMI  $28 \pm 4$ . Το 28% ανέφερε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και το 7% σακχαρώδη διαβήτη. Στους 3 μήνες μετά την οξεία λοίμωξη το 60% των ασθενών ανέφερε κόπωση, το 35% δύσπνοια προσπάθειας, το 33% τριχόπτωση, το 26% διαταραχές ύπνου, το 25% άγχος, το 24% αίσθημα παλμών, το 20% αρθραλγίες, το 17% μυαλγίες, το 17% κατάθλιψη, το 13% θωρακικό άλγος, το 11% δερματικό εξάνθημα, το 10% ζάλη, το 10% κεφαλαλγία, το 7% αυξημένη απόχρεμψη πτυέλων, το 4% διαταραχές κενώσεων, το 2% διαταραχές από τους οφθαλμούς, το 3% παρατεταμένο εμπύρετο και το 1% ίλιγγο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο 35% των ασθενών του post covid ιατρείου που παρακολουθήθηκαν 3 μήνες μετά την οξεία λοίμωξη διαπιστώθηκαν συμπτώματα που αφορούσαν διαφορετικά συστήματα του οργανισμού, κάτι που συμφωνεί με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το σύνδρομο Long Covid, λοιπόν, αποτελεί μία πολυσυστηματική νόσος που χρήζει ολιστική αξιολόγηση και συστηματική φροντίδα σε οργανωμένες δομές υγείας.



## ΠΑ 17

### ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΥΣΜΕΝΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Πετράκης Βασίλειος<sup>1</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>1</sup>, Παπάζογλου Δημήτριος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία που προκλήθηκε από την ταχεία εξάπλωση του ιού Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) αποτελεί μείζονα κίνδυνο για ευάλωτους πληθυσμούς με συννοσηρότητες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, τα νοσήματα του καρδιαγγειακού, οι παθήσεις αναπνευστικού, οι νεοπλασίες και η ανοσοκαταστολή. Στη βιβλιογραφία έχουν δημοσιευτεί δείκτες για την πρόβλεψη της πρόγνωσης της COVID-19 πνευμονίας με στόχο την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση σε άτομα με αυξημένη πιθανότητα σοβαρής νόσησης.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης διενεργήθη μια αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθησαν 300 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 νοσηλεύομενοι με COVID-19 πνευμονία κατά το χρονικό διάστημα Δεκέμβριος 2021-Ιούλιος 2022. Την ημέρα εισαγωγής αξιολογήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης, η τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και ο λόγος Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) ενώ αξιολογήθηκε και η μεταβλητότητα των επιπέδων γλυκόζης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση συσχέτισης των παραμέτρων αυτών με την κλινική έκβαση των ασθενών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μεταβλητότητα της γλυκόζης ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με αυξημένες ανάγκες χορήγησης οξυγόνου συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια (79.5 vs. 44.5 για ημέρα 1-7,  $p < 0.001$ ; και 113.5 vs. 75 για ημέρα 1-ημέρα με μέγιστη τιμή γλυκόζης value,  $p < 0.001$ ). Αυξημένη τιμή του λόγου NLR την ημέρα εισαγωγής διαπιστώθηκε στους ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια (10.65 (7.68-15.60) vs. 5.85 (4.80-6.70),  $p < 0.001$ ). Η διάρκεια νοσηλείας ήταν παρατεμένη σε ασθενείς με επίπεδα γλυκόζης άνω των 180 mg/dl κατά την εισαγωγή συγκριτικά με τους ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα (13 days (11-16) vs. 11 days (8-13),  $p < 0.004$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μία από τις κυριότερες συννοσηρότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρής νόσησης από τον ιό SARS-CoV-2. Επίπεδα γλυκόζης πάνω από 180 mg/dL, της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πάνω από 8 και του λόγου NLR  $> 10$  την ημέρα εισαγωγής αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για δυσμενή κλινική έκβαση. Πέρα από την υπεργλυκαιμία και η υψηλή μεταβλητότητα των επιπέδων γλυκόζης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας φάνηκε να σχετίζεται με φτωχή πρόγνωση.



## ΠΑ18

### COVID-19 ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Αμαλία Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, **Σ. Καζάνας<sup>1</sup>**, Δήμητρα Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Θ. Λιάσκας<sup>2</sup>, Ι. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Ελένη Αθανάσουλα<sup>1</sup>, Π. Διαμαντόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μπασούλης<sup>3</sup>, Βασιλική Γεωργακοπούλου<sup>3</sup>, Σταματία Σαμαρά<sup>3</sup>, Μαρία Αγγελοπούλου<sup>2</sup>, Θ. Βασιλακόπουλος<sup>2</sup>, Ιωάννα Στεργίου<sup>4</sup>, Ν. Σύψας<sup>3,4</sup>, Μ. Σαμάρκος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Αιματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων - COVID-19, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>4</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο βαρύτερης νόσησης COVID-19 και δυσμενέστερη πρόγνωση συγκριτικά με ασθενείς χωρίς αιματολογική κακοήθεια. Τα δεδομένα σχετικά με προγνωστικούς παράγοντες σε αυτή την κατηγορία ασθενών είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανών προγνωστικών παραγόντων και η παρουσίαση δεδομένων για την κλινική πορεία ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες και COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αναδρομική και προοπτική καταγραφή ασθενών με αιματολογική κακοήθεια, που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 στη Μονάδα COVID-19 του ΓΝΑ “Λαϊκό” από τον Ιούνιο 2020 μέχρι και τον Ιούλιο 2022. Συλλέχθηκαν δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, εργαστηριακές παράμετροι κατά την εισαγωγή, οι περιπτώσεις επιλοιμώξεων και η λήψη αντιμικροβιακής αγωγής. Τέλος, σημειώθηκε η θνητότητα στις 30 ημέρες από την εισαγωγή.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν 87 ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια και COVID-19, μέσης ηλικίας 62 έτη (26-88), εκ των οποίων 56% ήταν άντρες. 27.6% είχαν Β-λέμφωμα, 24% οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία, 10.3% χρόνια λεμφογενή λευχαιμία, 6.9% μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και 4.6% λέμφωμα Hodgkin. 89% είχαν ενεργό πρωτοπαθή νόσο. Κατά τη διάγνωση της COVID-19, 72.4% των ασθενών ήταν νοσηλευόμενοι. 48% ήταν εμβολιασμένοι έναντι SARS-CoV-2. 62 ασθενείς (71.3%) ήταν συμπτωματικοί κατά τη διάγνωση COVID-19: 62% είχαν πυρετό, 22% δύσπνοια, 24% βήχα, 16% φαρυγγίτιδα, 5.7% θωρακαλγία, ενώ 27.5% είχαν εξωπνευμονικά συμπτώματα (διάρροια, αρθραλγίες, κακουχία). 28.7% των ασθενών εμφάνισαν επιλοιμώξεις και 8% διασωληνώθηκαν. Η συνολική θνητότητα στις 30 ημέρες ήταν 22%. Η λεμφοπενία (<1000/μL) και ο σακχαρώδης διαβήτης κατά τη διάγνωση COVID-19 ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση ( $p=0.005$  και  $0.05$ , αντίστοιχα), ενώ η ουδετεροπενία (<500/μL) δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.55$ ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θνητότητα των ασθενών με αιματολογική κακοήθεια και COVID-19 είναι υψηλή, ιδιαίτερα στην υποομάδα ασθενών με λεμφοπενία και ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη. Περισσότερες μελέτες και μεγαλύτερες σειρές ασθενών με COVID-19 και αιματολογική κακοήθεια είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση των παραπάνω και την αναζήτηση νέων συσχετίσεων.

## ΠΑ19

### **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΑ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ CARDIONOW ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ IWELLI CLINIC APP ΣΕ SMARTPHONE/TABLETS**

Χ. Μανιώτης<sup>1</sup>, Κ. Χαντζιαρα<sup>1</sup>, Δ. Χατζης<sup>2</sup>, Κ. Ανδρεου<sup>3</sup>, Κ. Κούβελας<sup>4</sup>, Κ. Παπαδοπουλος<sup>5</sup>, Ο. Παπαδοπουλος<sup>6</sup>, Π. Ανάτσης<sup>7</sup>, Α. Λουκατζίκου<sup>8</sup>, Ι. Πανταζόπουλος<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Ιατρεία CarE MediC και Συνεργάτης ΔΘΚΑ «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Medical School, European university Cyprus, Nicosia, Cyprus

<sup>3</sup> STGBC Paphos Interventional Cardiology, Center, Paphos, Cyprus

<sup>4</sup> Ιδιώτης και συνεργάτης Νοσοκομείου Ιασώ, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>5</sup> Β Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» ΝΕΕΣ, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>6</sup> Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ», Αγία Παρασκευή, Ελλάδα

<sup>7</sup> Anats Health Products, Athens, Greece

<sup>8</sup> Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα, Ελλάδα

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας στην ιατρική πράξη ολοένα και αυξάνεται. Τα ασύρματα δίκτυα Wifi και 5G, επιτρέπουν πλέον την απομακρυσμένη παρακολούθηση ασθενών με σοβαρές παθήσεις όπως καρδιαγγειακά, πνευμονολογικά και λοιπά νοσήματα. Η μετάδοση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς μέσω φορητής συσκευής, μεγέθους πιστωτικής κάρτας (με CE πιστοποίηση ως ιατροτεχνολογικό προϊόν), η οποία μεταδίδει σχεδόν σε πραγματικό χρόνο το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) του χρήστη (ενός καναλιού - μιας απαγωγής), είναι πλέον δυνατή με τη συσκευή "Cardionow" δια μέσου της εφαρμογής iWelli ClinicApp (Android/iOS).

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η εκτίμηση της αξιοπιστίας της συσκευής Cardionow στην αναγνώριση βασικών ΗΚΓ παραμέτρων όπως, ρυθμός, συχνότητα (HR), αρνητικά κύματα T, QTc, QRS, PR καθώς και η αναγνώριση έκτακτων συστολών.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πενήντα πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ με συμβατικό ηλεκτροκαρδιογράφο (GE MAC1200ST) και ταυτόχρονα με το Cardionow. Το Cardionow συνδέθηκε μέσω Bluetooth σε smartphone/tablet και έγινε καταγραφή του ΗΚΓ για 30sec. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των βασικών ΗΚΓ παραμέτρων με McNemar και paired t-test για κατηγορικές ή συνεχείς μεταβλητές αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα εξήχθησαν με το στατιστικό πακέτα SPSS ver.25 (IBM, SPSS Statistics, USA).

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ19 (συνέχεια)

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συσκευή Cardionow δεν εμφάνισε διαφορές στην αναγνώριση του ΗΚΓ ρυθμού, του LBBB και των έκτακτων συστολών έναντι του συμβατικού ηλεκτροκαρδιογράφου (πίνακας 1). Διαφορά παρατηρήθηκε στη διάκριση των αρνητικών κυμάτων T ( $p=0.01$ ) και την αναγνώριση του RBBB ( $p=0.03$ ) (Πίνακας 1). Οι συνεχείς μεταβλητές HR, QTc, PR και QRS δεν εμφάνισαν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά όπως φαίνεται στον Πίνακα 2).

	ΗΚΓ	Cardionow	P value
<b>Φλεβοκομβικός ρυθμός</b>	45/55	45/55	1
<b>Κολπική μαρμαρυγή</b>	6/55	5/50	0.50
<b>Αρνητικά T</b>	10/55	2/55	0.01
<b>LBBB</b>	2/55	2/55	1
<b>RBBB</b>	6/55	0/55	0.03
<b>Έκτακτες συστολές</b>	5/55	5/55	1

Πίνακας 1.

	ΗΚΓ	Cardionow	P value
<b>HR</b>	81 ± 17	80 ± 17	0.83
<b>QTc</b>	420 ± 60	429 ± 15	0.28
<b>PR</b>	132 ± 12	131 ± 14	0.30
<b>QRS</b>	103 ± 15	104 ± 14	0.38

Πίνακας 2.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απομακρυσμένη παρακολούθηση ασθενών σε πραγματικό χρόνο μέσω των νέων τεχνολογιών είναι πλέον εφικτή και προσβάσιμη σε όλους. Η απομακρυσμένη καταγραφή του ΗΚΓ (μιας απαγωγής), με αξιοπιστία στις βασικές παραμέτρους του, και η μετάδοσή του μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα αποτελεί την πρώτη ολοκληρωμένη ελληνική προσπάθεια μέσω της εφαρμογής και της βάσης δεδομένων ασθενών της iWelli.

# Προφορικές Ανακοινώσεις

## ΠΑ20

### ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Αναστασία Δημητρίου<sup>1</sup>**, Ιωαννίδου Άννα<sup>2</sup>, Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Παθολόγος, φοιτήτρια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων του ΕΑΠ

<sup>2</sup> Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο

<sup>3</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

#### ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τον τρόπο ζωής των ασθενών με διαβήτη, το κατά πόσο αυτός τροποποιήθηκε μετά από τη διάγνωση, και τον αντίκτυπο που έχει η υιοθέτηση ενός υγιεινότερου και πιο δραστήριου τρόπου ζωής στο γλυκαιμικό έλεγχο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε 80 ασθενείς με διαβήτη που επισκέφθηκαν ένα ιδιωτικό παθολογικό ιατρείο από το Φεβρουάριο μέχρι το Μάιο του 2022 στα πλαίσια παρακολούθησης της νόσου τους, ενώ επιπλέον πληροφορίες παρασχέθηκαν από το θεράποντα ιατρό.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μόνο το 11,3% του δείγματος είχε BMI < 25, το 76,3% εκτός από ΣΔ παρουσίαζε και αρτηριακή υπέρταση και το 90% παρουσίαζε επιπλέον υπερλιπιδαιμία. Το 18,8% παρουσίαζε μικροαγγειακές και το 38,8% μακροαγγειακές επιπλοκές. Το 97,5% των συμμετεχόντων τροποποίησε τη διατροφή του μετά τη διάγνωση του διαβήτη και το 86,3% έχασε βάρος. Μόνο το 48,8% αύξησε το χρόνο άσκησης. Το 95% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ενημερώνεται για την ενδεικνυόμενη διατροφή από το θεράποντα ιατρό, το 71% από την τηλεόραση και το 22,5% από το διαδίκτυο. Το σύνολο των ερωτηθέντων θεωρούσε ότι γνωρίζει την ενδεικνυόμενη δίαιτα, ωστόσο η μέση τιμή του διατροφικού τους score ήταν 17,9 (δυνατό εύρος τιμών 9-27) υποδεικνύοντας μία μέση συμμόρφωση με τις τρέχουσες οδηγίες. Το 42,5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει ένα καθιστικό τρόπο ζωής και μόνο το 3,8% ασκούταν συστηματικά. Η HbA1c μειώθηκε σημαντικά σε όλους τους ασθενείς, εκτός από εκείνους που δεν άλλαξαν τη διατροφή τους μετά τη διάγνωση και εκείνους που δεν έχασαν βάρος. Όσοι ήταν πιο δραστήριοι, είχαν χάσει βάρος και τρέφονταν πιο υγιεινά είχαν χαμηλότερη HbA1c και ήταν καλύτερα ρυθμισμένοι.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση του διαβήτη παρέχει κίνητρο ώστε να τροποποιήσουν οι ασθενείς τη διατροφή τους και σε μικρότερο βαθμό να ασκηθούν. Οι διατροφικές συνήθειες των διαβητικών ανταποκρίνονται μετρίως στις προτεινόμενες. Η υγιεινότερη διατροφή και η απώλεια βάρους συμβάλλουν ανεξάρτητα στο γλυκαιμικό έλεγχο. Στην πληροφόρηση των ασθενών σημαντικό ρόλο παίζει ο θεράπων ιατρός.



## ΠΑ21

### ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑΧΕΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΠΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΣΘΗΚΗ GLP-1 ΑΝΑΛΟΓΩΝ

**Μαρία Ξένου<sup>1</sup>**, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου<sup>1,2</sup>, Δ. Λυγός, Ε. Φουστέρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MEDOC: Mediterranean Diabetes and Obesity Clinics, Αθήνα, Σαντορίνη

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ Τζάνειο, Πειραιάς

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Ο συνδυασμός βασικής ινσουλίνης με glucagon-like peptide-1 (GLP-1) ανάλογο και μετφορμίνη φαίνεται από πολλές μελέτες να είναι αποτελεσματικότερος και ασφαλέστερος σε σχέση με τη γευματική ινσουλίνη και λόγω αυτού προτείνεται σε ηλικιωμένα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA). Η μελέτη αυτή διερευνά την επίδραση αυτής της αγωγής στη ρύθμιση του ΣΔ και στη νεφρική λειτουργία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

42 ασθενείς (47.6% άνδρες) των MEDOC Αθήνας και Θήρας, μέσης ηλικίας 79,1 ±5.6 έτη με διάρκεια διαβήτη 29.8±7.4 έτη. Οι ασθενείς ήταν σε πολύπλοκα σχήματα ινσουλινοθεραπείας (basal-plus με 1-3 δόσεις γευματικής ινσουλίνης, μίγματα ινσουλίνης 2-3 φορές την ημέρα). Βάσει οδηγιών (ADA, 2022), στους ασθενείς χορηγήθηκε βασική ινσουλίνη + εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο (Ντουαγλουτίδη ή Σεμαγλουτίδη) + Μετφορμίνη (δόση βάσει estimated Glomerular filtration rate, eGFR).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6 μήνες μετά την παρέμβαση οι ασθενείς εμφάνισαν τις εξής αλλαγές: Βελτίωση της μέσης A1c από 7.98±0.9% σε 6.73±0.4% (μείωση -1.25±0.7) και του μέσου eGFR από 56.4±15.1 σε 64.815±7 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (+8.43 ±4.15, αύξηση 14.9%). Το μέσο σωματικό βάρος μειώθηκε κατά -5.08±5.1 Kg, ο συνολικός αριθμός υπογλυκαιμιών/εβδομάδα μειώθηκε κατά 74.7% και ο συνολικός αριθμός ενέσεων/μήνα μειώθηκε κατά 64%. Όπως φαίνεται και στον πίνακα, το ποσοστό των ατόμων με A1c κάτω του 7.0% ανήλθε στο 85.7% από 9.6%.

A1c %	Πριν την αλλαγή %	Μετά την αλλαγή %
<6.5	0	38.1
6.5-7.0	9.6	47.6
7.0-7.5	23.8	9.5
7.5-8.0	33.3	4.8
>8.0	33.3	0

**Πίνακας 1.** % ατόμων ανά επίπεδο ρύθμισης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αυτή ανέδειξε πως με την απλοποίηση των συνθέτων σχημάτων ινσουλινοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς επιτυγχάνουμε αυστηρότερη γλυκαιμική ρύθμιση με ταχεία βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας. Επιπρόσθετα οφέλη είναι η μείωση του σωματικού βάρους, η ελάττωση των υπογλυκαιμιών και του αριθμού ενέσεων/ μήνα. Δεν ήταν δυνατό να εκτιμηθεί το καρδιαγγειακό όφελος, λόγω της μικρής διάρκειας της μελέτης.

## ΠΑ22

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΓΝΗ

**Άντρια Παπαζαχαρίου**, Π. Ιωάννου, Δ. Κοφτερίδης

*Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναιμία αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Πρόκειται για ανεξάρτητο παράγοντα αυξημένης θνητότητας και νοσηρότητας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα με πολυνοσηρότητα. Στη διαφορική διάγνωση ανήκει μια μεγάλη ποικιλία αιτιών, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας, η σιδηροπενία αποτελεί το συχνότερο αιτιολογικό παράγοντα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση των επιδημιολογικών στοιχείων, της ενδονοσοκομειακής θνητότητας και των αιτιών αναιμίας σε άτομα που εισήχθησαν στην Α΄ Παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που αφορά νοσηλευόμενους της Α΄ Παθολογικής κλινικής, κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2019 - Δεκέμβριος 2021, οι οποίοι εισήχθησαν με διάγνωση εργασίας αναιμία. Μελετήθηκαν δημογραφικοί (ηλικία, φύλο) και εργαστηριακοί παράγοντες (γενική αίματος, φερριτίνη, βιταμίνη 12, φυλλικό οξύ, νεφρική λειτουργία), η λήψη αντιαιμοπεταλιακής/αντιπηκτικής αγωγής, τα αποτελέσματα του ενδοσκοπικού ελέγχου καθώς και η έκβαση νοσηλείας των ασθενών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά μελετήθηκαν 314 άτομα (γυναίκες 55.4%), με διάμεση ηλικία 81 έτη (25η-75η θέση: 72-87 έτη) και διάμεση αιμοσφαιρίνη εισαγωγής (Hb: 7.1g/dl, 6.2-7.8). Εκ των 314 ατόμων, οι 278 (89.7%) είχαν ανάγκη μετάγγισης με τουλάχιστο μία μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών. Η λήψη αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής παρατηρήθηκε στο 25.6% και 29.4% αντίστοιχα. Από τους 126 ασθενείς (40.2%) που υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο ανώτερου πεπτικού και τους 94 (29.9%) κατώτερου πεπτικού, αναδείχθηκαν παθολογικά αίτια στους 93 (73.8%) και 77 (24.5%) αντίστοιχα. Η διάγνωση της κακοήθειας πεπτικού ετέθη σε 38 άτομα (12.1%). Από τη διερεύνηση της αναιμίας, οι πιο συχνές αιτίες ήταν η σιδηροπενική (47.7%), η αιμορραγία πεπτικού (44.9%), η χρόνια νεφρική νόσος (30.6%), αιματολογικές κακοήθειες (12.1%), ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 (11.1%), η απώλεια από το ουροποιητικό σύστημα (4.1%) και η αιμόλυση (3.2%). Αξίζει να σημειωθεί, πως η αναιμία ήταν πολυπαραγοντικής αρχής σε 201 άτομα (64%), ενώ αδιευκρίνιστη ήταν στο 6.1%. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα διακυμάνθηκε στο 1.9%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στους νοσηλευθέντες ασθενείς για αναιμία, η διάγνωση αφορά κυρίως πολυπαραγοντικά αίτια, στα οποία περιλαμβάνονται η σιδηροπενία, αιμορραγία πεπτικού, χρόνια νεφρική νόσος, αιματολογικές κακοήθειες και ανεπάρκεια βιταμίνης Β12. Μεταξύ των αιτιών αιμορραγίας του πεπτικού συστήματος παρατηρείται αυξημένη επίπτωση κακοήθειας.

## ΠΑ23

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

**Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>**, Ελένη Μαντά<sup>1</sup>, Άννα-Μαρία Λυγερού<sup>2</sup>, Ειρήνη Σιάφη<sup>1</sup>, Αικατερίνη Καλιαντάση<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>, Ν. Δρακούλης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Υπέρτασης, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθηνών

<sup>2</sup> Ερευνητική Ομάδα Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακογονιδιωματικής, Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι δυσλιπιδαιμίες ή υπερλιπιδαιμίες χαρακτηρίζονται από αύξηση των λιπαρών συστατικών στο αίμα και σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η αθηροσκλήρωση και η στεφανιαία νόσος. Η επιστημονική κοινότητα την τελευταία δεκαετία έχει επικεντρώσει πολλές έρευνες σε εκχυλίσματα και συστατικά αυτών τα οποία προέρχονται από φυτικά και φυσικά προϊόντα. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης ενός συμπληρώματος διατροφής με εκχύλισμα νεραντζιού, φύλλων ελαίας και κίστου (*Cistus creticus*), στο λιπιδαιμικό προφίλ ατόμων με ήπια δυσλιπιδαιμία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συνολικά συμμετείχαν 23 άτομα με ήπια δυσλιπιδαιμία (ολική χοληστερόλη > 190 mg/dL και < 290 mg/dL, τριγλυκερίδια > 150mg/dL). Ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν 62,2 (52-77) έτη, 70% ήταν μη καπνιστές με μέσο όρο Δ.Μ.Σ. 27,2 kg/m<sup>2</sup>. Οι συμμετέχοντες ελάμβαναν το συμπλήρωμα διατροφής άπαξ ημερησίως, επί 3 μήνες. Στην πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε λήψη ιστορικού, πλήρης κλινική εξέταση, μέτρηση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών και εργαστηριακός έλεγχος. Οι αντίστοιχες μετρήσεις επαναλήφθηκαν στο τέλος της μελέτης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα 13 άτομα που έχουν ολοκληρώσει την αγωγή και τον πλήρη έλεγχο παρατηρήθηκε μία στατιστικά σημαντική αύξηση της HDL-C (p=0,01) και μία επίσης τάση για μείωση των τριγλυκεριδίων (p=0,06), η οποία για τον αριθμό των περιστατικών δεν είναι στατιστικά σημαντική, όπως αναφέρονται στον κατωτέρω πίνακα.

	Αρχική τιμή	Τελική τιμή	Δ	Δ(%)	Τιμή p
<b>TC</b>	236,46	232,15	-0,98	-1,82%	p=0.34
<b>LDL-C</b>	153,53	152,61	-0,60	-0,60%	p=0.89
<b>HDL-C</b>	55,23	60,15	+4,92	+8,90%	p=0,014
<b>TG</b>	122,46	95,91	-26,55	-21,71%	p=0,065

Πίνακας 1.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το συμπλήρωμα διατροφής με εκχύλισμα κίτρου, φύλλων ελαίας και κίστου (*Cistus creticus*), αυξάνει στατιστικά σημαντικά την HDL-C και φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων σε άτομα με ήπια υπερλιπιδαιμία.



## ΠΑ24

### ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

**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>, Λεωνίδας 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 πρώιμη αντιμετώπιση με άσκηση και υγεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις 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 εκχύλισμα *Portulaca oleracea* και τιτλοποιημένο εκχύλισμα λαδαριάς (*Cistus creticus*) 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 51 άτομα με προδιαβήτη. Από αυτά αξιολογήθηκαν τα 41: 26 έλαβαν το συμπλήρωμα διατροφής και 15 το εικονικό φάρμακο. Στην πρώτη επίσκεψη οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα υπό μελέτη χαρακτηριστικά. Στην ομάδα των ατόμων που έλαβαν το συμπλήρωμα διατροφής, παρατηρήθηκε μια τάση για μείωση της HbA1c (μείωση 0,2%,  $p=0.062$ ) και σημαντική μείωση στα επίπεδα γλυκόζης νηστείας (μείωση 6,9 mg/dL,  $p=0.005$ ) και του ουρικού οξέος. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου αναδείχθηκε τάση για μείωση της HbA1c στην ομάδα που έλαβε το συμπλήρωμα διατροφής (μείωση 0,2% σε σύγκριση με αύξηση 0,1%, αντίστοιχα,  $p=0,051$ ) και σημαντική μείωση στα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις μεταβολές στο σωματικό βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, στην περίμετρο μέσης και στα επίπεδα ινσουλίνης νηστείας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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.



## ΠΑ25

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Αναγνώστáκη Μαρία-Εμμανουέλα**, Ταμπάκη Δέσποινα, Κουραμπιέ Ειρήνη, Αναγνώστáκη Ισμήνη, Παπασπυροπούλου Γεωργία-Ειρήνη

*Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει την παραγωγή αντιπυρηνικών αυτοαντισωμάτων, ακόμα και σε εκδήλωση φαρμακογενούς Λύκου. Η συχνότητα εργαστηριακής αλλά και κλινικά έκδηλης αυτοανοσίας ένεκα λήψης αντιψυχωσικών φαρμάκων δεν έχει με ακρίβεια καθοριστεί.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) σε ασθενείς που λαμβάνουν συστηματικά για περισσότερα από 2 χρόνια αντιψυχωσικά και η αντίστοιχη συχνότητα φαρμακογενούς Λύκου.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη έγινε αναδρομικά και συμπεριέλαβε 620 ψυχιατρικούς ασθενείς που έλαβαν για περισσότερα από 2 χρόνια τουλάχιστον αντιψυχωσικά φάρμακα. Στους ασθενείς προσδιορήστηκε ο τίτλος των ANA με τη μέθοδο elisa. Στους ασθενείς με κλινική υποψία και θετικά ANA έγινε διερεύνηση για τη διάγνωση φαρμακογενούς Λύκου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

61 ασθενείς (ποσοστό 11,2%) είχαν υψηλό τίτλο ANA, ενώ 4 ασθενείς (0,8% επί του συνόλου και 6,5% επί των ANA θετικών) διεγνώσθησαν με φαρμακογενή Λύκο και ζητήθηκε ρευματολογική εκτίμηση. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανεύρεση αντιπυρηνικών αντισωμάτων σε θεραπευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς διαπιστώθηκε με μεγαλύτερη συχνότητα από τη βιβλιογραφικά αναφερόμενη συχνότητα θετικών ANA στον υγιή πληθυσμό. Η κλινική σημασία όμως των αντιπυρηνικών αντισωμάτων είναι ανφιλεγόμενη καθώς ένα μικρό ποσοστό έλαβε τη διάγνωση του φαρμακογενούς Λύκου. Η μελέτη αυτή είναι η μεγαλύτερη επιδημιολογική μελέτη στον Ελλαδικό χώρο.

## ΠΑ26

### **A CASE-CONTROL ANALYSIS: ASSOCIATION OF TRG/HDL, CRP/HDL, NEUTROPHILS/HDL LYMPHOCYTES/HDL RATIOS AND DISEASE OUTCOMES IN DIABETIC AND NON-DIABETIC COVID-19 HOSPITALIZED PATIENTS. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS.GOV: NCT05534074**

Angelos Liontos<sup>1</sup>, Dimitrios Biros<sup>1</sup>, Alexandros Papathanasiou<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria Nasiou<sup>1</sup>, Cornelia Veliani<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Stavros Anagnostopoulos<sup>1</sup>, Katerina Pouloupoulou<sup>1</sup>, Nikol Armata<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas<sup>1</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)*

#### **BACKGROUND**

Diabetes mellitus is a well-known risk factor for COVID-19 infection, with varying disease severity. Current literature has proposed ratios of CRP and white blood cell sub-population counts to HDL-Chol levels as markers of disease severity. The aim of this research was to determine the possible differences and associations of the TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios with disease progression, as well as the outcomes between diabetic and non-diabetic hospitalized patients.

#### **METHODS**

We included 898 patients hospitalized in the Infections Diseases Unit of our Hospital from 03-2020 till 10-2021. The analysis included 582 patients for TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios calculation on admission. Disease's outcomes were defined as: patient's death, intubation, hospital length of stay (LoS) and occurrence of thrombotic event. The comparison of the characteristics was conducted with an independent-samples t-test, logistic regression analysis and chi-squared test in SPSS.

#### **RESULTS**

medical history of DM was reported in 186 patients (20.9%) in the primary sample of the study while in the studied population with available laboratory results, medical history of DM reported 111 patients (19.07%) with a mean value of TRG/HDL RATIO of 4.43 (SD 3.13), while in the non-diabetic group the mean value was 3.43 (SD 2.20), mean value of CRP/HDL: 2.32 vs 2.18 (DM vs non-DM, SD 2.45 vs 2.40), mean value of NEUT/HDL: 166.84 vs 159.88 (DM vs non-DM, SD 115.19 vs 129.13) and mean value of LYMPH/HDL: 37.62 vs 34.94 (DM vs non-DM, SD 21.96 vs 80.86). There was found a statistically significant difference between the two groups in the levels of TRG/HDL ratio, where the diabetic group had a higher mean value of 0.995 ( $p = 0.02$ ). In the other ratios under examination, no significant difference was found between groups. In the logistic regression analysis of the patients with DM ( $n = 110$ ) it was found that patients with higher CRP/HDL ratio values on admission had an increased probability of LoS  $> 7$  days (OR = 1.34, 95% CI 1.007 - 1.784,  $p = 0.044$ ). No other statistically significant association was found in the other ratios of concern and outcome of death, intubation or occurrence of thrombotic events. There was also no statistically significant difference between the two groups (DM vs non-DM) in the outcome of: patient death, intubation, hospital length of stay (LoS)  $> 7$  days and thrombotic, although it was noted that diabetics had higher OR in the occurrence of death, intubation and hospital length of stay (LoS)  $> 7$  days (OR = 1.56, 1.09 and 1.32 respectively).

#### **CONCLUSION**

the TRG/HDL ratio may play a role as a predictor of disease severity and outcome in high-risk patient populations in the COVID-19 setting of disease, as well as CRP/HDL ratio as another prognostic risk factor for disease severity. Further investigation is needed to evaluate the other proposed ratios as a markers of disease severity.

## ΠΑ27

### **LIPID PROFILE ALTERATIONS IN COVID-19 PATIENTS DURING AND 90 DAYS POST-HOSPITALIZATION. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS.GOV: NCT05534074**

Angelos Liontos<sup>1</sup>, Dimitrios Biros<sup>1</sup>, Alexandros Papathanasiou<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria Nasiou<sup>1</sup>, Cornelia Veliani<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Stavros Anagnostopoulos<sup>1</sup>, Katerina Pouloupoulou<sup>1</sup>, Nikol Armata<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas<sup>1</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)*

#### **BACKGROUND**

COVID-19 disease varies between patients from mild to severe and critical infection, affecting disproportionately those with underlying comorbidities. Serum lipid alterations have been documented in both bacterial and viral acute and chronic infections due to a shift in lipid metabolism, under the effect of proinflammatory cytokines. These alterations have been described in the acute phase of the infection but there is no clear data on the long-term effects in lipid metabolism. The aim of this study was to investigate patient lipid profiles during hospitalization and on re-evaluation 90 days post discharge, as well as to examine possible differences elicited by COVID-19.

#### **METHODS**

Data from hospitalized patients at the Infectious Diseases Unit of our Hospital, from March 2020 to May 2021 were included. Consecutive patients who had their lipid profile parameters measured upon admission and at 90 days post-discharge were analysed.

#### **RESULTS**

A total of 92 eligible patients were included. Mean age was 57.8 years; 65 (71%) were male. The mean BMI was 30.5 kg/m<sup>2</sup>, while the mean length of stay was 13.6 days. The most common comorbidities were obesity (n=34), arterial hypertension (n=31), diabetes mellitus (n=21), cardiovascular disease (n=19), while dyslipidemia was documented in 30 patients. The frequency of smoking decreased from n=20, before admission, to n=5, on re-evaluation. TC levels were higher on re-evaluation compared with admission (152.3 vs 213.0 mg/dL, p-value<0.0001), as well as HDL-C and LDL-C levels (37.1 vs 53.6, p-value<0.0001 and 87.4 vs 132.2, p-value<0.0001, respectively) while TG levels were similar. TC/HDL-C and LDL-C/HDL-C ratios did not differ significantly, partly due to the observed parallel increase. TG/HDL-C ratio was lower on re-evaluation compared to the values reported upon admission (3.96 vs 2.53, p-value=0.002). Comparison between patients with a previous diagnosis of dyslipidemia and those without did not yield any significantly different results.

#### **CONCLUSIONS**

TC, HDL-C and LDL-C levels increased significantly ninety days after hospitalization for COVID-19. However, given the limited number of patients in our cohort, results need to be viewed with caution and further investigation is needed to fully comprehend the effects and clinical relevance of COVID-19-induced changes on lipid profile.



## ΠΑ28

### **NOVEL MARKERS OF DISEASE SEVERITY AND OUTCOMES. ASSOCIATION OF TYG INDEX AND TRG/HDL, CRP/HDL, NEUTROPHILS/HDL LYMPHOCYTES/HDL RATIOS AND OUTCOMES IN COVID-19 HOSPITALIZED PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS. GOV: NCT05534074**

Angelos Lontos<sup>1</sup>, Dimitrios Biros<sup>1</sup>, Alexandros Papathanasiou<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria Nasiou<sup>1</sup>, Cornelia Veliani<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Stavros Anagnostopoulos<sup>1</sup>, Katerina Pouloupoulou<sup>1</sup>, Nikol Armata<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas<sup>1</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)*

#### **BACKGROUND**

Cardiovascular disease (CVD) is a well-known risk factor for COVID-19 infection, with varying disease severity. The elevated TyG index is a promising predictive factor of adverse cardiovascular events in patients with CAD and is proposed as a marker of disease severity in COVID-19 patients. Current literature also has proposed the ratios of CRP and white blood cell sub-population counts to HDL-Chol levels as markers of disease severity. The aim of this research was to determine the possible differences and associations of the TyG index as well as TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios with disease progression, along with the outcomes of COVID-19 hospitalized patients with medical history of CVD.

#### **METHODS**

We included 898 patients hospitalized in the Infections Diseases Unit of our Hospital from 03-2020 till 10-2021. The analysis included 159 patients for TyG index and TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios calculation on admission. Disease's outcomes were defined as: patient's death, intubation and hospital length of stay (LoS). The analysis was conducted using Machine Learning augmented Logistic Regression models. We predicted the probability of each endpoint individually. Supplementary analysis was conducted using Logistic regression and chi-square test on IBM SPSS Statistics 26.

#### **RESULTS**

medical history of CVD was reported in 159 patients (17.7%) in the primary sample of the study while in the studied population with available laboratory results, medical history of CVD reported 84 patients with a mean value of TyG index of 8.88 (SD 0.617), TRG/HDL RATIO of 4.23 (SD 2.94), mean value of CRP/HDL: 2.33 (SD 2.65), mean value of NEUT/HDL: 187.11 (SD 150.58) and mean value of LYMPH/HDL: 36.32 (SD 23.63). In the logistic regression analysis of the patients with CVD (n = 84) it was found that patients with higher TRG/HDL and CRP/HDL ratio values on admission had an increased risk of death (OR = 2.13, p = 0.028 and OR = 1.35, p = 0.047). No other statistically significant association was found in the other ratios of concern and outcome of intubation or LoS. The patients with a known history of CVD had a higher risk of death compared to the non-CVD group (OR = 3.33, p < 0.001). There was also found a statistically significant difference (p = 0.035) between the two groups (CVD vs non-CVD) in the hospital length of stay (LoS) > 7 days with higher OR = 1.5 in the CVD group.

#### **CONCLUSION**

the TRG/HDL and CRP/HDL ratio may play a role as a predictor of disease severity and outcome in high-risk patient populations in the COVID-19 setting of disease. Further investigation is needed to evaluate the other proposed ratios as markers of disease severity and outcomes.



## ΠΑ29

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΙΟΥΝΙΟΣ 2022- ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2022

**Μαρία-Φαίδρα Χαραλάμπους<sup>1</sup>**, Ε. Ζαζάς<sup>1</sup>, Συμεώνη Κατζουρίδη<sup>1</sup>, Χ.Φαλιάκος<sup>1</sup>, Γ. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Στεργία Τσούτσου<sup>1</sup>, Ειρήνη Κασπαρή<sup>1</sup>, Μαρία Μασουρίδη<sup>2</sup>, Μαλβίνα Λαδά<sup>1</sup>, Μαργαρίτα Δημητριάδη<sup>1</sup>, Ν. Τσώκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δραστηριότητα της γρίπης στην Ελλάδα το 2022 κατά τους θερινούς μήνες (προ- επιδημική περίοδος) καταγράφεται αυξημένη σε σχέση με προηγούμενα έτη.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται αφορούν κρούσματα γρίπης, τα οποία καταγράφηκαν στο Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο» την περίοδο Ιούνιος 2022 - Αύγουστος 2022. Τα κρούσματα επιβεβαιώθηκαν εργαστηριακά RT-PCR σε δείγματα από ρινοφαρυγγικό επίχρισμα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά στο νοσοκομείο μας καταγράφηκαν τη χρονική περίοδο αναφοράς 30 κρούσματα. Όλα τα κρούσματα ανήκαν στον τύπο Α. Από τα 30 κρούσματα, στα 7 (23,3%) διαπιστώθηκε συλλοίμωξη γρίπης και SARS-CoV2. Η διάμεση ηλικία των κρουσμάτων ήταν τα 19 έτη (εύρος 17-36). Το 63,3% ήταν άνδρες. Από τα 30 κρούσματα γρίπης, τα 3 (10%) εισήχθηκαν στο νοσοκομείο, νοσηλεύτηκαν σε απλές κλίνες και εξήλθαν βελτιούμενα. 1 από τα 3 περιστατικά που νοσηλεύτηκαν, παρουσίασε συλλοίμωξη με SARS-CoV2. Μόνο 3 από τα 30 κρούσματα (10%) ανέφεραν εμβολιασμό έναντι της εποχικής γρίπης. Από τα 30 κρούσματα, τα 21 (70%) διαγνώσθηκαν το μήνα Αύγουστο, τα 9 (30%) τον Ιούλιο, ενώ κανένα θετικό κρούσμα δεν διαγνώσθηκε τον Ιούνιο. Στα 22 από τα 30 κρούσματα υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για πρόσφατο ταξίδι, με τα 20 (66,6%) να αναφέρουν ταξίδι εντός του χρόνου επώασης. Τα 18 (60%) επέστρεψαν στην Αττική από Κυκλάδες και συγκεκριμένα 10 (30%) από Ίο και 8 (26,6%) από Πάρο, ενώ 1 (3,3%) επέστρεψε από Ιόνιο (Κέρκυρα) και 1 (3,3%) από χώρα του εξωτερικού (Βιετνάμ).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρείται αυξημένη διασπορά σε άτομα νεαρής ηλικίας με συγκεκριμένη γεωγραφική κατανομή, ενώ αυξημένα φαίνονται να είναι και τα ποσοστά συλλοίμωξης γρίπης με SARS-CoV2. Είναι αναγκαία η συνεχής επιδημιολογική επιτήρηση και η συστηματική εφαρμογή μέτρων πρόληψης.

## ΠΑ30

### Η ΚΙΤΡΟΥΛΛΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Θ. Πολυχρονιάδης<sup>1</sup>, Α. Κατσάρας<sup>1</sup>, Χριστίνα Μπάχα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ομάδα Φοιτητών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)\*

\* Υπ.: Δ. Γουλές, Ρευματολόγος

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η περιγραφή του παθογενετικού μηχανισμού της κιτρουλλινοποίησης στη ΡΑ.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την παρούσα ανασκόπηση έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δωδεκαετίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά (citrullination, arginine, citrulline, PADs, ACPAs), ενώ επιλέχθηκαν μελέτες στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κιτρουλλινοποίηση είναι η τροποποίηση πεπτιδίων από τη μετατροπή της αργινίνης σε κιτρουλλίνη. Εκλυτικοί παράγοντες στις επιφάνειες των αεραγωγών (κάπνισμα) και του στόματος (*Porphyromonas gingivalis*), επάγουν τα ένζυμα πεπτιδυλο-αργινο-δεϊμινάσες (PADs) τροποποιώντας τα πεπτίδια σε νεοαντιγόνα, τα οποία παρουσιάζονται στα Τ-κύτταρα αφού υποστούν επεξεργασία από αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα (APC - δενδριτικά κύτταρα). Η διαδικασία αυτή καταλήγει στην παραγωγή αυτοαντισωμάτων ACPA που στρέφονται κατά των τροποποιημένων πεπτιδίων. Αυτό συμβαίνει και στα κεντρικά λεμφοειδή όργανα και οδηγεί στην τοπική και συστηματική παραγωγή αντισωμάτων. Τα αντισώματα αυτά αυξάνονται σταδιακά στην κυκλοφορία έτη πριν από την εμφάνιση της ΡΑ. Τα γεγονότα οδηγούν σε υμενίτιδα (αρθρίτιδα). Πιθανότατα χρειάζεται και δεύτερο “χτύπημα”, όπως ο σχηματισμός ανοσοσυμπλεγμάτων που αυξάνουν την αγγειακή διαπερατότητα στον αρθρικό υμένα και ενεργοποιούν τα υμενοκύτταρα. Το κάπνισμα συνδέεται στενά με τη ΡΑ και επάγει την έκφραση του PAD στα κυψελιδικά μακροφάγα. Η αυξημένη κιτρουλλινοποίηση δεν είναι ειδική για τη ΡΑ. Μοναδική για τη ΡΑ είναι η ανοσολογική αντιδραστικότητα σε κιτρουλλινοποιημένους πρωτεϊνικούς. Κιτρουλλινοποιημένες πρωτεΐνες έχουν επίσης βρεθεί στον αρθρικό υμένα σε άλλες μορφές αρθρίτιδας σε εξωαρθρικούς ιστούς της ΡΑ (π.χ. πνευμονικά οζίδια, διάμεση πνευμονοπάθεια), στον εγκέφαλο ασθενών με ΣΚΠ και σε υγιείς εγκεφάλους. Τα αρθρικά κιτρουλλινοποιημένα πεπτίδια βρίσκονται επίσης στα περισσότερα ζωικά μοντέλα αρθρίτιδας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι κιτρουλλινοποιημένες πρωτεΐνες θεωρείται ότι είναι εξαιρετικά σημαντικές στην παθογένεια και τη διάγνωση της ΡΑ, γεγονός που υποστηρίζεται από την υψηλή ειδικότητα των αντισωμάτων κατά των κιτρουλλινοποιημένων πρωτεϊνών (ACPA).

## ΠΑ31

### ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

**Ιωάννα Αναστασίου<sup>1</sup>**, Ιωάννα Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Α. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Π. Σαράντης<sup>2</sup>, Αθανασία Κατσαούνη<sup>3</sup>, Βασιλεία Κοκάλα<sup>1</sup>, Ι. Μουρούζης<sup>3</sup>, Κ. Πάντος<sup>3</sup>, Μ. Καραμούζης<sup>2</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Μοριακής Ογκολογίας, Βιολογική Χημεία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

<sup>3</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η σεκουρινίνη είναι μια δραστική αλκαλοειδής λακτόνη του φυτού *Securinega Suffruticosa*. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι έχει αντιβακτηριακή και αντικαρκινική δράση. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης της σεκουρινίνης στο ανθρώπινο παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα. Ως κυτταρική σειρά ελέγχου χρησιμοποιήθηκε μια φυσιολογική ανθρώπινη παγκρεατική σειρά.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε καλλιέργεια κυττάρων απομονωμένων από αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος και φυσιολογικών παγκρεατικών κυττάρων. Τα κύτταρα επώασθησαν για 24, 48 και 72 ώρες με θρεπτικό υλικό που περιείχε σειριακές αραιώσεις σεκουρινίνης: μηδενική συγκέντρωση (ομάδα ελέγχου) και 0.25  $\mu\text{M}$  ως 40  $\mu\text{M}$ . Στη συνέχεια εκτιμήθηκαν τα επίπεδα βιωσιμότητας και της πολλαπλασιαστικής ικανότητας των κυττάρων με τη μέτρηση των ενδοκυττάρων επιπέδων ATP. Μελετήθηκαν επίσης τα επίπεδα των πρωτεϊνών της απόπτωσης και των σηματοδοτικών μορίων σε 4 συγκεντρώσεις της σεκουρινίνης (ομάδα ελέγχου, 1  $\mu\text{M}$ , 2.5  $\mu\text{M}$ , 5  $\mu\text{M}$  και 10  $\mu\text{M}$ ) για 72 ώρες με τη χρήση της ανοσοαποτύπωσης κατά western. Τέλος στις ίδιες συγκεντρώσεις μελετήθηκαν οι παραγόμενες ελεύθερες ρίζες με μικροσκοπία φθορισμού.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από επώαση 24, 48 και 72 ώρες τα καρκινικά κύτταρα παρουσίασαν μείωση στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα ενδοκυττάρια επίπεδα ATP μέχρι και 80% στις συγκεντρώσεις (20  $\mu\text{M}$ , 30  $\mu\text{M}$ , 40  $\mu\text{M}$ ) στις 24, 48, 72 ώρες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα φυσιολογικά κύτταρα δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα ενδοκυττάρια επίπεδα ATP σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Σε πρωτεϊνικό επίπεδο στα καρκινικά κύτταρα υπήρξε αύξηση στα επίπεδα των πρωτεϊνών της απόπτωσης στις συγκεντρώσεις 1  $\mu\text{M}$ , 2.5  $\mu\text{M}$ , 5  $\mu\text{M}$  και 10  $\mu\text{M}$  σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης στα καρκινικά κύτταρα υπήρχε αύξηση και στο ποσοστό των παραγόμενων ελευθέρων ριζών.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έκθεση των καρκινικών παγκρεατικών κυττάρων στη σεκουρινίνη προκάλεσε μείωση στα επίπεδα βιωσιμότητάς και στα ενδοκυττάρια επίπεδα του ATP. Η σεκουρινίνη ενεργοποίησε το μονοπάτι της απόπτωσης και την παραγωγή των ελευθέρων ριζών. Πιθανότητα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως αντικαρκινική ουσία για τη θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος.



## ΠΑ32

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ

**Ευσταθία Μεγαπάνου**, Φ. Μπάρκας, Ματίλντα Φλωρεντίν, Γεωργία Αναστασίου, Σίσσυ-Φωτεινή Σάκκου, Π. Αδαμίδης, Αμαλία-Δέσποινα Κουτσογιάννη, Αναστασία Χρήστου, Αναστασία Λάππα, Άντρια Μαυρή, Δ. Κολιός, Αναστασία Παπανικολάου, Λιάμης Γ.

*Τομέας Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Υποφωσφαταιμία ορίζεται ως η μείωση της συγκέντρωσης του φωσφόρου (P) στον ορό <2,5 mg/dl και κατηγοριοποιείται σε ήπια (2-2,4 mg/dl), μέτρια (1-2 mg/dl) και σοβαρή (<1 mg/dl). Η υποφωσφαταιμία αποδίδεται σε μειωμένη εντερική απορρόφηση P, αυξημένη νεφρική απέκκριση P ή στη μετακίνησή του από τον εξωκυττάριο στον ενδοκυττάριο χώρο. Διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας όπως η μεταβολική οξέωση ή η αναπνευστική αλκάλωση μπορεί να προκαλέσουν υποφωσφαταιμία μέσω αυξημένης νεφρικής αποβολής και ενδοκυττάριας μετακίνησης του P, αντίστοιχα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας σε ασθενείς που εμφάνισαν υποφωσφαταιμία κατά την εισαγωγή τους σε μία παθολογική κλινική.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική μελέτη παρατήρησης 176 ασθενών με υποφωσφαταιμία που νοσηλεύτηκαν διαδοχικά στη Β΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 176 υποφωσφαταιμικών ασθενών, οι 126 εμφάνισαν υποφωσφαταιμία με την εισαγωγή τους. Διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας παρατηρήθηκαν στο 77% των ασθενών. Αναλυτικότερα: αναπνευστική αλκάλωση (38,2%), μεταβολική οξέωση (22,9%), μικτή μεταβολική και αναπνευστική αλκάλωση (16%) καθώς και μικτή μεταβολική οξέωση/αναπνευστική αλκάλωση (10,7%). Η επίπτωση των προαναφερόμενων διαταραχών δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων βαρύτητας της υποφωσφαταιμίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία των ασθενών με υποφωσφαταιμία κατά την εισαγωγή τους σε μία παθολογική κλινική εμφανίζει διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας με συχνότερη την αναπνευστική αλκάλωση (είτε αμιγής είτε στα πλαίσια μικτών διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας). Η βαρύτητα της υποφωσφαταιμίας δε συσχετίσθηκε με στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επίπτωση των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας.



## ΠΑ33

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ευσταθία Μεγαπάνου**, Ματίλντα Φλωρεντίν, Φ. Μπάρκας, Ελίζα Χριστοπούλου, Γεωργία Αναστασίου, Σίσσυ-Φωτεινή Σάκκου, Π. Αδαμίδης, Αμαλία-Δέσποινα Κουτσογιάννη, Άντρια Μαυρή, Αναστασία Χρήστου, Αναστασία Λάππα, Δ. Κολιός, Αναστασία Παπανικολάου, Γ. Λιάμης

*Τομέας Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η υποφωσφαταιμία (φώσφορος ορού  $<2,5$  mg/dl) αποτελεί μια υποδιαγνωσμένη ηλεκτρολυτική διαταραχή που μπορεί όμως να συνοδεύεται από σοβαρές και δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές. Σκοπός της τρέχουσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών που εμφάνισαν υποφωσφαταιμία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε μία παθολογική κλινική.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική μελέτη παρατήρησης συνολικά 176 ασθενών με υποφωσφαταιμία που νοσηλεύτηκαν διαδοχικά στη Β΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Πραγματοποιήθηκαν διαδοχικές μετρήσεις του φωσφόρου του ορού κατά την εισαγωγή και έπειτα κάθε 2 ημέρες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

50 (28,4%) από τους 176 ασθενείς εκδήλωσαν υποφωσφαταιμία ενδοноσοκομειακά. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες και οι νοσηλευόμενοι με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, κατάχρησης αλκοόλ, ακούσιας απώλειας βάρους ( $>5\%$  του σωματικού βάρους τους τελευταίους 3-6 μήνες) είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης υποφωσφαταιμίας. Η πιθανότητα εκδήλωσης υποφωσφαταιμίας ενδοноσοκομειακά αυξανόταν με την άνοδο της ηλικίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συννοσηρότητες όπως η αρτηριακή υπέρταση και η κατάχρηση αλκοόλ, το θήλυ φύλο, η αυξημένη ηλικία και η απώλεια βάρους αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης υποφωσφαταιμίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

## ΠΑ34

### **ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ**

**Ευσταθία Μεγαπάνου**, Φ. Μπάρκας, Ματίλντα Φλωρεντίν, Γεωργία Αναστασίου, Σίσσυ-Φωτεινή Σάκκου, Π. Αδαμίδης, Αμαλία-Δέσποινα Κουτσογιάννη, Αναστασία Χρήστου, Αναστασία Λάππα, Άντρια Μαυρή, Δ. Κολιός, Αναστασία Παπανικολάου, Λιάμης Γ.

*Τομέας Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Νοσηλευόμενοι ασθενείς με υποφωσφαταιμία (συγκέντρωση φωσφόρου στον ορό  $< 2,5$  mg/dl) εμφανίζουν παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας, σοβαρές επιπλοκές και αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εξωνοσοκομειακής θνητότητας ασθενών με υποφωσφαταιμία, ένα μήνα μετά τη νοσηλεία τους σε μία παθολογική κλινική.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Προοπτική μελέτη παρατήρησης 176 ασθενών που νοσηλεύτηκαν διαδοχικά στη Β΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 176 νοσηλευόμενους ασθενείς με υποφωσφαταιμία, 28 (15,9%) απεβίωσαν εντός μηνός από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Ασθενείς με ατομικό ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), καρδιακής ανεπάρκειας, κολπικής μαρμαρυγής και οστεοπόρωσης εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό θνητότητας. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (μέση τιμή 81,8 έτη) καθώς και ασθενείς που εισήχθησαν λόγω λοίμωξης οποιασδήποτε αιτιολογίας ή παρουσίασαν την υποφωσφαταιμία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (όχι κατά την εισαγωγή) παρουσίασαν αυξημένη θνητότητα.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ενδονοσοκομειακή υποφωσφαταιμία, η λοίμωξη ως αιτία εισόδου, το ατομικό αναμνηστικό ΑΕΕ, καρδιακής ανεπάρκειας, κολπικής μαρμαρυγής και οστεοπόρωσης καθώς και η αυξημένη ηλικία αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα εντός μηνός από την έξοδο από το νοσοκομείο ασθενών που νοσηλεύτηκαν με υποφωσφαταιμία.

## ΠΑ35

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΡΥΘΜΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Βιργινία Αθανασιάδου<sup>1</sup>**, Μαρία Δέτσικα<sup>1,2</sup>, Θ. Πιτταράς<sup>3</sup>, Στυλιανή Πλαβούκου<sup>1</sup>, Δ.Πανοκώστας<sup>1</sup>, Ειρήνη Γράψα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Αιμοδοσία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χορήγηση ερυθροποιητίνης αποτελεί θεραπεία εκλογής για την αναιμία της χρόνιας νεφρικής νόσου. Η ευρεία χρήση της εγείρει το ερώτημα εάν δύναται να επηρεάζει ανοσολογικούς μηχανισμούς που ενέχονται στη νεφρική νόσο, όπως το συμπλήρωμα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση της επίδρασης της ερυθροποιητίνης στην έκφραση πρωτεϊνών που αναστέλλουν το συμπλήρωμα όπως οι CD55, CD46, CD59 in-vivo και in-vitro.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 19 ασθενείς 11 άνδρες κι 8 γυναίκες με μέση ηλικία τα  $74.2 \pm 3.05$  έτη πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σταδίου 3B-5 σε έδαφος νεφροσκλήρυνσης (52,6%), διαβήτη (21%), πολυκυστική νόσο των νεφρών (10,5%), σπειραματοπάθειες (15,8%) καθώς και 10 υγιείς μάρτυρες. Δείγματα αίματος συλλέχθηκαν σε 2 χρονικά σημεία, πριν από την έναρξη της αγωγής με ερυθροποιητίνη και μετά τη χορήγηση όταν επιτεύχθηκαν τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης-στόχου 11-11,5gr/dl. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε απομόνωση ορού κι αίματος με 10% διμεθυλοσουλφοξείδιο (DMSO). Τα δείγματα φυλάχθηκαν στους -80°C. Για την ανάλυση των δειγμάτων εφαρμόστηκε ένα νέο πρωτόκολο κυτταρομετρίας ροής που επιτρέπει την εκτίμηση των επιπέδων των CD55, CD46 και CD59 στους κυτταρικούς υποπληθυσμούς του αίματος CD4+, CD8+ T λεμφοκυττάρων και B λεμφοκυττάρων. Επίσης, επιθηλιακά κύτταρα (ποδοκύτταρα) επίμυος, τα οποία εκφράζουν τις συγκεκριμένες πρωτεΐνες, καλλιεργήθηκαν in-vitro κι επωάστηκαν με διαφορετικές συγκεντρώσεις ερυθροποιητίνης για 18 ώρες στους 37°C. Μετά το πέρας των επωάσεων πραγματοποιήθηκε απομόνωση των πρωτεϊνών κι ανάλυση με ανοσοσύτιπωση για την εκτίμηση των επιπέδων των CD55, CD46, CD59 με κατάλληλα αντισώματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρώιμα αποτελέσματα από το πρωτόκολο της κυτταρομετρίας ροής επιβεβαίωσαν την ανίχνευση όλων των πρωτεϊνών στους προαναφερθείς πληθυσμούς. Επίσης, η ανοσοσύτιπωση επιβεβαίωσε την αύξηση των επιπέδων των ρυθμιστών του συμπληρώματος CD55 και CD46 με αυξανόμενες συγκεντρώσεις ερυθροποιητίνης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ερυθροποιητίνη φαίνεται να επηρεάζει θετικά την έκφραση των ρυθμιστών του συμπληρώματος σε καλλιεργημένα ποδοκύτταρα επίμυος γεγονός που επιτρέπει την περαιτέρω μελέτη για την ανίχνευση των σχετικών μηχανισμών.



## ΠΑ36

### **Ο ΥΠΟΔΟΧΕΑΣ ΤΟΥ ΟΜΟΙΑΖΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΓΟΝΗΣ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ-1 GLP-1 ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΝΟΡΕΞΙΟΓΟΝΟ ΝΕΥΡΟΠΕΠΤΙΔΙΟ NESFATIN-1 ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟ**

Αριστέα Ψηλοπαναγιώτη<sup>1</sup>, Σοφία Νίκου<sup>1</sup>, Σουζάνα Λογοθέτη<sup>2</sup>, Μαρίνα Αρμπή<sup>3</sup>, Διονύσιος Β. Χαρτουμπέκης<sup>4</sup>, Ελένη Παπαδάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογοανατομίας Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιολογίας Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

<sup>4</sup> Lausanne University Hospital, Service of Endocrinology, Diabetology and Metabolism

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Το πεπτίδιο GLP-1, αρνητικός ρυθμιστής πρόσληψης τροφής και σωματικού βάρους, δρα μέσω κεντρικών νευρωνικών κυκλωμάτων. Μελέτες σε πειραματόζωα τονίζουν τη σημασία του υποδοχέα GLP-1 (GLP-1R) των νευρώνων για την καταστολή της σίτισης, ενώ ασαφής παραμένει ο ρόλος των αστροκυττάρων στη μεταγωγή ανορεξιόγων σημάτων-σχετιζόμενων με τον GLP-1R. Στον άνθρωπο, το νευρωνικό υπόστρωμα που διαμεσολαβεί αυτές τις επιδράσεις παραμένει ανεπαρκώς χαρακτηρισμένο. Η χαρτογράφηση του GLP-1R στον ανθρώπινο υποθάλαμο, μια περιοχή με κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση της ενεργειακής ομοιόστασης, είναι απαραίτητη για την κατανόηση των κεντρικών μεταβολικών επιδράσεων του GLP-1. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η έκφραση του GLP-1R στον ανθρώπινο υποθάλαμο και η συσχέτισή της με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Τομές ανθρώπινου υποθαλάμου από 28 περιστατικά, 11 με φυσιολογικό ΔΜΣ (<25 Kg/m<sup>2</sup>) και 17 με μη φυσιολογικό ΔΜΣ (≥25 Kg/m<sup>2</sup>) εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας τις μεθόδους: πωσίνης-αιματοξυλίνης, luxol fast blue-cresyl violet, ανοσοϊστοχημείας και διπλού ανοσοφθορισμού.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ισχυρή ανοσοαντιδραστικότητα έναντι του GLP-1R ανιχνεύθηκε στους νευρώνες του υπεροπτικού, παρακοιλιακού και χοανικού υποθαλαμικού πυρήνα, καθώς επίσης και στην πλάγια υποθαλαμική περιοχή (LH). Στη LH, ενδιαφέρον παρουσιάζει η χαμηλότερη πρωτεϊνική έκφραση του GLP-1R στα άτομα μη φυσιολογικού ΔΜΣ σε σχέση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους ( $p < 0,05$ ) και η αρνητική συσχέτιση GLP-1R και ΔΜΣ ( $t_b = -0,347$ ,  $p < 0,05$ ). Επιπλέον, ο GLP-1R εμφάνισε εκτεταμένη συνεντόπιση με το ανορεξιόγονο νευροπεπτίδιο nesfatin-1, ενώ δε συνεκφράστηκε με τον ειδικό δείκτη των αστροκυττάρων GFAP.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν νευροανατομικές ενδείξεις για το ρόλο του GLP-1R στη ρύθμιση σιτιστικής συμπεριφοράς/ενεργειακής ισορροπίας, ενδεχομένως μέσω αλληλεπιδράσεων με τη nesfatin-1, στον άνθρωπο. Στη LH, μια εγκεφαλική δομή με τεκμηριωμένο ρόλο σε πρόσληψη τροφής και ανταμοιβή, μειωμένη έκφραση του GLP-1R μπορεί να συμβάλει στην απορρύθμιση ομοιοστατικής ή/και ηδονικής σιτιστικής συμπεριφοράς. Η αποκωδικοποίηση του νευρωνικού υποστρώματος της σίτισης/όρεξης είναι σημαντική, υπό το πρίσμα της θεραπευτικής στόχευσης σχετιζόμενων με παχυσαρκία δυσπροσαρμοστικών, σε επίπεδο φυσιολογίας, αλλοιώσεων.





# Glycofren®

Metformin hydrochloride

... ο σταθερός σύμμαχος του Διαβήτη τύπου 2



METFORMIN HYDROCHLORIDE

1000 mg/tab



METFORMIN HYDROCHLORIDE

850 mg/tab

**Θεραπευτικές ενδείξεις:** Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. **Αντενδείξεις:** Υπεραιμοσφαιρία στην υδροχλωρική μετφορμίνη ή σε κάποιο από τα έδεσχα. Διαβητική κетоξέωση, διαβητικό πρόκωμο. 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, απάθεια της όρεξης, διαταραχές γεύσεων. Α.Τ. 850 mg: 1.71 €, 1000 mg: 1.82 €.

Βεβαιώστε να είναι το φάρμακο ασφαλή και  
Ανεφάρμα GMP ως ανεπιθύμητες ενέργειες για OAA το φάρμακο  
Συμπεριλαμβάνει την ΣΕΠΡΙΟ ΚΑΡΜΑ.



Σχέση ασφάλειας & αξιοπιστίας

[www.uni-pharma.gr](http://www.uni-pharma.gr)



Αναρτημένες Ανακοινώσεις 

**(e - Posters)**

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA 1

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

#### Γάτου Ευαγγελία<sup>1</sup>

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έγκαυμα συνιστά βαριά συστηματική νόσος, με σημαντικές επιπτώσεις και σε ψυχικό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς με εγκαύματα εμφανίζουν συχνά διαταραχή μετατραυματικού στρες (post-traumatic stress disorder, PTSD), η οποία περιλαμβάνει έντονο άγχος, αρνητικές σκέψεις, διαταραχές ύπνου, επεισόδια αναβίωσης των τραυματικών γεγονότων, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση παρεμβάσεων για τη μείωση ή την πρόληψη της εμφάνισης του PTSD σε εγκαυματίες.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας στις επιστημονικές ηλεκτρονικές βάσεις (Pubmed, ScienceDirect, HEAL-Link, Google Scholar), για το χρονικό διάστημα 2018-2022. Συμπεριλήφθηκαν 8 άρθρα γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις οκτώ κλινικές δοκιμές, οι τρεις αφορούσαν παιδιά και οι πέντε ενήλικες ασθενείς. Τρεις παρεμβάσεις περιλάμβαναν χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογική στήριξη. Τα φάρμακα sertraline και propranolol δεν ήταν αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων του PTSD. Τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy - CBT) και παρουσίασαν τα καλύτερα αποτελέσματα στη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των εγκαυματιών με PTSD. Μία μελέτη χρησιμοποίησε τεχνικές ύπνωσης, οι οποίες δεν οδήγησαν σε μείωση των συμπτωμάτων του PTSD των ασθενών με εγκαύματα. Οι μελετητές πρότειναν την ανίχνευση ομάδων υψηλού κινδύνου με στόχο την οργανωμένη ψυχοκοινωνική επανένταξη των εγκαυματιών.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναδεικνύεται, η ανάγκη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να λαμβάνει υπόψη την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με εγκαύματα, έτσι ώστε να παρέχεται η κατάλληλη νευροψυχιατρική υποστήριξη και μέριμνα.

#### ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Εγκαύματα, ψυχολογικές επιπτώσεις, νευροψυχιατρικές διαταραχές, ψυχοπαθολογία εγκαυματικής νόσου



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA2

### Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΗΠΑΤΟΠΑΘΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Χ. Καπάτας<sup>1</sup>, **Θεοφανή Καραουλάνη**<sup>2</sup>, Ευφροσύνη Ματσούκα<sup>2</sup>, Αντωνία Κουντούρη<sup>3</sup>, Π. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>, Σοφία Τσαγκιά<sup>4</sup>, Α. Παρασκευάς<sup>1</sup>, Μ. Ξυντάρης<sup>1</sup>, Ν. Τσάκαλης<sup>1</sup>, Αρετή Υφαντή<sup>1</sup>, Γεωργία Δρισάκη<sup>1</sup>, Ανδρέας Καπάτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Α΄ Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

<sup>4</sup> Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»- Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

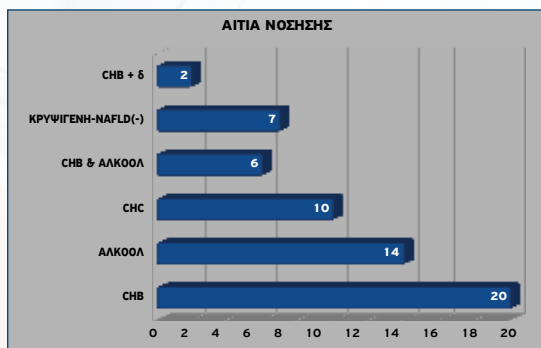
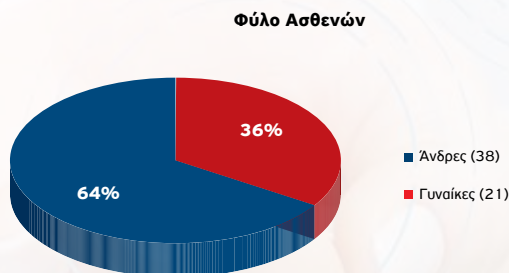
Η ανάπτυξη του ΗΚΚ στους ηπατοπαθείς ασθενείς με Χρόνια Ηπατίτιδα που έχουν αναπτύξει κίρρωση δεν είναι ίδιος για τις διαφορετικές μορφές ηπατοκυτταρικής βλάβης. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των επιδημιολογικών και αιτιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που πάσχουν από Η.Κ.Κ.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν όλοι οι ασθενείς με ΗΚΚ την τελευταία δεκαετία. Έγινε έλεγχος της χρόνιας ηπατικής βλάβης (ιολογικός- ανοσολογικός, κατανάλωση αλκοόλ- μεταβολικά νοσήματα)

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας είχαμε 59 ασθενείς με ΗΚΚ μέσης ηλικίας 64 έτη (56-82) με των Α/Γ=38/21. Η διάγνωση της χρόνιας ηπατικής βλάβης όσον αφορά την αιτιολογία ήταν: 20(33,9%) είχαν CHB, αλκοολική ηπατοπάθεια 14(23,7%), 10 CHC (16,9%), 6



συνδυασμό CHB και αλκοόλ (10,2%), 7(11,8%) κρυψιγενή κίρρωση - NAFLD και 2 CHB και δ (3,4%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας διαπιστώθηκε ότι οι συνηθέστερες αιτίες του ΗΚΚ είναι CHB, η κατάχρηση αλκοόλ, η CHC και η NAFLD. Αντιθέτως διαπιστώθηκε ότι είναι σπάνιο το ΗΚΚ σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA3

### ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Γ. Μπαράκος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, **Γ. Αθανασάκης**, Μαρία Βαρβέρη, Π. Ψαραύτης, Σ. Αντωνόπουλος

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστό ότι η πιο συχνή κατάσταση που προκαλεί ασκитική συλλογή είναι η κίρρωση του ήπατος, ενώ σπανιότερα ευθύνονται τα λεγόμενα εξωηπατικά αίτια όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, το νεφρωσικό σύνδρομο καθώς και λοιμώξεις όπως η φυματίωση.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναφέρεται η περίπτωση ασθενούς (γυναίκα, 78 ετών) η οποία προσήλθε λόγω ορθόχρωμης- ορθοκυτταρικής αναιμίας σε εξωτερικό έλεγχο. Στο ΤΕΠ διενεργήθηκε υπέρηχος άνω κοιλίας, όπου ανευρέθηκαν υποηχογενείς σχηματισμοί στο ελάσσον επίπλουν και ασκитική συλλογή σε όλους τους περιτοναϊκούς χώρους. Ακτινογραφία θώρακος με μικρή πλευριτική συλλογή δεξιά.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πραγματοποιήθηκε διαγνωστική παρακέντηση της ασκитικής συλλογής, όπου ανευρέθη λόγος λευκωματίνης ορού/λευκωματίνης ασκитικού υγρού: 0.5, πολυμορφοπύρρηνα 380/mm<sup>3</sup> και η ασθενής καλύφθηκε με κεφτριαξόνη. Πραγματοποιήθηκε καρδιολογικός και γυναικολογικός έλεγχος χωρίς σημαντικά ευρήματα. Ιολογικός έλεγχος, καρκινικοί δείκτες, Mantoux και ανοσολογικός έλεγχος: αρνητικά. Κυτταρολογικός έλεγχος ασκитικού υγρού: αρνητικός για κακοήθεια με λεμφοκυτταρική επικράτηση. Ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού και ούρων: χωρίς παθολογικά ερήματα. Διενεργήθηκε εκ νέου διαγνωστική παρακέντηση της ασκитικής συλλογής για μέτρηση των επιπέδων της ADA τα οποία ήταν θετικά και η ασθενής τέθηκε σε αντιφυματική αγωγή με ριφαμπικίνη/ισονιαζίδη, πυραζιναμίδη και αιθαμβουτόλη. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση, όπου διαπιστώθηκε η παρουσία πολυάριθμων λευκωπών εμφυτεύσεων στο τοιχωματικό περιτόναιο, μεσεντέριο, μείζον επίπλουν και το τοίχωμα όλου του εντερικού σωλήνα. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσίαση του περιστατικού γίνεται λόγω της σπανιότητας της πάθησης και της έμφασης που πρέπει να δίνεται στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με ασκитική συλλογή.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA4

### ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστίνα Λούσκου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, **Γ. Αθανασάκης**, Μαρία Βαρβέρη, Π. Ψαραύτης, Γ. Μπαράκος, Σ. Αντωνόπουλος

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι στατίνες ανήκουν στα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα, ωστόσο ένα ποσοστό ασθενών (5-20%) διακόπτει την αγωγή λόγω μη ανεκτών ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι πιο συχνές από αυτές αφορούν μυοσκελετικά συμπτώματα, που συνήθως υποχωρούν με την απόσυρση του φαρμάκου. Πρόσφατα έχει περιγραφεί μια νέα μορφή αυτοάνοσης νεκρωτικής μυοπάθειας, που σχετίζεται με τη λήψη στατίνης και δεν υποχωρεί με τη διακοπή της.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναφέρεται η περίπτωση ασθενούς (γυναίκα, 62 ετών) η οποία εμφάνισε κεντρομελική αδυναμία και αυξημένα μυϊκά ένζυμα (CPK: 14.000U/L, LDH: 2008U/L, SGOT/SGPT: 329/493U/L) μετά από μακροχρόνια λήψη ατορβαστατίνης 20 mg.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια ισότονα υγρά αρχικά με 6 lt N/S 0,9%/ημέρα έως 9 lt N/S 0,9%/ημέρα χωρίς σημαντική εργαστηριακή ανταπόκριση. Στα πλαίσια της κλινικοεργαστηριακής διερεύνησης πραγματοποιήθηκε βιοψία μυός που έδειξε εκφύλιση και νέκρωση μυϊκών ινών και ηλεκτρομυογράφημα με στοιχεία φλεγμονώδους μυοπάθειας. Η διάγνωση αυτοάνοσης νεκρωτικής μυοπάθειας επιβεβαιώθηκε με την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι της 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase (HMGR) στον ορό της ασθενούς. Υπήρξε σημαντική βελτίωση μετά την έναρξη θεραπείας με μεθυλπρεδνιζολόνη και αζαθειοπρίνη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσίαση του περιστατικού γίνεται λόγω της σπανιότητας της πάθησης και της διαφορετικής διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, σε σχέση με τις συνήθεις αυτοπεριοριζόμενες μυϊκές διαταραχές που σχετίζονται με τη λήψη στατίνης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA5

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19**

A. Μπέτσικος<sup>1</sup>, A. Ζορμπάς<sup>1</sup>, Σπυριδούλα Μπικά<sup>1</sup>, Ευανθία Γκαζούνη<sup>1</sup>, Ολυμπία Ώτα<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζουλογιάννη<sup>1</sup>, Μαρία Μούσια<sup>2</sup>, Ν. Σαμπάνης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>3</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το σύνδρομο αντισυνθετάσης αποτελεί σπάνια πολυσυστηματική διαταραχή αυτοάνοσης αρχής. Στην τυπική του μορφή χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη μυοσίτιδας, διάμεσης πνευμονοπάθειας και μη διαβρωτικής πολυαρθρίτιδας επί παρουσίας αυτο-αντισωμάτων anti-Jo1. Λιγότερο συχνές κλινικές εκδηλώσεις αποτελούν η παρουσία πυρετού, το φαινόμενο Raynaud και δερματικές βλάβες των άκρων χειρών, γνωστές και ως «χέρια μηχανικού».

#### **ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

Άνδρας, 64 ετών, εισήχθη προς διερεύνηση παρατενόμενου εμπυρέτου, προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπαθείας και μυϊκής αδυναμίας κεντρομελικής εντόπισης συνοδευόμενης από αρθραλγίες. Κατά τη νοσηλεία του παρατηρήθηκε περαιτέρω επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας και εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης, συνεπεία ραβδομυόλυσης. Στη βάση αυτών των δεδομένων, ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη ιολογικό, μικροβιολογικό, ανοσολογικό και απεικονιστικό έλεγχο καθώς και σε ηλεκτρομυογράφημα και βιοψία μυός.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τον ενδελεχή έλεγχο αποκλείστηκαν λοιμώδη αίτια, αναδείχθηκε εξαιρετικά αυξημένη τιμή CRP, αύξηση της αλδολάσης, μέτρια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας επί απουσίας στοιχείων ενεργού σπειραματονεφρίτιδας, ενώ η αξονική απεικόνιση αποκάλυψε διάχυτες, αμφοτερόπλευρες βλάβες, ενδεικτικές προσβολής του διαμέσου δικτύου των πνευμόνων. Η εμμένουσα αύξηση της CRP σε τιμές άνω των 5000 IU/L οδήγησαν σε διενέργεια ηλεκτρομυογραφήματος και βιοψία μυός τα οποία ανέδειξαν βλάβες μυοπαθητικού τύπου και εικόνα φλεγμονώδους-νεκρωτικής μυοσίτιδας, αντίστοιχα. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε σημαντική αύξηση των επιπέδων των anti-Jo1 αυτο-αντισωμάτων. Στη βάση των ανωτέρω, τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου αντισυνθετάσης και ο ασθενής έλαβε συνδυασμένη ανοσοκατασταλτική αγωγή.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το σύνδρομο αντισυνθετάσης αποτελεί σπάνια ανοσο-διαμεσολαβούμενη κλινική οντότητα που περιλαμβάνεται στο ευρύτερο φάσμα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών μυοπαθειών με διακριτά κλινικά και ανοσολογικά χαρακτηριστικά. Η συνύπαρξη της χαρακτηριστικής κλινικής τριάδας, μυοσίτιδα-διάμεση πνευμονική ίνωση-μη διαβρωτική αρθρίτιδα, επί παρουσίας θετικών anti-Jo1 αντισωμάτων, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης και επιβάλει την άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής, προκειμένου να αποφευχθεί η εγκατάσταση μόνιμων και μη αναστρέψιμων πνευμονικών ινωτικών βλαβών.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA6

### ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥ – ΓΛΥΚΟΖΗΣ 2 (SGLT2 I): ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ; ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αλεξάνδρα Θεοδωροπούλου<sup>1</sup>, Ν. Κασιάδας<sup>2</sup>, Αναστασία Θανοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ΠΕΔΥ-Κέντρο Υγείας Κεραμεικού

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2i) είναι μία νέα κατηγορία φαρμάκων που αρχικά χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και σύντομα απέδειξε ευεργετικά οφέλη σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ), ακόμη και ανεξάρτητα από την παρουσία ΣΔ.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός ήταν να διερευνηθεί, με βάση τη βιβλιογραφία, αν και κατά πόσο τα ευεργετικά οφέλη των SGLT2i σε ασθενείς με ΚΑ αντικατοπτρίζονται σε συγκεκριμένους βιοδείκτες, που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη στους ασθενείς αυτούς.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις MedLine/PubMed, Embase και Cochrane Library για τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, αναδρομικές και προοπτικές μελέτες καθώς και post-hoc αναλύσεις, οι οποίες διερεύνησαν την επίδραση των SGLT2i σε συγκεκριμένους βιοδείκτες σε ασθενείς με ΚΑ. Συμπεριελήφθησαν μελέτες των οποίων ο πληθυσμός ήταν αποκλειστικά ασθενείς με ΚΑ με χρονικό διάστημα δημοσίευσης την τελευταία δεκαετία και γλώσσα κειμένου τα Αγγλικά.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, ευρέθησαν 20 μελέτες από τη βιβλιογραφία που διερεύνησαν την επίδραση των SGLT2i σε νευροορμονικούς δείκτες (BNP και NTpro-BNP), δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης (τροπονίνη), δείκτες φλεγμονής (CRP, GDF-15), δείκτες οξειδωτικού stress (ox-LDL), καρδιονεφρικούς δείκτες (eGFR, ερυθροποιητίνη) και στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C). Η πλειοψηφία των μελετών αφορούσε τους νευροορμονικούς δείκτες, τους καρδιονεφρικούς και την HbA1C, όπου και για τις 3 κατηγορίες βιοδεικτών τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά, καθώς στις μισές υπήρχε βελτίωση των τιμών των βιοδεικτών, ενώ στις υπόλοιπες δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική μεταβολή. Σε ό,τι αφορά στις υπόλοιπες κατηγορίες βιοδεικτών, ανευρέθησαν πολύ λίγες μελέτες που ερεύνησαν τη μεταβολή τους με τη χρήση SGLT2i και σε κάποιες από αυτές τα αποτελέσματα ήταν επίσης διφορούμενα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σε σχέση με την επίδραση των SGLT2i στους βιοδείκτες στην ΚΑ. Θα χρειαστούν περισσότερες μελέτες, ώστε να αναδειχθεί αν και κατά πόσο μεταβάλλονται οι βιοδείκτες από τους SGLT2i, σε σχέση με τα ευεργετικά τους οφέλη στην ΚΑ.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA7

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥΣ ΟΖΟΥΣ

Ιωάννα Μπέλλου, Ιωάννα Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου, **N. Παπαϊωάννου** Ιωακείμ Κ., Λαζαρίδης Α., Ειρήνη Σταμούλη, Γλυκερία Τζατζάγου

*Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος από εναπόθεση ελαφρών αλύσεων (LCDD) είναι μία σπάνια οντότητα που διακρίνεται για τις άμορφες, μη αμυλοειδικές, κοκκιώδεις εναποθέσεις μονοκλωνικών ελαφρών αλύσεων. Προσβάλλει πολλαπλά όργανα και συχνά σχετίζεται με πλασματοκυτταρικές δυσκρασίες.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται μία ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με γενικευμένη διήθηση δέρματος, υποδόριο οίδημα και όζους που αποδείχθηκε νόσος από εναπόθεση ελαφρών αλύσεων.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα 45 ετών με ελεύθερο ιστορικό, άνευ αγωγής, προσήλθε αιτιώμενη σκλήρυνση και οίδημα δέρματος με εμφάνιση όζων, μυϊκή αδυναμία άκρων, δύσπνοια κοπώσεως και δυσκαταποσία, προοδευτικά επιδεινούμενα από 3μήνου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν ανώδυνοι όζοι στο τριχωτό της κεφαλής και τους πήχεις, γενικευμένη προσβολή δέρματος με σκληρή σύσταση και οίδημα κατά την ψηλάφηση, δυσχέρεια διάνοιξης στόματος και διατεταμένες σφαγίτιδες φλέβες. Από τον αρχικό εργαστηριακό και ανοσολογικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Από την αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας διαπιστώθηκαν κυστικά μορφώματα στα παραμήτρια, που αποδόθηκαν σε υδροσάλπιγγα, χωρίς υπόνοια κακοήθειας από τη γυναικολογική εξέταση και τη μαγνητική τομογραφία κοιλίας. Στο υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε εικόνα περιοριστικής μυοκαρδιοπάθειας, θέτοντας την υπόνοια διηθητικού νοσήματος. Η μαγνητική καρδιάς ήταν θετική για διηθητικό νόσημα τύπου αμυλοείδωσης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ελήφθησαν πολλαπλές βιοψίες δέρματος συμπεριλαμβανομένων των όζων όπου διαπιστώθηκε συσσώρευση άμορφης, βασίφιλης, μη αμυλοειδούς ουσίας με απουσία χρώσης για ερυθρό του Κονγκό και θετικότητα για λ ελαφρές αλύσους. Στην ανοσοκαθήλωση ορού διαπιστώθηκε μονόκλωνο κλάσμα λ αλύσεων και στα ούρα παρουσία Bence Jones πρωτεΐνης τύπου λ ελαφρών αλύσεων. Οι λ άλυσιοι σε ποσοτικό προσδιορισμό ήταν 305mg/L (φ.τ.: < 27) με λόγο κ/λ= 0,02.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εναπόθεση ελαφρών αλύσεων είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με διήθηση του δέρματος και πολύ περισσότερο σπλάγχχνων όπως η καρδιά. Η διαφορετική διάγνωση περιλαμβάνει άλλα διηθητικά νοσήματα και πρωτίστως την αμυλοείδωση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA8

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ WALDENSTROM

Β. Μόσιαλος, **Ν. Παπαϊωάννου**, Αλέξανδρος Κάκαρης, Κ. Ιωακείμ, Καλλιόπη Μικούδη, Α. Λαζαρίδης, Γλυκερία Τζατζάγου

Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μακροσφαιριναιμία Waldenström είναι ένα σπάνιο λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα που παρουσιάζεται κυρίως σε ηλικιωμένους άντρες και χαρακτηρίζεται από ώριμα πλασματοκυτταροειδή λεμφοκύτταρα με μονοκλωνική υπερπαραγωγή ανοσοσφαιρίνης IgM. Η κλασική μορφή της νόσου περιλαμβάνει διήθηση μυελού ή/και λεμφαδενοπάθεια και οργανομεγαλία. Η κλινική εικόνα μπορεί να είναι από ασυμπτωματική μέχρι εμφάνιση συνδρόμου υπεργλοιοίτιδας.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με μακροκυτταρική αναιμία που προέκυψε μακροσφαιριναιμία Waldenström.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας, 88 ετών, προσεκομίσθη λόγω βαριάς μακροκυτταρικής αναιμίας που διαπιστώθηκε σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο (Hb: 3,5 gr/dL, Hct: 7,9%, MCV: 108fl) που διενεργήθηκε λόγω αδυναμίας. Από τη γενική αίματος διαπιστώθηκε ήπια θρομβοπενία (PLTs= 130.000) και τριψήφια τιμή ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ= 135). Οι δείκτες αναιμίας (B12, φυλλικό) ήταν φυσιολογικοί. Από τον έλεγχο πήξης διαπιστώθηκε παράταση aPTT (53 sec, Φ.Τ=25-35). Με βάση την ηλικία και τα εργαστηριακά ευρήματα ετέθη αρχικά η υπόνοια πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας και εστάλη ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών ορού (IgM=2290g/L). Στην ανοσοκαθήλωση ανιχνεύτηκε μονοκλωνική ζώνη IgM-κ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο μυελο διαπιστώθηκε διήθηση από λεμφοπλασματοκύτταρα και ο ασθενής ήταν θετικός για τη σωματική μετάλλαξη στο γονίδιο Myd88. Βάσει όλων των παραπάνω ευρημάτων, ετέθη η διάγνωση της μακροσφαιριναιμίας Waldenström. Η παράταση aPTT αποδόθηκε σε επίκτητη ανεπάρκεια παράγοντα Χ (56%, Φ.Τ=70-120) σε έδαφος υποκείμενου λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος και συνδέθηκε με την αιμορραγική διάθεση του ασθενούς καθώς εμφάνισε επίσταση κατά τη νοσηλεία. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με Δεξαμεθαζόνη και Ριτουξιμάμπη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μακροσφαιριναιμία Waldenström ή λεμφοπλασματοκυτταρικό λέμφωμα είναι ένα σπάνιο λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα που συνήθως αναπτύσσεται βραδέως, ωστόσο δύναται να εκτραπεί σε επιθετικό λέμφωμα. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι αποτέλεσμα τόσο της άμεσης διήθησης του μυελού των οστών ή άλλων λεμφικών οργάνων όσο και της ποσότητας της παραγόμενης μονοκλωνικής IgM (σύνδρομο υπεργλοιοίτιδας). Στη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τα λεμφώματα και το πολλαπλούν μύελωμα.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA9

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ

Ιωάννα Καρνοφύλλη-Ταμίσογλου, Β. Μόσιαλος, **A. Κάκαρης**, Α. Τυχάλας, Α. Λαζαρίδης, Γλυκερία Τζατζάγου

*Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λειψμανίαση είναι ζωνόσος που προκαλείται από το ενδοκυττάριο παράσιτο *leishmania* και μεταδίδεται μέσω δήγματος από θηλυκό φλεβοτόμο. Διαπιστώνονται δύο μορφές της νόσου, η δερματική και η σπλαχνική. Η κλινικο-εργαστηριακή εικόνα περιλαμβάνει εμπύρετο, απώλεια βάρους, έντονη κακουχία, αναιμία (έως και πανκυτοπενία) και εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία. Για τη διάγνωση απαιτείται ιδανικά η απομόνωση του παρασίτου σε μολυνθέντα ιστό είτε η ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με ιστορικό σαρκοείδωσης που προσήλθε λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου, πανκυτοπενίας και σπληνομεγαλίας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας, 48 ετών, που διέμενε σε ημιαγροτική περιοχή εισήχθη στην κλινική λόγω εμπυρέτου έως 39C από τριών εβδομάδων με συνοδό καταβολή. Από το ιστορικό διαπιστώθηκε χειρουργηθέν καρκίνωμα θυρεοειδούς και σαρκοείδωση θεραπευθείσα προ 7 ετίας, χωρίς υποτροπή έκτοτε. Προσκόμισε αξονική θώρακα-κοιλίας με εικόνα σπληνομεγαλίας με πολλαπλές υπόπυκνες περιοχές εντός του σπληνός. Επιπρόσθετα, έφερε μυελόγραμμα χωρίς παθολογικά ευρήματα και οστεομυελική βιοψία με εικόνα μη ειδικής φλεγμονώδους αντίδρασης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας που επιβεβαίωσε τη σπληνομεγαλία. Στον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε πανκυτταροπενία με χαμηλούς δείκτες φλεγμονής. Πολλαπλές καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές. Ο έλεγχος για ιούς και βρουκέλλα καθώς κι ο μοριακός έλεγχος (PCR) για λειψμανίαση ήταν αρνητικοί. Λόγω των παραπάνω και του ιστορικού του ασθενούς, ετέθη αρχικά η υπόνοια της σαρκοείδωσης σπληνός και χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή, χωρίς ωστόσο βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας. Εστάλη εκ νέου ορολογικός έλεγχος αντισωμάτων για λειψμανίαση (δισ) που ήταν θετικά. Ακολούθως, ο ασθενής έλαβε αγωγή με λιποσωμική Αμφοτερικίνη Β με πλήρη ύφεση του εμπυρέτου και αποκατάσταση της πανκυτταροπενίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λειψμανίαση είναι μία ζωνόσος με κυρίαρχα κλινικά σημεία το εμπύρετο και τη σπληνομεγαλία. Ωστόσο, θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από πολυάριθμα άλλα συστηματικά νοσήματα: λοιμώδη, αυτοάνοσα και κακοήθη. Θεραπεία εκλογής είναι η λιποσωμική Αμφοτερικίνη Β.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA10

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΙΚΤΕΡΟ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ν. Παπαϊωάννου, Ιωάννα Μπέλλου, **A. Κάκαρης**, Α. Τυχάλας, Α. Καρακόζογλου, Α. Λαζαρίδης, Γλυκερία Τζατζάγου

Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λεπτοσπείρωση είναι ζωνόσος που οφείλεται σε στελέχη του βακτηριδίου *Leptospira* και μεταδίδεται μέσω επαφής των βλεννογόνων και του δέρματος με ούρα ή ιστούς μολυσμένων ζώων. Έχει δύο μορφές: την ανικτερική που είναι η συνηθέστερη με ήπια συμπτωματολογία ως επί γριππώδους συνδρομής και την ικτερική μορφή (νόσος Weil) που χαρακτηρίζεται από πολυσυστηματική προσβολή με υψηλή θνητότητα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται περίπτωση λεπτοσπείρωσης με ίκτερο και οξεία νεφρική βλάβη.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα, 70 ετών, προσεκομίσθη λόγω αδυναμίας κάτω άκρων και ικτερικής χροιάς από εβδομάδος. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε επιληψία υπό Καρβαμαζεπίνη και Φαινυτοϊνη. Κλινικά, διαπιστώθηκε ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων, ήπια διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα και συμμετρική αδυναμία αντιβαρικής κίνησης κάτω άκρων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη (ουρία=275 mg/dL, κρεατινίνη=10.64 mg/dL), άμεση υπερχολερυθριναιμία (ολική/άμεση χολερυθρίνη=6.53/5.29 mg/dL), υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Hb=5 g/dL) και ήπια θρομβοπενία (PLTs= 120.000). Παρά τη χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, η ασθενής παρέμεινε ανουρική και υπεβλήθη σε συνεδρίες τεχνητού νεφρού με σταδιακή αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και της διούρησης. Διενεργήθηκε ολοσωματική αξονική τομογραφία (άνευ σκιαστικού) που ανέδειξε διηθητικά στοιχεία πνευμόνων, χωρίς ωστόσο εικόνα λοίμωξης αναπνευστικού. Λόγω μη ανίχνευσης του αιτίου της υπερχολερυθριναιμίας, εστάλη ιολογικός έλεγχος ο οποίος απέβη αρνητικός. Λόγω ιστορικού (παρουσία τρωκτικών στην οικία), εστάλη έλεγχος αντισωμάτων για λεπτόσπειρα τα οποία ήταν θετικά. Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια θεραπεία με Κεφτριαξόνη με αποτέλεσμα σημαντική κλινικο-εργαστηριακή βελτίωση. Ο έλεγχος πεπτικού ήταν αρνητικός για κακοήθεια.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λεπτοσπείρωση είναι ένα λοιμώδες νόσημα με συστηματικά συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων του ίκτερου και της οξείας νεφρικής προσβολής. Η διάγνωση γίνεται με ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων ενάντια στο βακτήριο.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA11

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΓΑΜΜΑΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΥΠΟΓΑΜΜΑΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ

**Αναγνώστáκη Μαρία-Εμμανουέλα**, Ταμπάκη Δέσποινα, Κουραμπιέ Ειρήνη, Αναγνώστáκη Ισμήνη, Παπασπυροπούλου Γεωργία-Ειρήνη

Παθολογική κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αίτια της δευτεροπαθούς υπογαμμασφαιριναιμίας περιλαμβάνουν τη μακροχρόνια χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων, συνήθως καρβαμαζεπίνης και βαλπροϊκού οξέος. Η συχνότητα της υπογαμμασφαιριναιμίας ως ανεπιθύμητη αντίδραση των αντιψυχωσικών φαρμάκων δεν έχει προσδιοριστεί επαρκώς.

#### ΣΚΟΠΟΣ

να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης υπογαμμασφαιριναιμίας σε ασθενείς που λαμβάνουν συστηματικά για περισσότερα από 2 χρόνια καρβαμαζεπίνη και/ή βαλπροϊκό οξύ ως αντιψυχωσικά και η σύγκριση των επιπέδων ανοσοσφαιρινών ορού με αντίστοιχους μάρτυρες.

#### ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη έγινε αναδρομικά και συμπεριέλαβε 83 ψυχιατρικούς ασθενείς που έλαβαν για περισσότερα από 2 χρόνια τουλάχιστον ένα από τα προαναφερθέντα φάρμακα (ομάδα Α). Τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών στον ορό προσδιορίστηκαν και η υπογαμμασφαιριναιμία προσδιορίστηκε κάτω από  $<2$  SD της μέσης τιμής. Τα μέσα επίπεδα των ασθενών που έλαβαν καρβαμαζεπίνη και/ή βαλπροϊκό οξύ συγκρίθηκαν με ασθενείς ελέγχου (1134 ομάδα Β) που δεν έκαναν χρήση αυτών των φαρμάκων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν το  $\chi^2$ . Οι ασθενείς που λάμβαναν ανοσοκατασταλτικά αποκλείστηκαν.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

18 από τους 83 (21%) της ομάδας Α είχαν υπογαμμασφαιριναιμία σε σύγκριση με 3 από τους 1134 (0,2%) της ομάδας Β. Τα μέσα επίπεδα ανοσοσφαιρινών στον ορό φαίνονται στον Πίνακα 1.

	μέση IgG ορού	μέση IgA ορού	μέση IgM ορού
Ομάδα Α	877 mg/dl (sd+/-98)	157 mg/dl (sd+/-82)	77 mg/dl (sd+/-24)
Ομάδα Β	985 mg/dl (sd+/-66)	321 mg/dl (sd+/-68)	199 mg/dl (sd+/-84)
	p<0.001	p<0.001	p<0.001

**Πίνακας 1.** Μέσα επίπεδα ανοσοσφαιρινών στον ορό σε ασθενείς που λαμβάνουν και δεν λαμβάνουν καρβαμαζεπίνη και/ή βαλπροϊκό οξύ

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίπτωση της υπογαμμασφαιριναιμίας σε ασθενείς που χρησιμοποιούν καρβαμαζεπίνη και/ή βαλπροϊκό οξύ σε μακροχρόνια βάση προσδιορίστηκε στο 21%. Επιπλέον, η χρήση αυτών των φαρμάκων φαίνεται να προκαλεί μια στατιστικά σημαντική και προβλέψιμη μείωση των ανοσοσφαιρινών στον ορό.

## AA12

### ΡΗΣΗ ΜΥΩΝ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΟΥ ΩΜΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΑΚΡΟΥ COVID

Ελευθερία Κρανιδιώτη<sup>1</sup>, Ανδρονίκη Παπαποστόλου<sup>1</sup>, Α. Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Γεωργία Σαρρή<sup>1</sup>, Αικατερίνη Κατσανδρή<sup>1</sup>, Β. Σεβαστιανός<sup>1</sup>

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο του “μακρού COVID” (long COVID ή post-COVID-19 syndrome) αποτελεί μία κλινική οντότητα της οποίας η παθοφυσιολογία είναι ακόμα υπό διερεύνηση. Χαρακτηρίζεται από μία ετερογενή ομάδα υποξέων ή/και χρονίων συμπτωμάτων και σημείων που ακολουθούν την οξεία φάση της λοίμωξης από τον ιό SARS CoV -2. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται σε άτομα που αφού νόσησαν από COVID-19 και παρά την αρνητικοποίηση των σχετικών εργαστηριακών δοκιμασιών (PCR) εξακολουθούν να έχουν συμπτώματα που επιμένουν τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες μετά τη νόσηση. Σκοπός μας είναι η περιγραφή μιας μυοσκελετικής πάθησης σε γυναίκα ασθενή δύο μήνες μετά το πέρας της COVID λοίμωξης.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 50 ετών, της Καυκάσιας φυλής, αντιμετωπίστηκε στην COVID πτέρυγα του νοσοκομείου μας το Φεβρουάριο του 2021 ως μέτριας βαρύτητας COVID πνευμονία. Πρόκειται για ασθενή μη καπνίστρια, ανεμβολίαστη για τον SARS CoV-2 με ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto υπο αγωγή με λεβοθυροξίνη. Προσέληθε λόγω εμπυρέτου με συνοδό ρινική συμφόρηση, ξηρό βήχα από 4 ημέρου και θωρακαλγίας με αντανάκλαση στη ράχη από 24ώρου. Προσκόμισε θετικό μοριακό έλεγχο (PCR) που διενεργήθη 6 ημέρες προ της εισαγωγής της. Από την αξονική θώρακος με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής που διενεργήθη διαπιστώθηκαν αμφοτερόπλευρα διηθήματα δίκην θαμβής υάλου δίκως ελλείμματα πλήρωσης της πνευμονικής κυκλοφορίας. Κατά τη νοσηλεία της που διήρκεσε 7 ημέρες έλαβε αγωγή με αμπικιλίνη -σουλπακτάμη, αζιθρομυκίνη, ρεμδεσιβίρη, δεξαμεθαζόνη, ενοξαπαρίνη και ομεπραζόλη. Εξήληθε σε καλή κατάσταση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης των ασθενών του δεύτερου κύματος της πανδημίας, η ασθενής δύο μήνες μετά ανέφερε αίσθημα κοπώσεως και άλγος δεξιού ώμου με περιορισμό στις κινήσεις χωρίς να έχει προηγηθεί μηχανική κάκωση του άνω άκρου. Διενεργήθη μαγνητική τομογραφία η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με τενοντοπάθεια και μικρορρηξεις των τενόντων των μυών του στροφικού πετάλου του ώμου. Κατόπιν ορθοπαιδικής εκτίμησης, αντιμετωπίστηκε με μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη και συνεδρίες φυσικοθεραπειών.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το «long COVID» σύνδρομο αποτελεί μία σχετικά νέα κλινική οντότητα. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες με σκοπό τη βέλτιστη κατανόηση της παθοφυσιολογίας, των συμπτωμάτων και της σωστής διαχείρισης των περιστατικών.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA13

### ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ SARS COV 2 ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΥ ΕΡΠΗ

Γ. Γόμπος<sup>1</sup>, Α. Χατζηναντωνίου<sup>1</sup>, Αικατερίνη Βολονάκη<sup>1</sup>, Χρυσάνθη Μανώλακα<sup>1</sup>, Σαββίνα Μανώλακα<sup>1</sup>, Α. Καίκης<sup>1</sup>, Ευσταθία Αναστασίου<sup>1</sup>, Δέσποινα Διακονικόλα<sup>1</sup>, Μαρία Σταμπόρη<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων/ Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγραφή ενδιαφέροντος περιστατικού με ανοσοκαταστολή που νοσηλεύτηκε λόγω covid 19 και βλάβη ρινός και άνω χείλους.

#### ΥΛΙΚΟ

Ασθενής 84 ετών εισήχθη στη Μονάδα ειδικών λοιμώξεων λόγω εμπύρετου και λοίμωξη COVID 19 με μέτριας βαρύτητας πνευμονία. Ατομικό αναμνηστικό: Βηματοδότης από ετών, μεταλλική μιτροειδής βαλβίδα υπό ασενοκουμαρόλη από 10ετίας, αυτοάνοση θρομβοπενία υπό μεθυλπρεδνιζολόνη 8mg από ετών και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 υπό δισκία, πλήρως εμβολιασμένη έναντι SARS CoV-2. Εργαστηριακάεισαγωγής: WBCs: 21,16K/μL, Πολυμορφοπύρνηνα: 87,3%, Λεμφοκύτταρα: 6,5%, HGB: 10,5g/dL, HCT: 34,2%, PLT: 120K/MI, CRP: 18,59mg/dl, Ουρία: 135mg/dl, Κρεατ: 1,35mg/dl Na: 128mmol/L, K: 5mmol/L. Ετέθη σε θεραπεία με ρεμντεσιβίρη σύμφωνα με το πρωτόκολλο του ΕΟΔΥ, κεφτριαζόνη, αντιπηκτική αγωγή με φονταπαρινόξη, δεξαμεθαζόνη 6mg άπαξ ημερησίως και μετοπρολόλη. Στην εισαγωγή της παρουσιάστηκε φυσαλιδώδες εξάνθημα περιορισμένης έκτασης άνω χείλους και ρινός. Την 3η ημέρα παρατηρήθηκε εξάπλωση του εξανθήματος σε μεγάλη έκταση, στο δέρμα της ρινοχειλικής περιοχής καθώς και στους βλεννογόνους της στοματικής κοιλότητας και της ρινός με εσχαροποίηση αυτού και εξίδρωμα και η ασθενής ετέθη σε αγωγή με ασικλοβίρη 500mg 3 φορές την ημέρα και τοπική θεραπεία στην προσβληθείσα περιοχή. Ελέω ταχείας επέκτασης προς τη ρίνα και περιστοματικά, λήφθηκε καλλιέργεια ρινικού επιχρίσματος, το οποίο ανέδειξε MSSA και ξεκίνησε η θεραπεία per os με αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ για 10 ημέρες και βαλασικλοβίρη με γρήγορη βελτίωση. Η πνευμονία ανταποκρίθηκε πλήρως στη χορηγηθείσα αγωγή. Εργαστηριακά 5ης ημέρας WBCs: 11,02K/μL, Πολυμορφοπύρνηνα: 9,6K/μL, HCT: 34,2%, PLT: 120K/MI, CRP: 8,25mg/dl, Ουρία: 61mg/dl, Κρεα: 0,72mg/dl.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επαγρύπνηση και η ετοιμότητα σε περιστατικά με ανοσοκαταστολή, η ανάγκη για συνδυαστική σκέψη όπως επίσης και η αναθεώρηση της εκάστοτε επικρατούσας άποψης για μια διάγνωση είναι επιβεβλημένα δεδομένου του υψηλού ποσοστού συλλοιμώξεων στους ασθενείς αυτούς.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA14

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ

**Ν. Φέτσας**, Γιάννα Καραπάτη, Μαρία Δαφνή, Βασιλική Τζαβάρα

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο- Μπενάκειο ΕΕΣ, Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκεφαλίτιδα μπορεί να προκληθεί από πολλά λοιμώδη αίτια, στις περισσότερες περιπτώσεις ιογενή, ενώ, συχνά συνυπάρχει και μηνιγγίτιδα. Στη διάγνωση των ιογενών εγκεφαλίτιδων σημαντικό ρόλο παίζει ο μοριακός έλεγχος (PCR) του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, όπου η ευαισθησία και η ειδικότητα του είναι υψηλές, με μόνη εξαίρεση τον ιό του Δυτικού Νείλου (υπερτερειί η αναζήτηση αντισωμάτων).

#### ΣΚΟΠΟΣ

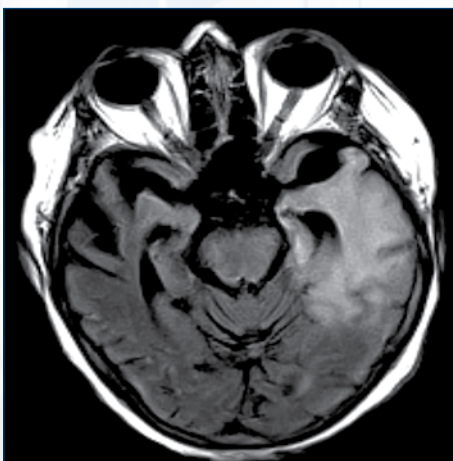
Η καταγραφή δύο περιπτώσεων εγκεφαλίτιδων με έμφαση στο ιστορικό, στην κλινική εικόνα και κυρίως, στα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιστατικό 1: Γυναίκα 76 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, διεκομίσθη λόγω σύγχυσης και φυσαλιδοφλυκταινώδους εξανθήματος στο πρόσωπο (Εικόνα 1). Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT) ήταν αρνητική. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ) ανέδειξε 1 λεμφοκύτταρο, αρνητική PCR και φυσιολογικά λεύκωμα και γλυκόζη, ενώ η επαναληπτική μετά από 48 ώρες, 9 λεμφοκύτταρα, αυξημένο λεύκωμα και PCR θετική για Varicella Zoster Virus. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) και το πλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEG) ήταν αρνητικά.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

Περιστατικό 2: Γυναίκα 78 ετών, με ιστορικό αιθυλισμού, διεκομίσθη λόγω έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας. Σημειώνεται πρόσφατη νοσηλεία αλλαχού λόγω περιορισμού λειτουργιών, με αρνητική CT εγκεφάλου και ΟΝΠ και εγκεφαλοπαθητικό ΗΕΓ. Στο νοσοκομείο μας, CT εγκεφάλου αρνητική, τρεις διαδοχικές ΟΝΠ με 30-50 λεμφοκύτταρα, αυξημένο λεύκωμα, αρνητικές PCR και καλλιέργειες. Στη MRI εγκεφάλου ανεδείχθη οίδημα στον αριστερό κροταφικό λοβό με ενίσχυση της παραμαγνητικής ουσίας - ευρήματα συμβατά με εγκεφαλίτιδα από τον ιό του απλού έρπητα (HSV) (Εικόνα 2). Επιληπτόμορφο ΗΕΓ με γενικευμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της εγκεφαλίτιδας τίθεται με βάση το ιστορικό, την κλινική εικόνα και τον παρακλινικό έλεγχο. Η συμβολή του εργαστηρίου για τη διάγνωση και την ταυτοποίηση του παθογόνου με PCR, είναι νευραλγική. Η κλινική υποψία για τη νόσο αποτελεί τη βάση αναζήτησης και άλλων διαγνωστικών εργαλείων που θα πιστοποιήσουν τη διάγνωση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA15

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΗΣ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗΣ Β ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

**Ελένη Παπαδοκωστάκη**, Α. Κατσιγιάννης, Κ. Αλεξάκης, Μ. Παπαπαναγιώτου, Αντιγόνη Νικηφόρου, Άντρια Παπαζαχαρίου, Ι. Παπαδάκης

*Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αμφοτερικίνη Β (AmB) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία σοβαρών μυκητιάσεων καθώς και για τη θεραπεία της σπλαγχνικής λείσμανιασης. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της AmB είναι η νεφροτοξικότητα, οι αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της έγχυσης (πυρετός, ρίγος, μυαλγίες) και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η λιπώσωματική μορφή της αμφοτερικίνης Β (LAmB) παρουσιάζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Σπάνια έχει αναφερθεί καρδιοτοξικότητα όπως κοιλιακές αρρυθμίες, υπέρταση ή υπόταση και διατακτική μυοκαρδιοπάθεια.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς ο οποίος ανέπτυξε σημαντική υπόταση και βραδυκαρδία μετά τη χορήγηση LAmB για τη θεραπεία σπλαγχνικής λείσμανιασης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 50 ετών χωρίς γνωστό ιστορικό καρδιαγγειακής διεγνώσθη με σπλαγχνική λείσμανιαση και επρόκειτο να λάβει αγωγή με συνολικά 21 mg/kg LAmB. Την πρώτη μέρα έλαβε ανεπίπλεκτα 250 mg LAmB. Τη δεύτερη μέρα θεραπείας περίπου μια ώρα μετά την έναρξη της LAmB ο ασθενής ανέπτυξε συμπτωματική υπόταση ΑΠ 70/50 mmHg. Η καρδιακή συχνότητα ήταν 72 σφύξεις/λεπτό και το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό. Η λοιπή κλινική εξέταση ήταν φυσιολογική χωρίς στοιχεία σήψης, αλλεργίας ή αιμορραγίας. Ο ασθενής δεν λάμβανε άλλη καρδιοτοξική αγωγή. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Η χορήγηση της LAmB διεκόπη και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών και αγγειοσυσπαστικών για περίπου 10 ώρες. Την επόμενη μέρα αποφασίστηκε η εκ νέου χορήγηση LAmB. Ωστόσο αμέσως μετά την έναρξη χορήγησης ο ασθενής παρουσίασε ξανά υπόταση και επιπλέον φλεβοκομβική βραδυκαρδία με 35 σφύξεις. Πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς ενδείξεις ισχαιμίας ή μυοκαρδιοπάθειας. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με διακοπή της LAmB, ενώ η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα αποκαταστάθηκαν περίπου 24 ώρες αργότερα. Ο ασθενής τελικά για τη θεραπεία της σπλαγχνικής λείσμανιασης έλαβε επιτυχώς θεραπεία με μιλεφεοσίνη per os για συνολικά 28 μέρες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η καρδιακή τοξικότητα αποτελεί σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια της LAmB. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός. Ωστόσο περιστατικά κοιλιακών αρρυθμιών, υπέρτασης αλλά και υπότασης, ή ακόμα και καρδιακή ανακοπή ιδιαίτερα σε ταχεία έγχυση έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA16

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ COVID-19

Κωνσταντίνα Τσουμάνη<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>, **Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>**, Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Αντωνία Λιαρμακοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Ρίζος<sup>1</sup>, Ουρανία Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με COVID-19. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι καταγραφή των συνοσηροτήτων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022 (περίοδος λειτουργίας της ΜΕΘ COVID).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

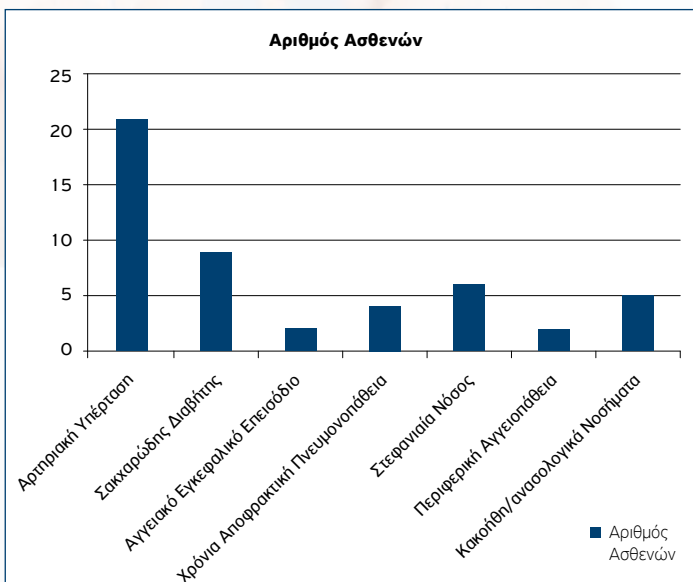
Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών καθώς και οι συνοσηρότητές τους.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 29 ασθενείς, εκ των οποίων 23 άνδρες και 6 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 43 έως 89 έτη με μέση ηλικία 69,7 έτη. Καταγράφηκαν 21 ασθενείς με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, 9 με ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη, 2 με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, 4 με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και 6 με ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Επίσης νοσηλεύτηκαν δύο ασθενείς με γνωστή περιφερική αγγειοπάθεια και 5 ασθενείς με κακοήθη/ανοσολογικά νοσήματα (εκ των οποίων ένας μεταμοσχευμένος).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τους οποίους νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID, ελάχιστοι ήταν αυτοί χωρίς συνοδά νοσήματα. Αντιθέτως οι πολλοί έπασχαν από περισσότερα τους ενός συνοδά νοσήματα. Η ύπαρξη συνοσηροτήτων κυρίως από τα καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα επηρεάζει σαφώς την πορεία των ασθενών με COVID-19 τόσο όσον αφορά τη νοσηλεία τους ή μη σε ΜΕΘ όσο και την τελική έκβαση αυτών. Η λήψη αυξημένων μέτρων προστασίας και η διενέργεια εμβολιασμού κρίνεται απαραίτητη σε αυτούς τους ασθενείς.



Πίνακας 1.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA17

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ COVID-19

**Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>**, Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>, Κωνσταντίνα Τσουμάνη<sup>1</sup>, Δήμητρα Λεπίδα, Όλγα Υγροπούλου, Ουρανία Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ύπαρξη επιπλοκών είναι αρκετά συχνή κατά τη νοσηλεία των ασθενών με COVID-19 σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η καταγραφή επιπλοκών που παρατηρήθηκαν στους ασθενείς της ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022 (περίοδος λειτουργίας της ΜΕΘ COVID).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

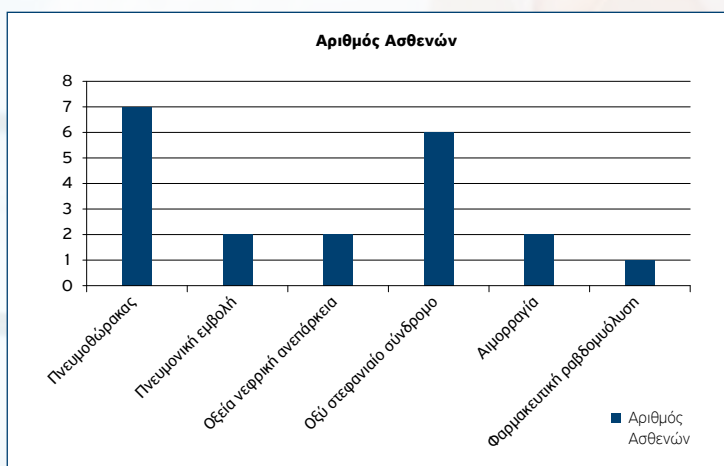
Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022. Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά αυτών καθώς και οι μειζονες επιπλοκές κατά τη νοσηλεία τους.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 29 ασθενείς με μέση ηλικία 69,7 έτη. Καταγράφηκαν 7 ασθενείς που εμφάνισαν πνευμοθώρακα (1 εκ των οποίων πνευμοθώρακα άμφω και πνευμομεσοθώρακιο), 2 με πνευμονική εμβολή, 2 με οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ενώ συνολικά 4 ασθενείς χρειάστηκε να τεθούν σε φίλτρο συνεχούς φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με προϋπάρχουσα επηρεασμένη νεφρική λειτουργία), 6 με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, 2 με μείζονα αιμορραγία και 1 με ραβδομύωση (που αποδόθηκε στη χορήγηση δαπτομυκίνης). Σε 3 ασθενείς οι επιπλοκές απέβσαν θανατηφόρες (πνευμοθώρακα - οξύ στεφανιαίο σύνδρομο - οξύ στεφανιαίο σύνδρομο). Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι 3 εκ των 29 ασθενών προσκομίσθηκαν στο νοσοκομείο λόγω non-Covid συμπτωματολογίας (2 λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και 1 λόγω αιμορραγίας πεπτικού) και ακολούθως (αφού ανευρέθηκαν θετικοί στον Sars-Cov-2) χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επιπλοκές σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ είναι συχνές. Θα πρέπει να ακολουθούνται στρατηγικές πρόληψης και πρωτόκολλα όπως για την τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών γραμμών, τη διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής και την πρόληψη ενδοноσοκομειακής διασποράς μικροβίων. Ωστόσο η ανάγκη αερισμού κάποιων ασθενών με αερισμό υψηλών πιέσεων, η φύση της νόσου Covid-19, η ύπαρξη συννοσηροτήτων και η μακρά νοσηλεία καθιστούν αρκετές φορές αναπόφευκτη την εμφάνιση επιπλοκών.



Πίνακας 1.



## AA18

### SOFA SCORE ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ COVID-19

Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>, **Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>**, Κωνσταντίνα Τσουμάνη<sup>1</sup>, Ελένη Κοσμά, Δ. Ρίζος<sup>1</sup>, Ουρανία Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η πρόγνωση των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με COVID-19 εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για την εκτίμηση της πρόγνωσης χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες που συνεκτιμούν παραμέτρους από διάφορα συστήματα. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι καταγραφή του Sofa score των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022 (περίοδος λειτουργίας της ΜΕΘ COVID) και η συσχέτιση του με την πρόγνωση αυτών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκε το SOFA score κατά την ημέρα εισαγωγή και καταγράφηκε η έκβαση των ασθενών αυτών με βάση σκληρούς δείκτες (θάνατος κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ COVID ή έξοδος από τη Μονάδα COVID και συνέχιση της νοσηλείας σε παθολογική κλινική ή Γενική ΜΕΘ).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 29 ασθενείς, εκ των οποίων 23 άνδρες και 6 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 43 έως 89 έτη με μέση ηλικία 69,7 έτη. Καταγράφηκαν τιμές SOFA score από 0-13 με μέση τιμή 6,9. Παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών που εξήλθαν από τη ΜΕΘ-COVID απευθείας σε παθολογική κλινική είχε σχετικά χαμηλό sofa score (<4, με μέση τιμή 4,2). Οι ασθενείς που εξήλθαν από τη ΜΕΘ-COVID (μετά την αρνητικοποίηση του μοριακού τους ελέγχου) και συνέχισαν τη νοσηλεία τους σε γενική ΜΕΘ είχαν sofa score (συνήθως <5, με μέση τιμή 6,2) ενώ οι ασθενείς που απεβίωσαν στη ΜΕΘ COVID είχαν sofa score (συνήθως >8, με μέση τιμή 8,26)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πολυπαραγοντικοί δείκτες πρόγνωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι κατά την αρχική εκτίμηση των ασθενών. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα το SOFA score είναι ένας καλός δείκτης εκτίμησης της σοβαρότητας της συνολικής κατάστασης των ασθενών και της εκτίμησης της πρόγνωσης αυτών.

### AA19

#### **APACHE II SCORE ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ COVID-19**

**Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>**, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>, Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Τσουμάνη<sup>1</sup>, Δήμητρα Λεπίδα, Όλγα Υγροπούλου<sup>1</sup>, Ουρανία Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η πρόγνωση των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με COVID-19 εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Το APACHE II score προβλέπει τη θνητότητα σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ συνεκτιμώντας μία σειρά εργαστηριακών παραμέτρων και στοιχείων του ασθενή που αφορούν τόσο οξεία όσο και χρόνια προβλήματα του. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι καταγραφή του APACHE II score των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022 (περίοδος λειτουργίας της ΜΕΘ COVID) και η συσχέτιση του με την πρόγνωση αυτών.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκε το APACHE II score κατά την ημέρα εισαγωγής και καταγράφηκε η έκβαση των ασθενών αυτών με βάση σκληρούς δείκτες (θάνατος κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ COVID ή έξοδος από τη Μονάδα COVID και συνέχιση της νοσηλείας σε παθολογική κλινική ή Γενική ΜΕΘ).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 29 ασθενείς, εκ των οποίων 23 άνδρες και 6 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 43 έως 89 έτη με μέση ηλικία 69,7 έτη. Καταγράφηκαν τιμές APACHE II score από 5 έως 33 με μέση τιμή 15,51. Παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών που εξήλθαν (μετά την αρνητικοποίηση του μοριακού τους ελέγχου) από τη ΜΕΘ-COVID είτε σε παθολογική κλινική είτε σε γενική ΜΕΘ είχαν σχετικά χαμηλό APACHE II score (συνήθως <11, με μέση τιμή 11,21). Αντιθέτως, οι ασθενείς που απεβίωσαν στη ΜΕΘ COVID είχαν APACHE II score (συνήθως >21, με μέση τιμή 19,26).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι πολυπαραγοντικοί δείκτες πρόγνωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι κατά την αρχική εκτίμηση των ασθενών. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα το APACHE II score είναι ένας καλός δείκτης εκτίμησης της σοβαρότητας της συνολικής κατάστασης των ασθενών και της εκτίμησης της πρόγνωσης αυτών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA20

### ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ COVID-19

Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>, **Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>**, Κωνσταντίνα Τσουμάνη<sup>1</sup>, Ελένη Κοσμά<sup>1</sup>, Όλγα Υγροπούλου<sup>1</sup>, Ουρανία Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η πανδημία COVID-19 χαρακτηρίζεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα παγκοσμίως. Αρκετοί ασθενείς χρειάζεται να νοσηλευτούν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), με τη θνητότητα να παραμένει ακόμα υψηλή. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι καταγραφή της έκβασης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022 (περίοδος λειτουργίας της ΜΕΘ COVID).

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

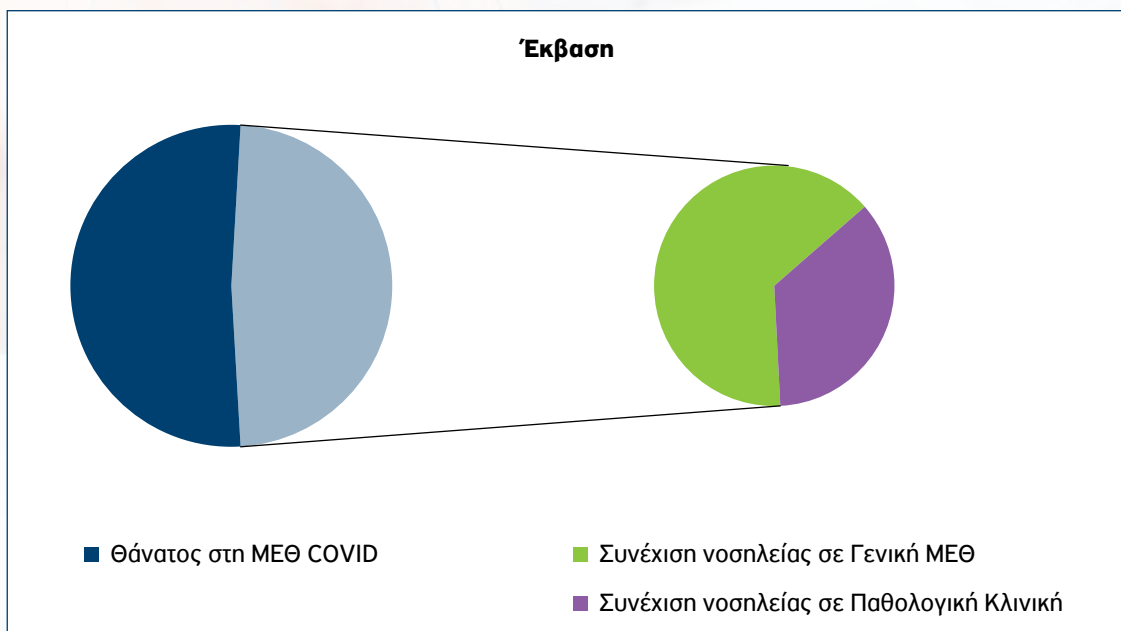
Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» από το Νοέμβριο 2021 έως το Μάιο 2022. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά αυτών καθώς και η έκβαση τους εκφρασμένη σε σκληρούς δείκτες (θάνατος κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ COVID ή έξοδος και συνέχιση της νοσηλείας σε γενική ΜΕΘ ή παθολογική κλινική).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 29 ασθενείς, εκ των οποίων 23 άνδρες και 6 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 43 έως 89 έτη με μέση ηλικία 69,7 έτη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη ΜΕΘ COVID 15 ασθενείς, ενώ 14 εξήλθαν από αυτή για συνέχιση της νοσηλείας τους είτε σε παθολογική κλινική (5 ασθενείς) είτε σε γενική ΜΕΘ (9 ασθενείς).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και η θνητότητα κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ COVID-19 του νοσοκομείου μας είναι μικρότερη συγκριτικά με τον πανελλαδικό μέσο όρο, εξακολουθεί να είναι μεγάλη. Η αναγκαιότητα λήψης μέτρων ατομικής προστασίας και διενέργειας εμβολιασμών παραμένει επίκαιρη με στόχο τη μείωση των εισαγωγών σε ΜΕΘ.



Σχήμα 1.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA21

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ LEMIERRE ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

Δέσποινα Ντελή, Μαρία Ντελή, Μαρία Ουζουνίδου, Αναστασία Κυριαζίδου, Χριστίνα-Μαρία Τρακατέλλη  
Γ' Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο Lemierre συνιστά ένα σπάνιο -δυσνηκτικά θανατηφόρο- σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την παρουσία φαρυγγοαμυγδαλίτιδας, η οποία συχνά επιπλέκεται με σπητική θρομβοφλεβίτιδα της έσω σφαγίτιδας φλέβας και ύπαρξη σπητικών εμβόλων σε απομακρυσμένα όργανα. Ο συνηθέστερα ενοχοποιούμενος αιτιολογικός παράγοντας είναι το *Fusobacterium Necrophorum*. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η περιγραφή ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με το προαναφερθέν σύνδρομο προς ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το περιστατικό αφορά σε άνδρα, ηλικίας 27 ετών, καπνιστή, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, ο οποίος, πέντε εβδομάδες μετά την ανάρρωση από ήπια λοίμωξη COVID-19, προσήλθε με εμπύρετο έως 40οC από πενθημέρου και συνοδά συμπτώματα ρίγους, φαρυγγαλγίας και εμέτων. Κατόπιν διενέργειας κλινικής εξέτασης, εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου ετέθη η διάγνωση συνδρόμου Lemierre.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον αιματολογικό/βιοχημικό έλεγχο ανευρέθηκαν ενδείξεις σπλαιμίας και ύπαρξη οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Fusobacterium Necrophorum*. Η εξέταση Υπολογιστικής Τομογραφίας Ενισχυμένης Αντίθεσης ανέδειξε θρομβοφλεβίτιδα στη δεξιά έσω σφαγίτιδα φλέβα, παραφαρυγγικό απόστημα δεξιά, παρουσία πνευμονικών εμβόλων αμφοτερόπλευρα και μικρή περικαρδιακή και πλευριτική συλλογή αριστερά. Χορηγήθηκε θεραπευτική αγωγή, διάρκειας 6 εβδομάδων, με μετρονιδαζόλη και άλλα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος (β-λακτάμες, αναστολείς β-λακταμασών) σε συνδυασμό με αντιθρομβωτικούς παράγοντες. Στην προγραμματισμένη επανεξέταση ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου Lemierre θεωρείται καίριας σημασίας για τη βέλτιστη έκβαση της νόσου και προϋποθέτει αυξημένη κλινική υποψία, εργαστηριακή απομόνωση του υπεύθυνου παθογόνου και διεπιστημονική συνεργασία. Το σύνδρομο απαντάται τυπικά σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, ενώ στους προδιαθεσικούς παράγοντες συγκαταλέγονται τόσο το κάπνισμα όσο και πρόσφατες ιογενείς λοιμώξεις. Το παρόν περιστατικό συνιστά πιθανότατα την πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση ασθενούς με σύνδρομο Lemierre κατόπιν νόσησης από τον ιό SARS-CoV-2. Απαιτείται ευαισθητοποίηση και επαγρύπνηση των επαγγελματιών υγείας, καθότι η επίπτωση του εν λόγω συνδρόμου ενδέχεται να αυξηθεί ως επακόλουθο της υφιστάμενης πανδημίας COVID-19.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA22

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Μ. Πατσούρας, Ειρήνη Μοδέστου, Π.Μ. Βουτσινάς, Δ. Μπασούλης

*Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Λαϊκό»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια της covid-19 λοίμωξης έχει περιγραφεί το φαινόμενο του brain fog, αλλά στην περίπτωση συμπτωματολογίας αληθούς εγκεφαλίτιδας, οφείλει ο κλινικός να αποκλείσει άλλα αίτια. Περιγράφουμε μια περίπτωση εγκεφαλίτιδας από ερπητοϊό 6 σε ασθενή με COVID-19 λοίμωξη

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 74 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ του ΓΝΑ «Λαϊκό» λόγω οξείας σύγχυσης, διαταραχής μνήμης και γνωσιακών λειτουργιών από διημέρου. Λόγω θετικού rapid test για SARS-CoV-2 εισήχθη στην Κλινική COVID-19. Κατά την εισαγωγή, ήταν άπυρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια, μη προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο (Mini mental 5/30). Αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική για ισχαιμία ή αιμορραγία. Ετέθη εμπειρικά σε ασπιρίνη ως επί αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και ακυκλοβίρη ως επί ιογενούς εγκεφαλίτιδος. Η αρχική αλλά και επαναληπτική οσφουονωτιαία παρακέντηση ανέδειξε 0 κύτταρα. Αυτόαντισώματα για παρανεοπλασματική και αυτοάνοση μεταιχμιακή εγκεφαλίτιδα (NMDR, HU, CaSPR2, LGI1) απέβησαν αρνητικά. Ολιγοκλωνικές μπάντες στο ENY ήταν όμοιες με αυτές στον ορό. Ο ασθενής σταδιακά παρουσίασε επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και συνοδό διαταραχή λόγου. Σημειώνεται ότι στην αρχή της νοσηλείας του εμφάνισε επίσχεση ούρων ενδεχομένως στα πλαίσια συνδρόμου μνηνγγίτιδας-επίσχεσης ούρων. Στο συνδρομικό πάνελ μνηνγοεγκεφαλίτιδας ανευρέθη HHV6, εύρημα που επιβεβαιώθηκε με PCR σε δείγμα ολικού αίματος. Με τη διάγνωση εγκεφαλίτιδας HHV6 τέθηκε σε αγωγή με ενδοφλέβια γανκυκλοβίρη. Μετά από εκτενή διερεύνηση δεν διαπιστώθηκε υποκείμενη ανοσοκαταστολή. Ο ασθενής βελτιώθηκε ελαφρά χωρίς όμως να επιστρέψει στην πρότερη κατάσταση. Διακομίστηκε σε κέντρο αποκατάστασης. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε δεύτερο χρόνο δεν ανέδειξε παθολογία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λοίμωξη από HHV6 σε ανοσοεπαρκείς εμφανίζεται με εικόνα γριπώδους συνδρομής, ενώ σε ανοσοκατασταλμένους μπορεί να εκδηλωθεί με εικόνα εγκεφαλίτιδας και βαριά νευρολογική σημειολογία. Περιγράφεται αυξημένη επίπτωση συλλοιμωξης HHV6 και SARS-CoV-2 χωρίς σαφή κλινική σημασία. Ο ασθενής που περιγράψαμε εμφάνισε σοβαρή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, συμβατή με HHV6 λοίμωξη. Είναι πιθανό η ανοσοκαταστολή που επιφέρει η ίδια η COVID-19 λοίμωξη να προδιαθέτει σε εγκεφαλίτιδα από τον HHV6.

## AA23

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΚΙΝΓΡΑ (KINERET) ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ COVID-19 ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Γ. Χατζής<sup>1</sup>**, Μαρία Βλαχοπούλου<sup>2</sup>, Ελένη Στρατηγάκη<sup>1</sup>, Γ. Αλειφέρης<sup>1</sup>, Δήμητρα Φελλουρη<sup>1</sup>, Μαρία Γασπαράκη<sup>1</sup>, Π. Νικολινάκος<sup>1</sup>, Σ. Μπακίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις 22/12/2021 ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA) ενέκρινε το ανακίγρα για τη θεραπεία της νόσου COVID-19 σε ενήλικες ασθενείς με πνευμονία που έχουν ανάγκη από συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου (οξυγόνου χαμηλής ή υψηλής ροής) και οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο εξέλιξης της νόσου σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια. Το ανακίγρα είναι μια αντιφλεγμονώδης θεραπεία που στοχεύει τις κυτοκίνες IL-1α/β, οι οποίες διαδραματίζουν ρόλο στην επαγόμενη από COVID-19 υπερφλεγμονή.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της αγωγής με ανακίγρα σε νοσηλευόμενους ενός επαρχιακού νοσοκομείου

#### ΜΕΘΟΔΟΣ/ΥΛΙΚΟ

Συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονταν μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου 2022 στη Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων με πνευμονία από λοίμωξη COVID-19 επιβεβαιωμένη με PCR, για τους οποίους καταγράφηκε κλινικό αποτέλεσμα είτε εξόδου από το νοσοκομείο είτε θανάτου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Λήφθηκαν δημογραφικά στοιχεία και κλινική συμπτωματολογία και συλλέχθηκαν υποκείμενες συνοσπρόττες. Στη συνέχεια συσχετίσαμε χρησιμοποιώντας στατιστική ανάλυση το κλινικό αποτέλεσμα και τη διάρκεια νοσηλείας σε αυτή την ομάδα των ασθενών

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 53 ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, σε 23 (43,3%) χρησιμοποιήθηκε ανακίγρα. Η θνητότητα στην ομάδα αυτή ανήλθε στο 17% έναντι 20% στην ομάδα που δεν έλαβε αγωγή με ανακίγρα. Χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά αναμεσα στις μεταλλάξεις Δελτα και Ομικρον. Υψηλότερη ήταν η θνητότητά στους διαβητικούς ασθενείς (18% έναντι 7% στους μη διαβητικούς). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της χορήγησης ανακίγρα και της μείωσης των ασθενών που διακομίστηκαν για διασωλήνωση. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές κατά τη χορήγηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ανακίγρα είναι μια ασφαλής θεραπευτική προσέγγιση, για ασθενείς με ηπία έως μέτρια πνευμονία από λοίμωξη COVID 19, ακόμα και σε ασθενείς με συνοσπρόττες.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA24

### ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ COVID 19

**Παναγιώτα Μπουβή**, Χ. Ζιούδας, Χριστίνα Σπανοπούλου, Καλλιόπη Σμαίλη, Αργυρώ- Ήρα Τσόλκα, Λουσάντρα Χιούση, Νικολέτα Δούσκου, Κ. Καρδαμάκης, Αναστασία Σπανογιάννη, Αθανασία Δέτσικα, Ν. Κτενόπουλος, Σοφία Ζαχαριουδάκη, Ευαγγελία Κούκου

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Καθώς η πανδημία του COVID-19 εξαπλώνεται σε ολόκληρο τον κόσμο, συνυπάρχει συχνά με ενδημικές μολυσματικές ασθένειες. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του SARS-CoV2 και αυτών των παθογόνων μικροοργανισμών προκαλούν ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, οφειλόμενες σε πολύπλοκες και ακόμη άγνωστες ανοσολογικές αλληλεπιδράσεις. Παρουσιάζουμε περίπτωση ανοσοκατασταλμένης ασθενούς με παλαιό ιστορικό λείσμανιασης, που αναζωπυρώθηκε σε έδαφος λοίμωξης covid 19.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:

Ασθενής γυναίκα 85 ετών, με ήπια λοίμωξη covid 19 από δεκαήμερου προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπύρετου έως 38,5 OC από διημέρου με συνοδό κακουχία. Τα ζωτικά σημεία ήταν κατά φύση και η κλινική εξέταση χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ρευματοειδής αρθρίτιδα υπό αγωγή με πρεδνιζολόνη και μεθοτρεξάτη, αρτηριακή υπέρταση και λείσμανιαση προ 2 ετών. Η PCR SARS CoV2 ήταν θετική, ενώ η γενική εξέταση αίματος ανέδειξε αναιμία και θρομβοπενία. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν στείρες. Η ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε μικρής έκτασης πνευμονικά διηθήματα. Έγινε έναρξη αγωγής με ρεμδεσιβίρη, πρενιζολόνη, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και κεφτριαξόνη, η οποία λόγω επιμονής του εμπυρέτου, τροποποιήθηκε σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη. Διενεργήθηκε μυελόγραμμα χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα και υπερηχογράφημα κοιλίας χωρίς ανάδειξη ηπατοσπληνομεγαλίας. Στάλθηκαν αντιλειτουργικά αντισώματα που ήταν θετικά όπως θετική ήταν η PCR αίματος για *Leishmania donovani*.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής έλαβε λιποσωμακή αμφοτερικίνη για 5 ημέρες (2mg/kg λόγω επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας) και επαναληπτικές δόσεις στις 7,14,21,28,35,42 ημέρες (συνολικά 2gr). Εξήλθε απύρετη χωρίς επιπλοκές.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Σύμφωνα με αρκετές μελέτες ο ιός SARS CoV 2 μπορεί να επανενεργοποιήσει χρόνιες ασυμπτωματικές λοιμώξεις. Η ανοσοκαταστολή μπορεί επίσης να προδιαθέσει σε ιογενείς, μικροβιακές, παρασιτικές λοιμώξεις ή ανθρωποζωονόσους όπως η λείσμανιαση. Η πιθανότητα περίπλοκων ανοσολογικών αντιδράσεων σε αυτούς τους ασθενείς είναι ισχυρή ώστε να απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για μελλοντικές στρατηγικές θεραπείας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA25

### ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΨΟΪΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

**Παναγιώτα Μπουβή**, Καλλιόπη Σμαίλη, Κ. Καρδαμάκης, Χ. Ζιούδας, Χριστίνα Σπανοπούλου, Νικολέτα Δούσκου, Αργυρώ-Ήρα Τσόλκα, Λουσάντρα Χιούση, Αναστασία Σπανογιάννη, Αθανασία Δέτσικα, Ν. Κτενόπουλος, Σοφία Ζαχαριουδάκη, Ευαγγελία Κούκου

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η λοίμωξη Covid 19 έχει αποδειχθεί θρομβογόνος και στη θεραπευτική φαρέτρα χρησιμοποιείται η αντιπηκτική αγωγή με ισχυρή σύσταση. Έχουν όμως περιγραφεί αρκετές περιπτώσεις πρόκλησης αυτόματων αιματωμάτων, ειδικά όταν συνδυάζονται με αντιαιμοπεταλιακά λόγω συννοσηροτήτων. Παραθέτουμε την περίπτωση ασθενή με λοίμωξη covid 19, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και αυτόματο οπιθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 88 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο και δύσπνοια από ημέρας. Διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία, rapid test και PCR SARS CoV 2 θετικά και ο ασθενής εισήχθη στην κλινική. Η κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πλην ήπιας λευκοκυττάρωσης και αύξησης CRP. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε επίταση διάμεσου πνευμονικού δικτύου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με μεταλλική, υπό αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά, σακχαρώδης διαβήτης και καρδιακή ανεπάρκεια. Έλαβε ρεμδεσιβίρη, δεξαμεθαζόνη, ενοξαπαρίνη και οξυγονοθεραπεία. Τη 2η ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε αύξηση των καρδιακών ενζύμων με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συμβατές με NSTEMI έμφραγμα μυοκαρδίου. Στην αγωγή προστέθηκε ακετυλοσαλικυλικό οξύ 100mg. Την 4η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής ανέφερε ήπιο κοιλιακό άλγος και πτώση της αρτηριακής πίεσης κάτω από τις συνήθεις τιμές. Παρατηρήθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης, αύξηση κρεατινίνης και LDH. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε μεγάλο οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα με ενεργό εξαγγείωση στον αριστερό ψοίτη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διακόπηκε η αντιπηκτική και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και ο ασθενής υποστηρίχθηκε με παράγωγα αίματος, κρυσταλλοειδή διαλύματα και αγγειοσυσπαστικά εξαιτίας μεγάλης αιμοδυναμικής αστάθειας. Λόγω έλλειψης δυνατότητας εμβολισμού στο νοσοκομείο μας συνεννοήθηκε η μεταφορά του σε ειδικό κέντρο η οποία δεν ολοκληρώθηκε εξαιτίας της αιμοδυναμικής κατάρριψης. Λίγες ώρες μετά ο ασθενής απεβίωσε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αιμάτωμα του ψοίτη, που συχνά αναφέρεται ως επιπλοκή της αντιπηκτικής αγωγής παρουσιάζεται ως αναιμία, οξύ κοιλιακό άλγος, επώδυνη κοιλιακή ψηλαφητή μάζα και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις με σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας. Χρειάζεται υψηλός βαθμός υποψίας καθώς μπορεί να αποτελέσει μια θανατηφόρα επιπλοκή.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA26

### ΝΕΦΡΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ COVID-19

**Παναγιώτα Μπουβή**, Χ. Ζιούδας, Χριστίνα Σπανοπούλου, Καλλιόπη Σμαίλη, Αργυρώ- Έρα Τσόλκα, Λουσάντρα Χιούση, Νικολέτα Δούσκου, Κ. Καρδαμάκης, Αναστασία Σπανογιάννη, Αθανασία Δέτσικα, Ν. Κτενόπουλος, Σοφία Ζαχαριουδάκη, Ευαγγελία Κούκου

*Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Όσο διευρύνεται η γνώση μας σχετικά με τον κορωνοϊό, τόσο φαίνεται ότι οι ασθενείς που νοσούν βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης αρτηριακής ή εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης σε οποιαδήποτε θέση, μέσω της διάχυτης ενδοθηλιακής φλεγμονής και μικροαγγειακής βλάβης που οφείλεται στον ιό και οδηγεί σε εκτεταμένη θρόμβωση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση νέας γυναίκας με έμφρακτο νεφρού και λοίμωξη covid-19, που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας.

#### ΥΛΙΚΟ -ΜΕΘΟΔΟΣ:

Ασθενής 42 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ την 5η μέρα νόσησής της με covid-19, λόγω εμπυρέτου και οξέος διαξιφιστικού άλγους στη δεξιά οσφύ με αντανάκλαση στη δεξιά πλάγια κοιλία από 3 ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται κάπνισμα και χρήση αντισυλληπτικών προ ετών. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στην πλήξη της οσφύς δεξιά καθώς και στην εν τω βάθει ψηλάφηση της δεξιάς κοιλίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αυξημένες τιμές LDH, CRP, d-dimers και θρομβοπενία, ενώ από τη γενική εξέταση ούρων μικροσκοπική αιματουρία (8-10 ερυθρά κοπ). Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό που ανέδειξε σφηνοειδή υπόπυκνη περιοχή στον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού, συμβατή με νεφρικό έμφρακτο. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ανέδειξε φυσιολογικές τιμές πρωτεΐνης C,S, αντιθρομβίνης III, αντικαρδιολιπινικών αντισωμάτων, παράγοντα V Leiden, αντιπηκτικού λύκου. Έγινε έναρξη αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση, ενυδάτωση, αναλγητικά και αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά χωρίς επιδείνωση τιμών νεφρικής λειτουργίας, ενώ η γενική ούρων ήταν φυσιολογική. Εξήλθε με αγωγή με ριβαροξαμπάνη για τρεις τουλάχιστο μήνες.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δύο μήνες μετά τη νοσηλεία η επαναληπτική αξονική τομογραφία άνω κοιλίας ήταν βελτιωμένη με σημαντική μείωση της έκτασης του εμφράκτου, ενώ οι τιμές νεφρικής λειτουργίας ελέγχθηκαν φυσιολογικές.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι θρομβώσεις των νεφρικών αγγείων είναι σπάνιες και συνήθως σχετίζονται με κολπική μαρμαρυγή. Έχουν όμως καταγραφεί σε έδαφος λοίμωξης SARS Con 2 λόγω της υπερπηκτικότητας που αυτός προκαλεί σε ασθενείς χωρίς αρρυθμία. Η αναγνώριση και η έγκαιρη έναρξη αντιπηκτικής αγωγής μειώνει τον κίνδυνο πρώιμων επιπλοκών.

### AA27

#### **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ**

**Μελίνα Ντόγα**, Ηλιάνα Σταματίου, Νικολέτα Δεληβάλτα, Εζγκήλ Ακήφογλου, Ιουλία Δραγουμάνη, Ειρήνη Τερζή, Δ. Παπάζογλου

*Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η πνευμονική θρομβωτική νεοπλασματική μικροαγγειοπάθεια (pulmonary tumor thrombotic microangiopathy, PTM) είναι μια σπάνια κατάσταση που προκαλεί πνευμονική υπέρταση και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με κακοήθεια, ιδίως αδενοκαρκίνωμα. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενούς με υποκείμενη κακοήθεια στομάχου, που προσήλθε με οξεία πνευμονική καρδιά, υποδηλωτική PTM.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Άνδρας 74 ετών με ατομικό ιστορικό αδενοκαρκινώματος στομάχου (στάδιο T1bN3bMO) υπό συνδυασμένη χημειοθεραπεία (capecitabine/ oxaliplatin/ nivolumab) μετά από υπολική γαστρεκτομή προ 2μήνου, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης λόγω επεισοδίου αιφνίδιας απώλειας συνείδησης και προιούσας δύσπνοιας από 8ώρου. Κατά κλινική εξέταση εισαγωγής ο ασθενής ήταν απύρετος, ταχύκαρδος (110/λεπτό), ταχυπνοϊκός (25/λεπτό) με θετική δοκιμασία ορθοστατικής υπότασης, ενώ από τον παρακλινικό έλεγχο παρουσίαζε αυξημένη τιμή Δ-διμερών (1269 ng/mL), φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα με σημεία ενδεικτικά υπερφόρτωσης της δεξιάς κοιλίας (φλεβοκομβική ταχυκαρδία, κατάσταση ST και αναστροφή κυμάτων T στις απαγωγές που αντιστοιχούν στη δεξιά κοιλία).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Λόγω αυξημένης υπόνοιας πνευμονικής εμβολής ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο που αποκάλυψε ευρήματα υπέρ σοβαρής πνευμονικής υπέρτασης (διάταση δεξιάς κοιλίας με εμφανή καταστολή της συστολικής λειτουργίας και εκτιμώμενη πίεση πνευμονικής αρτηρίας 39 mmHg). Ωστόσο, σε δύο αξονικές αγγειογραφίες θώρακος που διενεργήθηκαν κατά την εισαγωγή και 24 ώρες μετά δεν υπήρξαν ευρήματα ελλείματων στις πνευμονικές αρτηρίες. Την 3η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε ταχεία επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με σοβαρή υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια και κατέληξε την 5η μέρα μετά την εισαγωγή του - παρά τη μεταφορά του στη Στεφαναία Μονάδα και την επιθετική αιμοδυναμική υποστήριξή του.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η PTM πρέπει να τίθεται ως υποψία σε ασθενείς με ανεξήγητη σοβαρή δύσπνοια, πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και αυξημένα Δ-διμερή, ειδικά επί παρουσίας αδενοκαρκινώματος. Στους περισσότερους ασθενείς η κλινική εκδήλωση είναι εξαιρετικά ταχείας εξέλιξης με το πλείστον των περιπτώσεων να διαγιγνώσκονται μεταθανάτια κατά τη νεκροτομή. Αν και η πρόγνωσή της παραμένει δυσμενής, η έγκαιρη διάγνωσή της μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή εφαρμογής ειδικών θεραπειών.

## AA28

### ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΜΕΤΡΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΟΙΔΗΜΑ ΩΧΡΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

**Ευαγγελία Αισώπου<sup>1</sup>**, Α. Πρωτογέρου<sup>2</sup>, Π. Θεοδοσιάδης<sup>1</sup>, Π. Σφηκιάκης<sup>3</sup>, Ειρήνη Χατζηράλλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2η Πανεπιστημιακή Κλινική Οφθαλμολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης, Τμήμα Παθολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup> Ρευματολογική Κλινική, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόφραξη αμφιβληστροειδικής φλέβας (ΑΑΦ) είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία απώλειας όρασης, ανάμεσα στις αγγειακές παθήσεις μετά τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που επηρεάζει μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς. Το οίδημα καθώς και η ισχαιμία της ωχράς αποτελεί τις δυο κύριες επιπλοκές που απειλούν την όραση των ασθενών με ΑΑΦ.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η μη επεμβατική εκτίμηση των αιμοδυναμικών επιδράσεων της ενδοϋαλοειδικής θεραπείας με αντιαγγειογενετικούς (anti-VEGF) παράγοντες στις διαμέτρους των αγγείων του αμφιβληστροειδούς σε ασθενείς με κλαδική ή κεντρική ΑΑΦ και οίδημα ωχράς.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγιναν μετρήσεις των διαμέτρων των αγγείων του αμφιβληστροειδούς από ψηφιακές φωτογραφίες βυθού με πιστοποιημένο λογισμικό για τον υπολογισμό του κεντρικού ισοδύναμου του αρτηριδίου και του φλεβιδίου του αμφιβληστροειδούς καθώς και του λόγου αυτών.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε 16 ασθενείς (17 οφθαλμούς) 10 με κλαδική και 6 με κεντρική απόφραξη φλέβας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αγγειοσύσπαση ( $p < 0.001$ ) τόσο των αρτηριδίων όσο και των φλεβιδίων του αμφιβληστροειδούς συγκριτικά με πριν την έναρξη θεραπείας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με αντιαγγειογενετικούς παράγοντες έχει αγγειοσυσπαστική δράση τόσο στο αρτηρίδιο όσο και στο φλεβίδιο του αμφιβληστροειδούς. Η υποξία αποτελεί τον κύριο υποκινητή της αγγειογένεσης στην ΑΑΦ. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να έχουν κλινική σημασία, εφόσον ο βαθμός της αγγειοσύσπασης μπορεί να αποτελέσει έναν πρώιμο δείκτη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Περισσότερες μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν τα συμπεράσματά μας.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη του Ιδρύματος Ωνάση.

supported by

**ONASSIS FOUNDATION**



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA29

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΩΔΥΝΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΧΩΡΑ

Σάρα Γεωργιάδου, Κατερίνα Τριανταφύλλου, **Γ. Παννούλης**, Λ. Ιερόπουλος, Β. Αντωνόπουλος, Στέλλα Γκαμπέτα, Α. Πολύζος, Καλλιόπη Ζάχου, Γ.Ν. Νταλέκος

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνομosούνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ευλογία των πιθήκων είναι μια σπάνια ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται κυρίως από άγρια ζώα σε περιοχές της Δυτικής και Κεντρικής Αφρικής. Η μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο γίνεται μέσω της επαφής με δερματικές βλάβες/σωματικά υγρά του πάσχοντος ή/και μολυσμένα αντικείμενα, καθώς και μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων κατόπιν παρατεταμένης στενής επαφής. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, καταβολή, μυαλγίες, λεμφαδενοπάθεια και γενικευμένο εξάνθημα κεφαλής, κορμού, άκρων και βλεννογόνων 1-3 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με ευλογία των πιθήκων με εξάνθημα περιορισμένο στη γεννητική χώρα.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άντρας 24 ετών εισήχθη στη Μονάδα Λοιμώξεων της κλινικής λόγω πυρετού έως 40oC από 24ώρου και εφελκιδωποιημένου επώδυνου εξανθήματος περιορισμένου αποκλειστικά στη γεννητική χώρα από 4μέρου. Είχε λάβει προηγουμένως αντιμικροβιακή αγωγή με αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό οξύ για 2 ημέρες, χωρίς βελτίωση. Κλινικά διαπιστώθηκαν, επιπλέον, εξαιρετικά επώδυνοι και διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες. Ο ασθενής ανέφερε ιστορικό ιαθείσας πρωτογενούς σύφιλης προ Ζετίας. Ήταν ετεροφυλόφιλος με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους στο παρελθόν. Δεν ανέφερε πρόσφατα ταξίδια στο εξωτερικό ή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε αύξηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (7.5mg/dl, φυσιολογική τιμή <0.5), ήπια λευκοπενία (3700/ul), αρνητική μη-τρεπονηματική δοκιμασία RPR και θετική τρεπονηματική δοκιμασία TRHA. Οι καλλιέργειες αίματος και ουρηθρικού επιχρίσματος ήταν στείρες. Ο μοριακός έλεγχος των δερματικών βλαβών ήταν αρνητικός για το ιό του απλού έρπητα και τα Chlamydia trachomatis, αλλά θετικός για την ιό της ευλογίας των πιθήκων. Ο ασθενής έλαβε υποστηρικτική αγωγή και εξήλθε από την κλινική μας σε άριστη κλινική κατάσταση μετά από 10 ημέρες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευλογία των πιθήκων σπάνια μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά στη γεννητική χώρα και να μοιάζει με σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, οπότε υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας απαιτείται σε ορισμένες περιπτώσεις για την έγκαιρη διάγνωση του νοσήματος.



**Εικόνα 1.** Εξάνθημα στη γεννητική χώρα κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη Μονάδα Λοιμώξεων.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## ΑΑ30

### ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΟΤΑΝ ΕΝΟΣ ΚΑΚΟΥ, ΜΥΡΙΑ ΕΠΟΝΤΑΙ...

**Ε. Σδόγκος**, Α. Παπαδόπουλος, Κ. Κουτσμπασόπουλος, Α. Σπαχίου, Θ. Κωνσταντίνου, Α.-Χ. Γεωργακόπουλος, Π. Θεοδοσίου, Ι. Βογιατζής

*Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ) αποτελεί μία έκφραση της Στεφανιαίας Νόσου, που επιτάσσει άμεση διάγνωση, όπως επίσης την έναρξη το ταχύτερο δυνατόν της θεραπευτικής αγωγής, της οποίας μάλιστα το χρονοδιάγραμμα είναι αυστηρά προκαθορισμένο, ιδίως μέχρι το πρώτο έτος της χορήγησής της. Εντούτοις, υπάρχουν περιπτώσεις που τις πρώτες μέρες μετά τη διάγνωση του ΟΣΣ, διαγιγνώσκονται ασυμπτωματικές σοβαρές συννοσηρότητες, οι οποίες επηρεάζουν την πορεία της θεραπευτικής αγωγής, αλλά και το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών με νεοδιαγνωσθείσα ασυμπτωματική νεοπλασία, στο άμεσο διάστημα μετά τη διάγνωση ενός ΟΣΣ και η παρακολούθηση της πορείας των ασθενών αυτών κατά το πρώτο έτος μετά το επεισόδιο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις αυτές των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας την τελευταία βετία για ΟΣΣ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 1.736 ασθενών, ανιχνεύθηκαν 7 περιπτώσεις (0,4%) ασθενών με νεοδιαγνωσθείσα κακοήθεια: όλοι ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας 67 ετών, καπνιστές, με παράγοντες κινδύνου, που παρουσίασαν έμφραγμα με ανάσπαση του ST διαστήματος, το οποίο αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική και εμφύτευση stent. Οι νεοπλασίες αφορούσαν 3 τον πνεύμονα (διάγνωση με ακτινογραφία θώρακος), 2 το ουροποιητικό (συμπτώματα αιματοουρίας) και 2 το κατώτερο πεπτικό (αποβολή αίματος από το ορθό). Η διάγνωση έγινε εντός του 1ου τριμήνου. Απαιτήθηκε η διακοπή της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής για διάστημα από 4-13 ημέρες, είτε για περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση είτε για αντιμετώπιση αιμορραγιών. Οι 3 ασθενείς χρειάστηκαν μεταγίσεις αίματος, ενώ σε 5 έγινε αποκλιμάκωση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Σε 1 ασθενή παρουσιάστηκε επαναθρόμβωση του stent, για την οποία έγινε νέα αγγειοπλαστική, 2 νοσηλεύτηκαν με σπθαιγικά ενοκλήματα, ενώ 2 ασθενείς κατέληξαν εντός του έτους.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση αντιθρομβωτικών φαρμάκων μετά από ΟΣΣ και απλές διαγνωστικές εξετάσεις, όπως η ακτινογραφία θώρακος, μπορούν να φέρουν στο προσκήνιο υποκλινικές νεοπλασίες. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτήθηκε τροποποίηση του αντιαιμοπεταλικού σχήματος, ενώ ευθύνονται για μείζονα δυσμενή συμβάματα και επιβάρυνση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών αυτών.

## AA31

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΥΝΗΘΟΥΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΣΤΟΜΑΧΟ

Α. Στόφας<sup>1</sup>, Αμαλία Πατερέλη<sup>2</sup>, Κ.Παλαμάρης<sup>1</sup>, Χαρίκλεια Γακιοπούλου<sup>1</sup>, Πηνελόπη Κορκολοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελεί ασυνήθη θέση μετάστασης από μελάνωμα με συχνότητα 2-4%. Στο στόμαχο, το μελάνωμα αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα μεταστατικό νεόπλασμα μετά το λοβιακό καρκίνωμα του μαστού στις γυναίκες και το πρώτο σε συχνότητα στους άντρες. Παρ'όλ' αυτά στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες μεμονωμένες αναφορές. Χαρακτηρίζεται από επιθετική συμπεριφορά και κακή πρόγνωση, με μέση επιβίωση 4-6 μήνες. Λόγω της σπανιότητας και των μη ειδικών κλινικών εκδηλώσεων του, είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί σε αρχικό στάδιο με αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση. Πέραν της χειρουργικής εξαίρεσης χρησιμοποιείται και η χημειοθεραπεία, ενώ ο ρόλος της ακτινοθεραπείας δεν έχει εξακριβωθεί λόγω της ακτινοαντοχής του μελανώματος.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με μεταστατική νόσο στο στόμαχο από μελάνωμα δέρματος λόγω της σπανιότητας του και του διαγνωστικού προβληματισμού.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρασκευάσμα γαστρεκτομής ανδρός 84 ετών με ευμεγέθη μάζα μεγίστης διαμέτρου 4,5 εκ, λευκόφαιης χροιάς και συμπαγούς όψης. Διενέργεια ανοσοϊστοχημικού ελέγχου και NGS.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ιστολογικά ο όγκος αντιστοιχεί σε κυτταροβριθές νεόπλασμα, αποτελούμενο από ατρακτόμορφα και επιθηλιόμορφα νεοπλασματικά κύτταρα με έντονη ατυπία και υψηλή μιτωτική δραστηριότητα. Το νεόπλασμα επεκτείνεται κατά βάθος σε βλεννογόνο, υποβλεννογόνο και σχεδόν ολόκληρο το πάχος του μυϊκού τοιχώματος του στομάχου. Ανοσοϊστοχημικά παρατηρείται ο εξής ανοσοφαινότυπος: SMA (περιοχικά +), Desmin (εν γένει -), Caldesmon (-), S100(λίγα θετικά κύτταρα), CD34(-), SOX10(-), Melan A (-), HMB45(-), BRAF (-), AE1/AE3(-), PAX8(-), CDK4(-), MDM2(-), Pan-TRK (-), DOG1(-), c-KIT (-), Ki67(~60%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μορφολογικοί χαρακτήρες παραπέμπουν σε υψηλού ιστολογικού βαθμού κακοηθείας μεσεγχυματογενές νεόπλασμα. Λόγω του μη τυπικού ανοσοφαινοτύπου για μελάνωμα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος NGS ο οποίος ανέδειξε παρουσία παθογόνων μεταλλαγών στα γονίδια CDKN2A, TP53 και ERBB4. Δεδομένων των αποτελεσμάτων του ελέγχου αυτού, καθώς και του ιστορικού μελανώματος του ασθενούς, τα ως άνω ευρήματα, συνηγορούν υπέρ μεταστατικής διήθησης του στομάχου από κακόηθες μελάνωμα, το οποίο έχει αποδιαφοροποιηθεί στην παρούσα θέση της μεταστατικής εντόπισης στο στόμαχο (dedifferentiated/undifferentiated malignant melanoma).

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA32

### ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

**Ηλιάννα Σταματίου<sup>1</sup>**, Εζγκήλ Ακήφογλου<sup>1</sup>, Μελίνα Ντόγα<sup>1</sup>, Νικολέτα Δελήβαλα<sup>1</sup>, Κ. Λιάπης<sup>2</sup>, Π. Ραφανλίδης<sup>1</sup>, Ειρήνη Τερζή<sup>1</sup>, Δ. Παπάζογλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αιτιολογική διερεύνηση ασθενούς με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας (fever of unknown origin, FUO) αποδεικνύεται συχνά προκλητική και δύσκολη. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενούς με FUO στην οποία η κλινικοεργαστηριακή εικόνα προσέλευσης παρέπεμπε αρχικά σε λοιμώδους/ φλεγμονώδους αιτιολογίας νόσημα.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής θήλυ, 25 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη για διερεύνηση έντονης καταβολής, απώλειας βάρους και εμπυρέτου από εβδομάδος. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής διαπιστώθηκε μονήρης ανώδυνος υπερκλειδίος λεμφαδένας και σπληνομεγαλία, σημαντική υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Hb 5.5 g/dl, MCV 70.6 fl/ MCH 19.7 pg) με θρομβοκυττάρωση (690K/μl) και παρουσία άτυπων λεμφοκυττάρων καθώς και αυξημένες τιμές σφαιρινών ορού (4.9 g/dl) και δεικτών φλεγμονής (CRP 18.82 mg/dl).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αν και από την πρώτη ημέρα νοσηλείας προγραμματίστηκε η βιοψία του υπερκλειδίου λεμφαδένα, η αρχική διαγνωστική διερεύνηση στράφηκε στον αποκλεισμό φλεγμονώδους / λοιμώδους νοσήματος. Ωστόσο, ο ενδεδειχμένος έλεγχος του πεπτικού (ενδοσκόπηση ανωτέρου/κατωτέρου πεπτικού, MRI εντερόκλυση, έλεγχος αυτοανοσίας/κοιλιοκάκκης), ο ανοσολογικός έλεγχος και ο αρχικός έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα (ορολογικός έλεγχος HBV/HCV/HIV/ParvoB19/CMV/EBV/toxoplasma/Brucella/Leishmania, καλλιέργειες αίματος/ ούρων, Mantoux) επέβη αρνητικός. Η διαγνωστική διερεύνηση προχώρησε με διενέργεια μυελογράμματος/ οστεομυελικής βιοψίας (έντονα αντιδραστικός μυελός με αρνητική καλλιέργεια οστικού μυελού και PCR για φυματίωση/βρουκέλλωση), απεικονιστικό έλεγχο με σπινθηρογράφημα οστών (αποκλεισμός οστικής κακοήθειας) και αξονική τομογραφία θώρακος - κοιλίας στην οποία διαπιστώθηκε οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία (125.6 mm x 42.6 mm) και ευμεγέθης σχηματισμός παγκρέατος (51.6 mm x 34.8 mm) (διαφορική διάγνωση λεμφώματος ή συμπαγούς ψευδοθηλωματώδους νεοπλασίας με μεταστάσεις). Τελικώς, την 13η ημέρα νοσηλείας τέθηκε η διάγνωση Hodgkin λεμφώματος (στάδιο IV B-S) με τη γνωστοποίηση του πορίσματος της βιοψίας λεμφαδένα και η ασθενής διακομίσθηκε στην Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και το λέμφωμα συγκαταλέγεται στις βασικές αιτίες FUO, αποτελεί πάντοτε έναν δύσκολο διαγνωστικό στόχο κατά τη διερεύνηση. Η παρουσία προσβάσιμου ιστού προς παθολογοανατομική εξέταση δεν θα πρέπει να υποεκτιμάται, καθώς μπορεί να αποτελεί το κλειδί στη διάγνωση.



### AA33

#### **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ RANIBIZUMAB**

Φωτεινή Λαμπριανού<sup>1</sup>, Χ. Παλιούρας<sup>1</sup>, **Ε. Παπαπαμανώλης<sup>1</sup>**, Χαρίκλεια Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Αθηνά Μουταβέλη<sup>3</sup>, Α. Ζερβός<sup>1</sup>, Δ. Βουλγαρόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

<sup>2</sup> Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

<sup>3</sup> Οφθαλμολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το οίδημα ωχράς κηλίδας είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες απώλειας όρασης σε ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Η ενδοφθάλμια χορήγηση των μονοκλωνικών αντισωμάτων anti-VEGF αποτελεί θεραπεία εκλογής. Σπάνια οι παράγοντες anti-VEGF μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία προκαλώντας συστηματικές βλάβες συμπεριλαμβανομένων σπειραματονεφρίτιδων και θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσίαση περιστατικού οξείας νεφρικής θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας σε ασθενής με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υπό αγωγή με ενδοφθάλμια χορήγηση Ranibizumab.

#### **ΥΛΙΚΟ**

Ασθενής ετών 40 εισήχθη στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝ Ρόδου αιτιώμενος αδυναμία και πολυδιψία. Κατά τη νοσηλεία του διαπιστώθηκε ΣΔ τύπου II και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια με σοβαρού βαθμού οίδημα της ωχράς κηλίδας και σημαντική μείωση της οπτικής οξύτητας.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια νεφρική δυσλειτουργία (crea 1.22 mg/dL, urea 68 mg/dL) και λευκωματουρία (2988 mg/dL). Ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες για ρύθμιση του διαβήτη με ινσουλίνη, για τακτικό έλεγχο νεφρικής λειτουργίας και έναρξη ενδοϋαλικών εγχύσεων με το μονοκλωνικό αντίσωμα Ranibizumab. Ο ασθενής τους επόμενους μήνες παρουσίασε σταδιακή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (crea 2.46 mg/dL, urea 160 mg/dL, ClCr 41.1 mL/min) και της λευκωματουρίας (4048 mg/24h) με συνοδό υπολευκωματιναιμία (3.1 g/dL). Η επιδείνωση συνέπιπτε χρονικά με τις ενδοφθάλμιες εγχύσεις του Ranibizumab (συνολικά 4 δόσεις), μετά κάθε χορήγηση του οποίου παρατηρήθηκε πωσινοφιλία (max 17.2%, 1130 K/μL). Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Σε γενική ούρων ανευρέθηκαν 20% πωσινοφιλα. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε αλλοιώσεις διαβητικής νεφροπάθειας και οξείας θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Η χρήση του Ranibizumab διεκόπη, με αποτέλεσμα τη σταθεροποίηση της νεφρικής λειτουργίας και βελτίωση της λευκωματουρίας (2124 mg/24h).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ενδοφθάλμια χορήγηση του Ranibizumab πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψιν τη νεφρική λειτουργία και φροντίζοντας την τακτική παρακολούθησή της καθ' όλη τη διάρκεια της αγωγής. Η ανάπτυξη της οξείας νεφρικής θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που λαμβάνουν Ranibizumab.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA34

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΙΞΑΜΠΑΝΗΣ

Χ. Παλιούρας<sup>1</sup>, Α. Ζερβός<sup>1</sup>, **Ε. Παπαπαμανώλης<sup>1</sup>**, Χαρίκλεια Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Φωτεινή Λαμπριανού<sup>1</sup>, Δ. Βουλγαρόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδο

<sup>2</sup> Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεότερα από τους στόματος αντιπηκτικά χρησιμοποιούνται ευρέως για την πρόληψη και τη θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου, καθώς παρουσιάζουν πλεονεκτήματα έναντι της βαρφαρίνης (ευνοϊκό φαρμακοκινητικό προφίλ, απουσία ανάγκης μέτρησης των θεραπευτικών τους επιπέδων). Η απιξαμπάνη είναι αναστολέας του f.Χα και ενδείκνυται, μεταξύ άλλων, για την πρόληψη θρομβοεμβολικού επεισοδίου σε ασθενείς με μη βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή. Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα νεότερα αντιπηκτικά (νταμπιγκαντράνη, ριβαροξαμπάνη) παρουσιάζει μικρότερη νεφρική απέκκριση. Βιβλιογραφικά η εμφάνιση περιστατικών οξείας νεφρικής βλάβης μετά από χορήγηση απιξαμπάνης είναι εξαιρετικά σπάνια.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού εμφάνισης οξείας διάμεσης νεφρίτιδας με συνοδά ευρήματα IgA σπειραματονεφρίτιδας μετά από χορήγηση απιξαμπάνης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 69 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής για την οποία ελάμβανε απιξαμπάνη σε δόση 5 mg δις ημερησίως, από τριετίας, νοσηλεύθηκε για διερεύνηση οξείας νεφρικής βλάβης (ουρία 78 mg/dl, κρεατινίνη 2,7 mg/dl). Διαπιστώθηκε μικροσκοπική αιματοουρία (28 ερυθρά κοπ, 30% δύσμορφα), χωρίς λευκωματοουρία. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού η οποία ανέδειξε αλλοιώσεις οξείας διάμεσης νεφρίτιδας, διάχυτες αλλοιώσεις οξείας σωληναριακής βλάβης με συνοδές αθροίσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων εντός αρκετών σωληναριακών αυλών και μεσαγγειακές εναποθέσεις IgA. Άλλα αίτια οξείας διάμεσης νεφρίτιδας αποκλείστηκαν. Η χορήγηση της απιξαμπάνης διακόπηκε και η ασθενής έλαβε αγωγή με κορτιζόνη για 6 μήνες. Στο τέλος της θεραπείας η νεφρική της λειτουργία είχε σταθεροποιηθεί (ουρία 56 mg/dl, κρεατινίνη 1,56 mg/dl) και δεν εμφάνιζε πλέον αιματοουρία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση της απιξαμπάνης μπορεί σπάνια να οδηγήσει σε εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης λόγω οξείας διάμεσης νεφρίτιδας. Μετά την έναρξη της αγωγής με νεότερο από του στόματος αντιπηκτικό θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά η νεφρική λειτουργία.

## AA35

### ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΛΕΜΦΟΕΙΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE 1 (HTLV-1) ΛΟΙΜΩΞΗ

**Α. Σπύρου**, Άννα Παπαηλιού, Άννα Τζελέπη, Χ. Μιχαηλίδης, Μυρτώ Ασπίτη

Α΄ Παθολογική-Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η HTLV-1 λοίμωξη, προδιαθέτει σε δυσρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος, οδηγεί σε λεμφουπερπλασία και αυξημένη ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων. Σε κάποιες περιπτώσεις, η λοίμωξη οδηγεί σε Τ-λευχαιμία/λέμφωμα ενηλίκων (ATLL). Μη ειδικές δερματικές εκδηλώσεις είναι συχνές και μπορεί να προηγούνται της εμφάνισης νόσου. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με μη ειδική δερματική βλάβη, οφειλόμενη στον ιό HTLV-1.

#### ΥΛΙΚΟ

Έλληνας ασθενής 34 ετών, προσέρχεται για διερεύνηση πλακώδους, κνησμώδους εξανθήματος εντοπιζόμενο στην κοιλιά και στις γλουτιαίες χώρες, με εμφάνιση από Ζετίας και προοδευτική επιδείνωση. Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, δεν είχε λάβει ποτέ μετάγγιση αίματος ή παραγώγων. Δεν ελάμβανε φάρμακα, δεν ανέφερε χρήση ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών και δεν είχε ταξιδέψει ποτέ στο εξωτερικό. Κατά την προσέλευση ο ασθενής δεν είχε συστηματικά συμπτώματα. Η φυσική εξέταση ήταν φυσιολογική, ενώ ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογία. Ο έλεγχος για HBV, HCV, HIV, σύφιλη ήταν αρνητικός.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο ασθενής ανευρέθη θετικός για τον HTLV-I με PCR στον ορό και ποσοτικοποίηση στα 350.000 αντίγραφα/ml. Διενεργήθηκε βιοψία από την προσβεβλημένη περιοχή του γλουτού, η PCR του οποίου ήταν επίσης θετική για τον HTLV-1. Ανεδείχθη διήθηση δέρματος από μικρά Τ-λεμφοκύτταρα που θεωρήθηκαν κλωνικά. Καθώς δημιουργήθηκε υποψία δερματικού λεμφώματος, έγινε συμπληρωματικός μοριακός έλεγχος των γονιδίων των υποδοχέων Τ-λεμφοκυττάρων (TCR) με PCR, ο οποίος δεν έδειξε κλωνικότητα. Προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα Τ-λευχαιμίας/ λεμφώματος, ο ασθενής υπεβλήθη σε ολόσωμη αξονική τομογραφία που δεν ανέδειξε λεμφαδενικές διογκώσεις. Η οστεομυελική βιοψία που έγινε εν συνεχεία, καθώς και κυτταρομετρία ροής περιφερικού αίματος και μυελού απομάκρυναν τη διάγνωση από ATLL. Έτσι, ο ασθενής διεγώσθη με αντιδραστική λεμφοειδή υπερπλασία δέρματος λόγω HTLV-1 λοίμωξης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η HTLV λοίμωξη έχει ισχυρή συσχέτιση με την ύπαρξη δερματικών βλαβών. Η παρουσία τους πρέπει να ευαισθητοποιεί το θεράποντα για τη διάγνωση της λοίμωξης, χρήζει διερεύνησης και συχνής παρακολούθησης για τυχόν εξέλιξη σε αιματολογική κακοήθεια



Εικόνα 1



Εικόνα 2

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA36

### **ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Στέφανν Καλογήρου**<sup>1</sup>, Ελένη Παπανικολάου<sup>2</sup>, Α. Ιωάννου<sup>3</sup>, Χαρά Αζίνα<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (HLH: Haemophagocytic Lympho-Histiocytosis) αποτελεί ένα σπάνιο, δυνητικά θανατηφόρο νόσημα που σχετίζεται συνήθως με λοιμώξεις, νεοπλασίες ή αυτοάνοσα νοσήματα. Οφείλεται σε ανεπαρκή κυτταρολογική ικανότητα των κυττάρων φονέων (NK) και των Τ-κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με δευτεροπαθές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο επί εδάφους χρόνιου δερματικού εξανθήματος.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής 36 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθηκε στην κλινική μας για διερεύνηση υψηλού πυρετού, με συνοδό θωρακαλγία και οιδήματα χωρίς εντύπωμα κάτω άκρων από εβδομάδος. Συνοδό δερματικό εξάνθημα κάτω άκρων (κνιδοβλατιδώδες χωρίς αποχρωματισμό κατά την ψηλάφηση και κατά τόπους φυσαλιδώδες με συνοδό λύση συνέχειας δέρματος του τύπου της υποδερματίτιδας) από μηνός για το οποίο έλαβε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και τοπικά κορτικοστεροειδή από δερματολόγο ως πιθανό δόγμα εντόμου. Κατά τη νοσηλεία χορηγήθηκε εμπειρικά δοξκυκλίνη (για πιθανή ρικετσίωση). Λόγω παρακλινικής εικόνας συμβατής με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (εμπύρετο, λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, σπληνομεγαλία, υπερφερριπτιναιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, δυσινωδογοναιμία, ηπατίτιδας) τέθηκε η υπόνοια HLH που επιβεβαιώθηκε με υψηλά επίπεδα διαλυτού υποδοχέα IL-2 (sCD25). Το εξάνθημα της ασθενούς επεκτάθηκε και στον κορμό και η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία δέρματος και μυελού οστών.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η βιοψία δέρματος ανέδειξε Τ-δερματικό λέμφωμα και η ασθενής έλαβε υποστηρικτική αγωγή για το HLH. Το υποκείμενο λέμφωμα αντιμετωπίστηκε από την αιματολογική κλινική με κορήγηση σχήματος χημειοθεραπείας.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο εμφανίζει μικρή επίπτωση στο γενικό πληθυσμό. Και αυξημένη θνητότητα της τάξης 40% γι' αυτό και χρειάζεται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας για τη διαφορική του διάγνωση με άλλα νοσήματα "μιμητές" του. Η εμφάνιση HLH επί εδάφους Τ-δερματικού λεμφώματος είναι εξαιρετικά σπάνια στη βιβλιογραφία. Ως εκ τούτου χρόνιες δερματοπάθειες χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης ιδιαίτερα σε περίπτωση συστηματικών εκδηλώσεων ή εικόνας HLH για αποκλεισμό αιματολογικής νεοπλασίας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA37

### ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΕΜΒΟΛΩΝ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

**Δ. Σάββα**, Α. Κυριάκου, Θ. Αγαθοκλέους, Θεοφανώ Ττοφή, Μαρίνα Τσιώτσια, Μαρία Σταύρου, Παπουρής Γιώργος, Ανθούλα Γεωργίου

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα ορίζεται ως η μικροβιακή λοίμωξη των ενδοκαρδιακών δομών που έρχονται σε επαφή με το αίμα. Είναι μία λοίμωξη με μεγάλη θνητότητα, η οποία μπορεί να εμφανίσει επιπλοκές τόσο στην καρδιά όσο και στα υπόλοιπα όργανα του σώματος.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση ασθενούς με πυρετό, πτώσης επιπέδου συνείδησης, σύγχυσης και συστολικού φυσήματος, όπου τέθηκε η διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας με παρουσία σηπτικών εμβόλων στον εγκέφαλο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 76 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου λόγω πτώσης επιπέδου συνείδησης και πυρετού. Από τη φυσική εξέταση, παρουσία συστολικού φυσήματος 3/6 σε όλες τις εστίες ακροάσεως. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις υπήρχαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, ενώ στη γενική ούρων υπήρχαν λευκά αιμοσφαίρια. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είχε φλεβοκομβικό ρυθμό με αποκλεισμό του αριστερού σκέλους του δεματίου του His. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου και το υπερηχογράφημα κοιλίας δεν ανέδειξαν κάτι παθολογικό. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε μετρίου βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας με παρουσία ευκίνητου μορφώματος στον αριστερό κόλπο με επαφή με την οπίσθια γλωχίνα, ενώ το διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε παρουσία μάζας, διαμέτρου 1,3 εκατοστά, στο δακτύλιο της μιτροειδούς βαλβίδας. Λόγω της συγχυτικής κατάστασης της ασθενούς διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου όπου απεικονίστηκε οξύ έμφρακτο στη δεξιά κροταφοβρεγματική περιοχή και στον κερκοφόρο πυρήνα αμφοτερόπλευρα. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Οι καλλιέργειες αίματος απομόνωσαν *Streptococcus dysgalactiae* ευαίσθητο στην πενικιλίνη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής αρχικά τέθηκε σε εμπειρική αγωγή ενδοκαρδίτιδας με γενταμικίνη και αμικικιλίνη. Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης της, η ασθενής μεταφέρθηκε στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν Πάφου για συνέχιση της νοσηλείας της.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρέπει πάντα να γίνεται αποκλεισμός της ενδοκαρδίτιδας σε περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζονται με πυρετό και νεοεμφανιζόμενο φύσημα στην καρδιά. Επιπρόσθετα, στους ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα που παρουσιάζουν σύγχυση ή εστιακή νευρολογική σημειολογία, πρέπει να γίνεται διερεύνηση για σηπτικά έμβολα εγκεφάλου.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA38

### ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ Q - COXIELLA BURNETTI

Ειδικεύομενοι: **A. Κυριάκου**, Θ. Αγαθοκλέους, Δ. Σάββα, Θεοφανώ Ττοφή, Μαρίνα Τσιώτσια, Μαρία Σταύρου  
Ειδικοί: Χ. Κουρίδης, Γ. Παπουρής, Α. Καπουράλος, Μαρία Νικολάου, Στέλλα Φεττά, Ανθούλα Γεωργίου  
*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η *coxiella burnetti* είναι ζωνοσός, μεταδίδεται στον άνθρωπο με την εισπνοή μολυσματικού αερολύματος που περιέχει το παθογόνο. Προκαλεί οξεία και χρόνια μορφή. Στη χρόνια της μορφή, οδηγεί σε ενδοκαρδίτιδα σε συνδυασμό με σπειραματονεφρίτιδα, οστεομυελίτιδα ή να προσβάλει το ΚΝΣ. Σκοπός η παρουσίαση περιστατικού υποτροπής χρόνιου πυρετού Q.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 57 ετών με ατομικό ιστορικό χρόνιου πυρετού Q για το οποίο έλαβε θεραπευτική αγωγή, αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη, ιδιοκτήτρια κτηνοτροφικής μονάδας αιγοπροβάτων, είχε παραπεμφθεί στην παθολογική κλινική (2020) λόγω χρόνιας κόπωσης που συνοδευόταν από μυαλγίες και αρθραλγίες. Κλινική εικόνα συμβατή με πιθανή υποτροπή Χρόνιου Πυρετού Q. Διενεργήθηκαν εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις για την τεκμηρίωση της υποτροπής του Χρόνιου Πυρετού Q. Η διάγνωση του χρόνιου πυρετού Q τείθεται με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων με έμμεσο ανοσοφθορισμό. Απαιτούνται οι τίτλοι αντισωμάτων IgG Phase I είναι  $> 1/800$ .

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 1) ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ: IgG Phase I είναι  $> 1/800$
- 2) ΡΕΤ/CT: Δεν υπάρχει υποψία ύπαρξης εστίας λοίμωξης ή κάποιας κακοήθειας
- 3) ΤΟΕ: Χωρίς παρουσία εκβλαστήσεων

Θεραπεία με Δοξυκυκλίνη 100mg 2 φορές ανά ημέρα μαζί με Υδροξυκλωροκίνη 200mg 3 φορές ανά ημέρα για 2 χρόνια. Η ασθενής βρισκόταν σε τακτικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, και παρακολουθείτο από οφθαλμίατρο και καρδιολόγο για την έγκαιρη διαπίστωση ανεπιθύμητων παρενεργειών των φαρμάκων. Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά. Τελευταίος έλεγχος IgG Phase I  $< 1/200$ . Σύσταση για τακτικό έλεγχο μετά το πέρας της θεραπείας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπτωματολογία κόπωσης μαζί με μυαλγίες και αρθραλγίες σε άτομα που εργάζονται σε κτηνοτροφικές μονάδες ή σφαγεία, ή που είχαν διαγνωσθεί στο παρελθόν με χρόνια πυρετού Q θα πρέπει να μας εγείρει την προσοχή λόγω της πιθανής υποτροπής και μετάπτωσης σε χρόνια μορφή. Απαιτείται να αντιδράσουμε όσο το δυνατόν νωρίτερα και να παρέμβουμε θεραπευτικά για να προλάβουμε τις βαρύτερες εκδηλώσεις της νόσου οι οποίες μπορεί να είναι μοιραίες για τον ασθενή.

#### A) Κεφαλή - Τράχηλος:

χωρίς εμφανείς μεταβολικές διαταραχές - μαστοειδή κύτταρα και παραρρινίοι κόλποι ελεύθεροι - φυσιολογικοί λεμφαδένες σε μέγεθος και μεταβολική δραστηριότητα

#### B) Θώρακας:

χωρίς υποψία εστίας στους πνεύμονες - φυσιολογική απεικόνιση μεσοθωράκιων και μασχαλιαίων λεμφαδένων - απουσία πλευριτικής ή περικαρδιακής συλλογής

#### Γ) Κοιλία - Πύελος:

φυσιολογικός και ομοιογενής μεταβολισμός ήπατος - φυσιολογικό μεταβολικό προφίλ των υπολοίπων παρεγχυματικών οργάνων της άνω κοιλίας (SUV = 2) - υποδιαφραγματικοί λεμφαδένες φυσιολογικού μεγέθους.

Δ) Μυοσκελετικό σύστημα - Δέρμα: δεν υπάρχει υποψία πιθανής εστίας στο σκελετό.

#### ImmunoDOT - Assay:

Coxiella burnetti total IgG/M Phase I: positive  
Coxiella burnetti total IgG/M Phase II: positive 1/2  
IFA - Assay:  
Coxiella Burnetti IgG Phase I: positive 1/1024  
Coxiella Burnetti IgM Phase I: negative

Coxiella Burnetti IgG Phase II: positive 1/512

Coxiella Burnetti IgM Phase II: negative  
Coxiella Burnetti IgG Phase I: positive 1/1024  
Coxiella Burnetti IgM Phase I: negative  
Coxiella Burnetti IgG Phase II: positive 1/512  
Coxiella Burnetti IgM Phase II: negative

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA39

### ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΩΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΟΛΟΣΤΕΑΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕΣΟΥ ΟΥΣ

**Θεοφανώ Ττοφή**, Θ. Αγαθοκλέους, Α. Κυριακού, Δ. Σάββα, Μαρία Σταύρου, Μαρίνα Τσιώτσια, Χ. Κουρίδης, Στέλλα Φεττά, Θεοδώρα Κοτζιαπάση, Γ. Παπουρής, Μαρία Νικολάου, Ανθούλα Γεωργίου  
*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού ψυχρού εγκεφαλικού αποστήματος σε υπόβαθρο υποδιαγινωσκόμενου χολοστεατώματος.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άνδρας 52-ετών εισάγεται στην Παθολογική Κλινική για διερεύνηση χωροκατακτητικής εξεργασίας (ΧΚΕ) εγκεφάλου. Ο ασθενής αναφέρει προοδευτικά επιδεινούμενη μετωποκροταφική κεφαλαλγία από 10ημέρου με διαλείποντα επεισόδια αφασίας εκπομπής και δεκατική πυρετική κίνηση προ 4ημέρου. Ατομικό ιστορικό: Προ 2μηνου επεισόδιο μέσης ωτίτιδας αριστερού ωτός και 15ημερη λήψη αντιβίωσης (σιπροφλοξασίνης). Προ μηνός κάκωση περυγίου ΑΡ-ωτός, διάνοιξη αιματώματος και 10ημερη λήψη σιπροφλοξασίνης. Ζητήθηκε Αξονική Τομογραφία (ΑΤ) ωτών και διαγνώσθηκε χολοστεάτωμα ΑΡ-κροταφικού οστού που καταλαμβάνει το μέσο ους και το μαστοειδές άντρο με διάβρωση της οροφής. Προ 10ημερου έγινε καθαρισμός ωτός από ιδιώτη ωτορινολαρυγγολόγο. Κατά την εισαγωγή παρουσίαζε ήπιο βραδυψυχισμό, πτώση γωνίας στόματος αριστερά, απουσία μνιγγισμού ή εστιακής νευρολογικής σημειολογίας, φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής. Έγινε άμεσα ΑΤ-εγκεφάλου με αποτέλεσμα: ΧΚΕ εγκεφάλου αριστερά βρεγματικά με έντονο περιεσιακό οίδημα, μετατόπιση μέσης γραμμής δεξιά και πίεση ΑΡ πλάγιας κοιλίας. Για διαφοροδιαγνωστικό σκοπό διενεργήθηκε MRI-εγκεφάλου με αποτέλεσμα: Λοβώδης βλάβη αριστερού κροταφικού λοβού με περιφερική ενίσχυση ύποπτη για εγκεφαλικό απόστημα, δορυφόρες βλάβες κροταφικού κέρατος αριστερής πλάγιας κοιλίας και πλάγιας ινιακοκροταφικής έλικας διάχυτο περιεσιακό οίδημα με πίεση αριστερής πλάγιας κοιλίας και μετατόπιση μέσης γραμμής 7mm δεξιά. Άμεση έναρξη αντιβιοτικής αγωγής (μεροπενέμης/βανκομυκίνης) και μεταφορά ασθενούς σε Νευροχειρουργική κλινική για χειρουργική αντιμετώπιση. Από καλλιέργεια του αποστήματος απομονώθηκε E. Coli.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα εγκεφαλικά αποστήματα του χολοστεατώματος είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή. Η υψηλή κλινική υποψία, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση χολοστεατωμάτων, τα οποία υποδιαγινώσκονται ως απλές μέσες ωτίτιδες, αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στην πρόληψη των σοβαρών επιπλοκών του χολοστεατώματος.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA40

### ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ - ΣΗΠΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Ειδικευόμενοι: **Θ. Αγαθοκλέους**, Δ. Σάββα, Κ. Ανδρέας, Θεοφανώ Ττοφή, Μαρίνα Τσιώτσια, Μαρία Σταύρου  
Ειδικοί: Γ. Παπουρής, Γεωργίου Ανθούλλα

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αναφέρεται στη λοίμωξη του ενδοκαρδίου και συνήθως στη λοίμωξη μιας ή και περισσότερων βαλβίδων της καρδιάς. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα παραμένει μια σπάνια κατάσταση αλλά με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η έγκαιρη κλινική υποψία και η ταχεία διάγνωση παίζουν σημαντικό ρόλο για τη θεραπεία και τη μείωση των επιπλοκών και της θνησιμότητας.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ασθενή με διαταραχή επιπέδου συνείδησης, εμπύρετου και δύσπνοιας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 62 ετών πρόσφυγας με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσκομίσθηκε στα ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου λόγω εμπύρετου από τριημέρου και σύγχυσης.

##### 1. Κλινική εξέταση:

Καρδιακοί ήχοι ευκρινείς ρυθμικοί με ήπιο φύσημα 3/6 στην εστία ακρόασης μιτροειδούς βαλβίδας. Αρτηριακή πίεση 77/55, απύρετος, κορεσμός οξυγόνου 92%, κατά την ακρόαση αναπνευστικού τρίζοντες αμφοτερόπλευρα, ικτερική χροιά επιπεφυκώτων, κοιλία χωρίς παθολογικά ευρήματα, διεγερτικός με επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης GCS 13/15

##### 2. Απεικονιστικές εξετάσεις:

Ακτινογραφία θώρακος, Αξονικός θώρακος, Αξονικός εγκεφάλου, Βρογχοσκόπηση Διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς, Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, Διοισοφάγιος υπέρηχος καρδιάς.

##### 3. Εργαστηριακές εξετάσεις:

Εργαστηριακά εισόδου: WBC 3,32, D dimers 34000, crp 313, Glu 288, Urea 58, Cr 2.87, Na 132, K 3.13, Ολική Χολερυθρίνη 5,14

Καλλιέργειες αίματος 2/3 χωρίς ανάπτυξη και μία με staphylococcus epidermidis.

Μετά από ευρήματα σε ορισμένες απεικονιστικές εξετάσεις και της υψηλής υποψίας για λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα δόθηκε αντιβιοτική κάλυψη με εμπειρική θεραπεία με εντυπωσιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Για τον αποκλεισμό της θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η κλινική εικόνα, εργαστηριακές εξετάσεις και απεικονιστικές εξετάσεις. Είναι σημαντική η άμεση έναρξη της εμπειρικής αντιβιοτικής κάλυψης και περαιτέρω στόχευση εάν απομονωθεί συγκριμένο βακτήριο ή μύκητας από τις καλλιέργειες αίματος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν πρέπει ποτέ να αποκλείουμε το ενδεχόμενο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ασθενή με εμπύρετο και διαταραχή επιπέδου συνείδησης.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA41

### **ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ, ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ, ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

**Θεοφανώ Ττοφή**, Θ. Αγαθοκλέους, Α. Κυριακού, Δ. Σάββα, Μαρία Σταύρου, Μαρίνα Τσιώτσια, Ραφαέλλα Θεολόγου, Χ. Κουρίδης, Στέλλα Φεττά, Γ. Παπουρής, Μαρία Νικολάου, Β. Ζηνιέρη, Ανθούλα Γεωργίου

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ελονοσία είναι μια οξεία εμπύρετη λοιμώδης νόσος που προκαλείται από τα παράσιτα Plasmodium, τα οποία μεταδίδονται στους ανθρώπους μέσω των τσιμπημάτων των μολυσμένων θηλυκών κουνουπιών Anopheles. Το P. falciparum αποτελεί το πιο επικίνδυνο-θανατηφόρο παράσιτο της ελονοσίας. Η ελονοσία ενδημεί κυρίως στην υποσακχάρια Αφρική, Ασία και Λατινική Αμερική.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Παρουσίαση ενός περιστατικού σοβαρής ελονοσίας με πολυσυστηματική προσβολή.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Βρετανός άνδρας 58 ετών, κάτοικος Ταϊλάνδης, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και οικογενειακό ιστορικό κληρονομικής σφαιροκυττάρωσης, εισάγεται στην Παθολογική κλινική, μετά από 3ημερη νοσηλεία για εμπύρετο γαστρεντερίτιδα σε ιδιωτική κλινική, λόγω επιδείνωσης κλινικής εικόνας και εργαστηριακών ευρημάτων. Ο ασθενής παρουσίασε 8 ημέρες μετά την άφιξη του στην Κύπρο αδυναμία, καταβολή, ναυτία, κεφαλαλγία, υψηλό πυρετό με ρίγος και έντονη εφίδρωση. Για 2 ημέρες ανέφερε διαρροϊκές κενώσεις χωρίς πρόσμιξη αίματος ή βλέννας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε οξεία νεφρική ανεπάρκεια, πανκυτταροπενία, αύξηση χολοστατικών ενζύμων, χολερυθρίνης και δεικτών φλεγμονής. Το υπερηχοτομογράφημα κοιλίας έδειξε ηπατοσπληνομεγαλία. Στο επίχρισμα λεπτής-παχιάς σταγόνας αίματος ανιχνεύθηκε P. Falciparum στα ερυθροκύτταρα, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της ελονοσίας. Χορήγηση ανθελονοσιακής αγωγής με αρτεσουνικό οξύ και δοξουκυκλίνη για 7 ημέρες (σοβαρή ελονοσία, ανθεκτικότητα πλασμοδίου στην Ταϊλάνδη στη κλωροκίνη και μεφλοκίνη) με θεαματική κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση και ίαση του ασθενή.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ελονοσία αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια που εκδηλώνεται με συμπτώματα πολυοργανικής προσβολής. Είναι μια προλαμβανόμενη και ιάσιμη λοιμώδης νόσος, που η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη ανθελονοσιακής αγωγής, με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας προέλευσης του εκάστοτε ασθενή, αποτελούν τη βασική αρχή για τη θεραπεία και πρόγνωση της νόσου. Μπορεί να έχει εκριζωθεί από τη χώρα μας, αλλά ενδημεί σε αρκετές άλλες χώρες, ιδιαίτερα σήμερα, λόγω των συχνών ταξιδιών και των μετακινήσεων πληθυσμών. Κρούσματα ελονοσίας υπάρχουν σε πολλές χώρες και πρέπει πάντοτε να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση εμπυρέτου νοσήματος.



## AA42

### ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

**Μαρίνα Τσιώτσια**, Γ. Παπουρής, Θεοφανώ Ττοφή, Σοφία Σταύρου, Ραφαέλλα Θεολόγου, Θ. Αγαθοκλέους, Α. Κυριακού, Δ. Σάββα, Μαρία Σταύρου, Μαρία Νικολάου, Στέλλα Φεττά, Χ. Κουρίδης, Ανθούλα Γεωργίου  
*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηπατίτιδα C θεωρείται συστηματική νόσος, καθώς εμφανίζει εξωηπατικές εκδηλώσεις από όλα σχεδόν τα συστήματα, ενεργοποιεί ανοσολογικούς μηχανισμούς και σχετίζεται άμεσα με τη θνητότητα των ασθενών. Η νεφρική προσβολή στην ηπατίτιδα C οφείλεται συνήθως σε εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων ή/και σε κρουσφαιριναίμια.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού με πρωτοδιάγνωστη ηπατίτιδα C που εμφάνισε γενικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, υπερχολερυθριναιμία, διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 37 ετών, άρρεν, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσέρχεται στις πρώτες βοήθειες λόγω γενικευμένης αδυναμίας, καταβολής, κεφαλαλγίας και ικτερικής χροιάς δέρματος-επιπεφυκότων. Τα συμπτώματα ξεκίνησαν από τριήμερο μετά από εμφάνιση γενικευμένου κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος. Κατά την αξιολόγηση στις πρώτες βοήθειες διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής είχε αρτηριακή πίεση 190/100mm Hg με συνοδό ολιγουρία. Στα πλαίσια της διαγνωστικής μας προσέγγισης αποκλείσαμε ιογενή και βακτηριακή λοίμωξη, κολλαγονικό νοσήμα και κακοήθεια. Εστάλει ιολογικός έλεγχος όπου διαπιστώθηκε πως ο ασθενής ήταν θετικός στον ιό της ηπατίτιδας C (AntiHCV θετικά, RNA HCV θετικό (γονότυπος 3a). Από την εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε οξεία νεφρική βλάβη, υπερχολερυθριναιμία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση. Τις πρώτες μέρες νοσηλείας ο ασθενής ήταν ανουρικός. Υποβλήθηκε συνολικά σε 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Τις επόμενες μέρες της νοσηλείας του παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο σε πολύ καλή γενική κατάσταση λαμβάνοντας θεραπεία για την ηπατίτιδα C στο ηπατολογικό ιατρείο του Γ.Ν Πάφου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στους περισσότερους ασθενείς, η νεφρική προσβολή εκδηλώνεται με λευκωματουρία και μικροσκοπική αιματουρία Η συχνότητα της νεφρικής προσβολής στη HCV λοίμωξη δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, καθώς υπάρχουν υποκλινικές περιπτώσεις με άτυπη ή καθόλου συμπτωματολογία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε πως η λοίμωξη από ηπατίτιδα C μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους. Είναι ζωτικής σημασίας να μην ξεχνάμε πως η εμφάνιση ενός εξανθήματος σε έναν ασθενή μπορεί να είναι μια σπάνια εκδήλωση μιας πολυσυστηματικής νόσου.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA43

### CMV ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗΣ

**Μαρία Σταύρου**, Θεοφανώ Ττοφή, Θ. Αγαθοκλέους, Α. Κυριακού, Δ. Σάββα, Μαρίνα Τσιώτσια, Ραφαέλλα Θεολόγου, Χ. Κουρίδης, Στέλλα Φεττά, Γ. Παπουρής, Μαρία Νικολάου, Ανθούλα Γεωργίου  
*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φάσμα εκδηλώσεων της CMV-λοίμωξης είναι ποικίλο και εξαρτάται κυρίως από το ανοσοεπάρκεια του ξενιστή. Ο CMV είναι υπεύθυνος για της περισσότερες λοιμώξεις των ανοσοκατασταλμένων ασθενών, οι οποίες μπορεί να είναι σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή. Συχνά προσβάλλει το γαστρεντερικό σύστημα, προκαλώντας σοβαρή κολίτιδα που σπάνια μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού CMV κολίτιδας σε ασθενή με λήψη κορτιζόνης.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 86-ετών με ιστορικό ΧΝΝ, ΣΔ, ΑΥ, ΔΛΔ, και περικαρδιακής συλλογής υπό 2μηνη αγωγή με κολχικίνη και κορτιζόνη, εισάγεται στην Παθολογική Κλινική λόγω οξέος διαρροϊκού συνδρόμου. Η νόσος αρχόταν από 2ημέρου με υδαρείς κενώσεις, κοιλιακού άλγους, άρνησης λήψης τροφής και αφυδάτωσης. Αναφερόμενο ρίγος χωρίς θερμομέτρηση στο σπίτι. Από κλινική εξέταση παρουσίαζε διάχυτη ευαισθησία στην επιπολής και εν τω βάθει ψηλάφηση, εντερικούς ήχους παρόντες και μειωμένη σπαργή δέρματος. Από εργαστηριακό έλεγχο κατά την εισαγωγή παρουσίαζε λευκοπενία, λεμφοπενία, αυξημένο CRP, Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ) σε έδαφος ΧΝΝ. Από ακτινογραφία κοιλίας απεικονίστηκαν διατεταμένες εντερικές έλικες. Άμεση αντιβιοτική κάλυψη με μεροπενέμη και βανκομυκίνη. Μετά τα αποτελέσματα του Ιολογικού Ελέγχου ανευρέθηκαν θετικά IgM για CMV και avidity IgG-32%, τέθηκε η διάγνωση CMV-κολίτιδας και προστέθηκε γκανσυκλοβίρη. Η ασθενής κατά τη νοσηλεία παρουσίασε κλινοεργαστηριακή επιδείνωση με αιμοδυναμική αστάθεια, επιδείνωση νεφρικής και αναπνευστικής λειτουργίας (ανουρία, υποξυγοναιμία) με αποτέλεσμα την ανάγκη χορήγησης αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων, υποβολής αιμοκάθαρσης και μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μακρά λήψη κορτικοειδών, δημιουργεί της απαραίτητες προϋποθέσεις ανοσοκαταστολής της ασθενείς καθιστώντας της ευάλωτους σε CMV-λοίμωξη. Η CMV-κολίτιδα είναι μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση η οποία μπορεί να επιφέρει ραγδαία επιδείνωση της κλινικής εικόνας των ασθενών. Σημαντικό η άμεση έναρξη κατάλληλης αντιικής αγωγής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το οξύ διαρροϊκό επεισόδιο σε κάθε ασθενή που λαμβάνει οποιασδήποτε μορφής ανοσοκατασταλτικής αγωγής πρέπει να εγείρει πάντα την υποψία μιας CMV-λοίμωξης και να εντάσσεται στη διαφορική διάγνωση.

## AA44

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΗΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΛΟΓΩ ΡΗΞΗΣ ΔΕΡΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

**Αντιγόνη Νικηφόρου<sup>1</sup>**, Άντρια Παπαζαχαρίου<sup>1</sup>, Ε Μαριδάκης<sup>1</sup>, Φ. Ψαράκης<sup>2</sup>, Ελισάβετ Αναγνωστοπούλου<sup>2</sup>, Γ. Σαριδάκης<sup>2</sup>, Π. Αναγνωστόπουλος<sup>3</sup>, Ι. Παπαδάκης<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>3</sup> Γυναικολογική-Μαιευτική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χημική περιτονίτιδα αποτελεί μια φλεγμονώδη περιτοναϊκή αντίδραση που οφείλεται σε μη λοιμώδη αίτια όπως χολή, αίμα, σμήγμα. Είναι σπάνια και παρουσιάζει συχνά άτυπη κλινική εικόνα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περίπτωσης χημικής περιτονίτιδας οφειλόμενη σε ρήξη δερμοειδούς κύστης ωοθήκης.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 43 ετών με ατομικό ιστορικό δερμοειδούς κύστης δεξιάς ωοθήκης, παρουσιάζει από 14ημέρου άλγος υπογαστρίου και σταδιακή διόγκωση κοιλίας μετά από πτώση. Από 7ημέρου παρουσίασε εμπύρετο έως 39οC με συνοδό απώλεια σωματικού βάρους. Από την κλινική εξέταση αναδείχθηκε κοιλία μετεωρισμένη, μετακινούμενη αμβλύτητα και διάχυτη ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση. Παρουσίασε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP: 25,24mg/dl). Η ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχοτομογραφία κοιλίας, που ανέδειξε μέτριου βαθμού ασκτική συλλογή. Το ασκτικό υγρό ήταν εξίδρωμα με SAAG: 0.3 και αριθμό ερυθρών 1030κ.κ.κ με λεμφοκυτταρικό τύπο. Οι καλλιέργειες ασκτικού υγρού και αίματος ήταν στείρες. Επιπλέον, αρνητική άμεση χρώση και PCR για M. Tuberculosis. Η κυτταρολογική ασκτικού υγρού ήταν αρνητική. Από την CT κοιλίας απεικονίστηκε ομαλή προβολή και ενίσχυση του περιτοναίου κατά τόπους. Εν συνεχεία, η ασθενής υπεβλήθη σε MRI κοιλίας, η οποία παρουσίασε διάχυτη πάχυνση του μείζονος επιπλόου με διήθηση και ενίσχυση του λίπους (omental cake). Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων, η ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία, έγινε αφαίρεση δεξιάς ωοθήκης και δερμοειδούς κύστης και πλύσεις περιτοναϊκής κοιλότητας. Η βιοψία περιτοναϊκού ιστού ανέδειξε παρουσία γιγαντοκυττάρων με έγκλειστα που περιείχαν τρίχες, στοιχεία υπέρ ρήξης δερμοειδούς κύστεος. Έπειτα από τη χειρουργική αντιμετώπιση, λόγω εμμονής των δεικτών φλεγμονής, έγινε έναρξη κορτιζοθεραπείας σταδιακά αποκλιμακούμενης. Η ασθενής παρουσίασε θεαματική βελτίωση. Ένα μήνα μετά την επέμβαση διεκόπη η κορτιζόνη, δεν υπήρξε αναπαραγωγή της ασκτικής συλλογής, οι δε δείκτες φλεγμονής επανήλθαν στο φυσιολογικό.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χημική περιτονίτιδα που οφείλεται σε ρήξη δερμοειδούς κύστεος ωοθήκης είναι σπάνια και έχει άτυπη κλινική εικόνα. Απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση με περιτοναϊκές πλύσεις. Βιβλιογραφικά αναφέρονται περιπτώσεις με υπολειπόμενη χρόνια κοκκιωματώδη περιτονίτιδα που αντιμετωπίστηκαν με στεροειδή.



## AA45

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗΣ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ BCG

**Κ. Μαγγανάς<sup>1</sup>**, Μαρία Αγγελάρα<sup>1</sup>, Ιωάννα Μπουντζώνα<sup>1</sup>, Γ. Καραμανάκος<sup>1</sup>, Α. Τόσκας<sup>1</sup>

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδοκυστική έγχυση BCG (βάκιλλος Calmette-Guerin - ζώντας εξασθενημένος *Mycobacterium bovis*) θεωρείται πρώτης γραμμής θεραπεία για τον επιφανειακό καρκίνο της ουροδόχου κύστης, με μηχανισμό δράσης που δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συνήθως τοπικές, ενώ οι συστηματικές μπορεί να είναι δυνητικά θανατηφόρες, μια κατάσταση που ονομάζεται BCGίτιδα. Το δευτεροπαθές αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο μετά από έγχυση BCG είναι μια σπάνια κλινική οντότητα με υψηλή θνητότητα, με μόλις τρία περιστατικά να έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

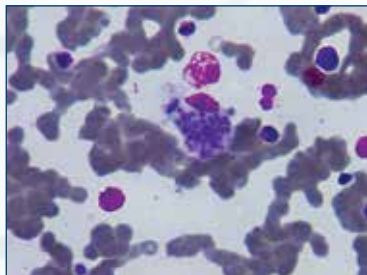
Ασθενής 64 ετών, με ιστορικό *in situ* ουροθηλιακού καρκινώματος ουροδόχου κύστης από 4ετία με τοπική εκτομή και έξι εγχύσεις BCG προ 3ετίας, διεκομίσθη λόγω εμπυρέτου ως 39oC από 15ημέρου με ήπια δυσουρικά ενοχλήματα, με εμφάνιση μετά την τελευταία ενδοκυστική έγχυση BCG.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την εισαγωγή του ήταν προσανατολισμένος, εμπύρετος ως 38,5oC, νορμοτασικός με φυσιολογική παλμική οξυμετρία. Εμφάνιζε ένα πετεχειώδες μη ψηλαφητό εξάνθημα στα κάτω άκρα και οριακά ψηλαφητό ήπαρ. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν ουδετεροπενία (1000 K/MI), σοβαρή θρομβοπενία (8 K/MI), οξεία νεφρική βλάβη (Ur: 59mg/dl, Cr: 2.01mg/dl), διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία (AST: 177U/L, ALT: 94U/L, ALP: 201U/L, γ-GT: 380U/L), υψηλή LDH (604U/L), τριγλυκερίδια (282mg/dl), d-dimers (5.5 μg/ml) και αυξημένους δείκτες οξείας φάσης (CRP: 229 mg/L, φερριτίνη: 5596 ng/ml), με φυσιολογικούς χρόνους πήξης. Ο ορολογικός έλεγχος για ηπατίτιδα Β, C, HIV, ραβνονίριος Β19, EBV και CMV, λείσμανία και βρουκέλλα ήταν αρνητικός, ενώ στείρες ήταν πολλαπλές καλλιέργειες αίματος και ούρων. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ηπατομεγαλία (23cm) και σπλινομεγαλία (17cm). Έγινε έναρξη 4-πλης αντιφυματικής αγωγής (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη, λεβοφλοξασίνη) και υψηλής δόσης δεξαμεθαζόνης (10mg/m<sup>2</sup>), της και γ-σφαιρινών (400mg/kg για 5 ημέρες). Επισημαίνουμε την ενδογενή ανοτοχή του *Mycobacterium bovis* στην πυραζιναμίδα. Έγινε βιοψία ήπατος που ανέδειξε μη-τυροειδοποιημένα κοκκιώματα με Ziehl-Neelsen θετική για οξεοάντοχα μυκοβακτηρίδια. Τέλος, λόγω ισχυρής υποψίας για αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο, έγινε αναρρόφηση μυελού των οστών, με εικόνα φαγοκυττάρωσης αιμοπεταλίων από ιστοκύτταρα, με αρνητική καλλιέργεια, Ziehl-Neelsen και PCR TB εκ του μυελού. Απυρέτησε σταδιακά, με κλινική και εργαστηριακή βελτίωση και εξήλθε με οδηγίες για διπλή αντιφυματική αγωγή και tapering κορτιζόνης.

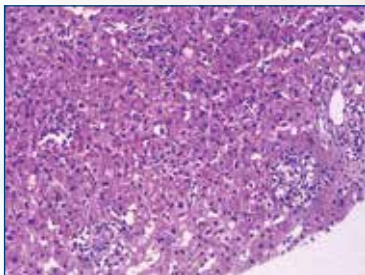
#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ισχυρή κλινική υποψία και η έγκαιρη έναρξη αντιφυματικής αγωγής σε συνδυασμό με γ-σφαιρίνες και υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της έκβασης αυτών των ασθενών.



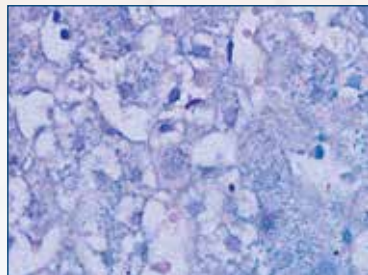
**Εικόνα 3.**

Φαγοκυττάρωση αιμοπεταλίων στο μυελό των οστών



**Εικόνα 4.**

Μη τυροειδοποιημένα κοκκιώματα σε βιοψία ήπατος



**Εικόνα 5.**

Θετική χρώση Ziehl-Neelsen σε βιοψία ήπατος



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA46

### **POST-COVID, ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (MIS-A), ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΔΙΑΛΥΤΟ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗ ΠΛΑΣΜΙΝΟΓΟΝΟΥ ΤΥΠΟΥ ΟΥΡΟΚΙΝΑΣΗΣ (suPAR), ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΗΚΕ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΜΕ ΑΝΑΚΙΝΡΑ**

**Μαρία Χρηστάκη**, Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου, Φ. Ντεκούαν, Λ. Αθανασίου, Βαλεντίνα Σαμανίδου, Α. Αθανασίου, Κ. Γεωργούλας, Γ. Καλαμπόκης, Χ. Μηλιώνης

*Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η πανδημία Covid-19, ανέδειξε ένα νέο σύνδρομο πολυσυστηματικής φλεγμονής (MIS), αρχικά διαπιστώθηκε στα παιδιά, κατόπιν αναγνωρίστηκε στους ενήλικες. Πρόκειται για μια δυνητικά θανατηφόρα, επιπλοκή της λοίμωξης από SARS-Cov-2. Αφορά ανεμβολίαστους ασθενείς και μπορεί να παρουσιαστεί από 2-12 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη. Η λοίμωξη από τον ιό SARS-Cov-2, προκαλεί σημαντική ενεργοποίηση των κυτταροκινών και σημαντική αύξηση της φερριτίνης, οδηγώντας στο σύνδρομο ενεργοποίησης των μακροφάγων. Τα επίπεδα του βιοδείκτη suPAR (αναδεικνύουν τη βαρύτητα της φλεγμονής και το βαθμό ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Σκοπός μας, η παρουσίαση ασθενή με MIS-A και σημαντικά αυξημένο το διαλυτό υποδοχέα του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου τύπου ουροκινάσης (suPAR), που θεραπεύτηκε επιτυχώς με ανταγωνιστή της ιντερλευκίνης-1 (ANAKINRA)

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής 59 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη στην παθολογική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων, με πυρετό, με ρίγος έως 40°C, εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις και διάχυτο κοιλιακό άλγος από 4ημέρου. Η ασθενής ήταν ανεμβολίαστη και είχε θετική PCR για SARS-Cov-2, προ τριμήνου. Στην εισαγωγή της είχε αυξημένη Crp, θρομβοπενία και αυξημένη φερριτίνη. Αντιμετωπίστηκε ως οξεία γαστρεντερίτιδα με σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη, χωρίς ανταπόκριση. Η ασθενής παρέμεινε συνεχώς εμπύρετη. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν σε συνεχή αυξητική πορεία με μέγιστη τιμή Crp: 470mg/l, ΤΚΕ: 57, Φερριτίνη: 1350ng/ml. Εμφάνισε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, αύξηση των χολοστατικών ενζύμων και της αμυλάσης. Διενεργήθη αξονική θώρακος, κοιλίας, που ανέδειξε λεμφαδενοπάθεια, ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα και πλευριτικές συλλογές. Η κυτταρομετρία ροής, ο ανοσολογικός και ο έλεγχος για ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις απέβη αρνητικός. Διενεργήθη MCRP χωρίς παθολογία. Την 5η ημέρα, εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια και πνευμονικό οίδημα με αύξηση της τροπονίνης. Λόγω της συμμετοχής των πολλαπλών συστημάτων και την προηγηθείσας λοίμωξης από SARS-Cov-2, αντιμετωπίστηκε ως MIS-A με χορήγηση iv δεξαμεθαζόνης, 30 mg ημερησίως. Μετρήθηκε το suPAR το οποίο ανευρέθη, αυξημένο > 15. Έγινε έναρξη υποδορίως, 100mg ημερησίως, για δέκα ημέρες, ανταγωνιστή ιντερλευκίνης-1 (ANAKINRA). Εντός 48h, υπήρξε σημαντική κλινικό εργαστηριακή βελτίωση.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η υποδόρια χορήγηση 100mg ημερησίως, ANAKINRA είχε σαν αποτέλεσμα την ταχύτατη και ασφαλή αναχαίτιση του συνδρόμου της πολυσυστηματικής φλεγμονής (MIS-A), που εμφάνισε η ασθενής μετά τη λοίμωξη από τον ιό SARS-Cov-2

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο ιός SARS-Cov-2 μπορεί να προσβάλλει πολλά όργανα και συστήματα, προδιαθέτοντας τους νοσήσαντες σε μια κατάσταση πολυσυστηματικής φλεγμονής, με ενεργοποίηση της καταιγίδας των κυτταροκινών. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση αυτής της απειλητικής για τη ζωή οντότητας, που μπορεί να εμφανιστεί έως και 12 εβδομάδες, μετά τη νόσηση καθώς και η άμεση θεραπεία της με ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες. Η χορήγηση ANAKINRA, στο σύνδρομο πολυσυστηματικής φλεγμονής (MIS-A) είναι ασφαλής και πολλά υποσχόμενη. Αξίζει να διερευνηθεί και να μελετηθεί περαιτέρω

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA47

### ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΑΣΚΙΤΗ

**Αντωνία Νεονάκη**, Σ. Βλάχος, Π. Αβραμόπουλος, Α. Αποστόλου, Σταυρούλα Ασημακοπούλου, Κωνσταντίνα Μπάφα, Αικατερίνη Καμπλίου, Ι. Βέργος, Αικατερίνη Γκούφα, Μαρία Σαριδάκη, Γ. Ερμείδης, Ε. Χολόγκιτας

Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ) είναι η λοίμωξη του ασκτικού υγρού χωρίς εμφανή ενδοκοιλιακή εστία που μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά. Συνηθέστερα εμφανίζεται σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Θήλυ 79 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου και καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) εισάγεται σε Παθολογική Κλινική λόγω αναφερόμενης αδυναμίας, σταδιακά επιδεινούμενης δύσπνοιας και εμφάνισης οιδημάτων κάτω άκρων από μηνός. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς, διαπιστώθηκε σημαντικά επηρεασμένη συσπαστικότητα ΔΕ και ΑΡ κοιλίας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ=30%). Αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση διουρητικών ως επί απορρύθμισης χρόνιας ΚΑ. Σε CTs σταδιοποίησης, που ακολούθησαν την πρωτοδιάγνωση κακοήθειας ΔΕ μαστού, ανεδείχθη μικρή ποσότητα ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, χωρίς παθολογία του ηπατικού παρεγχύματος. Κατά τη δέκατη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε εμπύρετο με πτώση του επιπέδου συνείδησης. Από τις καλλιέργειες αίματος και ούρων δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός, ενώ από την ακτινογραφία θώρακος δε διαπιστώθηκε εστιακή βλάβη. Λόγω της γνωστής ασκτικής συλλογής, διενεργήθηκε διαγνωστική παρακέντηση με ευρήματα SAAG 1,5g/dL, λεύκωμα υγρού 3, 1g/dl, κύτταρα 8 10<sup>3</sup> (πολυμορφοπύρνηνα 73%, λεμφοκύτταρα 20%, μεσοθηλιακά 7%), οπότε τέθηκε η διάγνωση της ΑΒΠ σε καρδιακό ασκίτη.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομοπακτάμη με μείωση του αριθμού των κυττάρων στη διαγνωστική παρακέντηση 48ωρου (Πίνακας 1). Δυστυχώς, λίγα 24ωρα αργότερα, η ασθενής εμφάνισε οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και υποξυγοναιμία. Σύντομα κατέστη ολιγουρική και κατέληξε λόγω οξείας επί χρονίας νεφρικής ανεπάρκειας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΚΑ αποτελεί σπάνιο αίτιο ασκτικής συλλογής, καθώς ευθύνεται μόλις για το 3% των συνολικών περιπτώσεων. Η ΑΒΠ σε καρδιακό ασκίτη αποτελεί σπάνια επιπλοκή με αυξημένο δείκτη θνησιμότητας 1,2. Σε ασθενείς με χρόνια ΚΑ, η μειωμένη καρδιακή απόδοση πιστεύεται ότι οδηγεί σε χρόνιες βλάβες ισχαιμίας-επαναιμάτωσης του εντερικού τοιχώματος, ενώ η οξεία παρόξυνση της νόσου εντείνει την εντερική υποξία επάγοντας τη βακτηριακή αλλομετάθεση<sup>3</sup>. Έγκαιρη διαγνωστική παρακέντηση και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής απαιτείται για τη διάγνωση και τη μείωση της θνητότητας 1. Συμπερασματικά, η ΑΒΠ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της σήψης σε ασθενείς με καρδιακό ασκίτη.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Canakis A et al. Spontaneous Bacterial Peritonitis in Cardiac Ascites: A Rare but Deadly Occurrence. Am J Case Rep. 2019 Oct 1; 20: 1446-1448.
2. Rossiter JP, Cunningham K, Manley PN. Spontaneous bacterial peritonitis: an unusual life-threatening complication of congestive heart failure. Can J Cardiol. 2015 May; 31(5): 691.e13-4
3. Zafar MU, Marjara J, Tarar ZI, Ghouse G, Patel P. Spontaneous Bacterial Peritonitis in Cardiogenic Ascites. Cureus. 2020 Oct; 12(10):e10995.

<b>Κύτταρα</b>	8243	2404
<b>Ερυθρά</b>	32000	35000
<b>Τύπος</b>	πολυμορφοπύρνηνα 73%, λεμφοκύτταρα 20%, μεσοθηλιακά 7%	πολυμορφοπύρνηνα 42%, λεμφοκύτταρα 40%, μονοκύτταρα 18%
<b>Gram</b>	ΟΥΔΕΝ	ΟΥΔΕΝ

**Πίνακας 1.** Γενική υγρού στη διάγνωση και 48ωρου

## AA48

### ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ 17-ΧΡΟΝΟ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΕΡΣΤΕΙΝ-BARR

**Αντωνία Νεονάκη**, Ι. Βέργος, Μαγδαληνή Αδάμαντου, Σ. Βλάχος, Αικατερίνη Καμηλίου, Αικατερίνη Γκούφα, Μαρία Σαριδάκη, Σταυρούλα Ασημακοπούλου, Κωνσταντίνα Μπάφα, Α. Αποστόλου, Γ. Ερμείδης, Ε. Χολόγκιτας

Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η μυοκαρδίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος του καρδιακού μυός με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, από την εμφάνιση υποκλινικής νόσου έως την πρόκληση σοβαρής καρδιακής δυσλειτουργίας. Οι ιογενείς λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης από τον ιό Epstein-Barr (EBV), αποτελούν το συχνότερο αίτιο μυοκαρδίτιδας στις αναπτυγμένες χώρες. Παρ' όλα αυτά, η λοίμωξη από τον EBV σπάνια εκδηλώνεται με προσβολή του μυοκαρδίου σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άρρεν 17 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, παραπέμπεται σε Παθολογική Κλινική λόγω ανεύρεσης διαταραχών επαναπόλωσης σε τακτικό ΗΚΓ έλεγχο. Αναφέρεται εμπύρετο διάρκειας 3 ημερών προ 15 ημερών με συνοδό θωρακαλγία, καθώς και φαρυγγαλγία από 24ωρου. Κλινικά, διαπιστώθηκε τραχηλική και βουβωνική λεμφαδενοπάθεια, ενώ από τις εργαστηριακές εξετάσεις ανευρέθη λεμφοκυττάρωση, ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής και τρανσαμινασαιμία με τιμές τροπονίνης εντός των φυσιολογικών ορίων. Ορολογικός (IgM, IgG) και μοριακός έλεγχος (PCR) έθεσαν τη διάγνωση της οξείας EBV λοίμωξης. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λόγω υψηλής κλινικής υποψίας, ακολούθησε μαγνητική τομογραφία (MRI) καρδιάς με ευρήματα τυπικά για μυοκαρδίτιδα. Ο ασθενής εξήλθε 6 ημέρες αργότερα, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς αιτιάσεις με σύσταση για αποχή από άσκηση και τακτικό follow-up.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο EBV αποτελεί σπάνιο αιτιολογικό παράγοντα μυοκαρδίτιδας σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς<sup>1</sup>. Οι κλινικές εκδηλώσεις της μυοκαρδίτιδας ποικίλλουν από υποκλινική νόσο μέχρι καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιογενές σοκ, αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο<sup>1,2</sup>. Δύναται να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της EBV λοίμωξης, ακόμα και ως πρώτη εκδήλωση της νόσου<sup>3</sup>. Η MRI καρδιάς αποτελεί χρήσιμο, μη επεμβατικό εργαλείο για τη διάγνωση και την παρακολούθηση της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση μυοκαρδίτιδας από EBV λοίμωξη προϋποθέτει υψηλή υποψία του κλινικού ιατρού, ενδελεχή κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση και follow-up του ασθενούς.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Watanabe M. et al. Acute Epstein-Barr related myocarditis: An unusual but life-threatening disease in an immunocompetent patient. J Cardiol Cases. 2019 Dec 26; 21(4): 137-140
2. Sabbatani S. et al. Myopericarditis during a primary Epstein-Barr virus infection in an otherwise healthy young adult. An unusual and insidious complication. Case report and a 60-year literature review. Infez Med. 2012 Jun; 20(2): 75-81.
3. Ace O, Domb S. Myocarditis as the initial presentation of Epstein-Barr virus infection in a 17-year-old male patient. Can Fam Physician. 2019 Dec; 65(12): 897-899.



Εικόνα 1. ΗΚΓ εισαγωγής



### AA49

#### **ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ, ΑΥΞΙΣΗ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΚΟΡΕΣΜΟΥ ΤΡΑΝΣΦΕΡΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΛΟΓΩ COVID-19: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Στέλλα Γκαμπέτα, Γ. Περίφανος, Α. Στέφος, Σάρα Γεωργιάδου, Βασιλική Λυγούρα, Πηνελόπη Αρβανίτη, Δέσποινα Στεργιούλα, Γ. Βατίδης, Γ. Γιαννούλης, Άννα Σαμακίδου, Γ. Ντάιος, Ν.Κ. Γατσέλης, Ειρήνη Ρηγοπούλου, Γ.Ν. Νταλέκος

*Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Η λοίμωξη από τον ιό SARS-COV-2 (COVID-19) συνοδεύεται συχνά από ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασθενών με πνευμονία από COVID-19 και συνύπαρξη οξείας ηπατίτιδας και αυξημένων τιμών φερριτίνης/κορεσμού τρανσφερίνης, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

#### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής 37ετών, ανενεργός φορέας ηπατίτιδας Β (ασθενής-1) και ασθενής 25 ετών (ασθενής-2) με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό νοσηλεύτηκαν με ήπιας/μέτριας βαρύτητας πνευμονία από COVID-19. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε οξεία ηπατίτιδα (με προοδευτική αύξηση των τρανσαμινασών έως 100 x ULN), αύξηση της φερριτίνης (έως 35 x ULN) και αυξημένος κορεσμός τρανσφερίνης (91% και 81% αντίστοιχα). Οι ασθενείς δεν είχαν ιστορικό λήψης ηπατοτοξικών φαρμάκων, ενώ από την περαιτέρω διερεύνηση αποκλείστηκαν οξείες ιογενείς ηπατίτιδες (HAV, HBV, HDV, HEV), λοίμωξη από άλλους ηπατοτρόπους ιούς, αυτοάνοσα ηπατικά νοσήματα, κατάχρηση αλκοόλ και άλλα μεταβολικά νοσήματα, όπως η νόσος Wilson και η αιμοχρωμάτωση (αρνητικός γενετικός έλεγχος).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση στεροειδών, anakinra και tocilizumab με κλινική βελτίωση και πλήρη αποκατάσταση της ηπατικής βιοχημείας και των τιμών φερριτίνης/ κορεσμού τρανσφερίνης.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Μετά τον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατικής βλάβης, οι παθολογικές τιμές των ηπατικών ενζύμων σε συνδυασμό με αυξημένη τιμή φερριτίνης σε ασθενείς με COVID-19 αντικατοπτρίζουν την ηπατική συμμετοχή στη νόσο, κυρίως μέσω του συνδρόμου απελευθέρωσης κυτταροκινών. Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης ανοσολογικής διεργασίας και η χορήγηση της κατάλληλης αγωγής φαίνεται να οδηγούν σε καλή έκβαση των ασθενών και ομαλοποίηση των εργαστηριακών ευρημάτων.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA50

### ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΚΟΡΤΙΖΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Νικολέτα Δελήβαλα**, Χ. Τσάντσας, Μελίνα Ντόγα, Ηλιάνα Σταματίου, Εζγκήλ Ακφόγλου, Σ. Βραδέλης, Π. Παναγόπουλος, Ειρήνη Τερζή, Δ. Παπάζογλου

*Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για ευκαιριακές λοιμώξεις, ενώ η χρήση κορτικοστεροειδών φαίνεται να σχετίζεται συχνότερα με μυκητιάσεις. Παρουσιάζουμε περίπτωση διηθητικής πνευμονικής ασπεργίλλωσης λόγω θεραπείας με κορτικοστεροειδή στο πλαίσιο σοβαρής έξαρσης ελκώδους κολίτιδας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 57 ετών με πρόσφατη διάγνωση εκτεταμένης ελκώδους κολίτιδας υπό κορτικοστεροειδή και μεσαλαζίνη από 2μήνου, προσήλθε λόγω εμπυρέτου και αιματηρών διαρροϊκών κενώσεων με διάχυτο κοιλιακό άλγος από εβδομάδος. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε απίσχναση, ωχρότητα, οιδήματα κάτω άκρων και σκικτική συλλογή, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο αναιμία (Hb 8.1 g/dl), σοβαρή υπαλβουμιναιμία (1.8 gr/dl), ήπια αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 8.02 mg/dl) και παρουσία διηθητικών στοιχείων στο δεξιό μέσο πνευμονικό πεδίο στην ακτινογραφία θώρακος.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η απεικονιστική διερεύνηση με αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε την ύπαρξη διάχυτων πυκνώσεων με εικόνα «μπομπουκιασμένου δένδρου» και θολής υάλου, θέτοντας την υπόνοια ευκαιριακής λοίμωξης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση με απομόνωση *Aspergillus fumigatus* στην καλλιέργεια βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος, ενώ ήταν επίσης θετικά - σε τρεις διαδοχικές μετρήσεις - και τα δείγματα ορού για γαλακτομαννάνη. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας βορικοναζόλης - η οποία τροποποιήθηκε, λόγω προιούσας χολόστασης σε ισαβουκοναζόλη, ως λιγότερο ηπατοτοξικής - με σταδιακή διακοπή των κορτικοστεροειδών. Η ιστολογική εξέταση βιοψιών παχέως εντέρου, το υπερηχοκαρδιογράφημα και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου - κοιλίας απέκλεισαν τη γενικευμένη (disseminated) μυκητίαση. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της πνευμονικής λοίμωξης - ολοκληρώνοντας χωρίς παρενέργειες συνολικά 24 εβδομάδες αντιμυκητιακής θεραπείας - ενώ παράλληλα, με τη συμπλήρωση τριών εβδομάδων αντιμυκητιακής αγωγής, τέθηκε σε ανοσοτροποιοποιητική αγωγή (infliximab) με άμεση ανταπόκριση και των συμπτωμάτων έξαρσης της ελκώδους κολίτιδας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διηθητική πνευμονική ασπεργίλλωση στους ασθενείς με ΙΦΝΕ απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής εγρήγορσης με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και τον περιορισμό της σχετιζόμενης νοσηρότητας και θνητότητας. Η ισαβουκοναζόλη φαίνεται να αποτελεί το ίδιο αποτελεσματική επιλογή με τη βορικοναζόλη, αλλά με καλύτερο προφίλ ανοχής που επιτρέπει τη συνέχιση της θεραπείας για παρατεταμένες περιόδους.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA51

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γεωργιος Ε. Κουρτεσης MSc ΕΚΠΑ, Σπυριδων Γ. Χαντζησαλατας MD, MSc, PhD ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία του σήμερα, Covid 19, ενδημία (2,5 ετη) έχει συσχετιστεί με συμπεριφορές διαδικτυακής εξάρτησης στους νέους ενήλικες.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της παρουσίας ερευνητικής μελέτης, συστηματικής ανασκόπησης, είναι η αξιολόγηση των παρόντων συσχετίσεων μεταξύ συμπεριφορών διαδικτυακής εξάρτησης και της πανδημίας Covid-19

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση σχετικών μελετών από 5 Σεπτεμβρίου 2011 έως τις 6 Σεπτεμβρίου 2022 στις εξής βάσεις δεδομένων: PubMed, PsychInfo, GoogleScholar, Scopus και Embase

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα συνολικά 32 άρθρα που ανέφεραν δεδομένα από 74,868 άτομα θεωρήθηκαν επιλέξιμα. Με βάση τη συστηματική ανασκόπηση 32 μελετών διαπιστώθηκε πως όλες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμπεριφορές διαδικτυακής εξάρτησης επηρεάζονται σε διεθνές επίπεδο άμεσα από την πανδημία. Όλες οι μελέτες αναφέρουν πως υπήρξε αύξηση του χρόνου διαδικτυακής ενασχόλησης σε όλη τη διάρκεια και τα στάδια της πανδημίας Covid-19

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στις συμπεριφορές διαδικτυακής εξάρτησης θα μπορούσε να έχει σοβαρό αντίκτυπο στις πολιτικές που αφορούν στην πρόληψη της ψυχικής υγείας καθώς και στη διαχείριση της εξάρτησης, δεδομένου όπως πως η συννοσηρότητα περικλείει τρόπους θεραπείας, πρόγνωσης και πορείας της εξάρτησης.

#### ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη είναι οι εξής: Covid-19, διαδικτυακή εξάρτηση, πανδημία, νεοί ενήλικες

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA52

### ARTIFICIAL INTELLIGENCE ΣΤΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Σπυριδων Γ. Χαντζησαλατας, MD, MSc, PhD ΕΚΠΑ, Γεωργιος Ε. Κουρτεσης, MSc ΕΚΠΑ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence) στην ιατρική είναι ένας πολλά υποσχόμενος κλάδος υπό εντατική έρευνα. Ο όρος αυτός αναφέρεται σε αυτοματοποιημένες ενέργειες ή υπενθυμίσεις κατά τη διάρκεια επεμβάσεων ή εξετάσεων σε όλες τις ειδικότητες της ιατρικής επιστημης, καθώς επίσης και στις Ψυχολογία. Κάτι παρόμοιο π.χ. με τον αυτόματο πιλότο στα αεροπλάνα. Τα τελευταία χρόνια συλλέγονται από κατασκευάστριες εταιρείες ιατρικών μηχανημάτων δεδομένα από εικόνες και κινήσεις των ιατρικών εργαλείων κατά τη διάρκεια ρομποτικών / λαπαροσκοπικών επεμβάσεων, καθώς και ενδοσκοπήσεων (π.χ. κολonosκόπηση / γαστροσκόπηση / πρωκτοσκόπηση). Δημιουργείται έτσι σιγά-σιγά ένα αρχείο μνήμης σχετικά με την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση μιας κατάστασης / πάθησης.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη της τεχνητής νοημοσύνης στην ιατρική πράξη, τη ρομποτική γυναικολογία και την Ψυχολογία.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Αποτέλεσε η ενδεδειγμένη ανασκόπηση της Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μας έδειξαν ότι Στο σχετικά κοντινό μέλλον θα είναι πιθανώς σε θέση ο ηλεκτρονικός υπολογιστής κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης να πληροφορεί το χειρουργό για το ποιο είναι το επόμενο σωστό βήμα ή να ενημερώνει π.χ. έναν γαστρεντερολόγο κατά τη διάρκεια μιας κολonosκόπησης ότι στο “τάδε” σημείο του εντέρου εντοπίστηκε ένας πολύποδας (που αλλιώς θα μπορούσε ίσως να διαφύγει της προσοχής). Θα μπορούν επίσης να χρωματίζονται μη τη βοήθεια της τεχνολογίας hyperspectral imaging διαφορετικά τα διάφορα ανατομικά στοιχεία μιας εικόνας στο monitor. Στο ακόμα μακρινότερο μέλλον θα είναι ίσως δυνατή και η πραγματοποίηση τμημάτων (ή και ολόκληρης) της επέμβασης / εξέτασης από το ρομπότ. Το αν τελικά βέβαια μια πλήρης αυτοματοποίηση θα είναι κέρδος για τον ασθενή ή όχι, μένει να το δούμε. Ούτως ή άλλως αυτό είναι για το άμεσο μέλλον ακόμα αδύνατο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προς το παρόν η έρευνα σχετίζεται με τη δυνατότητα παροχής πληροφοριών στον ιατρό ώστε η επέμβαση ή η ενδοσκόπηση να πραγματοποιείται καλύτερα και ευκολότερα, κάτι σίγουρα θετικό. Η τεχνητή νοημοσύνη δηλαδή θα βοηθά απλώς τη φυσική νοημοσύνη του ανθρώπου.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA53

### ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ

**Ιωάννα Παπαοδυσσέα**, Φ. Παναγόπουλος, Β. Σταματόπουλος, Ε. Jahaj, Δ. Κουνατίδης, Ευαγγελία Μαργέλλου, Ναταλία Βαλλιάνου

Α΄ Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αμυλοείδωση αποτελεί την εξωκυττάρια εναπόθεση παθολογικά διατεταγμένων πρωτεϊνικών υποομάδων που καθίστανται ανθεκτικές στην πρωτεόλυση, συνηθέστερα στα νεφρά και το μυοκάρδιο και σπανιότερα στο γαστρεντερικό σωλήνα και στο δέρμα. Η αμυλοείδωση ελαφρών αλύσων (AL amyloidosis), ανευρίσκεται στο 12-15% των ασθενών με πολλαπλό μύελωμα και αποτελεί ανεξάρτητο επιβαρυντικό παράγοντα της πρόγνωσής τους. Το παρόν περιστατικό αφορά σε ασθενή με πολλαπλό μύελωμα επιπλακέν με αμυλοείδωση του δέρματος και του γαστρεντερικού. Αμυλοείδωση γαστρεντερικού: Το τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα αποτελεί σπάνιο σημείο εναπόθεσης αμυλοειδούς, ενώ αφορά κυρίως τη δευτεροπαθή αμυλοείδωση (AA amyloidosis). Μικροσκοπικά, η εναπόθεση εντοπίζεται στην έξω στιβάδα του μυϊκού χιτώνα, πέριξ των αγγείων και των νεύρων. Συνηθέστερα εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος, δυσσαπορρόφηση και γαστρεντερική αιμορραγία. Δερματική αμυλοείδωση: Ποσοστό 40% των ασθενών με AL αμυλοείδωση, έχουν και δερματική προσβολή. Οι βλάβες συγκεντρώνονται συνήθως σε δερματοβλενογονικές συμβολές όπως στη μύτη, τα χείλη, και πέριξ των γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται επίσης αλωπεκία, ονυχοδυστροφία και μακρογλωσσία. Η πορφύρα αποτελεί επίσης συχνή κλινική εκδήλωση με χαρακτηριστικό εύρημα την εμφάνιση περιοφθαλμικών πετεχειών έπειτα από φτάρνισμα, βήχα ή τη δοκιμασία Valsalva.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 69 ετών προσέρχεται αιτιώμενος από μόνος διαρροϊκού συνδρόμου και ερυθρηματώδους εξανθήματος στα άνω και κάτω άκρα. Από το ατομικό αναμνηστικό προκύπτει πολλαπλό μύελωμα υπό λεναλινομίδη και χρόνια νεφρική νόσος υπό αιμοκάθαρση. Το εξάνθημα είναι κνησμώδες, με έντονη απολέπιση, ενώ διαπιστώνεται και ονυχοδυστροφία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκεται πανκυτοπενία και ηπίως αυξημένη ΤΚΕ. Η ανάλυση κοπράνων (γενική, καλλιέργεια, τοξίνη *Cl. difficile*) ήταν κατά φύσει. Ο ιολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος όπου περιγράφεται άμορφο ηωσινοφιλικό υλικό στο χόριο με εναπόθεση αμυλοειδούς. Έγινε κολονοσκόπηση, όπου δεν περιγράφονται αξιόλογες μικροσκοπικές αλλοιώσεις, όμως η δοκιμασία ανίχνευσης αμυλοειδούς απέβη θετική. Στη συνέχεια παραπέμφθηκε στους αιματολόγους προς περαιτέρω αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αμυλοείδωση θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση συμπτωματολογίας σχετιζόμενη με πιθανό όργανο - στόχο στους ασθενείς με πλάσματοκυτταρική δυσκρασία.



### AA54

#### **ΤΡΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ**

**Ιωάννα Παπαοδυσσέα**, Φ. Παναγόπουλος, Β. Σταματόπουλος, Ε. Jahaj, Δ. Κουνατίδης, Ευαγγελία Μαργέλλου, Ναταλία Βαλλιάνου

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

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η αιμοφαγοκυττάρωση αποτελεί την παρουσία άθικτων αιμοποιητικών κυττάρων στο κυτταρόπλασμα φαγοκυτταρικών ιστοκυττάρων, που οφείλεται σε καλοήγη, πολυκλωνική υπερπλασία αυτών. Η ανεύρεση αιμοφαγοκυττάρωσης δεν πληρεί απαραίτητα τα κριτήρια αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου, το οποίο επάγεται κυρίως από λοιμώξεις, κακοήθειες ή ανοσοανεπάρκεια. Η θνητότητα υπολογίζεται στο 50%.

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Παραθέτουμε 3 περιστατικά αιμοφαγοκυττάρωσης με διαφορετική κλινικοεργαστηριακή εικόνα και διαφορετική κλινική πορεία 1ο περιστατικό: Ασθενής 80 ετών προσκομίζεται λόγω παρεινόμενου εμπυρέτου και θρομβοπενίας. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώνεται παρόμοιο επεισόδιο έπειτα από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας. Στην παρούσα νοσηλεία, PCR CMV /EBV αρνητική, έλεγχος για βρουκέλα, λειψμάνια και coxiella αρνητικός. Ανοσολογικός έλεγχος / αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα επίσης αρνητικός. Από τον απεικονιστικό έλεγχο δεν αναφέρθηκαν αξιόλογα ευρήματα. Λόγω εξέλιξης της θρομβοπενίας σε πανκυτοπενία, διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, που ανέδειξε αιμοφαγοκυττάρωση. Έγινε έναρξη αγωγής με κορτικοστεροειδή, με αποκατάσταση των πενιών. 2ο περιστατικό: Ασθενής 62 ετών με ατομικό αναμνηστικό επιληψίας και πολλαπλής σκλήρυνσης προσέρχεται λόγω έκπτωσης επιπέδου επικοινωνίας, ενώ διαπιστώνεται εμπύρετο, θρομβοπενία, οξεία ηπατική, αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια. Ο έλεγχος για ηπατοπάθειες και λοιμώδεις παράγοντες απέβη αρνητικός, οι πανκαλλιέργειες επίσης αρνητικές. Απεικονιστικός έλεγχος χωρίς αξιόλογα ευρήματα. Λόγω πανκυτοπενίας, διενεργήθη οστεομυελική βιοψία, με εικόνα αιμοφαγοκυττάρωσης, οπότε τέθηκε σε δεξαμεθαζόνη. Δυστυχώς η ασθενής κατέληξε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας. 3ο περιστατικό: Ασθενής 69 ετών με ατομικό αναμνηστικό θυρεοειδεκτομής και πρόπτωσης μήτρας, προσκομίζεται λόγω εμπυρέτου και αδυναμίας από 4ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνεται λευκοκυττάρωση, υπολευκωματιναιμία και θετικά ANA. Ο έλεγχος για λοιμώδεις παράγοντες απέβη αρνητικός, πανκαλλιέργειες αρνητικές. Ανευρίσκονται πνευμονικές συλλογές άμφω (στείρες, άνευ κακοήθων κυττάρων), οιδηματώδες πάγκρεας και νεφροί. Από το PET-CT περιγράφεται διάχυτη πρόσληψη ως επί συστηματικής φλεγμονής. Λόγω πανκυτοπενίας έγινε οστεομυελική βιοψία, με εικόνα αιμοφαγοκυττάρωσης. Τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή, κυκλοφωσφαμίδη και ανακίνηρα χωρίς ανάκαμψη των σειρών. Η ασθενής δυστυχώς κατέληξε.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Δεδομένου της ποικίλης κλινικής εικόνας, απαιτείται επαγρύπνηση και επαρκής ενημέρωση για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA55

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΩΦΕΛΕΙΝ Ή ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

**Γ. Οικονόμου**, Γιάννα Καραπάτη, Μαρία Δαφνή, Βασιλική Τζαβάρια

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Αθήνα*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χορήγηση φαρμάκων αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο του ιατρού για τη θεραπεία των ασθενών. Όχι σπάνια, ωστόσο, συγχωροχύνονται φάρμακα, χωρίς να συνυπολογίζονται οι αλληλεπιδράσεις ή οι συνεργικές ανεπιθύμητες ενέργειές τους, γεγονός που μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες στον ασθενή. Σκοπός της εργασίας μας αποτελεί η κατάδειξη αυτού του φαινομένου, μέσα από την παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας 67 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη, στεφανιαίας νόσου και δυσλιπιδαιμίας υπό ροσουβαστατίνη, προσήλθε στο νοσοκομείο αιτιώμενος σταδιακά επιδεινούμενη κεντρομελική αδυναμία άνω και κάτω άκρων και γενικευμένες μυαλγίες από ολίγων ημερών. Ανέφερε λήψη νορφλοξασίνης από εικοσαήμερο λόγω προστατίτιδας. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία των μπρών, βραχιόνων και ώμων, καθώς και μειωμένη μυϊκή ισχύς των άκρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη ιδιαιτέρως αυξημένη τιμή κινάσης κρεατινίνης και οξαλοξικής τρανσαμινάσης, με σημαντική οξεία νεφρική βλάβη. Ο ασθενής ετέθη σε ενυδάτωση, με επακόλουθη βελτίωση των τιμών της κινάσης κρεατινίνης. Ωστόσο, η νεφρική βλάβη δεν υποχώρησε, και τελικώς οδηγήθηκε σε συνεδρίες τεχνητού νεφρού. Παράλληλα, διενεργήθηκε νευρολογικός, ανοσολογικός και λοιπός εργαστηριακός έλεγχος, χωρίς ωστόσο να στοιχειοθετηθεί άλλη υποκείμενη παθολογία, που θα μπορούσε να οδηγήσει στο εν λόγω κλινικοεργαστηριακό σύνδρομο. Ως εκ τούτου, η ραβδομύωση και η συνεπακόλουθη νεφρική βλάβη αποδόθηκαν στη σύγχρονη λήψη ροσουβαστατίνης και νορφλοξασίνης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ακολουθώντας πρόγραμμα αιμοκαθάρσεων, σημειώθηκε βελτίωση της κλινικής του εικόνας και ο ασθενής μας επανήλθε πλήρως στην προηγούμενη λειτουργικότητά του. Εν τούτοις, λόγω παραμονής της νεφρικής ανεπάρκειας, εξήλθε ενταγμένος πλέον σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη λήψη φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει απρόβλεπτες συνέπειες στον ασθενή. Κρίνεται απαραίτητο ο κλινικός ιατρός να ενημερώνεται τόσο για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, όσο και για τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις και να συνυπολογίζει πάντοτε τους κινδύνους της συγχωρήγησης τους. Στη σύγχρονη εποχή, η τεχνολογία είναι αρωγός σε αυτή την προσπάθεια με την απρόσκοπτη πρόσβαση που μας παρέχεται σε σχετικές ιστοσελίδες.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA56

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΛΑΣΙΚΟΥ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

**Μαρία Καβάση**, Μάρω Κληρίδου, Γ. Πάρπας, Παρασκευή Καραμανή, Σοφία Σταύρου, Γ.Σουρουλάς, Χαρά Αζίνα

*Παθολογική κλινική, Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σάρκωμα Καρσί είναι νεόπλασμα που για την ανάπτυξή του απαιτεί τη μόλυνση από τον ανθρώπινο ερπητοϊό 8 (HHV-8). Κατηγοριοποιείται σε τέσσερις τύπους: κλασικό, ενδημικό, ιατρογενές και το σχετιζόμενο με AIDS. Το κλασικό σάρκωμα Καρσί εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας με καταγωγή από τη Μεσόγειο, την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση είναι οι δερματικές αλλοιώσεις που εμφανίζονται ως ερυθρηματώδεις, ιωδίζουσες βλάβες με εντόπιση κυρίως στα κάτω άκρα. Για τη διάγνωσή του απαιτείται ιστολογική εξέταση. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την τοπική θεραπεία σε εντοπισμένη νόσο και τη χορήγηση χημειοθεραπείας σε εκτεταμένη δερματική νόσο.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού που νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας με διάγνωση Κλασικό Σάρκωμα Καρσί.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άνδρας ετών 53, από την Κύπρο, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό εισήχθη στην παθολογική κλινική του λόγω εμμένουσας εικόνας φλεγμονής αριστεράς άκρας χείρας αρχόμενης από τριμήνου, για την οποία έλαβε στεροειδή ως επί πιθανής ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Με τη σταδιακή αποκλιμάκωση της κορτιζόνης υπήρξε επιδείνωση της κλινικής εικόνας με επιπλέον εμφάνιση επώδυνων δερματικών αλλοιώσεων στην άκρα χείρα. Κλινικά, κατά την εισαγωγή του, εμφάνιζε στην αριστερά άκρα χείρα διάχυτη θερμότητα, ερυθρότητα και οίδημα, εικόνα δακτυλίτιδας και ψηλαφτές, επώδυνες, ερυθροϊώδεις βλάβες στην παλαμιαία επιφάνεια. Επίσης, στο δεξιό άκρο πόδα υπήρχε εικόνα δακτυλίτιδας και ανάλογες με την άκρα χείρα δερματικές βλάβες στην πελματιαία επιφάνεια. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε νέες δερματικές βλάβες στην πελματιαία επιφάνεια του αριστερού άκρου πόδα. Διενεργήθηκε εκτεταμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος ήταν αρνητικός. Η βιοψία δερματικής βλάβης ανέδειξε κλασικό σάρκωμα Καρσί. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε Ογκολογικό κέντρο και έλαβε δοξορουμπικίνη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το κλασικό σάρκωμα Καρσί μπορεί να εκδηλωθεί με άτυπη κλινική εικόνα. Στο παρατιθέμενο περιστατικό επισημαίνεται το νεαρότερο της ηλικίας και η πρωτοεμφάνιση των βλαβών στα άνω άκρα. Δερματικές βλάβες αυτής της μορφής θα πρέπει να εγείρουν την κλινική υποψία στη χώρα μας, λόγω της γεωγραφικής κατανομής της νόσου.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA57

### Ο ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΞΕΙΑΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

**Βασ. Πατριάρχας**, Αθην. Παυλίδης, Αρριάνα Γκούβη, Ν. Χαριτάκης, Δ. Σαλβαρίδης, Βαία Καραφούσια, Κ. Κοντοτάσιος, Δέσποινα Δεληγιάννη, Μουσχιανή Ζωγράφου, Χρ. Κούτρας

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας (ΠΑΑ) παραμένει δύσκολο διαγνωστικό πρόβλημα στην καθ' ημέρα κλινική πράξη και παρά τη χρήση σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων ένα ποσοστό των περιπτώσεων παραμένει αδιάγνωστο. Η διαφορική διάγνωση του ΠΑΑ είναι ευρεία και τα αίτια ποικίλα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού, με ΠΑΑ ως τη μόνη κλινική εκδήλωση υποξείας θυρεοειδίτιδας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άρρεν, 45 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ λόγω εμπύρετου από 25ημερου που υφίετο με κοινά αναλγητικά. Ο ασθενής δεν ανέφερε άλλη συμπτωματολογία. Ατομικό ιστορικό: ελεύθερο, δεν ήταν καπνιστής, ενώ κατανάλωνε αλκοόλ κοινωνικά. Δεν ανέφερε τραυματισμούς και επαφές με ζώα, ούτε τσιμπήματα από έντομα. Δεν είχε ταξιδέψει στο εξωτερικό το τελευταίο διάστημα, ούτε αναφέρθηκε κατανάλωση μη επεξεργασμένου τροφίμου. Είχε εκτιμηθεί από τον προσωπικό του ιατρό λαμβάνοντας κλαριθρομυκίνη, χωρίς βελτίωση της συμπτωματολογίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε: Άριστο επίπεδο συνείδησης. Αυχένας: Ελεύθερος. Αιμοδυναμικά και αεριομετρικά σταθερός. Απουσία ψηλαφητών λεμφαδένων. Α.Ψ.: Ομότιμο, χωρίς παθολογικά ακροαστικά ευρήματα. Κοιλιά: Χωρίς παθολογικά ευρήματα. ΗΚΓ: SR, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις, απουσία φυσημάτων. Εκ του εργαστηριακού έλεγχου (γενική αίματος, βιοχημικός, ορολογικός, καλλιέργειες αίματος, mantoux) και απεικονιστικού έλεγχου (αξονική θώρακος και κοιλίας) τα παθολογικά ευρήματα ήταν: Λευκοκυττάρωση ( $17.52 \times 10^3/\mu\text{L}$ ) και ιδιαίτερα αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 6.07mg/dL, FERR 946ng/mL, ΤΚΕ 87mm/h). Ταυτόχρονα ανευρεθεί τιμή TSH 0.01μU/mL και σε συνδυασμό με αυξημένη FT3 (5.44pg/mL) & FT4 (3.42ng/dL) έθεσε την υποψία υποξείας θυρεοειδίτιδας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς που επιβεβαίωσε την οριστική διάγνωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υποξεία θυρεοειδίτιδα αποτελεί μια αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονή του θυρεοειδούς. Η πλειοψηφία των ασθενών εκδηλώνει εμπύρετο και άλγος στην πρόσθια τραχηλική χώρα. Ο ΠΑΑ ως το μόνο σύμπτωμα συνιστά μια σπάνια εκδήλωση της εν λόγω κλινικής οντότητας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA58

### ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΥΩΔΗΣ ΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ S. PYOGENES ΜΕ ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ

Π. Χατζόπουλος<sup>1</sup>, Αναστασία Κωνσταντινίδου<sup>1</sup>, Ελισάβετ Χατζοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Τσιλιγγίρης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

<sup>2</sup> 2η Παιδιατρική Κλινική (Κλινική Παιδιατρικής Καρδιολογίας), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Χαϊδελέβεργης

<sup>3</sup> 1η Παθολογική Κλινική (Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδους Διαβήτη, Κλινικής Χημείας), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Χαϊδελέβεργης

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα περιήληψη έχει ως στόχο να υπενθυμίσει την πιθανή παρουσία ασυμπτωματικών φορέων GAS στο περιβάλλον ασθενών με υποτροπιάζουσα στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 24 ετών με ιστορικό αδενοειδεκτομής προ 5ετίας προσέρχεται στα τακτικά ιατρεία λόγω εμπυρέτου κυνάγχης. Από τριήμερου αναφέρει εμφάνιση εμπυρέτου έως 38,5 C, με συνοδό άλγος στην κατάποση και πολλαπλά επεισόδια έγερσης στον ύπνο λόγω άπνοιας, χωρίς βήχα. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε εντόνως διογκωμένα παρίσθημα με πυώδη βύσματα, καθώς και επώδυνη πρόσθια τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Λόγω της τυπικής κλινικής εικόνας, έλαβε εμπειρική αγωγή ως επί στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας με Αμοξικιλίνη 500mg τρίς ημερησίως με ταχεία υποχώρηση της κλινικής εικόνας. Κατά τους επόμενους τρεις μήνες, ο ασθενής εμφάνισε 3 πανομοιότυπα επεισόδια που αντιμετωπίστηκαν με αμοξικιλίνη και συνδυασμό αμοξικιλίνης/κλαβουλανικού για 10 ημέρες. Στο διάστημα αυτό έγινε προσδιορισμός αντισωμάτων έναντι EBV τα οποία απέβησαν αρνητικά και τίτλου αντιστρεπτολυσίνης ο οποίος ήταν θετικός (τίτλος 2680IU/mL). Ο ασθενής παρουσίαζε έξαρστων συμπτωμάτων υπνικής άπνοιας κατά την εξέλιξη των επεισοδίων, που δεν υποχωρούσαν πλήρως με την αποδρομή της λοιπής συμπτωματολογίας κατά τη λήψη αντιβιοτικής αγωγής. Λόγω των έντονων αποφρακτικών συμπτωμάτων επανεξετάστηκε με το ερώτημα της ένδειξης διενέργειας αμυγδαλεκτομής. Κατά τη λήψη ιστορικού προέκυψε αλλαγή στη συντροφική του κατάσταση περί της εμφάνισης του 1ου επεισοδίου. Η σύντροφος είχε υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή στην παιδική της ηλικία λόγω υποτροπιάζουσών στρεπτοκοκκικών αμυγδαλιδών, παραμένοντας έκτοτε, καθώς και στο διάστημα νοσήσεων του ασθενούς, εντελώς ασυμπτωματική. Διενεργήθη στη σύντροφο καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος εκ της οποίας αναπτύχθηκε *S. pyogenes*. Λόγω της υποψίας ασυμπτωματικής διασποράς συνεστήθη λήψη αμοξικιλίνης για 10 ημέρες. Στους επόμενους 2 μήνες αμφότεροι παρέμειναν υγιείς και ασυμπτωματικοί. Επαναληπτικές καλλιέργειες φαρυγγικού σε αμφότερους απέβησαν αρνητικές για παρουσία *S. pyogenes*.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μεταξύ ασθενών με υποτροπιάζουσα στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα συνιστάται υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας και λεπτομερής λήψη ιστορικού για την έγκαιρη αναγνώριση ασυμπτωματικών φορέων στο περιβάλλον, ιδιαιτέρως προ της απόφασης για διενέργεια αμυγδαλεκτομής.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA59

### ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΤΑ ΓΝΑΘΟΥ-ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑΣ

**Γ. Πλυτάς<sup>1</sup>**, Α. Μανωλόπουλος<sup>2</sup>, Α. Μακίνα-Κούση<sup>1</sup>, Μ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Τριπύλα<sup>1</sup>, Μ.Ν. Γαννακάκη<sup>1</sup>, Ε.Π. Δρακοπαναγιωτάκης<sup>1</sup>, Γ.Κατσούλας<sup>2</sup>, Ε.Ρούλια<sup>1</sup>, Ζ. Αλεξίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα παραμένει η πρώτη αιτία της κροταφικής αρτηριτιδας. Ρευματική πολυμυαλγία και η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα είναι δυο νοσήματα που συχνά συνυπάρχουν. Η γιγαντοκυτταρική (ή κροταφική) αρτηρίτιδα είναι μια συστηματική παναρτηρίτιδα που προσβάλει τα μέσα και μεγάλο μεγέθους αγγεία σε ασθενείς άνω των 50 ετών με τη μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ 70 και 80 έτη.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 73 ετών, γυναίκα προσεκομίσθη στο ΤΕΠ Νευρολογικού λόγω κεφαλαλγίας, άλγος αριστερής τραχηλικής χώρας, αριστερού ωτός, ζάλης. Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε: Α. Υπέρταση, καταθλιπτική συνδρομή με πρόσφατη εγκατάσταση. Ζωτικά σημεία: ΑΠ 128/48 ΣΦ 70 SpO2 98% Θ 36.3. Αντικειμενική εξέταση: Αδρή Νευρολογική Εξέταση: GCS: 15/15, προσανατολισμένη, τετρακινητική χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Καρδιά: s1, s2 ευκρινείς ρυθμικοί, χωρίς φυσήματα. Αναπνευστικό: κφ Κοιλιά: κφ. Φαρμακευτική αγωγή που λαμβανε tb fisiotens 0,3mg x1, Iopressor 100mg 1x1, nexium 20mg 1x1, coralial 1x1, dementis 5mg 1x1, cymbalta 30mg 1x1. Από τον εργαστηριακό έλεγχο Hct=29,9% Hgb=9,7mg/dl, MCV=88,9, MCH=29,3, PLT=766.000, Ουρία=38mg/dl κρεατινίνη=0,65mg/dl, ΤΚΕ =123mm Ct εγκεφαλου: Εκ του επείγοντος γενομένου ελέγχου σημειώνονται τα ακόλουθα: Δεν παρατηρείται υποεπισκληρίδιο ή ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα. Δεν αναδείχθηκε εμφανής ποσότητα αίματος στους υπαραχνοειδείς χώρους, στις δεξαμενές της βάσεως και στο λοιπό κοιλιακό σύστημα. Υπόπυκνη αλλοίωση στα βασικά γάγγλια δεξιά, αρχόμενο ισχαιμικό? Συμμετρική διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος και των περιφερικών υπαραχνοειδών χώρων. Αλλοιώσεις ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας. Η ασθενής αρχικά εισήχθηκε με τη διαγνωση πιθανό Ισχαιμικό ΑΕΕ, ετέθη σε ενδοφλέβια ενυδάτωση, ακετυλοσαλικυλικό οξύ, και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Οφθαμολογική και ΩΡΛ εκτίμηση χωρίς οξεία παθολογία. MRI εγκεφαλου (-). Τις επόμενες μέρες η ασθενής παρουσίασε πυρετική κίνηση έως 38°C. Ο πυρετός σε συνδυασμό με την τριψήφια ΤΚΕ, την αυξημένη CRP και την κλινική εικόνα: κεφαλαλγίας, διαλείπουσας χωλότητας γνάθου έβαλαν την κροταφική αρτηρίτιδα στη διαφορική διάγνωση. Ανοσολογικός έλεγχος ANA, Anti DNA, (p-c)ANCA=αρνητικός, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών=κφ, IgG4= κφ

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βιοψία κροταφικής και τα αποτελέσματα της παθολογοανατομικής εξέτασης ανέδειξαν αλλοιώσεις συμβατές με κροταφική-γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα. Στη συνέχεια η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτιζόνη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και άπύρετη με βελτίωση της κλινικής της εικόνας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα είναι μια νόσος με μεγάλη ετερογένεια στη σημειολογία και συμπτωματολογία της. Πάντα πρέπει να τη λάβουμε στη διαφορική διάγνωση του παρατεινόμενου εμπυρέτου. Η εγκυρότητα της διάγνωσης είναι σημαντική για να αποφευχθούν σοβαρές και μη αναστρέψιμες επιπλοκές.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA60

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ SARS CoV-2

Αντωνία Βαΐου<sup>1</sup>, **Πούλια Ασημακοπούλου<sup>1</sup>**, Αικατερίνη Φώτου<sup>1</sup>, Άννα Ζιώγα<sup>1</sup>, Άννα Σαμακίδου<sup>1</sup>, Δάφνη Σβερώνη<sup>1</sup>, Α. Λουκόπουλος<sup>1</sup>, Α. Στέφος<sup>1</sup>, Γεωργία Ψηρομερήσιου<sup>2</sup>, Αλεξάνδρα Τσικρικά<sup>3</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Ν.Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>, Κ.Π. Μακαρίτσης<sup>1</sup>, Γ.Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>3</sup> Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

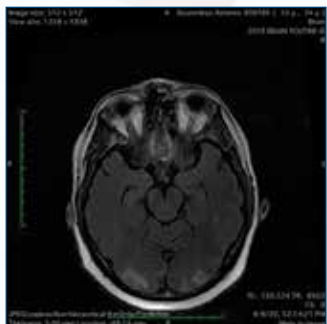
Το σύνδρομο οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome - PRES) εκδηλώνεται συνήθως σε βαριά πάσχοντες ασθενείς στα πλαίσια οξείας λοίμωξης, νεφρικής ανεπάρκειας με ή χωρίς αιμοκάθαρση, σε καταστάσεις ανοσοκαταστολής ή μετά από εκδήλωση προεκλαμψίας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με την παρούσα εργασία παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 35 ετών με κληρονομική ανεπάρκεια παλμιτοϋλτρανσφεράσης της καρνιτίνης τύπου II (μυοπαθητικός τύπος) που εκδήλωσε σύνδρομο PRES μετά από λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 με συνοδό μέτριας βαρύτητας πνευμονία και την εμφάνιση ραβδομύωσης (CPK 115.000U/L) και οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (κρεατινίνη 2mg/dl). Χορηγήθηκαν ενυδάτωση, κεφτριαξόνη, διάλυμα γλυκόζης 10%, λεβοκαρνιτίνη και πολλαπλά γεύματα ημερησίως πλούσια σε υδατόνθρακες και χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος. Αρχικά παρουσιάστηκε ανταπόκριση, όμως στη συνέχεια λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, ο ασθενής υποβλήθηκε σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Την 6η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε θάμβος όρασης και προοδευτική μείωση της οπτικής οξύτητας. Μετά από εκδήλωση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης παρατηρήθηκε περαιτέρω νευρολογική επιδείνωση με κεφαλαλγία, σύγχυση, εστιακούς τονικοκλονικούς σπασμούς, καθήλωση βλέμματος, επιδείνωση της οπτικής οξύτητας και νυσταγμό. Η ανωτέρω συμπτωματολογία συνοδεύτηκε από χωρότητα, εφιδρώσεις και διαταραχές οφθαλμοκινητικότητας. Βάσει των ανωτέρω τέθηκε η υπόνοια διάγνωσης του συνδρόμου PRES, η οποία επιβεβαιώθηκε με MRI εγκεφάλου στην οποία αναδείχθηκαν διάσπαρτες εστίες παθολογικής έντασης σήματος - αγγειογενούς οιδήματος στα εγκεφαλικά ημισφαίρια άμφω, χωρίς παθολογική πρόσληψη σκιαγραφικού και περιορισμό της διάχυσης (Εικόνα 1). Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με προωθημένη αντιβιοτική αγωγή προς αντιμετώπιση της ενδονοσοκομειακής λοίμωξης, λεβετιρακετάμη, λοραζεπάμη και συνέχιση της υποστήριξης για το μεταβολικό βασικό νόσημα. Προοδευτικά παρουσίασε βελτίωση της νευρολογικής συμπτωματολογίας, της νεφρικής λειτουργίας, των μυικών ενζύμων και των δεικτών φλεγμονής. Ο ασθενής εξήλθε σε άριστη κατάσταση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο PRES μπορεί να εμφανιστεί σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η έγκαιρη αναγνώρισή του από τον κλινικό ιατρό και η αντιμετώπιση των καταστάσεων που το προκαλούν είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την έκβαση του ασθενούς.



**Εικόνα 1.** Εγκάρσια T2 FLAIR ακολουθία - Αγγειογενές οίδημα ινιακά αμφοτερόπλευρα



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA61

### ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ 4 ΑΣΘΕΝΩΝ

**Γ. Περίφανος**, Άννα Ζιώγα, Πούλια Ασημακοπούλου, Β. Αντωνόπουλος, Α. Λεοντής, Α. Στέφος, Σάρα Γεωργιάδου, Καλλιόπη Ζάχου, Γ. Ντάιος, Ν.Κ. Γατσέλης, Ειρήνη Ρηγοπούλου, Κ.Π. Μακαρίτσας, Γ.Ν. Νταλέκος

*Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοίμωξη από τον ιό του Δυτικού Νείλου αποτελεί μείζον επιδημιολογικό πρόβλημα κατά την καλοκαιρινή περίοδο στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Χαρακτηριστικό της είναι η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Απαιτείται γνώση του τρόπου μετάδοσης, της κλινικής εικόνας και των κατηγοριών ασθενών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες.

#### ΣΤΟΧΟΣ

Η παρουσίαση της εμπειρίας μας μέσα από περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας το καλοκαίρι του 2022.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρουσιάζουμε 4 περιπτώσεις ασθενών και συγκεκριμένα, τις κλινικές εκδηλώσεις, τον εργαστηριακό έλεγχο, τις συννοσηρότητες, τους παράγοντες κινδύνου, τις διαγνωστικές μεθόδους και την έκβαση της νοσηλείας τους.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρόκειται για 3 άνδρες (μέση ηλικία 74 έτη) και 1 γυναίκα ηλικίας 77 ετών. Όλοι είχαν ηλικία >65 έτη με ιστορικό υποκείμενων νοσημάτων (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, λέμφωμα). Το 50% των ασθενών διέμενε σε αγροτικές περιοχές. Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν πυρετό, 3/4 (75%) παρουσίασαν διαταραχή επιπέδου συνείδησης/κεφαλαλγία και 3/4 (75%) γαστρεντερικές διαταραχές. Το 25% (1/4) εκδήλωσε επιληπτικούς σπασμούς και παρουσίαζε αυχενική δυσκαμψία κατά την κλινική εκτίμηση. Λόγω status epilepticus χρειάστηκε διασωλήνωση και νοσηλεία σε ΜΕΘ. Ένας στους 4 ασθενείς (25%) εμφάνιζε συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό. Η διάγνωση βασίστηκε σε θετικά IgM αντισώματα σε ορό και ENY σε όλους τους ασθενείς. Από τη μικροσκόπηση του ENY, στους 2/4 (50%) ασθενείς αναδείχθηκαν εμπύρνα κύτταρα και 3/4 (75%) είχαν αυξημένο λεύκωμα. Ως προς την έκβαση, 2/4 έλαβαν εξιτήριο ασυμπτωματικοί και 2/4 εξήλθαν με ήπια υπολειπόμενη νευρολογική σημειολογία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιθανότητα λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε περιπτώσεις αδιευκρίνιστου πυρετού με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης σε ενδημικές περιοχές όπως η Θεσσαλία. Η νόσος έχει ποικίλη κλινική εμφάνιση και εργαστηριακά συνήθως χαρακτηρίζεται από λευκωματοκυτταρικό διχασμό στη μικροσκόπηση του ENY. Η θεραπεία παραμένει υποστηρικτική.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA62

### ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΡΡΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗ 58 ΕΤΩΝ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΝΟΣΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Κουτσοστάθης<sup>1</sup>, Γ. Σκάζας<sup>1</sup>, Α. Τσόλου<sup>1</sup>

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται ενδιαφέρουσα περίπτωση άρρενος ασθενούς 58 ετών με ατοικό αναμνηστικό Νόσου Still των ενηλίκων υπό θεραπευτική αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, μεθοτρεξάτη και anakinra (ανταγωνιστή της ιντερλευκίνης-1) και ΣΔ II, ο οποίος εμφάνισε μυκηταιμία από *Candida albicans* και μικροβιαίμια από MSSA.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για άνδρα ασθενή 58 ετών, νοσηλευόμενο σε Παθολογική κλινική, λόγω εμπυρέτου και δύσπνοιας. Από απεικονιστικό έλεγχο παρουσίαζε φλεγμαίνουσα περιοχή στην αριστερή κατ'αγκώνα άρθρωση και ΔΕ πλευριτική συλλογή η οποία παροχετεύτηκε με απομόνωση στην κ/α MSSA. Σε νέο απεικονιστικό έλεγχο που διενεργήθηκε λόγω έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης αναδείχθηκε μικρή υπαραχνοειδής αιμορραγία στο δεξιό μετωπιαίο λοβό, ενώ από το θώρακα επανελέγχθηκε η υπεζωκοτική συλλογή δεξιά. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή επιδείνωση με εικόνα σπητικής καταπληξίας και διασωληνώθηκε. Μετά τη διασωλήνωση εμφάνισε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και τέθηκε σε στάγδην έγχυση ισοπρεναλίνης και νοραδρεναλίνης. Εισήχθη σε ΜΕΘ υπό ΜΥΑ, αιμοδυναμικά ασταθής και ανουρικός. Τέθηκε σε φίλτρο συνεχούς αιμοδιαδιήθησης, ενώ σε κ/ες αίματος απομονώθηκε MSSA. Η φλεγμονή στην κατ'αγκώνα άρθρωση χαρακτηρίστηκε ως σπητική θυλακίτιδα ωλεκράνου και παροχετεύθηκε το απόστημα. Τέθηκε επίσης προσωρινός διαφλέβιος βηματοδότης. Λάμβανε δικλοξακιλλίνη, πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμ, μετρονιδαζόλη καθώς και μειούμενη δόση κορτικοστεροειδών σύμφωνα με τη ρευματολογική εκτίμηση. Λόγω επανελέγχου μεγάλης ποσότητας πλευριτικής συλλογής, τέθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης δεξιά με παροχέτευση περίπου 1200cc εξιδρωματικού υγρού, από την κ/α του οποίου δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός. Πραγματοποιήθηκε διοισοφάγιο triplex καρδιάς, αρνητικό για εκβλαστήσεις. Λόγω απομόνωσης σε κ/α αίματος *Candida albicans* έγινε έναρξη αντιμυκητιασικής αγωγής με μικαφουγκίνη με αλλαγή όλων των καθετήρων (ΚΦΓ, Levin, Foley).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής εξήλθε της Μονάδας, αφού εμφάνισε αρνητικές κ/ες αίματος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η καντιναιμία καταλαμβάνει την 4η θέση στις ΗΠΑ και την 8η θέση στην Ευρώπη, χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα (38-57% στους ενήλικες). Η χορήγηση συνδυασμών αντιμικροβιακών παραγόντων ευρέος φάσματος, η τοποθέτηση κεντρικών ενδοφλέβιων καθετήρων και ο αποικισμός των ασθενών από *Candida* αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες καντιναιμίας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA63

### ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

**Στυλιάνα Αλεξάνδρου**, Σωτηρούλα Αδαμίδου, Α. Χαλαβαζής, Ελένη Ντούμου, Ευγενία Σκαφίδα, Αναστασία Πολίτη, Α. Νταλαούτης, Α. Φειδάκης, Α. Σαμαράς

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο Θ. Πρώιο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Μεταξύ των περιγραφέντων επιπλοκών κατά τη διαδρομή της Covid-19 λοίμωξης, η εμφάνιση αυτόματου πνευμομεσοθωρακίου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον μιας και αποτελεί σπάνια επιπλοκή. Περιγράψουμε περίπτωση ασθενούς που ανέπτυξε αυτόματο πνευμομεσοθωράκιο στα πλαίσια Covid λοίμωξης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 77 ετών με από 10ημέρου εμπύρετο έως 38,5 C, βήχα και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια με κορεσμό οξυγόνου 91% στον αέρα κατά την εισαγωγή. Ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας υπό εναλαπρίλη, αμλοδιπίνη και σιμβαστατίνη. Ανεμβολίαστη για Covid. Ακροαστικώς υποτρίζοντες στις βάσεις και ανεύρεση διόσπαρτων διηθημάτων θαμβής υάλου αμφοτερόπλευρα. Εργαστηριακός έλεγχος με CRP 44mg/dL (<0,5), WBC 5.190(P67%)/μl, κρεατινίνη 1,3mg/dL, φυσιολογικές τιμές τροπονίνης και d-dimers. Έλαβε αγωγή με δεξαμεθαζόνη 6mgx1 IV, ενοξαπαρίνη 0,6 1x1 sc και οξυγόνο με μάσκα Venturi 40%. Την όγδοη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε οπισθορνερικό άλγος με επέκταση στην περιοχή του τραχήλου, μη σχετιζόμενο με την κατάποση. Σε αξονική τομογραφία θώρακα ανευρέθη εικόνα πνευμομεσοθωρακίου με ύπαρξη αέρα μέχρι την περιοχή του θυρεοειδούς αδένα. Έλαβε συντηρητική αντιμετώπιση με πλήρη υποχώρηση του πνευμομεσοθωρακίου εντός εβδομάδος, πλην όμως η ασθενής απεβίωσε την 26 ημέρα λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας με εικόνα συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και πολυοργανικής ανεπάρκειας σε μονάδα εντατικής.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πνευμομεσοθωράκιο μη σχετιζόμενο με επεμβατικό αερισμό ή ιατρογενή χειρισμό έχει περιγραφεί σε ασθενείς με Covid-19 λοίμωξη και σε σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS), καταδεικνύοντας έναν πιθανά κοινό παθογενετικό μηχανισμό μέσω κυψελιδικής βλάβης, ρήξης της κυψελίδας και διαφυγής αέρα στο μεσοθωράκιο ακολουθώντας την πορεία των αγγείων και βρόγχων. Εκδηλώνεται με δύσπνοια, πόνο οπισθοστερνικό ή στον τράχηλο, υποδόριο εμφύσημα, ταχυκαρδία, ταχύπνοια και υπόταση. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική. Στην πρόσφατη μελέτη ROETIC σε 58.484 νοσηλευόμενους ασθενείς, η συχνότητα εμφάνισης ήταν 0,6% και συνδέονταν με υψηλότερο ποσοστό διασωλήνωσης (45,6%) και αυξημένη θνησιμότητα (51,7%).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ιδιαίτερη προσοχή κι επαγρύπνηση χρειάζεται για την αναγνώριση ασυνήθιστων επιπλοκών κατά τη διάρκεια Covid-19 λοίμωξης. Η ανάπτυξη αυτόματου πνευμομεσοθωρακίου σχετίζεται με πιο σοβαρή νόσο και αυξημένη θνησιμότητα.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA64

### ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΠΡΕΓΚΑΜΠΑΛΙΝΗ

**Στυλιάνα Αλεξάνδρου**, Σωτηρούλα Αδαμίδου, Ελένη Ντούμου, Α. Χαλαβαζής, Αναστασία Πολίτη, Ευγενία Σκαφίδα, Α. Φειδάκης, Α. Σαμαράς, Α. Νταλασούτης

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο Θ Πρώιο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η πρεγκαμπαλίνη είναι γκαμπαπεντινοειδές που δρα ως αναστολέας των υπομονάδων α2δ τασεοεξαρτώμενων διαύλων ασβεστίου (VDCCs) αναστέλλοντας την έκλυση νευροδιαβιβαστών. Χορηγείται για τη θεραπεία της επιληψίας, του νευροπαθητικού πόνου, της ινομαλγίας, του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών και της γενικευμένης διαταραχής άγχους. Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς που ανέπτυξε οίδημα κάτω άκρων με την έναρξη πρεγκαμπαλίνης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 68 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου με ημιπάρεση, υπό ινσουλινη ντεγλουτέκ/λιραγλουτίδη, μετφορμίνη, ροσουβαστατίνη, προπρανολόλη και ακετυλοσαλικυλικό οξύ, η οποία έλαβε πρεγκαμπαλίνη 75mg 1x2 για νευροπαθητικού τύπου άλγους και εντός εβδομάδας εμφάνισε οίδημα κάτω άκρων. Πέραν της ημιπληγίας και των οίδημάτων, η υπόλοιπη φυσική εξέταση ήταν χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. A1C 6,7%, TSH 0,79μIU/dL, CRP 0,2mg/dL (<0,5), NT-proBNP 110pg/mL (<125), μικρολευκωματίνη ούρων 4,4mg/gr (<30) και D-Dimers <0,5mg/L. Μετά την ολοκλήρωση του ελέγχου, το περιφερικό οίδημα αποδόθηκε στην πρεγκαμπαλίνη κι έγινε σταδιακή διακοπή με υποχώρηση των οίδημάτων μετά πάροδο 2 εβδομάδων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πρεγκαμπαλίνη είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο, με ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι συνθέστερες είναι η ζάλη (34%) και η υπνηλία (22%). Η εμφάνιση περιφερικού οιδήματος (4-12%) αποτελεί δόσοεξαρτώμενη παρενέργεια με ποσοστό εμφάνισης 3.7% για δόσεις ≤150mg/ημέρα μέχρι 11.5% σε δοσολογία 300-600mg/ημέρα. Τα γκαμπαπεντινοειδή δρώντας μέσω των τύπου-L διαύλων ασβεστίου προκαλούν αγγειοδιαστολή και διαφυγή υγρού από το τοίχωμα των αγγείων στο διάμεσο χώρο με αποτέλεσμα περιφερικό οίδημα με τον ίδιο ακριβώς μηχανισμό όπως και οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου (CCBs). Η διακοπή του φαρμάκου οδηγεί σε υποχώρηση του οιδήματος σταδιακή μέσα σε 1-6 εβδομάδες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και η εμφάνιση περιφερικού οιδήματος αποτελεί ασυνήθιστη παρενέργεια της πρεγκαμπαλίνης, η γνώση και η συσχέτιση της εμφάνισης του με την έναρξη της αγωγής θα μπορούσε να περιορίσει το κόστος περαιτέρω εξετάσεων προ αποκλεισμό άλλων αιτιών καθώς και την ταλαιπωρία του ασθενούς.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA65

### ΜΥΟΚΛΟΝΙΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ

**Στυλιάνα Αλεξάνδρου**, Σωτηρούλα Αδαμίδου, Αναστασία Πολίτη, Ελένη Ντούμου, Ευγενία Σκαφίδα, Α. Χαλαβαζής, Α. Σαμαράς, Α. Νταλαούτης, Α. Φειδάκης

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ρανολαζίνη χορηγείται για την αντιμετώπιση σταθερής στηθάγχης κι η αποτελεσματικότητά της έχει δειχθεί σε αρκετές μελέτες, ωστόσο μερικές σπάνιες νευρολογικές παρενέργειες έχουν αναφερθεί ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς. Περιγράφουμε την περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε μυόκλωνο κατά τη φάση αύξησης της δοσολογίας της ρανολαζίνης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 79 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, στένωσης αορτής, κολπικής μαρμαρυγής και δυσλιπιδαιμίας υπό ρανολαζίνη 375mg 1x2, καρβεδιλόλη, φουροσεμίδη, δαβιγατράνη, ομεπραζόλη και ροσοβαστατίνη, ο οποίος εμφάνισε μυοκλωνικά τινάγματα άκρων εντός εβδομάδος από την αύξηση της ρανολαζίνης σε 500mg 1x2 και προσθήκης αμιοδαρόνης για συγκοπτικό επεισόδιο με ριπές κοιλιακής ταχυκαρδίας. Η φυσική εξέταση πέραν των μυοκλωνικών τιναγμάτων ήταν χωρίς εστιακά ελλείματα. Εργαστηριακός έλεγχος εντός φυσιολογικών ορίων με ήπια νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 3α. Αξονική τομογραφία κρανίου χωρίς εικόνα συμβατή με εγκεφαλικό επεισόδιο. Έγινε διακοπή της ρανολαζίνης (πιθανή αιτιολογική σχέση με Naranjo σκορ 6) και έλεγχος των μυοκλωνικών τιναγμάτων με λεβετιρακετάμη 250mg 1x2 με πλήρη υποχώρηση του μυόκλωνου εντός 24ώρου. Η χορήγηση λεβετιρακετάμης διεκόπη μετά από μία εβδομάδα κι ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ρανολαζίνη, είναι παράγωγο της πιπεραζίνης και δρα μέσω αναστολής του αυξημένου επί ισχαιμίας όψιμου ρεύματος των ιόντων νατρίου στα καρδιακά κύτταρα, μειώνοντας έτσι την ενδοκυττάρια συγκέντρωση ασβεστίου που οδηγεί σε χαλάρωση του μυοκαρδίου, μείωση της διαστολικής τάσης και των αναγκών οξυγόνου. Μεταβολίζεται μέσω του κυτοχρώματος P450 CYP3A4 και αποβάλλεται από τους νεφρούς, οπότε χρειάζεται προσοχή λόγω αύξησης της συγκέντρωσής της σε ασθενείς με κίρρωση, νεφρική ανεπάρκεια ή υπό αγωγή με αναστολείς του CYP3A4 όπως η αμιοδαρόνη στο συγκεκριμένο ασθενή. Συχνές παρενέργειες είναι η ζάλη, ναυτία, υπόταση, πονοκέφαλος και δυσκοιλιότητα. Ελάχιστες είναι οι βιβλιογραφικές αναφορές με νευρολογική σημειολογία όπως μυόκλωνος, τρόμος, αταξία, δυσαρθρία και παραισθήσεις.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έναρξη αγωγής με ρανολαζίνη σε ηλικιωμένους ασθενείς θα πρέπει να γίνεται με προσοχή λόγω συνοδών νοσημάτων και συγχορήγησης φαρμάκων που αποτελούν αναστολείς της CYP3A4.



## AA66

### ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

**N. Μαζωνάκης**, Μαρία Ταμπάκη, Ευφροσύνη Μπλάθρα, Θ. Κατσίκας, Αλεξάνδρα Ζάτα, Χ. Αρκαδιανός, Δ. Μπαλντούνης, Ν. Φουντουλάκης, Κατερίνα Αργυράκη, Α. Πεφάνης

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργανούμενη πνευμονία αναφέρεται σε ποσοστό 1-10% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε αλλογενή μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (HSCT) και ίσως αποτελεί εκδήλωση της νόσου μοσχεύματος κατά ξενιστή σε μερικές περιπτώσεις. Χαρακτηρίζεται από ενδοαυλικό πολλαπλασιασμό κοκκιοματώδους ιστού, που αποτελείται από ινοβλάστες, μυοινοβλάστες και χαλαρό συνδετικό ιστό, προσβάλλοντας κυψελίδες και κυψελιδικούς πόρους, με δυνατότητα επέκτασης και στα βρογχιόλια. Παρουσιάζει μη ειδικά συμπτώματα, όπως χαμηλός πυρετός, κόπωση, δύσπνοια και βήχας. Στην αξονική τομογραφία θώρακος συνήθως εμφανίζεται με διάχυτες, ανομοιόμορφες κυψελιδικές αλλοιώσεις, πυκνωτικές ή με μορφή θαμβής υάλου. Θεραπεία εκλογής είναι τα κορτικοστεροειδή με καλή ανταπόκριση και πρόγνωση για τους ασθενείς. Συχνές είναι οι υποτροπές με τη σταδιακή μείωση της δόσης των κορτικοστεροειδών.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Συσχέτιση της οργανούμενης πνευμονίας με την HSCT.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 47 ετών με ιστορικό οξείας μυελογενούς λευχαιμίας και HSCT, προσήλθε λόγω αιφνίδιου αποκορεσμού, που ακολούθησε μετά από δεκατική πυρετική κίνηση και ξηρό βήχα διάρκειας 3 εβδομάδων. Ετέθη σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με Πιπερακιλλίνη-Ταζομπακτάμη, χωρίς κλινική βελτίωση. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε αμφοτερόπλευρες εκτεταμένες αλλοιώσεις θαμβής υάλου με περιβρογχοαγγειακή και περιφερική κατανομή. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) εστάλη προς καλλιέργεια για κοινά μικρόβια και μύκητες χωρίς κάποια απομόνωση, η PCR για τον SARS-CoV-2, το Film Array για παθογόνα του αναπνευστικού και ο άμεσος ανοσοφθορισμός για Pneumocystis jirovecii ήταν αρνητικά όπως και ο έλεγχος για το βάκιλλο του Koch και για γαλακτομαννάνη. Με δεδομένο τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών και το ιστορικό της ασθενούς με οργανούμενη πνευμονία 6 μήνες μετά την αλλογενή μεταμόσχευση, ετέθη ισχυρή υποψία για νέο ανάλογο επεισόδιο και χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή με άμεση κλινική ανταπόκριση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σε ασθενείς με ιστορικό HSCT και μη ειδικά συμπτώματα αναπνευστικού με αμφοτερόπλευρα διηθήματα στους πνεύμονες, η οργανούμενη πνευμονία πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση, εφόσον αποκλειστούν λοιμώδεις αιτίες με εξέταση BAL.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Afessa, B., Litzow, M., & Tefferi, A. (2001). Bronchiolitis obliterans and other late onset non-infectious pulmonary complications in hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 28(5), 425-434.
2. Adachi, Y., Ozeki, K., Ukai, S., Sagou, K., Fukushima, N., & Kohno, A. (2019). Patterns of onset and outcome of cryptogenic organizing pneumonia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *International Journal of Hematology*.
3. Brownback KR, Frey JW, Abhyankar S. Bronchoscopic features, associations, and outcomes of organizing pneumonia following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Ann Hematol*. 2019 Sep; 98(9): 2187-2195.
4. Haider, S., Durairajan, N., & Soubani, A. O. (2020). Noninfectious pulmonary complications of haematopoietic stem cell transplantation. *European Respiratory Review*, 29(156), 190119.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA67

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΜΑΖΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

**Παρασκευή Καραμανή<sup>1</sup>**, Γ. Σουρουλλάς<sup>1</sup>, Μαρία Καβάση<sup>1</sup>, Σοφία Σταύρου<sup>1</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1,3</sup>, Μ. Ιωαννίδης<sup>3</sup>, Χαρά Αζίνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ενδοκαρδιακές μάζες είναι εξαιρετικά σπάνιες και ταξινομούνται ως νεοπλασματικές και μη νεοπλασματικές. Οι νεοπλασματικές μάζες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και μεταστατικούς όγκους. Οι πρωτοπαθείς όγκοι συνήθως είναι καλοήθεις, με το 50% να αφορούν σε μύζωμα και οι κακοήθεις στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι σαρκώματα. Οι μεταστατικοί όγκοι είναι 20 φορές συχνότεροι από τους πρωτοπαθείς, σύμφωνα με μια σειρά αυτοψιών. Στις μη νεοπλασματικές μάζες συγκαταλέγονται οι θρόμβοι, οι εκβλαστήσεις ή οι ασβεστοποιημένες βλάβες και αποτελούν διαφοροδιαγνωστική πρόκληση. Οι ενδοκαρδιακές μάζες μπορεί να είναι συμπτωματικές ή να εντοπιστούν τυχαία κατά τη διερεύνηση κλινικών ευρημάτων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού με ενδοκαρδιακό μόρφωμα που ανευρέθηκε σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο, στα πλαίσια διερεύνησης μη ειδικών συστηματικών συμπτωμάτων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 66 ετών καπνίστρια, με ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, υποθυρεοειδισμού, δυσλιπιδαιμίας και κατάθλιψης, εισήχθη στην παθολογική κλινική για διερεύνηση εύκολης κόπωσης, καταβολής και ακούσιας απώλειας σωματικού βάρους 15 κιλών από διμήνου και ήπιων οίδημάτων με εντύπωμα σφυρών. Από τον αρχικό παρακλινικό έλεγχο διαπιστώθηκαν διδρωματικές πλευριτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα και ευμεγέθες ενδοκαρδιακό μόρφωμα αριστερού κόλπου. Περαιτέρω έλεγχος ανέδειξε ηπατομεγαλία και πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους με μονοκλωνικό κλάσμα IgG ελαφρών αλύσεων τύπου λ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τέθηκε η κλινική υποψία AL αμυλοείδωσης που επιβεβαιώθηκε με βιοψίες βλεννογόνου ορθού, που ανέδειξε εναπόθεση ινιδίων πρωτεΐνης θετικών σε χρώση Congo και πράσινη διπλοθλαστικότητα στο πολωμένο φως. Ο γονιδιακός έλεγχος για παραλλαγές τρανσθυρετίνης ήταν αρνητικός. Εν αναμονή μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς, η ασθενής κατέληξε λόγω αιφνίδιου καρδιακού θανάτου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αμυλοείδωση ως ένα χρόνιο διηθητικό νόσημα εμφανίζει πολυσυστηματική προσβολή λόγω της εξωκυττάριας εναπόθεσης ινιδίων αμυλοειδούς. Η υψηλή θνητότητα της αμυλοείδωσης αποδίδεται κυρίως σε καρδιαγγειακά συμβάματα. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας για έγκαιρη διάγνωση ειδικά σε ασθενείς με πρωτεϊνουρία ή /και μυοκαρδιακή προσβολή. Η άμεση θεραπεία της νόσου σχετίζεται με βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA68

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΣΗΣ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Μαρία Μπρόλια, **Κασσιανή Παπαναστάση**, Μαρία Ταμπάκη, Θ. Κασιόκας, Αλεξάνδρα Ζάτα, Α. Βασιλόπουλος, Α. Τσακίρης, Άντα Τουσσέ, Αικατερίνη Αργυράκη, Α. Πεφάνης  
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πνευμονία σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή είναι δυνητικά απειλητική και συχνά εμφανίζεται με άτυπη κλινική εικόνα. Οι παράγοντες κινδύνου για ασπεργίλλωση είναι καλά προσδιορισμένοι στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η πνευμονία από SARS-COV-2, όπως και άλλες ιογενείς λοιμώξεις, προδιαθέτει για βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις, προσφέροντας έναν νέο παράγοντα κινδύνου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περίπτωσης ανοσοκατεσταλμένου ασθενούς με πνευμονία από SARS-COV-2 και Ασπεργίλλο.

#### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Ασθενής 69 ετών με non-Hodgkin λέμφωμα υπό ακαλαμπρουτινίμη, βαλακυκλοβίρη και σουλφαμεθοξαζόλη/τριμεθοπρίμη εμφάνισε πυρετό έως 38,5οC με ρίγος. Το αντιγονικό τεστ για SARS-COV-2 ήταν θετικό, οπότε έλαβε μολνουπιραβίρη. Λόγω παραμονής του εμπυρέτου με εμμένουσα κεφαλαλγία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής, τέθηκε εμπειρικά κεφτριαξόνη, ως πιθανή βακτηριακή επιλοίμωξη, χωρίς κλινική ανταπόκριση. Στις αιμοκαλλιέργειες δεν απομονώθηκε κάποιος μικροοργανισμός. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου και το Film Array εγκεφαλονωτιαίου υγρού δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Ο ορολογικός έλεγχος για αντιγόνο ασπεργίλλου, κρυπτοκόκκου, JCV, CMV, EBV, ANA, RF, C3, C4, Quantiferon, K39, Wright καθώς και η δερμοαντίδραση φυματίνης ήταν αρνητικά. Λόγω αερομετρικής επιδείνωσης και μη ύφεσης του πυρετού διενεργήθηκε επαναληπτική αξονική θώρακος με επίταση των πυκνωτικών διηθημάτων και νέες υπεζωκοτικές συλλογές. Στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα που ελήφθη κατόπιν βρογχοσκόπησης ανευρέθησαν αρνητικές η PCR για τον SARS-CoV-2, το Film Array για παθογόνα του αναπνευστικού, ο άμεσος ανοσοφθορισμός για Pneumocystis jirovecii, η χρώση Ziehl-Neelsen/PCR για μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης και η καλλιέργεια για κοινά μικρόβια, ενώ απομονώθηκε ασπεργίλλος. Έγινε έναρξη βορικοναζόλης με άμεση κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση και η αγωγή συνεχίστηκε για 6 εβδομάδες.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λοίμωξη από SARS-COV-2 αυξάνει την ευαισθησία για δευτεροπαθείς λοιμώξεις, όπως η διηθητική πνευμονική ασπεργίλλωση, πιθανώς λόγω της βλάβης του αναπνευστικού επιθηλίου, της λεμφοπενίας και της απελευθέρωσης προφλεγμονωδών κυτταροκινών. Η συλλοίμωξη προκαλεί διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες και αυξάνει τη θνητότητα. Επισημαίνουμε τη χαμηλή ευαισθησία του ορολογικού ελέγχου για ανίχνευση αντιγόνου ασπεργίλλου και τη σημασία της υψηλής κλινικής υποψίας προκειμένου να ληφθεί βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Defining and managing COVID-19-associated pulmonary aspergillosis: the 2020 ECMM/ISHAM consensus criteria for research and clinical guidance, Philipp Koehler et al., Published online The Lancet Infectious Diseases December 14, 2020, doi: org/10.1016/S1473-3099(20)30847-1.
2. COVID-19 associated pulmonary aspergillosis, Philipp Koehler et al, Wiley 17 April 2020, DOI: 10.1111/myc.13096
3. COVID-19 associated with pulmonary aspergillosis: A literature review, Chih-Cheng Lai, Weng-Liang Yu



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA69

### ΣΤΟ ΜΑΤΙ ΤΟΥ ΚΥΚΛΩΝΑ: ΑΝΟΣΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΠΕΜΠΡΟΛΙΖΟΥΜΑΜΠΗ

**Σοφία Σταύρου**<sup>1</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1,2</sup>, Κ. Μιχαηλίδης<sup>3</sup>, Παρασκευή Καραμανή<sup>1</sup>, Μαρία Καβάση<sup>1</sup>, Γ. Σουρουλλάς<sup>1</sup>, Χαρά Αζίνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

<sup>3</sup> Ιστοπαθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανοσοθεραπεία είναι μία στοχευμένη και ταχέως αναπτυσσόμενη θεραπεία, με εφαρμογή σε ολοένα μεγαλύτερο αριθμό νεοπλασιών. Με την επέκταση της εφαρμογής της έχουν καταγραφεί ανεπιθύμητες ενέργειες (immune-related Adverse Events: irAEs) από ποικίλα οργανικά συστήματα (πεπτικό, κεντρικό νευρικό, αναπνευστικό και άλλα).

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση ασθενούς με καρκίνο πνεύμονα υπό αγωγή με Anti-PD1 (immune checkpoint inhibitor - ICI) και πολυσυστηματική φαρμακοεπαγόμενη τοξικότητα.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 63 ετών με ιστορικό μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα σταδίου 3B (NSCLC) υπό ανοσοθεραπεία (λήψη τρίτης δόσης Πεμπρολιζουμάμπης προ μηνός) εισήχθηκε για διερεύνηση αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων, κοιλιακού άλγους και εμέτων από ημερών. Προ διμήνου διάγνωση πιθανής ελκώδους κολίτιδας μετά από κολονοσκόπηση για ανάλογη κλινική εικόνα, με πλημμελή συμμόρφωση στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή με μεσαλαζίνη και κορτικοστεροειδή.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής λόγω ανεπαρκούς κλινικής ανταπόκρισης σε ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή και αντιμικροβιακή αγωγή υποβλήθηκε σε επαναληπτική κολονοσκόπηση με ευρήματα συμβατά με φαρμακευτική (ανοσοεπαγόμενη) κολίτιδα. Ακολούθως λόγω κλινικής επιδείνωσης με επιδεινούμενη σοβαρή θρομβοπενία ο ασθενής έλαβε ώσεις ενδοφλέβιας μεθυλπρεδνιζολόνης και εφάπαξ Ινφλιξιμάμπη καθώς και ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη ως ανοσοεπαγόμενη θρομβοπενία. Τελικά ο ασθενής κατέληξε από αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου μετά από πιθανή ανοσοεπαγόμενη πνευμονίτιδα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανοσοεπαγόμενη κολίτιδα είναι μια κοινή επιπλοκή της ανοσοθεραπείας και εκδηλώνεται 5-10 εβδομάδες μετά τη δεύτερη ή τρίτη θεραπεία. Ωστόσο οι ανεπιθύμητες ενέργειες πολλαπλών συστημάτων είναι σπάνιες και αποδίδονται σε σύνδρομο καταιγίδας κυτταροκινών. Η έγκαιρη διάγνωση, διακοπή της ανοσοθεραπείας και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο για βελτίωση της έκβασης των ασθενών.



## AA70

### ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΟΙΣΤΡΟΓΩΝΩΝ

**Γ. Σουρουλλάς<sup>1</sup>**, Παρασκευή Καραμανή<sup>1</sup>, Μαρία Καβάση<sup>1</sup>, Σοφία Σταύρου<sup>1</sup>, Α. Ιωάννου<sup>1,2</sup>, Χαρά Αζίνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

<sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση οξείας παγκρεατίτιδας. Η λήψη οιστρογόνων αν και γνωστός παράγοντας κινδύνου, είναι μια σπάνια αιτία πρόκλησης οξείας παγκρεατίτιδας. Υπεύθυνη θεωρείται η δευτεροπαθής υπερτριγλυκεριδαιμία που προκαλεί η λήψη οιστρογόνων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με παγκρεατίτιδα από υπερτριγλυκεριδαιμία.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα ηλικίας 42 ετών με ιστορικό τεσσάρων αποτυχημένων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων (η τελευταία προ 20 ημέρου), εισήχθηκε λόγω επιγαστρικού άλγους αρχόμενο από 24ώρου, με συνοδά 2 επεισόδια εμέτων. Προ 2 ημερών προηγήθηκε έλεγχος προόδου της κύησης όπου διαπιστώθηκε μη επίτευξη εγκυμοσύνης. Είχε προηγηθεί λήψη πριν τη διενέργεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης ουροφολιτροπίνης (FSH) για 12 ημέρες και γκανιρελίξης (ανταγωνιστής GnRH) για 6 ημέρες. Μετά τη διαδικασία ελάμβανε μέχρι προ διημέρου προγεστερόνη/λεβονοργεστρέλη, προγεστερόνη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπεραμυλασαιμία (AMY= 732 U/L) και σοβαρή υπερτριγλυκεριδαιμία (TRIG= 6800 mg/dL). Τέθηκε η υπόνοια οξείας παγκρεατίτιδας επαγόμενης από ορμονοθεραπεία που επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε οίδημα παγκρέατος με περιπαγκρεατικό υγρό και μικρή αριστερή πλευριτική συλλογή.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής αντιμετώπιστηκε συντηρητικά, έγινε έναρξη φαινοφιμπράτης και υποβλήθηκε σε δύο συνεδρίες πλασμαφαίρεσης. Παρατηρήθηκε σαφής κλινικοεργαστηριακή βελτίωση της ασθενούς με μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων του αίματος σε επίπεδα κάτω των 500 mg/dL την 3η μέρα νοσηλείας. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 10 ημέρες νοσηλείας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πάντα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα εκδήλωσης οξείας παγκρεατίτιδας σε γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα. Θεωρείται σκόπιμος ο έλεγχος των επιπέδων των λιπιδίων πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας για αναγνώριση ασθενών υψηλού ρίσκου για εμφάνιση παγκρεατίτιδας επαγόμενης από υπερτριγλυκεριδαιμία.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA71

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΥΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

**Ευφροσύνη Μπλάθρα**, Αλεξάνδρα Ζάτα, Ν. Μαζωνάκης, Μαρία Ταμπάκη, Π. Goskoli, Ελένη Λιάση, Α. Μπίλης, Ιρένα Καράμπελα, Κατερίνα Αργυράκη, Α. Πεφάνης

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος Still των ενηλίκων είναι μία σπάνια νοσολογική οντότητα, που περιλαμβάνει κυρίως την εμφάνιση εμπυρέτου, κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος και πολυαρθρίτιδας. Η διάγνωση περιλαμβάνει τον αποκλεισμό λοιμώξεων, κακοθηγιών κι άλλων συστηματικών παθήσεων και βασίζεται στην πλήρωση των κριτηρίων Yamaguchi. Θεραπεία εκλογής αποτελούν τα κορτικοστεροειδή.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού με εμπύρετο, πολυαρθρίτιδα και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 45 ετών, με ατομικό αναμνηστικό υποθυρεοειδισμού και υπογονιμότητας (πολλαπλές προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης -n τελευταία προ διμήνου), προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 38.6οC και μεταναστευτικής συμμετρικής πολυαρθρίτιδας με συνοδό φαρυγγαλγία από ημερών. Στην κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα στις γλουτιαίες και οπίσθιες μηριαίες επιφάνειες.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC=16.800/L, CRP=20mg/dl, TKE=105) και αρνητική προκασιτονίνη. Οι καλλιέργειες αίματος, ούρων, φαρυγγικού, κοιλιακού και ορθικού επιχρίσματος κι αρθρικού υγρού δεν απομόνωσαν κάποιο παθογόνο. Ο έλεγχος για ετερόφιλα αντισώματα ήταν αρνητικός. Ο ανοσολογικός (ANA, ENA, RF, C3/C4, anti-MPO/anti-PR3) κι ο ορολογικός έλεγχος (IgM-VCA, IgG EBNA, anti-CMV, anti-HCV, anti-HBV, anti-HIV, Wright, IFN-γ, SACE) ήταν αρνητικός, ενώ διαπιστώθηκε ευθυρεοειδική λειτουργία. Ο υπέρηχος καρδιάς κι η αξονική τομογραφία θώρακα-κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Η καρπιοεκτική κοπράνων ήταν αρνητική. Πληρώντας 3 μείζονα και 2 ελάσσονα κριτήρια και αποκλείοντας λοιμώξεις/ κακοθήγιες, η ασθενής αντιμετωπίστηκε με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και κορτικοστεροειδή ως επί νόσου Still με άμεση κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος του Still των ενηλίκων αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα (0,16 περιπτώσεις/ 100.000 άτομα) με δικόρυστη ηλικιακή κατανομή αποτελώντας ιδιαίτερη διαφοροδιαγνωστική πρόκληση. Απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία καθώς πρόκειται για διάγνωση εξ' αποκλεισμού.

## AA72

### ΟΞΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΙΦΛΟΥΜΙΚΟ ΟΞΥ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΙΘΥΛΙΚΗ ΑΛΚΟΟΛΗ

**Μ. Παπαδοπούλου**, Μ. Ν.Γιαννακάκη, Ν. Τριπύλα, Ε. Κατσανάκη, Γ. Πλυτας, Π. Κατσελη, Χ. Σαπουνάς, Ε. Ρούλια, Α. Μακίνα-Κούση, Ζ. Αλεξίου

*Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νιφλουμικό οξύ (niflumic acid) είναι ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο το οποίο προέρχεται από το νικοτινικό οξύ με αντιφλεγμονώδη και αναλγητική δράση καθώς και ανασταλτική επίδραση στη σύνθεση της προσταγλανδίνης. Σε περίπτωση αλόγιστης χρήσης σε συνδυασμό με αιθυλική αλκοόλη περιγράφεται η ηπατοτοξικότητα του φαρμάκου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για ασθενή 57 ετών, άνδρα, που προσεκομίσθη στο ΤΕΠ χειρουργικού σε μέρα γενικής εφημερίας λόγω ικτερικής χροιάς (μη αποφρακτικός ίκτερος). Ζωτικά σημεία: ΑΠ 120/60 ΣΦ 80 SpO<sub>2</sub> 97%, Θ 37°C. Αντικειμενική εξέταση: Όψη: ικτερική χροιά δέρματος, Ικτερική χροιά επιπεφυκότα, Θρέψη καχεκτική, Αδρή Νευρολογική Εξέταση: GCS 15/15, σε εγρήγορση, προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο, Καρδιά: S1, S2 ευκρινείς, ρυθμικοί. Αναπνευστικό: κφ, Κοιλία: μαλακή, ανώδυνη με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Κάτω άκρα: ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις άμφω, χωρίς οιδήματα. Για τη διερεύνηση της υπερχοληρυθριναιμίας νοσπλεύτηκε πρώτα στη Γενική Χειρουργική Από τον εργαστηριακό έλεγχο: wbc=8100, Hct=42.6%, Hgb=14.5g/dL, Plt=268.000, SGOT=507U/L SGPT=528 U/L, γGT =857 IU/l, Αλκ. Φωσφατάση=814IU/l, CRP=7mg/l, Ολική χοληρυθρίνη=22mg/dl με άμεση 14mg/dl. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε US ανω κοιλίας Ήπαρ: κφ Χοληδόχος κύστη: με λάσπη, με πάχυνση του τοιχώματος και μόλις υποσημαινόμενη συλλογή υγρού πέριξ (πάχος έως 6 χιλ.) Χοληφόρα: μόλις υποσημαινόμενη διάταση ενδοπατικών χοληφόρων στον αριστερό λοβό, κεντρικά CBD με φυσιολογικό εύρος. Έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και ενυδάτωση ως πιθανή χολοκυστίτιδα. Παρέμεινε άπυρετος. Χωρίς δείκτες φλεγμονής, επίσης οι δείκτες νεοπλασίας (-).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του διενεργήθηκε CT άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς εικόνα διάτασης των ένδο ή εξωηπατικών χοληφόρων. Χωρίς εικόνα υπέρπυκνου περιεχομένου στη χοληδόχο κύστη ή στην πορεία των χοληφόρων. Τις επόμενες μερες οι τιμές τρανσαμινασών και χοληρυθρίνης παρέμειναν υψηλές για το λόγο αυτό ο ασθενής υπεβλήθη σε ERCP κφ. Για περαιτέρω διερεύνηση ο ασθενής μεταφέρθηκε σε παθολογική κλινική. Κατά τη λήψη ιστορικού ο ασθενής ανέφερε ότι τον τελευταίο μήνα (επί 30 μέρες) λόγω κεφαλαλγίας κατανάλωνε μαζί με αιθυλική αλκοόλη νιφλουμικό οξύ κάθε μερα s 1x2. Από το λοιπό έλεγχο πλήρης ιολογικός HBV, HCV, HAV, HIV 1,2 SARS Covid -2=αρνητικός. Ανοσολογικός έλεγχος με AMA, SMA anti LKM 1,2 (-). Ο ασθενής συνέχισε να λαμβάνει ενδοφλέβια ενυδάτωση, διεκόπη η αντιβιοτική αγωγή, προστέθηκαν Ursofalk, Questran, Benerva. Σταδιακά βελτίωσε τις τιμές τρανσαμινασών SGOT= 121 U/L SGPT=198U/L,γ-GT=245 IU/l, Αλκ. φωσφατάση =391 IU/l και ολική χοληρυθρίνη=4.4mg/dL με άμεση 2.34mg/dL

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φαρμακευτική ηπατίτιδα ως αποτέλεσμα τοξικότητας φαρμάκων πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της τρανσαμινασαιμίας και των χολοστατικών συνδρόμων. Στην περίπτωση μας, η αλόγιστη χρήση του αντιφλεγμονώδους σε συνδυασμό με την αιθυλική αλκοόλη αποτέλεσε αίτιο της τοξικής φαρμακευτικής ηπατίτιδας.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA73

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

**Νεκταρία Σταματάκη**, Ανθία Γατοπούλου, Π. Ραφανλίδης, Ειρήνη Τερζή, Δ. Παπάζογλου

*Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (deep vein thrombosis, DVT) των άνω άκρων αντιστοιχεί στο 5-10% των συνολικών περιπτώσεων DVT, με διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα. Αναγνωρίζονται δύο τύποι: η πρωτοπαθής (ενοχοποιούνται τα τραύματα προσπάθειας και η θρομβοφιλία) και η δευτεροπαθής (κυρίως λόγω υποκείμενων νεοπλασιών ή επεμβάσεων στις φλέβες των άνω ακρών). Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με οξεία DVT αριστερής υποκλειδίου, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα 70 ετών με ιστορικό σημαντικής εκτάσεως και βαθμού ελκώδους κολίτιδας υπό συνδυασμένη θεραπεία με βεδολιζουμάμπη και πρεδνιζολόνη, προσήλθε λόγω αιφνίδιας έναρξης άλγους στο αριστερό άνω άκρο και προϊούσας εγκατάστασης οιδήματος. Η ασθενής είχε υποβληθεί προ 8μήνου σε επέμβαση τοποθέτησης μόνιμου καρδιακού βηματοδότη (DDDR), λόγω συνδρόμου νοσούντος φλεβοκόμβου.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η άμεση διενέργεια triplex φλεβών, ανέδειξε την παρουσία εκτεταμένου θρομβωτικού υλικού στον αυλό της αριστερής υποκλειδίας φλέβας (που περιέβαλε τα καλώδια του βηματοδότη), της μασχαλιαίας και της μίας εκ των δύο βραχιονίων φλεβών. Η αξονική αγγειογραφία θώρακος απέκλεισε την πνευμονική εμβολή και την επέκταση του θρόμβου στην αριστερή ανώνυμη φλέβα. Η λειτουργικότητα του βηματοδότη ελέγχθηκε φυσιολογική. Ο μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας απέβει θετικός για ετεροζυγωτία FV Leiden. Θεραπευτικά, αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση με υποδόρια χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής στην οξεία φάση και η επανεισαγωγή της ασθενούς για έναρξη - και συνέχιση εφ' όρου ζωής - per os αγωγής με ασενοκουμαρόλη. Η επαναληπτική εξέταση με triplex που διενεργήθηκε ένα μήνα μετά, έδειξε πλήρη υποχώρηση των ευρημάτων της θρόμβωσης στο αριστερό άνω άκρο.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολλά ερωτήματα που αφορούν τη διαχείριση ασθενών με πολυπαραγοντικής αιτιολογίας DVT των άνω άκρων αλλά και αυξημένο αιμορραγικό κίνδυνο - όπως η καταλληλότητα των θεραπευτικών επιλογών και η διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής, με τη στάθμιση του κινδύνου έναντι του οφέλους της εφ' όρου ζωής αντιπηκτικής αγωγής - απαιτείται να απαντηθούν με προοπτικές μελέτες. Επί του παρόντος, λόγω έλλειψης σαφών κατευθυντηρίων οδηγιών, οι ασθενείς αυτοί απαιτούν στενή παρακολούθηση και εξατομίκευση των αποφάσεων.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA74

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ POST COVID

**Παρασκευή Κατσέλη**, Κωνσταντίνα Ηλιοπούλου, Θεοδώρα Παλάζη, Μαρία Γιαννακάκη, Μαρίνα Παπαδοπούλου, Ελένη Κατσανάκη, Γ. Πλυτάς, Π. Κωνσταντινίδης, Ζωή Αλεξίου

*Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμένοι από τους νοσήσαντες από SARS-COV 2 μπορεί να παρουσιάσουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο πλαίσιο μίας κατάστασης που έχει επικρατήσει να αναφέρεται ως post-COVID ή long-COVID. Εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που έχουν νοσήσει βαριά χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση μετά από ήπια νόσηση. Υψηλότερο κίνδυνο διατρέχουν οι μη εμβολιασθέντες. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλουν και μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες, μήνες ή χρόνια. Σε αυτές συγκαταλέγεται η εύκολη κόπωση ιδιαίτερα μετά από σωματική άσκηση, ο πυρετός και συμπτώματα από μία σειρά συστημάτων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Θριασίου Νοσοκομείου αιτιώμενη εμπύρετο από δύο εβδομάδων παρά την αρνητικοποίηση της για SARS-COV 2 μετά από ήπια νόσηση.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 43 ετών προσήλθε με εμπύρετο έως 38,5οC από δύο εβδομάδων παρά την αρνητικοποίηση της για SARS-COV 2 μετά από ήπια νόσηση. Από το ατομικό αναμνηστικό: λοίμωξη από SARS-COV 2, εμβολιασμένη με (1)δόση για SARS-COV 2. Κλινική εξέταση: ουδέν. Εργαστηριακός έλεγχος: WBCs: 6,9k/μL, CRP<3,34mg/dl, TKE: 16 mm. Εστάλη καλλιέργεια αίματος και ούρων (στείρα μικροβίων) και εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Έγινε δοκιμασία Mantoux (αρνητική) και εστάλη ανοσολογικός, ιολογικός έλεγχος, PCT, καρκινικοί δείκτες, δείκτες αναιμίας, θυρεοειδικός έλεγχος, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών, Ra test, λοιμώδη: αρνητικά. Στο πλαίσιο διερεύνησης του εμπυρέτου πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με U/S άνω κοιλίας, U/S έσω γεννητικών οργάνων, CT-θώρακος-άνω/κάτω κοιλίας, γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βάσει αυτών ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζολόνη και παρατηρήθηκε ύφεση του εμπυρέτου. Η ασθενής εξήλθε με τη διάγνωση της post-Covid κατάστασης και έλαβε οδηγίες για σταδιακή αποδέσμευση από την κορτικοθεραπεία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένες ομάδες ανθρώπων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για post-Covid νόσηση, για παράδειγμα ασθενείς που είχαν νοσήσει βαριά και είχαν χρειαστεί νοσηλεία σε κοινό θάλαμο ή ΜΕΘ, ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα, άτομα που δεν είχαν εμβολιασθεί στο παρελθόν καθώς επίσης και ασθενείς που είχαν εμφανίσει πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο (MIS) κατά τη διάρκεια της νόσησης από SARS-COV-2.

## AA75

### ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ηλιάνα Σταματίου<sup>1</sup>, Μελίνα Ντόγα<sup>1</sup>, Γ. Βραχιώλιας<sup>2</sup>, Χ.Μισίδου<sup>2</sup>, Νικολέτα Δελέβαλα<sup>1</sup>,  
Εζγκήλ Ακήφογλου<sup>1</sup>, Δ. Παπάζογλου, Κ. Λιάπης<sup>2</sup>, Ι. Κοτσιανίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η AL αμυλοείδωση προσβάλλει το ήπαρ στο 49%-75% των ασθενών. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συνήθως ήπιες έως μέτριας βαρύτητας, με συχνότερη εξ αυτών την ηπατομεγαλία. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενούς με ιστορικό κακοήθειας παχέος εντέρου, που προσήλθε με χολοστατικού τύπου διαταραχή, υποηλωτική αμυλοείδωσης ήπατος.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα 56 ετών με ιστορικό αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου (στάδιο T3N1bM0) υπό χημειοθεραπεία κατόπιν εντερεκτομής προ Ζετίας, είσηχθη προς διερεύνηση αύξησης χολοστατικών ενζύμων από 2 μήνου. Κατά το ετήσιο follow up ανευρέθησαν: ALP 219 IU/l, γ-Gt 123 IU/l, με φυσιολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων και χολερυθρίνης, οι οποίες αποδόθηκαν σε πρόσφατη έναρξη αγωγής με στατίνη. Παρά τη διακοπή της, οι τιμές δεν ομαλοποιήθηκαν. Υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα/μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας και M.R.C.P. σε εξωτερική βάση, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά κλινική εξέταση εισαγωγής η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, με ψηλαφητό ήπαρ και οιδήματα κάτω άκρων. Από τον παρακλινικό έλεγχο παρουσίαζε φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα με χαμηλά δυναμικά.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εστάλη πλήρης έλεγχος αυτοανοσίας, φυσιολογικός. Η ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας που αποκάλυψε ηπατομεγαλία (18 cm), η οποία συνδυαζόμενη με τις ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις μας οδήγησε σε triplex καρδιάς, όπου διαπιστώθηκε ήπια υπετροφία μεσοκοιλιακού διαφράγματος (12 mm) και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Εν συνεχεία, διενεργήθηκε βιοψία ήπατος, η οποία αποκάλυψε εναπόθεση άμορφου πωσινοφιλικού υλικού με θετική χρώση για κ-ελαφρές αλύσσους, συμβατό με πρωτοπαθή αμυλοείδωση. Από την οστεομελική βιοψία επιβεβαιώθηκε εναπόθεση αμυλοειδούς με θετική χρώση Congo-Red. Στα πλαίσια ελέγχου καρδιακής συμμετοχής, διενεργήθηκε MRI καρδιάς με τυπικό πρότυπο καρδιακής αμυλοείδωσης. Η ασθενής εισήχθη στην Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μεμονωμένη αμυλοείδωση ήπατος είναι εξαιρετικά σπάνια, ηπατομεγαλία με συνοδό αύξηση ALP αποτελούν έμμεσα στοιχεία προσβολής του. Η βιοψία ήπατος σε πιθανή αμυλοείδωση αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας/ρήξης. Επί υψηλής κλινικής υποψίας, η διάγνωση συνιστάται να στηρίζεται στην ιστολογική εξέταση με ειδική χρώση-ερυθρό του Congo λίπους ή μυελού των οστών.

## AA76

### **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ: ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΣ ΜΙΜΟΣ**

**Θρ. Μπεμπλιδάκης**, Α. Τεντολούρης, Ευαγγελία Τζεραβίνη, Ν. Παπάζογλου, Α. Φανουριάκης, Μαρία Μυλωνά

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος (ΣΕΛ) συνιστά χρόνια, υποτροπιάζον, πολυσυστημικό αυτοάνοσο νόσημα. Αν και δυνητικά θανατηφόρος αγγεΐτιδα, η θνησιμότητά της έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με αγωγές που ελέγχουν τα συμπτώματα, καθυστερούν την εξέλιξη και προλαμβάνουν τις εξάρσεις της νόσου. Ο ΣΕΛ δύναται να προσβάλλει πολλαπλά όργανα, πιο συχνά προκαλεί ωστόσο βλάβες στην καρδιά, τις αρθρώσεις, το δέρμα, τα αγγεία και τους νεφρούς, ενώ φιλεί ιδιαίτερως τις νέες γυναίκες. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη ενδιαφέρουσας και ασυνήθους πρωτοεμφάνισης ΣΕΛ με νεκρωτική λεμφαδενοπάθεια τύπου Kikuchi και νεφρική προσβολή με πρότυπο μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής, 33 ετών, ιατρός, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμπύρετου από 5ημέρου έως 39°C με ρίγος και παροδική ύφεση στη λήψη παρακεταμόλης. Συνοδά αναφέρονται επώδυνη (αρ) υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια και παρουσία μίας εξίσου επώδυνης στοματικής άφθας. Προ 10ετίας σημειώνεται αντίστοιχο επεισόδιο εμπύρετου με την παρουσία ελκών στη στοματική κοιλότητα και γεννητικά όργανα της ασθενούς, το οποίο αντιμετωπίστηκε ως εκδήλωση νόσου Bechçet με ύφεση συμπτωματολογίας μετά χορήγηση κολχικίνης επί 5 μήνες.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, απ' όπου αναδείχθηκαν εμπύρετο ως 39°C, παθολογικά διογκωμένος (αρ) υπερκλείδιος λεμφαδένας, στοματική άφθα με καθαρό πυθμένα, 1.9 g λεύκωμα/24ωρο, απουσία σπειραματικών ερυθρών, διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία και μετρίως αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Ο πλήρης ορολογικός και εκτεταμένος ιολογικός έλεγχος δεν ανέδειξαν εύρημα, το ίδιο και η καρδιολογική/οφθαλμολογική εκτίμηση της ασθενούς όπως και ο έλεγχος με ολόσωμες αξονικές τομογραφίες. Ο ανοσολογικός της έλεγχος ανέδειξε θετικά ANA, anti-Sm Abs, όπως και HLAB51, η βιοψία λεμφαδένα νεκρωτική λεμφαδενίτιδα τύπου Kikuchi, ενώ η βιοψία νεφρού σημείωσε πρότυπο ως επί μεμβρανώδους σπειραματοπάθειας σταδίου I προς II κατά Churg & Ehrenreich. Τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη 40mg/d με άμεση βελτίωση και ώσεις κυκλοφωσφαμίδης προς διατήρηση της ύφεσης.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο ΣΕΛ συνιστά προκλητική -στην έκφραση και τη διαφοροδιάγνωσή του για τον Παθολόγο -νόσο. Οι άτυπες εκδηλώσεις του δεν θα πρέπει να απομακρύνουν τη διαφοροδιαγνωστική σκέψη από αυτόν, καθώς δύναται να μιμείται πολλαπλές οντότητες λοιμώδους και μη αιτιολογίας. Θεμελιώδους σημασίας στην τεκμηρίωση προσβολής οργάνου-στόχου παραμένει η βιοψία του προσβεβλημένου οργάνου.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA77

### ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΡΙΟ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΛΑΙΝΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ, ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΣΥΜΒΑΤΕΣ ΜΣΕ

**Θρ. Μπεμπλιδάκης<sup>1</sup>**, Μαρία Γαβαλάκη<sup>2</sup>, Α. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Ευαγγελία Τζεραβίνη<sup>1</sup>, Μ. Παπαδάτου<sup>1</sup>, Χρ.-Μ. Κυρτσώνη<sup>1</sup>, Φ. Ντζιώρα<sup>1</sup>, Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η μεσογειακή αναιμία, γνωστή και ως θαλασσαιμία, συνιστά την πιο συχνή μονογονιδιακή διαταραχή, που απαντάται κυρίως στους πληθυσμούς της Μεσογείου και χαρακτηρίζεται από τη μειωμένη παραγωγή αιμοσφαιρινών και αναιμία. Διακρίνεται σε α-μεσογειακή αναιμία, όταν επηρεάζεται η σύνθεση των α αλυσίδων, σε β-μεσογειακή αναιμία, όταν επηρεάζεται η σύνθεση των β αλυσίδων και σε δβ, όταν επηρεάζεται η σύνθεση των δ και β αλυσίδων. Υπολογίζεται ότι ~10% του ελληνικού πληθυσμού είναι φορείς κάποιου τύπου μεσογειακής αναιμίας ή άλλων αιμοσφαιρινοπαθειών. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη σπάνιας πρωτοδιάγνωσης δβ μεσογειακής με τη μορφή αιμολυτικής κρίσης και εστιών εξωμυελικής αιμοποίησης σε ηλικιωμένη ασθενή.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής, 76 ετών, Ελληνίδα, διεκομίσθη στην Κλινική μας από επαρχιακό Νοσοκομείο λόγω μέλαινων κενώσεων από ωρών με σημαντική αναιμία (Hb: 6.39 g/dL) και αδυναμία εύρεσης συμβατής ΜΣΕ. Στο ατομικό της αναμνηστικό σημειώνονται πνευμονική υπέρταση με ανεπάρκεια τριγλώχινιας βαλβίδας, κολπική μαρμαρυγή, χρόνια νεφρική βλάβη, νοσηλεία προ μηνός λόγω επιδείνωσης οιδημάτων κάτω άκρων, ασκίτικης και πλευριτικής συλλογής, τα οποία αποδόθηκαν σε απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ ήταν ετερόζυγη φορέας β-μεσογειακής αναιμίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, από όπου αναδείχθηκαν αιμοδυναμική αστάθεια, αεριομετρικά επηρεασμένη εικόνα με αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, ψηλαφητή και απεικονιστική ηπατοσπληνομεγαλία, όπως και επιδείνωση γνωστής αναιμίας (Hb 5.7 g/dl, MCV, ΔΕΚ, αποσφαιρίνες), οξεία απορρύθμιση της χρόνιας νεφρικής βλάβης, χρήζουσας συνεδρίας τεκνητού νεφρού λόγω σημαντικής ουραιμίας και ολιγοουρίας. Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς με αγγειοσυσπαστικά, αντλία σωματοστατίνης και PPI, πολλαπλές μεταγίσεις με προετοιμασία -καθώς αναδείχθηκε θετική άμεση Coombs-, υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού χωρίς ανάδειξη αιτίας αιμορραγίας. Τέθηκε σε δεξαμεθαζόνη 20 mg/d ως επί αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας και συστηματική χορήγηση φυλλικού οξέος, μεταγίστηκε με επιπλέον 3 ΜΣΕ με πρόσκαιρη βελτίωση της αιμοσφαιρίνης της. Εμφάνισε έπειτα νέα πτώση αυτής, υποβλήθηκε σε έλεγχο με ολόσωμες CTs με ανάδειξη αυξημένου ΚΘΔ, ηπατοσπληνομεγαλίας και μορφώματος στο επίπεδο Θ9-Θ10 με πυκνότητα μαλακών μορίων. Εκτιμήθηκε εκ νέου αιματολογικά, υποβλήθηκε σε οστεομυελική βιοψία και σε ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, η οποία ανέδειξε ομόζυγο δβ θαλασσαιμία με το μόρφωμα στη ΘΜΣΣ να αποδίδεται σε εστία εξωμυελικής αιμοποίησης. Εξήλθε με οδηγίες, κορτιζονοθεραπεία και χημειοπροφυλάξεις, ωστόσο επανεισήχθη λόγω απορρύθμισης νεφρικής λειτουργίας, εμπυρέτου αποδιδόμενου σε μικροβιαία από πολυανθεκτική *Pseudomonas* spp. και παρά την πολυεπίπεδη υποστήριξή της απεβίωσε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της δβ θαλασσαιμίας σε προχωρημένη ηλικία είναι ασυνήθης, θεμελιώδους σημασίας στην τεκμηρίωσή της ωστόσο αναδεικνύεται ο σεβασμός στην κλινική υποψία και το αποτέλεσμα της ηλεκτροφόρησης αιμοσφαιρίνης. Η καθυστέρηση δε της διάγνωσης συνοδεύεται από δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA78

### ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑ Α ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΙΜΩΣΗ ΜΕCOVID-19, ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *Candida Tropicalis* ΚΑΙ *Escherichia Coli* ESB(+)ΟΥΡΩΝ

**Θρ. Μπεμπλιδάκης<sup>1</sup>**, Ευαγγελία Τζεραβίνη<sup>1</sup>, Α. Τεντολούρης<sup>1</sup>, Άννα Κουραμπά<sup>2</sup>, Όλγα Κατσαρού<sup>2</sup>, Βουτσινάς Πανταζής-Μιχαήλ<sup>3</sup>, Δημήτριος Μπασούλης<sup>3</sup>, Φ. Ντζιώρα<sup>1</sup>, Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό

<sup>3</sup> Μονάδα Λοιμώξεων COVID, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η επίκτητη αιμορροφιλία συνιστά σπάνια και σοβαρή αιμορραγική διάθεση, η οποία προκαλείται από αυτοαντισώματα (ανασταλτές) που στρέφονται έναντι του παραγόντων της πήξης, εξουδετερώνουν τη δραστηριότητα τους και διαταράσσουν την ενδογενή οδό της πήξης. Αφορά και τα δύο φύλα, εμφανίζει διφασική ηλικιακή κατανομή, ενώ συνδέεται αιτιολογικά με αυτοάνοσα, λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα, νεοπλασίες, λοιμώξεις, φάρμακα, κύηση/λοχεία. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων μετά από εκτεταμένο έλεγχο αποδεικνύονται ιδιοπαθείς. Σκοπός της παρούσας η ανάδειξη περίπτωσης καθυστερημένης διάγνωσης επίκτητης αιμορροφιλίας, η οποία επεπλάκη με πολλαπλές λοιμώξεις.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής, 75 ετών, Ελληνίδα, εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμμένουσας καταβολής δυνάμεων, σταδιακά επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπαθείας και εκτεταμένου αιματώματος έσω επιφάνειας (αρ) βραχίονα, με ταυτόχρονη επιδείνωση γνωστής αναιμίας (Hb 7.9 g/dL, MCV 97). Η παρούσα νόσος της άρχεται από 15ημέρου, οπότε νοσηλεύτηκε σε ιδιωτική κλινική για αντιμετώπιση συμπτωματικής μακροκυτταρικής αναιμίας (Hb 5.6 g/dl, MCV 98, εφο B12/FA). Κατά τη νοσηλεία της υποστηρίχθηκε με 3 ΜΣΕ, υποβλήθηκε σε ενδοσκοπήσεις ανώτερου και κατώτερου πεπτικού χωρίς ανεύρεση παθολογίας, ενώ εξήλθε με Hb 10g/dl. Από το ατομικό της αναμνηστικό σημειώνονται κολπική μαρμαρυγή, ΗFrEF και χειρουργηθέν μύζωμα προ 30ετίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη έλεγχο, απ' όπου αναδείχθηκαν αιματώματα στον (αρ) βραχίονα και σύστοιχο γόνατο/μυρό σε αποδρομή, όπως και επιδείνωση γνωστής αναιμίας (Hb 5.7 g/dl, MCV 100, ΔΕΚ 89.000, αιποσφαιρίνες 160, B12 1400pg/ml, TSH 0.15mUI/l). Αποκλείστηκε με ολόσωμη αξονική τομογραφία ενεργός αιμορραγία, ενώ αναδείχθηκε σημαντική παράταση της τιμής του APTT, χωρίς ανάλογη αύξηση του INR. Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω έλεγχος με mixing test, που κατέδειξε έλλειψη παράγοντα VIII (FVIII 5%) και επίκτητο ανασταλτή έναντι του παράγοντα VIII πήξης αίματος σε υψηλή τιμή (96 Bethesda Units), οπότε τέθηκε η διάγνωση της επίκτητης αιμορροφιλίας Α. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση πολλαπλών μεταγγίσεων αίματος, παράγοντα VIII και ανοσοκατασταλτική αγωγή με πρεδνιζολόνη και κυκλοφωσφαμίδη με ύφεση των αιμορραγιών και αποκατάσταση της τιμής της αιμοσφαιρίνης. Ουδέν ανεδείχθη από τον ανοσολογικό, ορολογικό και ιολογικό της έλεγχο. Μετά 20ήμερη νοσηλεία, παρουσίασε εμπύρετο έως 38.5°C. Ο έλεγχος με PCR για SARS-CoV-2 απέβη θετικός, ενώ ταυτόχρονα σε καλλιέργειες αίματος από περιφέρεια και τον ΚΦΚ απομονώθηκε *Candida tropicalis*, όπως και *Escherichia coli* ESB(+) σε καλλιέργεια ούρων. Η ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Λοιμώξεων COVID για συνέχιση νοσηλείας και περαιτέρω αντιμετώπιση. Έλαβε στοχευμένη αντιμυκητιακή και αντιμικροβιακή αγωγή με κασποφουγκίνη και ερταπενέμη για 14 ημέρες αντιστοίχως, αφαιρέθηκε άμεσα ο ΚΦΚ και διεκόπη η χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης. Οι καλλιέργειες αίματος επιτήρησης ήταν αρνητικές. Η ασθενής σημείωσε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, έλαβε εξιτήριο και συνεχίζει την παρακολούθησή της στο Τμήμα Αιμορροφιλικών της Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου μας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της επίκτητης αιμορροφιλίας απαιτεί ενεργοποιημένο κλινικοεργαστηριακό κριτήριο προς έγκαιρη επιβεβαίωση της νόσου. Η καθυστέρησή της συνοδεύεται από δυνητικά θανατηφόρες αιμορραγικές επιπλοκές, ενώ λόγω της ενισχυμένης ανοσοκαταστολής, που συνεπάγεται η θεραπεία της νόσου, θα πρέπει έγκαιρα να αναγνωρίζονται και να θεραπεύονται σημεία ενεργού λοίμωξης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA79

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΥ STILL ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

**Αυγουστίνα Κυριάκου**, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Μαρία Παντελίδου, Γ. Σουρουλλάς, Μαρία Παπαδημητρίου, Σοφία Γαλάνη, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος Still εμφανίζεται με υψηλούς πυρετούς, πολυαρθρίτιδα, λεμφαδενοπάθεια, εξάνθημα δίκην σολωμού, κυνάγχης και λευκοκυττάρωση. Παραμένει μια σπάνια πολυσυστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος, με αδιευκρίνιστη αιτιολογία, με μεγάλο εύρος διαφοροδιαγνώσεων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού με νόσο Still των ενηλίκων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άντρας 27 ετών, προσκομίζεται λόγω αναφερόμενων μυαλγιών, γενικευμένης αδυναμίας και πλευριτικού τύπου άλγους αρχόμενων από 7 ημέρου. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν εμπύρετος ( $\Theta=39,5$ ), παρουσίαζε ταχυκαρδία και ταχύπνοια και έφερε κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού και πλάτης, χωρίς λοιπή σημειολογία. Στα πλαίσια διερεύνησης διενεργήθηκαν Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου, τραχήλου, θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας με τα εξής ευρήματα: παρόντες λεμφαδενικοί σχηματισμοί, υπογνάθια και μασχαλαία καθώς και ηπατοσπληνομεγαλία. Από το λοιπό παρακλινικό έλεγχο εστάλησαν Covid-PCR, γενική και καλλιέργεια ούρων, αιμοκαλλιέργειες, προκαλιτονίνη, ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος που απέβησαν αρνητικά. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλικό τύπο ( $WBC 14.91 \times 10^3/Neut 90.2\%$ ), CRP 317.8, C3/C4: κφ, Φερριτίνη 1028 ng/ml. Κατά τη νοσηλεία ο ασθενής παρουσίασε φλεγμονώδη αρθρίτιδα γονάτων, αγκώνων, εγγύς μεσοφαλαγγικών και πηχεοκαρπικών άμφω. Θεραπευτικά αντιμετωπίστηκε αρχικά με ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή (πιπερακιλίνη/ ταζοπακτάμη και βανκομυκίνη), χωρίς ωστόσο κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, με εμμένοντα πυρετικά κύματα. Μετά την εμφάνιση της πολυαρθρίτιδας, καθώς και της υψηλής κλινικής υποψίας για νόσο Still των ενηλίκων έγινε εμπειρική έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης, γεγονός που οδήγησε από την 2η ημέρα στην απυρεξία και στη βελτίωση των συμπτωμάτων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψιν τα διαγνωστικά κριτήρια Yamaguchi, ο ασθενής πληρούσε τα εξής μείζοντα κριτήρια: 1) εμπύρετο ( $39 \text{ }^\circ\text{C}$ ) διάρκειας τουλάχιστον 7 ημερών, 2) αρθρίτιδα, 3) εξάνθημα δίκην σολωμού κατά τη διάρκεια εμπυρέτου, 4) λευκοκυττάρωση  $> 10000$ , ουδετεροφιλικού τύπου. Από τα ελάσσονα: i) λεμφαδενοπάθεια, ii) ηπατοσπληνομεγαλία, iii) αρνητικό ανοσολογικό έλεγχο, iv) επηρεασμένη ηπατική λειτουργία. Συνυπολογίζοντας και την ταχεία ανταπόκριση του ασθενούς στην εμπειρική έναρξη της κορτιζοθεραπείας τέθηκε εξ' αποκλεισμού η διάγνωση της νόσου Still των ενηλίκων.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA80

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΟΞΕΩΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΡΔΙΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Χ. Κωνσταντίνου, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Χρυστάλλα Σκορδή, Χριστιάνα Χαραλάμπους, Σοφία Γαλάνη, Παρασκευή Καραμανή, **Γ. Σουρουλλάς**, Α. Στυλιανού

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός είναι η ανάδειξη της σημασίας λήψης επαρκούς και λεπτομερούς ατομικού ιστορικού, της ενδελεχούς κλινικής εξέτασης και της ανάλυσης των ευρημάτων, με στόχο τη διάγνωση μέσα από τη, βασισμένη σε ενδείξεις, διαγνωστική προσπάθεια. Αναδεικνύεται η ανάγκη επαγρύπνησης του ιατρού για παθολογικές καταστάσεις που μιμούνται κλινικά και εργαστηριακά άλλες και που, αν και σπάνιες, οφείλουμε να τοποθετούμε στη διαγνωστική προσέγγιση αφού αποκλείσουμε τις προφανείς αιτίες.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 60 ετών με νοσηλείες λόγω επεισοδίων οξέως κοιλιακού άλγους με χαρακτηριστές οξείας παγκρεατίτιδας, θωρακαλγίας, αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε στο ΤΑΕΠ αιτιώμενος έντονο προκάρδιο άλγος, κοιλιακό άλγος κυρίως στη μέση γραμμή υπερομφαλικά και στο αριστερό ημιμόριο της κοιλιάς και επεισόδια εμέτων. Απύρετος, με αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης 200 mmHg/110 mmHg, 105 παλμούς/λεπτό και επίπεδα αμυλάσης 525 U/L. Λόγω κλινικοεργαστηριακής εικόνας διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θώρακα - κοιλιάς και υπερηχογράφημα κοιλιάς μέσω των οποίων αποκλείστηκαν τα συχνότερα αίτια οξέως θωρακικού και κοιλιακού άλγους. Παρατηρήθηκε όμως ευμέγεθες μόρφωμα στο αριστερό επινεφρίδιο διαμέτρου 3,5 x 3 x 4,6 εκ. Εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη νοσηλεία παρουσιάζονταν επεισόδια έντονου κοιλιακού άλγους, θωρακαλγίας, κεφαλαλγίας, εφιδρώσεων, υπεραστικών αιχμών, φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας και υπεραμυλασαιμία. Τα συμπτώματα και οι υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης ανευρίσκονταν, κατά περιόδους, και στην οικεία του. Λάμβανε αντιυπερτασική αγωγή με α-ΜΕΑ, αναστολέα διαύλων ασβεστίου, θειαζίδη, σπιρονολακτόνη και δοξαζοσίνη χωρίς επίτευξη επιθυμητών επιπέδων. Παλαιότερες απεικονιστικές εξετάσεις, προ 2 ετών, διαπίστωσαν το μόρφωμα αριστερού επινεφριδίου διαμέτρου περίπου 2 εκ. Νέα αξονική τομογραφία επινεφριδίων και μαγνητική τομογραφία κοιλιάς ανέδειξαν το μόρφωμα με αδρό εμπλουτισμό και αυξημένο σήμα στις T2 ακολουθίες. Περαιτέρω προσπάθεια ανέδειξε αυξημένες τιμές μετανεφρινών πλάσματος (699 ng/l), νορμετανεφρινών ούρων 24h (2384 μg), μετανεφρινών ούρων 24h (1942 μg) και απέκλεισε άλλες αιτίες δευτεροπαθούς υπέρτασης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Επιβεβαιώθηκε βιοχημικά η διάγνωση φαιοχρωμοκυτώματος σε ασθενή με την προαναφερόμενη κλινική εικόνα.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA81

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

**Μαρία Παντελίδου**, Α. Κωνσταντίνου, Χρυστάλλα Σκορδή, Βασιλική Στυλιανού, Αυγουστίνα Κυριάκου, Χριστιάνα Χαραλάμπους, Α. Στυλιανού

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι μικροβιακή λοίμωξη των ενδοκαρδιακών δομών που έρχονται σε επαφή με το αίμα και περιλαμβάνει, εκτός από το ενδοκάρδιο, λοιμώξεις των μεγάλων ενδοθωρακικών αγγείων και των ενδοκαρδιακών ξένων σωμάτων.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί ενδιαφέρουσα παρουσίαση περιστατικού με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άντρας 49 ετών, προσκομίζεται λόγω εμπύρετου, γενικευμένης αδυναμίας και διαρροϊκών κενώσεων αρχόμενων από εβδομάδας. Αναφέρεται οδοντιατρική πράξη προ τριμήνου. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν απύρετος, ταχύκαρδος με ωχρότητα βλεννογόνων και επιπεφυκότων. Η GCS 15/15, χωρίς αυχενική δυσκαμψία, καρδιακοί τόνοι ρυθμικοί, ευκρινείς και απουσία καρδιακού φυσήματος. Κατά τη νοσηλεία παρουσίασε σταδιακή θρομβοπενία, διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, υπόταση και διαταραχές αγωγιμότητας στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η διενέργεια διαθωρακικού υπερηχογραφήματος ανέδειξε κλάσμα εξώθησης > 55%, διάταση της ανιούσας αορτής (44mm) και εκφυλισμένη την αορτική βαλβίδα η οποία πιθανώς να είναι δίπτυχη με σοβαρή στένωσης και ανεπάρκεια αυτής. Λόγω αντενδείξεων διενέργειας διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος έγινε επείγον MRI καρδιάς όπου διαπιστώθηκε σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια αορτής, η οποία είναι δίπτυχη με μέτριο περιορισμό στη διάνοξη και πρόπτωση κατά τη διαστολή με ενδείξεις φλεγμονής περίξ της βαλβίδας. Από τις αιμοκαλλιέργειες καλλιεργήθηκε *Staphylococcus lugdunensis* σε δύο διαφορετικά ζεύγη και τα αντισώματα για *Coxiella burnetii* IgG (Q fever) ήταν θετικά. Θεραπευτικά αντιμετωπίστηκε αρχικά με δοξυκυκλίνη και στη συνέχεια προστέθηκε βανκομυκίνη και κεφτριαξόνη. Ωστόσο, λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας ο ασθενής μεταφέρθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο για αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψιν τα διαγνωστικά κριτήρια DUKE ο ασθενής πληρούσε τα εξής μείζονα κριτήρια 1) Απομόνωση τυπικών μικροοργανισμών που ενοχοποιούνται στα συνήθη αίτια λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας από δύο διαφορετικές αιμοκαλλιέργειες και ορολογική ένδειξη πυρετού Q (τίτλος IgG αντισώματος έναντι φάσεως I *Coxiella burnetii* >1: 800 2) ένδειξη προσβολή ενδοκαρδίου από απεικόνιση. Από ελάχιστον κριτήριο: Πυρετός (38 °C). Η εμφάνιση οξείας σοβαρής βαλβιδικής ανεπάρκειας με καρδιογενές σοκ αποτελούν ενδείξεις υπερεπείγουσας χειρουργικής παρέμβασης. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί η ενδοκαρδίτιδα όσο το δυνατόν το συντομότερο, ώστε να αποφευχθεί η μόνιμη βλάβη στον καρδιακό μυ ή στις καρδιακές βαλβίδες



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA82

### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ COVID - 19

**Μυριάνθη Χατζηαραλάμπους**, Ευανθία Τσιλιμπώκου, Σοφία Γαλάνη, Α. Κωνσταντίνου, Χ. Κωνσταντίνου, Γ. Σουρουλλάς, Αυγουστίνα Κυριάκου, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μουκορμύκωση αποτελεί μυκητιασική λοίμωξη από ευκαιριακούς μικροοργανισμούς που ανήκουν στην ομοταξία Mucorales. Αφορά κυρίως ανοσοκατασταλμένα άτομα και έχει κακή πρόγνωση.

#### ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ακολουθεί παρουσίαση περιστατικού με μουκορμύκωση οφθαλμικού κόγχου και παραρίνων κόλπων μετά από λοίμωξη με Covid-19.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενής 68 ετών προσκομίζεται λόγω αιφνίδιας βλεφαρόπτωσης και θάμβου όρασης αριστερά από 24ώρου. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται πάρεση προσωπικού νεύρου, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, κολπική μαρμαρυγή και πνευμονίτιδα από αμιοδαρώνη. Έλαβε υψηλές δόσεις κορτικοειδών λόγω πνευμονία από Covid-19. Στα πλαίσια διερεύνησης διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς αιμορραγία ή ισχαιμία. Η οφθαλμολογική εκτίμηση ανέδειξε πτώση άνω βλεφάρου αριστερά και αδυναμία στροφής βλέμματος κροταφικά και άνω αριστερά, χωρίς οίδημα οπτικών θηλών ή αιμορραγία στο βυθό. Η επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε οίδημα μαλακών μοριών αριστερού οφθαλμού και μικρή συλλογή προσθίως του βολβού. Η οσφουοντωϊαία παρακέντηση και το τεστ προκαλισιτονίνης με αρνητικά αποτελέσματα, ενώ λήφθηκαν ρινοφαρυγγικό και οφθαλμικό επίχρισμα. Από το ενδορινικό επίχρισμα αναπτύχθηκαν υφομύκητες MUCOR. Η μικροσκόπηση αποικιών ανέδειξε μυκυτήλια χωρίς διαφράγματα. Η MRI οφθαλμού και ηθμοειδών τριμμάτων έδειξε αδιαφάνεια αριστερών ηθμοειδών κυττάρων, σχηματισμό μολυσματικού ιστού και επέκταση λοίμωξης προς τον αριστερό οφθαλμό. Έγινε έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής με λιποσωμική αμφοτερικίνη Β και διενεργήθηκε χειρουργικός καθαρισμός των παραρίνων κόλπων.

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μουκορμύκωση αποτελεί μια ιδιαίτερα επιθετική, ευκαιριακή λοίμωξη, και αφορά κυρίως ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Οι μύκητες έχουν την τάση να επεκτείνονται και να προσβάλλουν αιμοφόρα αγγεία, νεύρα. Οι ασθενείς εμφανίζουν εμπύρετο, ρινική συμφόρηση, πρόπτωση οφθαλμού, πτώση βλεφάρου, οφθαλμοπληγία. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου συνάδουν στον καθορισμό της επέκτασης της νόσου. Διαγνωστικές είναι η ιστολογική εξέταση και ιστική καλλιέργεια. Φάρμακο εκλογής αποτελεί η λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β με διάρκεια εβδομάδες έως μήνες, σε δόση 5-10mg/kg/d. Η θεραπεία με κορτικοειδή και η νόσηση με Covid-19 καθιστούν τον ασθενή μας ανοσοκατεσταλμένο. Μέχρι το Μάιο του 2021 παρατηρείται αυξημένος αριθμός ατόμων με μουκορμύκωση μετά από πνευμονία από Covid-19.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA83

### ΛΕΝΑΛΙΔΟΜΙΔΗ ΩΣ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Αικ. Καμπλίου, Ε - Αθανασούλα, Γ. Ερμείδης, Σ. Ασημακοπούλου, Κ. Μπάφα Αντωνία Νεονάκη, Α. Αναστασοπούλου, Βαλάντης Βεργαδής, Στρατηγούλα Σακελλαρίου, Μαρία Αγγελοπούλου, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

*Αιματολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος μπορεί να προκληθεί από πληθώρα φαρμακευτικών ουσιών και με διαφορετικούς μηχανισμούς. Η διάγνωση της ηπατικής βλάβης φαρμακευτικής αιτιολογίας προϋποθέτει η λήψη του φαρμάκου να προηγείται της βλάβης, αποκλεισμό άλλων αιτιών και βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας έπειτα από διακοπή του φαρμάκου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 74 ετών με ατομικό αναμνηστικό πολλαπλού μυελώματος υπό λενалиδομίδη και αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε λόγω δεκατικής πυρετικής κίνησης από τριημέρου με συνοδό διαταραχή ηπατικής βιοχημείας (AST, ALT, ALP, γ-GT, Bil) σε εξωτερικό εργαστηριακό έλεγχο χωρίς λοιπή συμπτωματολογία. Κλινική εξέταση: αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο άμφω, S1S2 ρυθμικοί ευκρινείς, κοιλιά μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, μη ψηλαφητό ήπαρ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκαν αυξημένη τιμή άμεσης χολερυθρίνης (TBIL = 2,54 mg/dl, υπέρ άμεσου), χολοστατικών ενζύμων και τρανσαμινασών (ALP= 239U/L, γGT= 201U/L, AST= 67U/L, ALT= 175U/L), πωσινοφίλων (EOS = 1600/mm<sup>3</sup>), χωρίς όνοδο των δεικτών φλεγμονής και χωρίς λευκοκυττάρωση. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκαν U/S έλεγχος ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος και μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας-MRCP όπου ελέγχθηκε ήπαρ φυσιολογικών διαστάσεων και χοληφόρα χωρίς διατάσεις. Έγινε διακοπή της λενалиδομίδης λόγω περαιτέρω αύξησης της τιμής της χολερυθρίνης (TBIL = 5,17mg/dl ημέρες μετά τη διακοπή της λενалиδομίδης) πραγματοποιήθηκε βιοψία ήπατος με διαπίστωση ήπιων ηπατιδικού τύπου αλλοιώσεων σε συνδυασμό με σημαντική ηπατοκυτταρική-παρεγχυματική χολόσταση, ευρήματα συμβατά με φαρμακευτικής αιτιολογίας βλάβη. Με τη διακοπή χορήγησης της λενалиδομίδης η ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή ομαλοποίηση.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Με το πόρισμα της βιοψίας ήπατος και την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση έπειτα από τη διακοπή χορήγησης της λενалиδομίδης τέθηκε η διάγνωση της ηπατικής βλάβης φαρμακευτικής αιτιολογίας. Η ασθενής παραπέμφθηκε στους θεράποντες αιματολόγους για τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής και χορήγηση εναλλακτικού θεραπευτικού μέσου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η συμπτωματολογία της ασθενούς στην κλινική μας περίπτωση μπορεί να αποδοθεί στη λήψη λενалиδομίδης ως σπάνιο αίτιο πρόκλησης ηπατικής βλάβης (αναφέρονται δύο ακόμη περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία). Ο χρόνος έναρξης της ηπατικής βλάβης, ο αποκλεισμός άλλων αιτιών και η βελτίωση έπειτα από διακοπή χορήγησης της υπεύθυνης ουσίας είναι απαραίτητα για να τεθεί η διάγνωση.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA84

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΩΣ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Αικ. Καμπλίου, Ε. Αθανάσουλα, Γ. Ερμείδης, Σ. Ασημακοπούλου, Κ. Μπάφα Αντωνία Νεονάκη, Α. Αναστασοπούλου, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
Καρδιολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο υποκλοπής υποκλειδίου αρτηρίας αναφέρεται σε ομόπλευρη αναστροφή της ροής του αίματος στη σπονδυλική αρτηρία σε αιμοδυναμικά σημαντική στένωση ή απόφραξη της υποκλειδίου αρτηρίας με αποτέλεσμα την υποάρδευση του εγκεφαλικού στελέχους. Η παθολογική αυτή ροή μπορεί να οδηγήσει στην πρόκληση συγκοπτικών επεισοδίων και λιγότερο συχνά σε παρουσία άλλων νευρολογικών συμπτωμάτων, όπως ναυτία, ζάλη, διπλωπία, νυσταγμού κ.ά.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 72 ετών προσήλθε λόγω εμέτων με παρουσία ενός συγκοπτικού επεισοδίου κατά την παραμονή του στα ΤΕΠ. Από το ατομικό αναμνηστικό: μεταστατικός καρκίνος προστάτη υπό ορμονοθεραπεία, χολολιθίαση και υποτροπιάζοντα συγκοπτικά επεισόδια. Κλινική εξέταση: φύσημα ακουστό περιομφαλικά και καρωτίδων, αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο άμφω, S1S2 ρυθμικοί-ευκρινείς, κοιλιά χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε λευκοκυττάρωση και οξεία νεφρική βλάβη με τιμή κρεατινίνης Creat= 1.61 mg/dl, d-dimers=7,52μg/dl, ενώ από το u/s κοιλίας παρατηρήθηκαν εικόνα λιθίασης χοληδόχου κύστεως και αύξηση πάχους τοιχώματος με μικρή διάταση χοληφόρων. Με την πιθανή διάγνωση χολοκυστίτιδας, ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνηταζομπακτάμη και ενδοφλέβια ενυδάτωση με βελτίωση της συμπτωματολογίας, εκτός από τα συγκοπτικά επεισόδια, τα οποία επαναλήφθηκαν κατά τη νοσηλεία του. Από την προσεκτικότερη κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διαφορά στην τιμή της αρτηριακής πίεσης μεταξύ του δεξιού και αριστερού βραχίονα (εύρημα γνωστό από μνημών). Το u/s καρδιάς ανέδειξε κλάσμα εξώθησης 60%, αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων, μικρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας και ο υπερηχογραφικός έλεγχος των αγγείων του τραχήλου αθηρωματικές αλλοιώσεις καρωτίδων χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές αλλοιώσεις. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα, ενώ η αξονική αγγειογραφία θώρακος και άνω κάτω κοιλίας ανέδειξε στένωση της υποκλειδίου αρτηρίας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με το πόρισμα της αξονικής αγγειογραφίας θώρακος τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου υποκλοπής της υποκλειδίου αρτηρίας ως αιτία των συγκοπτικών επεισοδίων αποκλείοντας ρήξη ανευρύσματος ή άλλες πιθανές παθολογίες και έγινε σύσταση στον ασθενή για καρδιολογική παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συγκοπτικά επεισόδια στην κλινική μας περίπτωση μπορούν να αποδοθούν στο σύνδρομο υποκλοπής της υποκλειδίου σε συνδυασμό με μειωμένο όγκο στα πλαίσια αφυδάτωσης του ασθενούς από τα επεισόδια εμέτων.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA85

### ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ABCB4

Κ. Μπάφα, Σ. Ασημακοπούλου, Α. Καμπλίου, Αντωνία Νεονάκη, Ι. Βέργος, Βλάχος, Γκούφα, Σαριδάκη, Γ. Ερμείδης, Ζέλλου Αίγλη, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήματος Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας- Ηπατολογίας και Διατροφής, Παιδιατρική Κλινική «Μητέρα Παίδων»*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η ενδοηπατική χολόσταση της κύησης (Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy-ICP) αποτελεί την πιο συχνή ηπατοπάθεια σχετιζόμενη με την κύηση στις γυναίκες. Εκδηλώνεται συνήθως κατά το τρίτο τρίμηνο, σε πολύδυμες κυήσεις, με κνησμό αρχόμενο από παλάμες και πέλματα και σπανιότερα με ίκτερο, τα οποία υποχωρούν άμεσα μετά τον τοκετό. Εργαστηριακά ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα χολικών οξέων ορού (αποτελούν διαγνωστικό κριτήριο), ήπια τρανσαμινασαιμία και ήπια χολερυθριναιμία. Παρότι αποτελεί καλοήγη πάθηση για τη μητέρα, οι εμβρυϊκές δυσμενείς επιπτώσεις περιλαμβάνουν πρόωρο τοκετό, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, κερωσμένο αμνιακό υγρό εκ μπκωνίου και θνησιγένεια. Γενετικοί, ορμονικοί, ανοσολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένεση της ICP. Μεταξύ των γενετικών παραγόντων, μεταλλάξεις του γονιδίου ABCB4 (adenosine triphosphate-binding cassette subfamily B, member 4) που κωδικοποιεί τη γλυκοπρωτεΐνη MDR3 (multidrug-resistant P-glycoprotein 3), η οποία αποτελεί διαμεμβρανικό μεταφορέα φωσφολιπιδίων των ηπατοκυττάρων, καταγράφονται περίπου στο 16% των περιπτώσεων ICP. Τα φωσφολιπίδια είναι απαραίτητο συστατικό της χολής, συμβάλλοντας στο σχηματισμό μικτών μικυλλίων χολικών οξέων και χοληστερόλης, κι επομένως η μετάλλαξη ABCB4 οδηγεί σε ενδοηπατική χολόσταση. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι πιθανόν τέτοιες μεταλλάξεις ευθύνονται και για αδιευκρίνιστες αιτιολογίας χρόνια χολοστατικά σύνδρομα με ή χωρίς εγκατάσταση πυλαίας υπέρτασης, καθώς και υποτροπιάζοντα επεισόδια χολαγγειϊτίδων σε ασθενείς μετά χολοκυστεκτομή.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 39 ετών στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω ανεύρεσης σε εργαστηριακό έλεγχο άμεσης υπερχολερυθριναιμίας και τρανσαμινασαιμίας. Τέθηκε η υποψία της ICP και πραγματοποιήθηκε πλήρης αλληλούχιση όλων των εξωνίων του γονιδίου ABCB4 με τη χρήση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) η οποία ανίχνευσε τη χαμηλής πληθυσμιακής συχνότητας παθολογική αλλαγή c.959C>T, (p.Ser320Phe), επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της ICP. Η μέτρηση των επιπέδων χολικών οξέων είναι μείζονος σημασίας, καθώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών (χολικά οξέα >40μmol/L) και της πιθανότητας δυσμενούς έκβασης του εμβρύου. Παρά την απουσία επαρκών δεδομένων και κατευθυντήριων οδηγιών, προτιμάται ο ενδεδειχμένος προγεννητικός έλεγχος και η τεχνητή πρόκληση τοκετού στις 37-38 εβδομάδες κύησης, για αποφυγή της θνησιγένειας, ενώ φαρμακευτική θεραπεία εκλογής αποτελεί το αρκτοδεοξυχολικό οξύ (UDCA) 8-10 mg/kg ημερησίως. Δεύτερης γραμμής θεραπευτικές επιλογές αποτελούν η ριφαμπικίνη, οι φιμπράτες και αγωνιστές υποδοχέων nuclear farnesoid X.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής έλαβε UDCA και πραγματοποιήθηκε τοκετός στις 38 εβδομάδες ανεπίπλεκτα, ενώ σε επαναληπτικό εργαστηριακό έλεγχο μετά τον τοκετό ανευρέθηκαν φυσιολογικά επίπεδα χολερυθρίνης και τρανσαμινασών (ολική χολερυθρίνη: 0,3 mg/dL, άμεσος χολερυθρίνη: 0,16 mg/dl, AST: 31 mg/dl, ALT: 27 mg/dl, ALP: 61 mg/dl, γGT: 14mg/dl). Η ελαστογραφία ήπατος ήταν φυσιολογική (ίνωση FO, 4,7kPa, χωρίς λιπώδη διήθηση).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά την πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας και των παθολογικών εργαστηριακών μετά τον τοκετό, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα υποτροπής της νόσου σε επόμενες κυήσεις ή σε χορήγηση από του στόματος αντισυλληπτικών. Εδόθησαν οι σχετικές οδηγίες στην ασθενή και συζητήθηκε η πιθανότητα ανάγκης περιοδικής παρακολούθησης με ηπατική βιοχημεία και ελαστογραφία για την έγκαιρη διάγνωση προοδευτικής εγκατάστασης χρόνιας ηπατικής νόσου και την αποφυγή ανάπτυξης πυλαίας υπέρτασης με την πρώιμη θεραπεία με UDCA.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA86

### ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑ Α ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ COVID-19

Κ. Μπάφα, Γ. Ερμείδης, Σ. Ασημακοπούλου, Α. Καμπλίου, Αντωνία Νεονάκη, Αμαλία Αναστασοπούλου, Ε. Χολόγκικας

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η επίκτητη αιμορροφιλία Α αποτελεί σπάνια αυτοάνοση διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αυτοαντισώματα (συνήθως IgG) που είτε αναστέλλουν τη δραστηριότητα, είτε επηρεάζουν τη φαρμακοκινητική του παράγοντα VIII. Οι ανασταλτές αποτελούν αντισώματα, συνήθως πολυκλωνικά, υψηλής συγγένειας με πρωτεΐνες του παράγοντα πήξης. Εκδηλώνεται με ευμεγέθη αιματώματα, εκτεταμένες εκχυμώσεις ή σοβαρή αιμορραγία βλεννογόνων σε άτομα χωρίς ιστορικό συγγενούς διαταραχής πήξης. Συνηθέστερα εμφανίζεται σε λεκωίδες, σε άτομα με συστηματικές ρευματικές παθήσεις και κακοήθειες, ενώ συχνά είναι φαρμακοεπαγώμενη. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά επίκτητης αιμορροφιλίας κατόπιν εμβολιασμού ή νόσησης COVID-19. Οι υποθέσεις για το μηχανισμό αυτής, αφορά είτε το φαινόμενο της αντιγονικής μίμησης είτε την ενεργοποίηση αυτοαντιδραστικών Β και Τ κυττάρων που οδηγούν σε αυτοάνοσες εκδηλώσεις όπως η επίκτητη αιμορροφιλία.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 44 ετών, με ιστορικό HCV λοίμωξης και πρώην χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών, προσήλθε λόγω εκτεταμένων αυτόματων εκχυμώσεων κυρίως στα άνω και στα κάτω άκρα από δύο εβδομάδων κατόπιν αναφερόμενου εμβολιασμού αριστερού βραχίονα με mRNA εμβόλιο για COVID-19. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε παράταση APTT σε σύγκριση με PT και διενεργήθηκε mixing test το οποίο ήταν παθολογικό (ανασταλτής παράγοντα FVIII). Από λοιπά εργαστηριακά ευρήματα ανευρέθη αναιμία, για την οποία έλαβε 4 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών ανεπίπλεκτα, και λευκοκυττάρωση. Κατόπιν έγινε έναρξη ενδοφλέβιας μεθυλπρεδνιζολόνης, κυκλοφωσφαμίδης και ανασυνδυασμένου παράγοντα FVII (novoseven). Στα πλαίσια διερεύνησης της επίκτητης αιμορροφιλίας εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος που ανέδειξε θετικό τίτλο ANA (1: 640), το οποίο θεωρήθηκε μη αξιολογήσιμο δεδομένης της απουσίας συμπτωματολογίας. Έγινε επανέλεγχος επιπέδων FVIII και ανασταλτή αυτού με αύξηση των πρώτων και μείωση των δεύτερων. Από λοιπό εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε θρομβοκυττάρωση και λευκοκυττάρωση (λεμφοκυτταρικός τύπος). Πραγματοποιήθηκε αιματολογική εκτίμηση επιχρίσματος περιφερικού αίματος που ανέδειξε εικόνα σπληνίας με σωμάτια Howell-Jolly και βασεόφιλο στίξη. Διενεργήθηκε υπέρηχος κοιλίας και triplex σπληνοφυλαίου άξονα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εμφάνισε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση έχοντας τη δυνατότητα να εξέλθει με οδηγίες.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εξήλθε με κυκλοφωσφαμίδα, μεθυλπρεδνιζολόνη, χημειοπροφύλαξη με τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη και οδηγία για διενέργεια αξονικής τομογραφίας θώρακος και κοιλίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίκτητη αιμορροφιλία είναι μια σπάνια, δυνητικά απειλητική για τη ζωή οντότητα, της οποίας η αντιμετώπιση στοχεύει αφενός στον περιορισμό των αιμορραγικών εκδηλώσεων κι αφετέρου στην πρόκληση ανοσιακής ανοχής, με χορήγηση επαναλαμβανόμενων δόσεων του παράγοντα. Όταν αυτή η μέθοδος αποτύχει, ανοσοκατασταλτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται. Η συσχέτισή της με τον εμβολιασμό έναντι COVID-19 δεν μπορεί να αποκλειστεί.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA87

### ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ANTI-TNF ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Κ. Μπάφα, Σ. Ασημακοπούλου, Γ. Ερμείδης, Α. Καμπλίου, Αντωνία Νεονάκη, Βαλάντης Βεργαδής, Στρατηγούλα Σακελλαρίου, Ο. Μπενοπούλου, Ε. Χολόγκιτας

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
Ακτινολογικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

*Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί μία ιδιοπαθή, χρόνια ηπατίτιδα που χαρακτηρίζεται από διήθηση του ηπατικού παρεγχύματος περίξ της πυλαίας τριάδας από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, από παρουσία αυτοαντισωμάτων στον ορό και υπεργαμμασφαιριναιμία. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη. Πιθανότατα ένας εκλυτικός παράγοντας πυροδοτεί την εμφάνιση νόσου σε ασθενείς με γενετικό υπόβαθρο. Συχνή είναι η συνύπαρξη άλλων εξωηπατικών αυτοάνοσων παθήσεων, συνηθέστερα συνδρόμου Sjögren και αυτοάνοσης θυρεοειδοπάθειας και σπανιότερα συστηματικού ερυθθηματώδους λύκου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας κ.α. Η επαγόμενη από anti-TNF αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί εξαιρετικά σπάνια οντότητα, που έχει πρόσφατα τραβήξει το ενδιαφέρον των επιστημόνων.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 45 ετών με ατομικό αναμνηστικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό πρεδνιζολόνη και anti-TNF παράγοντα, προσήλθε λόγω ικτέρου και άλγους δεξιού υποχονδρίου από 20ημέρου, επιδεινούμενου με τη λήψη τροφής. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίασε ευαισθησία επιγαστρίου και δεξιού υποχονδρίου, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη τρανσαμινασαιμία (SGOT: 1080U/L, SGPT: 638 U/L), χολερυθριναιμία (bil: 8,31mg/dl, 6,6 mg/dl άμεσος), υπεργαμμασφαιριναιμία και αύξηση χολοστατικών ενζύμων (ALP: 171U/L, γ-GT: 133U/L). Διενεργήθηκε υπέρηχος ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εστάλη ιολογικός έλεγχος για ηπατοτρόπους ιούς (HAV, HBV, HCV, CMV, HSV) ο οποίος ήταν αρνητικός και ανοσολογικός έλεγχος με C-ANCA, P-ANCA, ANA, AMA, SMA, LKM-1. Λόγω ισχυρής κλινικής υποψίας αυτοάνοσης ηπατίτιδας τέθηκε, εν αναμονή αποτελεσμάτων ανοσολογικού ελέγχου, σε πρεδνιζόνη κι εξήλθε με προγραμματισμό βιοψίας ήπατος. Κατά τη δεύτερη περίοδο νοσηλείας της, ανευρέθηκαν θετικά ANA (1: 640) και SMA (1: 640) και πραγματοποιήθηκε βιοψία ήπατος που ανέδειξε περιπουλαία διήθηση κυρίως από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα και μικρού βαθμού ίνωση, συνηγορώντας υπέρ της επαγόμενης από anti-TNF αυτοάνοσης ηπατίτιδας τύπου 1.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την ανεπίπλεκτη διενέργεια βιοψίας ήπατος και με τη διάγνωση της αυτοάνοσης ηπατίτιδας, η ασθενής εξήλθε με 50 mg πρεδνιζόνη από του στόματος και οδηγία για διακοπή του anti-TNF που ελάμβανε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επαγόμενη από anti-TNF αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί οντότητα που περιγράφεται όλο και συχνότερα με την αυξανόμενη χρήση βιολογικών παραγόντων. Η παθογένεση του φαινομένου παραμένει άγνωστη, ωστόσο προτεινόμενος μηχανισμός αποτελεί η διέγερση του ανοσοποιητικού μετά την έκθεση σε αντιδραστικούς μεταβολίτες των anti-TNF. Είναι συνήθως καλής πρόγνωσης, με αναστρέψιμη ηπατοκυτταρική βλάβη και χωρίς υποτροπή της νόσου μετά τη διακοπή κορτικοστεροειδών ή την τροποποίηση του βιολογικού παράγοντα. Η περαιτέρω μελέτη αυτής της αυξανόμενης οντότητας αποτελεί αδήριτη ανάγκη και πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα.



## AA88

### ΤΕΜΠΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ

**Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>**, Ελένη Αθανάσουλα<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Μπάφα<sup>1</sup>, Δήμητρα Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Σταφυλίδης<sup>1</sup>, Σταυρούλα Συριοπούλου<sup>1</sup>, Αμαλία Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Ζορμπαλά<sup>1</sup>, Ελένη Βαριάμη<sup>1</sup>, Μαρίνα Μαντζουράνη<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκικτας<sup>1</sup>

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο ΤΕΜΠΙ (Τηλεαγγειεκτασίες, ερυθροκυττάρωση με υψηλή ερυθροποιητίνη, μονοκλωνική γαμμοπάθεια, περινεφρική συλλογή υγρού, ενδοπνευμονική διαφυγή με ή χωρίς θρομβώσεις φλεβών) είναι μία νέα πολύ σπάνια περιγραφόμενη κλινική οντότητα που πιθανόν οφείλεται σε μία πλασματοκυτταρική δυσπλασία με τη συμμετοχή πολλαπλών συστημάτων. Εδώ παρουσιάζουμε το πρώτο περιστατικό του συνδρόμου ΤΕΜΠΙ στη χώρα μας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα ασθενής 67 ετών παραπέμπεται στην κλινική μας λόγω διάτασης κοιλίας με τυχαίο εύρημα ασκίτικού υγρού σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Από την κλινική εξέταση εμφανείς οι τηλεαγγειεκτασίες και η κοιλιακή διάταση με αμβλύτητα στην επίκρουση, χωρίς ευαισθησία και με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Η παρακέντηση ασκίτη ανέδειξε SAAG 3,6 υπέρ πυλαίας υπέρτασης, χωρίς την παρουσία νεοπλασματικών κυττάρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ευρέθη ερυθροκυττάρωση (ερυθρά 7770, αιμοσφαιρίνη 15,4 g/dl, αιματοκρίτης 57,4%) με υψηλά επίπεδα ερυθροποιητίνης 322μIU/mL. Ο έλεγχος για τη μετάλλαξη JAK2V617F, BCR- ABL, MP2, CALR ήταν αρνητικός. Η ηλεκτροφόρηση του ορού και η ανοσοκαθήλωση ανέδειξαν IgM - λ παραπρωτεϊναιμία. Η ηπατική και νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογικές. Η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας ανέδειξε την ύπαρξη μικρής ασκίτικής και περινεφρικής συλλογής, χωρίς οργανομεγαλία ή λεμφαδενοπάθεια. Η ασθενής κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε άλγος στην ΑΡ πλάγια περιοχή του τραχήλου με την τεκμηρίωση θρόμβωσης αριστερής σφαγίτιδας φλέβας κατόπιν υπερηχογραφικής απεικόνισης. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος για ενδοπνευμονική διαφυγή ήταν αρνητικός. Η οστεομελική βιοψία ανέδειξε πλασματοκυτταρικό πληθυσμό κάτω από 10% με ανοσοφαινότυπο θετικό στη μετάλλαξη L265P στο γονίδιο MYD88.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το εν λόγω περιστατικό εμπεριέχει όλα τα κριτήρια του ΤΕΜΠΙ συνδρόμου (τηλεαγγειεκτασίες, υψηλή ερυθροποιητίνη και ερυθροκυττάρωση, μονοκλωνική γαμμοπάθεια, συλλογή υγρού στην περινεφρική περιοχή, φλεβική θρόμβωση) εκτός από την τεκμηρίωση της ενδοπνευμονικής διαφυγής.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, το ΤΕΜΠΙ σύνδρομο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν ανεξήγητη και εμμένουσα ερυθροκυττάρωση συνδυάζεται με υψηλά επίπεδα ερυθροποιητίνης και μονοκλωνική γαμμοπάθεια.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

AA89

## ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΜΕΤΑΛΛΑΣΗ ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ 1 ΤΗΣ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΩΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>**, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>2</sup>, Ελένη Αθανάσουλα<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Μπάφα<sup>1</sup>, Δήμητρα Βλαχοπούλου, Χ. Σταφυλίδης, Σταυρούλα Συριοπούλου, Αντωνία Νεονάκη, Αμαλία Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, Ελένη Βαριάμη<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι πρωτοπαθείς διαταραχές στο μεταβολισμό των λιπιδίων προκύπτουν από γονιδιακές μεταλλάξεις στη σύνθεση και το μεταβολισμό των τριγλυκεριδίων. Η παγκρεατίτιδα οφειλόμενη σε υπερτριγλυκεριδαιμία είναι μία σημαντική κλινική οντότητα και μπορεί να οδηγήσει σε υψηλή θνητότητα. Ένα σπάνιο αίτιο υπερτριγλυκεριδαιμίας είναι η έλλειψη στον παράγοντα 1 ωρίμανσης της λιπάσης (Lipase Maturation Factor 1, LMF1). Εδώ παρουσιάζουμε ένα περιστατικό με παγκρεατίτιδα από υπερτριγλυκεριδαιμία σε έναν ενήλικα ασθενή με μία σπάνια γονιδιακή παραλλαγή στο LMF1 γονίδιο.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 56 ετών αναφέρει κοιλιακό άλγος από 5ημέρου. Προηγήθηκε αυστηρή δίαιτα με νερό για ημέρες και αιφνίδια έναρξη λήψης τροφής, χωρίς λήψη αλκοόλ και χωρίς λήψη φαρμάκων. Από την κλινική εξέταση κοιλίας διαπιστώθηκε διάχυτη ευαισθησία στο επιγάστριο και σπληνομεγαλία 5 εκ κάτω από το αριστερό πλευρικό τόξο. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο οι τιμές αμυλάσης και λιπάσης ήταν αυξημένες, 366 U/L και 404 U/L αντίστοιχα. Τριγλυκερίδια ορού 1193 mg/dl, με τιμές ολικής χοληστερόλης 238 mg/dl και σάκχαρο ορού 116mg/dl. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας ανέδειξε ηπατομεγαλία, με βατά τα αγγεία στο σπληνοφυλαίο άξονα. Η ακτινογραφία του θώρακα και κοιλίας ήταν φυσιολογικές. Από τα υπόλοιπα εργαστηριακά ευρήματα διαπιστώθηκε αναιμία, ενώ οι τιμές ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων καθώς και των ηλεκτρολυτών ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας ενυδάτωσης, αναλγησία και διακοπή σίτισης από το στόμα. Παράλληλα έγινε έναρξη στατίνης και φιβράτης, με σημαντική βελτίωση του ασθενούς τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά. Διενεργήθηκε οστεομετρική βιοψία με ευρήματα λιποκυττάρων στο μυελόχορδο και κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί η πιθανότητα πρωτοπαθούς διαταραχής στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Η γονιδιακή ανάλυση ήταν θετική για μια σπάνια παραλλαγή του LMF1 γονιδίου, η οποία δεν έχει προηγουμένως καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής έλαβε οδηγίες για παρακολούθηση σε ειδικό ιατρείο λιπιδίων για διατήρηση των τριγλυκεριδίων εντός φυσιολογικών ορίων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων συχνά σχετίζονται με πρωτοπαθείς διαταραχές στο μεταβολισμό τους. Η ανίχνευση γονιδιακών παραλλαγών είναι σημαντική για την περαιτέρω αντιμετώπιση.

## AA90

### ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΕΜΦΙΓΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

**Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>**, Ελένη Αθανάσουλα<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Μπάφα<sup>1</sup>, Δήμητρα Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Αντωνία Νεονάκη<sup>1</sup>, Αμαλία Αναστασοπούλου<sup>1</sup>, Ελένη Κασιούρα<sup>1</sup>, Νικόλαος Κατσούλας<sup>1</sup>, Ελένη Βαριάμη<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 67 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του παθολογικού αιτιώμενος εμπύρετο έως 38 οC με συνοδές δερματικές βλάβες και έλκη στο στοματικό βλεννογόνο από εβδομάδος. Αναφέρει αυθαίρετη λήψη κατ'οίκον ΜΣΑΦ χωρίς ύφεση συμπτωμάτων και προοδευτική αδυναμία στην κατάποση στερεών και υγρών τροφών. Χωρίς προηγούμενες νοσηλίες, χειρουργεία ή φαρμακευτική αγωγή. Στη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε εμπύρετο και διάχυτο εξάνθημα ερυθρηματώδες με κατά τόπους φυσαλίδες και διαβρώσεις σε όλη την επιφάνεια του δέρματος στον κορμό και στα άκρα, το οποίο εξελίχθηκε σε στοματικά έλκη και ένεση επιπεφυκότα. Χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία και χωρίς λεμφαδενοπάθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε λευκοκυττάρωση με 113.000 Κ/μλ, 3070 Μ/μλ, Hb 9,6 g/dl, Hct 32,1%, ουδετερόφιλα 8000, λεμφοκύτταρα 98190, μονοκύτταρα 7220. Τα υπόλοιπα εργαστηριακά χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα με CRP 67mg/l. Από το επίχρισμα περιφερικού αίματος επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της χρόνιας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες ούρων, πτυέλων και δερματικών βλαβών με άμεση εμπειρική έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Από τη δερματολογική εξέταση η διαφορική διάγνωση περιορίστηκε στην τοξική επιδερμική νεκρόλυση ή αλλιώς σύνδρομο Stevens-Johnson, το πεμφιγοειδές ή την πέμφιγα. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος από τις βλάβες και ο ανοσοφθορισμός επιβεβαίωσε τη διάγνωση της παρανεοπλασματικής πέμφιγας. Έγινε έναρξη κυκλοσπορίνης σε συνδυασμό με υψηλές δόσεις κορτιζόνης.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λόγω των μεγάλων εκτάσεων βλάβης σε δέρμα και βλεννογόνους ο ασθενής μεταφέρθηκε σε ειδική μονάδα εγκαυμάτων για περαιτέρω αντιμετώπιση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ασθενείς με λεμφοκυτταρική λευχαιμία ή άλλες νεοπλασματικές ασθένειες και ταυτόχρονη εμφάνιση ερυθρηματώδων βλαβών σε δέρμα, σοβαρή στοματίτιδα ή άλλες βλεννογονικές αλλοιώσεις έχουν υψηλή πιθανότητα για παρανεοπλασματική πέμφιγα. Η πρώτη γραμμή θεραπείας είναι οι υψηλές δόσεις ανοσοκατασταλτικών, ενώ βασική είναι η πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση του υποκείμενου κακόηθους νοσήματος.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA91

### ΑΝΩΔΥΝΟΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΝΩΣΤΟ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

**Κατερίνα Αραβαντινού<sup>1</sup>**, Κατερίνα Καμπλίου<sup>1</sup>, Σ. Καζάνας<sup>1</sup>, Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ξυνός<sup>1</sup>, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Ειρήνη Κουρμπέτη<sup>1</sup>, Π. Σταμόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Σωτηρόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Καλτσάς<sup>3</sup>, Άννα Αγγελούση<sup>1</sup>, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ανώδυνος αποφρακτικός ίκτερος αποτελεί επείγουσα κατάσταση διότι η συνήθης αιτία του είναι κακοήθους αρχής.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης ασθενούς με ανώδυνο αποφρακτικό ίκτερο σε έδαφος γνωστού νευροενδοκρινούς νεοπλασμάτος του παγκρέατος (PNET).

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας ετών 77 εισήχθη στην κλινική μας λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος - επιπεφυκώτων από 5ημέρου και απώλειας σωματικού βάρους (6kg) από 3 εβδομάδων. Από το ατομικό αναμνηστικό του είχε: α) PNET με ηπατικές δευτεροπαθείς εντοπίσεις από 4ετίας, είχε υποβληθεί σε περιφερική παγκρεατεκτομή και σφηνοειδή εκτομή του τμήματος III του ήπατος προ 3ετίας (καλά διαφοροποιημένο NET Grade 2, με τουλάχιστον 2 μεταστατικές εστίες στο ήπαρ, σταδίου IV, T3NxM1) και ελάμβανε αγωγή με ανάλογο σωματοστατίνης, β) σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 καλά ρυθμιζόμενος. Το Performance Status (PS) του ήταν 0. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν παθολογικές τιμές των ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων (SGOT= 138U/L, SGPT= 160U/L, ALP=525U/L, γ-GT=434U/L) και άμεσου τύπου υπερχολερυθριναιμία (TBill= 11,67mg/dL, DBill=9,60mg/dL). Οι καρκινικοί δείκτες ήταν με παθολογικά αυξημένες τιμές (CEA= 35μg/L και Ca 19-9= 6.013U/mL). Από την αξονική τομογραφία κοιλίας αναδείχτηκε στο τμήμα IV του ήπατος υπόπυκνη περιοχή μεγίστης διαμέτρου 5,2εκ με διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων, οζώδεις αλλοιώσεις δεξιά παρακολικά και παραορτικοί λεμφαδένες διαμέτρου έως 1εκ. Στον τακτικό απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητικό συντονισμό στα πλαίσια παρακολούθησης, είχε αναδειχθεί μικρή εστιακή αλλοίωση στο τμήμα IV προ 3,5 μηνών. Διενεργήθηκε βιοψία στην αλλοίωση του ήπατος, ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος και τοποθετήθηκε πλαστική ενδοπρόθεση - διαδερμική παροχέτευση των χοληφόρων. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε διήθηση του ήπατος από παγκρεατοχολικό καρκίνωμα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής είχε δύο πρωτοπαθή νεοπλασμάτα. Παρότι είχε άριστο PS, δεν επιθυμούσε να λάβει χημειοθεραπεία και απεβίωσε εντός 4 εβδομάδων από τη διάγνωση του.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανεύρεση δυο πρωτοπαθών νεοπλασμάτων δεν είναι συχνή. Στους ασθενείς με νευροενδοκρινείς όγκους συχνά παρατηρούνται νεοπλασμάτα στον προστάτη, στους πνεύμονες, στο παχύ έντερο και στο μαστό. Σπάνια συνυπάρχουν με αδενοκαρκινώματα των χοληφόρων και του παγκρέατος.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA92

### ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19

**Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>**, Σ. Καζάνας<sup>1</sup>, Π. Σταμόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Σιακαβέλλας<sup>3</sup>, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>3</sup> GI Unit, Western General Hospital, Edinburgh, UK

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παθοφυσιολογία των φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, ανοσολογικών, περιβαλλοντικών και μικροβιακών παραγόντων. Η πανδημία της λοίμωξης COVID-19 έχει επηρεάσει όλα σχεδόν τα χρόνια νοσήματα και στα πλαίσια αυτά έχουν αναφερθεί περιστατικά που διαγνώστηκαν με ΙΦΝΕ κατά τη διάρκεια της νόσου ή μετά την ανάρρωση.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικών με νέα διάγνωση ΙΦΝΕ έπειτα από πρόσφατη λοίμωξη από COVID-19.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

2 ασθενείς (1 άνδρας και 1 γυναίκα) 38 και 33 ετών αντίστοιχα, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό προσήλθαν στο Τακτικό Παθολογικό Ιατρείο προς διερεύνηση χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου (>6 εβδομάδες). Ο άνδρας ασθενής εμφάνιζε αρθρίτιδα στις μετακαρποφαλαγγικές και μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις της αριστερής άκρας χείρας. Το διαρροϊκό σύνδρομο είχε διαλείποντα χαρακτήρα και ενίοτε συνοδευόταν από ήπιο κοιλιακό άλγος. Δεν αναφέρθηκε αίμα ή βλέννα στα κόπρανα, δεκατική πυρετική κίνηση ή εμπύρετο. Υπήρχε ιστορικό νόσησης με COVID-19 προ 3 μηνών με ήπια συμπτωματολογία (δεκατική πυρετική κίνηση, καταρροή, βήχας). Είχαν εμβολιαστεί με 2 δόσεις εμβολίου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία με φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής. Οι εξετάσεις κοπράνων ήταν αρνητικές για λοίμωξη. Ο έλεγχος καλπροτεκτίνης κοπράνων ανέδειξε υψηλές τιμές 464mg/kg και 688mg/kg αντίστοιχα ( $\geq 120$ mg/kg θετική). Παραπέμφθηκαν για ενδοσκοπικό έλεγχο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς πραγματοποίησαν ολική κολονοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε ελκώδης ορθίτιδα (E1 κατά Montreal) και μαγνητική εντερογραφία με φυσιολογική εικόνα. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την εικόνα ελκώδους κολίτιδας και έγινε έναρξη αγωγής με μεσαλαζίνη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην εποχή της COVID-19 λοίμωξης παρατηρείται αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η λοίμωξη από COVID-19 πιθανώς να αποτελεί έναυσμα για εκδήλωση ΙΦΝΕ, όμως απαιτούνται περαιτέρω δεδομένα από προοπτικές μελέτες για να επιβεβαιωθεί η υπόθεση αυτή.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA93

### ΑΤΥΠΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Κατερίνα Καμηλίου<sup>1</sup>**, Κατερίνα Αραβαντινού<sup>1</sup>, Σ. Καζάνας<sup>1</sup>, Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ξυνός<sup>1</sup>, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Ειρήνη Κουρμπέτη<sup>1</sup>, Κ. Ζυγογιάννης<sup>2</sup>, Ι. Φωτονιάτας<sup>2</sup>, Σταματία Σιώρου<sup>3</sup>, Α. Κουζούπης<sup>3</sup>, Όλγα Εξάρχου<sup>3</sup>, Κ. Κοντοάγγελος<sup>3</sup>, Άννα Αγγελούση<sup>1</sup>, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι η σοβαρότερη και η πλέον αινιγματική ψυχική νόσος που προσβάλλει τον άνθρωπο. Υπάρχει σιγματοπισμός των ασθενών αυτών διότι τα συμπτώματα της επηρεάζουν την οργάνωση της σκέψης και θεωρούμε εσφαλμένα πως δε μπορούν να δώσουν τις σωστές κλινικές πληροφορίες στον Ιατρό.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού με σχιζοφρένεια υπό τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση και σταθερή θεραπευτική αγωγή τα τελευταία 10 έτη που παρουσίασε άτυπης μορφής κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 39 ετών με ατομικό αναμνηστικό σχιζοφρένειας, εισήχθη στην κλινική μας λόγω αδυναμίας ορθοστάτισης, συχνών πτώσεων επί του εδάφους και αρθρίτιδας αριστερής (ΑΡ) κατά γόνυ άρθρωσης από 3 εβδομάδων. Η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε ήταν αλοπεριδόλη, λεβομεπρομαζίνη, ρισπεριδόνη, διαζεπάμη, ολανζαπίνη και βενλαφαζίνη. Κατά την αντικειμενική εξέταση πλιν της αρθρίτιδας, διαπιστώθηκε δεκατική πυρετική κίνηση, φλεβοκομβική ταχυκαρδία και εφίδρωση. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια λευκοκυττάρωση (WBC=11600K/μl, N=7100 K/μl), υπονατρίαμία (Na=123mmol/L), μέτρια αύξηση των δεικτών φλεγμονής (ΤΚΕ=64mm, CRP=62,41mg/L) και αυξημένες τιμές της CPK =1130IU/L και της LDH=259IU/L. Παρακεντήθηκε η πάσχουσα άρθρωση (240cc αιματηρό υγρό, αρνητική καλλιέργεια). Εργαστηριακός έλεγχος προ μηνός είχε φυσιολογικές τιμές της LDH και της CPK. Αφού αποκλείστηκαν όλα τα αίτια που αυξάνουν τα μυϊκά ένζυμα, πραγματοποιήθηκε ψυχιατρική εκτίμηση και σταδιακά ελαττώθηκε η δοσολογία της αλοπεριδόλης και της ρισπεριδόνης. Παρατηρήθηκε άμεση πτώση των μυϊκών ενζύμων, αύξηση του νατρίου ορού και εξήλθε προκειμένου να πραγματοποιήσει μαγνητικό συντονισμό της ΑΡ κατά γόνυ άρθρωσης και ολοσωματική αξονική τομογραφία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής είχε άτυπης μορφής κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο διότι δεν πληρούσε τα βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά του. Είχε κατάγματα των ΑΡ εγκάρσιων οσφυϊκών αποφύσεων του Ο1-Ο2-Ο3, κάταγμα της οπίσθιας επιφάνειας του έξω κονδύλου και συντριπτικό κάταγμα του κνημιαίου πλατώ. Παραπέμφθηκε σε Ορθοπαιδικό για περαιτέρω αντιμετώπιση και στο θεράποντα Ψυχίατρο για στενότερη παρακολούθηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που λαμβάνουν παλαιότερης γενεάς αντιψυχωσικά φάρμακα δύναται να εμφανίσουν ιδιαίτερα δε τους καλοκαιρινούς μήνες κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο χωρίς απαραίτητα να έχει τροποποιηθεί προσφάτως η αγωγή τους.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA94

### ΠΡΟΣΘΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΑΘΗΣΗ

**Σ. Καζάνας<sup>1</sup>**, Κατερίνα Καμπλίου<sup>1</sup>, Κατερίνα Αραβαντινού<sup>1</sup>, Γ. Ξυνός<sup>1</sup>, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>2</sup>, Ειρήνη Κουρμπέτη<sup>1</sup>, Άννα Αγγελούση<sup>1</sup>, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια αποτελεί αγγειακή πάθηση του οπτικού νεύρου και εμφανίζεται με αιφνίδια ελάττωση της όρασης σε διάστημα δευτερολέπτων ή λεπτών. Οι καταστάσεις που δύναται να την προκαλέσουν διακρίνονται σε αρτηριτιδικού τύπου (π.χ κροταφική αρτηρίτιδα) και σε μη αρτηριτιδικού τύπου (π.χ σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία). Η πιθανότητα προσβολής του έτερου οφθαλμού είναι 20%.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης με πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια σε ασθενή που έχει ήδη τύφλωση στον έτερο οφθαλμό για τον ίδιο λόγο προ 6ετίας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα ετών 75 προσήλθε λόγω θάμβους όρασης στο δεξιό οφθαλμό ενάρξεως από 72ώρου. Από την οφθαλμολογική εξέταση (βυθοσκόπηση και εξέταση των οπτικών πεδίων) διαπιστώθηκε πρόσθια ισχαιμική νευροπάθεια. Από το ατομικό ιστορικό της αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 από 15ετίας καλά ρυθμιζόμενος και χωρίς μακροχρόνιες επιπλοκές υπό αγωγή με λινagliπτινή/μετφορμίνη (HbA1c=6,1%), δυσλιπιδαιμία από 20ετίας με επίτευξη του στόχου (LDL=54mg/dL) υπό αγωγή με atorβαστατίνη, υποθυρεοειδισμός από 30ετίας υπό αγωγή λεβοθυροξίνη, μη καπνίστρια και τύφλωση αριστερού οφθαλμού προ 6 ετών λόγω πρόσθιας ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας που πραγματοποιήθηκε πλήρη διερεύνηση, δεν ανευρέθηκε η αιτιολογία και ελάμβανε κλοπιδογρέλη. Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη με ήπια βελτίωση του θάμβους και παράλληλα πραγματοποιήθηκε πλήρης ανοσολογικός έλεγχος - απεικονιστικός έλεγχος (μαγνητικός συντονισμός - αγγειογραφία εγκέφαλου, Triplex κροταφικών αρτηριών, triplex καρωτίδων) και καρδιολογικός έλεγχος (triplex καρδιάς, holter αρτηριακής πίεσεως).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εμφάνισε πρόσθια ισχαιμική νευροπάθεια στα πλαίσια μη καλώς ρυθμιζόμενης αρτηριακής πίεσης η οποία ανευρέθηκε έπειτα από τοποθέτηση Holter αρτηριακής πίεσεως (μη φυσιολογική διακύμανση νύκτας - ημέρας της συστολικής ΑΠ - Non Dipper). Εξήλθε με συνέχιση της αγωγής που ελάμβανε και προσθήκη διπλής αντιυπερτασικής αγωγής με ολμεσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την ικανοποιητική ρύθμιση όλων των μεταβολικών νοσημάτων δύναται να αποφευχθούν σπάνιες επιπλοκές όπως η ισχαιμική αιτιολογία οπτική νευροπάθεια. Η αρτηριακή υπέρταση έστω και σταδίου Ι δύναται να προκαλέσει ισχαιμικές βλάβες τέτοιου είδους.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA95

### ΠΥΡΕΤΟΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ - Η ΜΑΓΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ

**Σ. Καζάνας<sup>1</sup>**, Γ. Ξυνός<sup>1</sup>, Σταυρούλα Ασημακοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Βέργος<sup>1</sup>, Κατερίνα Καμπλίου<sup>1</sup>, Κατερίνα Αραβαντινού<sup>1</sup>, Γ. Καρνιαδάκης<sup>2</sup>, Μυρτώ Κεραμίδα<sup>2</sup>, Ειρήνη Κουρμπέτη<sup>1</sup>, Άννα Αγγελούση<sup>1</sup>, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανεύρεση του αιτίου για τον πυρετό αγνώστου αιτιολογίας (FUO) αποτελεί για τον Παθολόγο μεγάλη πρόκληση. Ιστορικά, στο 25-30% των περιπτώσεων παραμένουν αδιάγνωστα παρά τον ενδελεχή έλεγχο.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης ασθενούς με FUO.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα 69 ετών με εμπύρετο  $\Theta_{\max}=39.3$  από 3 εβδομάδων που υφίσταν με τη λήψη παρακεταμόλης και με συνοδό άλγος στο δεξιό υποχόνδριο χωρίς θετικό σημείο Murphry εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση. Είχε επισκεφθεί για τον ίδιο λόγο έτερο νοσοκομείο προ 2 εβδομάδων αλλά η ασθενής αρνήθηκε την εισαγωγή της. Είχε πραγματοποιήσει αξονική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού σε ιδιωτικό κέντρο που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρει καταθλιπτική συνδρομή υπό αγωγή με βενλαφαζίνη, συχνά επεισόδια ημικρανίας που λαμβάνει ριζατριπτάνη και χολολιθίαση. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ ήταν απύρετη, μη ομότιμα ψηλαφητές κροταφικές αρτηρίες και μικροί (<1εκ), ευκίνητοι και μαλθακοί λεμφαδένες σε αμφοτέρα τα πρόσθια τραχηλικά τρίγωνα. Από την ανασκόπηση των συστημάτων αναφέρει μόνο επιδείνωση των ημικρανιών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb=10.7g/dl, HCT=31,9% MCV=87,6fl), TKE=128mm, CRP=149mg/L, αυξημένες τιμές των χολοστατικών και ηπατικών ενζύμων (ALP=182U/L, γGT=239U/L, SGOT=48U/L, SGPT=82U/L) και TSH= 0.01mIU/L (αρνητικά anti-TPO και anti-TG, fT4=32,80pmol/L, T3=1,83pmol/L). Διενεργήθηκε Triplex των κροταφικών αρτηριών, βιοψία της δεξιάς κροταφικής αρτηρίας και υπέρηχος του θυρεοειδούς αδένος. Πραγματοποιήθηκε ρευματολογική και ενδοκρινολογική εκτίμηση. Χορηγήθηκε αγωγή από του στόματος με μεθυλπρεδνιζολόνη (με σταδιακή αποκλιμάκωση της δοσολογίας), προπρανόλη, τριμεθοπύμη/σουλφαμεξαζόλη, ασβέστιο, βιταμίνη D3 και αλενδρονικό οξύ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής είχε ταυτόχρονα γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και υποξεία θυρεοειδίτιδα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σωστή λήψη του ιστορικού, η πλήρης αντικειμενική εξέταση και τέλος η σωστή αξιολόγηση των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων οδηγούν στη διάγνωση του FUO. Η κροταφική αρτηρίτιδα συνήθως συνυπάρχει με υποθυρεοειδισμό. Παθολογικές τιμές των χολοστατικών - ηπατικών ενζύμων ανευρίσκονται στο 20-30% των περιπτώσεων GCA.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA96

### **ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ PNEUMOCYSTIS JIROVECII ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ**

Αικατερίνη Αραβαντινού-Φατώρου, Σ. Καζάνας, Σ. Βλάχος, Γ. Ξυνός, Αικατερίνη Καμπλίου, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου, Άννα Αγγελούση, Ελένη Γκόγκα, Ειρήνη Κουρμπέτη

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό, Νοσοκομείο, Αθηνών «Λαϊκό»*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii* (PCP) αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ευκαιριακή λοίμωξη. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), η μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων ή συμπαγών οργάνων, η θεραπεία με κορτικοστεροειδή, η θεραπεία με ποικίλα χημειοθεραπευτικά σχήματα και βιολογικούς παράγοντες. Οι ασθενείς που δεν είναι φορείς του HIV εκδηλώνουν βαρύτερη αναπνευστική ανεπάρκεια και είναι πιο πιθανό να χρειαστούν μη επεμβατικό ή/και επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Στους συγκεκριμένους ασθενείς είμαι αξιοσημείωτο ότι η θνητότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή, μεταξύ 30% και 60%, αν δεν λάβουν την κατάλληλη αγωγή. Έτσι η σωστή και έγκαιρη διάγνωση και λήψη της ενδεδειγμένης θεραπείας είναι καίρια για την αποφυγή των επιπλοκών.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Άνδρας 83 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και χειρουργηθείσας στένωσης αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης προ διμήνου. Έλαβε θεραπεία με μεθυλοπρεδνιζολόνη σε υψηλές δόσεις, την οποία είχε διακόψει προ δεκαημέρου. Εισάγεται λόγω εμπυρέτου έως 38.3°C από διημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και από το αέριο αρτηριακού αίματος βαριά υποξυγοναιμία. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε άμφω πνευμονικά διηθήματα τα οποία επιδεινώνονταν σταδιακά. Λόγω της υψηλής και μακροχρόνιας χρήσης κορτικοστεροειδών χωρίς χημειοπροφύλαξη και των ευρημάτων της ακτινογραφίας θώρακος τέθηκε η υποψία πνευμονίας από *P. Jirovecii*. Η β-δ γλυκάνη ήταν αυξημένη, γεγονός συνηγορητικό της διάγνωσης.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο ασθενής νοσηλεύθηκε συνολικά για 22 ημέρες. Με την ταυτόχρονη χορήγηση τριμεθοπρίμης σουλφαμεθοξαζόλης και μεθυλοπρεδνιζολόνης παρουσίασε κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Εξήλθε απύρετος και με καλή οξυγόνωση και με μεγάλη βελτίωση των διηθημάτων στην ακτινογραφία θώρακος.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς υπό θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης λοίμωξης από *P. jirovecii*. Δεδομένου της ολοένα και αυξανόμενης ανάγκης χορήγησης κορτικοστεροειδών για ποικίλα συστηματικά και μη νοσήματα κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη υψηλής κλινικής υποψίας, που θα οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση για την αποφυγή των καταστροφικών επιπλοκών. Η ανάγκη για προφύλαξη για *P. Jirovecii* κατά τη χορήγηση υψηλών δόσεων στεροειδών θα πρέπει να εκτιμάται σε κάθε περίπτωση.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA97

### **ΒΑΡΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΛΟΓΩ COVID-19 ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΗΨΗΣ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ ΓΙΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

Αικατερίνη Αραβαντινού-Φατώρου, Σ. Καζάνας, Σ. Βλάχος, Γ. Ξυνός, Αικατερίνη Καμπλίου, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου, Άννα Αγγελούση, Ελένη Γκόγκα, Ειρήνη Κουρμπέτη

*Α΄ Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό, Νοσοκομείο, Αθηνών «Λαϊκό»*

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η σοβαρή θρομβοπενία αποτελεί μια επείγουσα ιατρική κατάσταση που χρήζει, άμεσης διερεύνησης και αντιμετώπισης. Η θρομβοπενία, ως εκδήλωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, μπορεί να εμφανισθεί στο 1% έως 4.7% των ασθενών. Το συχνότερο αίτιο θρομβοπενίας στους συγκεκριμένους ασθενείς σχετίζεται με τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων όπως η μεθοτρεξάτη. Επιπλέον, θρομβοπενία ανιχνεύεται στο 5% έως 41.7% στους ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 και μάλιστα, η ύπαρξη της αυξάνει τον κίνδυνο θνητότητας κατά τέσσερις φορές.

#### **ΥΛΙΚΟ**

Γυναίκα 72 ετών, με ατομικό αναμνηστικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας εισήχθη λόγω ουλορραγιών και εκχυμώσεων στα άνω και κάτω άκρα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανιχνεύτηκε σοβαρή θρομβοπενία (PLT=15000), σοβαρή αναιμία (Hgb=6,2) και ήπια λευκοπενία (WBC=2040) με ουδετεροπενία (POLY=600). Η ασθενής είχε νοσήσει από SARS-COVID 2 προ μηνός. Ελάμβανε μεθοτρεξάτη για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η οποία διακόπηκε κατά την εισαγωγή της. Στη διαφορική διάγνωση υπήρχε και η πιθανότητα του αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου. Από την αναρρόφηση του μυελού παρατηρήθηκε έντονη ακοκκιοκυτταραιμία και μεγάλα μεγακαρυοκύτταρα χωρίς εικόνα φαγοκυττάρωσης. Στον ανοσοφαινότυπο υπήρχαν 6.3% βλάστες και εικόνα μυελοδυσπλασίας. Η ασθενής ετέθη σε πρεδνιζολόνη, χωρίς βελτίωση. Έτσι, αποφασίστηκε η χορήγηση πενθήμερου σχήματος γ-σφαιρίνης.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ασθενής νοσηλεύθηκε για σύνολο 14 ημερών. Με την ταυτόχρονη χορήγηση κορτιζόνης και γ σφαιρίνης, παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση με αύξηση των αιμοπεταλίων, των λευκών αιμοσφαιρίων και της αιμοσφαιρίνης. Εξήλθε με φυσιολογική γενική αίματος.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η θρομβοπενία σε ασθενείς με COVID λοίμωξη δεν έχει ιδιαίτερη θεραπεία, πλην της παρακολούθησης. Σε βαριά θρομβοπενία δύναται να χορηγηθεί πρεδνιζολόνη ή/ και γ σφαιρίνη. Η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα στην εποχή της πανδημίας του COVID-19 αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση. Με βάση την αμερικάνικη εταιρεία ρευματολόγων η μεθοτρεξάτη συνιστάται να διακόπτεται σε ασθενείς με COVID λοίμωξη και ρευματοειδή αρθρίτιδα.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Xu, P., Zhou, Q. & Xu, J. Mechanism of thrombocytopenia in COVID-19 patients. *Ann Hematol* 99, 1205-1208 (2020).  
Bobircă A, Bobircă F, Ancuta I, Florescu A, Bojincă M, Muscă A, Florescu DN, Florescu LM, Sima RM, Florescu A, Mușetescu AE. COVID-19-A Trigger Factor for Severe Immune-Mediated Thrombocytopenia in Active Rheumatoid Arthritis. *Life (Basel)*. 2022 Jan 6; 12(1): 77. Mikuls T.R., Johnson S.R., Fraenkel L., Arasaratnam R.J., Baden L.R., Bermas B.L., Chatham W., Cohen S., Costenbader K., Gravallese E.M., et al. American College of Rheumatology guidance for the management of rheumatic disease in adult patients during the COVID-19 pandemic: Version 1. *ArthritisRheumatol*. 2020; 72: 1241-1251.

## AA98

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ COVID19 ΥΠΟ PAXLOVID

**Βασιλική Λυγούρα<sup>1</sup>**, Γεώργιος Περίφανος<sup>1</sup>, Βαλαράκου Παρασκευή<sup>1</sup>, Λεοντής Αθανάσιος<sup>1</sup>, Άγγελος Στέφος<sup>1</sup>, Σάρα Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Μπούλμπου Μαρία<sup>1</sup>, Μιχαήλ Αναστασία<sup>1</sup>, Στέλλα Γκαμπέτα<sup>1</sup>, Νικόλαος Κ. Γατσέλης<sup>1</sup>, Γεώργιος Ντάιος<sup>1</sup>, Ρηγοπούλου Ειρήνη<sup>1</sup>, Γεώργιος Ν. Νταλέκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική @ Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η χορήγηση Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) έχει λάβει έγκριση από FDA/EMA για την αντιμετώπιση της ήπιας νόσου COVID19 στα αρχικά στάδια αυτής και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για εμφάνιση επιπλοκών. Οι οδηγίες συστήνουν προσεκτικό έλεγχο της συχορηγούμενης αγωγής λόγω πολλαπλών αλληλεπιδράσεων. Σκοπός ήταν να παρουσιάσουμε την περίπτωση ασθενούς με ασυμπτωματική βραδυκαρδία την τρίτη ημέρα υπό αντιϊκή αγωγή.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 85 χρονών προσήλθε στο νοσοκομείο μας την πρώτη ημέρα COVID 19 λοίμωξης. Τα συμπτώματά της περιγράφονταν ήπια, δηλαδή παρουσία δεκατικής πυρετικής κίνησης, βήχας μη παραγωγικός και σημαντική καταβολή, ενώ είχε προηγηθεί προ 48ωρου νευροχειρουργική αποκατάσταση κατάγματος ΟΜΣΣ. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε ελάχιστα διηθήματα στις πνευμονικές βάσεις και το αναπνευστικό πηλίκιο υπολογίστηκε >300. Στο ατομικό της αναμνηστικό είχε κολπική μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση, οστεοπόρωση και BMI>35. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ήταν φλεβοκομβος HR 68/min και παρουσία RBBB. Βάση των κατευθυντήριων γραμμών η ασθενής τέθηκε άμεσα σε αγωγή με Paxlovid (GFR>30ml/min) με στόχο την πρόληψη της εξέλιξης σε σοβαρή νόσο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εμφάνισε διαταραχή της καρδιακής συχνότητας και συγκεκριμένα, φλεβοκομβική βραδυκαρδία με HR 35/min και RBBB, όταν συμπληρώθηκαν 72 ώρες αντιϊκής αγωγής. Η ασθενής ανέφερε αδυναμία, χωρίς να διαπιστωθεί συγκοπτικό επεισόδιο. Στη διερεύνηση των κυριότερων αιτιών φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας, αποκλείστηκαν η λήψη βραδυκαρδιακών φαρμάκων, το κατώτερο έμφραγμα μυοκαρδίου, ο υποθυρεοειδισμός, η αυξημένη ενδοκράνια πίεση, η υποξία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και το ενδεχόμενο σήψης. Θεωρήθηκε ότι η διαταραχή της συχνότητας σχετίζεται με την πρόσφατη έναρξη nirmatrelvir/ritonavir, καθώς στη βιβλιογραφία περιγράφεται υψηλό ρίσκο ειδικά ως προς το ritonavir. Χορηγήθηκε ατροπίνη σε συνολική δόση 1 mg με ανταπόκριση της συχνότητας έως 80 σφύξεις/ανά λεπτό χωρίς να κριθεί αναγκαία η χορήγηση ισοπροτερενόλης ή τοποθέτηση βηματοδότη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η διακοπή του φαρμάκου οδήγησε σε αποκατάσταση της βραδυκαρδίας.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρακολούθηση της καρδιακής συχνότητας σε ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με nirmatrelvir/ritonavir είναι σημαντική, ειδικά σε όσους προϋπάρχει καρδιαγγειακή νόσος.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA99

### Η ΧΡΗΣΗ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Μαρία Μιχαηλίδου**, Παρασκευή Παπαϊωαννίδου

*Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σκευάσματα ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιπηκτική αγωγή λόγω του ασφαλούς θεραπευτικού τους προφίλ σε σύγκριση με άλλα αντιπηκτικά.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η χρήση των ενέσιμων αντιπηκτικών φαρμάκων στην αντιπηκτική αγωγή των νοσηλευόμενων ασθενών σε Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το Νοσοκομειακό Φαρμακείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με την καταγραφή των συνταγών που αφορούσαν νοσηλευόμενους ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή. Η αντιπηκτική αγωγή, ενέσιμη ή από του στόματος, καταγράφηκε για το χρονικό διάστημα Ιούνιος έως Σεπτέμβριος 2021. Η κατανάλωση των ενέσιμων αντιπηκτικών ενοξαπαρίνη, ηπαρίνη, βεμππαρίνη, τινζαπαρίνη, φονταπαρινόξη και των από του στόματος αντιπηκτικών ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη, νταμπιγκαντράνη, ακενοκουμαρόλη καταγράφηκε σε DDDs. Τέλος, έγινε ανάλυση των συνταγογραφηθέντων αντιπηκτικών φαρμάκων με βάση τις ενδείξεις χορήγησης κατά ICD-10.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη συνολική κατανάλωση των αντιπηκτικών (53.041 DDDs) στους νοσηλευόμενους ασθενείς, τα ενέσιμα αντιπηκτικά αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα (97,9%), ενώ τα από του στόματος αντιπηκτικά παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη κατανάλωση (2,1%). Από τα 51.936 DDDs της ενέσιμης αντιπηκτικής αγωγής των νοσηλευόμενων ασθενών το 63,5% ήταν ενοξαπαρίνη, το 18,5% τινζαπαρίνη, το 6,3% ηπαρίνη, το 6,1% βεμππαρίνη και το 5,6% φονταπαρινόξη. Οι κυριότερες διαγνώσεις για τις οποίες συνταγογραφήθηκαν τα ενέσιμα αντιπηκτικά ήταν: για την ενοξαπαρίνη COVID-19, ιός επιβεβαιωμένος, Καρδιακή ανεπάρκεια, Εγκεφαλικό επεισόδιο, Σπληθάγη, Κακοήθεια. Για την τινζαπαρίνη ήταν COVID-19, ιός επιβεβαιωμένος, Εγκεφαλικό επεισόδιο, μη καθορισμένο ως αιμορραγικό ή εμφρακτικό, Κακοήθεια. Για τη βεμππαρίνη ήταν Κακοήθεια, Μη ρευματικές διαταραχές της αορτικής βαλβίδας, COVID-19, ιός επιβεβαιωμένος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η θεραπευτική επιλογή για τους νοσηλευόμενους ασθενείς στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο που μελετήσαμε ήταν τα ενέσιμα αντιπηκτικά και κυρίως τα σκευάσματα ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA100

### ΧΡΟΝΙΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΟ FAHR

Ευανθία Γκαζούνη<sup>1</sup>, Α.Μπέτσικος<sup>1</sup>, Σοφία Τζικοπούλου<sup>2</sup>, Χαρά Παπανικολάου<sup>2</sup>, Χριστίνα Ζουλογιάννη<sup>1</sup>, Α. Ζορμπάς<sup>1</sup>, Ελένη Πάσχου<sup>3</sup>, Β. Κόμνας<sup>2</sup>, Ν. Σαμπάνης<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

<sup>3</sup> Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Νίκαιας, Λάρισα

<sup>4</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός υποπαραθυρεοειδισμός (ΧΜΥΠ) αποδίδεται σε μη αναστρέψιμη βλάβη των παραθυροειδών αδένων και χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη χαμηλών επιπέδων ασβεστίου και παραθορμόνης για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών από την επέμβαση στην περιοχική του τραχήλου. Οι εκτεταμένες ενδοεγκεφαλικές επασβεστώσεις αποτελούν ασυνήθιστη επιπλοκή του ΧΜΥΠ που προσομοιάζουν με αυτές της νόσου Fahr, μίας σπάνιας νευρολογικής διαταραχής όπου τα επίπεδα ασβεστίου είναι φυσιολογικά.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα, 72 ετών με ΧΜΥΠ λόγω ολικής θυρεοειδεκτομής προ 50ετίας, εισήχθη προς διερεύνηση δυσαρθρίας, αδυναμίας του δεξιού άνω άκρου, θόλωση διανοίας και αιμωδιών περιστοματικά και στα δάκτυλα των άκρων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την καταγραφή του ιστορικού αναφέρθηκε πλημμελής συμμόρφωση στη χρόνια θεραπεία υποκατάστασης με άλατα ασβεστίου και αλφακαλσιδόλη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή υπασβεστιαιμία, υπερφωσφαταιμία, νορμομαγνησιαιμία, έλλειψη παραθορμόνης και επάρκεια 25(OH)VitD, οπότε και ετέθη η διάγνωση υπασβεστιαιμίας στα πλαίσια κακής συμμόρφωσης στη χρόνια θεραπεία υποκατάστασης. Ο έλεγχος ούρων 24ωρου ανέδειξε οριακή υπερασβεστιουρία και φυσιολογικά επίπεδα νατρίου. Βάσει της αρχικής κλινικής εικόνας πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε εκτεταμένες συμμετρικές ενδοεγκεφαλικές αποτιτανώσεις στα βασικά γάγγλια, την εν τω βάθει περικοιλιακή λευκή ουσία και τα παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια, εικόνα μοιάζουσα με νόσο Fahr. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος νεφρών αποκάλυψε περιοχές αυξημένης ηχογένειας της μυελώδους μοίρας ως επί νεφρασβέστωσης, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης αποκάλυψε εικόνα υπερόστωσης και σπονδυλο-αρθροπάθειας αντίστοιχα. Θεραπευτικά, η σοβαρή υπασβεστιαιμία αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου και από του στόματος χορήγηση ανθρακικού ασβεστίου και αλφακαλσιδόλης.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ΧΜΥΠ αφορά στο 2-10% του συνόλου των ασθενών που υποβάλλονται σε ολική θυρεοειδεκτομή. Απαιτεί δια βίου θεραπεία υποκατάστασης με άλατα ασβεστίου, ανάλογα VitD, θειαζιδικά διουρητικά, άλατα μαγνησίου ή και ανασυνδυασμένη παραθορμόνη. Ως εκ τούτου, συστήνεται τακτικός περιοδικός έλεγχος προκειμένου να αποφευχθούν οι οξείες και χρόνιες επιπλοκές του ΧΜΥΠ αλλά και οι δευτερογενείς συννοσηρότητες στα πλαίσια μακροχρόνιας θεραπείας υποκατάστασης.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA101

### ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ BRUCELLA MELITENSIS - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Χ. Αρκαδιανός**, Θ. Κατσίκας, Μαρία Ταμπάκη, Ελένη Λίοση, Αλεξάνδρα Ζάτα, Αικατερίνη Αργυράκη, Α. Πεφάνης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βρουκέλωση αποτελεί την πιο συχνή βακτηριακή ζωνοόσο παγκοσμίως με αυξημένη ενδημικότητα στις περιοχές πέριξ της μεσογείου. Κύρια αιτία μόλυνσης είναι η κατανάλωση μη παστεριωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων, μη μαγειρεμένων προϊόντων κρέατος ή η επαφή μολυσμένων ιστών/ υγρών. Συχνά παρουσιάζεται ως μη ειδική εμπύρετη ασθένεια, με πιθανές οστεοαρθρικές, γαστρεντερικές, νευρολογικές, αναπνευστικές, δερματικές, καρδιακές, οφθαλμικές, αιματολογικές και γεννητικές εκδηλώσεις. Η διάγνωση τίθεται ύστερα από απομόνωση του οργανισμού σε καλλιέργεια αίματος, βιολογικού υγρού, ιστού είτε με ορολογικές δοκιμασίες και συμβατό κλινικό και επιδημιολογικό ιστορικό.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση του ρόλου λήψης αιμοκαλλιεργειών για τη διάγνωση και την πρόγνωση ασθενών με βρουκέλωση.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 77 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, ολική αθροπλαστική δεξιού ισχίου προ 2ετίας προσέρχεται λόγω πυρετού από 20 ημέρου, άλγος στην οσφυϊκή χώρα και δυσκολία στη βάρδιση. Η ασθενής ανέφερε βρώση μη παστεριωμένων νωπών γαλακτοκομικών. Τα αντισώματα για βρουκέλα και η δοκιμασία wright ήταν θετικές. Οι αιμοκαλλιέργειες απομόνωσαν brucella melitensis. Η αξονική τομογραφία ΟΜΣΣ ανέδειξε εικόνα σπονδυλοδισκίτιδας σε Ο4-Ο5. Τέθηκε υπό τριπλή αγωγή με ριφαμπικίνη, δοξυκυκλίνη και γενταμικίνη, η οποία στη συνέχεια αντικαταστάθηκε με τριμεθοπρίμη / σουλφαμεθοξαζόλη. Λόγω εμμένουσας βακτηριαιμίας πραγματοποιήθηκε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα το οποίο δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Οι αιμοκαλλιέργειες αρνητικοποιήθηκαν την 15η ημέρα λήψης αντιβιοτικών. Η ασθενής απυρέτησε και παρουσίασε κλινική βελτίωση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η βρουκέλωση αποτελεί την πιο συχνή βακτηριακή ζωνοόσο με >500.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Η επίπτωση πιθανά υποεκτιμάται λόγω μειωμένης αναφοράς και λανθασμένης διάγνωσης. Είναι εξαιρετικά μεταδοτική λόγω της χαμηλής μολυσματικής δόσης (μετάδοση έως και 10 μικροοργανισμών μπορεί να προκαλέσει μόλυνση) και των πολλαπλών πιθανών διαδρομών μετάδοσης. Συχνά εμφανίζεται με γενικευμένα συμπτώματα με πιθανή συμμετοχή οποιουδήποτε οργάνου. Η λήψη αιμοκαλλιεργειών έχει κυμαινόμενη ευαισθησία (15-70%) και όταν ανευρίσκεται θετική αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην παρακολούθηση των ασθενών. Απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία σε ασθενής με σχετικό επιδημιολογικό ιστορικό.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Inan, A., et al (2019). Brucellosis in pregnancy: results of multicenter ID-IRI study. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases
2. Clin Microbiol Infect 2011; 17: 756-762
3. CDC- BRUCELLSIS REFERENCE GUIDE: EXPOSURES, TESTING, AND PREVENTION
4. Ariza J, et al. (2007) Perspectives for the treatment of brucellosis in the 21st century: The Ioannina recommendations. PLoS Med 4(12): e317
5. Lancet Infect Dis. 2007 Dec; 7(12): 775-8
6. WHO: brucellosis in humans and animals
7. Memish Z, Mah MW, Mahmoud SA, Shaalan MA, Khan MY. Brucella Bacteremia: Clinical and Laboratory Observations in 160 Patients. Journal of Infection. 2000 Jan; 40(1): 59-6

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA102

### ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

**Χ. Αβντουλλά<sup>1</sup>**, Θ. Παπαδάς<sup>2</sup>, Ν. Μαστρονικολής<sup>2</sup>, Μ. Λεοτσινίδης<sup>1</sup>, Ελένη Γελαστοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Κλινική Ωτορινολαρυγγολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα στην Ελλάδα βρίσκεται στην 19η θέση (13η στους άνδρες, 21η στις γυναίκες) μεταξύ όλων των καρκίνων.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός μας σε αυτή τη μελέτη ήταν να διερευνήσουμε την ετήσια επιβίωση των ασθενών που διαγνωστήκαν με καρκίνο του λάρυγγα καθώς και αν επηρεάζεται αυτή από το σημείο εντόπισης του όγκου.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

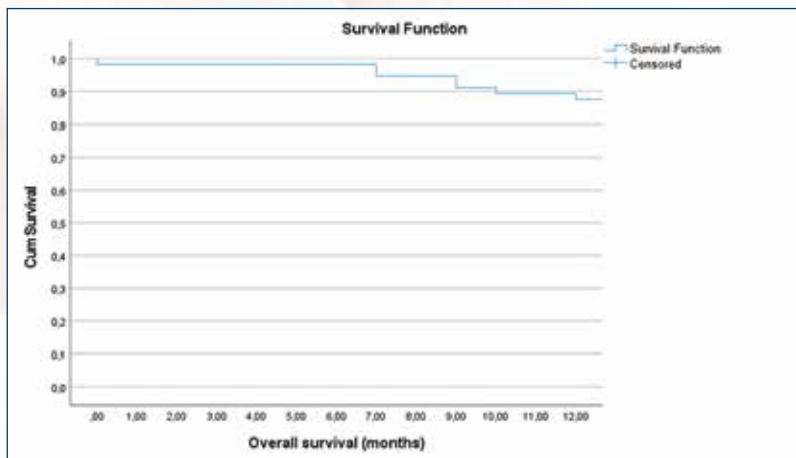
Η αναδρομική μελέτη σειράς ασθενών περιέλαβε 56 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα που διαγνώστηκαν και υποβλήθηκαν σε θεραπεία στην ΩΡΛ κλινική του ΠΓΝΠ (Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών) από το 2005 έως το 2010. Για τον υπολογισμό του ποσοστού επιβίωσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Kaplan-Meier.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά το χρονικό διάστημα των 6 ετών υψηλό ποσοστό καρκίνου του λάρυγγα παρατηρήθηκε στους άνδρες (98,2%) συγκριτικά με τις γυναίκες (1,8%) με μέση τιμή ηλικίας τα 60 έτη και ηλικιακό εύρος 38-88 έτη. Η σταδιοποίηση TNM έδειξε ότι στο στάδια II ταξινομήθηκε το 3,6% των όγκων, ενώ στα στάδια III και IV το 32,1% και 64,3% αντίστοιχα. Οι όγκοι εντοπίστηκαν στη γλωττίδα (51,8%) και στην υπεργλωττιδική μοίρα (48,2%) ( $p=0,435$ ). Η συνολική ετήσια επιβίωση των ασθενών ανήλθε στο 87,5%.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα μας βαδίζουν με διεθνείς βιβλιογραφικές πηγές, με τους άνδρες να έχουν αυξημένο ποσοστό καρκίνου του λάρυγγα σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, το σημείο εντόπιση του όγκου δεν φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την επιβίωση αυτών των ασθενών. Ωστόσο, παρά τα προχωρημένα στάδια του καρκίνου του λάρυγγα η συνολική ετήσια επιβίωση είναι υψηλή.

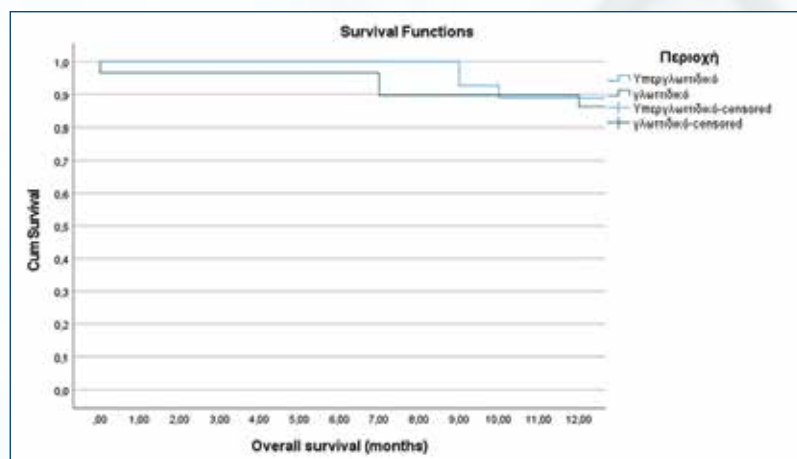


Εικόνα 1. Συνολική ετήσια επιβίωση ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα.

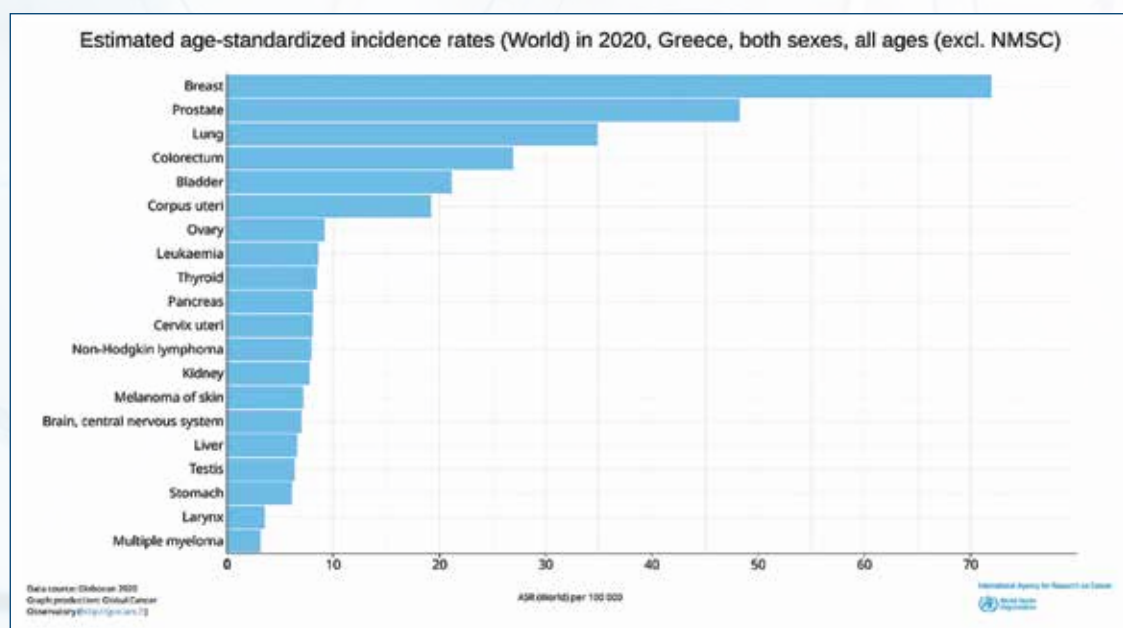


# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA102 (συνέχεια)



Εικόνα 2. Συνολική ετήσια επιβίωση ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα με βάση την περιοχή εντόπισης.



## AA103

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

**Χ. Αβντουλλά<sup>1</sup>**, Ν. Μαστρονικολής<sup>2</sup>, Ντανιέλα Ταχιράι<sup>3</sup>, Μ. Λεοτσινίδης<sup>1</sup>, Ελένη Γελαστοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Κλινική Ωτορινολαρυγγολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

<sup>3</sup> Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν ΑΤΤΙΚΟΝ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα το 2020 αποτελούσε το 1% όλων των καρκίνων παγκοσμίως και κατέχει την πρώτη θέση στους καρκίνους κεφαλής και τραχήλου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Διερεύνηση της επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου του λάρυγγα στην Ελλάδα και σύγκριση με άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος) σε διάστημα 20 ετών.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η χρονική περίοδος μελέτης ορίστηκε από το 2000 έως και το 2019. Τα δεδομένα αφορούσα συνολικά όλες τις ηλικίες και τα δύο φύλα. Συλλέχθηκαν από τις βάσεις δεδομένων (GBD, GLOBOCAN), κατηγοριοποιήθηκαν και η στατιστική ανάλυση και οι σύγκριση μεταξύ των χωρών πραγματοποιήθηκε με το εργαλείο Microsoft Office Excel 365.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

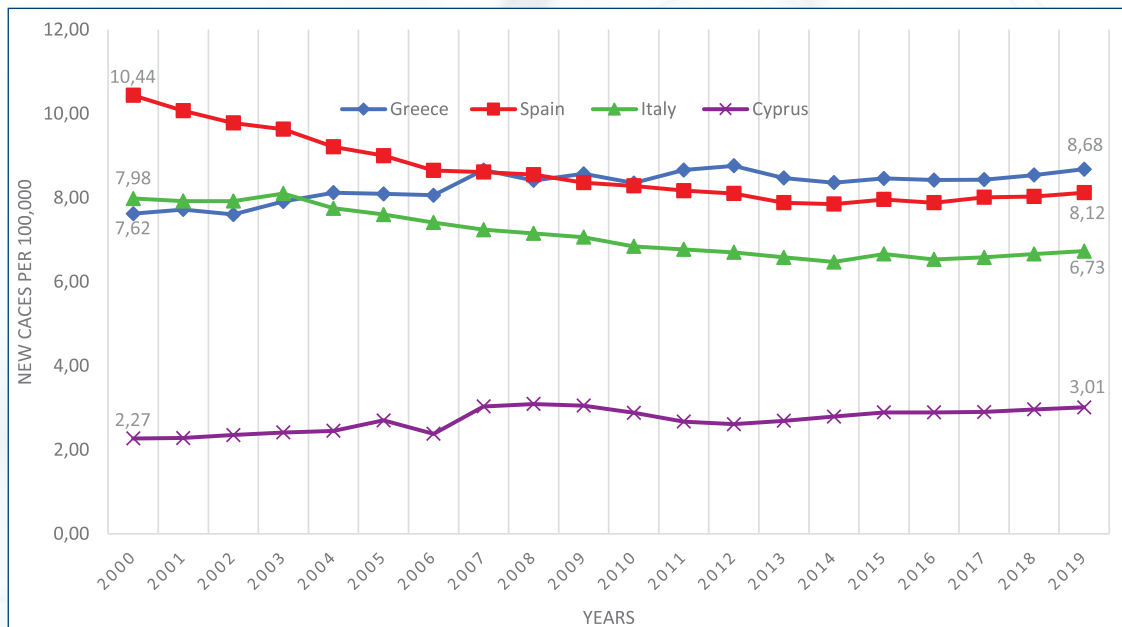
Κατά την περίοδο των τελευταίων 20 ετών η επίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα ανά 100 χιλ. κατοίκους στην Ελλάδα αυξήθηκε από 7,62 που ήταν το 2000 στο 8,68 το 2019. (Μέση Τιμή ή Μ.Τ.: 8,29, Ελάχ. 7,60, Μέγ. 8,76). Συγκριτικά με την Ισπανία και Ιταλία που είχε πτωτική πορεία φτάνοντας από 10,44 και 7,98 ανά 100 χιλ. το 2000 στο 8,12 και 6,73 ανά 100 χιλ. αντίστοιχα το 2019 (Ισπανία: Μ.Τ.: 8,63, Ελάχ. 7,85, Μέγ. 10,44, Ιταλία: Μ.Τ.: 7,13, Ελάχ. 6,47, Μέγ. 7,13). Επίσης, αύξηση αλλά με λιγότερα περιστατικά από όλες τις χώρες μελέτης, είχε και η Κύπρος φτάνοντας για τα ίδια έτη από 2,27 στο 3,01 ανά 100χιλ. κατοίκους (Μ.Τ.: 2,72, Ελάχ. 2,27, Μέγ. 3,09). Εν αντιθέσει, η θνησιμότητα σε όλες τις χώρες μελέτης είχε πτωτική πορεία με εξαίρεση την Ελλάδα που αυξήθηκε από το 3,45 που ήταν το 2000 στο 3,94 ανά 100 χιλ. κατοίκους το 2019 (Μ.Τ.: 3,66, Ελάχ. 3,45, Μέγ. 3,94).

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA103 (συνέχεια)

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτή την περίοδο των 20 ετών στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, τόσο η επίπτωση όσο και η θνησιμότητα από καρκίνο του λάρυγγα αυξήθηκαν σταδιακά φτάνοντας στην 1η θέση μεταξύ των χωρών μελέτης.



Διάγραμμα 1. Επίπτωση καρκίνου του λάρυγγα στην Ελλάδα και σε χώρες της Νότιας Ευρώπης σε διάστημα 20 ετών.

#### Επίπτωση ανά 100 χιλ. κατοίκους

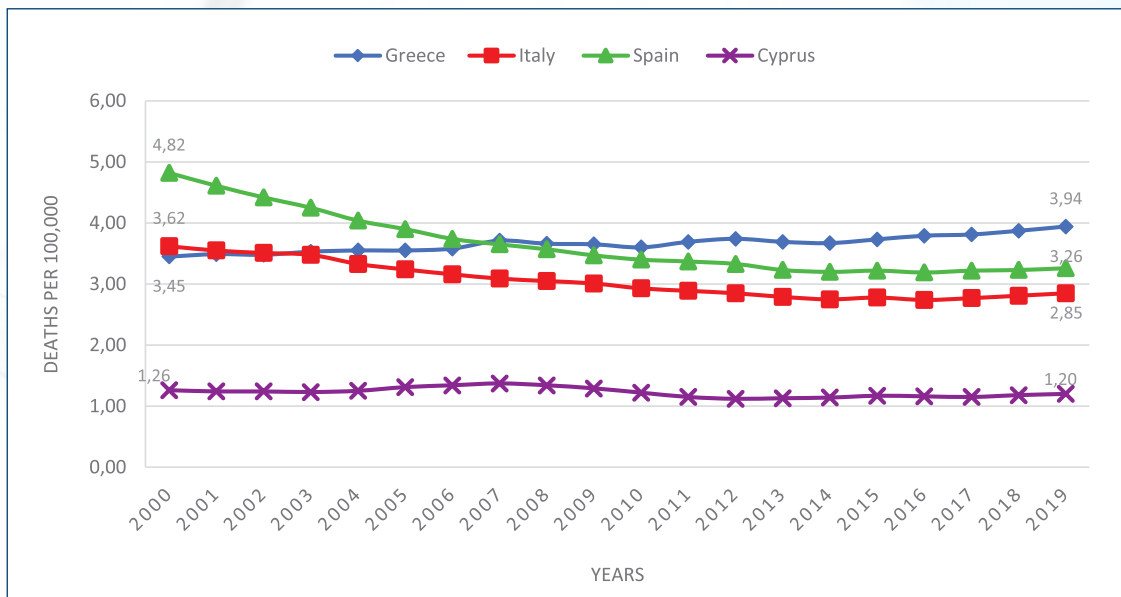
	Ελάχ.	Μέγ.	Μ.Τ.
<b>Greece</b>	7,60	8,76	8,29
<b>Italy</b>	6,47	8,10	7,13
<b>Spain</b>	7,85	10,44	8,63
<b>Cyprus</b>	2,27	3,09	2,72

Πίνακας 1. Στατιστικά επίπτωση καρκίνου του λάρυγγα.



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA103 (συνέχεια)



**Διάγραμμα 2.** Θνησιμότητα καρκίνου του λάρυγγα στην Ελλάδα και σε χώρες της Νότιας Ευρώπης σε διάστημα 20 ετών.

Επίπτωση ανά 100 χιλ. κατοίκους			
	Ελάχ.	Μέγ.	Μ.Τ.
<b>Greece</b>	3,45	3,94	3,66
<b>Italy</b>	2,74	3,62	3,06
<b>Spain</b>	3,19	4,82	3,66
<b>Cyprus</b>	1,12	1,37	1,22

**Πίνακας 2.** Στατιστικά θνησιμότητας καρκίνου του λάρυγγα.

### AA104

#### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χ. Κωνσταντίνου, Α. Κωνσταντίνου, **Μαρία Πασκάλη**, Χρυστάλλα Σκορδή, Μ. Παπαδημητρίου, Σοφία Γαλάνη, Α. Στυλιανού

*Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας*

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρουσίασης είναι η υπενθύμιση των παθολογικών οντοτήτων που δύναται να οδηγήσουν σε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, ασκίτικη συλλογή και πυλαία υπέρταση, χωρίς την παρουσία υποκείμενης κίρρωσης ήπατος.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής, άρρεν 73 ετών, με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, νοσπλεύττικη επανειλημμένως λόγω ασκίτικης συλλογής, δυσκοιλιότητας, ναυτίας-εμέτων, αδυναμίας, κόπωσης και εργαστηριακή εικόνα ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας (υπερχολερυθριναιμία, διαταραχή ηπατικής λειτουργίας αίματος). Καπνιστής (20 πακετοέτη), με περιστασιακή κατανάλωση μικρής ποσότητας αιθανόλης. Από την εξέταση, παρουσία ασκίτη υπό τάση. Πρώτο βήμα στη διαγνωστική προσπάθεια το υπερηχογράφημα κοιλίας, στο οποίο αναδείχτηκε βαριά ασκίτικη συλλογή και χολολιθίαση χωρίς χολοκυτίτιδα. Η ανάλυση του παρακεντημένου ασκίτικου υγρού έδειξε παρουσία λευκοκυττάρων 204 κ.ο.π/μλ (πολυμορφοπύρρηνα: 60%, λεμφοκύτταρα: 16%, άλλα κύτταρα: 27%) και SAAG: 1,6 (πυλαία υπέρταση), ενώ η κυτταρολογική ανάλυση μεσοθηλιακά κυττάρια, μακροφάγα και ελάχιστα λεμφοκύτταρα. Η διερεύνηση των αιτιών κίρρωσης ήπατος ως αιτίας ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας και πυλαίας υπέρτασης δεν οδήγησε σε αποτέλεσμα - ιολογικός έλεγχος αρνητικός, ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός (AMA M2, ANA, Sp100, LKM1, gp210, LC1, SLA), επίπεδα α1-αντιθρυψίνης και σερουλοπλασμίνης φυσιολογικά, ηκτοκαρδιογράφημα φυσιολογικό. Το υπερηχογράφημα σπληνοπυλαίου άξονα επιβεβαίωσε την πυλαία υπέρταση. Στη γαστροσκόπηση, 4 κίρρωσες στήλες μικρού μεγέθους και πυλαία γαστροπάθεια. Η αξονική τομογραφία κοιλίας και το υπερηχογράφημα δεν ανέδειξε εικόνα κίρρωσης, χωρίς θρόμβωση πυλαίας φλέβας, με παρουσία λίγων επασβεστωμένων κοκκιωμάτων. Λόγω μη εμφανούς αιτιολογίας της ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας, διενεργήθηκε βιοψία ήπατος - χωρίς στοιχεία που να τεκμηριώνουν κίρρωση ήπατος, παρουσία αλλοιώσεων ηπατίτιδας με στοιχεία οξείας φλεγμονής πιθανότατα φαρμακευτικής αιτιολογίας. Μετά από προσεκτικότερη λήψη ιστορικού ο ασθενής ανέφερε λήψη συγκεκριμένου φυτού μαζί με το πρωινό του από 6 μήνου, το οποίο κατανάλωνε ως μελισσόχορτο, ενώ όπως αποδείχτηκε ανήκει στο είδος *heliotropium* (*heliotropium europaeum*).

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το φυτό *heliotropium europaeum* προκαλεί ηπατοτοξικότητα. Τονίζεται η σημασία λήψης πολύ προσεκτικού ατομικού ιστορικού, ειδικά κατά τη διερεύνηση της ηπατοπάθειας.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA105

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΞΕΙΑΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ

**A. Βασιλόπουλος**, Μαρία Ταμπάκη, Μαρία Μπρόλια, Κασσιανή Παπαναστάση, Πέτρος Goskollli, Θ. Κασιόκας, Αλεξάνδρα Ζάτα, Κατερίνα Αργυράκη, Α. Πεφάνης

Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υποξεία θυρεοειδίτιδα είναι μία αυτοπεριοριζόμενη θυρεοειδική διαταραχή που συνήθως σχετίζεται με τριφασική κλινική πορεία υπερθυρεοειδισμού, υποθυρεοειδισμού και επαναφοράς σε φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία συνοδευόμενη από τραχηλικό άλγος. Σπανιότερα εμφανίζεται με μη ειδικά συμπτώματα όπως πυρετός, κακουχία, ανορεξία και αποτελεί διαφοροδιαγνωστική πρόκληση περιπτώσεων παρατεινόμενου εμπυρέτου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού παρατεινόμενου εμπύρετου οφειλόμενο σε υποξεία θυρεοειδίτιδα σε αποδομμή.

#### ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 74 ετών με ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης, Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και βρουκέλλωσης προ 30ετίας προσήλθε για διερεύνηση παρατεινόμενου εμπυρέτου μετά από 20ημερη νοσηλεία σε άλλο νοσοκομείο λόγω πυρετού, εφιδρώσεων, αδυναμίας, φαρρυγγαλγίας και βράγχους φωνής, όπου αντιμετωπίστηκε εμπειρικά με αντιβιοτική αγωγή ως επί λοίμωξης αγνώστου εστίας λόγω αυξημένης CRP και τριψήφιας ταχύτητας καθίζησης ερυθρών. Κλινικά δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβανομένων καλλιεργείων αίματος/ ούρων, αδρού βιοχημικού ελέγχου, ανοσολογικών και καρκινικών δεικτών, δοκιμασίας Wright, ορολογικού ελέγχου για ηπατίτιδες, HIV και δερμοαντίδραση φυματίνης δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Επαναλαμβανόμενες αξονικές θώρακα/ κοιλιάς ήταν φυσιολογικές πλην ήπιας διόγκωσης και ανομοιογένειας των λοβών του θυρεοειδούς. Εργαστηριακώς στην 4 βδομάδα νόσησης ελέγχθηκε οριακά χαμηλή θυρεοειδοτρόπος ορμόνη με φυσιολογικά ελεύθερα κλάσματα. Υπερηχογραφικά απεικονίστηκε θυρεοειδής αδένας αυξημένων διαστάσεων με παρουσία 2 όζων και πολλαπλών αποτιτανωμένων οζιδίων - μη ειδικά ευρήματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λόγω πολλών/λών χορηγήσεων ιωδιούχου σκιαγραφικού διενεργήθηκε καθυστερημένα σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς όπου διαπιστώθηκε μειωμένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου και παρουσία θερμών όζων άμφω, εικόνα συμβατή με υποξεία θυρεοειδίτιδα. Ο ασθενής σταδιακά απυρέτησε και υποχώρησαν όλα τα συμπτώματα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υποξεία θυρεοειδίτιδα είναι συχνά αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή που μπορεί να εμφανίζεται με συμπτώματα τοπικά (δυσφαγία, βράγχος φωνής, άλγος στην περιοχή του θυρεοειδούς), υπερθυρεοειδισμού ή υποθυρεοειδισμού ή γενικευμένα (πυρετός, κακουχία, ανορεξία, μυαλγίες) και μπορεί συχνά να διαλάθει της διάγνωσης. Η αλληπάλληλη χρήση σκιαγραφικών μπορεί να επηρεάσει το σπινθηρογράφημα. Απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία προς αποφυγή αυξημένης ή παραπλανητικής χρήσης των υγειονομικών πόρων και άσκοπης χορήγησης αντιβιοτικών.



#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Hazard J: Thyroiditis: A review. Am J Clin Pathol 25: 289-298,399-426,1955.  
Volpe R, Johnston MW: Subacute Thyroiditis: A disease commonly mistaken for pharyngitis. Can Med Assoc J 77: 297-307, 1957  
Volpe R, Johnston MW, Huber N: Thyroid function in subacute thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab 18: 65-78,1958



### AA106

#### **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ COVID-19: ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΝΑΓΚΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ- ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 REGISTRY**

Δ. Μπίρος, Α. Λιόντος, Α. Παπαθανασίου, Κορνηλία Βελιάνη, Χριστιάνα Παππά, Ν. Κολιός, Αικατερίνη Προκοπίου, Μαρία Νάσιου, Ελένη Παργανά, Ειρήνη Χριστάκη, Χ. Μπλιώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό του γενικού και νοσηλευόμενου πληθυσμού. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της πορείας νόσου και των καταληκτικών σημείων των νοσηλευόμενων ασθενών με ΣΔ και COVID-19, καθώς και η συσχέτιση αυτών με ειδικούς εργαστηριακούς δείκτες.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από 1186 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ, κατά το διάστημα 03/2020-05/2022. Προ της ανάλυσης έγινε αντιστοίχιση των διαβητικών ασθενών (N=259) με μη διαβητικούς ασθενείς σταθμίζοντας για βασικούς παράγοντες κινδύνου (φύλο, ηλικία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία), με χρήση propensity score matching. Η κανονικότητα των δεδομένων ελέγχθηκε με χρήση Shapiro-Wilk test. Η ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικής παλινδρόμησης, Mann-Whitney test και  $\chi^2$ -test.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η μέση ηλικία των διαβητικών ασθενών ήταν 71.7 έτη, ο μέσος ΔΜΣ 29.77 kg/m<sup>2</sup>, ενώ 61% ήταν άνδρες και 13.9% απεβίωσαν. Οι διαβητικοί ασθενείς χρειάστηκαν σε μικρότερο χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων έναντι των μη διαβητικών ( $p < 0.05$ ), ενώ παράλληλα εμφάνισαν υψηλότερες τιμές INR και γλυκόζης νηστείας κατά την εισαγωγή ( $p = 0.01$  και  $p < 0.05$ , αντίστοιχα). Η ανάγκη χορήγησης ινσουλίνης ταχείας δράσης συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα χορήγησης tocilizumab (αντίσωμα έναντι του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-6, ενός βασικού δείκτη του φλεγμονώδους καταρράκτη της COVID-19) τόσο στον πληθυσμό των διαβητικών όσο και στο γενικό πληθυσμό (OR=2.14,  $p = 0.02$  και OR=1.98,  $p < 0.05$ , αντίστοιχα). Η χορήγηση κορτικοστεροειδών κατά τη νοσηλεία φαίνεται, επίσης, να αυξάνει την πιθανότητα ανάγκης επικουρικών δόσεων ινσουλίνης τόσο για τους διαβητικούς ασθενείς όσο και για το γενικό πληθυσμό (OR=4.05,  $p < 0.05$  και OR=2.59,  $p < 0.05$ , αντίστοιχα). Τέλος, η ανάγκη χορήγησης ταχείας δράσης ινσουλίνης συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα θανάτου στον πληθυσμό των διαβητικών ασθενών κατά τη νοσηλεία, μη στατιστικά σημαντικά (OR=1.41,  $p = 0.24$ ).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η νοσηλεία των διαβητικών ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η ανάγκη αυτών των ασθενών για διορθωτικές δόσεις ινσουλίνης φαίνεται πως συσχετίζεται με τη βαρύτητα νόσου και την πιθανότητα εντατικότερης αντιμετώπισής τους.

## AA107

### ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΝΙΒΟΛΥΜΑΒ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Ε. Ζαζάς<sup>1</sup>**, Συμεώνη Κατζουρίδη<sup>1</sup>, Μαρία-Φαίδρα Χαραλάμπους<sup>1</sup>, Γ. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Πολυξένη Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Βασιλική Σακκά<sup>1</sup>, Μαργαρίτα Δημητριάδη<sup>1</sup>, Ν. Τσώκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α., Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αναστολείς PD1 σπανίως παρουσιάζουν ενδοκρινικές ή αυτοάνοσες ανεπιθύμητες ενέργειες (0,2-3%). Παρουσιάζουμε εδώ μία σπάνια αιτία διαβητικής κετοξέωσης σε ασθενή που πρόσφατα ξεκίνησε θεραπεία με nivolumab λόγω κακοήθους μεσοθηλιώματος και προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου μας σε ληθαργική κατάσταση.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πρόκειται για γυναίκα 47 ετών με μεσοθηλιώμα από 2 ετίας για το οποίο έλαβε αγωγή με χημειοθεραπεία και λόγω υποτροπής ξεκίνησε αγωγή με αναστολέα PD1-PDL1. Το λοιπό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο. Προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω πολλαπλών διαρροϊκών επεισοδίων από ημερών και πτώσης επιπέδου συνείδησης. Αναφέρεται απώλεια ΣΒ>10kg τους τελευταίους 3 μήνες. Από τον κλινικό έλεγχο ήταν ληθαργική, ισοκορική, φωτοκινητικό αντανακλαστικό παρόν, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Στα αέρια αρτηριακού αίματος ανεδείχθη εικόνα συμβατή με διαβητική κετοξέωση  $pO_2=122\text{mmHg}$ ,  $pO_2=11\text{mmHg}$ ,  $pH=6.98$ ,  $HCO_3^- =3\text{ meq/L}$ ,  $Lac=2,7$ ,  $Glu>500\text{ mg/dl}$ . Παρουσίασε αξιοσημείωτη λευκοκυττάρωση ( $>18000$ ), αφυδάτωση και κετονουρία. Τέθηκε άμεσα σε αγωγή με bolus ινσουλίνη ταχείας δράσεως, ινσουλίνη ταχείας δράσεως με χρήση αντλίας σε διαρκή έγχυση και επιθετική ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλικά διαλύματα ηλεκτρολυτών. Εισήχθη στην κλινική μας για αντιμετώπιση. Έγινε αξονική εγκεφάλου και άνω κάτω κοιλιάς, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από το λοιπό παρακλινικό έλεγχο εμφάνισε υποκλινικό υποθυρεοειδισμό, αυξημένη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ορού και χαμηλή τιμή C-πεπτιδίου. Παρέμεινε στο νοσοκομείο μας και σταδιακά βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά. Πλέον παρακολουθείται σε διαβητολογικό ιατρείο και λαμβάνει συστηματικά ινσουλινοθεραπεία.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι αναστολείς του PD1 εμφανίζουν διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ αυτών και ενδοκρινικές. Σπανίως, προκαλούν καταστροφή των παγκρεατικών κυττάρων με αυτοάνοσο είτε κυτταροτοξικό μηχανισμό, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως διαβητική κετοξέωση. Περισσότερη έρευνα πρέπει να γίνει στον τομέα αυτόν και οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να σκέφτονται συχνότερα τέτοιες επιπλοκές.

## AA108

### ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΜΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Συμεώνη Κατζουρίδν<sup>1</sup>, Ε.Ζαζάς<sup>1</sup>, Μαρία-Φαίδρα Χαραλάμπους<sup>1</sup>, Χ.Φαλιάκος<sup>1</sup>, Μαλβίνα Λαδά, Μαργαρίτα Δημητριάδν<sup>1</sup>, Ν. Τσώκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β΄ Παθολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α., Αθήνα

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ηπατικά αποστήματα ταξινομούνται σε βακτηριακής, παρασιτικής ή μυκητιασικής προέλευσης και μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά. Παρουσιάζουμε εδώ μια περίπτωση ενός ασθενή με ηπατικό απόστημα στο δεξιό λοβό που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά με ενδοφλέβια αντιβίωση.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πρόκειται για άνδρα 73 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπύρετου έως 39C από 6ημέρου και διαρροικών κενώσεων. Από τον κλινικό έλεγχο, ήταν εμπύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, με άλγος δεξιού υποχονδρίου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, παρουσίασε λευκοκυττάρωση (>22.000), αυξημένα ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα και CRP (=332U/L). Η αξονική κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό ανέδειξε αποστηματική αλλοίωση (8X7 εκατοστά) στο δεξιό λοβό και πιθανή εκκολπωματίτιδα, με το ανιόν κόλον να είναι σε επαφή με την παρυφή του ήπατος. Εισήχθη στην κλινική μας για αντιμετώπιση. Τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και μετρονιδαζόλη (για το ενδεχόμενο αμοιβαδικής λοίμωξης). Λόγω ανατομικών δυσκολιών, δεν διενεργήθηκε παροχέτευση υπό CT καθοδήγηση. Οι καλλιέργειες αίματος, ορολογικός έλεγχος έναντι Εχινοκόκκου και *E. histolytica*, ιολογικός έλεγχος και Α-φετοπρωτεΐνη απέβη αρνητικός. Σε επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο την 10η ημέρα, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των διαστάσεων του αποστήματος. Σταδιακά βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά και έπειτα από 2 εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, έγινε εμπειρική αποκλιμάκωση χωρίς επιπλοκές. Έλαβε σύνολο 4 εβδομάδες αντιβίωση, και αναμένεται η παρακολούθηση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η θεραπευτική επιτυχία στο ηπατικό απόστημα μπορεί να εξασφαλιστεί καλύτερα με πολυτροπική προσέγγιση συμπεριλαμβάνοντας αντιβιοτικά, παροχέτευση υπό U/S ή CT. Τα εμπειρικά αντιμικροβιακά σχήματα πρέπει να καλύπτουν στρεπτόκοκκους, εντεροβακτηριακά και ανασερόβια, καθότι είναι πολυμικροβιακά. Με την έγκαιρη χορήγηση αντιβιοτικών και διαδικασιών παροχέτευσης, η θνησιμότητα εμφανίζεται στο 5-30% των περιπτώσεων.



## AA109

### **COHORT ANALYSIS: ASSOCIATION OF TYG INDEX AND THE TRG/HDL, CRP/HDL, NEUTROPHILS/HDL LYMPHOCYTES/HDL RATIO WITH DISEASE OUTCOMES IN DYSLIPIDEMIC AND NON-DYSLIPIDEMIC COVID-19 HOSPITALIZED PATIENTS. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS.GOV: NCT05534074**

**Angelos Liontos**<sup>1</sup>, Dimitrios Birois<sup>1</sup>, Alexandros Papathanasiou<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria, Nasiou<sup>1</sup>, Cornelia Veliani<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Stavros Anagnostopoulos<sup>1</sup>, Katerina Pouloupoulou<sup>1</sup>, Nikol Armata<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas<sup>1</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)

#### **BACKGROUND**

Current data from various studies define dyslipidemia as a risk factor for COVID-19 infection, with varying disease severity. The aim of this research was to determine the possible differences and associations of the TyG index and the TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios with disease progression, as well as the outcomes between dyslipidemic and non- dyslipidemic hospitalized patients.

#### **METHODS**

We included 898 patients hospitalized in the Infections Diseases Unit of our Hospital from 03-2020 till 10-2021. The analysis included 593 patients for TyG index calculation on admission and as well as the ratios defined above in the disease's outcomes defined as: patient's death, intubation, hospital length of stay (LoS) and occurrence of thrombotic event. The comparison of the characteristics was conducted with an independent-samples t-test, logistic regression analysis and chi-squared test in SPSS.

#### **RESULTS**

Dyslipidemia was reported in 292 patients (32,8%) in the primary sample of the study while in the studied population with available laboratory results, medical history of dyslipidemia reported 114 patients (19,22%) with a mean value of TyG index of 8.92 (SD 0.61), while in the non-dyslipidemic group the mean value was 8.78 (SD 0.62). There was found a statistically significant difference between the two groups in the levels of TyG index ( $p = 0.01$ ) where the dyslipidemic group had a higher mean value of 0.14. In the ratios under examination, no significant difference was found between groups. In the logistic regression analysis of the dyslipidemic population ( $n = 179$ ) it was found that patients with higher CRP/HDL values on admission had an increased risk of death (OR = 1.196, 95% CI 1.002 - 1.427,  $p = 0.48$ ). TyG index was not associated with an increased risk of thrombotic events (OR = 0.88) as well as risk of intubation and LoS >7 days (OR = 0.93 and OR = 0.97) but with no statistical significance. No other statistical significant association was found in the other variables of concern. In the comparison between groups for the outcome it was found that patients with dyslipidemia had a higher probability of LoS > 7days (OR 1.43, 95% CI 1.057 - 1.9349,  $p = 0.02$ ). There was no other statistical significant difference between the two groups in the outcome of: patient's death, intubation and thrombotic events.

#### **CONCLUSION**

Although no association was found in our data it is supported by current available studies that TyG index may play a role as a predictor of disease severity and outcome in high-risk patient populations in the COVID-19 setting of disease. CRP/HDL ratio is also another prognostic risk factor for disease severity. Further investigation is needed to evaluate the other proposed ratios as a markers of disease severity.

## AA110

### **ASSOCIATION OF TYG INDEX AND DISEASE SEVERITY AND OUTCOMES IN A DIABETIC POPULATION HOSPITALIZED WITH COVID-19. RESULTS FROM A COHORT STUDY. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS.GOV: NCT0534074**

**Angelos Liontos**<sup>1</sup>, Dimitrios Birois<sup>1</sup>, Alexandros Papathanasiou<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria, Nasiou<sup>1</sup>, Cornelia Veliani<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Stavros Anagnostopoulos<sup>1</sup>, Katerina Pouloupoulou<sup>1</sup>, Nikol Armata<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas<sup>1</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)*

#### **BACKGROUND**

Current data from various studies define dyslipidemia as a risk factor for COVID-19 infection, with varying disease severity. The aim of this research was to determine the possible differences and associations of the TyG index and the TRG/HDL-C, CRP/HDL-C, NEUTROPHILS/HDL-C and LYMPHOCYTES/HDL-C ratios with disease progression, as well as the outcomes between dyslipidemic and non- dyslipidemic hospitalized patients.

#### **METHODS**

We included 898 patients hospitalized in the Infections Diseases Unit of our Hospital from 03-2020 till 10-2021. The analysis included 593 patients for TyG index calculation on admission and as well as the ratios defined above in the disease's outcomes defined as: patient's death, intubation, hospital length of stay (LoS) and occurrence of thrombotic event. The comparison of the characteristics was conducted with an independent-samples t-test, logistic regression analysis and chi-squared test in SPSS.

#### **RESULTS**

Dyslipidemia was reported in 292 patients (32.8%) in the primary sample of the study while in the studied population with available laboratory results, medical history of dyslipidemia reported 114 patients (19.22%) with a mean value of TyG index of 8.92 (SD 0.61), while in the non-dyslipidemic group the mean value was 8.78 (SD 0.62). There was found a statistically significant difference between the two groups in the levels of TyG index ( $p = 0.01$ ) where the dyslipidemic group had a higher mean value of 0.14. In the ratios under examination, no significant difference was found between groups. In the logistic regression analysis of the dyslipidemic population ( $n = 179$ ) it was found that patients with higher CRP/HDL ratio values on admission had an increased risk of death (OR = 1.196, 95% CI 1.002 - 1.427,  $p = 0.48$ ). TyG index was not associated with an increased risk of thrombotic events (OR = 0.88) as well as risk of intubation and LoS >7 days (OR = 0.93 and OR = 0.97) but with no statistical significance. No other statistical significant association was found in the other variables of concern. In the comparison between groups for the outcome it was found that patients with dyslipidemia had a higher probability of LoS > 7days (OR 1.43, 95% CI 1.057 - 1.9349,  $p = 0.02$ ). There was no other statistical significant difference between the two groups in the outcome of: patient's death, intubation and thrombotic events.

#### **CONCLUSION**

Although no association was found in our data it is supported by current available studies that TyG index may play a role as a predictor of disease severity and outcome in high-risk patient populations in the COVID-19 setting of disease. CRP/HDL ratio is also another prognostic risk factor for disease severity. Further investigation is needed to evaluate the other proposed ratios as a markers of disease severity.

## AA111

### **POST - COVID-19 CONDITION AND ASSOCIATION WITH ESTABLISHED RISK FACTORS OF DISEASE SEVERITY, IN A COHORT OF HOSPITALIZED PATIENTS 90 DAYS AFTER DISCHARGE FROM A LARGE GREEK ACADEMIC CENTER. THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) REGISTRY. CLINICALTRIALS.GOV: NCT05534074**

**Angelos Liontos**<sup>1</sup>, Christos Kyriakopoulos<sup>2</sup>, Evgenia Salla<sup>2</sup>, Dimitrios Biros<sup>1</sup>, Iro Rapti<sup>1</sup>, Maria Christaki<sup>1</sup>, Nikolaos-Gavriil Kolios<sup>1</sup>, Christiana Pappa<sup>1</sup>, Eleni Pargana<sup>1</sup>, Maria, Nasiou<sup>1</sup>, Kornelia Veliani<sup>1</sup>, Sempastien Filippas-Ntekouan<sup>1</sup>, Lazaros Athanasiou<sup>1</sup>, Stavros Tsourlos<sup>1</sup>, Ilias Tsiakas, Stavroula Sianou<sup>1</sup>, Eirini Christaki<sup>1</sup> Konstantinos Kostikas<sup>2</sup>, Haralampos Milionis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine and Infectious Diseases Unit, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)

<sup>2</sup> Respiratory Medicine Department, University Hospital of Ioannina - Ioannina (Greece)

#### **BACKGROUND**

Post-COVID-19 condition, an entity first described by patients that is now defined by the WHO, is expected to affect millions of people worldwide. It is estimated that up to 30% of people with COVID-19 continue to have symptoms that impair their daily activities, months after infection. We aimed to investigate the frequency of post-COVID-19 symptoms, radiological and physiologic abnormalities, in a cohort of post-COVID-19 clinic patients who had been hospitalized with COVID-19 in the previous 3 to 6 months at our hospital.

#### **METHODS**

Data of 92 patients hospitalized in the Infectious Diseases Unit of our Hospital, during the period 03/2020 to 05/2021, were used. We identified post-COVID syndrome (study criteria determined before WHO definition) patients as those who remained symptomatic or developed new symptoms post infection, lasting more than 4 weeks. All patients had a scheduled follow-up approximately 90 days after admission.

#### **RESULTS**

A total of 26 patients (28.3%) continued to have symptoms compatible with post-COVID conditions. Their mean age was 57.9 years with 17 being over 50 years of age, while 15 (57.7%) were male. The mean BMI was 29.3 kg/m<sup>2</sup>. The most common comorbidities were obesity (n=13), dyslipidemia (n=9), diabetes mellitus (n=7) and arterial hypertension (n=7). Fatigue was reported by 9 patients, dyspnea by 5, myalgias and dry cough by 3, while fever, sputum production and anosmia were reported by 2 patients. Abnormal chest X-ray findings were documented in 4 patients (15.4%). The mean values of spirometry results were 2.80 L for FEV<sub>1</sub>, 3.49 L for FVC, while FEV<sub>1</sub>/FVC ratio was 0.84 and DLCO was 83.8% of predicted. Post-COVID-19 conditions were not associated with any of the common risk factors like obesity, age, diabetes mellitus, arterial hypertension, COPD, smoking, immunosuppression, length of stay over 7 days and intubation.

#### **CONCLUSIONS**

Approximately 1 in 3 patients in our cohort presented with symptoms of COVID-19 conditions. Fatigue and dyspnea were the most frequently reported symptoms. Due to the small number of individuals in our study, no associations with specific risk factors could be established and more research is needed in order to determine predisposing conditions and long-term morbidity elicited by COVID-19.



## AA112

### ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χριστίνα Βούλγαρη<sup>1</sup>, Γεωργία Φύτρου<sup>1</sup>, Α. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Θ. Αργυράκος<sup>1</sup>, Β. Παπασταμόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το μη-μικροκυτταρικό, νευροενδοκρινικό καρκίνωμα του πνεύμονα (Non-Small Cell Neuroendocrine Carcinoma, NSNEC) είναι σπάνια μορφή καρκίνου (3%). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με NSNEC που νοσηλεύθηκε στην Κλινική μας.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 63 ετών εισήχθη για διερεύνηση ανώδυνου, αποφρακτικού ικτέρου. Από 3μηνου η ασθενής ανέφερε αδυναμία και καταβολή δυνάμεων. Από το ατομικό αναμνηστικό: καπνίστρια (60pack/year), σακχαρώδης διαβήτης. Από την αντικειμενική εξέταση: απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή, με ικτερική χροιά δέρματος, σκληρών και κοιλιά μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη. Διαπιστώθηκε παρουσία ασκτικής συλλογής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: λευκοκυττάρωση (WBC 21,01X10<sup>3</sup>) με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (80,1%), αύξηση CRP (12mg/dL), φερριτίνης (1941ng/ml) και TKE (37), υπερχολερυθριναιμία (ολική χολερυθρίνη 16mg/dl) με υπεροχή άμεσης (14,08mg/dl), τρανσαμινασαιμία (AST 153/ALT 107IU/L), υποαλβουμιναιμία (2.5g/dL), αυξημένη τιμή ALP 56 IU/L και γGT 909IU/L. Ο ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος, η α1-αντιθρυψίνη και σερουλοπλασμίνη ήταν φυσιολογικοί. Ομοίως φυσιολογικοί ήταν οι καρκινικοί δείκτες. Από το υπερηχογράφημα άνω/κάτω κοιλίας διαπιστώθηκαν πολλαπλές υποποχογενείς πιθανότατα δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήπατος. Στην αξονική τομογραφία (ΑΤ) θώρακος: οζόμορφη πνευμονική αλλοίωση με διαστάσεις 3.5x2.5cm στην αριστερή πνευμονική πύλη σε επαφή με την αριστερή πνευμονική φλέβα και πνευμονικό βρόγχο. Σημειώνεται ότι η ασθενής είχε ΑΤ θώρακος/κοιλίας προ 3μηνου χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από την ΑΤ άνω/κάτω κοιλίας ανεδείχθησαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήπατος χωρίς διάταση των ενδο/εξωηπατικών χοληφόρων αγγείων. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν με μαγνητική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας. Η μαγνητική μαστογραφία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθη γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη βιοψία ήπατος διαπιστώθηκε χαμηλής διαφοροποίησης, NSNEC με πιθανότερη πρωτοπαθή εστία τον πνεύμονα. Κατόπιν ογκολογικής εκτίμησης η ασθενής δεν έλαβε θεραπεία λόγω σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας στα πλαίσια ηπατοκυτταρικής βλάβης. Η ασθενής απεβίωσε από ηπατικό κώμα εντός 7ημέρου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λόγω της σπανιότητας του δεν υπάρχουν πληθυσμιακές, τυχαίοποιημένες μελέτες για το NSNEC. Επομένως, είναι σημαντική η καταγραφή αυτών των ασθενών καθώς η προτεινόμενη θεραπεία του NSNEC βασίζεται κυρίως σε αναδρομικές μελέτες περιστατικών από τη βιβλιογραφία.

## AA113

### Η ΚΑΡΒΑΜΥΛΙΩΣΗ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Θ. Πολυχρονιάδης<sup>1</sup>, Α. Κατσάρας<sup>1</sup>, Χριστίνα Μπάχα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ομάδα Φοιτητών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)\*

\* Υπ.: Δ. Γουλές, Ρευματολόγος

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά (carbamylation, lysine, homocitrulline, anti-citrullinated protein antibodies - ACPAs), ενώ επιλέχθηκαν μελέτες στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αντισώματα που αναγνωρίζουν καρβαμυλιωμένες πρωτεΐνες έχουν περιγραφεί σε ασθενείς με ΡΑ. Σε αντίθεση με την κιτρουλλινοποίηση, κατά την οποία η αργινίνη μετατρέπεται σε κιτρουλλίνη, η καρβαμυλίωση (ομοκιτρουλλινοποίηση) των πρωτεϊνών συμβαίνει ως μετα-μεταφραστική, μη ενζυμική τροποποίηση, κατά την οποία τα κύτταρα μετατρέπουν τη λυσίνη σε ομοκιτρουλλίνη. Περίπου το 30% των ACPA-αρνητικών ασθενών με ΡΑ έχουν ανιχνεύσιμα επίπεδα αντισωμάτων κατά των καρβαμυλιωμένων πρωτεϊνών. Όπως και τα ACPA, αυτά τα αντισώματα μπορεί επίσης να προηγούνται της κλινικής εμφάνισης της ΡΑ. Οι συσχετίσεις του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (MHC) για αυτή την υποομάδα ασθενών πιθανόν να διαφέρουν από την παραδοσιακή ACPA-θετική ΡΑ, εάν τα καρβαμυλιωμένα πεπτίδια δεσμεύονται με μεγαλύτερη συγγένεια σε μοναδικές αλληλουχίες αμινοξέων που κωδικοποιούνται από διαφορετικά αλληλόμορφα.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ομοκιτρουλλινοποιημένες πρωτεΐνες φαίνεται ότι διαδραματίζουν έναν δυναμικό παθογενετικό ρόλο στη ΡΑ. Ανευρίσκονται διαγνωστικά στους ACPA-αρνητικούς ασθενείς με ΡΑ, ενισχύοντας περαιτέρω και την ορολογική διάγνωση της νόσου (;).

## AA114

### ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ (ΡΠ) ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΜΑΛΟΝΔΙΑΛΔΕΨΔΗΣ-ΑΚΕΤΑΛΔΕΨΔΗΣ (ΜΑΑ) ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Θ. Πολυχρονιάδης<sup>1</sup>, Α. Κατσάρας<sup>1</sup>, Χριστίνα Μπάχα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ομάδα Φοιτητών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)\*

\* Υπ.: Δ. Γουλές, Ρευματολόγος

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο ρόλος του ΡΠ και των αντισωμάτων ΜΑΑ στην παθογένεια της ΡΑ.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την παρούσα ανασκόπηση έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαπενταετίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά (rheumatoid factor - RF, malondialdehyde-acetaldehyde adducts - MAA, anti-MAA antibodies).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αντισώματα έναντι του τμήματος Fc της ανοσοσφαιρίνης (Ig) G ονομάζονται ρευματοειδείς παράγοντες (RF) και εμπλέκονται στην παθογένεια της ΡΑ. Τα κυκλοφορούντα λεμφοκύτταρα από ασθενείς με ΡΑ αναγνωρίζουν οξειδωτικά τροποποιημένες IgG in vitro ξεκινώντας μια πολλαπλασιαστική απόκριση και εκκρίνοντας ιντερλευκίνη (IL)-2. Τα προϊόντα αντιδραστικού οξυγόνου και μονοξειδίου του αζώτου (NO) που εκκρίνονται από τα φλεγμονώδη κύτταρα δημιουργούν ομοιοπολικά διασυνδεδεμένα συσσωματώματα IgG με βιολογικές ιδιότητες πραγματικών ανοσοσυμπλεγμάτων. Η προτίμηση των IgG και RF να αυτοσυνδέονται σε μεγάλα συμπλέγματα που μοιάζουν με πλέγμα, συμπρωταγωνιστεί στην ιστική βλάβη. Αυτά τα σύμπλοκα μπορούν να βρεθούν σε όλους τους ιστούς της ρευματοειδούς άρθρωσης και να συμβάλλουν στη συγκέντρωση υλικού ενδοαρθρικά. Επιπλέον, τα ανοσοσυμπλέγματα που απομονώνονται από αρθρικά υγρά ενδέχεται να διεγείρουν την έκκριση του παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF) από μονοκύτταρα / μακροφάγα και κυτταροκινών. Αντισώματα μαλονδιαλδεΰδης-ακεταλδεΰδης (ΜΑΑ). Εκτός από τα αντισώματα κατά των καρβαμυλιωμένων πρωτεϊνών, ένα νέο σύστημα αντισωμάτων έναντι των καταλοίπων μαλονδιαλδεΰδης-ακεταλδεΰδης (ΜΑΑ) που δημιουργούνται από το οξειδωτικό στρες έχει επίσης εντοπιστεί σε ασθενείς με ΡΑ. Στη ΡΑ, τα αντισώματα κατά των ΜΑΑ (αντί-ΜΑΑ) σχετίζονται στενά με την παρουσία ΑCPA.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο ρόλος του ρευματοειδούς παράγοντα και λιγότερο των αντισωμάτων ΜΑΑ (για τα οποία απαιτείται περαιτέρω έρευνα) είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην παθογένεια και τη διάγνωση της ΡΑ και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων (σ. Sjögren).



# Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

## AA115

### ΥΠΕΡΥΘΡΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

**Χριστίνα Μπάχα<sup>1</sup>**, Θ. Πολυχρονιάδης<sup>1</sup>, Α. Κατσάρας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ομάδα Φοιτητών ΕΕΛΙΑ (Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών Αττικής)\*

\* Υπ.: Δ. Γουλές, Ρευματολόγος

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Υπέρυθρη Ακτινοβολία (ΥΑ) είναι μία μορφή μη ιοντίζουσας ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας (μορφή θερμοθεραπείας), που έχει δυναμικά ευεργετικές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία χωρίς ενδεχόμενες βλάβες στο γενετικό υλικό ή θερμικά εγκαύματα.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Αξιολόγηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στις θεραπευτικές εφαρμογές των υπέρυθρων ακτινοβολιών στην εσωτερική παθολογία, ενώ παραθέτει σχετικά ερευνητικά ερωτήματα.

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τις ανάγκες της ανασκόπησης, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά (infrared, photodynamic therapy, health, elite athletes, rehabilitation, infections, cardiovascular disease) στις βάσεις δεδομένων Pubmed/Medline και Scopus.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ΥΑ εφαρμόζεται μέσω ειδικών λαμπτήρων, θερμαινόμενων συρμάτων, κεραμικών ενσωματωμένων σε ενδύματα (τουρμαλίνη, νεφρίνης) ή ειδικές σάουνες. Το βάθος διείσδυσης της ΥΑ είναι αντιστρόφως ανάλογο του μήκους κύματος της. Η ακτινοβολία φτάνει μέχρι την επιδερμίδα ή τη δερμίδα, ενώ η παραγόμενη θερμότητα διαδίδεται στα παρακείμενα μαλακά μέρη και επάγει αγγειοδιαστολή. Η έκθεση σε ΥΑ έχει συσχετιστεί με μεταβολές στην κυτταρική σηματοδότηση, αύξηση των λεμφοκυττάρων σε θεραπευτικά επίπεδα και μειορρύθμιση (υπερ) φλεγμονωδών κυτταροκινών. Ενδείξεις. Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες υποστηρίζουν την επικουρική συμβολή της ΥΑ στην αντιμετώπιση μετεγχειρητικού και χρόνιου πόνου, διαβητικών ελκών, καρδιαγγειακών παθήσεων, λοιμώξεων, αυτοάνοσων νοσημάτων, στις μυοσκελετικές παθήσεις καθώς και αποκατάσταση και κινητοποίηση χρονίως πασχόντων και αθλητών υψηλών επιδόσεων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ΥΑ έχει ευρύ θεραπευτικό φάσμα εφαρμογής με χαμηλό κόστος, όπως αναφέρθηκε παραπάνω που ο επικουρικός της ρόλος στηρίζεται από πολλές επιστημονικές μελέτες κλινικής και βασικής έρευνας.

## AA116

### ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΣΗ COVID 19

**Γ. Ξυνός**, Όλγα Μπενεπούλου, Μήνια Ψυχογιουίδ

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

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς με λοίμωξη COVID 19 έχουν συνήθως σημεία και συμπτώματα που αφορούν το αναπνευστικό και το γαστρεντερικό σύστημα. Ενδέχεται όμως ο ασθενής να εμφανίσει δερματικό εξάνθημα. Το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα είναι από τις πιο συχνές δερματικές εκδηλώσεις και παρατηρείται πιο συχνά κατά την αποδρομή της νόσου. Παραθέτουμε μία τέτοια περίπτωση.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να εξοικειωθεί ο κλινικός ιατρός με το δερματικό εξάνθημα κατά τη λοίμωξη COVID 19.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για ασθενή 83 χρονών η οποία στις 24/5 είχε εμφανίσει πυρετό έως 38 με θετικό αντιγονικό έλεγχο για SARS CoV2. Έκτοτε παρέμεινε ασυμπτωματική, αλλά καθώς παρουσίασε σταδιακά διαταραχή επιπέδου συνείδησης υποβλήθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο όπου διαπιστώθηκαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές και νοσπλεύτηκε στην κλινική μας από τις 29/5 έως και 7/6/2022 (αποδόθηκαν πρωτίστως στη λήψη θειαζιδικών). Στις 1/6 και, ενώ βελτιωνόταν κλινικά και εργαστηριακά εμφάνισε ένα κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που ξεκίνησε στους γλουτούς και επεκτάθηκε στις νεφρικές χώρες, στις καμπτικές επιφάνειες των άκρων και βουβωνικά αμφοτερόπλευρα. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε λεμφαδενοπάθεια, ενάνθημα, οφθαλμική συμμετοχή ή γενικευμένη αποφολίδωση και δεν είχε ηωσινοφιλία. Έγινε συστηματικός έλεγχος των φαρμάκων που λάμβανε και αποκλείστηκαν σαν πιθανό αίτιο, ενώ ακολούθησε αλλεργιολογική εκτίμηση από την οποία επίσης δεν ενοχοποιήθηκε κάποιος παράγοντας. Δεν διακόψαμε κανένα φάρμακο.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ασθενή χορηγήθηκαν αντισταμινικά και σταδιακά μέσα στις επόμενες 6 ημέρες το εξάνθημα υφέθηκε.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα οφείλονται είτε σε φάρμακα είτε ιογενείς λοιμώξεις. Στη διαφορική διάγνωση αφού αποκλειστούν τα φάρμακα και εφόσον ο ασθενής μας νοσεί από COVID 19 είναι πολύ πιθανή η λοίμωξη να είναι και το αίτιο του εξανθήματος.



**Εικόνα 7.** 1/6/2022 (Δεξιά νεφρική χώρα και δεξιός γλουτός)

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA116 (συνέχεια)



**Εικόνα 8.** 3/6/2022 (Οπίσθια επιφάνεια κάτω άκρων)



**Εικόνα 9.** 7/6/2022 (Δεξι άνω άκρο-εξάνθημα σε αποδρομή στην οπίσθια επιφάνεια, φαίνονται και τα τρία σημεία από προηγούμενους φλεβοκαθετήρες)



**Εικόνα 10.** 3/6/2022 (Δεξιά νεφρική χώρα, δεξιός γλουτός)



## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA116 (συνέχεια)



**Εικόνα 11.** 5/6/2022 (Δεξιά νεφρική χώρα)



**Εικόνα 12.** 7/6/2022 (Δεξιά κοιλιακή χώρα)



**Εικόνα 13.** 2/6/2022 (αριστερή νεφρική χώρα και αριστερός γλουτός)

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### AA116 (συνέχεια)



**Εικόνα 14.** 5/6/2022 (Αριστερή νεφρική χώρα)



**Εικόνα 15.** 7/6/2022 (Αριστερή κοιλιακή χώρα)

[https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019%20%5C&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H1282615935](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019%20%5C&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H1282615935)

[https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019%20%5C&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H1282615935](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019%20%5C&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H1282615935)

Harrison's 20th edition

# 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 συнтаγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη 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 Bx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB Bx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB Bx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB Bx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB Bx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB Bx28 (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



# COVADIR

Amlodipine / Valsartan

# &

# COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide



COVADIR/3601\_05/2022

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατώντας στους παρακάτω συνδέσμους

[COVADIR](#)

[COVADIR HCT](#)

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Λ.Τ. σύμφωνα με το Δ.Τ. 12/2021\*

COVADIR F.C.TAB (5+160)MG/TAB BTx 30 tabs: 7,71

COVADIR F.C.TAB (10+160)MG/TAB BTx 30 tabs: 8,42

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+12,5)MG/TAB BTx30 tabs: 10,15

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+12,5)MG/TAB BTx30 tabs: 12,4

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 tabs:: 11,13

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 tabs: 12,61

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 tabs: 20,25

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



**DEMO** ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

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

21<sup>ο</sup> χλμ Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας, 145 68 Κρουσέρι,  
Αττικής, Ελλάδα, Τ: +30 210 8161802, F: +30 210 8161587



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

HELLENIC SOCIETY  
OF  
INTERNAL MEDICINE

