1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Καλογριδάκη Μ [1], Ηλία Σ [2], Καλογριδάκης Γ [3], Πολίτη Κ [4], Μαρκάκης Χ [5], Μαστραντωνάκης Κ [6], Perez Gomez J [7], Μπριασούλης Γ [8]

1 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 2 ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, 3 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ - Κ.Υ.ΣΠΗΛΙΟΥ 4 ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ 5ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΜΕΘ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 6 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 7 ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ- ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, 8 ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ

Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

- ✓ παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας
- ✓ αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα
- ✓ αύξηση διασποράς στα νοσοκομεία
- ✓ επιτήρηση
  - ➢ μέρος έλεγχου λοιμώξεων νοσοκομείων
  - ➢ ΜΕΘ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- ➢ εκτίμηση επίπτωσης HCAIs στη ΜΕΘ Ρεθύμνου
- ➢ προσδιορισμός παραγόντων κινδύνου για εμφάνισή τους
- ➢ προσδιορισμός ομάδων ασθενών υψηλού κινδύνου
- ➢ κατανάλωση αντιβιοτικών
- ➢ μικροβιακή αντοχή

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΜΕΘ ΓΝΡ, μήνες Ιούλιο – Νοέμβριο 2017

- ✓ **πρωτόκολλο μελέτης επίπτωσης:**
  - ✓ **HAI-NET ICU protocol, version 2.2 του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων που αφορά τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**
- ✓ **επεξεργασία δεδομένων**
  - ➢ **λογισμικό HAI-Net ICU (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance-HelicsWin.Net)**

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1° ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΥΛΙΚΟ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ

- ✓ **δημογραφικά στοιχεία ασθενούς**
- ✓ **ημερομηνία εισαγωγής και εξιτηρίου**
- ✓ **APACHE II score**
- ✓ **προέλευση ασθενούς**
- ✓ **τύπος εισαγωγής**
- ✓ **έκβαση**
- ✓ **ανοσοκαταστολή**
- ✓ **χρονική έκθεση σε συσκευές**
  - ✓ **Κεντρικό Φλεβικό Καθετήρα**
  - ✓ **Ενδοτραχειακή Διασωλήνωση**
  - ✓ **Ουροκαθετήρας**
- ✓ **χρήση αντιβιοτικών πριν νοσηλείας ΜΕΘ**
- ✓ **χρήση αντιβιοτικών κατά νοσηλείας ΜΕΘ**
  - ✓ **αιτιολόγηση**

  είδος λοίμωξης

  παθογόνος μικροοργανισμός - μικροβιακή αντίσταση

ΕΠΙΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Μικροβιαιμίες - κεντρικό φλεβικό καθετήρα
Πνευμονίες – αναπνευστική συσκευή
Ουρολοιμώξεις -ουροκαθετήρα

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

SPSS 24.0

- παραμετρικών μεταβλητές= mean ± standard error
- μη παραμετρικές μεταβλητές = median (IQR)
- Pearson chi square and fisher exact test
  - Σύγκριση συχνότητας Ν.Λ
  - μικροβιακών παραγόντων
  - μικροβιακής αντοχής με Χ2
- t- test
  - Σύγκριση μέσων τιμών δυο μεταβλητών
- one – way ANOVA

  Σύγκριση τριών και άνω μεταβλητών11

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- ✓ σύνολο ασθενών που μπήκαν στη ΜΕΘ: 132
- ✓ απ' αυτούς 56 έμειναν > 48 ώρες
- ✓ οι 11 έκαναν ΝΛ
- ✓ ο 1 έκανε 2ΝΛ

  σύνολο 12 ΝΛ

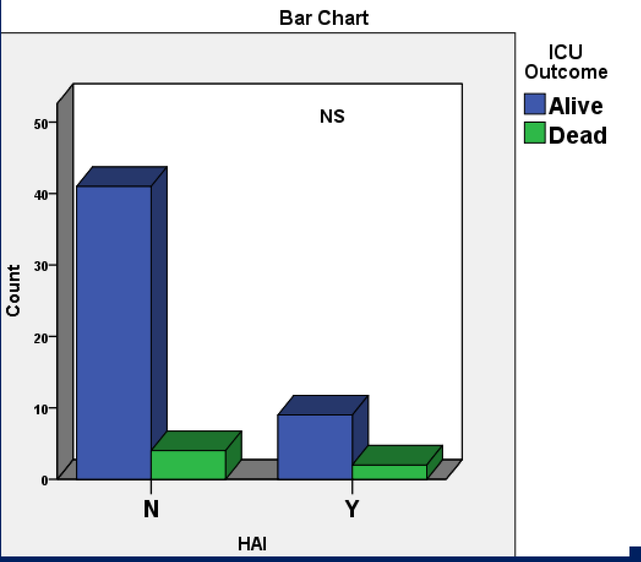
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ
4 μήνες επιτήρηση ΝΛ

	Κεντρικός Φλεβικός Καθετήρα	Ενδοτραχειακός σωλήνας	Ουροκαθετήρας	Μικροβιαιμία (BSI)	Συνολο
Ημέρες συσκευής	409	275	538		
Λόγος χρήσης συσκευής (use ratio) ^	0,63	0,43	0,84		
Συνολικός αριθμός λοιμωξεων	5	4	1	2	12
Ρυθμός λοιμώξεων ‡	12,22	14,5	1,8	3,11†	18,66†

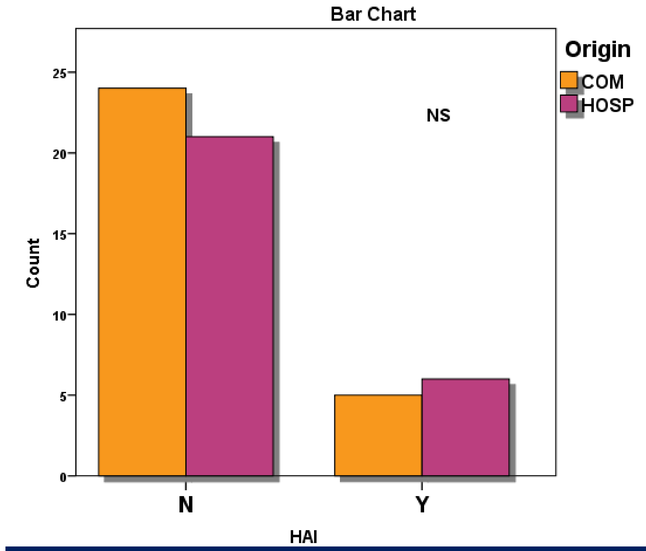
ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

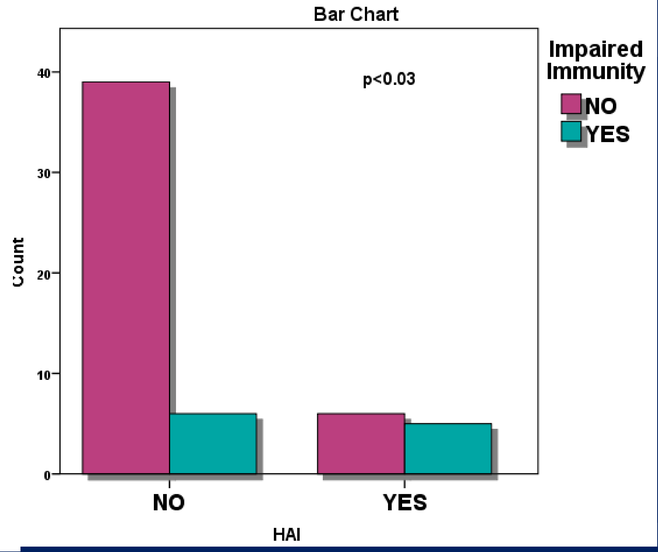
Η θνητότητα δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ΝΛ

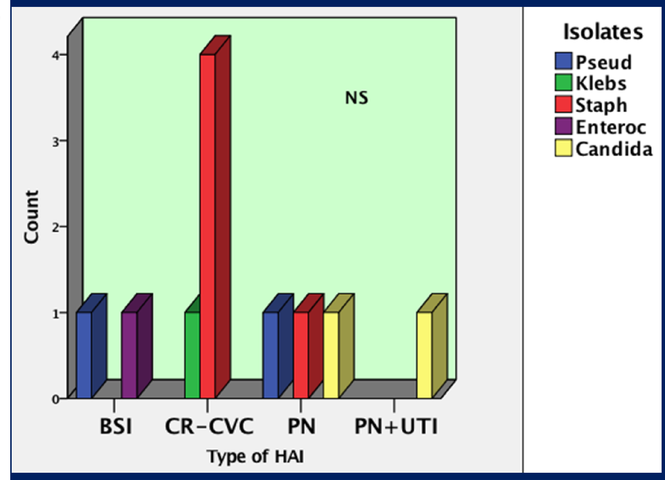


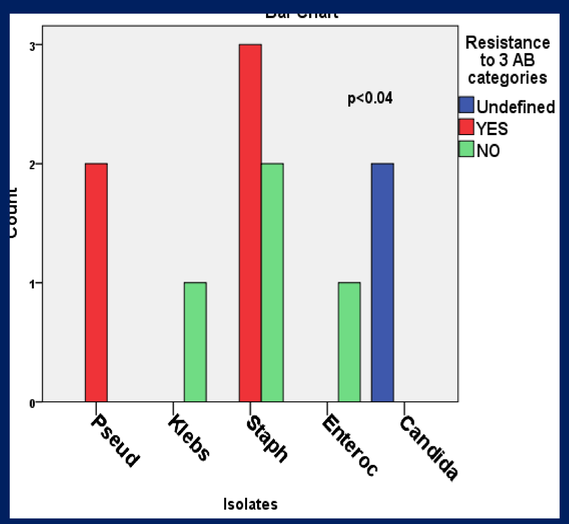
Η εμφάνιση ΝΛ δεν σχετίζεται με την προέλευση των ασθενών

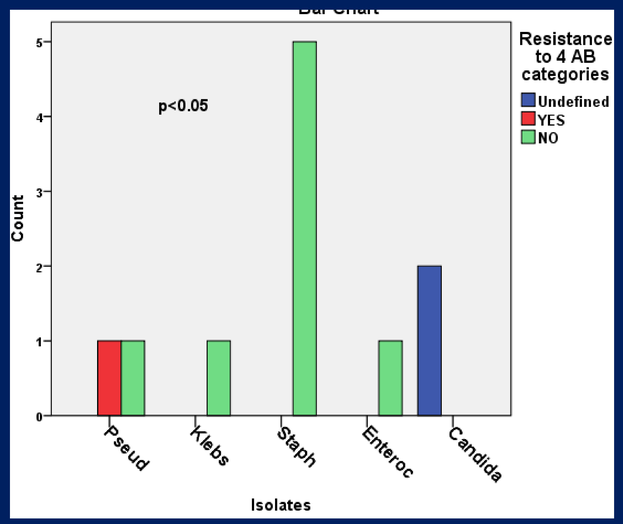


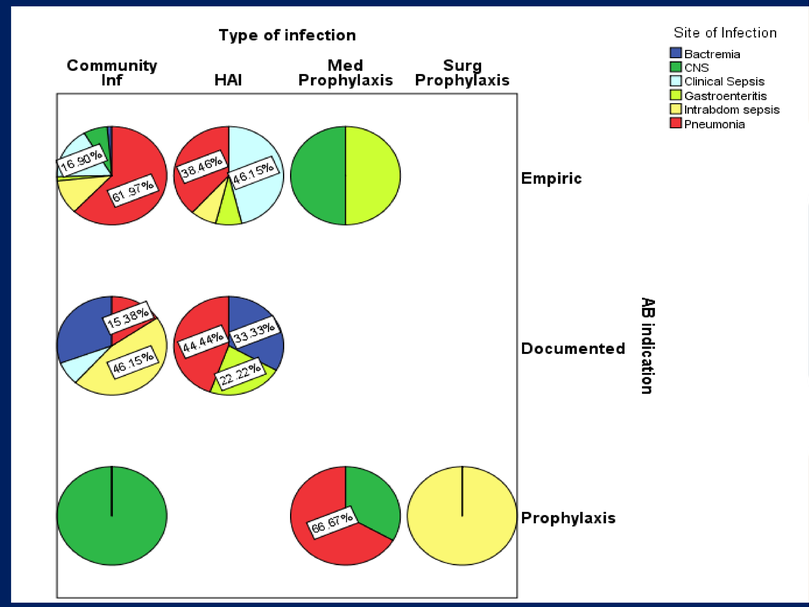
Θετική συσχέτιση μεταξύ ανοσοκαταστολής και εμφάνιση ΝΛ











Staph: συχνότερος ο MRSA, δεν ανευρέθησαν στελέχη ανθεκτικά στην βανκομυκίνη

Candida: δεν μελετήθηκε η ευαισθησια στα αντιμηκυτιασικά

Gr (+) oxacillin, ampicillin, glycosamides

Gr (-) lactames, aminoglycosides, 3rd cephalosporines, carbapenemes, colistin

Στην παρούσα μελέτη αποδεικνύεται υψηλή συσχέτιση ***Νοσοκομειακών Λοιμώξεων*** και χρήση ***συσκευών***, όπως είναι οι Κεντρικοί Φλεβικοί Καθετήρες και η Ενδοτραχειακή Διασωλήνωση

Η μικρή παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ πιθανόν να είναι το αίτιο της ***μειωμένης θνητότητας*** σε σχέση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα

Χρειάζονται περισσότερες ***καταγραφές*** λοιμώξεων και πρακτικών στις ΜΕΘ καθώς και ένα ***ενεργό σύστημα επιτήρησης*** σε εθνικό επίπεδο με αυστηρά κριτήρια καταγραφής και ελέγχου

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

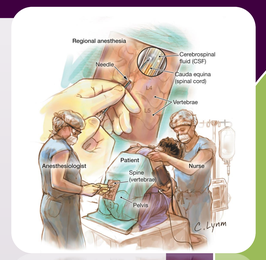
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ BEZOLDE – JARISCH ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Καλογριδάκη Μ[1], Γκιζιώτη Σ[1], Χατζηκώστα Σ[1], Καλογριδάκης Γ[2], Μαστραντωνάκης Κ[3], Μωρέ Ε[4], Χλίβερος Κ[5], Λάτσιος Γ[6]

1 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 2 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ - Κ.Υ.ΣΠΗΛΙΟΥ, 3 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 4 ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 5 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ -Κ.Υ.ΑΓ.ΦΩΤΕΙΝΗ 6 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ - ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ



- Άνδρας 37 ετών,
- Ύψος 1,78 m / Βάρος 82kg
- Επέμβαση: προγραμματισμένη αρθροσκόπηση ΔΕ γόνατος
- Ελεύθερο ατομικό ιατρικό ιστορικό
- Φυσιολογικός προεγχειρητικός έλεγχος
- Ραχιαία αναισθησία με Bupivacaine 12mg και Fentanyl 20μg / Επίπεδο 0_4-O_5
- Άσηπτη τεχνική / Χωρίς αιμωδίες και παραισθησίες
- Αμέσως μετά την ραχιαία αναισθησία ο ασθενής παρουσίασε απώλεια αισθήσεων, αδυναμία ψηλάφησης σφυγμού και ασυστολία στο Monitor διάρκειας 3 περίπου δευτερολέπτων
- Ανατάχθηκε με 0,5mg Atropine και 10 mg Ephedrine iv
- Επίπεδο θερμοαναισθησίας που εκτιμήθηκε μετά το συμβάν ήταν $Θ_6$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- ✓ Οι αγγειοκινητικές αντιδράσεις μετά από ραχιαία αναισθησία μπορεί να είναι ποικίλες και διαφορετικής βαρύτητας. Έχουν περιγραφτεί περιστατικά με ασθενείς που έχουν ελεύθερο ιατρικό ιστορικό και που εμφανίζουν σοβαρή βραδυκαρδία ακόμα και ασυστολία μετά από διενέργεια ραχιαίας αναισθησίας ή διασκαληνικού αποκλεισμό σε ξύπνιους, καθιστούς ασθενείς
- ✓ Σε διασκαληνικό αποκλεισμό είναι ιδιαίτερο συχνό φαινόμενο και παρουσιάζεται με βραδυκαρδία και υπόταση σε ποσοστό 13-28%
- ✓ Παράγοντες που βοηθούν στην εμφάνιση του αντανακλαστικού Bezold-Jarisch είναι η προεγχειρητική νηστεία και η καθιστή θέση που μειώνει την πλήρωση των κοιλιών της καρδιάς λόγω ελαττωμένης φλεβικής επαναφοράς
- ✓ Η εμφάνιση της βραδυκαρδίας μπορεί να αποδοθεί:
  - α) στον αποκλεισμό των κάρδιοεπιταχυντικών συμπαθητικών ινών (Θι-Θ4)
  - β) στο ελαττωμένο επίπεδο κατεχολαμινών λόγω αποκλεισμού μυελού επινεφριδίων Θ6-Ο1)
  - γ) μη απάντηση των καρωτιδικών ταση εοϋποδοχέων και των ταση εοϋποδοχέων του αορτικού τόξου
  - δ) στο μη αντιρροπούμενο παρασυμπαθητικό τόνο
  - ε) στην έκλυση αντανακλαστικών ενδοκαρδιακής προέλευσης λόγω ελαττωμένης φλεβικής επαναφοράς (αντανακλαστικό Bezold-Jarisch)
- ✓ Το αντανακλαστικό Bezold-Jarisch, πιθανόν αποτελεί ακραία μορφή φυσιολογικής προφυλακτικής διαδικασίας καθώς όταν η καρδιά δεν πληρωθεί επαρκώς, ελαττώνει τον ρυθμό της ώστε να αποτραπεί μηχανική βλάβη και άσκοπη κατανάλωση οξυγόνου

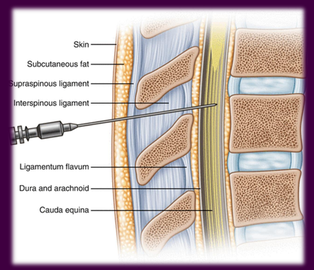
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ BEZOLDE – JARISCH ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

1° ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

The incidences of major complications of regional anaesthesia

Complication	Incidence
Central neuraxial block	
• Post-dural puncture headache:	
Following spinal block	1 in 100
Following epidural dural tap	7 in 10[a]
• Infective complications:	
Epidural abscess	1 in 47,000[b]
Meningitis	1 in 200,000[c]
• Vertebral canal haematoma	1 in 117,000
• Spinal cord injury	1 in 100,000
• Transient neurological symptoms	Up to 3 in 100[d]
Peripheral nerve block	
• Peripheral nerve injury	1.9 per 10,000
Complications common to both central and peripheral nerve block	
• Local anaesthetic toxicity	Unknown
• Total spinal block	Unknown
• Failed block	1 in 100

[a] Incidence following accidental dural puncture with 16G Tuohy needle, in obstetric population.[11]
[b] Incidence for all adult epidurals, including perioperative, acute and chronic pain and obstetric epidurals.
[c] Incidence for all adult perioperative and obstetric spinal anaesthesia, epidural and combined spinal/epidural anaesthesia.
[d] Incidence with bupivacaine.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ **Παρόλο που οι σοβαρές επιπλοκές από την ραχιαία αναισθησία είναι σπάνιες, μπορεί να παρουσιαστούν και αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να είναι θανατηφόρες**
- ✓ **Για την ασφάλεια στην περιοχική αναισθησία χρειάζεται ο αναισθησιολόγος να έχει καλή γνώση ανατομίας και φαρμακολογίας**
- ✓ **Φάρμακα αναζωογόννησης (όπως ατροπίνη, αδρεναλίνη και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα) πρέπει να υπάρχουν παρασκευασμένα σε κάθε αίθουσα που διενεργείται περιοχική αναισθησία**
- ✓ **Ο ασθενής πρέπει να είναι συνδεδεμένος με μόνιτορ για συνεχή παρακολούθηση ζωτικών**
- ✓ **Ιδιαίτερη εγρήγορση για επιπλοκή υπότασης αλλά και σοβαρής βραδυκαρδίας που μπορεί να οδηγήσει στην ασυστολία (BezoldeJarisch reflex)**

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

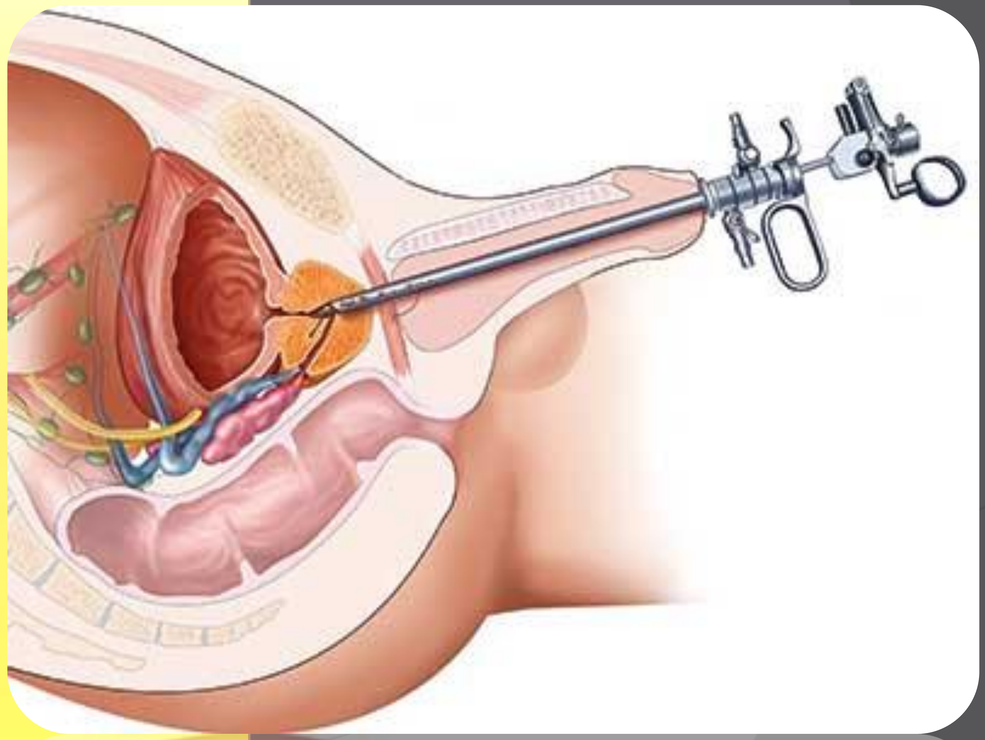
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΟ ΕΠΕΙΔΟΣΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

Καλογριδάκη Μ [1], Μαστραντωνάκης Κ [2], Μωρέ Ε [3], Χατζηκώστα Σ [1], Γκιζιώτη Σ [1], Γραικός Κ [4], Χόνδρος Κ [6], Βρανάκης Γ [7], Μόκα Ε [8]

1 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 2 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 3 ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ 4 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 6 ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 7 ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 8 ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ- CRETA INTERCLINIC

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Άνδρας 62 ετών, βάρος: 55 kg, ύψος: 1,53 m
- Τακτικό χειρουργείο: Διουρηθρική Προστατεκτομή
- Ατομικό ιστορικό: αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη υπό αγωγή
- Προεγχειρητική κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος : φυσιολογικά
- Ενημέρωση και συγκατάθεση για ραχιαία αναισθησία
- Πλήρη βασικό monitoring κατά την είσοδο στη χειρουργική αίθουσα
- Ραχιαία αναισθησία:
  - ✓ Ασθενής σε καθιστή θέση
  - ✓ Άσηπτη τεχνική
  - ✓ Μέση προσπέλαση
  - ✓ Βελόνα 25 G ατραυματική
  - ✓ Πρώτη προσπάθεια επιτυχής προσπέλασης
  - ✓ Έκκριση ΕΝΥ διαυγές, μη αιματηρό
  - ✓ Υπέρβαρη Bupivacaine 10mg και Fentanyl 15μγ
  - ✓ Επίπεδο θερμοαναισθησίας θ_6
  - ✓ Χωρίς αιμωδίες και παραισθησίες



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΟ ΕΠΕΙΔΟΣΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Κατά τη διάρκεια της επέμβασης και 35 λεπτά μετά τη διενέργεια της ραχιαίας αναισθησίας χωρίς καμία αιμοδυναμική αστάθεια, ο ασθενής παραπονέθηκε για έντονη ζάλη και αμέσως μετά παρουσίασε απώλεια αισθήσεων με πτώση αρτηριακής πίεσης και σφύξεων κάτω από 30 το λεπτό
- Χορηγήθηκε άμεσα Ατροπίνη 1mg και Εφεδρίνη 10 mg
- Ζητήθηκε από τον Ουρολόγο να αφαιρέσει άμεσα το ρεζεκτοσκόπιο από τον ασθενή
- Δεν υπήρχε καμία βελτίωση στην κλινική εικόνα του ασθενούς παρά μόνο όταν ο ουρολόγος τελικά απέσυρε πλήρως το ρεζεκτοσκόπιο
- Ο ασθενής επανήλθε πλήρως με αποκατάσταση αρτηριακής πίεσης και σφύξεων στα φυσιολογικά όρια
- Έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών που δεν παρουσίασε καμία διαφορά με αυτό του προεγχειρητικού ελέγχου
- Έγινε αιμοληψία για έλεγχο Τροπονίνης και Καρδιακών Ενζύμων
- Η επέμβαση τελείωσε 25 λεπτά μετά το συμβάν χωρίς άλλη επιπλοκή
- Ο ασθενής οδηγήθηκε στην ανάνηψη όπου διενεργήθηκε εκ νέου ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς αλλαγές και ζητήθηκε καρδιολογική εκτίμηση

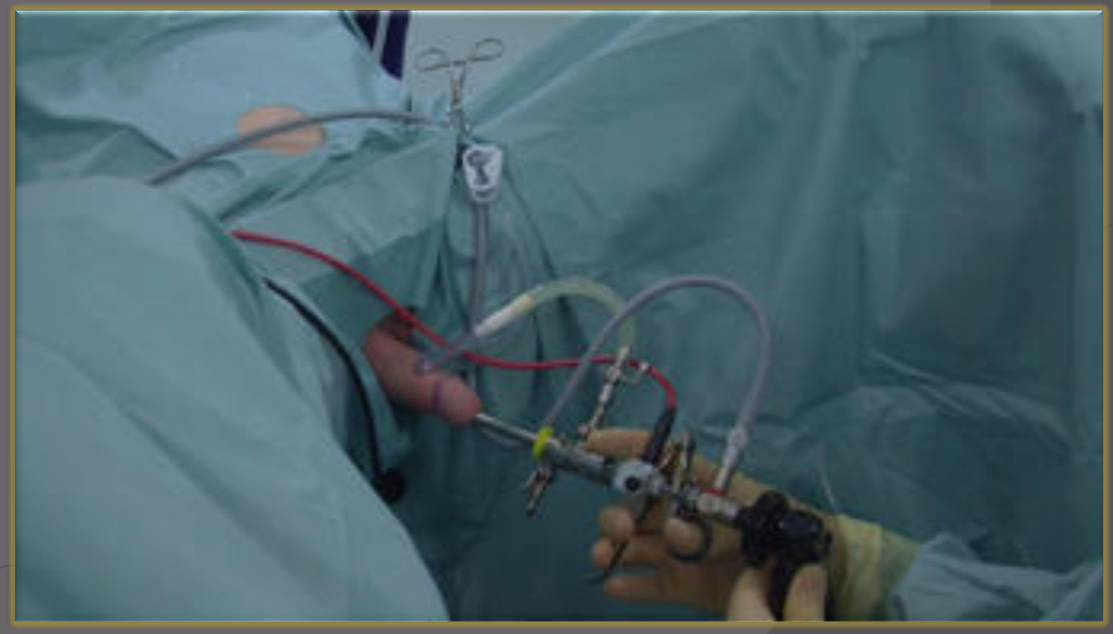
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΒΑΓΟΤΟΝΙΚΟ ΕΠΕΙΔΟΣΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- ✓ Η ραχιαία αναισθησία θεωρείται ασφαλής τεχνική
- ✓ Βραδυκαρδία και υπόταση μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια ραχιαίας αναισθησίας
- ✓ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σοβαρή βραδυκαρδία και ανακοπή παρατηρείται πιο συχνά σε νέους, υγιείς και βαγοτονικούς άνδρες ασθενείς – συνδέεται με υψηλή θνητότητα
- ✓ Στον ασθενή αυτόν η ξαφνική, μη αναμενόμενη βραδυκαρδία, με αιμοδυναμική αστάθεια και απώλεια αισθησεων παρατηρήθηκε 35 λεπτά μετά την διενέργεια της ραχιαίας αναισθησίας που είχε εγκατασταθεί πλήρως ο αποκλεισμός και που δεν υπήρχε κανένα σημείο αιμοδυναμικής αστάθειας
- ✓ Βαγοτονία είναι η κατάσταση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στο οποίο η ισορροπία μεταξύ συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος διαταράσσεται με υπερίσχυση του παρασυμπαθητικού
- ✓ Παρατηρείται διεγχειρητικά από χειρουργικούς χειρισμόυς όπως έλξη του περιτοναίου, διαστολή πρωκτού και σε οφθαλμολογικές επεμβάσεις
- ✓ Στην συγκεκριμένο περιστατικό η βαγοτονία, εφόσον αποκλείστηκε η καρδιολογική αιτιολογία, πιθανόν οφείλεται σε διαστολή της ουρήθρας από την εισαγωγή του ρεζεκτοσκοπίου

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Χρειάζεται προσεκτική συνεχιζόμενη παρακολούθηση και δομημένο πλάνο διαχείρισης και αντιμετώπισης επιπλοκών σε επεμβάσεις διουρηθρικής προστατεκτομής, καθώς μπορεί να παρατηρηθεί μη αναμενόμενη βραδυκαρδία και σοβαρό βαγοτονικό επεισόδιο που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα



1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ

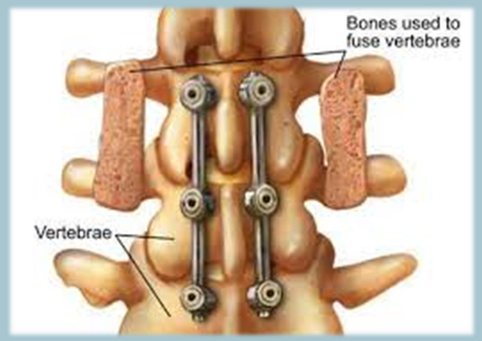
Καλογριδάκη Μ [1], Καρύδη Κ [2], Παπαδάκης Ε [1], Μαστραντωνάκης Κ [3], Καλογριδάκης Γ [4], Καλογριδάκης Μ [5], Χόνδρος Κ [6], Βροντάκη Ε [7], Μόκα Ε [8]

1 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 2 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ- st GEORGE HOSPITAL LONDON 3 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 4 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ - Κ.Υ.ΣΠΗΛΙΟΥ, 5 ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ - Κ.Υ. ΜΟΙΡΩΝ, 6 ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ, 7 ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ , 8 ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ- CRETA INTERCLINIC

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Άνδρας 65 ετών / 67kg /1,68m / ASA III
- Ca κύστεως – **προγραμματισμένο χειρουργείο διουρηθρικής εκτομής όγκου κύστεως (TURBT)**
- Προεγχειρητικός έλεγχος:

✓ **Ιατρικό ατομικό ιστορικό**:
  - υπέρταση υπό αγωγή με Nifedipine
  - Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια υπό οξυγονοθεραπεία και αγωγή με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, Σαλβουταμόλη και αντιχολινεργικά
  - Βαρύς καπνιστής 50 pack/year
  - Αδιάγνωστο σύνδρομο υπνικής άπνοιας
  - Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
  - Ιστορικό σπονδυλοδεσίας οσφυικής μοίρας



✓ **Παρακλινικές εξετάσεις**:
  - Αρτηριακά αέρια αίματος
  - Λειτουργικές δοκιμασίες πνεύμονα
  - Ακτινογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης
  - Αξονική τομογραφία ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ και ΟΜΣΣ
✓ **Πνευμονολογική εκτίμηση:**
  - Βαριά χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια – ασθενής υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου για Γενική Αναισθησία

.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

- Αξονική τομογραφία ΟΜΣΣ:
  - Σπονδυλοδεσία 0_2 -0_5 με στενώσεις πάνω και κάτω από τα διαστήματα αυτά
- Πλάνο για Ραχιαία αναισθησία με ενημέρωση και συγκατάθεση από τον ασθενή
  - Αν δεν ήταν επιτυχής η Ραχιαία αναισθησία , ο ασθενής θα προγραμματιζόταν ξανά μέχρι να υπήρχε διαθέσιμο κρεβάτι στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

- Χειρουργική αίθουσα:
  - ✓ Πλήρη βασικό monitoring
  - ✓ Καθιστή θέση
  - ✓ Άσηπτη τεχνική
  - ✓ **Αντισηψία 9 φορές** (3 φορές από το κανονικό)
    - ✓ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗΣ ΥΛΙΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑΣ
  - ✓ Μέση προσπέλαση 04-05
  - ✓ Βελόνα 25G ατραυματική
  - ✓ Επιτυχής προσπέλαση μετά από πολλαπλές προσπάθειες και με καθοδήγηση την πρόσφατη ακτινογραφία ΟΜΣΣ.
- Ραχιαία αναισθησία χωρίς επιπλοκές:
  - Χωρίς πόνο, αιμωδίες και παραισθησίες
  - Εγκεφαλονωτιαίο υγρό διαυγές, όχι αιματηρό και με ελεύθερη ροή
- Δεν υπήρχαν επιπλοκές κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και την επόμενη μέρα
- Εξιτήριο μετά από μία ημέρα , αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς πόνο ή σημεία φλεγμονής και αιματώματος

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- ✓ Η γενική αναισθησία σε ασθενείς με ΧΑΠ συνοδεύεται από πολλές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως λαρυγγόσπασμο, βρογχόσπασμο, βαρότραυμα, υποξαιμία και αιμοδυναμική αστάθεια με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα για τον ασθενή και γι αυτό είναι απαραίτητη η εξασφάλιση μετεγχειρητικής παρακολούθησης σε ΜΕΘ
- ✓Εναλλακτική μέθοδος αναισθησίας στις περιπτώσεις αυτές είναι ο νευραξονικός αποκλεισμός με μικρότερα ποσοστά εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων, εμφράγματος μυοκαρδίου, αιμορραγιών, αναπνευστικής ανεπάρκειας και νεφρικής ανεπάρκειας
- ✓**Η ραχιαία αναισθησία δεν αποτελεί πλέον αντένδειξη σε ασθενείς με σπονδυλοδεσία στην ΟΜΣΣ ή οποιαδήποτε άλλης επέμβασης στην σπονδυλική στήλη με ή χωρίς υλικά**
- ✓Παρόλα αυτά οι Αναισθησιολόγοι αποφεύγουν να πράξουν ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία διότι
  - ✓τεχνικά θεωρείται δύσκολη η προσπέλαση
  - ✓πιθανότητα επιδείνωσης οσφυϊκού πόνου
  - ✓μη δυνατότητα καθορισμού διασποράς τοπικού αναισθητικού στον υπαραχνοειδή χώρο
- ✓Διάφορες μελέτες αναφέρουν ψηλότερο επίπεδο αισθητικού αποκλεισμού, υπότασης και βραδυκαρδίας σε ασθενείς με σπονδυλοδεσία στην ΟΜΣΣ, ενώ δεν αναφερούν διαφορές στον αριθμό προσπάθειας για επιτυχημένη προσπέλαση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ Η σπονδυλοδεσία ΟΜΣΣ εφαρμόζεται για την αποκατάσταση πληθώρων ανωμαλιών της ΣΣ, όπως σκολίωση, λόρδωση, κύφωση, σπονδυλολίσθηση κ.α.
- ✓ Ο αυξημένος αριθμός ασθενών με ιστορικό επέμβασης στην ΣΣ, καθιστά την ανάγκη εξοικείωσης του αναισθησιολόγου στο αναισθησιολογικό πλάνο

Βιβλιογραφία

1. Babjuk M, Burger M, Zigeuner R, European Association of Urology EAU guidelines on non-muscle invasive carcinoma of the bladder: update 2013. Eur. Urol. 2013 Oct;64(4):639-53
2. Ifeanyichukw I, Megwalu, Vlachiotis A, Radwan M, Piccirillo J, Kibel A. Prognostic impact of comorbidity in patient with bladder cancer. Eur. Urol 2008 Mar;53(3):581-589
3. Piccirilo JF, Creech CM,Zequira R, Anderson S, Johnston AS Inclusion of comorbidity into oncology data registries. J.Reg. Manag 1999;26:66-70
4. Global initiative for chronic obstructive Lung Disease (GOLD) Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Available from http: www.goldcopd.com
5. Lumb An, BIercamp Cl. Chronic obstructive pulmonary disease and anesthesia. Critical Care and Pain 2014:Volume 4
6. Edrich T, Saqovnikoff N. Anesthesia for patients with severe obstructive pulmonary disease. Curr Opin Anaesthesiology 2010;23:18-24
7. Rodgers An, Walker N, Schug S, McKee A, Zundert A. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomized trials BMJ 2000;321:1-12
8. Sun KO. Spinal anesthesia following previous spinal surgery. Eur. J. Anaesthesiol. 1994;11:321-3
9. Soo Hwan Kim, Jean DH, Chang CH, Lee SJ. Spinal anesthesia with isobaric Tetracaine in patients with previous lumbar spinal surgery. Yonsei Med J. 2009;50(2):252-6
10. Jost U, Volter E, Bohrer H. Spinal anesthesia in 50 patients with previous lumbar spinal surgery. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2004;39:78-80
11. Youssef JA, Omdorff DO, Patty CA, Price MA. Current Status of Adult spinal Deformity. Global Spine J.2013;3(1):51-62

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Προεγχειρητικός έλεγχος ασθενών:
Νεότερα δεδομένα που αφορούν τη συμμετοχή ιατρικών ειδικοτήτων (πλην των αναισθησιολόγων) και τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων
- Σύγκριση με την επικρατούσα τακτική στο ΓΝΡ

Σ. Γκιζιώτη, Μ. Καλογριδάκη, Σ. Χατζηκώστα, Ε. Παπαδάκης
Αναισθησιολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

ΗΚΓ, καρδιολογική εκτίμηση

- Ασθενείς με καρδιακή νόσο ή με 2 έστω παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιακής νόσου, που θα υποβληθούν σε μεσαίας ή σημαντικής βαρύτητας χειρουργική επέμβαση, μπορούν να παραπέμπονται για καρδιολογική εκτίμηση(2C - EJA 2018)
- Εξαιρούνται επείγουσες επεμβάσεις, όπου ο καρδιολόγος θα μπορούσε να προτείνει συστάσεις σε 2ο χρόνο (EAE 2016)

Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου

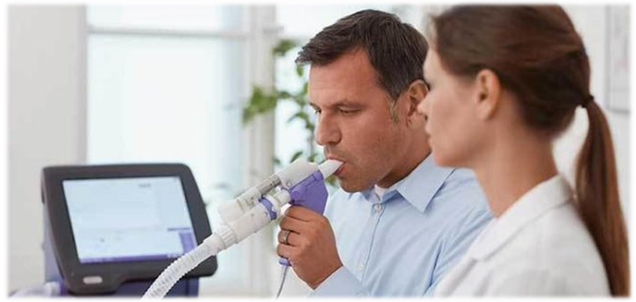
- σακχαρώδης διαβήτης
- αρτηριακή υπέρταση
- κάπνισμα
- BMI >27
- οικογενειακό ιστορικό πρώιμης εμφάνισης καρδιαγγειακή νόσου
- χρόνια νεφρική νόσος
- χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα
- δυσλιπιδαιμία
- ηλικία >65

Παραδείγματα βαρύτητας χειρουργικής επέμβασης

μικρής – στο δέρμα, καταρράκτη
μεσαίας – βουβωνοκήλη, αμυγδαλεκτομή, αρθροσκόπηση, ενδοσκοπικές επεμβ.
σημαντικής - υστερεκτομή, θυρεοειδεκτομή, ολική αρθροπλαστική

Πνευμονολογικός έλεγχος

- Η ακτινογραφία θώρακος **δεν** προτείνεται πλέον ως εξέταση ρουτίνας περιεγχειρητικά. (1C - EJA 2018)
- Σπιρομέτρηση και αέρια αίματος μπορούν να πραγματοποιηθούν σε ασθενείς ASA 3-4 που θα υποβληθούν σε μεσαίας ή σημαντικής βαρύτητας επεμβάσεις, σε περίπτωσεις γνωστής νόσου του αναπνευστικού ή σε υποψία της. (NICE 2016) – Ωστόσο δεν προτείνονται. (1C – EJA 2018)



Κατάταξη κατά ASA
ASA 1 – απολύτως υγιής
ASA 2 – με ήπια συστηματική νόσο
ASA 3 – με βαριά συστηματική νόσο
ASA 4 – με βαριά συστηματική νόσο που αποτελεί μόνιμη απειλή για τη ζωή του

Εργαστηριακές εξετάσεις

- Γενική αίματος σε κάθε ασθενή ASA 3-4 για σημαντικής βαρύτητας επεμβάσεις και κατά βούληση για μέτριας βαρύτητας. (NICE 2016)
- Έλεγχος πήξης κατά βούληση σε ασθενείς ASA 3-4 για μέτριας ή σημαντικής βαρύτητας επεμβάσεις, αξιολογώντας τη λήψη αντιπηκτικών και την πιθανότητα ηπατικής νόσου. (NICE 2016)
- Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας σε κάθε ασθενή πλην αυτών που είναι ASA 1. (NICE 2016)
- Έλεγχος ηπατική λειτουργίας μόνο σε ύπαρξη ή υποψία ηπατικής νόσου. (NICE 2016)
- Απλή γλυκόζη αίματος δεν προτείνεται ως ρουτίνα, πλην σε σημαντικές ορθοπεδικές επεμβάσεις.– Αξιολογείται η γλυκοζυλιωμένη Hb. (2A – EJA 2018)

ΣΥΜΠΕΡΑΙΝΟΥΜΕ λοιπόν πως η τακτική που ακολουθείται στο ΓΝΡ δεν αποκλίνει κατά πολύ από τις διεθνείς οδηγίες.
Περιθώρια βελτίωσης υπάρχουν και κάθε αλλαγή είναι δεκτή, όταν γίνεται σε επιστημονικό πλαίσιο και με γνώμονα , τόσο το καλό του ασθενούς, όσο και την οικονομία χρημάτων και δυνάμεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρίας,-ΕΑΕ , ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ , Δεκ 2016
2. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective non cardiac surgery. Updated guideline from the European Society o f Anaesthesiology, Eur J Anaesthesiol 2018; 35:407–465 (2018)
3. Routine preoperative tests for elective surgery, NICE guideline NG45, April 2016

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΌ ΜΕΓΑΛΗ ΔΟΣΗ ΠΡΟΠΑΦΑΙΝΟΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗ

Αικ. Παντελή, Αικ. Κυρίτση, Ν. Κατεχάκης, Ειρ. Δραμιτινού, Ηλ. Σαμιώτης, Αν. Πεντάρη, Χ.Μαρκάκης.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Ρεθύμνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Προπαφαινόνη είναι αντιαρρυθμικό κλάσης IC με ευρεία, καθημερινή χρήση στην αντιμετώπιση κυρίως υπερκοιλιακών αλλά και κοιλιακών αρρυθμιών.

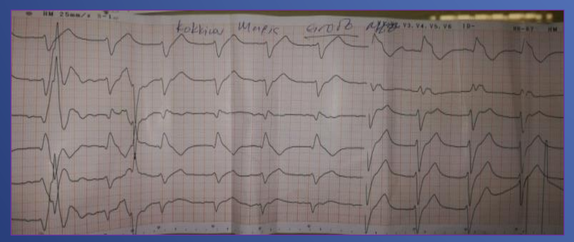
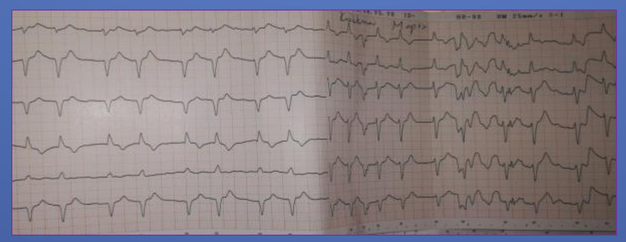
Παρά την σχετική ασφάλεια του φαρμάκου ,που έχει διαπιστωθεί από την μέχρι τώρα εμπειρία, η χορήγησή της μπορεί να αποβεί δυνητικά θανατηφόρος, σε υπέρβαση δοσολογίας.

Παρουσίαση περιστατικού

- Ασθενής 87 ετών με α/α: ΑΥ, καταθλιπτική συνδρομή υπό αγωγή και υποτροπιάζουσα κολπική μαρμαρυγή προσήλθε στο Τ.Ε.Π. του Γ.Ν. Ρεθύμνου λόγω αναφερόμενης λήψης 37 δισκίων Προπαφαινόνης των 150 mg. Στο ΤΕΠ GCS: 15/15. Πραγματοποιήθηκαν γαστρικές πλύσεις, χορηγήθηκε ενεργός άνθρακας, εισήχθη στη ΜΕΘ, όπου λόγω πτώσης του επιπέδου συνείδησης διασωληνώθηκε και ετέθη σε μηχανικό αερισμό. Γρήγορα η ασθενής μετέπεσε σε σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, οφειλόμενη κυρίως σε δ/χες του καρδιακού ρυθμού με έκπτωση της καρδιακής παροχής, ως απότοκο της υπερδοσολογίας Προπαφαινόνης. Το ΗΚΓ αρχικά εμφάνιζε βραδυκαρδία με διεύρυνση QRS που δεν προυπήρχε στο βασικό της ΗΚΓ, και περιόδους ασυστολίας, για το οποίο ετέθη Ισοπροτερενόλη, με μετάπτωση σε Torsade de Pointes (Πολύμορφη VT), που υποτροπίασε πολλές φορές μέσα στο πρώτο εξάωρο.
- <u>Θεραπευτική αντιμετώπιση</u>:

1. Διακοπή Ισοπροτερενόλης
2. Χορήγηση Ντοπαμίνης και Νοραδρεναλίνης
3. Στάγδην χορήγηση διττανθρακικών
4. Χορήγηση ΕΦ Μαγνησίου

- Αποκατάσταση φλεβοκομβικού ρυθμού με φυσιολογικό QRS σταδιακά και αιμοδυναμική σταθεροποίηση εντός 48 ωρών από την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
- ΗΚΓ εισαγωγής ΗΚΓ 24 ώρες αργότερα ΗΚΓ 48 ώρες αργότερα

- Η ασθενής αποσωληνώθηκε την πέμπτη ημέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ και εξήλθε στην Παθολογική κλινική 2 ημέρες αργότερα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Αντιαρρυθμικό κατηγορίας IC (αποκλειστής διαύλων Na), με ασθενέστερη δράση β-αναστολέα και ανταγωνιστή διαύλων Ca
- Χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση κυρίως υπερκοιλιακών αλλά και κοιλιακών αρρυθμιών,
- Παρενέργειες υπερδοσολογίας (Δυνητικά θανατηφόρος) : Υπόταση , διεύρυνση QRS, παράταση QT , ΚΚΑ, ασυστολία. Κάποιες από αυτές έχουν αναφερθεί και σε μικρότερες δόσεις .
- Δεν υπάρχει δυνατότητα μέτρησης επιπέδων του φαρμάκου στην Κρήτη.
- Δεν υπάρχει ειδικό αντίδοτο –Πέραν των βασικών μέτρων αντιμετώπισης συστήνεται υποστηρικτική αγωγή με Ινότροπα (Ντοπαμίνη)-αγγειοσυσπαστικά, διττανθρακικά επί διεύρυνσης του QRS , πρόκληση αλκαλιαιμίας (διατήρηση pH>7,5), υπέρτονα δ/τα Νατρίου και βηματοδότηση εάν χρειαστεί.
- Αναφέρεται ένα παιδιατρικό περιστατικό στην βιβλιογραφία που αντιμετωπίστηκε με πλασμαφαίρεση.
- Συνίσταται η αποφυγή συνχορήγησης φαρμάκων που παρατείνουν το QT με την Προπαφαινόνη (πχ τα αντικαταθλιπτικά, μακρολίδες)
- Παραδοξότητα : Ουσία που θεραπεύει κυρίως καλοήθεις αρρυθμίες σε υπερδοσολογία προκαλεί θανατηφόρες αρρυθμίες.
- Για την επιτυχή αντιμετώπιση της τοξίκωσης από Προπαφαινόνη απαιτείται εξειδικευμένη και άμεση υποστήριξη σε ΜΕΘ.
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
  - A worldwide yearly survey of new data in adverse drug reactions
    - A.Fingi, in Side Effects of Drugs Annual, 2011
    - J.K.Aronson, in Side Effects of Drugs Annual, 2008
  - Koppel C, Oberdisse U, H einemeyer G., Clinical course and outcome in Class IC antiarrhythmic overdose. J. Toxicol Clin Toxicol 1990.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΕΤΑΡΤΟΤΟΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

Αικ. Κυρίτση, Ειρ. Δραμιτινού, Νικ. Κατεχάκης, Αικ Παντελή, Ηλ. Σαμιώτης, Δ.Καμπουράκη, Αν. Πεντάρη, Χ.Μαρκάκης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν. Ρεθύμνου

- ## *ΕΙΣΑΓΩΓΗ*

- ***Σύνδρομο HELLP*** *(Ακρωνύμιο των εξής τριών καταστάσεων):* ***H****emolysis,* ***E****levated* ***L****iver Enzymes,* ***L****ow Platelet count*
- *Δυνητικά θανατηφόρος μορφή προεκλαμψίας που εκδηλώνεται μετά την 20η εβδομάδα κύησης.*
- *Για την επιτυχή έκβαση του συνδρόμου απαιτείται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση με πρόκληση πρόωρου τοκετού.*

Παρουσίαση περιστατικού
Επιτυχής αντιμετώπιση ασθενούς τεταρτοτόκου με σύνδρομο HELLP

- *Ασθενής 22 ετών 4τόκος στην 31η εβδομάδα κύησης, με ελεύθερο λοιπό α/α , προσήλθε στην μαιευτική κλινική του Γ.Ν. Ρεθύμνου λόγω άλγους οσφύος.*
- *Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αυξημένη ΑΠ (190/110 mmHg). Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση τρανσαμινασών (SGOT 167, SGPT 102) και LDH(1021) , υψηλό λεύκωμα ούρων και πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων (110.000).*
- *Διεγνώσθη σοβαρή προεκλαμψία στα πλαίσια συνδρόμου HELLP και η ασθενής οδηγήθηκε σε Καισαρική τομή,*
- *Εισήχθη στη ΜΕΘ για παρακολούθηση, λαμβάνοντας στάγδην Μαγνήσιο, Μεθυλεργονοβίνη και Ωκυτοκίνη βάσει πρωτοκόλλου, παρακολουθώντας στενά τόσο κλινικά την ασθενή όσο και εργαστηριακά τα επίπεδα Μαγνησίου προς αποφυγήν τοξικότητας από αυτό.*
- *Μετά τον τοκετό παρατηρήθηκε προοδευτική αποκατάσταση της ηπατικής βιοχημείας και των αιμοπεταλίων, ενώ η ΑΠ ρυθμίστηκε αρχικά με ενδοφλέβια χορήγηση Υδραλαζίνης και στη συνέχεια με Νιφεδιπίνη βραδείας αποδέσμευσης από το στόμα.*
- *Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, διεκόπη η στάγδην χορήγηση Μαγνησίου.*
- *Την επόμενη της διακοπής του Μαγνησίου διαπιστώθηκε υποτροπή του συνδρόμου τόσο εργαστηριακά (με αύξηση τρανσαμινασών SGOT 313, SGPT 224, LDH 1167 και πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων σε επίπεδα που απαίτησε μετάγγιση αιμοπεταλίων 52.000), όσο και κλινικά με επανεμφάνιση της υπέρτασης παρά την χορήγηση αντιυπερτασικών. Έγινε επανέναρξη του Μαγνησίου ενδοφλεβίως αντιμετωπίστηκε επιτυχώς το σύνδρομο τις επόμενες ημέρες.*
- *Εξήλθε μία εβδομάδα μετά στην μαιευτική κλινική, λαμβάνοντας από το στόμα αντιυπερτασικά.*

Συζήτηση - ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

- *Τα αίτια του συνδρόμου παραμένουν άγνωστα , έχουν αναγνωριστεί όμως ως προδιαθεσικοί παράγοντες η ηλικία της μητέρας>34 ετών , πολλαπλές κυήσεις και παρατηρείται συχνότερα στην Ευρωπαική φυλή.*
- *Παθοφυσιολογικά , πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα μικροαγγειακής, ενδοθηλιακής ενεργοποίησης κατ' επέκταση κυτταρικής βλάβης.*
- *Απαντάται στο 0,1-0,6% του γενικού πληθυσμού και σε ποσοστό 4-12% επί των περιστατικών προεκλαμψίας.*
- *Σε ποσοστό 15-30% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην φάση της λοχείας.*
- *Παρατηρείται υποτροπή 2-27% σε μετέπειτα εγκυμοσύνες.*
- *Επιπλοκές του συνδρόμου: DIC, αιμορραγία, μυοκαρδιακή ισχαιμία, πνευμονικό οίδημα, ARDS, εγκεφαλικό οίδημα/αιμορραγία, οξεία ή χρόνια νεφρική βλάβη, , υποκάψιο αιμάτωμα ήπατος και φυσικά σοβαρές διαταραχές ως προς το κύημα λόγω της προωρότητας.*
- *ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ*

1. *Rahman T.M., Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. Q J Med 2002*
2. *Levine R.J., Maynard S.E. Qian C. et al. Circulating angiogenic factor and the risk of preeclampsia. N Engl J Med 2004*
3. *Mutter W.P., Karumanchi S.A. Molecular mechanisms of preeclampsia. Microvasc Res 2008*

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Απολογισμός των κλινικών πεπραγμένων της ΜΕΘ του νοσοκομείου Ρεθύμνου το 2017

Η . ΣΑΜΙΩΤΗΣ , Ε. ΔΡΑΜΙΤΙΝΟΥ, Α. ΠΑΝΤΕΛΗ, Ν. ΚΑΤΕΧΑΚΗΣ , Δ. ΚΑΜΠΟΥΡΑΚΗ , Α. ΠΕΝΤΑΡΗ, Α. ΚΥΡΙΤΣΗ , Χ . ΜΑΡΚΑΚΗΣ

Σκοπός : Η καταγραφή των νοσηλευθέντων ασθενών στη ΜΕΘ 2017

Υλικό : Οι εισαγωγές όλων των ασθενών του 2017 καταχωρηθήκαν και αναλύθηκαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Excel

Αποτελέσματα
Απολογισμού των κλινικών πεπραγμένων

- *Αρ. εξοπλισμένων πολυδύναμων κλινών ΜΕΘ **7***
- *Συνολικός Αρ. νοσηλευθέντων ασθενών **2017:353***
- ***2016 :330//2015:262***
- *Άνδρες **212** Γυναίκες **141***
- *Μέση Ηλικία Ασθενών **63 έτη***
- *Μέσος όρος ημ νοσηλείας **5, 5** ημέρες*
- *Κατανομή ασθενών*
- *Καρδιολογικοί: 137 Παθολογικοί : 90 Πνευμονολογικοί :31*
- *Χειρουργικοί : 56 Ορθοπεδικοί :26 Άλλων κλινικών 13*
- *Ασθενείς νοσηλευθέντες από άλλους νομούς **29***
- *Συνολική Θνητότητα **15%***
- *Συνολική μέση Πληρότητα **82 %***
- *Συνολική μέση Πληρότητα ανά κλίνη **(6** κλίνες κατειλημμένες στις **7)***

Συμπεράσματα Απολογισμού των κλινικών πεπραγμένων

- *Παρατηρείται αύξηση του αριθμού των εισαγωγών σε σχέση με τα προηγούμενα έτη λόγω αύξησης του αριθμού των λειτουργούντων κρεβατιών και του προσωπικού .*

- *Η πληρότητα είναι 82% που μεταφράζεται σε κάλυψη 6 από τις 7 κλίνες με αποτέλεσμα να υπάρχει πρόβλημα σε ελεύθερες κλίνες κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω τουριστικής περιόδου.*

- *Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών 29 που νοσηλεύθηκαν στη μονάδα μας προέρχονται από άλλους νομούς και πολλοί από αυτούς εκτός Κρήτης*

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Εξέλιξη της αντοχής των πολυανθεκτικών Gram(-) σε 11 χρόνια στην Παθολογική κλινική του νοσοκομείου Ρεθύμνου

Αποστολία Σαλβαράκη[1], Χριστίνα Κούτλα [2], Αγγελική Καλυκάκη [2], Μανόλης Βρέντζος [3] , Αντώνης Παπαναγιώτου [3], Ελένη Βαλίρη [3], Μαρία Μπαχλιτζανάκη [3] , Ελένη Ιωαννίδου[1,3]

[1] Επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων
[2] Μικροβιολογικό εργαστήριο
[3] Παθολογική κλινική

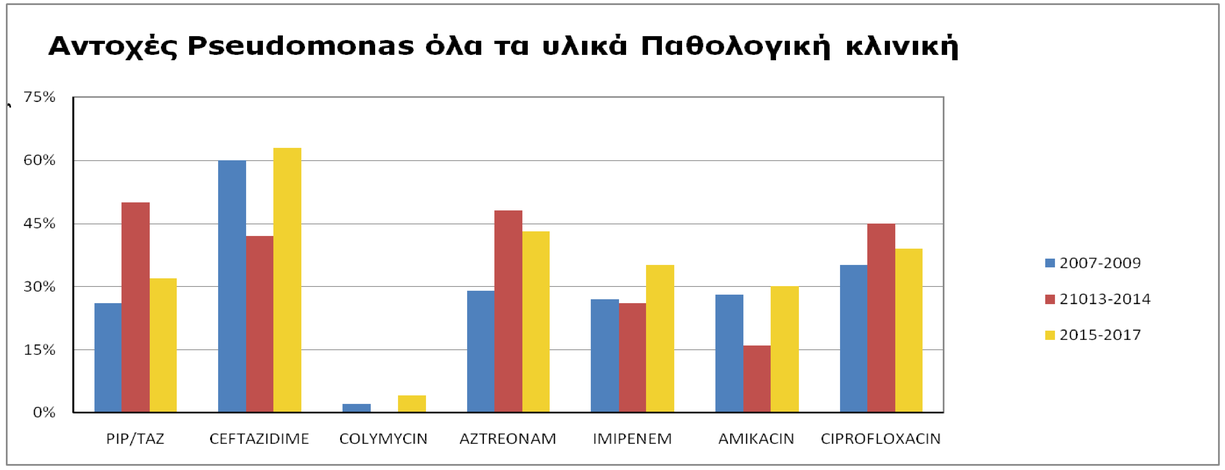
Σκοπός

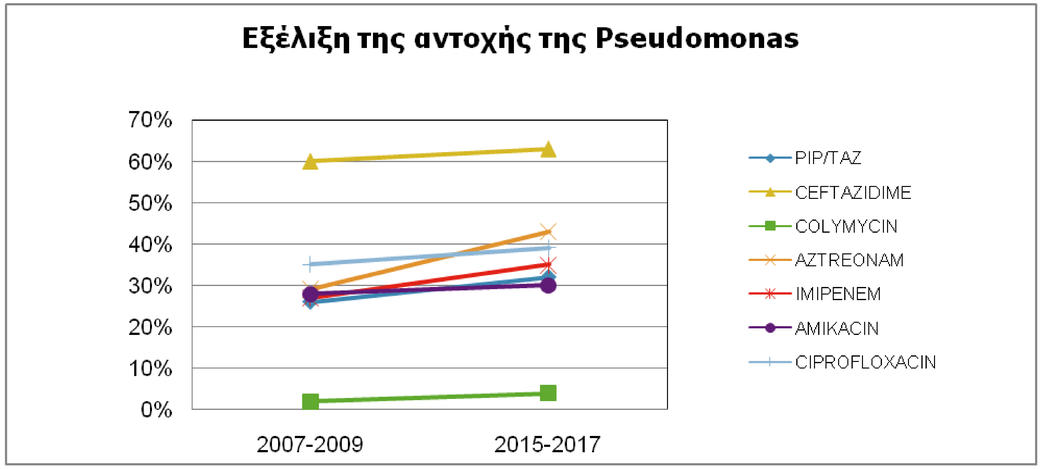
Η επιτήρηση και οι παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση της αντοχής των πολυανθεκτικών gram(-)

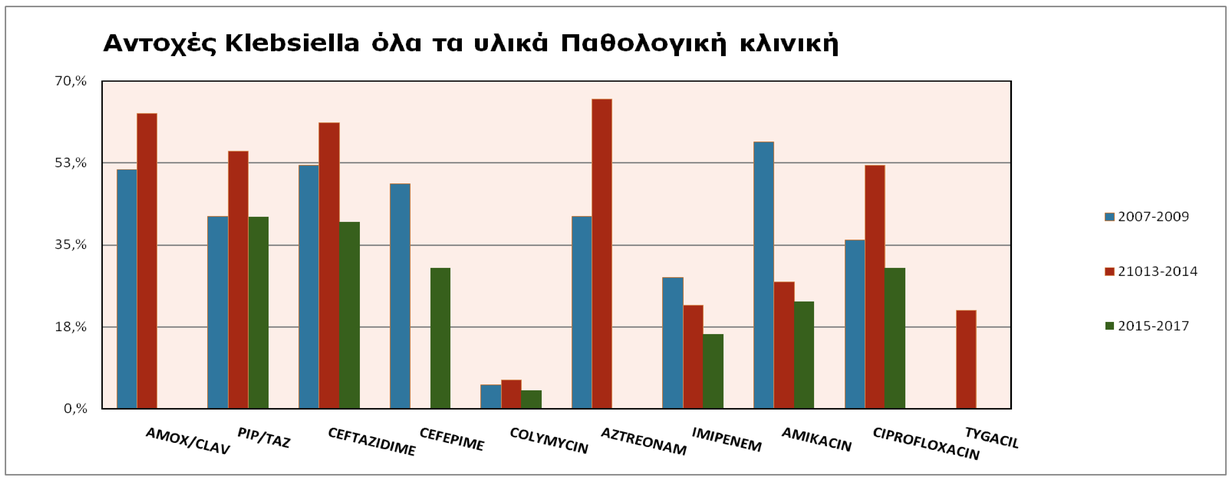
Υλικό

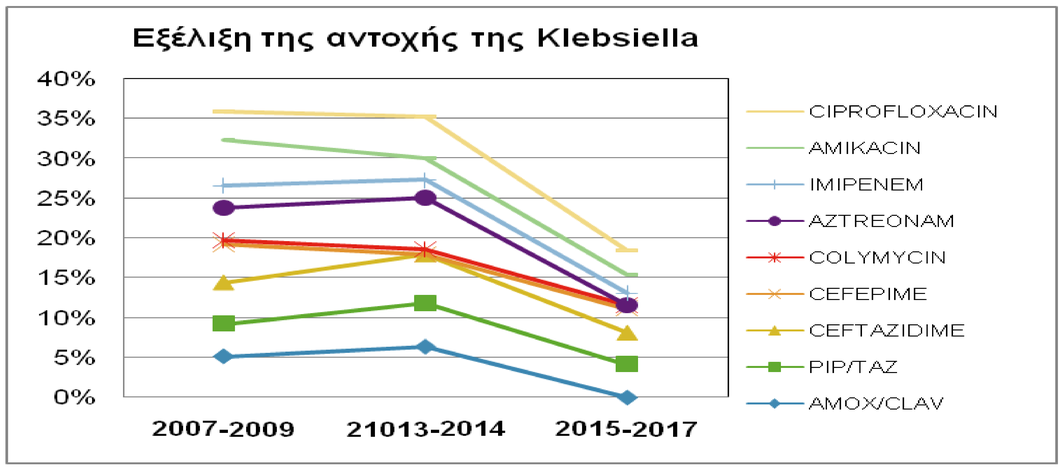
- Καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων της access όλες οι θετικές καλλιέργειες και οι ευαισθησίες (δίσκοι ευαισθησίας) των gram(-) μικροβίων της Παθολογικής δηλαδή *klebsiella, pseudomonas, acinetobacter* σε όλα τα υλικά για τρεις περιόδους: 2007-2009, 2013-2014 και 2015-2017.
- Από το 2010 έγιναν συγκεκριμένες παρεμβάσεις που αφορούσαν στην απομόνωση των ασθενών και στην υγιεινή των χεριών

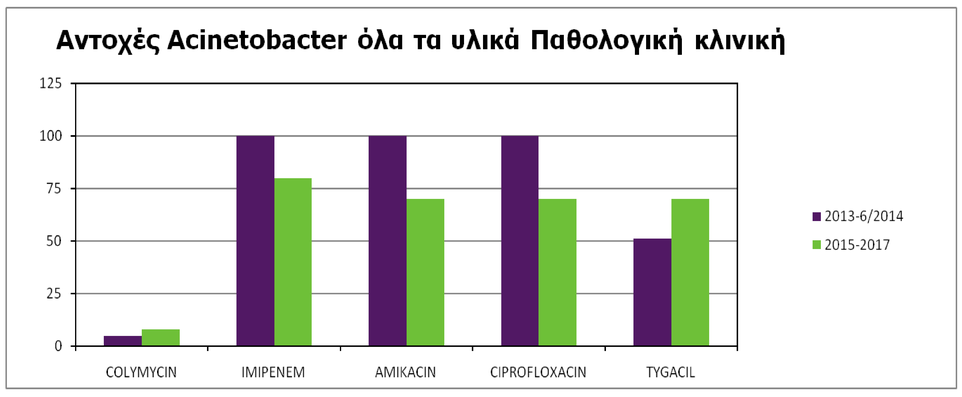
Αποτελέσματα

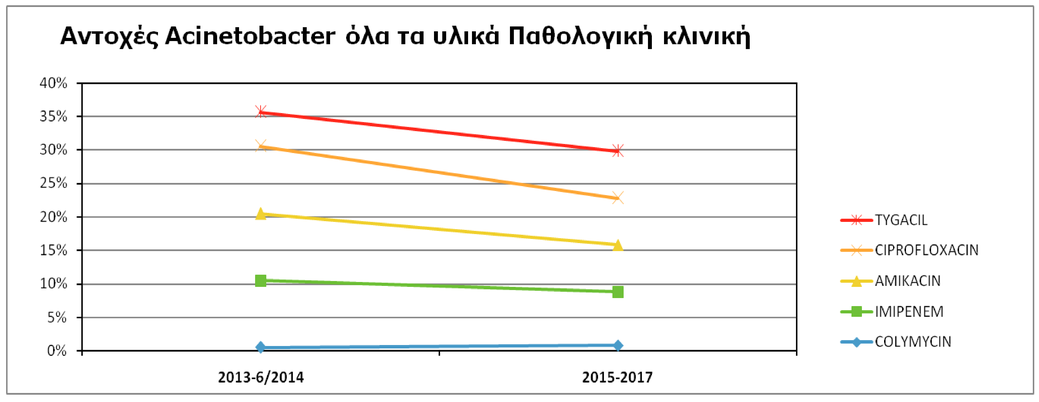












Αποτελέσματα

- Σημειώνεται η σταδιακή μείωση της αντοχής της *klebsiella* σε όλες τις κατηγορίες αντιβιοτικών
- Σημειώνεται η αντοχή του *acinetobacter* σε όλα τα αντιβιοτικά πλην της κολυμικίνης. Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε αντοχή και σε αυτήν
- Σημειώνεται αύξηση της αντοχής της *pseudomonas* σε όλες τις κατηγορίες αντιψευδομαοναδιακών αντιβιοτικών συμπεριλαμβανομένης της κολυμικίνης

Συμπεράσματα

- Καταγράφεται σημαντική μείωση της αντοχής των *klebsiella,* και σχεδόν σταθερές αντοχές στην *pseudomonas* στην οποία εκτιμάται ότι συνετέλεσαν οι παρεμβάσεις που έγιναν στη Παθολογική κλινική από την επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Με δεδομένα τα αποτελέσματα σχεδιάζονται αλλαγή τρόπου καθαριότητας και απολύμανσης του περιβάλλοντος και εντατικοποίηση των μέτρων υγιεινής

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

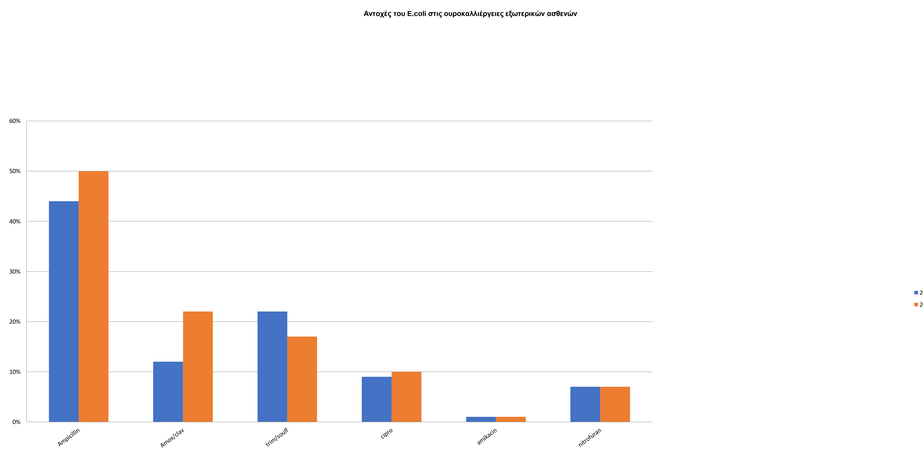
ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΟΥ E.COLI ΣΤΟΥΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Μ.Λουκά[1], Α.Σαλβαράκη[2], Ε.Μαρολαχάκη, Ε.Ασκοξυλάκης, Χ.Κούτλα ,Α.Καλυκάκη[3], Μ.Νησωτάκη[1], Α.Αλιφιέρη[1], Ε.Ιωαννίδου[1,2]
1. Παθολογική κλινική νοσοκομείου Ρεθύμνου
2.Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων νοσοκομείου Ρεθύμνου
3. Μικροβιολογικό εργαστήριο νοσοκομείου Ρεθύμνου

- **ΣΚΟΠΟΣ**: Η μελέτη της εξέλιξης της αντοχής του E.coli στην κοινότητα με σκοπό τη δημιουργία τοπικής κατευθυντήριας οδηγίας εμπειρικής αντιβίωσης

- **ΥΛΙΚΟ**: Καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων της access όλες οι θετικές καλλιέργειες ούρων και οι ευαισθησίες (δίσκοι ευαισθησίας) των μικροβίων εξωτερικών ασθενών σε δύο περιόδους στο διάστημα μίας πενταετίας 2013-2017

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η κατανομή των μικροβίων στις καλλιέργειες ούρων των εξωτερικών ασθενών όπως επισης και η εξέλιξη της αντοχής του E.coli του συχνότερα απομονούμενου μικροοργανισμού φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:

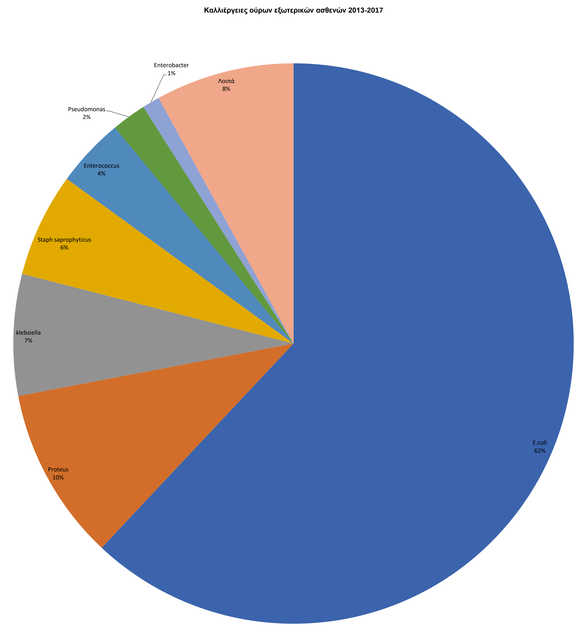


- **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**:

- Η αντοχή του E.coli στην αμοξισυλλίνη/κλαβουλανικό έχει αυξηθεί πολύ με αποτέλεσμα αυτό το αντιβιοτικό να μην προσφέρεται για εμπειρική θεραπεία.

- Παρά τις σχετικά χαμηλές αντοχές της σιπροφλοξασίνης υπάρχει μία τάση αύξησης της αντοχής, ενώ παρατηρείται μία μείωση της αντοχής στην τριμεθ/σουλφα πιθανίν λόγω της περιορισμένης χρήσης της.

- Φάρμακο εκλογής στις κυστίτιδες της κοινότητας παραμένει η νιτροφουραντοίνη με πολύ καλά ποσοστά ευαισθησίας



1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:
ΒΑΡΙΑ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12
ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙΔΗΜΑ ΑΝΑ ΣΑΡΚΑ

Αθηνά Δημοσιάρη, Χριστίνα Κυδώνα, Κωνσταντίνα Σκαρμούτσου-Τσιμηρίκα, Πέτρος Δούμτσης, Χρήστος Βέττας, Αλέξανδρος Γαρύφαλλος
Δ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 μπορεί να παρουσιαστεί με πληθώρα αιματολογικών, γαστρεντερικών, ψυχιατρικών και νευρολογικών διαταραχών. Παρουσιάζουμε μί α σπάνια περίπτωση διατροφική έλλειψης Β12 με πρώτη εκδήλωση μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής, ετών 66, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στα επείγοντα αιτιώμενη αυτόματες εκχυμώσεις και οιδήματα κάτω άκρων από μηνός, με προοδευτικά επιδεινούμενη κακουχία, ανορεξία και δύσπνοια στην κόπωση. Παρουσίαζε κλινικά εκχυμώσεις ολοσωματικά, έντονο οίδημα ανά σάρκα, ικτερική χροιά επιπεφυκότων – δέρματος, ψηλαφητό ήπαρ, ελαττωμένο αναπνευστικό ψυθίρισμα βάσεων άμφω και ήπια διαταραχή επιπέδου συνείδησης. Από τον περαιτέρω έλεγχο διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία, πτώση των κυτταρικών σειρών (WBC 4400 POLY 64% LYMPH 32,6%, HCT 12,4% MCV 138, PLT 50.000), έμμεση υπερχολερυθριναιμία (tBil 6,9 mg/dl dBil 2,6 mg/dl), τετραψήφια LDH, φυσιολογική ΤΚΕ, CRP, ηπατική και νεφρική λειτουργία.

Στάλθηκε πλήρης ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος, προφίλ θυρεοειδικών ορμονών και δεικτών αναιμίας, ενώ διενεργήθηκαν αξονική θώρακος- κοιλίας, γαστροσκόπηση και υπέρηχος καρδιάς. Από το σύνολο του ελέγχου προέκυψε μόλις ανιχνεύσιμη, χαμηλή βιταμίνη Β12, ενώ δεν απεικονίσθηκε εξεργασία ή άλλη παθολογία που να σχετίζεται με την παρούσα νόσο.

Η ασθενής μεταγγίστηκε και αντιμετωπίστηκε αρχικά με ενδοφλέβια διούρηση και χορήγηση αλβουμίνης. Κατόπιν τέθηκε σε σχήμα εντατικής εξωγενούς ενδομυικής χορήγησης Β12 και παρουσίασε ταχεία βελτίωση του αιματολογικού προφίλ και της συμπτωματολογίας. Εξήλθε ασυμπτωματική, περιπατητική με οδηγία για λήψη Β12 εφ'όρου ζωής. Παραμένει σε άριστη κλινική κατάσταση έκτοτε.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι αιματολογικές εκδηλώσεις της ανεπάρκειας Β12 περιλαμβάνουν κλασικά αναιμία με εργαστηριακή αύξηση του μέσου όγκου ερυθρών (MCV) και πολυκατάτμηση του πυρήνα των ουδετερόφιλων. Σπάνια ωστόσο μπορεί να συνυπάρχουν πανκυτταροπενία, δύσπνοια στην κόπωση έως και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια(1). Σε λίγες περιπτώσεις στη βιβλιογραφία αναφέρεται να εμφανίζεται ως εικόνα μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας, δημιουργώντας διαφοροδιαγνωστικό δίλημμα στον θεράποντα, δεδομένου ότι τόσο στη θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, όσο και στο αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, η άμεση έναρξη συνεδριών πλασμαφαίρεσης κρίνεται ζωτική (2). Στις περιπτώσεις αυτές η εμπειρία του αιματολόγου στην αξιολόγηση του περιφερικού επιχρίσματος, αλλά και η μέτρηση της δραστικότητας ADAMTS13 είναι χρήσιμη για την επιλογή του θεραπευτικού πλάνου(3),(4).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Trubin PA, Edward JA, Hand M. Pseudo-Thrombotic Thrombocytopenic Purpura due to Severe Vitamin B12 Deficiency. J La State Med Soc. 2016 Nov-Dec;168(6):196-200.

2. Tran PN, Tran MH. Cobalamin deficiency presenting with thrombotic microangiopathy (TMA) features: A systematic review. Transfus Apher Sci. 2018 Jan 11.

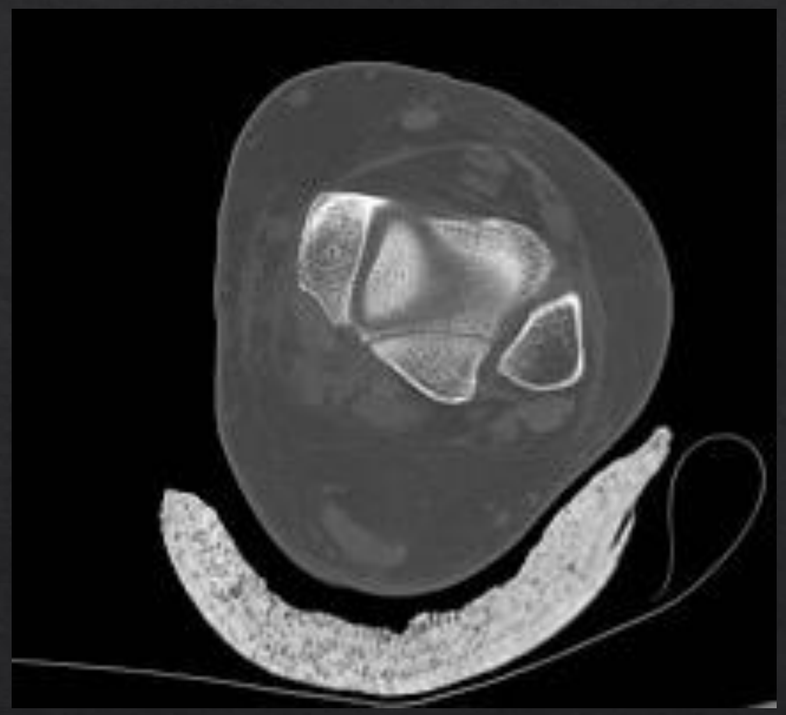
3. Abbott DW, Friedman KD, Karafin MS. Differentiation of pernicious anemia from thrombotic thrombocytopenic purpura: The clinical value of subtle pathologic findings. Transfus Apher Sci. 2016 Dec;55(3):318-322.

4. Noël N, Maigné G, Tertian G et al. Hemolysis and schistocytosis in the emergency department: consider pseudothrombotic microangiopathy related to vitamin B12 deficiency. QJM. 2013 Nov;106(11):1017-22.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

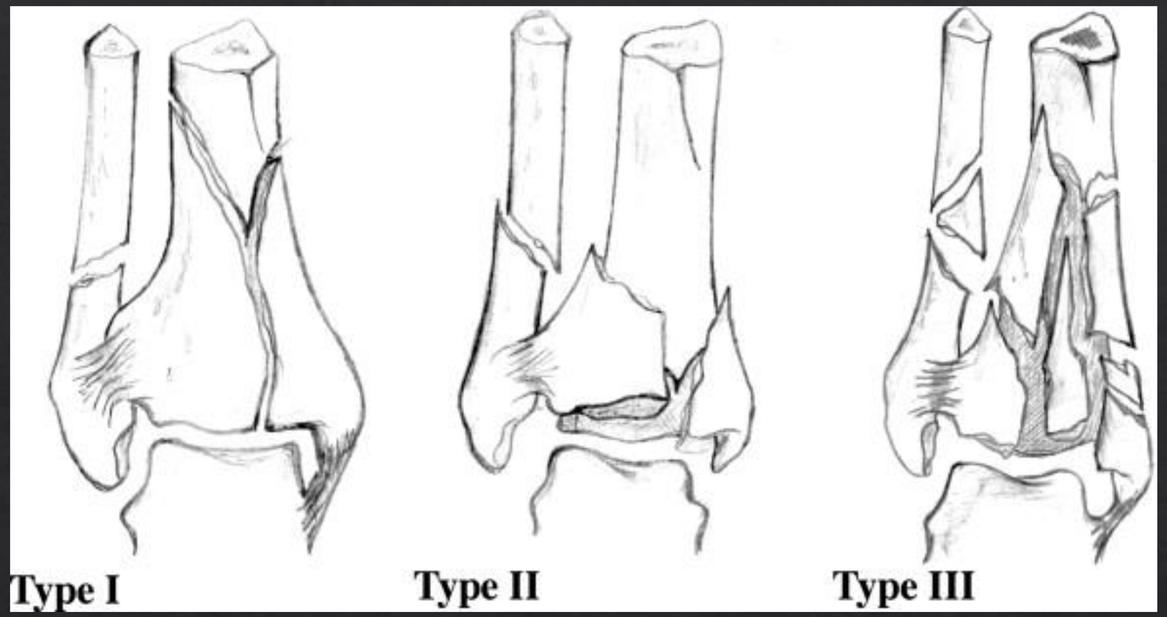
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ



Η Χρήση της πλάκας LCP με κλειδούμενες βίδες προσφέρει σταθερότητα και ταχύτερη κινητοποίηση στα ενδαρθρικά κατάγματα περιφερικής κνήμης

Μαστραντωνάκης Κ. Καλογριδάκη Μ. Γαρμπή Α. Χριστογιάννης Χ. Πετράκη Ε.
Δασκαλογιαννάκης Ε. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ορθοπεδική Κλινική

Τα κατάγματα Pilon συμβαίνουν συνήθως μετά από ισχυρής ενέργειας τραυματισμούς και συνήθως συνοδεύονται από κακώσεις των μαλακών ιστων[1]. Για να επιτευχτεί ένα καλό λειτουργικό απώτερο αποτέλεσμα πρέπει να γίνει σωστή διαχείριση των μαλακών μορίων , ανατομική ανάταξη της αρθρικής επιφάνειας, καθώς και σταθερή οστεοσύνθεση για την επίτευξη πόρωσης των καταγόντων τμημάτων [2,3]. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές για την αντιμετώπισή αυτών των καταγμάτων όπως η εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες , η εξωτερική οστεοσύνθεση , και η συνδυασμένη εξωτερική οστεοσύνθεση με υποβοηθούμενη εσωτερική οστεοσύνθεση με βίδες ή Kirshner.



Η θεραπεία αυτών των καταγμάτων είναι ακόμα αμφιλεγόμενη στην διεθνή βιβλιογραφία [4, 5]. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση προς την εσωτερική οστεοσύνθεση αυτών των καταγμάτων.

Κατά την περίοδο 18 μηνών από τον Μάϊο του 2017 μέχρι και σήμερα 5 ασθενείς με κατάγματα περιφερικής κνήμης με σύστοιχο κάταγμα περόνης αντιμετωπίστηκαν με εσωτερική οστεοσύνθεση με την χρήση πλάκας LCP με κλειδούμενες βίδες. Τα κατάγματα κατηγοριοποιήθηκαν βάση της κατάταξης Rüedi and Allgöwer (τρία τύπου I και δυο τύπου II) Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 9.4 μήνες. Οι ασθενείς ξεκίνησαν σταδιακή φόρτιση στις 4 εβδομάδες κατά μέσο όρο, ενώ πλήρη φόρτιση ξεκίνησε στις 8 εβδομάδες . Όλα τα κατάγματα πορώθηκαν χωρίς προβλήματα και κανένας από τους ασθενείς δεν χρειάστηκε αρθρόδεση. Σε μια περίπτωση αναπτύχθηκε λοίμωξη η οποία αντιμετωπίστηκε με αφαίρεση της πλάκας. Για την μέτρηση του λειτουργικού αποτελέσματος χρησιμοποιήσαμε το FADI score.

	στάδιο	Αναμονή για επέμβαση	μερική φόρτιση	Πλήρη φόρτιση	6μηνες FADI	12μηνες FADI
Π.Α	II	3 ημέρες	28 ημ	8 εβδομάδες	72.4	
Τ.Σ	I	1 ημέρες	32	8 εβδομάδες	87.3	95.1
Χ.Ι	I	0 ημέρες	25	8 εβδομάδες	89.2	
Ψ.Χ	I	2 ημέρες	35	8 εβδομάδες	91.7	
ΚΒΕ	II	1 ημέρα	30	8 εβδομάδες	84.4	

Συμπέρασμα: τα κατάγματα περιφερικής κνήμης τύπου Pilon αποτελούν σημαντικές κακώσεις και συνοδεύονται από πιθανές επιπλοκές καθώς και από μεγάλο ποσοστό μετατραυματικής αρθρίτιδας. Εμείς από τον Μαϊο του 2017 μέχρι σήμερα αντιμετωπίσαμε 5 ασθενείς με ενδαρθρικά κατάγματα περιφερικής κνήμης. Και στις 4 περιπτώσεις το αποτέλεσμα κρίθηκε καλό εως εξαιρετικό. Η κινητοποίηση και η επίτευξη πόρωσης έγινε ποιο γρήγορα συγκριτικά με άλλες τεχνικές λόγο της σταθερότητας που προσφέρει η τεχνική αυτή.

1. Topliss CJ, Jackson M, Atkins RM. Anatomy of pilon fractures of the distal tibia. J Bone Joint Surg Br. 2005;87:692–697. doi: 10.1302/0301-620X.87B5.15982
2. Bourne RB. Pilon fractures of the distal tibia. Clin Orthop. 1989;240:42–46.
3. Chen SH, Wu PH, Lee YS. Long-term results of pilon fractures. Arch Orthop Trauma Surg. 2007;127(1):55–60. doi: 10.1007/s00402-006-0225-3.
4. Wyrsch B, McFerran MA, Mc Andrew M: Operative treatment of fractures of the tibial plafond. A randomized, prospective study. J Bone Joint Surg Am 1996;78-A:1646-1657
5. Redfern DJ, Syed SU, Davies SMJ: Fractures of the distal tibia: minimally invasive plate osteosynthesis. Injury 2004;35:615-620.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

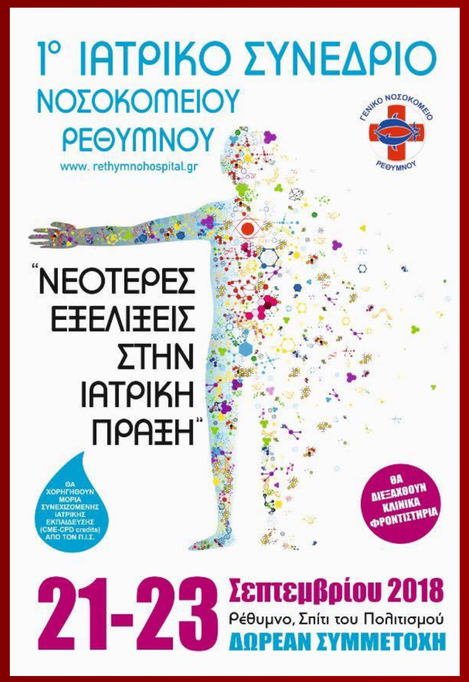
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Παρουσίαση περιστατικού με περιφερική ενδοσπονδυλική κήλη (limbus vertebra)

Τραγάρης Θ., Παναγιωτοπούλου Γ., Μιχαηλίδης Δ., Γιάννου Σ.
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με περιφερική ενδοσπονδυλική κήλη οσφυϊκού σπονδύλου (limbus vertebra)



ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 65 ετών προσέρχεται στο νοσοκομείο, λόγω εμμένουσας οσφυαλγίας. Αναφέρει πρόσφατο ιστορικό τραυματισμού.

Εξετάστηκε στα Ε.Ι. της Ορθοπαιδικής Κλινικής

Ζητήθηκε η διενέργεια Αξονικής Τομογραφίας για τον αποκλεισμό κατάγματος της ΟΜΣΣ

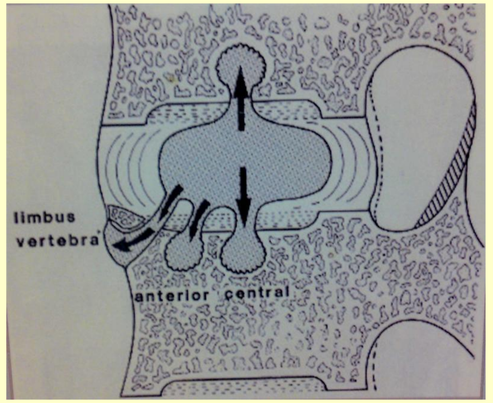
Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία της ΟΜΣΣ με λεπτές τομές πάχους 2,5χιλ και ανασύνθεση τομών σε οβελιαίο και στεφανιαίο επίπεδο.

Στην Υ.Τ. αναγνωρίζεται λύση της συνέχειας στην πρόσθια άνω παρυφή του σώματος του Ο3 σπονδύλου και οστικό τεμάχιο τριγωνικού σχήματος, με σκληρυντικά όρια. Αντίστοιχη τριγωνική οστική αλλοίωση αναγνωρίζεται στο πρόσθιο κάτω τμήμα του σώματος του Ο3 σπονδύλου.

Εικόνα 1. Υ.Τ. ΟΜΣΣ σε εγκάρσιο επίπεδο: Λύση της οστικής συνέχειας στην πρόσθια παρυφή του Ο3 σπονδύλου, με σκληρυντικά όρια

Τα σκληρυντικά όρια στις παρυφές των βλαβών, η μεγάλη απόσταση των οστικών τεμαχίων μεταξύ τους και οι ανώμαλες παρυφές των επιφανειών των βλαβών οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για limbus vertebrae (περιφερική ενδοσπονδυλική κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου).

Εικόνα 2. Υ.Τ ΟΜΣΣ σε οβελιαίο επίπεδο: Τριγωνικές οστικές αλλοιώσεις στο πρόσθιο άνω τμήμα και το πρόσθιο κάτω τμήμα του Ο3 σπονδύλου



Εικόνα 3. Τρόπος δημιουργίας των διάφορων ειδών ενδοσπονδυλικής κήλης

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Limbus vertebra ονομάζεται μια ανωμαλία της παρυφής του σώματος του σπονδύλου. Αφορά στην παρουσία ενός μικρού οστικού τεμαχίου περιφερικά του σπονδυλικού σώματος, συχνότερα στο πρόσθιο άνω τμήμα, λιγότερο συχνά στο κατώτερο όριο και σπανιότατα στο οπίσθιο τμήμα του, και τις περισσότερες φορές εντοπίζεται στη μεσότητα της οσφυϊκής μοίρας.
Το οστικό αυτό τεμάχιο αναπαριστά μη συνοστεωμένο τεμάχιο της δακτυλιοειδούς απόφυσης του προσβεβλημένου σπονδύλου, το οποίο διαχωρίστηκε από την υπόλοιπη δακτυλιοειδή απόφυση εξαιτίας κήλης του πηκτοειδούς πυρήνα του γειτονικού μεσοσπονδύλιου δίσκου. Το τεμάχιο αυτό αρχικά είναι χόνδρινο και στη συνέχεια οστεοποιείται, οπότε και απεικονίζεται εύκολα στις πλάγιες απλές ακτινογραφίες της σπονδυλικής στήλης.

Κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, η περιφερική ενδοσπονδυλική κήλη, μπορεί να παρουσιαστεί με την εικόνα του χρόνιου πόνου φλεγμονώδους χαρακτήρα.
Σε μεγαλύτερες ηλικίες αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα.

Η Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει μεταξύ περιφερικής ενδοσπονδυλικής κήλης και κατάγματος του σπονδύλου

Η διάγνωση τίθεται είτε με απλή ακτινογραφία ή/και Υ.Τ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναγνώριση του limbus vertebra είναι σημαντική διότι λανθασμένα μπορεί να εκληφθεί ως κάταγμα σε περιπτώσεις τραυματισμού , ενώ επίσης αποφεύγονται άσκοπες και δαπανηρές διαγνωστικές εξετάσεις , όταν ο ασθενής, παιδικής ή εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζεται με χρόνιο πόνο φλεγμονώδους χαρακτήρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Limbus vertebra. In Diagnostic Imaging Spine, Ross JS, Brant - Zawadzki M, Moore KR, Crim J, Chen MA, Katzman GL, Friesens: Canada, 2004;I.1.82-I.1.85.
2. Henales V, Hervás JA, López P, Martínez JM, Ramos R, Herrera M. Intervertebral disc herniations (limbus vertebrae) in pediatric patients: report of 15 cases. Pediatric Radiology 1993;23:608-610.
3. Huang P-Y, Yeh L-R, Tzeng W-S, Tsai M-Y, Shih T.T-F, Pan H-B, Chen C. K-H. Imaging features of posterior limbus vertebrae. Clinical Imaging 2012;36(6):797-802.
4. Limbus vertebrae: Απεικονιστική διερεύνηση, Ε. Π. Καρίκη, Δ. Παναγιωτίδου, Κ. Βασιλειάδης, Α. Θεοδωρακόπουλος, Ι. Κοτσαμπασοπούλου, Ν. Κοτζιαμάνη, Hellenic Journal of Radiology, Τόμος 45, (1):39-45, 2014

Poster Template Designed by Genigraphics ©2012
1.800.790.4001 www.genigraphics.com

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Άσκηση και οστεοπόρωση σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Μαστραντωνάκης Κ. Πετράκη Ε. Γαρμπή Α. Ιωαννίδου Ε. Βεργάκης Ν. Καλογριδάκη Μ. Τραγάρης Θ. Ανυφαντάκης Ι. Χριστογιάννης Χ. Ανδρεαδάκης Α. Δασκαλογιαννάκης Ε. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ορθοπεδική Κλινική

Η νόσος της οστεοπόρωσης τα τελευταία χρόνια εξελίσσεται τόσο ραγδαία που εκτιμάται ότι έως το 2020 στην Αμερική θα νοσούν περίπου 61 εκατομμύρια άνθρωποι. Πρόκειται για μια ασυμπτωματική νόσο κι ως εκ τούτου δεν καθίσταται εφικτή η έγκαιρη διάγνωσή της. Έχει στατιστικά δε καταγραφεί ότι ποσοστό 10% των ασθενών που πάσχουν από ένα οστεοπορωτικό κάταγμά, αποβιώνουν. Η άσκηση είναι μια αποτελεσματική, μη φαρμακευτική παρέμβαση για την προστασία της οστικής πυκνότητας και σημαντικότερα, βελτιώνει την ισορροπία και τη φυσική κατάσταση στις μετεμμυνοπαυσικες γυναίκες με οστεοπενία η/και οστεοπόρωση.

Η επίδραση της φόρτισης στα οστά

Οι χαμηλού επιπέδου παραμορφώσεις προκαλούν οστική απώλεια, οι μεγαλύτερες διατηρούν την οστική πυκνότητα, ενώ οι πολύ μεγάλες βλάπτουν ή προκαλούν κατάγματα (πίνακας 1)

Strain: μονάδα μέτρησης φόρτισης στα οστά

Βασιζόμενοι στην διεθνή βιβλιογραφία, δυο συγκεκριμένες ομάδες άσκησης φαίνεται να μονοπωλούν το ενδιαφέρον των εκάστοτε ερευνητών για την επίδραση της άσκησης στην οστική πυκνότητα, η αερόβια και η αναερόβια άσκηση. Δυστυχώς, λιγοστές μελέτες υπάρχουν που να συγκρίνουν απευθείας τα δυο παραπάνω είδη, καθώς σχεδόν όλες οι έρευνες εστιάζουν είτε μόνο στο ένα είδος είτε στον συνδυασμό τους.[1]

Οι περισσότερες από τις συγκριτικές μελέτες που έχουν γίνει υποδεικνύουν ότι οι ασκήσεις αντίστασης (αναερόβια άσκηση) επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στην αύξηση ή στην διατήρηση της οστικής μάζας σε σχέση με την αερόβια άσκηση. Συγκεκριμένα, σε μια αρκετά μεγάλη μελέτη με 3.310 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 69 έτη, οι Turner και συν (2002) αποκάλυψαν οι γυναίκες που πρώτιστος ασχολούνταν με την κηπουρική και ασκήσεις με βάρη είχαν αρκετά υψηλότερη οστική πυκνότητα από αυτές μου ασχολούνταν με το χορό, το περπάτημα ή άλλες μορφές αερόβιας άσκησης.2 Επίσης, η ερεύνα των Kerr και συν (2001), καταλήγει σε παρεμφερή αποτελέσματα, με αύξηση της οστικής πυκνότητας κατά 1,1% στην ομάδα ασκήσεων αντίστασης έναντι στην ομάδα αερόβιας άσκησης, οπου παρατηρήθηκε μείωση της οστικής πυκνοτητας [3].

Τα γενικότερα αποτελέσματα μελετών πάνω στις αλλαγές του οστού, βάση της άσκησης είναι αντιφατικά.4-5 Η ένταση της άσκησης φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή της οστικής μάζας. Προγράμματα με μέση η/και υψηλή ένταση φανερώνουν μεγαλύτερα πλεονεκτήματα στην αύξηση της οστικής μάζας του ισχίου. Γενικότερα όμως, βάση της καλύτερης φυσικής κατάστασης αποφεύγονται σημαντικά οι κίνδυνοι πτώσεως και καταγμάτων. 6-8

	Day 2	Day 22	Day 30	Day 59
Exercise Effects	↑Serum Ca, P		↑Serum Ca	
	↓Bone Turnover (*CTX, PINP*)			
				↑Cortical Bone (*vTMD*)
		↑Structural Properties (*Ultimate Deformation*)		↑Structural Properties (*Yield Force, Ultimate Force, Yield Deformation, Pre-Yield Work*)
				↑Tissue Properties (*Yield Strain, Pre-Yield Toughness*)
Diet Effects	↑Serum Ca, P		↑Serum Ca	↑Serum Ca
		↑Cortical Bone (*TMC, Area*)		↑Cortical Bone (*TMC, Area, Moment of Inertia, vTMD*)
				↑Structural Properties (*Yield Force, Ultimate Force, Stiffness, Pre-Yield Work*)
Diet x Exercise Interaction	Bone Turnover (*PINP/CTX*)	Tissue Properties (*Ultimate Stress*)		

Exercise increased serum mineral supply and decreased serum CTX and PINP on day 2, and was associated with increases in vTMD and structural-level mechanical properties on day 59. Supplemented diet was associated with serum Ca and cortical bone geometry measurements at all time points studied, and the diet was associated with increased structural-level mechanical properties on day 59. Diet and exercise had an interactive effect on bone metabolism on day 2 and on tissue-level strength on day 22.

doi:10.1371/journal.pone.0151995.t003

Friedman MA, Bailey AM, RondonMJ, McNerny EM, Sahar ND, Kohn DH. (2016). Calcium- and phosphorus-supplemented diet increases bone mass after short-term exercise and increases bone mass and structural strength after long-term exercise in adult mice

Η συχνότητα των πτώσεων σε ηλικιωμένα άτομα συνδυάζεται με την αδυναμία των κάτω άκρων, την αστάθεια και την αδυναμία βάδισης, οπότε δεδομένων αυτών, η άσκηση κατακτά σοβαρή θέση στα προγράμματα οστεοπόρωσης. Η οστεογεννική ανταπόκριση ενεργοποιείτε πλήρως κατά τη διάρκεια παρατεταμένων φορτίων και περισσότερης φυσικής άσκησης. Έτσι, η βελτίωση της λειτουργικής άσκησης θα αύξανε κατευθείαν τα μηχανικά φορτία που καταβάλλονται καθημερινά με τη φυσική δραστηριότητα και της συνηθισμένες μυϊκές συσπάσεις. Αυτά με τη σειρά τους επηρεάζουν θετικά το μέγεθος και την εσωτερική δομή του οστού. 9

Το 30% του γενικού πληθυσμού άνω των 55 ετών πέφτουν κάθε χρόνο, με τις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες να παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συσχετιζόμενων καταγμάτων με τις πτώσεις και όπου σχετίζονται άμεσα με διαταραχές ισορροπίας και μυϊκής αδυναμίας συνδυαζόμενα με οστεοπενία και οστεοπόρωση.10 Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν την άσκηση καταλήγουν στο ότι οι συμμετάσχουσες παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά ρίσκου πτώσης και πτώσεων. Η άσκηση βελτιώνει σημαντικά την δύναμη των άκρων, του κορμού αλλά και την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, τα οποία είναι προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στις πτώσεις και τα συσχετιζόμενα κατάγματα. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί η ευεργετική δράση της τακτικής άσκησης στην ισορροπία, το νευρομυϊκό συντονισμό, τη μυϊκή ισχύ, τον χρόνο αντίδρασης στα ερεθίσματα, καθώς και τις αντανακλαστικές κινήσεις προστατευτικής αντίδρασης κατά την πτώση, αφού οι πτώσεις αποτελούν συχνό αίτιο πρόκλησης οστεοπορωτικών καταγμάτων.

Με άλλα λόγια, η άσκηση είναι ωφέλιμη και παρουσιάζει την τάση να μειώνει τον κίνδυνο πτώσεως ταυτόχρονα με την ευεργετική δράση πάνω στην οστική μάζα και την βελτίωση της οστικής δύναμης.11

Αναφορές

1. Χριστογιάννης Ι., Ιωάννου Λ., Μητσιοκάπα Ε., Μαυρογένης Α. & Παπαγγελόπουλος Π. (2013). Οστεοπόρωση και άσκηση. *EXOT*, τόμος 64, (2):62-70
2. Turner L. Bass M. Ting L. Brown B. (2002). Influence of yard work and weight training on bone mineral dencity among older U.S. women. *J Women Aging.* 14(3-4):139-48.
3. Kerr D., Ackland T.,Maslen B., Morton A., Prince R. (2001). Resistance training over 2 years increases bone mass in calcium-replete postmenopausal women. *J Bone Miner Res.,* 16(1):175-81.
4. Friedman MA, Bailey AM, RondonMJ, McNerny EM, Sahar ND, Kohn DH. (2016). Calcium- and phosphorus-supplemented diet increases bone mass after short-term exercise and increases bone mass and structural strength after long-term exercise in adult mice. *PLoS One* 11:e0151995.
5. Klentrou P, Slack J, Roy B, Ladouceu M. (2007). Effects of exercise training with weighted vests on bone turnover and isokinetic strength in postmenopausal women. J *Aging Phys Act* 15:287–299.
6. Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, Stone K, Fox KM, Ensrud KE, et al. (1995). Risk factors for hip fracture in white women. Study of osteoporotic fractures research group. *N Engl J Med* 332:767–773.
7. Smee DJ, Anson JM, Waddington GS, Berry HL. (2012). Association between physical functionality and falls risk in community-living older adults. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2012:864516.
8. Yokoya T, Demura S, Sato S. (2009). Three-year follow-up of the fall risk and physical function characteristics of the elderly participating in a community exercise class. *J Physiol Anthropol* 28:55–62.
9. Turner CH, Robling AG. (2003). Designing exercise regimens to increase bone strength. *Exerc Sport Sci Rev* 31:45–50.
10. Liu-Ambrose T, Khan KM, Eng JJ, Janssen PA, Lord SR, McKay HA. (2004). Resistance and agility training reduce fall risk in women aged 75 to 85 with low bone mass: a 6-month randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 52:657–665.
11. Wen HT., Huang TH., Li TL Chong PN., Ang BS. (2017). Effects of short-term step aerobics exercise on bone metabolism and functional fitness in postmenopausal women with low bone mass. Osteoporosis Int 28:539–547

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

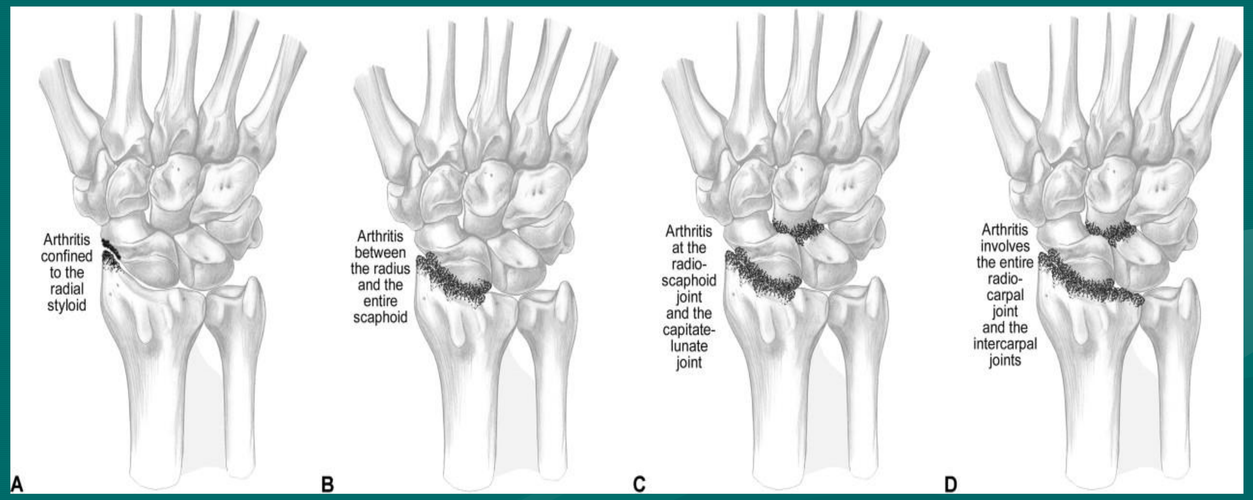
www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της περιφερικής οστεοτομίας της κερκίδας για την θεραπεία της ψευδάρθρωσης του σκαφοειδούς - Παρουσίαση περιστατικού

Μαστραντωνάκης Κ. Γαρμπή Α. Τραγάρης Θ. Βεργάκης Ν. Ανυφαντάκης Ι. Καλογριδάκη Μ. Ποταμίτης Ν. Μιχαιλήδης Δ. Πετράκη Ε. Δασκαλογιαννάκης Ε.
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ορθοπεδική Κλινική

Η ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς οδηγεί σε μεταβολή της εμβιομηχανικής του καρπού με αποτέλεσμα την σταδιακή ανάπτυξη αρθρίτιδας, προκαλεί πόνο , μείωση του εύρους κίνησης της άρθρωσης και σημαντική πτώση της λειτουργικότητας της άκρας χειρός. Οι Watson and Ballet το 1984 [1] ήταν οι πρωτοι που σταδιοποίησαν την κάκωση αυτή ως **SNAC WRIST (Scaphoid Non union Advance Collapse).**
Υπάρχει μια αναμενόμενη σειρά από αρθριτικές αλλαγές που επισυμβαίνουν μετά την ανάπτυξη της ψευδάρθρωσης του σκαφοειδούς και είναι παρόμοιες με αυτές μετά από ρήξη του σκαφομηνοειδούς συνδέσμου (SLAC WRIST).



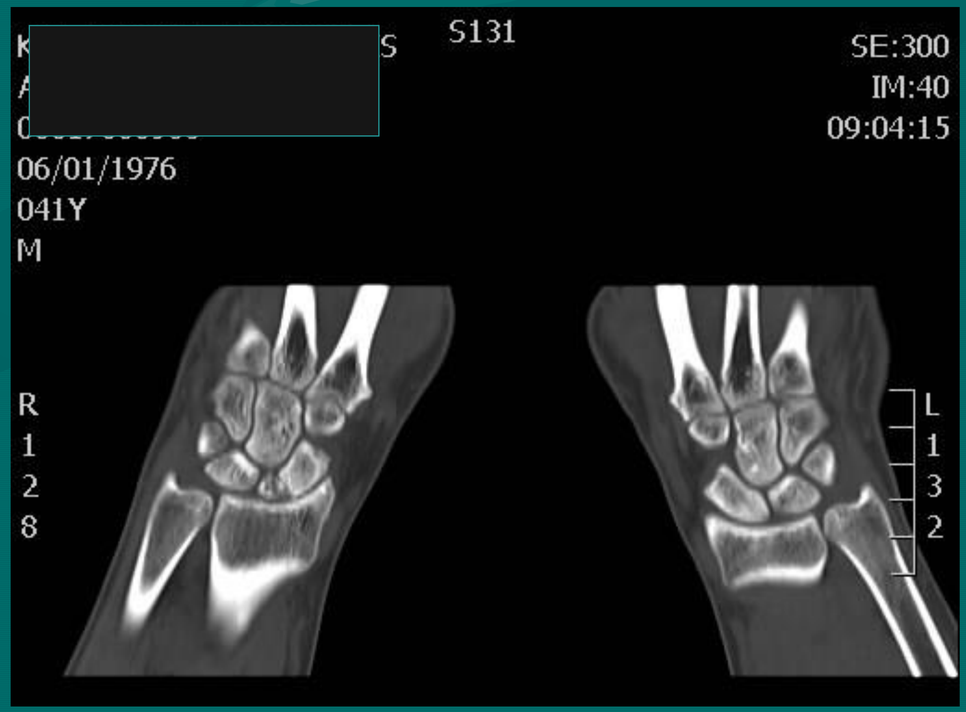
Σταδιοποίηση: Στάδιο 1: Αρθρίτιδα μεταξύ του περιφερικού τεμαχίου του σκαφοειδούς και της κερκίδας [1,2]
Στάδιο 2: Η αρθρίτιδα επεκτείνεται μεταξύ ολόκληρης τις επιφάνειας του σκαφοειδούς και της κερκίδας
Στάδιο 3: Αρθρίτιδα μεταξύ κεφαλωτού και μηνοειδούς
Στάδιο 4 : Αρθρίτιδα κερκιδοκαρπικής άρθρωσης και μεταξύ των οστών του καρπού

Αντιμετώπιση : Η προσπάθεια επανένωσης του σκαφοειδούς όταν οι αρθριτικές αλλοιώσεις έχουν επέλθει έχει πτωχά αποτελέσματα. Υπάρχει πλήθος τεχνικών για την αντιμετώπιση του SNAC WRIST όπως , απονεύρωση, στυλοειδεκτομή με ή χωρίς απονεύρωση, διάφορες αρθροδέσεις καρπού , αφαίρεση του εγγύς στίχου, ενώ σαν θεραπεία διάσωσης χρησιμοποιείται η αρθρόδεση όλου του καρπού. Το 1978, οι Παπαχρήστου Γ. και Γιαννίκας Α. περιέγραψαν την ανοικτή οστεοτομία της περιφερικής κερκίδας για την αντιμετώπιση της προχωρημένης ψευδάρθρωσης του σκαφοειδούς, η οποια είναι μια τεχνική η οποία δεν είναι πολύ δημοφιλής, δεν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις στη διεθνή βιβλιογραφία, ωστόσο με εντυπωσιακά αποτελέσματα όπως βελτίωση του πόνου, του εύρους κίνησης, της λειτουργικότητας του καρπού, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις επετεύχθη πώρωση του κατάγματος [3,4].

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής 41 ετών παρουσιάζεται με χρόνιο άλγος (ΔΕ) καρπού, δυσκαμψία, και μειωμένη συλληπτική ικανότητα (ΔΕ) άκρας χειρός . Από το ιστορικό προκύπτει παραμελημένο τραύμα προ 7ετιας. Από τον ακτινολογικό έλεγχο που διενεργήθηκε διαπιστώνεται παλαιό κάταγμα σκαφοειδούς μη πορωθέν και αρθρίτιδα κερκιδοσκαφοειδούς άρθρωσης (SNAC stage II). Η CT ανέδειξε συντριπτικό κάταγμα κεντρικού πόλου σκαφοειδούς. Κλινικά υπάρχει πόνος και μειωμένο εύρος κίνησης(50 μοίρες), ενώ η δύναμη σύλληψης είναι κατά 50% μειωμένη σε σχέση με το υγείες άκρο. Το Mayo wrist score υπολογίζεται στο 50%.

Τεχνική: Επιμήκης τομή ή δίκην S κατά το κερκιδικό χείλος του αντιβραχίου, ελαφριά προς τη ραχιαία επιφάνεια μήκους 4-5 εκ. Στη συνέχεια παρεκτοπίζεται ο τένοντας του βραχιονοκερκιδικού παλαμιαία και οι τένοντες των εκτεινόντων μυών ράχιαια και παρασκευάζεται το κάτω άκρο της κερκίδας. Απωθούνται με προσοχή οι ραχιαίοι τένοντες και στο επίπεδο που αρχίζουν τα οστεοινώδη έλυτρα και που περίπου αντιστοιχεί στο επίπεδο της κάτω κερκιδωλενικής, γίνεται η οστεοτομία. Η οστεοτομία πραγματοποιείται με δύο οστεοτόμους και αφαιρείται τρίγωνο οστικό τεμάχιο από την κερκίδα που η βάση του έχει μήκος 0.5-1 εκ. και η κορυφή του αντιστοιχεί στο επίπεδο της κάτω κερκιδωλενικής αρθρώσεως. Στη συνέχεια με κερκιδική απόκλιση του χεριού φέρονται σε επαφή οι δυο επιφάνειες και συγκρατούνται με 2 ή 3 Kirschner [5].



Αποτελέσματα

Ο ασθενής αναφέρει βελτίωση του πόνου και της λειτουργικότητας του καρπού από τον 2ο μήνα ενώ κάνει κινήσεις που δεν τις έκανε πριν όπως χαρακτηριστικά αναφέρει. Έξι μήνες μετά το χειρουργείο προσήλθε για επανεξέταση. Αναφέρει ότι η επέμβαση του επέτρεψε να αλλάξει εργασία και πλέον εργάζεται σε κατασκευαστική εταιρία ως εργάτης. Ο πόνος υπάρχει μόνο μετά από έντονη δραστηριότητα (κομπρεσέρ), η κίνηση έχει βελτιωθεί στις 115° ενώ η δύναμη σύλληψης είναι στο 100% σε σχέση με το υγείες άκρο. Το Mayo wrist score υπολογίζεται στο 90%.

Η ανοικτή οστεοτομία της κερκίδας για την θεραπεία της ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς αποτελεί μια εναλλακτική θεραπεία με καλά έως εξαιρετικά αποτελέσματα.

Στην κλινική μας την χρησιμοποιήσαμε σε έναν ασθενή με κάταγμα του κεντρικού πόλου, στον οποίο η προσπάθεια επαναγγείωσης του σκαφοειδούς ήταν αδύνατη. Περισσότερες μελέτες με περισσότερους ασθενείς χρειάζονται για να διευρυνθούν οι ενδείξεις αυτής της τεχνικής και να αποκτήσει μια θέση στην θεραπεία της προχωρημένης ψευδάρθρωσης του σκαφοειδούς στην διεθνή βιβλιογραφία.

Αναφορές:

1. Watson HK, Ballet FL. The SLAC wrist: scapholunate advanced collapse pattern of degenerative arthritis. J Hand Surg Am. 1984;9:358-365
2. Vender MI, Watson HK, Wiener BD, Black DM. Degenerative change in symptomatic scaphoid nonunion. J Hand Surg 1987;12A:514-519.
3. Monreal R. Treatment of Scaphoid Nonunions with Closed-Wedge Osteotomy of the Distal Radius: Report of Six Cases. *Hand (New York, NY)*. 2008;3(2):91-95. doi:10.1007/s11552-007-9073-z.
4. Papachristou G, Giannikas A, Liodakis C. Management of painful pseudarthrosis of the carpal scaphoid bone with closed wedge osteotomy of the distal radius: a prospective study with long-term follow-up. Rev Chir Orthop Répar Appar Mot 2004;90:714–21.
5. Λιοδάκης Κ. Η σφηνοειδής οστεοτομία του κάτω πέρατος της κερκίδος στη θεραπεία της επώδυνης ψευδάρθρωσης του σκαφοειδούς. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). 1982.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

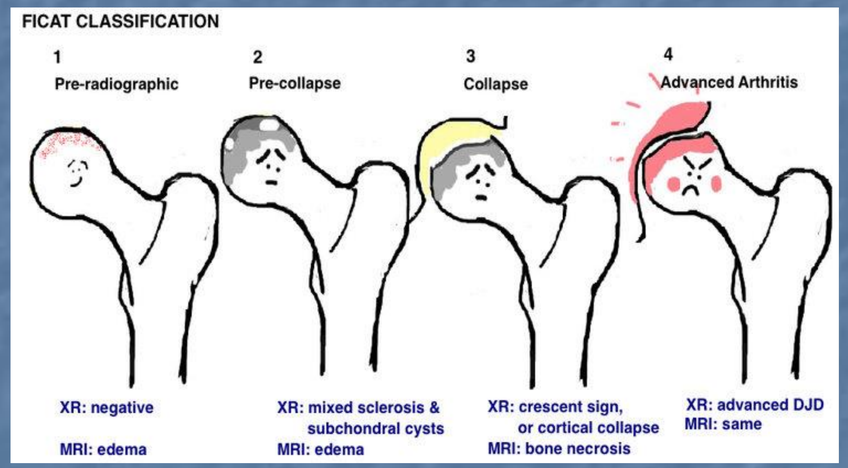
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Η χρήση των ήλων Τανταλίου για την θεραπεία της άσηπτης νέκρωσης του ισχίου. Παρουσίαση δυο περιστατικών

Δασκαλογιαννάκης Ε. Μαστραντωνάκης Κ. Γαρμπή Α. Τραγάρης Θ. Ασκοξυλάκης Ε. Πετράκη Ε. Χριστογιάννης Χ. Βεργάκης Ν. Μιχαηλίδης Δ. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ορθοπεδική Κλινική

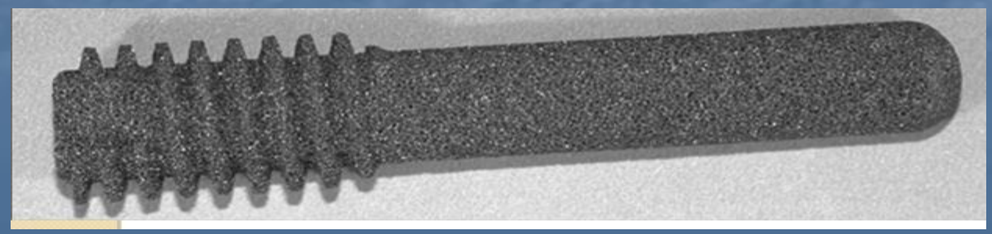
Η οστεονέκροση του ισχίου είναι μια πάθηση που χαρακτηρίζεται από διακοπή της αιματικής ροής σε περιοχές της μηριαίας κεφαλής η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τον κατακερματισμό της αρθρικής επιφάνειας και τελικά την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας. Σύμφωνα με στατιστικά , κάθε χρόνο στις Ηνωμένες πολιτείες παρουσιάζονται 20,000 καινούριες περιπτώσεις, ενώ αποτελεί την αιτιοπαθογένεια του 10% των αρθροπλαστικών[1]. Τυπικά εμφανίζεται σε νέους δραστήριους ασθενείς μεταξύ 20 και 40 ετών , ενώ κλινικά παρατηρείται σταδιακή μείωση της λειτουργικότητας και πόνος.

Η πάθηση περναει από 4 στάδια σύμφωνα με την κατάταξη Ficat.



Η θεραπεία αυτής της πάθησης εξαρτάται από κάποιες παραμέτρους όπως το στάδιο της νόσου, η ηλικία του ασθενούς, το είδος της εργασίας του , η αιτιοπαθογένεια, η πιθανή αμφωτερόπλευρη προσβολή και η γενική του κατάσταση. Βασιζόμενοι στα παραπάνω οι επιλογές θεραπείας μπορεί να είναι συντηρητικές, όπως η μη φόρτιση του άκρου σε συνδυασμό με ασκήσεις, θεραπεία με μαγνητικό πεδίο και θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο. Στις χειρουργικές μεθόδους θεραπείας περιλαμβάνονται οι τρυπανισμοί , η θεραπεία με αγγειούμενο αυτομόσχευμα περόνης, ενώ αρκετά χρόνια τώρα έχει παρουσιαστεί η θεραπεία με τοποθέτηση διαυχενικού ήλου Τανταλίου.

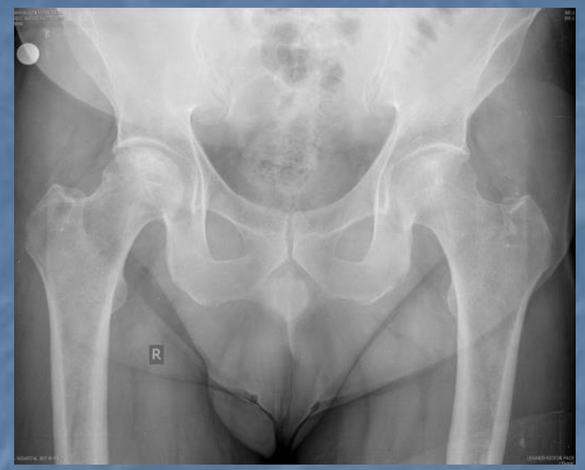
Το ταντάλιο είναι ένα βιοσυμβατό μέταλλο με ισχυρή οστεοπαραγωγικές ιδιότητες. Έτσι με την μορφή διαυχενικού ήλου μπορεί να τοποθετηθεί στον αυχένα του μηριαίου προσφέροντας μηχανική στήριξη στην αρθρική επιφάνεια, διεγείροντας την οστεοπαραγώγη και διακόπτοντας την επαφή μεταξύ νεκρωτικού και υγιούς οστού ευνοεί την νεοαγγείωση [2-4]. Το ποιο σημαντικό είναι να τοποθετηθεί ο ήλος ακριβώς κάτω από την βλάβη και αυτό προϋποθέτει την διενέργεια αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας και προσεκτικό προεγχειρητικό σχεδιασμό.

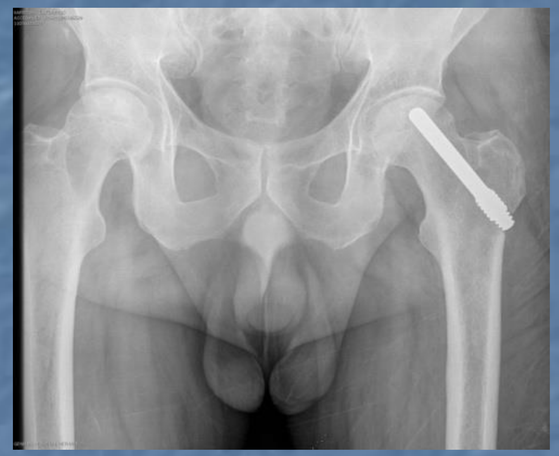


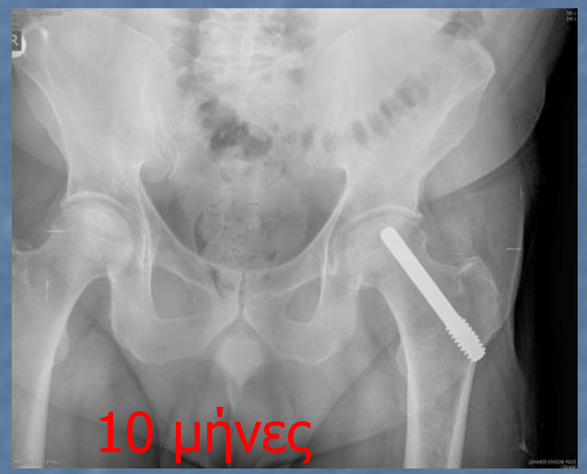
Περιστατικό 1

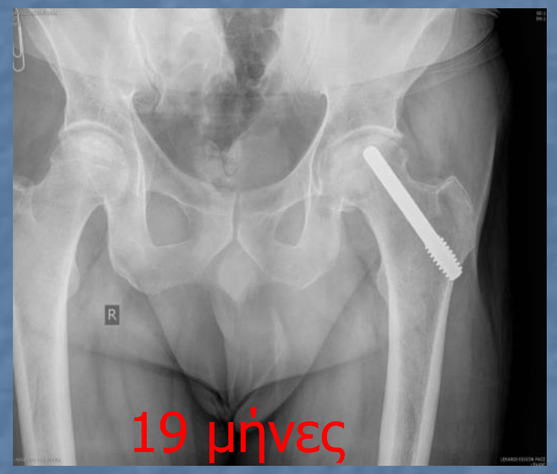
Ασθενής 49 ετών παρουσιάζεται με πόνο στο ισχίο και μείωση του εύρους κίνησης από 6μηνου. Το HHS ελέγχεται 42. Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώνεται οστεονέκρωση της (AP) μηριαίας κεφαλής III βαθμού κατά Ficat.

Στις 19-05-2016 χειρουργήθηκε με την τεχνική της τοποθέτησης διαυχενικού ήλου τανταλίου. Μετά το χειρουργείο διενεργήθηκε μετεγχειρητική ακτινογραφία και αφαιρέθηκαν τα ράμματα σε 11 ήμερες. Έπειτα έγινε τακτική παρακολούθηση έλεγχος του πόνου και της λειτουργικότητας για 6 μήνες. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής δεν φόρτιζε πλήρως το σκέλος. Είδη από τον 2 μήνα υπάρχει σταδιακή μείωση του πόνου ενώ το HHS είναι 85 στους 6 μήνες. Ο ασθενής παρακολουθήθηκε για διάστημα 19 μηνών από το χειρουργείο. Μέχρι σήμερα ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση του πόνου και της λειτουργίας του παρά το γεγονός ότι η αρθρική επιφάνεια του ισχίου παρουσιάζει καθίζηση στον ακτινολογικό έλεγχο



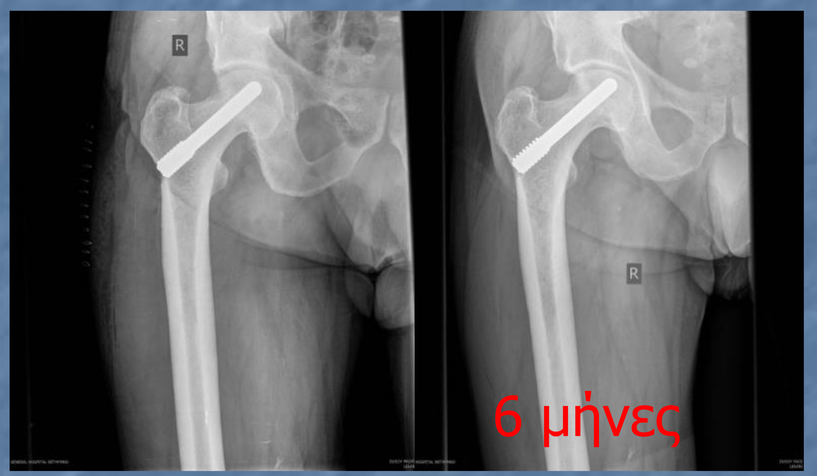


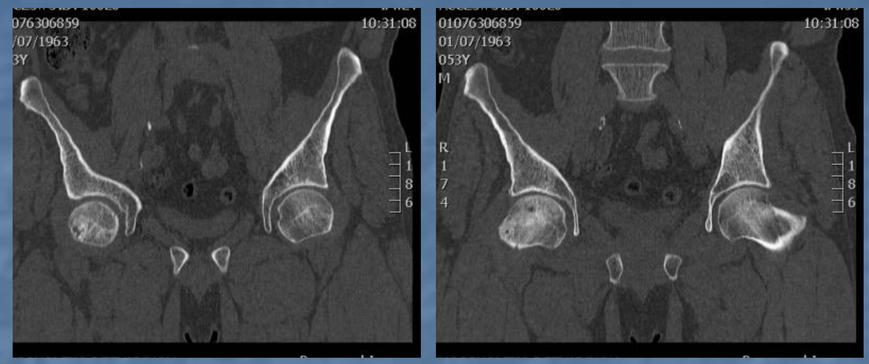




Περιστατικό 2

Ασθενής 54 ετών παρουσιάζεται με άλγος ΔΕ ισχίου από 6μηνου. Το HHS υπολογίζεται στο 48 . από τον ακτινολογικό έλεγχο δεν παρατηρείται εικόνα καθίζησης της αρθρικής επιφάνειας. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία στην οποία ανευρίσκεται οστεονέκρωση μηριαίας κεφαλής I βαθμού κατά Ficat. Στις 15-06-2017 χειρουργήθηκε με τεχνική διαυχενικής τοποθέτησης ήλου Τανταλίου. Διενεργήθηκε μετεγχειρητική ακτινογραφία και αφαιρέθηκαν τα ράμματα μετά από 11 ήμερες. Ο ασθενής παρακολουθήθηκε σε τακτική βάση για 8 μήνες. Στην επανεξέταση στους 6 μήνες υπάρχει μεγάλη βελτίωση του πόνου ενώ το HHS υπολογίζεται στο 90.





Ο ήλος τανταλίου είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται στα αρχικά στάδια της οστεονέκρωσης του ισχίου, πριν τον κατακερματισμό της αρθρικής επιφάνειας[5]. Εμείς χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο σε έναν ασθενή σε αρχικό στάδιο με εξαιρετικά αποτελέσματα και σε έναν ασθενή ο οποίος ήταν σε στάδιο III με καλά αποτελέσματα. Θεωρούμε ότι η τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ποιο προχωρημένο στάδιο της νόσου επιβραδύνοντας την εξέλιξη της και κερδίζοντας χρόνο προς την ολική αρθροπλαστική.

Αναφορές:

1. Mankin HJ. Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis). N Engl J Med 1992; 326: 1473- 1479 [PMID: 1574093 DOI: 10.1056/NEJM199205283262206
2. Christie MJ (2002) Clinical applications of Trabecular Metal. Am science. Am J Orthop 31(4):219–20
3. Cohen R (2002) A porous tantalum trabecular metal: basic J Orthop 31(4):219–20
4. Tsao AK, Roberson JR, Christie MJ, Dore DD, Heck DA, Robertson DD, Poggie RA (2005) Biomechanical and clinical evaluations of a porouw tantalium implant for the treatment of early – stage osteonecrosis. J Bone Joint Surg Am 87(Suppl 2):22-
5. Aldegheri R, Taglialavoro G, Berizzi A. The tantalum screw for treating femoral head necrosis: rationale and results. *Strategies in Trauma and Limb Reconstruction*. 2007;2(2):63-68. doi:10.1007/s11751-007-0021-9.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

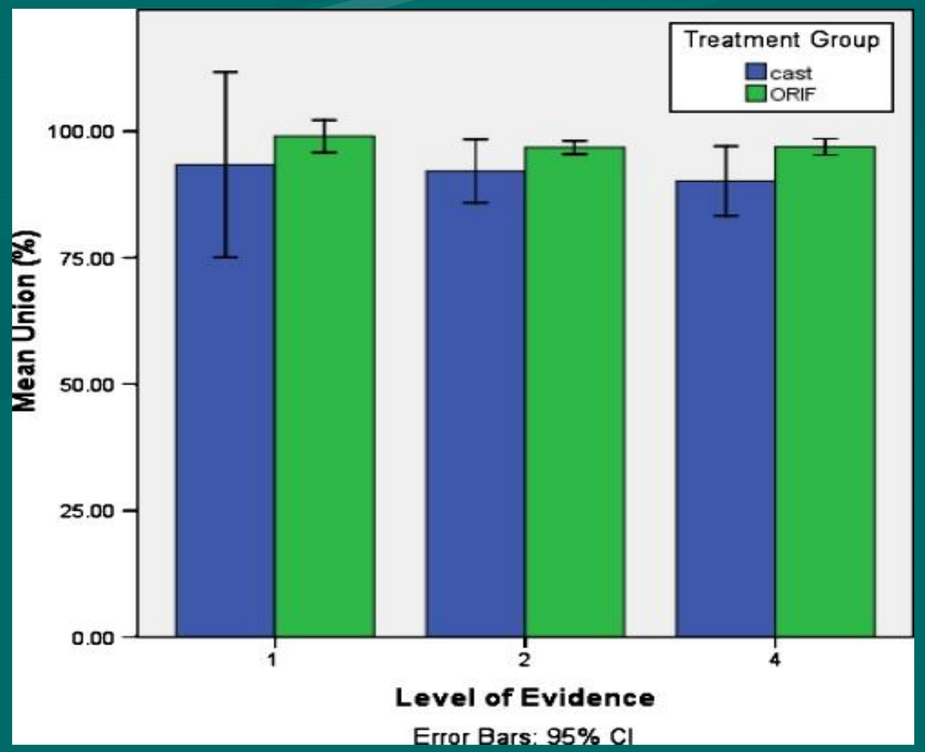
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Κατάγματα περιφερικής κερκίδας με ταυτόχρονο κάταγμα σκαφοειδούς. Μια σπάνια κάκωση

Μαστραντωνάκης Κ. Καλογριδάκη Μ. Γαρμπή Α. Ανδρεαδάκης Α. Χριστογιάννης Χ. Ποταμίτης Ν. Ασκοξυλάκης Ε. Ανυφαντάκης Ι. Πετράκη Ε. Δασκαλογιαννάκης Ε. Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ορθοπεδική Κλινική

Τα κατάγματα περιφερικής κερκίδας σε συνδυασμό με κάταγμα σκαφοειδούς είναι εξαιρετικά σπάνιες κακώσεις που συμβαίνουν κυρίως μετά από πτώση από ύψος με το χέρι σε έκταση. Το κάταγμα της περιφερικής κερκίδας είναι σχεδόν πάντα ενδαρθρικά , ενώ τα κατάγματα του σκαφοειδούς εντοπίζονται κυρίως στον αυχένα και στον περιφερικό πόλο. Υπάρχει διαφοροποίηση των απόψεων σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των σύνθετων κακώσεων σε διαφορετικές σειρές. Κάποιοι προτείνουν ότι η απλή ακινητοποίηση με νάρθηκα είναι αρκετή για το κάταγμα του σκαφοειδούς και επικεντρώνονται στη θεραπεία της περιφερικής κερκίδας[1-4], ενώ άλλοι θεωρούν ποιο σημαντική την εσωτερική οστεοσύνθεση του σκαφοειδούς για την αποφυγή παρεκτόπισης[3-5].

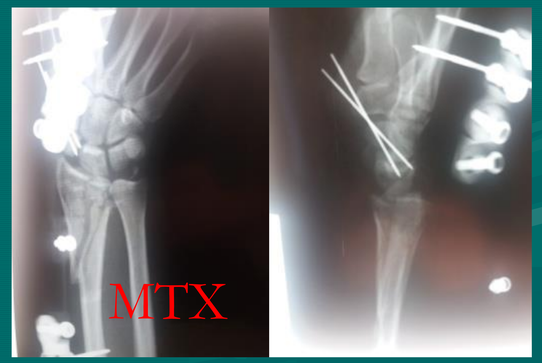
Τα κατάγματα σκαφοειδούς ιστορικά αντιμετωπίζονταν κυρίως με ακινητοποίηση σε νάρθηκα .Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση προς την χειρουργική αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων λόγο της δυσκαμψίας που επισυνέβαινε, μετά από την απαιτουμένη μακροπρόθεσμη ακινητοποίηση [6]. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες που συγκρίνουν την χειρουργική με την συντηρητική αντιμετώπιση με την πρώτη να υπερισχύει ελαφρά ως προς την επίτευξη πόρωσης [διάγραμμα 1]. Παρόλα αυτά υπάρχει σημαντική αδυναμία στη διεθνή βιβλιογραφία λόγο των ελλειπών στοιχείων και την ποιότητα των δημοσιευμένων μελετών, για το ποια από τις δυο θεραπείες έχει τα καλύτερα αποτελέσματα [7].



Μεταξύ Ιουνίου του 2006 και Νοεμβρίου του 2017 τρεις ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Κλινική μας λόγο κατάγματος περιφερικής κερκίδας με σύνοδο κάταγμα σκαφοειδούς. Η ηλικία των ασθενών ήταν κατά μέσο όρο 51 έτη, το άκρο ήταν το επικρατούν, όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες ενώ η κάκωση χαρακτηρίστηκε ως εργατικό ατύχημα και στις τρεις περιπτώσεις.

Το κάταγμα περιφερικής κερκίδας ήταν ενδαρθρικό και στους τρεις ασθενείς με παρεκτόπιση άνω των 2mm, ενώ το κάταγμα του σκαφοειδούς ήταν στον αυχένα στους δυο ασθενείς και περιφερικού πόλου στον ένα. Αξονική τομογραφία διενεργήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση επιλέχτηκε στα κατάγματα σκαφοειδούς με παλαμιαία προσπέλαση , η σταθεροποίηση έγινε με βίδα Herbert στους 2 ασθενείς και με βελόνες kirschner στον ένα. Στα κατάγματα περιφερικής κερκίδας επιλέχτηκε συντηρητική αντιμετώπιση στον ένα ασθενή , παλαμιαία πλάκα στον δεύτερο και εξωτερική οστεοσύνθεση στον τρίτο.

Περιστατικό 1



Περιστατικό 2

Περιστατικό 3

Αποτελέσματα: Ο χρόνος παρακολούθησης διήρκησε από 6 μήνες μέχρι 10 χρόνια. Όλα τα κατάγματα πορώθηκαν , χωρίς να χρειαστεί επιπλέον παρέμβαση. Κανένας από τους ασθενείς δεν ανέπτυξε επιπλοκή όπως φλεγμονή, κάκωση νεύρων ή τενόντων και CRPS. Και οι τρεις ασθενείς αξιολογηθήκαν με βάση τον πόνο ενώ γινόταν καταγραφή του Mayo wrist score σε κάθε επίσκεψη. Στο τέλος της παρακολούθησης όλοι είχαν βαθμολογία πάνω από 90 το όποιο κρίνεται ως εξαιρετικό αποτέλεσμα, ενώ πόνος υπήρχε μόνο στους 2 ασθενείς μετά από έντονη δραστηριότητα.

Ασθενής	Ηλικία	Μηχαν. κάκωσης	Επάγγελμα	Επικρ. άκρο	Mws 6μηνες	Mws 12μηνες	Mws 2χρ.	Χρόνος παρακολ.
ΚΝ	35	Πτώση από ύψος	Οδηγός		50	70	90	10 χρόνια
ΣΓ	60	Πτώση από ύψος	Ηλε/γος		100	100		1 χρόνος
ΠΗ	58	Πτώση από ύψος	Εργάτης		90			6 μήνες

Τα κατάγματα περιφερικής κερκίδας με ταυτόχρονο κάταγμα σκαφοειδούς είναι εξαιρετικά σπάνιες κακώσεις με αμφιλεγόμενη μέθοδο θεραπείας. Εμείς αντιμετωπίσαμε τρεις τέτοιες περιπτώσεις σε διάστημα 10 ετών . Σε όλους τους ασθενείς δώσαμε έμφαση στην ανοικτή ανάταξη και σταθεροποίηση του σκαφοειδούς. Δεδομένου ότι η συντηρητική αντιμετώπιση των καταγμάτων του σκαφοειδούς απαιτεί μακρά ακινητοποίηση, έως και 3 μήνες , θεωρούμε ότι με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα , ταχύτερη επιστροφή στην εργασία και αποφυγή δυσκαμψίας στον καρπό.

1. Rutgers M, Mudgal CS, Shin R. Combined fractures of the distal radius and scaphoid. J Hand Surg Eur Vol. 2008;33(4):478–483
2. Hove LM (1994) Simultaneous scaphoid and distal radial fractures. J Hand Surg Br 19(3): 384- 387**.**
3. Trumble TE, Benirschke SK, Vedder NB (1993) Ipsilateral fractures of the scaphoid and radius. J Hand Surg Am 18(1): 8-14.
4. Oskam J, Graaf JSD, Klasen HJ (1996) Fractures of the distal radius and scaphoid. J Hand Surg Br 21(6): 772-774.
5. Richards RR, Ghose T, McBroom RJ(1992) Ipsilateral fractures of the distal radius and scaphoid treated by Herbert screw and external skeletal fixation. Clin Orthop Relat Res (282): 219-221.
6. Bond CD, Shin AY, McBride MT, Dao KD. Percutaneous screw fixation or cast immobilization for nondisplaced scaphoid fractures. J Bone Joint Surg Am. 2001;83A(4):483–8.
7. Suh N, Benson EC, Faber KJ, MacDermid J, Grewal R. Treatment of acute scaphoid fractures: a systematic review and meta-analysis. *Hand (New York, NY)*. 2010;5(4):345-353. doi:10.1007/s11552-010-9276-6.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Περίπτωση Οξέως Αιμορραγικού Οιδήματος της Βρεφικής Ηλικίας Ή άτυπης πορφύρας Henoch-Schönlein;Ένας κλινικός προβληματισμός.

Μ. Βατσολάκη[1] Π.Νεονάκη[2] Ν.Σαβράμη[3]

[1] Ειδικευόμενη παιδιατρικής ,[2] Επιμελήτρια Α' Παιδίατρος, [3] Διευθύντρια ,Παιδιατρικής Κλινικής Ρεθύμνου

Περιγραφή περίπτωσης

Κορίτσι 4 ετών,Συριακής καταγωγής, προσκομίζεται στο ΤΕΠ της παιδιατρικής, λόγω συνεχούς έκθυσης δερματικών βλαβών από διημέρου, με συνοδό οίδημα άκρων ποδών και άκρων χειρών. Απύρετη, χωρίς κνησμό, χωρίς άλγος αρθρώσεων. Από το πρόσφατο ατομικό αναμνηστικό της αναφέρεται εμπύρετο προ δεκαημέρου διάρκειας ενός 24ώρου.Χωρίς πρόσφατο εμβολιασμό ή λήψη φαρμάκων.

Αντικειμενική εξέταση

Δέρμα

Ποικιλία δερματικών βλαβών από βλατίδες, πλάκες, πομφούς με κεντρική αιμορραγική βλάβη δίκην στόχου και εκχυμώσεις διαφόρων μεγεθών.Οι βλάβες εξελίσσονται χρονικά από υπεραιμικές βλατίδες,σε πομφούς δίκην στόχου και εκχυμώσεις με συνοδό οίδημα πέριξ μαλακών μορίων. Δεν συνοδεύονται από κνησμό. Είναι ανώδυνες. Άρχονται από τα άκρα και επεκτείνονται κεντρικότερα.

Οίδημα άκρων χειρών και άκρων ποδών ιώδους χροιάς. Χωρίς κλινικά σημεία αρθρίτιδας.

Λοιπά συστήματα χωρίς ευρήματα.

Πορεία

Έλαβε συστηματικά αντιϊσταμινική αγωγή και μεθυλπρενδιζολόνη.Παρέμεινε απύρετη με σταδιακή υποχώρηση των οιδημάτων και των εξανθημάτων εντός 2 εβδομάδων. Κατά το 3μηνο follow-up δεν παρουσίασε νέες αιμορραγικές βλάβες ή παθολογία εκ των λοιπών συστημάτων, πλην της εμμένουσας μικροσκοπικής αιματουρίας.

Η διαφορική μας σκέψη:

Πορφύρα Henoch-Schönlein

Οξύ αιμορραγικό οίδημα της βρεφικής ηλικίας

Αγγειϊτιδα υπερευαισθησίας

Πρωτοπαθείς αγγειϊτιδες (π.χ κοκκιωμάτωση Wegener)

Μικροσκοπική πολυαγγειϊτιδα

Σ. Chung-Strauss

Β'παθής αγγειϊτιδα(π.χ σε ΣΕΛ, ηπατίτιδα Β,C)

Σπάνιες στον παιδιατρικό πληθυσμό

Περιστατικό παιδιατρικής κλινικής ΓΝΡ 2018

Παρακλινικός έλεγχος

Εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος και βιοχημικό, έλεγχο πηκτικότητας, ανοσολογικό έλεγχο,ακτινογραφία θώρακος, αιμοσφαιρίνη κοπράνων και προσδιορισμό επιπέδων ASTO,με φυσιολογικές για την ηλικία τιμές. Ανάλυση ούρων με μικροσκοπική αιματουρία-RBC ως 7-8 κοπ,-χωρίς πρωτεϊνουρία.

Συζήτηση

Το Οξύ Αιμορραγικό Οίδημα της Βρεφικής Ηλικίας (AHEI) αποτελεί σπάνια λευκοκυτταροκλαστική αγγειϊτιδα,συχνότερη σε ηλικίες 4-24 μηνών.Η κλινική εικόνα με τις πορφυρικές βλάβες του δέρματος και το περιφερικό οίδημα είναι οξεία, όμως η άριστη γενική κατάσταση του παιδιού είναι χαρακτηριστική. Εκδηλώσεις από τα λοιπά συστήματα είναι σπάνιες. Οι βλάβες είναι αυτοπεριοριζόμενες και η πρόγνωση άριστη.

Η πορφύρα Henoch-Schönlein(HSP) είναι η συχνότερη συστηματική αγγειϊτιδα της παιδικής ηλικίας.Χαρακτηρίζεται από ψηλαφητή πορφύρα, χωρίς θρομβοπενία ή παθολογία της πήξης(75%), αρθρίτιδα (έως 84%), κοιλιακό άλγος (50%), προσβολή των νεφρών(21-54%).

Τα δύο νοσήματα δύσκολα διακρίνονται μεταξύ τους και ίσως αλληλοεπικαλύπτονται, ακόμα και όσον αφορά τα ευρήματα της βιοψίας.

Στην περίπτωση μας, βάσει του εξανθήματος, της απουσίας κνησμού, καθώς και της άριστης γενικής κατάστασης του παιδιού και της κλινικής πορείας της νόσου , η διάγνωσή μας τείνει υπέρ του AHEI.

(HSP) (modified from ref. nos. 1 and 5)

	AHEI	HSP
Age	4-24 months	Peak between 3 and 6 years
Purpura	Ecchymotic cockade pattern; limbs and face	Papular, petechial, urticarial lesions; predominantly on lower limbs
Edema	Constant, often extensive	Inconstant
Visceral involvement	Very uncommon	Frequent
Histopathology		
Leukocytoclastic vasculitis	+	+ (often less marked)
Fibrinoid necrosis	Frequent	Uncommon
Direct immunofluorescence		
Perivascular IgA deposits	Positive in 30% of cases	+
Perivascular C1q deposits	+	–
Mean duration	12 days	30 days
Relapses	No	Frequent

Βιβλιογραφία

1.Fatma Dedeoglu, MD, Susan Kim MD,MMSc, IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura): Clinical manifestations and diagnosis, upto date August 2018

2.Laure F Pittet, Johan N Siebert,Lacroix, Striking but benign: acute haemorrhagic oedema of infancy, thelancet.com,2015

3.I Krause, A Lazarov, Acute haemorrhagic oedema of infancy, a benign variant of leucocytoclastic vasculitis, Acta Paediatr 85:114-7,1996

4.Toru Watanabe-Yosuke Sato, Renal involvement and hypocomplementemia in a patient with acute hemorrhagic edema of infancy, Pediatr Nephrol 2007

5.Valeri R, Pardalos G, Infantile acute hemorrhagic edema.A case report, Paediatr N Gr 2009, 21:332-335

Pre- and post-program Inc

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1° ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ
www. rethymnohospital.gr

Κορίτσι 13 ετών με οξύ κοιλιακό άλγος. Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση.

Βαρδάκη Κ, Παναγιωτοπούλου Γ, Γιαννούση Ε, Σαβράμη Ν, Γιάννου Σ
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το οξύ κοιλιακό άλγος είναι μια εκ των συχνότερων κλινικών εκδηλώσεων σε παιδιά και εφήβους. Διακρίνεται σε σωματικό, σπλαχνικό και αντανακλαστικό, ενώ - ανάλογα με την ηλικία του πάσχοντος- η αιτιολογία ποικίλλει.

Μείζονος σημασίας στοιχείο αποτελεί ο αποκλεισμός σοβαρών, απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων.

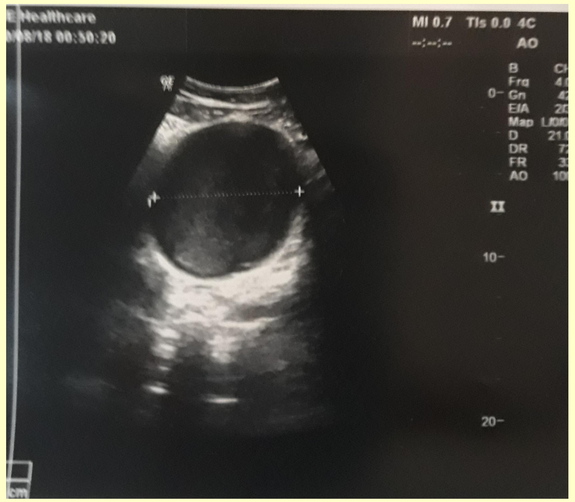
ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κορίτσι 13 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο παιδιατρικό ΤΕΠ λόγω προοδευτικά επιδεινούμενου κοιλιακού άλγους, με εντόπιση στο υπογάστριο, από διημέρου.
Δεν αναφέρεται εμπύρετο ή συνοδός συμπτωματολογία. Από τη λήψη ιστορικού σημειώνεται πρωτοπαθής αμηνόρροια, καθώς και περιοδικό κοιλιακό άλγος από διμήνου.

Αντικειμενική εξέταση
Κοιλία: Μαλακή, ευπίεστη, με ευαισθησία στην ψηλάφηση του υπογαστρίου. Διαπιστώνεται , επίσης, κοιλιακή μάζα περί των 10εκ υπερηβικά.
Στάδιο ενήβωσης: ώριμο (5 κατά Tannrer).
Έξω γεννητικά όργανα: Ατρησία παρθενικού υμένα.
Λοιπά συστήματα: κατά φύσιν.

Εκ της ανωτέρω κλινικής εικόνας, τέθηκε η υποψία **αιματόκολπου +/- αιματόμητρας**, ως αποτέλεσμα εμμηναρχής σε έδαφος ατρησίας παρθενικού υμένα.

Παρακλινικές εξετάσεις
Προκειμένου να τεθεί διάγνωση πραγματοποιήθηκε διακοιλιακό υπερηχογράφημα, χωρίς περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο.



Έικόνα 1. Υπερηχογραφική απεικόνιση συλλογής σε εγκάρσια διατομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

Το υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας ανέδειξε εγκυστωμένη συλλογή, διαστάσεων 12 x 7 x 8,8εκ με ανομοιογενές περιεχόμενο και παρουσία ηχογενών (αιμορραγικών) στοιχειών στο εσωτερικό της. Επρόκειτο για συλλογή ευρισκόμενη οπισθίως της ουροδόχου κύστης, ουριαία της μήτρας-σε συνέχεια του τραχήλου-και στην ανατομική περιοχή του κόλπου, χωρίς εικόνα επέκτασης στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Διάγνωση
Αιματόκολπος, χωρίς συνοδό αιματόμητρα.

Χειρουργική εκτίμηση
Επιβεβαιώθηκε η αρχική διάγνωση και προγραμματίστηκε άμεση υμενεκτομή για παροχέτευση των εκκριμάτων.

Έικόνα 2. Υπερηχογραφική απεικόνιση συλλογής σε επιμήκη διατομή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η **ατρησία παρθενικού υμένα** είναι μία σπάνια συγγενής δυσπλασία(1/1000-1/10000 γεννήσεις). Αν και μπορεί να γίνει αντιληπτή από τη γέννηση, συνήθως διαγιγνώσκεται μετά την έναρξη της ήβης. Με την εμμηναρχή, το αίμα δε βρίσκει διέξοδο προς τα έξω και συσσωρεύεται αρχικά στον κόλπο δημιουργώντας αιματόκολπο. Σε παραμελημένες περιπτώσεις, μετά την πλήρωση του κόλπου, μπορεί να πληρωθούν βαθμιαία η μητρική κοιλότητα (αιμάτόμητρα) με προπέτεια της κάτω κοιλίας και στη συνέχεια οι σάλπιγγες (αιματοσάλπιγγες).

Κλινικές εκδηλώσεις
Η έφηβη εμφανίζει πρωτοπαθή αμηνόρροια με κατακράτηση της εμμηνορρυσιακής έκκρισης (κρυπτομηνόρροια), περιοδικό άλγος στο υπογάστριο και την οσφύ, ενώ μπορεί να συνυπάρχει και επίσχεση ούρων λόγω πιεστικών φαινομένων στην ουρήθρα.

Διαφορική διάγνωση
- Αγενεσία κόλπου
- Διάφραγμα κόλπου
- Έκτοπος ουρητήρας-ουρητηροκήλη
- Κύστη κόλπου
- Κύστη υμένα
- Περιουρηθρική κύστη

Διάγνωση
Υπερηχογραφικά

Θεραπεία
Έκκεντρη σταυροειδή διατομή του παρθενικού υμένα και παροχέτευση των κατακρατούμενων εκκριμάτων.

ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ

✓ Σε κάθε κορίτσι με πρωτοπαθή αμηνόρροια/ καθυστερημένη εμμηναρχή και ιστορικό περιοδικού κοιλιακού άλγους, πρέπει να τίθεται η υποψία ατρησίας παρθενικού υμένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. International Journal of Emergency Medicine,December 2010, Volume 3, pp 481–482|Hematocolpos secondary to imperforate hymen, Brian T. Kloss, Nicholas E. Nacca, Richard M. Cantor
2. Gynecol Obstet (Sunnyvale) 2015 Imperforate Hymen Presenting with Massive Hematometra and Hematocolpos: A Case Report, Okafor II*, Odugu BU, Ugwu IA, Oko DS, Enyinna PK and Onyekpa IJ
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. Fertil Steril 2006
4. American Journal of Roentgenology. 2012,Hydrocolpos or Hematocolpos? Anne Paterson, Susan C. Gowdy and Louise E. Sweeney
5. Emerg Med Clin North Am 2002, Common abdominal emergencies in children, D'Agostino J.

Poster Template Designed by Genigraphics ©2012
1.800.790.4001 www.genigraphics.com

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ – ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΛΙΘΙΑΣΗ ΚΥΣΤΕΩΣ: ΔΥΟ ΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΝΟΜΙΣΜΑΤΟΣ

Κώστας Χόνδρος, Κωνσταντίνος Γραικός
Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λιθίαση της κύστεως αποτελεί μια σπάνια πάθηση του ουροποιητικού συστήματος αλλά γνωστή ήδη από την αρχαιότητα.

Η αντιμετώπισή της δε, είναι ίσως η πρώτη χειρουργική πράξη κατά την γέννηση της ειδικότητας της Ουρολογίας.

Τυπικά, η λιθίαση της κύστεως διακρίνεται σε πρωτοπαθή (όταν δεν υπάρχει γνωστή αιτιολογία) και σε δευτεροπαθή, όταν οφείλεται σε υποκυστικό κώλυμα, νευρογενείς διαταραχές ή ανατομικές ανωμαλίες.

Η λιθίαση της κύστης μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να έχει θορυβώδη συμπτώματα με λίθους που μπορεί να λάβουν τεράστιες διαστάσεις.

Η θεραπεία είναι σχεδόν πάντα χειρουργική ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος του λίθου ή τον ασθενή.

Σας παρουσιάζουμε δυο περιστατικά λιθίασης της κύστεως, με εξαιρετικά ευμεγέθεις λίθους, που αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά στην Κλινική μας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χειρουργική αντιμετώπισης της λιθίασης της κύστης μπορεί να γίνει με ενδοσκοπικές τεχνικές και χρήση λιθοτριπτών.

Σε περιπτώσεις βαριάς λιθίασης η ανοικτή κυστεολιθοτομή είναι μια εύκολη και απλή χειρουργική επέμβαση που μπορεί να εκτελεσθεί με περιοχική αναισθησία, έχοντας μικρή νοσηρότητα και ελάχιστες επιπλοκές για τους ασθενείς.

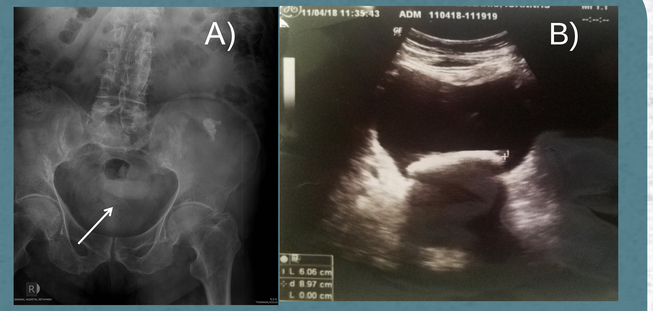
Η αντιμετώπιση της υποκυστικής απόφραξης στην δευτεροπαθή λιθίαση είναι αναγκαία ενώ σε περιπτώσεις πρωτοπαθούς λιθίασης, όπως στους παιδιατρικούς ασθενείς, χρειάζεται μεταβολικός και νευρολογικός έλεγχος.

ΑΣΘΕΝΗΣ no1

Ασθενής 84 ετών με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις από 3 ετίας, διαλείπουσα αιματουρία, έντονα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό.

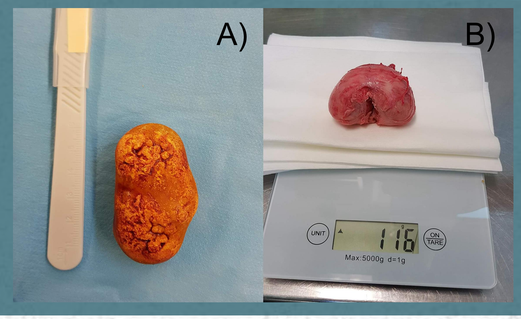
Κατά την διαγνωστική αξιολόγηση του ασθενούς ανευρέθηκε υπερηχογραφικά ευμεγέθης λίθος κύστης (~8εκ), ευμεγέθης προστατικός αδένας (~120cc) και μεγάλο υπόλειμμα ούρων (~200ml) και παθολογική ουροροομετρία (Qmax=8ml/s). Στην απλή ακτινογραφία ΝΟΚ, ο λίθος ήταν μετρίως ακτινοσκιερός. Η ουροκαλλιέργεια ήταν θετική σε E.Coli και χορηγήθηκε κατάλληλη χημειοπροφύλαξη για 20 ημέρες.

Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με ανοιχτή κυστεολιθοτομή και ταυτόχρονη διακυστική προστατεκτομή.



Α) Απλή ακτινογραφία ΝΟΚ με τον μόλις ακτινοσκιερό λίθο κύστεως (άσπρο βέλος).

Β) Υπερηχοτομογραφική απεικόνιση του λίθου με την χαρακτηριστική ακουστική «σκιά»



Εγχειρητικά παρασκευάσματα.

Α) Λίθος κύστεως 7εκ..
Β) προστατικό αδένωμα βάρους 116γρ

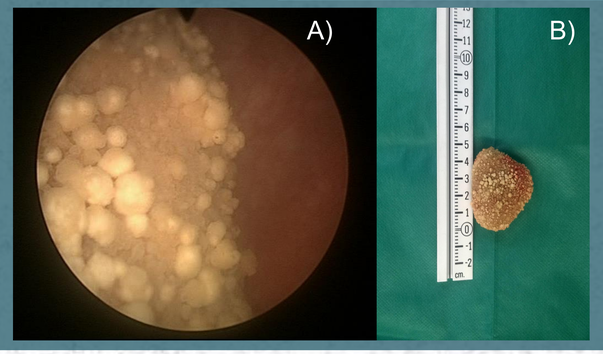
ΑΣΘΕΝΗΣ no2

Άρρεν ασθενής 26 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ασυμπτωματικός κατά το παρελθόν, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω έντονου κοιλιακού άλγους. Από την διερεύνηση και λόγω της παθολογικής γενικής ούρων η συμπτωματολογία αποδόθηκε σε ουρολοίμωξη. 3 ημέρες μετά, λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας, διενεργήθηκε υπερηγογράφημα ουροποιητικού που επιβεβαίωση την ύπαρξη ευμεγέθους λίθου (~6εκ) στην κύστη χωρίς υπόλειμμα ούρων. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε εκτός από τον λίθο στην κύστη και εκσεσημασμένη λιθίαση στον ΑΡ νεφρού που προκαλούσε χρόνια υδρονέφρωση. Η ουροροομετρία του ασθενούς ήταν φυσιολογική (Qmax=16ml/sec). Ο ασθενής υπεβλήθη σε κυστεοσκόπηση η οποία δεν έδειξε κάποια παθολογία στην ουρήθρα ή τον προστάτη.

Λόγω του μεγέθους του λίθου ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με ανοιχτή κυστεολιθοτομή.

Αξονική τομογραφία.

Α) Μετωπιαίο επίπεδο. Διακρίνεται λίθος στην κύστη και στην ΑΡ πύελο που αποδίδουν σήμα 1400HU .
Β) Εγκάρσιο επίπεδο



Α) Κυστεοσκοπική εικόνα του λίθου
Β) Εγχειρητικό παρασκεύασμα του λίθου 5Χ5 περίπου εκ.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Πρόγραμμα Καθολικού Νεογνικού Ελέγχου Ακοής (ΚΝΕΑ) ΩΡΛ Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Καραβελιά Α, Χειμώνα Θ, Λαδιάς Α, Ζήσογλου Μ, Τσακιράκη Ε, Πρώιμος Ε Παπαδάκης Χ

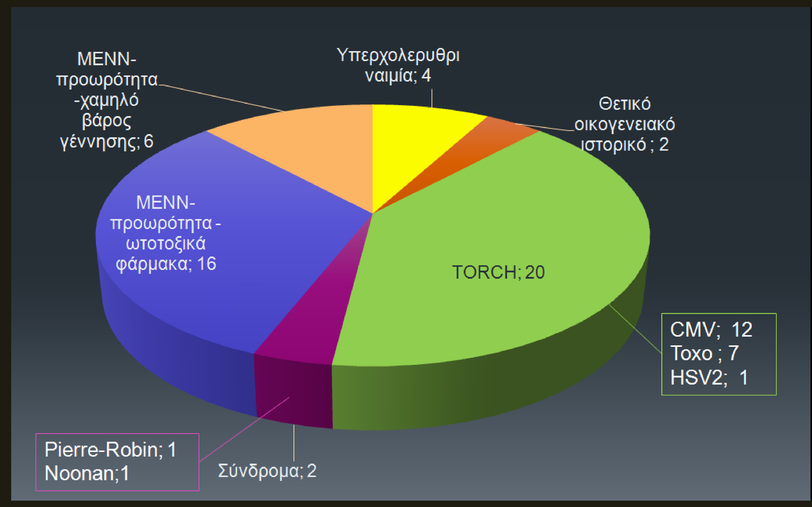
Προκλητές Ωτακουστικές εκπομπές
Χαμηλής έντασης ηχητική ενέργεια προερχόμενη από την δραστηριότητα των έξω τριχωτών κυττάρων μετά από κατάλληλο ερέθισμα.
Βασικό εργαλείο ανιχνευτικού ελέγχου ακοής των νεογνών.

Ανιχνευτικός έλεγχος ακοής νεογνών στο ΓΝ Χανίων
Έναρξη: Μάρτιος 2006
Έναρξη ΚΝΕΑ: Νοέμβριος 2015
Πρωτόκολλο 3 σταδίων
- •TEOAEs
- •Επανάληψη επί αποτυχίας
- •ABR επί αποτυχίας ή λόγω παραγόντων κινδύνου

Η 1η εξέταση των νεογνών γίνεται πριν την έξοδο από το μαιευτήριο

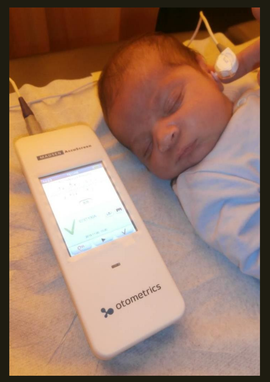
Εφαρμογή ΚΝΕΑ στο ΓΝ Χανίων

Παράγοντες κινδύνου



Πριν την εφαρμογή του ΚΝΕΑ
- •Α΄βάθμιος: 16 d (±8)
- • Επαναλ. Α'βάθμιος: 32 d (±10)
- •Γ'βάθμιος: 74 d (± 25)

Με την εφαρμογή του ΚΝΕΑ
- •Α΄βάθμιος: 4 d (±2)
- • Επαναλ. Α'βάθμιος: 16 d (±3)
- •Γ'βάθμιος: : 42 d (± 5)



	ABR ABNORMAL	CHL		SNHL
REFER	9	3 άμφω	3 μονόπλευρα	3 κώφωση
ΣΥΝΔΡΟΜΑ (Pierre-Robin, Noonan)	2	Pierre-Robin άμφω	Noonan μονόπλευρα	
ΜΕΝΝ- ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ-ΧΑΜΗΛΟ ΒΓ	1			1 κώφωση μονόπλευρα
ΜΕΝΝ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ-ΩΤΟΤΟΞΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	1	1 άμφω		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	1			1 σοβαρού βαθμού

Μέση τιμή ελάττωσης του χρόνου της τελικής διάγνωσης 33 μέρες (±8)
3/2006-10/2015-Εξετάστηκαν 4308 νεογνά
11/2015-9/2017- Εξετάστηκαν 1658 νεογνά
Αύξηση των εξεταζόμενων νεογνών κατά 92% ανά έτος!

Δείκτες από την εφαρμογή του ΚΝΕΑ στο ΓΝ Χανίων

Επιτυχής Α'βάθμιος έλεγχος 87.2%
Μετά τον επαναληπτικό Α'βάθμιο έλεγχο 95.4%

Παραπομπή στον Γ'βάθμιο έλεγχο
- • Λόγω αποτυχίας Α'βάθμιου 1.62%
- • Λόγω παραγόντων κινδύνου 3.01%

Νεογνά με SNHL 0,3%

Μέση ηλικία διάγνωσης SNHL 4,3 μήνες
Ολοκλήρωση του ελέγχου μέχρι τον 3ο μήνα 85%

Lost to follow-up 15,5%

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΡΙΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΕΣΤΙΑ ΣΤΟ ΔΕ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Λιοδάκης Ανδρέας, Κουδουναράκης Ελευθέριος, Ελευθεριάδου Άννα, Κουταλάς Στυλιανός, Ακτουδιανάκης Βασίλειος

ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου

Εισαγωγή: Οι μεταστάσεις του δέρματος εμφανίζονται στο 0,7% έως 9% όλων των ασθενών με καρκίνο και συνήθως συνδυάζονται με προχωρημένο στάδιο. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι η 2η συχνότερη κακοήθεια του δέρματος.
Περιστατικό: Ασθενής 71 ετών, με γνωστό ιστορικό ακανθοκυτταρικού Ca ΔΕ πνεύμονα από μηνών και υπό θεραπεία, προσέρχεται στο Ε.Ι.ΩΡΛ του Γ.Ν. Ρεθύμνου λόγω προοδευτικά αυξανόμενου πολυλοβωτού μορφώματος του δέρματος της ρινός.
Συζήτηση: Σε ασθενείς με κακοήθεια, θα πρέπει να γίνεται βιοψία για οποιαδήποτε ύποπτη αλλοίωση του δέρματος, ενώ μπορεί να είναι χρήσιμη και για την ιστοπαθολογική επιβεβαίωση του πρωτοπαθούς όγκου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

• Οι μεταστάσεις του δέρματος εμφανίζονται στο 0,7 έως 9% όλων των ασθενών με καρκίνο και συνήθως συνδυάζονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου. Σπάνια αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονα, του μαστού, του φάρυγγα κ.α.

• Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) είναι η 2η συχνότερη κακοήθεια του δέρματος (έως 25% όλων των καρκίνων) μετά το βασικοκυτταρικό (BCC) και η συχνότερη στους μεταμοσχευμένους. Εξορμάται από τα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας και εντοπίζεται συχνότερα στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές του δέρματος.

• Ο μεταστατικός καρκίνος στο δέρμα της ρινός δεν είναι συχνός. Η εντόπιση BCC ή SCC στην κορυφή της ρινός ή πλησίον της δίνει το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο που στη διεθνή βιβλιογραφία αποδίδεται ως “clown nose” (μύτη κλόουν).

• Σημεία που υποδηλώνουν μεταστατικό καρκίνο δέρματος: ταχεία αύξηση, απουσία τοπικής φλεγμονώδους απόκρισης, ακεραιότητα υποκείμενου επιθηλίου στα αρχικά στάδια.

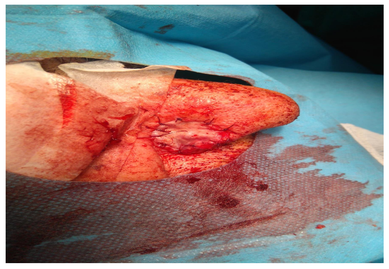
• Σε ασθενείς με κακοήθεια, οποιαδήποτε ύποπτη βλάβη του δέρματος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να αξιολογείται με ιστολογική εξέταση.

• Ειδικά στον καρκίνο του πνεύμονα η κλινική εμφάνιση των δερματικών μεταστάσεων προηγείται ή συμπίπτει της διάγνωσης του πρωτοπαθούς όγκου. Στην περίπτωση αυτή, η βιοψία είναι χρήσιμη και για την ιστοπαθολογική επιβεβαίωση του πρωτοπαθούς όγκου, αποφεύγοντας επεμβατικές διαγνωστικές μεθόδους.

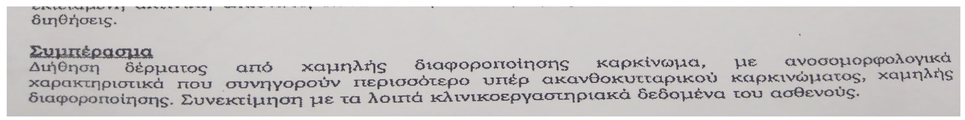
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Ασθενής 71 ετών, με γνωστό ιστορικό ακανθοκυτταρικού Ca ΔΕ πνεύμονα από μηνών και υπό θεραπεία, προσέρχεται στο Ε.Ι.ΩΡΛ του Γ.Ν. Ρεθύμνου λόγω προοδευτικά αυξανόμενου πολυλοβωτού μορφώματος του δέρματος του ΔΕ πτερυγίου της ρινός.
Το μόρφωμα είναι σκληρό, σφαιρικό, ανώδυνο, ερυθρού-καφεοειδούς χρώματος χωρίς εξελκώσεις.

Υπό τοπική αναισθησία γίνεται εκτομή του μορφώματος και κάλυψη του ελλείμματος με δερματικό μόσχευμα ολικού πάχους από τη ΔΕ υπερκλείδια χώρα.



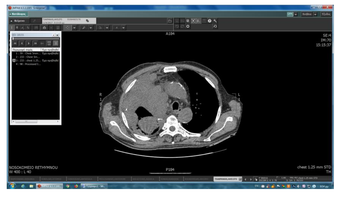
ΠΟΡΙΣΜΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

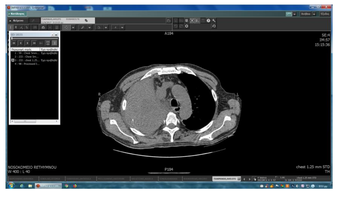


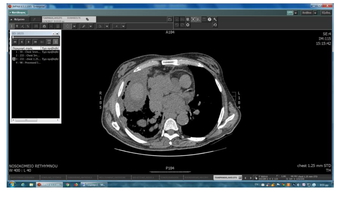
δυθήσεις.

Συμπέρασμα

Διήθηση δέρματος από χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα, με ανοσομορφολογικά χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, χαμηλής διαφοροποίησης. Συνεκτίμηση με τα λοιπά κλινικοεργαστηριακά δεδομένα του ασθενούς.







CT ΘΩΡΑΚΟΣ (1 ΜΗΝΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ): πολυλοβωτής μορφολογίας μάζα μαλακού ιστού που αναπτύσσεται κεντρικά στην πνευμονική πύλη και εκτείνεται στο ανώτερο και μέσο μεσοθωράκιο.
T3N2M1b-στάδιο IV
Ο ασθενής απεβίωσε μετά από λίγους μήνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:
1."Clown nose" as first manifestation of squamous cell carcinoma of the lung.Marcoval J, Martínez-Molina L, Bonfill-Ortí M, Valentí-Medina F.
2. Clown nose: a case of disfiguring nodular squamous cell carcinoma of the face.Colletti G, Allevi F, Moneghini L, Palvarini M.
3. Skin metastasis of hypopharyngeal carcinoma to the nasal tip.Shindo M, Yoshida Y, Tominaga K, Yamamoto O.
4. [Clown nose as an initial manifestation of squamous-cell lung carcinoma].Camarasa Escrig A, Chiner Vives E, Sancho Chust JN.
5."Clown nose" as a first manifestation of lung carcinoma.De Simoni I, Iacovelli P, Lunghi F, Peris K, Chimenti S.
6. ["Clown nose"--skin metastasis of breast cancer].Soyer HP, Cerroni L, Smolle J, Kerl H.
7. ENT secrets / [edited by] Melissa A. Scholes, Vijay R. Ramakrishnan.—Fourth edition.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΥΠΕΡΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟ

Κοντεζάκης Π, Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Εισαγωγή: *Κατά την κλιμακτηριακή ηλικία μπορούν να παρατηρηθούν όλες οι εμμηνορρυσιακές διαταραχές. Έτσι, στο φυσιολογικό κλιμακτήριο παρατηρούνται κυρίως υπομηνόρροια και ολιγομηνόρροια, αλλά και πολυμηνόρροια ή υπερμηνόρροια. Η μηνομητρορραγία μπορεί να οφείλεται σε ανωοθυλακιορρηξία (κύστεις ωοθυλακίων, υπεροιστρογοναιμία, υπερπλασία, άτυπη απόπτωση ενδομητρίου), αύξηση γοναδοτροπικής λειτουργίας (FSH/LH), έκπτωση της παραγωγής οιστρογόνων, αυξημένη παραγωγή ανδροστενδιόνης, περιφερική αρωματοποίσή της σε οιστρόνη, έλλειψη αντιρροπιστικής προγεστερονικής επίδρασης.*

Σκοπός: *Η διερεύνηση των ιστολογικών εξετάσεων ασθενών που υποβλήθηκαν σε κλασματική διαγνωστική απόξεση λόγω μητρορραγίας στη κλινική μας.*

Μέθοδος: *Σε αναδρομική μελέτη στο χρονικό διάστημα από την 1η Ιανουαρίου 2013 μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2017 εξετάσθηκαν τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων 216 ασθενών με μητρορραγία που υποβλήθηκαν σε κλασματική διαγνωστική απόξεση στη κλινική μας. Προεμμηνοπαυσιακές ή περιεμμηνοπαυσιακές (ομάδα Α) ήταν 92 από τις ασθενείς και μετεμμηνοπαυσιακές (ομάδα Β) ήταν 124 ασθενείς.*

Αποτελέσματα: *Απλή υπερπλασία ενδομητρίου διαγνώσθηκε σε 19 ασθενείς (8.8%, 5 ομάδα Α και 14 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 62.9 έτη). Σύνθετη υπερπλασία ενδομητρίου διαγνώσθηκε σε 18 ασθενείς (8.3%, 8 ομάδα Α και 8 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 51.5 έτη). Απλή ή σύνθετη υπερπλασία ενδομητρίου με ατυπία διαγνώσθηκε σε 9 ασθενείς (4.2%, 3 ομάδα Α και 6 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 60.7 έτη). Καρκίνος του ενδομητρίου διαγνώσθηκε σε 14 ασθενείς (6.5%, 3 ομάδα Α και 11 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 62.8 έτη). Καρκίνος τραχήλου μήτρας διαγνώσθηκε σε 6 ασθενείς (2.7%, 2 ομάδα Α και 4 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 56.1 έτη). Πολύποδες τραχήλου ή ενδομητρίου διαγνώσθηκαν σε 84 ασθενείς (38.9%, 48 ομάδα Α και 36 ομάδα Β, μέσος όρος ηλικίας 50.5 έτη).*

Συμπεράσματα: *Αν και οι καλοήθεις παθήσεις είναι συχνότερες στα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων ασθενών που υποβλήθηκαν σε κλασματική διαγνωστική απόξεση λόγω μητρορραγίας σαν κύριο σύμπτωμα, η διενέργεια της επέμβασης κρίνεται απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις για την ορθή διάγνωση και τον αποκλεισμό κακοήθειας.*

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Κοντεζάκης Π, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.

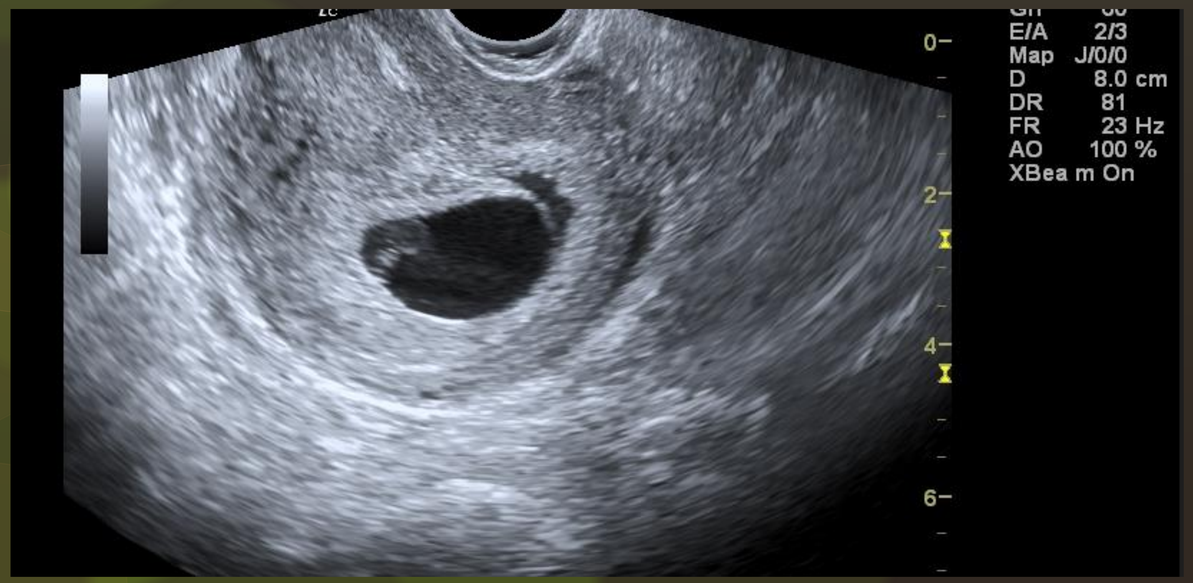
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός

Η μελέτη της έκβασης των κυήσεων με κολπική αιμόρροια μέχρι το τέλος του πρώτου τριμήνου και η επίδραση της υπερηχογραφικής εξέτασης στην μαιευτική και γενετική συμβουλή.

Υλικά και Μέθοδος

Μελετήσαμε αναδρομικά όλες τις περιπτώσεις γυναικών που υποβλήθηκαν σε ενδοκολπική υπερηχογραφική εξέταση, την περίοδο Ιανουαρίου 2013 μέχρι Δεκέμβρη 2017, λόγω κολπικής αιμόρροιας πρώτου τριμήνου και με διάγνωση επαπειλούμενης, ατελής ή πλήρους αποβολής και πιθανής έκτοπης κύησης. Δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις κυήσεων με άλγος υπογαστρίου χωρίς κολπική αιμόρροια.



Αποτελέσματα

Την παραπάνω περίοδο είχαμε συνολικά 715 περιπτώσεις που εξετάσθηκαν στην Κλινική μας για κύηση πρώτου τριμήνου και κολπική αιμόρροια. Από αυτές: 314 περιπτώσεις κύησης (44%) με καλή εικόνα στον υπερηχογραφικό έλεγχο, 236 περιπτώσεις (33%) με παλίνδρομη κύηση, 126 περιπτώσεις (18%) χωρίς ενδομήτριο σάκο κύησης και 39 περιπτώσεις (5%) με έκτοπη κύηση. Από τις 314 περιπτώσεις κύησης με καλή εικόνα στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, η πλειοψηφία (86%) συνέχισε να έχει καλή εικόνα και στο τέλος του πρώτου τριμήνου, ενώ το 14% απέβαλε. Από τις 236 περιπτώσεις με παλίνδρομη κύηση στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, 140 περιπτώσεις αντιμετωπίσθηκαν με προγραμματισμένη θεραπευτική απόξεση. Οι υπόλοιπες 96 περιπτώσεις αποφάσισαν να περιμένουν και 71 απέβαλαν αυτόματα, 10 υποβλήθηκαν σε επείγουσα θεραπευτική απόξεση και 15 υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη θεραπευτική απόξεση. Οι 126 περιπτώσεις χωρίς ενδομήτριο σάκο κύησης στον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, αποδείχθηκε ότι ήταν έκτοπη κύηση (22 περιπτώσεις), πλήρης αποβολή (99 περιπτώσεις) και ενδομήτριος κύηση (5 περιπτώσεις).

Συμπεράσματα

Η ενδοκολπική υπερηχογραφία αποτελεί σημαντική βοήθεια στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κολπικής αιμόρροιας στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοντεζάκης Π, Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Σκοπός

Η μελέτη της χρήσης του υπερηχογραφήματος στην παραλαβή της επιτόκου και στη διάρκεια του τοκετού και ο συνδυασμός του με τη γυναικολογική εξέταση.

Υλικά και μέθοδος

Μελετήθηκαν σε διάστημα έξι μηνών συνολικά 220 πρωτοτόκες τελειόμηνες που προσήλθαν στην παραλαβή με διαστολή τραχήλου 2cm. Όλες οι επίτοκες εξετάσθηκαν από το γυναικολόγο και τη μαία υπεύθυνοι μαιευτηρίου καταγράφοντας τα ευρήματά τους και αμέσως μετά υποβλήθηκαν σε διακοιλιακό και διαπερινεϊκό υπέρηχο από το γυναικολόγο της κλινικής καταγράφοντας αλλού τα ευρήματά του. Η χρήση του υπερήχου στη διάρκεια του τοκετού έγινε και στις επίτοκες με αργή και μη καθησυχαστική εξέλιξη.

Αποτελέσματα

Η θέση της κεφαλής του εμβρύου καθορίστηκε με το διακοιλιακό υπέρηχο σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ αντιθέτως η γυναικολογική εξέταση απέτυχε να προσδιορίσει τη προβάλλουσα μοίρα σε 39 περιπτώσεις (17.7%). Σε 107 γυναίκες (48.6%) είχαμε πλήρη αντιστοιχία στα ευρήματα της γυναικολογικής εξέτασης και των διακοιλιακού και διαπερινεϊκού υπερήχου. Επίσης εκτός από τον προσδιορισμό της θέσης του εμβρύου σημαντική ήταν η συμβολή του υπερήχου στην εκτίμηση της ηλικίας κύησης στις περιπτώσεις ανεξέλεγκτων κυήσεων, στη βιομετρία του εμβρύου στις περιπτώσεις μακροσωμίας και ενδομήτριας καθυστέρησης, στη μέτρηση του αμνιακού υγρού στις περιπτώσεις με ολιγάμνιο ή υδράμνιο, στη θέση του πλακούντα καθώς και στις περιπτώσεις εμβρυϊκής δυσχέρειας.

Συμπεράσματα

Η χρήση των υπερήχων θεωρούμε ότι είναι ασφαλής και αναγκαία μέθοδος κατά τη διάρκεια του τοκετού και αποτελεί θετική και αναγκαία εξέλιξη στην παρακολούθηση της επιτόκου στην αίθουσα τοκετού, συμβάλλοντας τελικά θετικά στη περιγεννητική έκβαση.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Κριαράς Α, Στρατουδάκης Γ, Κοντεζάκης Π, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Σκοπός

Η εκτίμηση της διάρκειας του πρώτου και δεύτερου σταδίου τοκετού σε έφηβες γυναίκες και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με εκείνα γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας.

Υλικά-Μέθοδος

Μελετήσαμε τα βιβλία τοκετών περιόδου 2008-2016 και βρέθηκαν 115 επίτοκες που είχαν ηλικία κάτω των 19 ετών, με αυτόματη έναρξη τοκετού, τελειόμηνη κύηση, κεφαλική προβολή και φυσιολογικό τοκετό. Είχε γίνει καταγραφή της έναρξης του πρώτου σταδίου, όπως ανέφεραν οι ασθενείς, η ώρα που έκαναν πλήρη διαστολή τραχήλου μήτρας (τέλος πρώτου σταδίου) και η ώρα του φυσιολογικού τοκετού (τέλος δευτέρου σταδίου).

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα στοιχεία μας οι έφηβες με αυτόματη έναρξη τοκετού είχαν μέση διάρκεια του πρώτου σταδίου τοκετού 7.1 ώρες για τις πρωτοτόκες και 5.8 ώρες για τις πολυτόκες, ενώ η διάρκεια του ίδιου σταδίου σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ήταν αντίστοιχα 9.7 και 6.9 αντίστοιχα. Η διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού σε τελειόμηνες έφηβες γυναίκες με αυτόματη έναρξη ήταν 98 λεπτά σε πρωτοτόκες και 25 λεπτά για τις πολυτόκες. Η διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού σε τελειόμηνες γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας από τις έφηβες με αυτόματη έναρξη ήταν 118 λεπτά σε πρωτοτόκες και 42 λεπτά για τις πολυτόκες. Η επισκληρίδια αναισθησία στις έφηβες επίτοκες που εφαρμόστηκε (10 περιπτώσεις), επιμήκυνε κυρίως το δεύτερο στάδιο του τοκετού σε σύγκριση με τις έφηβες χωρίς επισκληρίδια αναισθησία, παραμένοντας όμως πάντα μικρότερο από το ανάλογο στάδιο των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας με επισκληρίδια αναισθησία. Τελικά οι έφηβες επίτοκες, πρωτοτόκες και πολυτόκες, είχαν συντομότερη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου τοκετού σε σύγκριση με τις επίτοκες μεγαλύτερης ηλικίας.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Κοντεζάκης Π, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

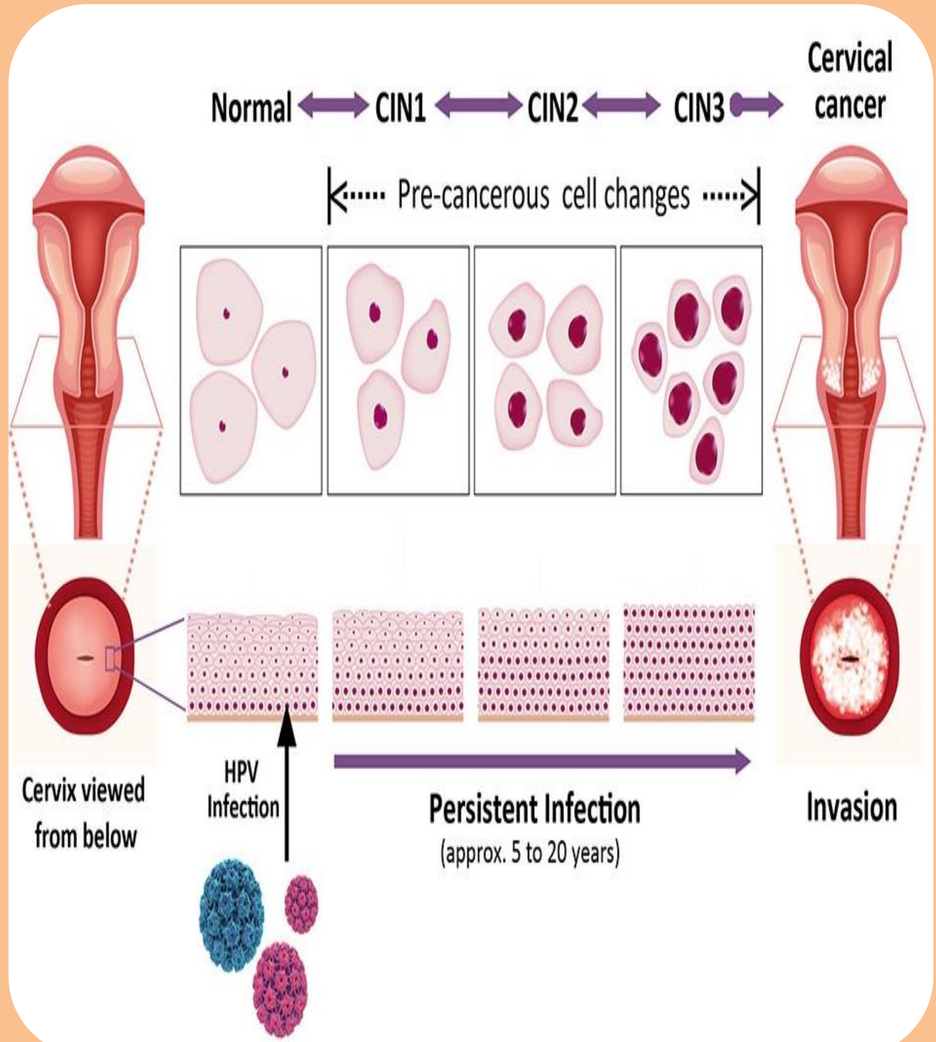
Εισαγωγή: Ο HPV είναι μικρός DNA-ιός, η μόλυνση του οποίου μπορεί είτε να μην προκαλέσει καμία αλλοίωση (άτομα-φορείς) ή να προκαλέσει εμφάνιση καλοηθών θηλωματωδών αλλοιώσεων (κονδυλωμάτων) ή προκαρκινικών αλλοιώσεων (δυσπλασιών), που αν δεν αντιμετωπιστούν, μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο, ιδιαίτερα στην πρωκτογεννητική περιοχή.

Σκοπός: Η διερεύνηση κυτταρολογικών και ιστολογικών εξετάσεων σε γυναίκες εφηβείας (13-19 ετών) με δυσπλαστικές αλλοιώσεις τραχήλου από HPV λοίμωξη και η αντιμετώπισή τους.

Μέθοδος: Όλες οι περιπτώσεις γυναικών με δυσπλαστικές αλλοιώσεις τραχήλου μήτρας από HPV λοίμωξη (ASCUS, AGUS, LGSIL, HGSIL) ηλικίας 13-19 ετών που εξετάσθηκαν την περίοδο 2013-2017 στο ειδικό ιατρείο της κλινικής μας.

Αποτελέσματα: Συνολικά 125 γυναίκες ηλικίας 13-19 ετών εξετάσθηκαν στο παραπάνω διάστημα. Στην ομάδα μελέτης η κυτταρολογική εξέταση είχε δείξει 8 (6.4%) περιπτώσεις με AGUS, 19 (15.2%) περιπτώσεις με ASCUS, 52 (41.6%) περιπτώσεις με απλή HPV λοίμωξη, 18 (14.4%) περιπτώσεις με CIN1, 19 (15.2%) περιπτώσεις με CIN2 και 9 (7.2%) περιπτώσεις με CIN3. Από την κολποσκοπική εξέταση βρέθηκαν 67 περιπτώσεις (53.6%) με φυσιολογική εικόνα, 39 περιπτώσεις (31.2%) με εικόνα CIN1, 16 περιπτώσεις (12.8%) με εικόνα CIN2, 3 περιπτώσεις (2.4%) με εικόνα CIN3 και καμία περίπτωση με εικόνα διηθητικού καρκίνου. Στις 39 γυναίκες που βρέθηκε τελικά να πάσχουν από LGSIL έγινε τυποποίηση του HPV και στις 12 (30.7%) που βρέθηκε να υπάρχει υψηλού κινδύνου στέλεχος έγινε εξαίρεση της βλάβης με αγκύλη διαθερμίας (LOOP), ενώ στις 21 (53.8%) με χαμηλού κινδύνου στέλεχος HPV στην τυποποίηση καθώς και στις 6 (15.5%) που δεν ανιχνεύτηκε τελικά ο HPV έγινε παρακολούθηση για ένα έτος με κυτταρολογική και κολποσκοπική εξέταση ανά τρίμηνο. Στις 19 γυναίκες που βρέθηκε τελικά να πάσχουν από HGSIL αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά στην κλινική μας ή σε άλλο εξειδικευμένο κέντρο.

Συμπεράσματα: Η μελέτη δείχνει ότι υπάρχει κίνδυνος σοβαρών δυσπλαστικών αλλοιώσεων τραχήλου από HPV λοίμωξη σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας.



1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Κοντεζάκης Π, Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Εισαγωγή: Η υπερηχογραφία αποτελεί εξέταση πρώτης γραμμής για την εκτίμηση των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας, ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή του διακολπικού υπερήχου στην κλινική πρακτική. Είναι μια εξέταση μη επεμβατική, ευρέως διαθέσιμη, καλώς ανεκτή από την εξεταζόμενη και ασφαλής (στερείται ιοντίζουσας ακτινοβολίας), άρα μπορεί εύκολα να επαναληφθεί.

Σκοπός: Η εκτίμηση αν η διακολπική υπερηχογραφία ή/και η διακολπική Doppler υπερηχογραφία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το διαχωρισμό φυσιολογικού ή παθολογικού ενδομητρίου σε γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία.

Μέθοδος: Ασθενείς με μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία, μετά από ένα χρόνο τουλάχιστον εγκατεστημένης εμμηνόπαυσης και χωρίς να βρίσκονται σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, εξετάσθηκαν προεγχειρητικά με διακολπική υπερηχογραφία και διακολπική Doppler υπερηχογραφία, την ίδια ημέρα ή την προηγούμενη, πριν υποβληθούν σε διαγνωστική απόξεση. Το πάχος ενδομητρίου και ο δείκτης παλμικότητας (PI) των μητριαίων αρτηριών καταγράφηκε σε όλες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε ότι σε 43 (86%) από τις ασθενείς είχαμε φυσιολογικά ευρήματα και σε 7 (14%) παρουσιάστηκε παθολογική εικόνα (υπερπλασία ενδομητρίου, πολύποδες, καρκίνος ενδομητρίου). Ο μέσος όρος του πάχους του ενδομητρίου ήταν 9.4 mm στην ομάδα με την παθολογική εικόνα, ενώ ο αντίστοιχος όρος στην ομάδα με το φυσιολογικό ενδομήτριο ήταν 3.8 mm. Ο μέσος όρος του δείκτη παλμικότητας (PI) των μητριαίων αρτηριών ήταν 2.2 (εύρος 1.3-4.4) στην ομάδα με την παθολογική εικόνα, ενώ ο αντίστοιχος όρος στην ομάδα με το φυσιολογικό ενδομήτριο ήταν 2.4 (εύρος 1.5-3.9). Βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυξημένου πάχους ενδομητρίου (διακολπική υπερηχογραφία) και παθολογικών ευρημάτων στην ιστολογική εικόνα. Αντίθετα δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δείκτη παλμικότητας (PI) (διακολπική Doppler υπερηχογραφία) και παθολογικών ευρημάτων στην ιστολογική εικόνα.

Συμπεράσματα: Η διακολπική Doppler υπερηχογραφία δεν βρέθηκε να είναι ικανή από μόνη της να διακρίνει μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού ενδομητρίου, ενώ η διακολπική υπερηχογραφία διατηρεί την αξία της και παραμένει σημαντική απεικονιστική μέθοδος βοήθειας στην κλινική πράξη.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ
"Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Δ.Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

Στρατουδάκης Γ., Κριαράς Α., Κοντεζάκης Π., Ebrahim Η., Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της μαιευτικής και περιγεννητικής έκβασης κυήσεων γυναικών εφηβικής ηλικίας, οι παράγοντες κινδύνου και η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των εφήβων και γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε αναδρομικά τους τοκετούς μας και βρήκαμε τις έφηβες γυναίκες που γέννησαν την περίοδο 2011-2016. Μελετήσαμε την περιγεννητική (νεογνικές επιπλοκές, βαθμολογία Apgar στο 1΄ και 5΄ λεπτό, ηλικία κύησης στο τοκετό, βάρος νεογνού) και μαιευτική έκβαση. Μελετήθηκε επίσης η ακριβής ηλικία, τόπος καταγωγής, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, κάπνισμα και η παθολογία της κύησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνολικά 159 από τους 4387 τοκετούς έγιναν από γυναίκες εφηβικής ηλικίας (3.62%). Ηλικία 14-16 ετών είχαμε 15 ασθενείς (9.5%) και 17-19 ετών είχαμε 144 ασθενείς (90.5%). Η πλειοψηφία τους είχε τελειώσει το δημοτικό, αλλά όχι το γυμνάσιο (78.6%), ήταν παντρεμένες (πολιτικό γάμο 32.7%, σύμφωνα με τη θρησκεία τους 53.4%), δεν ασκούσαν κάποια εργασία (93.7%) και δεν είχαν ασφάλεια (58.5%). Σε σύγκριση με τις ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, οι μητέρες εφηβικής ηλικίας είχαν περισσότερους πρόωρους τοκετούς (18.2% vs 3.7%), χαμηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών (27.6% vs 37.4%), περισσότερους επεμβατικούς τοκετούς (7.5% vs 3.1%), περισσότερες πολύδυμες κυήσεις (3.1% vs 0.8%) και περισσότερους ενδομήτριους θανάτους (5.6% vs 1.5%). Κατά τη διάρκεια της κύησης οι έφηβες παρουσίασαν κολπική αιμόρροια (4.4%), προεκλαμψία (6.9%), υπερέμεση (1.9%), ουρολοιμώξεις (3.1%), σακχαρώδη διαβήτη κύησης (2.5%). Το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών ήταν 3002.4±554.4 gr, η μέση ηλικία κύησης στο τοκετό ήταν 38.2±2.3 εβδομάδων και η βαθμολογία Apgar στο 1΄ και 5΄ λεπτό ήταν 6.9±0.7 και 8.9±0.7 αντίστοιχα. Ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή χρήζει η κύηση στην εφηβεία.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ
"Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Δ.Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ

ΕΦΗΒΕΙΑ, ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Στρατουδάκης Γ., Κριαράς Α., Κοντεζάκης Π., Ebrahim Η., Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη των περιστατικών προεκλαμψίας στην εφηβεία, που αντιμετωπίσαμε στην κλινική μας.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε αναδρομικά τα περιστατικά εφηβικής κύησης με προεκλαμψία που αντιμετωπίστηκαν στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Χανίων και ειδικά την περιγεννητική και μαιευτική έκβαση. Μελετήθηκε επίσης η ακριβής ηλικία, τόπος καταγωγής, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, κάπνισμα, η παθολογία της κύησης και ακολούθως συγκρίθηκαν με νορμοτασικό πληθυσμό μονήρων τελειόμηνων εγκύων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνολικά 159 από τους 4387 τοκετούς έγιναν από γυναίκες εφηβικής ηλικίας (3.62%), με ηλικία 14-16 ετών 15 ασθενείς (9.5%) και 17-19 ετών 144 ασθενείς (90.5%). Προεκλαμψία εμφανίστηκε σε 11 περιστατικά (6.9%), με ηλικία 14-16 ετών 2 ασθενείς (18.2%) και 17-19 ετών 9 ασθενείς (81.8%).Το ποσοστό πρωτοτόκων ανέρχεται στο 90.9% ενώ οι δευτεροτόκες αποτελούν το 9.1%. Στον γενικό πληθυσμό οι πρωτοτόκες αποτελούν το 41% και οι δευτεροτόκες το 37%. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων κατατάσσονται ως πρώιμες (69.85%) ενώ οι υπόλοιπες (30.43%) ως όψιμες. Η μέση ηλικία τοκετού ανέρχεται στις 34.1 εβδομάδες με αυξανόμενη τάση τα τελευταία τρία χρόνια,ενώ στις νορμοτασικές τελειόμηνες στις 38.7 εβδομάδες κύησης. Το μέσο βάρος γέννησης είναι 1825.7gr, ενώ στο γενικό πληθυσμό το βάρος γέννησης είναι 3056.8gr. Το ποσοστό κύησης και προεκλαμψίας στην εφηβεία παρουσιάζεται ελαφρά αυξημένο σε σχέση με άλλες μελέτες, πιθανώς λόγω υψηλού ποσοστού μεταναστών. Η μέση μητρική ηλικία εμφάνισης είναι ελαφρά μικρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού, ενώ το ποσοστό πρωτοτόκων παρουσιάζει σημαντική διαφορά, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ πρωτοτόκου και προεκλαμψίας. Η μέση ηλικία τοκετού έχει σημαντική διαφορά από τις νορμοτασικές κυήσεις όπως επίσης και το βάρος γέννησης.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΟΛΙΓΑΜΝΙΟ

Κοντεζάκης Π, Στρατουδάκης Γ, Κριαράς Α, Ebrahim Η, Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

Εισαγωγή: *Η υπερηχογραφική εκτίμηση της μείωσης του αμνιακού υγρού με την βοήθεια του δείκτη του αμνιακού υγρού (ΔΑΥ), έχει αναγνωριστεί ως καθοριστική παράμετρος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και συγκεκριμένα έχει παρατηρηθεί αυξημένη εμβρυϊκή θνησιμότητα, έντονη εμβρυϊκή δυσφορία, εισρόφηση μηκωνίου, χαμηλό Apgar score και σημαντική βραδύτητα ανάπτυξης του εμβρύου.*

Σκοπός: *Η παρουσίαση της έκβασης της κύησης σε έγκυες με ολιγάμνιο.*

Μέθοδος: *Εκτιμήθηκε η κατάσταση της εγκυμοσύνης σε 28 γυναίκες με χαμηλό όγκο αμνιακού υγρού. Η ηλικία της εγκυμοσύνης κυμαινόταν στις 35-39 εβδομάδες. Σε όλες τις περιπτώσεις αποκλείστηκε η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων με τη χρήση των ειδικών δεικτών.*

Αποτελέσματα: *Συνολικά διαπιστώθηκαν 6 περιπτώσεις με σύνδρομο ενδομήτριας βραδύτητας της ανάπτυξης (21.4%) και 1 περίπτωση (3.5%) με απουσία του ενός νεφρού του εμβρύου. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις επρόκειτο για έμβρυα φυσιολογικού βάρους (78.6%), ενώ σε 12.7% διαπιστώθηκε η ύπαρξη κεχρωσμένου αμνιακού υγρού. Στα έμβρυα με σύνδρομο βραδύτητας της ανάπτυξης (IUGR) το βάρος των εμβρύων κυμαινόταν μεταξύ 2000-2200χλγρ. Σε όλες τις περιπτώσεις με IUGR τα καρδιοτοκογραφικά ευρήματα ήταν παθολογικά, το βιοφυσικό προφίλ των εμβρύων χαμηλό και ο πλακούντας εμφάνιζε εκτεταμένες επασβεστώσεις. Οι τοκετοί των εμβρύων με IUGR διενεργήθηκαν με καισαρική τομή, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκαν με κολπικό τοκετό, εκτός από 5 περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε μαιευτική ένδειξη, ανεξάρτητη από το ολιγάμνιο. Ο δείκτης Apgar score σε 10 έμβρυα με IUGR κυμαινόταν μεταξύ 4-5 για το πρώτο λεπτό, ενώ στα υπόλοιπα έμβρυα ήταν φυσιολογικός. Η πορεία των εμβρύων ήταν φυσιολογική μέχρι την έξοδό τους από το νοσοκομείο.*

Συμπεράσματα: *Οι περιπτώσεις με ολιγάμνιο συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την κύηση. Οι συχνότερες επιπλοκές που παρατηρούνται είναι η εμφάνιση συνδρόμου ενδομήτριας βραδύτητας της ανάπτυξης, ενώ μικρότερης σημασίας είναι η ύπαρξη κεχρωσμένου αμνιακού υγρού. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η διενέργεια καισαρικής τομής και η αντιμετώπιση του νεογνού σε εξειδικευμένο νεογνολογικό κέντρο.*

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Κριαράς Α., Στρατουδάκης Γ., Κοντεζάκης Π., Ebrahim Η., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδομητρίωση είναι μια πάθηση κατά την οποία ενδομήτριο αναπτύσσεται σε περιοχές έξω από τη μήτρα, δηλαδή στα όργανα της κοιλιάς και της λεκάνης. Στις περιοχές αυτές αναπτύσσονται εστίες ή οζίδια ή κύστεις. Η ενδομητρίωση εμφανίζεται τις περισσότερες φορές: στις ωοθήκες και ονομάζεται ενδομητρίωμα ή σοκολατοειδής κύστη, πίσω από τη μήτρα, πάνω στους συνδέσμους της μήτρας, στο έντερο, στην ουροδόχο κύστη, στον κόλπο, στο περιτόναιο, σπανίως σε απομακρυσμένα όργανα όπως το διάφραγμα και τον πνεύμονα και σπανίως στα τοιχώματα της κοιλιάς μετά από καισαρική τομή ή χειρουργείο. Η ενδομητριωτική βλάβη μοιάζει ιστολογικά με το ενδομήτριο, και κατά την διάρκεια της περιόδου παράγει και αυτή μικρές ποσότητες αίματος όπως και η μήτρα. Αυτές οι μικρές ποσότητες αίματος είναι η ανώμαλη συμπεριφορά της ενδομητρίωσης όπου δημιουργεί όλες τις παθολογικές βλάβες της νόσου. Με αυτόν τον μηχανισμό με την πάροδο των μηνών μπορεί να δημιουργηθούν σοκολατοειδείς (ενδομητριωσικές) κύστεις στην ωοθήκη, οι οποίες φέρουν αιματηρό περιεχόμενο. Ακόμα μπορεί να δημιουργηθούν βλάβες στην επιφάνεια του περιτοναίου με κόκκινες λευκές ή καφέ εστίες ή άλλες βλάβες πίσω από το περιτάναιο (στο έντερο, στην ουροδόχο κύστη, στον κόλπα) σαν μικρά ογκίδια (ενδομητριωσικοί όγκοι) οι οποίοι είναι πολύ επώδυνοι. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού δυσμηνόρροιας στην εφηβεία, η διερεύνηση και η αντιμετώπισή του.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 16 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου σοβαρής δυσμηνόρροιας, που δεν ανταποκρινόταν στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Η ασθενής ανέφερε εμμηναρχή στην ηλικία των 10 ετών, ενώ η δυσμηνόρροια παρουσιάστηκε τρία χρόνια αργότερα με σταδιακή επιδείνωση της συμπτωματολογίας και σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική ζωή και τις σχολικές δραστηριότητες. Την ίδια περίοδο χορηγείται από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία, με αποτέλεσμα τέσσερις μήνες αργότερα να αναπτύξει εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση του δεξιού κάτω άκρου, που αποδόθηκε μετά από σχετικό έλεγχο σε έλλειψη του παράγοντα αντιθρομβίνης ΙΙΙ. Στο ΤΕΠ, η ασθενής εκτός από την κλινική εξέταση υποβλήθηκε σε υπερηχογραφική εξέταση με ανάδειξη μορφώματος μικτής σύστασης, σε επαφή με τη μήτρα και διαστάσεων 5x4cm. Η ασθενής με τους συνοδούς αρνήθηκαν εισαγωγής και την επόμενη ημέρα επανήλθε με χειρότερη κλινική εικόνα και έντονη ναυτία και έμετο. Έγινε εισαγωγή στην κλινική, υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία, που επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, χωρίς να προσθέσει κάτι παραπάνω. Λόγω του ιστορικού της και της αδυναμίας χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, αποφασίσθηκε με τη συναίνεση της οικογένειας της, η χειρουργική διερεύνηση. Διεγχειρητικά, βρέθηκε και αφαιρέθηκε μόρφωμα με σοκολατοειδές περιεχόμενο, με στερεή πρόσφυση στο τοίχωμα της μήτρας και παρατηρήθηκαν εστίες πυελικής ενδομητρίωσης. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη ενδομητρίωσης. Η ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές και εξήλθε την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Ένα χρόνο μετά και αφού υποβλήθηκε σε εξάμηνη θεραπεία με GnRH, η ασθενής δεν παραπονείται για δυσμηνόρροια και συμμετέχει κανονικά σε όλες τις δραστηριότητές της.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Κριαράς Α., Στρατουδάκης Γ., Κοντεζάκης Π., Ebrahim Η., Δασκαλάκης Γ.
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Χανίων Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ

Ως αντισύλληψη ονομάζουμε όλες τις μεθόδους που έχουν ως στόχο την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι σύγχρονες επιλογές είναι πολλές. Η πλέον διαδεδομένη μέθοδος στους εφήβους είναι η χρήση του προφυλακτικού (57%), δεύτερη δημοφιλέστερη είναι η διακεκομμένη συνουσία -γνωστή και ως απόσυρση (23%) και τρίτη μέθοδος είναι το αντισυλληπτικό δισκίο με ποσοστό χρήσης, στη χώρα μας μόλις 13% έναντι 22% σε παγκόσμιο επίπεδο και 33% στα κράτη της Δυτικής Ευρώπης. Τα πρώτα σημάδια αλλαγής στο κορμί του μικρού κοριτσιού, που μεταμορφώνεται σταδιακά σε σώμα γυναίκας, γεννούν ανάμεικτα συναισθήματα περηφάνιας, χαράς, αλλά και υποσυνείδητου φόβου και συστολής. Η εφηβεία αδιαμφισβήτητα αποτελεί μια περίοδο τεράστιων σωματικών και ψυχικών αλλαγών. Η πρώτη περίοδος, οι πιθανές διαταραχές της, τα πρώτα σκιρτήματα του έρωτα καθώς και ερωτήματα σχετικά με την πιθανή έναρξη της σεξουαλικής ζωής απασχολούν το νεαρό κορίτσι και προβληματίζουν ακόμη περισσότερο τους γονείς. Σκοπός μας η αξιολόγηση της ενημέρωσης και εφαρμογής των μεθόδων αντισύλληψης σε δείγμα πληθυσμού εφηβικής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διανεμήθηκαν 400 ερωτηματολόγια σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και περιλάμβαναν ερωτήσεις όπως: έχετε και σε ποια ηλικία ξεκίνησαν τις σεξουαλικές επαφές, ποια είναι η πηγή πληροφόρησης για την αντισύλληψη, η χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου επηρεάζει την ερωτική πράξη, ο άντρας ή η γυναίκα πρέπει να εφαρμόζει την αντισυλληπτική μέθοδο, ποιος αποφασίζει μέσα στο ζευγάρι την αντισυλληπτική μέθοδο, ποια αντισυλληπτική μέθοδο θεωρείται ασφαλέστερη, ποια εφαρμόζεται στο ζευγάρι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκεντρώθηκαν 288 ερωτηματολόγια, από τα οποία 168 (58.3%) ήταν από κορίτσια και 120 (41.7%) από αγόρια. Η πλειοψηφία (55.3%) ξεκίνησε τις σεξουαλικές επαφές στην ηλικία των 16-18 ετών. Κύριες πηγές πληροφόρησης ήταν τα φιλικά πρόσωπα (72.1%) και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (67.7%). Τα κύρια χαρακτηριστικά των αντισυλληπτικών μεθόδων ήταν η ασφάλεια (84.7%) και η ευκολία στη χρήση (65.3%). Η ευθύνη για τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου και η απόφαση για τον τρόπο αντισύλληψης θα πρέπει να γίνεται από το ζευγάρι (77.3%). Το ανδρικό προφυλακτικό επηρεάζει αρνητικά την ερωτική σχέση (53.7%). Ασφαλέστερη μέθοδος πρέπει να είναι το ανδρικό προφυλακτικό (80.5%) και δεύτερο το αντισυλληπτικό χάπι (73.2%). Δημοφιλέστερη μέθοδος ήταν το ανδρικό προφυλακτικό (52.3%) και δεύτερη η διακεκομμένη συνουσία (24.9%). Φαίνεται ότι χρειάζεται συστηματικότερη και πιο υπεύθυνη ενημέρωση των αγοριών και κοριτσιών εφηβικής ηλικίας της περιοχής μας για όλες τις πτυχές της αντισύλληψης και του μελλοντικού οικογενειακού προγραμματισμού.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΜΕ ΜΟΝΗΡΗ ΟΜΦΑΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ

Στρατουδάκης Γ., Κριαράς Α., Κοντεζάκης Π., Ebrahim H., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Η μονήρης ομφαλική αρτηρία (SUA) αναφέρεται σε μια παραλλαγή της δομής του ομφάλιου λώρου κατά την οποία υπάρχει μόνο μία ομφαλική αρτηρία . Ο ομφάλιος λώρος σχηματίζεται από τμήμα του λεκιθικού σάκου και της αλλαντοϊκής μεμβράνης και περιέχει δύο αρτηρίες και μία φλέβα. Η ομφαλική φλέβα μεταφέρει το οξυγονωμένο αίμα από τον πλακούντα στο έμβρυο και οι ομφαλικές αρτηρίες που προέρχονται από την αλλαντοϊκή μεμβράνη μεταφέρουν το αποξυγονωμένο αίμα από το έμβρυο στον πλακούντα. Η SUA έχει συχνότητα εμφάνισης από 0,5% έως 6% και είναι πιο συχνή σε δίδυμες κυήσεις (3.9% έως 8.8%). Η SUA στο 65% των περιπτώσεων, αποτελεί μεμονωμένο εύρημα. Στο 35% των περιπτώσεων συνδυάζεται με ανευπλοειδίες, συγγενείς ανωμαλίες και/η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου (IUGR). Η προγεννητική διάγνωση SUA βασίζεται στην υπερηχογραφική απεικόνιση μόνο δύο αγγείων στον ομφάλιο λώρο σε διατομή ή κατά μήκος, συνήθως στη θέση εισόδου του ομφαλίου λώρου στο κοιλιακό τοίχωμα του εμβρύου. Η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιωθεί κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης με Doppler ροής χρώματος στην περιοχή της διακλάδωσης της αορτής του εμβρύου, ανιχνεύοντας τις αρτηρίες και στις δύο πλευρές της εμβρυικής ουροδόχου κύστης.

Σκοπός: Η καταγραφή της ενδομήτριας ανάπτυξης και της περιγεννητικής έκβασης των κυήσεων με μονήρη ομφαλική αρτηρία (SUA).

Υλικά και μέθοδος: Από το 2005 έως το 2017 μελετήθηκε το περιγεννητικό αποτέλεσμα νεογνών που κατά το ανατομικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε SUA. Η υπερηχογραφική εξέταση έγινε από τη 20η έως την 25η εβδομάδα κύησης. Ως κριτήρια διάγνωσης της SUA χρησιμοποιήθηκε η ανεύρεση δύο αγγείων κατά την εγκάρσια τομή του ομφαλίου λώρου και η μη εμφάνιση της μίας ομφαλικής αρτηρίας κατά την είσοδό της στην εμβρυϊκή κοιλιακή χώρα με οδηγό σημείο την ουροδόχο κύστης. Ελέγχθηκαν η έκβαση της κάθε κύησης, η εβδομάδα περάτωσης του τοκετού, η παρουσία τυχόν νεογνικών ανωμαλιών, και η ύπαρξη χρωματοσωμικών ανωμαλιών.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 32 περιστατικά με SUA. Η μέση ηλικία κύησης κατά τον τοκετό ήταν 37 εβδομάδες (36.8-38.9 εβδομάδες). Στις περισσότερες περιπτώσεις είχαμε τελειόμηνα νεογνά (24 περιστατικά, 75%) χωρίς παθολογικά ευρήματα με μέσο βάρος γέννησης 3148gr. Σε 4 περιπτώσεις (12.5%) υπήρξε πρόωρος τοκετός χωρίς ενδομήτριο ή νεογνικό θάνατο. Σε 6 νεογνά βρέθηκαν 4 περιπτώσεις με συγγενείς καρδιοπάθειες (12.5%) και 2 περιπτώσεις με πάθηση ουροποιητικού (6.25%). Σε 4 περιπτώσεις με πολλαπλές διαμαρτίες διαγνώσθηκε προγεννητικά τρισωμία 21 και 18 (12.5%) και έγινε διακοπή κύησης.

Συμπεράσματα: Στις κυήσεις με μονήρη ομφαλική αρτηρία, η μέση ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης δεν φαίνεται να διαφέρει από κυήσεις νεογνών με τρία αγγεία. Στα δικά μας περιστατικά με μεμονωμένη μονήρη ομφαλική αρτηρία δεν διαγνώσθηκαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενώ ανευρέθηκαν δομικές ανωμαλίες, ιδιαίτερα παθήσεις του ουρογεννητικού και του καρδιαγγειακού συστήματος, ευρήματα συμβατά με τη διεθνή βιβλιογραφία.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017

Ε.Φαρσαράκη Μ. Τσιγαριδάκη Α. Παπαγιαννάκη Σ. Δασκαλάκη, Ε. Καλλιγιαννάκης, Φ. Αθουσάκη-Νεονάκη

Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο

Εισαγωγή:Υψηλές τιμές χοληστερίνης και χαμηλές τιμές HDL είναι παράγοντες που ευθύνονται για την αθηρωματική νόσο και τον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Είναι η μελέτη των παραπάνω βιοχημικών εξετάσεων σε δείγμα πληθυσμού του Νομού Ηρακλείου και ο προσδιορισμός του αθηρωματικού δείκτη (πηλίκο ολικής χοληστερίνης προς την HDL) σε άνδρες και γυναίκες.

Υλικό-Μέδοδος: Ελέχθηκαν 10949 άτομα ηλικίας >18 ετών ,εκ των οποίων 5288 άνδρες και 5661 γυναίκες για χοληστερίνη και HDL .Η μέθοδος είναι φασματοφωτομετρία στον αναλυτή Architect. Αθηρωματικός δείκτης <3,5 είναι αποδεκτός.

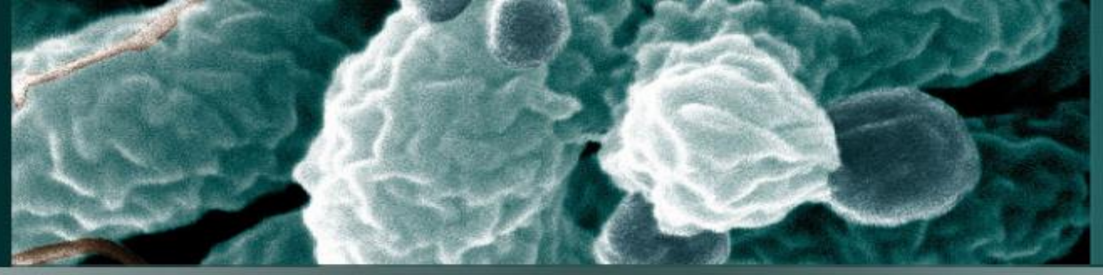
ΕΞΕΤΑΣΗ	ΦΥΛΟ	ΤΙΜΕΣ(ΟΡΙΟ)	ΠΟΣΟΣΤΟ%	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
Χοληστερίνη	1 - Άνδρας	1 - Κανονική (200-)	63,43%	3.354
Χοληστερίνη	1 - Άνδρας	2 - Υψηλή (239)	24,83%	1.313
Χοληστερίνη	1 - Άνδρας	3 - Πολύ Υψηλή (240+)	11,74%	621
				5288
Χοληστερίνη	2 - Γυναίκα	1 - Κανονική (200-)	57,20%	3.238
Χοληστερίνη	2 - Γυναίκα	2 - Υψηλή (239)	28,95%	1.639
Χοληστερίνη	2 - Γυναίκα	3 - Πολύ Υψηλή (240+)	13,85%	784
				5661
HDL χοληστερόλη	1 - Άνδρας	1 - Χαμηλή (34-)	22,94%	1.213
HDL χοληστερόλη	1 - Άνδρας	2 - Κανονική (75)	76,12%	4.025
HDL χοληστερόλη	1 - Άνδρας	3 - Υψηλή (76+)	0,95%	50
				5288
HDL χοληστερόλη	2 - Γυναίκα	1 - Χαμηλή (34-)	7,07%	400
HDL χοληστερόλη	2 - Γυναίκα	2 - Κανονική (75)	88,50%	5.010
HDL χοληστερόλη	2 - Γυναίκα	3 - Υψηλή (76+)	4,43%	251
				5661

<u>Συμπέρασμα</u>: Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι στο δείγμα ανδρών και γυναικών που εξετάστηκε η μέση τιμή του αθηρωματικού δείκτη στις γυναίκες είναι 3,95 ενώ στους άνδρες 4,59.Επομένως ο αθηρωματικός δείκτης στους άνδρες αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ



ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ. - ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Βακωνάκη, Α. Ζουρίδη, Ε. Αμαργιαννιτάκη, Μ. Κουτσουρελάκη, Ε. Παναγιωτάκη

Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Βενιζέλειο-Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή

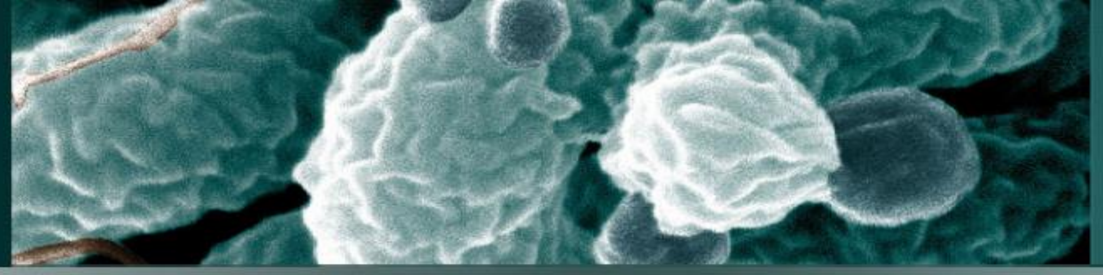
Η μικροβιαιμία αποτελεί μία από τις πιο επείγουσες και σοβαρές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), στην οποία η διάγνωση & αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση

Σκοπός

Η καταγραφή:

- των θετικών αιμοκαλλιεργειών σε σύνολο αιμοκαλλιεργειών ασθενών της ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας
- του είδους μικροβίου που αυτές ανέπτυξαν και
- του μηχανισμού αντοχής των μικροβίων που απομονώθηκαν

fppt.com



Υλικό και Μέθοδοι

Σε χρονικό διάστημα ενός έτους (01/01/2017 έως και 31/12/2017) στάλθηκαν 290 φιάλες καλλιέργειας αίματος (αερόβια και αναερόβια φιάλη).

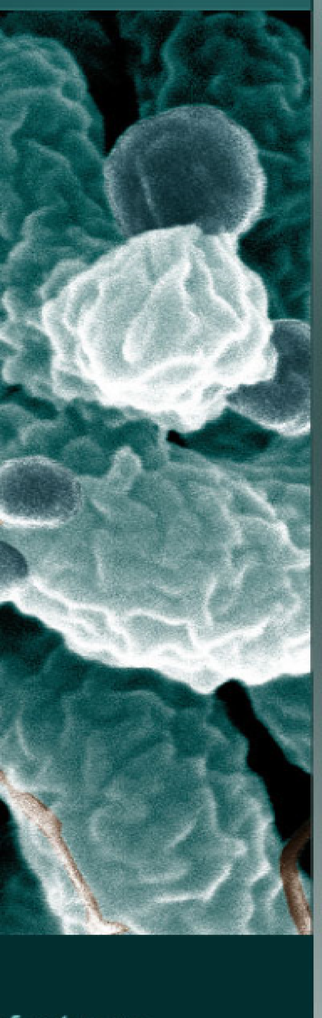
Οι φιάλες επωάστηκαν στο αυτόματο σύστημα BACT/ALERT 3D, bioMérieux για 7 ημέρες.

Επί <u>θετικής καλλιέργειας</u>, έγινε:

- ❑ Gram χρώση
- ❑ ενοφθαλμισμός σε συνήθη θρεπτικά υλικά
- ❑ ταυτοποίηση και έλεγχος ευαισθησίας του μικροοργανισμού με
  - -το MicroScan Walkaway 96plus (Beckmann Coulter) και
  - -το σύστημα ταυτοποίησης μυκήτων Api 20C AUX (bioMérieux) και
  - το σύστημα ταυτοποίησης κορυνοβακτηριδίων Api Coryne (bioMérieux)
- ❑τη μέθοδο διάχυσης δισκίων κατά Kirby-Bauer
- ❑τη μέθοδο E-test (bioMérieux), υπό τις οδηγίες του CLSI

❖Από τις θετικές καλλιέργειες **αφαιρέθηκαν** όμοια στελέχη τα οποία απομονώθηκαν από τον ίδιο ασθενή

fppt.com



Αποτελέσματα

Στο σύνολο 290 αιμοκαλλιεργειών, στείρες (χωρίς ανάπτυξη μικροβίου) ήταν 233 κ/ες (80%) ενώ σε 57 κ/ες (20%) απομονώθηκαν 63 μικροοργανισμοί.

Μικροοργανισμός	Ν στελεχών
Gram (+) κόκκοι	35
•CNS	27
•*S. aureus*	1
•*E. faecalis*	3
•*S. viridans*	4
Gram (-) βακτηρίδια	16
•*Acinetobacter baumannii*	5
•*Klebsiella* pneumoniae	5
•Pseudomonas aeruginosa	3
•Escherichia coli	2
•Proteus mirabilis	1
Gram (+) βακτηρίδια	4
•*Corynebacterium spp.*	3
•*Clostridium spp.*	1
Candida spp.	8

Ο *S. aureus* που απομονώθηκε ήταν ευαίσθητος στη μεθικιλλίνη (MSSA) όπως και ο εντερόκοκκος, ο οποίος ήταν ευαίσθητος στη βανκομυκίνη (VSE).

Τα στελέχη *Acinetobacter* ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες και ευαίσθητα στην κολιστίνη.
Από τα 5 στελέχη *K. pneumoniae*, 2 ήταν ευαίσθητα στις καρβαπενέμες και 3 ήταν ανθεκτικά, εκ των οποίων 1 στέλεχος ήταν ανθεκτικό και στην κολιστίνη.
Τα στελέχη της ψευδομονάδας ήταν ευαίσθητα, χωρίς κάποιο φαινότυπο αντοχής.

Συμπέρασμα

Οι μικροοργανισμοί οι οποίοι απομονώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα είναι οι CNS, οι οποίοι άλλοτε αποτελούν επιμόλυνση και άλλοτε αποτελούν αίτιο αληθούς μικροβιαιμίας. Αξίζει να αναφερθεί η συχνότητα απομόνωσης των μυκήτων, η οποία είναι 12,7%. Παρατηρήθηκε μικρό ποσοστό απομόνωσης πολυανθεκτικών στελεχών Gram αρνητικών βακτηριδίων (8/63 στελέχη, 12,7%), δείγμα της καλής νοσηλευτικής φροντίδας στη ΜΕΘ του νοσοκομείου. Τέλος, η ύπαρξη πολυανθεκτικών στελεχών στις κ/ες αίματος των ασθενών της ΜΕΘ αποτελεί πρόβλημα θεραπευτικής προσέγγισης αλλά και θέμα Δημόσιας Υγείας που απαιτεί συνεχή έλεγχο, επαγρύπνηση και καλή συνεργασία.

fppt.com

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

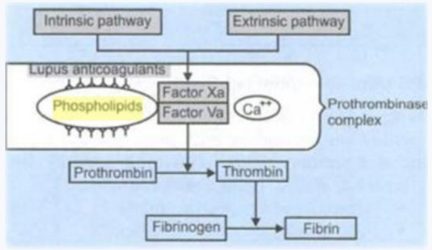
www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ (LA)

Νιώτη Ελένη, Ανδρουλάκης Νικόλαος, Σπαθαράκη Παρασκευή, Παπαδάκης Ιωάννης , Παπαδοπούλου Αναστασία, Φασουλάκη Ευαγγελία, Νότας Γεώργιος.
Εργαστήριο Αιματολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης.

Εισαγωγή: Τα αντιπηκτικά λύκου (LA) είναι μια ετερογενής ομάδα αντισωμάτων που στρέφονται εναντίον φωσφολιπιδίων και πρωτεϊνών της κυτταρικής μεμβράνης. Προκαλούν in vitro παράταση των χρόνων πήξης σε δοκιμασίες εξαρτώμενες από φωσφολιπίδια (εικόνα 1) ενώ in vivo, τα αντισώματα αυτά πιστεύεται ότι αλληλοεπιδρούν με φωσφολιπίδια της μεμβράνης των αιμοπεταλίων, αυξάνοντας έτσι την προσκόλληση και την συσσώρευση των τους.



Εικόνα 1: Μηχανισμός in vitro παράτασης των χρόνων πήξης από τα αντιπηκτικά του Λύκου

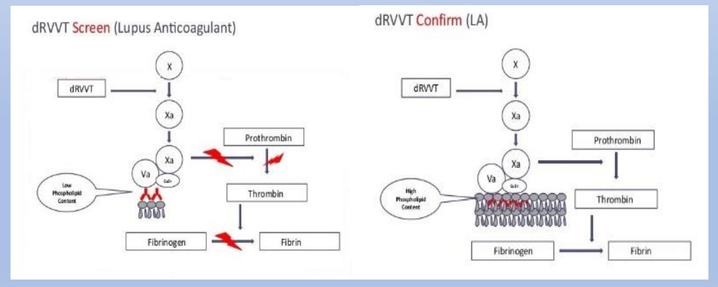
Η παρουσία τους συνδέεται κλινικά με θρομβοεμβολικά επεισόδια, με υψηλή συχνότητα αποβολών, καθώς και στην παθογένεια του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου.

Σκοπός: Η αποτύπωση της συχνότητας των ασθενών με θετικά αντιπηκτικά του λύκου σε χρονικό διάστημα μιας τριετίας καθώς και η συσχέτιση με την υποκείμενη νόσο αλλά και με συγκεκριμένες εργαστηριακές παραμέτρους.

Υλικό και μέθοδοι: Διερευνήθηκαν ιατρικοί φάκελοι και καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά στοιχεία. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν εργαστηριακοί παράμετροι όπως γενική εξέταση αίματος, έλεγχος πηκτικότητας, δοκιμασία μίξης πλάσματος, αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης και αντισώματα έναντι β2-γλυκοπρωτεινης I.

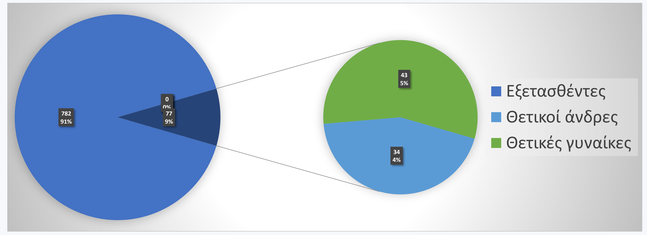
Για τον έλεγχο της παρουσίας αντιπηκτικών του λύκου (LA) στην συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε αφ' ενός η μέθοδος dRVVT και αφ' ετέρου η μέθοδος περίσσειας φωσφολιπιδίων η οποία χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό 2 αντιδραστηρίων APTT: ένα ευαίσθητο (φτωχό σε φωσφολιπίδια) και ένα μη ευαίσθητο στο LA (πλούσιο σε φωσφολιπίδια)

Η εξέταση για LA (dRVVT), βασίζεται στην ικανότητα του δηλητηρίου της οχιάς του Russell του να προκαλεί θρόμβωση ενεργοποιώντας απευθείας τον παράγοντα X, ο οποίος μετατρέπει την προθρομβίνη σε θρομβίνη, παρουσία του παράγοντα V και φωσφολιπιδίων (εικόνα 2).



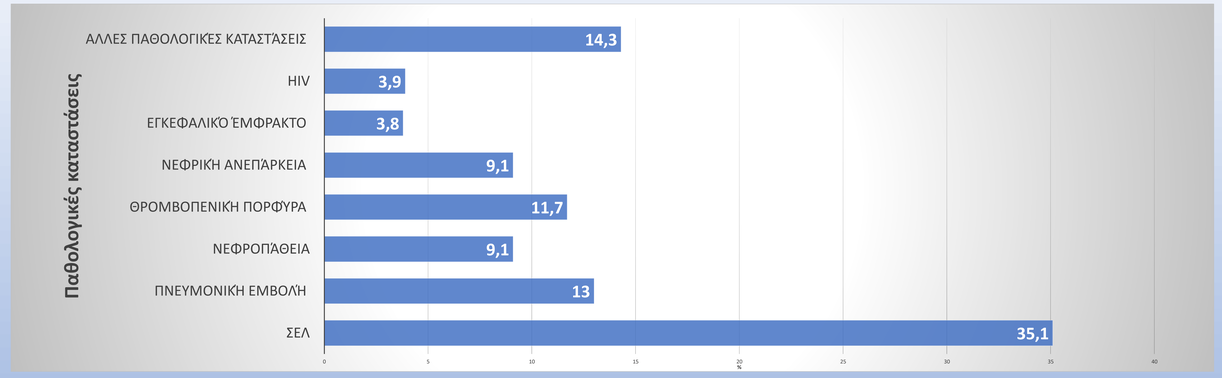
Εικόνα 2: Σχηματική παράσταση της δοκιμασίας DRVVT

Αποτελέσματα : Σε σύνολο 782 εξετασθέντων, 77 (9,8%) (43 γυναίκες και 34 άνδρες) βρέθηκαν θετικοί. (σχήμα 1) Η μέση ηλικία για τους άντρες ήταν 44,5 έτη (3-79), και για τις γυναίκες 46,6 έτη (10-82)



Σχήμα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Εξ' αυτών 27 ασθενείς (35,1%) διαγνώστηκαν με ΣΕΛ, 10 με πνευμονική εμβολή (13,0%), 7 με νεφροπάθεια (9,1%), 9 με θρομβοπενική πορφύρα (11,7%), και 3 με HIV (3,9%). Στο υπόλοιπο 27,2% (21 ασθενείς) διαγνώστηκαν διάφορες άλλες παθολογικές καταστάσεις με ποσοστό < 2% η κάθε μία (σχήμα 2). Το 24.7% των ασθενών παρουσίασε θρομβοπενία, ενώ το 63.6% ήπια μείωση της αιμοσφαιρίνη και του αιματοκρίτη (σχήμα 2). Στο 58,5% των ασθενών ο έλεγχος για αντισώματα καρδιολιπίνης και β2-γλυκοπρωτείνης απέβη αρνητικός.



Σχήμα 2:Η κατανομή της υποκείμενης νόσου στους ασθενείς με θετικά LA

Συμπέρασμα: Εκ των ανωτέρω συμπεραίνουμε ότι, παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό (48,1%) των περιστατικών με θετικά αντιπηκτικά του λύκου συνδέονται με ΣΕΛ και εμβολή, εντούτοις η ύπαρξη τους επιβεβαιώνεται και σε άλλα πολύ διαφορετικά αλλά και σοβαρά νοσήματα.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΤΙΜΕΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΤΗΣ Ν.Υ. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Ν. Γουλιδάκη, Μ. Διαλυνάς, Ε. Ματαλλιωτάκης

Ν. Υ. Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Κρήτη

Εισαγωγή: Στους υποψήφιους αιμοδότες πραγματοποιείται γενική αίματος προκειμένου να αξιολογηθεί η καταλληλότητά τους. Βάσει των οδηγιών της Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας (2018), οι άνδρες αιμοδότες πρέπει να έχουν τιμές αιμοσφαιρίνης ≥13.5 g/dl και οι γυναίκες ≥12.5 g/dl (2004/33ΕΚ). Επίσης, οι δότες αίματος πρέπει να έχουν αριθμό αιμοπεταλίων >100.000/μl και <500.000/μl. Σύμφωνα με τις παραπάνω οδηγίες, για τους δότες αιμοπεταλίων αφαίρεσης τα αιμοπετάλια πρέπει να είναι ≥150.000/μl, ενώ σε ορισμένες υπηρεσίες Αιμοδοσίας είναι επιθυμητό να είναι ≥ 200.000/μl. Στον Πίνακα 1 αναγράφονται τα όρια αιμοσφαιρίνης για την αιμοδοσία ολικού αίματος σε διάφορες χώρες.

	Ελάχιστα επίπεδα Hb (gr/dL)		
	Γυναίκες	Άνδρες	Μεσοδιάστημα
FDA/AABB (Ηνωμένες Πολιτείες)	12,5	12,5	8 εβδομάδες
Συμβούλιο της Ευρώπης (ΣΕ)	12,5	13,5	8 εβδομάδες –άνδρες, 12 εβδομάδες – γυναίκες
National Blood Service (Ηνωμένο Βασίλειο)	12,5	13,5	12-16 εβδομάδες
Therapeutic Goods Administration (Αυστραλία)	12,0	13,0	12 εβδομάδες

Πίνακας 1. Όρια επιπέδων αιμοσφαιρίνης και μεσοδιαστήματα που επιτρέπουν την αιμοδοσία ολικού αίματος (Από την αναφορά 2).

Σκοπός: Η καταγραφή των τιμών αιμοσφαιρίνης και αιμοπεταλίων σε υποψήφιους άνδρες αιμοδότες που προσήλθαν στο Τμήμα Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης.

Υλικό και μέθοδοι: Στους υποψήφιους αιμοδότες πραγματοποιήθηκε γενική αίματος στον αναλυτή Cell-Dyn Emerald (Abbott). Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν οι τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη συμπεριελήφθησαν στην ανάλυση ήταν τυχαία και αφορούσε το χρονικό διάστημα 6/2017-8/2018.

Αποτελέσματα: Στο Τμήμα Αιμοδοσίας μας οι άνδρες αιμοδότες αποτελούν περίπου το 81% των αιμοδοτών, δηλαδή τη συντριπτική πλειοψηφία. Από τους υποψήφιους άνδρες αιμοδότες υπολογίζεται ότι μόνο το 2% είχαν τιμές αιμοσφαιρίνης <13.5 g/dl και αποκλείσθηκαν για αυτόν τον λόγο. Οι τιμές αιμοσφαιρίνης και αιμοπεταλίων των 500 αιμοδοτών που τυχαία επιλέχθηκαν για ανάλυση φαίνονται στους παρακάτω πίνακες:

ΤΙΜΕΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΑΝΔΡΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	(g/dl)
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	15,1
ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	15,1
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	17,6
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	13,5

ΤΙΜΕΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	(x10^3/μl)
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	244
ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	239
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	397
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	120

Συμπεράσματα: Οι υποψήφιοι άνδρες αιμοδότες έχουν μικρή πιθανότητα (περίπου 2%) να αποκλεισθούν λόγω χαμηλής αιμοσφαιρίνης. Όσοι πληρούν το κριτήριο της αιμοσφαιρίνης αλλά και τα υπόλοιπα κριτήρια επιλογής και τελικά αιμοδοτούν, έχουν τιμές αιμοσφαιρίνης αρκετά μεγαλύτερες από το όριο. Συγκεκριμένα, έχουν κατά μέσο όρο τιμή αιμοσφαιρίνης 15.1 g/dl με όριο τα 13.5 g/dl στη χώρα μας. Συνεπώς, οι άνδρες αιμοδότες θα πρέπει να ενημερώνονται ότι μπορούν να αιμοδοτούν κάθε 3-4 μήνες και να ενθαρρύνονται να είναι τακτικοί εθελοντές αιμοδότες. Επίσης, δεδομένου ότι έχουν και υψηλό αριθμό αιμοπεταλίων (κατά μέσο όρο >200x10^3/μl), μπορούν παράλληλα να ενημερώνονται και να ενθαρρύνονται να γίνουν και δότες αιμοπεταλίων αφαίρεσης.

Βιβλιογραφία:

1. Οδηγίες για την επιλογή αιμοδοτών, Ελληνική Εταιρεία Μεταγγισιοθεραπείας, 2018.
2. Ιατρική βασισμένη στην τεκμηρίωση: Τι ισχύει στην επιλογή του αιμοδότη. Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία, Αθήνα, 2014.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1Ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΟΥΡΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ 2017

Ε. Μαγιορκίνης, Α. Καλυκάκη, Χ. Κούτλα, Θ. Αρχοντάκη, Π. Σιράγα, Μ. Πινακουλάκη, Μ. Ιωαννίδου, Α. Τζανιδάκη, Μ. Παπαδάκη, Ε. Καλομενόπουλος

Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρεθύμνου, Ρέθυμνο, Κρήτη

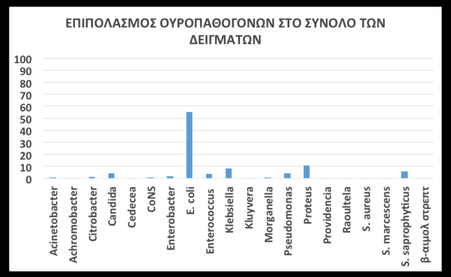
Εισαγωγή: Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν τη συνηθέστερη λοίμωξη τόσο σε ασθενείς της κοινότητας όσο και σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Σύμφωνα με το παγκόσμιο οργανισμό υγείας 1 στις 5 γυναίκες θα πάθει τουλάχιστον μία ουρολοίμωξη στη ζωή της, ενώ παγκοσμίως τουλάχιστον 150 εκατομμύρια περιστατικά συμπτωματικών ουρολοιμώξεων καταγράφονται ετησίως. Η επιδημιολογική επιτήρηση των ουροπαθογόνων στο νοσοκομείο και στην κοινότητα αποτελεί χρήσιμο εργαλείο τόσο στον εργαστηριακό όσο και στον κλινικό ιατρό.

Σκοπός της εργασίας:
Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αναδρομική μελέτη του επιπολασμού των ουροπαθογόνων στο ΓΝ Ρεθύμνου κατά τη χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 2017 έως και τον Οκτώβριο του 2017.

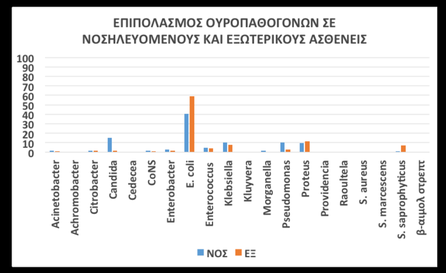
Ασθενείς και Μέθοδοι:
Μελετήθηκαν συνολικά 1267 θετικές ουροκαλλιέργειες σε σύνολο 4339 από ασθενείς που προσήλθαν για καλλιέργεια ούρων κατά τη διάρκεια του 2017. 1646 καλλιέργειες ήταν στείρες (38%), 898 αρνητικές (20%), ενώ κακή λήψη (τριπλή ανάπτυξη) διαπιστώθηκε σε 528 καλλιέργεις (12%). Η καλλιέργεια των ούρων έγινε σε κοινά θρεπτικά υλικά (McConkey Agar, κοινό Agar). Η ταυτοποίηση των μικροβίων έγινε με κλασικές βιοχημικές διαδικασίες (δοκιμασία καταλάσης, οξειδάσης, δοκιμασία κοαγκουλάσης κλπ) σε συνδυασμό με το σύστημα MicroScan (Siemens Healthcare, Germany) καθώς και με το σύστημα API για τα διάφορα μικρόβια (BioMérieux, France).

Αποτελέσματα:

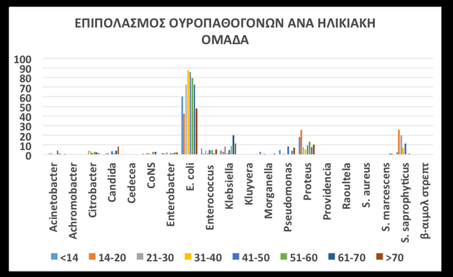
Από τις 1267 θετικές ουροκαλλιέργειες απομονώθηκαν τα ακόλουθα ουροπαθογόνα: *E. coli* 55%, *P. mirabilis* 11%, *K. pneumoniae* 8%, *S. saprophyticus* 6%, *P. aeruginosa* 4%, *Candida sp.* 4%, *Enterococcus sp.* 4% και λοιπά ουροπαθογόνα 7% (Εικόνα 1). Η E. coli εμφάνισε υψηλότερο επιπολασμό στους εξωτερικούς παρά στους νοσηλευόμενους ασθενείς (Εικόνα 2). Η συχνότητα εμφάνισης του P. mirabilis ως ουροπαθογόνου ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στις ηλικίες <14 ετών (18.5% vs 10.2%, p<0.01) ενώ ο S. saprophyticus σε ηλικίες άνω των 14 ετών (6.6% vs 1.9% αντίστοιχα, p<0.01) (Εικόνα 3). Στις ηλικιακές ομάδες 14-20 ετών και >70 ετών ήταν πιο συχνά ουροπαθογόνα εκτός της E. coli (Εικόνα 4) Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στον επιπολασμό της Candida sp., E. coli, Enterococcus sp. και S. saprophyticus μεταξύ αντρών και γυναικών (7.9% vs 2.5%, 41.9 vs 61.2%, 10.7% vs 7.4% και 1.4% vs 7.6, p<0.0001) , όπως επίσης μεταξύ νοσηλευόμενων και εξωτερικών ασθενών στον επιπολασμό της Candida sp., E. coli, P. aeruginosa και S. saprophyticus (15% vs 1.7%, 40.5% vs 58.9%, 10.1 vs 2.9% και 0.8 vs 6.9% αντίστοιχα, p<0.0001) (Εικόνα 5).



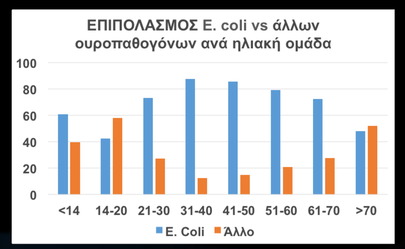
Εικόνα 1: Επιπολασμός των ουροπαθογόνων στο σύνολο των δειγμάτων.



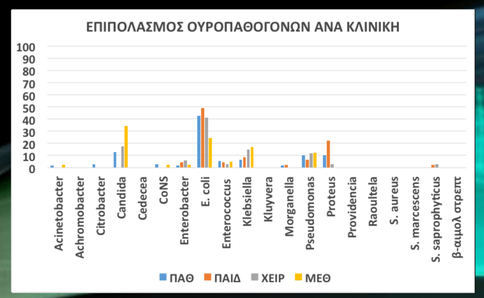
Εικόνα 2: Επιπολασμός των ουροπαθογόνων σε νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς.



Εικόνα 3: Επιπολασμός των ουροπαθογόνων ανά ηλικιακή ομάδα.



Εικόνα 4: Επιπολασμός E. coli vs άλλων ουροπαθογόνων ανά ηλικιακή ομάδα.



Εικόνα 5: Επιπολασμός των ουροπαθογόνων στους ασθενείς ανά κλινική νοσηλείας τους.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η E. coli εξακολουθεί να είναι το κυριότερο αίτιο των ουρολοιμώξεων στο γενικό πληθυσμό. Παρατηρούνται διαφορές στον επιπολασμό των ουροπαθογόνων μεταξύ ηλικιακών ομάδων, φύλου και μεταξύ νοσηλευόμενων και εξωτερικών ασθενών, με τα αποτελέσματα αυτά να συμβαδίζουν με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:
1)Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nat Rev Microbiol. 2015 May;13(5):269-84.
2)Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Dis. Mon. 2003 Feb; 49(2):53-70
3)Tandogdu Z, Wagenlehner FM. Global epidemiology of urinary tract infections. Curr Opin Infect Dis. 2016 Feb; 29(1): 73-9

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

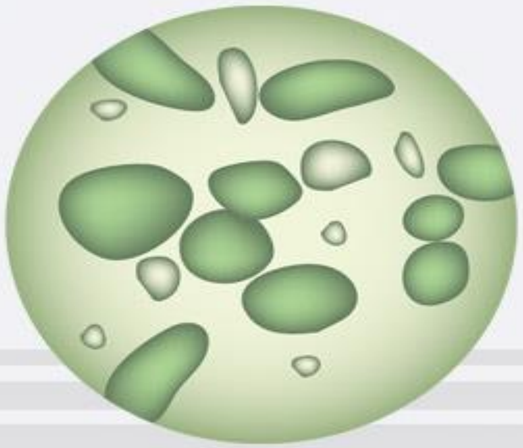
www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Ζουρίδη, Α. Καρακάση, Α. Παπαδόπουλος, Ε. Παναγιωτάκη
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Βενιζέλειο-Πανάνειο»
Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου



www.fppt.info

Εισαγωγή

Το *Clostridium difficile* ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό των διαρροιών που σχετίζονται με τη χορήγηση αντιβιοτικών,
αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία νοσοκομειακής διάρροιας και
σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα

Σκοπός

Η μελέτη του επιπολασμού του *Clostridium difficile*
σε εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς
του «Βενιζελείου –Πανάνειου» Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου κατά το έτος 2017

Υλικό-Μέθοδος

Μελετήθηκαν συνολικά 546 ασθενείς, 155 των Εξωτερικών Ιατρείων και 391 νοσηλευόμενοι ασθενείς, οι οποίοι είτε προσήλθαν με διάρροια είτε εμφάνισαν διάρροια κατά τη νοσηλεία τους.

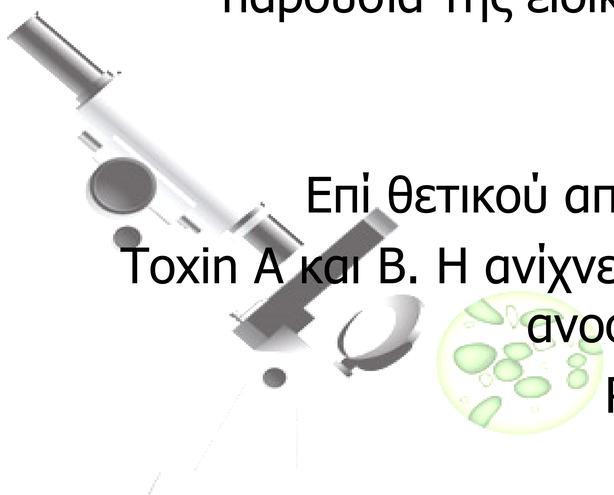
Όλα τα δείγματα των κοπράνων τα οποία εστάλησαν στο Εργαστήριο μας εξετάστηκαν είτε για την παρουσία της ειδικής γλουταμινικής δεϋδρογενάσης (GDH) είτε με τη μέθοδο της αναερόβιας καλλιέργειας σε ειδικό εκλεκτικό υλικό

(CLO agar, Biomerieux).

Επί θετικού αποτελέσματος, πραγματοποιήθηκε περαιτέρω έλεγχος για παραγωγή

Toxin A και B. Η ανίχνευση του αντιγόνου της GDH και των τοξινών Α και Β έγινε με τη μέθοδο της ανοσοχρωματογραφίας (RIDA Quick Clostridium difficile GDH και

RIDA Quick Clostridium difficileToxin A/B, r-Biopharm)



www.fppt.info

Αποτελέσματα

	GDH (+) ή κ/α (+) / Σύνολο δειγμάτων (%)	GDH (+) ή κ/α (+) , Tox (+) / Σύνολο δειγμάτων (%)	Tox (+) / Σύνολο GDH (+) (%)
Εξωτερικοί ασθενείς	24/155 (15,5%)	7/155 (4,5%)	7/24 (29%)
Νοσηλευόμενοι ασθενείς	60/391 (15,3%)	33/391 (8,4%)	33/60 (55%)
Σύνολο ασθενών	84/546 (15,4%)	40/546 (7,3%)	40/84 (47,6%)

Συμπέρασμα

Το ποσοστό απομόνωσης *C. difficile* δε διαφέρει στις δύο κατηγορίες ασθενών. Η συχνότητα απομόνωσης τοξινογόνων στελεχών είναι μεγαλύτερη στους νοσηλευόμενους ασθενείς, το οποίο συνδέεται αφενός με τη σοβαρότητα της λοίμωξης και αφετέρου με την κατανάλωση των αντιβιοτικών στις κλινικές.

Η καλλιέργεια και κυρίως η GDH μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν προκαταρκτική δοκιμασία ανίχνευσης του παθογόνου, με τα θετικά δείγματα να εξετάζονται περαιτέρω για την παραγωγή τοξίνης.

Οι ασυμπτωματικοί φορείς διασπείρουν συνεχώς στο περιβάλλον το βακτήριο ενώ οι συμπτωματικοί ασθενείς πρέπει να απομονώνονται και να γίνεται καθαρισμός του περιβάλλοντα χώρου.

Είναι αναγκαία η διαρκής επιτήρηση των στελεχών *C. difficile* αλλά και η συνεργασία κλινικών και εργαστηριακών ιατρών με σκοπό την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών και τη λήψη άμεσων μέτρων για την αποφυγή της ενδονοσοκομειακής διασποράς των στελεχών αυτών

www.fppt.info

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1Ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ 2017

Ε. Μαγιορκίνης[1], Α. Καλυκάκη[1], Χ. Κούτλα[1], Π. Σιράγα[1], Θ. Αρχοντάκη[1], Μ. Πινακουλάκη[1], Μ. Ιωαννίδου[1], Ε. Κουτσαυτάκη[1], Ε. Μωρέ[2], Ε. Καλομενόπουλος[1]

[1]Βιοπαθολογικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

[2]Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Εισαγωγή: Οι κολπίτιδες αποτελούν συχνό κλινικό πρόβλημα ιδιαίτερα στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και παρουσιάζουν μεγάλο φάσμα αιτιολογιών, ενώ αποτελούν το δεύτερη πιο συχνή διαταραχή στις μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες . Περίπου 10% των γυναικών θα παρουσιάσουν ενοχλήσεις από τον κόλπο με εκκρίσεις ετησίως, ενώ περίπου 10 εκατομμύρια επισκέψεις κάθε χρόνο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία σχετίζονται με αυτό το πρόβλημα. Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου είναι ευάλωτο σε λοιμώξεις από είδη Candida αλλά και από την Trichomonas vaginalis. Το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτράχηλου είναι ευάλωτο σε λοιμώξεις από N. gonorrhoeae και C. trachomatis, ενώ ο ιός του απλού έρπητα μπορεί να προσβάλλει και τα δύο είδη επιθηλίων. Ο ρόλος των μυκοπλασμάτων και των ουρεαπλασμάτων επίσης είναι σημαντικός καθότι φαίνεται να συνδέονται με ουρηθρήτιδα, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, και πρόωρο τοκετό. Η διαταραχή της χλωρίδας με υπερανάπτυξη αναερόβιων βακτηρίων αποτελεί επίσης σημαντική αιτία δύσοσμων εκκρίσεων και ενοχλήσεων· στην περίπτωση αυτή παρατηρείται υπερανάπτυξη αναερόβιων βακτηρίων όπως η Gardnerella vaginalis και βακτηρία του γένους Mobiluncus. Σχετικά πρόσφατα περιγράφηκε και μια άλλη κλινική κατάσταση, η αερόβιος κολπίτιδα, η οποία συνδέεται με λιγότερο σοβαρή διαταραχή της χλωρίδας του κόλπου, με φλεγμονή, ατροφία και ανάπτυξη αερόβιων βακτηρίων κυρίως της εντερικής χλωρίδας ή παθογόνων. Τέλος η αξιολόγηση της φορείας στρεπτοκόκκων όπως ο S. agalactiae είναι ιδιαίτερα σημαντικός για γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας καθότι μπορεί να προκαλέσει σημαντική διεισδυτική λοίμωξη στο νεογνό κατά τον τοκετό.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη του επιπολασμού των παθογόνων στις καλλιέργειες κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου κατά το 2017.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 542 καλλιέργειες κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων από γυναίκες που προσήλθαν για έλεγχο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ΓΝ Ρεθύμνου. Σε κάθε κολπικό επίχρισμα λήφθησαν δύο στυλεοί, ο ένας για καλλιέργεια και ο άλλος για την άμεση εξέταση του κολπικού υγρού (πυοσφαίρια, ύπαρξη μυκήτων ή τριχομονάδων, τεστ αμινών για την ανίχνευση αναερόβιας κολπίτιδας), ενώ στρώθηκε και δείγμα σε αντικειμενοφόρο πλάκα προκειμένου να εξεταστεί με χρώση Gram. Για την ανίχνευση μυκοπλασμάτων/ουρεαπλασμάτων και χλαμυδίων λήφθηκε τραχηλικό επίχρισμα σε κατάλληλο στυλεό. Η αερόβια καλλιέργεια των κολπικών επιχρισμάτων έγινε σε κοινά θρεπτικά υλικά (αιματούχο άγαρ, Sabouraud). Η καλλιέργεια και ο έλεγχος ευαισθησίας για M. hominis/U. urealyticum έγινε χρησιμοποιώντας το kit MycoView σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή (Zeakon Diagnostics, France), ενώ ο έλεγχος χλαμυδίων έγινε με ανοσοχρωματογραφία χρησιμοποιώντας το kit Chlamydia Trachomatis Antigen Rapid Test (Healgen, TX, USA) σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Από τις 542 καλλιέργειες που εξετάστηκαν, στις 256 (46%) διαπιστώθηκε φυσιολογική χλωρίδα, σε 3 (1%) μειωμένη φυσιολογική χλωρίδα ενώ σε 283 (53%) απομονώθηκε τουλάχιστον ένα παθογόνο αίτιο: σε 146 δείγματα μύκητες Candida sp. (51%), σε 39 δείγματα αναερόβιος κολπίτιδα (14%), S. agalactiae σε 13 δείγματα (4.6%), T. vaginalis σε 8 δείγματα (2.8%), μεγάλη ανάπτυξη E. coli σε 4 δείγματα (1.4%) ενώ σε ένα δείγμα απομονώθηκε S. pyogenes και σε ένα άλλο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος group F. Σε σύνολο 379 δειγμάτων που εξετάστηκαν για μυκόπλασμα/ουρεάπλασμα, θετικά ήταν τα 116 (30%): σε 4 δείγματα βρέθηκε μόνο Mycoplasma hominis (3%), σε 82 μόνο Ureaplasma urealyticum (71%), ενώ στα υπόλοιπα 30 διαπιστώθηκε μικτή λοίμωξη από M. hominis/U. urealyticum (26%). Σε σύνολο 86 δειγμάτων που εξετάστηκαν για χλαμύδια, θετικά βρέθηκαν 5 (6%). Σε 63 δείγματα (22%) διαπιστώθηκε μικτή διαταραχή της μικροβιακής χλωρίδας: οι συχνότερες συνλοιμώξεις αφορούν μικτή διαταραχή με Candida sp.+U. urealyticum (12/283), Candida sp+αναερόβια κολπιτιδα (7/283), αναερόβια κολπίτιδα+M. hominis+U. urealyticum (7/283), U. urealyticum+αναερόβια κολπίτιδα (5/283), Candida sp.+M. hominis+U. urealyticum (3/283), Candida sp.+S. agalactiae (2/283), χλαμύδια+U. urealyticum (2/283). Συμπερασματικά, η κολπική καντιντίαση αποτελεί το συχνότερο αίτιο κολπίτιδας στον υπό εξέταση πληθυσμό ενώ η αναερόβιος κολπίτιδα ήταν το δεύτερο συχνότερο αίτιο. Σε υψηλό ποσοστό (22%) παρατηρείται μικτή διαταραχή της χλωρίδας με συμμετοχή αερόβιων, αναερόβιων μικροβίων καθώς και μυκοπλασμάτων/ουρεαπλασμάτων.

Εικόνα 1: Αριθμός θετικών καλλιεργειών κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων.

Εικόνα 2: Σύνολο μικτών καλλιεργειών κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων.

- Pawanarkar J, Chopra K. Health and population – Prevalence of lower reproductive tract infection in infertile women. Perspect Issues. 2004;27:67–75.
- Donders, Gilbert G.G.; Vereecken, Annie; Bosmans, Eugene; Dekeersmaecker, Alfons; Salembier, Geert; Spitz, Bernard (2002). "Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis". BJOG. **109** (1): 34–43
- Donders, G; Bellen, G; Rezeberga, D (2011). "Aerobic vaginitis in pregnancy". BJOG. **118** (10): 1163–70.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

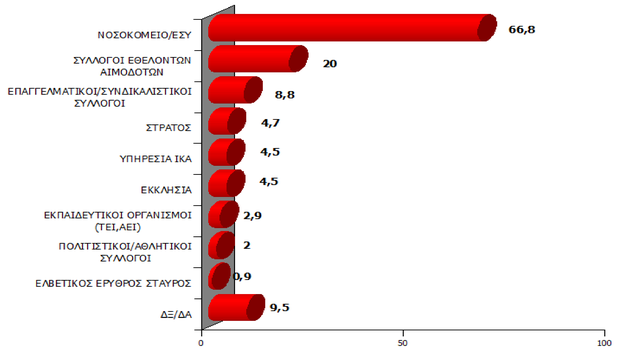
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

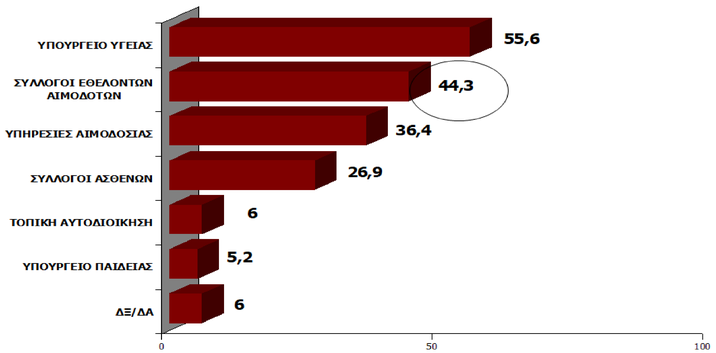
Στυλιανός Ψυχαράκης, Γενικός Ιατρός, Επικουρικός Επιμελητής Αιμοδοσίας ΠΑΓΝΗ

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΠΑΓΝΗ (Υπόγειο δίπλα στο τμήμα επειγόντων)

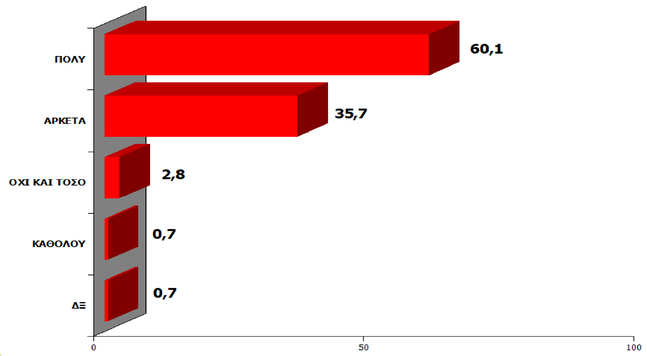
ΦΟΡΕΙΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



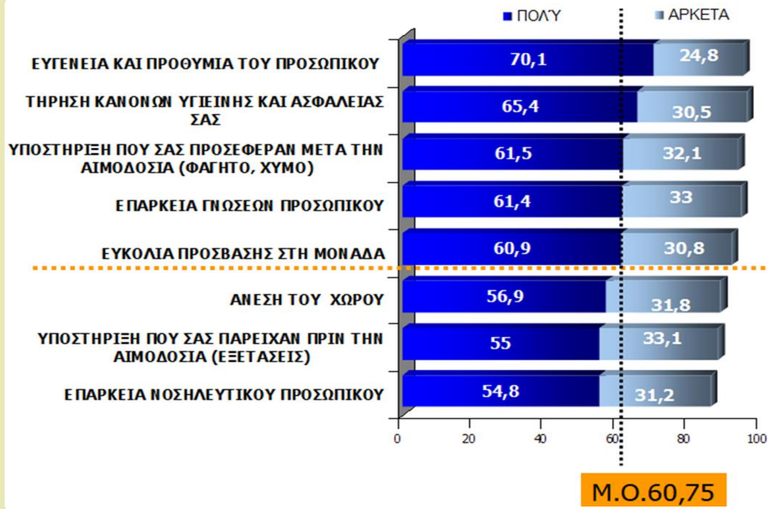
ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ



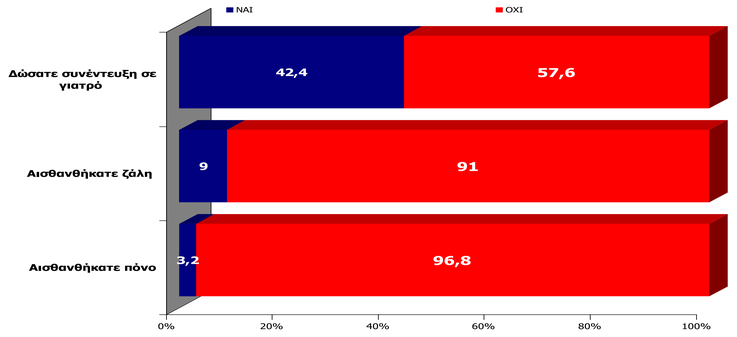
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ



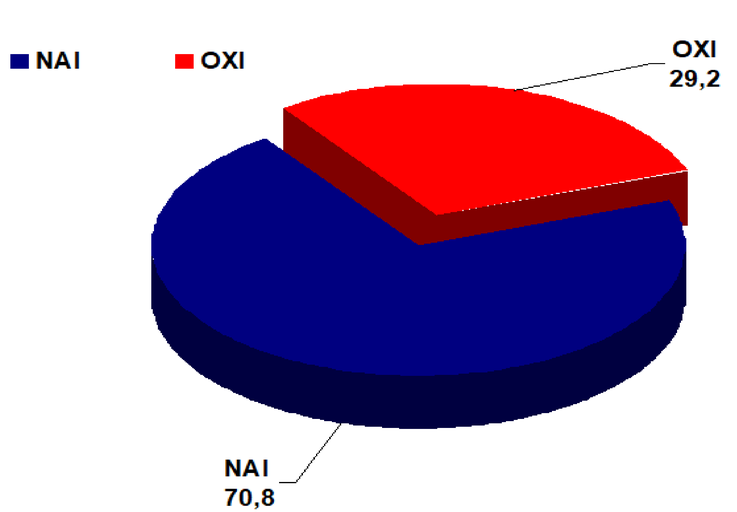
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΧΩΡΟ



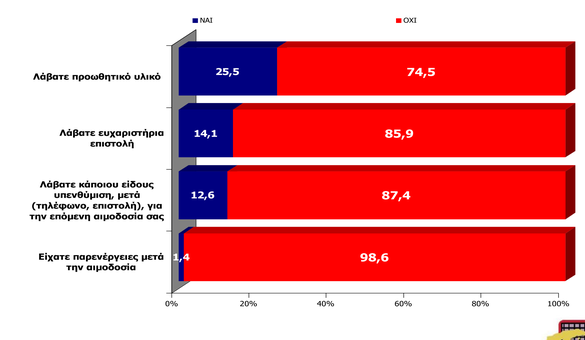
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



ΚΑΡΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ



ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ Π.Ο.Σ.Ε.Α.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (Κ.Υ.) ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017

Μ. Τσιγαριδάκη, Ε.Φαρσαράκη, Α.Παπαγιαννάκη Σ.Δασκαλάκη, Ε Καλλιγιαννάκης, Φ.Αθουσάκη-Νεονάκη

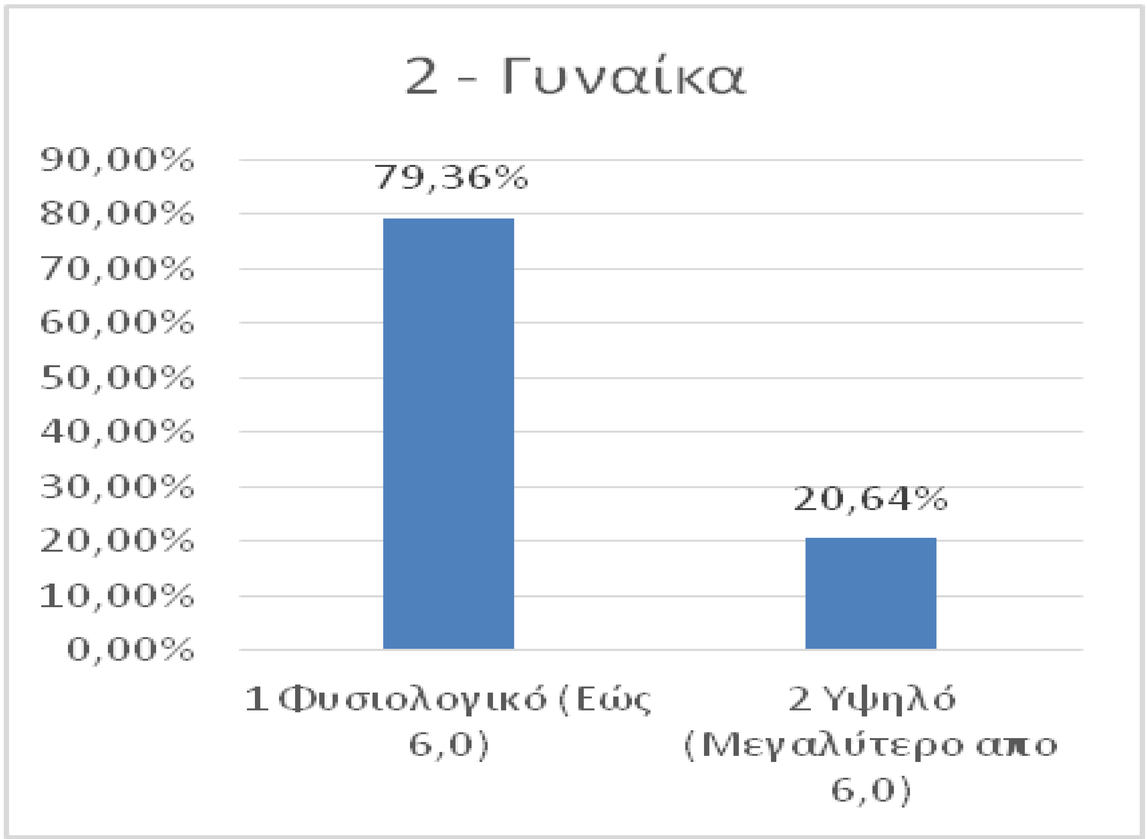
Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο

Εισαγωγή: Το ουρικό οξύ ως τελικό προϊόν του μεταβολισμού των πουρινών, παράγεται ενδογενώς αλλά και εξωγενώς από το μεταβολισμό των πυρηνοπρωτεϊνών της τροφής.

Σκοπός: Η μελέτη των επιπέδων ουρικού οξέος σε πληθυσμό της περιφέρειας(Κέντρα Υγείας) Νομού Ηρακλείου το έτος 2017 και η συσχέτισή τους με το φύλο και τη διατροφή.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 1647 άτομα ηλικίας >20ετών (741 άνδρες και 906 γυναίκες) από ΚΥ του Νομού Ηρακλείου το έτος 2017. Παθολογικές τιμές για τους άνδρες > 7,2 mg/dl και για τις γυναίκες > 6,0 mg/dl .Η μέθοδος είναι φασματοφωτομετρία σε αναλυτές Architect.

Αποτελέσματα: Στους άνδρες το 83,13% (616 άτομα) βρέθηκαν τιμές ουρικού οξέος εντός των φυσιολογικών ορίων και 16,87% (125 άνδρες) με τιμές ουρικού >7,2mg/dl.Στις γυναίκες το 79,36% (719 άτομα) με τιμές εντός φυσιολογικών ορίων και 20,64%(187 γυναίκες) με τιμές ουρικού >6mg/dl.Οι παθολογικές τιμές στο σύνολο των δειγμάτων αντιστοιχούν στο 7,6% των ανδρών και στο 11,35% των γυναικών.



<u>Συμπέρασμα</u> : Είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών με αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος.Δεν είναι βέβαια εφικτό να προσδιορίσομε τα αίτια ,όμως και σε αγροτικό πληθυσμό οι διαιτητικές καταναλώσεις πουρινών παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση των επιπέδων του ουρικού οξέος στον ορό.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ HbA1c ΩΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΜΕΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Μ. Τσιγαριδάκη, Ε. Φαρσαράκη, Α. Παπαγιαννάκη, Σ. Δασκαλάκη, Ε. Καλλιγιαννάκης, Φ. Αθουσάκη-Νεονάκη

Εργαστήριο Βιοχημείας, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο

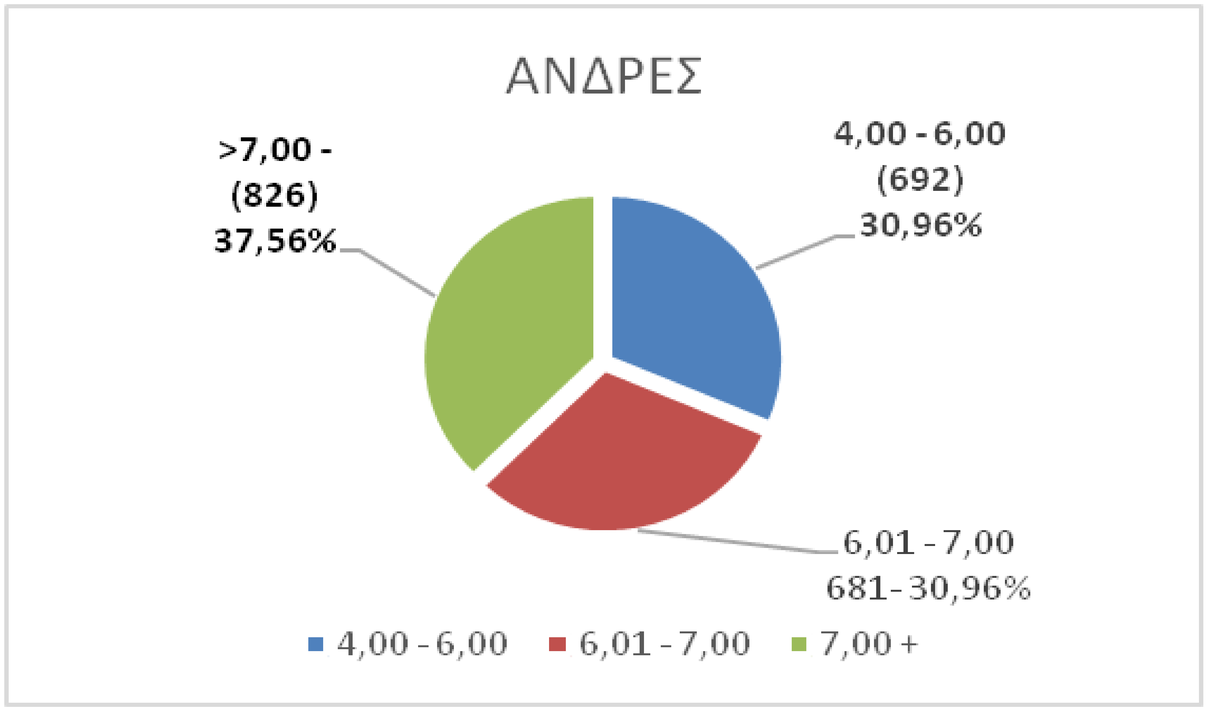
Εισαγωγή: Η HbA_{1C} είναι η ένωση της γλυκόζης με την αιμοσφαιρίνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων και αποτελεί ένα σημαντικό βιοδείκτη της γλυκαιμικής στάθμης τις προηγούμενες 120 μέρες.

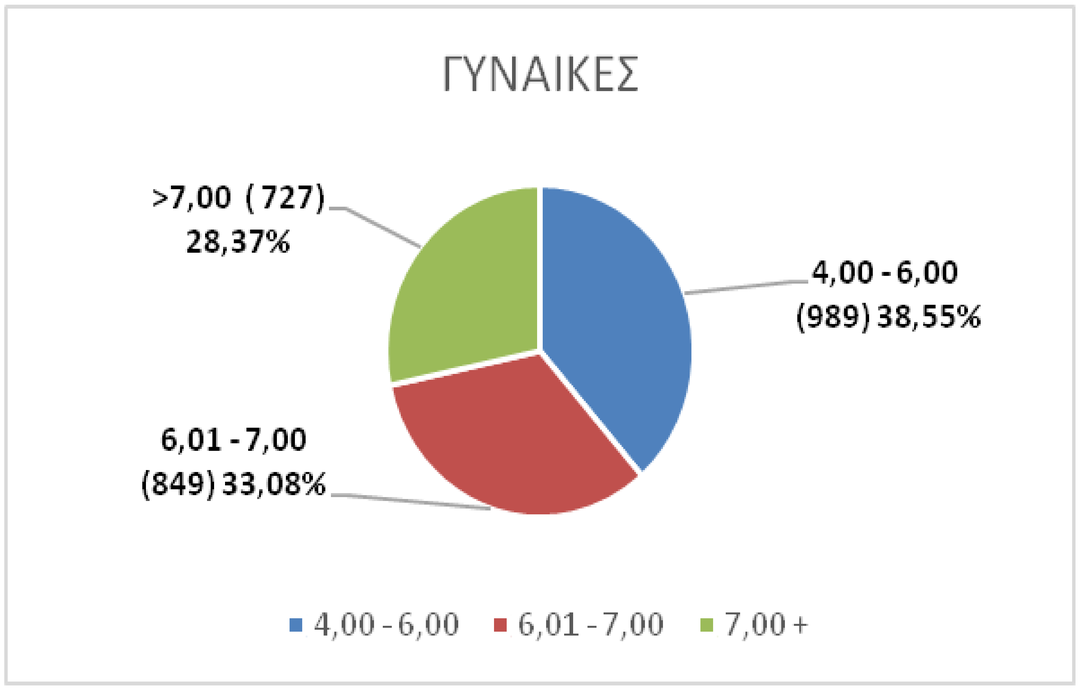
Σκοπός: Η καταγραφή των επιπέδων της HbA_{1C} στον πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου το 2017.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 4764 άτομα που ελέγθχηκαν στο εργαστήριό μας το έτος 2017 εκ των οποίων 2199 άνδρες και 2565 γυναίκες. Η μέτρηση της HbA_{1C} έγινε με τη μέθοδο της HPLC(υγρή χρωματογραφία υψηλής πίεσης) στον αναλυτή G8 Variant της TOSOH.

Αποτελέσματα

	ΦΥΛΟ		ΤΙΜΕΣ ΗβΑ1C.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΗβΑ1C.	ΑΝΔΡΕΣ	1	4,00- 6,00%	692	31,48
ΗβΑ1C.	ΑΝΔΡΕΣ	1	6,01 - 7,00%	681	30,96
ΗβΑ1C.	ΑΝΔΡΕΣ	1	>7,00 %	826	37,56
ΗβΑ1C.	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2	4,00 - 6,00%	989	38,55
ΗβΑ1C.	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2	6,01 - 7,00%	849	33,08
ΗβΑ1C.	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2	>7,00 %	727	28,37





<u>Συμπέρασμα:</u> Οι άνδρες σε ποσοστό 38% ελέγχουν επιτυχώς το σάκχαρο ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 28%.Πάντως ο προσδιορισμός της HbA_{1C} παραπέμπει στη μέση τιμή γλυκόζης τις προηγούμενες 120 μέρες(μέσος χρόνος ζωής των ερυθροκυττάρων) ενώ η γλυκόζη κατά την αιμοληψία. Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού του ΣΔ και της σοβαρότητας των επιπλοκών του ,επιβάλλεται η μέτρηση της HbA_{1C} 3-4 φορές ετησίως.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

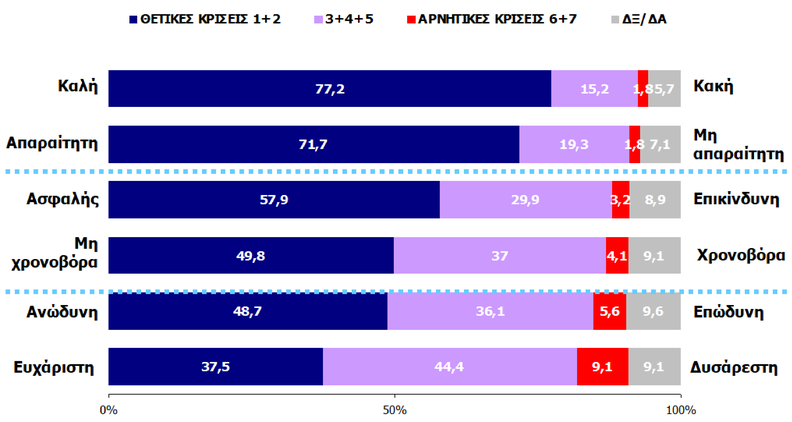
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Στυλιανός Ψυχαράκης, Γενικός Ιατρός, Επικουρικός Επιμελητής Αιμοδοσίας ΠΑΓΝΗ

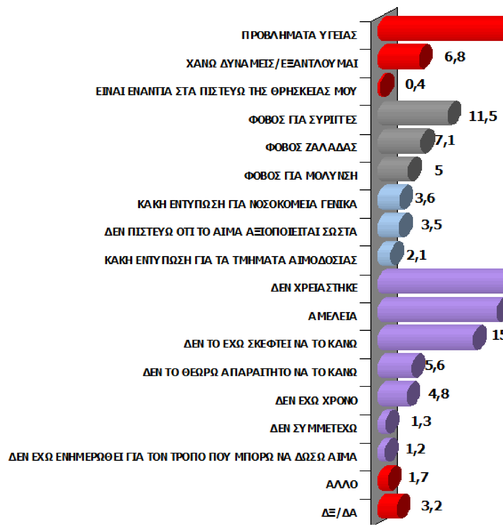
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΠΑΓΝΗ
(Υπόγειο δίπλα στο τμήμα επειγόντων)

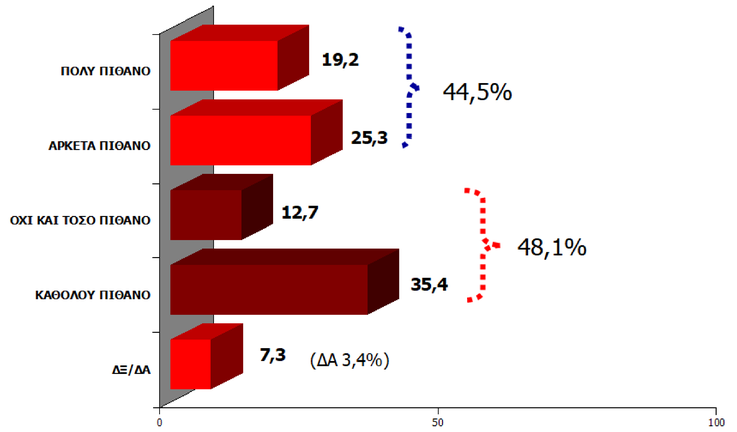
ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



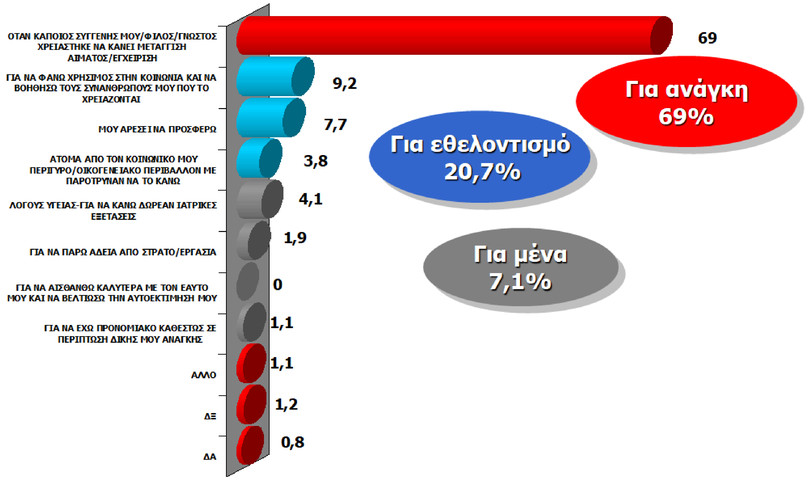
ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΧΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ



ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

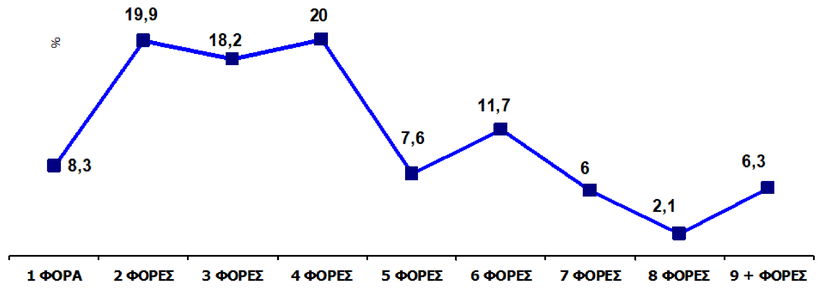


ΚΥΡΙΟΣ ΛΟΓΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ Π.Ο.Σ.Ε.Α.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1Ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ *Salmonella enterica* ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Α, Καλυκάκη[1], Ε. Μαγιορκίνης[1], Χ. Κούτλα[1], Ε. Ιωαννίδου [2], Μ. Λουκά[2], Α. Ιωάννου[2], Ε. Καλογιαννάκη[1], Κ. Τρουλλινού[1], Α. Νοτάκη[1], Ε. Καλομενόπουλος[1].
[1]Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρεθύμνου, [2]Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρεθύμνου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η μυοκαρδίτιδα, κλινικά οριζόμενη ως φλεγμονή του μυοκαρδίου, έχει ένα ευρύ φάσμα αιτίων συμπεριλαμβανομένων λοιμωδών, ανοσολογικά-μεσολαβούμενων και τοξικών. Ο ρόλος των ιών ως αιτιολογικών παραγόντων, ειδικότερα των ιών coxsackie και των αδενοϊών , έχει διερευνηθεί διεξοδικά με το πέρασμα των ετών. Ο ρόλος βακτηριακών λοιμώξεων είναι συγκεχυμένος, καθώς αυτές οι λοιμώξεις θεωρούνται λιγότερο συχνά σχετιζόμενες με μυοκαρδίτιδα. Η μη-τυφοειδής γαστρεντερίτιδα από *Salmonella* είναι μια τροφιμογενής λοίμωξη, που είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη. Η βακτηριαιμία ή άλλες διεισδυτικές επιπλοκές είναι σπάνιες σε ανοσοεπαρκή άτομα.

- ΕΙΚΟΝΑ 1: ΕΙΚΟΝΑ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑΣ ΑΠΌ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΟ.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Η παρουσίαση περιστατικού νεαρού ανοσοεπαρκή ασθενή με οξεία μυοκαρδίτιδα ως επακόλουθο λοίμωξης από *Salmonella enterica*.

- ΕΙΚΟΝΑ 2: ΤΡΥΒΛΙΟ SS ΜΕ ΤΙΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΙΚΙΕΣ ΤΗΣ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Ασθενής 20 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ με εμπύρετο (39,9ºC), συνοδές διαρροϊκές κενώσεις και εμέτους από τετραημέρου και αναφερόμενο θωρακικό άλγος με αντανάκλαση στην ωμοπλατιαία χώρα. Ελήφθησαν γενική αίματος, πλήρης βιοχημικός έλεγχος, καλλιέργειες κοπράνων καθώς και αιμοκαλλιέργειες. Οι καλλιέργειες κοπράνων έγιναν σε κοινά και ειδικά θρεπτικά υλικά. Οι αιμοκαλλιέργειες επωάστηκαν στο σύστημα Bactec (Beckton, Dickinson). Η ταυτοποίηση έγινε με τη μέθοδο API20E (BioMérieux, France), ενώ ο έλεγχος της ευαισθησίας έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν TropI max 18.824 pg/ml. Στο ΗΚΓ παρατηρήθηκαν οξυκόρυφα Τ στις απαγωγές V3-V5 ενδεικτικά οξείας μυοκαρδίτιδας. Εκ του άμεσου παρασκευάσματος κοπράνων σημειώθηκε παρουσία πυοσφαιρίων >50 κ.ο.π. και ερυθρών αιμοσφαιρίων 10-12 κ.ο.π. Στην καλλιέργεια κοπράνων αναπτύχθηκαν στο ειδικό θρεπτικό υλικό SS άχροες αποικίες με μαύρο κέντρο οι οποίες ταυτοποιήθηκαν με τη μέθοδο API 20E ως *Salmonella enterica,* ενώ η ορολογική ταυτοποίηση ανέδειξε *S. enterica typhuymurium*. Από το αντιβιόγραμμα το στέλεχος ήταν μετρίως ευαίσθητο στη αμπικιλλίνη και τη σιπροφλοξασίνη. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Ο ασθενής εισήχθη στην Μ.Ε.Θ. όπου έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής αρχικά με σιπροφλοξασίνη. Λόγω επιμονής του εμπύρετου και βάση του αντιβιογράμματος προστέθηκε κεφτριαξόνη, ενώ στάλθηκε ανοσολογικός έλεγχος άνευ ευρημάτων. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός με σταδιακή ύφεση του εμπύρετου, των δεικτών φλεγμονής καθώς και της τροπονίνης. Ο ασθενής εξήλθε τελικά αφού έλαβε συνολικά 3 εβδομάδες θεραπείας με αρνητικοποίηση της καλλιέργειας. Συμπερασματικά, η άμεση διάγνωση πιθανής λοίμωξης από *Salmonella* καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική ακόμα και σε ανοσοεπαρκή άτομα για την αποφυγή των επικίνδυνων για τη ζωή επιπλοκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Panagiotis Papamichalis, Katerina Argyraki, Michail Papamichalis, Argyris Loukopoulos, Georgios N. Dalekos, and Eirini I. Rigopoulou. Salmonella enteritidis Infection Complicated by Acute Myocarditis : A Case Report And Review of the Literature. Cardiology Research and Practice, Volume 2011.
- Warkaa Al Shamkhani, Yasmeen Ajaz, Nagham Saeed Jafar, and Sunil Roy Narayanan. Myocarditis and Rhabdomyolysis in a Healthy Young Man Caused by Salmonella Gastroenteritis. Case Reports in Infectious Diseases, Volume 2015.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

1Ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ ΟΥΡΟΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ 2017

Ε. Μαγιορκίνης, Α. Καλυκάκη, Χ. Κούτλα, Ε. Κουτσαυτάκη, Μ. Κουτσαυτάκη, Α. Καραμπάση, Α. Βαρδάκη, Μ. Τουργαϊδη, Μ. Σταυροπούλου, Ε. Καλομενόπουλος

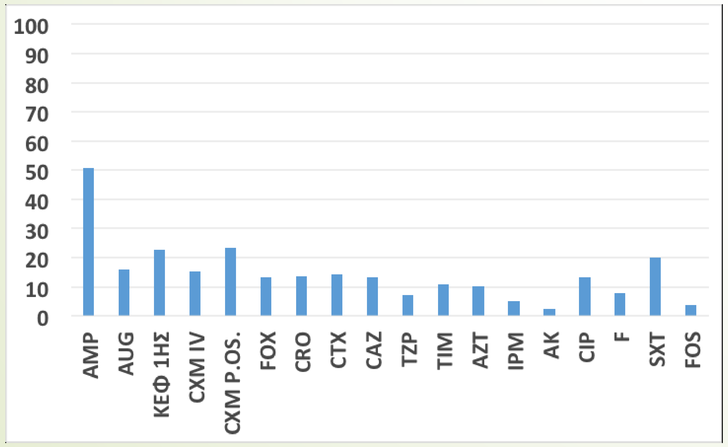
Βιοπαθολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρεθύμνου, Ρέθυμνο, Κρήτη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν τις πιο συχνές λοιμώξεις τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σύμφωνα με το παγκόσμιο οργανισμό υγείας 1 στις 5 γυναίκες θα πάθει τουλάχιστον μία ουρολοίμωξη στη ζωή της, ενώ παγκοσμίως τουλάχιστον 150 εκατομμύρια περιστατικά συμπτωματικών ουρολοιμώξεων καταγράφονται ετησίως. Η αύξηση της εμφάνισης των πολυανθεκτικών στελεχών αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στη διαχείριση των ασθενών και απειλή για τη δημόσια υγεία.

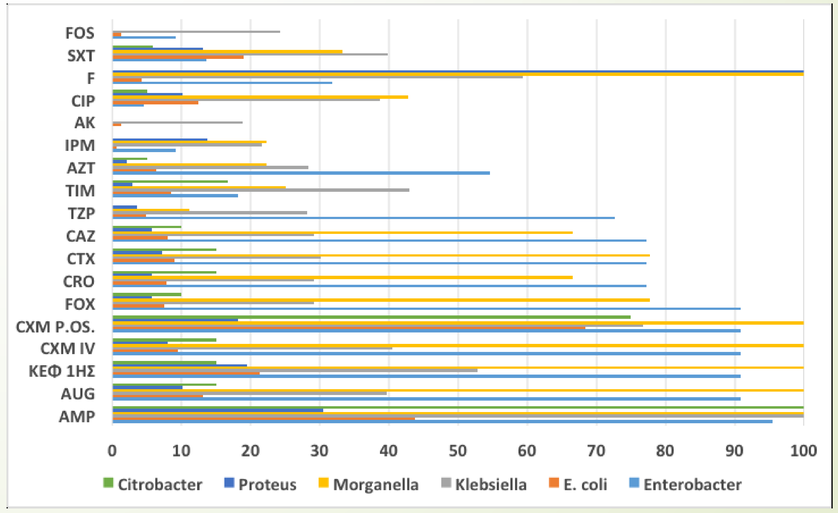
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός του επιπολασμού αντοχής σε εντεροβακτηριακά ουροπαθογόνα που απομονώθηκαν κατά το 2017 στο ΓΝ Ρεθύμνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν συνολικά 1010 στελέχη εντεροβακτηριακών που απομονώθηκαν από 1267 θετικές ουροκαλλιέργειες κατά το 2017 στο ΓΝ Ρεθύμνου. Η καλλιέργεια των ούρων έγινε σε κοινά θρεπτικά υλικά (McConkey 2, κοινό Agar). Η ταυτοποίηση των μικροβίων έγινε με κλασικές βιοχημικές μεθόδους (δοκιμασία καταλάσης, οξειδάσης, κοαγκουλάσης), με το σύστημα MicroScan (Siemens Healthcare, Germany) καθώς και με το σύστημα API (BioMérieux, France). Ο προσδιορισμός της ευαισθησίας έγινε με τη μέθοδο Kirby-Bauer και με MIC σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI. Ο έλεγχος μηχανισμού αντοχής για τα ESBL έγινε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο συνεργείας με δίσκους αζτρεονάμης, αμοξυκιλλίνης-κλαβουλανικού και κεφταζιντίμης και επιβεβαιώθηκε χρησιμοποιώντας ταινίες E-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υψηλή αντοχή παρατηρήθηκε σε: αμπικιλλίνη 51%, κεφαλοσπορίνες πρώτης γενιάς 23%, κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενιάς: κεφουροξίμη i.v. 15%, κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς κεφταζιντίμη 13%, κινολόνες (σιπροφλοξασίνη 13%) και τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη (19%). Χαμηλά ήταν τα ποσοστά αντοχής για τη νιτροφουραντοΐνη (8%) και τη φωσφομυκίνη (4%) (Εικόνα 1). Αναφορικά με τη φωσφομυκίνη και τις κινολόνες υψηλότερα ποσοστά αντοχής καταγράφηκαν σε στελέχη K. pneumoniae (39% και 24% αντίστοιχα) (Εικόνα 2, Εικόνα 3). Ο επιπολασμός των στελεχών που παράγουν ESBL και καρβαπενεμάσες (KPC/MBL/OXA-48) ήταν 4.5% και 2.2% αντίστοιχα. Στα στελέχη που παρήγαγαν ESBL καταγράφηκαν χαμηλότερα ποσοστά αντοχής στην ιμιπενέμη (4.3%,), ενώ στα στελέχη που παρήγαγαν KPC/MBL/OXA-48 χαμηλότερα ποσοστά αντοχής καταγράφηκαν στην κολιστίνη (4.3%) και στη γενταμυκίνη (0%). Η πλειοψηφία των στελεχών που παρήγαγαν ESBL απομονώθηκαν από μη νοσηλευόμενους ασθενείς (77%) ενώ των στελεχών που παρήγαγαν καρβαπενεμάσες σε νοσηλευόμενους (56%). Συμπερασματικά, τα ποσοστά αντοχής στα αντιβιοτικά των ουρολοιμώξεων και ιδιαίτερα της φωσφομυκίνης είναι πολύ χαμηλά σε στελέχη εντεροβακτηριακών της κοινότητας. Ωστόσο, ανησυχητικό είναι το γεγονός η πλειοψηφία των στελεχών που παράγουν ESBL απομονώθηκαν από μη νοσηλευόμενους ασθενείς γεγονός που μελλοντικά μπορεί να αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα στη διαχείριση αυτών των λοιμώξεων στους ασθενείς της κοινότητας.



Εικόνα 1. Ποσοστά αντοχής ανά αντιβιοτικό στα ουροπαθογόνα εντεροβακτηριακά (AMP: αμπικιλλίνη, AUG: αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό, ΚΕΦ 1ης γενιάς: Κεφαζολίνη, CXM iv/pos: κεφουροξίμη iv/pos, FOX: κεφοξιτίνη, CRO: κεφτριαξόνη, CTX: κεφοταξίμη, CAZ: κεφταζιντίμη, TZP: πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, TIM: τικαρκιλλίνη/κλαβουλανικό, AZT: αζτρεονάμη, IPM: ιμιπενέμη, AK: αμικασίνη, CIP: σιπροφλοξασίνη, F: νιτροφουραντοΐνη, SXT: τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη, FOS: φωσφομυκίνη)



Εικόνα 2. Ποσοστά αντοχής ανά είδος ουροπαθογόνου εντεροβακτηριακού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: 1)Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nat Rev Microbiol. 2015 May;13(5):269-84.
2)Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Dis. Mon. 2003 Feb; 49(2):53-70
3)Tandogdu Z, Wagenlehner FM. Global epidemiology of urinary tract infections. Curr Opin Infect Dis. 2016 Feb; 29(1): 73-9

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ DACIE- LEWIS ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗ ΨΥΧΡΟΣΥΓΚΟΛΛΗΤΗΝΩΝ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σπαθαρακη Παρασκευή, Νιώτη Ελένη, Ανδρουλάκης Νικόλαος, Τζεδάκη Σωτηρία, Παπαδοπούλου Αναστασία, Φασουλάκη Ευαγγελία, Παπαδακης Ιωάννης, Νότας Γεωργιος.
Αιματολογικό Εργαστήριο ΠΑΓΝΗ

Εισαγωγή: Οι ψυχροσυγκολλητίνες είναι συνήθως IgM αυτοαντισώματα που συγκολλούν άμεσα τα ερυθροκύτταρα του ανθρώπου σε θερμοκρασία 4-18°C, επάγουν τη σύνδεση του Συμπληρώματος, και προκαλούν αιμόλυση Φυσιολογικά ο τίτλος τους στον ορό είναι ‹ 32 (συνήθως ‹ 8).

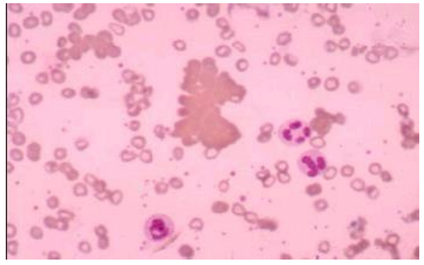
• Η πλειονότητα των ψυχροσυγκολλητινών είναι αντι-I ή αντι-i αντισώματα, ενώ σπανίως στρέφονται κατά άλλων ερυθροκυτταρικών αντιγόνων όπως τα Pr.

•Αύξηση του τίτλου παρατηρείται σε ιδιοπαθή νόσο εκ ψυχροσυγκολλητινών, λεμφώματα, πνευμονία από μυκόπλασμα, λοιμώδη μονοπυρήνωση αλλά και σε άλλες λοιμώξεις.

• Τα συμπτώματα-ευρήματα δεν διαφέρουν από εκείνα των ΑΑΑ εκτός από την χαρακτηριστική εξάρτηση της κλινικής εικόνας από το κρύο.

Εργαστηριακά ευρήματα:

- Ht χαμηλά,
- παράδοξη σχέση Hb-Ht,
- διόρθωση μετά από επώαση 37°C για 15 λεπτά
- MCV↑, MCH↑MCHC ↑↑
- πολυχρωματοφιλία,
- δικτυοερυθροκύτταρα αυξημένα
- έμμεση χολερυθρίνη αυξημένη
- αυξημένη LDH
- αιμοσφαιρινουρία
- μείωση των απτοσφαιρινών



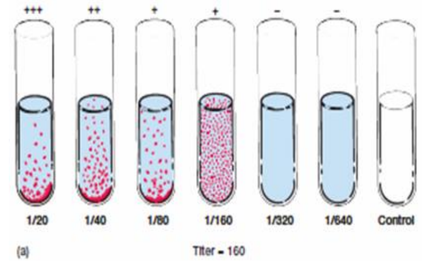
Σκοπός : Σε μια προσπάθεια αξιολόγησης της μεθόδου που χρησιμοποιείται στο Εργαστήριο μας για τον προσδιορισμό του τίτλου των ψυχροσυγκολλητινών στον ορό, έγινε ανασκόπηση των ευρημάτων από τον συγκεκριμένο έλεγχο κατά την τελευταία πενταετία η οποία και παρουσιάζεται.

Υλικά και Μέθοδος :

- 53 άτομα εξετάστηκαν για ψυχροσυγκολλητίνες ορού κατά το διάστημα 2013-2017.
- Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι μια τροποποίηση της μεθόδου που περιγράφεται στη βιβλιογραφία (Dacie-Lewis: Practical Haematology).
- Για την αιμοληψία χρησιμοποιήθηκαν προθερμασμένα σωληνάρια και σύριγγες στους 37°C, θερμοκρασία στην οποία παρέμενε το δείγμα μέχρι να αποχωριστεί ο ορός.
- Η ανίχνευση των ψυχροσυγκολλητινών έγινε σε υποδιπλάσιες αραιώσεις του εξεταζόμενου ορού με εναιώρημα ερυθροκυττάρων ενηλίκου ομάδος Ο (Ortho Surgiscreen) και ερυθροκυττάρων του ίδιου του εξεταζόμενου.

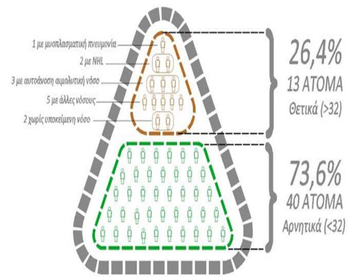
Τεχνική της Μεθόδου :

- Λήψη το δείγματος σε μια ζεστή σύριγγα,
- Άμεση τοποθέτηση σε υδατόλουτρο 37°C για 15 λεπτά
- Φυγοκέντρηση (3000 στροφές για 10 λεπτά) και διαχωρισμός του ορού. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατόν να επιτευχθεί ορός χωρίς αιμοσφαιρίνη, ακόμη και όταν οι ψυχροσυγκολλητίνες είναι παρούσες ικανές να προκαλούν συγκόλληση σε θερμοκρασίες έως και 30 ° C.
- Υποδιπλάσιες αραιώσεις του ορού με φυσιολογικό ορό (500μl+ 500μl).
- 100 μl από την αντίστοιχη αραίωση +50μl εναιωρήματος του εξεταζόμενου (1900μl ίζημα πλυμένων ερυθρών) σε 2^{η} σειρά
- 100 μl από την αντίστοιχη αραίωση+ 50μl μείγματος ερυθρά του εμπορίου σε 3-τη σειρά σωληναρίων
- Ανακίνηση
- Παραμονή στο ψυγείο 1½-2 ώρες ή 24 ώρες
- Τίτλος: η τελευταία αραίωση που δίνει συγκόλληση. Φ.Τ. ‹32 (συνήθως ‹ 8)



Αποτελέσματα :

- Από τα 53 άτομα που εξετάστηκαν τα 40 (73,6%) είχαν τίτλο ψυχροσυγκολλητινών ‹ 32 και θεωρήθηκαν αρνητικά.
- 13 άτομα (26,4 %) είχαν τίτλο > 32: 7 άντρες(μέση ηλικία 76,4 έτη) κα 6 γυναίκες (μέση ηλικία 65 έτη).
- Εξ' αυτών, 2 διεγνώσθησαν με NHL, 3 με αυτοάνοση αιμολυτική νόσο από αντισώματα ψυχρού τύπου, 1 με Μυκοπλασματική πνευμονία, 1 με πολυνευροπάθεια, 1 με Ca μαστού, 1 με μονοκλονική γαμμα-σφαιρινοπάθεια, 1 με ανθεκτική αναιμία χωρίς δακτυλοφόρους ερυθροβλάστες, 1 με ανοσοανεπάρκεια IgM και 2 χωρίς υποκείμενη νόσο.
- Σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία, η μέση ηλικία κατά την διάγνωση των ψυχροσυγκολλητινών ήταν τα 65±4 έτη (10-80) χωρίς προτίμηση φύλου.
- Στην αναδρομική αυτή μελέτη, οι ασθένειες που σχετίστηκαν με την εμφάνιση ψυχροσυγκολλητινών ήταν ποικίλες με υψηλότερη συχνότητα εκείνη των αυτοάνοσων διαταραχών.



Ευρήματα από τη δοκιμασία τιτλοποίησης ψυχροσυγκολλητινών στον ορό ασθενών κατά την πενταετία 2013-2017

Συμπεράσματα:

- **Η δοκιμασία τιτλοποίησης ψυχροσυγκολητινών έχει σημασία να γίνεται:**
  - **Σε ασθενείς με ασυμφωνία Hb και Ht**
  - **Σε ασθενείς με αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία**
- **Να επισημαίνεται το ενδεχόμενο παρουσίας κακοήθους λεμφώματος ή χρόνιας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας αλλά και άλλων κακοήθων και μη νοσημάτων**

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Αντιμετώπιση διπολικού ασθενούς με ιστορικό κατάχρησης κάνναβης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 & υπονατριαιμίας.

Κ. Διακάκη, Ε. Δολαψάκης, Γ. Θεοδώρου, Ε.Μ. Τσαπάκη
Κλινική ψυχικής Υγείας «Άγιος Χαράλαμπος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διπολική Διαταραχή αποτελεί συναισθηματική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εναλλαγή συναισθήματος ευφορίας και παντοδυναμίας γνωστή ως μανία, με αίσθημα κατάθλιψης και ανικανότητας. Αφορά το 1-5% του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως και αποτελεί την 6η αιτία αναπηρίας παγκοσμίως καθώς και μια από τις αιτίες πρόωρου θανάτου . Τόσο η ηλικία έναρξης όσο και η σοβαρότητα της νόσου έχουν συσχετιστεί σε αρκετές μελέτες με την χρήση ουσιών όπως η κάνναβη.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού με γνωστή διπολική διαταραχή σε επεισόδιο μανίας και παθολογικές συνοσηρότητες σε απορρύθμιση λόγω υποτροπής της νόσου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας ασθενής 37 ετών με ατομικό αναμνηστικό διπολικής διαταραχής από 18 ετών με πολλαπλές νοσηλείες από 19 ετών, κατάχρηση κάνναβης από 16 ετών, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 από 15 ετών, πολυχειρουργηθέντος κατάγματος κάτω τριτημορίου ΑΡ κνήμης και οστεομυελίτιδας επί του χειρουργηθέντος σκέλους καθώς και χρόνιας υπονατριαιμίας, εισήχθη στην κλινική μας ιδία βουλήσει κατόπιν νοσηλείας στη Ψυχιατρική Κλινική ΠΑΓΝΗ λόγω μανιακού επεισοδίου με παραληρητικές ιδέες δίωξης, αναφοράς και συσχέτισης. Αναφέρεται προ των εισαγωγών αυξημένη χρήση κάνναβης, απορρύθμιση ΣΔ με τελευταία μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφοράς στο **13,2 %** και διαπιστωμένη υπονατριαιμία (123-126) από έτους από τον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενους χωρίς ενεργό συμπτωματολογία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του εμφάνιζε παραληρητικές ιδέες δίωξης, συσχέτισης και αναφοράς, έντονη ιδεακή αποδιοργάνωση, λογόρροια, έντονη παρορμητικότητα και φυγή ιδεών.

Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος που διενεργήθηκε ανέδειξε ήπια υπονατριαιμία (130 mg/dl) και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη στις πρόσφατες τιμές αναφοράς.

Έγινε έναρξη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής με Amisulpride 400mg 1-1-1, Valproate 500mg 2-0-2, Lorazepam 10mg 1-0-1, Risperidone 4mg 1/2-0-2, Asenapine 10mg 1-0-1. Παράλληλα ο ασθενής υποστηρίχθηκε με ατομικές ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και συμμετείχε επίσης στις ομάδες υποστήριξης ατομών με εξαρτήσεις καθως και στις ομάδες αυτοβοήθειας και εναισθησίας που πραμγατοποιούνται στην κλινική.

Λόγω της απορρύθμιση του ΣΔ πραγματοποιήθηκε διαβητολογική εκτίμηση και τέθηκαν νέες οδηγίες με σταδιακή μείωση της ινσουλίνης βραδείας δράσης από 48iu σε 24iu και χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης βάσει πλάνου γευμάτων και προγευματικού σακχάρου. Σχεδιάστηκε επίσης ειδικό διαιτροφικό πλάνο για τον ασθενή με βάση τη νόσο και τις διατροφικές του προτιμήσεις.

Λόγω επιδείνωσης της υπονατριαιμίας πιθανά επαγώμενης από τη ΨΦΑ έγιναν αλλαγές με τελικό σχήμα το παρακάτω :

Quetiapine 200mg 2-2-2, Asenapine 10mg 1-0-1,

Diazepam 5mg 1/2-1/2-1/2, Zuclopenthixol 25mg 1-1-1,

Naltrexone 50mg 1-1-0, Biperiden 4mg 1-0-1, Valproate acid 500mg 2-1-2

Olanzapine 10mg 1-0-1

Ο ασθενής σταδιακά εμφάνισε υποχώρηση των παραληρητικών ιδεών και της συγκέντρωσης του και παραμένει εως σήμερα σε νορμοθυμία. Σε ότι αφορά το ΣΔ σταδιακά λόγω καλύτερης συνεργασίας και πειθαρχίας με το θεραπευτικό πλάνο παρουσίασε βελτίωση τόσο στο baseline των καθημερινων τιμών σακχάρου όσο και στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη με τελευταίο έλεγχο στο (HbA1c: 7,1 %)

Ο ασθενής παραμένει διαπιστωμένα και με τοξικολογικό έλεγχο εκτός χρήσης του τελευταίους μήνες. Σε ότι αφορά τα επίπεδα νατρίου, παρέμειναν σταθερά σε μη συμπτωματικές τιμές και εκκρεμεί περαιτέρω διερεύνηση των αιτιών της υπονατριαιμίας για την οποία έχει δοθή σύσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη του συγκεκριμένου ασθενή σε συνδυασμό με την παράλληλη φροντίδα των παθολογικών του νόσων οδήγησε στην σταθεροποίηση για ικανοποιητικό διάστημα νορμοθυμίας καθώς και στη ρύθμιση και σταθεροποίηση των κύριων παθολογικών προβλημάτων του.

Η παρουσίαση του συγκεκριμένου περιστατικού έχει σαν στόχο την ανάδειξη της ανάγκης για ταυτόχρονη αντιμετώπίση της ψυχοπαθολογίας και των παθολογικών συνοσηροτήτων ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που τα χρόνια παθολογικά νοσήματα και η ρύθμιση τους υποκειται στην καλή συνεργασία και την πειθαρχία των ασθενών.

1ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΡΕΘΥΜΝΟΥ

www. rethymnohospital.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ