

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ-ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014 ΤΟΜΟΣ 103 ΤΕΥΧΟΣ 5

ιατρική

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



Αντιμετώπιση και θεραπεία της κοιλιακής μαρμαρυγής
 Ικανοποίηση ψυχωσικών ασθενών από πρόγραμμα
 αποκατάστασης

Επιλεγμένες περιλήψεις του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου 2014 -
 Τι Νεότερο στην Ιατρική: Η τεχνολογική εξέλιξη αναδομεί
 την ιατρική φροντίδα

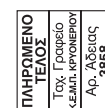
Management and treatment of atrial fibrillation
 Satisfaction of psychotic patients with a rehabilitation program
 Selected abstracts of the 4th Panhellenic Congress 2014 -
 What's New in Medicine: The technological evolution
 restructures medical care



iatriki

PUBLISHED BIMONTHLY BY THE SOCIETY FOR MEDICAL STUDIES

SEPTEMBER-OCTOBER 2014 VOLUME 103 No 5



ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1816 ΚΕΜΠΙΑ
 Κωδικός 014142

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Καρυχάκη & Αδριανέου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

ΙΑΤΡΙΚΗ

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



iatriki

BIMONTHLY PUBLISHED BY THE
SOCIETY FOR MEDICAL STUDIES

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ, ΣΥΝΤΑΞΗ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Σεβαστουπόλεως 76, 115 26 Αθήνα
Τηλ. (210) 69 82 950 – 69 94 258

FAX: (210) 69 94 258

e-mail: eis-iatriki@otenet.gr

www.etaireia-iatrikon-spoudon.org.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ιωάννης Καραϊτιανός

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Διαφημίσεις

Εγγραφές συνδρομητών-Επιταγές:



BETA Ιατρικές Εκδόσεις

ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ

ΑΔΡΙΑΝΕΙΟΥ 3 & ΚΑΤΕΧΑΚΗ

115 25 ΑΘΗΝΑ (Ν. ΨΥΧΙΚΟ)

☎ 210-67 14 371 – 67 14 340

FAX: 210-67 15 015

e-mail: betamedarts@otenet.gr

e-shop: www.betamedarts.gr

EN ISO 9001:2000

Υπεύθυνος τυπογραφείου

Α. Βασιλάκου

Αδριανείου 3 – 115 25 Αθήνα

Τηλ. (210) 67 14 340

Εργασίες

Επιστημονική αλληλογραφία

Συνδρομές μελών

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Συνδρομή μελών 60 €

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ 2014

(περιλαμβανομένου Φ.Π.Α. 6,5%)

Γιατροί 60 €

Φοιτητές 40 €

Εταιρείες-Οργανισμοί-Βιβλιοθήκες 130 €

Ευρωπαϊκή Ένωση 90 €

Λοιπές Χώρες 120 €

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος

Ι. Καραϊτιανός

Αντιπρόεδρος

Κ. Μαυραντώνης

Γενικός Γραμματέας

Α. Γαλίνας

Αν. Γενικός Γραμματέας

Κ. Στάμου

Ταμίας

Π. Αθανασίου

Μέλη

Δ. Δημητρουλόπουλος

Α. Ζέτος

Χρ. Καλαντζής

Ι. Καλλιάντος

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης

Α. Πεφάνης

Αν. Διευθύντρια Σύνταξης

Ντ. Τηνιακού

Μέλη

Α. Αδαμόπουλος

Π. Αθανασίου

Α. Αλεξοπούλου

Π. Καλοχαιρέτης

Α. Καραϊτιανού-Βελονάκη

Ι. Καραϊτιανός

Μ. Καραμάνου

Α. Καραφουλίδου

Α. Κυρούδη-Βούλγαρη

Χ. Κώσταλος

Η. Μυγδάλης

Ν. Παπαντωνίου

Ε. Πέππας

Λ. Ραλλίδης

Γ. Σακοράφας

Κ. Συρίγος

Π. Τζαρδής

EDITED BY THE

SOCIETY FOR MEDICAL STUDIES

76, Sevastoupoleos str,
GR-115 26 Athens, Greece

Tel. (+30) 210-69 82 950 – 69 94 258

FAX: (+30) 210-69 94 258

e-mail: eis-iatriki@otenet.gr

PUBLISHER-DIRECTOR

I. Karaitianos

EDITING

Subscription and
Advertising Enquiries:



BETA Medical Publications

3, ADRIANIΟΥ STR.

GR-115 25 ATHENS -GREECE

☎ +30210-67 14 371 – 67 14 340

FAX: +30210-67 15 015

e-mail: betamedarts@otenet.gr

e-shop: www.betamedarts.gr

EN ISO 9001:2000

Printing supervision

A. Vassilakou

3, Adrianiou str. – GR-115 25 Athens

Tel. (+30) 210-67 14 340

Papers' submission

Scientific correspondence

Fees payment

SOCIETY FOR MEDICAL STUDIES

Members' subscription 60 €

2014 ANNUAL SUBSCRIPTION

(VAT 6,5% included)

Greece

Personal edition 60 €

Student edition 40 €

Library edition 130 €

European Union 90 €

Other Countries 120 €

ADVISORY BOARD

President

I. Karaitianos

Vice President

K. Mavrandonis

Secretary General

A. Galinas

Dep. Secretary General

K. Stamou

Treasurer

P. Athanassiou

Members

D. Dimitroulopoulos

A. Zetos

Chr. Kalantzis

I. Kalliatos

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

A. Pefanis

Dep. Editor in Chief

D. Tiniakos

Members

A. Adamopoulos

P. Athanassiou

A. Alexopoulou

P. Kalocheritis

A. Karaitianou-Velonaki

I. Karaitianos

M. Karamanou

A. Karafoulidou

A. Kiroudi-Voulgari

Ch. Kostalos

H. Migdalis

N. Papantoniou

Th. Peppas

L. Rallidis

G. Sakorafas

K. Syrigos

P. Tzardis

Περιεχόμενα

Ανασκόπηση

Αντιμετώπιση και θεραπεία της κοιλιακής μαρμαρυγής. *H. Τσούγκος* 239

Ερευνητική εργασία

Μελέτη αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών από πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
Θ. Μεσσαριτάκης, Μ. Μαλλιώρα, Μ.Β. Καρύδη 247

Επιλεγμένες περιλήψεις του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου 2014 - Τι Νεότερο στην Ιατρική: Η τεχνολογική εξέλιξη αναδομεί την ιατρική φροντίδα 255

Contents

Review

Management and treatment of atrial fibrillation. *E. Tsougos* 239

Original paper

An evaluative study of the satisfaction of chronic psychotic patients with a psychosocial rehabilitation program. *T. Messaritakis, M. Malliori, M.V. Karidi* 247

Selected abstracts of the 4th Panhellenic Congress 2014 - What's New in Medicine: The technological evolution restructures medical care 255

Αντιμετώπιση και θεραπεία της κοιλιακής μαρμαρυγής

Η. Τσούγκος

Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η πιο κοινή καρδιακή αρρυθμία και η συχνότητά της αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Οι συνέπειες είναι σοβαρές για τον ασθενή, αφού η εμφάνισή της συνδέεται με επιδείνωση των καρδιακών συμπτωμάτων, της ποιότητας ζωής, αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων και αυξημένη συνολική θνησιμότητα. Σε έναν αριθμό ασθενών η κοιλιακή μαρμαρυγή εμφανίζεται χωρίς σαφές κλινικό ή παθολογικό υπόστρωμα και ονομάζεται ιδιοπαθής κοιλιακή μαρμαρυγή (lone). Σε ασθενείς με οργανικό υπόστρωμα, υποκείμενες ασθένειες είναι η υπέρταση, η βαλβιδική νόσος, η στεφανιαία νόσος και οι μυοκαρδιοπάθειες. Υπάρχει επίσης σπανιότερα η οικογενής μορφή της κοιλιακής μαρμαρυγής. Η κοιλιακή μαρμαρυγή εμφανίζεται είτε υπό τη μορφή μόνιμης (permanent) είτε υπό τη μορφή παροξυσμικής είτε υπό τη μορφή επίμονης (persistent) κοιλιακής μαρμαρυγής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κοιλιακής μαρμαρυγής συνίσταται σε τρεις στρατηγικές: (α) στον έλεγχο του καρδιακού ρυθμού (δηλαδή την αποκατάσταση και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού), (β) στον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας (δηλαδή την αποδοχή της κοιλιακής μαρμαρυγής ως τον μόνιμο ρυθμό του ασθενούς και την προσπάθεια διατήρησης της καρδιακής συχνότητας εντός των επιθυμητών ορίων) και (γ) την αντιπηκτική θεραπεία. Η σοβαρότητα των συνεπειών της κοιλιακής μαρμαρυγής, κυρίως σε επίπεδο συμπτωμάτων, εμβολικών επεισοδίων και θνητότητας, οδήγησε στην υπόθεση ότι εάν εξέλπει η αρρυθμία και αποκαθίστατο ο φλεβοκομβικός ρυθμός θα μειωνόταν και ο σχετικός κίνδυνος για τους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά Κοιλιακή μαρμαρυγή, αρρυθμία, αντιπηκτική αγωγή, έλεγχος καρδιακού ρυθμού.

Αλληλογραφία: Η. Τσούγκος, Νηλέως 20, 118 51 Θησείο, Αθήνα
e-mail: tsougos@yahoo.com

Management and treatment of atrial fibrillation

E. Tsougos

“Henry Dunant” General Hospital, Athens, Greece

ABSTRACT Atrial fibrillation is the most common sustained cardiac arrhythmia and its incidence increases according to age. Its appearance has serious consequences for the patient, which are associated with the emergence or worsening of symptoms, quality of life, increased risk of thromboembolic events and total mortality. In a number of patients, atrial fibrillation occurs without clear clinical or pathological substrate called idiopathic atrial fibrillation (lone). In patients with organic substrate common underlying diseases are hypertension, valvular disease, coronary heart disease and cardiomyopathies. There is also a familial form of atrial fibrillation. The atrial fibrillation occurs either in the form of permanent, paroxysmal or persistent form. Paroxysmal atrial fibrillation is defined as an arrhythmia usually lasting less than 48 hours, permanent is defined as arrhythmia that failed to respond in electrical or pharmaceutical cardioversion or arrhythmia for which reduction has never been attempted. Persistent atrial fibrillation is an arrhythmia that lasts longer than seven days and needs medical intervention to restore sinus rhythm. The basic principles of treatment of atrial fibrillation are threefold: (a) control of heart rate, (b) restoration and maintenance of sinus rhythm and (c) anticoagulant therapy.

Key words Atrial fibrillation, arrhythmia, anticoagulant therapy, control of heart rate.

Corresponding author: E. Tsougos, 20 Nilcos street, GR-118 51 Thisio, Athens, Greece
e-mail: tsougos@yahoo.com

1. Εισαγωγή

Η κολπική μαρμαρυγή είναι η συχνότερη εμμένουσα καρδιακή αρρυθμία και η επίπτωσή της αυξάνει αναλόγως της ηλικίας, από ποσοστό <1% σε ηλικίες κάτω των 50 ετών, έως ποσοστό ≥10% σε ηλικίες άνω των 80 ετών. Η εμφάνιση της έχει σοβαρές συνέπειες στον ασθενή, οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση ή επιδείνωση συμπτωμάτων, την ποιότητα ζωής του, τον αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων και την ολική θνητότητα. Οι κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της αρρυθμίας σε ατομικό επίπεδο, καθώς και στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας είναι επίσης σημαντικές.

Η γνώση του υποστρώματος αποτελεί βασική αρχή για τον καθορισμό της στρατηγικής θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής. Σ' έναν αριθμό ασθενών η κολπική μαρμαρυγή εμφανίζεται χωρίς σαφή παθολογικό ή κλινικό υπόστρωμα και ονομάζεται ιδιοπαθής κολπική μαρμαρυγή (Ione). Στους ασθενείς με οργανικό υπόστρωμα συνηθέστερες υποκείμενες νόσοι είναι η υπέρταση, οι βαλβιδικές παθήσεις, η στεφανιαία νόσος και οι μυοκαρδιοπάθειες. Τέλος υπάρχει και μια οικογενής μορφή κολπικής μαρμαρυγής που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα.

Η κολπική μαρμαρυγή δεν έχει ενιαία κλινική οντότητα και χαρακτηρίζεται από τρεις κλινικές μορφές. Η μία κλινική μορφή της νόσου μπορεί να συνδέεται με την άλλη, καθώς επίσης, η μία μορφή μπορεί να μεταπέσει στην άλλη.

Η κολπική μαρμαρυγή εμφανίζεται είτε υπό τη μορφή μόνιμης (permanent) είτε υπό τη μορφή παροξυσμικής είτε υπό τη μορφή επίμονης (persistent) κολπικής μαρμαρυγής. Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ορίζεται η αρρυθμία που συνήθως διαρκεί λιγότερο από 48 ώρες και συνήθως αυτοτερματίζεται. Ως μόνιμη κολπική μαρμαρυγή ορίζεται η αρρυθμία που έχει καταστεί μόνιμη δηλαδή έχει αποτύχει η ηλεκτρική ή η φαρμακευτική ανάταξη ή δεν έχει επιχειρηθεί ποτέ ανάταξη. Επίμονη κολπική μαρμαρυγή ορίζεται η αρρυθμία που διαρκεί περισσότερο από 7 ημέρες και χρειάζεται ιατρική παρέμβαση για την αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

Οι βασικές αρχές της θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής είναι τρεις: (α) ο έλεγχος της καρδια-

κής συχνότητας, (β) η αποκατάσταση και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού και (γ) η αντιπηκτική θεραπεία. Ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας είναι σημαντικός στη βελτίωση των αιμοδυναμικών συνθηκών του ασθενούς και βέβαια στην πρόληψη της λεγόμενης ταχυμυοκαρδιοπάθειας. Η αποκατάσταση επίσης του φλεβοκομβικού ρυθμού βελτιώνει την αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς με πιθανή τη βελτίωση της επιβίωσης.

2. Έλεγχος ρυθμού ή έλεγχος συχνότητας;

Ένα από τα σημαντικότερα διλήμματα στην αντιμετώπιση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή είναι η απόφαση, εάν θα επιχειρηθεί η αποκατάσταση και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού (έλεγχος ρυθμού) ή θα εφαρμοστεί ένας απλός έλεγχος της καρδιακής συχνότητας με αποδοχή της κολπικής μαρμαρυγής (έλεγχος συχνότητας). Η μία στρατηγική θεραπείας λοιπόν αφορά στην προσπάθεια διατήρησης φλεβοκομβικού ρυθμού με κάθε μέσο, φαρμακευτικό ή επεμβατικό, και η άλλη στον έλεγχο μόνο της καρδιακής συχνότητας. Η διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού επιτυγχάνεται με φαρμακευτικά μέσα, ή με διαδοχικές ηλεκτρικές ανατάξεις ή άλλες επεμβατικές μεθόδους όπως είναι οι γραμμοειδείς βλάβες στους κόλπους, οι καταλύσεις των εστιών που εκφορτίζουν ηλεκτρικά, και ενδεχόμενα η διεστιακή βηματοδότηση. Ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας γίνεται είτε με φαρμακευτικά μέσα ή με κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου και τοποθέτηση βηματοδότη. Η ακολουθητέα στρατηγική αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων και ερευνών τα τελευταία χρόνια.

Με δεδομένη την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα επί κολπικής μαρμαρυγής θα περίμενε κανείς θεωρητικά ότι η αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού θα υπερτερεί έναντι του απλού ελέγχου συχνότητας. Όμως τα αποτελέσματα πρόσφατων μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών δεν επαλήθευσαν αυτή την υπόθεση στην πράξη.

Οι σχετικές μελέτες είναι κυρίως οι AFFIRM,¹ RACE,² PIAF,³ STAF⁴ και HOT CAFE⁵ και συμπεριέλαβαν διάφορες ομάδες ασθενών με παροξυσμική και εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή. Τα καταληκτικά σημεία περιελάμβαναν την ολική

θνητότητα, την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, τις καρδιαγγειακές επιπλοκές και τα εμβολικά επεισόδια. Οι μεγαλύτερες από αυτές τις μελέτες ήταν: (α) η AFFIRM με 4060 ασθενείς, μέση διάρκεια παρακολούθησης 3,5 έτη και καταληκτικό σημείο την ολική θνητότητα¹ και (β) η RACE με 522 ασθενείς, μέση διάρκεια παρακολούθησης 2,3 έτη και μεικτό καταληκτικό σημείο αποτελούμενο από καρδιαγγειακό θάνατο, καρδιακή ανεπάρκεια, θρομβοεμβολικές επιπλοκές, αιμορραγία, σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και εμφύτευση βηματοδότη.² Σε καμία από αυτές τις μελέτες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ως προς την έκβαση ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου συχνότητας και στην ομάδα ελέγχου ρυθμού. Είναι ενδιαφέρον ότι ο έλεγχος ρυθμού δεν πλεονεκτούσε έναντι του ελέγχου συχνότητας ούτε αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών.⁶

Μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, στην οποία θα μπορούσε να πλεονεκτεί ο έλεγχος ρυθμού λόγω της σημαντικής κολπικής συμβολής στην πλήρωση των κοιλιών είναι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η υπόθεση αυτή εξετάστηκε στην τυχαίοποιημένη μελέτη AF-CHF.⁷ Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η καρδιαγγειακή θνητότητα και συμπεριλήφθηκαν 1376 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξώθησης $\leq 35\%$ (ή 25% σε ασυμπτωματικούς ασθενείς). Παρά τις αρχικές υποθέσεις, που οδήγησαν στον σχεδιασμό της μελέτης, δεν υπήρξε καμία διαφορά μεταξύ των ομάδων ελέγχου ρυθμού και συχνότητας ως προς την καρδιαγγειακή θνητότητα (26,7% έναντι 25,2%, $P=0,59$).⁸ Στις 2 ομάδες ήταν επίσης παρόμοια η ολική θνητότητα, το ποσοστό επιδείνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας και ο αριθμός εγκεφαλικών επεισοδίων. Συνεπώς, ούτε στην ομάδα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια φαίνεται να υπερτερεί η προσπάθεια ελέγχου ρυθμού έναντι του απλού ελέγχου συχνότητας.

Υπάρχουν διάφορες πιθανές εξηγήσεις για αυτά τα μη αναμενόμενα ευρήματα. Οι επικρατέστερες είναι κυρίως δύο:

1. Τα χρησιμοποιούμενα αντιαρρυθμικά φάρμακα έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα και σημαντικές πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως φάνηκε και σε πρόσφατη μετα-ανάλυση τυχαίοποιημένων μελετών σχετικά με τη χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων σε ασθενείς με

αναταχθείσα κολπική μαρμαρυγή.⁹ Συνεπώς, όταν συγκρίνεται ο έλεγχος ρυθμού με τον έλεγχο συχνότητας, δεν συγκρίνεται ο φλεβοκομβικός ρυθμός με την κολπική μαρμαρυγή, αλλά η συχνά ανεπιτυχής προσπάθεια διατήρησης φλεβοκομβικού ρυθμού με την κολπική μαρμαρυγή. Πράγματι, υποανάλυση της AFFIRM έδειξε ότι η πραγματική διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού σχετιζόταν με μείωση του κινδύνου θανάτου περίπου κατά 50% (Hazard ratio 0,53, $P<0,0001$), ενώ η χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων σχετιζόταν με αύξηση του κινδύνου επίσης κατά περίπου 50% (Hazard ratio 1,49, $P=0,0005$).¹⁰ Κατά συνέπεια, η σωστή άγνωση των μελετών φαίνεται να είναι ότι τα φαρμακευτικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα για την επίτευξη και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού πάσχουν από πλευράς αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.

2. Όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα τα τελευταία χρόνια, η κολπική μαρμαρυγή είναι συχνά ασυμπτωματική.¹¹⁻¹⁵ Τα ασυμπτωματικά επεισόδια φαίνεται μάλιστα να ξεπερνούν ακόμα και το 50% των επεισοδίων. Ως αποτέλεσμα πιθανολογείται ότι ένα αξιόλογο ποσοστό ασθενών, που υποβάλλονται σε έλεγχο ρυθμού, εμφανίζει ασυμπτωματική υποτροπή της αρρυθμίας μετά από επιτυχή ανάταξη. Αυτή η υποτροπή συνεπάγεται και αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επιπλοκών, ειδικά εάν έχει διακοπεί η αντιπηκτική αγωγή μετά την επιτυχή ανάταξη. Με την υπόθεση αυτή συμβαδίζουν δύο παρατηρήσεις: (α) Υποανάλυση της μελέτης AFFIRM έδειξε ότι υψηλό ποσοστό των ασθενών, που εμφάνισαν ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο τόσο στην ομάδα ελέγχου συχνότητας όσο και στην ομάδα ελέγχου ρυθμού, είτε δεν ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή είτε ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή σε υποθεραπευτική δόση, με τιμές $INR < 2,0$.¹⁶ (β) Ανασκόπηση των στοιχείων των τυχαίοποιημένων μελετών (AFFIRM, RACE, PIAF, STAF, HOT-CAFE) έδειξε ότι ο θρομβοεμβολικός κίνδυνος ήταν υψηλότερος στις ομάδες ελέγχου ρυθμού (2,9-7,9%) έναντι των ομάδων ελέγχου συχνότητας (0-5,5%).¹⁷

Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων αντιαρρυθμικών φαρμάκων φαίνεται να εξηγεί, τουλάχιστον εν μέρει, και την έλ-

λειψη υπεροχής του ελέγχου ρυθμού έναντι του ελέγχου συχνότητας όσον αφορά στην ποιότητα ζωής. Στη σχετική υποανάλυση της RACE βρέθηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς τη μεταβολή της ποιότητας ζωής, αλλά η πραγματική διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού σχετιζόταν με βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹⁸

Ποια είναι τα πρακτικά συμπεράσματα από αυτά τα ευρήματα; Αυτό, που φαίνεται να συναντά ομοφωνία, είναι η αναγκαιότητα συνέχισης της αντιπηκτικής αγωγής για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από επιτυχή ανάταξη, εφόσον ο ασθενής έχει παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια, ακόμα και εάν διατηρείται ο φλεβοκομβικός ρυθμός κατά την τακτική παρακολούθηση. Είναι άγνωστο αυτή τη στιγμή, εάν αυτό σημαίνει την εφ' όρου ζωής συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής. Επίσης, η αντιπηκτική αγωγή πρέπει να αποφασίζεται με κριτήρια τους παράγοντες κινδύνου του ασθενούς για την εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων και ανεξαρτήτως του τύπου της αρρυθμίας, δηλαδή του παροξυσμικού, εμμένουτος ή μόνιμου χαρακτήρα της κολπικής μαρμαρυγής.¹⁹

Πέραν αυτών των συμπερασμάτων για την αντιπηκτική αγωγή, βασικό ερώτημα είναι το εάν σε έναν συγκεκριμένο ασθενή θα ακολουθήσουμε έλεγχο ρυθμού ή έλεγχο συχνότητας. Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα με πιο σημαντικά κριτήρια τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τα συμπτώματα, που προκαλούνται από την αρρυθμία.²⁰ Βάσει των ανωτέρω παρατηρήσεων έχει προταθεί:

- α. Στην κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και σοβαρά συμπτώματα, όπως αιμοδυναμική αστάθεια, μυοκαρδιακή ισχαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, που δεν ανταποκρίνονται άμεσα στη φαρμακευτική θεραπεία, ενδείκνυται άμεση ηλεκτρική ανάταξη.
- β. Επί απουσίας εντόνων συμπτωμάτων σε σχετικά νέους ασθενείς, σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ιδιοπαθούς κολπικής μαρμαρυγής και σε ασθενείς με διορθώσιμο υποκείμενο αίτιο της αρρυθμίας ο έλεγχος συχνότητας είναι η αρχική επιλογή.

γ. Εάν τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται τόσο για τον έλεγχο της συχνότητας όσο και για τον έλεγχο του ρυθμού συνοδεύονται από σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, τότε θα πρέπει να σκεφτεί κανείς σοβαρά την κατάλυση του κολποκοιλιακού κόμβου και τη μόνιμη καρδιακή βηματοδότηση.

δ. Αντίθετα, σε ηλικιωμένους ασθενείς με ήπια συμπτώματα ή ασθενείς με αντένδειξη για τη χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων ο έλεγχος συχνότητας μπορεί να αποτελέσει μια λογική αρχική προσέγγιση.²¹

Η καρδιακή συχνότητα, που επιδιώκεται με τη φαρμακευτική αγωγή, συνήθως είναι 60–70/min στην ηρεμία. Δεν έχει όμως τεκμηριωθεί ότι η επίτευξη αυτού του στόχου σχετίζεται με καλύτερη έκβαση των ασθενών. Πρόσφατα συγκρίθηκαν στοιχεία της AFFIRM, που επεδίωκε καρδιακή συχνότητα ≤ 80 /min στην ηρεμία και ≤ 110 /min κατά την καθημερινή δραστηριότητα, και της RACE, που ακολουθούσε έναν μετριοπαθέστερο στόχο επιδιώκοντας καρδιακή συχνότητα ηρεμίας < 100 /min.²² Η σύγκριση αυτή δεν έδειξε κάποια υπεροχή του αυστηρότερου ελέγχου της καρδιακής συχνότητας της AFFIRM έναντι του πιο ελαστικού στόχου της RACE.

3. Αντιπηκτική αγωγή

Όπως διαπιστώθηκε ήδη προ πολλών ετών, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας στους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή αποτελούν τα εμβολικά και κυρίως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.²¹ Αυτά τα εγκεφαλικά επεισόδια χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη βαρύτητα και αυξημένη θνητότητα σε σχέση με τα εγκεφαλικά επεισόδια που δεν σχετίζονται με κολπική μαρμαρυγή, και συχνά αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα της αρρυθμίας.^{22–24} Όπως έχει τεκμηριωθεί σαφέστατα, η αντιπηκτική αγωγή επιτυγχάνει σημαντική μείωση αυτού του κινδύνου και παράλληλα σημαντική μείωση της θνητότητας. Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση 13 σχετικών μελετών με περισσότερους από 14.000 ασθενείς διαπιστώθηκε μείωση του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής κατά περίπου 2/3 (σχετικός κίνδυνος 0,33) και μείωση της θνητότητας κατά περίπου 31% (σχε-

τικός κίνδυνος 0,69).²⁵ Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά υπερέχουν σημαντικά της ασπιρίνης, η οποία επιτυγχάνει μείωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου κατά περίπου 22%.²⁶ Για τον λόγο αυτόν, η αντιπηκτική/αντιθρομβωτική αγωγή είναι βασικότατο τμήμα της θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής και η αναγκαιότητα ή μη της χορήγησης της πρέπει να διερευνάται εξαρχής, από διαγνώσεως της αρρυθμίας.

Ο κίνδυνος εμβολικών επεισοδίων, που εμφανίζει ένας συγκεκριμένος ασθενής, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ύπαρξη ορισμένων παραγόντων κινδύνου. Γι' αυτόν τον λόγο, η απόφαση ως προς το ενδεικνυόμενο είδος αντιθρομβωτικής αγωγής πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα με κύριο κριτήριο την ύπαρξη ή όχι αυτών των παραγόντων και ανεξάρτητα από την επιλογή ελέγχου ρυθμού ή συχνότητας, όπως επίσης και ανεξάρτητα από τον παροξυσμικό, εμμένοντα ή μόνιμο χαρακτήρα της κολπικής μαρμαρυγής.²⁷

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση εμβολικών επεισοδίων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: υψηλού, μέσου και ασθενούς κινδύνου.²⁸ Παράγοντες υψηλού κινδύνου είναι το ιστορικό προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής, η στένωση μιτροειδούς και η παρουσία προσθετικής βαλβίδας. Παράγοντες μέσου κινδύνου είναι ηλικία ≥ 75 ετών, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, κλάσμα εξώθησης $\leq 35\%$ και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ασθενείς ή λιγότερο τεκμηριωμένοι παράγοντες κινδύνου είναι το θήλυ φύλο, η ηλικία 65–74 έτη, η στεφανιαία νόσος και η θυρεοτοξίκωση. Επί παρουσίας ενός παράγοντα μέσου κινδύνου, ενός παράγοντα υψηλού κινδύνου ή άνω του ενός παραγόντων μέσου κινδύνου συνιστάται η χορήγηση κουμαρινικών είτε νεότερων αντιπηκτικών, ενώ επί απουσίας ενός εκ των αναφερθέντων παραγόντων η χορήγηση πιθανόν ασπιρίνης.

Όσον αφορά στα καινούργια αντιπηκτικά φάρμακα η χρήση τους φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικότερη και πιο ασφαλής από τη βαρφαρίνη. Στη μελέτη RE-LY έγινε σύγκριση του από του στόματος χορηγούμενου άμεσου αναστολέα της θρομβίνης, dabigatran, με τη βαρφαρίνη και μελετήθηκε η επίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου

και της συστηματικής εμβολής σε 18.113 ασθενείς με μη βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή. Σε δόση 110 mg ημερησίως η θεραπεία με dabigatran συνοδεύθηκε από συχνότητα εγκεφαλικών επεισοδίων και συστηματικής εμβολής όμοια με αυτή της βαρφαρίνης ενώ η συχνότητα εμφάνισης μειζόνων αιμορραγιών ήταν μικρότερη στην ομάδα της dabigatran. Σε δόση dabigatran 150 mg η επίπτωση εγκεφαλικών επεισοδίων και συστηματικών εμβολών ήταν μικρότερη αυτής της βαρφαρίνης.²⁹

Στην κλινική πρακτική χρησιμοποιούνται για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου για εγκεφαλικές εμβολές με βάση αυτούς τους παράγοντες και διάφορα «σχήματα». Ένα σύνηθες τέτοιο σχήμα είναι το λεγόμενο CHADS₂-VASc score.³⁰ Η ονομασία προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Congestive heart failure (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια), Hypertension (υπέρταση), Age (ηλικία >75 ετών), Diabetes mellitus (σακχαρώδης διαβήτης), Stroke (ιστορικό προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου), Vascular Disease (περιφερική αγγειακή νόσο), Sex Category (φύλο). Για κάθε έναν από αυτούς τους παράγοντες προστίθεται ένας πόντος (πίν. 1), ενώ ειδικά για το ιστορικό προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου προστίθενται δύο πόντοι. Έτσι συνολικά ένας ασθενής μπορεί να συγκεντρώνει από 0 έως 6 πόντους. Όσο περισσότεροι οι πόντοι, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος μελλοντικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου: από 2% ετησίως στους 0 πόντους σε 18% στους 6 πόντους.³⁰ Συνεπώς, όσο περισσότερους πόντους συγκεντρώνει ένας ασθενής, τόσο επιτακτικότερη η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής (πίν. 1).

Πρόσφατες αναλύσεις των στοιχείων της πανευρωπαϊκής καταγραφής Euro Heart Survey σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή έδειξαν τη σημασία αυτής της εξατομικευμένης αντιμετώπισης.³¹ Οι ασθενείς, στους οποίους η αντιθρομβωτική αγωγή επιλέχθηκε με βάση τις ισχύουσες συστάσεις, εμφάνισαν καλύτερη έκβαση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν ληφθεί υπόψη ότι στην καθημερινή πρακτική η επιλογή της αντιθρομβωτικής αγωγής σε υψηλό ποσοστό των ασθενών δεν γίνεται με βάση αυτά τα εξατομικευμένα κρι-

Πίνακας 1. Προσαρμοσμένη συχνότητα Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ), σύμφωνα με το σκορ CHA₂-DS₂-VAS_c

CHA ₂ -DS ₂ -VAS _c	Ασθενείς (N=7329)	Προσαρμοσμένη συχνότητα ΑΕΕ (% ανά έτος)
0	1	0
1	422	1,3
2	1230	2,2
3	1730	3,2
4	1718	4,0
5	1159	6,7
6	679	9,8
7	294	9,6
8	82	6,7
9	14	15,2

τήρια, όπως φάνηκε σε άλλη πρόσφατη ανάλυση των στοιχείων της Euro Heart Survey.³²

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην αντιπηκτική αγωγή, όταν επιχειρείται ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Εάν η αρρυθμία έχει διαρκέσει περισσότερες από 48 ώρες, χρειάζεται αντιπηκτική αγωγή για τουλάχιστον 3 εβδομάδες πριν την ανάταξη λόγω του κινδύνου να έχει σχηματιστεί θρόμβος, ειδικά στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Το ίδιο ισχύει σε περίπτωση ανάταξης κολπικής μαρμαρυγής άγνωστης έναρξης.³³ Εναλλακτικά μπορεί να πραγματοποιηθεί διοισοφάγειο ηχω-καρδιογράφημα, με το οποίο να αποκλειστεί η ύπαρξη θρόμβων στον κόλπο, ώστε να πραγματοποιηθεί άμεσα η ανάταξη με την κάλυψη ηπαρίνης.³⁴ Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι μετά από επιτυχή ανάταξη παρατηρείται μια παράδοση προσωρινή επιδείνωση της κολπικής λειτουργίας, που διαρκεί έως και λίγες εβδομάδες. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως αποπληξία “stunning” του κόλπου και οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων και θρομβοεμβολικών επεισοδίων ιδίως τις πρώτες ημέρες μετά την ανάταξη.³⁵ Η μεγάλη πλειονότητα των εμβολικών επεισοδίων μετά την ανάταξη συμβαίνει στις πρώτες 10 ημέρες.³⁶ Για την πρόληψη αυτών των εμβολικών επεισοδίων συνιστάται η συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής για τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά από επιτυχή ανάταξη.³⁷ Επειδή το κολπικό stunning παρατηρείται και μετά από επιτυχή φαρμακευτική ανάταξη της αρρυθμίας, οι συστάσεις αυτές για την αντιπηκτική αγωγή ισχύ-

ουν και στην περίπτωση, που πραγματοποιείται φαρμακευτική και όχι ηλεκτρική ανάταξη.

Πρέπει να παρατηρηθεί ότι, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το τελευταίο διάστημα οι γνώμες συγκλίνουν στην αναγκαιότητα συνέχισης της αντιπηκτικής αγωγής για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από επιτυχή ανάταξη και πάντως μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων, λόγω του κινδύνου ασυμπτωματικών υποτροπών της αρρυθμίας με επακόλουθα εμβολικά επεισόδια.

3.1. Ηλεκτρική ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής

Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η μελέτη SCAF όπου πραγματοποιήθηκε ηλεκτρική αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού σε 361 ασθενείς και παρακολούθηση για χρονικό διάστημα περίπου 4 ετών. Σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε ότι η ομάδα που διατήρησε 3 μήνες τον φλεβοκομβικό ρυθμό μετά την αποκατάστασή του, είχε κατά 57% μικρότερη πιθανότητα συνολικής θνητότητας στα 4 έτη και κατά 51% μικρότερη πιθανότητα θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου, νοσηλείας και ισχαιμικού ΑΕΕ στα 3 έτη παρακολούθησης.³⁷

4. Επεμβάσεις κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής

Οι επεμβάσεις κατάλυσης με γραμμοειδείς βλάβες στους κόλπους ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 από τον John Swartz και τον Michele Haissaguerre και έχουν ως θεωρητική βάση τη μείωση του δραστικού ηλεκτρικού ιστού και την αποτροπή της εξάπλωσης των κυκλωμάτων επανεισόδου. Έτσι, οι γραμμοειδείς τομές στον δεξιό κόλπο ή και στον αριστερό κόλπο με τη χρήση υψίσυχνου ρεύματος είχαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα αφού με παράλληλη χορήγηση αντιαρρυθμικών μείωναν τη συχνότητα της κολπικής μαρμαρυγής σε αρκετά σημαντικό ποσοστό ασθενών. Επίσης, η διαπίστωση από τον Haissaugerre ότι σε σημαντικό αριθμό ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή η αρρυθμία εκκινά από εστίες που εκφορτίζουν ηλεκτρικά στις πνευμονικές φλέβες έφερε επανάσταση στην κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής. Τοποθετώντας λοιπόν, έναν καθετήρα μέσα στην πνευμονική φλέβα που είναι υπεύθυνη για την αρρυθμία, εκτός από τη δραστηριότητα του

κόλπου καταγράφεται και μια άλλη δραστηριότητα η οποία ονομάζεται δραστηριότητα της πνευμονικής φλέβας και οφείλεται σε είσοδο μυϊκού ιστού στη φλέβα σε άλλοτε άλλη έκταση. Το ηλεκτρικό αυτό δυναμικό της φλέβας είναι αυτό που για άγνωστους λόγους πυροδοτεί τις έκτακτες συστολές ή και τις ριπές κολπικής μαρμαρυγής. Η κατάλυση αυτών των εστιών έδειξε ότι αποτρέπει σε σημαντικό αριθμό τα επεισόδια της κολπικής μαρμαρυγής.

Σήμερα, οι επεμβάσεις κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής είναι: (α) Απομόνωση των πνευμονικών φλεβών με τη χρήση διαφόρων συστημάτων όπως είναι ο καθετήρας Lasso, οι καθετήρες κρυοθερμίας και διάφορα ειδικά ηλεκτρόδια που εκπτυσσόμενα περιβάλλουν τις φλέβες και η χορήγηση ενέργειας δημιουργεί κυκλοτερή βλάβη γύρω από το στόμιο της αντίστοιχης φλέβας, (β) Γραμμοειδείς βλάβες γύρω και έξω από τα στόμια των πνευμονικών φλεβών.

Η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων για την πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής σχετίζεται με την κλινική μορφή της νόσου, το είδος της επέμβασης, και τον μηχανισμό της αρρυθμίας. Στην παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων είναι σαφώς υψηλότερη σε σχέση με την εμμένουσα ή τη χρόνια κολπική μαρμαρυγή. Αντίθετα, σε χρόνια η εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή είναι αποτελεσματικότερη η επέμβαση με γραμμοειδείς βλάβες έξω από τα στόμια των πνευμονικών φλεβών. Ένα χαρακτηριστικό αυτών των επεμβάσεων είναι ότι οι ασθενείς δεν βελτιώνονται άμεσα αλλά προοδευτικά σε χρονικό διάστημα 3 έως 6 μηνών, και γι' αυτόν τον λόγο πολλά κέντρα δίδουν πα-

ράλληλα και αντιαρρυθμική αγωγή, για αντίστοιχο χρονικό διάστημα.³⁸

Οι επεμβάσεις κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής σε ποσοστό περίπου 6% εμφανίζουν επιπλοκές που είναι ενίοτε θανατηφόρες. Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι το αιμοπερικάρδιο, η στένωση των πνευμονικών φλεβών, ιδιαίτερα στις επεμβάσεις εντός των φλεβών, ο σπασμός των στεφανιαίων και κυρίως της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, η επικοινωνία του αριστερού κόλπου με τον οισοφάγο. Η τελευταία αυτή επιπλοκή αν δεν αναγνωρισθεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Επίσης έχουν καταγραφεί παροδικά εγκεφαλικά επεισόδια.

Ένα θέμα, επομένως, που τίθεται είναι ποιοι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε επεμβατική θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής. Υπάρχουν μελέτες που προτείνουν επεμβατική θεραπεία ως πρώτη θεραπεία σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή μια και οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε αυτή είχαν καλύτερη διαχρονική πορεία. Στην πράξη πιστεύεται ότι λόγω του ότι η επέμβαση δεν έχει άνω του 70% αποτελεσματικότητα θα πρέπει να γίνεται σε επιλεγμένους ασθενείς, που τα συντηρητικά μέσα έχουν αποτύχει.

Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι καλύτεροι ασθενείς είναι αυτοί χωρίς οργανική καρδιακή νόσο και σχετικά μικρούς κόλπους. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής ακόμα και σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και διατεταμένους κόλπους. Τούτο όμως δεν είναι αποδεκτό από πολλούς άλλους ερευνητές και θα πρέπει οι επεμβάσεις αυτές να γίνονται με περίσκεψη.

Βιβλιογραφία

1. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002, 347:1825–1833
2. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002, 347:1834–1840
3. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation – Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. *Lancet* 2000, 356:1789–1794
4. Carlsson J, Miketic S, Windeler J et al. STAF Investigators. Randomized trial of rate-control versus rhythm-control in persistent atrial fibrillation: the Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) study. *J Am Coll Cardiol* 2003, 41:1690–1696
5. Opolski G, Torbicki A, Kosior DA et al. Rate control vs rhythm control in patients with nonvalvular persistent atrial fibrillation: the results of the Polish How to Treat Chronic Atrial Fibrillation (HOT CAFE) Study. *Chest* 2004, 126:476–486
6. Hagens VE, Ranchor AV, van Sonderen E et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the rate control versus electrical cardioversion (RACE) study. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:241–247
7. The AF-CHF Trial Investigators. Rationale and design of a study assessing treatment strategies of atrial fibrillation in patients

- with heart failure: The Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure (AF-CHF) trial. *Am Heart J* 2002,144:597–607
8. Lafuente-Lafuente C, Mouly S, Longas-Tejero MA et al. Antiarrhythmic drugs for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. A systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006, 166:719–728
 9. Strickberger SA, Ip J, Saksena S et al. Relationship between atrial tachyarrhythmias and symptoms. *Heart Rhythm* 2005, 2:125–131
 10. Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP et al. Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation* 2004,109:1509–1513
 11. Fetsch T, Bauer P, Engberding R et al. Prevention of atrial fibrillation after cardioversion: results of the PAFAC trial. *Eur Heart J* 2004, 25:1385–1394
 12. Patten M, Maas R, Bauer P et al. Suppression of paroxysmal atrial tachyarrhythmias - results of the SOPAT trial. *Eur Heart J* 2004, 25:1395–1404
 13. Israel CW, Grönefeld G, Ehrlich JR et al. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device: implications for optimal patient care. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:47–52
 14. Calkins H, Brugada J, Packer DL et al. HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up. *Europace* 2007, 9:335–379
 15. Sherman DG, Kim SG, Boop BS et al. National Heart, Lung, and Blood Institute AFFIRM Investigators. Occurrence and characteristics of stroke events in the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Sinus Rhythm Management (AFFIRM) study. *Arch Intern Med* 2005, 165:1185–1191
 16. Sherman DG. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. Pharmacological Rate Versus Rhythm Control. *Stroke* 2007, 38(part 2):615–617
 17. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. *Eur Heart J* 2006, 27:1979–2030
 18. Nieuwlaat R, Eurlings LW, Capucci A et al. Atrial fibrillation in the “real world”: undecided issues. *Eur Heart J Suppl* 2007, 9:I122–I128
 19. Lip GYH, Tse HF. Management of atrial fibrillation. *Lancet* 2007, 370:604–618
 20. Tagawa M, Takeuchi S, Chinushi M et al. Evaluating patients with acute ischemic stroke with special reference to newly developed atrial fibrillation in cerebral embolism. *Pacing Clin Electrophysiol* 2007, 30:1121–1128
 21. Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE Jr et al. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study. *Neurology* 1978, 28:973–977
 22. Van Gelder IC, Wyse DG, Chandler ML et al. Does intensity of rate-control influence outcome in atrial fibrillation? An analysis of pooled data from the RACE and AFFIRM studies. *Europace* 2006, 8:935–942
 23. Dulli DA, Stanko H, Levine RL. Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. *Neuroepidemiology* 2003, 22:118–123
 24. Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke* 1996, 27:1760–1764
 25. Lip GY, Edwards SJ. Stroke prevention with aspirin, warfarin and ximelagatran in patients with non-valvular atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res* 2006, 118:321–333
 26. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007, 146:857–867
 27. Gage BF, Waterman AD, Shannon W et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001, 285:2864–2870
 28. Nieuwlaat R, Olsson SB, Lip GY et al. Guideline-adherent anti-thrombotic treatment is associated with improved outcomes compared with undertreatment in high-risk patients with atrial fibrillation. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Am Heart J* 2007, 153:1006–1012
 29. Nieuwlaat R, Capucci A, Lip GY et al. Antithrombotic treatment in real-life atrial fibrillation patients: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2006, 27:3018–3026
 30. Van Diepen S, Youngson E, Ezekowitz JA et al. Which risk score best predicts perioperative outcomes in nonvalvular atrial fibrillation patients undergoing noncardiac surgery? *Am Heart J* 2014, 168:60–7.e5. doi: 10.1016/j.ahj. 2014.03.015. Epub 2014 Apr 3
 31. Klein AL, Grimm RA, Jasper SE et al. Efficacy of transesophageal echocardiography-guided cardioversion of patients with atrial fibrillation at 6 months: a randomized controlled trial. *Am Heart J* 2006, 151:380–389
 32. Khan IA. Atrial stunning: determinants and cellular mechanisms. *Am Heart J* 2003, 145:787–794
 33. Nieuwlaat R, Capucci A, Lip GY et al. Antithrombotic treatment in real-life atrial fibrillation patients: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2006, 27:3018–3026
 34. Klein AL, Grimm RA, Jasper SE et al. Efficacy of transesophageal echocardiography-guided cardioversion of patients with atrial fibrillation at 6 months: a randomized controlled trial. *Am Heart J* 2006, 151:380–389
 35. Khan IA. Atrial stunning: determinants and cellular mechanisms. *Am Heart J* 2003, 145:787–794
 36. Cha YM, Redfield MM, Shen WK et al. Atrial fibrillation and ventricular dysfunction: a vicious electromechanical cycle. *Circulation* 2004, 109:2839–2843
 37. Berger M, Schweitzer P. Timing of thromboembolic events after electrical cardioversion of atrial fibrillation or flutter: a retrospective analysis. *Am J Cardiol* 1998, 82:1545–1547
 38. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ et al. Incidence and mortality risk of congestive heart failure in atrial fibrillation patients: a community-based study over two decades. *Eur Heart J* 2006, 27:936–941

Μελέτη αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών από πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Θ. Μεσσαριτάκης,¹ Μ. Μαλλιώρα,²
Μ.Β. Καρύδη¹

¹Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ),
²Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας τους.

ΣΚΟΠΟΣ Η αξιολόγηση, με την κλίμακα VSSS-54, του βαθμού ικανοποίησης ψυχωσικών ασθενών και των φροντιστών τους από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από συγκεκριμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η ελληνική έκδοση της κλίμακας VSSS-54 χορηγήθηκε σε 25 ψυχωσικούς ασθενείς και στους φροντιστές τους (N=50). Όλοι οι ασθενείς είναι μέλη της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Τα έτη εκπαίδευσης των ασθενών βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τη συνολική ικανοποίηση ($r=0,54$, $P=0,008$). Η ομάδα των φροντιστών εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από τη δυνατότητα εμπλοκής τους στο πρόγραμμα, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης για τις δύο ομάδες εντοπίζεται στην υποκλίμακα «πληροφόρηση» (40% και 28% αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Παρά την ικανοποίηση των δύο ομάδων από το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατά-

An evaluative study of the satisfaction of chronic psychotic patients with a psychosocial rehabilitation program

T. Messaritakis,¹ M. Malliori,²
M.V. Karidi¹

¹Psychosocial and Vocational Rehabilitation Unit (PVRU) of the University Mental Health Research Institute (UMHRI),
²Faculty of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Current studies support that the patients' satisfaction with mental health services is directly related to their quality of life and to the successful outcome of their treatment.

AIM To use a scale of satisfaction with mental health services (VSSS-54) in order to evaluate the satisfaction of psychotic patients and their care givers with a particular psychosocial rehabilitation program.

MATERIAL-METHODS The Greek version of the VSSS-54 was administered to 25 psychotic patients and their care givers (N=50). All patients are attending the Psychosocial and Vocational Rehabilitation Unit (PVRU) of the University Mental Health Research Institute (UMHRI).

RESULTS Patients' years of education are positively correlated with overall satisfaction ($r=0.54$, $P=0.008$). Care givers are mostly satisfied with their involvement to the program (relatives' involvement), while both groups seem less satisfied with the dimension "information provided" (40% and 28% respectively).

CONCLUSION Although both groups are satisfied with the rehabilitation program, the patients' need for more information regarding their illness is emerged. Patients' responses indicate that they have their personal, different than that of their care givers, view about the types of services they receive, reflecting their

στασης, αναδύεται η ανάγκη των ασθενών για ενδεδειγμένη πληροφόρηση σχετικά με την ασθένειά τους. Οι απαντήσεις των ασθενών καταδεικνύουν μια διαφορετική, από τους φροντιστές, αντίληψη για το είδος των υπηρεσιών που λαμβάνουν, αντανακλώντας τον ανεξάρτητο τρόπο αντιμετώπισης της ζωής και των επιλογών τους.

Λέξεις ευρετηρίου Βαθμός ικανοποίησης, αποκατάσταση, ψύχωση.

Αλληλογραφία: M.B. Καρύδη, Σωρανού του Εφεσσιού 2, 115 27 Αθήνα
e-mail: monapokat@epipsi.gr

independent way of treating every day life and of managing their choices.

Key words Patient satisfaction, rehabilitation, psychosis.

Corresponding author: M.V. Karidi, 2 Soranou tou Efessiou street, GR-115 27 Athens, Greece
e-mail: monapokat@epipsi.gr

1. Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή που προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενούς σε πολλά επίπεδα. Τις δύο βασικές διαστάσεις της έκπτωσης αυτής περιγράφουν αφενός τα νευρογνωσιακά ελλείμματα, αφετέρου η σταδιακή υποχώρηση των κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων των ασθενών αυτών. Η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως αναπόσπαστο κομμάτι τριτογενούς πρόληψης,^{1,2} είναι απαραίτητο να στοχεύει σε ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας του ασθενούς και ισότιμης συμμετοχής του στην κοινότητα,³ στην αντιστροφή, δηλαδή, της εκπτώτικης διαδικασίας που προκαλείται από τη νόσο.

Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια, κυρίως σε πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως αναφέρουν οι Medalia και Choi⁴ είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα κίνητρα των ασθενών και τον σημαντικό ρόλο που παίζουν κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Όταν το θεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί κινητοποιητικά για τους ασθενείς, διαμορφώνονται συνθήκες αναγνώρισης των αναγκών τους από τους ίδιους, καλύτερη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση των προσδοκιών τους.⁵ Παρά τις επιμέρους διαφωνίες κάποιων ερευνητών για το κατά πόσο είναι ρεαλιστική η κρίση των ασθενών για την παρούσα κατάσταση της ζωής τους, καθώς και για το εννοιολογικό περιεχόμενο που αποδίδουν στη φράση «ποιότητα ζωής»,^{6,7} άλλες έρευ-

νες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν αντικειμενικά την ποιότητα της ζωής τους⁸ και να εκφράσουν την ικανοποίησή τους για ό,τι βιώνουν με αυθεντικό τρόπο.⁹

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται άμεσα τόσο με την ποιότητα της ζωής τους όσο και με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας τους,¹⁰ διότι τους παρέχει το απαραίτητο κίνητρο ώστε να προσπαθήσουν να βελτιώσουν τη ζωή τους ενώ συντελεί στην αναθεώρηση και στον επανακαθορισμό των προσδοκιών και των στόχων τους προς περισσότερο ρεαλιστικούς στόχους. Η διαπίστωση αυτή διαμορφώνει το θεωρητικό υπόβαθρο και αποτελεί βασικό στόχο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.¹¹ Με γνώμονα τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των ψυχωσικών ασθενών¹² και με δεδομένη τη δυσκολία να μετρηθεί με αξιόπιστο τρόπο ο βαθμός ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και την έλλειψη σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης στον τομέα αυτόν, η πρόσφατη προσαρμογή και στάθμιση στην Ελλάδα της κλίμακας Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων^{13,14} έρχεται να συνεισφέρει στην προσπάθεια βελτίωσης αυτών των υπηρεσιών και στη χώρα μας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να χορηγηθεί η κλίμακα Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) σε ασθενείς με ψυχωσική διαταραχή που παρακολουθούν το πρόγραμμα της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

και στους φροντιστές τους. Η δημιουργία του προγράμματος αυτού υπήρξε πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα και πρότυπο αποκαταστασιακής δομής,^{15,16} διότι συνδυάζει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση με την επαγγελματική επανένταξη χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Η χρήση της κλίμακας VSSS-54 για την αξιολόγηση του συγκεκριμένου προγράμματος τριτογενούς πρόληψης κρίνεται ότι θα συμβάλει στην περαιτέρω βελτίωση της λειτουργίας του καθώς και των υπηρεσιών που αυτό παρέχει.

2. Υλικό και μέθοδος

2.1. Παρουσίαση ερωτηματολογίου

Η κλίμακα VSSS είναι μια σχετικά καινούργια, αυτοχορηγούμενη κλίμακα μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ψυχικά ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κλινικής φροντίδας. Δημιουργήθηκε στη Verona της Ιταλίας (Verona, Department of Medicine and Public Health, WHO collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation) από τους: M. Ruggeri, T.K. Greenfield, R. Dall' Agnola, C.C. Attkisson, G.C. Pascoe και M. Tansella.¹⁷⁻²¹ Στην Ελλάδα η κλίμακα αυτή είναι μεταφρασμένη, προσαρμοσμένη και σταθμισμένη από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.^{13,14} Αποτελείται από 63 λήμματα και εκτιμά επτά διαστάσεις της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: τη συνολική ικανοποίηση, τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά επαγγελματιών, την πληροφόρηση, την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την παρέμβαση και τη συμμετοχή των συγγενών/φροντιστών.

2.2. Παρουσίαση υπηρεσίας υγείας

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι μέλη της ΕΜΑΕΕ του ΕΠΙΨΥ, δηλαδή, μιας μονάδας ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Η μονάδα αυτή παρέχει εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο θεραπευτικό και εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο διαρκεί 18 μήνες. Σε πρώτη φάση το υποψήφιο μέλος, αξιολογείται κλινικά όπου εξετάζεται αν πληρούνται τα κριτήρια εισόδου στο πρόγραμμα. Εφόσον το άτομο γίνει δεκτό τότε μετέχει στο πρόγραμμα της ΕΜΑΕΕ, το οποίο αποτελείται από τρία στάδια: (α) το στάδιο της προεργασίας (6 μήνες), (β) το στάδιο της εκπαίδευσης (12 μήνες) και (γ) το μεταθεραπευτικό στάδιο (ανοικτή διάρκεια).

Κατά τη διάρκεια της προεργασίας εκτιμάται το γνωστικό, το κοινωνικό και το εργοθεραπευτικό προφίλ του ασθενούς και σχεδιάζονται οι εξατομικευμένες αποκαταστασιακές παρεμβάσεις με βάση τις δυσκολί-

ες και τις ανάγκες του. Στο στάδιο των εργαστηρίων, και σε συνθήκες προσομοίωσης εργασιακού περιβάλλοντος, εκπαιδεύεται ο ασθενής σε κάποιες μορφές τέχνης. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος ο ασθενής έχει τακτές θεραπευτικές συναντήσεις με τους θεραπευτές της μονάδας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές) τόσο σε ατομικές συνεδρίες όσο και σε θεραπευτικές ομάδες, ομάδες ψυχοεκπαίδευσης και ομάδες πολιτιστικών δραστηριοτήτων. Μετά το πέρας των δεκαοκτώ μηνών ο ασθενής είτε αναζητά εργασία στην ελεύθερη αγορά, είτε εργάζεται σε φορείς προστατευμένης εργασίας (κοινωνικές επιχειρήσεις, κοινωνικοί συνεταιρισμοί).

2.3. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα

Η επιλογή των ασθενών έγινε από τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα της ΕΜΑΕΕ του ΕΠΙΨΥ. Συμμετείχαν στην έρευνα 25 ασθενείς, 15 άνδρες μέσης ηλικίας 38 ετών (38 ± 8) και 10 γυναίκες μέσης ηλικίας 40 ετών (40 ± 8) και οι φροντιστές τους,²² γονείς και τρεις νοσηλευτές ειδικού ξενώνα ή προστατευμένου διαμερίσματος όπου διαμένουν. Όλοι οι ασθενείς είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM IV-TR.²² Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσαν: (α) η διάγνωση να είναι διαφορετική από την ψυχωσική συνδρομή, (β) παρούσα υποτροπή της νόσου, (γ) χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, (δ) άλλη γλώσσα πέραν της ελληνικής ως μητρική αλλά και (ε) η μη συμπλήρωση ενός έτους παρακολούθησης στο πρόγραμμα αποκατάστασης.

Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν προαιρετική, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν έντυπο έγγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη, εγκεκριμένο από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΕΠΙΨΥ.

2.4. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS v.17 σε περιβάλλον Windows. Υπολογίστηκαν μεταξύ άλλων οι μέσες τιμές των επτά διαστάσεων εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών και έγινε σύγκριση με τις αντίστοιχες απαντήσεις των φροντιστών τους.

3. Αποτελέσματα

3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείται από 15 άνδρες μέσης ηλικίας 38 ετών (38 ± 8) και 10 γυναίκες μέσης ηλικίας 40 ετών (40 ± 8). Τα δύο φύλα δεν διέφεραν ηλικιακά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (t-test: $t=-0,82$, $df=22$, $P=0,421$). Αλλά ούτε και αναφορικά με τα έτη εκπαίδευσής τους (t-test: $t=1,34$,

df=21, P=0,194). Τέλος, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών είναι άγαμοι (92%) και διαμένει με την οικογένεια ή συγγενείς (84%) (πίν. 1).

3.2. Απαντήσεις ασθενών

3.2.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά βαθμολογιών. Στον πίνακα 2 παρατίθενται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 7 υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας σύμφωνα με τις απαντήσεις των 25 ασθενών. Λόγω της ασυμμετρίας των περισσότερων κατανομών (όπως υποδεικνύεται και από τον έλεγχο κανονικότητας των Shapiro-Wilks), χρησιμοποιούνται στη συνέχεια της ανάλυσης μη-παραμετρικές μέθοδοι ελέγχου υποθέσεων.

3.2.2. Ενδοσυσχετίσεις. Σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης (r) του Spearman, επτά υποκλίμακες συσχετίζονται θετικά και ισχυρά μεταξύ τους (r=0,5 έως και 0,9). Το γεγονός αυτό καταδεικνύει πως τα άτομα που τείνουν να βαθμολογούν θετικά σε μία υποκλίμακα, τείνουν να απαντούν θετι-

κά και στις υπόλοιπες. Εξαίρεση αποτελεί η υποκλίμακα «τύποι παρέμβασης», όπου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (P>0,05).

3.2.3. Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων και της συνολικής VSSS-54 δεν διέφεραν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (P>0,5 σε κάθε περίπτωση) ανάμεσα στα δύο φύλα, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό έλεγχο των Mann-Whitney (πίν. 3).

Αναφορικά με την ηλικία, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μόνο στην περίπτωση της υποκλίμακας «Τύποι παρέμβασης». Συγκεκριμένα, η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τη βαθμολογία της υποκλίμακας αυτής (Spearman r=-0,42, P-value=0,042), γεγονός που υποδεικνύει πως όσο μεγαλύτερος ηλικιακά είναι ένας ασθενής τόσο μικρότερη βαθμολογία (και άρα λιγότερο ευχαριστημένος) είναι από τους τύπους παρέμβασης (πίν. 3).

Αντίθετα τα έτη εκπαίδευσης βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την υποκλίμακα «συνολική ικανοποίηση» (Spearman r=0,54, P-value=0,008), γεγονός που υποδεικνύει πως όσο περισσότερα έτη εκπαίδευσης έχει ένας ασθενής, τόσο μεγαλύτερη βαθμολογία (και άρα περισσότερο ικανοποιημένος) είναι (πίν. 3).

3.3. Απαντήσεις συγγενών

3.3.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά βαθμολογιών. Στα αποτελέσματα οι φροντιστές αναφέρονται ως συγγενείς ακολουθώντας την ονομασία που το ίδιο το ερωτηματολόγιο φέρει ως τίτλο «Συγγενείς». Στη συνέχεια παρατίθενται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 7 υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμο-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=25).

Φύλο	
Άνδρες/Γυναίκες (n)	15/10
Ηλικία	
Μέση τιμή/εύρος (έτη)	39 (28-54)
Έτη εκπαίδευσης	
Μέση τιμή/εύρος (έτη)	13 (7-18)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η:	23 (92%)
Παντρεμένος/η-διαζευγμένος/η-χήρος/α:	2 (8%)
Διαμονή	
Μόνος/η:	3 (12%)
Οικογένεια-Συγγενείς:	21 (84%)
Άλλο:	1 (4%)

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά βαθμολογιών (Ασθενείς: N=25).

Βαθμολογία VSSS-54	Μέση τιμή	Διάμεσος	T.A.	Ελαχ. τιμή	Μεγ. Τιμή	P*
Συνολική ικανοποίηση	4,16	4,00	0,62	3,00	5,00	0,024
Δεξιότητες και συμπεριφορά επαγγελματιών	4,35	4,32	0,56	3,05	5,00	0,055
Πληροφόρηση	3,92	4,00	0,78	2,67	5,00	0,041
Προσβασιμότητα	4,26	4,50	0,58	3,00	5,00	0,024
Αποτελεσματικότητα	4,07	4,00	0,67	2,75	5,00	0,227
Τύποι παρέμβασης	5,29	5,29	0,50	4,29	6,24	0,956
Συμμετοχή συγγενών	3,99	3,83	0,74	2,00	5,00	0,074
Συνολική βαθμολογία	4,51	4,53	0,45	3,61	5,24	0,558

* Shapiro-Wilk test of normality

Πίνακας 3. Επίδραση φύλου, ηλικίας και εκπαίδευσης στις βαθμολογίες της VSSS-54 (Ασθενείς: N=25).

Βαθμολογία VSSS-54	Φύλο		Ηλικία		Έτη εκπαίδευσης	
	Mann-Whitney U	P-value	Spearman r	P-value	Spearman r	P-value
Συνολική ικανοποίηση	62,00	0,459	0,00	0,984	0,54	0,008
Δεξιότητες και συμπεριφορά επαγγελματιών	69,00	0,739	-0,12	0,581	0,37	0,079
Πληροφόρηση	74,50	0,978	0,05	0,821	0,28	0,201
Προσβασιμότητα	71,50	0,841	0,12	0,582	0,17	0,432
Αποτελεσματικότητα	67,50	0,676	0,02	0,926	0,32	0,138
Τύποι παρέμβασης	69,50	0,760	-0,42	0,042	0,35	0,103
Συμμετοχή συγγενών	65,00	0,574	-0,04	0,839	0,17	0,437
Συνολική βαθμολογία	72,50	0,890	-0,12	0,581	0,45	0,030

λογίας σύμφωνα με τις απαντήσεις των 25 συγγενών (πίν. 4). Όμοια με πριν, λόγω της ασυμμετρίας των περισσότερων κατανομών (όπως υποδεικνύεται και από τον έλεγχο κανονικότητας των Shapiro-Wilks), χρησιμοποιήθηκαν μη-παραμετρικές μέθοδοι ελέγχου υποθέσεων.

3.3.2. Ενδοσυσχετίσεις. Σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης (r) του Spearman, το δείγμα των συγγενών, οι επτά υποκλίμακες δεν συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους, όπως στην περίπτωση των βαθμολογιών των ασθενών.

3.4. Σύγκριση απαντήσεων ασθενών και συγγενών

3.4.1. Μέση βαθμολογία. Όπως φαίνεται στον πίνακα 5, οι απαντήσεις ασθενών και των συγγενών τους δεν διέφεραν κατά μέση βαθμολογία σε καμία από τις υποκλίμακες.

3.4.2. Βαθμός συσχέτισης βαθμολογιών ασθενών και των συγγενών τους. Σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman, οι βαθμολογίες ασθενών και των συγγενών τους στις ίδιες υποκλίμακες δεν συσχετίζονται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι ενώ κατά μέσον όρο ο βαθμός ικανοποίησης είναι ταυτόσημος (βλ. προηγούμενη παράγραφο), δεν μπορούμε να πούμε πως σε ασθενείς με υψηλό βαθμό ικανοποίησης, και οι αντίστοιχοι συγγενείς είναι ικανοποιημένοι σε μεγάλο βαθμό, και αντιστρόφως. Δηλαδή, ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς είναι εν γένει ανεξάρτητος του βαθμού ικανοποίησης του συγγενούς του.

3.5. Ικανοποίηση και μη ικανοποίηση

Ακολουθώντας τους Ruggeri et al,¹⁰ σε κάθε υποκλίμακα χαρακτηρίστηκαν ως ικανοποιημένα τα

Πίνακας 4. Περιγραφικά χαρακτηριστικά βαθμολογιών (Συγγενείς: N=25).

Βαθμολογία VSSS-54	Μέση τιμή	Διάμεσος	T.A.	Ελαχ. τιμή	Μεγ. Τιμή	P*
Συνολική ικανοποίηση	4,24	4,33	0,50	2,67	5,00	0,007
Δεξιότητες και συμπεριφορά επαγγελματιών	4,29	4,27	0,40	3,32	4,95	0,187
Πληροφόρηση	3,68	4,00	1,27	0,00	5,00	0,000
Προσβασιμότητα	4,30	4,50	0,50	3,00	5,00	0,007
Αποτελεσματικότητα	3,99	4,00	0,45	2,63	4,88	0,068
Τύποι παρέμβασης	5,37	5,35	0,58	4,31	6,71	0,892
Συμμετοχή συγγενών	3,99	4,00	0,98	0,00	5,00	0,000
Συνολική βαθμολογία	4,53	4,47	0,33	3,96	5,19	0,788

* Shapiro - Wilk test of normality

Πίνακας 5. Μέση διαφορά βαθμολογιών VSSS-54 (Ασθενών-Συγγενών: N=25).

Βαθμολογία VSSS-54	Μέση τιμή	T.A.	P
Συνολική ικανοποίηση	-0,08	0,86	0,752
Δεξιότητες και συμπεριφορά επαγγελματιών	0,06	0,66	0,628
Πληροφόρηση	0,24	1,50	0,687
Προσβασιμότητα	-0,04	0,63	0,913
Αποτελεσματικότητα	0,07	0,71	0,513
Τύποι παρέμβασης	-0,08	0,62	0,627
Συμμετοχή συγγενών	-0,01	1,17	0,603
Συνολική βαθμολογία	-0,02	0,43	0,946

άτομα που η βαθμολογία τους ήταν ίση ή μεγαλύτερη από 3,5 και ως μη ικανοποιημένα, τα άτομα με μέση βαθμολογία κάτω του 3,5. Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι εξαιρετικά μεγάλα, τόσο για τους ασθενείς (60–100%), όσο και για τους συγγενείς τους (72–100%). Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης στους ασθενείς παρουσιάζεται στην κλίμακα «πληροφόρηση» και το υψηλότερο παρουσιάζεται στην κλίμακα «τύποι παρέμβασης». Στους συγγενείς, το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται επίσης στην κλίμακα «πληροφόρηση» και το υψηλότερο παρουσιάζεται στην κλίμακα «συμμετοχή συγγενών» (πίν. 6).

4. Συζήτηση

Τα ως άνω αποτελέσματα μας δείχνουν αρχικά ότι οι ασθενείς απάντησαν έχοντας μια συνολική εικόνα του θεραπευτικού προγράμματος στο μυαλό τους κι αυτό φαίνεται από την ομοιογένεια που είχαν οι απαντήσεις τους στις επιμέρους επτά υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Αντιθέτως, οι συγγενείς φροντιστές τους δεν παρουσίασαν αυτή την εικόνα στις απαντήσεις τους σκεφτόμενοι κάπως αποσπασματικά. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, διότι οι ασθενείς γνωρίζουν εκ των πραγμάτων το πρόγραμμα καλύτερα αφού το παρακολουθούν καθημερινά και σχετίζονται περισσότερο με το προσωπικό και τις δραστηριότητες, ενώ οι συγγενείς έχουν μια αποσπασματική εικόνα του φορέα.

Ένα άλλο αποτέλεσμα που συμφωνεί και με άλλες μελέτες²³ είναι το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είναι γενικά λιγότερο ικανοποι-

ημένοι από τους τύπους παρεμβάσεων για θεραπεία. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην κόπωση που προκαλεί η χρονιότητα της νόσου. Από την άλλη, η καλύτερη εκπαίδευση των ασθενών συμβάλλει στο αίσθημα ικανοποίησης από το πρόγραμμα, καθώς το ίδιο το πρόγραμμα διαθέτει ένα μεγάλο εκπαιδευτικό κομμάτι στη δομή του.

Επιπρόσθετα, σημαντικό εύρημα των αποτελεσμάτων είναι το γεγονός ότι παρόλο που συνολικά ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης ταυτίζεται με αυτό των φροντιστών-συγγενών τους, ο τρόπος που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δείχνει ότι αυτό το αντιλαμβάνονται με έναν δικό τους ανεξάρτητο τρόπο που δεν είναι ταυτόσημος με αυτόν των φροντιστών τους. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς φαίνεται να διατηρούν τον δικό τους ανεξάρτητο τρόπο που βλέπουν τη ζωή και τις επιλογές τους, παρά την έντονη συναισθηματική εξάρτηση που πολλές φορές παρουσιάζει η σχέση με τους φροντιστές τους.²⁴

Αυτό στο οποίο συμφωνούν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους είναι η ανάγκη να βελτιωθεί η προσπάθεια ενημέρωσης για τη νόσο. Η συνεχής ανάγκη του πληθυσμού αυτού για ψυχοεκπαίδευση είναι κάτι που καταγράφεται σε διάφορες έρευνες^{5,25} και δείχνει όχι μόνο τη δυσκολία κατανόησης της ψυχικής νόσου και των συμπτωμάτων, αλλά και τον σημαντικό ρόλο των φορέων αποκατάστασης που προσπαθούν να καλύψουν μια τόσο βασική θεραπευτική ανάγκη.

Μια άλλη σημαντική ανάγκη που εκφράζεται από τους συγγενείς-φροντιστές είναι η σαφής διευκρίνιση του ρόλου που πρέπει να διαδραματί-

Πίνακας 6. Βαθμός Ικανοποίησης δείγματος σε κάθε μία υποκλίμακα (Ασθενών-Συγγενών: N=25).

		Ασθενείς N (%)	Συγγενείς N (%)	Σύνολο N (%)
Συνολική ικανοποίηση	Μη ικανοποιημένοι	3 (12)	2 (8)	5 (10)
	Ικανοποιημένοι	22 (88)	23 (92)	45 (90)
Δεξιότητες και συμπεριφορά επαγγελματιών	Μη ικανοποιημένοι	2 (8)	1 (4)	3 (6)
	Ικανοποιημένοι	23 (92)	24 (96)	47 (94)
Πληροφόρηση	Μη ικανοποιημένοι	10 (40)	7 (28)	17 (34)
	Ικανοποιημένοι	15 (60)	18 (72)	33 (66)
Προσβασιμότητα	Μη ικανοποιημένοι	1 (4)	1 (4)	2 (4)
	Ικανοποιημένοι	24 (96)	24 (96)	48 (96)
Αποτελεσματικότητα	Μη ικανοποιημένοι	6 (24)	3 (12)	9 (18)
	Ικανοποιημένοι	19 (76)	22 (88)	41 (82)
Τύποι παρέμβασης	Μη ικανοποιημένοι	0 (0)	3 (12)	3 (6)
	Ικανοποιημένοι	25 (100)	22 (88)	47 (94)
Συμμετοχή συγγενών	Μη ικανοποιημένοι	6 (24)	0 (0)	6 (12)
	Ικανοποιημένοι	19 (76)	25 (100)	44 (88)

σουν προκειμένου να είναι σε θέση να βοηθήσουν και να στηρίξουν όσο το δυνατόν καλύτερα τους ασθενείς που φροντίζουν.

Η χορήγηση του ερωτηματολογίου πέρα από τη γενικότερη ικανοποίηση από το πρόγραμμα που περιγράφεται και στις δύο ομάδες (ασθενείς-συγγενείς) συντέλεσε στον εντοπισμό των αναγκών των ασθενών που χρήζουν περισσότερης έμφασης στο πλαίσιο του προγράμματος. Μια τέτοια βασική ανάγκη προκύπτει ότι είναι η λεπτομερέστερη πληροφόρηση αναφορικά με την ασθένεια, καίριο πεδίο θεραπευτικής φροντίδας, αλλά και πηγής ικανοποίησης για τον πληθυσμό αυτόν.

Κρίνεται σκόπιμο να επεκταθεί η συγκεκριμένη έρευνα σε όλα τα μέλη του προγράμματος προκειμένου να υπάρξει μια πιο σαφής και στατιστικά ισχυρή εικόνα του πληθυσμού που παρακολουθεί το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης. Παράλληλα, σημαντική είναι και η διερεύνηση του βαθμού της ποιότητας ζωής των ασθενών, μέσω της χορήγησης ειδικών ερωτηματολογίων του ΠΟΥ, όπως αυτό που έχει σταθμιστεί και στη χώρα μας (WHOQOL-100 κ.ά.). Απώτερος σκοπός είναι η συσχέτιση των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν με την αυτοαντίληψη των ασθενών, καθώς και ο καθορισμός ενός βαθμού αντικειμενικότητας των απαντήσεών τους. Όπως αναφέρουν οι Awad και

Voruganti σε άρθρο τους⁹ για την ποιότητα ζωής στους ψυχωσικούς ασθενείς και για τον τρόπο που αυτή πρέπει να μετρείται, είναι προτιμότερο να χορηγούνται κλίμακες με πολλές εξειδικευμένες και αναλυτικές ερωτήσεις, δεδομένης της τάσης των ασθενών να παρουσιάζουν τον εαυτό τους και αυτό που βιώνουν θετικότερα από ό,τι είναι στην πραγματικότητα, ιδίως όταν πρόκειται για αυτοχορηγούμενες κλίμακες. Η ενδελεχής διερεύνηση των θεμάτων της ποιότητας ζωής και του βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες θα συνέβαλε προς μια καλύτερη θεραπευτική και αποκαταστασιακή αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Τέλος, είναι απαραίτητο να συγκριθούν τα αποτελέσματα αυτά με αντίστοιχο πληθυσμό ασθενών που δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για να εντοπιστούν οι διαφορές, τα δυνατά και αδύναμα σημεία στις δύο αυτές περιπτώσεις θεραπείας.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες στην κυρία Καλλινίκου Ελευθερία, ψυχολόγο PhD του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την ευγενική παραχώρηση της σταθμισμένης έκδοσης του VSSS-54, καθώς και στην εκλεκτή συνάδελφο, Σαββίδου Ευγενία, ψυχολόγο της ΕΜΑΕΕ του ΕΠΙΨΥ, για τη συμβολή της στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Βιβλιογραφία

1. Compton MT. Considering schizophrenia from a prevention perspective. *Am J Prev Med* 2004, 26:178–185
2. Compton MT. Incorporating the prevention paradigm into administrative psychiatry. *Psychiatr Clin N Am* 2008, 31:73–84
3. WHO-WARP. Psychosocial Rehabilitation, A Consensus Statement WHO/MNH/MND. Geneva, 1996, 96.2
4. Medalia A, Choi J. Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychol Rev* 2009, 19:353–364
5. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, Social and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed with Schizophrenia: A Review of Recent Research and Trends. *Curr Psychiatry Rep* 2010, 2:345–355
6. Atkinson MJ, Caldwell L. The differential effects of mood on patients' rating of life quality and satisfaction with their care. *J Affect Disorders* 1997, 44:169–175
7. Warner R, De Girolamo G, Belilli G. The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophr Bull* 1998, 24:559–568
8. Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Awad AG et al. Quality of life measurement in schizophrenia: Reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine* 1998, 28:165–172
9. Awad AG, Voruganti LN. Intervention Research in Psychosis: Issues Related to the Assessment of quality of Life. *Schizophr Bull* 2000, 26:557–564
10. Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G et al. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophr Bull* 2003, 29:229–245
11. Pratt SI, Van Citters AD, Mueser KT et al. Psychosocial rehabilitation in older adults with serious mental illness: a review of the research literature and recommendations for development of rehabilitative approaches. *Am J Psychiatric Rehab* 2008, 11:7–40
12. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G et al. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *BJ Psych* 2002, 181:331–338
13. Bletsas D, Kallinikou E, Mavreas V. Translation, Greek Adaptation and Standardization of the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54): An instrument patients' satisfaction with Mental Health Services. Poster Presentation in ISPOR 8th Annual European Congress, 6–8 November 2005, Palazzo Degli Affari, Florence, Italy
14. Bletsas D, Kallinikou E, Mavreas V. Linguistic Validation and cultural adaptation of the Greek Version of the VSSS-54. Poster Presentation in 7th International Conference of ENMHESH (European Network for Mental Health Service Evaluation) "Challenges for the Future", Lund, Sweden, 9–11 June, 2006
15. Καρύδη ΜΒ. Μελέτη Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών στην Αποκαταστασιακή Δυνατότητα Ψυχωσικών Ασθενών. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 1984
16. Καρύδη ΜΒ. Στοιχεία Ψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Επαγγελματική αποκατάσταση Ψυχωσικών Ασθενών. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2007
17. Ruggeri M, Salvi G, Perwanger V et al. Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users. A comparison study in South-Verona and South-London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:302–309
18. Ruggeri M, Dall' Agnola R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 1993, 23:511–523
19. Ruggeri M, Dall' Agnola R, Agostini C et al. Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:265–276
20. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:212–227
21. Ruggeri M, Dall' Agnola R, Bisoffi G. Factor Analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *Inter J Methods Psychiatr Research* 1996, 6:23–38
22. American Psychiatric Association (eds) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. American Psychiatric Publication, 1994
23. Henderson C, Hales H, Ruggeri M. Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services. Content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38:142–148
24. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S et al. The Disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004, 30:665–675
25. Bustillo JR, Lauriello J, Horan W et al. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry* 2001, 158:163–175

**4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 2014
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΕΙΣ)**

**ΑΘΗΝΑ 27–29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2014
(ROYAL OLYMPIC HOTEL)**

**ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ
Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΑΝΑΔΟΜΕΙ
ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Γατρική 2014, 103(5):255–302

01. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΕΡΠΗΤΟΪΟΥΣ (ΕΡΠΗΤΑ (HSV) 1,2, ΕΡΣΤΕΙΝ ΒΑΡΡ (EBV), ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΪΟ (CMV)) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Π. Τσιμπούρης, Ι. Κουμούτσος, Ε. Χούντα, Π. Αποστολόπουλος, Χ. Καλαντζής, Κ. Εκμεκτσίουλου, Κ. Δημόπουλος, Α. Θεοφανοπούλου, Χ. Μπελτσίδου, Γ. Αλεξανδράκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι λοιμώξεις από ερπητοϊούς είναι συχνές στον ενήλικο πληθυσμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της επίπτωσης της πρωτοπαθούς λοίμωξης στον ενήλικο πληθυσμό με ιδιοπαθή εντεροπάθεια και ανοσοκαταστολή.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 56 ασθενείς (40 με νόσο του Crohn, 3 με ελκώδη κολίτιδα, και 3 με αδιευκρίνιστη φλεγμονώδη νόσο) εκτιμήθηκαν πριν την έναρξη της ανοσοκαταστολής [infliximab (INF) 36 ασθενείς, ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη-μεθοτρεξάτη) 9 ασθενείς, INF και ανοσοκατασταλτικά 11]. Ιολογικός έλεγχος πριν την έναρξη της θεραπείας (anti-HSV IgG/IgM αντισώματα, anti-CMV IgG/IgM αντισώματα, anti-EBV IgG/IgM αντισώματα έναντι καψιδίου και πυρηνικού αντιγόνου). Παρακολούθηση και ιολογικός έλεγχος επαναλαμβανόταν ανά 3μηνο. Ιστολογική εξέταση στις υποτροπές της νόσου καθώς και έλεγχος ήπιου φορτίου με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 17–20 έτη: 3/3 (100%) HSV1&2 (+), 3/3 (100%) EBV(+), 2/3 (66%) CMV (+).

21–25 έτη: 6/8 (75%) HSV1 (+), 5/8 (63%) HSV 2(+), 8/8 (100%) EBV(+), 7/8 (88%) CMV(+).

26–30 έτη: 6/7 (86%) ήταν HSV1(+), τα 5/7 (71%) ήταν HSV2(+), τα 4/7 (58%) ήταν EBV(+) τα 6/7 (84%) ήταν CMV(+).

31–40 έτη: 9/11 (81%) HSV1&2 (+), 9/11 (81%) EBV(+), 9/11 (81%) CMV(+).

41–50 έτη: 11/11 (100%) HSV(+), 10/11 (91%) EBV(+), 7/11 (64%) CMV(+).

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ >60 ΕΤΗ: 10/12 (84%) ήταν HSV1,2 (+), 12/12 (100%) EBV(+), 9/12(93%) CMV(+). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης 3 ασθενείς παρουσίασαν HSV2 ορομετατροπή ενώ ήταν HSV1(+), 3 ασθενείς EBV ορομετατροπή και 3 ασθενείς CMV ορομετατροπή. Όλοι οι ασθενείς που παρουσίασαν

ορομετατροπή ήταν ασυμπτωματικοί. Τρεις ασθενείς με έξαρση της νόσου στη διάρκεια της παρακολούθησης αντιμετωπίστηκαν με τοπική και συστηματική αγωγή. Δεν καταγράφηκαν περιπτώσεις έξαρσης σχετιζόμενες με λοίμωξη με EBV & CMV.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις με ερπητοϊούς είναι συχνές σε ασθενείς με φλεγμονώδη εντεροπάθεια. Η ορομετατροπή είναι συνήθως ασυμπτωματική. Έξαρση της νόσου υπό ανοσοκαταστολή είναι σπάνια και γενικά δεν σχετίζεται με λοίμωξη από ερπητοϊούς.

02. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΣ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΟΥΝ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Π. Τσιμπούρης, Ε. Χούντα, Π. Αποστολόπουλος, Ι. Κουμούτσος, Χ. Καλαντζής, Κ. Δημόπουλος, Κ. Εκμεκτσίουλου, Α. Θεοφανοπούλου, Χ. Μπελτσίδου, Γ. Αλεξανδράκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ποικίλα σύνδρομα πολυποδίασης συνδυάζονται με παρουσία πολυπόδων λεπτού εντέρου (ΠΛΕ).

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη ΠΛΕ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 1010 ασθενείς (ηλικίας 61 ± 18 έτη, 558 άνδρες, 254 καπνιστές) υποβλήθηκαν σε έλεγχο λεπτού εντέρου με κάψουλα, γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, (537 είχαν σιδηροπενική αναιμία ή αδιευκρίνιστη εστία αιμορραγία, 324 διάρροιες, 60 κοιλιακό άλγος, 89 άλλα αίτια).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 68 ασθενείς (ηλικία 59 ± 19 έτη, 48 άνδρες, 20 καπνιστές) παρουσίαζαν ΠΛΕ, 12 (18%) από αυτούς είχαν κάποιο σύνδρομο πολυποδίασης. 28 (41%) ασθενείς με ΠΛΕ και 508 (54%) χωρίς, εμφάνιζαν σιδηροπενική αναιμία ($P=0,04$). Ο χρόνος διάβασης δεν διέφερε στις δύο ομάδες, 24 ασθενείς (35%) με ΠΛΕ και 169 (18%) χωρίς, παρουσίαζαν πολύποδες παχέος εντέρου ($P=0,004$), 8 ασθενείς (12%) με ΠΛΕ και 50 (5%) χωρίς, είχαν πολύποδες στομάχου ($P=0,03$), 13 ασθενείς (19%) με ΠΛΕ και 231 (25%) χωρίς, παρουσίαζαν διαβρωτική γαστρίτιδα ($P=0,32$), 2 ασθενείς (3%) με ΠΛΕ και 51 (5%) χωρίς, παρουσίαζαν δωδεκαδακτυλικό έλκος ($P=0,38$). Ένας ασθενής (1%) με ΠΛΕ και 36 (4%) χωρίς, παρουσίαζαν γαστρικά έλκη ($P=0,32$), 8 ασθενείς (12%) με ΠΛΕ και 119 (13%) χωρίς, είχαν νεο-

εξεργασία στο παρελθόν ($P=0,83$), 5 ασθενείς (7%) με ΠΛΕ και 102 χωρίς, ελάμβαναν τακτικά ασπιρίνη ή ΜΣΑΦ ($P=0,18$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο μόνος επιβαρυντικός παράγοντας για την παρουσία ΠΛΕ ήταν η παρουσία πολυπόδων στο παχύ έντερο ($P=0,007$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μόνο το 1/5 των ασθενών με ΠΛΕ παρουσίαζε σύνδρομο πολυποδίασης. Η πλειονότητα των ασθενών με ΠΛΕ εμφάνιζε σιδηροπενική αναιμία. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για ΠΛΕ ήταν η παρουσία πολυπόδων παχέως εντέρου.

03. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Μαρτιναίος, Ε. Χαμοδράκα, Ν. Κοντογιάννης, Γ. Αποστολίδης, Α. Καρυδάς, Κ. Τσουκανάς, Μ. Καλλίστρατος, Α. Πουλημένος, Αθ. Μανώλης

Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διάμετρος και ο όγκος του ΑΡ κόλπου, χρησιμοποιείται ως δείκτης για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβάντα. Παρόλ' αυτά, λειτουργικές διαταραχές της κοιλιακής μυοκαρδιακής παραμόρφωσης συμβαίνουν πριν εμφανιστούν δομικές διαταραχές του ΑΡ κόλπου.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης του ΑΡ κόλπου σε υπερτασικούς ασθενείς, σε σχέση με υγιείς μάρτυρες.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 91 ασθενείς (35 υγιείς μάρτυρες και 56 υπερτασικοί ασθενείς). Ελήφθησαν, διαθωρακικά, τυπικές 2 διαστάσεων εικόνες της ΑΡ κοιλίας και του ΑΡ κόλπου, στην κλίμακα του γκρι, από την παραστερνική τομή στον βραχύ άξονα, την κορυφαία τομή 4 κοιλοτήτων, 2 κοιλοτήτων και την κορυφαία επιμήκη τομή, χρησιμοποιώντας το υπερηχογραφικό μηχάνημα Philips IE33. Η ανάλυση των εικόνων έγινε με τη χρήση του σταθμού εργασίας QLAB, χρησιμοποιώντας λογισμικό ανάλυσης 2D παραμόρφωσης που βασίζεται στο μοντέλο των 17 τμημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια της συστολικής παραμόρφωσης του ΑΡ κόλπου, όπως και της κυκλωτερούς παραμόρφωσης της ΑΡ κοιλίας, σχετίστηκε έμμεσα με την παρουσία υπέρτασης ($P<0,05$). Ανεξάρτητα από την παρουσία υπερτροφίας της ΑΡ κοιλίας, η παραμόρφωση του ΑΡ κόλπου ήταν χαμηλότερη στους υπερτασικούς ασθενείς, σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες.

Η μέγιστη κοιλιακή παραμόρφωση (LA1) ήταν χαμηλότερη στους ασθενείς με υπέρταση ($37,17\pm 14,09$) σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες ($51,45\pm 19,33$)

(ANOVA $P<0,01$) και ακόμα περισσότερο επηρεασμένη σε ασθενείς με προϋπάρχουσα υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη ($27,73\pm 7,4$, ANOVA $P<0,0001$). Η διάρκεια της συστολικής κοιλιακής παραμόρφωσης (ATRSTRAIN1) σε ασθενείς με υπέρταση (ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη) ($1,177386\pm 0,4398414$) ($P<0,05$ με ANOVA και Kruskal-Wallis τεστ), ήταν χαμηλότερη σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες ($1,409879\pm 0,4613238$). Επιπροσθέτως, η κυκλωτερός παραμόρφωση της ΑΡ κοιλίας (SHORT1) ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με υπέρταση/σακχαρώδη διαβήτη ($-23,87\pm 10,74$) σε σχέση με υγιείς μάρτυρες ($-15\pm 4,93$) (ANOVA $P<0,01$).

Τελικώς, η παραμόρφωση του ΑΡ κόλπου στη συστολή (LSTRAIN1) ήταν χαμηλότερη ($-0,24\pm -3,36$) σε υπερτασικούς ασθενείς σε σχέση με υγιείς μάρτυρες ($-3,87\pm -6,03$) (ANOVA $P<0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παραμόρφωση του ΑΡ κόλπου είναι επηρεασμένη σε υπερτασικούς ασθενείς. Αφού η λειτουργική διαταραχή συμβαίνει πριν από τη δομική διαταραχή του ΑΡ κόλπου, η παραμόρφωση του ΑΡ κόλπου μπορεί να αντιπροσωπεύει έναν πρώιμο μελλοντικό δείκτη για καρδιαγγειακά συμβάντα σε υπερτασικούς ασθενείς.

04. Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ HCV ΣΕ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 12 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ

Δ. Δημητρουλόπουλος,¹ Ε. Πετρουλάκη,² Σ. Γκιωβάσο,³ Α. Κυπραίος,¹ Σ. Σταυρινίδης,¹ Μ. Νικάκη,¹ Α. Μαλαχιάς,¹ Μ. Χατζηνικολάου,¹ Α. Θεοδορόπουλος,¹ Ν. Σαριμπεργιόγλου,¹ Κ. Τσαμακίδης,¹ Δ. Ξυνόπουλος¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»,

²ΟΚΑΝΑ, ³«Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πληροφορίες αναφορικά με τις αλλαγές της γονοτυπικής κατανομής του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών στην Ελλάδα είναι αποσπασματικές.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της συχνότητας κατανομής των γονοτύπων του HCV και οι μεταβολές αυτής κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων ετών, σε Έλληνες χρόνιους HCV ασθενείς.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δεδομένα 598 (476 Α, 122 Θ) διαδοχικών ασθενών, γεννημένων στην Ελλάδα που δεν έλαβαν στο παρελθόν αγωγή, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε θεραπεία για χρόνια HCV λοίμωξη από την κλινική μας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 ετών (2002–2013), μελετήθηκαν αναδρομικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 63,5% των ασθενών ήταν, κατά τη στιγμή της πρώτης προσέλευσης στο κέντρο μας, ηλικίας μεταξύ 25–44 ετών. Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών ήταν η βασική οδός μετάδοσης του ιού (81,4%). 149 (24,9%) ασθενείς ήταν μολυσμένοι από τον γονότυπο 1, 6 (1%) από τον γονότυπο 2, 350 (58,5%) από τον γονότυπο 3 και 93 (15,5%) από τον γονότυπο 4. Καταγράφηκε αλλαγή της συχνότητας κατανομής του ιού, με αύξηση της σχετικής αναλογίας για τον γονότυπο 1 και μείωση για τους γονοτύπους 3 και 4. Κατά τα 9 πρώτα μελετηθέντα έτη (2002–2010), ο 3 αποτέλεσε τον κυρίαρχο γονότυπο (ποσοστό άνω του 50% ετησίως). Τα τελευταία 2 έτη (2012–2013) το ποσοστό για τον γονότυπο 1 αυξήθηκε σε 55,3% και 53% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ως άνω μεταβολές στη γονοτυπική κατανομή του HCV αναμένεται να επηρεάσουν την έκβαση της νόσου κατά τα επόμενα έτη, την απόφαση για τη λήψη της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και κατ' επέκταση τα οικονομικά στον τομέα της υγείας.

05. ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΣΙΔΗΡΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

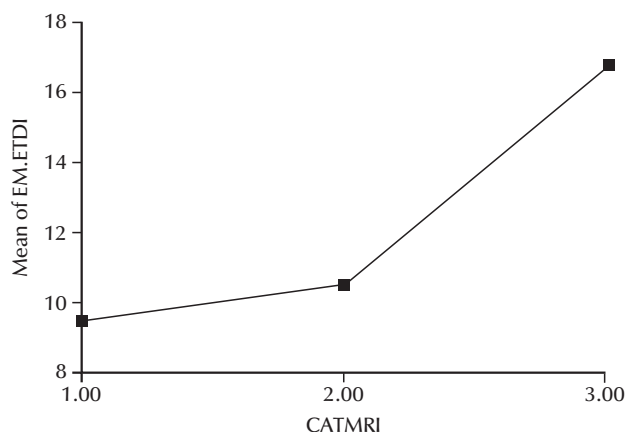
Α. Μαρτιναίος, Ε. Χαμοδράκα, Ο. Διακουμάκου, Ν. Παπανικολάου, Π. Τσινιβιζόβ, Α. Καραμάνου, Κ. Βεργής, Κ. Κυφνίδης, Α. Πουλημένος, Αθ. Μανώλης

Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η β-μεσογειακή αναιμία είναι μια μοναδική πάθηση που χαρακτηρίζεται από πρώιμη διαστολική δυσλειτουργία, που συνδέεται αποκλειστικά με εναπόθεση σιδήρου στο μυοκάρδιο. Η συσσώρευση σιδήρου στο μυοκάρδιο μπορεί να μετρηθεί με τον δείκτη της πολυτομικής τεχνικής μαγνητικού συντονισμού T2.

ΣΚΟΠΟΣ: Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της διαστολικής δυσλειτουργίας σε σχέση με το φορτίο σιδήρου που μετράται από τη μαγνητική τομογραφία.

	Group A (mild myocardial load T2* > 20)	Group B (moderate myocardial load T2* = 0–20)	Group C (severe myocardial load T2* < 10)	P Anova
Ferritin (ng/mL)	1467±756	2033±844	2372±780	0,025
E/Ea	9,4±3,3	10,5±2,6*	10,6±6,3*	<0,001



ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριελήφθησαν 50 ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία (μέση ηλικία 27,2+12,5) με φυσιολογική συστολική λειτουργία αριστεράς κοιλίας (μέσο ΚΕ=59+6,8%). Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν με ιστική doppler υπερηχοκαρδιογραφία. Η μέτρηση του ιστικού doppler διενεργήθηκε στο πλάγιο τμήμα του δακτυλίου της μιτροειδούς βαλβίδας ώστε να μετρηθούν οι διαστολικές και συστολικές ιστικές ταχύτητες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες βάσει των συνολικών τιμών σιδήρου από τις T2 ακολουθίες. Ομάδα α (N=19): ασθενείς με μικρό φορτίο T2 > 20, ομάδα β (N=17): ασθενείς με μέτριο φορτίο T2: 10–20, ομάδα γ (N=14): ασθενείς με μεγάλο φορτίο T2 < 10.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο λόγος E/Ea ήταν αυξημένος σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην ομάδα γ, στους ασθενείς με μεγάλο φορτίο σιδήρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας στους ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα σιδήρου στο μυοκάρδιο όπως αυτό εκτιμάται με τη μαγνητική τομογραφία T2. Ο συνδυασμός των δύο τεχνικών είναι χρήσιμος για τους ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία.

06. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ Ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ;

Αθ. Σωτηρόπουλος, Μ. Αρβανίτης, Ν. Ρούσσοι, Α. Χαλκιάς, Α.Ν. Τσουμελέας, Ι. Καλλιάντος, Β. Αρβανίτη, Α. Μυρονίδης, Γ. Τσινές, Β. Νιάκας, Μ. Λαβερώνας, Χ. Τσομίδου

Παθολογικό, Γαστρεντερολογικό, Χειρουργικό και Ακτινολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εκκολπωματική νόσος του εντέρου αποτελεί μια κλινική οντότητα που εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στη μέση και ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία στον δυτικό κόσμο. Η εκκολπωματίτιδα ως επιπλοκή της αποτελεί συχνό πρόβλημα στην κα-

θημερινή ιατρική πράξη. Η αντιμετώπισή της μέχρι πρόσφατα γινόταν κυρίως σε χειρουργικά τμήματα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παραθέτουμε την κλινική εμπειρία μας από 12 περιστατικά ηλικίας από 45 έως 87 ετών, 7 άνδρες και 5 γυναίκες, με διαπιστωμένη οξεία εκκολπωματίτιδα που νοσηλεύτηκαν τους τελευταίους 16 μήνες στην κλινική μας. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης σε όλες τις περιπτώσεις έγινε με αξονική τομογραφία κοιλίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κύριο εύρημα ήταν η πάχυνση του εντερικού τοιχώματος και περικολικό οίδημα, ενώ σε 3 ασθενείς διεπιστώθη μικρή περικολική συλλογή υγρού. Στις 11 περιπτώσεις η εκκολπωματίτιδα αφορούσε στο αριστερό κόλον. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολύτων και χορήγηση σιπροφλοξασινης και μετρονιδαζόλης. Ο χρόνος νοσηλείας κυμάνθηκε από 48 έως 96 ώρες. Παρακολούθησαμε ακολούθως τους ασθενείς σε εξωτερική βάση τόσο για την πορεία όσο και για απώτερες επιπλοκές. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση της κλινικής τους εικόνας. Δεν χρειάστηκε σε καμία περίπτωση επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση και μόνο ένας παρουσίασε υποτροπή 9 μήνες μετά το αρχικό επεισόδιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση της οξείας εκκολπωματίτιδας αποτελούσε μέχρι πρόσφατα αντικείμενο της χειρουργικής ειδικότητας. Όμως η κλινική μας εμπειρία και τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα θέτουν τη συντηρητική αντιμετώπιση ως θεραπεία εκλογής με τη χειρουργική αντιμετώπιση να συνιστάται σε περιπτώσεις επιπλοκών όπως αποστήματα, σοβαρές στενώσεις ή περιτονίτιδα.

07. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΘΕΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Β. Αρβανίτη, Αθ. Σωτηρόπουλος, Μ. Αρβανίτης, Α. Μυρωνίδης, Α. Λούκου, Χρ. Τσομίδου

Γαστρεντερολογικό και Παθολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιάς

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή του επιπολασμού της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σε βιοψίες βλεννογόνου στομάχου σε εξωτερικούς ασθενείς που ενδοσκοπήθηκαν λόγω επιγαστρικών ενοχλημάτων, χωρίς ευρήματα έλκους ή κακοήθειας ανωτέρου πεπτικού.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ανασκόπηση όλων των ενδοσκοπήσεων ανωτέρου πεπτικού που διενεργήθηκαν στην Κλινική μας από 1/10/2012 έως 1/10/2014. Συνολικά διενεργήθηκαν 1754 γαστρο-

σκοπήσεις. Από αυτές, στοιχεία για ανίχνευση ελικοβακτηριδίου του πυλωρού με βιοψία ή ταχεία δοκιμασία ουρεάσης (CLO test) υπήρχαν σε 1123 ενδοσκοπήσεις (64%). Έγινε καταγραφή των ευρημάτων με βάση τις ηλικιακές ομάδες ανά δεκαετίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1123 ασθενείς, θετικό στο ελικοβακτηρίδιο βρέθηκαν 382 άτομα (ποσοστό 34%). Με βάση την ηλικία τους η συχνότητα ανεύρεσης του ελικοβακτηριδίου είναι:

Ηλικία	Αριθμός ασθενών	Θετικά	Αρνητικά
<20 ετών	7	3 (43%)	4 (57%)
21-30	96	36 (38%)	60 (62%)
31-40	174	68 (39%)	106 (61%)
41-50	198	63 (32%)	135 (68%)
51-60	199	76 (38%)	123 (61%)
61-70	228	84 (37%)	144 (63%)
71-80	156	31 (20%)	125 (80%)
>81	65	21 (32%)	44 (68%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ποσοστά της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού δεν διαφέρουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, με εξαίρεση μικρή μείωση στις ηλικίες 71-80 ετών. Ο επιπολασμός στην Ελλάδα φαίνεται να έχει μειωθεί σε σχέση με το παρελθόν σε όλες τις ομάδες ηλικιών.

08. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Αθανασίου,¹ Αικ. Τζαναβάρη,¹ Θ. Μπαντή,¹ Χ. Κατσαβούνη,¹ Αν. Σπυρίδης,¹ Μ. Κωστόπουλος,¹ Ιφ. Κώστογλου-Αθανασίου²

¹Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα που αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και επιθετικά μπορεί να οδηγήσει στην αναπηρία. Στη ΡΑ φλεγμονογόνες κυτταροκίνες που παράγονται κατά τη διαταραγμένη άνοση απόκριση που χαρακτηρίζει τη νόσο και μπορεί να προέρχονται από τον φλεγμαίνοντα αρθρικό υμένα αλλά και από άλλες πάσχουσες περιοχές επιδρούν σε όλο τον οργανισμό, προσβάλλοντας όμως ιδιαίτερα το αγγειακό ενδοθήλιο. Η χρονιότητα της ΡΑ προσδίδει ιδιαίτερη αξία στη μελέτη της συννοσηρότητας που παρατηρείται στη νόσο, καθώς η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται ιδιαίτερα από αυτή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρατήρηση και αποτύπωση της συννοσηρότητας στους ασθενείς με ΡΑ που αντιμετωπίζονται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική – single center experience.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 192 ασθενείς, 32 άνδρες και 160 γυναίκες, με ΡΑ, ηλικίας 29–88 (mean±SEM) 62,3±0,92 ετών, που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 192 ασθενών πασχόντων από ΡΑ, 51 (26,6%) έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση, 20 (10,4%) από στεφανιαία νόσο, 21 (10,9%) από υπερλιπιδαιμία, 18 (9,4%) από σακχαρώδη διαβήτη, 4 (2,1%) από ουρική νόσο, 4 (2,1%) είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο και 1 (0,5%) είχε νόσο Parkinson. Σε σύνολο 192 ασθενών πασχόντων από ΡΑ 79 (41,1%) είχαν οστεοπόρωση, 8 (4,2%) είχαν οστεοαρθρίτιδα, 9 (4,7%) είχαν σύνδρομο Sjogren και 2 (1%) είχαν συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Μεταξύ 192 ασθενών πασχόντων από ΡΑ 28 (14,6%) είχαν θυρεοειδοπάθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είχαν 15 (7,8%) και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 4 (2,1%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής φαίνεται ότι η ΡΑ συνοδεύεται από παράγοντες που επάγουν καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Οι παράγοντες αυτοί συνδυαζόμενοι με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής επάγουν την πρώιμη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα στη ΡΑ. Από την εργασία αυτή φαίνεται ακόμη ότι η οστεοπόρωση μπορεί να συνοδεύει τη ΡΑ, ως αποτέλεσμα της αυτοάνοσου φλεγμονώδους εξεργασίας στην οποία οφείλεται η νόσος αλλά και ως αποτέλεσμα της χορήγησης φαρμακευτικών παραγόντων για την αντιμετώπισή της. Ακόμη, φαίνεται ότι η ΡΑ μπορεί να συνοδεύεται και από άλλες εκδηλώσεις αυτοάνοσου αιτιολογίας όπως είναι το σύνδρομο Sjogren. Φαίνεται ακόμη ότι με τη ΡΑ μπορεί να συνυπάρχουν, σε σπάνιες περιπτώσεις, και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα όπως είναι ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος.

09. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Αθανασίου,¹ Αικ. Τζαναβάρη,¹ Θ. Μπαντή,¹
Χ. Κατσαβούνη,¹ Ν. Καλαϊτσεβα,¹ Αν. Σπυρίδης,¹
Ιφ. Κώστογλου-Αθανασίου²

¹Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) είναι συστηματικό νόσημα που προσβάλλει το δέρμα και τις αρθρώσεις. Είναι αυτόνοσο πολυσυστηματικό νόσημα που συχνά συνοδεύεται από μεταβολικό σύνδρομο. Οι φλεγμονογόνες κυτταροκίνες που εκλύονται κατά τη διάρκεια της διαταραγμένης άνοσης απόκρισης που συμβάλλει στην παθογένεια της φλεγμονής που παρατηρείται στις αρθρώσεις αλλά και στο δέρμα

επιδρούν στο τοίχωμα των αγγείων και προκαλούν τη συστηματική γενικευμένη φλεγμονή που προσβάλλει το ενδοθήλιο των αγγείων. Η ψωριασική αρθρίτιδα είναι νόσημα που επηρεάζει πολλαπλώς την ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα λόγω των εκδηλώσεων από το δέρμα. Η μελέτη της συννοσηρότητας στο νόσημα αυτό έχει ιδιαίτερη αξία καθώς η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται ιδιαίτερα από αυτή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και αποτύπωση της συννοσηρότητας σε ασθενείς με ΨΑ που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική – single center experience.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με ΨΑ, 28 άνδρες και 32 γυναίκες, ηλικίας 24–85 (mean±SEM) 54,63±1,81 ετών που παρακολουθούνται σε μια ρευματολογική κλινική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς με ΨΑ 3 (5,0%) είχαν σύνδρομο Sjogren, 15 (25%) είχαν αρτηριακή υπέρταση, 4 (6,7%) στεφανιαία νόσο, 5 (8,3%) υπερλιπιδαιμία, 2 (3,3%) ουρική νόσο, 3 (5,0%) σακχαρώδη διαβήτη και 2 (3,3%) εμφάνισαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μεταξύ των ασθενών με ΨΑ 3 (5,0%) έπασχαν από οστεοαρθρίτιδα, 7 (11,7%) από οστεοπόρωση, 1 (1,7%) από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, 6 (10%) από θυρεοειδοπάθεια και 3 (5%) από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα δεδομένα αυτά φαίνεται ότι η ΨΑ συνοδεύεται από καρδιαγγειακή συννοσηρότητα. Σε αυτή φαίνεται ότι συμβάλλουν η διαταραγμένη άνοση απόκριση, η υπερλιπιδαιμία και η αρτηριακή υπέρταση. Φαίνεται ακόμη ότι στην ΨΑ παρατηρείται οστεοπόρωση, οφειλόμενη στη φλεγμονώδη αυτοάνοση εξεργασία που προσβάλλει το δέρμα και τις αρθρώσεις, αλλά και στη φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των αρθρικών και δερματικών εκδηλώσεων της νόσου. Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει επίσης ότι η ΨΑ μπορεί να συνοδεύεται και από άλλες αυτοάνοσες εκδηλώσεις όπως είναι το σύνδρομο Sjogren.

10. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Αθανασίου,¹ Αικ. Τζαναβάρη,¹ Θ. Μπαντή,¹
Χ. Κατσαβούνη,¹ Ν. Καλαϊτσεβα,¹ Μ. Κωστόπουλος,¹
Ιφ. Κώστογλου-Αθανασίου²

¹Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) είναι χρόνια νόσος στην οποία η άνοση απόκριση είναι διαταραγμένη. Η νόσος προσβάλλει τις

ενθέσεις και επάγει τη δημιουργία νέου οστού περί τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Προσβάλλει και τα δύο φύλα, αλλά νωρίτερα, περισσότερο και βαρύτερα τους άνδρες. Παλαιότερα η νόσος αντιμετωπιζόταν με τη χορήγηση ΜΣΑΦ και φυσικοθεραπευτικών σχημάτων. Σήμερα, η ΑΣ αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση βιολογικών παραγόντων, θεραπείας που στόχο έχει την αποφυγή της αναπηρίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή και αποτύπωση της συννοσηρότητας στους ασθενείς με ΑΣ που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική – single center experience.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 59 ασθενείς, 34 άνδρες και 25 γυναίκες, με ΑΣ ηλικίας 21–76 (mean±SEM) 48,93±1,71 ετών που παρακολουθούνται σε μια οργανωμένη ρευματολογική κλινική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 59 ασθενείς με ΑΣ, 3 (5,1%) είχαν ελκώδη κολίτιδα, 10 (16,9%) είχαν αρτηριακή υπέρταση, 2 (3,4%) στεφανιαία νόσο, 2 (3,4%) υπερλιπιδαιμία, 8 (13,6%) είχαν σακχαρώδη διαβήτη και 2 (3,4%) είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο. Μεταξύ των 59 ασθενών με ΑΣ 2 (3,4%) έπασχαν από θυρεοειδοπάθεια, 5 (8,5%) από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, 2 (3,4%) από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, 1 (1,7%) είχε εμφανίσει αμυλοείδωση και 1 (1,7%) είχε χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C. Μεταξύ των 59 ασθενών που έπασχαν από ΑΣ 15 (25,4%) είχαν οστεοπόρωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΑΣ είναι χρόνιο νόσημα αυτοάνοσης αιτιολογίας. Στην αποτύπωση αυτή της συννοσηρότητας φάνηκε ότι παράγοντες όπως η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία συμβάλλουν στην καρδιαγγειακή συννοσηρότητα στην αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα. Από τη μελέτη αυτή φάνηκε ακόμη ότι η οστεοπόρωση μπορεί να συνοδεύει την ΑΣ. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και σημαντικό καθώς η ΑΣ χαρακτηρίζεται από την παραγωγή νέου οστίτιου ιστού περί τη σπονδυλική στήλη και υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με ΑΣ θα πρέπει να διερευνώνται για την πιθανή ύπαρξη οστεοπόρωσης ή οστεοπενίας και να αντιμετωπίζονται ανάλογα θεραπευτικά.

11. ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΜΕ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ - ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ

**Π. Αθανασίου, Μ. Κωστόπουλος,
Δ. Μπασδραγιάννη, Α. Παπαδάκη**

Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αγγειίτιδες είναι νοσήματα άγνωστης αιτιολογίας στα οποία παρατηρείται διαταραχή της άνοσης αντίδρασης. Τα νοσήματα αυτά προσβάλ-

λουν τα αγγεία και ταξινομούνται σήμερα κυρίως σύμφωνα με το μέγεθος των προσβαλλομένων αγγείων. Ωστόσο, η ταξινόμησή τους μεταβάλλεται διαχρονικά και υπάρχουν αγγειίτιδες που μπορεί να προσβάλλουν αγγεία όλων των μεγεθών. Τα νοσήματα μπορεί να προσβάλλουν όλα τα συστήματα οργάνων, αλλά η προσβολή του νεφρού καθορίζει εν πολλοίς την πρόγνωση αλλά και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς με ANCA(+) αγγειίτιδα με πολυοργανική προσβολή που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ριτουξιμάμπη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς γυναίκας ηλικίας 47 ετών, μετεμνηνοπαυσιακής, που προσήλθε για διερεύνηση λόγω παροδικού ισχαιμικού αγγειακού επεισοδίου και επεισοδίου ισχυρής ινιακής κεφαλαλγίας με συνοδούς εμέτους. Κατά την εισαγωγή της εμφάνιζε διάχυτες αρθραλγίες, αιμορραγικό εξάνθημα κορμού και άκρων με νεκρωτικά στοιχεία, αιμορραγικό εξάνθημα βλεννογόνων, λευκοκυττάρωση, pANCA(+), cANCA(+). Η ασθενής εμφάνισε αιφνίδια πολλαπλά επεισόδια αιματοχεσίας με ραγδαία επιδείνωση της κλινικής της εικόνας. Έγινε ορθοσκόπηση και κολονοσκόπηση και διαπιστώθηκαν πολλαπλά έλκη βλεννογόνου παχέος εντέρου, έγινε αιμόσταση και χορηγήθηκε παγωμένο πλάσμα, μονάδες αίματος και μεθυλπρεδνιζολόνη 1 g/d IV επί 3 ημέρες. Διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση, λευκοματουρία, μικρή πλευριτική συλλογή άμφω και μικρή συλλογή ασκίτικου υγρού. Χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμίδη IV 1 g/m, επί 3 μήνες. Μετά παρέλευση 3 μηνών η ασθενής εμφάνισε επεισόδιο ισχυρής κεφαλαλγίας και εμέτων και διαπιστώθηκε θρόμβωση φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου. Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε μεγαλοβλαστοειδείς αλλοιώσεις κοκκιοκυττάρων, μονοπυρηνοειδή λεμφοκύτταρα με ακανόνιστο πυρήνα, ανοσοβλάστες, ανισοκυττάρωση και στοματοκυττάρωση ερυθροκυττάρων και συσσωρεύσεις αιμοπεταλίων. Λόγω ανεπαρκούς ελέγχου του αυτοάνοσου νοσήματος χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη IV 375 mg/m²/wk, επί 4 εβδομάδες και η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με βαριά αγγειίτιδα ANCA(+) που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ριτουξιμάμπη. Η παρουσία των αντιουδετεροφιλικών αντισωμάτων αλλά και η ανταπόκριση του νοσήματος στον παράγοντα ριτουξιμάμπη που δρα έναντι των Β-λεμφοκυττάρων, σηματοδοτούν τη διαταραχή της άνοσας που χαρακτηρίζει το νόσημα.

12. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ (WEGENER) ΜΕ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ - ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ

Π. Αθανασίου,¹ Δ. Μπασδραγιάννη,¹ Α. Παπαδάκη,¹ Φ. Νόιτση-Μιχάλης,² Σ. Σπαΐα,³ Ν. Μιχάλης²

¹Ρευματολογική Κλινική, ²Νευρολογική Κλινική, ³Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κοκκιωματώδης πολυαγγειίτιδα είναι αγγειίτιδα που προσβάλλει τα μικρού μεγέθους αγγεία. Η νόσος είναι άγνωστης αιτιολογίας και προσβάλλει πολλά συστήματα οργάνων. Σήμερα, στη θεραπευτική αντιμετώπιση της κοκκιωματώδους πολυαγγειίτιδας εφαρμόζονται με επιτυχία καινοτόμα φάρμακα, όπως η ριτουξιμάμπη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή περιπτώσεως ασθενούς με κοκκιωματώδη πολυαγγειίτιδα και πολυοργανική προσβολή που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τη χορήγηση ριτουξιμάμπης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής, γυναίκα 47 ετών, παρουσίασε μείωση ακουστικής οξύτητας και επισκληρίτιδα αριστερού οφθαλμού. Μετά ένα έτος εμφάνισε αρθραλγίες, μυαλγίες, κακουχία και αιμορραγικό πετεχειώδες εξάνθημα κάτω άκρων. Ο έλεγχος έδειξε cANCA θετικά, η βιοψία δέρματος λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα και το ακοδόγραμμα νευροαισθητήριο βαρηκοΐα άμφω, ενώ διαπιστώθηκε επισκληρίτιδα άμφω. Η ΤΚΕ ήταν 50 mm/h, η CRP 9 mg/dL, η γενική ούρων έδειξε 1–2 δύσμορφα ερυθρά και η λευκοματίνη ούρων ήταν 317 mg/24 h. Έγινε βιοψία νεφρού που έδειξε εστιακή και τμηματική μηνοειδική και νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα. Πραγματοποιήθηκαν εγχύσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και ακολούθως χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμίδη iv και κορτικοστεροειδή. Η ασθενής παρουσίασε βελτίωση και χορηγήθηκε αζαθειοπρίνη που όμως διακόπηκε λόγω αύξησης ηπατικών ενζύμων στο αίμα. Ακολούθως, χορηγήθηκε mycophenolate mofetil που διακόπηκε λόγω δυσπεπτικών ενόχλημάτων. Μετά 4μνηο η ασθενής επανήλθε λόγω επιδείνωσης γενικής κατάστασης με αρθραλγίες, αιμωδίες, καυσαλγίες άνω άκρων και πετεχειώδες εξάνθημα κάτω άκρων. Ο έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση, CRP 11,3 mg/dL και το ηλεκτρομυογράφημα άνω άκρων στοιχεία νευρογενούς βλάβης στους περιφερικούς μυς. Διαγνώστηκε έξαρση της κοκκιωματώδους πολυαγγειίτιδας με πολυνευροπάθεια άνω άκρων. Χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη 375 mg/m²/wk, επί 4 εβδομάδες. Η ασθενής βελτιώθηκε και έγινε έναρξη αζαθειοπρίνης και σταδιακή μείωση κορτικοστεροειδών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κοκκιωματώδης πολυαγγειίτιδα είναι αγγειίτιδα που προσβάλλει τα μικρού μεγέθους

αγγεία και πολλά συστήματα οργάνων. Η κοκκιωματώδης πολυαγγειίτιδα αντιμετωπίζεται σήμερα επιτυχώς με το αντι-CD20 αντίσωμα ριτουξιμάμπη.

13. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Π. Αθανασίου,¹ Αικ. Τζαναβάση,¹ Ιφ. Κώστογλου-Αθανασίου²

¹Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο μεσογειακός πυρετός είναι νόσημα που χαρακτηρίζεται από απρόσφορη ενεργοποίηση της μη ειδικής ανοσίας. Τα άτομα που πάσχουν εκδηλώνουν επεισόδια ενεργοποίησης της μη ειδικής ανοσίας κατά διάφορες περιόδους της ζωής τους, ιδιαίτερα μετά από μεγάλη καταπόνηση ή stress. Η γονιδιακή βάση του οικογενούς μεσογειακού πυρετού έχει μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση οικογένειας στην οποία περισσότερα του ενός άτομα πάσχουν από οικογενή μεσογειακό πυρετό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Πατέρας. Ήταν ασυμπτωματικός καθόλη τη διάρκεια της ζωής του, αλλά κατέληξε από αμυλοείδωση. *Θυγατέρα 1:* Δεν νοσεί, πάσχει από οστεοαρθρίτιδα. *Θυγατέρα 2:* Σε νεογνική ηλικία εμφάνισε εξάνθημα με συνοδό κνησμό. Σε ηλικία 2 ετών εμφανίστηκε η πρώτη κρίση οικογενούς μεσογειακού πυρετού με κοιλιακό άλγος, έμετο και διαρροϊκές κενώσεις με επακόλουθα επεισόδια κρίσεων μικρής διάρκειας, σε ηλικία 11 ετών εμφανίστηκε μείζων κρίση με υψηλό πυρετό και εμέτους. Στη μέση ηλικία η ασθενής εμφάνισε ψωριασική αρθρίτιδα. Τέθηκε σε κολχικίνη από ηλικίας 20 ετών, ενώ με την εμφάνιση της ψωριασικής αρθρίτιδας χορηγήθηκε μεθοτρεξάτη. Ο γονιδιακός έλεγχος έδειξε μεταλλάξεις στη θέση 694 του εξονίου 10 του γονιδίου *MEFV*. *Θυγατέρα 3:* Εμφάνισε αρθραλγίες στη μέση ηλικία, θρομβοπενία, μικροσκοπική αιματουρία και ο έλεγχος αμυλοειδούς στο αίμα ήταν θετικός. Χορηγήθηκε κολχικίνη και ο γονιδιακός έλεγχος έδειξε πολυμορφισμούς στο εξόνιο 2 του γονιδίου *MEFV*. *Θυγατέρα 4:* Από την παιδική ηλικία παρουσίασε πυρετικά κύματα, πλευρωδυνία και αρθρίτιδες και από ηλικίας 14 ετών εμφάνισε κρίσεις μεσογειακού πυρετού. Τέθηκε σε αγωγή με κολχικίνη. Ο γονιδιακός έλεγχος έδειξε μεταλλάξεις του εξονίου 10 του γονιδίου *MEFV*. Από 7ετίας η ασθενής εμφάνισε αιμολυτική αναιμία για την οποία χορηγήθηκε ριτουξιμάμπη και κορτικοστεροειδή, ακολούθως μεθοτρεξάτη και προσφάτως ετέθη σε κανακινουμάμπη με καλή ανταπόκριση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται οικογένεια ασθενών πασχόντων από οικογενή μεσογειακό πυρετό με γονιδιακή βάση μεταλλάξεις του εξονίου 10 του γονιδίου *MEFV*, τα πάσχοντα μέλη της οποίας αντιμετώπιστηκαν αρχικά με κολχικίνη και ακολούθως με ανοσοτροποποιητικά όπως η μεθοτρεξάτη, αλλά και τα σύγχρονα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα ριτουξιμάμπη και κανακινουμάμπη.

14. ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ιφ. Κώστογλου-Αθανασίου,¹ Ελ. Ξανθάκου,² Π. Αθανασίου³

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ, Αθήνα, ²Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη, ³Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσογόνος παχυσαρκία σχετίζεται με διαταραχή της ανοχής γλυκόζης, αρτηριακή υπέρταση και λιπώδη διήθηση του ήπατος. Φαίνεται, ωστόσο, ότι η νοσογόνος παχυσαρκία σχετίζεται επίσης και με φλεγμονώδη οστεοαρθρίτιδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ασθενών με κακοήθη παχυσαρκία, ανεπάρκεια βιταμίνης D και φλεγμονώδη οστεοαρθρίτιδα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε ομάδα 20 ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία, BMI>40. Όλες οι ασθενείς ήταν γυναίκες, 5 προεμμηνοπαυσιακές και 15 μετεμμηνοπαυσιακές. Όλες οι ασθενείς είχαν ανεπάρκεια βιταμίνης D. Ο ρευματοειδής παράγων ήταν αρνητικός σε όλες τις ασθενείς και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ήταν ήπια αυξημένη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς προσήλθαν αιτιώμενες άλγος στις μεγάλες αρθρώσεις άνω και κάτω άκρων και δυσκολία στην κίνηση. Το άλγος ανάγκαζε τις ασθενείς να κάνουν χρήση αναλγητικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Σε 4 από τις ασθενείς η εφαρμογή ολιγοθερμιδικής δίαιτας είχε ως αποτέλεσμα απώλεια βάρους και ύφεση της φλεγμονώδους οστεοαρθρίτιδας και του συνοδού άλγους. Οι ασθενείς διέκοψαν την αναλγητική και αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λιπώδης ιστός, ιδιαίτερα ο λιπώδης ιστός της κοιλίας παράγει φλεγμονώδεις κυτταροκίνες που μπορεί να συμμετέχουν στην παθογένεια της φλεγμονώδους οστεοαρθρίτιδας. Ακόμη, στις ασθενείς που περιγράφονται, η συνοδός ανεπάρκεια της βιταμίνης D, που μπορεί να οφείλεται στην οξεία φλεγμονώδη αντίδραση που παρατηρείται στη νοσογόνο παχυσαρκία μπορεί να συμβάλει στον πόνο που συνοδεύει τη βαριά φλεγμονώδη οστεοαρθρίτιδα.

15. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ NAT ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ OCCULT ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β - ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ ΜΙΑΣ ΝΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ελ. Γαϊτανάρου, Αν. Λειβαδά, Αν. Σπηλιώπουλος, Αγγ. Κουτσοβασίλη, Α. Μάτου, Ευ. Παπούλια, Ελ. Γρουζή

Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συμβολή του ελέγχου των αιμοδοτών για την παρουσία νουκλεϊνικών οξέων των HBV-HCV-HIV (nucleic acid testing, NAT) στην ανάδειξη της occult ηπατίτιδας Β (occult hepatitis B infection, OBI), καθώς και η μελέτη της ορολογικής έκφρασης αυτής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από 1/1/2009 έως 31/12/2013 ελέγχθηκαν 15.031 μονάδες αίματος με ορολογικές μεθόδους (RPR για σύφιλη, χημειοφωταύγεια για αντισώματα έναντι των HBV-HCV-HIV-HTLV), με παράλληλο έλεγχο στα Κέντρα Μοριακού Ελέγχου (ΚΜΕ) για NAT/HBV-HCV-HIV σε μοναδιαία δείγματα. Η NAT πραγματοποιείτο με μέθοδο Cobas-TaqScreen MPX (Roche Diagnostics) έως 20/11/2013 στο ΚΜΕ του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», και με Proeliox Ultrio Assay από 21/11/2013 έως 31/12/2013 στο ΚΜΕ του ΕΚΕΑ. Ο αλγόριθμος που ακολουθείται για τη NAT είναι: επί αρχικού θετικού αποτελέσματος γίνεται επανέλεγχος στο αρχικό δείγμα και σε δείγμα ασκού, καθώς και δοκιμασία διαχωρισμού (discriminatory, DA) για να καθορισθεί ο υπεύθυνος ιός. Στα δείγματα που έστω και μία φορά είναι NAT(+), αλλά αρνητικά στον ορολογικό έλεγχο, γίνεται έλεγχος HBV-δεικτών: anti-HBcore, anti-HBs, anti-HBe, HBeAg. Χαρακτηρίζονται ως OBI δότες με NAT(+) στον αρχικό έλεγχο, HBV-DNA(+) στη DA και anti-HBcore(+) (με ή χωρίς θετικό anti-HBs), ενώ επί αρνητικής DA, η περίπτωση χαρακτηρίζεται ως πιθανή OBI [NAT(+), DA(-), anti-HBcore(+), με ή χωρίς άλλους δείκτες για HBV].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον αρχικό έλεγχο NAT, 58 (1:260/ 0,38%) αιμοδότες ήταν HBV-DNA(+). Από αυτούς 44 (1:342/ 0,29%) ήταν HBV-DNA(+)/HBsAg(+), ενώ δεν βρέθηκε κανένας στην περίοδο πρώιμου HBV-παραθύρου. Οι 14 (1:1073/0,093%) χαρακτηρίστηκαν OBI ή πιθανή OBI (3 και 11 αντίστοιχα), όπως φαίνεται στον πίνακα:

Occult Hepatitis B Infection (OBI)	n (%)
Anti-HBcore(+)	14/14 (100)
DA(+)/anti-HBcore(+)	1 (7,14)
DA(+)/anti-HBcore(+)/anti-HBs(+)	2 (14,28)
DA(-)/anti-HBcore(+)/anti-HBs(+)	7 (50)
DA(-)/Anti-HBcore(+)/anti-HBe(+)/anti-HBs(+)	4 (28,58)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι προφανές ότι η NAT αυξάνει την ασφάλεια του μεταγγιζόμενου αίματος και ανευρίσκονται αιμοδότες που χρήζουν συμβουλευτικής και παρακολούθησης. Στο δείγμα των αιμοδοτών μας η συχνότητα της OBI ήταν υψηλότερη από τα εθνικά δεδομένα της περιόδου 2007–2011. Όλοι οι αιμοδότες με OBI ή πιθανή OBI ήταν anti-HBscore (+), ενώ 92,85% αυτών είχαν anti-HBs (+).

16. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΟΥ DNA ΣΤΗ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ

A. Χιωνά, Al. Sanz, G.C. Kujoth, T.A. Prolla, Ch. Leeuwenburgh

Division of Biology of Aging, Department of Aging and Geriatric Research, Institute on Aging, College of Medicine, University of Florida, Gainesville, Florida, USA

Η γήρανση έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια σκελετικού μυός, μια κατάσταση επανομαζόμενη ως σαρκοπενία, η οποία επιδρά αρνητικά στην καθημερινή λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Μεταλλάξεις στο μιτοχονδριακό DNA (mtDNA) έχουν βρεθεί να συσσωρεύονται κατά τη γήρανση στους σκελετικούς μύες και συσχετίζονται με την απώλεια μυϊκής μάζας, αν και αιτιώδης συνάφεια μεταξύ τους δεν έχει ακόμη εδραιωθεί. Ο σκοπός αυτής της διερεύνησης ήταν να καθορίσει αν και κατά πόσο οι μεταλλάξεις στο mtDNA προκαλούν σαρκοπενία, χρησιμοποιώντας ένα διαγονιδιακό μοντέλο ποντικού, το οποίο εκφράζει μια εκδοχή της μιτοχονδριακής DNA πολυμεράσης γ με ατελή λειτουργία διόρθωσης του mtDNA (D257A), που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση στον ρυθμό των αυθόρμητων μεταλλάξεων του mtDNA. Ο αιτιώδης ρόλος των μιτοχονδριακών μεταλλάξεων στη γήρανση υποστηρίζεται σε αυτό το μοντέλο ποντικού από το γεγονός ότι ποντίκια με D257A φαινότυπο αναπτύσσουν διαφόρους φαινότυπους γήρανσης, όπως: απώλεια βάρους, οστικής μάζας και ακοής, ατροφία όρχεων, κύφωση και σαρκοπενία. Σε βιοχημικό επίπεδο η σαρκοπενία στα D257A ποντίκια σχετίζεται με εντυπωσιακή μείωση (35–50%) στο περιεχόμενο των συμπλεγμάτων I, III and IV της μιτοχονδριακής αναπνευστικής αλυσίδας, τα οποία κωδικοποιούνται εν μέρει από το mtDNA. Επίσης, D257A ποντίκια επιδεικνύουν διαταραγμένη μιτοχονδριακή βιοενεργειακή δυναμική που σχετίζεται με μειωμένη αναπνοή στη φάση-3 (ενεργή φάση των μιτοχονδρίων), χαμηλότερο περιεχόμενο ATP και επακόλουθη μείωση του δυναμικού της μιτοχονδριακής μεμβράνης. Παρόλ' αυτά και προς μεγάλη έκπληξη, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία δεν συνοδεύτηκε από αύξηση της μιτοχονδριακής παραγωγής αντιδραστικών ειδών οξυγόνου (ROS), αύξηση

του οξειδωτικού στρες και της επερχόμενης οξειδωτικής βλάβης. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν ότι οι μεταλλάξεις στο mtDNA μπορεί να προκαλέσουν σαρκοπενία επηρεάζοντας αρνητικά τη συνδεσμολογία λειτουργικών συμπλεγμάτων της μιτοχονδριακής αναπνευστικής αλυσίδας, η έλλειψη των οποίων μπορεί να προκαλέσει μείωση της οξειδωτικής φωσφορύλιωσης χωρίς όμως αύξηση του οξειδωτικού στρες όπως θα ήταν αναμενόμενο σύμφωνα με την επικρατέστερη θεωρία γήρανσης· τη θεωρία των μιτοχονδριακά προερχόμενων ελευθέρων ριζών.

17. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ - ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;

Aθ. Κατσιμήτρου, Κ. Γκάζα, Γ. Μαλαμάκης, Έ. Τυγγινάγκα, Χ. Τυγγινάγκας

Τμήμα Φυσιοθεραπείας ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπίσει. Διαχωρίζεται στα στάδια 0, I, II και III.

ΣΚΟΠΟΣ: Στο 90% των περιπτώσεων η διάγνωση στηρίζεται στη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με τη γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση υποτροπής της νόσου. Στόχοι της θεραπευτικής προσέγγισης είναι στο Στάδιο I η απομάκρυνση του οιδήματος και η αποφυγή εκ νέου συσσώρευσης και στα Στάδια II και III η απομάκρυνση του οιδήματος, η αποφυγή εκ νέου συσσώρευσης και η μείωση της ίνωσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στην ταχύτερη μεταφορά της λέμφου από την οιδηματώδη περιοχή, με την ανάπτυξη νέων οδών παροχέτευσης και την ελάττωση εναπόθεσης πρωτεΐνης στον διάμεσο ιστό με τη χρήση μηχανημάτων φυσικοθεραπείας, λεμφικής παροχέτευσης, επίδεσης, ασκήσεων και φροντίδας του δέρματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία με λεμφοίδημα I ή II σταδίου παρουσιάζουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να θεραπεύσουν ολοκληρωτικά το λεμφοίδημα ενώ οι ασθενείς με λεμφοίδημα προχωρημένου II ή III σταδίου παρουσιάζουν καλή πιθανότητα να περιορίσουν σημαντικά το λεμφοίδημα, μειώνοντας τον κίνδυνο δυσάρεστων επιπλοκών όπως πόνος, βάρος, μείωση κινητικότητας του άκρου έως και εμφάνιση αγγειοσαρκωμά-

των και παράλυσης του άκρου. Επιπλέον ελαττώνεται το ψυχικό stress που προκαλείται από το οίδημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με συντηρητικές μεθόδους που πρέπει να εφαρμόζονται από το αρχικό στάδιο. Η θεραπεία του λεμφοιδήματος εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το οίδημα και το πόσο έγκαιρα αρχίζει η αγωγή. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα.

18. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΙΕΣΗΣ 24ΩΡΟΥ - ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΛΗ ΚΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ MASKED ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ε. Μπαλταρέτσου, Μ. Δημουλά, Μ. Δαβερώνη, Π. Τσακιρίδης, Ε. Γκούγκης, Δ. Σαλονικιώτου, Μ. Αρμάου, Α. Βελαλοπούλου

Κέντρο Υγείας Τήνου, Κυκλάδες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως masked υπέρταση ορίστηκε η αρτηριακή πίεση μικρότερη του 140/90 mmHg στο ιατρείο και αυξημένη στο σπίτι $\geq 135/85$ mmHg ή με 24ωρη καταγραφή με μέση τιμή ημέρας $\geq 135/85$ mmHg.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της συχνότητας της masked υπέρτασης σε υπερτασικά άτομα με ή χωρίς θεραπεία (νησιωτικό πληθυσμό).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε η καταγραφή 24ώρου της αρτηριακής πίεσης και σύγκριση με μέτρηση αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς οι οποίοι ακολουθούσαν πρωτόκολλο μέτρησης αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο (δύο επισκέψεις τουλάχιστον, δύο μετρήσεις ανά επίσκεψη) και στο σπίτι (δύο μετρήσεις πρωί-βράδυ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετηθήκαν 268 άτομα (άνδρες και γυναίκες με μέση ηλικία $55 \pm 13,6$ έτη). Από αυτά 30 άτομα υπό θεραπεία (11,19%) είχαν masked υπέρταση με βάση την καταγραφή 24ώρου αρτηριακής υπέρτασης, και 25 άτομα (9,32%) με τη μέτρηση αρτηριακής πίεσης στο σπίτι. Στους ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη αρτηριακή υπέρταση, δηλαδή χωρίς θεραπεία, 90 άτομα, η masked υπέρταση διαγνώστηκε σε 15 (16,6%) με βάση την 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και σε 22 άτομα (24%) στους ασθενείς με τις μετρήσεις που έγιναν στο σπίτι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτά τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι η masked υπέρταση είναι ένα συχνό φαινόμενο μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνται στο ιατρείο υπέρτασης, με ή χωρίς θεραπεία και η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης είναι μια μέθοδος απλή, χρήσιμη και απαραίτητη για τη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης.

19. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ε. Μπαλταρέτσου, Μ. Δημουλά, Π. Τσακιρίδης, Μ. Δαβερώνη, Ε. Γκούγκης, Δ. Σαλονικιώτου, Μ. Αρμάου, Α. Βελαλοπούλου

Κέντρο Υγείας Τήνου, Κυκλάδες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και αρτηριακής υπέρτασης είναι πλέον αποδεδειγμένη εδώ και καιρό από διάφορες μελέτες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σχέση μεταξύ ασθενών με αρτηριακή υπέρταση και παχυσαρκίας σε νησιωτικό πληθυσμό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετηθήκαν 238 ασθενείς (167 γυναίκες/71 άνδρες) με μέση ηλικία $56,3 \pm 3,2$ έτη που παρακολουθούνται στο υπερτασικό ιατρείο, και 75 νορμοτασικά άτομα (43 γυναίκες/32 άνδρες) με περίπου ίδια μέση ηλικία. Έγινε καταγραφή της αρτηριακής πίεσης είτε με Holter 24ώρου είτε με μέτρηση αρτηριακής πίεσης μέσω πρωτοκόλλου (τουλάχιστον δύο επισκέψεις στο ιατρείο με δύο μετρήσεις κάθε φορά) και καταγραφή του BMI (BMI 18,5–24,9 φυσιολογικοί, BMI 25–29,9 υπέρβαροι και BMI > 30 παχύσαρκοι).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των υπερτασικών ασθενών το 54,4% ήταν υπέρβαροι και 32,3% παχύσαρκοι συγκριτικά με τα νορμοτασικά άτομα. Οι υπερτασικές γυναίκες είχαν μεγαλύτερο BMI συγκριτικά με τους υπερτασικούς άνδρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι υπερτασικοί ασθενείς της συγκεκριμένης νησιωτικής περιοχής είναι περισσότερο υπέρβαροι ή και παχύσαρκοι σε σχέση με τα νορμοτασικά άτομα και οι υπερτασικές γυναίκες είναι περισσότερο παχύσαρκες από τους υπερτασικούς άνδρες.

20. ΜΕΛΕΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑ ΣΤΗΝ ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α. Καρανάσου,¹ Μ. Παφίτη,² Ευ. Χαραλαμποπούλου,¹ Αθανάσιος Δουληγέρης,¹ Έ.Ζ. Δημητριάδη,² Θ. Σιδηρά²

¹Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ²Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Νοσοκομείο Θ/Π «Η Παμμακάριστος», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ηπατικός υδροθώρακας χωρίς κλινικό ασκίτη είναι μια σπάνια περίπτωση. Προκειμένου να αποδειχθεί η μετανάστευση του ασκίτικου υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι όπως π.χ. η αξονική τομογραφία, η ακτινογραφία αλλά και το σπινθηρογράφημα με τη χρήση ραδιοφαρμάκων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η προέλευση της υπεζωκοτικής συλλογής σε ασθενή χωρίς ιστορικό ηπατικής κίρρωσης

και απουσία ασκίτη, έτσι ώστε να γίνει σωστή διαχείριση του κλινικού προβλήματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής ετών 72, εισήχθη στο νοσοκομείο με αυξανόμενη δύσπνοια. Σε ακτινογραφία θώρακα διαπιστώθηκε πλευριτικό υγρό, αλλά δεν υπήρχε κλινικά ανιχνεύσιμος ασκίτης τόσο στο υπερηχογράφημα όσο και στην αξονική τομογραφία λαμβάνοντας υπόψη ότι η ασθενής είχε εισαχθεί προ τριμήνου, όπου εντοπίστηκε πρωτοπαθής χολική κίρρωση, προσήλθε στο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ώστε να επιβεβαιωθεί η προέλευση και η διαφυγή του ασκητικού υγρού. Με τη χρήση Tc-99m επισημασμένου με albumin nanocolloid particles (nm) πραγματοποιήθηκε χορήγηση 10 mCi, στην περιοχή του ηπατικού ασκίτη. Στη συνέχεια, με τη βοήθεια της gamma camera τύπου E. CAM (οίκου Siemens) ελήφθησαν επαναλαμβανόμενες πρόσθιο-οπίσθιες στατικές μελέτες στην ενδιαφερόμενη περιοχή, ανά 5 min μέχρι το χρονικό διάστημα των 35 min και στη συνέχεια επιπρόσθετες λήψεις στη 1 h, 1 h και 30 min και τέλος στις 2 hs μετά τη χορήγηση του ραδιοφαρμάκου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν τη διαφυγή του ασκητικού υγρού στον υπεζωκότα. Στα 10 min παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση ραδιοφαρμάκου κάτω από το δεξιό ημιθώρακιο, ενώ στα 35 min η συγκέντρωση πλέον ήταν καθοριστική. Συγκεκριμένα διαγράφηκε η όλη διαδρομή του ραδιοφαρμάκου από τα 5 min και στη συνέχεια η καθήλωση στον υπεζωκότα στις 2 hs.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σπινθηρογραφική μελέτη είναι μια απλή, ασφαλής και ταχεία μέθοδος προκειμένου να καθοριστεί η ηπατική προέλευση του πλευριτικού υγρού.

21. ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΛΥΝΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

**Ε. Δημακάκος,^{1,2} Ι. Καλεμικεράκης,³
Κ. Κρουσανιώτακη,² Κ. Ηλιακόπουλος,⁴ Κ. Συρίγος¹**

¹Αγγειολογικό Ιατρείο Ογκολογικής Κλινικής, Γ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», ²Λεμφολογική Μονάδα Αγγειοϊατρικής-Κέντρο Αγγειακών Παθήσεων, ³Νοσηλευτική Σχολή ΤΕΙ Αθηνών, ⁴Ιατρική Σχολή Αθηνών ΕΚΠΑ, Αθήνα

Το λεμφοίδημα έχει αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες ότι είναι ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση λοιμώξεων στον άνθρωπο. Αυτές οι λοιμώξεις απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα και σωστή θεραπεία.

Όπως γνωρίζουμε το λεμφικό σύστημα είναι υπεύθυνο για τη μεταφορά πρωτεϊνών οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανοσοποιητική λειτουργία του οργανισμού μας. Λεμφοίδημα σημαίνει ότι υπάρχει στασιμότητα λεμφικού υγρού, πλούσιου σε πρωτεΐνες. Αυτή η στασιμότητα του υγρού και η ύπαρξη των πρωτεϊνών χρησιμεύει ως ένα εξαιρετικό μέσο για να αναπτυχθούν βακτήρια με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια κατάσταση τοπικής ανοσολογικής ανεπάρκειας, η οποία, με τη σειρά της, αυξάνει τον κίνδυνο της τοπικής μόλυνσης. Ένα παραμελημένο λεμφοίδημα οδηγεί σε χρόνια φλεγμονή και σκλήρυνση του τοπικού δέρματος με αποτέλεσμα το δέρμα και οι τοπικοί ιστοί να είναι ευάλωτοι στα μικρόβια. Ο σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε την επίδραση της συντηρητικής θεραπείας (πλήρη αποσυμφορητική θεραπεία) στην εμφάνιση επεισοδίων λοιμώξεων σε ασθενείς με λεμφοίδημα. Η μελέτη μας έδειξε μια στατιστικώς σημαντική μείωση της μόλυνσης και ειδικά των υποτροπιάζουσών φλεγμονών σε ασθενείς με λεμφοίδημα, μετά την αγωγή τους με την πλήρη αποσυμφορητική θεραπεία και την άμεση βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Επιπλέον, η μελέτη μας επιβεβαιώνει ότι το λεμφοίδημα είναι ένας κακός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση λοίμωξης και ότι όσο πιο άμεσα ξεκινήσει τη θεραπεία του λεμφοιδήματος ο ασθενής τόσο καλύτερη πρόγνωση θα έχει.

22. ΛΙΠΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ 20-30 ΕΤΩΝ

**Ν. Βαΐτσης,¹ Στ. Αγγελάκου-Βαΐτση,¹
Ειρ. Αναστασοπούλου²**

¹Ιδιώτης Ιατρός, Φάρασαλα, ²Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συχνότητας της αρτηριακής υπέρτασης και της λιπώδους διήθησης του ήπατος, σε άνδρες ηλικίας 20-30 ετών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος ήπατος, για λιπώδη διήθηση, και μέτρηση αρτηριακής πίεσης σε 100 άνδρες ηλικίας 20-30 ετών, που προσήλθαν σε δύο ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν μόνο τα άτομα που ήταν ελεύθερα παθολογικού ιστορικού και δεν λάμβαναν αγωγή για κανένα νόσημα. Η λιπώδης διήθηση απεικονίζεται υπερηχογραφικά ως αύξηση της ηπατικής ηχογένειας. Ως αρτηριακή υπέρταση θεωρήθηκε η τιμή μεγαλύτερη από 140/90 mmHg.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 17 (17%) άτομα με λιπώδη διήθηση ήπατος. Αρτηριακή υπέρταση παρουσίασαν 5 από τους 17 άνδρες (29,4%) με λιπώδη διήθηση ήπατος και 2 από τους 83 (2,4%) χωρίς λιπώδη διήθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο δείγμα μας η αρτηριακή υπέρταση συνυπάρχει σε ποσοστό 29,4% στους άνδρες, 20–30 ετών, με λιπώδη διήθηση ήπατος, ποσοστό αρκετά μεγαλύτερο του αντίστοιχου των ατόμων χωρίς λιπώδη διήθηση.

23. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 35–45 ΕΤΩΝ, ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ

Στ. Αγγελάκου-Βαΐτση,¹ Ν. Βαΐτσης,¹

Ειρ. Αναστασοπούλου²

¹Ιδιώτης Ιατρός, Φάρασαλα, ²Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται με το παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναζήτηση της σχέσης του παθητικού καπνίσματος με την HDL-χοληστερόλη.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 80 γυναίκες, ηλικίας 35–45 ετών, μη καπνίστριες, με ελεύθερο παθολογικό ιστορικό και δείκτη μάζας σώματος <30. Τα άτομα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην Α ομάδα (40 άτομα) περιελήφθησαν οι γυναίκες που δεν τυγχάνουν παθητικές καπνίστριες και στην ομάδα Β (40 άτομα) όσες είναι παθητικές καπνίστριες. Ως παθητικές καπνίστριες ορίσαμε όσες γυναίκες διαμένουν μαζί με τουλάχιστον έναν καπνιστή ή/και εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου στον εργασιακό τους χώρο. Σε όλες έγινε μέτρηση της HDL-χοληστερόλης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία t-Student.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Β (παθητικές καπνίστριες) παρατηρήθηκε, στατιστικά σημαντική ($P < 0,01$), μειωμένη μέση τιμή της HDL σε σχέση με τα αποτελέσματα της ομάδας Α (μη παθητικές καπνίστριες). Πιο συγκεκριμένα, οι μέσοι όροι των μετρήσεων για τις δύο ομάδες είναι HDL(A)=62,1 ng/mL, (SD=3,4) και HDL(B)=53,2 ng/mL, (SD=3,1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα στοιχεία του δείγματός μας φαίνεται ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει δυσμενώς τις τιμές της HDL-χοληστερόλης σε γυναίκες 35–45 ετών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία του ατόμου.

24. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ 30–40 ΕΤΩΝ

Στ. Αγγελάκου-Βαΐτση,¹ Ν. Βαΐτσης,¹

Ειρ. Αναστασοπούλου²

¹Ιδιώτης Ιατρός, Φάρασαλα, ²Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 εμφάνισαν αρχικά προδιαβήτη. Το αντίθετο δεν ισχύει. Δηλαδή, όσοι έχουν προδιαβήτη δεν αναπτύσσουν σίγουρα διαβήτη. Ο προδιαβήτης είναι η κατάσταση στην οποία κάποιος έχει αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα του, πάνω από το φυσιολογικό όριο, αλλά όχι τόσο πολύ ώστε να χαρακτηριστεί διαβήτης. Τα άτομα με προδιαβήτη έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο. Σήμερα γνωρίζουμε ότι τα άτομα με προδιαβήτη μπορούν να προλάβουν ή να καθυστερήσουν την εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 με απλές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης της καπνισματικής συνήθειας και της παρουσίας προδιαβήτη σε άνδρες ηλικίας 30–40 ετών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 200 άνδρες ηλικίας 30–40 ετών, ελεύθεροι παθολογικού ιστορικού και με δείκτη μάζας σώματος μικρότερο του 30. Οι 100 από αυτούς ήταν μη καπνιστές (ομάδα Α) και οι υπόλοιποι 100 (ομάδα Β) καπνιστές 20–40 τσιγάρων ημερησίως για τουλάχιστον 10 έτη. Η διάγνωση του προδιαβήτη έγινε με τη δοκιμασία ανοχής σε νηστεία. Βάσει των αποτελεσμάτων της γλυκόζης νηστείας έγινε η εξής ταξινόμηση: φυσιολογική (<100 mg/dL), προδιαβήτης (100–125 mg/dL) και διαβήτης (>125 mg/dL). Τα δεδομένα αναλύθηκαν στατιστικά με τη στατιστική δοκιμασία t-Student.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α (μη καπνιστές) ο μέσος όρος της γλυκόζης νηστείας είναι 89,4 mg/dL (SD=7,2 mg/dL) και στην ομάδα Β (καπνιστές) 103,8 mg/dL (SD=11,4 mg/dL). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($P < 0,01$) 35 άνδρες της ομάδας Β (35%) και κανένας της ομάδας Α βρέθηκαν με τιμή γλυκόζης νηστείας μεγαλύτερη του 100 mg/dL. Από τους 16 άνδρες της ομάδας Β (καπνιστές) ο ένας βρέθηκε με τιμή 131 mg/dL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη του δείγματός μας φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην τιμή της γλυκόζης νηστείας, ανάμεσα σε άνδρες καπνιστές και μη καπνιστές, ηλικίας 30–40 ετών. Μάλιστα η διαφορά αυτή είναι ενδεικτική σε ό,τι αφορά στην πρόγνωση για εμφάνιση προδιαβήτη στους καπνιστές.

25. ΜΕΓΑΚΟΛΟ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΟ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑΣ

Η. Κατσούλης,¹ Δ. Νασίκας,¹ Ε. Καλογηράτου,²
Α. Αρδαβάνης,² Γ. Σακοράφας¹

¹Τμήμα Χειρουργικής Ογκολογίας, ²Α' Ογκολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ουδετεροπενική (εντερο)κολίτιδα περιλαμβάνεται στις λιγότερο συχνές τοξικές παρενέργειες διαφόρων χημειοθεραπευτικών παραγόντων – ποσοστό περίπου 5%. Στις περισσότερες περιπτώσεις επηρεάζεται το δεξιό κόλον αλλά μπορεί να εμπλέκεται και το υπόλοιπο παχύ έντερο. Τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν με διακοπή της χημειοθεραπείας, ανάταξη της ουδετεροπενίας και υποστηρικτική αγωγή. Η κλινική αυτή οντότητα απαιτεί στενή παρακολούθηση του ασθενούς διότι, παρά τη συντηρητική αγωγή, μπορεί να εξελιχθεί σε megacolon και ισχαιμία του παχέος εντέρου. Παρουσιάζεται σπάνιο περιστατικό ισχαιμικής ουδετεροπενικής κολίτιδας που χρειάστηκε χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Άνδρας 57 ετών, με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης προ έτους, διεγνώσθη με μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα δεξιού πνεύμονα για το οποίο άρχισε χημειοθεραπεία με σισπλατίνη και βινorelμπίνη. Δεκαπέντε ημέρες μετά από τον τρίτο κύκλο, ο ασθενής εισήχθη εκτάκτως στο Νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου ουδετεροπενίας, σηπτικής καταπληξίας και οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Αρχικά ανταποκρίθηκε στην υποστηρικτική αγωγή και η ουδετεροπενία ανετάχθη με χορήγηση G-CSF. Τις επόμενες ημέρες ανεπτύχθη σταδιακά διάταση της κοιλίας χωρίς άλγος και ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σημαντικά αυξημένη διάμετρο του ανιόντος και εγκάρσιου κόλου καθώς και πεπαχυμένο τοίχωμα του τυφλού (τυφλίτιδα). Παρά τη συντηρητική αγωγή, με ολική παρεντερική διατροφή και ευρέος φάσματος αντιβιοτικά, η κολίτιδα δεν υποχώρησε και εμφανίστηκε εκ νέου επιδείνωση της κλινικής εικόνας με αιμορραγικές κενώσεις, περιτονίτιδα και καταπληξία. Ακολούθησε επείγουσα λαπαροτομία κατά την οποία, λόγω σοβαρής ισχαιμίας σε μεγάλη έκταση του παχέος εντέρου, έγινε υφολική κολεκτομή με τελική ειλεοστομία. Ο ασθενής αποσωληνώθηκε στη ΜΕΘ, παρέμεινε σταθερός και μεταφέρθηκε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα σε θάλαμο νοσηλείας, όπου δυστυχώς εμφανίσε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και απεβίωσε. Με την ιστολογική εξέταση επιβεβαιώθηκε η έκταση και η βαρύτητα της ισχαιμικής κολίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ουδετεροπενική κολίτιδα αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Χρειάζεται υψηλός δείκτης υποψίας, στενή παρακολούθηση του

ασθενούς και σε περίπτωση επιδείνωσης παρά τη συντηρητική θεραπεία, έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση.

26. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΡΑΔΙΟΦΑΡΜΑΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑ ΧΩΡΙΣ ΑΣΚΙΤΗ

Μ. Παφίτη,¹ Αλ. Καρανάσου,² Ευ. Χαραλαμποπούλου,²
Αθ. Δουληγέρης,² Έ.Ζ. Δημητριάδη¹

¹Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ²Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο Θ/Π «Η Παμμακάριστος», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενείς με αδιάγνωστη συλλογή ασκίτη αποτελούν πρόβλημα και η μεθοδολογία συλλογής διαγνωστικών πληροφοριών είναι καιρία. Η αξονική τομογραφία είναι μια σημαντική τεχνική, αλλά η χρήση υλικού σκιαγραφικής αντίθεσης μπορεί να αντενδίκνυται σε αυτούς τους ασθενείς, ενώ η αξιολόγηση των επιπλοκών είναι αναγκαία. Το περιτοναϊκό σπινθηρογράφημα με επισημασμένο Tc-99m αποτελεί ασφαλή τεχνική ώστε να επιλυθεί η προέλευση του ασκίτη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη και η επεξεργασία της διαδρομής και συγκέντρωσης του ραδιοφαρμάκου. Πολλά ραδιοφάρμακα, συμπεριλαμβανομένων, ^{99m}Tc-phytate, ^{99m}Tc-sulphur colloid, ή ^{99m}Tc-MAA (magro-aggregatate-albumin) έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της peritoneal-pleural επικοινωνίας. Αναλύεται η επιλογή του ^{99m}Tc-nanocolloid.

ΥΛΙΚΟ: Με τη χρήση Tc-99m επισημασμένου με albumin nanocolloid particles (nm) πραγματοποιήθηκε χορήγηση 10 mCi, στην περιοχή του ηπατικού ασκίτη. Με τη βοήθεια της gamma camera τύπου E. CAM (οίκου Siemens) ελήφθησαν επαναλαμβανόμενες πρόσθιο-οπίσθιες στατικές μελέτες στην ενδιαφερόμενη περιοχή, ανά 5 min, μέχρι το χρονικό διάστημα των 35 min και στη συνέχεια επιπρόσθετες λήψεις στη 1 h, 1 h και 30 min και τέλος στις 2 hs μετά τη χορήγηση του ραδιοφαρμάκου. Κατόπιν επεξεργασίας των εικόνων με τη βοήθεια των ROI's υπολογίστηκαν οι τιμές των κρούσεων/sec/rix στις προαναφερόμενες χρονικές στιγμές και στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι χρόνοι teff (fast & slow) με τη βοήθεια καταλλήλου software (statgraph prism 5).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν τη συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου στους χρόνους teff fast: 13,79 min & slow: 70,84 min (R²: 0,7944). Η όλη εξέταση δύναται να ολοκληρωθεί στα 70 min ενώ αντίθετα στα υπόλοιπα ραδιοφάρμακα κυμαίνεται στις 2–6 ώρες. Σε σύγκριση με τη χρήση του MAA το οποίο μπορεί λόγω των magro-aggregatate να έχει μεγαλύτερο βιολογικό χρόνο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η περίπτωση σοβαρής πνευμονικής υπέρτασης ώστε να αποκλεισθούν προβλήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιτοναϊκό σπινθηρογράφημα με τη χρήση ^{99m}Tc (nanocolloid particles) είναι μια ασφαλής και ταχεία μέθοδος προκειμένου να καθοριστεί η ηπατική προέλευση του πλευριτικού υγρού.

27. ΣΟΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΚΝΗΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ - ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΛΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

A. Κουτσοβασίλη,¹ I. Κουτής,¹ X. Κοντούλη,¹ M. Νικολακοπούλου,² Θ. Σωτηρόπουλος²

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Παθολογικό, Τμήμα, Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ουραιμικός κνησμός (ΟΚ) προσβάλλει το 25-85% των ασθενών με ΧΝΑ, και αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους. Σε αρκετές περιπτώσεις ανθίσταται στη συνήθη θεραπεία και μπορεί να αποτελέσει την αιτία σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τρεις αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (2 γυναίκες, 1 άνδρας) ηλικίας 75,82 και 62 ετών, αντίστοιχα, παρουσίασαν έντονο και σοβαρό κνησμό χωρίς καμία ύφεση στη θεραπεία με αντισταμινικά, τοπική θεραπεία με ενυδατικές κρέμες και καψαϊκίνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος παρουσίασε, στην 1η περίπτωση: P=6,2, KT/V=1,2, PTH=240, στη 2η περίπτωση: P=4,5, KT/V=1,2, PTH=280 και στην 3η περίπτωση: P=4,7, KT/V=1,3, PTH=170.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση του κνησμού με εκτεταμένο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Αιτία του κνησμού ήταν η στένωση της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (AVF) και η αποκατάστασή της, επέφερε πλήρη ύφεση του κνησμού στην πρώτη περίπτωση. Στη 2η περίπτωση εφαρμόζοντας υψηλότερο στόχο επάρκειας κάθαρσης (KT/V>1,3) σε χρονικό διάστημα 2 μηνών η ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση. Στην 3η περίπτωση δεν ανευρέθηκε υποκείμενη αιτιολογία και παρόλο τον υψηλό δείκτη κάθαρσης (KT/V>1,4) ο κνησμός παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση διάρκειας μεγαλύτερης των 4 μηνών, με σοβαρές δερματικές αλλοιώσεις. Ο ανθεκτικός κνησμός αντιμετωπίστηκε με γκαμπαπεντίνη, η οποία επέφερε την εξάλειψη των συμπτωμάτων εντός 5-6 ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο κνησμός των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που απαιτεί συστηματική προσέγγιση στην εκτίμηση και τη θεραπεία του. Συνήθως, η βελτίωση της ποιότητας της αιμοκάθαρσης αρκεί για την ύφεση των συμπτωμάτων. Στις σπάνιες περιπτώσεις ανθεκτικού κνησμού η συμπτωματική θεραπεία με γκαμπαπεντίνη δίνει πολύ καλά αποτελέσματα.

28. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

I. Κουτής, M. Νικολακοπούλου, X. Κοντούλη, A. Κουτσοβασίλη

Νεφρολογικό Τμήμα και MTN, Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιώς

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των διαταραχών του ύπνου σε ασθενείς με Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου υπό εξωνεφρική κάθαρση.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 50 σταθεροποιημένοι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, ηλικίας 40 έως 85 ετών, 35 άνδρες και 15 γυναίκες. Για τον προσδιορισμό των διαταραχών του ύπνου χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών και η Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS). Επίσης μετρήθηκαν βασικοί βιοχημικοί δείκτες των ασθενών, όπως αιμοσφαιρίνη (Hb), P, Ca, γινόμενο Ca×P, PTH, K και ο δείκτης επάρκειας της κάθαρσης (kt/v). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το μοντέλο ανάλυσης SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, 30 ασθενείς εμφάνισαν σοβαρή διαταραχή ύπνου (το ίδιο ποσοστό σε άνδρες και γυναίκες). Είκοσι από τους ασθενείς ήταν άνω των 70 ετών. Σε 25 από τους 30 ασθενείς συνυπήρχε αυξημένο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης. Τέλος 30% των ασθενών εμφάνισαν σοβαρές διαταραχές στην αιμοσφαιρίνη, 40% στο κάλιο και 60% στον δείκτη επάρκειας κάθαρσης kt/v.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαταραχές ύπνου είναι πολύ συχνές στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς επηρεάζοντας την ποιότητα της ζωής τους. Συνυπάρχουν με επίσης αυξημένα ποσοστά χρόνιου άγχους και κατάθλιψης λόγω της χρονιότητας και της φύσης της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υποκρύπτουν και μη επαρκή θεραπεία, γεγονός που μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης.

29. ΠΑΛΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ

A. Πεφάνης,¹ Θ. Ηλιόπουλος,¹ A. Μαρινάκης,¹ B. Κομποθέκρας²

¹Καρδιολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων είναι θεμελιώδους σημασίας για την ομαλή κλινική έκβαση μετά από στεφανιαία αγγειοπλαστική.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τον τρόπο χορήγησης και την ασφάλεια των παλαιότερων (ασπιρίνης, κλοπιδογρέλης) και νεότερων (πρασουγρέλης, τικαγκρελόρης) αντιαιμοπεταλιακών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ: 63 ασθενείς, 55 άνδρες και 8 γυναίκες. ΜΟ ηλικίας: 66 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγχορήγηση ασπιρίνης-κλοπιδογρέλης: 62%, συγχορήγηση πρασουγρέλης και τικαγκρελόρης με ασπιρίνη: 24% και 12,5% αντίστοιχα, χορήγηση μόνο κλοπιδογρέλης: 1,5%. Προγραμματισμένη ιατρικώς καθοδηγούμενη διακοπή του ενός παράγοντα στο ένα έτος: 30%, πριν την ολοκλήρωση του έτους λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας: 22%, συνέχιση διπλής αγωγής και μετά: 48%. Διακοπή κλοπιδογρέλης: 41%, ασπιρίνης: 30%, τικαγκρελόρης: 15%, πρασουγρέλης: 9%, συνδυασμού ασπιρίνης-κλοπιδογρέλης: 5%. *Ανεπιθύμητες ενέργειες:* δερματικές εκχυμώσεις (14,5%), επιγαστρικός καύσος (8%), αιμορραγία γαστρεντερικού (5%), αιμορραγικό ΑΕΕ (3%), αλλεργία στην ασπιρίνη (1,5%). Από αυτές, σε διακοπή του ενός ή και των δύο αντιαιμοπεταλιακών οδήγησαν οι: αιμορραγία γαστρεντερικού (πρασουγρέλη), αιμορραγικό ΑΕΕ (κλοπιδογρέλη και κλοπιδογρέλη-ασπιρίνη), η αλλεργία και επιγαστραλγία (ασπιρίνη). Το 94% λάμβανε γαστροπροστασία: παντοπραζόλη (87%), ομεπραζόλη (10%), ραμπεπραζόλη (1,5%), ρανιτιδίνη (1,5%). Στο 5% αυτών των ασθενών παρουσιάστηκε αιμορραγία από το γαστρεντερικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα νεότερα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα βρίσκουν σταδιακά τη θέση τους στην αγωγή ασθενών μετά από αγγειοπλαστική, με καλό προφίλ ασφαλείας. Σε αυτό συμβάλλουν οι γαστροπροστατευτικοί παράγοντες, τους οποίους λαμβάνει η πλειοψηφία των ασθενών. Υπάρχει, όμως, ακόμη δρόμος μέχρι τον τελικό ενδεδειγμένο τρόπο χορήγησης τους.

30. ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

Χρ. Τεσσαρομμάτη

Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Ως αλληλεπίδραση φαρμάκων ορίζεται κάθε μεταβολή της δράσης τους στον οργανισμό από την παρουσία εξωγενών ουσιών όπως φάρμακα, φυτά, τροφή, περιβαλλοντικοί ρύποι (ξеноβιοτικά) σε διαγνωστικό ή θεραπευτικό επίπεδο. Η πιθανότητα εμφάνισης αλληλεπιδράσεων είναι ατέρμονη, δεδομένου ότι άνω των 30.000 μη συνταγογραφούμενων προϊόντων κυκλοφορούν. Τα φυτά περιέχουν πληθώρα δραστικών συστατικών (κύριων και δευτερευόντων) και παρουσιάζουν ευρύ φάσμα δράσης ανά-

λογο με αυτά. Τα φυτικά παρασκευάσματα επηρεάζουν ουσιαστικά τη λειτουργία του οργανισμού και όταν λαμβάνονται με συμβατική φαρμακευτική αγωγή οι αλληλεπιδράσεις είναι πολύ πιθανές. Τα φυτά ως θεραπευτικά μέσα δεν είναι αδρανή προϊόντα, ούτε ακίνδυνα. Τα συνθετικής προέλευσης φάρμακα έχουν συγκεκριμένο μηχανισμό δράσης και συνήθως αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, ανάλογα με τη δράση αυτή. Η παρουσία δραστικών ουσιών στα φυτά οδηγούν σε παρόμοιες συμπληρωματικές ή συνεργικές (πολλές φορές μη ειδικές), αλλά και ανεπιθύμητες δράσεις. Η σύγχρονη λήψη φαρμάκων και φυτικών παρασκευασμάτων μπορεί να μιμηθεί, να αυξήσει ή να αναστείλει τη δράση των φαρμάκων.

Γενικά η αλληλεπίδραση φυτικού παρασκευάσματος και συμβατικού φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει σε φαρμακοκινητικές (απορρόφησης, κατανομής, μεταβολισμού) ή φαρμακοδυναμικές μεταβολές με:

1. Αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και εμφάνιση τοξικότητας.
2. Ελάττωση του θεραπευτικού αποτελέσματος των φαρμάκων με αποτέλεσμα υποθεραπεία (πιθανή ανάπτυξη αντοχής στο φάρμακο).
3. Τροποποίηση της δράσης του φαρμάκου και εμφάνιση μη αναμενόμενων επιπλοκών.
4. Αύξηση της δράσης των φαρμάκων.

31. ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ PORT A CATH ΣΕ ΜΗΡΙΑΙΑ ΦΛΕΒΑ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Β. Καρτσούνη, Απ. Λούντσης, Μ. Μηλάτου, Ελ. Ντοκόζ, Σ. Σφήκα, Μ. Γκέλη

Α΄ Ακτινοδιαγνωστικό και Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι εμφυτευμένοι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για τους ογκολογικούς ασθενείς. Όταν η εμφύτευσή τους στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι δυνατή ή ασφαλής, πρέπει να αναζητηθεί άλλη φλεβική πρόσβαση. Αναφέρουμε την εμπειρία μας σε Ογκολογικό Νοσοκομείο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Μάρτιο του 2012 έως και τον Αύγουστο του 2014 υποβλήθηκαν σε εμφύτευση κεντρικού φλεβικού καθετήρα σε μηριαία φλέβα 4 ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς δεν ήταν δυνατή η εμφύτευση του τυμπάνου στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Σε δύο ασθενείς λόγω μετακτινικών και μετεγχειρητικών αλλοιώσεων από αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, υπήρχε σε μεγάλη έκταση εξελκωμένος και ουλώδης ιστός. Σ' έναν ασθενή υπήρχε θρόμβωση άνω κοίλης φλέβας. Στον άλλον

ασθενή υπήρχε σημαντικός πνευμοθώρακας στο ένα ημιθώρακιο και ευμεγέθης πνευμονική μάζα στο άλλο ημιθώρακιο. Η διαδικασία έγινε με τοπική αναισθησία, υπό ακτινοσκοπική παρακολούθηση. Η εμφύτευση του τυμπάνου έγινε στο κοιλιακό τοίχωμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%. Η διαδικασία ήταν καλώς ανεκτή από τους ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν άμεσες ή απώτερες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμπειρία μας αλλά και τα αναφερόμενα χαμηλά ποσοστά επιπλοκών στη διεθνή βιβλιογραφία καταδεικνύουν ότι η εμφύτευση κεντρικών φλεβικών καθετήρων στη μηριαία φλέβα αποτελεί ασφαλή επιλογή.

32. Η ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΟΜΙΩΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΚΟΛΕΚΤΟΜΩΝ

Σ.Γ. Πανουσόπουλος, Κ. Μανθαντώνης, Γ. Πανούσης, Ν. Κουτσογούλας, Ν. Μπολτσής, Αλ. Βαρολατζίδου, Π. Λαζαρίδης

ΣΤ' Χειρουργική Κλινική, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση προσομοιωτών στην εκπαίδευση νέων χειρουργών, συνεχώς κερδίζει έδαφος σε παγκόσμιο επίπεδο. Ενώ η ιδέα της εκπαίδευσης δεξιοτήτων σε μη ζώντα μοντέλα δεν είναι καινοφανής, τα τελευταία χρόνια η ραγδαία εξέλιξη της ηλεκτρονικής τεχνολογίας έχει προσφέρει λύσεις με αξιοποίηση εφαρμογών εικονικής πραγματικότητας που υπόσχονται να φέρουν επανάσταση στον τρόπο που εκπαιδεύονται οι ιατροί, κυρίως χειρουργικών ειδικοτήτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την αποκτηθείσα εμπειρία από την αποτελεσματικότητα και χρησιμότητα της νέας αυτής τεχνολογίας στην εκπαίδευση χειρουργών σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις παχέος εντέρου, ως επικουρικού μέσου στα πλαίσια μιας ολοκληρωμένης εκπαιδευτικής προσπάθειας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διεξαγωγή του σεμιναρίου Colorectal Laparoscopic Surgical Skills που διοργανώνεται από την ΣΤ' Χειρουργική Κλινική του ΔΘΚΑ «Υγεία», οι εκπαιδευόμενοι συμμετέχουν σε πρόγραμμα εκπαίδευσης λαπαροσκοπικών δεξιοτήτων με προσομοιωτές. Το σεμινάριο χωρίζεται σε 4 κύκλους που καλύπτουν το φάσμα της χειρουργικής παχέος εντέρου. Κατά έκαστο κύκλο, οι συμμετέχοντες παρακολουθούν ομιλίες και ζωντανά μεταδιδόμενες επεμβάσεις και πραγματοποιούν οι ίδιοι λαπαροσκοπικές κολεκτομές σε ζωικά πρότυπα, σε χρόνο δύο ημερών. Μεταξύ των διημερίδων λαμβάνουν

εκπαίδευση σε δεξιότητες λαπαροσκοπικής χειρουργικής με χρήση προσομοιωτών εικονικής πραγματικότητας. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος συλλέγονται δεδομένα απόδοσης, ενώ παράλληλα αξιολογείται η βελτίωση σε βασικές παραμέτρους ασφαλείας και αποδοτικότητας. Κατά την εκτέλεση της κολεκτομής στο ζωικό πρότυπο συγκρίθηκαν οι επιδόσεις 10 συμμετεχόντων που έλαβαν εκπαίδευση σε προσομοιωτές με συναδέλφους που δεν έλαβαν. Ελήφθησαν υπόψη οι εξής παράμετροι: επιτυχία ή μη κολεκτομής και αναστόμωσης, συνολικός εγχειρητικός χρόνος, αριθμός περιεγχειρητικών ακουσίων κακώσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η άσκηση σε προσομοιωτές βελτίωσε την οικονομία κινήσεων κατά 37% (22–75%), την ακρίβεια κατά τη συρραφή κατά 80% (41–122%), την άσκηση δύναμης στους ιστούς κατά 67% (56–81%) και τον χρόνο εκτέλεσης λαπαροσκοπικού κόμπου κατά 75% (50–150%). Στο ζωικό πρότυπο παρατηρήθηκε διαφορά σε όλες τις παραμέτρους που αξιολογήθηκαν υπέρ της ομάδας που ασκήθηκε σε προσομοιωτές, με μέσο χρόνο κολεκτομής με αναστόμωση 107 min έναντι 165 min, επιτυχία ολοκλήρωσης της επέμβασης εντός 180 min 100% έναντι 80%, και 1 επεισόδιο ακούσιας κάκωσης έναντι 4.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση προσομοιωτών έχει σημαντική θέση στη χειρουργική εκπαίδευση, προσφέροντας στους εκπαιδευόμενους την ευκαιρία να βελτιωθούν τεχνικά σε σημαντικό βαθμό και σύντομο χρονικό διάστημα.

33. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΥΠΛΟΚΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΤΗΝ «ΥΒΡΙΔΙΚΗ» ΑΙΘΟΥΣΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Χρ. Χρυσικόπουλος, Ν. Νάσης, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Πλάκας, Αλ. Ανδρέου

Κλινική Νευροχειρουργικής και Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η «Υβριδική» χειρουργική αίθουσα χρησιμοποιείται από διάφορες χειρουργικές ειδικότητες και επιτρέπει τη διενέργεια πολύπλοκων επεμβάσεων με τη βοήθεια ακτινοσκόπησης, αγγειογραφίας, τρισδιάστατης ψηφιακής αγγειογραφίας (3D-DSA) και αξονικής τομογραφίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αναλύσουμε την αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων που διενεργήθηκαν στην υβριδική αίθουσα όπου συνδυάστηκαν οι κλασικές τεχνικές αγγειακής νευροχειρουργικής με τις ενδαγγειακές τεχνικές της επεμβατικής νευροακτινολογίας.

ΥΛΙΚΟ: Από τον Νοέμβριο του 2012 έως τον Οκτώβριο του 2014 αντιμετωπίστηκαν 25 ασθενείς. Οι 19 ασθενείς είχαν πολύπλοκα ανευρύσματα, 1 ασθενής είχε μηνιγγική αρτηριοφλεβική επικοινωνία του σπληνογαστρικού κόλπου (DAVF) και 5 ασθενείς είχαν αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες (4 εγκεφάλου και 1 σπονδυλικής στήλης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διενέργεια διεγχειρητικής ψηφιακής αγγειογραφίας (i-DSA) και 3D-DSA ήταν αναγκαία σε όλες τις επεμβάσεις. Σε 3 επιβεβαιώθηκε αγγειόσπασμος και αντιμετωπίστηκε άμεσα με επεμβατική μέθοδο (αγγειοπλαστική) με άριστα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Σε όλες τις επεμβάσεις by-pass επιβεβαιώθηκε η βατότητα του by-pass. Σε μία επέμβαση όπου ο ασθενής είχε AVM η i-DSA κατέδειξε διεγχειρητικό υπόλειμμα που επέβαλλε τη συνέχιση της επέμβασης μέχρι πλήρους εξαίρεσης της δυσπλασίας. Επίσης, σε 3 περιπτώσεις διενεργήθηκε ενδαγγειακός αποκλεισμός ανευρύσματος μετά του φέροντος αγγείου μετά από by-pass. Σε μηνιγγική αρτηριοφλεβική επικοινωνία του σπληνογαστρικού κόλπου επιτεύχθηκε εκλεκτικός καθετηριασμός του τελευταίου και πλήρης αποκλεισμός της επικοινωνίας μετά από χειρουργική αποκάλυψη φλοιϊκής φλέβας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την εξέλιξη της τεχνολογίας μπορούν να εκτελούνται στον ίδιο χώρο και χρόνο με απόλυτη ασφάλεια και με καλύτερα αποτελέσματα, σύνθετες και συνδυαστικές επεμβάσεις (χειρουργικές-διαδερμικές ενδαγγειακές) για πολύπλοκες παθήσεις.

34. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ (FLOW DIVERTER STENTS)

Χρ. Χρυσικόπουλος, Ν. Νάσης, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Πλάκας, Αλ. Ανδρέου

Κλινική Νευροχειρουργικής και Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα Flow diverters είναι μιας νέας γενιάς stents σχεδιασμένα για τη θεραπεία των ανευρυσμάτων εγκεφάλου. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα τετραετούς εμπειρίας από τη χρήση αυτών των συσκευών.

ΥΛΙΚΟ: Από τον 8/2010 έως τον 4/2014, 45 ασθενείς (29 γυναίκες και 16 άνδρες, μέσης ηλικίας 51 ετών) με 52 ανευρύσματα υποβλήθηκαν σε θεραπεία με flow diverters. Σε 6 ασθενείς η επέμβαση έγινε για θεραπεία επανασηραγωπημένων ανευρυσμάτων, ενώ στους 39 ήταν η πρώτη θεραπεία. 30 ανευρύσματα εντοπίζονται στην υπερκλινοειδή μοίρα της έσω καρωτίδας, 11 ανευρύσματα στη σπληνογαστρική μοίρα της έσω καρωτίδας, 3 στην πρόσθια εγκε-

φαλική αρτηρία, 2 στη μέση εγκεφαλική αρτηρία, 3 στην οπίσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία και 3 στη σπονδυλική αρτηρία. Τα ανευρύσματα ήταν: 29 μικρά (<7 mm), 21 μεγάλα (8–20 mm) και 2 γιγαντιαία (>20 mm). Σε 15 ανευρύσματα διενεργήθηκε και εμβολισμός με μικροσπειράματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διεγχειρητικές επιπλοκές: οξεία θρόμβωση εντός του stent (2), μετανάστευση του stent (2), αγγειόσπασμος (25), ατελής έκπτυξη του stent (6) και αιμάτωμα στο σημείο παρακέντησης (6). Επανελέγχος με ψηφιακή αγγειογραφία στους 6 μήνες: πλήρης αποκλεισμός (50), παρουσία υπολειμματικής ροής (2). Απώτερες επιπλοκές: παρουσία θρόμβου πάνω στο πλέγμα του stent (1) το οποίο συνδυάζεται με ατελή έκπτυξη του stent, 2 από τα 6 stents τα οποία εμφάνιζαν ατελή έκπτυξη κατά την τοποθέτηση παρέμειναν αμετάβλητα με στένωση του αγγείου. Καμία κλινική-νευρολογική επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε στην οξεία φάση ενώ δύο ασθενείς παρουσίασαν παροδική διαταραχή όρασης λόγω στένωσης της οφθαλμικής αρτηρίας στο μεσοδιάστημα από την επέμβαση και τον επανελέγχο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία των ανευρυσμάτων με τοποθέτηση ενδοπροθέσεων flow diverter έχει υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας ενώ τα ποσοστά επιπλοκών είναι πολύ χαμηλά με προοπτική να μειώνονται όλο και περισσότερο όσο η εμπειρία και η τεχνολογία θα βελτιώνονται.

35. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΟΛΗΔΟΧΟΤΟΜΗ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΛΙΘΙΑΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ - VIDEO ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

Κ.Μ. Στάμου, Σ.Γ. Πανουσόπουλος, Θ. Εμμανουήλ, Ε. Σαμαντά, Α.Α. Τέντες

Νοσοκομείο «Κυανός Σταυρός» και Νοσοκομείο «Μετροπόλιταν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πρωτοπαθής λιθίαση του χοληδόχου πόρου αντιπροσωπεύει μικρό ποσοστό χοληδοχολιθίασης. Η συνήθης αντιμετώπιση περιλαμβάνει την προεγχειρητική ERCP ακολουθούμενη από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται η τεχνική της λαπαροσκοπικής χοληδοχοτομής με διεγχειρητική χοληδοχοσκόπηση. Η χοληδοχοσκόπηση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια εύκαμπτου ουρητηροσκοπίου. Η σύγκλιση του χοληδόχου πόρου γίνεται με μεμονωμένες ραφές απορροφήσιμων ραμμάτων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Η τεχνική εφαρμόστηκε σε ασθενή 30 ετών με πρωτοπαθή χοληδοχολιθίαση. Ο λίθος διαστάσεων 1×3 cm δεν ήταν δυνατόν

να αφαιρεθεί κατά την προεγχειρητική ERCP κατά την οποία τοποθετήθηκε πλαστικό stent. Η λαπαροσκοπική χοληδοχοτομή ήταν απαραίτητη για την αφαίρεση του λίθου. Ο ασθενής εξήλθε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Το stent αφαιρέθηκε ενδοσκοπικά μετά 30 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική χοληδοχοτομή πρέπει να προσφέρεται ως επιλογή σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολολιθίαση.

36. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ERCP ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ RENDEZ-VOUS - VIDEO ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΤΡΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Κ.Μ. Στάμου, Θ. Εμμανουήλ, Σ.Γ. Πανουσόπουλος, Μ. Πάττας, Ι. Παπανικολάου, Ε. Σαμαντά, Α.Α. Τέντες

Νοσοκομείο «Κυανός Σταυρός» και Νοσοκομείο «Μετροπόλιταν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ERCP ακολουθούμενη από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι μια συνήθης επιλογή αντιμετώπισης της χολολιθίασης με χοληδοχολιθίαση. Όταν η προεγχειρητική ERCP είναι ανεπιτυχής, μπορεί η λύση να δοθεί σε έναν χρόνο με την τεχνική του "rendez-vous" ώστε να αποφευχθεί η χοληδοχοτομή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται η τεχνική της διεγχειρητικής υποβοηθούμενης ERCP. Προηγείται η λαπαροσκοπική παρασκευή του κυστικού πόρου και η αποκόλληση της χοληδόχου κύστεως από την κοίτη. Διά του κυστικού πόρου, προωθείται στον χοληδόχο πόρο και διά του φύματος του Vater στο δωδεκαδάκτυλο υδρόφιλο οδηγό σύρμα. Ο ενδοσκοπός συλλαμβάνει το σύρμα και προωθεί επί αυτού τον σφιγκτηροτόμο. Ακολουθεί σφιγκτηροτομή και ολοκλήρωση της επέμβασης. Η τεχνική απαιτεί ταυτόχρονη λαπαροσκόπηση, ενδοσκόπηση και ακτινοσκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με επιτυχία σε 3 περιπτώσεις ασθενών. Η προεγχειρητική ERCP ήταν ανεπιτυχής στη μία περίπτωση λόγω ευμεγέθων εκκολπωμάτων του δωδεκαδακτύλου και στις άλλες δύο λόγω ανατομικών δυσκολιών στον καθετηριασμό του Vater. Η διάρκεια των επεμβάσεων ήταν 80 min, 90 min και 110 min. Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν από το νοσοκομείο μέσα σε 48 ώρες από την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διεγχειρητικώς υποβοηθούμενη ERCP με την τεχνική του "rendez-vous" είναι μια αποτελεσματική φθηνή και απλή μέθοδος αντιμετώπισης της χοληδοχολιθίασης όταν η προεγχειρητική ERCP είναι αδύνατη ή ανεπιτυχής.

37. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Κ.Μ Στάμου, Ν. Πάλλας, Ε. Σαμαντά, Ν. Κουρκουτσάκης, Π. Πρασσόπουλος, Α.Α. Τέντες

Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας, Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, Αθήνα, Εργαστήριο Ακτινολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Θράκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της κυτταρομειωτικής χειρουργικής και της ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για προοπτική κλινική μελέτη επιβίωσης επί 128 ασθενών με καρκίνο ωοθηκών που υποβλήθηκαν σε 136 κυτταρομειωτικές επεμβάσεις με HIPEC.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε προγνωστικούς παράγοντες για υποτροπή το Prior Surgical Score και τη χορήγηση συστηματικής χημειοθεραπείας. Μετά μέση παρακολούθηση 16 μηνών, η ολική 5ετής επιβίωση ήταν 41%, με διάμεση επιβίωση τους 51 μήνες. Η 5ετής επιβίωση σε ασθενείς με PSS-0 ήταν 78% μειούμενη στο 15% για ασθενείς με PSS-3 ($P < 0,0001$). Η 5ετής επιβίωση για ασθενείς που υπεβλήθησαν εξαρχής σε κυτταρομειωτική χειρουργική και HIPEC ήταν 81,3%. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε την επάρκεια της κυτταρομείωσης και το PSS ως προγνωστικούς παράγοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περιεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία με άμεση επέμβαση κυτταρομείωσης προσφέρουν τις καλύτερες πιθανότητες επιβίωσης σε γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο ωοθηκών.

38. THE INCREASE OF CAESARIAN SECTIONS IN CYPRUS AND THE FINANCIAL IMPLICATIONS

D. Andrioti,¹ A. Skitsou,² K. Kella,³

L. Eklund Karlsson,⁴ G. Charalambous⁵

¹Centre of Maritime Health and Society, University of Southern Denmark, ²Health Management, Frederick University, Cyprus, ³Larnaca General Hospital, Cyprus, ⁴Unit for Health Promotion Research, University of Southern Denmark, ⁵Health Management, Frederick University, Cyprus

INTRODUCTION: The increase in the number of Caesarian Sections (CS) is an important public health issue with potential effects on mother's and newborn's health, while the continuous increase leads to an excessive burden on the health budgets of countries, insurance funds and households.

AIM: The purpose of this study was to illustrate the actual financial cost of CS and to determine the frequency of CS compared with Normal Deliveries (ND) as well as their impact on health system.

METHOD: The study was descriptive and was done in the obstetrics and gynecology clinic of a public hospital. This operates 24 beds and it employs 37 health professionals. During the last five years 2008–2012 on average 460 births per year occurred, of which 162 were CS (36%). We measured the direct and indirect costs of CS among a convenience sample of 13 pregnant women scheduled for CS in August 2013, using micro-costing “bottom-up” approach. This included salaries, pharmaceuticals, consumables, laboratory tests as well as the indirect cost of supporting services. The data were collected using the patients’ files. For each patient a separate sheet was created. The hospital stay was on average 7 days. We performed a quantitative analysis and processing of data using the program Microsoft Excel.

RESULTS: The research revealed an increase in the CS from 4.11% in 1980 to 40.07% in 2012. The financial cost of a CS amounted to € 2,654.60 on average. The total cost of the CS in our country for the same year amounted at about 14 million (2.5%) of the health budget.

CONCLUSIONS: Within 30 years a dramatic tenfold increase in CS was observed. The CS costs three times more than the ND. These results, especially if they are combined with similar studies in other hospitals, could help managers and the Ministry of Health to exercise appropriate policies to reduce CS. Furthermore, they could be used in developing guidelines for antenatal care.

39. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Εμμ. Δημονίτσας,¹ Όθ. Παπαδόπουλος,²
Δ. Μπούρος,³ Ν. Παπαδόπουλος^{4,5}

¹Ιατρός, ²Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Νοσοκομείο «Συγγρός», Αθήνα, ³Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Θράκη, ⁴Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Μονάχου, Μόναχο, ⁵Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Θράκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της τεχνικής της μεταμόσχευσης αυτόλογου λίπους και οι εφαρμογές της για επανορθωτικούς και κοσμητικούς λόγους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η λιποαναρρόφηση είναι η πιο κοινή χειρουργική επέμβαση στην αισθητική πλαστική χειρουργική που στοχεύει στη μείωση του τοπικού λίπους. Ο λιπώδης ιστός χρησιμοποιείται πια ως βι-

οσυμβατό filler. Η μεταμόσχευση αυτόλογου λίπους, γνωστή και ως lipofilling, είναι ιδιαίτερα ελκυστική μέθοδος και προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην επέμβαση της αυξητικής στήθους. Παρόλ’ αυτά, η μετεγχειρητική απορρόφηση του λιπώδους ιστού εξακολουθεί να είναι ένας περιορισμός στην αποκατάσταση του μαστού, οδηγώντας την ασθενή σε πολλαπλές επαναλήψεις της επέμβασης για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των μοσχευμάτων αυτόλογου λίπους δεν περιορίζεται μόνο στον ρόλο του ως filler αλλά και στις ικανότητές του για επούλωση πληγών και αγγειογενετικών ιδιοτήτων. Η τελευταία μάλλον ιδιότητα αποδίδεται όχι τόσο στα ώριμα λιποκύτταρα, όσο στα αδιαφοροποίητα μεσεγχευματικά κύτταρα του λιπώδους ιστού (ASC). Έτσι ο εμπλουτισμός του μοσχεύματος του αυτόλογου λίπους με ASC, γνωστή ως κυτταρικά υποβοηθούμενη λιπομεταφορά (CAL), μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερο αισιόδοξα αποτελέσματα όσον αφορά στην επιβίωση του μοσχεύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στόχος είναι να δημιουργηθεί ένα κλινικό πρωτόκολλο απομόνωσης των ASC και μια καθορισμένη κλινική μελέτη, εστιάζοντας στις τεχνικές και ποιοτικές πτυχές της κατασκευής των ASC. Τέλος, μερικές ανοιχτές ερωτήσεις που χρειάζονται να διευθετηθούν αφορούν στο δυναμικό της διαφοροποίησης των ASC κυττάρων *in vivo*.

40. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ

Αλ. Βαρλατζίδου, Γ. Πανούσης, Ν. Μπολτσής,
Ν. Κουτσογούλας, Π. Λαζαρίδης,
Σ.Γ. Πανουσόπουλος, Κ. Μαυραντώνης

ΣΤ' Χειρουργική Κλινική, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία εκκολπωματίτιδα αποτελεί συνηθή πάθηση μετά την ηλικία των 60 ετών. Κατά τα τελευταία 100 περίπου χρόνια η χειρουργική αντιμετώπισή της έχει προοδεύσει αισθητά όσον αφορά στη χειρουργική τεχνική, αλλά και όσον αφορά στις ενδείξεις για χειρουργική παρέμβαση. Πρόσφατα έχει προταθεί η λύση της λαπαροσκοπικής πλύσης και παροχέτευσης μέχρι και στο στάδιο 3 κατά Hinchey.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής σε 4 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας με εκκολπωματίτιδα σταδίου 3 κατά Hinchey.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το 2012 μέχρι σήμερα νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας 127 ασθενείς

με οξεία εκκολπωματίτιδα. Εξ αυτών, 96 (75,6%) ήταν σταδίου 1 και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, 18 (14,2% του συνόλου) είχαν νόσο σταδίου 2 και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά σε ποσοστό 88,9%, ενώ 13 (10,2% του συνόλου) είχαν νόσο σταδίου 3 και 4 και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Από τους συνολικά 13 που οδηγήθηκαν στο χειρουργείο, 9 (69%) ήταν λόγω κοπρανώδους περιτονίτιδας και υπεβλήθησαν σε σιγμοειδεκτομή κατά Hartman, ενώ 4 (31%) είχαν πυώδη περιτονίτιδα και υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική πλύση και παροχέτευση χωρίς κολεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με λαπαροσκοπική πλύση και παροχέτευση, η θνητότητα ήταν 0%. Δεύτερη επέμβαση κατά την ίδια νοσηλεία λόγω επιδείνωσης χρειάστηκε σε δύο περιπτώσεις (50%). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 22 ημέρες, σε σχέση με 7 ημέρες των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και 6 αυτών που υπεβλήθησαν σε κολεκτομή για περιτονίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική πλύση και παροχέτευση σε ασθενείς με οξεία εκκολπωματίτιδα σταδίου 3 κατά Hinchey είναι μια επέμβαση ασφαλής και εφαρμόσιμη. Εντούτοις, τόσο στη δική μας όσο και στη διεθνή εμπειρία, δεν φαίνεται να υπερέχει, αφενός λόγω του υψηλού ποσοστού ανάγκης δεύτερης επέμβασης στην ίδια νοσηλεία, αφετέρου λόγω του σημαντικού χρόνου παράτασης νοσηλείας και αντιβιοτικής αγωγής σε σχέση με την εναλλακτική.

41. ΒΙΝΤΕΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΟΖΩΝ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΡΟΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΔΗΓΟ ΣΥΡΜΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΥΠΟ ΣΤ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Α. Σακελλαροπούλου, Μ. Γκιαουράκη, Δ. Στεφάνου, Δ. Γκέκα, Ελ. Μάγγου, Χ. Μηχανικού, Γ. Ακάκιος, Κ. Βασιλικός, Απ. Δούντσης, Μ. Στασινοπούλου, Κ. Δεληβελιώτης, Ευ. Ανδριώτης, Β. Βασιλειάδης

Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Παρουσιάζονται 5 περιπτώσεις ασθενών με οζώδη αλλοίωση πνεύμονα αδιευκρίνιστης αιτιολογίας. Η μέγιστη διάμετρος των όζων κυμαίνονταν από 1 cm έως 3 cm και η απόστασή τους από την κοντινότερη υπεζωκοτική επιφάνεια 3 cm έως 5 cm. Μετά τον συνήθη πλήρη έλεγχο δεν μπόρεσε να τεθεί η διάγνωση. Λόγω μεγέθους, πυκνότητας και εντόπισης, θεωρήθηκε αδύνατος η διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετωπίστη τους χωρίς θωρακοτομή.

Υπό αξονική καθοδήγηση και με χρήση τοπικής αναισθησίας τοποθετήθηκε οδηγό σύρμα στην περιοχή των πνευμονικών όζων και αμέσως οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο.

Έγινε βιντεοθωρακοσκοπική σφηνοειδής εκτομή της περιοχής του σύρματος που περιείχε τη βλάβη. Η ιστολογική ανάλυση των χειρουργικών παρασκευασμάτων ανέδειξε κακοήθεια σε 4 περιπτώσεις και 1 περίπτωση κρυπτογενούς αποφρακτικής βρογχιολίτιδας με οργανούμενη πνευμονία (BOOP). Μετατροπή σε θωρακοτομή ήταν απαραίτητη στην ασθενή με BOOP για τον έλεγχο μικρής εμμένουσας περιοχικής αιμορραγίας. Ο χρόνος νοσηλείας των τεσσάρων ήταν μία ημέρα.

Η προεγχειρητική εντόπιση με συρμάτινα άγκιστρα οζιδίων του πνεύμονα αποτελεί μια χρήσιμη και ασφαλή τεχνική ακριβούς εντοπισμού των όζων προς βιντεοθωρακοσκοπική εκτομή.

42. ΟΛΙΓΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μ. Γκιαουράκη, Α. Σακελλαροπούλου, Κ. Μανουσιάδης, Έ. Βαβουράκη, Ευ. Καλογηράτου, Απ. Δούντσης, Π. Κληρίδης, Η. Σταυρινίδης

Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Περιγράφεται περίπτωση ολιγοσυμπτωματικού ασθενούς 37 ετών με εικόνα επαπειλούμενου καρδιακού επιπωματισμού λόγω καρδιακών μεταστάσεων, στα πλαίσια σαρκώματος μαλακών μοριών δεξιού κάτω άκρου.

Παρουσιάζεται στο ίδρυμά μας χωρίς δύσπνοια, κόπωση ή μείωση της αντοχής στην άσκηση, προκειμένου να λάβει θεραπεία για το νεοδιαγνωσθέν νεόπλασμα. Ο ασθενής δεν παρουσιάζει υπόταση, διατεταμένες σφαγίτιδες, ούτε ταχύπνοια η ταχυκαρδία. Παράδοξος σφυγμός (εντονότερη εμφάνιση της φυσιολογικής μείωσης κατά την αναπνοή) της αρτηριακής πίεσης, άνω των 10 mmHg) δεν αναγνωρίστηκε.

Η ακτινογραφία θώρακος εισαγωγής εμφάνισε θεαματικά αυξημένη καρδιακή σκιά.

Το ΗΚΓ δεν δείχνει χαμηλά δυναμικά η διαταραχές ST-T, ηλεκτρική εναλλαγή, με μεταβολή από συστολή σε συστολή στον άξονα του ΗΚΓ, ούτε μεταβολή συνολικά των P και QRS κυμάτων. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε μεγάλη συγκέντρωση υγρού στο περικάρδιο με αύξηση ενδοπερικαρδιακής πίεσης και περιορισμό της κοιλιακής διαστολικής πλήρωσης.

Επικαρδιακές νεοπλασματικές εναποθέσεις, πολυεστιακές, εκτεταμένες και διάχυτες. Ομοίως, ενδομυοκαρδιακές μάζες, πολυεστιακές, στο ελεύθερο τοίχωμα της αριστεράς κοιλίας, στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και στις άλλες καρδιακές κοιλότητες. Ο CT έλεγχος ανέδειξε επίσης πολλαπλές πνευμονικές εστίες.

Ο ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο όπου διενεργήθηκε διαδερμική υποξιφοειδική περικαρδιοστομία με τη μέθοδο Seidinger. Παροχετεύτηκαν συνολικά 3250 mL αιμορραγικού υγρού. Τρεις ημέρες αργότερα έγινε χημική περικαρδιοδεσία.

Οι περισσότεροι επιπωματισμοί αναπτύσσονται από αίτια, με σειρά συχνότητας: κακοήθειες, ιδιοπαθή περικαρδίτιδα, ουραιμία, οξύ έμφραγμα, διάτρηση καρδιάς από διαγνωστικό χειρισμό. Η κλινική σημειολογία εξαρτάται από την ταχύτητα συγκέντρωσης υγρού και τη διατασιμότητα του περικαρδίου. Ακόμη και μικρή ποσότητα υγρού μπορεί να προκαλέσει επιπωματισμό αν συσσωρευτεί γρήγορα (~200 mL). Δυνατή η συσσώρευση >2 L χωρίς σοβαρή αύξηση της ενδοπερικαρδιακής πίεσης. Μόνο μικρή μειονότητα (10%) αρρώστων με μεταστάσεις στην καρδιά, αναπτύσσουν σημεία και/ή συμπτώματα καρδιακής δυσλειτουργίας, ως αποτέλεσμα των καρδιακών μεταστάσεων.

43. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΠΤΟΜΗΝΙΓΓΙΚΗΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΣΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Λιλιμπάκης, Σ. Μούργελα, Β. Παραγιούτσικος, Α. Μπαϊρακτάρης, Κ. Κυργιάννης, Κ. Πετρίτσας, Α. Σπανός

Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λεπτομηνιγγική καρκινωμάτωση αποτελεί ασυνήθη επιπλοκή (5%) των ασθενών που πάσχουν από νεοπλασίες. Η εμπλοκή του νευροχειρουργού στην αντιμετώπισή της περιλαμβάνει αφενός τη διάγνωση, αφετέρου την εξασφάλιση πρόσβασης στο κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου, με την τοποθέτηση συσκευής Ommaya.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αναδειχθούν τα σημαντικά προβλήματα που ενδέχεται να παρουσιασθούν στη χειρουργική τοποθέτηση συσκευής Ommaya (εγκεφαλική ενδοκοιλιακή συνεχής έγχυση).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής 45 ετών, με διάγνωση Ca μηνιγγίτιδας, υποβάλλεται σε τοποθέτηση συσκευής Ommaya με βάση εξωτερικά μορφομετρικά στοιχεία του κρανίου και μετρήσεις από

τη CT εγκεφάλου. Η ασθενής μετεγχειρητικά παρουσιάζει κεφαλαλγία και εστιακές κρίσεις «Ε». Ο μετεγχειρητικός CT έλεγχος ανέδειξε ότι η θέση του κοιλιακού καθετήρα της συσκευής δεν ήταν η πλέον κατάλληλη για την ασθενή. Η ασθενής υπεβλήθη σε αλλαγή της θέσης του καθετήρα και η συμπτωματολογία της βελτιώθηκε.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Μια σειρά από επιπλοκές είναι δυνατόν να προκύψουν μετά από χειρουργική τοποθέτηση συσκευής Ommaya. Αιμορραγία, εκροή ENY εκ του τραύματος, μη ιδανική θέση του ενδοκοιλιακού καθετήρα, λοιμώξεις από επιμόλυνση της συσκευής, αποκάλυψη της συσκευής και κρίσεις «Ε», είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε σειρές ασθενών. Οι τεχνικές δυσκολίες, η εφαρμογή προηγούμενων θεραπειών (ακτινοθεραπεία) και η δυσκολία πρόσβασης σε σύγχρονες μεθόδους νευροχειρουργικής καθοδήγησης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση τέτοιων επιπλοκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση σύγχρονων τεχνικών διεγχειρητικής απεικόνισης και πλοήγησης (νευροπλοήγηση, ενδοσκοπηση) και ο έλεγχος της θέσης του καθετήρα μετεγχειρητικά, και πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, μειώνει σε σημαντικό βαθμό τις χειρουργικές επιπλοκές, οι οποίες μπορούν εύκολα να εμφανιστούν σε αυτή την κατηγορία των επιβαρυσμένων ασθενών. Η χρήση μοντέρνων τεχνικών απεικόνισης διεγχειρητικά δίνει τη δυνατότητα για εντελώς ακριβή τοποθέτηση του ενδοκοιλιακού καθετήρα, που μπορεί να αποβεί δυσχερής και μη ικανοποιητική παρά τη χρήση κλασικών μεθόδων μέτρησης και χρήσης ανατομικών οδηγιών σημείων για την τοποθέτηση αυτού.

44. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΝΕΞΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ν. Γάτος, Α. Μακρής, Χ. Βάσσο

Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το τρανεξαμικό οξύ (ΤΟ) είναι ένας αντινωδολυτικός παράγοντας που φαίνεται να μειώνει την αιμορραγία και την ανάγκη για μετάγγιση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διάφορες επεμβάσεις. Αν και υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξετάζουν αυτή την ιδιότητα, τα αποτελέσματα πολλές φορές είναι αντιφατικά ενώ οι μελέτες συχνά κρίνονται ανεπαρκείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της πιθανής ωφέλειας της προεγχειρητικής χορήγησης 10 mg/kg ΤΟ ως μέσου περιορισμού της διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αιμορραγίας σε επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής ισχίου (ΟΑΙ)

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 16 ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε επέμβαση ΟΑΙ υπό υπαραχνοειδή αναισθησία τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, Α και Β (N=8). Στην ομάδα Α χορηγήθηκαν προεγχειρητικά 10 mg/kg ΤΟ ενώ στην ομάδα Β φυσιολογικός ορός ίσου όγκου. Υπολογίστηκε η διεγχειρητική απώλεια αίματος με τη χρήση της τροποποιημένης Gross formula και η άμεση μετεγχειρητική καθώς και η συνολική απώλεια αίματος 24 ώρες μετά, με καταγραφή του όγκου αίματος στην παροχέτευση οπότε και αφαιρούνταν. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση λογισμικού SPSS, ενώ τιμή $P < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ομάδες ήταν συγκρίσιμες όσον αφορούσε στα χαρακτηριστικά των ασθενών και της επέμβασης, ενώ ο πρώτος χειρουργός ήταν ο ίδιος σε όλες τις επεμβάσεις. Η διεγχειρητική απώλεια αίματος δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων. Η άμεση μετεγχειρητική απώλεια ήταν σημαντικά μικρότερη στην ομάδα που έλαβε ΤΟ ($P < 0,05$), όμως η συνολική απώλεια αίματος τελικά δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων Α και Β (486 ± 104 και 440 ± 95 mL αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση σε κανέναν ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση ΤΟ προεγχειρητικά σε επεμβάσεις ΟΑΙ μειώνει την άμεση μετεγχειρητική αιμορραγία, όμως δεν φαίνεται να επιδρά στη διεγχειρητική και συνολική απώλεια αίματος, τουλάχιστον το πρώτο εικοσιτετράωρο μετά την επέμβαση. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για τον καθορισμό των ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν και την εύρεση της βέλτιστης δόσης του φαρμάκου.

45. ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ SINGLE SITE - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ 216 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Κωνσταντινίδης, Σ. Χειρίδης, Π. Χρυσοχέρης, Φ. Αντωνικόπουλος, Π. Χειρίδης

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σύγχρονη τάση για λιγότερο τραυματική χειρουργική, έστρεψε το ενδιαφέρον στη χειρουργική μίας τομής ως την πιο ρεαλιστική προσέγγιση της «χειρουργικής χωρίς ουλές». Η χρήση ρομποτικής τεχνολογίας εξαπλουστέυει τις επεμβάσεις μίας τομής, επαναφέροντας την ορθή αντιστοιχία χειρών-εργαλείων και προσφέροντας σταθερό και στερεοσκοπικό εγχειρητικό πεδίο. Τα νέα εργαλεία και η τεχνολογία αιχμής που συνοδεύει τα συστήματα αυτά επαυξάνουν τις δυνατότητες ακόμα περισσότερο.

ΣΚΟΠΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Μάρτιο του 2011 έως και τον Αύγουστο του 2014 η ομάδα μας πραγματοποίησε 216 ρομποτικές χολοκυστεκτομές Single

Site στα πλαίσια του πρώτου προγράμματος ρομποτικής χειρουργικής στη χώρα (1051 επεμβάσεις από το 2006). Πριν από την έναρξη του προγράμματος όλη η ομάδα έπρεπε να εκπαιδευτεί ιδίως ως προς τη σύνδεση και την αποσύνδεση του συστήματος ενώ βοήθησε σημαντικά η εκτενής εμπειρία με τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (N=3304) και τη ρομποτική χολοκυστεκτομή μέσω πολλαπλών τομών (N=156). Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την επέμβαση και έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους. Οι τεχνικές της αρχικής τομής, της σύνδεσης, της επέμβασης, της αποσύνδεσης του συστήματος και της σύγκλεισης του τοιχώματος, παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς (N=206) υποβλήθηκαν επιτυχώς στην επέμβαση. Δεν σημειώθηκαν διεγχειρητικές επιπλοκές. Σε 2 περιπτώσεις πολύ υψηλού ΔΜΣ χρησιμοποιήθηκε βοηθητικό τροκάρ από το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Μια ασθενής με ιστορικό θρομβοπάθειας οδηγήθηκε σε επανεπέμβαση την ίδια ημέρα λόγω μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 1,34 ημέρες, δηλαδή μικρότερη της αντίστοιχης τιμής για τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (LOS=1,79). Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν άριστη μετεγχειρητική πορεία. Σε 8 περιπτώσεις το τραύμα του ομφαλού διανοίχθηκε λόγω τήξης λίπους και επουλώθηκε κατά δεύτερο σκοπό. Μετεγχειρητική κήλη σημειώθηκε σε έναν ασθενή. Η ακεραιότητα του κοιλιακού τοιχώματος ελέγχθηκε υπερηχογραφικά σε 47 περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση ρομποτικού συστήματος είναι εφικτή και ασφαλής σε επεμβάσεις μίας τομής, σε επιλεγμένους ασθενείς. Το αυξημένο κόστος της ρομποτικής σε σύγκριση με τη συμβατική λαπαροσκόπηση θα μπορούσε να δικαιολογηθεί μόνο σε κέντρα με μεγάλο όγκο περιστατικών που χρησιμοποιούν το σύστημα σε πληθώρα ενδείξεων και από πολλές ειδικότητες. Απαιτούνται μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες για να αποδειχθούν τα πραγματικά οφέλη από τη χειρουργική μίας τομής σε σύγκριση με τη χειρουργική πολλαπλών τομών.

46. ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ SINGLE SITE - ΠΡΩΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Κ. Κωνσταντινίδης, Σ. Χειρίδης, Π. Χρυσοχέρης, Φ. Αντωνικόπουλος, Π. Χειρίδης

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση ρομποτικών συστημάτων απλουστέυει την προσπέλαση στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις μίας τομής επαναφέροντας τη σωστή αντιστοιχία χειρών-εργαλείων και προσφέροντας

σταθερή, τρισδιάστατη εικόνα του εγχειρητικού πεδίου. Η τεχνική VESPA παρουσιάστηκε αρχικά από την κατασκευάστρια εταιρεία του συστήματος da Vinci, για τη χολοκυστεκτομή μίας τομής, αλλά η εμπειρία οδήγησε τις χειρουργικές ομάδες διεθνώς να επεκτείνουν τις ενδείξεις σε πιο σύνθετες επεμβάσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τον Σεπτέμβριο 2006 μέχρι τον Αύγουστο 2014, πραγματοποιήθηκαν 1051 ρομποτικές επεμβάσεις από την ομάδα μας. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε το σύστημα “standard” da Vinci τεσσάρων βραχιόνων. Το 2010, η εμπειρία μας συνεχίστηκε με χρήση του συστήματος da Vinci Si που είναι το μόνο που υποστηρίζει τη δυνατότητα της πλατφόρμας Single Site για επεμβάσεις μίας τομής. Το 2011, η ομάδα μας πραγματοποίησε την πρώτη διεθνώς ρομποτική χολοκυστεκτομή μίας τομής, με μεγάλη συνολική εμπειρία από τότε (N=206 περιπτώσεις). Βασισμένοι στην εμπειρία αυτή επεκτείναμε το Single Site σε περισσότερες ενδείξεις. Τον Ιούνιο 2014, η πρώτη διεθνώς ρομποτική δεξιά κολεκτομή και επιπλεκτομή πραγματοποιήθηκε από την ομάδα μας. Το ειδικό port του single site τοποθετήθηκε μέσω τομής 2 εκατοστών κάτω από τον ομφαλό. Η υπόλοιπη διάταξη της αίθουσας και οι φάσεις της επέμβασης βασίστηκαν στην τεχνική πολλαπλών τομών (ρομποτικές κολεκτομές N=31) και παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στον 58χρονο ασθενή μας χωρίς διεγχειρητικά συμβλήματα και χωρίς ανάγκη για μετατροπή σε ρομποτική πολλαπλών τομών, λαπαροσκοπική ή ανοικτή τεχνική. Δεν απαιτήθηκε μετάγγιση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ο συνολικός χρόνος του χειρουργού στη ρομποτική κονσόλα ήταν 164 λεπτά. Τα παρασκευάσματα αφαιρέθηκαν με επέκταση της τομής κατά 1 cm και καλή διαστολή του τραύματος. Ο ασθενής από τη 2η μετεγχειρητική ημέρα ξεκίνησε με υγρά per os και την 4η ημέρα έλαβε εξιτήριο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ρομποτική δεξιά κολεκτομή με επιπλεκτομή φαίνεται εφικτή και ασφαλής σε επιλεγμένο ασθενή. Η εμπειρία στη λαπαροσκοπική κολεκτομή θα πρέπει να συνδυάζεται με εμπειρία από απλούστερες ρομποτικές επεμβάσεις μίας τομής (χολοκυστεκτομή) για να μπορέσει να ολοκληρωθεί με επιτυχία μια επέμβαση αυτού του είδους. Περαιτέρω ανάπτυξη των εργαλείων, μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών και τυχαιοποιημένες μελέτες ίσως αναδείξουν τις πραγματικές δυνατότητες αυτής της προσπέλασης στο μέλλον.

47. ΑΡΧΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ «ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ – ΑΥΞΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ» (ΜΕΛΕΤΗ “OSIRES”)

Κ. Αλεξάνδρου, Ο. Βουδούρης

Endolaser Γενική Χειρουργική-ΙΜΟΠ (Ιατρική Μονάδα Παχυσαρκίας), Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι σαφές ότι η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης της σοβαρής νοσηρής παχυσαρκίας είναι η χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, το 60% των νοσηρά παχύσαρκων ασθενών, δεν αντιμετωπίζονται χειρουργικά, παρά την ενδεδειγμένη ενημέρωσή τους. Η μελέτη “OSIRES” έχει ως στόχο την αναζήτηση των αιτιών για το γεγονός αυτό, καθώς και την αλλαγή του τρόπου προσέγγισης των νοσηρά παχύσαρκων ασθενών, με στόχο την αύξηση του ποσοστού ασθενών που αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των αρχικών αποτελεσμάτων της μελέτης “OSIRES”.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη “OSIRES” είναι επιδοτούμενη στα πλαίσια προγράμματος ΕΣΠΑ. Είναι σε εξέλιξη από τον Σεπτέμβριο του 2012 και αποτελείται από 4 φάσεις διάρκειας 9 μηνών η καθμία, εκ των οποίων έχουν σχεδόν ολοκληρωθεί οι δύο πρώτες φάσεις. Το υλικό για τη μελέτη είναι οι ασθενείς που εξετάστηκαν στη μονάδα μας από το 2006 έως το 2012. Έγινε αναζήτηση στοιχείων σχετικών με τα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά αντιπροσωπευτικού δείγματος των ασθενών μας. Παράλληλα στάλθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια σε αυτούς τους ασθενείς μέσω e-mail για τη συλλογή περαιτέρω πληροφοριών σχετικά με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά τους. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες (χειρουργημένοι-μη χειρουργημένοι) και πραγματοποιήθηκε συγκριτική αξιολόγηση των δύο ομάδων και πολυπαραγοντική ανάλυση. Επίσης πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που ωθούν τους νοσηρά παχύσαρκους ασθενείς σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πραγματοποιήθηκε συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων από τους φακέλους 606 ασθενών (328 χειρουργημένοι και 278 μη χειρουργημένοι ασθενείς) ενώ περίπου 200 ασθενείς απάντησαν στα ερωτηματολόγια. Η συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών οδήγησε σε σημαντικά ευρήματα. Οι ασθενείς που τελικά χειρουργήθηκαν παρουσίαζαν σημαντικότερο πρόβλημα παχυσαρκίας και λιγότερους ανασταλτικούς παράγοντες σε σύγκριση με αυτούς που δεν χειρουργή-

θηκαν. Επίσης, η αποφασιστικότητα των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιλογής της χειρουργικής επέμβασης. Η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας οδήγησε εν μέρει σε παρόμοια αποτελέσματα παρά την ετερογένεια των μελετών που συμπεριλήφθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα της μελέτης “OSIRES” έχουν αναδείξει συγκεκριμένους παράγοντες που ωθούν τους νοσηρά παχύσαρκους ασθενείς στην απόφαση να χειρουργηθούν. Στη συνέχεια της μελέτης θα ακολουθήσει ένας επανασχεδιασμός της προσέγγισης των προς χειρουργείο ασθενών με βάση τα αποτελέσματα των πρώτων δύο φάσεων, με σκοπό την αύξηση του ποσοστού των ασθενών που τελικά χειρουργούνται για την αντιμετώπιση της νόσου τους.

48. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΔΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ CT ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γ. Αποστολάτος, Μ. Στασινοπούλου,
Κ. Δεληβελιώτης, Σπ. Καρούδης,
Κ. Καβαδίας, Μ. Μηλάτου, Ευ. Ανδριώτης

Τμήμα Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων Τομογραφίας, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαδερμική τοποθέτηση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί σε ασθενείς υψηλού κινδύνου εναλλακτική της χειρουργικής αντικατάστασης. Κατά την επιλογή των ασθενών είναι απαραίτητη η μελέτη του αορτικού δακτυλίου, της ρίζας της αορτής καθώς και όλης της αρτηριακής οδού απ’ όπου θα διέλθει το σύστημα που φέρει την αορτική βαλβίδα. Για τη μελέτη αυτή έχει προταθεί ειδικό πρωτόκολλο CT αγγειογραφίας το οποίο εκτιμάται στην παρούσα εργασία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 7 ασθενείς (5 γυναίκες και 2 άνδρες), ηλικίας 66–84 ετών, οι οποίοι είχαν προγραμματιστεί για διαδερμική τοποθέτηση αορτικής βαλβίδας. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πολυτομική υπολογιστική τομογραφία (σύστημα 64 σειρών ανιχνευτών Toshiba-Aquilion) και έγινε σάρωση του θώρακα και της άνω και κάτω κοιλίας που συμπεριελάμβανε τις υποκλειδίες και τις κοινές μηριαίες αρτηρίες με ενδοφλέβια έγχυση ιωδιούχου σκιαγραφικού σύμφωνα με ειδικό πρωτόκολλο. Το πρωτόκολλο αυτό περιελάμβανε σάρωση της καρδιάς με ηλεκτροκαρδιακό συντονισμό για να αποφευχθούν τα τεχνικά σφάλματα που προέρχονται από την κίνηση. Η επεξεργασία και ανακατασκευή των εικόνων έγιναν στον σταθμό επεξεργασίας, Vitrea.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς ήταν εφικτή η απεικόνιση της προαναφερομένης αρτηριακής οδού και έγινε αναφορά όταν η διάμετρος ήταν <6 mm. Επιπλέον έγιναν συγκεκριμένες μετρήσεις στον αορτικό δακτύλιο και την αορτική ρίζα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη της αρτηριακής οδού με τη CT αγγειογραφία δίνει πολύτιμες πληροφορίες για την κατάσταση των αρτηριών. Επίσης με το προτεινόμενο πρωτόκολλο αποφεύγονται τα τεχνικά σφάλματα από την κίνηση της καρδιάς.

49. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

Θ. Νικολαΐδου, Γ. Ζαρκάδας, Γ. Κόκκαλης

Πλαστική Χειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συχνότερη εντόπιση των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων είναι τα κάτω άκρα. Η επικινδυνότητα των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων οφείλεται αφενός στον συχνό κίνδυνο της τοπικής υποτροπής και αφετέρου στο υψηλό ποσοστό μεταστάσεων. Η ευρεία εκτομή του όγκου και των παρακείμενων ιστών αποτελεί το πρωταρχικό μέλημα των χειρουργών σε συνδυασμό με την αποκατάσταση των ευρέων ιστικών ελλειμμάτων που προκύπτουν από αυτή.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα εργασία αναλύουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων των κάτω άκρων σε 46 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν την τελευταία 10ετία στην κλινική μας. Ανάλογα με την εντόπιση και το βάθος του όγκου και του προκύπτοντος ελλείμματος εφαρμόστηκαν διάφορες μέθοδοι αποκατάστασης, από ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα μέχρι τη χρήση μυικών, μυοδερματικών και ελεύθερων κρημνών.

Συγκεκριμένα στους 46 ασθενείς μας χρησιμοποιήθηκαν:

- 15 ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα
- 12 δερμοϋποδόριοι κρημνοί
- 14 μυικοί και μυοδερματικοί κρημνοί
- 5 ελεύθεροι μυικοί και μυοδερματικοί κρημνοί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 11,3 ημέρες. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή, χωρίς θνητότητα και με περιορισμένη νοσηρότητα (ορισμένες διασπάσεις τραύματος).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι σύγχρονες μέθοδοι αποκατάστασης της επανορθωτικής χειρουργικής προσφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα και αποκατάσταση των ελλειμμάτων στη χειρουργική εξαίρεση των σαρκωμάτων των κάτω άκρων.

50. ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΣΜΟΡΦΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Θ. Νικολαΐδου, Γ. Ζαρκάδας, Γ. Κόκκαλης

*Πλαστική Χειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»,
Αθήνα*

Την τελευταία 10ετία η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γίνεται με περιορισμένες εκτομές (ογκεκτομές, τμηματεκτομές), εξαίρεση του φρουρού λεμφαδένα και ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο και την έκταση του όγκου, ακολουθεί μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία. Λόγω των παραμορφώσεων που παρουσιάζει ο μαστός με τις περιορισμένες έκτασης εκτομές του μαζικού αδένα, γίνεται προσπάθεια με διάφορες τεχνικές αποκατάστασης να περιοριστεί η προκύπτουσα μετεγχειρητική δυσμορφία. Η παρούσα εργασία αναλύει τα αποτελέσματα της ογκοπλαστικής χειρουργικής στην οποία υπεβλήθησαν 32 ασθενείς (μέσης ηλικίας 42,3 ετών) με καρκίνο του μαστού, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας την τελευταία 5ετία. Η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας των ασθενών ήταν 3,7 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη νοσηρότητα πλην δύο μικρών αιματωμάτων. Το απώτερο αισθητικό αποτέλεσμα υπήρξε ικανοποιητικό σε όλες τις περιπτώσεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ανάλογα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης για τις ασθενείς μας, με συνοδό βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης και τη δημιουργία αισθημάτων αισιοδοξίας, που κατέστησαν καλύτερη τη συμμόρφωση στις μετεγχειρητικές συμπληρωματικές θεραπείες (χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία).

51. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ή ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ

Β. Καρτσούνη, Μ. Μηλάτου, Γ. Αποστολάκος,
Σ. Σφήκα, Ε. Ντοκόζ, Μ. Γκέλη

Ακτινολογικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα γιγαντιαία εκκολπώματα του παχέος εντέρου (διάμετρος >4 cm) είναι σχετικά σπάνια. Είναι συγγενή με μυικό τοίχωμα ή επίκτητα ως επιπλοκή εκκολπωματίτιδας. Η κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα ποικίλλουν. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με καρκίνο μαστού που προσήλθε στο Νοσοκομείο για προγραμματισμένο ετήσιο έλεγχο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής ηλικίας 62 ετών προσήλθε στο τμήμα υπερήχων του Νοσοκο-

μείου μας, προκειμένου να υποβληθεί σε ετήσιο έλεγχο άνω και κάτω κοιλίας. Η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και οι καρκινικοί δείκτες αρνητικοί. Παρατηρήθηκε υπόηχη κυστικού τύπου αλλοίωση με ανώμαλα πεπαχυμένο τοίχωμα στην ανατομική θέση της αριστερής ωοθήκης. Πιθανότερη διάγνωση θεωρήθηκε το κυσταδενοκαρκίνωμα ωοθήκης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας. Διαπιστώθηκε η παρουσία κύστης και η προέλευση του τοιχώματός της από το έντερο. Στον βαριούχο υποκλυσμό επιβεβαιώθηκε η επικοινωνία της με τον εντερικό αυλό και διαπιστώθηκε εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου. Ετέθη η διάγνωση του γιγαντιαίου εκκολπώματος και η ασθενής υποβλήθηκε σε σιγμοειδεκτομή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα γιγαντιαία εκκολπώματα είναι σπάνια. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λιγότερα από 200 περιστατικά από το 1946, όταν ο Bonvin τα περιέγραψε για πρώτη φορά. Υπάρχουν τρεις ιστολογικοί τύποι, τα συγγενή, τα ψευδο-εκκολπώματα και τα φλεγμονώδη. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικά ή να παρουσιάζονται σαν ψηλαφητή μάζα, με πόνο ή με συμπτώματα οξείας κοιλίας, όταν επιπλακούν με διάτρηση ή εγκλοεασμό. Τα απεικονιστικά ευρήματα στην απλή ακτινογραφία κοιλίας και στην αξονική τομογραφία κοιλίας είναι τυπικά όταν το εκκολπωμα πληρούται με αέρα. Όταν έχει υγρό περιεχόμενο μπορεί να υποδυθεί και άλλες κλινικές οντότητες. Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, ακόμα και όταν είναι ασυμπτωματικά.

52. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ - ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αν. Κυριακόπουλος, Δ. Τρανουδάκης, Ευ. Πούλιος,
Γ. Γιαννόπουλος, Δ. Λινός

Α' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οπίσθια οπισθοπεριτοναϊκή επινεφριδεκτομή έχει αντικαταστήσει την αντίστοιχη λαπαροσκοπική ως τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των επινεφριδικών όγκων στην Κλινική μας. Παρουσιάζουμε τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ αυτών των δύο εγχειρητικών μεθόδων, επιδεικνύοντας τους λόγους αυτής της αλλαγής.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ του Μαΐου 2008 και του Σεπτεμβρίου του 2010, 30 ασθενείς υπεβλήθησαν σε οπίσθια οπισθοπεριτοναϊκή επινεφριδεκτομή. Ο εγχειρητικός χρόνος, οι επιπλοκές, η ενδονοσοκομειακή παραμονή, ο μετεγχειρητικός πόνος (Visual Analog Pain Score, VAPS) και το κόστος

συγκρίθηκαν με τα ανάλογα στοιχεία από 30 λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές που επελέγησαν από τη βάση δεδομένων της κλινικής μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το διάμεσο μέγεθος όγκου ήταν 3,8 cm (1,5–8,0) για την οπισθοπεριτοναϊκή ομάδα και 4,9 cm (2,4–8,0) για τη λαπαροσκοπική ομάδα. Ο διάμεσος εγχειρητικός χρόνος ήταν παρόμοιος μεταξύ των δύο ομάδων [90 min (εύρος: 60–165) vs 77,5 min (εύρος: 55–120), $P=0,138$]. Εντούτοις, υπήρχε στατιστικά σημαντική ελάττωση του εγχειρητικού χρόνου στην οπισθοπεριτοναϊκή ομάδα μετά το 20ό περιστατικό [975 min (εύρος: 80–165) vs 70 min (εύρος: 60–110), $P<0,001$]. Το διάμεσο VAPS ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο για την οπισθοπεριτοναϊκή ομάδα, τόσο για την πρώτη όσο και για την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα: 1 (εύρος: 0–1) vs 4 (εύρος: 3–6), $P<0,001$ και 0 (εύρος: 0–1) vs 3 (εύρος: 2–6), $P<0,001$. Η διάμεση μετεγχειρητική ενδοσσοκομειακή παραμονή ήταν επίσης καλύτερη για την οπισθοπεριτοναϊκή ομάδα [2 ημέρες (εύρος: 2–3) vs 4 ημέρες (εύρος: 3–6), $P<0,001$]. Το κόστος της οπισθοπεριτοναϊκής μεθόδου ήταν επίσης στατιστικά σημαντικά μικρότερο ($P<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οπισθοπεριτοναϊκή επινεφριδεκτομή συγκρινόμενη με τη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή είναι μία ασφαλής, γρήγορη και σημαντικά ανώτερη αναφορικά με τον μετεγχειρητικό πόνο και τη διάρκεια της μετεγχειρητικής νοσηλείας τεχνική, σε αυτή τη σειρά. Επιπλέον, η εντυπωσιακή ανάληψη του ασθενούς και το σημαντικά μειωμένο κόστος της επέμβασης συνήγορούν στην απόφαση της επιλογής της οπισθοπεριτοναϊκής επινεφριδεκτομής ως μέθοδο εκλογής στην ελάχιστη επεμβατική χειρουργική των επινεφριδίων.

53. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Πούλιος, Α. Κυριακόπουλος, Δ. Τρανουδάκης, Γ. Γιαννόπουλος, Δ. Λινός

Α' Χειρουργική Κλινική, ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μεμονωμένες μεταστάσεις διαφόρων παθήσεων στα επινεφρίδια αποτελούν μια σπάνια παθολογική οντότητα και παρόλο που ακόμη δεν έχει καθοριστεί η ενδεδειγμένη θεραπεία, η ενδοσκοπική οπισθοπεριτοναϊκή επινεφριδεκτομή σε επιλεγμένη ομάδα ασθενών αποτελεί μια ελάχιστη επεμβατική χειρουργική αντιμετώπισή τους.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Αναφέρουμε την κλινική περίπτωση μιας ασθενούς 61 ετών, η οποία παρουσίασε στον τακτικό επανέλεγχό απότομη

αύξηση μεγέθους μιας ήδη γνωστής παθολογίας του αριστερού επινεφριδίου. Προ 4 ετών η ασθενής είχε υποβληθεί σε άνω-έξω τεταρτεκτομή δεξιού μαστού και λεμφαδενικό καθαρισμό σύστοιχης μασχάλης για θηλώδες καρκίνωμα μαστού. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε μια ετερογενή μάζα 5,2 cm χαμηλής πυκνότητας και με ομαλά όρια στο αριστερό επινεφρίδιο, διπλάσια σε μέγεθος σε σχέση με την προηγούμενη εξέταση. Ο προεγχειρητικός έλεγχος του VMA ήταν 3,2 mg/24 h (ΦΤ: 1,0–11 mg/24 h). Η εξέταση ούρων 24ώρου ανέδειξε φυσιολογικές τιμές επινεφρίνης 11,2 mg/24 h (ΦΤ: 0–20 mg/24 h), νορεπινεφρίνης 87,7 mg/24 h (ΦΤ: 14–100 mg/24 h) και ελεύθερης κορτιζόλης 131,6 mg/24 h (ΦΤ: 30–2102 mg/24 h). Ο αιματολογικός έλεγχος λειτουργίας των επινεφριδίων ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα. Λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό καρκίνου μαστού της ασθενούς, το μέγεθος του επινεφριδιακού όγκου και τα ύποπτα απεικονιστικά χαρακτηριστικά αυτού, προχωρήσαμε σε αριστερή ενδοσκοπική επινεφριδεκτομή. Υπήρξαν τεχνικές δυσκολίες στη κινητοποίηση του όγκου λόγω του μεγάλου μεγέθους αυτού και των συμφύσεων με τον περίξ λιπώδη ιστό. Χρησιμοποιήσαμε ψαλίδι υπερήχων και endoclips για την απολίνωση των αγγείων. Το παρασκευάσμα αφαιρέθηκε σε endo-bag μετά από επιπλέον διάνοιξη της μεσαίας τομής. Δεν τοποθετήθηκε παροχέτευση. Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 180 min. Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν ήπιος και η μετεγχειρητική πορεία ανεπίπλεκτη. Η ασθενής εξήλθε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα με οδηγίες για χρήση παυσίπονων. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε μια μεταστατική εστία 5,5 cm από θηλώδες καρκίνωμα μαστού. Η ασθενής είναι ελεύθερη νόσου ένα έτος μετά την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοσκοπική οπισθοπεριτοναϊκή επινεφριδεκτομή είναι μια εφικτή, ασφαλής και με αποδεκτά ογκολογικά αποτελέσματα προσπέλαση σε μονήρη μεταστατική νόσο των επινεφριδίων, όπως στη δική μας περίπτωση.

54. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ LONGO

Μ. Δαβερώνας, Β. Νιάκας, Π. Πολάκης, Σ.Γ. Πανουσόπουλος, Θ. Νταγιαντά, Γ. Στάμος

Χειρουργικό Τμήμα, Γενική Κλινική Πειραιώς «Ιπποκράτης», Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ύπαρξη πολλών χειρουργικών και μη τεχνικών για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδικής νόσου αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει μια καθολικά αποδεκτή χειρουργική μέθοδος.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη μας, αναλύουμε την εμπειρία μας από την εφαρμογή της τεχνικής Longo σε 62 ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια 3ου και 4ου βαθμού.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Επρόκειτο για 45 άνδρες και 17 γυναίκες, ηλικίας από 29 έως 77 ετών, με μέσον όρο ηλικίας 54 έτη. Η τεχνική που εφαρμόστηκε ήταν αιμορροϊδοπηξία με χρήση κυκλικού αναστομωτήρα κατά Longo.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν ένα 24ωρο, σε 60 περιπτώσεις (96,7%), ενώ σε δύο περιπτώσεις (3,3%) η νοσηλεία παρατάθηκε στα τρία 24ωρα, για την παρακολούθηση μικρής αιμορραγίας από τη θέση της αναστόμωσης. Κανείς από τους ασθενείς δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος ή παραγώγων. Μετά από παρακολούθηση 30 μηνών τουλάχιστον, το ποσοστό υποτροπής της αιμορροϊδοπάθειας ήταν 0%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στα χέρια πεπειραμένων στη μέθοδο χειρουργών, η χρήση της τεχνικής Longo για την αντιμετώπιση αιμορροϊδοπάθειας 3ου και 4ου βαθμού αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική λύση.

55. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ PLASMA RICH GROWTH FACTORS (PRGF) ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΤΡΟΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (NGF) ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ελ. Πατσούρα, Σ. Γεωργαράς

Ερευνητικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο ΟΦΘΑΛΜΟΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι PRGF αποτελούν ένα αυτόλογο πρωτεϊνικό εκχύλισμα αιμοπεταλίων που περιέχει πληθώρα αυξητικών παραγόντων που διεγείρουν τη σύνθεση του κολλαγόνου, τον πολλαπλασιασμό και μετανάστευση των επιθηλιακών κυττάρων. Οι NGF είναι απαραίτητοι για την ανάπτυξη και διαφοροποίηση των αισθητικών κυττάρων. Στον οφθαλμό η δράση τους επιτυγχάνεται μέσω υποδοχέων που έχουν ανιχνευτεί στα κύτταρα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης των παραγόντων PRGF και NGF στην αντιμετώπιση παθήσεων του κερατοειδούς ανθεκτικές σε προηγούμενες θεραπείες.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 34 οφθαλμοί (21 ασθενείς). Από αυτούς 28 οφθαλμοί υπεβλήθησαν σε θεραπεία με PRGF (ομάδα 1) και 6 με NGF (ομάδα 2). Η ομάδα 1 αποτελείται από 6 οφθαλμούς με έντονη ξηροφθalmία, 6 με τοξική κερατοπάθεια από φάρμακα, 6 με υποτροπιάζονται

έλκη κερατοειδούς, 6 με νευροτροφικά έλκη κερατοειδούς, 2 με φουσαλιδώδη κερατοπάθεια και 2 με κερατοπάθεια σχετιζόμενη με συγγενή ανιριδία. Η ομάδα 2 αποτελείται από 4 οφθαλμούς με νευροτροφική κερατοπάθεια και 2 με φουσαλιδώδη κερατοπάθεια. Οι ασθενείς μετά το πέρας της θεραπείας αξιολογήθηκαν ως προς την υποκειμενική βελτίωση των συμπτωμάτων τους αλλά και την αντικειμενική βελτίωση παραμέτρων όπως ερυθρότητα οφθαλμών, κερατοειδική στίξη, επούλωση επιθηλιακών ελλειμμάτων, αισθητικότητα κερατοειδούς, στοιβάδας δακρύων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στις δύο ομάδες η ανταπόκριση στη θεραπεία ήταν πολύ ικανοποιητική. Τα περιστατικά με τη μικρότερη ανταπόκριση ήταν οι φουσαλιδώδεις κερατοπάθειες και η κερατοπάθεια της ανιριδίας. Σε όλες τις περιπτώσεις αναφέρθηκε υποκειμενική βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι PRGF και οι NGF αποτελούν πολλά υποσχόμενους παράγοντες στη θεραπεία περιστατικών κερατοπάθειας που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπείες.

56. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ι. Χατζηαγγελίδης

Οφθαλμιατρείο Αθηνών, Αθήνα

Σύμφωνα με τον υγειονομικό χάρτη της χώρας μας, και το γεγονός ότι υπάρχουν πάρα πολλά νησιά τα οποία έχουν έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού, και εν προκειμένω, οφθαλμιάτρων, υπάρχει αδυναμία διάγνωσης και θεραπείας επειγόντων περιστατικών και παρακολούθησης χρόνιων οφθαλμολογικών νοσημάτων.

Επιπρόσθετα για πολλά από αυτά τα νησιά υπάρχει και ανεπάρκεια δρομολόγιων, καθιστώντας τη μετακίνηση των ασθενών δύσκολη, χρονοβόρα, και ό,τι άλλο συνεπάγεται αυτή. Βιώνοντας όλα αυτά στο οφθαλμιατρείο όπου έκανα την ειδικότητά μου, μελέτησα και κατασκεύασα μια τηλεχειριζόμενη σχισμοειδή λυχνία η οποία θα επιτρέπει την τηλε-εξέταση του ασθενούς στον τόπο διαμονής του. Είναι η πρώτη ευρωπαϊκή προσπάθεια για μια τέτοια κατασκευή και έχει δοκιμαστεί στα εξωτερικά ιατρεία του Οφθαλμιατρείου Αθηνών, ενώ τα αποτελέσματα των ερευνών, έχουν παρουσιαστεί φέτος στο Παγκόσμιο Συνέδριο Οφθαλμολογίας στο Τόκιο, στο 18ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο στη Λουμπλιάνα, και στο Πανελλήνιο Συνέδριο Οφθαλμολογίας, ενώ έχουν γραφτεί δύο άρθρα, από το ειδικό Ευρωπαϊκό Οφθαλμολογικό περιοδικό πάνω στο εγχείρημα αυτό.

Η ιδέα βασίζεται σε πρώτη φάση, στη δημιουργία ενός δικτύου τηλεοφθαλμολογίας μεταξύ του κέντρου τηλεοφθαλμολογίας ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου, και του αγροτικού ιατρείου ενός ακριτικού νησιού για μια δοκιμαστική περίοδο τριών (3) έως έξι (6) μηνών, ώστε να παρατηρηθούν όλες οι δυσλειτουργίες και τα σημεία που χρειάζονται βελτίωση, τόσο όσον αφορά στο υλικό και τις συσκευές που θα χρησιμοποιηθούν, όσο και στη βελτίωση του λογισμικού και των διαδικασιών διαχείρισης των ασθενών. Σε δεύτερη φάση, θα γίνει διεύρυνση του δικτύου με το ίδιο κέντρο αλλά επεκτεινόμενο σε περισσότερα νησιά του ίδιου διαμερίσματος, π.χ. Δωδεκάνησα. Στην τρίτη φάση θα γίνει διεύρυνση και των κέντρων Τηλεοφθαλμολογίας, π.χ. στη Θεσσαλονίκη, με δίκτυο στα νησιά του Βορείου Αιγαίου, κ.λπ. Πώς θα λειτουργεί; Πώς θα εξετάζεται ο ασθενής; Πού; Από ποιον;

Ο ασθενής θα πηγαίνει στο Κέντρο Υγείας ή στο Αγροτικό Ιατρείο του νησιού του, είτε ως επείγον περιστατικό, είτε ως προγραμματισμένο ραντεβού μέσω του συστήματος.

Για να μπορέσει να γίνει μια διάγνωση πρέπει ο ιατρός να γνωρίζει το Ιατρικό Ιστορικό του ασθενούς, τα φάρμακα που παίρνει, τα συμπτώματα και τον λόγο που προσέρχεται στο ιατρείο, π.χ. δεν βλέπει καλά, πονάει, δακρύζει κ.λπ. Το ιστορικό, θα καταγράφεται, και θα καταχωρείται στη Βάση Δεδομένων του Συστήματος. Αυτό μπορεί να γίνει είτε από τον αγροτικό ιατρό ή από το παραϊατρικό προσωπικό είτε από τον απομακρυσμένο οφθαλμίατρο μέσω του συστήματος video κλήσης που διαθέτει η τηλεχειριζόμενη σχισμοειδής λυχνία. Επόμενο βήμα είναι η κλινική εξέταση του ασθενούς, η οποία θα πραγματοποιείται από τον Γενικό ή Αγροτικό Ιατρό, και αφορά σε σειρά εξετάσεων, όπως κορικά ανακλαστικά, αντιληψη χρωμάτων, έλεγχο για μεταμορφωσιές με χρήση πίνακα Amsler, διαδικασίες για τις οποίες οι γενικοί ιατροί έχουν εκπαιδευτεί κατά την ειδικότητά τους. Όλες αυτές οι εξετάσεις πραγματοποιούνται με τη χρήση ενός tablet στο οποίο υπάρχει ειδικό software που περιέχει τις συγκεκριμένες εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές δεν είναι ιδιαίτερα τεχνικές, και με μια σχετική εκπαίδευση μπορούν να γίνουν και από παραϊατρικό προσωπικό.

Η πιο σημαντική εξέταση είναι η βιομικροσκοπία, δηλαδή η εξέταση με τη σχισμοειδή λυχνία, και συγκεκριμένα με την τηλεχειριζόμενη σχισμοειδή λυχνία. Αυτή απαιτεί γνώσεις οφθαλμολογίας και γίνεται μόνον από ειδικό οφθαλμίατρο. Ο ασθενής θα κάθεται μπροστά από το μηχάνημα στο νησί, και θα εξετάζεται από τον οφθαλμίατρο στην Αθήνα. Ο ιατρός θα λαμβάνει τη ζωντανή εικόνα από την τηλεχειριζόμενη σχισμοειδή λυχνία στον υπολογιστή του και με ένα joystick θα

τηλεχειριζεί τη λυχνία στο νησί, σύμφωνα με τα σημεία στα οποία θέλει να εστιάσει. Η τηλεχειριζόμενη σχισμοειδής λυχνία, είναι έτσι κατασκευασμένη, που επιτρέπει την ταυτόχρονη επικοινωνία του ασθενούς με τον ιατρό, έτσι, κατά την εξέταση, ο ιατρός, μπορεί να μιλήσει στον ασθενή, να του πει κοίτα δεξιά, βλεφάρισε, και ο ασθενής μπορεί να μιλήσει με τον ιατρό, ενώ αυτός τον εξετάζει από χιλιόμετρα μακριά. Μετά το πέρας της εξέτασης, ο ασθενής θα ενημερώνεται από τον οφθαλμίατρο, μέσω του συστήματος video κλήσης της τηλεχειριζόμενης σχισμοειδούς λυχνίας για τη διάγνωση, και την πορεία της νόσου, και θα του χορηγείται θεραπεία, την οποία θα παραλαμβάνει από το Κέντρο Υγείας ή τον αγροτικό ιατρό. Το ιστορικό, η κλινική εξέταση, τα αποτελέσματα της τηλεβιομικροσκοπίας, η διάγνωση και η θεραπεία, θα καταχωρούνται στη βάση δεδομένων, θα εκτυπώνονται και θα δίνονται στον ασθενή. Επανεξετάσεις θα προγραμματίζονται μέσω του συστήματος, ενώ η πλατφόρμα (software) έχει και τη δυνατότητα ελέγχου αποθήκευσης - επάρκειας των απομακρυσμένων ιατρείων σε οφθαλμολογικά φάρμακα και αναλώσιμα. Σε ένα μικρό μόνο μέρος του πληθυσμού, εφόσον το κρίνει ο οφθαλμίατρος, ο ασθενής θα παραπέμπεται σε Δευτεροβάθμιο ή Τριτοβάθμιο νοσοκομείο, μειώνοντας έτσι τις μετακινήσεις, την ταλαιπωρία και το κόστος για τους ασθενείς. Θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των νησιωτών μας, θα μειωθεί το κόστος σε ανθρώπινες και χρήμα για μετακινήσεις, θα αυξηθεί η παραγωγικότητα, θα ενισχυθεί η αποκέντρωση, θα υποστηριχθεί ο τουρισμός και θα βελτιωθεί η εικόνα της χώρας μας στους τουρίστες.

Η τεχνική παρουσιάζεται σε Video στο: <https://www.youtube.com/user/lidesmd/videos>.

Η τεχνολογία υπάρχει, και όπου δεν υπήρχε την αναπτύξαμε. Από εδώ και πέρα, είναι υποχρέωση της πολιτείας να αναπτύξει κάτι που είναι εφικτό.

57. ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ - ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Γ. Βελονάκης, Δ. Φιλιπιάδης, Β. Παπαλουκά, Α. Μαζιώτη, Ν. Οικονομόπουλος, Αλ. Κελέκης, Ν. Κελέκης

Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση της αρχικής ανταπόκρισης στη θεραπεία με τη μέγιστη διάμετρο του όγκου σε

ασθενείς με κακοήθεις ηπατικές αλλοιώσεις οι οποίοι υπεβλήθησαν σε διαδερμική θερμοκαυτηρίαση με μικροκύματα (MWA), υπό την καθοδήγηση του αξονικού τομογράφου (ΑΤ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια 12 μηνών, 27 ασθενείς (43–84 ετών) με 32 ηπατικές αλλοιώσεις (πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς) υποβλήθηκαν σε MWA υπό την καθοδήγηση ΑΤ. Το πρωτόκολλο θερμοκαυτηρίασης (40/60 Watts, 5–10 min), τέθηκε βάσει του μεγέθους και της θέσης της αλλοίωσης. Η τεχνική επιτυχία της μεθόδου ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια mRECIST.

Οι αλλοιώσεις ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τη μέγιστη εγκάρσια διάμετρό τους σε Ομάδα Α (N=10, διάμετρος <2 cm), Ομάδα Β (N=12, διαμ. 2,1–3 cm) και Ομάδα Γ (N=10, διαμ. 3,1–5 cm) και ακολούθησε συγκριτική ανάλυση με τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα (1ο μήνα) της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον 1ο μήνα μετά την MWA το ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης (CR) στη θεραπεία ήταν 87,5% (28/32) ενώ ποσοστό 12,5% (4/32) παρουσίαζε μερική ανταπόκριση (PR) και υπεβλήθη σε περαιτέρω θεραπεία, με πλήρη ανταπόκριση σε 2/4 αλλοιώσεις. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά CR για τις ομάδες Α (90,9%), Β (90,9%) και Γ (82,8%), (P>0.05). Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές ή θάνατος. Ελάσσονες επιπλοκές (αναστρέψιμες) εμφανίστηκαν σε ποσοστό 6,25% (2/32).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θερμοκαυτηρίαση με μικροκύματα αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική για τη θεραπεία εστιακών ηπατικών κακοήθων αλλοιώσεων με ποσοστά αρχικής ανταπόκρισης στη θεραπεία ανεξάρτητα του μεγέθους της βλάβης. Η μέθοδος παρουσιάζει υψηλό ποσοστό αρχικής ανταπόκρισης σε όγκους μεγαλύτερους των 3 cm.

58. ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΙ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ν. Κούνα, Σ. Σταυριανός, Μ. Κοτρώτσιου, Γ. Κόκκαλης, Ο. Παπαδόπουλος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Επανάρθωσης, Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας», Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Επανάρθωσης, Δερματολογική Κλινική ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της εμπειρίας μας και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην αντιμετώπιση εκτεταμένων καρκινωμάτων του δέρματος κεφαλής και τραχήλου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα ιστορικά 20 συνολικά ασθενών εξετάστηκαν από το ογκολογικό συμβούλιο κεφαλής και τραχήλου, αναδρομικά. Δεκαέξι άνδρες και 4 γυναίκες με μέσον όρο ηλικίας τα 65 έτη. Υπήρξαν 8 BCC και 12 SCC. Η ανατομική περιοχή της νόσου ήταν το μέσο τριτημόριο του προσώπου περιλαμβανομένης της άνω γνάθου και του οφθαλμικού κόγχου σε 11 περιπτώσεις, η παρωτιδομασητήριος περιοχή και ο μέσος κρανιακός βόθρος σε 3 και το τριχωτό σε 6.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν εκτομές άνω γναθιαίου συμπλέγματος περιλαμβανομένου του οφθαλμικού κόγχου σε 4 περιπτώσεις, περιλαμβανομένου του κύτους της ρινός σε 2 περιπτώσεις, εκτομές της άνω γνάθου σε 5 περιπτώσεις, εκτομές του μέσου κρανιακού βόθρου και της παρωτίδος με ταυτόχρονη αφαίρεση του προσωπικού νεύρου σε 3 περιπτώσεις και διατήρηση του προσωπικού νεύρου σε 3 περιπτώσεις.

Τέλος, εκτομές του τριχωτού με ή χωρίς ταυτόχρονη αφαίρεση του σκελετού του εγκεφαλικού κρανίου σε 6 περιπτώσεις. Πραγματοποιήθηκαν 7 αποκαταστάσεις μικροχειρουργικών ελευθέρων κρημνών, 4 ορθών κοιλιακών, 1 προσθιοπλαγίου κρημνού του μηρού με έξω πλατύ μηριαίο μυ και 2 οστεοδερματικών κερκιδικών του αντιβραχίου. Πραγματοποιήθηκαν επίσης, 1 μείζων θωρακικός και 1 πλατύς ραχιαίος, μυικοί κρημνοί και 8 κροταφικοί κρημνοί – οι τρεις για δυναμική αποκατάσταση του προσώπου σε συνδυασμό για νευρικά μοσχεύματα. Επίσης πραγματοποιήθηκαν 4 κρημνοί του τριχωτού (scalp flaps). Τέλος, πραγματοποιήθηκαν 12 τροποποιημένοι ριζικοί λεμφαδενικοί καθαρισμοί τραχήλου. Πέντε ασθενείς είχαν υποβληθεί σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία και 10 ασθενείς υπεβλήθησαν μετεγχειρητικά σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 10 έτη και οι 16 ασθενείς είναι εν ζωή, ελεύθεροι νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ευρεία χειρουργική εκτομή με αποκατάσταση σε πρώτο χρόνο και η προγραμματισμένη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής σε εκτεταμένα BCC και SCC κεφαλής και τραχήλου.

59. ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ν. Κούνα, Σ. Σταυριανός, Μ. Κοτρώτσιου, Γ. Κόκκαλης, Ο. Παπαδόπουλος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Επανάρθωσης, Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας», Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Επανάρθωσης, Δερματολογική Κλινική ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της εμπειρίας μας και να αξιολογήσει τα αποτελέσματά μας

στην αντιμετώπιση μελανώματος επιπέδου παρωτίδας, κροταφικής περιοχής και έξω ακουστικού πόρου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 7 ασθενείς εκ των οποίων οι 5 ήταν άρρενες με μέσον όρο ηλικίας τα 52 έτη. Πραγματοποιήθηκαν 7 ολικές εκτεταμένες παρωτιδεκτομές με διατήρηση του προσωπικού νεύρου σε 5 και 3 λιθοειδεκτομές (2 πυρηνικές και 1 ολική). Μαστοειδεκτομή πραγματοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Σε δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε αποκατάσταση του προσωπικού νεύρου με νευρικά μοσχεύματα και ταυτόχρονη δυναμική αποκατάσταση με κροταφίτη μυ. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν 2 μείζονες θωρακικοί κρημοί για δερματική κάλυψη και 5 ριζικοί λεμφαδενικοί καθαρισμοί τραχήλου (RND) και 2 υπερωμοϋοειδικό λεμφαδενικό καθαρισμοί τραχήλου (SOHNPP).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με μέσο χρόνο παρακολούθησης 10 έτη, 5 ασθενείς είναι εν ζωή, ελεύθεροι νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε επιλεγμένα περιστατικά μελανώματος κεφαλής και τραχήλου η θεραπεία περιλαμβάνει επιπολής παρωτιδεκτομή και τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου.

60. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ. Δημητρουλόπουλος, Δ. Κυπραίος, Ν. Σαριμπεγιογλου, Δ. Θεοδωρόπουλος, Μ. Χατζηνικολάου, Α. Μαλαχιάς, Μ. Νικιάκη, Σ. Σταυρινίδης, Κ. Τσαμακίδης, Δ. Ξυνόπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα επιδημιολογικά και κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με ΗΚΚ στην Ελλάδα δεν έχουν επαρκώς μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός επιδημιολογικών και κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων κινδύνου διά την ως άνω νόσο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά 212 φάκελοι ασθενών διαγνωσθέντων με ΗΚΚ, που προσήλθαν στο κέντρο μας μεταξύ 2007–2013.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 66 έτη (εύρος: 45–88). Οι 158 (74,5%) ήταν άνδρες. Οι 120 (56,6%) παρουσίαζαν στοιχεία λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β, 73 (34,45) είχαν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C, 4 (1,9%) παρουσίαζαν στοιχεία συνλοίμωξης και από τους δύο προαναφερθέντες ιούς. Σε 9 (4,2%) ως αιτία για τη νόσο πιθανολογήθηκε αμιγώς η μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ ενώ για τους υπόλοιπους 6 η NASH/NAFLD.

Εκ των μολυνθέντων από τους ιούς της ηπατίτιδας Β και C, 23 (11,6%) ανέφεραν επίσης υπερκατανάλωση αλκοόλ. Οι 141 (66,5%) διαγνώστηκαν σε προχωρημένο στάδιο, οι 52 (24,5%) σε ενδιάμεσο και οι 19 (8,9%) σε πρώιμο. Οι 93 (43,8%) παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα AFP και οι 35 (16,5%) εξ αυτών είχαν επίπεδα AFP > 400 ng/mL. Οι 66 (31,1%) παρουσίαζαν πολυεστιακό όγκο, οι 12 (5,6%) διάχυτο, οι 17 (8%) επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις και οι 9 (4,2%) απομακρυσμένες μεταστάσεις. Κίρρωση σταδίου Α παρουσίαζαν 122 (57,5%) ασθενείς, σταδίου Β 38 (17,9%) και σταδίου C 23 (10,8%). Ηπατεκτομή, RFA, χημειοεμβολισμός και χορήγηση σοραφενίμπης αποτέλεσαν τις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βάσει των ευρημάτων μας φαίνεται ότι ο ΗΚΚ διαγιγνώσκεται κυρίως σε προχωρημένο στάδιο και είναι 3 φορές συχνότερος στους άνδρες. Ως βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες αναγνωρίστηκαν οι χρόνιες HBV και HCV λοιμώξεις και η υπερκατανάλωση αλκοόλ. Τα αυξημένα επίπεδα AFP πιθανόν να διευκολύνουν την πρώιμη διάγνωση της νόσου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

61. Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΟΡΑΦΕΝΙΜΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΕΜΒΟΛΙΣΜΟ (TACE)

Δ. Δημητρουλόπουλος, Δ. Κυπραίος, Α. Μαλαχιάς, Μ. Χατζηνικολάου, Δ. Θεοδωρόπουλος, Μ. Νικιάκη, Ν. Σαριμπεγιογλου, Σ. Σταυρινίδης, Κ. Τσαμακίδης, Δ. Ξυνόπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δράση της σοραφενίμπης σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ), μετά από υποτροπή σε θεραπευτική αντιμετώπιση με TACE, δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της σοραφενίμπης (Nexavar) σε ασθενείς με ΗΚΚ, οι οποίοι προηγουμένως είχαν υποβληθεί σε TACE και παρουσίασαν υποτροπή της νόσου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εκτιμήθηκαν αναδρομικά η αντινεοπλασματική δράση της σοραφενίμπης, ο χρόνος προόδου της νόσου και η συνολική επιβίωση 12 ασθενών με ενδιάμεσου σταδίου μονήρη ΗΚΚ, οι οποίοι μετά από υποτροπή σε θεραπεία με TACE (1–3 συνεδρίες, ΜΟ: 2) έλαβαν σοραφενίμπη (ομάδα Α). Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αυτά μιας ιστορικής συγκρίσιμης ομάδας ελέγχου, της οποίας οι 15 ασθενείς είχαν υποβληθεί μόνο σε TACE (ομάδα Β).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης ελέγχου της νόσου για την ομάδα Α ήταν 62,2%, ο μέσος χρόνος προόδου νόσου ήταν 4,2 μήνες και η συνολική επιβίωση 21,2 μήνες. Όταν έγινε η σύγκριση με την ομάδα Β δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών των 2 ομάδων. Για την ομάδα Β ο δείκτης ελέγχου της νόσου ήταν 30,6% ($P=0,001$), ο μέσος χρόνος προόδου νόσου ήταν 2,3 μήνες (hazard ratio 0,44, $P<0,01$) και η συνολική επιβίωση 13,4 μήνες (hazard ratio 0,57, $P<0,001$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η προσθήκη σοραφενίμπης μετά από υποτροπή από TACE ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για την επιμήκυνση του χρόνου προόδου νόσου και τη συνολική επιβίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσθήκη σοραφενίμπης φαίνεται να είναι μια ελκυστική θεραπευτική προσέγγιση για ασθενείς ενδιάμεσου σταδίου ΗΚΚ, οι οποίοι υποτροπιάζουν στη θεραπεία με TACE.

62. ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ **ki67** ΣΕ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΑ ΠΡΩΚΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΑΛΛΟΙΩΣΗ

Ι.Γ. Καραϊτιανός,¹ Η. Κατσούλης,¹
Στ.Κ. Αρχοντάκης²

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»,
²Κυτταρολογικό Εργαστήριο, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το **ki67** αποτελεί δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Η έκφρασή του σε μεγάλο ποσοστό νεοπλασματικών κυττάρων σχετίζεται με ταχύτερη εξέλιξη της νόσου. Η εκτίμηση της ανοσοκυτταροχημικής έκφρασης του **ki67** είναι διαγνωστικά χρήσιμη σε κυτταρολογικά κολποτραχηλικά επιχρίσματα ασθενών με HPV λοίμωξη και δυσπλαστικές αλλοιώσεις (CIN).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της ανοσοκυτταροχημικής έκφρασης του **ki67** σε κυτταρολογικά επιχρίσματα από ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πρωκτού (AIN).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 62 κυτταρολογικά επιχρίσματα πρωκτού με κυτταρολογική διάγνωση ατυπίας (ASCUS και AIN) μελετήθηκαν ανοσοκυτταροχημικά με τη χρήση του **ki67** αντισώματος και τα ευρήματα συσχετίστηκαν με τα ευρήματα της κυτταρολογικής εξέτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα ευρήματά μας η έκφραση **ki67** παρατηρήθηκε σε: (α) 13/24 (54%) περιπτώσεις ASCUS, (β) 20/27 (74%) περιπτώσεις LGSIL και (γ) 9/11 (82%) περιπτώσεις HGSIL. Ο αριθμός των θετικών για **Ki-67** κυττάρων ήταν υψηλότε-

ρος στα HPV-16 θετικά δείγματα σε σχέση με τους άλλους υποτύπους του ιού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανοσοκυτταροχημική έκφραση του **ki67** σε κυτταρολογικά επιχρίσματα πρωκτού από ασθενείς με κυτταρολογική διάγνωση ατυπίας (ASCUS και AIN) αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη ενεργότητας της νόσου.

63. ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Ι.Γ. Καραϊτιανός,¹ Η. Κατσούλης,¹
Στ.Κ. Αρχοντάκης²

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»,
²Κυτταρολογικό Εργαστήριο, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πλακώδες Ca του πρωκτού είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα του γαστρεντερικού σωλήνα αλλά η συχνότητά του αυξάνει τα τελευταία χρόνια σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως αυτοί που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV. Το νεόπλασμα αυτό έχει βραδεία τοπική εξέλιξη και χαμηλή μεταστατική τάση. Η έγκαιρη διάγνωσή του με όσο το δυνατόν λιγότερο τραυματικές μεθόδους προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στον ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της κυτταρολογικής εξέτασης από επιχρίσματα που λήφθηκαν από αλλοιώσεις της περιοχής του πρωκτού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη αξιολογήσαμε υλικό που ελήφθη με ψήκτρα από εξελκωμένες βλάβες της περιοχής (27 περιπτώσεις) καθώς και υλικό προερχόμενο από αναρρόφηση με λεπτή βελόνη από συμπαγή υποδερματικά ή υποβλεννογόνια οζίδια (16 περιπτώσεις). Το κυτταρολογικό υλικό ελήφθη μέσα σε 5 έτη (2009–2014) και τα αποτελέσματα ανασκοπήθηκαν και αναλύθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κυτταρολογική εξέταση των δειγμάτων ανέδειξε 5 περιπτώσεις φυσιολογικού πλακώδους επιθηλίου, 2 κοκκιώματα, 16 περιπτώσεις προσβολής από HPV, 9 ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (AIN), 4 μετακτινικές βλάβες και 7 νεοπλασίες. Οι τελευταίες ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε 4 καλά διαφοροποιημένα πλακώδη καρκινώματα, 2 κλοακογενή καρκινώματα και 1 λειομυοσάρκωμα. Ιστολογική επαλήθευση ακολούθησε σε 21 περιπτώσεις. Η συσχέτιση μεταξύ κυτταρολογικών και ιστολογικών ευρημάτων δεν ανέδειξε ψευδώς αρνητική ή ψευδώς θετική κυτταρολογική απάντηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμφωνία μεταξύ ιστολογικών και κυτταρολογικών ευρημάτων ήταν πλήρης. Η κυτταρολογική εξέταση αποδεικνύεται προσιτή

και αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης, άριστα αποδεκτή από τους ασθενείς και κλινικά χρήσιμη τόσο ως αρχική διαγνωστική προσέγγιση όσο και ως μέθοδος παρακολούθησης χρονίως πασχόντων.

64. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ p16 ΚΑΙ ΤΟΥ ki67 ΣΕ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΑ ΠΡΩΚΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΑΛΛΟΙΩΣΗ

Ι.Γ. Καραϊτιανός,¹ Η. Κατσούλης,¹
Στ.Κ. Αρχοντάκης²

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»,
²Κυτταρολογικό Εργαστήριο, 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η p16 είναι μια ογκοπρωτεΐνη που συμμετέχει στη ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου. Παρατηρείται έντονη θετικότητα και αύξηση αυτής σε αλλοιώσεις ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του πρωκτού (ΑΙΝ), ειδικά όταν σχετίζεται με υψηλού βαθμού δυσπλασία. Η διπλή ανοσοκυτταροχημική έκφραση p16/ki67 φαίνεται να επιβεβαιώνει την παρουσία δυσπλαστικών κυττάρων. Η εκτίμηση της διπλής ανοσοκυτταροχημικής έκφρασης p16/ki67 είναι διαγνωστικά χρήσιμη σε κυτταρολογικά κολποτραχηλικά επιχρίσματα υγρής φάσης με HPV λοίμωξη και δυσπλαστικές αλλοιώσεις (CIN).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της διπλής ανοσοκυτταροχημικής έκφρασης p16/ki67 σε κυτταρολογικά επιχρίσματα από ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πρωκτού (ΑΙΝ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσθηκαν 49 πρωκτικά επιχρίσματα. Από τις περιπτώσεις μας οι 24 αφορούσαν σε ASCUS, οι 6 σε ASC-H, οι 16 σε LGSIL και οι 3 σε HGSIL. Ακολούθησε ανοσοκυτταροχημική διερεύνηση με χρήση του CINTECH Kit για διπλή χρώση p16/ki67 σε όλες τις περιπτώσεις. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες 10 πρωκτικά επιχρίσματα ατόμων χωρίς ιστορικό HPV λοίμωξης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα ευρήματά μας διπλή έκφραση p16/ki67 παρατηρήθηκε σε: (α) 8/24 (33,3%) περιπτώσεις ASCUS, (β) 4/6 (66,6%) περιπτώσεις ASC-H, (γ) 12/16 (75%) περιπτώσεις LGSIL και (δ) 3/3 (100%) περιπτώσεις HGSIL. Σε 1/10 (10%) αρνητικές περιπτώσεις παρατηρήθηκε ήπια-εστιακή p16/ki67 διπλή θετικότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διπλή ανοσοκυτταροχημική έκφραση p16/ki67 σε κυτταρολογικά επιχρίσματα πρωκτού από ασθενείς με κυτταρολογικά διαγνωσμένα HPV λοίμωξη και δυσπλαστικές αλλοιώσεις (ΑΙΝ) αποτελεί έναν αξιόπιστο προγνωστικό και διαγνωστικό δείκτη ενεργότητας της νόσου.

65. ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Κούτρας,¹ Μ. Τέγου,¹ Σ. Αθανασιάδου,²
Ν. Λειβαδάρας,⁴ Μ. Ζόρπας³

¹Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Χειρουργικό Τμήμα, ⁴Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο», Σύρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το οπισθοπεριτοναϊκό λιποσάρκωμα είναι ένα νεόπλασμα μεσοδερμικής προέλευσης προερχόμενο από τον λιπώδη ιστό και σε συχνότητα μικρότερη του 0,2% όλων των τύπων κακοήθων όγκων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η έγκαιρη διάγνωση του λιποσαρκώματος και η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση λόγω της σπανιότητας της νόσου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Γυναίκα 54 ετών, Ελληνίδα, χωρίς συμπτωματολογία με έναν όγκο κοιλίας μεγέθους 20 cm κατά τη διάρκεια της διάγνωσης. Αφορούσε ένα καλά διαφοροποιημένο οπισθοπεριτοναϊκό όγκο μικτής σύστασης, με μυξώδη στοιχεία 90% και λιπώδη στοιχεία 10%. Οι βιολογικοί δείκτες ήταν αρνητικοί και οι εξετάσεις αίματος δεν είχαν ιδιαίτερα προβλήματα εκτός από RBC: 3,56M/uL, HGB: 10,5 g/dL, HCT: 31,8%. Η ερευνητική λαπαροτομία υπό γενική αναισθησία έδειξε μάζα που είχε διεισδύσει στα περιβάλλοντα όργανα. Με προσεκτική χειρουργική προσέγγιση ο όγκος διαχωρίστηκε από τα όργανα της άνω και κάτω κοιλίας, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο, τον κάτω πόλο του αριστερού νεφρού με παρασκευή του αριστερού ουρητήρα, την κάτω κοίλη φλέβα και τον αριστερό ψοίτη μυ. Εν συνεχεία υπέστη ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων. Η ιστολογική έκθεση αναφέρει, ότι ο όγκος δεν ήταν δυνατόν να εξαιρεθεί επί υγιών ιστών λόγω της ιδιαίτερης σύστασης του σαρκώματος «ζελατινώδους υφής». Το Συμβούλιο ογκολογίας, αποφάσισε επικουρική ακτινοθεραπεία. Η ασθενής δεν δέχτηκε επιπλέον θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη συνέχεια έναν μήνα μετά η CT άνω κάτω κοιλίας, δύο μήνες μετά η MRI, και πέντε μήνες μετά η σύσταση για διαγνωστική λαπαροσκόπηση δεν διέγνωσαν στοιχεία υποτροπής της νόσου. Δύο μήνες μετά τη λαπαροσκόπηση η ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο με πόνο στην αριστερή περιοχή. Η CT διαγιγνώσκει όγκο του αριστερού νεφρού. Η ασθενής υποβάλλεται σε νεφρεκτομή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλήρης χειρουργική αφαίρεση του λιποσαρκώματος είναι συχνά δύσκολη και ο όγκος υποτροπιάζει. Η μάζα βρέθηκε τυχαία μετά

την εκτέλεση ενός κοιλιακού υπερηχογραφήματος σε ετήσιο check-up.

66. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ HPV ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Χρ. Γουδέλη, Ι. Δαληβίγκας, Ι. Παπαπαναγιώτου, Αγγ. Βαρυτιμιάδη, Αν. Αθανασάκης, Γ. Δανηλάτος, Εμμ. Τερζάκης

Γυναικολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των ανδρών και των γυναικών θα αποκτήσουν τον ιό HPV κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι περισσότερες προσβολές είναι παροδικές χωρίς κλινική συμπτωματολογία και μια μειοψηφία αυτών καταλήγουν σε HPV αλλοιώσεις, δυσπλασία τραχήλου ή κακοήθεια. 100% των πλακωδών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας και 90–93% του πρωκτού αποδίδονται σε λοίμωξη από τον ιό HPV.

ΣΚΟΠΟΣ: Καθώς λοιπόν αυξάνεται η επίπτωση της προσβολής της πρωκτογεννητικής περιοχής από τον HPV, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή screening του πληθυσμού πριν και μετά την προσβολή τους. Σκοπός μας είναι η ευαισθητοποίηση των επιστημόνων υγείας για τη σύγχρονη εκτίμηση της περιπρωκτικής περιοχής σε γυναίκες με ιστορικό HPV των έξω γεννητικών οργάνων.

ΥΛΙΚΟ: Μέσω παράλληλης ανασκόπησης της βιβλιογραφίας και της καθημερινής κλινικής εμπειρίας στα εξωτερικά ιατρεία αναδείχθηκε ότι σε ποσοστό 50%, ιδίως σε γυναίκες κάτω των 50 ετών, συνυπάρχει HPV λοίμωξη τραχήλου και πρωκτού η οποία μπορεί να υποστρέψει σε 60% των περιπτώσεων. Φαίνεται ότι οι παθολογοανατομικές ομοιότητες της πρωκτογεννητικής περιοχής, η ανατομική γειτνίαση των έξω γεννητικών οργάνων με τον πρωκτό και η παρόμοια επίδραση των επιβαρυντικών παραγόντων συντελούν στην κοινή HPV προσβολή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν υπάρχουν ακόμη επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαλογή και παρακολούθηση των γυναικών υψηλού κινδύνου όπως στις νεοπλασίες τραχήλου. Έτσι, πρέπει να εφαρμόζεται μακροσκοπική εξέταση της περιοχής, κυτταρολογική και δακτυλική εξέταση. Η κυτταρολογία υγρής φάσης με σύγχρονη HPV-DNA ανάλυση φαίνεται να έχει καλύτερα και πιο ειδικά αποτελέσματα. Επί ευρημάτων, απαραίτητη κρίνεται η ορθο-πρωκτοσκόπηση, βασιζόμενοι στις αρχές της κολποσκόπησης του τραχήλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι αποδεδειγμένο ότι η μόλυνση του πρωκτού έπεται της προσβολής του τραχήλου και σπανιότερα παρατηρείται σύγχρονη πρώτο-εμφάνιση. Συνεπώς, η μόλυνση του τραχήλου από HPV τίθεται ως παράγοντας κινδύνου για τις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του πρωκτού (AIN), καθώς τριπλασιάζει τη μετάχρονη μόλυνση της περιπρωκτικής περιοχής.

67. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΣΤΟΝ ΑΡΧΟΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ι. Δαληβίγκας, Χρ. Γουδέλη, Ι. Παπαπαναγιώτου, Αγγ. Βαρυτιμιάδη, Αν. Αθανασάκης, Γ. Δανηλάτος, Εμμ. Τερζάκης

Γυναικολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διήθηση του λεμφαγγειακού χώρου στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα, παρόλο που δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατά FIGO σταδιοποίηση της νόσου. Ο πυελικός και ιδίως ο παραορτικός λεμφαδενικός καθαρισμός αυξάνει τη νοσηρότητα των ασθενών, κυρίως σε παχύσαρκες και ηλικιωμένες γυναίκες και θεωρείται ότι επηρεάζει τη γονιμότητα των νέων ασθενών, δίνοντας όλο και περισσότερο χώρο στην ανίχνευση του φρουρού λεμφαδένα (ΦΛ) (σύσταση 2B).

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση στις τεχνικές του ΦΛ σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας σταδίων ΙΑ2 έως ΙΙΑ κατά FIGO, όλων των ιστοπαθολογικών τύπων, χωρίς κλινικά ή απεικονιστικά ευρήματα λεμφαδενικής συμμετοχής. Σκοπός τίθεται η αναγνώριση της ιδανικής μεθόδου αντιμετώπισης της νόσου με σύγχρονη μείωση των επιπλοκών της πυελικής λεμφαδενεκτομής – αύξηση χειρουργικού χρόνου, λεμφοκύστη, λεμφοίδημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην κλινική μας εφαρμόζουμε τη μέθοδο ανίχνευσης ΦΛ σε γυναίκες με αρχόμενο καρκίνο τραχήλου της μήτρας και ενδομητρίου. Γίνεται αναγνώρισή του, εξαιρείται και αποστέλλεται προς βιοψία ξεχωριστά από τα παρασκευάσματα της παραορτοπυελικής λεμφαδενεκτομής. Ο συνδυασμός της εμπειρίας του Νοσηλευτικού Ιδρύματός μας και της αυξανόμενης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των νεότερων δεδομένων στην τεχνική του ΦΛ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα του ΦΛ βρίσκονται στο 2,7%. Βασικό ρόλο παίζει η βέλτιστη παθολογοανατομική εξέταση του ΦΛ η οποία περιλαμβάνει: (1) τη διαδοχική κατάτμηση του ΦΛ πάχους 150–500 μm, (2) τη χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης και (3) την ανοσοϊστοχημεία. Η μέθο-

δος εξασφαλίζει αξιόπιστη ανίχνευση νόσου μικρού όγκου (μικρομετάσταση 0,2–2 mm ή μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα <0,2 mm). Συγκριτικά με την πυελική λεμφαδενεκτομή, η βιοψία του ΦΛ αυξάνει την ευαισθησία εύρεσης μεταστάσεων κατά δύο φορές, τουλάχιστον και σχετίζεται με το στάδιο της νόσου και τη συμμετοχή του κόλπου και των παραμητρίων. Στις περισσότερες μελέτες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιβίωση των ασθενών σταδίου IA-IB1 με αφαίρεση μεγάλου αριθμού πυελικών λεμφαδένων, ενώ στα στάδια IB2-IIA η επιβίωση αυξήθηκε σημαντικά όταν η εξαίρεση ήταν μεγαλύτερη των 16 λεμφαδένων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πριν την εγκατάλειψη της πυελικής λεμφαδενεκτομής στον αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πρέπει να αποδειχθεί ότι η ευαισθησία της βιοψίας του ΦΛ αντιπροσωπεύει την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων κι έτσι θα διευκρινιστεί αν η πυελική λεμφαδενεκτομή καθώς και η έκτασή της είναι αποκλειστικά διαγνωστική ή αν έχει και θεραπευτικό ρόλο. Τα παραπάνω χαράσσουν νέα πορεία στη χειρουργική αντιμετώπιση, θέτοντας πλέον πιθανή την παρέμβαση σε δύο βήματα: (α) ριζική υστερεκτομή/τραχηλεκτομή και ΦΛ-βιοψία, (β) πυελική λεμφαδενεκτομή σε 2ο χρόνο εντός 7 ημερών, όπου ενδείκνυται.

68. ΔΕΚΑΞΕΙ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ - ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ, ΣΥΣΤΟΙΧΑ, ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Γαλήνας,¹ Π. Νικολόπουλος,² Ν. Τζίμας,¹
Α. Μπαλιτσάρη,¹ Μ. Ζηλάκος,¹ Α. Καραμέρης³

¹Νεφρολογική Κλινική, ²Ουρολογική Κλινική, ³Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επανεμφάνιση ή υποτροπή νεφροκυτταρικού καρκινώματος ακόμα και αρκετά έτη μετά από ριζική νεφρεκτομή, μολονότι σπάνια –και ιδιαίτερα σε γυναίκα ασθενή– δεν μπορεί να αποκλεισθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Διά της παρουσιάσεως του περιστατικού, ασθενούς, που εμφάνισε νόσο σύστοιχα, δεκαέξι έτη μετά από ριζική νεφρεκτομή, τονίζεται ότι η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση ογκόμορφων σχηματισμών πρέπει να συμπεριλαμβάνει και την πιθανότητα της νόσου (ώστε να αντιμετωπισθεί έγκαιρα) και αξιολογούνται οι γενετικοί, ορμονικοί και ανοσοϊστοχημικοί συσχετισμοί που πιθανόν συμβάλλουν στην αιτιολογία μιας τέτοιας όψιμης επανέκφρασης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ: Ασθενής, γυναίκα, 68 ετών, με ιστορικό ριζικής νεφρεκτομής προ 18ετίας, στα πλαίσια ιστολογικά ταυτοποιηθέντος αδενοκαρκινώματος AP νεφρού και η οποία προσήλθε για έλεγ-

χο δυσρhythμιστης αρτηριακής υπέρτασης και έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας (Κρεατ. ορού ~2 mg/dL), διεπιστώθη υπερηχογραφικά (και επιβεβαιώθηκε δι' αξονικής τομογραφίας) ότι στην προβολική θέση του εξαιρεθέντος νεφρού έφερε συμπαγή, ογκόμορφη αλλοίωση μικτής ηχογένειας με διαστάσεις 5,5×4,27 cm. Προ διετίας (16 έτη μετά τη νεφρεκτομή), αντίστοιχο τυχαίο υπερηχογραφικό εύρημα μικρότερων διαστάσεων (2,5×3,5 cm) ελεγχόμενο και με MRI, είχε χαρακτηριστεί ως «μη φέρων κακοήθεις χαρακτήρες, συμβατό μάλλον με λεμφαδενική διόγκωση». Αφού έγινε σταδιοποίηση της νόσου (έλεγχος κοιλίας, θώρακος, εγκεφάλου και οστών), η επεμβατική εξαίρεση του μορφώματος επιβεβαίωσε την επανεμφάνιση νεοπλασματικού ιστού με χαρακτήρες (μορφολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς) έντονα συνηγορητικούς υπέρ νεφροκυτταρικού καρκινώματος. Δύο έτη μετά η ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση, υπο όγκολογική παρακολούθηση και τακτική αξιολόγηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: (α) Μολονότι η επεμβατική ιστολογική προσέγγιση ογκόμορφων αλλοιώσεων αφορά σε συνδυασμό προϋποθέσεων, δεν παύει να είναι η ακριβής και συχνά σωστική διαγνωστική και θεραπευτική επιλογή, (β) Η επανεμφάνιση, ακόμα και μετά τη 10ετία νεφροκυτταρικού καρκινώματος, στον ίδιο ασθενή καθιστά σκόπιμη τη συνεπή και επί μακρόν παρακολούθηση του περιστατικού.

69. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΠΤΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ *IN VITRO*

Ι. Κόστογλου-Αθανασίου,¹ Ε. Παπαγεωργίου,²
Α. Αρμακόλας,² Μ. Κοντσιλιέρης²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ²Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μελατονίνη είναι μια ινδόλη που παράγεται από το κωνάριο, εκκρίνεται κυρίως κατά τη νύκτα και συμμετέχει στη ρύθμιση των βιολογικών ρυθμών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίδρασης της μελατονίνης σε καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro*.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης (Sigma-Aldrich) σε PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro* με τη διενέργεια MTT assay για την εκτίμηση της επιβίωσης των κυττάρων και κυτταρομετρίας ροής (flow cytometry) για την εκτίμηση της απόπτωσης και τη μελέτη του κυτταρικού κύκλου. (α) Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης 2 nM σε PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro*. Τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37 °C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεν-

τρώσεις μελατονίνης. Τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν ακόμη με μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel. Μετά 48ωρη επώαση τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν με 10% ΜΤΤ. (β) Διενεργήθηκε επίσης κυτταρομετρία ροής. Η ανάλυση αυτή του κυτταρικού κύκλου επιτρέπει τον διαχωρισμό των PC-3 κυττάρων σε κύτταρα σε πρώιμη απόπτωση (χρωσνύμενα με AnnexinV-FITC), όψιμη απόπτωση (χρωσνύμενα με χρώση AnnexinV-FITC και PI), νεκρά κύτταρα (χρωσνύμενα με χρώση PI) και μη αποπεπτωκότα ζώντα κύτταρα (μη χρωσνύμενα). Για την ανάλυση αυτή τα PC-3 cells καλλιεργήθηκαν σε δίσκους 12 φρεατίων. Μετά παρέλευση 24 h τα PC-3 κύτταρα εκτέθηκαν σε μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel και αναλύθηκαν τα επικολημένα και επιπλέοντα κύτταρα. (γ) Για την ανάλυση του κυτταρικού κύκλου τα PC-3 κύτταρα καλλιεργήθηκαν επί 48 h στους 37 °C σε DMEM εμπλουτισμένο με 10% FBS σε p100 καλλιεργητικούς δίσκους σε πυκνότητα 300.000 κυττάρων/φρεάτιο με ή χωρίς μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel. Τα προσκολλημένα και επιπλέοντα κύτταρα αναμίχθηκαν, εκπλύθηκαν με PBS, και εκτέθηκαν επί 12 ώρες στους 4 °C σε 70% αιθανόλη. Τα επεξεργασμένα κύτταρα χρώσθηκαν με διάλυμα propidium iodide που περιείχε RNase. Το περιεχόμενο DNA αναλύθηκε σε κυτταρόμετρο ροής FACS Calibur (Becton Dickinson, San Jose, CA, USA) με τη χρήση ModFit software (Verity Software House, Topsham, ME, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων προστάτου PC3 αναστάλη σημαντικά από την επίδραση της μελατονίνης και του docetaxel. Ο συνδυασμός μελατονίνης και docetaxel είχε συνεργικό αποτέλεσμα στην αναστολή του πολλαπλασιασμού. Η απόπτωση των PC-3 κυττάρων δεν επηρεάστηκε από τη μελατονίνη, ενώ επήχθη από τον συνδυασμό μελατονίνης και docetaxel. Στην ανάλυση του κυτταρικού κύκλου φάνηκε ότι η ωρίμανση των PC-3 κυττάρων αναστάλη ελάχιστα από τη μελατονίνη, αλλά αναστάλη σημαντικά από το docetaxel και τον συνδυασμό μελατονίνης και docetaxel.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η μελατονίνη έχει ανασταλτική δράση στον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων προστάτου *in vitro*. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνητών που έχουν διαπιστώσει *in vitro* αντικαρκινική δράση της μελατονίνης. Φαίνεται ότι οι σύγχρονες συνθήκες ζωής που ανατρέπουν τους εξαρτούμενους από τον κύκλο του φωτός βιορυθμούς και εκθέτουν τον ανθρώπινο οργανισμό απρόσφορα στο φως κατά τη νύκτα μπορεί να συμβάλουν στην καρκινογένεση.

70. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΜΑΣΤΟΥ *IN VITRO*

Ι. Κόστογλου-Αθανασίου,¹ Ε. Παπαγεωργίου,²
Α. Αρμακόλας,² Μ. Κουτσιλιέρης²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ²Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι από παλιά γνωστό ότι οι τυφλές γυναίκες, στις οποίες παρατηρείται διαταραγμένο σήμα μελατονίνης, έχουν μικρότερη επίπτωση καρκίνου του μαστού. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που δουλεύουν με βάρδιες, στις οποίες η συνολική έκκριση της μελατονίνης είναι ελαττωμένη. Η αντικαρκινική δράση της μελατονίνης θεωρείται σήμερα έντονου ερευνητικού ενδιαφέροντος διεθνώς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίδρασης της μελατονίνης σε καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro*.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης (Sigma-Aldrich) σε MCF-7 καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro* με τη διενέργεια MTT assay για την εκτίμηση της επιβίωσης των κυττάρων και κυτταρομετρίας ροής (flow cytometry) για την εκτίμηση της απόπτωσης και τη μελέτη του κυτταρικού κύκλου. (α) Μελετήθηκε η επίδραση της μελατονίνης 2 nM σε MCF-7 καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro*. Τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37 °C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις μελατονίνης. Τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν ακόμη με μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel 50 nM. Μετά 48ωρη επώαση τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν με 10% ΜΤΤ. (β) Διενεργήθηκε κυτταρομετρία ροής. Η ανάλυση αυτή του κυτταρικού κύκλου επιτρέπει τον διαχωρισμό των MCF-7 κυττάρων σε κύτταρα σε πρώιμη απόπτωση (χρωσνύμενα με AnnexinV-FITC), όψιμη απόπτωση (χρωσνύμενα με χρώση AnnexinV-FITC και PI), νεκρά κύτταρα (χρωσνύμενα με χρώση PI) και μη αποπεπτωκότα ζώντα κύτταρα (μη χρωσνύμενα). Για την ανάλυση αυτή τα MCF-7 κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε δίσκους 12 φρεατίων. Μετά παρέλευση 24 h τα MCF-7 κύτταρα εκτέθηκαν σε μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel και αναλύθηκαν τα επικολημένα και επιπλέοντα κύτταρα. (γ) Για την ανάλυση του κυτταρικού κύκλου τα MCF-7 κύτταρα καλλιεργήθηκαν επί 48 h στους 37 °C σε DMEM εμπλουτισμένο με 10% FBS σε p100 καλλιεργητικούς δίσκους σε πυκνότητα 300.000 κυττάρων/φρεάτιο με ή χωρίς μελατονίνη υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel. Τα προσκολλημένα και επιπλέοντα κύτταρα αναμίχθηκαν, εκπλύθηκαν με PBS, και εκτέθηκαν

επί 12 ώρες στους 4 °C σε 70% αιθανόλη. Τα επεξεργασμένα κύτταρα χρώσθηκαν με διάλυμα propidium iodide που περιείχε RNase. Το περιεχόμενο DNA αναλύθηκε σε κυτταρομέτρο ροής FACS Calibur (Becton Dickinson, San Jose, CA, USA) με τη χρήση ModFit software (Verity Software House, Topsham, ME, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πολλαπλασιασμός των ανθρωπείων καρκινικών κυττάρων μαστού MCF-7 αναστάλη σημαντικά από την επίδραση της μελατονίνης. Ο παράγων docetaxel ανέστειλε σημαντικά τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων μαστού MCF-7. Κατά την ταυτόχρονη επώαση των καρκινικών κυττάρων του μαστού MCF-7 με μελατονίνη και docetaxel παρατηρήθηκε συνεργική ανασταλτική επίδραση στον πολλαπλασιασμό τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η μελατονίνη έχει ανασταλτική δράση στον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων μαστού *in vitro*. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνητών που έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη του υποδοχέα της μελατονίνης MT1 (Jablonska et al, J Pineal Res 2013) στην επιφάνεια κυττάρων καρκίνου του μαστού.

71. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΖΩΝ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ - 5 ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μ. Γκέλη,¹ Β. Καρτσούνη,¹ Ε. Ντοκόζ,¹ Μ. Μηλάτου,¹ Σ. Σφήκα,¹ Σμ. Αγγελή,² Δ. Δασκαλοπούλου²

¹Α΄ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ²Κυτταρολογικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη παρακέντηση του θυρεοειδούς με λεπτή βελόνα είναι μια απλή και αποτελεσματική τεχνική που επιτρέπει μια τελική κυτταρολογική διάγνωση σε ασθενείς με μικρούς και μη ψηλαφητούς όζους και μπορεί να πραγματοποιηθεί με ή χωρίς αναρρόφηση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας μιας τροποποιημένης τεχνικής κατευθυνόμενης (Ug) παρακέντησης διά λεπτής βελόνης των θυρεοειδικών όζων με τη χρήση της τριχοειδικής πίεσης (FNNAC) χωρίς αναρρόφηση και υπό συνεχή υπερηχογραφική παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο (RtUg-FNNAC).

ΥΛΙΚΟ: Αναδρομικά μελετήθηκαν οι RtUg-FNNACs 9512 ασθενών με 11.889 θυρεοειδικούς όζους που πραγματοποιήθηκαν την πενταετία 1ος/2008 έως

1ος/2012. Η αποτελεσματικότητα της RtUg-FNNAC καθορίστηκε από την κυτταρολογική επάρκεια του υλικού. Επιπρόσθετα έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων της RtUg-FNNAC με τα ιστολογικά αποτελέσματα όζων όζων χειρουργήθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 11.889 όζων, ανεπαρκές υλικό υπήρχε σε 15 κυστικούς όζους, οριοθετώντας την κυτταρολογική επάρκεια υλικού της RtUg-FNNAC στο 99,87%. 2302 ασθενείς με Bethesda VI και 409 με Bethesda IV και Bethesda V κυτταρολογικά ευρήματα υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Όλοι οι κακοήθεις όζοι πιστοποιήθηκαν ιστολογικά. Από τις Bethesda IV και Bethesda V περιπτώσεις, 376 ήταν κακοήθεις και 33 ήταν καλοήθεις. 266 ασθενείς με καλοήγη αρχική RtUg-FNNAC υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή για διαφόρους λόγους. Ιστολογικά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν σε 263 ασθενείς. Τελικά, η RtUg-FNNAC ήταν αληθώς αρνητική σε 263 ασθενείς και ψευδώς αρνητική σε 3, αληθώς θετική σε 2678 και ψευδώς θετική σε 33. Η ευαισθησία, η ειδικότητα, η PPV και η NPV ήταν 99,89%, 88,85%, 98,78%, 98,87% αντίστοιχα και η ακρίβεια στη διάγνωση κακοήθειας 98,79%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η RtUg-FNNAC είναι μια τεχνική που συνδυάζει τα οφέλη της σε πραγματικό χρόνο συνεχούς υπερηχογραφικής καθοδήγησης με εκείνα της δειγματοληψίας με τριχοειδική πίεση, μεγιστοποιώντας την κυτταρική επάρκεια και ελαχιστοποιώντας τις ψευδείς εικόνες λόγω αίματος στην κυτταρολογική εξέταση.

72. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ ΣΕ HIV(+) ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Απ. Σταματιάδης

Χειρουργικό Ιατρείο Πρωκτού, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μόλυνση με τον ιό HIV αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του πρωκτού. Η ανεύρεση και η αντιμετώπιση των προκαρκινωματώδων αλλοιώσεων συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού.

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταδειχθεί η αξία της πρωκτοσκοπησης υψηλής ευκρίνειας στην ανεύρεση των προκαρκινωματώδων αλλοιώσεων σε HIV(+) ασθενείς. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν για υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία του πρωκτού που οφείλεται στη μόλυνση με τον ιό HPV.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς που προσήλθαν στο πρωκτολογικό ιατρείο και παρουσίαζαν μόλυνση με τον HIV διερευνήθηκαν με την πρωκτοσκοπηση υψηλής ευκρίνειας (high resolution anoscopy). Η εξέταση έγινε υπό μεγέθυνση και μετά από εφαρμο-

γή οξικού οξέος. Οι χαρακτηριστικές μορφολογικές αλλοιώσεις υψηλόβαθμης δυσπλασίας που οφείλονται στον ιό HPV όπως φαιά χρώση, αγγειακή διάστιξη, ανώμαλα αγγεία ή μωσαϊκισμός, καταγράφηκαν φωτογραφικά και ελήφθησαν βιοψίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το χρονικό διάστημα 2011–2014 διερευνήθηκαν στο πρωκτολογικό ιατρείο 344 ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του πρωκτού. Οι 38 από τους παραπάνω ασθενείς ανέφεραν μόλυνση με τον HIV Σε 7/38 ασθενείς (ποσοστό 18%) οι βιοψίες έδειξαν υψηλού βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία οφειλόμενη στον ιό HPV. Οι αλλοιώσεις αυτές αντιμετωπίστηκαν στο πρωκτολογικό ιατρείο με καυτηριασμό με τοπική αναισθησία. Σε 4/38 ασθενείς διαγνώστηκε διηθητικό νεόπλασμα πρωκτού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο υλικό μας, το 18% των ασθενών με ασυμπτωματική HIV μόλυνση παρουσίασαν υψηλόβαθμη δυσπλασία του πρωκτού οφειλόμενη στον ιό HPV. Η διάγνωση των προκαρκινωματιωδών δυσπλασιών του πρωκτού που μπορούν να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνωμα του πρωκτού (υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία) επιτυγχάνεται με την πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας. Η αρχική επιλογή των ασθενών που θα εξεταστούν με την πρωκτοσκόπηση υψηλής ευκρίνειας μπορεί να γίνει και με την κυτταρολογική του πρωκτού η οποία όμως έχει μεγάλο ποσοστό ψευδών αρνητικών αποτελεσμάτων.

73. ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ε. Μπασαγιάννης, Γ. Κινόγλου, Μ. Σιώζου, Ν. Τσαπραλής, Ι. Μισιτζής

Χειρουργική Κλινική Μαστού, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι εξωπνευμονικής αιτιολογίας είναι πολύ σπάνιοι.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση 2 ενδιαφερουσών περιπτώσεων πρωτοπαθών νευροενδοκρινικών όγκων μαστού στην κλινική μας το 2012 και το 2013.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: Πρόκειται για 2 γυναίκες ηλικίας 53 και 75 ετών με ψηλαφητούς όγκους δεξιού και αριστερού μαστού αντίστοιχα οι οποίες υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, λόγω κυτταρολογικής βιοψίας (με λεπτή βελόνη) θετικής για κακοήθεια. Η τελική ιστολογική απάντηση έδειξε ότι επρόκειτο για νευροενδοκρινικούς όγκους του μαστού όπου τα κριτήρια για αυτήν την ταξινόμηση ήταν ανοσολογική αντίδραση για τον όγκο σε ποσοστό άνω του 50% στη χρωμογρανίνη, συ-

ναπτοφυσίνη, CD56, CD57 και NSE. Επίσης και για τις 2 ασθενείς ένας λεμφαδένας στον λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης ευρέθη θετικός για κακοήθεια, ενώ οι ορμονικοί υποδοχείς ER και PR ήταν θετικοί, ενώ το c-erb2 ήταν αρνητικό. Οι ασθενείς ακολούθησαν οδηγίες για χημειοθεραπεία και ορμονικό χειρισμό, ενώ σε μία ασθενή λόγω του μεγέθους του όγκου μ.δ. >40 mm προτάθηκε και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του μαστού διεθνώς έχουν πτωχή πρόγνωση. Όμως η ριζική χειρουργική θεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, ορμονικό χειρισμό (όπου χρειάζεται) και επικουρική χημειοθεραπεία με συνδυασμό πλατίνης και ετοπιοσίδης έχει βρεθεί ότι μπορούν να δώσουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα στο διάστημα ελεύθερο νόσου, αλλά και στη συνολική επιβίωση.

74. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΓΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΒΙΟΨΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Λιλιμπάκης, Σ. Μούργελα, Β. Παραγιούτσιος, Α. Μπαϊρακτάρης, Κ. Κυργιάννης, Κ. Πετρίτσας, Α. Σπανός

Νευροχειρουργική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μαγνητική φασματοσκοπία εγκεφάλου (MRS) είναι μια αναίμακτη μέθοδος που βοηθά σημαντικά στη διαφοροδιάγνωση εξεργασιών στο εγκεφαλικό παρέγχυμα και παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή ακρίβεια στα αποτελέσματά της.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετασθεί το κατά πόσο η μαγνητική φασματοσκοπία μπορεί με ασφάλεια να υποκαταστήσει τη χειρουργική αντιμετώπιση στη διαφοροδιάγνωση των όγκων εγκεφάλου.

ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 38 ετών, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία εξαιτίας γενικευμένης επιληπτικής κρίσης και υποβάλλεται σε MRI εγκεφάλου, όπου αναδεικνύεται μονήρης εξεργασία (ΔΕ) βρεγματικά. Για τη διαφοροδιάγνωση της βλάβης εν συνεχεία υποβάλλεται σε MRS εγκεφάλου, η οποία κατέδειξε ότι επρόκειτο για πολύμορφο γλοιοβλάστωμα (GBM). Μετά την ολική εξαίρεση της βλάβης, η ιστολογική εξέταση καθόρισε τον όγκο ως αστροκυτταρικής προέλευσης grade II.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ακριβής διάγνωση στους όγκους εγκεφάλου έχει σημαντικό ρόλο, κατευθύνοντας σωστά τη θεραπευτική επιλογή. Ως μη παρεμβατική μέθοδος, η μαγνητική φασματοσκοπία έχει θέση στη

μελέτη των περιστατικών αυτής της κατηγορίας, δίνοντας απαντήσεις σε περιπτώσεις όπου η χειρουργική προσέγγιση συναντά δυσκολία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την υψηλή διαγνωστική αξία της μαγνητικής φασματοσκοπίας, η χειρουργική προσπέλαση έχει κυρίαρχη θέση στη διάγνωση των όγκων εγκεφάλου, θέτοντας οριστική διάγνωση με την ιστολογική επιβεβαίωση, και ταυτόχρονα δίνοντας τη δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης.

75. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΤΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου,¹ Ε. Παπαγεωργίου,² Α. Αρμακόλας,² Μ. Κουτσιλιέρης²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ²Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αντικαρκινική δράση της βιταμίνης D θεωρείται σήμερα μία από τις κύριες ιδιότητες της ορμόνης. Η ορμόνη έχει ως κύριες δράσεις της τη ρύθμιση των επιπέδων του ασβεστίου στον οργανισμό καθώς και τη ρύθμιση της ομαλής λειτουργίας του μυοσκελετικού συστήματος. Ωστόσο, λόγω της αντικαρκινικής της δράσης έχουν αρχίσει να γίνονται προσπάθειες να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά στη θεραπευτική του καρκίνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίδρασης της βιταμίνης D σε καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro*.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε η επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ (Sigma-Aldrich) σε MCF-7 καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro* με τη διενέργεια MTT assay για την εκτίμηση της επιβίωσης των κυττάρων και κυτταρομετρίας ροής (flow cytometry) για την εκτίμηση της απόπτωσης και τη μελέτη του κυτταρικού κύκλου. (α) Μελετήθηκε η επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ 200 nM σε MCF-7 καρκινικά κύτταρα μαστού *in vitro*. Τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37 °C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις 1,25(OH)₂D₃. Τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν ακόμη με 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel 50 nM. Μετά 48ωρη επώαση τα MCF-7 κύτταρα επώασθησαν με 10% MTT. (β) Διενεργήθηκε κυτταρομετρία ροής. Η ανάλυση αυτή του κυτταρικού κύκλου επιτρέπει τον διαχωρισμό των MCF-7 κυττάρων σε κύτταρα σε πρώιμη απόπτωση (χρωονύμενα με AnnexinV-FITC), όψιμη απόπτωση (χρωονύμενα με χρώση AnnexinV-FITC και PI), νεκρά κύτταρα (χρωονύμενα με χρώση PI) και μη αποπε-

πτωκότα ζώντα κύτταρα (μη χρωονύμενα). Για την ανάλυση αυτή τα MCF-7 κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε δίσκους 12 φρεατίων. Μετά παρέλευση 24 h τα MCF-7 κύτταρα εκτέθηκαν σε 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel και αναλύθηκαν τα επικολλημένα και επιπλέοντα κύτταρα. (γ) Για την ανάλυση του κυτταρικού κύκλου τα MCF-7 κύτταρα καλλιεργήθηκαν επί 48 h στους 37 °C σε DMEM εμπλουτισμένο με 10% FBS σε p100 καλλιεργητικούς δίσκους σε πυκνότητα 300.000 κυττάρων/φρεάτιο με ή χωρίς 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel. Τα προσκολλημένα και επιπλέοντα κύτταρα αναμείχθηκαν, εκπλύθηκαν με PBS, και εκτέθηκαν επί 12 ώρες στους 4 °C σε 70% αιθανόλη. Τα επεξεργασμένα κύτταρα χρώσθηκαν με διάλυμα propidium iodide που περιείχε RNase. Το περιεχόμενο DNA αναλύθηκε σε κυτταρόμετρο ροής FACS Calibur (Becton Dickinson, San Jose, CA, USA) με τη χρήση ModFit software (Verity Software House, Topsham, ME, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε ήπια αναστολή του πολλαπλασιασμού των ανθρώπινων καρκινικών κυττάρων του μαστού MCF-7 μετά 48ωρη επώαση με 1,25(OH)₂D₃. Ο συνδυασμός 1,25(OH)₂D₃ και docetaxel ανέστειλε τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων μαστού, επήγαγε την απόπτωσή τους και ανέστειλε την ωρίμανσή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε ήπια ανασταλτική επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ στον πολλαπλασιασμό των ανθρώπινων καρκινικών κυττάρων του μαστού MCF-7, ενώ ο παράγων docetaxel είχε σαφή ανασταλτική επίδραση στον πολλαπλασιασμό τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την παρουσία έκφρασης του υποδοχέα της βιταμίνης D VDR (Alimirah et al, Mol Cell Biochem 2010) σε κύτταρα καρκίνου του μαστού.

76. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΤΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου,¹ Ε. Παπαγεωργίου,² Α. Αρμακόλας,² Β. Αρώνη,² Μ. Κουτσιλιέρης²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών Κοργιαλένειο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ²Τμήμα Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βιταμίνη D είναι ορμόνη που σχετίζεται με την ομοιοστασία του ασβεστίου και την ομαλή λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Πρόσφατα, οι εξωσκελετικές δράσεις της βιταμίνης D και ιδιαίτερα η αντικαρκινική της δράση είναι στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Θεωρείται ότι η ορμόνη έχει αντικαρκινική δράση και

η δράση της εκφράζεται ιδιαίτερα στον καρκίνο του προστάτου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επίδρασης της βιταμίνης D σε καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro*.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκε η επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ 200 nM σε PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro*. (α) Μελετήθηκε η επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ 200 nM σε PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου *in vitro*. Τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν επί 48 h σε θερμοκρασία 37 °C με προοδευτικά ελαττούμενες συγκεντρώσεις 1,25(OH)₂D₃. Τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν ακόμη με 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία του αντιμιτωτικού παράγοντα docetaxel. Μετά 48ωρη επώαση τα PC-3 κύτταρα επώασθησαν με 10% ΜΤΤ. (β) Διενεργήθηκε επίσης κυτταρομετρία ροής. Η ανάλυση αυτή του κυτταρικού κύκλου επιτρέπει τον διαχωρισμό των PC-3 κυττάρων σε κύτταρα σε πρώιμη απόπτωση (χρωονύμενα με AnnexinV-FITC), όψιμη απόπτωση (χρωονύμενα με χρώση AnnexinV-FITC και PI), νεκρά κύτταρα (χρωονύμενα με χρώση PI) και μη αποπεπτοκότητα ζώντα κύτταρα (μη χρωονύμενα). Για την ανάλυση αυτή τα PC-3 κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε δίσκους 12 φρεατίων. Μετά παρέλευση 24 h τα PC-3 κύτταρα εκτέθηκαν σε 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel και αναλύθηκαν τα επικολημένα και επιπλέοντα κύτταρα. (γ) Για την ανάλυση του κυτταρικού κύκλου τα PC-3 κύτταρα καλλιεργήθηκαν επί 48 h στους 37 °C σε DMEM εμπλουτισμένο με 10% FBS σε p100 καλλιεργητικούς δίσκους σε πυκνότητα 300.000 κυττάρων/φρεάτιο με ή χωρίς 1,25(OH)₂D₃ υπό την παρουσία ή απουσία docetaxel. Τα προσκολλημένα και επιπλέοντα κύτταρα αναμείχθηκαν, εκπλύθηκαν με PBS, και εκτέθηκαν επί 12 ώρες στους 4 °C σε 70% αιθανόλη. Τα επεξεργασμένα κύτταρα χρώσθηκαν με διάλυμα propidium iodide που περιείχε RNase. Το περιεχόμενο DNA αναλύθηκε σε κυτταρόμετρο ροής FACS Calibur (Becton Dickinson, San Jose, CA, USA) με τη χρήση ModFit software (Verity Software House, Topsham, ME, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων προστάτου PC-3 δεν αναστάλη από την επίδραση 1,25(OH)₂D₃. Ο παράγων docetaxel και ο συνδυασμός 1,25(OH)₂D₃ και docetaxel ελάττωσε τον πολλαπλασιασμό των PC-3 καρκινικών κυττάρων, επήγαγε την απόπτωσή τους και ανέστειλε την ωρίμανσή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκε επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ στα PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου ενώ ο παράγων docetaxel είχε σαφή ανασταλτική επίδραση στον πολλαπλασιασμό τους, επήγαγε την απόπτωσή τους και ανέστειλε την ωρίμανσή τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την απου-

σία έκφρασης του υποδοχέα της βιταμίνης D VDR στα καρκινικά αυτά κύτταρα και αντικρούουν σύγχρονα πειραματικά δεδομένα που αναφέρουν ανασταλτική επίδραση της 1,25(OH)₂D₃ στα PC-3 καρκινικά κύτταρα προστάτου.

77. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΓΚΩΝ ΒΛΕΦΑΡΩΝ ΚΑΙ ΟΓΚΩΝ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑ

Κ. Ρούγγας, Ι. Μις-Καρβέλα, Ν. Πατεράκης, Μ. Γαβαλά, Α. Μιχαηλίδου, Β. Πουλή, Σ. Νιαβή, Γ. Αντωνιάδης, Α. Τσιγγούνη

Οφθαλμολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση όγκων βλεφάρων και επιπεφυκότα όσον αφορά στην ιστοπαθολογική διάγνωση, τη συχνότητα εντόπισης και την εμφάνιση υποτροπών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 664 ασθενείς, 377 άνδρες (56,78%) και 287 γυναίκες (43,22%) μέσης ηλικίας 65 ετών (SD 16,57), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση όγκων βλεφάρων και επιπεφυκότα ύποπτων για κακοήθεια κατά το χρονικό διάστημα 2001–2011. Το συνολικό ιστοπαθολογοανατομικό δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 712 δεδομένα λόγω 48 περιπτώσεων υποτροπής του όγκου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση του δείγματος προέκυψαν 512 όγκοι βλεφάρων (71,91%) από τους οποίους 405 κακοήθεις (79,1%) και 107 καλοήθεις (20,9%). Από τους κακοήθεις το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα με 324 (80%), το πλακώδες καρκίνωμα με 29 (7,16%) και το διάμεσου τύπου καρκίνωμα με 23 (5,68%) είναι οι συχνότεροι, ενώ από τους καλοήθεις τα θηλώματα με 17 (15,88%), οι σπιλοι με 16 (14,95%) και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις με 16 (14,95%). Σε σύνολο 200 όγκων επιπεφυκότα (28,09%), 43% βρέθηκαν κακοήθεις και 57% καλοήθεις. Από τους κακοήθεις: πλακώδες καρκίνωμα 34 (39,53%), Bowen 29 (33,72%) και non Hodgkin B λεμφοκυτταρικό λέμφωμα 10 (11,62%). Από τους καλοήθεις: σπιλοι 34 (29,82%), θηλώματα 24 (21,05%), χρόνια μη ειδική φλεγμονή 10 (8,77%). Σε 34 περιπτώσεις (6,64%) όγκων βλεφάρων και σε 14 (7%) όγκων επιπεφυκότα παρατηρήθηκαν υποτροπές. Τα σημεία εντόπισης των βλεφαρικών όγκων παρατηρήθηκαν με την εξής συχνότητα: 230 στο κάτω βλέφαρο (56,79%), 58 στο άνω βλέφαρο (14,32%), 81 στον έσω κανθό (20,25%), 31 στον έξω κανθό (7,65%) και 4 με μικτή εντόπιση (0,99%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο συνηθέστερος όγκος βλεφάρων με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο κάτω βλέφαρο ενώ το

πλακώδες καρκίνωμα ο συχνότερος κακοήθης επιβολικός όγκος.

78. ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΒΛΕΦΑΡΩΝ

Ε. Γαβαλάς, Α. Μιχαηλίδου, Β. Πουλή, Σ. Νιαβή, Γ. Αντωνιάδης, Α. Τσιγγούνη, Κ. Ρούγγας, Ι. Μις-Καρβέλα, Ν. Πατεράκης

Οφθαλμολογική Κλινική και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των θέσεων εντόπισης των ευμεγέθων (διαμέτρου άνω των 7 mm) όγκων των βλεφάρων.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 464 περιπτώσεις όγκων των βλεφάρων, μεγαλύτερων των 7 mm, ύποπτων για κακοήθεια, οι οποίοι κατά το χρονικό διάστημα 2001–2011 υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα σημεία εντόπισης των βλεφαρικών όγκων παρατηρήθηκαν με την εξής συχνότητα: 230 στο κάτω βλέφαρο (56,79%), 58 στο άνω βλέφαρο (14,32%), 81 στον έσω κανθό (20,25%), 31 στον έξω κανθό (7,65%) και 4 με μικτή εντόπιση (0,99%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κάτω βλέφαρο είναι η θέση συχνότερης εντόπισης των όγκων των βλεφάρων.

79. TEST PAP ΜΑΣΤΩΝ ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στ. Αρχοντάκης

Κυτταρολογικό Κέντρο ALPHA PROLIPSIS, Αθήνα

Το Test Pap Μαστών (HALO® Breast Pap Test) αποτελεί μια μη επεμβατική, ανώδυνη, εξέταση που διαρκεί μόλις 5 min. Πρόκειται για ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο συλλογής εκκρίματος από τις θηλές των μαστών. Τακτική επανάληψη του τεστ Pap μαστών εξασφαλίζει αποτελεσματική και έγκαιρη πρόληψη των θηλωμάτων του μαστού. Τακτική επανάληψη του Test Pap μαστών εξασφαλίζει την πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών αλλοιώσεων γύρω από τη θηλή και τους μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους. Σε συνδυασμό με μαστογραφία, υπερηχογράφημα και ψηλάφηση μαστών, προσφέρει υψηλού βαθμού προστασία από τον καρκίνο του μαστού. Το Test Pap Μαστών ανιχνεύει την παρουσία ατυπίας στους γαλακτοφόρους πόρους. Η ατυπία των γαλακτοφόρων πόρων αποτελεί τον κυριότερο προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνι-

ση καρκίνου του μαστού. Εκτιμάται ότι γυναίκες με ατυπία στους γαλακτοφόρους πόρους διατρέχουν πενταπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού. Με το Test Pap Μαστών ανιχνεύεται η ατυπία των γαλακτοφόρων πόρων στο 1% των ασυμπτωματικών γυναικών που θα υποβληθούν στην εξέταση. Αυτές οι γυναίκες ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου και πρέπει εν συνεχεία να παρακολουθούνται στενά από ειδικούς μαστολόγους. Στις μέρες μας το 50–70% των γυναικών που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού δεν έχουν κανένα ανησυχητικό, προειδοποιητικό σύμπτωμα. Το Test Pap Μαστών μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό να αναγνωρίσει έγκαιρα τις γυναίκες που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και που έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού στο μέλλον.

Το Test Pap Μαστών είναι περισσότερο χρήσιμο σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών που δεν έχουν ένδειξη για μαστογραφία και σε γυναίκες με έκκριμα θηλής. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι το έκκριμα θηλής μειώνεται σταδιακά σε ποσότητα μετά την ηλικία των 55 ετών, οπότε και το Test Pap Μαστών παύει να είναι τόσο αποτελεσματικό.

80. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ. Θεόφιλος, Χ. Μαρκέτος, Αθ. Ζέτος, Α. Σακελλαροπούλου, Δ. Μπισοιτζόγλου, Γ. Πολίτης

Πνευμονολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η παροχή συστηματικής και οργανωμένης βοήθειας στους καπνιστές προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα πρέπει να αποτελεί πρωτεύοντα στόχο των συστημάτων υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετάσει τα χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, βαθμός εξάρτησης, καπνιστική βαρύτητα, νοσηρότητες) των καπνιστών που προσέρχονται στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του ογκολογικού νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν αναδρομικά (τελευταία διετία) τα στοιχεία των προσερχόμενων για διακοπή καπνιστών που τηρούνται στο αρχείο του ιατρείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 170 καπνιστές που προσήλθαν 66% ήταν γυναίκες και 34% άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 52,5 έτη και η μέση καπνιστική βαρύτητα τα 45,5 πακέτα-έτη, με τους άνδρες να είναι βαρύτεροι καπνιστές με ΜΟ τα 55 πακέτα-έτη.

Ο βαθμός εξάρτησης ήταν για το 53% υψηλός για το 41% μέτριος και για το υπόλοιπο 6% χαμηλός, ενώ ο βαθμός κινητοποίησης βρέθηκε υψηλός στο 50%. Το 27,3% δεν έπασχε από κάποιο νόσημα. Το 23,8% έπασχαν από χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού (ΧΑΠ, άσθμα), το 17,8% από διάφορους τύπους κακοήθειας και από αυτούς το 90% ήταν ασθενείς του νοσοκομείου. Το 6,5% έπασχε από καρδιαγγειακά νοσήματα (ΑΕΕ, ΣΝ) και το 19,6% από ψυχιατρικά νοσήματα (π.χ. κατάθλιψη). Το 29% είχε περισσότερα από ένα νοσήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία νοσήματος φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινητοποίησης των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος. Σχετικά μικρό ήταν το ποσοστό των ασθενών που έπασχαν από κάποιο τύπο καρκίνου και ζήτησαν ιατρική βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα, δεδομένου μάλιστα του ειδικού χαρακτήρα του νοσοκομείου. Απαιτείται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των γιατρών και των άλλων λειτουργών υγείας για την ενημέρωση και την κινητοποίηση των καπνιστών προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα και να διατηρήσουν μακροχρόνια αποχή.

81. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΩΝ ΡΥΠΑΝΤΩΝ ΣΕ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

A. Πεφάνης,¹ B. Κομποθέρα,² B. Μπότη,² T. Αλμπάνης²

¹251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος «σύγχρονοι αναδυόμενοι ρυπαντές» αναφέρεται σε ενώσεις που μέχρι πρότινος η ύπαρξή τους στο περιβάλλον δεν είχε θεωρηθεί ανησυχητική και σε παλαιότερους ρυπαντές που μετουσιώνονται σε αναδυόμενους λόγω νέων παρατηρήσεων για την περιβαλλοντική τους συμπεριφορά. Από την κατηγορία αυτή επιλέχθηκαν να προσδιοριστούν φυτοφάρμακα, φαρμακευτικά προϊόντα και βιομηχανικές ενώσεις. Η επιλογή στηρίχτηκε στην ευρεία χρήση των προϊόντων αυτών, στη παρουσία τους σε λίστες υψηλού κινδύνου καθώς και στην ενδοκρινική διαταρακτική δράση που παρουσιάζουν κάποιες από αυτές (οιστρογονική, αντι-ανδρογονική δράση, δράση στις ορμόνες του θυρεοειδούς).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εφαρμογή μιας αναλυτικής τεχνικής εκχύλισης και χρωματογραφικού προσδιορισμού των αναλυτών αυτών.

ΥΛΙΚΟ: Ο προσδιορισμός πραγματοποιήθηκε σε 42 δείγματα γαλακτοκομικών προϊόντων, η επιλογή των οποίων στηρίχτηκε στη διαφορετική σύσταση και προέλευση, καθώς και στην ποικιλότητα στον τρόπο συσκευασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 64,3% των δειγμάτων δεν περιείχε ανιχνεύσιμα υπολείμματα των αναλυόμενων φαρμακευτικών ενώσεων και φυτοφαρμάκων. Στο υπόλοιπο 35,7% των δειγμάτων βρέθηκαν υπολείμματα αυτών, ωστόσο σε όλες τις περιπτώσεις τα επίπεδα συγκεντρώσεων ήταν κάτω του ανώτατου ορίου υπολειμμάτων (<MRL). Οι επιλεγμένες βιομηχανικές ενώσεις ανιχνεύθηκαν στο σύνολο σχεδόν των δειγμάτων (97,6%) και μόνο 2,4% των δειγμάτων δεν περιείχε υπολείμματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος εκχύλισης, εφαρμόστηκε με επιτυχία στην ανάλυση γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι χαμηλές συγκεντρώσεις ανίχνευσης των επιλεγμένων ενώσεων δεν εμπνέουν ανησυχία για την ανθρώπινη υγεία. Οι επιδράσεις, ωστόσο, της χρόνιας έκθεσης στις ουσίες αυτές δεν έχουν επαρκώς μελετηθεί. Αυτό το ερευνητικό πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (European Regional Development Fund, ERDF) και ελληνικά εθνικά κονδύλια μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Θεσσαλία-Στερεά Ελλάδα και Ήπειρος» [National Strategic Reference Framework (NSRF 2007–2013)]. Οι συγγραφείς θα ήθελαν επίσης να ευχαριστήσουν τη Μονάδα της Περιβαλλοντικής, Οργανικής και Βιοχημικής υψηλής ανάλυσης, Orbitrap-LC-MS του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την παροχή πρόσβασης στις εγκαταστάσεις.

82. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΚΤΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΙΑΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

A. Πεφάνης,¹ B. Κομποθέρα,² B. Μπότη,² T. Αλμπάνης²

¹251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ενδοκρινικοί διαταράκτες αποτελούν ευρεία ομάδα χημικών ουσιών, που αλληλεπιδρούν με το ανθρώπινο ενδοκρινικό σύστημα και έχουν ενοχοποιηθεί για διαταραχές γονιμότητας-αναπαραγωγής, νευρολογικές νόσους, θυρεοειδική δυσλειτουργία, διαταραχές του ανοσολογικού, της ανάπτυξης και του μεταβολισμού, καθώς και για νεοπλασίες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η βελτιστοποίηση μιας αναλυτικής μεθόδου εκχύλισης υπολειμμάτων ευρέως χρησιμοποιούμενων ουσιών, υπόπτων για ενδοκρινική δράση, σε γαλακτοκομικά προϊόντα, και στη συνέχεια προσδιορισμού τους με την τεχνολογία του υβριδικού αναλυτή μαζών LTQ FT ORBITRAP MS.

ΥΛΙΚΟ: Για τον προσδιορισμό υπολειμμάτων ενδοκρινικών διαταρακτών προερχόμενων από φυτοφάρμα-

κα και βιομηχανικές ενώσεις σε δείγματα γάλακτος, βελτιστοποιήθηκε και εφαρμόστηκε η μέθοδος εκχύλισης QuEChERS. Εφαρμόστηκε μια πολυπαραγοντική προσέγγιση βασισμένη σε πειραματικό σχέδιο 2⁷⁻⁴ Plackett-Burman. Από επτά παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την εκχύλιση, επιλέγονται οι τρεις που φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικοί. Έπειτα μελετώνται περαιτέρω μέσω ενός Κεντρικού Σύνθετου Σχεδιασμού, προκειμένου να βρεθούν οι βέλτιστες πειραματικές τιμές τους. Μετά πραγματοποιήθηκε έγχυση του εκλούσματος σε UHPLC-LTQ-ORBITRAP/MS προκειμένου να διαχωριστούν χρωματογραφικά και να ποσοτικοποιηθούν οι αναλύτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μεθοδολογία εκχύλισης QuEChERS πληρούσε όλα τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά, παρέχοντας καλή γραμμικότητα, επαναληψιμότητα, υψηλά ποσοστά ανακτήσεων (66–117%) και χαμηλά όρια ανίχνευσης και ποσοτικοποίησης για το σύνολο των αναλυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βελτιστοποιημένη και επικυρωμένη μέθοδος εκχύλισης, εφαρμόστηκε με επιτυχία στην ανάλυση γαλακτοκομικών προϊόντων και δεδομένου ότι η μέθοδος QuEChERS είναι απλή, ταχεία, σχετικά οικονομική και αποδοτική αποδεικνύεται ιδιαίτερα ελκυστική για την ανίχνευση ενδοκρινικών διαταρακτών στα προϊόντα αυτά.

Αυτό το ερευνητικό πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (European Regional Development Fund, ERDF) και ελληνικά εθνικά κονδύλια μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Θεσσαλία-Στερεά Ελλάδα και Ήπειρος 2007–2013» [National Strategic Reference Framework (NSRF 2007–2013)]. Οι συγγραφείς θα ήθελαν επίσης να ευχαριστήσουν τη Μονάδα της Περιβαλλοντικής, Οργανικής και Βιοχημικής υψηλής ανάλυσης - Orbitrap-LC-MS του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την παροχή πρόσβασης στις εγκαταστάσεις.

83. Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ AIDS-ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ-ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕΣΩ ΔΙΠΛΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ

Γ. Λεώνης, Χ. Τζούπης, Cl. Supuran,
Θ. Μαυρομούστακος, Μ. Παπαδόπουλος

Ινστιτούτο Βιολογίας, Φαρμακευτικής Χημείας και Βιοτεχνολογίας, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Αθήνας, Αθήνα, Department of Chemistry, University of Florence, Florence, Italy

Η πρωτεάση του Ιού Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας τύπου 1 (HIV-1 PR) και η ρενίνη (renin) είναι πρωταρχικοί στόχοι προς τη θεραπεία του AIDS και της υ-

πέρτασης, αντίστοιχα. Υπολογιστικές τεχνικές, όπως Μοριακή Δυναμική (ΜΔ) και υπολογισμοί ελεύθερης ενέργειας πρόσδεσης σε συνδυασμό με πειραματικές δοκιμές αναστολής για το canagliflozin, μια ουσία με αντιδιαβητική δράση, επιβεβαίωσαν την αποτελεσματική πρόσδεση της ουσίας στις δύο πρωτεΐνες ($\Delta G_{\text{pred}} = -9,1$ kcal/mol για canagliflozin-renin και $K_{i,\text{exp}} = 628$ nM για canagliflozin-HIV-1 PR). Επιπλέον, τα φάρμακα aliskiren (έναν αναστολέα της ρενίνης) και darunavir (έναν αναστολέα της HIV-1 PR) επέδειξαν υψηλή συγγένεια για την HIV-1 PR ($K_{i,\text{exp}} = 76,5$ nM) και τη ρενίνη ($K_{i,\text{pred}} = 261$ nM), αντίστοιχα, με τη συσχέτιση μεταξύ πειραματικών και προβλεπόμενων ενεργειών πρόσδεσης να είναι αρκετά υψηλή ($r^2 = 0,92$). Η παρούσα μελέτη προτείνει ότι ουσίες οι οποίες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του AIDS, της υπέρτασης και του διαβήτη (darunavir, aliskiren και canagliflozin) έχουν δραστηριότητες ως προς τη διπλή αναστολή (dual inhibition) των πρωτεϊνών HIV-1 PR και ρενίνης. Μια και είναι γνωστό ότι ασθενείς που υπόκεινται σε υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή αγωγή (HAART) έχουν υψηλό ρίσκο να αναπτύξουν υπέρταση και διαβήτη, ο σχεδιασμός φαρμάκων κατά του HIV βασιζόμενος στη δομή του aliskiren ή του canagliflozin πιθανώς να μειώσει αυτές τις παρενέργειες και την ίδια στιγμή να διευκολύνει τη θεραπεία του AIDS.

84. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

Μ. Ρεκλείτη,¹ Μ. Σαρίδη,¹ Κ. Σουλιώτης²

¹Νοσηλευτική Υπηρεσία, ΓΝ Κορίνθου, ²Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Επειδή οι κίνδυνοι που απειλούν την υγεία σήμερα, είναι πολυπαραγοντικοί, κύριος άξονας για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο είναι η ενεργοποίηση και η στήριξη των σχολικών μονάδων στην ανάπτυξη και εφαρμογή σχεδίου δράσης αγωγής και προαγωγής υγείας, αποδεκτό από τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς, που παράλληλα να αξιοποιεί ευκαιρίες συνεργασίας με τους γονείς, την κοινότητα και άλλους φορείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση, ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα βασικών πρώτων βοηθειών και αρχών υγιεινής με στόχο την αλλαγή των στάσεων και τη βελτίωση των γνώσεων των εκπαιδευτικών και των μαθητών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η Αγωγή Υγείας εντάσσεται στα ωρολόγια προγράμματα των σχολείων δημοτικής και μέσης εκπαίδευσης ως ξεχωριστό γνωστικό αντικεί-

μενο. Κατόπιν πρόσκλησης αρχικά της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Κορινθίας και ακολούθως της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, σημειώνοντας την έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικά με την παροχή βασικών πρώτων βοηθειών και αρχών υγιεινής, σχεδιάστηκε, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε ανάλογο πρόγραμμα αγωγής υγείας, ακολουθώντας βιωματικό μοντέλο μάθησης. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του παρόντος προγράμματος πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου και του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα σχολικά έτη 2012–2013 και 2013–2014 εφαρμόστηκε το συγκεκριμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας επιτυχώς, εκπαιδεύοντας περισσότερους από 200 εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και περισσότερους από 250 μαθητές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, του νομού. Το πρόγραμμα συνεχίζεται και το παρόν σχολικό έτος, στοχεύοντας στην εκπαίδευση του συνόλου των εκπαιδευτικών και μεγάλου αριθμού μαθητών, καθώς και στην επανατροφοδότηση της γνώσης και των δεξιοτήτων των συμμετεχόντων των ετών 2012–2013.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη μέθοδο για την πρόληψη και τη βελτίωση της υγείας και μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και τη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί την πρώτη προσέγγιση στην αλλαγή συμπεριφορών τόσο των εκπαιδευτικών, όσο και των μαθητών με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης και της ικανότητας για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής.

85. ΜΠΟΡΕΙ ΤΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΙΣ ΝΕΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ» ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ;

Αλ. Σκίτσου,¹ Δ. Ανδριώτη,² Γ. Χαραλάμπους³

¹Health Management, Πανεπιστήμιο Frederick, Κύπρος, ²Centre of Maritime Health and Society. University of Southern Denmark, Denmark, ³Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη χώρα μας η ατελής ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) έχει αποτελέσει αντικείμενο μακροχρόνιων μελετών και πολυάριθμων μεταρρυθμίσεων. Οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πλέον αρμόδιοι για την εφαρμογή των πο-

λιτικών αυτών, και οι στάσεις τους έχουν ιδιαίτερη σημασία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ολοκληρωμένη διερεύνηση των αντιλήψεων, γνώσεων και απόψεων των στελεχών του υγειονομικού τομέα ως προς την ορθολογική οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ με βάση διεθνή μοντέλα αποτελεσματικότητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη ήταν ποιοτική. Έγινε διεπιστημονική διαβούλευση μεταξύ 74 στελεχών, με τη μέθοδο της επιτροπής συναίνεσης (consensus panel) με ανοιχτές ερωτήσεις ως προς τις αδυναμίες του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ως προς τις παρεμβάσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Με βάση το μοντέλο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «ανταπόκριση των υπηρεσιών στις νέες ανάγκες», αναδείχθηκαν οι προτεραιότητες που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για την αποτελεσματική αναδιοργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ, στους τομείς της ηγεσίας, της παροχής υπηρεσιών, της δημιουργίας πόρων, και της χρηματοδότησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα στελέχη, πρώτη προτεραιότητα αναδείχθηκε η θέσπιση από την ηγεσία σαφών και μετρήσιμων στόχων, ακολουθούμενη από διοικητικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις. Τέλος, αντίθετα με ό,τι πιστεύεται, θέλουν να αξιολογούνται στο έργο τους γιατί θεωρούν ότι με τον τρόπο αυτόν βελτιώνεται και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έρευνα ανέδειξε τις σύγχρονες γνώσεις, εμπειρίες και αντιλήψεις των στελεχών υγείας της χώρας μας, συνέβαλλε στη βελτίωση της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ τους και αναμένεται να βοηθήσει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων από την ηγεσία, και στην ταχύτερη υλοποίηση των συναφών πολιτικών με στόχο τη βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

86. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ LIS (LABORATORY INFORMATION SYSTEM) ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Ρ. Χατζηκυριάκου, Ε. Αλαφάκη, Τ. Δασκάλου, Ε. Φαρμάκης, Α. Ρογάκου, Β. Ηλία, Κ. Καρατσιώδη, Α. Πρίφτης

Αιματολογικό Τμήμα Εργαστηριακού Τομέα, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μέχρι πρόσφατα, η καταγραφή των αποτελεσμάτων του εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου (controls) στο Τμήμα Πήξης του Αιματολογικού Τμήματος γινόταν σε έντυπη μορφή (εκτύπωση σε σελίδες A4) και η αποθήκευσή τους σε φακέλους αρ-

χειροθέτησης. Μετά την εγκατάσταση του συστήματος LIS, στα πλαίσια της διαπίστευσης του Τμήματος κατά ISO 15187, τα αποτελέσματα καταχωρούνται αυτόματα στη βάση δεδομένων του συστήματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθούν τα πιθανά οφέλη από την εγκατάσταση του συστήματος LIS στην εν λόγω διαδικασία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Συγκρίθηκε το κόστος της έντυπης καταγραφής των αποτελεσμάτων εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου, κατά το τελευταίο εξάμηνο εφαρμογής της, με το κόστος της ηλεκτρονικής καταχώρησής τους στο σύστημα LIS, σε ίσο χρονικό διάστημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: (1) Για την έντυπη καταγραφή απαιτήθηκαν ανά εξάμηνο: (α) 1100 σελίδες Α4, (β) 2 ώρες απασχόλησης του προσωπικού ημερησίως (σύνολο 360 εργατοώρες), (γ) 1 toner (μελάνι εκτυπωτή) και (δ) αποθηκευτικός χώρος φύλαξης. (2) Για την αυτόματη ηλεκτρονική καταχώρηση στο σύστημα LIS δεν απαιτήθηκε τίποτε από τα παραπάνω.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυτόματη καταχώρηση των αποτελεσμάτων εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου του Τμήματος Πήξης στο σύστημα LIS, οδηγεί στα ανωτέρω αναφερθέντα οφέλη, τόσο σε οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο εργατωρών. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα στατιστικής επεξεργασίας των αποτελεσμάτων, όπως και δημιουργίας ειδικών διαγραμμάτων, η παρακολούθηση των οποίων καθιστά ασφαλέστερη τη λειτουργία του Τμήματος.

87. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Άλ. Χάμου,^{1,4} Ελ. Πατηράκη,^{1,2} Ν. Σχαλέκης,¹ Στ. Κατσαραγάκης,^{1,3} Ευ. Πέττα,¹, Αυ. Ελένη,¹ Ο.Μ. Μπαγιάου,¹ Αρ. Τσιατσούλη,¹ Ι. Λιακόπουλος,¹ Σ. Αμοιρίδου,¹ Χ. Οικονόμου,¹ Έ. Ιωάννου,¹ Σπ. Τσοτάκος,¹ Η. Ραϊμόνδου,¹ Β. Μπαλτσιώτη,¹ Εμμ. Τράπαλης,¹ Γ.Κ. Σαββάτη,¹ Αλ. Τσερκέζογλου¹

¹Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία» της Ιεράς Μητροπόλεως Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, Σπάτα, Αττική, ²Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, ³Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, Λακωνία, ⁴Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λαμία, Φθιώτιδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών επιτρέπει άμεση πρόσβαση, ανάκτηση και ασφάλεια των πληροφοριών υγείας, απαιτώντας ελάχιστο χώρο

και διασφαλίζοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή του σχεδιασμού εφαρμογής ηλεκτρονικού αρχείου ασθενών που λαμβάνουν κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ).

ΥΛΙΚΟ: Αρχικά διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ηλεκτρονικών αρχείων σε υπηρεσίες ΑΦ και των κατευθυντηρίων οδηγιών διαχείρισης των σημαντικότερων συμπτωμάτων/προβλημάτων ασθενών που λαμβάνουν ΑΦ. Μετά τη συναίνεση του προσωπικού, ορίστηκαν ομάδες εργασίας, όπου μεμονωμένα γιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί πρότειναν σχέδιο βάσει της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Τα σχέδια συζητήθηκαν από κοινού σε ομάδα εργασίας με συμμετοχή εκπροσώπων κάθε επαγγελματικής ομάδας καθώς και μελών των γραφείων έρευνας, εκπαίδευσης και ποιότητας. Η κοινή πρόταση παρουσιάστηκε στο σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας για κατάλληλες τροποποιήσεις. Τέλος η εταιρεία ανάπτυξης λογισμικού διευκρίνισε τεχνικά ζητήματα και πρότεινε προσαρμογές στις απαιτήσεις του συστήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σχέδιο ηλεκτρονικού αρχείου ενσωματώνει τους κύριους τομείς ΑΦ όπως προτείνει το Ontario Cancer Care (διαχείριση ασθένειας, σωματικές, ψυχολογικές ανάγκες, πνευματικά, κοινωνικά και πρακτικά ζητήματα, τέλος ζωής/διαχείριση θανάτου, πένθος). Το αρχείο είναι προσανατολισμένο στα προβλήματα κάθε ασθενούς/φροντιστή και περιλαμβάνει αλγόριθμους ολιστικής διαχείρισής τους. Η διαμόρφωσή του επιτρέπει εξατομικευμένη διεπιστημονική προσέγγιση του συνόλου των προβλημάτων ασθενών/φροντιστών. Ο σχεδιασμός διασφαλίζει συνέχεια στην ΑΦ, ενσωματώνοντας πληροφορίες ανεξάρτητα του τόπου και τρόπου παροχής της ΑΦ (Κατ' οίκον, Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας, Τηλεφωνική Επικοινωνία). Τα κύρια συστατικά του αρχείου είναι: αίτηση ένταξης στην υπηρεσία, δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, ευρεία ιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική αξιολόγηση και 20 αλγόριθμοι διαχείρισης συμπτωμάτων/προβλημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το προτεινόμενο σχέδιο ηλεκτρονικού αρχείου ενσωματώνει τις βασικές αρχές φιλοσοφίας της ΑΦ παρέχοντας δυνατότητα διεπιστημονικής διαχείρισης των προβλημάτων ασθενών/φροντιστών. Το σχέδιο βρίσκεται υπό ανάπτυξη σε υπηρεσία κατ' οίκον ΑΦ για ασθενείς με καρκίνο. Σήμερα χρησιμοποιείται δοκιμαστική μορφή. Στο μέλλον, η εφαρμογή του αναμένεται να συμβάλει στη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης ΑΦ.

88. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟΥ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ

Γ. Μίτσελ, Μ.Μ. Βελονάκη, Κ. Τζανάκη, Αγγ. Χατζηιωάννου, Θ. Πελοπίδας, Εμμ. Βελονάκης

Κέντρο Υγείας Καρπάθου, Εργαστήριο Πρόληψης Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Η θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής διαφοροποιούνται σε περιοχές της Ελλάδας απηχώντας διαφορετικές συνθήκες και συνθήκες διαβίωσης. Μελετήθηκε η θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού της νήσου Καρπάθου (6226, απογραφή 2011), από το 1980 μέχρι το 2012. Συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές για τις τριετίες 1980–1982, 1990–1992, 2000–2002 και 2010–2012 με τις αντίστοιχες του συνόλου του πληθυσμού της Ελλάδας. Για τη σύγκριση της θνησιμότητας έγινε άμεση προτυποποίηση. Οι πληθυσμοί της Ελλάδας και της Καρπάθου υπολογίστηκαν βάσει των απογραφών 1981, 1991, 2001 και 2011, ενώ οι θάνατοι της Καρπάθου υπολογίστηκαν με βάση τις καταγραφές του οικείου Ληξιαρχείου. Η γενική προτυποποιημένη θνησιμότητα στην Κάρπαθο είναι από τις χαμηλότερες στην Ελλάδα. Ειδικότερα, η ανδρική θνησιμότητα υπολείπεται περίπου 20% της αντίστοιχης του συνόλου της Ελλάδας, ενώ η γυναικεία θνησιμότητα υπολείπεται κατά 14%. Η θνησιμότητα ακολουθεί διαχρονική πτώση από το 1980 μέχρι το 2012, ανάλογη με τη διαχρονική πτώση της θνησιμότητας του συνολικού ελληνικού πληθυσμού. Η Κάρπαθος έχει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας στην Ελλάδα, που προσομοιάζει με τους αντίστοιχους δείκτες του γειτονικού Νομού Λασιθίου, ενώ στο σύνολο του νομού Δωδεκανήσου οι δείκτες είναι υψηλότεροι κατά 13% στους άνδρες και 8% στις γυναίκες. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τους άνδρες της Καρπάθου είναι 78,6 έτη, έναντι 78,1 έτη για τους άνδρες του συνολικού ελληνικού πληθυσμού. Αντίστοιχα για τις γυναίκες είναι 85,5 έναντι 83,1 του γυναικείου πληθυσμού της χώρας. Την τελευταία 30ετία το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 5 έτη και στα δύο φύλα. Η σύγκριση μεταξύ της πρώην Κοινότητας Ολύμπου και της υπόλοιπης Καρπάθου δείχνει χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες της άγονης αυτής ορεινής περιοχής του νησιού (75,8), από αυτό του συνόλου του πληθυσμού της Ελλάδας, ενώ των γυναικών (82,7) υπολείπεται από το αντίστοιχο της υπόλοιπης Καρπάθου. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από τις

υποβαθμισμένες επί πολλά έτη συνθήκες διαβίωσης και υγειονομικής περίθαλψης, και το καθολικό σχεδόν ποσοστό μετανάστευσης των ανδρών στην Όλυμπο. Η κατά αιτίες αναλογική θνησιμότητα δεν διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν το 45% της αιτίας θανάτου, οι κακοήθειες νεοπλασίες το 25% και τα πνευμονολογικά νοσήματα το 10%. Τα εξωτερικά αίτια, δηλαδή ατυχήματα, αυτοχειρίες και δολοφονίες ευθύνονται για 7 θανάτους 1981–1990, για 5 μεταξύ 1991–2000 και για 15 μεταξύ 2001–2010. Στη διετία 2011–2012 καταγράφηκαν 6 θάνατοι από τέτοια αίτια. Αν και η αύξηση για τη δεκαετία 2001–2010 είναι στατιστικά σημαντική, η ειδική θνησιμότητα από την αιτία αυτή (2,1/10.000) παραμένει μικρότερη της αντίστοιχης του ελληνικού πληθυσμού (2,9/10.000). Η τάση θα πρέπει να αξιολογηθεί και να ερμηνευθεί υπό το φως δεδομένων επομένων ετών.

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ανδρών και γυναικών Καρπάθου συγκριτικά με το σύνολο της Ελλάδας

Τριετία	Κάρπαθος Άνδρες	Ελλάδα Άνδρες	Κάρπαθος Γυναίκες	Ελλάδα Γυναίκες
1980–1982	74,5	72,5	81,7	77,2
1990–1992	75,1	74,6	82,1	79,5
2000–2002	76,7	75,9	83,8	80,9
2010–2012	78,6	78,1	85,5	83,1

Προτυποποιημένη γενική θνησιμότητα ανδρών και γυναικών Καρπάθου συγκριτικά με το σύνολο της Ελλάδας (ανά 1000 κατοίκους)

Τριετία	Κάρπαθος Άνδρες (MR)	Ελλάδα Άνδρες (MR)	Κάρπαθος Γυναίκες (MD)	Ελλάδα Γυναίκες (MD)
1980–1982	9,1	10,7	8,1	9,4
1990–1992	9,0	11,0	8,0	9,2
2000–2002	8,8	10,8	7,8	9,1
2010–2012	8,6	10,6	7,7	8,9

Οι κάτοικοι της Καρπάθου Δωδεκανήσου, έχουν υψηλό προσδόκιμο ζωής με δείκτη θνησιμότητας μεταξύ των χαμηλότερων στην Ελλάδα. Οι ευνοϊκοί αυτοί δείκτες είναι αναντίστοιχοι με το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης του νησιού, αλλά εξηγούνται από τον παραδοσιακό ελληνικό τρόπο ζωής και διατροφής που χαρακτηρίζουν τουλάχιστον μέχρι σήμερα τους κατοίκους του.

89. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Β.Σ. Βελονάκη,¹ Γ. Καμπούρογλου,² Μ. Βελονάκη,³ Bodenmann P⁴

¹Ινστιτούτο Μεταπτυχιακών Νοσηλευτικών Σπουδών και Έρευνας, Πανεπιστήμιο Λωζάνης, Ελβετία, ²Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Νυόν, Ελβετία, ³Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ⁴Μονάδα Ιατρικής Φροντίδας Ευάλωτων Πληθυσμιακών Ομάδων, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Λωζάνης, Ελβετία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας (Health Literacy) περιλαμβάνει τη γνώση, τη βούληση και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες πάνω σε ζητήματα υγείας, να κρίνουν και να αποφασίζουν σχετικά. Στη σημερινή εποχή όπου καλούμαστε όλο και συχνότερα να πάρουμε σημαντικές αποφάσεις για θέματα υγείας που αφορούν εμάς ή την οικογένειά μας, υπολογίζεται ότι περίπου ένας στους δύο ενήλικες οκτώ ευρωπαϊκών χωρών έχει ανεπαρκή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτύπωση της σχέσης της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας με την πληροφορημένη συναίνεση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και CINAHL και σε μηχανές αναζήτησης. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις: εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας, πληροφορημένη συναίνεση, ενημέρωση ασθενούς και λήψη αποφάσεων στα ελληνικά και αγγλικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πολλά από τα έντυπα πληροφορημένης συναίνεσης για θέματα υγείας είναι ακατάλληλα για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Πολλές μελέτες καταλήγουν ότι η κατανόηση των εντύπων πληροφορημένης συναίνεσης σχετίζεται με την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας του ατόμου. Η αυτοπεποίθηση του ατόμου ως προς την κατανόηση των εντύπων αυτών φαίνεται να επηρεάζει αυτή τη σχέση. Δύο είναι οι επικρατέστερες προσεγγίσεις για την καταλληλότερη ενημέρωση των ατόμων με περιορισμένη εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας. Η αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας όλων των χρηστών υπηρεσιών υγείας με ειδικά εργαλεία διαλογής και η προσέγγιση όλων ως άτομα με πιθανόν ανεπαρκή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πολλές έρευνες αναφέρονται στην εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας, ωστόσο λίγες μόνο από αυτές αναφέρονται στη σχέση της με τη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση. Η μη κα-

τάλληλη ενημέρωση των χρηστών υπηρεσιών υγείας με ανεπαρκή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας έχει σοβαρές επιπτώσεις σε επίπεδο ατόμου και κοινωνίας και περισσότερη έρευνα για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος κρίνεται απαραίτητη.

90. ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Β.Σ. Βελονάκη,¹ Μ. Βελονάκη,² Θ. Αδαμακίδου,³ P. Bodenmann P⁴

¹Ινστιτούτο Μεταπτυχιακών Νοσηλευτικών Σπουδών και Έρευνας, Πανεπιστήμιο Λωζάνης, Ελβετία, ²Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ³Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα, ⁴Μονάδα Ιατρικής Φροντίδας Ευάλωτων Πληθυσμιακών Ομάδων, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Λωζάνης, Ελβετία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυτονομία του ατόμου χαρακτηρίζεται από έλλειψη περιορισμών, μεταξύ των οποίων και η ανεπαρκής κατανόηση πληροφοριών, που δεν επιτρέπει στο άτομο να κάνει συνειδητές επιλογές. Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας (Health Literacy) περιλαμβάνει τη γνώση, τη βούληση και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες πάνω σε ζητήματα υγείας, να κρίνουν και να αποφασίζουν σχετικά. Ειδικά στους ηλικιωμένους άνω των 75 ετών, ο κίνδυνος ανεπαρκούς εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκέντρωση της υπάρχουσας γνώσης σχετικά με τους περιορισμούς στην αυτονομία των ηλικιωμένων λόγω ανεπαρκούς εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας και των λύσεων που έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και CINAHL και σε μηχανές αναζήτησης. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις: εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας, ηλικιωμένοι, αυτονομία και λήψη αποφάσεων στα ελληνικά και αγγλικά. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά κείμενα που περιλαμβάνονται στις βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική αναζήτηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας ενός ηλικιωμένου ατόμου σχετίζεται άμεσα με την ικανότητά του να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του. Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν ότι τα άτομα με περιορισμένη εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας συμμετέχουν λιγότερο στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους. Συχνά οι ηλικιωμένοι ασθενείς με περιορισμένη εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας αντιμετωπίζουν

σοβαρές δυσκολίες στην κατανόηση τόσο των προφορικών όσο και των γραπτών οδηγιών με αποτέλεσμα να ζητούν τη βοήθεια συγγενών τους οι οποίοι δεν έχουν απαραίτητα καλύτερη εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας. Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την επίτευξη μεγαλύτερης αυτονομίας και για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των ερευνών που αφορούν στην εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας και την αυτονομία ειδικών ομάδων ηλικιωμένων (π.χ. με Alzheimer).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αν και οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρησιμοποιούν εκτεταμένα τις υπηρεσίες υγείας και χρειάζεται συχνά να λάβουν σημαντικές αποφάσεις για την υγεία τους, συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω περιορισμένης εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ενδιαφέρον των ερευνητών για σχετική θεματολογία.

91. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ - Η ΔΟΓΜΑΤΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΙΣ ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

Αθ. Παναγιώτου

Δικηγόρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ιατρικό σφάλμα (medical malpractice) αποτελεί έννοια-κλειδί στην αστική ιατρική ευθύνη στις περισσότερες έννομες τάξεις, εξαιρουμένων των χωρών όπου έχει καθιερωθεί ευθύνη χωρίς πταίσμα (no-fault). Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται –από νομική σκοπιά– συμπεριφορά του ιατρού που αξιολογείται –με βάση πρότυπα που το δίκαιο θέτει για τη δραστηριότητα– ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας. Τα πρότυπα αυτά αναπόφευκτα έχουν γενικό χαρακτήρα και –με δεδομένη την αβεβαιότητα της ιατρικής επιστήμης– το ιατρικό σφάλμα αποτέλεσε πεδίο διαφωνίας μεταξύ νομικών και ιατρών.

Τον συγκερασμό των διαφόρων απόψεων σχετικά με τον νομικό ή ιατρικό χαρακτήρα του σφάλματος

επιχειρούν να δώσουν οι διάφορες νομικές προσεγγίσεις του ιατρικού σφάλματος οι οποίες πάντοτε συναρτώνται με τα αντίστοιχα απαιτούμενα πρότυπα επιμέλειας της συμπεριφοράς του ιατρού. Οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις, ωστόσο, δεν έχουν οδηγήσει στην απαιτούμενη αποσαφήνιση της θεωρητικής έννοιας του σφάλματος. Αυτό σε συνδυασμό με τις αποδεικτικές δυσχέρειες που προκαλεί η εγγενής αβεβαιότητα της ιατρικής καθιστούν το πεδίο αυτό το πλέον απαιτητικό στο δίκαιο της ιατρικής ευθύνης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η επιστήμη εξελίσσεται διαρκώς και συστηματοποιείται με στόχους τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών, την ασφάλεια των ασθενών και την αξιοποίηση των βασισμένων σε ενδείξεις ιατρικών γνώσεων. Αποτέλεσμα της συστηματοποίησης αυτής αποτελούν οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) που εκδίδονται και επικαιροποιούνται από επιστημονικούς φορείς και ιατρικές επαγγελματικές ενώσεις.

Με δεδομένο πως η νομική επιστήμη καλείται να λαμβάνει υπόψη της την τρέχουσα επιστημονική πραγματικότητα (ιδιαίτερα σε ζητήματα που απαιτούν τεχνογνωσία) σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η δογματική ένταξη των guidelines στο απαιτούμενο πρότυπο επιμέλειας και η απάντηση στο ερώτημα εάν μπορούν να αποτελέσουν «χρυσό κανόνα», ένα λιγότερο, δηλαδή, ασαφές κριτήριο για τη διακρίβωση ιατρικού σφάλματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το γεγονός πως ο ιατρός ακολούθησε ένα συγκεκριμένο guideline δεν θα πρέπει απαραίτητως να τον απαλλάσσει από την αστική ευθύνη και αντίστοιχα η μη συμμόρφωσή του δεν θα πρέπει να συνεπάγεται απαραίτητως ιατρικό σφάλμα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, λοιπόν, θα πρέπει –ως αναπόσπαστο, πλέον, κομμάτι της σύγχρονης ιατρικής– να λαμβάνονται υπόψη στη διαμόρφωση των θεωρητικών προσεγγίσεων του ιατρικού σφάλματος ως ένας ακόμα παράγοντας για τον σχηματισμό του απαιτούμενου προτύπου επιμέλειας, αλλά πάντα με σεβασμό στην αυτονομία και την επιστημονική ελευθερία του ιατρού.