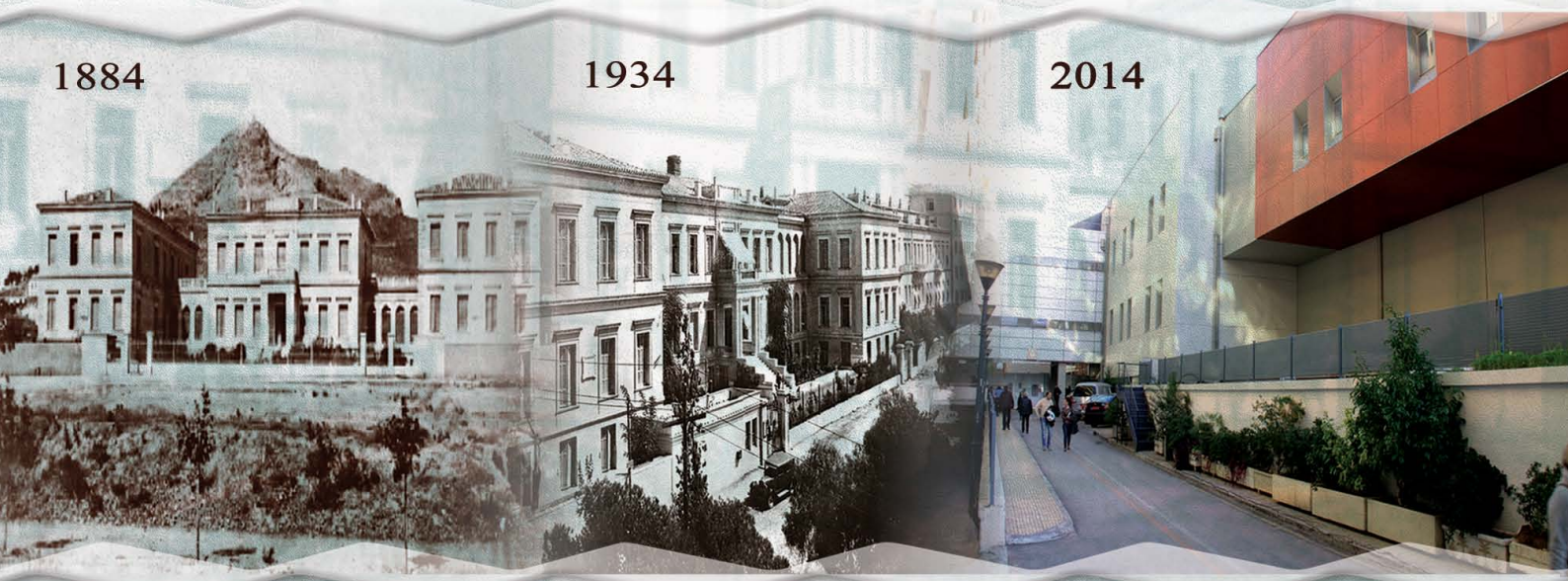
ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

24ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «ο Ευαγγελισμός»

Αθήνα, 18-22 Φεβρουαρίου 2019



ΠΡΑΚΤΙΚΑ

Με την ευγενική χορηγία της

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 20 mg νατριούχου ραβεπραζόλης που αντιστοιχούν σε 18,85 mg ραβεπραζόλης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Γαστροανθεκτικό δισκίο. Κίτρινο, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο, αμφίκυρτο δισκίο, που έχει στη μία πλευρά εκτυπωμένη την ένδειξη «E243». **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, Αθήνα **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 32473/08.04.2014 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 25 Απριλίου 2018 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή	Νοσοκομειακή Τιμή
20 mg / TAB	BT x 14	5,34 €	3,38 €
20 mg / TAB	BT x 28	10,40 €	6,57 €

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος PARIET®

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

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

PHGR/PAR/0718/0001

Προώθηση και Διανομή από τη:
BIANEΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111 •**E-Mail:** mailbox@vianex.gr
• **INTERNET:** http://www.vianex.gr • **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:** Ακάδημου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη, Εύοσμος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 861683

VE18161 PAR/1-9/2018

CRESEMBA®
(ISAVUCONAZOLE)

PP-CRB-GRC-0005-MAY18

Pfizer Anti-Infectives

PFIZER HELLAS A.E.
Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό,
Τηλ. Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 6785800, Τηλ. Παραγγελιών: 210 8199060.
Pfizer Hellas AE Cyprus Branch
Λεωφόρος Αθαλάσσας 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ: 22817690.

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

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

24ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Αθήνα, 18 - 22 Φεβρουαρίου 2019

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες

Pfizer

Janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

SOFMEDICA
LIFE SAVING INNOVATION

NOVARTIS

abbvie

MSD

WinMedica
Serving Health for Life

GENESIS pharma

Roche

Takeda ONCOLOGY

astellas
Leading Light for Life

AMGEN

ANGELINI

ΑΝΤΙΣΕΛ
ΑΦΟΙ Α. ΣΕΛΙΔΗ Α.Ε.
1967-2017

Bristol-Myers Squibb

SERVIER Oncology

Abbott

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

SANDOZ A Novartis Division

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Rontis
Driven by innovation

MAVROGENIS
Coloplast Medtronic

ΞENORASIS
Intuition in Healthcare

Specifar
A Teva Company

karyo Κέντρο Μοριακής Βιολογίας & Γενετικής

- Χορηγία προγράμματος απαντήσεων με τηλεκοντρόλ (voting system) και Χορηγία Διαλείμματος με καφέ/συνοδευτικά (20/02/2019): astellas
- Χορηγία Διαλείμματος (21/02/2019) και Χορηγία Διαλείμματος ώρα 16:00-16:15 με καφέ/συνοδευτικά (22/02/2019): MSD
- Χορηγία πρακτικών Ετήσιου Σεμιναρίου: BIANEΞ A.E.
- Χορηγία οπτικοακουστικών: NOVARTIS
- Χορηγία Γραμματειακής Υποστήριξης: SANDOZ A Novartis Division
- Χορηγία προγράμματος καταγραφής χρόνου (congress value): Abbott
- Χορηγία Διαλείμματος με καφέ/συνοδευτικά (19/02/2019): ΞENORASIS

ZAVICEFTA™

ceftazidime and avibactam

Ceftazidime
Avibactam

PP-ZVA-GRC-0017-NOV17

Pfizer Anti-Infectives

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

PFIZER HELLAS A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Τηλ. Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 6785800, Τηλ. Παραγγελιών: 210 8199060.
Pfizer Ελλάς A.E. (Cyprus Branch) Λεωφ. Διγενή Ακρίτα 57, 1070, Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 817690.

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

ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

24ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

18 - 22 Φεβρουαρίου 2019

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Πρόεδρος: Μ. Παγώνη
Αντιπρόεδρος: Κ. Αθανασιάδη
Γενική Γραμματέας: Σ. Ζακυνθινός
Ταμίας: Ι. Τσώνης
Μέλη: Θ. Αθανασιάδης
Χ. Βαδάλα
Ε. Μπελεσιώτου
Γ. Στυλιανίδης
Α. Παντελής

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Σ. Ζακυνθινός
Αντιπρόεδρος: Β. Σεβαστιανός
Ταμίας: Ι. Τσώνης
Μέλη: Κ. Αθανασιάδη
Ν. Αλεβιζόπουλος
Β. Βλασοπούλου
Μ. Βλάχου
Π. Δεδεηλίας
Δ. Έξαρχος
Σ. Καπίρης
Μ. Παγώνη
Α. Σιδέρης
Γ. Στράντζαλης
Α. Ψαρρά

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Γ. Στυλιανίδης
Αντιπρόεδρος: Χ. Βαδάλα
Μέλη:

Ν. Βαλλιάνου
Χ. Γιατρά
Σ. Γιγάντες
Π. Γουνόπουλος
Ε. Γρίσπου
Δ. Ζερβάκης
Χ. Ζήσης
Ε. Ισχάκη
Ι. Κάκκας
Π. Κατσάνου
Α. Κηροπούλου
Κ. Κότσιφας
Σ. Κωστούρου
Ε. Μπελεσιώτου
Ε. Μπουκόρος
Κ. Μπουχάγιερ
Ε. Μυλωνά
Ι. Σιγάλα
Ι. Χαβελές
Α. Χρηστίδου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Η Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.) όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος εκδίδει σε ηλεκτρονική μορφή, τα πρακτικά του Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Ευχαριστώ θερμά την Εκδοτική Γραμματεία και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο κ. Γ. Στυλιανίδη και την Αντιπρόεδρό της, κα Χ. Βαδάλα για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών.

Ευχαριστώ όλους τους συγγραφείς που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους. Εύχομαι τα πρακτικά του Σεμιναρίου να είναι χρήσιμα για την ενημέρωσή σας πάνω σε θέματα ευρέος ιατρικού ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι το Πρόγραμμα είναι πράγματι πολυθεματικό, υψηλού επιστημονικού επιπέδου και απολύτως ανταποκρινόμενο στις ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Ευχαριστώ θερμά την Επιστημονική Επιτροπή και ιδιαίτερα την Πρόεδρο κα Δ. Ροντογιάννη και τον Αντιπρόεδρό της, κ. Ε. Ανδρεάδη για τη συμβολή τους στην κατάρτιση ενός πολυθεματικού προγράμματος, με τη συμμετοχή όλων των Τμημάτων του Νοσοκομείου μας.

Ευχαριστώ θερμά την Οργανωτική Επιτροπή του 24^{ου} Ετήσιου Σεμιναρίου και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο, Καθηγητή κ. Σ. Ζακυνθινό και τον Αντιπρόεδρό της, κ. Β. Σεβαστιανό, που με συλλογική εργασία πέτυχαν την άρτια οργάνωση του Σεμιναρίου και εξασφάλισαν τη συμμετοχή πολλών χορηγών εταιρειών.

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες για την πολύτιμη βοήθειά τους, με ποικοίλους τρόπους, στην πραγματοποίηση του 24ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»: *PFIZER, JANSSEN ONCOLOGY, SOFMEDICA, NOVARTIS, ABBVIE, MSD, WINMEDICA, GENESIS, ROCHE, TAKEDA, ASTELLAS,*

AMGEN, ANGELINI, ΑΝΤΙΣΕΛ, BRISTOL-MYERS SQUIBB, SERVIER, ABBOTT, GILEAD, SANDOZ, ΒΙΑΝΕΞ, RONTIS, MAVROGENIS, AENORASIS, SPECIFAR, KARYO.

Ευχαριστίες ανήκουν στο Νοσηλευτικό Προσωπικό και την Προϊσταμένη Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κα Ε. Κεϊμαλή, που και φέτος συμμετέχει με επιτυχία στο Επιστημονικό μας Πρόγραμμα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μας για την καλή συνεργασία στη διοργάνωση του Σεμιναρίου μας.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους φίλους-συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. για την επιτυχή κατάληξη αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τη Διοικητική Γραμματέα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. κα Α. Παπαμαλή, που όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος είναι βασικός συντελεστής της επιτυχημένης ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειάς, όπως επίσης και την κα Ξ. Τρυφέρη για τη συμαντική συμβολή της.

Ευχαριστώ πολύ τη Γραμματεία του Σεμιναρίου, VitaCongress-Β. ΒΟΥΡΑΖΕΡΗΣ & ΣΙΑ ΟΕ που βοηθάει, ώστε όλες οι διαδικασίες να κυλάνε ομαλά.

Με την ευχή και την ελπίδα ότι και αυτή τη χρονιά το Σεμινάριο θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, το Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. σας ευχαριστεί για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση

Μαρία Παγώνη

Πρόεδρος

του Διοικητικού Συμβουλίου

της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

KEYTRUDA®

(pembrolizumab) 100mg for Infusion

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

354/18-KEY-09/18 OMCO-1272003-0000

MSD **Αθήνα:** Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210 98 97 300, www.msd.gr

MSD Oncology

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ
ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)
Υψηλάντου 45-47, 106 76 Αθήνα
Κτίριο: Οίκος Αδελφών Νοσοκόμων-6ος όροφος
Τηλ.: 213-2041744, 213-2045102
E-mail: sseh@evaggelismos-hosp.gr, sseh.evaggelismos@gmail.com
Web: www.evaggelismos-hosp.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΠΑΓΩΝΗ Μαρία

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ Καλλιόπη

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σπύρος

ΤΑΜΙΑΣ
ΤΣΩΝΗΣ Ιωάννης

ΜΕΛΗ
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Θεόφιλος
ΒΑΔΑΛΑ Χαρίκλεια
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ελένη
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Γεώργιος
ΠΑΝΤΕΛΗΣ Αθανάσιος

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Γεώργιος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΔΑΛΑ Χαρίκλεια

ΜΕΛΗ
ΒΑΛΛΙΑΝΟΥ Ναταλία
ΓΙΑΤΡΑ Χαρά
ΓΙΓΑΝΤΕΣ Σταύρος
ΓΟΥΝΟΠΟΥΛΟΣ Παντελής
ΓΡΙΣΠΟΥ Ειρήνη
ΖΕΡΒΑΚΗΣ Δημήτριος
ΖΗΣΗΣ Χαράλαμπος
ΙΣΧΑΚΗ Ελένη
ΚΑΚΚΑΣ Ιωάννης
ΚΑΤΣΑΝΟΥ Παναγιώτα
ΚΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ασημίνα
ΚΟΤΣΙΦΑΣ Κωνσταντίνος
ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ Σοφία
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ελένη
ΜΠΟΥΚΟΡΟΣ Ευάγγελος
ΜΠΟΥΧΑΓΙΕΡ Κωνσταντίνος
ΜΥΛΩΝΑ Ελένη
ΣΙΓΑΛΑ Ιωάννα
ΧΑΒΕΛΕΣ Ιωάννης
ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ Αγγελική

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΠΑΠΑΜΑΛΗ Αικατερίνη
Τηλ.: 213-2041744, 213-2045102
E-mail: sseh.evaggelismos@gmail.com

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ
ΠΑΓΩΝΗ Μαρία

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

24ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

18 - 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ:
Διαβητικό πόδι: Η άγνοια «ακρωτηριάζει»
Εννοιολογική προσέγγιση
Γ. Μαρακομιχελάκης _____ 9
Η συμβολή του Νοσηλευτή στην πρόληψη
Ι. Μπαλή _____ 11
Κατευθυντήριες οδηγίες στη φροντίδα ασθενή με διαβητικό πόδι
Α.-Μ. Τερζή _____ 13
Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις
Μ. Καλλέργη _____ 15

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Η σημασία της πληροφόρησης του αιματολογικού ασθενούς που υποβάλλεται σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων**
Α. Κηροπούλου _____ 17

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Σώμα και ασθένεια: Η ηθική διάσταση της χρόνιας ασθένειας**
Ο. Πολυχρονοπούλου, Ε. Σούρλα, Α. Κατσακιώρη, Ε. Ματσούκα, Α. Μέριανου _____ 19

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ: **Η χρήση της αναγεννητικής ιατρικής**
Στην κλινική ορθοπαιδική πράξη
Ε. Μπουκόρος _____ 21
Στην πλαστική χειρουργική πράξη
Α. Κυριακόπουλος _____ 23

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ:
Συζήτηση κλινικών περιπτώσεων Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»
Ασθενής με γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση
Ν. Βιάζης _____ 25
Ασθενής με χρόνια δυσπεψία
Ε. Αρχαύλης _____ 27
Ασθενής με χρόνια διάρροια
Χ. Πόντας _____ 29
Ασθενής με εναλλαγές κενώσεων
Κ. Κατωπόδη _____ 31

Victories over Cancer

PHGR/CMN/0318/0001

Στη **Janssen Oncology** είμαστε αφοσιωμένοι στην ανάπτυξη **καινοτόμων θεραπευτικών λύσεων** που αλλάζουν τις ζωές των ασθενών.
Στην Ευρώπη, διαθέτουμε **πέντε καινοτόμες θεραπείες ενώ τέσσερις ακόμα βρίσκονται σε τελικό στάδιο κλινικών δοκιμών. Όραμά μας** είναι να προσφέρουμε στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, την ελπίδα. **Την ελπίδα για ίαση**.

Janssen Oncology

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 15121 Πεύκη, Αθήνα
Τηλ. 210 8090000
www.janssen.com/greece

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Ανοικτή κοιλιά: Μία διαχρονική πρόκληση**
Ενδείξεις - Τεχνικές
Σ. Βούλγαρης _____ 33
Διαχείριση
Α. Παντελής _____ 35
Επιπλοκές - Συρίγγια
Β. Ζιώζια _____ 37
Τεχνικές αποκατάστασης
Α. Παπάζογλου _____ 39

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ: **Λεμφοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα. Νεότεροι παράγοντες. Νέα εποχή;**
Πολλαπλούν Μυέλωμα. Πόσο εύκολη είναι η επιλογή θεραπείας στην εποχή των νέων παραγόντων
Κ. Λιάπης _____ 41
N. Hodgkin. Διαγνωστικός και θεραπευτικός αλγόριθμος την εποχή των νέων παραγόντων
Κ. Σακελλαρίου _____ 42

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Βασικές απαιτήσεις του νέου κανονισμού προσωπικών δεδομένων (GDPR) στις υπηρεσίες υγείας. Πώς εφαρμόζεται στο τριτοβάθμιο/τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο**
Χ. Ζήσης _____ 43

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ: **Είναι ή όχι ο πόνος το πέμπτο ζωτικό σημείο;**
Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου - Κλίμακες μέτρησης
Π. Αλμπάνη _____ 45
Παθοφυσιολογικές επιδράσεις
Δ. Δριμάλα _____ 47
Βασικές αρχές διαχείρισης
Ι. Μπακογιάννης _____ 49
Χρόνιος πόνος: Εναλλακτικές - μη φαρμακολογικές - μορφές θεραπείας
Α. Μπριτζολάκη _____ 51

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα**
Κ. Γιακουμιδάκης _____ 53

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαδικασία μετάγγισης αίματος και παραγώγων**
Α. Γάκη _____ 55

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ: **Η εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων των απεικονιστικών εξετάσεων στην καθημερινή κλινική πράξη**
Θωρακικό άλγος - Δύσπνοια
Φ. Δημητρούλη _____ 57
Ψηλαφητό μόρφωμα μαστού
Α. Μαντζώρου _____ 59
Κοιλιακό άλγος
Δ. Κόκκινος _____ 61
Αιματουρία - Οσφυαλγία
Σ. Τσολάκη _____ 63
Επώδυνο άκρο
Α. Παρλαμέντη _____ 65

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ: **Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού: «Ποιος επιτέλους κυβερνά αυτόν τον τόπο;»**
Ο γαστρεντερολόγος
Α. Χρηστίδου _____ 67
Ο χειρουργός
Κ. Μπουχάγιερ, Γ. Στυλιανίδης _____ 69
Ο επεμβατικός ακτινολόγος
Δ. Τομαής _____ 71

NOVARTIS

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -
Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812

REV_ADV005_JUN_2018/ GR1806842841

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Λοιμώξεις στους ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα. Ένα διαρκές δυσεπίλυτο πρόβλημα - Παρουσίαση περιστατικών**
Μεταβολική δραστηριότητα στο PET σε ασθενή με λεμφοβλαστικό λέμφωμα: Σημαίνει πάντα νόσο;
Χ. Γιατρά 73
Ενός κακού μύρια έπονται
Ι. Τσώνης 75
Ο δρόμος για τη θεραπεία περνάει από τη στενωπό για τη διάγνωση
Τ. Τζένου 77
Όταν το τίμημα των σύγχρονων εντατικοποιημένων θεραπειών είναι δυσβάστακτο
Ζ. Αραπίδου 79

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Πολυτραυματίας στο ΤΕΠ - Αλγόριθμος επιβίωσης για ασθενείς και γιατρούς**
Υποδοχή πολυτραυματία στο ΤΕΠ. Πρώτη αξιολόγηση
Ε. Δασκαλάκη 81
Υπερηχογραφική προσπέλαση πολυτραυματία
Δ. Κόκκινος 83
Πότε καλείται ο ειδικός. Δρομολόγηση προτεραιοτήτων μεταξύ ειδικοτήτων
Γ. Στυλιανίδης, Α. Παντελής 85
Η θωρακοχειρουργική άποψη
Κ. Αθανασιάδη, Ε. Λιβεράκου 87
Η νευροχειρουργική άποψη
Σ. Μπάνος, Σ. Κορφιάς 89
Η ορθοπαιδική άποψη
Χ. Γαρνάβος 91
Η πλευρά του εντατικολόγου
Α. Σωτηρίου 93

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Νευροαναισθησία και Νευροπαραμέτρηση**
Νευροπαραμέτρηση και Νευροαναισθησία
Α. Παναγιώτου, Κ. Ρωμανά 95
Διεγχειρητική Νευροπαρακολούθηση
Κ. Παπαδόπουλος 97
Βιοδείκτες Εγκεφαλικής Βλάβης
Θ. Καλαματιανός 99
Νευροπαρακολούθηση στη ΜΕΘ
Χ. Βρεττού 101

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ: **Προφυλακτικός κεντρικός λεμφαδενικός καθαρισμός σε κακοήθεια θυρεοειδούς**
Ναι
Ν. Ρουκουνάκης 103
Όχι
Δ. Μαγγανάς 106

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι Εντέρου (ΙΦΝΕ): Διεπιστημονική προσέγγιση**
Εννοιολογική και κλινική προσέγγιση
Χ. Καρβουνιάρη 108
Νεότερα δεδομένα στη θεραπεία: Νοσηλευτική ευθύνη κατά τη χορήγηση βιολογικών παραγόντων
Ε. Αδάμου 110
Ο ρόλος της ενδοσκόπησης στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ
Ε. Βιέννα 112
Διατροφικές ανάγκες ασθενών με ΙΦΝΕ
Α. Αλμπέρτη, Ζ. Μπουλούμπαση 114
Ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενή με ΙΦΝΕ - Τρόποι προσέγγισης
Α. Σαρρή 116

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Οξυγονοθεραπεία υψηλής ροής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς**
Σ. Θεολόγου, Ν. Μιχοπάνου, Ε. Πατσατζής, Β. Παπαγιαννάκη, Ε. Ισχάκη, Σ. Μεντζελόπουλος, Χ. Χαρίτος, Σ. Ζακυνθινός 118

Pfizer

MYLOTARG®
(gemtuzumab ozogamicin) INJECTION FOR IV INFUSION

BESPONSA®
inotuzumab ozogamicin INJECTION FOR IV INFUSION

Bosulif®
bosutinib tablets

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

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε τις Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των προϊόντων που διατίθενται από την εταιρεία

PP-INO-GRC-0007-OCT18

Pfizer Oncology

Pfizer Hellas A.E. Λ. Μεσογείων 243, 154 51 Νέο Ψυχικό, Τηλ.: 210 6785800
Pfizer Hellas A.E. Cyprus Branch, Λεωφόρος Αθαλάσσας 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος Τηλ.: 22817690

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Καταστροφικό Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο**
Α. Καρύδα _____ 121

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες στην αποκατάσταση ασθενών μετά από ΑΕΕ κατά την ενδονοσοκομειακή φάση**
Α. Κουβαράκος _____ 123

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Σύγχρονα Καρδιολογικά Θέματα - Εξελίξεις Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας**
Η σύγχρονη θέση της αγγειοπλαστικής στη νόσο στελέχους
Κ. Τριανταφύλλου _____ 125
Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή: Ποιά είναι η ιδανική διάρκεια θεραπείας μετά από αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων
Δ. Σταλίκας _____ 127
Καθοδήγηση επεμβάσεων δομικών καρδιοπαθειών με τη διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογραφία
Η.-Ν. Παπαδοπούλου _____ 129
Τεχνικές κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής
Χ. Καλλιάνος, Κ. Κάππος _____ 131
Βηματοδοτικοί αλγόριθμοι στην κολπική μαρμαρυγή
Ι. Χαβελές, Κ. Κάππος _____ 133

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Ο ρόλος της κατανομής του σωματικού λίπους στα καρδιαγγειακά νοσήματα και αντιμετώπιση του προβλήματος**
Ε. Μαυροκεφάλου _____ 135

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Νεότερα δεδομένα στη χειρουργική της αορτικής βαλβίδος**
Κατευθυντήριες οδηγίες στη χειρουργική της αορτικής βαλβίδος
Ν. Παπακωνσταντίνου _____ 137
Είναι η βελτίωση της ωφέλιμης επιφάνειας το μεγαλύτερο όφελος μετά από την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδος;
Π. Δεδεηλίας, Η. Σαμιώτης _____ 139
Προεγχειρητικό πρωτόκολλο για τη διακαθετηριακή αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδος και προβλήματα κατά τη διαδικασία έγκρισης
Μ. Αργυρίου _____ 141
Η συμβολή του διεγχειρητικού διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος κατά τη χειρουργική της αορτικής βαλβίδος
Β. Καραμέρη _____ 143
Τύποι διακαθετηριακών βαλβίδων: Εφαρμογές και ιδιότητες
Κ. Τριανταφύλλου _____ 145
Μητρώο καταγραφής του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» στις ταχέως εμφυτεύσιμες αορτικές βαλβίδες
Η. Σαμιώτης, Π. Δεδεηλίας, Ν. Παπακωνσταντίνου, Β. Πάτρης, Μ. Αργυρίου, Χ. Χαρίτος _____ 147

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ: **Μικροβίωμα και ασθένεια**
Ο ρόλος του μικροβιώματος στην παθογένεια των νοσημάτων
Ε. Μπελεσιώτου _____ 149
Μικροβίωμα και θεραπευτικές προσεγγίσεις
Ν. Βαλλιάνου, Ε. Μπελεσιώτου _____ 152

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ: **Αποτελεί η σπληνεκτομή παρωχημένη επιλογή στην εποχή των νέων θεραπειών για την ITP;**
Ναι
Σ. Δελήμπαση _____ 154
Όχι
Σ. Καπίρης _____ 156

YOU, PATIENTS, AND OUR PROVEN TECHNOLOGY.
STAPLE LINE SECURITY. TIMES THREE.

Tri-Staple™ technology
is now on the EEA™ circular stapler

30% additional security to the staple lines

Better audible and tactile feedback

Requires 14% less firing force

Signia™ stapler

Endo GIA™ curved tip reloads with Tri-Staple™ technology

Αναστάσιος Μαυρογένης Α.Ε.
Εξουσιοδοτημένος Αντιπρόσωπος Medtronic Ελλάδος
Γκιώνας 1Α, Μεταμόρφωση, 57001, Αθήνα, Τ: 210 20 20 232

Medtronic
Further, Together

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Εφαρμογή της Τεχνολογίας NGS (Next - Generation Sequencing) στην κλινική πράξη**
Βασικές Αρχές NGS
Δ. Κουνιάκη _____ 158
Εφαρμογή στην HLA τυποποίηση
Α. Ταράση _____ 161
Εφαρμογή στη διάγνωση αιματολογικών νοσημάτων
Μ. Γαροφαλάκη _____ 163
Εφαρμογή στη Μικροβιολογία
Ε. Περιβολιώτη _____ 165

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Αξιολόγηση των ικανοτήτων και της απόδοσης των νοσηλευτών: Μπορούμε να γίνουμε στην πράξη καλύτεροι αξιολογητές και αξιολογούμενοι;**
Η διαδικασία της αξιολόγησης: Αναγκαίο κακό ή ευκαιρία ανατροφοδότησης;
Κ. Κοκκινάκης _____ 167
Στρατηγικές και εργαλεία αξιολόγησης στη σύγχρονη βιβλιογραφία: Ποιά στοιχεία τους θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην εφαρμογή του υπάρχοντος συστήματος αξιολόγησης
Δ. Τσιμπούκη _____ 169
Συνέντευξη αξιολόγησης: Βασικές αρχές σχεδιασμού της συνέντευξης. Τρόποι υπερκέρασης των δυσκολιών και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της
Ε. Κεϊμαλή _____ 171

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Κλινικός εκπαιδευτής: Γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ νοσηλευτικής θεωρίας και πράξης**
Ε. Καμπισιούλη _____ 173

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Υγρή βιοψία: Το «άγιο δισκοπότηρο» κατά του καρκίνου**
Χ. Μασαούτης _____ 175

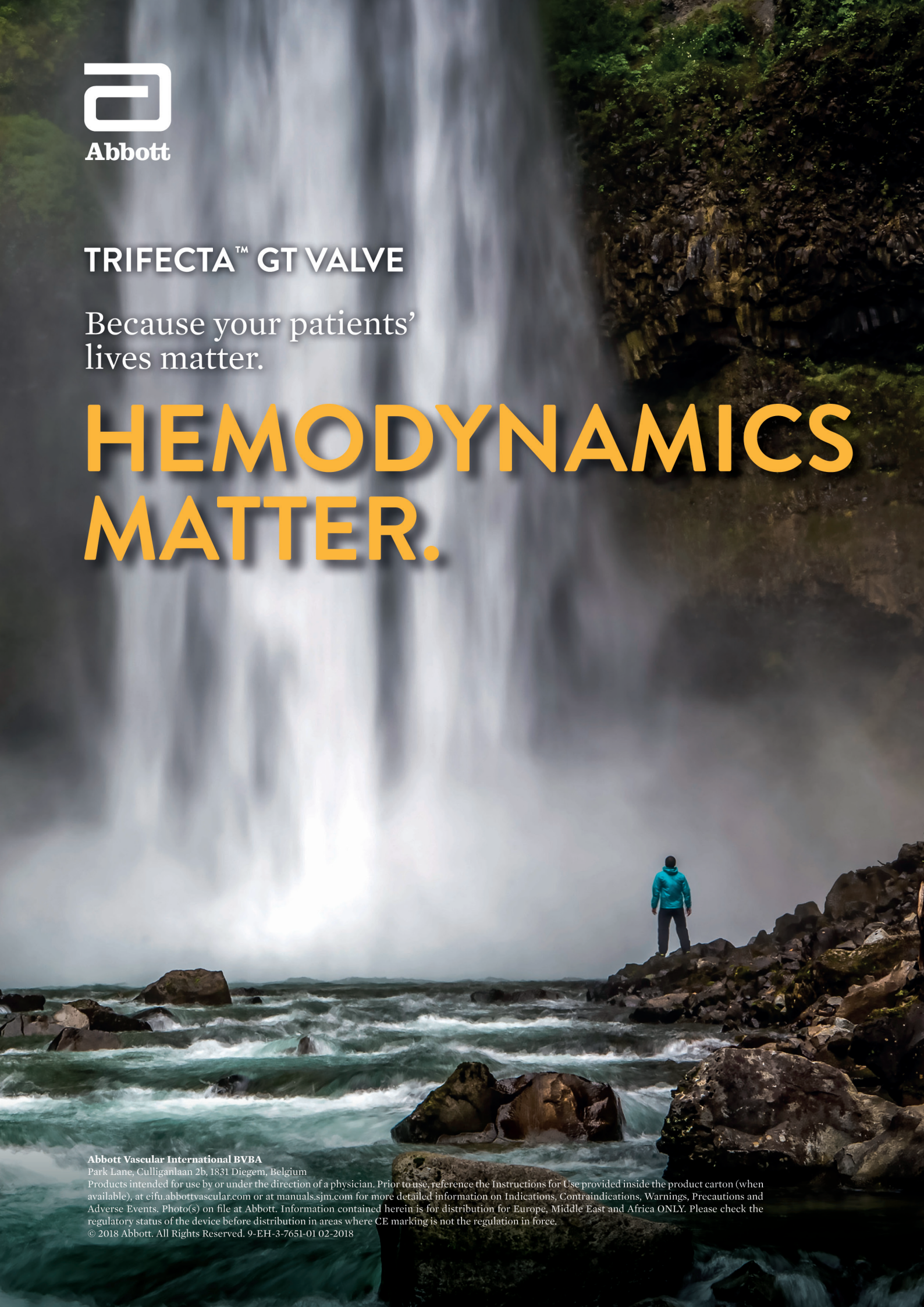
ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Κλινικά προβλήματα πήξης σχετιζόμενα με κακοήθειες - Παρουσίαση περιστατικών**
Διαταραχές πήξης σε ασθενή με κακόηθες νεόπλασμα παγκρέατος
Α. Γιώτη _____ 177
Αιμορραγία πεπτικού. Όταν το προφανές δεν είναι το μόνο αίτιο
Β. Δασκαλάκη _____ 179
Αιμορραγική διάθεση σε ασθενή με χειρουργημένο καρκίνο παγκρέατος
Κ. Μπουχάγιερ, Γ. Στυλιανίδης _____ 180

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Σακχαρώδης Διαβήτης**
Νεότερα δεδομένα για το ΣΔ τύπου Ι
Β. Βλασοπούλου _____ 182
Νεότερα δεδομένα για το ΣΔ τύπου ΙΙ
Θ. Στρατηγού _____ 184

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Ύπνος και Υγεία**
Κιρκάδιοι ρυθμοί και ενδοκρινικό σύστημα
Δ. Μαργαριτόπουλος _____ 186
Κιρκάδιος ρυθμός και ανοσιακή απάντηση
Α. Τσιρογιάννη _____ 188
Ύπνος και μεταβολισμός
Γ. Ντάλη _____ 190

ΔΙΑΛΕΞΗ: **CAR-T cells: Επαναστατική(;) θεραπεία για τις αιματολογικέςκακοήθειες**
Ι. Τζάννου _____ 192

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Περιεγχειρητική διαχείριση ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή**
Α. Σταθόπουλος _____ 194


Abbott
TRIFECTA™ GT VALVE
Because your patients' lives matter.
HEMODYNAMICS MATTER.
Abbott Vascular International BVBA
Park Lane, Culliganlaan 2b, 1831 Diegem, Belgium
Products intended for use by or under the direction of a physician. Prior to use, reference the Instructions for Use provided inside the product carton (when available), at eifu.abbottvascular.com or at manuals.sjm.com for more detailed information on Indications, Contraindications, Warnings, Precautions and Adverse Events. Photo(s) on file at Abbott. Information contained herein is for distribution for Europe, Middle East and Africa ONLY. Please check the regulatory status of the device before distribution in areas where CE marking is not the regulation in force.
© 2018 Abbott. All Rights Reserved. 9-EH-3-7651-01 02-2018

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Καρκίνος του μαστού: Τι άλλαξε, τι αλλάζει στη νοσηλευτική μας προσέγγιση**
Η συμβολή του νοσηλευτή στην πρόληψη
Β. Ντόγκα _____ 196
Η σημασία της αυτοεξέτασης και των σύγχρονων διαγνωστικών μέσων στην έγκαιρη διάγνωση
Κ. Κατσίκη _____ 198
Τι νεότερο στη μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα
Χ. Κολοκοτρώνη _____ 200
Αποκατάσταση του μαστού: Νεότερα δεδομένα
Α. Ανταλοπούλου, Γ. Χαρκιολάκης _____ 202

ΔΙΑΛΕΞΗ: **ICD-11, είκοσι έξι χρόνια μετά το ICD-10: Αλλαγές στην ψυχιατρική διάγνωση και ταξινόμηση**
Κ. Προκοπάκη _____ 204

ΔΙΑΛΕΞΗ: **Το σύμπλεγμα HIV - Άνοιας**
Γ. Γκουτζαμάνης _____ 206

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Οξύ Άλγος: Ορόσημο στην επείγουσα ακτινολογία**
Οξεία κεφαλαλγία
Α. Μπουλταδάκη _____ 208
Θωρακικό άλγος: Διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία
Α. Ταβερναράκη _____ 210
Κοιλιακό Άλγος: Διερεύνηση με απλή ακτινογραφία κοιλίας
Ι. Καλογερόπουλος _____ 212
Κοιλιακό Άλγος: Διερεύνηση με υπερήχους
Δ. Κόκκινος _____ 214
Κοιλιακό Άλγος: Διερεύνηση με αξονική τομογραφία
Ε. Λαζαρίδου _____ 216

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Εξέλιξη - Αναβάθμιση**
Προϋποθέσεις σύγχρονης λειτουργίας - Χωροταξία
Μ. Αθανασίου _____ 218
Αναβάθμιση - Μετεξέλιξη
Σ. Κόλιας _____ 220

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ: **Νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα γαστρεντερικού και παγκρέατος**
Νέα ταξινόμηση WHO
Γ. Κυριακόπουλος _____ 223
Διαγνωστική προσέγγιση με τις νεότερες μεθόδους πυρηνικής ιατρικής
Φ. Ροντογιάννη _____ 225
Η ενδοκρινολογική προσέγγιση
Δ.-Α. Βασιλειάδη _____ 227
Θεραπευτικός αλγόριθμος διαχείρισης
Ν. Αλεβιζόπουλος _____ 229

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ: **Καρκίνος του πνεύμονα**
Προγνωστικοί παράγοντες στη σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα: Παθολογοανατομική προσέγγιση
Ι. Προβατάς _____ 231
Ο ρόλος της ακριβούς διάγνωσης στην ταξινόμηση και θεραπεία
Ε. Μπαλής _____ 233

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: **Ο ρόλος του MDT στη βελτίωση της επιβίωσης στον καρκίνο του ορθού**
Διάγνωση, σταδιοποίηση και αξιολόγηση
Γ. Λακιώτης _____ 235
Νεο-επικουρική, επικουρική και μη χειρουργική θεραπεία
Χ. Ζουμπλιός _____ 238
Αρχές της χειρουργικής θεραπείας
Η. Κατσούλης _____ 240
Χειρουργική της τοπικής υποτροπής και της μεταστατικής νόσου
Δ. Μαγγανάς _____ 242
Εξατομικευμένη θεραπεία του καρκίνου του ορθού
Β. Κομπορόζος _____ 244

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Διαβητικό πόδι: Η άγνοια «ακρωτηριάζει»

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Γεώργιος Μαρακομιχελάκης
Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος
του Δ' Παθολογικού Τμήματος - Ιατρείου Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932457758
E-mail: gmarakom@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος διαβητικό πόδι εκφράζει τη νοσολογική οντότητα που απορρέει από τη συνύπαρξη λοίμωξης, εξέλκωσης ή και καταστροφής των εν τω βάθει ιστών σε συνδυασμό με περιφερική νευροπάθεια και ποικίλης βαρύτητας αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Υπολογίζεται ότι το 15% των διαβητικών ατόμων θα εμφανίσει έλκος του άκρου ποδός σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής του. Στο 80-90% των περιπτώσεων διαβητικού έλκους προηγείται τραυματισμός του πάσχοντος άκρου ποδός, ο οποίος πολλές φορές είναι ήσσονος σημασίας. Ο κίνδυνος μη τραυματικού ακρωτηριασμού των κάτω άκρων είναι 15-27 φορές μεγαλύτερος στους διαβητικούς συγκριτικά με τα μη διαβητικά άτομα. Στο 85% των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων που διενεργούνται σε διαβητικά άτομα προηγείται κάποιο διαβητικό έλκος διαφόρου βαρύτητας. Οι επιπλοκές του διαβητικού έλκους αποτελούν το συχνότερο αίτιο ακρωτηριασμού των κάτω άκρων. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης διαβητικού έλκους είναι η περιφερική νευροπάθεια, ενώ η συνύπαρξη λοίμωξης και αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων

αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες για την έκβασή του. Οι λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα επιμόλυνσης ενός διαβητικού έλκους. Η μικροβιακή χλωρίδα είναι συνήθως μικτή και αποτελείται από αερόβιους και αναερόβιους μικροργανισμούς. Σε άτομα με διαβητικό έλκος επιβάλλεται η κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στην παθογένεια και την επούλωση του έλκους. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των βλαβών του διαβητικού ποδιού απαιτεί μία σύνθετη και πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση. Η ελάττωση του φορτίου πιέσεων, ο χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και η εκρίζωση της λοίμωξης αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ενώ σε άτομα με αποφρακτική αρτηριοπάθεια επιβάλλεται η βελτιστοποίηση της αιμάτωσης του πάσχοντος άκρου με επεμβατικές μεθόδους. Η χορήγηση επιθεμάτων πρέπει να γίνεται με προσοχή και πάντα με την καθοδήγηση του έμπειρου προσωπικού των ειδικών ιατρείων. Νεότερες τεχνικές ανάπλασης και επιθηλιοποίησης, όπως η χρήση συσκευών αρνητικής πίεσης και η τοπική εφαρμογή αυξητικών παραγόντων, βλαστοκυττάρων και ανθρώπινου κολλαγόνου έχουν επιταχύνει την επούλωση των μεγάλων βλαβών. Οι σημαντικές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του διαβητικού ποδιού καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης των διαβητικών ελκών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ελάττωση των ακρωτηριασμών κατά το ήμισυ.

Λέξεις κλειδιά: Επιπλοκές διαβήτη, διαβητικό πόδι, ακρωτηριασμός.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ιουλία Μπαλή
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Αγγειολογικό Εργαστήριο - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041522, 6942252144
E-mail: juliabali@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το διαβητικό πόδι αποτελεί μία από τις συχνότερες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Όπως προκύπτει από τα επιδημιολογικά στοιχεία το **85% των ακρωτηριασμών σε ασθενείς με διαβητικό πόδι θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με την εφαρμογή αυστηρών μέτρων πρόληψης**. Η συμβολή του νοσηλευτή, συνεπώς, σε όλα τα στάδια της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης θεωρείται άκρως σημαντική και απολύτως αναγκαία! Στους διαβητικούς ασθενείς με ή χωρίς πρώιμα σημεία νευροπάθειας, ο νοσηλευτής **αξιολογεί** τις ανάγκες τους, τις **ιεραρχεί** και **σχεδιάζει την εξατομικευμένη φροντίδα** που χρειάζονται. Σε κάθε επίσκεψη μεριμνά ώστε να γίνεται **λεπτομερής επισκόπηση** των άκρων ποδών και να ελέγχεται οποιαδήποτε διαταραχή του χρώματος του δέρματος ή των ονύχων, κακοσμία, εμφάνιση υπερκεράτωσης ή αρχόμενης παραμόρφωσης, όπως γαμψοδακτυλία, βλαισότητα μεγάλου δακτύλου ή εφιππεύσεις. Επί εγκατεστημένης νευροπάθειας ο νοσηλευτής **παρεμβαίνει** με: α) τη σωστή και έγκαιρη **ενημέρωση** για τον αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών που αντιμετωπίζει ο ασθενής, β) την **εκπαίδευση** του ιδίου, αλλά και του υποστηρικτικού του δικτύου (αν υπάρχει), ώστε η καθημερινή φροντίδα του άκρου ποδός να γίνεται με τον ενδεδειγμένο τρόπο και να μπορούν και οι ίδιοι μόνοι τους να αναγνωρίζουν τυχόν ανησυχητικά συμπτώματα και σημεία. Τονίζονται ιδιαίτερα: α) ο αυστηρός έλεγχος της θερμοκρασίας του ύδατος που απαιτείται και το στέγνωμα των μεσοδακτυλίων πτυχών μετά το πλύσιμο, β) η αποφυγή επαφής με σώματα υψηλής θερμότητας, όπως καυτή άμμος και άσφαλτος το καλοκαίρι, θερμαντικά σώματα το χειμώνα γ) η απαγόρευση αφαίρεσης

των τύλων με χημικά ή μηχανικά μέσα και δ) η κοπή των ονύχων από εξειδικευμένο προσωπικό. ε)Τα υποδήματα, είτε πρόκειται για εξειδικευμένα υποδήματα πρόληψης διαβητικού ποδιού είτε όχι, πρέπει να ελέγχονται καθημερινά για παρουσία ξένων σωμάτων ή σημείων τριβής στο εσωτερικό τους και σε καμία περίπτωση να μην υπολείπεται δερματικό εντύπωμα μετά την αφαίρεση τους. Σε περίπτωση ανάπτυξης διαβητικού έλκους οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με: α) την πρόληψη επιμόλυνσης β) την εφαρμογή ειδικών υποδημάτων αποφόρτισης με σκοπό την έγκαιρη επούλωση γ) την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, αλλά και των συγγενών που συμμετέχουν στη διαδικασία της φροντίδας, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής **σχεδιάζει** το πρόγραμμα των επανεκτιμήσεων, **εξηγεί** πόσο αναγκαίο είναι να μην γίνονται παρεκκλίσεις από το χρονοδιάγραμμα των επισκέψεων και **αξιολογεί** αν εφαρμόστηκαν με συνέπεια και ακρίβεια οι οδηγίες πρόληψης που έχουν συσταθεί. Σε κάθε επίσκεψη επανεκτίμησης κρίνεται απαραίτητη η προσεκτική επισκόπηση τόσο του επουλωθέντος άκρου όσο και του ετερόπλευρου σκέλους και οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να έχει προκύψει είτε από τις δομικές αλλαγές που ακολουθούν ένα βαθύ χειρουργικό καθαρισμό ή έναν ελάσσονα ακρωτηριασμό, είτε από την ακούσια υπερφόρτωση του υγιούς σκέλους πρέπει να εντοπίζεται και να αντιμετωπίζεται. Σύμφωνα με τα ανωτέρω και το γεγονός ότι **ο ρυθμός υποτροπής ενός επουλωθέντος έλκους παραμένει πολύ υψηλός** και οι περισσότεροι ασθενείς θα αναπτύξουν νέο έλκος στην ίδια ή άλλη περιοχή, ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη διαβητικού ποδιού καθίσταται θεμελιώδους και καθοριστικής σημασίας.

Λέξεις κλειδιά: Διαβητικό πόδι, πρόληψη, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Αγγέλα - Μπεθ Τερζή
Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6953049009
E-mail: terzi_angie@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Διαβητικό Πόδι ορίζεται ως εξέλκωση, λοίμωξη ή και καταστροφή των εν τω βάθει ιστών του άκρου ποδός που σχετίζονται με νευροπάθεια και περιφερική αγγειοπάθεια σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη. Σήμερα νοσούν 200 εκ άνθρωποι ενώ το 2030 προβλέπεται ότι θα φτάσουν τα 340 εκ. Ένας στους οχτώ ασθενείς θα αναπτύξει έλκος, ενώ το έλκος του άκρου ποδός και ένας πιθανός ακρωτηριασμός είναι το πιο επίφοβο σενάριο για κάθε διαβητικό. Το διαβητικό πόδι είναι υπεύθυνο για αυξημένες εισαγωγές ασθενών με ΣΔ σε νοσοκομεία (25% των εισαγωγών ασθενών με ΣΔ οφείλονται σε διαβητικό πόδι), ενώ προκαλεί έντονη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους, υποβαθμίζοντας ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής τους. Υπάρχει 15-20 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ακρωτηριασμού ασθενών με ΣΔ από μη διαβητικούς ασθενείς, ενώ 70- 85% των ακρωτηριασμών αφορούν διαβητικούς ασθενείς. Τέλος, τα εθνικά συστήματα υγείας όλου του κόσμου επιβαρύνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος με τεράστιο κόστος. Για τον λόγο αυτό εκδίδονται κατευθυντήριες οδηγίες για την φροντίδα ασθενή με διαβητικό πόδι, ώστε να αντιμετωπιστούν τα έλκη και να προληφθούν οι ακρωτηριασμοί. Το πρώτο βήμα στην διαχείριση των διαβητικών ποδιών είναι η εκτίμηση και ταξινόμησή τους. Η ταξινόμηση βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση της έκτασης και του βάθους του έλκους και την παρουσία ή όχι λοίμωξης ή ισχαιμίας, που θα καθορίσουν την φύση και την ένταση της θεραπείας. Η αντιμετώπιση ενός

έλκους ξεκινάει με τον χειρουργικό καθαρισμό των νεκρωμένων ιστών (αιχμηρό, ενζυματικό, αυτολυτικό, μηχανικό και βιολογικό). Στην συνέχεια χρησιμοποιούνται κατάλληλα επιθέματα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του έλκους. Αυτά μπορεί να αποσκοπούν απλά στην προστασία του έλκους, ενώ κάποια προάγουν την διατήρηση ενός υγρού περιβάλλοντος και ταυτόχρονα την πρόληψη υπερβολικής υγρασίας. Υπάρχουν επίσης επιθέματα με αντιμικροβιακό παράγοντα για την πρόληψη λοίμωξης. Συμπληρωματικές μέθοδοι στην φροντίδα του διαβητικού ποδιού είναι η θεραπεία αρνητικής πίεσης, δερματικών μοσχευμάτων, αυξητικών παραγόντων, η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία και η θεραπεία κρουστικών κυμάτων. Επίσης, δεν παραλείπονται τα μέτρα από την πλευρά των ασθενών, όπως η πλήρης αποφόρτιση της περιοχής με την χρήση κατάλληλων υποδημάτων και βοηθητικών μέσων μετακίνησης και η συμμόρφωσή τους προς τις λοιπές ιατρικές οδηγίες. Τέλος, σημαντική είναι η διάγνωση και αντιμετώπιση πιθανής συνυπάρχουσας λοίμωξης για την πρόληψη οστεομυελίτιδας και πιθανού ακρωτηριασμού του σημείου του διαβητικού έλκους. Οι ασθενείς που έχουν θεραπευτεί από διαβητικό έλκος θεωρούνται πάντα υψηλού κινδύνου για επανεμφάνιση έλκους, και για τον λόγο αυτό πρέπει να θεωρούνται πως βρίσκονται σε ύφεση, ώστε να γίνει τρόπος ζωής η περιοδική επίσκεψή τους στο ιατρείο διαβητικού ποδιού προκειμένου να αυξηθεί η πιθανότητα πρόληψης νέου έλκους.

Λέξεις κλειδιά: Διαβητικό πόδι, κατευθυντήριες οδηγίες, καθαρισμός, επιθέματα.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Μαρίνα Καλλέργη
Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc Νοσηλεύτρια ΜΕΘ 2

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976801522
E-mail: kallergim@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μία χρόνια μεταβολική διαταραχή που τείνει να πάρει εκρηκτικές διαστάσεις, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να τον χαρακτηρίζει πλέον ως «σύγχρονη πανδημία». Υπολογίζεται ότι το 2030 θα υπάρχουν 552 εκατομμύρια άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη στον πλανήτη σε σύγκριση με το 2014 που ο αριθμός αυτός έφτανε τα 442 εκατομμύρια. Οι επιπλοκές από το Διαβητικό πόδι αποτελούν ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα μεταξύ των ασθενών με ΣΔ παγκοσμίως, με κοινωνικές αλλά και τεράστιες οικονομικές επιπτώσεις τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του όσο και για την κοινωνία στην οποία διαβιώνουν. Το Διαβητικό Πόδι ως σύνθετη νοσολογική οντότητα, φαίνεται ότι παρουσιάζει προοδευτικά κλιμακούμενο ρυθμό επιπολασμού στον πληθυσμό των ασθενών με ΣΔ μεταξύ αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων οικονομικά χωρών, με *παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας, αυξημένα έξοδα αποκατάστασης, ανάγκη οικιακής φροντίδας και κοινωνικών υπηρεσιών, απώλεια θέσεων εργασίας ακόμη και πρόωρη συνταξιοδότηση. Σε μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε πρόσφατα ο επιπολασμός των επιπλοκών του ΔΠ ανέρχεται παγκοσμίως στο 6.3%, με την Νότια Αμερική να παρουσιάζει τον υψηλότερο 13%,* και *την Ωκεανία το χαμηλότερο στο 3%*. Στην Ευρώπη - και την Ελλάδα - ο επιπολασμός βρίσκεται στο 5.1%. *Το 2001 στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος για το ΔΠ ανερχόταν στα* 10.9 δις$ επιπλέον του κόστους για τον ΣΔ, περίπου 8659$ ανά ασθενή, ενώ στο Ηνωμένο βασίλειο το αντίστοιχο κόστος ανερχόταν στα 3 δις στερλίνες. Το κόστος αντιμετώπισης του ΔΤ για το 2011 στην Αγγλία αποτελούσε το 0.6% του προυπολογισμού για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ενώ για την Ελλάδα, υπολογίζεται ότι το άμεσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή με

διαβητικό πόδι είναι περίπου 6.143 ευρώ, με το κόστος θεραπείας του απλού διαβητικού ασθενούς να είναι 5 φορές μικρότερο, δηλαδή 1.299 ευρώ και το συνολικό ετήσιο κόστος από τα έλκη στη χώρα μας να ανέρχεται στα 300 εκατομμύρια ευρώ χωρίς να συνυπολογίζεται το έμμεσο κόστος, όπως ενδεικτικά οι ημεραργίες, η ανικανότητα για εργασία, η αλλαγή εργασίας, η επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου.

Έρευνες οι οποίες διεξάγονται σε όλο τον κόσμο για τον επιπολασμό του ΔΠ και των επιπλοκών αυτού, παρά το γεγονός ότι δε δύνανται να προσδιορίσουν τα ακριβή οικονομικά μεγέθη, εντούτοις καθιστούν αναγκαία τη συνεχή και ενδελεχή εκτίμηση των επιδημιολογικών στοιχείων που καταγράφονται, προκειμένου να γίνει δυνατή η αποτελεσματικότερη διαχείρηση του κόστους, οικονομικού και κοινωνικού, δίνοντας έμφαση πρωτίστως στην πρόληψη και δευτερευόντως στην Θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: Διαβητικό Πόδι, επιπτώσεις, κόστος.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Ασημίνα Κηροπούλου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c),

Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6937967965

E-mail: minakiropoulou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην τρέχουσα ιατρική πρακτική η μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (ΜΑΚ), περισσότερο γνωστή ως μεταμόσχευση μυελού των οστών, αποτελεί μία αποδεκτή μέθοδο θεραπείας για μια ευρεία ποικιλία ενδείξεων που κυμαίνονται από κακοήθεις και μη κακοήθεις αιματολογικές ασθένειες. Ως διαδικασία η ΜΑΚ περιλαμβάνει πολύπλοκες θεραπευτικές προκλήσεις και αποτελεί μία έντονη εμπειρία για τον ασθενή και την οικογένειά του. Η παρατεταμένη περίοδος νοσηλείας υπό συνθήκες απομόνωσης, τα οξέα σωματικά συμπτώματα και οι επίπονες και δυνητικά απειλητικές για τη ζωή παρενέργειες, ταυτόχρονα με τη μακρόχρονη αποκατάσταση και την αβεβαιότητα για την επιτυχή έκβαση της διαδικασίας, ενισχύουν την εκδήλωση σημαντικών αναγκών όπως σωματικές, ψυχολογικές, πνευματικές, κοινωνικοοικονομικές, πρακτικές και ανάγκες πληροφόρησης. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν εκτενείς αναφορές για τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας των αιματολογικών ασθενών. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες αναδύεται στο προσκήνιο, ολοένα και περισσότερο, η ανάγκη της βέλτιστης προσφοράς πληροφόρησης στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε σοβαρές θεραπευτικές διαδικασίες, όπως αυτή της μεταμόσχευσης. Το πατερναλιστικό πρότυπο

φροντίδας σταδιακά εγκαταλείπεται και ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην αναγνώριση της πληροφόρησης ως δικαίωμα του ασθενούς. Παρότι σε πολλές χώρες του κόσμου η σπουδαιότητα της λεπτομερούς πληροφόρησης και η αυτονομία του ασθενούς έχει κατοχυρωθεί με νόμο, εντούτοις στην καθημερινή κλινική πράξη η παροχή ενημέρωσης δεν είναι συστηματική ή υπερισχύει η τάση «καλοπροαίρετης» απόκρυψης της πλήρους αλήθειας. Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η προσφορά αξιόπιστης και εξατομικευμένης πληροφόρησης συνδέεται με ευεργετικά πλεονεκτήματα, όπως την ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, την ορθή συμμόρφωσή του στο θεραπευτικό πλάνο φροντίδας, τη μείωση συναισθημάτων άγχους και κατάθλιψης, την καλύτερη αποκατάσταση και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής του. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΜΑΚ επιζητούν πληροφόρηση για τη διάγνωση, τη θεραπεία, τις ενδεχόμενες επιπλοκές ή παρενέργειες της θεραπείας, την πρόγνωση, αλλά και για περισσότερο πρακτικά θέματα που σχετίζονται με τις οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας, τις καθημερινές δραστηριότητες, ζητήματα αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης των αλλαγών που επισυμβαίνουν στον τρόπο ζωής τους. Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι μια σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, με κύριους φορείς της υποχρέωσης για ενημέρωση στο εθνικό σύστημα υγείας, τους ιατρούς και νοσηλευτές. Για να είναι αποτελεσματική, προϋποθέτει τη συνεργασία και επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών, το κατάλληλο φυσικό περιβάλλον και τη χρήση σαφών και κατανοητών όρων. Η διάθεση περιορισμένου χρόνου, αλλά και η ροή πληροφοριών από τη θεραπευτική ομάδα με μη συστηματικό τρόπο, πιθανότατα να προσανατολίζει τους ασθενείς σε άλλες πηγές ενημέρωσης. Οι επιζώντες από τη διαδικασία της ΜΑΚ, αξιοποιώντας τις προσωπικές τους εμπειρίες, αποτελούν μία πλούσια ενημερωτική και υποστηρικτική πηγή. Επιπρόσθετα, η χρήση του διαδικτύου θεωρείται μία διαδεδομένη μορφή πληροφόρησης, με την ποιότητα ωστόσο των παρεχόμενων πληροφοριών συχνά να είναι αμφίβολη. Τα τελευταία χρόνια, η γραπτή έντυπη πληροφόρηση, συμπληρωματικά της παραδοσιακής προφορικής μεθόδου ενημέρωσης, φαίνεται ότι πλεονεκτεί, διότι συμβάλλει στη βελτίωση της ανάκλησης και της δεκτικότητας των πληροφοριών που προσφέρονται από τη διεπιστημονική ομάδα.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, αιματολογικές κακοήθειες, **π**ληροφόρηση, ανάγκες πληροφόρησης.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΣΩΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ:
Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όλγα Πολυχρονοπούλου[1], Ειρήνη Σούρλα[2], Αλεξάνδρα Κατσακιώρη[2], Ελευθερία Ματσούκα[3], Αλεξάνδρα Μέριανου[3]

[1]Διευθύντρια Δημόσιου Ινστιτούτου Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ.Ι.Ε.Κ.),
[2]Εκπαιδευτικός Δ.Ι.Ε.Κ., [3]Καταρτιζόμενη Δ.Ι.Ε.Κ., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Ο. Πολυχρονοπούλου
Τηλ.: 6947291393, 2107201368
E-mail: Kal1961@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ορισμός της υγείας και της ασθένειας επανεκτιμήθηκε και επαναδιατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό «η υγεία αφορά σε μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά και μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αν ακολουθήσουμε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, η υγεία δεν αποτελεί μία κατάσταση την οποία το άτομο αποκτά ή χάνει, ούτε η ασθένεια εισβάλλει ξαφνικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Υγεία και ασθένεια είναι αλληλένδετες και αλληλοσυμπληρούμενες έννοιες. Η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια ολότητα, όπου η σωματική, συναισθηματική και νοητική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά και βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Αντίστοιχα, η ασθένεια λειτουργεί σαν προειδοποίηση, ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου και μπορεί να εκληφθεί ως μια ένδειξη ανισορροπίας ή διαταραχής στη βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του χάνει την ταυτότητά του και κατακλύζεται από πληθώρα καινούργιων εμπειριών και

πληροφοριών που του προκαλούν άγχος. Παρά το γεγονός ότι έχει δεκάδες απορίες και ερωτηματικά που τον προβληματίζουν, η ψυχολογική και σωματική του κατάσταση καθιστούν δύσκολη την αφομοίωση νέων πληροφοριών. Ο πόνος, η αδυναμία κίνησης, η άρνηση της νόσου, οι δυσκολίες προσαρμογής στο ρόλο του ασθενή και την κατάσταση της αναπηρίας, καθιστούν δύσκολη την εκτέλεση των νοητικών λειτουργιών που απαιτεί η διαδικασία της μάθησης. Σε αυτήν την επίπονη διαδικασία αυτό που εκφράζεται είναι το σώμα. Αν λοιπόν, ξεδιπλώσουμε τις πολλαπλές όψεις και εκφράσεις του σώματος, μπορούμε να αφυπνίσουμε και να επηρεάσουμε θετικά τη σύνθετη σχέση του ασθενή με το σώμα του. Το σώμα που πάσχει, πονά, γερνά, αλλάζει, μεταμορφώνεται, βρίσκεται σε συστολή, απελευθερώνεται, στιγματίζεται, μιλά, μας προκαλεί να ανακαλύψουμε τις πολλαπλές δυνατότητές του, αλλά και την ικανότητα εξέλιξής του. Είναι γεγονός ότι η ηθική διάσταση της χρόνιας ασθένειας σχετίζεται με την καθιέρωση, αφενός ενός κώδικα απαγορεύσεων και αφετέρου μιας ορισμένης σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε αυτήν την ηθικοποίηση της σχέσης που εγκαθιδρύεται μεταξύ του χρονίως πάσχοντα και του εαυτού του, δια μέσου του ιατρικού-νοσηλευτικού θεσμού. Άλλωστε η χρόνια ασθένεια αποτελεί κλασικό πεδίο έρευνας στην υγεία, με έμφαση στο μετασχηματισμό του επιδημιολογικού προτύπου στο δυτικό κόσμο και με την πρωτοκαθεδρία των μολυσματικών νόσων, που τη διαδέχτηκε η κυριαρχία των ασθενειών του πολιτισμού. Επιπλέον, η χρόνια ασθένεια σχετίζεται με την παραγωγή ποικίλων μοντέλων σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του, καθώς το άτομο εξαναγκάζεται σε μακροχρόνια, συχνά δια βίου, θεραπεία και εκ των πραγμάτων εξαρτάται συνεχώς από το ιατρικό-βιομηχανικό σύμπλεγμα. Χρόνιες ασθένειες εξ ορισμού είναι ο διαβήτης, ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες, το άσθμα, η γεροντική άνοια, ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι βιοφυσιολογικές αλλαγές, ανεξάρτητα από τα αίτιά τους, έχουν σοβαρές κοινωνικές συνέπειες, τόσο για τους ίδιους τους πάσχοντες και αυτούς που τους φροντίζουν, όσο και για το ευρύτερο περιβάλλον, όπου η ασθένεια εμφανίζεται ως πρόβλημα προς αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: Υγεία, ασθένεια, σώμα, ηθική, χρόνια ασθένεια.

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Η χρήση της αναγεννητικής ιατρικής

ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ευάγγελος Β. Μπουκόρος
Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Ορθοπαιδικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972690205
E-mail: tempest2525@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα πιο βασικά προβλήματα στην ορθοπεδική που αφορά κυρίως σε μεγάλους ανθρώπους είναι η οστεοαρθρίτιδα. Η οστεοαρθρίτιδα είναι η πιο συχνή νόσος η οποία εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 65 χρονών, εντοπίζεται συχνότερα στις αρθρώσεις του ισχίου, του γόνατος και λιγότερο συχνά στην άρθρωση του ώμου. Από τη νόσο πάσχει κυρίως το 75% των ανθρώπων αυτής της ηλικίας (3 στους 4), ενώ πάνω από το 85% των ατόμων έχουν ακτινολογικές αλλοιώσεις στις ακτινογραφίες. Από την άλλη σε νεαρότερα άτομα ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι οι άσηπτες φλεγμονές διαφόρων τενόντων κυρίως μετά από υπερχρήση (overuse syndrome) σε αθλητές ή σε άτομα με μειωμένη αθλητική δραστηριότητα όπου η μειωμένη μυϊκή ενδυνάμωση οδηγεί σε αυξημένη καταπόνηση των τενόντων (τενοντίτιδες) και μπορεί να εντοπίζονται σε διάφορες αρθρώσεις με βασικότερες τις τενοντίτιδες στην άρθρωση του ώμου του αγκώνα του καρπού και της ποδοκνημικής άρθρωσης. Βεβαίως σε ό,τι αφορά την οστεοαρθρίτιδα σε προχωρημένες μορφές και όταν η καταστροφή του χόνδρου είναι μεγάλη η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την θεραπεία εκλογής (αρθροπλαστική της άρθρωσης). Όταν όμως η οστεοαρθρίτιδα βρίσκεται στα αρχικά στάδια και οι ακτινολογικές αλλοιώσεις είναι από μόλις σημαινόμενες έως μέτριες τότε η συντηρητική θεραπεία έχει τον πρώτο λόγο και περιλαμβάνει φυσικοθεραπευτική αγωγή με ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της περιοχής γύρω από την άρθρωση καθώς επίσης και διατατικές ασκήσεις με σκοπό να

διατηρηθεί το εύρος κίνησης της άρθρωσης, τοπική ή συστηματική χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, καθώς και εγχύσεις υαλουρονικού ή αντιφλεγμονωδών (στεροειδών) παραγόντων μέσα στην άρθρωση. Τοπικές εγχύσεις στεροειδών αποτελούν επίσης θεραπεία στις περιπτώσεις τενοντίτιδας. Τελευταία μία καινούρια θεραπεία έρχεται να προστεθεί στις ήδη υπάρχουσες και είναι η έγχυση αυξητικών παραγόντων του αίματος γνωστή ως PRP και έρχεται να αλλάξει τα δεδομένα διότι υπόσχεται πάρα πολύ καλά μεσοπρόθεσμα και ίσως και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Το (PRP) είναι ειδικά επεξεργασμένο και εμπλουτισμένο πλάσμα πλούσιο σε κύτταρα όπως βλαστοκύτταρα και ενεργοποιημένα αιμοπετάλια καθώς και σε ενδογενείς πρωτεΐνες που ονομάζονται αυξητικοί παράγοντες (Growth Factors: TGF beta 1+2, IGF -, EGF, VEGF). Αρχικά λαμβάνεται μια μικρή ποσότητα αίματος περίπου 20ml από μία περιφερική φλέβα και στη συνέχεια ακολουθεί φυγοκέντρηση και εμπλουτισμός για να πάρουμε το τελικό προϊόν είτε σε υγρή είτε σε μορφή γέλης και να ενεθεί στην πάσχουσα περιοχή. Είναι σημαντικό να μην γίνει λήψη αντιφλεγμονωδών παραγόντων μερικές ημέρες πριν και μερικές εβδομάδες (περίπου 3) μετά την χορήγηση γιατί μελέτες δείχνουν μείωση της δραστικότητας. Τα θετικά αποτελέσματα οφείλονται στην επουλωτική και αναγεννητική δράση των αυξητικών παραγόντων που απελευθερώνονται από τα αιμοπετάλια. Η χρήση του PRP τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχτεί ωφέλιμη στην ελάττωση του πόνου και στην βελτίωση της λειτουργίας της άρθρωσης, η οποία διαπιστώνεται απεικονιστικά και κλινικά καθώς και στην υποχώρηση της άσηπτης φλεγμονής επί τενοντοπάθειας.

Λέξεις κλειδιά: PRP, οστεοαρθρίτιδα, τενοντίτιδα.

ΣΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Αντώνιος Κυριακόπουλος
Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6999922220
E-mail: drkyriakopoulos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρατήρηση και η προσπάθεια παρέμβασης στην διαδικασία της επούλωσης ή της γήρανσης ξεκινά από την αρχαιότητα, οι πρώτες δημοσιεύσεις με αυτό τον στόχο το 1922, ενώ επανάσταση ήταν η ανακάλυψη των κιτοκινών της δεκαετία του 50. Σήμερα στην καθημερινή κλινική πράξη χρησιμοποιούμε stem cells, PRP,PL, ερυθροποιητίνη, Growth factors και ανθρώπινο κολλαγόνο παρασκευασμένο σε φυτικό υπόστρωμα! Τα stem cells χρησιμοποιούνται στην αποκατάσταση μαστού, στην λιπομεταφορά σε διάφορα μέρη του σώματος για αποκατάσταση ή αισθητικούς σκοπούς και η λήψη του γίνεται από τον λιπώδη ιστό ή και με κοινή αιμοληψία αλλά σε συνδυασμό με εργαστηριακή απομόνωση και καλλιέργεια. Το PRP και το PL είναι παράγωγα αίματος που μπορούν να παρασκευαστούν μέσω πολλών διαφορετικών πρωτόκολλων επεξεργασίας και να χρησιμοποιηθούν στην πλαστική επανορθωτική ιατρική σε άτονα έλκη, σε κατακλίσεις, στην αποκατάσταση μαστού, με επιβεβαιωμένη βιβλιογραφικά αποτελεσματικότητα, και σύντομα θα υπάρχει σαφές πρωτόκολλο για την χρήση τους στο έγκαυμα από έρευνα που διεξάγει το τμήμα μας σε συνεργασία με την Ακαδημία Αθηνών. Η ερυθροποιητίνη και οι growth factors χρησιμοποιείται σε σπρέι, στην υποβοήθηση πρόσληψης συνθετικού χορίου, στην επιτάχυνση επούλωσης ελκών και τραυμάτων. Τέλος στη κλινική μας έχει χρησιμοποιηθεί πιλοτικά και σύντομα και στην καθημερινή κλινική πράξη το ανθρώπινο κολλαγόνο τεχνητά παρασκευασμένο σε ανασυνδυασμένου DNA φυτά καπνού Ισραηλινής προέλευσης για επιτάχυνση επούλωσης εγκαυμάτων μερικού πάχους, ελκών και τραυμάτων. Όλα αυτά με μηδενικό

ποσοστό επιπλοκών με εξαίρεση την βασική αντένδειξη της χρήσης τους σε ογκολογικούς ασθενείς. Πρέπει να αναφερθεί πως λόγω του μεγάλου κόστους τους πρέπει να υιοθετηθεί η δημιουργία μίας Διαρκούς Επιτροπής Διαχείρισης Υλικών Επούλωσης που βάση της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενδείξεων και αντενδείξεων να εποπτεύει την αυστηρότατη χρήση τους ενδονοσοκομειακά μαζί με τα επιθέματα και τις συσκευές επούλωσης κενού. Η καλή συνεργασία του ασθενούς στην υπερλευκωματούχο δίαιτα και την αποφυγή καπνίσματος θα οδηγήσουν σε άριστα αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Αυξητικοί παράγοντες, growth factors, βλαστοκύτταρα, stem cells, PRP, PL, human collagen.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟ-ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Νίκος Βιάζης

Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977617000

E-mail: nikos.viazis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) είναι η κατάσταση η οποία αναπτύσσεται όταν η παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου προκαλεί σημαντικά προβλήματα ή/και επιπλοκές. Περαιτέρω ταξινόμηση της νόσου περιλαμβάνει την: 1) Παρουσία συμπτωμάτων χωρίς διαβρώσεις κατά την ενδοσκόπηση (Non-Erosive Reflux Disease - NERD) και 2) Συμπτώματα με ταυτόχρονη παρουσία διαβρώσεων (Erosive Reflux Disease - ERD). Τα συμπτώματα της νόσου χωρίζονται σε τυπικά, άτυπα και εξωοισοφαγικά. Τα τυπικά συμπτώματα είναι ο οπισθοστερνικός καύσος, οι αναγωγές και το θωρακικό άλγος. Στα άτυπα περιλαμβάνονται η ναυτία, οι ερυγές ή ο πρόωρος κορεσμός, ενώ στα εξω-οισοφαγικά ο χρόνιος βήχας, το άσθμα και η χρόνια λαρυγγίτιδα. Η παρουσία τυπικών συμπτωμάτων μπορεί να θέσει τη διάγνωση με βάση μόνο το ιστορικό. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει δοκιμή χορήγησης εμπειρικής θεραπείας (αναστολείς αντλίας πρωτονίων, PPI's x 1 για 1-2 μήνες), χωρίς να προηγηθεί γαστροσκόπηση, με την απάντηση στην αγωγή να επιβεβαιώνει την διάγνωση. Η ειδικότητα της γαστροσκόπησης για τη διάγνωση της ΓΟΠΝ είναι άριστη σε περιπτώσεις διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, όμως η πλειονότητα των ασθενών με τυπικά συμπτώματα

δε θα έχουν ευρήματα και γι'αυτό δεν συνιστάται ενδοσκόπηση σε όλες τις περιπτώσεις. Απαιτείται όμως όταν υπάρχουν συμπτώματα συναγερμού (alarm symptoms - δυσφαγία, αιμορραγία, σιδηροπενική αναιμία, απώλεια βάρους) και για screening ασθενών υψηλού κινδύνου για επιπλοκές. Η pHμετρία/εμπέδηση επιτρέπει την ανίχνευση παθολογικής έκθεσης του οισοφάγου σε όξινη ή μη όξινη παλινδρόμηση και προτείνεται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή. Μέρος της διαχείρισης της ΓΟΠΝ αποτελούν οι συστάσεις για τροποποίηση του τρόπου ζωής/καθημερινότητας όπως η απώλεια βάρους, η αποφυγή γευμάτων πριν την κατάκλιση, η ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού και η διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ. Στις φαρμακευτικές επιλογές περιλαμβάνονται τα αντιόξινα,οι ανταγωνιστές των H_2 υποδοχέων της ισταμίνης (H_2RA) και οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs). Η αγωγή με PPIs επιτυγχάνει μεγαλύτερο και ταχύτερο ρυθμό επούλωσης της οισοφαγίτιδας ταχύτερη και πιο πλήρη ανακούφιση των συμπτωμάτων, καθώς και μειωμένο ποσοστό υποτροπής. Μεταξύ των διαθέσιμων PPIs (ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, εσομεπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη) δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους στην αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ. Θεραπεία εκλογής για την ύφεση των συμπτωμάτων και την επούλωση της οισοφαγίτιδας αποτελεί η χορήγηση PPI μία φορά την ημέρα, 30-60 λεπτά προ του πρώτου γεύματος για 8 εβδομάδες. Σ'αυτό το διάστημα, το 70-80% των ασθενών με ERD και το 50-60% αυτών με NERD θα εμφανίσουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων. Ένα ποσοστό 30-40% θα παρουσιάσουν μερική μόνο ανακούφιση, οπότε προτείνεται η αύξηση της δοσολογίας σε δις ημερησίως. Σε περίπτωση διακοπής της αγωγής, τα 2/3 των ασθενών με NERD θα εμφανίσουν υποτροπή των συμπτωμάτων τους κάποια στιγμή στο μέλλλον, καθώς και το 100% αυτών με οισοφαγίτιδα C και D βαθμού κατά LA εντός 6μήνου. Επομένως, θεραπεία συντήρησης θα χρειαστούν οι ασθενείς με επιμονή των συμπτωμάτων μετά την διακοπή της αγωγής και ασθενείς με επιπλοκές όπως διαβρωτική οισοφαγίτιδα και οισοφάγο Barrett. Η θεραπεία συντήρησης πρέπει να χορηγείται στην όσο το δυνατόν χαμηλότερη αποτελεσματική δοσολογία.

Λέξεις κλειδιά: Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, οπισθοστερνικός καύσος, αναστολείς αντλίας πρωτονίων.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΔΥΣΠΕΨΙΑ

Εμμανουήλ Αρχαύλης
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041609
Email: march193@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δυσπεψία (Δ) είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων που ο ασθενής αναφέρει με κύρια εντόπιση στην άνω κοιλιά ή το επιγάστριο. Πάνω από το 20% του γενικού πληθυσμού αναφέρει ότι έχει την συμπτωματολογία αυτή. Παρότι σπανιότατα υποκρύπτεται κάποια νόσος που μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο (όπως κακοήθεια), η Δ έχει κακή επίδραση στην ποιότητα ζωής αλλά και μεγάλο κόστος. Αντιμετωπίζοντας λοιπόν, ένα άτομο με Δ πρέπει αρχικά να γίνει μια επιλογή που θα ξεχωρίσει εκείνους στους οποίους, είτε λόγω ηλικίας ή συμπτωματολογίας είναι πιθανότερο να υποκρύπτεται κακοήθεια, οπότε σε αυτούς πρέπει να προσφερθεί άμεση ενδοσκόπηση ή οποιοσδήποτε άλλος σχετικός έλεγχος. Για τους λοιπούς ασθενείς οι περισσότερες επιστημονικές κοινότητες, ιδίως σε πληθυσμούς με υψηλή επίπτωση ελικοβακτηριδιακής λοίμωξης, προτείνουν τον έλεγχο για την παρουσία του μικροβίου αυτού και επί θετικότητας, να προσφερθεί αγωγή εκρίζωσης του. Στα άτομα που δεν ανευρίσκεται το ελικοβακτηρίδιο ή παραμένουν συμπτωματικά μετά την αγωγή εκρίζωσης, εναλλακτικά της ενδοσκόπησης μπορεί να χορηγηθεί αντιεκκριτική αγωγή, με αποτελεσματικότερη προσέγγιση να είναι αυτή της αγωγής με αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Όταν στον ασθενή δεν βρίσκεται κάποια οργανική αιτία της συμπτωματολογίας του τότε χαρακτηρίζεται ως πάσχων από λειτουργική δυσπεψία. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει μεταγευματική δυσφορία ή πληρότητα (σύνδρομο μεταγευματικής δυσφορίας) ή να κυριαρχεί ο επιγαστρικός πόνος, που είναι ανεξάρτητος της λήψης τροφής (σύνδρομο επιγαστρικού πόνου). Αρκετοί ασθενείς ωστόσο αναφέρουν συμπτώματα και των δύο αυτών τύπων. Η

αιτιολογία δεν είναι επακριβώς γνωστή. Όμως, κινητικές διαταραχές (γαστρική κένωση ή γαστρική διευθέτηση), η υπεροξύτητα ή υπερευαισθησία στο οξύ, λοιμώδεις παράγοντες, αλλά και διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος έχουν ενοχοποιηθεί. Η αντιμετώπιση είναι δυσχερής συνήθως και πρέπει να περιλαμβάνει την διαβεβαίωση για την καλοήθη φύση της συμπτωματολογίας. Επίσης, απαιτείται η πειθαρχία του ασθενούς σε διαιτητικές μεταβολές. Συχνά συνταγογραφούνται αντιεκκριτικά φάρμακα. Πολύ καλά αποτελέσματα είχαν δώσει ευκινητικά φάρμακα, πολλά εκ των οποίων όμως για λόγους ασφαλείας δεν κυκλοφορούν πλέον, ενώ τα υπάρχοντα έχουν παρενέργειες. Φάρμακα με κεντρική δράση και κυρίως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται, ωστόσο, αυτά είναι αποτελεσματικά κυρίως σε ασθενείς της κατηγορίας του επιγαστρικού πόνου. Νεότερα σκευάσματα δοκιμάζονται αλλά και παλαιότερα (με βάση φυτικές ουσίες), όπως και διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές (ψυχοθεραπεία, ύπνωση, βελονισμός κλπ) με αντικρουόμενα αποτελέσματα στις μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: Δυσπεψία, ελικοβακτηρίδιο πυλωρού, αναστολείς αντλίας πρωτονίων.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Χρήστος Πόντας
Ειδικευόμενος Ιατρός, Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974652131
E-mail: chrispontas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τον όρο διάρροια, εννοούμε ότι ένας ασθενής παρουσιάζει πάνω από 3 μαλακές, ή υδαρείς κενώσεις την ημέρα. Όταν εμφανίζει τα συμπτώματα αυτά για πάνω από 4 εβδομάδες αναφέρουμε ότι ο ασθενής πάσχει από χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο. Παρατηρείται περίπου στο 1%-5% του γενικού πληθυσμού και στις αναπτυγμένες χώρες συνήθως δεν οφείλεται σε λοιμώδη αίτια. Ανάλογα με τον μηχανισμό πρόκλησης η χρόνια διάρροια μπορεί να ταξινομηθεί σε εκκριτική, ωσμωτική, λειτουργική, στεατορροική ή φλεγμονώδη και τα αίτια πρόκλησής της είναι πολλά. Τα κυριότερα εξ αυτών είναι το ευερέθιστο έντερο, η χρήση κάποιων κατηγοριών φαρμάκων (π.χ. αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη, αντιυπερτασικά, αντιαρρυθμικά, κτλ), τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ), η μικροσκοπική κολίτιδα, τα σύνδρομα δυσαπορρόφησης, οι χρόνιες λοιμώξεις, διάφορες νεοπλασίες, κάποιες χειρουργικές επεμβάσεις (κολεκτομή, εκτομή μεγάλου μέρους του λεπτού εντέρου >1m, χολοκυστεκτομή) καθώς επίσης και η ανοσοκαταστολή. Κατά την λήψη ιστορικού πρέπει ο ασθενής να ερωτάται αν εμφανίζει κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία ονομάζονται και συμπτώματα συναγερμού, που είναι η απώλεια βάρους, η ανορεξία, η παρουσία αίματος στις κενώσεις, αν έχει νυκτερινή αφύπνιση, αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό καρκίνου ή ΙΦΝΕ και αν συνυπάρχουν άλλα συστηματικά συμπτώματα. Επίσης κατά την λήψη ιστορικού θα πρέπει να ερωτάται ποια είναι η σύσταση και το μέγεθος των κενώσεων, η πιθανή συνύπαρξη πυρετού και πόνου, η ύπαρξη τεινεσμού ή ακράτειας, η ύπαρξη συνοδών συστηματικών νοσημάτων και η λήψη φαρμάκων καθώς

επίσης και η συσχέτιση των διαρροιών με συγκεκριμένες τροφές και το ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων. Ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε ενδελεχή κλινική εξέταση για πιθανά σημεία αφυδάτωσης, καχεξία, λεμφαδενοπάθεια, ψηλαφητή μάζα στην κοιλία ή κοιλιακό άλγος, δερματικά εξανθήματα, περιπρωκτικά συρίγγια, ψηλάφηση θυρεοειδούς αδένα αλλά και σε δακτυλική εξέταση για τον αποκλεισμό μάζας στο ορθό ή κοπρόλιθου. Ο εργαστηριακός έλεγχος θα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο κοπράνων για παράσιτα και τοξίνες οι οποίες εκκρίνονται από συγκεκριμένους μικροβιακούς παράγοντες (π.χ. Clostridium Difficile) καθώς επίσης και πλήρεις αιματολογικές εξετάσεις συμπεριλαβανομένων αντισωμάτων για τον αποκλεισμό συγκεκριμένων αυτοάνοσων παθήσεων. Επί ενδείξεων ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε απεικονιστικό (π.χ. U/S και Ro κοιλίας, CT, MRI εντερογραφία κτλ.) και ενδοσκοπικό έλεγχο (γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, κάψουλα λεπτού εντέρου κτλ) για τον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση οργανικών παθήσεων. Η θεραπεία της χρόνιας διάρροιας μπορεί να είναι εμπειρική, όταν υπάρχει ισχυρή υποψία για μία συγκεκριμένη διάγνωση, συμπτωματική, όταν η διάγνωση έχει γίνει αλλά οριστική θεραπεία δεν υπάρχει και τέλος συγκεκριμένη θεραπεία, για την υποκείμενη νόσο και αίτιο.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια διάρροια, ΙΦΝΕ, ενδοσκοπική διάγνωση.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ

Κωνσταντίνα Κατωπόδη
Γαστρεντερολόγος, Επικουρική Ιατρός,
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974439108
E-mail: dianakatopodi@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το 40% των ασθενών που απευθύνονται στο γαστρεντερολόγο παρουσιάζουν εναλλαγές κενώσεων με ή χωρίς συνοδό κοιλιακό άλγος. Η διαχείριση και η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών αυτών είναι μια πολύπλοκη διαδικασία.Τα κριτήρια της Ρώμης είναι χρήσιμα και απαραίτητα εργαλεία που θα μας επιτρέψουν να διακρίνουμε αν πρόκειται για οργανικά ή λειτουργικά νοσήματα. Σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης IV πρόκειται για σύνδρομο του ευερεθίστου εντέρου όταν το κοιλιακό άλγος επαναλαμβάνεται για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα τους τελευταίους τρεις μήνες και συνοδεύεται με δύο από τα κάτωθι: 1) συσχέτιση με την αφόδευση, 2) εναλλαγές στη συχνότητα των κενώσεων, 3) εναλλαγές στην υφή των κενώσεων. Τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για πάνω από έξι μήνες. Η λήψη ιστορικού πρέπει να συμπεριλαμβάνει πληροφορίες όπως: φύλο, ηλικία, διαιτητικές συνήθειες, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων (χρονίως ή όχι), χειρουργεία, οικογενειακό ιστορικό (για καρκίνο ή ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου – ΙΦΝΕ) και αν έχει προηγηθεί της έναρξης των συμπτωμάτων κάποια λοίμωξη του πεπτικού. Οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν είναι γενική αίματος, CRP, καλπροτεκτίνη κοπράνων, πιθανά καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων και ορολογικός έλεγχος για κοιλιοκάκη. Επίσης ο έλεγχος του θυροειδή αδένα θα μπορούσε να δώσει χρήσιμες πληροφορίες. Στους ασθενείς που είναι άνω των 50 ετών ή που παρουσιάζουν συμπτώματα συναγερμού (alarm symptoms - σιδηροπενική αναιμία, αποβολή αίματος από τον πρωκτό, ανεξήγητη απώλεια βάρους) θα προχωρήσουμε σε ενδοσκοπικό έλεγχο. Σημαντικές πληροφορίες θα μας δώσει η

κλινική εξέταση του ασθενή στην οποία θα συμπεριληφθεί η δακτυλική εξέταση. Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει: δυσανεξία στη λακτόζη, δυσανεξία στη φρουκτόζη, βακτηριακή υπερανάπτυξη (SIBO), κοιλιοκάκη, δυσανεξία στη γλουτένη, ΙΦΝΕ, μικροσκοπική κολίτιδα, λειτουργική διάρροια ή δυσκοιλιότητα, δυσαπορρόφηση χολικών αλάτων. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τη διάγνωση. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση των φυτικών ινών (αύξηση ή μείωση της πρόσληψης τους), δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAPS, προβιοτικά, πρεβιοτικά, δίαιτα ελεύθερη γλουτένης και χρήση συμπληρωμάτων διατροφής όπως έλαια μέντας, κουρκουμάς κ.λπ. Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή και η διακοπή καπνίσματος όπως και η σωματική δραστηριότητα είναι ενδεδειγμένα. Το biofeedback θα μπορούσε να είναι βοηθητικό στην αντιμετώπιση των εναλλαγών των κενώσεων.

Λέξεις κλειδιά: Ευερέθιστο έντερο, κριτήρια της Ρώμης IV, δίαιτα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ανοιχτή κοιλιά: Μία διαχρονική πρόκληση

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Σωτήριος Βούλγαρης
Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Χειρουργικής,
Α΄ Χειρουργικό Τμήμα και Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6948371885
E-mail: sot.voulgaris@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος ανοιχτή κοιλιά αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία η κοιλιά παραμένει ανοιχτή μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης. Στην ανοικτή κοιλιά τα σπλάχνα είναι εκτεθειμένα γεγονός που οδηγεί σε απώλεια υγρών και θερμότητας. Αυτά μπορούν να αποφευχθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν σε σημαντικό βαθμό με τεχνικές προσωρινής σύγκλεισης της κοιλιάς έως ότου η κοιλιά να μπορεί να κλείσει οριστικά ή να γίνει κάλυψη με την χρήση μοσχεύματος των εκτεθειμένων σπλάχνων. Τα κύρια σημεία που απασχολούν τον χειρουργό όταν εφαρμόζει τη μέθοδο της ανοικτής κοιλιάς είναι τα ακόλουθα: α) η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου προσωρινής σύγκλεισης της κοιλιάς, β) η αποφυγή της σύμφυσης-καθήλωσης των σπλάγχνων με το πλάγιο και πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, γ) η αποφυγή της πλάγιας μετατόπισης της απονεύρωσης και η απώλεια της ακεραιότητας του κοιλιακού τοιχώματος, δ) η επαρκής παροχέτευση των περιτοναϊκών υγρών και ε) η αποφυγή της ανάπτυξης εντεροατμοσφαιρικών συριγγίων. Ενδείξεις ανοικτής κοιλιάς αποτελούν: α) η πρόληψη ή η αντιμετώπιση του συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος (ΣΚΔ), β) μετά από χειρουργική ελέγχου βλαβών (damage control surgery) σε τραυματίες με απειλητική για τη ζωή ενδοκοιλιακή αιμορραγία, γ) σε ορισμένες περιπτώσεις βαριάς ενδοκοιλιακής σήψης στις οποίες μετά

τον έλεγχο της σηπτικής εστίας υπάρχει αδυναμία σύγκλεισης της απονεύρωσης (συνήθως από έντονο οίδημα των σπλάγχνων, όπως στην γενικευμένη κοπρανώδη περιτονίτιδα και στις περιπτώσεις εκτεταμένων χειρουργικών καθαρισμών νεκρωτικών λοιμώξεων των μαλακών μορίων του τοιχώματος) ή όταν απαιτούνται επανειλημμένες ερευνητικές λαπαροτομίες (για επανέλεγχο της βιωσιμότητας του εντέρου, όπως στη μεσεντέριο ισχαιμία και για έκπλυση/εκτομή νεκρώσεων, όπως στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα) και δ) προληπτικά σε ασθενείς που έχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν ΣΚΔ όπως ασθενείς που χρειάσθηκαν διεγχειρητικά περισσότερο από 15 λίτρα κρυσταλλοειδών ή περισσότερες από 10 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών ή σε εκείνους που η μέγιστη εισπνευστική πίεση υπερβαίνει τα 40 mmHg μετά τη σύγκλειση της απονεύρωσης. Είναι σημαντικό να σχεδιασθεί σωστά η προσωρινή σύγκλειση της ανοικτής κοιλιάς. Η ιδανική μέθοδος προσωρινής σύγκλεισης της ανοικτής κοιλιάς πρέπει να προστατεύει τα σπλάγχνα από το εξωτερικό περιβάλλον κι από τη σύμφυσή τους με την εσωτερική επιφάνεια του πρόσθιου και πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος, να προλαμβάνει την εκσπλάγχνωση, να επιτρέπει την παροχέτευση του μολυσμένου περιτοναϊκού υγρού, να προλαμβάνει τη δημιουργία συριγγίων, να αποφεύγει την κάκωση της απονεύρωσης, να διατηρεί την ακεραιότητα του κοιλιακού τοιχώματος αποτρέποντας την πλάγια μετατόπιση της απονεύρωσης, να κάνει την επανεπέμβαση εύκολη κι ασφαλή και να διευκολύνει την οριστική σύγκλειση της κοιλίας. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι: α) τεχνικές συμπλησίασης-γεφύρωσης του δέρματος (σύγκλειση του δέρματος με τη χρήση ρουχολαβίδων ή με συνεχές ράμμα, κάλυψη του χάσματος με αποστειρωμένο σάκο πλύσεων-Bogota bag), β) τεχνικές γεφύρωσης της απονεύρωσης (απορροφήσιμα πλέγματα, μη απορροφήσιμα πλέγματα PTFE-ePTFE, Wittmann patch, βιολογικά πλέγματα) και γ) τεχνικές αρνητικής πίεσης(Vacuum pack-Barker's technique, Vacuum Assisted Closure Abdominal Dressing System-VAC ADS, AbThera System).

Λέξεις κλειδιά: Ανοιχτή κοιλιά, ενδείξεις, τεχνικές προσωρινής σύγκλεισης.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Αθανάσιος Παντελής
Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης του Β΄ Χειρουργικού Τμήματος,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6931410 410
E-mail: ath.pantelis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανοικτή κοιλιά (ΑΚ) και η διαχείρισή της αποτελούν διαχρονικές προκλήσεις στην αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντος χειρουργικού ασθενούς, είτε αυτή εφαρμόζεται στο πλαίσιο τραύματος, είτε έπειτα από οξείες ενδοκοιλιακές καταστάσεις (νεκρωτική παγκρεατίτιδα, ραγέν ανεύρυσμα και διαχωρισμός κοιλιακής αορτής, περιτονίτιδα κοκ). Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σε διεθνές επίπεδο προσπάθειες για τη συστηματοποίηση των ενδείξεων και του χειρισμού της ΑΚ υπό τη μορφή κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines), μέσα από τη μελέτη και καταγραφή περιστατικών με τη βοήθεια πολυκεντρικών μητρώων ασθενών (registries). Ένα τέτοιο μητρώο είναι το IROA (**I**nternational **R**egistry of **O**pen **A**bdomen). Βάσει αυτών, η διαχείριση της ΑΚ στηρίζεται σε 6 πυλώνες-δέσμες μέτρων: α) Υιοθέτηση της ΑΚ ως μέρος μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής διαχείρισης της καταστροφής (damage control). β) Κατάλληλους χειρισμούς στη ΜΕΘ (λ.χ. πρώιμη εμπλοκή πολλαπλών ειδικοτήτων, ορθή και συστηματική μέτρηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και έγκαιρη ανίχνευση της ενδοκοιλιακής υπέρτασης, περιορισμό στη χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, επιτρεπτική υπόταση και κατάλληλα πρωτόκολλα μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής) που στοχεύουν πρωτίστως στην αποκατάσταση της φυσιολογίας και δευτερευόντως στην αποκατάσταση της ανατομίας του πάσχοντος. γ) Επιλογή και εφαρμογή μίας εκ των ενδεδειγμένων τεχνικών προσωρινής σύγκλεισης της κοιλιάς, ανάλογα με τις υποδομές και τις συνθήκες περίθαλψης (Bogota bag, συστήματα αρνητικής πίεσης, σύστημα προοδευτικής έλξης των κοιλιακών τοιχωμάτων, συστήματα συνεχών πλύσεων κλπ). δ)

Έγκαιρη εκ νέου διερεύνηση της κοιλιάς εντός 24-48 ωρών από την αρχική επέμβαση και λήψη απόφασης σχετικά με την οριστική σύγκλειση αυτής. ε) Κατάλληλη και επαρκή υποστήριξη θρέψης και πρώιμη εντερική σίτιση του ασθενούς με ΑΚ. στ) Πρώιμη κινητοποίηση του ασθενούς και πρόληψη του φαινομένου δεύτερης προσβολής ("second hit"). Η έκβαση της ΑΚ είναι πολυπαραγοντική και η διαχείριση εκ μέρους του θεράποντος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτήν, τόσο όσον αφορά την εφαρμοζόμενη τεχνική προσωρινής σύγκλεισης, όσο και βάσει του υποκείμενου αιτίου που οδηγεί στην ΑΚ. Στη διαδικασία αυτή, η πιο σημαντική απόφαση που καλείται να λάβει ο χειρουργός είναι το πότε να εφαρμόσει ΑΚ, αλλά και πότε πληρούνται οι προϋποθέσεις ώστε να παύσει η εφαρμογή της ΑΚ στον κάθε ασθενή εξατομικευμένα.

Λέξεις κλειδιά: Ανοικτή κοιλιά, damage control, ενδοκοιλιακή υπέρταση, Bogota bag, συστήματα αρνητικής πίεσης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Βασιλική Ζιώζια
Ειδικευόμενη Ιατρός Γενικής Χειρουργικής,
Δ΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6979592122
E-mail: vasilikiziozia@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντιμετώπιση της ανοιχτής κοιλιάς και των επιπλοκών αυτής αποτελεί διαχρονική πρόκληση τόσο για τον χειρουργό, όσο και για το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που καλείται να αντιμετωπίσει έναν τέτοιο ασθενή. Παρότι η ένδειξη του αρχικού χειρουργείου φαίνεται να παίζει ρόλο στη νοσηροτητα και θνητότητα της ανοιχτής κοιλιάς, η απώλεια υγρών, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ο υπερκαταβολισμός, η απώλεια πρωτεϊνών, οι δομικές διαταραχές του κοιλιακού τοιχώματος και η δημιουργία εντεροατμοσφαιρικών συριγγίων που αποτελούν τις κυριότερες επιπλοκές της, έρχονται να προστεθούν στην ήδη βαρειά κατάσταση ενός ασθενούς που νοσεί εξ ορισμού κρίσιμα. Τα εντεροατμοσφαιρικά συρίγγια, μια από τις πιό καταστροφικές επιπλοκές της ανοιχτής κοιλιάς, απαιτούν πολυπαραγοντική αντιμετώπιση σε περιβάλλον μονάδας εντατικής θεραπείας. Η αιτιολογία της παθολογίας αυτής περιλαμβάνει τις συμφύσεις μεταξύ εντέρου και σπλαγχνικού περιτοναίου, την εμμένουσα ενδοκοιλιακή λοίμωξη, τις αναστομωτικές διαφυγές και τους χειρισμούς στην επιφάνεια του εντέρου τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Συνεπώς, παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη εντερο-ατμοσφαιρικών συριγγίων αποτελούν εκτός από τον χρόνο που παρέρχεται ως την οριστική σύγκλειση της κοιλιάς, η παρουσία αναστομώσεων, η παραμονή ενδοκοιλιακής φλεγμονής μετεγχειρητικά, οι απορογονισμοί του εντέρου, η απευθείας επαφή του τοιχώματος του εντέρου με συνθετικά υλικά προσωρινής σύγκλεισης, η εντερική ισχαιμία, ο αυξημένος αριθμός επανεπεμβάσεων και η αναζωογόνηση με μεγάλους όγκους υγρών που επιτείνει το σπλαγχνικό οίδημα. Η αρχική αντιμετώπιση

των εντεροατμοσφαιρικών συριγγίων απαιτεί την άμεση διαφοροδιάγνωση μεταξύ επιπολής και εν τω βάθει εντεροατμοσφαιρικών συριγγίων καθώς η δεύτερη κατηγορία αποτελεί ένδειξη για επείγουσα χειρουργική παρέμβαση. Όσον αφορά τα επιπολής εντεροατμοσφαιρικά συρίγγια, η διατήρηση ισοζυγίου, η ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η αντιμετώπιση του υπερκαταβολισμού, η υποστήριξη της θρέψης καθώς και ο έλεγχος της διασποράς του εντερικου περιεχομένου στους πέριξ ιστούς αποτελούν τη βάση της θεραπείας τους. Δεδομένου ότι η αυτόματη σύγκλειση ενός εντεροατμοσφαιρικού συριγγίου είναι σχεδόν αδύνατη και ότι η πρωτογενής συρραφή συνοδεύεται από πολύ υψηλά ποσοστά αποτυχίας και υποτροπής, η οριστική αντιμετώπιση του γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Σε πρώτο χρόνο προέχει η προστασία των υπόλοιπων σπλάγχνων, του κοκκιωματώδους ιστού που καλύπτει την ανοιχτή κοιλιά καθώς και του παρακείμενου δέρματος από το αποβαλλόμενο από το συρίγγιο εντερικό περιεχόμενο. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ποικίλλες τεχνικές μετατροπής του εντεροατμοσφαιρικού συριγγίου είτε σε «επιπλέουσα στομία» είτε σε κατευθυνόμενο συρίγγιο, με ή χωρίς την χρήση συσκευών αρνητικής πίεσης. Η χειρουργική εκστόμωση της εμπλεκόμενης έλικας σε τελική στομία ή στομία αγκύλης ή η δημιουργία στομίας εκτροπής κεντρικότερα της έλικας του συριγγίου σε πρώτο χρόνο αποτελούν θεωρητικά καλές θεραπευτικές επιλογές αλλά πρακτικά δεδομένων των συνθηκών καθίστανται ιδιαίτερα δύσκολες και συνοδεύονται απο αυξημένο αριθμό επιπλοκών, νοσηρότητας και θνητότητας. Οι τελικοί στόχοι περιλαμβάνουν τη βελτιστοποίηση των παραμέτρων και τη σωστή επιλογή του χρόνου για την οριστική αντιμετώπιση του συριγγίου με εκτομή της συριγγοποιηθείσας έλικας, αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα καθώς και την ελαχιστοποίηση του χρόνου εως την οριστική σύγκλειση της κοιλιάς.

Λέξεις κλειδιά: Ανοιχτή κοιλιά, εντεροατμοσφαιρικά συρίγγια.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αντωνία Παπάζογλου
Γενικός Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός,
Δ΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6973050371
E-mail: antwniapap@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οριστική αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος μετά από, κατά κανόνα επείγουσες, επεμβάσεις κατά τις οποίες η κοιλιά έχει παραμείνει ανοικτή, αποτελεί μέγιστη πρόκληση για το χειρουργό. Τα κυριότερα ζητήματα είναι οι συμφύσεις, η πλάγια έλξη του τοιχώματος και η απώλεια ιστού και τα εντεροατμοσφαιρικά συρίγγια. Κατά τις επανεπεμβάσεις χρησιμοποιούνται τεχνικές προσωρινής σύγκλεισης και στόχος είναι η πρόληψη των ανωτέρω προβλημάτων. Η χρήση ρουχολαβίδων έχει πλέον εγκαταλειφθεί. Οι συχνότερα εφαρμοζόμενες μέθοδοι είναι ο σάκος Bogodá και το Wittmann patch. Επίσης χρησιμοποιούνται απορροφήσιμα συνθετικά πλέγματα και διάφορες τεχνικές αρνητικής πίεσης, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Έχει επίσης περιγραφεί η χρήση Steri Drape® σε συνδυασμό με παροχετεύσεις Jackson-Pratt. Μείζον θέμα αποτελεί ο βέλτιστος χρόνος οριστικής σύγκλεισης του κοιλιακού τοιχώματος. Η πρώιμη αποκατάσταση, ει δυνατόν εντός 4 έως 7 ημερών, σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές και καλύτερη πρόγνωση. Ως εκ τούτου, αμέσως μετά την αναζωογόνηση του ασθενούς πρέπει να εξετάζεται το θέμα της αποκατάστασης του κοιλιακού τοιχώματος. Βασική προϋπόθεση είναι ο πλήρης έλεγχος κάθε πηγής λοίμωξης (source control) και η πλήρης απομάκρυνση μολυσμένων ή νεκρωτικών ιστών, καθώς και να μην υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με τη βιωσιμότητα του εντέρου. Εφ' όσον τα πιθανά αίτια ανάγκης επανεπέμβασης και εκ νέου διερεύνησης της περιτοναϊκής κοιλότητας έχουν ελεγχθεί και οι παράγοντες κινδύνου για αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και εκδήλωση συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος, όπως το

οίδημα του εντέρου, έχουν αντιμετωπιστεί, είναι ασφαλές να προβεί ο χειρουργός στη σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος. Είναι εξόχως σημαντικό η αποκατάσταση να γίνει χωρίς τάση (tension free τεχνική), ώστε να αποτραπεί η υποτροπή του συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος. Αδρά οι μέθοδοι διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: χωρίς πλέγμα και με χρήση πλέγματος. Η **πρωτογενής σύγκλειση** αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή, εάν είναι εφικτή. Η αφαίρεση τυχόν επιπωματισμού (packing) και η υποχώρηση του οιδήματος του εντέρου ενίοτε επιτρέπουν την πρωτογενή σύγκλειση, αλλά αυτές οι περιπτώσεις σπανίζουν. Ως εκ τούτου, πολύ συχνά είναι απαραίτητη η συνεργασία με πλαστικό χειρουργό. Η διατομή της απονεύρωσης του έξω λοξού κοιλιακού μυός και η μετάθεση αυτού (**component separation technique**) αποτελεί μια καλή επιλογή. Η **σταδιακή σύγκλειση** του τοιχώματος με τοποθέτηση ολίγων μεμονωμένων ραφών στις δύο γωνίες του χάσματος κάθε φορά έχει επίσης εφαρμοστεί. Προϋποθέτει όμως επανειλημμένες μετακινήσεις του ασθενούς προς το χειρουργείο. Η ανωτέρω τεχνική μπορεί να συνδυαστεί με χρήση αρνητικής πίεσης(**VAC**). Βέβαια οι διάφορες συσκευές και μέθοδοι αρνητικής πίεσης χρησιμοποιούνται και μεμονωμένα. Η απλή σύγκλειση του δέρματος με **αιματούμενους ή ελεύθερους κρημνούς** αποτελεί μια πιθανή λύση για την κάλυψη των σπλάγχνων και την αποφυγή σχηματισμού εντεροατμοσφαιρικών συριγγίων (**planned ventral hernia**). Τέλος, η χρήση διαφόρων βιολογικών υλικών και πλεγμάτων συχνά είναι απαραίτητη. Τα βιολογικά πλέγματα διασταυρούμενης δομής προτιμώνται, ειδικά όταν είναι αδύνατη η πλήρης σύγκλειση της μέσης γραμμής (**Cross-linked biologic meshes**). Επικουρικά δύναται να εφαρμοστεί τεχνική αρνητικής πίεσης μετά την τοποθέτηση βιολογικού πλέγματος. Η χρήση συνθετικών πλεγμάτων γενικά αντενδείκνυται λόγω του κινδύνου επιμόλυνσης ή άμεσης επαφής με τα σπλάγχνα, αλλά ενίοτε έχει και αυτή θέση στην αποκατάσταση της ανοικτής κοιλιάς.

Λέξεις κλειδιά: Bogodá bag, wittmann patch, component separation technique, planned ventral hernia, negative pressure.

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**Λεμφοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα.
Νεότεροι παράγοντες. Νέα εποχή;**

ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ. ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΗ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Κωνσταντίνος Λιάπης
Αιματολόγος, Επιμελητής Β΄ Ε.Σ.Υ., Αιματολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974191425
E-mail: kosliapis@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπεία του πολλαπλού μυελώματος, τόσο στην πρωτοδιάγνωση όσο και στην υποτροπή, συνεχώς εξελίσσεται με την προσθήκη δεύτερης και τρίτης γενιάς φαρμάκων αλλά και νέων επαναστατικών παραγόντων που έχουν ήδη εγκριθεί ή αναμένεται σύντομα να εγκριθούν από τους φαρμακευτικούς οργανισμούς-αρχές. Ασφαλώς η προσθήκη νέων φαρμάκων και συνδυασμών που μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας των ασθενών με πολλαπλούν μυέλωμα είναι καλοδεχούμενη, ωστόσο ο μεγάλος πλέον αριθμός θεραπευτικών επιλογών είναι φυσικό να προκαλεί σύγχυση ακόμα και σε έμπειρους αιματολόγους. Πώς επιλέγουμε το καλύτερο σχήμα για τον ασθενή μας, τόσο στην διάγνωση όσο και στην υποτροπή; Πρέπει όλοι οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο; Ή μήπως μπορούμε πλέον να εφαρμόσουμε εξατομικευμένη θεραπεία στο πολλαπλούν μυέλωμα; Η παρουσίαση προσπαθεί να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα.

Λέξεις κλειδιά: Πολλαπλούν μυέλωμα, αναστολείς πρωτεασώματος, ανοσορυθμιστικοί παράγοντες, μονοκλωνικά αντισώματα, μεταμόσχευση.

N. HODGKIN. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Κωνσταντίνα Σακελλαρίου
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική
και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977740141
E-mail: basilis.diama@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κλασσικό λέμφωμα Hodgkin's (cHL) – αποτελεί το 95% του συνόλου των HL – αντιμετωπίζεται με πρώτης γραμμής θεραπεία που συνίσταται στα κλασικά χημειοθεραπευτικά σχήματα ABVD, BEACOPP (esc.) και ακτινοθεραπεία επί ενδείξεως. Ωστόσο, το 30% των προχωρημένων σταδίων και το 10% των πρώιμων θα εμφανίσουν αντοχή σε αυτά ή θα υποτροπιάσουν και εξ αυτών ίαση θα επιτύχουν μόνον οι μισοί ασθενείς μετά από χημειοθεραπεία διάσωσης και μεταμόσχευση αυτόλογων στελεχιαίων αιμοποιητικών κυττάρων. Μέσα στην πρόσφατη δεκαετία νεώτεροι παράγοντες, όπως τα Brentuximab-vedotin και nivolumab-pembrolizumab (PD-1 αντισώματα), επέδειξαν εξαιρετική δράση στο πλαίσιο του ανθεκτικού ή σε υποτροπή cHL, πριν ή μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση στελεχιαίων κυττάρων, καθώς και ως σταθεροποίηση μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση. Υποσχόμενα αποτελέσματα δίνει η δοκιμή τους σε πρώιμη γραμμή θεραπείας. Η ένταξή τους στη θεραπευτική φαρέτρα υπόσχεται αυξημένα ποσοστά ίασης και ελάττωση της απώτερης τοξικότητας της χημειο- και ακτινοθεραπείας. Ζητούμενα παραμένουν η αλληλοδιαδοχή τους στη χορήγηση καθώς και το είδος του συνδυασμού τους με άλλα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Λέξεις κλειδιά: Brentuximab-vedotin, nivolumab-pembrolizumab, relapsed/refractory cHL.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR) ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ/ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χαράλαμπος Ζήσης, MD, FETCS,
Χειρουργός Θώρακος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Κλινική Χειρουργικής Θώρακα-Καρδιάς-Αγγείων,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945875222
E-mail: chzisis@hotmail.fr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εποχή μας η τεχνολογία διευκολύνει την κυκλοφορία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τα φυσικά πρόσωπα όλο και περισσότερο δημοσιοποιούν προσωπικές πληροφορίες. Ο κανονισμός προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR-*General Data Protection Regulation*), που τέθηκε σε ισχύ στις 25 Μαΐου 2018 έχει ως στόχο την προστασία των προσωπικών δεδομένων, ειδικά δε στο χώρο της υγείας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό, στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, στα γενετικά δεδομένα, στο σεξουαλικό προσανατολισμό κλπ. Οι διατάξεις του κανονισμού έχουν εφαρμογή τόσο στους ασθενείς όσο και στους εργαζόμενους στο χώρο του νοσοκομείου. Δεν εξαιρούνται προστασίας και δεδομένα διοικητικής φύσεως, όπως ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης και η ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Βασική αρχή που διέπει τον κανονισμό αναφορικά με τα νοσοκομεία είναι ότι τα δεδομένα του νοσηλευόμενου ανήκουν στον ίδιο τον ασθενή. Η επεξεργασία των δεδομένων του υποκειμένου στηρίζεται στην τήρηση εμπιστευτικότητας, ακεραιότητας και

διαθεσιμότητας. Σημαντική παράμετρο συνιστά το γεγονός ότι δεν επιτρέπεται η άρνηση παροχής υπηρεσιών υγείας με το επιχείρημα ότι το υποκείμενο των δεδομένων αρνήθηκε να παράσχει τη συγκατάθεσή του για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθόσον η νομική βάση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι καταρχήν η παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά το άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. (η΄) του ΓΚΠΔ (Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων). Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να λαμβάνει γνώση του ιατρικού του φακέλου και αντίγραφα αυτού και ο εκάστοτε φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, ως υπεύθυνος επεξεργασίας, υποχρεούται να ικανοποιήσει το δικαίωμά του αυτό. Ο κανονισμός απαιτεί σεβασμό των αρχών της ελαχιστοποίησης και της αναγκαιότητας, ώστε η επεξεργασία των δεδομένων να περιορίζεται σε όσα είναι συναφή με τον επιδιωκόμενο στόχο. Για τη διαβίβαση ιατρικών εξετάσεων ασθενούς σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα, χρειάζεται ενημέρωση προηγουμένως του ασθενούς για τους αποδέκτες των δεδομένων του, ενώ η διαβίβαση αυτή θα πρέπει να διενεργείται στη βάση ψευδωνυμοποίησης και κρυπτογράφησης. Για τη νομιμότητα της διαβίβασης σε ασφαλιστική εταιρεία, ως τρίτης, από φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως υπεύθυνο επεξεργασίας, απαιτείται και η προηγούμενη ενημέρωση του ενδιαφερομένου ασθενούς, ως υποκειμένου των δεδομένων, και η παραχώρηση σε αυτόν ευλόγου προθεσμίας για την ενδεχόμενη υποβολή αντιρρήσεων για τη διαβίβαση. Πρέπει να αποκλειστεί η δυνατότητα παροχής πληροφοριών από τηλεφώνου σε ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και κατά μείζονα λόγο πρέπει να αποκλειστεί η δυνατότητα παροχής πληροφοριών από τηλεφώνου σε τρίτους σχετικά με τη νοσηλεία ή την κατάσταση της υγείας ασθενούς. Ορισμός υπεύθυνου προστασίας δεδομένων (data protection officer-DPO) είναι υποχρεωτικός για τα νοσοκομεία. Επιτακτική ανάγκη διαμορφώνεται για την ενίσχυση της ασφάλειας των πληροφοριακών συστημάτων ώστε να διαφυλάττουν το απόρρητο και απαραβίαστο των δεδομένων. Καθώς η τεχνολογία επιτρέπει σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και σε δημόσιες αρχές να έχουν πρόσβαση σε δεδομένα ιδιωτικού χαρακτήρα, η αποκάλυψη πρέπει να γίνεται μόνο όταν υπάρχει έννομο συμφέρον δημόσιου ή ιδιωτικού χαρακτήρα. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται ευγονικού τύπου πρακτικές και αποτρέπεται ιατρικό φακέλωμα του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: Κανονισμός προστασίας προσωπικών δεδομένων, προσωπικά δεδομένα, επεξεργασία, υποκείμενα, ιατρικό απόρρητο.

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Είναι ή όχι ο πόνος το πέμπτο ζωτικό σημείο;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ - ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Παναγιώτα Αλμπάνη
Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc, Αναισθησιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6958007693
E-mail: pennou13@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αίσθημα του πόνου συνδέεται άμεσα με τη ζωή του ανθρώπου, καθώς λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού, τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Πολύ συχνά οδηγεί στην κινητοποίηση του ανθρώπου να αναζητήσει τη βοήθεια των επιστημόνων υγείας για την άμεση αντιμετώπιση και ανακούφισή του. Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στον πόνο, στη νοσηλευτική αξιολόγησή του και στις κλίμακες μέτρησης του πόνου. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος στην αποτελεσματική διαχείρισή του. Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί μια νοσηλευτική διαδικασία που βασίζεται στην αναζήτηση και σύνθεση πληροφοριών, με σκοπό την επιλογή των καταλληλότερων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του και τη μείωση των επιπλοκών που επιφέρει. Βασικές προϋποθέσεις για τη σωστή εκτίμηση του πόνου είναι η επαγγελματική κατάρτιση, η κλινική εμπειρία του νοσηλευτή, το κριτικό πνεύμα, η συνεχής μάθηση, η παρατηρητικότητα κατά την κλινική εξέταση, το ενδιαφέρον, η εντιμότητα και η αγάπη προς το συνάνθρωπο. Η αξιολόγηση του πόνου περιλαμβάνει την αναζήτηση των συνθηκών εμφάνισής του, τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών του, όπως είναι η

εντόπιση, η ένταση, η ποιότητα και αντανάκλασή του, καθώς και των παραγόντων που επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο. Για τη σωστή και ακριβή εκτίμηση τόσο του πόνου, όσο και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του, είναι απαραίτητη η χρήση κλιμάκων μέτρησης. Πρόκειται για χρήσιμα εργαλεία που αξιολογούν την ένταση του ανθρώπινου πόνου και βοηθούν στον αποτελεσματικό σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων ανακούφισης των ασθενών. Στην κλινική πράξη οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται συχνότερα σε ενήλικες ομιλούντες ασθενείς είναι η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale-VAS), η αριθμητική (Numeric Scale-NRS) και η περιγραφική ή αλλιώς λεκτική κλίμακα (Verbal Analogue Scale-VRS). Οι νοσηλευτές και όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται στην αξιολόγηση του πόνου και στη σωστή χρήση των κλιμάκων μέτρησης, ώστε να τις εντάξουν στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική μαζί με την εκτίμηση των ζωτικών σημείων.

Λέξεις κλειδιά: Πόνος, νοσηλευτική αξιολόγηση πόνου, κλίμακες μέτρησης πόνου.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Δήμητρα Δριμάλα
Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Χειρουργείου,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937848416
E-mail: demetradrimala@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος εξακολουθεί να παραμένει ένα πολύπλοκο βιολογικό και ψυχοσωματικό φαινόμενο το οποίο είναι δύσκολο να επεξηγηθεί. Είναι γεγονός ότι η σημασία του πόνου διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και δεν είναι λίγες οι φορές που δυσκολεύει τους πάσχοντες ως προς την περιγραφή του. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ο πόνος θεωρείται το 5^{ο} ζωτικό σημείο και είναι υποχρεωτική η καταγραφή του στο διάγραμμα του ασθενούς. Στη Μεγάλη Βρετανία είναι υποχρεωτική η εκτίμηση του πόνου, η καταγραφή της ποσοτικής του τιμής, τυχόν παρεμβάσεις που έχουν γίνει για την αντιμετώπισή του, καθώς και τα αποτελέσματα αυτών των παρεμβάσεων. Το σωματοαισθητικό σύστημα είναι αυτό που καλύπτει τις σωματικές αισθήσεις και επιτρέπει στον οργανισμό να αισθάνεται την αφή, τον πόνο, τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, τη θέση του στο χώρο. Διαχωρίζεται σε περιφερικό, που περιλαμβάνει τα περιφερικά νεύρα και σε κεντρικό, που αφορά στο νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Στον εγκέφαλο γίνεται η συνειδητοποίηση του πόνου, αναγνωρίζεται το αίτιο και έτσι ο εγκέφαλος κινητοποιεί τα συστήματα, όπως το μυϊκό σύστημα, ούτως ώστε να μετριάσει, να αποφύγει και γενικότερα να τροποποιήσει το ερέθισμα που δέχτηκε. Ο πόνος, παρόλο που είναι ένα πολύπλοκο βιολογικό και όχι μόνο φαινόμενο, επιδρά στον οργανισμό εκδηλώνοντας χαρακτηριστικά είτε συναισθηματικής φύσεως (θυμό, ανορεξία, κλάμα, αϋπνία, ανησυχία), είτε βιολογικής φύσεως (αύξηση αρτηριακής πίεσης, καρδιακού ρυθμού και αναπνοών, αύξηση της γλυκόζης του αίματος, ναυτία, εμέτους). Πράγματι, η αντίληψη και η αντίδραση του πόνου διαμορφώνεται τόσο από

ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όσο και από την προσωπικότητα του αρρώστου, τυχόν βιώματα πόνου, συμπεριφορές, συνθήκες ζωής. Σύμφωνα με τον Hunter, η εμπειρία του πόνου διαμορφώνεται διαφορετικά από άνθρωπο σε άνθρωπο, εξαιτίας τριών βασικών χαρακτηριστικών: α) της έντασης της γενεσιουργού αιτίας, β) προηγούμενης έκθεσης σε παρόμοιο ερέθισμα και γ) της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Όσον αφορά στην ταξινόμηση του πόνου, με βάση την παθοφυσιολογία διακρίνεται σε αλγαισθητικό, νευροπαθητικό, ψυχογενή και καρκινικό πόνο. Όσον αφορά στη διάρκειά του και τα αίτια που τον προκαλούν, διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο πόνο. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις παθοφυσιολογικές επιδράσεις του πόνου, να συμβάλλει στην κατανόηση της φύσης του και επομένως στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του.
Λέξεις κλειδιά: Παθοφυσιολογία, νευρικό σύστημα, είδη πόνου, ουδός πόνου, πύλη εισόδου πόνου.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ιωάννης Μπακογιάννης
Νοσηλευτής Π.Ε., Ογκολογική - Ρευματολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976682827
E-mail: ioannisbakoyiannis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι μία πανανθρώπινη και ταυτόχρονα υποκειμενική, ατομική και πολυσύνθετη εμπειρία. Διαμορφώνεται συνδυαστικά από την επίδραση δυσμενών ερεθισμάτων στους αισθητήριους υποδοχείς και παράγοντες σχετιζόμενους με το χαρακτήρα του ατόμου, τις προσδοκίες του, το ιστορικό πόνου και πιθανές συν-υπάρχουσες ασθένειες. Ο πόνος διακρίνεται αδρά, με βάση τη διάρκεια δράσης του, σε οξύ και χρόνιο και με βάση την προέλευσή του, σε αλγαισθητικό, νευροπαθητικό και ψυχογενή πόνο. Η διαχείριση του πόνου αποτελεί μια πολυσταδιακή διαδικασία. Περιλαμβάνει την αρχική αναγνώριση της ύπαρξης πόνου, την εκτίμηση και τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών του, την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, την καταγραφή των αποτελεσμάτων και την επανεκτίμηση, έως ότου επέλθει η αναλγησία. Η αναφορά πόνου από τον ασθενή, είτε λεκτικά είτε μέσω εκφράσεων/μορφασμών, είναι το πρώτο και αξιόπιστο σημάδι ύπαρξης πόνου. Η θεραπευτική ομάδα καλείται να εκτιμήσει την αναφορά αυτή, χρησιμοποιώντας κατάλληλα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης, όπως τις κλίμακες διαβάθμισης πόνου (Numeric rating scale, VAS, McGill pain questionnaire) και λαμβάνοντας υπόψη ευρήματα από την κλινική εξέταση, τη λήψη ιστορικού και τα διαγνωστικά δεδομένα. Η ορθή εκτίμηση του πόνου προσφέρει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον ακριβή προσδιορισμό των χαρακτηριστικών του, όπως τον τύπο, την ένταση και τη διάρκεια έκθεσης στο ερέθισμα. Τα ευρήματα της εκτίμησης θα καθορίσουν και το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης που θα αναπτυχθεί και θα εφαρμοστεί για την ανακούφισή

του. Η αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να είναι φαρμακευτική, μη φαρμακευτική ή συνδυασμός τους. Βασικές αρχές της φαρμακευτικής θεραπευτικής αγωγής είναι το σχήμα σκευασμάτων που θα επιλεγεί: α) να συνδυάζει την υψηλότερη δυνατή αποτελεσματικότητα με τις λιγότερες παρενέργειες, β) να χορηγείται από μία όσο το δυνατό λιγότερο επεμβατική οδό, όπως η από του στόματος και γ) να είναι όσο πιο απλό γίνεται. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προχώρησε στην ανάπτυξη και τυποποίηση μιας διαβαθμισμένης κλίμακας χορήγησης φαρμάκων (WHO, Analgesic Ladder), με στόχο τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Όταν ο πόνος δεν υποχωρεί, χρησιμοποιείται ο συνδυασμός φαρμάκων από το αμέσως επόμενο επίπεδο της κλίμακας. Από το δεύτερο επίπεδο προτείνεται ο συνδυασμός οπιοειδών με άλλα αναλγητικά φάρμακα. Η χρήση οπιοειδών κρίνει απαραίτητη τη συνεχή καταγραφή της επίδρασής τους, για αποφυγή πιθανών παρενεργειών, όπως ναυτία, δυσκοιλιότητα και εθισμό στη λήψη τους. Είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ ανοχής, φυσικής εξάρτησης και εθισμού του ασθενούς στα οπιοειδή, για την ορθότερη διαμόρφωση των δόσεων χορήγησης. Ο στόχος παραμένει η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ αναλγησίας και εμφάνισης των λιγότερων δυνατών παρενεργειών. Σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου χρησιμοποιούνται, επικουρικά, μη αναλγητικά φάρμακα (αντικαταθλιπτικά και αντισπασμωδικά) μαζί με την κύρια φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπευτική ομάδα καλείται να αξιολογήσει και τη χρησιμότητα μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, όπως της χειρουργικής αντιμετώπισης (nerveblock), της φυσιοθεραπείας, του βελονισμού, τεχνικών χαλάρωσης και ασκήσεων ενδυνάμωσης και της ψυχολογικής υποστήριξης, που προσφέρονται ως πρόσθετα μέσα διαχείρισης της εμπειρίας του πόνου. Η συνεχής καταγραφή των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών μέτρων και η επανεκτίμηση του πόνου επιτρέπουν την επαναπροσαρμογή της θεραπείας, εώς ότου επέλθει ο στόχος της αναλγησίας. Η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πλάνου διαχείρισης πόνου απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, οδηγώντας στην ανάγκη σχηματισμού μιας διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, που καλείται να προσφέρει πολύπλευρη υποστήριξη, εξειδικευμένες συμβουλές και εκπαίδευση στον ασθενή και τους φροντιστές του.

Λέξεις κλειδιά: Διαχείριση πόνου, θεραπευτική αγωγή, αναλγησία, οπιοειδή.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ: ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ - ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αικατερίνη Μπριτζολάκη
Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Ορθοπαιδικό Τμήμα Πολυκλινικής,
Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6974473238
Email: katerinabritz@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος, ως το πέμπτο ζωτικό σημείο, αποτελεί μια κατάσταση που απασχολεί κλινικούς και ερευνητές, καθώς έχει σοβαρές επιδράσεις στον ασθενή, ανεξάρτητα από την ηλικία και την ασθένεια. Όταν ο πόνος γίνεται χρόνιος, αναπτύσσεται σε μια διαταραχή από μόνος του, που συνοδεύεται από δυσμενείς συνέπειες και γι' αυτό το λόγο θεωρείται ως μια πολυδιάστατη εμπειρία. Η θεραπεία του χρόνιου πόνου απαιτεί το συνδυασμό ανακούφισης, προσαρμογής και αποδοχής, καθώς στόχος της είναι η αύξηση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Πέραν της φαρμακευτικής αγωγής, ως μέσο αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου, συνίσταται και μία ομάδα θεραπειών που χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά και/ή εναλλακτικά στη θέση της συμβατικής ιατρικής. Αυτοί οι δύο τρόποι μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, είτε ξεχωριστά, καθώς μελέτες δείχνουν πως μερικές από αυτές τις θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές και έχουν πιθανώς λιγότερες παρενέργειες από τις συμβατικές μεθόδους. Στην παρουσίαση αυτή αναφέρονται μερικοί από τους κυριότερους τύπους συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπευτικών αγωγών, όπως η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η μουσικοθεραπεία, το μασάζ, η ρεφλεξολογία, το θεραπευτικό άγγιγμα και η βοτανοθεραπεία. Η ομοιοπαθητική υποστηρίζει μία θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, βασιζόμενη στον νόμο των ομοίων, δηλαδή το ότι η ασθένεια θεραπεύεται από ένα φάρμακο που προκαλεί στον υγιή τα ίδια νοσηρά συμπτώματα με

αυτά της ασθένειας. Ο βελονισμός, ως μέρος της πρακτικής των παραδοσιακών κινέζικων θεραπευτικών παραδόσεων, περιγράφει τη διαδικασία διέγερσης συγκεκριμένων ανατομικών θέσεων με την εισαγωγή βελονών στο δέρμα. Η μουσικοθεραπεία, ως μια εναλλακτική και μη φαρμακευτική μέθοδος, βοηθά τον ασθενή στην αντιμετώπιση του πόνου με τη χρήση της μουσικής και/ή στοιχείων της για την επίτευξη εξατομικευμένων στόχων. Η θεραπεία με μασάζ είναι μία από τις πιο δημοφιλείς πρακτικές με επικυρωμένα ευεργετικά αποτελέσματα στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Η βασική αρχή πίσω από τη ρεφλεξολογία είναι ότι τα άκρα συνδέονται με όλα τα άλλα μέρη και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπινου σώματος και ότι ακόμη υπάρχει σχέση μεταξύ οργάνων και συστημάτων. Χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες στρατηγικές πίεσης στο πόδι ή στο χέρι, υποστηρίζεται πως έχει ευεργετική δράση. Το θεραπευτικό άγγιγμα είναι ένας τύπος συμπληρωματικής θεραπείας που χρησιμοποιεί ήπια επαφή και ενεργειακές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές επηρεάζουν το ανθρώπινο ενεργειακό σύστημα, μέσα στο σώμα καθώς και στο περιβάλλον του σώματος. Η χρήση φυτικών θεραπειών και φυτικών φαρμάκων αποτελεί γνωστή μέθοδο υψίστης σημασίας για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Επίσης, ενδιαφέρον αποτελούν τα τελευταία χρόνια, τα φαρμακευτικά εκχυλίσματα με βάση την κάνναβη που χρησιμοποιούνται σε ασθένειες με χρόνιο πόνο, καθώς μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική αναλγησία σε καταστάσεις που είναι ανθεκτικές σε άλλες θεραπείες. Οι επαγγελματίες υγείας, καθώς διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στην επιτυχία μιας ολοκληρωμένης θεραπείας, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ενσωμάτωση των συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών στις παρεμβάσεις αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνιος πόνος, αντιμετώπιση, συμπληρωματικές θεραπείες, εναλλακτικές θεραπείες, νοσηλευτική.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κωνσταντίνος Γιακουμιδάκης
Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Στοιχεία αλληλογραφίας:
Τηλ.: 6973793489
E-mail: kongiakoumidakis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) αποτελεί φιλοσοφία και πρότυπο ολιστικής φροντίδας υγείας, επιδιώκοντας τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών που βιώνουν απειλητικό για τη ζωή τους νόσημα. Αν και συχνά συγχέεται με τις έννοιες της φροντίδας τελικού σταδίου και των ξενώνων (hospice), εν τούτοις οι τελευταίες μορφές φροντίδας αποτελούν ένα μικρό επιμέρους τμήμα της συνολικής διάστασης της ΑΦ, η οποία ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου και μπορεί να επεκταθεί ακόμη και μετά το θάνατο του ασθενούς, ως φροντίδα κατά τη διάρκεια του πένθους της οικογένειας. Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ΑΦ αποτελούν η διεπιστημονική προσέγγιση, αλλά και η συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειάς του στη διαμόρφωση του σχεδίου φροντίδας, ώστε η φροντίδα αυτή να ανταποκρίνεται πλήρως στις δικές τους ανάγκες. Επιπροσθέτως, αν και η έννοια της ΑΦ είναι, εσφαλμένως, αποκλειστικά συνδεδεμένη με τους ασθενείς με κακόηθες νεόπλασμα, πρόσφατα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας φανερώνουν ότι οι ασθενείς με χρόνια καρδιαγγειακή νόσο είναι εκείνοι που συχνότερα χρήζουν ΑΦ σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες ασθενών. Το περιεχόμενο της ΑΦ για τους ασθενείς με χρόνιο

καρδιαγγειακό νόσημα περιλαμβάνει την αρχική εκτίμηση του ασθενούς, της οικογένειας, την άμβλυνση του ελλείμματος γνώσης αυτών σχετικά με τη νόσο και τους σκοπούς της ΑΦ, την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ενοχλητικής συμπτωματολογίας, αλλά και την αρωγή του ασθενούς και της οικογένειάς του ως προς τη λήψη αποφάσεων σχετικών με το είδος, την ένταση και τη χρονική διάρκεια της παρεχόμενης προς αυτούς φροντίδας. Οι εκ των προτέρων οδηγίες (advanced care directives) οι οποίες συντάσσονται από τους ασθενείς αποτελούν, ίσως, το κυριότερο συστατικό στοιχείο της ΑΦ προς την κατεύθυνση αυτή. Τρέχοντα ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν ότι η παροχή υπηρεσιών ΑΦ σε ασθενείς με χρόνιο καρδιαγγειακό νόσημα συνδέεται με θετικές εκβάσεις, όπως βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών και των οικογενειών τους ως προς την παρεχόμενη προς αυτούς φροντίδα, δεδομένου ότι γίνονται αποδέκτες υπηρεσιών φροντίδας υγείας που πλήρως ανταποκρίνονται στις ανάγκες και επιθυμίες τους. Επιπροσθέτως, οι υπηρεσίες αυτές φαίνεται πως είναι και αποτελεσματικές βάσει κόστους. Προς επίρρωση της υψηλής αποτελεσματικότητας της ΑΦ η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της συμπεριλαμβάνει την ΑΦ ως μία ισχυρώς τεκμηριωμένη και αναγκαία μορφή φροντίδας υγείας για τους ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Συνοψίζοντας, η ΑΦ ασθενών με χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελεί μία επαρκώς τεκμηριωμένη μορφή ολιστικής φροντίδας υγείας, που ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου με στόχο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, συμφώνως προς τις ανάγκες και επιθυμίες του ασθενούς και της οικογένειάς του. Δυστυχώς, η ακαθόριστη πορεία της χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου, σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες παρανοήσεις σχετικά με την αναγκαιότητα της ΑΦ στο χώρο της καρδιολογίας αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια για την εφαρμογή των υπηρεσιών αυτών στους ασθενείς. Η κατάλληλη εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας ως προς τη φιλοσοφία και το περιεχόμενο της ΑΦ, η πλήρης ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στα διάφορα συστήματα υγείας, αλλά και η πραγματοποίηση περαιτέρω σχετικής έρευνας θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των ανωτέρω αναφερόμενων εμποδίων.

Λέξεις κλειδιά: Ανακουφιστική φροντίδα, χρόνια καρδιαγγειακή νόσος, χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Αλεξία Γάκη
Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc, Αιματολογική κλινική,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977198695
E-mail: alexiagak@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετάγγιση ονομάζεται η διαδικασία της μεταφοράς αίματος ή παραγώγων από ένα άτομο (δότης) στο κυκλοφορικό σύστημα ενός άλλου ατόμου (λήπτης) για θεραπευτικό σκοπό. Η μετάγγιση αυτή ονομάζεται αλλογενής, αφορά σχεδόν στο σύνολο των μεταγγίσεων στην κλινική πρακτική και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, όπου το μεταγγιζόμενο αίμα προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή, η μετάγγιση καλείται αυτόλογη. Τα μεταγγιζόμενα προϊόντα περιλαμβάνουν το ολικό αίμα ή τα παράγωγα αυτού, δηλαδή τα συμπυκνωμένα ερυθρά (ΣΕ), τα αιμοπετάλια (ΑΜΠ), το φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα (FFP) και σε σπανιότερες περιπτώσεις το κρυοΐζημα ή τα κοκκιοκυττάρα. Η μετάγγιση μπορεί να συνοδεύεται από άμεσες ή απώτερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις, οι οποίες ενδέχεται να βλάψουν την υγεία ή και να απειλήσουν τη ζωή του ασθενούς. Έτσι η απόφαση για μετάγγιση και για το είδος του προϊόντος, η μεταφορά και ο έλεγχός του, ο τρόπος χορήγησης, η παρακολούθηση του ασθενούς και η αντιμετώπιση αντιδράσεων, θα πρέπει να στηρίζονται σε τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες. Στη διαδικασία αυτή είναι προφανής ο καθοριστικός ρόλος του νοσηλευτή/τριας και συνοπτικά

περιγράφονται οι κύριες νοσηλευτικές ενέργειες. **Πριν από τη μετάγγιση:** α) ταυτοποίηση του ασθενούς και ενημέρωσή του σχετικά με τη διαδικασία, β) λήψη ζωτικών σημείων. Επί πυρετού >38,7^{0}C, η μετάγγιση μπορεί να καθυστερήσει, εφόσον το επιτρέπει η κλινική κατάσταση του ασθενούς, γ) προετοιμασία της θέσης έγχυσης, με την επιλογή μεγάλης λειτουργικής φλέβας και διατήρηση της βατότητάς της και μετά τη μετάγγιση, με ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού, για αντιμετώπιση πιθανής αντίδρασης. Η ταυτόχρονη χορήγηση οποιουδήποτε άλλου κρυσταλλοειδούς διαλύματος ή άλλου φαρμάκου με μετάγγιση ΣΕ είναι ασύμβατη και μπορεί να προκαλέσει συγκόλληση ή αιμόλυση, δ) παραλαβή του προϊόντος από την αιμοδοσία και έλεγχος της καταλληλότητας αυτού. Ελέγχεται ως προς την ημερομηνία λήξης, το χρώμα, καθώς και για την παρουσία πηγμάτων και μεγάλης ποσότητας αέρα. Το προϊόν μεταγγίζεται αμέσως. Σε περίπτωση που η μετάγγιση ΣΕ καθυστερεί περισσότερο από μισή ώρα, ο ασκός αίματος επιστρέφεται στην αιμοδοσία και ουδέποτε διατηρείται σε ψυγεία του νοσηλευτικού τμήματος, ε) ταυτοποίηση του ασθενή και του προϊόντος. Απαιτείται το πλήρες όνομα του ασθενή και κάποιο άλλο στοιχείο ταυτοποίησης (π.χ. ημερομηνία γέννησης) και γίνεται σύγκριση με τα στοιχεία του ασκού. Επίσης επιβεβαιώνεται η συμβατότητα ΑΒΟ και Rh και γίνεται ορολογικός έλεγχος του προϊόντος. Σε περίπτωση οποιασδήποτε ασυμφωνίας, η μετάγγιση αναβάλλεται, ενημερώνεται ο υπεύθυνος ιατρός και η αιμοδοσία. Η πλειονότητα των οξέων θανατηφόρων συμβαμάτων από τη μετάγγιση οφείλονται σε γραφειοκρατικά λάθη (clerical errors). **Κατά τη μετάγγιση**: α) αρχική αργή έγχυση (π.χ. 2ml/λεπτό) και στενή παρακολούθηση για τα πρώτα 15-30 λεπτά. Επί απουσίας αντιδράσεων, η έγχυση επιταχύνεται σύμφωνα με τον καθορισμένο χρόνο: σε 90΄-120΄ για μία μονάδα ΣΕ, 20΄- 60΄ για τα ΑΜΠ και 30΄ για το FFP, ανάλογα με τη συνολική ποσότητα. Παρακολούθηση του ασθενούς και έλεγχος των ζωτικών σημείων απαιτείται τουλάχιστον για μία ώρα μετά το πέρας της μετάγγισης. Οι άμεσες αντιδράσεις περιλαμβάνουν: αλλεργικές, εμπύρετες μη αιμολυτικές, αιμολυτικές, σηπτικές αντιδράσεις, υπερφόρτωση κυκλοφορίας, και οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (TRALI), β) καταγραφή στο νοσηλευτικό φάκελο του ασθενούς: του είδους και της ταυτότητας του προϊόντος, της ώρας έναρξης και λήξης της μετάγγισης, της εμφάνισης ή όχι αντιδράσεων και των ενεργειών για την αντιμετώπισή τους.

Λέξεις κλειδιά: Guidelines, red cell transfusion, blood components transfusion.

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Η εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων των απεικονιστικών εξετάσεων στην καθημερινή κλινική πράξη

ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ - ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Φανή Δημητρούλη

Ακτινολόγος, Επικουρική Ιατρός, Ακτινολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974352380

E-mail: fanidimi11@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ικανός αριθμός ατόμων προσέρχονται ετησίως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενοι δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι τραυματικής ή μη αιτιολογίας, ενδοθωρακικής ή ενδοκοιλιακής εντόπισης. Αίτια οξέος θωρακικού άλγους και δύσπνοιας, δυνητικά απειλητικά για τη ζωή του εξεταζομένου μπορεί να είναι η πνευμονική εμβολή, ο οξύς αορτικός διαχωρισμός/ρήξη της αορτής, το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ο καρδιακός επιπωματισμός, η ρήξη του οισοφάγου, ο πνευμοθώρακας υπό τάση. Παθολογία προκαλούσα οξεία κλινική εικόνα, μη απειλητική για τη ζωή του εξεταζόμενου μπορεί να αφορά στα ακόλουθα: πνευμονία/νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος, κακοήθεια του πνεύμονα, του μεσοθωρακίου ή του υπεζωκότα, λοίμωξη ή φλεγμονή του μυοσκελετικού συστήματος, χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα, διαφραγματοκήλη, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα ή απλός πνευμοθώρακας. Στη συγκεκριμένη ανασκόπηση θα αναφερθούμε στα ενδοθωρακικά αίτια οξέος θωρακικού άλγους και δύσπνοιας. Η οργανωμένη προσέγγιση του εξεταζόμενου ξεκινά με την προσεκτική λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και τον συνοδό εργαστηριακό έλεγχο

(αέρια αίματος, pH, βιοχημικός έλεγχος). Η μεθοδολογία της απεικονιστικής διερεύνησης της δύσπνοιας και του θωρακικού άλγους, ακολουθεί διεθνή κριτήρια. Η ακτινογραφία θώρακος αποτελεί την τεχνική αρχικής απεικονιστικής αξιολόγησης καθώς είναι ευρέως διαθέσιμη, ο εξεταζόμενος εκτίθεται σε μικρή δόση ακτινοβολίας και παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για το πνευμονικό παρέγχυμα, την υπεζωκοτική κοιλότητα και τον καρδιαγγειακό σχηματισμό. Νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος όπως το πνευμονικό οίδημα, η πνευμονία, παθήσεις της υπεζωκοτικής κοιλότητας όπως ο πευμοθώρακας και η πλευριτική συλλογή ή παθολογία του καρδιαγγειακού σχηματισμού όπως η παρουσία περικαρδιακής συλλογής μπορούν συνήθως να αναγνωρισθούν. Ωστόσο τα απεικονιστικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος είναι συχνά μη ειδικά και ανεπαρκή για να αναγνωρισθεί με βεβαιότητα το ακριβές παθολογικό αίτιο με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια πολυτομικής αξονικής τομογραφίας. Συνηθέστερα, χρησιμοποιείται το αγγειογραφικό πρωτόκολλο διπλού αποκλεισμού, για τον έλεγχο των πνευμονικών αγγείων και της αορτής στον ίδιο χρόνο, με σκοπό να μπορεί να αποκλεισθεί ή να επιβεβαιωθεί η παρουσία πνευμονικής εμβολής αλλά και οξέος αορτικού συνδρόμου (διαχωρισμός/ρήξη, ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα ή διατιτραίνον τοιχωματικό έλκος της αορτής). Τελευταία έχει προταθεί η διενέργεια αξονικής αγγειογραφίας τριπλού αποκλεισμού, η οποία αποτελεί χαμηλού κόστους – αξιόπιστη εξέταση για την εκτίμηση στένωσης των στεφανιαίων αγγείων > 50%, την αναγνώριση διαχωρισμού της θωρακικής αορτής και της πνευμονικής εμβολής, ωστόσο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως έλεγχος ρουτίνας. Η πολυτομική αξονική τομογραφία διενεργείται επίσης και για την ανάδειξη παθολογίας του πνευμονικού παρεγχύματος και της υπεζωκοτικής κοιλότητας καθώς και για την αναγνώριση σημείων επιδείνωσης ήδη γνωστής παθολογίας. Η μαγνητική τομογραφία δεν χρησιμοποιείται κατά κανόνα σε επείγουσα βάση, καθώς απαιτεί τη συνεργασία του εξεταζόμενου και αρκετό χρόνο σάρωσης, ενώ είναι αυξημένο και το κόστος της. Ενίοτε μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε εγκύους ή σε ασθενείς όπου αντενδείκνυται η χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού μέσου για την ανάδειξη παθήσεων των μεγάλων αγγείων του θώρακα ή της καρδιάς.

Λέξεις κλειδιά: Δύσπνοια, θωρακικό άλγος, πολυτομικός αξονικός τομογράφος.

ΨΗΛΑΦΗΤΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Άννα Μαντζώρου
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6936677263
E-mail: annmantz@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα καθημερινό κλινικό πρόβλημα είναι η ψηλαφητή αλλοίωση του μαστού, η οποία ανευρίσκεται είτε κατά την αυτοεξέταση είτε μετά από την κλινική εξέταση. Μια ψηλαφητή αλλοίωση παρουσιάζεται ως ασύμμετρο εύρημα σε σχέση με τον έτερο μαστό και μπορεί να έχει είτε τυπικούς χαρακτήρες καλοήθειας (σαφώς καλώς αφοριζόμενα όρια, μαλακή ή ελαστική υφή, ευκίνητη σε σχέση με τους παρακείμενους ιστούς), είτε κακοήθειας (δυσδιάκριτα όρια, ακίνητη, προσκολλημένη στο δέρμα ή στην εν τω βάθει περιτονία, με ή χωρίς εισολκή του υπερκείμενου δέρματος ή της σύστοιχης θηλής). Επειδή όμως πολλές φορές δεν είναι εύκολο να χαρακτηρισθεί η αλλοίωση ασφαλώς μόνο με τη ψηλάφηση, κρίνεται απαραίτητος ο απεικονιστικός έλεγχος. Για την επιλογή της αρχικής μεθόδου απεικόνισης λαμβάνεται υπόψη η ηλικία της ασθενούς και τυχόν συνυπάρχοντες κλινικοί παράγοντες (π.χ. οικογενειακό ιστορικό, εγκυμοσύνη, θηλασμός). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ACR για τη διαχείριση των ψηλαφητών μορφωμάτων του μαστού, η αρχική απεικονιστική εξέταση για γυναίκες άνω των 40 ετών είναι η μαστογραφία, ενώ για γυναίκες κάτω των 30 ετών, τις εγκυμονούσες και τις γυναίκες σε γαλουχία, η αρχική απεικονιστική εξέταση είναι το υπερηχογράφημα. Για τις γυναίκες μεταξύ των ανωτέρω ηλικιακών ορίων, κατόπιν συνεννόησης με τον κλινικό ιατρό, λαμβάνοντας υπόψη το οικογενειακό ιστορικό και τους λοιπούς παράγοντες κινδύνου, είτε η μαστογραφία είτε το υπερηχογράφημα μπορούν να αποτελούν την αρχική απεικονιστική εξέταση. Ανάλογα με τα ευρήματα της αρχικής απεικονιστικής εξέτασης, για τον περαιτέρω χαρακτηρισμό του ευρήματος, εφόσον είναι απαραίτητο γίνεται: α) συμπληρωματικός υπερηχογραφικός έλεγχος μετά την αρχική

εξέταση με μαστογραφία και β) συμπληρωματικός μαστογραφικός έλεγχος μετά τον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο. Στην περίπτωση που οι ανωτέρω απεικονιστικές μέθοδοι αποβαίνουν αρνητικές, επιπρόσθετη μέθοδος διερεύνησης ενός ψηλαφητού μορφώματος μαστού αποτελεί η μαγνητική μαστογραφία. Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να κριθεί αναγκαία η διενέργεια βιοψίας για την τελική ταυτοποίηση της αλλοίωσης.

Λέξεις κλειδιά: Ψηλαφητό, μόρφωμα, μαστός.

ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Δημοσθένης Κόκκινος
Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ,
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045660
E-mail: demoscokkinos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κοιλιακό άλγος αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες για τη διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων. Συνήθως η αρχική απεικονιστική εκτίμηση των ασθενών γίνεται με ακτινογραφία κοιλίας και θώρακος, καθώς και υπερηχογράφημα κοιλίας. Η αξονική τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής, αλλά προφανώς η χρήση της πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περιορισμένη, για λόγους οικονομίας σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, χρόνο και χρήμα. Στο νοσοκομείο μας υπάρχει περιθώριο για μείωση των απεικονιστικών εξετάσεων που ζητούνται, καθώς ο αριθμός τους συχνά φθάνει σε αριθμούς οι οποίοι είναι μη διαχειρίσιμοι και ανέφικτοι. Έτσι, υπάρχουν γενικές εφημερίες όπου ζητούνται έως και 300 υπερηχογραφικές εξετάσεις, ενώ ο αντίστοιχος χρόνος αναμονής των ασθενών φθάνει έως και τα 90 λεπτά μόνο για τη διενέργεια υπερηχογραφήματος. Κατά το πρωινό πρόγραμμα εξετάσεως των εσωτερικών ασθενών, και πάλι ο αριθμός των εξετάσεων που ζητούνται φθάνει συχνά σε επίπεδα που είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν εκ των πραγμάτων με τις δυνατότητες των απεικονιστικών τμημάτων, αλλά και τους μηχανισμούς διακίνησης των ασθενών. Ευνόητο είναι ότι όλες οι απεικονιστικές εξετάσεις θα πρέπει να ακολουθούν τη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση του ασθενούς και να μην πραγματοποιούνται ως ρουτίνα. Επιπλέον, θα πρέπει να επιλέγονται αναλόγως του κλινικού ερωτήματος, ούτως ώστε να αποφεύγεται το φαινόμενο να προσέρχονται ασθενείς κατά τις ώρες της εφημερίας για διενέργεια τακτικών εξετάσεων ή εξετάσεων που δεν έχουν σχέση με το κλινικό ερώτημα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί σε ασθενείς με υποψία ειλεού η

διενέργεια υπερηχογραφήματος κοιλίας, εξέταση η οποία δεν έχει ένδειξη για το συγκεκριμένο ερώτημα. Η εφαρμογή των απεικονιστικών πρωτοκόλλων βοηθά στη μείωση του αριθμού των απεικονιστικών εξετάσεων χωρίς απόλυτη ένδειξη, στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων και τελικά στην προσφορά καλύτερων υπηρεσιών υγείας προς του ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση, είναι διεθνής ιατρική διαπίστωση ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου, παρά την διενέργεια όλων των απεικονιστικών εξετάσεων που δύνανται να πραγματοποιηθούν, η αιτία του κοιλιακού άλγους δεν ανευρίσκεται κατά την πρώτη ημέρα εκτιμήσεως του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Κοιλιακό άλγος, ακτινογραφία, υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία.

ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ - ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Σοφία Τσολάκη
Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944835961
E-mail: s.tsolaki@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων στα ούρα αποτελεί σύμπτωμα υποκείμενης νόσου. Μπορεί να είναι μικροσκοπική ή μακροσκοπική, επώδυνη ή ανώδυνη, διαλείπουσα ή συνεχής, αρχική, ολική ή τελική. Υπάρχουν πολλές αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν αιματουρία, όπως οι βλάβες στα αγγειώδη σπειράματα των νεφρών (σπειραματική αιματουρία). Ωστόσο, η διερεύνηση της σπειραματικής αιματουρίας στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν εμπεριέχει τις απεικονιστικές εξετάσεις σε αντίθεση με την διερεύνηση της μη σπειραματικής αιματουρίας. Ο διαγνωστικός αλγόριθμος της αιματουρίας που οφείλεται σε μη σπειραματικά αίτια περιλαμβάνει την διενέργεια αρχικώς ακτινογραφίας κοιλίας και υπερηχογραφήματος ΝΟΚ, δεδομένου και της μικρής διάρκειας, της εύκολης προσβασιμότητας και του χαμηλού βεβαίως κόστους των συγκεκριμένων εξετάσεων. Εν συνεχεία, και βάσει των απεικονιστικών ευρημάτων σε συνδυασμό πάντα και με τον υπόλοιπο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο θα καθοριστεί εάν είναι απαραίτητη η περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση. Άλλες απεικονιστικές εξετάσεις που έχουν θέση στη διερεύνηση της μη σπειραματικής αιματουρίας είναι η αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης, η αξονική τομογραφία πριν και μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, η αξονική ουρογραφία, η μαγνητική τομογραφία, η μαγνητική ουρογραφία και λιγότερο πλέον η ενδοφλέβιος ουρογραφία.

Η οσφυαλγία αποτελεί σύμπτωμα από το οποίο το 80% των ανθρώπων επηρεάζεται κάποια στιγμή στη ζωή τους. Βάσει της διάρκειάς της, η οσφυαλγία διακρίνεται σε οξεία, υποξεία και χρόνια. Μπορεί δε να συνοδεύεται και από νευρολογική σημειολογία. Στις

περισσότερες περιπτώσεις, τα αίτια της οσφυαλγίας οφείλονται σε διάφορες καλοήθεις μυοσκελετικές παθήσεις και αναφέρονται ως μη ειδική οσφυαλγία. Στις περιπτώσεις οξείας, μη ειδικής οσφυαλγίας χωρίς την παρουσία παραγόντων κινδύνου («red flags») δεν είναι απαραίτητος ο απεικονιστικός έλεγχος αφού έχει διαπιστωθεί ότι στο 90-95% των περιστατικών ο πόνος υποχωρεί με την συντηρητική θεραπεία εντός 4-6 εβδομάδων. Στις περιπτώσεις που η οξεία οσφυαλγία συνοδεύεται από νευρολογική σημειολογία, ο απεικονιστικός έλεγχος θεωρείται απαραίτητος. Επίσης απαραίτητος θεωρείται ο απεικονιστικός έλεγχος σε όλες τις περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας όταν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με την συντηρητική θεραπεία. Οι απεικονιστικές εξετάσεις που έχουν θέση στη διερεύνηση της οσφυαλγίας είναι απλή ακτινογραφία, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα.

Λέξεις κλειδιά: Αιματουρία, οσφυαλγία, απεικόνιση, διαγνωστικός αλγόριθμος.

ΕΠΩΔΥΝΟ ΑΚΡΟ

Αντωνία Α. Παρλαμέντη
Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ,
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945462694
E-mail: parlamedi@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμπεριστατωμένη λήψη αναλυτικού ιστορικού από τους κλινικούς γιατρούς, όσον αφορά το επώδυνο άκρο, αποτελεί καίριο σημείο στην ορθολογική εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων. Τα αίτια του «επώδυνου άκρου» είναι ποικίλα, μεταξύ των οποίων σημαντική θέση κατέχει η οξεία εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΟΕΦΘ) στην περίπτωση που ψηλαφάται σφυγμός και η κρίσιμη ισχαιμία - οξεία απόφραξη, στην αντίθετη. Η έγκαιρη διάγνωση της ΟΕΦΘ αποτελεί μεγάλη πρόκληση στο χώρο της υγείας, γιατί δυνητικά μπορεί να αποφευχθεί η θανατηφόρος μείζων επιπλοκή της, η πνευμονική εμβολή. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική, ιδίως όταν εντοπίζεται στις φλέβες της γαστροκνημίας. Άλγος και οίδημα είναι οι πιο συχνές της εκδηλώσεις. Το άλγος έχει ευαισθησία 75-91% και ειδικότητα 3-87% για την διάγνωση της ΕΒΦΘ, ενώ το οίδημα έχει ευαισθησία 35-97% και ειδικότητα 8-88%.Σε περιπτώσεις παραμελημένης λαγονομηριαίας θρόμβωσης έχουμε τις χαρακτηριστικές κλινικές εικόνες της λευκής επώδυνης φλεγμονής, της κυανής επώδυνης φλεγμονής και της φλεβικής γάγγραινας. Σε ασθενείς με ύποπτη κλινική εικόνα, αρχικά θα πρέπει να προσδιοριστεί η πιθανότητα ΕΒΦΘ σύμφωνα με το κλινικό μοντέλο του Wells. Πρόκειται για ένα σύστημα βαθμονόμησης που περιλαμβάνει 10 κλινικά χαρακτηριστικά. Βαθμός ≥2 σημαίνει ότι είναι πιθανή η ΕΒΦΘ, ενώ ≤1 σημαίνει ότι είναι απίθανη. Εναλλακτικά βαθμός < 1 σημαίνει χαμηλή πιθανότητα ΕΒΦΘ, 1-2 μέτρια, και >2 υψηλή. Εν συνεχεία θα αναλυθεί ο Διαγνωστικός αλγόριθμος της ΕΒΦΘ, χρησιμοποιώντας την κλινική πιθανότητα, την εξέταση D-Dimers, και το έγχρωμο υπερηχογράφημα. Το υπερηχογράφημα αποτελεί τη

μέθοδο εκλογής για τη διερεύνηση ασθενών με μέτρια-υψηλή κλινική υποψία ΕΒΦΘ. Συνιστά μέθοδο μη επεμβατική, εύκολα διαθέσιμη, χωρίς επιπλοκές, με σχετικά χαμηλό κόστος. Χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία (95%) και ειδικότητα (96%) για τη συμπτωματική εγγύς φλεβική θρόμβωση. Μειονεκτήματά του είναι η μικρότερη ευαισθησία στην θρόμβωση των κνημιαίων φλεβών (73%) και οι περιορισμοί της εφαρμογής του λόγω σωματότυπου κ.α. Σε περιπτώσεις εγκατάστασης οξέων συμπτωμάτων από τα κάτω άκρα, όπου τελικώς η υπερηχογραφική διαγνωστική προσέγγιση είναι αρνητική για ΕΒΦΘ, μπορεί να αναδειχθούν άλλα αίτια επώδυνου άκρου όπως ρήξη κύστης Baker, κυτταρίτιδα, λεμφοίδημα, χρόνια φλεβική ανεπάρκεια, επιπολής θρομβοφλεβίτιδα, διογκωμένοι λεμφαδένες, αιμάτωμα, απόστημα, ρήξη μυός - τένοντα, ενώ σε περίπτωση άσφυγμου άκρου, οξεία αρτηριακή απόφραξη (ΟΑΑ). Τα αίτια της ΟΑΑ είναι κατά 90% καρδιακής προελεύσεως, όπως η εμβολή θρόμβου λόγω κολπικής μαρμαρυγής και κατά 10% εξωκαρδιακά όπως οξεία θρόμβωση επί εδάφους χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας. Κατά την επείγουσα διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με πιθανότητα κριτικής ισχαιμίας άκρου, μία από τις συχνότερες απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται είναι το έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα, μέθοδος με αξιοσημείωτους περιορισμούς. Τα Πρωτόκολλα του Αμερικανικού Κολλεγίου Ακτινολογίας (ACR Appropriateness Criteria Sudden Onset of Cold, Painful Leg) θεωρούν την ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (DSA) ως εξέταση απολύτως ενδεδειγμένη σε μέτρια ή ισχυρή κλινική υποψία ΟΑΑ, άποψη την οποία ενστερνίζονται και τα Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα της Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας, ενώ η CTA και η MRA είναι εξίσου σημαντικές, αλλά έπονται. Η DSA αποτελεί την εξέταση εκλογής (gold standard) για την απεικόνιση της περιφερικής αγγειακής αποφρακτικής νόσου. Δίνει ασφαλείς πληροφορίες για την έκταση, τη βαρύτητα των στενώσεων/αποφράξεων, την ύπαρξη παράπλευρου δικτύου, ενώ το μεγάλο της αδιαφιλονίκητο πλεονέκτημα είναι η ταυτόχρονη διαγνωστική και θεραπευτική της παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: Υπερηχογράφημα, επώδυνο άκρο, πρωτόκολλα, θρόμβωση.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού: «Ποιος επιτέλους κυβερνά αυτόν τον τόπο;»

Ο ΓΑΣΤΡΕΤΕΡΟΛΟΓΟΣ

Αγγελική Χρηστίδου
Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041609
E-mail: achristidou@hotmail.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό αφορά το 20-25% των περιπτώσεων γαστρεντερικής αιμορραγίας. Εκδηλώνεται ως αιματοχεσία και σπανιότερα ως μέλαινα. Στο 10% - 15% των περιπτώσεων αιματοχεσίας η εστία της αιμορραγίας μπορεί να είναι το ανώτερο πεπτικό, ενώ στο 0,7% - 9% το λεπτό έντερο. Στην πλειοψηφία των ασθενών η αιμορραγία σταματά αυτόματα και μόνο στο 10% - 15% χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση. Η νοσηρότητα και η θνητότητα είναι μεγαλύτερες σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα. Η αρχική εκτίμηση των ασθενών περιλαμβάνει την εκτίμηση της αιμοδυναμικής τους κατάστασης και την προσπάθεια καθορισμού της αιτίας της αιμορραγίας με βάση το ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση, την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα. Σε αντίθεση με την αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό δεν υπάρχουν σαφείς προγνωστικοί παράγοντες ή προγνωστικά μοντέλα έκβασης. Τα αίτια της αιμορραγίας ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία αλλά τα συνηθέστερα είναι η εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου, οι αγγειακές βλάβες και οι παθήσεις του πρωκτού. **Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση των ασθενών είναι η αιμοδυναμική σταθεροποίηση με χορήγηση**

υγρών. Μεταγγίσεις αίματος πρέπει να γίνονται με προσοχή, με στόχο επίπεδα αιμοσφαιρίνης μεταξύ 7-9gr/dl. **Η κολονοσκόπηση με προετοιμασία είναι η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της αιτίας της αιμορραγίας**. Συστήνεται να γίνεται μέσα στο πρώτο 24ωρο μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση των ασθενών. Στους ασθενείς που διαπιστώνονται ενδοσκοπικά στίγματα αυξημένου κινδύνου επαναιμορραγίας (ενεργός αιμορραγία, ορατό αγγείο, προσκολλημένος θρόμβος) πρέπει να γίνεται ενδοσκοπική αιμόσταση. Η ενδοσκοπική θεραπεία περιλαμβάνει την έγχυση αιμοστατικών ουσιών, θερμικές και μηχανικές μεθόδους ή συνδυασμούς. Σε ασθενείς με συνεχιζόμενη σοβαρή αιμορραγία, που δεν σταθεροποιούνται αιμοδυναμικά και στους οποίους έχει αποκλεισθεί η περίπτωση αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό καθώς και σε εκείνους που αποτυγχάνει η ενδοσκοπική αντιμετώπιση, έχουν ένδειξη οι ακτινολογικές μέθοδοι (αγγειογραφία) ή το χειρουργείο. Σε ασθενείς που υποτροπιάζει η αιμορραγία πρέπει να επαναλαμβάνεται η κολονοσκόπηση. **Η ασπιρίνη σε χαμηλή δόση πρέπει να συνεχίζεται στους ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο**, ενώ άλλα αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά φάρμακα συνήθως διακόπτονται για 1-7 ημέρες.

Λέξεις κλειδιά: Αιμορραγία, κατώτερο πεπτικό, κολονοσκόπηση, αιμόσταση, αντιαιμοπεταλιακά.

Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Κωνσταντίνος Μπουχάγιερ[1], Γεώργιος Στυλιανίδης[2]

[1]Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Χειρουργικής,

[2] Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,

Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, «Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Κ. Μπουχάγιερ

Τηλ.: 6948010694

E-mail: kbouchagier@windowslive.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αιμορραγία του κατωτέρου πεπτικού είναι ένα σύνθετο κλινικό ζήτημα, με αυξανόμενη επίπτωση λόγω του γηράσκοντος πληθυσμού, η επίλυση του οποίου αφορά την συνεργασία γαστρεντερολόγων, χειρουργών και επεμβατικών ακτινολόγων. Στο 95% των περιπτώσεων η πηγή της αιμορραγίας ευρίσκεται στο κόλον ενώ στο 5% των περιπτώσεων η πηγή της αιμορραγίας ευρίσκεται στο λεπτό έντερο. Η εκκολπωματική νόσος του εντέρου (30-40%), οι αγγειοδυσπλασίες (3%) και οι νεοπλασίες (5-10%) είναι τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού, σε μέσης ηλικίας άτομα και ηλικιωμένους. Σε νεαρά άτομα το εκκόλπωμα Meckel πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ενώ ο εγκολεασμός είναι συχνό αίτιο αιμορραγίας του κατωτέρου πεπτικού σε παιδιά. Τα διαγνωστικά μέσα που βοηθούν στην εκτίμηση του αιτίου της αιμορραγίας είναι η ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού, που προσφέρει και τη δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης, η CT αγγειογραφία (εάν υπάρχει απώλεια αίματος >0.3-0.5 ml/min), η κλασσική αγγειογραφία (εάν υπάρχει απώλεια αίματος >0.5-1 ml/min) που επίσης προσφέρει τη δυνατότητα εμβολισμού του αγγείου προς έλεγχο της αιμορραγίας και το σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα με Tc-99m ερυθρά, το οποίο ανιχνεύει αλλά δεν εντοπίζει αιμορραγίες κατωτέρου πεπτικού. Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται στην οξεία φάση όταν υπάρχει σοβαρή αιμορραγία με αιμοδυναμική αστάθεια και αδυναμία σταθεροποίησης του ασθενούς (χορήγηση

περισσοτέρων από 6 μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών) ενώ έχουν αποτύχει όλα τα άλλα μέσα, σε υποτροπή της αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού που επιβαρύνει τον ασθενή και σε σταθεροποιημένους ασθενείς με γνωστό χειρουργήσιμο αίτιο της αιμορραγίας. Η θνητότητα μετά από επείγον χειρουργείο για αντιμετώπιση αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού φτάνει το 40% ενώ ο κίνδυνος των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι σημαντικά αυξημένος. Το ιδανικό είναι πριν από το επείγον χειρουργείο, να έχει εντοπισθεί ει δυνατόν, η θέση της αιμορραγίας, που θα επιτρέψει μία τμηματική κολεκτομή (δεξιά κολεκτομή επί αγγειοδυσπλασιών ή αριστερή κολεκτομή επί εκκολπωμάτων), αλλιώς η υφολική κολεκτομή, είναι απαραίτητη. Η εκκολπωματική νόσος του εντέρου είναι το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό. Στο 80% των περιπτώσεων υποστρέφει αυτόματα ωστόσο, στο 30% των περιπτώσεων υποτροπιάζει μέσα σε διάστημα έξι μηνών. Η κολονοσκόπηση είναι απαραίτητη προκειμένου να εντοπισθεί η θέση των αιμορραγούντων εκκολπωμάτων ενώ είναι δυνατή η επίσχεση της αιμορραγίας με χρήση διπολικής διαθερμίας, έγχυση αδρεναλίνης, rubber band απολίνωση ή τοποθέτηση αιμοστατικών clips. Οι αγγειοδυσπλασίες αποτελούν το δεύτερο πιο συχνό αίτιο αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού. Υποστρέφουν αυτόματα σε >90% των περιπτώσεων, ωστόσο υποτροπιάζουν σε ποσοστό >50% μέσα σε ένα χρόνο. Εντοπίζονται στο ΔΕ κόλον σχεδόν πάντα ενώ σχετίζονται με αορτική στένωση (Heyde σύνδρομο), χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και ανεπάρκεια του παράγοντα vWB. Η κολοσκόπηση εντοπίζει τη νόσο ενώ η ενδοσκοπική πήξη με Argon plasma και endoclips συμβάλλει στην επίσχεση της αιμορραγίας. Η θαλιδομίδη και η οκτρεοτίδη φαίνεται ότι συμβάλλουν στον μακροχρόνιο έλεγχο της αιμορραγίας από αγγειοδυσπλασίες. Η χειρουργική αντιμετώπιση με εκτέλεση ΔΕ κολεκτομής, συνιστάται σε σοβαρή αιμορραγία μη ανταποκρινόμενη σε ενδοσκοπική αιμόσταση ή αιμόσταση με επεμβατικό τρόπο καθώς και σε υποτροπή της αιμορραγίας. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου Heyde συνίσταται στην επεμβατική ή χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.

Λέξεις κλειδιά: Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού, αγγειοδυσπλασίες, εκκολπωματική νόσος, αιματοχεσία.

Ο ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ

Δημήτριος Ν. Τομαής
Ακτινολόγος, Επικουρικός Ιατρός,
Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας - Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2107201072
E-mail: dtomais@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επεμβατική ακτινολογία, ως εξειδίκευση της ακτινοδιαγνωστικής, έχει συντελέσει ενεργά ως μία σίγουρη και αξιόπιστη μέθοδος-πέραν της χειρουργικής αντιμετώπισης- για την θεραπεία της αιμορραγίας και της αιμορραγικής καταπληξίας, είτε αφορά σε τραύμα, είτε αφορά σε αιμορραγία από το ανώτερο και κατώτερο πεπτικό, είτε αφορά σε αιμορραγία από τις βρογχικές αρτηρίες. Σε πολλά κέντρα του εξωτερικού αλλά και στην Ελλάδα, ο εμβολισμός έχει καθιερωθεί ως μέθοδος εκλογής εφόσον αποτύχουν ή δεν δύνανται να αντιμετωπίσουν την αιμορραγία οι άλλες μέθοδοι, καθώς έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών. Από την άλλη, η χειρουργική θεραπεία σε κάποιους ασθενείς εκτός από υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών, μπορεί να αποβεί ακρωτηριαστική για τον ασθενή χειροτερεύοντας την ποιότητα ζωής αυτού, ενώ αυξάνει σημαντικά την θνητότητα την θνησιμότητα και το συνολικό κόστος νοσηλείας. Σήμερα, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, η αιμορραγία σε μεγάλους αγγειακούς κλάδους δύναται να αντιμετωπιστεί με επικαλυμμένους με ειδικό υλικό αγγειακούς νάρθηκες (cover stent), ώστε το αιμορραγούν αγγείο να συνεχίσει να αιματώνει τις παρακείμενες δομές. Τέλος, σε τελικούς αγγειακούς κλάδους, η χρήση μικροκαθετήρων επιτυγχάνει υπερεκλεκτικό αγγειακό καθετηριασμό και εμβολισμό με μικροσφαιρίδια (microsphere) ή μεταλλικά σπειράματα (coils) άμεσα στην περιοχή της ενεργού εξαγγείωσης με σημαντική ακρίβεια, περιορίζοντας την ισχαιμία των παρακείμενων δόμων καθώς και τις λοιπές πιθανές επιπλοκές. Στην επιστημονική αντιπαράθεση περιγράφονται οι ενδείξεις,

η αξία, και οι βασικές τεχνικές της μεθόδου καθώς και η εμπειρία της μονάδας επεμβατικής ακτινολογίας στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας του κατώτερου πεπτικού.

Λέξεις κλειδιά: Αιμορραγία, εκλεκτικός καθετηριασμός, εμβολισμός, ψηφιακή αγγειογραφία.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ PET ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ: ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΠΑΝΤΑ ΝΟΣΟ;

Χαρά Γιατρά

Αιματολόγος, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132013240
E-mail: xgiatra@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση αναφέρεται στην περίπτωση ενός νεαρού ασθενή με Τ-λεμφοβλαστικό λέμφωμα, ο οποίος παρουσίασε επεισόδιο μεταβολικής δραστηριότητας στην ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφία (PET-CT), σε θέση πλησίον της αρχικής εντόπισης της νόσου του, μετά από αρχική ανταπόκριση του νοσήματός του με πλήρη ύφεση.

Πρόκειται για ασθενή 18 ετών, ο οποίος παραπέμφθηκε στο κέντρο μας με τη διάγνωση του Τ-λεμφοβλαστικού λεμφώματος, τον Ιανουάριο 2016. Το ιστορικό του είχε ξεκινήσει λίγες εβδομάδες νωρίτερα με εμφάνιση πυρετού, βήχα και δύσπνοιας. Ο απεικονιστικός έλεγχος στον οποίο υποβλήθηκε, ανέδειξε ευμεγέθη μάζα μεσοθωρακίου, καθώς και πλευριτική και περικαρδιακή συλλογή. Η βιοψία της μάζας έθεσε τη διάγνωση. Ο μυελός ήταν διηθημένος σε ποσοστό 5% από τη νόσο. Το στάδιο της νόσου ήταν IVB σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης Ann Arbor. Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς ήταν, κατά τα λοιπά, ελεύθερο. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με βάση το εντατικοποιημένο πρωτόκολλο συνδυασμένης χημειοθεραπείας παίδων, ALL IC-BFM. Η ανταπόκριση

εκτιμήθηκε ως ταχεία επίτευξη πλήρους ύφεσης. Το Μάρτιο 2018, κατά το τέλος της θεραπείας συντήρησης (μεθοτρεξάτη 20 mg/m^2/w και μερκαπτοπουρίνη 50 mg/m^2/d), και ενώ ο ασθενής βρισκόταν σε άριστη γενική κατάσταση, εκτιμήθηκε ξανά η κατάσταση του βασικού του νοσήματος, όπως άλλωστε όριζε και το χημειοθεραπευτικό πρωτόκολλο. Στη γενική αίματος ανευρέθη ηπίου βαθμού παγκυτταροπενία και στην αξονική θώρακος αποκαλύφθηκε παθολογικός ιστός έξωθεν της δεξιάς πνευμονικής πύλης, με πυκνωτικά και δίκην θαμβής υάλου στοιχεία περιφερικά αυτού. Λόγω θέσης, η βλάβη αυτή δεν ήταν προσπελάσιμη με διαβρογχική βιοψία, αλλά με ανοικτή θωρακοτομή (και μάλιστα εκτιμήθηκε ότι ενδεχομένως να χρειαστεί λοβοτομή). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε PET προκειμένου να προσδιοριστεί το βέλτιστο σημείο λήψης βιοψίας. Απεικονίστηκε ευμεγέθης πυκνωτική αλλοίωση στο οπίσθιο τμήμα του δεξιού άνω πνευμονικού λοβού, παρά τη σύστοιχη πνευμονική πύλη, η οποία προσελάμβανε σημαντικά φθόριο-18-δεσοξυ-γλυκόζη (18-FDG). Τελικώς, λαμβάνοντας υπόψιν τους κινδύνους της ανοικτής βιοψίας, αποφασίστηκε να διενεργηθεί αρχικά βρογχοσκόπηση. Πράγματι, διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL), σε άλλο κέντρο, κοντά στο μόνιμο τόπο διαμονής του ασθενή. Η εξέταση ήταν μακροσκοπικά χωρίς ευρήματα, ενώ απεστάλησαν δείγματα για εκτενή έλεγχο σε κέντρο του εξωτερικού. Εν αναμονή των εν λόγω αποτελεσμάτων, στην κλινική εικόνα του ασθενούς προστέθηκε μη παραγωγικός βήχας. Η νέα αξονική θώρακος στην οποία υποβλήθηκε, με χρονική απόσταση 15 περίπου ημερών από την πρώτη, ανέδειξε ακτινολογική επιδείνωση, με αύξηση του μεγέθους της βλάβης, καθιστώντας εφικτή τη λήψη υλικού για βιοψία διαβρογχικά. Πραγματοποιήθηκε συνεπώς στο νοσοκομείο μας και δεύτερη βρογχοσκόπηση, με λήψη βιοψιών και BAL, έλεγχος ο οποίος έθεσε τη διάγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Τ-λεμφοβλαστικό λέμφωμα, PET, διαγνωστικά διλήμματα, βιοψία.

ΕΝΟΣ ΚΑΚΟΥ ΜΥΡΙΑ ΕΠΟΝΤΑΙ

Ιωάννης Τσώνης
Αιματολόγος, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041103
E-mail: jtsonis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ασθενής 38 ετών με pre T-Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία υποβλήθηκε σε αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων από μη συγγενή δότη με μυελοαφανιστικό σχήμα προετοιμασίας (ολοσωματική ακτινοβολία και κυκλοφωσφαμίδη) σε φάση 2ης πλήρους ύφεσης. Την ημέρα +7 από τη μεταμόσχευση, εμφάνισε οξεία νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή (GvHD) δέρματος βαθμού II, η οποία ανταποκρίθηκε πλήρως στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Την ημέρα +65 εμφάνισε δυσουρικά ενοχλήματα και μακροσκοπική αιματουρία. Διαπιστώθηκε αιμορραγική κυστίτιδα σχετιζόμενη με τον ιό BK, με βάση την ανεύρεση υψηλού ιικού φορτίου στα ούρα. Η αντιμετώπιση αρχικά ήταν συντηρητική με μεταγγίσεις αιμοπεταλίων και πλύσεις κύστεως. Λόγω εμμένουσας αιματουρίας, την ημέρα +73 υποβλήθηκε σε κυστεοσκόπηση υπό γενική αναισθησία για αιμόσταση. Ωστόσο, μετά από δύο εβδομάδες εμφάνισε οξεία νεφρική ανεπάρκεια με αμφοτερόπλευρη διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος λόγω επέκτασης της φλεγμονής στην αποχετευτική μοίρα των νεφρών. Τοποθετήθηκαν νεφροστομίες άμφω την ημέρα +91, με αποτέλεσμα την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και τη συνολική βελτίωση του ασθενούς. Την ημέρα +93 ο ασθενής εμφάνισε πυρετό και από τον καθετήρα picc (peripherally inserted central catheter) απομονώθηκαν σπόρια μυκήτων. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε άμεσα και χορηγήθηκε αντιμυκητιακή αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β. Μετά την ταυτοποίηση *Candida* glabrata προστέθηκε στην αγωγή micafungin. Από τον κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο του ασθενούς δεν αναδείχθηκαν βλάβες σχετιζόμενες με διάσπαρτη καντιντίαση. Η κατάστση του ασθενούς βελτιώθηκε σταδιακά και οι

επαναληπτικές αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές. Εντούτοις, την ημέρα +110 ο ασθενής εμφάνισε νέο πυρετικό επεισόδιο χωρίς ρίγος ή αιμοδυναμική αστάθεια και ετέθη σε αγωγή με μεροπενέμη, γενταμυκίνη και κολιμυκίνη εν αναμονή των αποτελεσμάτων των καλλιεργειών. Δύο 24ωρα αργότερα παρουσίασε επεισόδιο προσήλωσης βλέμματος χωρίς ανταπόκριση στα λεκτικά ερεθίσματα διάρκειας περίπου 5 λεπτών, το οποίο αποδόθηκε σε επιληπτική κρίση και αντιμετωπίστηκε με αντιεπιληπτική αγωγή. Ο ασθενής, όμως, εμφάνισε προοδευτικά επιδεινούμενο επίπεδο συνείδησης (GCS: 6), για το οποίο απαιτήθηκε διασωλήνωση την ημέρα +113. Από τον έλεγχο με αξονική τομογραφία δεν αναδείχθηκε εγκεφαλική βλάβη. Σε καλλιέργειες από πολλαπλά βιολογικά υλικά (αίμα, ούρα και βρογχικές εκκρίσεις) αναπτύχθηκε *Trichosporon* asahii. Η επέκταση της λοίμωξης από τον ανωτέρω ζυμομύκητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) δεν κατέστη δυνατό να ελεγχθεί με οσφυονωτιαία παρακέντηση, λόγω βαρειάς θρομβοπενίας. Εντούτοις, θεωρήθηκε πολύ πιθανή η προσβολή του ΚΝΣ και κρίθηκε αναγκαία η αγωγή με βορικοναζόλη. Ο ασθενής τελικά απεβίωσε την ημέρα +128 από τη μεταμόσχευση λόγω σηπτικής καταπληξίας με μικροβιαιμία από *Pseudomonas* aeruginosa, ενώ από τις καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων συνέχιζε να απομονώνεται *Trichosporon* asahii. Η αλλογενής μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων είναι θεραπεία εκλογής για αιματολογικές κακοήθειες υψηλού κινδύνου, με κόστος όμως τη βαρειά ανοσοκαταστολή και την αυξημένη συχνότητα ευκαιριακών λοιμώξεων.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, μυκητίαση, ιός ΒΚ, ευκαιριακές λοιμώξεις.

Ο ΔΡΟΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΝΑΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΕΝΩΠΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τατιάνα Τζένου
Αιματολόγος, Επικουρική Ιατρός,
Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6973382294
E-mail: tatianatze@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρουσίασης είναι να περιγράψουμε την περίπτωση ενός ανοσοκατεσταλμένου ασθενούς, μεταμοσχευμένου για μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, ο οποίος εμφάνισε παρατεινόμενο εμπύρετο 20 μήνες μετά την αλλογενή μεταμόσχευση. Ο εν λόγω ασθενής διεγνώσθη, σε άλλο θεραπευτήριο, με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο τον 5^{ο} 2014, σε ηλικία 43 ετών. Το νόσημα ταξινομήθηκε ως πολύ υψηλού κινδύνου καθώς ο καρυότυπος ήταν μονοσωματικός. Λόγω της κακής πρόγνωσης του νοσήματος, της σχετικά μικρής ηλικίας του ασθενούς, της άριστης κατάστασης ικανότητας και καθώς διέθετε ιστοσυμβατή αδελφή, ο ασθενής παραπέμφθηκε στη ΜΜΜΟ του νοσοκομείου όπου υποβλήθηκε σε αλλογενή μεταμόσχευση στις 14/10/2014. Κατά τη νοσηλεία του στη ΜΜΜΟ δεν εμφάνισε ιδιαίτερα προβλήματα και εξήλθε, έχοντας αναπλάσει, 20 ημέρες μετά την έγχυση των κυττάρων. Μετά την έξοδό του από τη Μονάδα, την ημέρα +34, παρουσίασε οξεία αντίδραση μοσχεύματος έναντι ξενιστή πεπτικού grade II και, ως εκ τούτου, τέθηκε σε αγωγή με κορτικοειδή με τα οποία υφέθηκε η αντίδραση. Ο ασθενής συνέχισε να λαμβάνει ανοσοκαταστολή με κυκλοσπορίνη και κορτικοειδή καθώς ακολούθως, εμφάνισε χρόνια αντίδραση μοσχεύματος έναντι ξενιστή (cGVHD) δέρματος, στόματος και οφθαλμών. Η cGVHD ανταποκρινόταν στη χορήγηση κορτικοειδών, εντούτοις κατά τη διακοπή υποτροπίαζε και κατά συνέπεια ο ασθενής ελάμβανε σχεδόν συνεχώς αγωγή. Τον 6^{ο} 2016 και ων σε

πολύ καλή γενική κατάσταση άρχισε να εμφανίζει δεκατική πυρετική κίνηση. Ο απεικονιστικός έλεγχος κατέδειξε την παρουσία οριακού μεγέθους ενδοκοιλιακών λεμφαδένων και σπληνομεγαλίας που προσλάμβαναν στο PET-CT scan. Λόγω της θέσης των λεμφαδένων κρίθηκε μη εφικτή η βιοψία τους. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για λοιμώδη νοσήματα. Ταυτόχρονα ο ασθενής εμφάνισε θετικοποίηση των αντιγράφων του EBV στο αίμα. Βάσει των ανωτέρω, με τη διάγνωση της πιθανής PTLD υποβλήθηκε σε 4 εβδομαδιαίες εγχύσεις rituximab. Εντούτοις συνέχιζε να εμφανίζει πυρετική κίνηση της οποίας το ύψος αυξήθηκε και τα διαστήματα πύκνωσαν.

Υποβλήθηκε σε μυελόγραμμα για το ενδεχόμενο εκτροπής της νόσου του σε οξεία λευχαιμία. Ο έλεγχος κατέδειξε ότι το νόσημα βρισκόταν σε ύφεση και ο ασθενής είχε πλήρη χιμαιρισμό δότη. Καθώς το εμπύρετο επέμεινε και στη γενική αίματος εμφάνιζε πλέον πενίες, στις 22/08/2016 αποφασίσθηκε η εισαγωγή στην Αιματολογική Κλινική για διερεύνηση παρατεινόμενου εμπυρέτου με υψηλούς δείκτες φλεγμονής. Υποβλήθηκε εκ νέου σε μυελόγραμμα το οποίο επιβεβαίωσε την ύφεση του βασικού νοσήματος ενώ επιπλέον κατέδειξε την παρουσία πολλών κυττάρων δικτύου και κυττάρων τύπου ψευδο-Niemann Pick. Κατόπιν τούτου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε οστεομυελική βιοψία η οποία έθεσε τη διάγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Παρατεινόμενο εμπύρετο, ανοσοκαταστολή, αλλογενής μεταμόσχευση.

ΟΤΑΝ ΤΟ ΤΙΜΗΜΑ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΒΑΣΤΑΚΤΟ

Ζωή Αραπίδου

Ειδικευόμενη Ιατρός, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική

και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6984362035

E-mail: zwi_arapidou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γυναίκα ηλικίας 48 ετών διαγνώσθηκε με οξεία διφαινοτυπική λευχαιμία, Ph (+) στις 09/08/2018. Η ασθενής ελάμβανε ήδη χημειοθεραπεία για ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα ωοθήκης, το οποίο είχε διαγνωσθεί τον 1^{ο}/2018. Στη διάρκεια της θεραπείας με πακλιταξέλη και καρβοπλατίνα διαπιστώθηκε από τη γενική αίματος σημαντική λευκοκυττάρωση και τελικώς προέκυψε η διάγνωση της οξείας διφαινοτυπικής λευχαιμίας, με παρουσία του χιμαιρικού γονιδίου bcr/abl. Στις 18/08/2018 ξεκίνησε χημειοθεραπεία βάσει του πρωτοκόλλου HYPER-CVAD σε συνδυασμό με τον αναστολέα τυροσινικής κινάσης, dasatinib. Την ημέρα +9 της θεραπείας της και ενώ ήταν σε μυελική απλασία, εμφάνισε ουδετεροπενικό πυρετό με ρίγος. Τέθηκε σε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με κεφεπίμη. Τις επόμενες ημέρες εμφάνισε επίμονο πυρετό, αναπνευστική ανεπάρκεια και περαιτέρω αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Η αντιμικροβιακή αγωγή της τροποποιήθηκε και χορηγήθηκαν μεροπενέμη και κολιμικίνη. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε πολυανθεκτικό στέλεχος *Klebsiella* και προστέθηκε τιγεκυκλίνη με βάση το αντιβιόγραμμα. Η ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου μας λόγω σημαντικής αιμοδυναμικής και αναπνευστικής επιβάρυνσης, όπου και απαιτήθηκε μηχανική υποστήριξη. Επίσης, έλαβε μεταγγίσεις κοκκιοκύτταρων από υγιείς δότες, ενώ συνέχιζε να λαμβάνει προωθημένα αντιβιοτικά. Η ασθενής, τελικώς, κατάληξε δεκαεννιά ημέρες από την έναρξη της χημειοθεραπείας λόγω σηπτικής καταπληξίας και πολυοργανικής

ανεπάρκειας. Με αφορμή την περίπτωση της ασθενούς, θα συζητηθεί το πρόβλημα της εμφάνισης νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια στους ασθενείς της Αιματολογικής Κλινικής/Μονάδας Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ο Ευαγγελισμός». Το πρόβλημα που έχει προκύψει με τους πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς είναι μεγάλο και δύσκολο να λυθεί. Βρισκόμαστε σε μια εποχή όπου νέες, υψηλού κόστους, εντατικοποιημένες θεραπείες είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση σοβαρών νοσημάτων, δίνοντας προοπτική ίασης στους ασθενείς. Όμως, η θνητότητα παραμένει σε μη αποδεκτά υψηλά όρια και σε μεγάλο βαθμό οφείλεται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις, με αποτέλεσμα να ακυρώνεται το όφελος από τις εξελιγμένες θεραπείες. Η λήψη μέτρων προφύλαξης από το ιατρονοσηλευτικό και το λοιπό προσωπικό, παράλληλα με την ορθολογικότερη χρήση των αντιβιοτικών, αποτελούν επιτακτική ανάγκη.

Λέξεις κλειδιά: Αιματολογικές κακοήθειες, εντατικοποιημένες θεραπείες, πολυανθεκτικά στελέχη μικροβίων, επιτακτική λύση προβλήματος.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Πολυτραυματίας στο ΤΕΠ - Αλγόριθμος επιβίωσης για ασθενείς και γιατρούς

ΥΠΟΔΟΧΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ: ΠΡΩΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ελένη Δασκαλάκη

Ειδικευομένη Ιατρός, Α' Χειρουργικό Τμήμα -

Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974444730

E-mail: elenidaskalaki13@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υποδοχή του πολυτραυματία στο ΤΕΠ, έχει εξαιρετική σημασία για την έκβαση του ασθενούς. Ο χώρος υποδοχής πρέπει να είναι οργανωμένος. Ο εξοπλισμός του αεραγωγού, πρέπει να είναι άμεσα προσβάσιμος και να λειτουργεί σωστά. Χρειάζεται να υπάρχουν έτοιμα, ζεστά κρυσταλλοειδή και φλεβοκαθετήρες μεγάλου εύρους. Οι συσκευές παρακολούθησης πρέπει να είναι ανοιχτές και να έχει ελεγχθεί η λειτουργία τους. Ο χειρουργός οφείλει να καλέσει επιπλέον ιατρικές ειδικότητες, όπως αναισθησιολόγο, καρδιολόγο, ορθοπεδικό και νευροχειρουργό. Το προσωπικό που θα έρθει σε επαφή με τον πολυτραυματία, καλείται να λάβει όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις. Η αρχική αξιολόγηση του πολυτραυματία βασίζεται στις αρχές του ATLS, A(irway), B(reathing), C(irculation), D(isability), E(xposure). Ελέγχεται η βατότητα του αεραγωγού, με αναρρόφηση εκκρίσεων και αφαίρεση ξένων σωμάτων, ενώ ελέγχεται ο ασθενής για κατάγματα προσώπου, γνάθου ή τραχείας, που απειλούν τον αεραγωγό. Εξασφαλίζεται η ΑΜΣΣ και ακολούθως ελέγχεται ο αερισμός, με ακρόαση των πνευμόνων. Παράλληλα, λαμβάνονται ζωτικά, τοποθετείται οξυγόνο και δύο περιφερικές φλέβες με χορήγηση κρυσταλλοειδών. Ακολουθεί αδρή νευρολογική εκτίμηση και

ελέγχεται το επίπεδο συνείδησης με τη χρήση της Κλίμακας Γλασκώβης. Τα ενδύματα του τραυματία πρέπει να αφαιρούνται τελείως και ο τραυματίας πρέπει να σκεπάζεται με κουβέρτες, προκειμένου να αποφευχθεί η υποθερμία. Εργαστηριακός έλεγχος λαμβάνεται άμεσα και εγκαθίσταται επικοινωνία με την αιμοδοσία, για ενδεχόμενη μετάγγιση. Εφόσον ο ασθενής σταθεροποιηθεί, μπορούμε να προχωρήσουμε σε απεικονιστικό έλεγχο, που περιλαμβάνει ακτινογραφίες, U/S FAST και αναλόγως αξονική τομογραφία. Η σπονδυλική στήλη και η πύελος πρέπει να σταθεροποιηθούν, έως ότου ολοκληρωθεί ο έλεγχος, ενώ επί παραμόρφωσης μηρού και υποψία κατάγματος μακρού οστού, πρέπει να τεθεί έλξη, πριν τον απεικονιστικό έλεγχο. Η σωστή ιεράρχιση των προτεραιοτήτων για την αξιολόγηση ενός πολυτραυματία, είναι σημαντική για τη σωστή αντιμετώπιση αυτού. Είναι αποτέλεσμα συντονισμένης και ομαδικής δουλειάς. Ο μηχανισμός κάκωσης και το ιστορικό είναι κρίσιμα για την αναγνώριση των κακώσεων. Οι παγίδες, σχετικά με τη αρχική αξιολόγηση του πολυτραυματία στο ΤΕΠ είναι πολλές και το προσωπικό οφείλει να είναι υποψιασμένο, προκειμένου να τις αντιμετωπίσει.

Λέξεις κλειδιά: Πολυτραυματίας, αξιολόγηση, ΤΕΠ, ομάδα.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

Δημοσθένης Κόκκινος
Ακτινολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045660
E-mail: demoscokkinos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το απλό υπερηχογράφημα είναι συνήθως η πρώτη απεικονιστική εξέταση για την εκτίμηση ασθενών με κοιλιακό τραύμα. Είναι γρήγορο, φθηνό, χωρίς ακτινοβολία, ανευρίσκει με μεγάλη αξιοπιστία την ύπαρξη πνευμοπεριτοναίου, αλλά δεν είναι αξιόπιστο για την ανεύρεση θλάσης των συμπαγών οργάνων της κοιλίας, οι οποίες μπορεί να διαφύγουν, καθώς συχνά είναι ισοηχογενείς. Επιπλέον συχνά υπάρχει τραύμα συμπαγών οργάνων χωρίς αιμοπεριτόναιο. Η αξονική τομογραφία (ΑΤ) αποτελεί την εξέταση εκλογής για την εκτίμηση του πολυτραυματία. Ωστόσο, θα πρέπει να εφαρμόζεται με φειδώ, ιδίως λόγω της επιβάρυνσης των ασθενών, συχνά νέων ατόμων, με ιοντίζουσα ακτινοβολία. Επιπλέον, συχνά τα περιστατικά εντοπισμένου τραύματος στη μία πλευρά της κοιλίας (ήπαρ, σπλήνα, νεφρούς), όπως σε τραυματισμούς μικρότερης βαρύτητας, με μικρή πιθανότητα τραυματισμού άλλων οργάνων (παιδικές χάρες, αθλητισμός) είναι συχνότερα από αυτά των πολυτραυματιών και πολλοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΑΤ τελικώς δεν έχουν τραυματισθεί. Έτσι διαπιστώνεται κατάχρηση της ΑΤ με σπατάλη ακτινοβόλησης, χρόνου και χρήματος. Επιπλέον η ΑΤ απαιτεί μετακίνηση των ασθενών, συχνά πραγματοποιείται μετά από πολύωρη αναμονή, έχει υψηλό κόστος, και χρήση ιωδιούχων σκιαγραφικών με δυνητική πιθανότητα επηρεασμού νεφρικής λειτουργίας και αναφυλακτικών αντιδράσεων και απεικονιστικά παράσιτα λόγω αδυναμίας ανάτασης άνω άκρων από τους ασθενείς ή από ιατρικές συσκευές. Σε αυτές στις περιπτώσεις, το υπερηχογράφημα με έγχυση σκιαγραφικού (CEUS) είναι πολύ χρήσιμο, καθώς αναδεικνύει πολύ καλά τις θλάσεις

των συμπαγών οργάνων, με υψηλότερη ευαισθησία συγκριτικά με το απλό υπερηχογράφημα και υψηλή συσχέτιση με την ΑΤ. Είναι χρήσιμο για την αρχική εκτίμηση των ασθενών, την καθοδήγηση επείγουσας εγχειρήσεως ακόμη και χωρίς προεγχειρητική ΑΤ και για την παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Βεβαίως το απλό υπερηχογράφημα δεν διαθέτει την πανοραμική απεικόνιση της κοιλίας που προσφέρει η ΑΤ, η οποία για την απεικόνιση του πολυτραυματία είναι η εξέταση εκλογής. Ειδικότερα, δεν μπορεί να απεικονίσει συνυπάρχοντα τραύματα στη σπονδυλική στήλη, στα κοίλα όργανα της κοιλίας και στο περιτόναιο, ενώ είναι δυσχερές σε παχύσαρκους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Τραύμα, υπερηχογράφημα, επείγουσα απεικόνιση, αξονική τομογραφία.

ΠΟΤΕ ΚΑΛΕΙΤΑΙ Ο ΕΙΔΙΚΟΣ. ΔΡΟΜΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Γεώργιος Στυλιανίδης[1], Αθανάσιος Παντελής[2]

[1]Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,

[2]Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης,

Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Γ. Στυλιανίδης

Τηλ.: 6974940447, 2132045463

E-mail: gfmhs@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ορθολογική διαχείριση του πολυτραυματία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) απαιτεί την τήρηση των πρωτοκόλλων του το Advanced Trauma Life Support (ATLS). Κατά την πρωτοβάθμια εκτίμηση/αναζωογόνηση του τραυματία δεν απαιτείται κλίση ειδικού, πλην εξαιρέσεων, όπως αδυναμία διαχείρισης του αεραγωγού σε διατιτραίνον τραύμα τραχήλου, ραγδαία επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας, σύνθλιψη ή ακρωτηριασμός άκρου χωρίς άλλη κάκωση, βαριές κακώσεις πυέλου που απαιτούν άμεση σταθεροποίηση, και ο αιμοδυναμικά ασταθής τραυματίας με κλειστό ή διατιτραίνον τραύμα κορμού. Τραυματίας με διατιτραίνον τραύμα κορμού και επιμένουσα αιμοδυναμική αστάθεια απαιτεί άμεση χειρουργική διερεύνηση. Επιμένουσα καταπληξία σε τραυματία με κλειστή κάκωση κορμού, αφού αποκλεισθούν καταστάσεις όπως ο υπό τάση πνευμοθώρακας και ο καρδιακός επιπωματισμός, απαιτεί επείγοντα εστιασμένο υπερηχογραφικό έλεγχο (Focus Assessment with Sonography in Trauma – FAST) ή διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση (ΔΠΠ) και επί θετικού ευρήματος ο τραυματίας οδηγείται άμεσα σε ερευνητική λαπαροτομία και επέμβαση ελέγχου βλάβης ή οριστική επέμβαση (ανάνηψη με έλεγχο βλάβης – damage control resuscitation). Αν υπάρχει μαζικός αιμοθώρακας δυνατόν να εκτελεσθεί ταυτόχρονα θωρακοτομή. Κατάγματα λεκάνης και ασταθής πύελος απαιτούν άμεση σταθεροποίηση ακόμα και στο ΤΕΠ. Επί αρνητικού FAST ή αρνητικής ΔΠΠ και επιμένουσας καταπληξίας ο τραυματίας

υποβάλλεται σε ολόσωμη αξονική τομογραφία με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού. Αν διαπιστωθεί διαφυγή σκιαγραφικού, ενδεικτική αρτηριακής αιμορραγίας, ακολουθεί αγγειογραφία και εμβολισμός του πάσχοντος αγγείου. Αν υπάρχει οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα χωρίς εξαγγείωση αίματος ακολουθείται συντηρητική αντιμετώπιση με μεταγγίσεις. Μετά την αναζωογόνηση εφόσον ο πολυτραυματίας είναι αιμοδυναμικά φυσιολογικός ή σε αποδεκτή αιμοδυναμική ισορροπία ακολουθεί εστιασμένος απεικονιστικός έλεγχος, το είδος και έκταση του οποίου καθορίζονται από τον μηχανισμό της κάκωσης, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου και το ιστορικό του τραυματία αν το τελευταίο είναι εφικτό. Όταν ολοκληρωθεί η δευτεροβάθμια εκτίμηση και ο παρακλινικός και απεικονιστικός έλεγχος θα κληθούν οι ιατροί των διαφόρων ειδικοτήτων που θα εμπλακούν στην αντιμετώπιση του τραυματία να διατυπώσουν την κρίση τους ώστε να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες και να διαμορφωθεί το σχέδιο αποκατάστασης των τραυμάτων. Η αποκατάσταση αρχίζει από την βαρύτερη και πιο απειλητική για την ζωή κάκωση και έπονται οι ελαφρύτερες. Είναι σημαντικό ότι κακώσεις όπως η θλάση του παγκρέατος, η κάκωση της εξωπεριτοναϊκής μοίρας του δωδεκαδακτύλου και ορισμένες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις εκδηλώνονται μετά από 24 ή 48 ώρες ενώ οι πνευμονικές θλάσεις δυνατόν να εξελίσσονται για μέρες. Ειδική κατηγορία τραυματιών αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας, γιατί δεν διαθέτουν εφεδρείες και επαρκείς μηχανισμούς αντιρρόπησης, ενώ η κάκωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα σοβαρού παθολογικού προβλήματος που συχνά διαλάθει λόγω της προσήλωσης στο τραύμα. Τέλος τονίζεται ότι η διαχείριση του πολυτραυματία απαιτεί συντονισμένες ενέργειες από ομάδες ειδικών. Μερικές από ενέργειες αυτές δυνατόν να εκτελεσθούν ταυτόχρονα, όπως η παροχέτευση επισκληριδίου αιματώματος ταυτόχρονα με την τοποθέτηση εξωτερικής οστεοσύνθεσης σε κατάγματα μακρών οστών.

Λέξεις κλειδιά: Πολυτραυματίας, ομάδα τραύματος, ΤΕΠ, αντιμετώπιση.

Η ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Dr. med. Καλλιόπη Αγγ. Αθανασιάδη[1], Ευαγγελία Λιβεράκου[2]

[1]Χειρουργός Θώρακος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

[2]Ειδικευόμενη Ιατρός στη Χειρουργική Θώρακος,

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Κ. Αθανασιάδη

Τηλ.: 6932704255

E-mail: k.athanassiadi@hotmail.de

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντιμετώπιση του θωρακικού τραύματος μπορεί να χωρισθεί σε 3 επίπεδα φροντίδας, προνοσοκομειακό (pre-hospital trauma life support), νοσοκομειακό (in-hospital or emergency room trauma life support) και χειρουργικό (surgical trauma life support). Σε κάθε επίπεδο η πρώιμη αναγνώριση της κάκωσης του θώρακα είναι σημαντική για το αποτέλεσμα. Η πρωταρχική αντιμετώπιση βασίζεται πάντα στα γνωστά πρωτόκολλα του Advanced Trauma Life Support (ATLS). Μετά την πρώτη εκτίμηση, κακώσεις άμεσα απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, πρέπει να αποκλεισθούν, όπως α) η απόφραξη αεραγωγού, β) ο υπό τάση πνευμοθώρακας, γ) ο ανοικτός πνευμοθώρακας, δ) ο μαζικός αιμοθώρακας, ε) ο χαλαρός θώρακας και στ) ο καρδιακός επιπωματισμός. Η δεύτερη εκτίμηση παρέχει πληροφορίες για κακώσεις, δυνητικά απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, όπως πνευμονικές θλάσεις, θλάση μυοκαρδίου, ρήξη της αορτής, τραυματική ρήξη του διαφράγματος, κάκωση τραχειοβρογχικού δένδρου και τέλος κάκωση οισοφάγου. Αντλώντας στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι θωρακοχειρουργοί ως εξειδικευμένη ειδικότητα δεν αποτελούν μέρος του ιατρικού προσωπικού των επειγόντων. Σε μελέτη 1359 ασθενών με κακώσεις στο θώρακα από τους Kulshrestha κ.α. φάνηκε οτι στο 49% των περιπτώσεων επρόκειτο για 1-2 κατάγματα πλευρών, στο 20% για πνευμοθώρακα, στο 12% για πνευμονική θλάση, και στο 6% για κάκωση αγγείου. Μόνο σε 18% των περιπτώσεων πνευμοθώρακα

χρειάσθηκε τοποθέτηση σωλήνα κλειστής παροχέτευσης θώρακα και μόλις το 2.6% οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Επομένως, πότε χρειάζεται ο ειδικός στα ΤΕΠ; Το ATLS το έχει ήδη ορίσει! Μόνο στις παρακάτω περιπτώσεις καλείται θωρακοχειρουργός στα ΤΕΠ: **α)** Παροχέτευση αίματος > 1500ml αρχικά ή >200 ml/ώρα για 2-4 ώρες από το σωλήνα κλειστής παροχέτευσης θώρακα **β)** αιμόπτυση **γ)** τεράστιο υποδόριο εμφύσημα **δ)** μεγάλη διαφυγή από το σωλήνα κλειστής παροχέτευσης θώρακα **ε)** εικόνες ακτινογραφίας ή αξονικής τομογραφίας θώρακα αμφιλεγόμενες από τον ειδικό ακτινολόγο **στ)** διατιτραίνον τραύμα. Και συμπληρώνει το ATLS τις ενδείξεις για άμεση επέμβαση από θωρακοχειρουργό: **α)** παροχέτευση αίματος > 1500ml αρχικά ή >200 ml/ώρα για 2-4 ώρες από το σωλήνα κλειστής παροχέτευσης θώρακα **β)** ενδοβρογχική απώλεια αίματος, αδυναμία στο μηχανικό αερισμό, που δεν μπορούν να χειρισθούν οι εντατικολόγοι **γ)** κάκωση τραχειοβρογχικού δένδρου (διαφυγή αέρα, υποδόριο εμφύσημα, αιμοθώρακας) **δ)** κάκωση καρδιάς ή μεγάλων αγγείων (αιμοθώρακας ή επιπωματισμός). **Από τα παραπάνω αποδεικνύεται οτι σπάνια ένας θωρακοχειρουργός παρευρίσκεται ή είναι απαραίτητος στα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Τί φταίει όμως στα ελληνικά νοσοκομεία και καλείται πάντα η εξειδικευμένη ειδικότητα; α)** Η αντιμετώπιση του ασθενούς με επείγον πρόβλημα που προσέρχεται ή διακομίζεται στο νοσοκομείο είναι **αποσπασματική και όχι άμεση**. Η έλλειψη επιτόπιας συνεχούς παρουσίας μιας ιατρικής ειδικότητας που να αξιολογεί, να αντιμετωπίζει σφαιρικά το επείγον και να το χρεώνεται μέχρι την τελική διεκπεραίωσή του είναι αισθητή. **β)** Η κατά κύριο λόγο ενασχόληση στο ΤΕΠ των ειδικευόμενων, αντί των ειδικών ιατρών των βασικών ειδικοτήτων, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση, διενέργεια μη αναγκαίων εξετάσεων, μη αναγκαίες εισαγωγές στο νοσοκομείο για λόγους ιατρικής ευθυνοφοβίας. **γ)** Η απουσία ενός υπεύθυνου συντονιστή που να επιβλέπει συνολικά τις εργασίες και τη διεκπεραίωση των ασθενών στο ΤΕΠ οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση για εφαρμογή θεραπείας, εισαγωγή ή εξιτήριο του ασθενούς. **δ)** Η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ή η υπολειτουργία τακτικών εξωτερικών ιατρείων οδηγεί ένα μεγάλο μέρος χρόνιων περιστατικών στο ΤΕΠ για προβλήματα που δεν είναι επείγοντα, και τέλος **ε)** Η νοοτροπία των ασθενών και των συγγενών, που επιλέγουν ή και απαιτούν τον ειδικευμένο της αρεσκείας τους.

Λέξεις κλειδιά: Τραύμα θώρακος, ΤΕΠ, αντιμετώπιση.

Η ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σταμάτης Μπάνος[1], Στέφανος Κορφιάς[2]

[1]Ειδικευόμενος Ιατρός, [2]Νευροχειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.,

Α΄ Νευροχειρουργική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Μπάνος

Τηλ.: 6972215845

E-mail: smpanos@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρουσίαση των μεθόδων νευροχειρουργικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης ασθενών με κάκωση κεφαλής και σπονδυλικής στήλης στο ΤΕΠ.

Μέθοδος - Ασθενείς: Η βαρύτητα της κάκωσης κεφαλής αξιολογείται με βάση την κλίμακα Γλασκώβης (GCS) και ταξινομείται σε ελαφριά (GCS 13-15), μέτρια (GCS 9-12) και βαριά (GCS 3-8). Η νευρολογική εξέταση ανιχνεύει πιθανά νευρολογικά ελλείμματα. Οι ενδοκράνιες τραυματικές βλάβες διακρίνονται με βάση την αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT) σε εντοπισμένες ή διάχυτες, μολονότι οι δύο αυτές μορφές συχνά συνυπάρχουν. Στις διάχυτες βλάβες περιλαμβάνονται η εγκεφαλική διάσειση με αρνητική CT, το εγκεφαλικό οίδημα και η διάχυτη αξονότμηση (diffuse axonal injury - DAI). Στις εντοπισμένες βλάβες συγκαταλέγονται το επισκληρίδιο, το υποσκληρίδιο και το ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα ή θλάση, η τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία και τα κατάγματα κρανίου. Οι κακώσεις σπονδυλικής στήλης περιλαμβάνουν το σπονδυλικό κάταγμα, εξάρθρημα/παρεκτόπιση και την ενδομυελική θλάση. Πρωταρχικώς, σε όλους τους ασθενείς με δυνητική κάκωση κεφαλής ή σπονδυλικής στήλης απαιτείται αξιολόγηση και ενέργειες από το προσωπικό του ΤΕΠ με βάση τους κανόνες του ATLS (διασφάλιση αεραγωγού, αναπνοής, κυκλοφορίας). Η διενέργεια αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου και/ή της αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης σε ασθενή του ΤΕΠ βασίζεται πάνω σε συγκεκριμένες ενδείξεις.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με βαριά κάκωση κεφαλής χρήζουν διασωλήνωσης και νοσηλείας σε ΜΕΘ με μεθόδους επεμβατικής νευροπαραμέτρησης. Ασθενείς με μέτρια

ή ελαφριά κάκωση κεφαλής χρήζουν νοσηλεία στην κλινική για παρακολούθηση. Ασθενείς με πολύ ελαφριά κάκωση κεφαλής (GCS 15) και αρνητική CT εξέρχονται του ΤΕΠ με οδηγίες. Ενδοκράνια τραυματική βλάβη μεγέθους >30 cm ασκεί χωροκατάκτηση και μπορεί να αποτελέσει αίτιο νευροχειρουργικής επέμβασης με σκοπό την εξαίρεσή της. Το ενδεχόμενο αποσυμπιεστικής κρανιεκτομής για την αντιμετώπιση του εγκεφαλικού οιδήματος οφείλει να αξιολογείται από τον χειρουργό κατά την διάρκεια της επέμβασης. Ασθενείς με αιμορραγική διάθεση ή λήψη αντιπηκτικών χρήζουν πιο στενής παρακολούθησης. Ασθενείς >75 ετών με βαριά κάκωση κεφαλής παρουσιάζουν κατά κανόνα δυσμενή έκβαση, ανεξαρτήτως τρόπου αντιμετώπισης. Η κάκωση σπονδυλικής στήλης απαιτεί αρχικώς επαρκή ακινητοποίηση και εφόσον απαιτείται επέμβαση, αυτή πραγματοποιείται συνήθως σε 2^{ο} χρόνο. Το νευρολογικό έλλειμμα από κάκωση του νωτιαίου μυελού είναι συνήθως μη αντιστρέψιμο.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση και φροντίδα του πολυτραυματία στο ΤΕΠ με βάση τους κανόνες του ATLS προηγείται πάντοτε της νευροχειρουργικής αντιμετώπισης. Η ηλικία, η κλινική και απεικονιστική βαρύτητα διαμορφώνουν τόσο τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς, συντηρητικό ή χειρουργικό, όσο και την τελική του έκβαση.

Λέξεις κλειδιά: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ATLS, πολυτραυματίας, κλίμακα Γλασκώβης.

Η ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χρήστος Γαρνάβος
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ορθοπαιδικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041729
E-mail: cgarn@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κακώσεις του μυοσκελετικού είναι από τα πλέον σοβαρά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πολυτραυματίες, που διακομίζονται στα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων. Η πλήρης κατανόηση του μηχανισμού της κάκωσης είναι απαραίτητη για την κατάλληλη και έγκαιρη διαχείριση. Μόλις ολοκληρωθεί η έρευνα για το αρχικό τραύμα, αντιμετωπιστούν σημαντικές αιμορραγίες ή προβλήματα των αεραγωγών, ακολουθεί η εξέταση της κεφαλής, λαιμού, θώρακα, κοιλιάς και λεκάνης. Κατόπιν διενεργείται ενδελεχής εξέταση των άκρων για την ανίχνευση τυχόν σημαντικών νευροαγγειακών κακώσεων, όπως ο έλεγχος της κυκλοφορίας και η νευρολογική κατάσταση. Σε αυτή τη φάση επίσης διερευνάται η τυχόν ύπαρξη εκχυμώσεων, αιματωμάτων, μικρο-αιμορραγιών ή εμφανείς παραμορφώσεις. Σε κακώσεις υψηλής βίας ανοικτά τραύματα μπορεί να υποδηλώνουν σοβαρές οστικές βλάβες (κατάγματα) ή τραυματισμό από το εξωτερικό περιβάλλον. Ενδελεχής έκπλυση, αντισηψία και κάλυψη με αποστειρωμένες γάζες θα πρέπει να επιτελούνται άμεσα. Σε περίπτωση προδήλου κατάγματος θα πρέπει να επιχειρείται η κατ' αρχάς ανάταξη με ήπιους χειρισμούς και ακινητοποίηση με κατάλληλο νάρθηκα, που θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις αρθρώσεις που βρίσκονται κεντρικά και περιφερικά της καταγματικής περιοχής. Με αυτόν τον τρόπο θα μειωθεί η πίεση που πιθανόν να ασκούν τα καταγματικά οστά σε ευπαθή μαλακά μόρια και επίσης θα ελαττωθεί και η ένταση του πόνου που αισθάνεται ο ασθενής. Αν υπάρχει εμφανές εξάρθρημα μεγάλης άρθρωσης με συνυπάρχουσα σημαντική αγγειακή βλάβη, τότε γίνεται προσπάθεια άμεσης

ανάταξης, άλλως προηγείται η ακτινολογική εξέταση της εξαρθρωμένης άρθρωσης για να διαπιστωθεί η συνύπαρξη ή όχι κατάγματος. Αυτή η πληροφορία θα παίξει σημαντικό ρόλο στον τρόπο ανάταξης και την ανάγκαιότητα χορήγησης αναισθησίας, που θα συμβάλλει στην χαλάρωση του ασθενούς και την ανώδυνη ανάταξη του εξαρθρήματος. Μετά την προσωρινή ακινητοποίηση εμφανών καταγμάτων η/και εξαρθρημάτων, την λήψη των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων (όπως γενική αίματος και ομάδα-διασταύρωση), ο ασθενής οδηγείται στον χώρο των απεικονιστικών εξετάσεων για τον απαραίτητο έλεγχο (με ακτινογραφίες, υπέρηχογράφημα κοιλίας, αξονική τομογραφία και ότι άλλο κριθεί ότι θα συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση της έκτασης και βαρύτητος των κακώσεων που έχει υποστεί ο ασθενής). Κατόπιν επανέρχεται στον χώρο των επειγόντων περιστατικών για την δρομολογηθεί η διαδικασία της εισαγωγής του ασθενούς στο Νοσοκομείο για την οριστική αντιμετώπιση των κακώσεων του μυοσκελετικού.

Λέξεις κλειδιά: Κακώσεις μυοσκελετικού στον πολυτραυματία, ορθοπαιδική προσέγγιση του πολυτραυματία.

Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΥ

Αδαμαντία Σωτηρίου
Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2107203307
E-mail: mandiasotiriou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το τραύμα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε ασθενείς κάτω των 44 ετών στις χώρες του δυτικού κόσμου. Ήδη από το 1973 στις ΗΠΑ ψηφίστηκε νόμος σχετικά με την απαραίτητη ύπαρξη **ειδικού χώρου υποδοχής του τραυματία** και αντιμετώπισης αυτού από **εξειδικευμένη ομάδα**. Όταν δε πρόκειται περί πολυτραυματία, απαραίτητη θεωρείται η μεταφορά του σε **ειδικό νοσοκομείο τραύματος**. Η **ομάδα τραύματος**, όπως ονομάστηκε αργότερα, συμπεριλαμβάνει ιατρούς πολλών ειδικοτήτων καθώς και νοσηλευτές με **επικεφαλής τον αρχηγό** που συνήθως είναι **χειρουργός ή ιατρός επείγουσας ιατρικής**. Από πολλές μελέτες προέκυψε ότι η ύπαρξη αρχηγού συμβάλλει στην **ταχεία αξιολόγηση του πολυτραυματία** και ως εκτούτου στην **έγκαιρη έναρξη θεραπείας** με αποτέλεσμα τη σαφή **μείωση της θνητότητας** ειδικά σε πολυτραυματίες με severe injury score >22. Η εκπαίδευση της ομάδας τραύματος τόσο σε επίπεδο θεωρητικό, με την απόκτηση τίτλου ATLS (Adult Trauma Life Support), όσο και με την πρακτική σε καταστάσεις προσομοίωσης παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερη αντιμετώπιση του πολυτραυματία ειδικά τις πρώτες ώρες μετά το τραύμα. Επίσης η **οριζόντια προσέγγιση** στην ομάδα τραύματος και η σαφής επικοινωνία με τις απαραίτητες ειδικότητες συμβάλλει μέγιστα στην έγκαιρη λήψη αποφάσεων. Στη χώρα μας, τα τεταρτοβάθμια νοσοκομεία αποτελούν νομοτελειακά και νοσοκομεία τραύματος και η ομάδα υποδοχής του πολυτραυματία θα πρέπει να είναι εξειδικευμένη ομάδα τραύματος. Πρόσφατα δημοσιεύθηκε απόφαση σχετικά με την διαδικασία απόκτησης εξειδίκευση στην επείγουσα ιατρική, γεγονός που θα οδηγήσει, ανάμεσα σε άλλα, στη

δημιουργία όλο και πιο αποτελεσματικών ομάδων τραύματος. Η παρουσία **εντατικολόγου** δεν συμπεριλαμβάνεται στην ομάδα τραύματος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη. Ωστόσο, από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η **νοσηλεία του πολυτραυματία σε ΜΕΘ** όπου την ευθύνη του ασθενούς έχουν εντατικολόγοι σε σχέση με νοσηλεία σε «ανοιχτές» ΜΕΘ οδηγεί σε μείωση της θνητότητας των ασθενών αυτών. Στον παρόντα χρόνο, όπου η εκπαίδευση στην επείγουσα ιατρική βρίσκεται ακόμη σε κατάσταση ανάπτυξης στη χώρα μας, η παρουσία εντατικολόγου στην ομάδα τραύματος πιθανόν να είναι απαραίτητη δεδομένου ότι η **εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις και προϋποθέσεις ώστε ο εντατικολόγος να μπορεί να ηγηθεί με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της ομάδας τραύματος.**

Λέξεις κλειδιά: Ομάδα τραύματος, επείγουσα ιατρική, εντατική θεραπεία.

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Νευροαναισθησία και Νευροπαραμέτρηση

ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Άννα Παναγιώτου[1], Κωνσταντίνα Ρωμανά[2]

[1,2]Αναισθησιολόγος, [2]Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Παναγιώτου

Τηλ.: 6944859630

E-mail: annapanagiotoumd@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευροαναισθησία ως εξειδίκευση στην αναισθησιολογία συνεχίζει να αναπτύσσεται και να επεκτείνεται. Είναι μια εξειδίκευση όπου η γνώση και η τεχνογνωσία του αναισθησιολόγου μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την έκβαση του ασθενούς. Η εξέλιξη της νευροχειρουργικής πρακτικής συνοδεύεται από νέες προκλήσεις για τον αναισθησιολόγο. Όλο και περισσότερο, ο αναισθησιόλογος πρέπει συνεχώς να εμπλουτίζει τις γνώσεις του, να συνεργάζεται με το νευροχειρουργό και το νευρολόγο. Με έμφαση στις λειτουργικές και ελάχιστα επεμβατικές διαδικασίες, δίδεται αυξημένη βαρύτητα στην παροχή βέλτιστων συνθηκών, στη διατήρηση της νευρογνωσιακής λειτουργίας, στην ελαχιστοποίηση των παρεμβολών στην ηλεκτροφυσιολογική παρακολούθηση και στην ταχεία και υψηλής ποιότητας ανάνηψη.

Οι μικρές κρανιοτομές, η άμεση απεικόνιση (navigator), οι στερεοτακτικές παρεμβάσεις και οι ενδοσκοπικές διαδικασίες αυξάνουν τη χειρουργική ακρίβεια και ελαχιστοποιούν το τραύμα στους φυσιολογικούς ιστούς.

Το αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι η ταχύτερη ανάρρωση, η ελάχιστη περιεγχειρητική νοσηρότητα και η μειωμένη παραμονή στο νοσοκομείο.

Μία από τις ιδιαιτερότητες της νευροαναισθησίας είναι πως εκτός από την εισαγωγή στην αναισθησία και τις πιθανές επιπλοκές, το διεγχειρητικό αυστηρό monitoring, αλλά και η γρήγορα αναγνώριση πιθανών νευρολογικών επιπλοκών στην αφύπνιση είναι επίσης ζωτικής σημασίας.

Τα τελευταία χρόνια οι κρανιοτομές με διεγχειρητική αφύπνιση του ασθενούς, που έχουν ως σκοπό την ελαχιστοποίηση των νευρολογικών επιπτώσεων από τους χειρουργικούς χειρισμούς, φέρνουν το σύγχρονο αναισθησιολόγο σε θέση κλειδί για την έκβαση της επέμβασης.

Οι βασικές αρχές της νευροαναισθησίας παραμένουν αμετάβλητες - η διατήρηση ιδανικών συνθηκών στην πίεση εγκεφαλικής αιμάτωσης (CPP) και την εγκεφαλική οξυγόνωση.

Ωστόσο, παρά την αναισθησιολογική προσέγγιση υψηλής ποιότητας και την πρόοδο στα αναισθησιολογικά φάρμακα και τις μεθόδους monitoring, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές απόψεις και ερωτηματικά σε σχέση με τη βέλτιστη διεγχειρητική παρακολούθηση και το αναισθησιολογικό πλάνο.

Αυτή η ανασκόπηση θα συζητήσει μερικές από τις τρέχουσες τεχνικές διεγχειρητικής παρακολούθησης σε συνδυασμό με την αναισθησιολογική προσέγγιση του νευροχειρουργικού ασθενούς με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και πιθανή αναστροφή των επικείμενων επιπλοκών.

Θα γίνει αναφορά στην περιεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς σε περιστατικά που απαιτείται διεγχειρητική υπόταση υπό ολική ενδοφλέβια αναισθησία και τον προσδιορισμό του βάθους αναισθησίας υπό το Bispectral index (BIS) με τη μέθοδο στοχευμένου ελέγχου έγχυση (target controlled infusion TCI).

Επίσης, θα αναδειχθούν οι ενδείξεις και η χρησιμότητα της εγκεφαλικής οξυμετρίας, ειδικά σε επεμβάσεις με εγγύτητα σε αγγεία ή επισφαλή θέση ασθενούς, αλλά και της διεγχειρητικής ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (EEG).

Τέλος, θα αναλυθεί επιγραμματικά η διεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς στην καθιστική θέση (CO_2, Doppler και η χρησιμότητα του διαοισοφάγειου υπερήχου - TOE).

Λέξεις κλειδιά: Νευροαναισθησία, tiva, bis, eeg, invos.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Κωνσταντίνος Γερβ. Παπαδόπουλος, MD, DSc,
Επιστημονικός Συνεργάτης Διεγχειρητικής Νευροφυσιολογίας
Β' Παν/κής Κλιν. Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
τ. Μέλος Εκπαιδευτικής Επιτροπής Παγκόσμιου Οργανισμού
Διεγχειρητικής Νευροφυσιολογίας

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937266666
E-mail: konsgpap@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για τη βελτιστοποίηση του χειρουργικού αποτελέσματος χωρίς πρόκληση νέου μετεγχειρητικού ελλείμματος και αποτρέποντας ιατρογενείς νευρολογικές βλάβες εξελίχθηκε ο τομέας της Διεγχειρητικής Νευροφυσιολογικής παρακολούθησης. Διεγχειρητικά, σε πραγματικό χρόνο και σε αναστρέψιμο στάδιο αξιολογούνται πρωτόκολλα διεγχειρητικής νευροφυσιολογίας με σκοπό τη διατήρηση της νευρολογικής λειτουργίας. Αυτά συνίστανται σε δύο κατηγορίες: παρακολούθηση (monitoring) και χαρτογράφηση (mapping). Στην παρακολούθηση ανήκουν τα παρακάτω πρωτόκολλα. Τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά (SSEP's) τα οποία διασφαλίζουν την συνέχεια της κεντρομόλου αισθητικής οδού. Τα ακουστικά – στελεχιαία (BAEP's) προκλητά δυναμικά που δίνουν πληροφορία για το ακουστικό σύστημα και το στέλεχος του εγκεφάλου. Τα οπτικά προκλητά δυναμικά (VEP's) για τη διασφάλιση του οπτικού νεύρου. Τα μυογενή κινητικά προκλητά δυναμικά (mMEP's) για την παρακολούθηση της ακεραιότητας της φυγόκεντρης κινητικής οδού (φλοιονωτιαία και φλοιοπρομηκικά) και τη διασφάλιση της συνέχειας αυτής. Τα νευρογενή κινητικά προκλητά δυναμικά (nMEP's) χαρακτηρίζονται ως ένα σύνθετο φλοιονωτιαίο δυναμικό δράσης. Μεγάλο κεφάλαιο στη διεγχειρητική νευροφυσιολογική παρακολούθηση αποτελεί η ηλεκτρομυογραφία (EMG) που αφορά στην έμμεση παρακολούθηση της δραστηριότητας των νεύρων. Δυο διαφορετικά πρωτόκολλα διεγχειρητικής ηλεκτρομυογραφίας εξελίχθηκαν που

παρακολουθούνται μέσω του αυθόρμητου (sEMG) και του εξαναγκασμένου ηλεκτρομυογραφήματος (tEMG). Το εξαναγκασμένο ηλεκτρομυογράφημα δε, ανήκει στις μεθόδους χαρτογράφησης που χρησιμοποιούνται για την ταυτοποίηση νεύρων, εντοπισμό κινητικών πυρήνων κρανιακών νεύρων και διερεύνηση νευρικών δομών στο επεμβατικό πεδίο. Η φλοιϊκή και υποφλοιϊκή χαρτογράφηση (cortical και subcortical mapping) χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό και την χαρτογράφηση του πρωτεύοντα κινητικού φλοιού και την αξιολόγηση της εγγύτητας των φλοιονωτιαίων δεματίων. Τέλος η αναστροφή φάσης (phase reversal) αποτελεί ένα πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται στον προσδιορισμό της κεντρικής αύλακας του εγκεφάλου, στον διαχωρισμό δηλαδή μεταξύ κινητικού και πρωτεύοντα αισθητικού φλοιού.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτόκολλα διεγχειρητικής νευροφυσιολογικής παρακολούθησης.

ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Θεοδόσης Καλαματιανός, PhD,
Μεταδιδακτορικός Ερευνητής,
Επιστημονικός Συνεργάτης της Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας
Τηλ.: 2107229250
E-mail: tkalamatian@med.uoa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εζρίνη είναι μέλος της οικογένειας των ERM (ezrin-radixin-moesin) πρωτεϊνών οι οποίες συμμετέχουν στην διασύνδεση του κυτταροσκελετού ακτίνης με την κυτταρική μεμβράνη και εμπλέκονται σε πολυάριθμες κυτταρικές λειτουργίες όπως η κινητικότητα και η φαγοκυττάρωση. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα ενηλίκων η εζρίνη εντοπίζεται στις περιφερικές αποφυάδες των αστροκυττάρων οι οποίες περιβάλλουν νευρωνικές συνάψεις. Τα αποτελέσματα προηγούμενων προκλινικών μελετών δείχνουν πως η αποκόλληση των αστροκυτταρικών αποφυάδων από τις νευρωνικές συνάψεις μετά από εγκεφαλική ισχαιμία σχετίζεται με την συναπτική δυσλειτουργία και τον νευρωνικό θάνατο. Αντίθετα, η διατήρηση ή επαναδημιουργία αστροκυτταρικών αποφυάδων μετά από εγκεφαλική ισχαιμία σε πειραματικά πρότυπα σχετίζεται με τη διατήρηση της συναπτικής λειτουργίας. Η πιθανή αξία της εζρίνης ως βιοδείκτη στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) υποστηρίζεται τόσο από προϋπάρχουσες μελέτες σε προκλινικά πρότυπα ΚΕΚ όσο και από κλινικές μελέτες. Άγνωστη ωστόσο παραμένει η αξία της εζρίνης ως πιθανό βιοδείκτη ισχαιμικής εγκεφαλικής βλάβης. Για το σκοπό αυτό μελετήσαμε την έκφραση της εζρίνης σε ζωικό πρότυπο ισχαιμικής βλάβης με παροδική απόφραξη της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και καλλιέργειες αστροκυττάρων σε συνθήκες που προσομοιάζουν ισχαιμία. Τα αποτελέσματα μας δείχνουν: 1) συνέκφραση εζρίνης και του δείκτη κυτταρικής ενεργοποίησης FOS σε αστροκύτταρα που εντοπίζονται στην περιοχή του ισχαιμικού πυρήνα αλλά και στην περιφέρεια της

εξελισσόμενης ισχαιμικής βλάβης, 4 ώρες μετά από την επαναιμάτωση, 2) σημαντική απώλεια ανοσοϊστοχημικής χρώσης εζρίνης από τον πυρήνα της εγκεφαλικής ισχαιμικής βλάβης 24 και 48 ώρες μετά από την επαναιμάτωση και 3) απώλεια ανοσοϊστοχημικής χρώσης εζρίνης σε καλλιέργεια αστροκυττάρων κάτω από συνθήκες προσομοίωσης ισχαιμίας. Οι παρατηρήσεις μας υποστηρίζουν την πιθανή αξία της ανοσοϊστοχημικής χρώσης εζρίνης για την ανάδειξη αστροκυτταρικής ενεργοποίησης καθώς και την απώλεια αστροκυτταρικών αποφυάδων σε συνθήκες εγκεφαλικής ισχαιμίας. Περαιτέρω μελέτες θα εξετάσουν τα επίπεδα εζρίνης σε βιο-υγρά μετά από εγκεφαλική ισχαιμία.

Λέξεις κλειδιά: Εζρίνη, αστροκύτταρα, ισχαιμία, μέση εγκεφαλική αρτηρία.

ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

Χαρίκλεια Βρεττού
Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,
Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6979306535
E-mail: vrettou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευροπαραμέτρηση του ασθενούς με νευρολογική βλάβη κατά την παραμονή του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών, στην εξατομίκευση της θεραπείας, στην καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου, στον σχεδιασμό θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στην τεκμηρίωση νέων θεραπειών και στη βελτίωση της νευρολογικής έκβασης των ασθενών. Οι ομάδες ασθενών στις οποίες εφαρμόζεται περιλαμβάνουν κυρίως ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μη τραυματική υπαραχνοειδή αιμορραγία, ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική αιμορραγία άλλης αιτιολογίας, αλλά και ασθενείς με επιληπτική κατάσταση και λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού, των οποίων η κλινική εικόνα είναι βαριά και απαιτεί νοσηλεία σε ΜΕΘ. Οι τεχνικές νευροπαραμέτρησης εξελίσσονται τα τελευταία χρόνια και περιλαμβάνουν: α) Επαναλαμβανόμενη κλινική εξέταση με τη χρήση νέων κλιμάκων εκτίμησης του επιπέδου συνείδησης, π.χ. FOUR (Full Outline of UnResponsiveness) score, και του delirium, π.χ. με την εφαρμογή της CAM ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) β) Συνεχή αιμοδυναμική παρακολούθηση που περιλαμβάνει συστηματικές πιέσεις και ενδοκράνια πίεση, την πίεση άρδευσης και τους δείκτες εγκεφαλικής αυτορρύθμισης π.χ. PRx γ) Παρακολούθηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης είτε της τοπικής ιστικής οξυγόνωσης με χρήση καθετήρα (PBO_2) ή της τεχνικής NIRS (Near Infrared Spectroscopy), είτε της σφαιρικής οξυγόνωσης με σφαγιτιδική οξυμετρία (SjO_2) δ) Εκτίμηση της εγκεφαλικής αιματικής ροής με την εφαρμογή διακράνιας υπερηχογραφίας Doppler (TCD – transcranial doppler και TCCS -

transcranial color-coded duplex sonography) ε) Συνεχή ηλεκτροφυσιολογία, π.χ. συνεχές ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και προκλητά δυναμικά. στ) Παρακολούθηση του εγκεφαλικού μεταβολισμού με καθετήρες μικροδιάλυσης, π.χ. μέτρηση γαλακτικού/πυροσταφυλικού ζ) Παρακολούθηση της θερμοκρασίας η) Παρακολούθηση της αιμόστασης και της αιμοσφαιρίνης θ) Παρακολούθηση δεικτών φλεγμονής και νευρωνικής κυτταρικής βλάβης. Για την επιλογή των κατάλληλων τεχνικών παρακολούθησης για κάθε ασθενή χρειάζεται να λάβει κανείς υπ' όψιν το κόστος και τη διαθεσιμότητα κάθε τεχνικής, το πόσο επεμβατική είναι, την κλινική εμπειρία που υπάρχει, την επιστημονική βιβλιογραφική τεκμηρίωση, και το κατά πόσο απαντά σε συγκεκριμένα παθοφυσιολογικά ερωτήματα που θέτει η κλινική εικόνα του ασθενούς. Η σύγχρονη τάση είναι η μείωση του κόστους και της παρεμβατικότητας και, σε αυτό το πλαίσιο, στη βιβλιογραφία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε τεχνικές παρακολούθησης και ελέγχου της αυτορρύθμισης και σε εφαρμογές της ηλεκτροφυσιολογίας και των υπερήχων.

Λέξεις κλειδιά: Νευροπαραμέτρηση, ενδοκράνια πίεση, αυτορρύθμιση, μονάδα εντατικής θεραπείας, διακράνια υπερηχογραφία.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Προφυλακτικός κεντρικός λεμφαδενικός καθαρισμός σε κακοήθεια θυρεοειδούς

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ - ΝΑΙ

Νικόλαος Ρουκουνάκης

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Χειρουργικό Τμήμα και Μ.Μ.Ο.,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932325989

E-mail: nicrouk@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως προφυλακτικός κεντρικός λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου (πΚΛΚΤ), ορίζεται ο λεμφαδενικός καθαρισμός ο οποίος εκτελείται χωρίς προεγχειρητική, κλινική ή απεικονιστική ένδειξη ή διεγχειρητική διάγνωση ύπαρξης λεμφαδενικών μεταστάσεων στο κεντρικό διαμέρισμα του τραχήλου (ομάδες VI, VII) σε ασθενείς με διάγνωση θηλώδους καρκίνου του θυρεοειδούς. Οι υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες διαφέρουν. Η ATA (2015) συνιστά ότι έχει θέση σε όγκους T3 και T4, ότι πρέπει να αποφεύγεται σε όγκους T1-T2 και ότι είναι αμφιλεγόμενη η αξία του σε ασθενείς με παρουσία γονιδίου BRAF V600E. Η ETA δεν τον συνιστά. Η BTA συνιστά την χρήση του σε άρρενες άνω των 45 ετών, σε όγκους >4 cm και διάσπαση της κάψας από χειρουργούς high volume (>100 θυρεοειδεκτομές ανά έτος). Η JSTS τον συνιστά σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ η γερμανική και η γαλλική εταιρεία δεν τον συνιστούν. Τα αμφιλεγόμενα ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι τα ακόλουθα: **α)** η κλινική σημασία των υποκλινικών λεμφαδενικών μεταστάσεων **β)** η δυνατότητα προεγχειρητικής – διεγχειρητικής διάγνωσης. **γ)** ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου. **δ)** η ενδεχόμενη

θεραπεία με Τ131 **ε)** η επίπτωση στα επίπεδα Tg **στ)** η ανάγκη επανεπέμβασης **ζ)** Οι επιπλοκές που απορρέουν από την εφαρμογή του. Τα δεδομένα που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι τα κάτωθι: **α)** το 1/3 των ασθενών με διαφοροποιημένο Ca θυρεοειδούς εμφανίζει λεμφαδενικές μεταστάσεις κατά τη διάγνωση **β)** υψηλό ποσοστό (50%–60%) των N0 ασθενών εμφανίζει μικρομεταστάσεις **γ)** οι λεμφαδενικές μεταστάσεις σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της νόσου **δ)** ποσοστό διηθημένων λεμφαδένων >40% θεωρείται ανεξάρτητος παράγων υποτροπής (τουλάχιστον 8 λεμφαδένες στο παρασκεύασμα). Οι παράγοντες κινδύνου ύπαρξης λεμφαδενικών μεταστάσεων που δικαιολογούν τον πΚΛΚΤ είναι οι ακόλουθοι: **α)** ηλικία>45 **β)** άρρενες **γ)** όγκος >1 cm **δ)** πολυεστιακή εντόπιση **ε)** διήθηση κάψας **στ)** διήθηση αγγείων-λεμφαγγείων **ζ)** επιθετικοί υπότυποι **στ)** Μετάλλαξη BRAF V600E. Βιβλιογραφικά έχει προταθεί ότι η εφαρμογή του πΚΛΚΤ οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής (σε σύγκριση με την ολική θυρεοειδεκτομή) σε μεγάλες σειρές ασθενών, και ότι ο πΚΛΚΤ οδηγεί σε παράταση του διαστήματος ελεύθερου από νόσο σε ασθενείς με θηλώδη καρκίνο. Αναμφίβολη είναι επίσης η συμβολή του στην ακριβέστερη σταδιοποίηση της νόσου και συνεπακόλουθα στη χρήση ή μη RAI, μειώνει μάλιστα το ποσοστό των ασθενών που θα χρειαστούν RAI έως και 50%. Η εφαρμογή του οδηγεί σε σημαντική μείωση των επιπέδων Tg (συγκριτικά με την ολική θυρεοειδεκτομή μόνο). Όσον αφορά την επανεπέμβαση σε περίπτωση μεταγενέστερης διήθησης των λεμφαδένων είναι γνωστό ότι συνεπάγεται υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών. Ο πΚΛΚΤ οδηγεί σε μείωση του αριθμού των ασθενών που θα χρειάζονταν επανεπέμβαση. Όσον αφορά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές αναμφίβολα εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό παροδικής αλλά όχι μόνιμης υπασβεστιαιμίας, έως 35% και 5% αντίστοιχα, ενώ όσον αφορά την κάκωση του κάτω λαρυγγικού νεύρου (ΚΛΝ) δεν υπάρχει διαφορά με την ολική θυρεοειδεκτομή σε κέντρα υψηλού όγκου ασθενών. Τελευταία συζητείται η εφαρμογή του ετερόπλευρου, σύστοιχου με τον όγκο πΚΛΚΤ ή επΠΚΛΚΤ με ταχεία βιοψία και επί διαπίστωσης διηθημένων λεμφαδενικών μεταστάσεων ολοκλήρωση του πΚΛΚΤ στην άλλη πλευρά, με προφανή μείωση του ποσοστού μόνιμου και παροδικού υποπαραθυρεοειδισμού. **Συμπερασματικά: α)** υπάρχει έλλειψη Level of evidence ως προς τα οφέλη του πΚΛΚΤ, **β)** για την επίτευξη του χρειάζεται μελέτη με 6 000 ασθενείς και κόστος 20 000 000 δολάρια, **γ)** ο πΚΛΚΤ είναι ασφαλής ογκολογική επέμβαση μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα υψηλού όγκου, η

ευρύτερη εφαρμογή της οποίας μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαφοροποιημένο θυρεοειδικό καρκίνο δ) αναμφίβολα τα αυξημένα ποσοστά υποπαραθυρεοειδισμού αποτελούν σημαντικό πεδίο προβληματισμού.

Λέξεις κλειδιά: Θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, λεμφαδενικός καθαρισμός, υποπαραθυρεοειδισμός.

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ - ΟΧΙ

Δημήτριος Μαγγανάς
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Χειρουργικό Τμήμα και Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977212784
E-mail: dmanganas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο διαφοροποιημένος καρκίνος του θυρεοειδή διαγιγνώσκεται όλο και σε πρωϊμότερα στάδια με αποτέλεσμα να απαιτείται όλο και λιγότερο επιθετική θεραπεία. Ωστόσο όταν συμπεριλαμβάνονται όλοι οι ιστολογικοί τύποι το 20% των ασθενών βρίσκονται σε κίνδυνο τοπικοπεριοχικής υποτροπής στους λεμφαδένες ή ακόμα και σε κίνδυνο θανάτου από το νεόπλασμα. Η παρουσία μικρομεταστάσεων τόσο στους κεντρικούς όσο και τους πλάγιους λεμφαδένες του τραχήλου ανευρίσκεται στο 80% των ασθενών με καρκίνο θυρεοειδούς, ιδιαίτερα στους νεότερους σε ηλικία από αυτούς. Είναι πλέον αποδεκτό ότι ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός ελαττώνει την τοπική υποτροπή, βελτιώνει το διάστημα της επιβίωσης χωρίς νόσο και αυξάνει τον αριθμό των ασθενών με μη ανιχνεύσιμα επίπεδα θυρεοσφαιρίνης μετεγχειρητικά. Επιπλέον μπορεί να επιτύχει καλύτερη σταδιοποίηση των ασθενών και να επηρεάσει την απόφαση για μετεγχειρητική χορήγηση I^{131}. Η παρουσία μικρομεταστάσεων δε φαίνεται να επηρεάζει τη κλινική πορεία των ασθενών, πιθανώς λόγω της μετεγχειρητικής χορηγήσεως ραδιενεργού ιωδίου, της χορηγήσεως θεραπείας καταστολής της TSH και της καλοήθους διαδρομής της νόσου, ενώ η νοσηρότητα του προφυλακτικού λεμφαδενικού καθαρισμού είναι σημαντική: συχνότητα μόνιμου υποπαραθυρεοειδισμού 0–14,3%, και μόνιμης κάκωσης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου 0-5,7%, ειδικά όταν οι επεμβάσεις αυτές πραγματοποιούνται από χειρουργούς με περιορισμένη εμπειρία ενώ η επανεπέμβαση για λεμφαδενικό καθαρισμό σε ασθενείς που υποβλήθηκαν αρχικά μόνο σε

θυρεοειδεκτομή δε συνοδεύεται από ιδιαίτερα αυξημένη νοσηρότητα. Δυστυχώς επειδή δεν έχουν αναπτυχθεί προς το παρόν μέθοδοι που μπορούν έγκυρα να προβλέψουν την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων, τόσο προεγχειρητικά όσο και διεγχειρητικά, και το I^{131} αποτυγχάνει να ελέγξει μετεγχειρητικά τις λεμφαδενικές υποτροπές στο 30% των ασθενών, εξακολουθεί να υπάρχει διχογνωμία για το θέμα αυτό μεταξύ των χειρουργών ενδοκρινών αδένων. Επιπλέον η διενέργεια προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών είναι εξαιρετικά δύσκολή λόγω του υψηλού αριθμού των ασθενών που απαιτούνται και σε μελλοντικές μελέτες πρέπει να περιληφθεί και η καινούργια ενδιαφέρουσα τάση του προφυλακτικού ετερόπλευρου λεμφαδενικού καθαρισμού. Προς το παρόν σε αντίθεση με τους ασθενείς υψηλού κινδύνου (άνδρες ασθενείς άνω των 45 ετών, T>3cm, BRAF+), σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες στους οποίους πρόκειται πιθανά να χορηγηθεί μετεγχειρητικά I^{131}, **ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός δε συνιστάται.**

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος θυρεοειδή, λεμφαδενικός καθαρισμός, προφυλακτικός.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι Εντέρου (ΙΦΝΕ): Διεπιστημονική προσέγγιση

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χρηστίνα Καρβουνιάρη
Νοσηλεύτρια ΤΕ,
Β' και Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976709389
Email: christi.nurse@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Ι.Φ.Ν.Ε. αποτελούν χρόνιες παθήσεις αγνώστου αιτίας, που οφείλονται σε διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Παρουσιάζονται σε ασθενείς με γενετική προδιάθεση, όταν αυτοί εκτίθενται στην επίδραση των κατάλληλων μέχρι σήμερα αγνώστων περιβαντολλογικών παραγόντων. Η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτιδα και η αταξινόμητη κολίτιδα ανήκουν στην ομάδα αυτών των φλεγμονωδών διαταραχών του εντέρου. Οι ΙΦΝΕ προσβάλλουν κυρίως το πεπτικό σύστημα, καθώς και εξωτερικούς ιστούς και όργανα.Χαρακτηρίζονται από εξάρσεις, υφέσεις ή χρόνια δραστηριότητα, με σημαντικές επιπλοκές για την ζωή των ασθενών. Σε μεγάλο ποσοστό μελετών παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης των Ι.Φ.Ν.Ε. με την πάροδο του χρόνου, με την διάγνωση της να γίνεται στις 2- 3 πρώτες δεκαετίες της ζωής των ασθενών. Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου που προσβάλλει το ορθό και επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού. Ταξινομείται με βάση την έκταση (κατά Montreal), την ηλικία, την βαρύτητα της νόσου (κατά Trulove and Witts) και την ενδοσκόπηση (κατά Mayo). Τα κλινικά χαρακτηριστικά της είναι βλεννοαιματηρές χρόνιες κενώσεις, τεινεσμός, έπειξη προς αφόδευση, ακράτεια κοπράνων καθώς και

συστηματικά συμπτώματα. Μικροσκοπικά οι αλλοιώσεις αφορούν τον βλεννογόνο κυρίως, που παρουσιάζεται εξέρυθρος, οιδηματώδης με πολύποδες και αποστημάτια. Εν αντιθέσει η νόσος του Crohn είναι χρόνια ιδιοπαθής νόσος που προσβάλλει το λεπτό έντερο , το παχύ έντερο καθώς και άλλα μέρη της γαστρεντερικής οδού. Στις πλείστες περιπτώσεις προσβάλλει το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου. Η νόσος ταξινομείται σύμφωνα με την ηλικία, την εντόπιση, την συμπεριφορά (κατά Montreal), καθώς επίσης και με βάση την κλινική της δραστηριότητα. Χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, διαρροϊκές κενώσεις περισσότερο από 4 εβδομάδες και συστηματικά συμπτώματα. Μικροσκοπικά παρουσιάζεται διατοιχωματική φλεγμονή με ασυνέχεια βλαβών, με συραγγώδεις σχηματισμούς και κοκκιώματα, ενώ μακροσκοπικά παρατηρούνται βαθιά έλκη με συρίγγια, αποστημάτια και εικόνα πλακόστρωτου. Τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στην νόσο του Crohn εμφανίζονται εξωεντερικές εκδηλώσεις (δέρμα, αρθρώσεις, οφθαλμοί, ήπαρ κ.α.) που αρκετές φορές συνυπάρχουν ή αποτελούν την πρώιμη εκδήλωση της νόσου. Εν κατακλείδι οι Ι.Φ.Ν.Ε., ως χρόνιες νοσολογικές οντότητες, επηρεάζουν την σωματική, ψυχική και κοινωνική συμπεριφορά των ασθενών που ζητούν να τους δοθεί πίσω η ζωή τους, κάτι βέβαια που δεν είναι εφικτό. Συνεπώς θέτοντας αποτελεσματικούς θεραπευτικούς στόχους, μπορούμε να θέσουμε την νόσο υπό έλεγχο, ώστε να πετύχουμε και να διατηρήσουμε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση χωρίς κορτικοειδή, προλαμβάνονας τις επιπλοκές, την ανικανότητα και προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, αταξινόμητη κολίτιδα.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Ευθαλία Αδάμου

Νοσηλεύτρια MSc, Προϊσταμένη της Γαστρεντερολογικής Κλινικής,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973033123

E-mail: efiadamou67@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τουλάχιστον 4 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), που αποτελούν χρόνιες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος και μέχρι σήμερα δεν μπορούν να θεραπευτούν πλήρως. Σε αυτά τα νοσήματα ανήκουν η Νόσος του Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα. Η θεραπευτική τους προσέγγιση έχει ακολουθήσει πολλά στάδια εξέλιξης τα τελευταία εξήντα περίπου χρόνια. Ξεκινώντας με τη σουλφασαλαζίνη τη δεκαετία του 40, τη δεκαετία του 50 με τα κορτικοστεροειδή (κορτιζόνη), έπειτα τη δεκαετία του 80 με τα ανοσοκατασταλτικά/ανοσοτροποποιητικά φάρμακα (αζαθειοπρίνη AZA, 6-μερκαπτοπουρίνη 6-MP και η κυκλοσπορίνη A CyA), τη δεκαετία του 90 με τη μεθοτρεξάτη (MTX) και τις τελευταίες δύο δεκαετίες με τους βιολογικούς παράγοντες. Οι βιολογικοί παράγοντες είναι ουσίες που παράγονται φυσιολογικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Στη θεραπεία των ΙΦΝΕ οι βιολογικοί παράγοντες συντίθενται στο εργαστήριο, αποτελούνται από ειδικά αντισώματα έναντι του παράγοντα νέκρωσης των όγκων (anti-TNFa) και χορηγούνται παρεντερικά στους ασθενείς. Οι θεραπευτικοί στόχοι των νεότερων βιολογικών θεραπειών είναι: α) η ταχεία και ασφαλής επαγωγή της ύφεσης της νόσου με στόχο την απουσία φλεγμονώδους συμπτωματολογίας, ομαλοποίηση εργαστηριακών τιμών, η επούλωση του εντέρου και η ευεξία του ασθενούς, β) η διατήρηση της ύφεσης χωρίς τη χρήση στεροειδών, γ) η αναστροφή καθυστέρησης ανάπτυξης και κακής θρέψης και δ) η αποφυγή επιπλοκών που

σχετίζονται τόσο με τη νόσο όσο και με τα φάρμακα. Η επιλογή του κατάλληλου βιολογικού παράγοντα εξαρτάται κυρίως από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, της νόσου αλλά και του παρόχου υγείας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και απαιτείται προληπτικός έλεγχος πριν την έναρξη της θεραπείας. Οι θεραπείες χορηγούνται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο με τον κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Ο τρόπος χορήγησης ακολουθεί αυστηρά πρωτόκολλα ανάλογα με το σκεύασμα σε κάθε περίπτωση. Η διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ, που λαμβάνουν βιολογικές θεραπείες, απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα. Σε αυτήν την ομάδα σημαντικός είναι ο ρόλος του εκπαιδευμένου νοσηλευτή, γνωστός με τον αγγλικό όρο “IBD nurse” και είναι αυτός ο νοσηλευτής που ασχολείται με τη θεραπεία ασθενών με ΙΦΝΕ με βιολογικούς παράγοντες, που έχει ολοκληρώσει μια συγκεκριμένη εκπαίδευση στις βιολογικές θεραπείες και στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση τους. Έχει καθορισμένο ρόλο στη θεραπευτική ομάδα που ξεκινάει από τη φάση προ - θεραπείας, ακολουθεί η θεραπεία και ολοκληρώνεται με την επανεκτίμηση του ασθενούς. Η σωστή επιλογή ασθενών που πρόκειται να λάβουν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες καθώς και η συστηματική παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό σε κατάλληλα οργανωμένο χώρο αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την ασφαλή χορήγηση της θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ), βιολογική θεραπεία, διαχείριση, νοσηλευτική, IBD nurse.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

Ελένη Βιέννα
Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Ενδοσκοπική Μονάδα,
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937085535
E-mail: elenivienna@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αφορούν το 0,3% του πληθυσμού και εκδηλώνονται με συμπτωματολογία κατά κανόνα από τον πεπτικό σωλήνα. Επομένως η ενδοσκόπηση κατέχει σημαντική θέση στο χειρισμό των ασθενών με ΙΦΝΕ (ελκώδης κολίτιδα – νόσο Crohn). Ο μη ειδικός χαρακτήρας των συμπτωμάτων καθιστά την ενδοσκόπηση τον ακρογωνιαίο λίθο για τη διαγνωστική προσέγγιση, την διάκριση μεταξύ ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn αλλά και τον καθορισμό της έκτασης και εν μέρει της βαρύτητας της νόσου. Από την στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση, οι πληροφορίες που προσφέρει η ενδοσκόπηση θα καθορίσουν σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, το είδος και τις μεταβολές της θεραπείας.Το παχύ έντερο και ο τελικός ειλεός είναι τα συχνότερα σημεία εντόπισης των ΙΦΝΕ. Επομένως η κολονοσκόπηση αποτελεί το κύριο εργαλείο διάγνωσης. Επιτρέπει όχι μόνο την άμεση απεικόνιση του εντέρου και του τελικού ειλεού αλλά και την λήψη των απαραίτητων βιοψιών. Η ειλεο-κολονοσκόπηση και σιγμοειδοσκόπηση χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της νόσου, η οποία με την σειρά της συμβάλλει στην βελτιστοποίηση της διαχείρισης.Καθώς οι ενδοσκοπικές τεχνικές προχώρησαν νέα εργαλεία προστέθηκαν στην διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η εντεροσκόπηση με κάψουλα έχει εξελιχθεί σε μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο για την απεικόνιση του λεπτού εντέρου και είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να προσφέρει με ακρίβεια διαγνωστικά δεδομένα. Είναι λιγότερο επεμβατική αλλά καλύτερα ανεκτή και πολύ ευαίσθητη στην ανίχνευση πρώιμων βλαβών του βλεννογόνου σε σύγκριση με ακτινολογικές εξετάσεις

(CT- MRI εντερογραφία). Η εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού συμπληρώνει την ενδοσκόπηση με κάψουλα, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση είναι αβέβαιη, και επιτρέπει μια πληρέστερη αξιολόγηση του λεπτού εντέρου σε σχέση με την απλή εντεροσκόπηση. Επιπρόσθετα επιτρέπει θεραπευτικές παρεμβάσεις (αιμόσταση, διαστολή στενώσεων, ανάκτηση ξένων σωμάτων). Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η ενδοσκοπική παρακολούθηση ασθενών με πολυετή και εκτεταμένη νόσο θεωρείται επιβεβλημένη για την έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών. Στην εποχή των ενδοσκοπίων υψηλής ευκρίνειας και της χρωμοενδοσκόπησης οι περισσότερες δυσπλασίες που σχετίζονται με την ΙΦΝΕ είναι ενδοσκοπικά αναγνωρίσιμες και επιτρέπουν την στοχευμένη λήψη βιοψιών. Ο ρόλος της ενδοσκόπησης έχει προχωρήσει πέρα από αυτόν της ανίχνευσης και επιτήρησης της νόσου. Οι νέες τεχνολογίες και τεχνικές επιτρέπουν την ενδοσκοπική αντιμετώπιση των επιπλοκών. Έτσι η ενδοσκοπική διαστολή με μπαλόνι έχουν γίνει αναπόσπαστο μέρος του θεραπευτικού οπλοστασίου της διαχείρισης των στενώσεων. Τέλος η εφαρμογή του ενδοσκοπικού υπερήχου (EUS) έχει διευρύνει τον ορίζοντα στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των περιπρωκτικών συρριγγίων.

Λέξεις κλειδιά: Ελκώδη κολίτιδα, νόσος Crohn, κολονοσκόπηση, κάψουλα λεπτού εντέρου, εντεροσκόπηση.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ

Αύρα Αλμπέρτη[1], Ζωή Μπουλούμπαση[2]

[1,2]Κλινική Διαιτολόγος, Τμήμα Κλινικής Διατροφής,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Αλμπέρτη

Τηλ.: 6946395189

E-mail: aalmperti@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος Crohn (ΝC) και η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ), γνωστά και ως «ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ)», χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή του εντέρου. Η επίπτωση τους αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο και επηρεάζει παιδιά και ενήλικες. Μελέτες δείχνουν ότι το 15-20% των ασθενών είναι διαγνωσμένοι από την παιδική ηλικία. Τα ΙΦΝΕ σχετίζονται συχνά με δυσθρεψία, η οποία αιτιολογείται από την ανορεξία, την κακή απορρόφηση, τις αυξημένες απώλειες και την αυξημένη ενεργειακή δαπάνη. Ο υποσιτισμός μπορεί να συμβεί σε ενήλικες και σε παιδιά, κυρίως σε ΝC και λιγότερο σε ΕΚ και κυρίως στη φάση έξαρσης. Η τακτική αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης είναι σημαντική για τη θεραπεία των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η διατροφική φροντίδα πρέπει να είναι εξατομικευμένη, δηλαδή να προσαρμόζεται ανάλογα τις εκάστοτε ανάγκες, λαμβάνοντας υπόψη αν η νόσος είναι σε έξαρση ή ύφεση, το σημείο προσβολής της νόσου, την κατάσταση του ασθενούς και τυχόν επιπλοκές που έχουν παρουσιαστεί. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών πιθανόν να χρειαστεί διατροφική υποστήριξη με εντερική ή παρεντερική διατροφή για κάποια χρονική περίοδο. Η παρεντερική σίτιση δίνεται όταν η εντερική σίτιση αντενδείκνυται. Η εντερική σίτιση δίνεται θεραπευτικά σε παιδιά με νόσο Crohn αλλά δεν υποστηρίζεται στην ελκώδη κολίτιδα. Οι δίαιτες αποκλεισμού δε υποστηρίζονται καθώς δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες. Η διατροφική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία των ασθενών με ΙΦΝΕ και περιλαμβάνει τη θεραπεία της δυσθρεψίας και των ανεπαρκειών,

την πρόληψη της οστεοπόρωσης και στα παιδιά στοχεύει να προάγει την φυσιολογική ανάπτυξη.

Λέξεις κλειδιά: ΙΦΝΕ, διατροφή, δυσθρεψία.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΦΝΕ - ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Αγγελική Σαρρή
Ψυχολόγος, Ψυχιατρική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932439743
E-mail: aggelikisarri@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ΙΦΝΕ είναι ασθένειες που δεν επηρεάζουν μόνο το σώμα αλλά και την ψυχολογία του ατόμου που νοσεί. Προκαλούν μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις τις οποίες το άτομο καλείται να διαχειριστεί σε βάθος χρόνου, γεγονός που επιδρά στην καθημερινή του λειτουργικότητα. Οι ΙΦΝΕ εξηγούνται με βάση την αλληλεπίδραση της βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής διάστασης, δεδομένα που είναι διαφορετικά για κάθε άνθρωπο, αφού ο καθένας είναι μια διαφορετική προσωπικότητα που αντιδρά με ξεχωριστό τρόπο στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Συχνά παρατηρείται συννοσηρότητα των ΙΦΝΕ με ψυχιατρικές νόσους, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και σωματόμορφες διαταραχές. Αρχικά, κυρίως όταν τίθεται η διάγνωση, το άτομο μπορεί να αντιδράσει με θυμό, να παρουσιάσει σημάδια αποφυγής και άρνησης σχετικά με τη νόσο, να βιώσει μια αίσθηση απώλειας και πένθους, προκειμένου να διαχειριστεί την πραγματικότητά του. Επίσης κυριαρχεί ο φόβος, το άγχος και η αμηχανία, καθώς η νόσος είναι απρόβλεπτη και πολλές φορές υπάρχει δυσκολία στη ρύθμιση της καθημερινότητας. Συνίσταται ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, ατομική ή ομαδική, βραχείας ή μακρόχρονης διάρκειας. Η θεραπεία με βάση τον σεβασμό, την ενσυναίσθηση, την γνησιότητα και την αποδοχή του ατόμου, αναλύει το πρόβλημα, τις ανάγκες, τον πόνο και τα αδιέξοδα στα οποία βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Στόχος της όποιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι να καταφέρει ο ασθενής να εκφράσει τις σκέψεις, τα συναισθήματά του, τις αντιδράσεις του μέσα σ' ένα σταθερό και ασφαλές

ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο. Η έκφραση, η αποδοχή και η κατανόηση οδηγούν στην αυτογνωσία και σε μια σταδιακή αλλαγή σε πιο λειτουργικές συμπεριφορές τόσο σε ατομικό επίπεδο, στις διαπροσωπικές σχέσεις, όσο και στο κοινωνικο-εργασιακό περιβάλλον του ατόμου. Τέλος, σημαντική είναι η καλλιέργεια και η ενδυνάμωση των θετικών συναισθημάτων τα οποία βοηθούν στην καλύτερη αντιμετώπιση των στρεσογόνων ερεθισμάτων και στη διαχείριση των αρνητικών εμπειριών. Τα θετικά συναισθήματα διευρύνουν την αντίληψη, επεκτείνουν τις δραστηριότητες, ενδυναμώνουν τα σωματικά, νοητικά και κοινωνικά αποθέματα του ατόμου, με αποτέλεσμα να επιδρούν θετικά στην ψυχολογία και την υγεία. Επίσης συνίσταται η εφαρμογή θετικών πρακτικών υγείας όπως, η χαλάρωση, ο ύπνος, η άσκηση και η σωστή διατροφή.
Λέξεις κλειδιά: Επιπτώσεις, ψυχολογία, θεραπευτικές παρεμβάσεις, θετικά συναισθήματα.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σταύρος Θεολόγου[1], Νεκταρία Μιχοπάνου[2], Ευστράτιος Πατσατζής[3], Βασιλική Παπαγιαννάκη[4], Ελένη Ισχάκη[5], Σπυρίδων Μεντζελόπουλος[6], Χρήστος Χαρίτος[7], Σπυρίδων Ζακυνθινός[8]

[1]Νοσηλευτής ΤΕ, Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, [2]Νοσηλεύτρια ΠΕ, Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, [3]Νοσηλευτής ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 2, [4]Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Καρδιοχειρουργική Κλινική [5]Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, [6]Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, [7]Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, [8]Καθηγητής, Διευθυντής Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας Ε.Κ.Π.Α. Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Σ. Θεολόγου
Τηλ.: 6972006052, 2107600319, 2132043460,
E-mail: cruxtheol@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά από μία καρδιοχειρουργική επέμβαση οι αναπνευστικές επιπλοκές είναι αναμενόμενο φαινόμενο (3%-89%) που παρατηρείται στους ασθενείς. Οι παράγοντες που συντελούν στις επιπλοκές είναι: α) η διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, β) η μεγάλη ηλικία, γ) η προϋπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια και αναπνευστική νόσος, δ) οι διεγχειρητικοί χειρισμοί κατά την αποκάλυψη της έσω μαστικής αρτηρίας, ε) ενδεχόμενη βλάβη του φρενικού νεύρου.Η υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια είναι επιπλοκή

στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς που μέχρι πρόσφατα αντιμετωπιζόταν κυρίως με συμβατικές μορφές οξυγονοθεραπείας (συσκευές χαμηλής και υψηλής ροής (ρινική κάνουλα & μάσκα Venturi αντίστοιχα). Σε μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία χρόνια έχει πλέον καταδειχθεί ότι η χορήγηση υψηλής ροής θερμού, εφυγρασμένου οξυγόνου (Nasal Cannula High Flow Oxygenation, NHFO) επιτυγχάνει: α) θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς κυρίως κατά την εκπνοή λόγω των υψηλών χορηγούμενων ροών που αντιτίθενται στην εκπνευστική ροή του ασθενή καθώς και β) μείωση του νεκρού ανατομικού χώρου που οδηγεί σε αποτελεσματικότερο κυψελιδικό αερισμό . Επίσης, επιτυγχάνει γ) μειωμένη πρόσμιξη του χορηγούμενου οξυγόνου με τον ατμοσφαιρικό αέρα και άρα υψηλότερη και πιο σταθερή τιμή κορεσμού FiO2 καθώς και δ) διατήρηση της ακεραιότητας του τραχειοβρογχικού βλεννογόνου, βελτίωση της βλεννοκροσσωτής λειτουργίας και της αποβολής των εκκρίσεων. Επίσης, σε πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν καθώς και σε μετα-αναλύσεις έχει καταδειχθεί ότι η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας μειώνει την ανάγκη για αναπνευστική υποστήριξη, την συχνότητα επαναδιασωλήνωσης καθώς και την θνητότητα συνολικά των ασθενών. Επίσης παρατηρείται βελτίωση της ανταλλαγής των αερίων, βελτίωση της μηχανικής του αναπνευστικού συστήματος και μείωση της αναπνευστικής συχνότητας που μεταφράζεται σε μεγαλύτερη άνεση και μικρότερη υποκειμενική αίσθηση δύσπνοιας. Η θεραπεία NHFO είναι απλή και εύκολη στη χρήση της και μπορεί να εφαρμόζεται άνετα από τους νοσηλευτές βάσει ιατρικής οδηγίας όταν ενδείκνυται χορήγηση οξυγονοθεραπείας για την αντιμετώπιση της υποξυγοναιμίας και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σε πρόσφατη μελέτη του εξωτερικού επίσης καταδείχθηκε η επιτυχής χρήση του NHFO από τους νοσηλευτές σε κλινικές καθώς μειώνει την ανάγκη για ζήτηση κλινών ΜΕΘ, μειώνει τον ενδονοσοκομειακό χρόνο νοσηλείας και ακολούθως συμβάλει στην εξοικονόμηση κόστους νοσηλείας των ασθενών. Με βάση όλα τα παραπάνω δεδομένα πραγματοποιείται προοπτική, μη τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη σε ασθενείς που αποσωληνώνονται μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση σε μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αθήνας. Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης είναι η εκτίμηση της επιτυχίας της εφαρμογής του NHFO έναντι της συμβατικής μορφής οξυγονοθεραπείας, αμέσως μετά την αποσωλήνωση ασθενών. Η θεραπεία θα ορίζεται επιτυχής στον βαθμό που δε χρειάζεται να γίνει αναβάθμιση της οξυγονοθεραπείας ή να πραγματοποιηθεί επαναδιασωλήνωση του ασθενούς. Ο πληθυσμός της μελέτης

περιέλαβε μέχρι στιγμής 45 ασθενείς, χωρισμένους σε 3 ομάδες: στην 1η ομάδα εντάχθηκαν 19 ασθενείς με NHFO και παραμέτρους FiO2=60%, ροή=60L/min, στην 2η ομάδα μελέτης εντάχθηκαν 26 ασθενείς με NHFO, FiO2=60%, ροή=40L/min και στην 3η ομάδα (ομάδα ελέγχου) εντάχθηκαν 15 ασθενείς με μάσκα Ventouri, FiO2=60% και ροή=15L/min. Μέχρι σήμερα στους 39 από τους 45 ασθενείς των ομάδων μελέτης αποφεύχθηκε η επαναδιασωλήνωση, ενώ στους 30 από τους 45 δεν χρειάστηκε να γίνει αναβάθμιση της θεραπείας. Αντιστοίχως, στους 9 από τους 15 ασθενείς της ομάδας ελέγχου χρειάστηκε να γίνει αναβάθμιση της συμβατικής οξυγονοθεραπείας καθώς και σε 1 ασθενή έγινε επαναδιασωλήνωση. Με αυτά τα πρώτα αποτελέσματα η οξυγονοθεραπεία υψηλής ροής (NHFO) φαίνεται να παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με την κλασσική οξυγονοθεραπεία, λόγω μικρότερης συχνότητας αναβάθμισης της θεραπείας οδηγώντας στην ταχύτερη αποδέσμευση του ασθενούς από υψηλό μείγμα χορηγούμενου οξυγόνου. Το θετικό επίσης κεκτημένο είναι ότι μπορούν να χειρίζονται τη θεραπεία οι νοσηλευτές τιτλοποιώντας το χορηγούμενο οξυγόνο σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και με βάση τον βαθμό υποξυγοναιμίας του ασθενούς. Μεγαλύτερο δείγμα της μελέτης που είναι σε εξέλιξη καθώς και η επαρκής χρήση της στο μέλλον από τους νοσηλευτές, μέσα από ταχύρρυθμη εκπαίδευση, θα πιστοποιήσουν τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας για την αντιμετώπιση της υποξυγοναιμίας.

Λέξεις κλειδιά: Ρινική κάνουλα υψηλής ροής οξυγόνωσης, υποξυγοναιμία, καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Αφροδίτη Καρύδα
Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογικό Εργαστήριο
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6947272256
E-mail: a.karidaevag@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Καταστροφικό Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΚΑΦΣ) αποτελεί σπάνια μορφή του Αντιφωσφολιπιδικού Συνδρόμου (ΑΦΣ) με συχνότητα<1% και μεγάλη θνητότητα. Χαρακτηρίζεται είτε από ταχύτατα επαναλαμβανόμενες θρομβώσεις μικρών αγγείων σε ασυνήθη όργανα ή/και υποτροπιάζουσες θρομβώσεις μεγάλων αγγείων. Το ΚΑΦΣ φαίνεται να είναι πρωτοπαθής αυτοάνοσος κατάσταση στο 40% των περιπτώσεων, ενώ στο 60% κάποιο εκλυτικό αίτιο φαίνεται να πυροδοτεί την έναρξή του (λοίμωξη, τραύμα κλπ). Στον ορό των ασθενών ανευρίσκεται πολύ υψηλός τίτλος αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (ΑΦΑ) που συχνά συνοδεύεται από βαριά αυτοάνοση διαταραχή όπως θρομβοπενία ή μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία. Η ιστική νέκρωση, επακόλουθο των πολλαπλών θρομβώσεων, απελευθερώνει μεγάλες ποσότητες κυτταροκινών και TNFπου πυροδοτεί την εμφάνιση του συνδρόμου συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης (SIRS) με κύρια εκδήλωση το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Οι μηχανισμοί με τους οποίους δρουν τα ΑΦΑ στο ΚΑΦΣ περιλαμβάνουν την κυτταρική ενεργοποίηση του ενδοθηλίου των αγγείων, των μονοπυρήνων και των αιμοπεταλίων, την αναστολή φυσικών ανασταλτών της πήξης όπως η πρωτεΐνη Cκαι η αννεξίνη Α5, την αναστολή της ινωδόλυσης μέσω της αναστολής του tPA και την ενεργοποίηση του

συμπληρώματος. Το ΚΑΦΣ προτιμά τις γυναίκες (70,8%) έναντι των ανδρών (29,2%) με μέση ηλικία εμφάνισης τα 37±14 έτη, μετά από πρωτοπαθές ΑΦΣ(47%) ή σε έδαφος ΣΕΛ(41%). Σπάνια εμφανίζεται εν αιθρία ως de novo ΚΑΦΣ. Οι κλινικές εκδηλώσεις εξαρτώνται από τα όργανα που προσβάλλονται, από την έκταση των θρομβώσεων και την εκδήλωση SIRS. Χαρακτηριστικά είναι οι θρομβώσεις μικρών αγγείων σε ασυνήθη όργανα (όρχεις, ωοθήκες, μήτρα), η υψηλή συχνότητα ARDS, τα κοιλιακά άλγη λόγω θρομβώσεων στην κοιλιά και η πρώιμη απώλεια συνείδησης. Στον ορό των ασθενών ανευρίσκονται υψηλοί τίτλοι ACA (83%), θετικό αντιπηκτικό λύκου (82%), αντιπυρηνικά αντισώματα (66%), θρομβοπενία (46%), αιμολυτική αναιμία (35%), σχιστοκύτταρα (16%), εργαστηριακά ευρήματα ΔΕΠ (20%). Κατά τον παθολογοανατομικό έλεγχο των πασχόντων ιστών και οργάνων ανευρίσκεται εικόνα οξείας θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Βέβαιο ΚΑΦΣ έχουμε όταν πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:α)προσβολή>3 οργάνων ή συστημάτων, β) ανάπτυξη του συνδρόμου σε < 1 εβδομάδα, γ) παθολογοανατομική επιβεβαίωση της θρόμβωσης και δ) εργαστηριακή επιβεβαίωση της παρουσίας ΑΦΑ 2 φορές σε μεσοδιάστημα 6 εβδομάδων. Σε περίπτωση πλήρωσης των 3 από τα 4 κριτήρια η παρουσία ΚΑΦΣ είναι πιθανή. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τη HIT, τη ΔΕΠ και τις θρομβωτικέςμικροαγγειοπάθειες όπως η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (TTP) το ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο (HUS) και το σύνδρομο HELPPκατά την εγκυμοσύνη. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΑΦΣ περιλαμβάνει προφυλακτική αγωγή όπως την έγκαιρη και ριζική θεραπεία κάθε λοίμωξης και την αντιπηκτική προφύλαξη με LMWH κατά περίπτωση, νοσηλεία των ασθενών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας, ενώ η ειδική θεραπεία εκλογής περιλαμβάνει I.V. χορήγηση ηπαρίνης και κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό με πλασμαφαίρεση με ή χωρίς έγχυση γ-σφαιρινών. Η πρόγνωση του ΚΑΦΣ είναι κακή με θνητότητα περίπου 50%. Τα συχνότερα αίτια θανάτου είναι οι εγκεφαλικές και καρδιακές επιπλοκές, οι λοιμώξεις, η πολυοργανική ανεπάρκεια, το ARDS, η ηπατική ανεπάρκεια και η οξεία κοιλία.

Λέξεις κλειδιά: Αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα, SIRS, θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΑΣΗ

Αλέξανδρος Κουβαράκος, MSc,
Φυσικοθεραπευτής, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6946825135
E-mail: ale.kouvarakos@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι η τρίτη αιτία θανάτου και η πρώτη αιτία αναπηρίας των ενηλίκων στις δυτικές κοινωνίες. Συνιστούν ένα σύνδρομο με αυξανόμενη επίπτωση και υψηλό επιπολασμό, περίπου σε 300 άτομα ετησίως ανά 100000 πληθυσμού. Σε ανάλογα επίπεδα κυμαίνονται και τα ποσοστά σοβαρής ή λιγότερο σοβαρής αναπηρίας που θα αφήσει πίσω του το επεισόδιο αυτό ανάμεσα στους επιζήσαντες ασθενείς.

Η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση πρέπει να είναι άμεση και χωρίζεται σε δύο φάσεις:

Α) Στην οξεία φάση του ΑΕΕ η οποία ξεκινάει με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, είτε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είτε σε απλό θάλαμο και τελειώνει στο σημείο εκείνο οπού ο ασθενής έχει περάσει το κρίσιμο στάδιο όπου ακόμα απειλείται η ζωή του. Σε αυτό το στάδιο η παρέμβαση εστιάζεται στην πρόληψη των επιπλοκών της κατάκλισης τόσο στο αναπνευστικό όσο και στο μυοσκελετικό σύστημα.

Β) Στην υποξεία φάση, όπου κυρίως αφορά στο στάδιο της αποκατάστασης όλων εκείνων των επιπλοκών σε λειτουργικό και νοητικό επίπεδο που θα αφήσει εν τέλει πίσω του το ΑΕΕ μέχρι την έξοδό του ασθενή από το νοσοκομείο.

Ανάλογα με τη φάση της ασθένειας που βρίσκεται ο ασθενής, η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση επιλέγεται από μία ευρεία γκάμα τεχνικών και πρακτικών μέσα από συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες βασίζονται σε έγκυρες κλινικές μελέτες και πρακτικές πολλών ετών.

Ο συνδυασμός μεγάλου ποσοστού εμφάνισης ΑΕΕ και των συνοδών λειτουργικών ελλειμμάτων αυτών, καθιστά την φυσικοθεραπευτική παρέμβαση αναπόσπαστο και ιδιαίτερα κρίσιμο στοιχείο της αποκατάστασης των ασθενών που θα προσβληθούν από αυτή την σύγχρονη μάστιγα. Ωστόσο χρειάζεται περαιτέρω έρευνα και συνεχής ανανέωση των κατευθυντήριων οδηγιών γύρω από τον τρόπο διαχείρισης των ασθενών αυτών.

Λέξεις κλειδιά: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φυσικοθεραπεία, οξεία φάση, υποξεία φάση.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Σύγχρονα Καρδιολογικά Θέματα -
Εξελίξεις Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου
Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα Α΄
και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041456
E-mail: kontriad@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) θεωρείται η κλασσική μέθοδος επαναγγείωσης για τη στεφανιαία νόσο στελέχους εδώ και πολλές δεκαετίες. Η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI), με τη συνεχή εξέλιξη των υλικών και της τεχνικής, καθώς και την άφιξη των φαρμακοεκλυόντων stents (DES), καθιερώθηκε σταδιακά σαν εναλλακτική μέθοδος επαναγγείωσης. Μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες που ολοκληρώθηκαν την προηγούμενη δεκαετία, με κύριο εκπρόσωπο τη μελέτη SYNTAX, σύγκριναν την PCI με 1^{ης} γενιάς DES έναντι της CABG και τη βρήκαν μη κατώτερη όσον αφορά το συνδυασμό σκληρών καταληκτικών κλινικών σημείων (θάνατο, μη θανατηφόρο έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο). Στο τέλος του 2016 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα δύο μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών σύγκρισης της CABG έναντι PCI με 2^{ης} γενιάς DES επί ασθενών με νόσου στελέχους. Στη μελέτη EXCEL τυχαιοποιήθηκαν 1905 ασθενείς και στα 3 έτη παρακολούθησης το συνδυαστικό πρωτογενές καταληκτικό σημείο (θάνατος, έμφραγμα, ή εγκεφαλικό επεισόδιο) σημειώθηκε με παρόμοια συχνότητα στις ομάδες CABG και PCI (14.7 έναντι 15.4%, p = 0.98). Σε προβλεπόμενη

υποανάλυση έκβασης από τις 30 ημέρες μετά την επέμβαση ως τα 3 έτη διαπιστώθηκαν ευνοϊκότερα αποτελέσματα με την CABG για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο (7.9 έναντι 11.5%, p = 0.02). Στη μελέτη NOBLE τυχαιοποιήθηκαν 1201 ασθενείς και σε ενδιάμεσο χρόνο παρακολούθησης 3.1 έτη το συνδυαστικό πρωτογενές καταληκτικό σημείο θανάτου, μη περι-επεμβατικού εμφράγματος μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου και επανάληψης επαναγγείωσης σημειώθηκε συχνότερα στην ομάδα της PCI έναντι της CABG (29% vs. 19%, p = 0.007). Μια πρόσφατη μετανάλυση τυχαιοποιημένων μελετών που σύγκριναν την PCI με την CABG συμπεριέλαβε μεταξύ άλλων 4478 ασθενείς με νόσο στελέχους για τους οποίους διαπιστώθηκαν παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά την ολική θνητότητα (PCI 10.7% έναντι CABG 10.5%, p = 0.52) στα 5 έτη παρακολούθησης. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ανάλυση υποομάδων ανάλογα με το SYNTAX score, αλλά διαπιστώθηκε μια τάση για καλύτερη επιβίωση με την CABG έναντι της PCI σε ασθενείς με υψηλό SYNTAX score. Τα αποτελέσματα των μελετών καθιερώνουν την PCI σαν αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο επαναγγείωσης για ασθενείς με νόσο στελέχους και χαμηλό ή ενδιάμεσο SYNTAX score. Η αντιμετώπιση της νόσου στελέχους με PCI εφαρμόζεται όλο και περισσότερο καθώς διανύουμε την τρέχουσα δεκαετία, ενώ τα τεχνικά βήματα της επέμβασης είναι πλέον τυποποιημένα και περιγράφονται αναλυτικά σε επιστημονικές δημοσιεύσεις. Στις τελευταίες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες επαναγγείωσης για τους ασθενείς με νόσο στελέχους και χαμηλό SYNTAX score η επαναγγείωση με PCI φέρει ένδειξη κατηγορίας I, καθώς τα δεδομένα των μελετών δείχνουν ότι τα αποτελέσματα όσον αφορά τα μείζονα κλινικά συμβάματα είναι παρόμοια με της CABG. Στις ίδιες οδηγίες για ασθενείς με νόσο στελέχους και ενδιάμεσο SYNTAX score η επαναγγείωση με PCI διατηρεί την ένδειξη κατηγορίας IIa των παλαιότερων οδηγιών, ενώ για τους ασθενείς με νόσο στελέχους και υψηλό SYNTAX score η επαναγγείωση με PCI δε συνιστάται (ένδειξη κατηγορίας III) και πρέπει να διενεργείται CABG. Η ομάδα καρδιάς (Heart Team) είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση της βαρύτητας των στεφανιαίων βλαβών, των κλινικών παραμέτρων και των τεχνικών δυνατοτήτων επαναγγείωσης ώστε ανάλογα να προσδιοριστεί η ιδανική μέθοδος (PCI ή CABG) για κάθε ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Νόσος στελέχους, αγγειοπλαστική, αορτοστεφανιαία παράκαμψη, SYNTAX score.

ΔΙΠΛΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΙΔΑΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Δημήτριος Σταλίκας
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα Α΄
και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041456
E-mail: dgstal14@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με δεδομένο ότι τα αιμοπετάλια παίζουν σημαντικό ρόλο στις κλινικές εκδηλώσεις της αθηροθρόμβωσης, και μετά από μεγάλες κλινικές μελέτες, η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ΔΑΑ) έχει καθιερωθεί εδώ και περίπου 2 δεκαετίες στην αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ) και μετά από αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών (PCI). Η μελέτη CURE καθιέρωσε την κλοπιδογρέλη ως 2^{ο} αντιαιμοπεταλιακό, μετά την ασπιρίνη, και οι μελέτες TRITON-TIMI 38 και PLATO έφεραν στη συνέχεια στο προσκήνιο την πρασουγκρέλη και την τικαγκρελόρη αντίστοιχα, ως πιο ισχυρούς και αποτελεσματικούς αναστολείς υποδοχέων P_2Y_{12}. Η κλασσική θεραπευτική στρατηγική μετά από ΟΣΣ, και μετά από PCI με εμφύτευση ενδοπροθέσεων που εκλύουν φάρμακο (DES: Drug-eluting stents), ήταν να διαρκεί η ΔΑΑ για ένα έτος. Τα τελευταία χρόνια όμως υπήρξαν μελέτες (όπως π.χ.οι OPTIMIZE, EXCELLENT, PRODIGY) που έδειξαν ότι ενδεχομένως η βραχύτερη διάρκεια της ΔΑΑ (για 3-6 μήνες) είναι μη κατώτερη όσον αφορά την επέλευση ισχαιμικών συμβαμάτων, ενώ είναι πιο ασφαλής λόγω μείωσης των αιμορραγικών επιπλοκών, που ως γνωστόν επιβαρύνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Αντίθετα υπήρξαν άλλες μελέτες (με κύριους εκπροσώπους την DAPT και την PEGASUS-TIMI 54) που έδειξαν ότι σε ασθενείς με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για ισχαιμικά συμβάματα η παράταση της ΔΑΑ πέραν του έτους (και μέχρι τα τρία) μπορεί να είναι επωφελής, με κάποιο αποδεκτό κόστος αύξησης των αιμορραγιών. Η βέλτιστη

διάρκεια συνεπώς της ΔΑΑ, διαφέρει για κάθε μεμονωμένο ασθενή, ανάλογα με τον κίνδυνο που φέρει για ισχαιμικά επεισόδια και αιμορραγικές επιπλοκές. Το DAPT score και το PRECISE-DAPT score προσφέρουν εκτίμηση του ισχαιμικού και αιμορραγικού κινδύνου αντίστοιχα, και επί του παρόντος θεωρούνται ως τα πλέον κατάλληλα για να αποφασιστεί η βέλτιστη διάρκεια της ΔΑΑ. Η έρευνα πάνω στο θέμα συνεχίζεται, με σκοπό να προκύψουν ακόμα καλύτερα κλινικά εργαλεία για τη βελτιστοποίηση της διάρκειας της ΔΑΑ σε ασθενείς με κάθε είδους συνδυασμό ισχαιμικού και αιμορραγικού κινδύνου.

Λέξεις κλειδιά: Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών, οξέα στεφανιαία σύνδρομα.

ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΟΜΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ηλέκτρα-Νεκταρία Παπαδοπούλου
Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα Α',
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041976
E-mail: elektrapap@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος της υπερηχοκαρδιογραφίας στην διακαθετηριακή αντιμετώπιση των δομικών καρδιοπαθειών συνεχώς διευρύνεται καθώς αυξάνονται οι ενδείξεις, η πολυπλοκότητα και ο αριθμός των επεμβάσεων. Σε αυτές περιλαμβάνονται κυρίως η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVR), η επιδιόρθωση τη μιτροειδούς βαλβίδας με διαδερμική τοποθέτηση της συσκευής mitral clip, η σύγκλειση των παραβαλβιδικών διαφυγών, η διαφραγματική παρακέντηση (transseptal puncture) για σύγκλειση του ωτίου, ανοικτού ωοειδούς τρήματος ή μεσοκολπικής επικοινωνίας και η διαδερμική επιδιόρθωση της τριγλώχινας βαλβίδας. Ξεχωριστή θέση ανάμεσα στις λοιπές μη επεμβατικές απεικονιστικές τεχνικές που εμπλέκονται στο σχεδιασμό και την εκτέλεση των επεμβάσεων, δηλαδή την αξονική αγγειογραφία, αξονική τομογραφία καρδιάς, μαγνητική τομογραφία καρδιάς, κατέχει η δισδιάστατη και κυρίως η τρισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία. Η ικανότητα της τρισδιάστατης (3-D) υπερηχοκαρδιογραφίας να παρέχει σε πραγματικό χρόνο απεικόνιση των καρδιακών βαλβίδων και των καρδιακών ελλειμμάτων καθώς και εκτίμηση της βαρύτητας της δυσλειτουργίας αυτών, είναι μοναδική. Κριτικής σημασίας για την επιτυχή έκβαση αποτελεί η καθοδήγηση των καθετήρων στον τρισδιάστατο χώρο, αφού μέσα στα μεγάλα αγγεία ή τις καρδιακές κοιλότητες η κίνηση τους είναι ελεύθερη και δεν περιορίζεται όπως μέσα στα μικρής διαμέτρου στεφανιαία αγγεία οπότε και η δισδιάστατη απεικόνιση που παρέχει η ακτινοσκόπηση δεν επαρκεί. Οι προβολές που χρησιμοποιούν οι επεμβατικοί

καρδιολόγοι δεν αντιστοιχούν ακριβώς στις τομές που λαμβάνουν οι υπερηχογραφιστές. Επιπλέον με την τρισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία είναι δυνατό από ένα σύνολο δεδομένων (dataset) να ληφθούν πολλές διαφορετικές εικόνες-τομές. Για τους λόγους αυτούς, συνεχής είναι η προσπάθεια στη διεθνή βιβλιογραφία καθορισμού των όρων και των συγκεκριμένων 3-D τομών που απαιτούνται σε κάθε επέμβαση, ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ του υπερηχογραφιστή και του επεμβατικού ή του χειρουργού. Νεότερες τεχνικές που περιλαμβάνουν την σύντηξη (fusion) της υπερηχογραφικής με την ακτινοσκοπική εικόνα υπόσχονται να υπερβούν το πρόβλημα αφού συνδυάζουν την ακριβή απεικόνιση της θέσης των καθετήρων και των συσκευών μέσα σε τρισδιάστατη αναπαράσταση των ιστών όπως παρέχεται από την 3-D υπερηχοκαρδιογραφία. Ωστόσο ο ρόλος της υπερηχοκαρδιογραφίας δεν περιορίζεται στην καθοδήγηση των επεμβάσεων. Είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην σωστή διάγνωση και επιλογή των ασθενών, στην άμεση διάγνωση των περιεπεμβατικών επιπλοκών και την διαχρονική παρακολούθηση τους.

Λέξεις κλειδιά: Δομικές καρδιοπάθειες, τρισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία, διακαθετηριακή επέμβαση.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Χρήστος Δ. Καλλιάνος[1], Κωνσταντίνος Γ. Κάππος[2],

[1]Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., [2]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,

Καρδιολογικό Τμήμα Α' και Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Χ. Καλλιάνος

Τηλ.: 2132041457

E-mail: chriskal04@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιστορία της κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, όταν οι ηλεκτροφυσιολόγοι είχαν τη φιλοδοξία να μιμηθούν τη χειρουργική επέμβαση Maze, κατά την οποία με την αποτελεσματική διαμερισματοποίηση των κόλπων εμποδίζονταν η κίνηση κυματιδίων επανεισόδου. Το 1999 ο M. Haissaguerre παρατήρησε ότι η έναρξη της ΚΜ μπορούσε να γίνει από πυροδοτικές εστίες που εντοπίζονταν εντός των πνευμονικών φλεβών (ΠΦ) και ότι με την απομόνωση αυτών, η ΚΜ έπαυε να προκαλείται. Με το πέρασμα των χρόνων δοκιμάστηκαν πολλές τεχνικές κατάλυσης. Σε αυτές περιλαμβάνονταν η απομόνωση των ΠΦ με διάφορα μέσα (κατάλυση με υψίσυχνο εναλλασσόμενο ρεύμα-RF radiofrequency ablation ή κρυοθεραπεία-Cryoablation), η δημιουργία γραμμικών βλαβών, η στόχευση σύμπλοκων κατακερματισμένων κολπικών ηλεκτρογραμμάτων (CFAEs) και η αναζήτηση και κατάλυση των γαγγλιακών πλεγμάτων. Η εφαρμογή της τεχνικής optical mapping σε πειραματόζωα ανέδειξε τους ρότορες, δηλαδή, τα μοντέλα μιας χωροχρονικής σταθερότητας των κυμάτων εκπόλωσης στο κολπικό μυοκάρδιο, που αποτελούν κριτικό σημείο για τη διατήρηση της ΚΜ. Τα ποσοστά επιτυχίας κυμαίνονται από 40 έως 90%, αλλά σε αυτό παίζουν ρόλο ο επιλεγμένος πληθυσμός ασθενών, η χρησιμοποιούμενη τεχνική, και ασφαλώς ο τρόπος ορισμού της επιτυχίας ή αποτυχίας. Οι επανεπεμβάσεις κατάλυσης σαφώς μειώνουν το κίνδυνο υποτροπών και

το ποσοστό των ασθενών που μακροχρόνια θα λαμβάνουν αντιπηκτική θεραπεία. Στην εμμένουσα ΚΜ τα ποσοστά διατήρησης του φλεβοκομβικού ρυθμού είναι χαμηλότερα. Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι σε μακροχρόνιες σειρές παρακολούθησης οι υποτροπές είναι περισσότερες, κυρίως εντός του πρώτου έτους μετά την κατάλυση. Η κατάλυση, σε σύγκριση με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι ανώτερη όσον αφορά τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, όπως δείχνουν πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ασθενών με ΚΜ με την πάροδο του χρόνου μεταπίπτει σε εμμένουσα ή χρόνια. Το HATCH score βαθμονομεί αυτήν την ετήσια επίπτωση με ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες, την καρδιακή ανεπάρκεια, την ηλικία>75 έτη, το προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τη χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και την υπέρταση. Να τονίσουμε επίσης, ότι δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες που να δίνουν απάντηση στο ερώτημα για το αν η κατάλυση της ΚΜ μειώνει το θρομβοεμβολικό κίνδυνο. Η τυχαιοποιημένη μελέτη CABANA κατέδειξε ότι η κατάλυση της ΚΜ με RF ablation δεν είναι ανώτερη της φαρμακευτικής αγωγής, όσον αφορά τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, σε βάθος πενταετίας. Η τυχαιοποιημένη μελέτη CASTLE-AF καταδεικνύει ότι το ablation ΚΜ σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, μειώνει το καταληκτικό σημείο του θανάτου και τις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Η τυχαιοποιημένη μελέτη RAFT-AF το 2020 θα δώσει περισσότερα στοιχεία. Η κρυοενέργεια με τον αντίστοιχο καθετήρα-μπαλόνι (Cryocath) και η ενέργεια laser με καθετήρα με ενσωματωμένο ενδοσκόπιο (Cardiofocus), είναι υποσχόμενες τεχνολογίες που δοκιμάζονται και θα δοκιμαστούν και στο μέλλον. Επίσης η ενσωμάτωση στους συμβατικούς καθετήρες αισθητήρων επαφής ή ιστικής θερμοκρασίας από τα μικροκύματα που εκπέμπονται από τους θερμαινόμενους ιστούς, θα προσφέρουν πιο αξιόπιστη απόδοση ενέργειας. **Συμπερασματικά**, οι μέθοδοι κατάλυσης της ΚΜ είναι πολλά υποσχόμενες, διαρκώς βελτιώνονται με νέες τεχνολογίες και τεχνικές πρέπει όμως να γίνεται συνετά και προσεκτικά η επιλογή των υποψήφιων ασθενών ώστε να έχουμε και τα κατάλληλα αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Κολπική μαρμαρυγή (atrial fibrillation), κατάλυση με καθετήρα (catheter ablation), μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (long-term results).

ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Ιωάννης Α. Χαβελές[1], Κωνσταντίνος Γ. Κάππος[2],

[1]Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., [2]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,

Καρδιολογικό Τμήμα Α' και Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ι. Χαβελές

Τηλ.: 2132041457

E-mail: giachaveles@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο διπλοεστιακός βηματοδότης είναι προγραμματισμένος να τροποποιεί τη λειτουργία του όταν επισυμβεί κολπική μαρμαρυγή (AF), με στόχο να αποφευχθεί η μετάδοση των ταχέων κολπικών ερεθισμάτων στο κοιλιακό μυοκάρδιο και τα επακόλουθα αυτού του φαινομένου. Οι βασικοί αλγόριθμοι που εφαρμόζονται, έχουν μικρές παραλλαγές ανά κατασκευαστική εταιρεία, αλλά παρόμοιο σχεδιασμό, και είναι οι εξής: **α) Η ρυθμικοποίηση της αγωγής (conducted AF response)**: Η αγόμενη με μεταβαλλόμενη κοιλιακή ανταπόκριση AF, μπορεί να είναι συμπτωματική και να οδηγήσει σε ταχυμυοκαρδιοπάθεια. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να επιβραδύνει την κολποκοιλιακή αγωγή, αλλά δεν μπορεί να βελτιώσει τη ρυθμικότητα. Στον αλγόριθμο αυτόν, τροποποιείται η βηματοδότηση "συστολή με συστολή", ώστε να επιτυγχάνεται ρυθμός λίγο πιο πάνω από την ενδογενή συχνότητα, με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η συχνότητα διασποράς των διαστημάτων R-R και να αποφεύγονται έτσι οι μεγάλες παύσεις. **β) Mode Switch**: Στον αλγόριθμο αυτό, όταν ανιχνευτεί μια κολπική ταχυαρρυθμία, η λειτουργία του βηματοδότη από DDD(R), αυτόματα επαναπρογραμματίζεται σε non-tracking mode (DDI ή DDI-R). Εδώ, χαρακτηριστικά στοιχεία είναι η συχνότητα ανίχνευσης (detect rate), ο μετρητής καθυστέρησης (detect duration) και ο αριθμός των αναγκαίων μετρήσιμων διαστημάτων A-A. Υπάρχουν παραλλαγές μεταξύ των αλγορίθμων, ανάλογα με την εταιρεία, με βασική στρατηγική την

αποφυγή της μετάδοσης της κολπικής αρρυθμίας.στο κοιλιακό μυοκάρδιο. Τα χρονικά διαστήματα που ενεργοποιείται το mode switch φαίνεται να έχουν γραμμική σχέση με το πραγματικό φορτίο της AF. Έτσι, ο αλγόριθμος αυτός αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην ανίχνευση της και την έγκαιρη έναρξη της αντιπηκτικής θεραπείας. **γ) Mode Switch Blanked Flutter Search (BFS)**: Είναι ένας αλγόριθμος που ενεργοποιείται όταν κάθε δεύτερη κολπική συστολή συμπίπτει με τη blanking περίοδο. Ο στόχος εδώ είναι, να αυξηθεί η ευαισθησία του mode switch και η ανίχνευση αποκεκριμένων κυμάτων A, με παράταση της PVARP, σε περιπτώσεις που υπάρξει κολπικός πτερυγισμός ή γενικά ρυθμική κολπική ταχυκαρδία. **δ) Post Mode Switch Overdrive Pacing (PMOP)**: Η AF μπορεί να επανεμφανιστεί σύντομα μετά τον τερματισμό ενός επεισοδίου της, λόγω ασταθούς κολπικής δραστηριότητας (ERAF-Early Recurrence of AF). Εδώ, υπάρχει βηματοδότηση, βραχυνόμενη ανά κύκλο, στο πέρας του επεισοδίου της AF, με προγραμματιζόμενη διάρκεια και συχνότητα ώστε να αποφευχθεί η άμεση υποτροπή. **Συμπερασματικά**, όταν ένας διπλοεστιακός βηματοδότης ανιχνεύσει την ύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής, τροποποιεί τη λειτουργία του ώστε να αποφευχθεί η παράσυρση των κολπικών ερεθισμάτων στην κοιλία, η ταχυαρρυθμία και οι συνέπειες τους. Οι διάφοροι αλγόριθμοι πρέπει να είναι οικείοι στους ασχολούμενους με τις εμφυτεύσιμες συσκευές διαχείρισης του καρδιακού ρυθμού και παρά την πολυπλοκότητά τους, διέπονται από την ίδια φιλοσοφία. Τέλος, η εξέλιξη των αλγορίθμων του mode switch, θα βελτιώσει ακόμα περισσότερο την πρώιμη ανίχνευση της υποκλινικής κολπικής μαρμαρυγής και θα κατευθύνει έγκαιρα τη θεραπεία της.

Λέξεις κλειδιά: Βηματοδότης, κολπική μαρμαρυγή, βηματοδοτικοί αλγόριθμοι, mode switch.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Ευγενία Μ. Μαυροκεφάλου
Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ., Δ΄ Παθολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945426732
E-mail: evgmav@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί παγκόσμια πρόκληση με τον επιπολασμό να ξεπερνά τα 700 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για παθήσεις όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, μερικές μορφές καρκίνου και σχετίζεται επιπλέον με αυξημένη θνητότητα.

Η μελέτη Framingham Heart Study έδειξε ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου (στηθάγχη, στεφανιαία νόσος, έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) ήταν υψηλότερος στους υπέρβαρους και παχύσαρκους άνδρες και στις παχύσαρκες γυναίκες έπειτα από διόρθωση για την ηλικία, το κάπνισμα, την αρτηριακή υπέρταση, την υπερχοληστερολαιμία και το σακχαρώδη διαβήτη.

Ο τρόπος κατανομής του λίπους στο σώμα επηρεάζει τον βαθμό καρδιαγγειακού κινδύνου. Η υπερβολική συσσώρευση λίπους στην κοιλιά εκθέτει τους ασθενείς σε μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με άτομα με τον ίδιο δείκτη μάζας σώματος (BMI) αλλά με διαφορετική κατανομή λίπους. Η κοιλιακή παχυσαρκία προδιαθέτει σε καρδιαγγειακά νοσήματα είτε γιατί συσχετίζεται με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, είτε γιατί η ίδια η κοιλιακή παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου.

Ο κίνδυνος είναι αυξημένος, όταν η περιφέρεια μέσης είναι μεγαλύτερη από 94 cm στους άνδρες και 80 cm στις γυναίκες, και όταν ο λόγος της περιφέρειας μέσης/ισχύων είναι μεγαλύτερος του 1 για τους άνδρες και του 0,85 για τις γυναίκες.

Ένα στα πέντε άτομα που είναι υπέρβαρα πάσχουν από **μεταβολικό σύνδρομο.** Οι παράγοντες που χαρακτηρίζουν αυτή την κατάσταση, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση ή η αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο του ατόμου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Η μειωμένη φυσική δραστηριότητα που χαρακτηρίζει τα παχύσαρκα άτομα, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Τα παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου, γνωστή ως **αποφρακτική υπνική άπνοια**. Άτομα με άπνοια ύπνου έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υψηλής πίεσης του αίματος, ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου.

Τα άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε νεαρή ηλικία έχουν αυξημένη πιθανότητα διεύρυνσης της αριστερής κοιλίας της καρδιάς, που είναι γνωστή ως **υπερτροφία της αριστερής κοιλίας** λόγω αύξησης της πίεσης του αίματος. Ο δείκτης μάζας σώματος στο τέλος της εφηβείας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα εγκεφαλικού επεισοδίου και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενήλικο ζωή και μάλιστα, ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου μεταξύ υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυξάνεται με την ηλικία.

Η κοιλιακή παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη **σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2**. Διάφορες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η μέτρια απώλεια βάρους (5-10 %) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη του διαβήτη τύπου 2 σε ομάδες υψηλού κινδύνου , όπως είναι τα άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη.

Η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και ο έλεγχος του σωματικού βάρους παραμένουν ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόληψη τόσο της καρδιαγγειακής νόσου όσο και του σακχαρώδη διαβήτη. Η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση, η φαρμακευτική αγωγή και η χειρουργική αντιμετώπιση (βαριατρική χειρουργική) περιλαμβάνονται σήμερα στη θεραπευτική προσέγγιση της παχυσαρκίας.

Λέξεις κλειδιά: Κοιλιακή παχυσαρκία, καρδιαγγειακή νόσος, βαριατρική χειρουργική.

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Νεότερα δεδομένα στη χειρουργική της αορτικής βαλβίδος

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ

Νικόλαος Α. Παπακωνσταντίνου
Ειδικευόμενος Ιατρός Καρδιοχειρουργικής-Θωρακοχειρουργικής,
Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945046726
E-mail: nikppk@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καρδιακή χειρουργική είχε φτάσει, κατά τον Stephen Paget το 1896, στα όρια που καθορίζονται από τη φύση για κάθε χειρουργική επέμβαση. Ο Paget πίστευε πως δε θα μπορούσε να υπάρξει καμιά νέα μέθοδος, καμιά νέα ανακάλυψη ικανή να ξεπεράσει τις φυσικές δυσκολίες που διέπουν τη χειρουργική της καρδιάς. Παρόλα αυτά, έναν αιώνα μετά και ιδιαίτερα τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, σημειώθηκε και σημειώνεται αξιοσημείωτη και ταχεία πρόοδος στη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτικής βαλβίδας. Ως αποτέλεσμα, δημιουργήθηκε πρόσφορο έδαφος για τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών όσον αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτικής βαλβίδας. Οι κατευθυντήριες γραμμές μετατρέπουν επιστημονικά δεδομένα σε πρακτικές οδηγίες με σκοπό να βοηθήσουν στην αντιστάθμιση οφελών και κινδύνων που απορρέουν από μια συγκεκριμένη διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία. Καλά δομημένες κατευθυντήριες γραμμές έχουν το δυναμικό να βελτιώσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς και να επισημάνουν πεδία για μελλοντική έρευνα. Θα

πρέπει να κατέχουν ουσιώδη θέση στην καθημερινή λήψη κλινικών αποφάσεων, καθώς αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στην παροχή ποιοτικών καρδιαγγειακών υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, αν και έχουν στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών και είναι αρωγός των γιατρών στην επιλογή της βέλτιστης αντιμετώπισης μιας πάθησης, δε θα πρέπει να υποκαθιστούν την κλινική κρίση του θεράποντος ιατρού. Έτσι, οι κατευθυντήριες γραμμές είναι αποτελεσματικές μόνο όταν ακολουθούνται από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και τους ασθενείς, με την εμπλοκή των ασθενών στην επιλογή παρεμβάσεων με βάση τις ατομικές τους αξίες, προτιμήσεις και συνοδές περιστάσεις και συννοσηρότητες. Επιπλέον, καθώς πολλές οδηγίες είναι το αποτέλεσμα της γνώμης ειδικών στη χειρουργική της αορτικής βαλβίδας, αποκλίσεις από αυτές τις οδηγίες μπορεί να είναι εύστοχες σε συγκεκριμένες κλινικές περιστάσεις. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές των πιο έγκριτων καρδιολογικών- καρδιοχειρουργικών, ιατρικών εταιρειών -της Canadian Cardiovascular Society (2004), της European Society of Cardiology σε συνεργασία με την European Association of Cardiothoracic Surgery (2017) και της American Heart Association σε συνεργασία με την American College of Cardiology (2017)- όσον αφορά τη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτικής βαλβίδας.

Λέξεις κλειδιά: Κατευθυντήριες οδηγίες/γραμμές, στένωση αορτικής βαλβίδας, ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας, ενδοκαρδίτιδα.

ΕΙΝΑΙ Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΩΦΕΛΙΜΗΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΟΦΕΛΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ;

Παναγιώτης Δεδεηλίας[1], Ηλίας Σαμιώτης[2]

[1]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., [2]Επικουρικός Επιμελητής,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936136215

E-mail: pdedeilias@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια της ωφέλιμης επιφάνειας της προσθετικής βαλβίδος στην αορτική θέση περιγράφηκε πρώτα από τον Rahimtoola το 1978. Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο της δυσαναλογίας ασθενούς/βαλβίδος, φαινόμενο που προκύπτει όταν η ωφέλιμη επιφάνεια της προσθετικής βαλβίδος είναι πολύ μικρή σε σχέση με την επιφάνεια σώματος του ασθενούς. Η κυριότερη επίπτωση του γεγονότος αυτού είναι να δημιουργούνται μετεγχειρητικά μεγαλύτερες κλίσεις πίεσης σε κατά τα άλλα καλώς λειτουργούσες βαλβίδες. Η δυσαναλογία ασθενούς/βαλβίδος εμφανίζεται σε μικρό, μέτριο ή σοβαρό βαθμό στο 20-70% των περιπτώσεων αντικατάστασης αορτικής βαλβίδος και έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με χειρότερη αιμοδυναμική απόδοση, μικρότερη ελάττωση της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας, περισσότερα καρδιακά γεγονότα και ελαττωμένη επιβίωση. Περισσότερο από όλα, η βελτίωση της ωφέλιμης επιφάνειας σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της βαλβίδος (είναι το σπουδαιότερο) και δύναται να επιτευχθεί με την επιλογή της κατάλληλης βαλβίδος νέας γενιάς καθώς και με χειρουργικούς χειρισμούς. Παραμένει δε στη βιβλιογραφία σαν το σπουδαιότερο όφελος μετά από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδος. Οι βαλβίδες νέας γενιάς έχουν βελτιωμένες αιμοδυναμικές αποδόσεις και όλες οι εταιρείες του χώρου έχουν προσφέρει προϊόντα με κύριο στόχο την αύξηση της ωφέλιμης επιφάνειας. Επίσης, οι νέες αυτοεκπτυσσόμενες χωρίς

ράμματα βαλβίδες καθώς και οι διακαθετηριακές έχουν βελτιωμένα τέτοιου είδους χαρακτηριστικά. Από την πρώτη περιγραφή της έννοιας αυτής μέχρι σήμερα 103 επίσημα άρθρα είναι καταγεγραμμένα στη διεθνή βιβλιογραφία και πλέον όλες οι βαλβίδες αναφέρουν την ωφέλιμη επιφάνεια σαν κύριο χαρακτηριστικό της βαλβίδος. Στην παρουσίαση αυτή αναλύουμε τις παραπάνω έννοιες καθώς και τη στρατηγική αποφυγής της δυσαναλογίας ασθενούς/βαλβίδος.
Λέξεις κλειδιά: Αορτική βαλβίδα, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδος, ωφέλιμη επιφάνεια, δυσαναλογία ασθενούς/βαλβίδος.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Μιχάλης Αργυρίου
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6947892131
E-mail: mihalisargiriou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πρόσφατα στο Νοσοκομείο μας ξεκίνησε πρόγραμμα εμφύτευσης διακαθετηριακών βαλβίδων μετά από έγκριση από το Υπουργείο Υγείας της καταλληλότητας του εξοπλισμού αλλά και της επιστημονικής επάρκειας των συμμετεχόντων ιατρών. Το πρόγραμμα πραγματοποιείται από τα συνεργαζόμενα Καρδιολογικά Τμήματα, το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και την Χειρουργική Κλινική Θώρακος Καρδιάς Αγγείων. Ωστόσο η διενέργεια τέτοιου είδους επεμβάσεων απαιτεί τη συμμετοχή και άλλων τμημάτων όπως επεμβατικής ακτινολογίας, αιμοδοσίας κ.λπ. Το προεγχειρητικό πρωτόκολλο απαιτεί εκτός από μια ενδελεχή υπερηχογραφική μελέτη καρδιάς και στεφανιογραφία και την τεκμηρίωση με τις αντίστοιχες εξετάσεις των συννοσηροτήτων του ασθενούς. Τέτοιες εξετάσεις είναι η υπερηχογραφική μελέτη των αρτηριών, η πνευμονολογική εκτίμηση και σπιρομέτρηση, ενίοτε νευρολογική εκτίμηση ασθενών μεγάλης ηλικίας, η νεφρολογική εκτίμηση ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια κ.λπ. Αναγκαία ακόμη είναι η αξονική αγγειοτομογραφία θώρακος άνω και κάτω κοιλίας με ειδικό πρωτόκολλο για TAVI. Από την εξέταση αυτή εκτιμάται η δυνατότητα εμφύτευσης της βαλβίδας, η οδός προσπέλασης καθώς και οι ανατομικές διαστάσεις των στεφανιαίων αγγείων. Η επεξεργασία της εξέτασης απαιτεί ειδικό λογισμικό. Η εκτίμηση όλων των παραπάνω εξετάσεων αξιολογείται από το Heart team του Νοσοκομείου μας

και εφόσον προκριθεί η εμφύτευση με βάση τα εργαλεία εκτίμησης κινδύνου (Euroscore I,II, STS) και την συγκατάθεση του ασθενούς, υποβάλλει ο ασθενής το πλήρη φάκελο στον ασφαλιστικό του φορέα. Ο ασφαλιστικός φοράς υποβάλλει για έγκριση τον φάκελο του ασθενούς στο ΚΕΣΥ όπου αφού γνωμοδοτηθεί από ειδική επιτροπή και την ολομέλεια του ΚΕΣΥ, προγραμματίζεται η εμφύτευση. Στο Νοσοκομείο μας απαιτείται ακόμη εισήγηση από τις οικονομικές υπηρεσίες προς το Διοικητικό Συμβούλιο και έγκριση αυτού για την δαπάνη. Η διαδικασία από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι την εμφύτευση είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και απαιτεί ικανό αριθμό ωρών απασχόλησης των εμπλεκόμενων ιατρών.

Λέξεις κλειδιά: Διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικών βαλβίδων.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ

Βασιλική Καραμέρη
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αναισθησιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043420
E-mail: vaskarameri@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεγχειρητική διοισοφάγειος ηχοκαρδιογραφία αποτελεί σήμερα αναπόσπαστο κομμάτι της καρδιοχειρουργικής. Σύμφωνα με τις νεώτερες κατευθυντήριες οδηγίες, η εφαρμογή της ενδείκνυται όχι μόνο στις ανοιχτές καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στην χειρουργική όλων των βαλβίδων αλλά και στις διακαθετηριακές επεμβάσεις. Η δυνατότητα του διοισοφάγειου ηχοκαρδιογραφήματος (TEE) 2 και 3 διαστάσεων σε συνδυασμό με έγχρωμο, συνεχές και παλμικό Doppler επιτρέπει την λήψη πολύτιμων διαγνωστικών πληροφοριών τόσο για την ανατομία όσο και για την λειτουργικότητα των δομών και βαλβίδων της καρδιάς. Στις ανοιχτές επεμβάσεις αντικατάστασης και επιδιόρθωσης της αορτικής βαλβίδος: επιβεβαιώνει την προεγχειρητική διάγνωση, εκτιμά τη βαρύτητα της βλάβης, μπορεί να εντοπίσει νέα ή μη διαγνωσθείσα παθολογία που μπορεί να αλλάξει το χειρουργικό σχεδιασμό, αξιολογεί την δυνατότητα επιδιόρθωσης της βαλβίδας. Επίσης εκτιμά και επιβεβαιώνει άμεσα τα αποτελέσματα της επέμβασης, αξιολογώντας την θέση, κινητικότητα και αιμοδυναμική λειτουργία της προσθετικής, ή της μετά την επιδιόρθωση αυτόχθονης βαλβίδας, την ύπαρξη ή όχι ανεπάρκειας καθώς και την εμφάνιση επιπλοκών που σχετίζονται με την επέμβαση σε άλλες καρδιακές δομές. Παράλληλα λειτουργεί σαν διεγχειρητικό monitoring και καθοδηγεί αναισθησιολογικούς και χειρουργικούς χειρισμούς όπως την απομάκρυνση του ενδοκαρδιακού αέρα, την ασφαλή αποδέσμευση από την εξωσωματική κυκλοφορία,

την χορήγηση ινοτρόπων κ.λπ. ελαχιστοποιώντας έτσι τους κινδύνους και αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα της επέμβασης. Με το ενδιαφέρον να αυξάνεται όλο και περισσότερο για minimally invasive καρδιοχειρουργική στην αντικατάσταση ή επιδιόρθωση της βαλβίδας το TEE αποκτά σημαντικό ρόλο καθώς γίνεται «το μάτι» στην καρδιά. Καθοριστικός είναι ο ρόλος του ως απεικονιστικό μέσο και στο υβριδικό εργαστήριο, στην ολοένα αυξανόμενη σε συχνότητα και ενδιαφέρον διακαθετηριακή αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδος (TAVI) σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με σοβαρή συμπτωματική στένωση της αορτικής. Ιδιαίτερα τονίζεται η συμβολή του real time 3D TEE στην TAVI το οποίο προσφέρει την δυνατότητα ακριβούς πλανιμέτρησης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, μετρήσεων με ακρίβεια στην αορτική ρίζα και στην απόσταση έκφυσης των στεφανιαίων αγγείων από τον αορτικό δακτύλιο και τις πτυχές. Το TEE βοηθά στην επιλογή του κατάλληλου μεγέθους της βαλβίδας, μπορεί να απεικονίσει σε πραγματικό χρόνο όλα τα στάδια της διαδικασίας καθοδηγώντας χειρισμούς και επιβεβαιώνει την βέλτιστη θέση εμφύτευσης. Ελέγχει την λειτουργικότητα της βαλβίδας και γειτονικών δομών μετά την εμφύτευση, καθορίζει τον τύπο και την βαρύτητα παραβαλβιδικών διαφυγών καλύτερα από οποιαδήποτε άλλη απεικονιστική μέθοδο, ενώ παράλληλα ανιχνεύει έγκαιρα τυχόν εμφάνιση ιδιαίτερα σοβαρών επιπλοκών. Η χρήση του οδηγεί σε μείωση της συνολικής ποσότητας του σκιαγραφικού που χορηγείται για την εκτέλεση αγγειογραφιών, ελαττώνοντας τον κίνδυνο νεφρικής ανεπάρκειας σε αυτή την υψηλού κινδύνου ομάδα ασθενών. Η διεγχειρητική διοισοφάγειος ηχοκαρδιογραφία είναι πολύτιμο απεικονιστικό εργαλείο και βοήθημα για αναισθησιολόγο και χειρουργό προς όφελος του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Διεγχειρητική διοισοφάγειος ηχοκαρδιογραφία, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδος, διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδος.

ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ: ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου
Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα Α΄
και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041456
E-mail: kontriad@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από την πρώτη διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR) που διενεργήθηκε από τον Cribier το 2002, ο καινοτόμος αυτός τύπος επέμβασης κέρδισε ευρεία αποδοχή σαν θεραπεία επιλογής σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας και απαγορευτικό χειρουργικό κίνδυνο και σαν αποδεκτή εναλλακτική επεμβατική θεραπεία αντί της κλασσικής χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (SAVR) σε ασθενείς υψηλού και μετρίου χειρουργικού κινδύνου. Τα τελευταία 16 έτη η τεχνολογία της TAVR γνώρισε εντυπωσιακή πρόοδο που μετέβαλε μια αρχικά δύσκολη και απαιτητική σε τυποποιημένη και σχετικά απλή επέμβαση ρουτίνας στις περισσότερες περιπτώσεις, ειδικά σε κέντρα με υψηλό όγκο και εμπειρία. Στην τελευταία γενιά συσκευών για TAVR έχουν ενσωματωθεί χαρακτηριστικά για να μειωθεί το προφίλ του συστήματος προώθησης και να υπάρχει δυνατότητα απόσυρσης και επανατοποθέτησης της προσθετικής βαλβίδας, με σκοπό την εμφύτευση της σε ιδανική θέση και την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών. Οι προσθετικές βαλβίδες που χρησιμοποιούνται για TAVR επί του παρόντος χωρίζονται ανάλογα με τον τρόπο τοποθέτησής τους σε εκπτυσσόμενες με μπαλόνι, αυτοεκπτυσσόμενες και εκπτυσσόμενες μηχανικά. Η επιλογή βαλβίδας σωστού μεγέθους είναι σημαντική για να μειωθεί ο κίνδυνος παραβαλβιδικής διαφυγής ή άλλων επικίνδυνων για τη ζωή επιπλοκών όπως ο εμβολισμός της προσθετικής βαλβίδας ή η ρήξη του αορτικού δακτυλίου. Οι τελευταίας γενιάς συσκευές για TAVR έχουν αποδειχτεί σημαντικά

ασφαλέστερες και πιο αποτελεσματικές σε σχέση με τις προγενέστερες, ενώ συνθέτουν ένα φάσμα συσκευών με διαφορετικά χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την επιλογή της κατάλληλης βαλβίδας για κάθε κλινικό και ανατομικό σενάριο, ώστε να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών. Τα κλινικά αποτελέσματα των επεμβάσεων TAVR βελτιώνονται συνεχώς, ανεξάρτητα από την κατηγορία κινδύνου των ασθενών, ενώ ανταγωνίζονται με αξιώσεις εκείνα της κλασσικής χειρουργικής μεθόδου. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην καλή έκβαση των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVR, όπως η προ-επεμβατική χρήση της πολυτομικής αξονικής τομογραφίας (για να αποφασιστεί το μέγεθος της βαλβίδας και να μελετηθεί η αγγειακή πρόσβαση), η αυξανόμενη εμπειρία των ιατρών-εμφυτευτών και φυσικά η συνεχείς τεχνικές βελτιώσεις των συσκευών προώθησης και των ίδιων των βιοπροσθετικών βαλβίδων. Σκοπός είναι η ελαχιστοποίηση σοβαρών επιπλοκών όπως η παραβαλβιδική διαφυγή, η ανάγκη εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη, οι σχετιζόμενοι με την πρόσβαση αγγειακοί τραυματισμοί, η έμφραξη στεφανιαίων αρτηριών και η ρήξη του αορτικού δακτυλίου. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί τέτοιου είδους σοβαρές επιπλοκές συνεχίζουν να υπάρχουν και μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε ποσοστό ως και 5.7% των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVR. Είναι σημαντικό όμως να τονιστεί ότι τελικά με τις τελευταίας τεχνολογίας διακαθετηριακές βαλβίδες έχει καταστεί δυνατή η απλούστευση των επεμβάσεων, η μείωση του χρόνου νοσηλείας και η σημαντική βελτίωση της έκβασης μετά από TAVR.

Λέξεις κλειδιά: Διακαθετηριακές βαλβίδες, διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVR), χειρουργική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (SAVR).

ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΣΤΙΣ ΤΑΧΕΩΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΕΣ ΑΟΡΤΙΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ

Ηλίας Σαμιώτης[1], Παναγίωτης Δεδεηλίας[2], Νικόλαος Παπακωνσταντίνου[3], Βασίλειος Πάτρης[1], Μιχαήλ Αργυρίου[2], Χρήστος Χαρίτος[4]

[1]Επικουρικός Ιατρός, [2]Διευθηντής Ε.Σ.Υ.,

[3]Ειδικευόμενος Ιατρός, [4]Συντονιστής Διευθυντής,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Η. Σαμιώτης

Τηλ.: 6973648348

E-mail: samiotisilias@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η στένωση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί την συχνότερη βαλβιδοπάθεια στο δυτικό κόσμο, κυρίως σε ασθενείς άνω των 70 ετών. Στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχουν συνοδά νοσήματα καθιστώντας την επέμβαση αυτή υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου. Εκτός από την συμβατική βιοπροσθετική βαλβίδα, υπαρχούν και οι νέας γενιάς βαλβίδες Perceval S και INTUITY, βιοπροσθετικές αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες που τοποθετούνται στην αορτική θέση χωρίς συρραφή. Δύναται να τοποθετηθούν μέσω μικρής-μερικής στερνοτομής ή μέσω μικρής πρόσθιας θωρακοτομής εκτός της συμβατικής μέσης στερνοτομής. Η χειρουργική δια ελαχίστων τομών αποτελεί τελευταία μια κοινά αποδεκτή χειρουργική λόγω των άριστων κοσμιτικών αποτελεσμάτων, της μικρότερης ουλής, των περιορισμένων λοιμώξεων, της μικρότερης απώλειας αίματος, και συνεπώς της λιγότερης ανάγκης μεταγγίσεων. Πρόκειται για βαλβίδες από βόειο περικάρδιο οι οποίες στηρίζονται σε ένα μεταλλικό κλωβό-stent από νιτινόλη το οποίο εκπτύσσεται και στηρίζει την βαλβίδα χωρίς την ανάγκη συρραφής αυτής στον αορτικό δακτύλιο. Η μερική στερνοτομή ή J στερνοτομή γίνεται με μικρή, 6-7 εκατοστά τομή στο δέρμα και την διαίρεση μόνο του ανωτέρου τμήματος του στέρνου. Έχει μειωθεί αισθητά

και στατιστικά σημαντικά η ενδονοσοκομειακή θνητότητα, η ανάγκη φυσικοθεραπείας είναι μικρότερη όπως και ο χρόνος νοσηλείας στην εντατική μονάδα καρδιοχειρουργικής και στο καρδιοχειρουργικό τμήμα είναι μικρότερος. Η περιεγχειρητική θνητότητα δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές όμως η long term επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση μέσω των ελάχιστων τομών και την εμφύτευση της αυτοεκπτυσσόμενης βαλβίδας. Οι ενδείξεις είναι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συνυπάρχοντα συνοδά νοσήματα υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου, ασθενείς με πορσελανοειδή αορτή και ασθενείς με μικρή αορτική ρίζα αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τη διεύρυνση της αορτικής ρίζας. Το νοσοκομείο μας είναι το πρώτο στην Ελλάδα που έγινε η τοποθέτηση Perceval το 2012 και απο τότε έχουν τοπθετηθεί άλλες 150. Η τοποθέτηση της INTUITY ξεκίνησε το 2016 με πολύ καλά αποτελέσμα.

Λέξεις κλειδιά: Ταχέως εμφυτεύσιμες, perceval, intuity.

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Μικροβίωμα και ασθένεια

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ελένη Μπελεσιώτου

Κλινικός Μικροβιολόγος - Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132043207, 6974174636

E-mail: beleselina@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ανθρώπινο σώμα κατοικείται από περισσότερα από 100 τρισεκατομμύρια μικροβιακά κύτταρα που συμβιώνουν με τον ξενιστή τους, επηρεάζουν την ανθρώπινη φυσιολογία, το μεταβολισμό και την ανοσοποιητική λειτουργία, μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία, τις διατροφικές συνήθειες και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα βακτήρια συνυπάρχουν μεταξύ τους, διατηρούν μια ομοιόσταση και έχουν αναπτύξει μέσα για να επικοινωνούν μεταξύ τους και να διαμορφώνουν δομές, όπως την οδοντική πλάκα στην στοματική κοιλότητα. Οι μεταβολές των περιβαλλοντικών συνθηκών είναι γνωστό ότι αυξάνουν τις πιθανότητες παθογένειας και προάγουν την εμφάνιση ασθενειών. Η κατανόηση της δυναμικής και της σταθερότητας του μικροβιώματος μπορεί να χρησιμεύσει σαν διαγνωστικό εργαλείο και ως θεραπευτικός στόχος. Επειδή το μικροβίωμα περιέχει περισσότερα από 1.000 είδη βακτηρίων και 100 φορές περισσότερα γονίδια από όσα βρίσκονται στο ανθρώπινο γονιδίωμα, χρησιμοποιούνται τεχνολογίες υψηλής αλληλούχισης (High throughput sequencing technologies HTS) και μη γονιδιωματικές τεχνικές (nongenomic techniques), διότι μόλις το 10-50% των

βακτηρίων του εντέρου είναι καλλιεργήσιμα. Η επινόηση του όρου “microbial culturomics” εισάγει μια σειρά από νέες τεχνικές καλλιέργειας σε συνδυασμό με σπεκτρομετρία μάζας για να προσδιορίσει προηγουμένως ακαλλιέργητους μικροοργανισμούς (ανευρέθησαν περισσότερα από 174 είδη που δεν έχουν περιγραφεί προηγουμένως στο ανθρώπινο έντερο). Η ανάπτυξη και η εφαρμογή των μεθόδων της αλληλούχισης του DNA γρήγορα και με χαμηλό κόστος ήταν επαναστατική. Για τον προσδιορισμό περαιτέρω συγκεκριμένης μικροβιακής δραστηριότητας είναι απαραίτητο να αναλύσουμε την έκφραση του γονιδίου (metatranscriptomics: Προσδιορισμός της αλληλουχίας του 16S rRNA), τα προϊόντα πρωτεΐνης (metaproteomics), και το μεταβολικό προφίλ (metabolomics). Στο εντερικό μικροβίωμα κυριαρχούν βακτήρια, μύκητες, ζύμες, αρχαία και ιοί. Τα περισσότερα στελέχη στο έντερο ενός ατόμου είναι ένοικοι για δεκαετίες. *Bacteroides και Ακτινοβακτηρίδια* είναι τα πιο σταθερά. Τα είδη *Firmicutes* και *Bacteroidetes* αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με τον ξενιστή, προστατεύοντάς τον από λοιμώξεις και παρέχουν βασικές λειτουργίες για το μεταβολισμό των τροφών. Διατροφή υψηλή σε λιπαρά οδηγεί σε μείωση των *Bacteroidetes* και αύξηση των *Firmicutes*, αυξάνοντας την ικανότητα ενεργειακής συγκομιδής και αποθήκευσης του εντέρου (σχέση εντερικού μικροβιώματος και παχυσαρκίας, υποσιτισμού, διαβήτη). Επίσης, σε χρόνιες φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn) παρατηρείται αυξημένη αναλογία: *Bacteroidetes, Firmicutes, Ruminococcus, Dorea, Clostridium, Gammaproteobacteria*, *Haemophilusinfluenzae* και μείωση: *Bifidobacterium, Faecalibacterium*, *Bacteroides.* Η στοματική μικροχλωρίδα (*Tannerella forsythia, Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium, Dialister, Peptostreptococcus, Filifactor, Peptococcus, Catonella, Parvimonas*) συνδέεται με περιοδοντικά νοσήματα, καρκίνο οισοφάγου (αδενοκαρκίνωμα και squamous cell carcinoma), στοματικό πλακώδες καρκίνωμα (OSCC) *T. forsythia* και *F. nucleatum* σχηματίζουν συνεργατικές βιομεμβράνες και συνδέονται στενά επάνω στην ανθρώπινη οδοντική πλάκα. Σε νοσήματα όπως ο διαβήτης υπάρχει ήδη ένα φλεγμονώδες περιβάλλον στα κύτταρα και είναι ευκολότερο για την *T. forsythia* να αποκτήσει πρόσβαση στους θύλακες και να προωθήσει την περιοδοντική νόσο, λόγω του υπεργλυκαιμικού περιβάλλοντος στο οποίο εκτίθενται τα κύτταρα. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη ποσότητα *T. forsythia* και σε παχύσαρκες γυναίκες. Η μελέτη των λοιμογόνων γονιδίων *T. forsythia* θα μπορούσε να έχει

σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών. Η *Veillonella* συσχετίζεται με μια υγιή κατάσταση διότι μειώνεται σημαντικά στις κακοήθεις βλάβες και στο 73% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του στόματος μετά από τη θεραπεία. Σε καρκινικές βλάβες 40 είδη ήταν άφθονα (κυρίως *Porphyromonas endodontalis, Filifactor alocis, Dialister pneumosintes*). Το μεγαλύτερο δυναμικό συσχέτισης με τον καρκίνο του στόματος έχουν *Porphyromonas gingivalis* και *Fusobacterium nucleatum* που εμπλέκονται στον καρκίνο του παγκρέατος και παχέος εντέρου και μπορούν να χρησιμεύσουν στη διάγνωση, θεραπεία και σε μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις στην υγεία.

Λέξεις κλειδιά: Μικροβίωμα, μεταβολικό προφίλ, αλληλούχιση DNA, παθογένεια νοσημάτων.

ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Ναταλία Γ. Βαλλιάνου[1], Ελένη Μπελεσιώτου[2]

[1]Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α' Παθολογικό Τμήμα,

[2]Διεθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ν. Βαλλιάνου

Τηλ.: 6955692119

E-mail: natalia.vallianou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συσχέτιση ανάμεσα στην ασθένεια και τους διάφορους μικροοργανισμούς είναι πολύ περίπλοκη και περιλαμβάνει μεταβολικές διεργασίες και μονοπάτια, τα οποία παραμένουν υπό διερεύνηση. Ο αριθμός των μικροβίων στο έντερο του ανθρώπινου οργανισμού είναι περίπου 1×10^{14}, όταν ο αριθμός των ευκαρυωτικών κυττάρων στο ανθρώπινο σώμα είναι 1×10^{13}. Υπό φυσιολογικές συνθήκες και ως βασικό συστατικό της διεργασία της εξέλιξης στο πέρασμα των αιώνων, τα μικρόβια και ο ανθρώπινος οργανισμός έχουν πολλαπλούς μηχανισμούς ώστε να επιτυγχάνεται η διεργασία της ομοιόστασης. Παρόλα αυτά, σε καταστάσεις που αυτή η διεργασία προσβάλλεται για πολλούς και ποικίλους λόγους, όπως για παράδειγμα η «εισβολή» παθογόνων μικροοργανισμών που εισέρχονται σε ένα ευάλωτο ξενιστή, το ανοσοποιητικό σύστημα «απαντά» κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ευνοείται η δημιουργία ασθενειών. Με άλλα λόγια, η «εντερική δυσβίωση», που αποτελεί μία κατάσταση ανισορροπίας ανάμεσα στο βακτηριακό μας σύστημα και τον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να οδηγήσει σε υπερέκφραση βακτηρίων, που προάγουν για παράδειγμα την καρκινογένεση, μέσω της διεργασίας της χρόνιας, χαμηλού βαθμού φλεγμονής ή της διαταραχής της ανοσιακής απάντησης. Πιο συγκεκριμένα, στην παθογένεση του καρκίνου του στομάχου, είναι γνωστό ότι συμμετέχει το *Helicobacter pylori*, του καρκίνου του παχέος εντέρου τα στελέχη *Escherichia coli, Fusobacterium spp*. και το εντεροτοξινογόνο *Bacteroides*

fragilis. Έχει πλέον αποδειχθεί ότι το μικροβίωμα, δηλαδή το σύνολο του γενετικού υλικού των μικροοργανισμών που διαβιούν στο ανθρώπινο σώμα συμμετέχει στην παθογένεση και άλλων νεοπλασμάτων, όπως καρκίνου του προστάτη, μαστού, παγκρέατος, ωοθηκών, ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, καθώς και λεμφωμάτων. Υπολογίζεται δε ότι είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία του 20% περίπου των νεοπλασματικών νόσων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω ενδοκρινικών, νευροενδοκρινικών και πολύπλοκων ανοσιακών διαταραχών, μέσω της «βακτηριακής μετατόπισης» και της δημιουργίας «τοξικών» βακτηριακών προιόντων, που διεγείρουν τη φλεγμονώδη διεργασία και ευοδώνουν την παραγωγή οξειδωτικών ριζών. Εκτός από τα νεοπλάσματα και άλλα νοσήματα έχουν «συνδεθεί» με το ανθρώπινο μικροβίωμα, όπως η παχυσαρκία και οι μεταβολικές της επιπλοκές: ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος και γενικότερα η διεργασία της αθηροσκλήρυνσης. Άλλα νοσήματα, όπως η νόσος του Alzheimer, η νόσος του Parkinson και οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται στην παθογένεσή τους με το ανθρώπινο μικροβίωμα. Θεραπευτικώς, ο ρόλος των προβιοτικών, των πρεβιοτικών, των αντιβιοτικών, των «μεταλλαγμένων» βακτηρίων και της «μεταμόσχευσης» κοπράνων ή συστατικών τους από υγιείς δότες σε πάσχοντες, θα συζητηθούν στην ομιλία αυτή.

Λέξεις κλειδιά: Μικροβίωμα, νεόπλασμα, ασθένεια, εντερική δυσβίωση.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Αποτελεί η σπληνεκτομή παρωχημένη επιλογή στην εποχή των νέων θεραπειών για την ITP;

ΑΠΟΤΕΛΕΙ Η ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ ΠΑΡΩΧΗΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ITP; ΝΑΙ

Σωσάνα Δελήμπαση

Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977204193

E-mail: sodeli@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ΙΘΠ) αποτελεί σπάνια νόσο. Δεν υπάρχει ειδική εξέταση που να θέτει τη διάγνωση της νόσου και έτσι η διάγνωση τίθεται μετά από αποκλεισμό άλλων καταστάσεων που προκαλούν θρομβοπενία. Πρέπει λοιπόν να αποκλειστούν φάρμακα, αυτοάνοσα νοσήματα όπως ΣΕΛ, λεμφοϋπερλαστικά, μυελοϋπερπλαστικά και μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, καθώς και η κίρρωση. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων που θεωρείται ασφαλής είναι **ΑΜΠ>30.000** και κάτω από αυτό το όριο απαιτείται συνήθως θεραπεία. Η θεραπεία πρώτης γραμμής περιλαμβάνει μέχρι και σήμερα τη χορήγηση κορτικοειδών (πρεδνιζολόνης ή δεξαμεθαζόνης) +/- iv ανοσοσφαιρίνη, επί σοβαρής αιμορραγίας. Οι μεγάλη αλλαγή έχει επέλθει στην υποτροπή όπου μέχρι πρότινος η σπληνεκτομή κρατούσε τα σκήπτρα της θεραπείας δεύτερης γραμμής. Η εισαγωγή δύο νέων παραγόντων με δράση που μιμείται την θρομβοποιητίνη, της **romiplostim** και του **eltrombopag**, έχουν αλλάξει τα δεδομένα. Οι νέοι παράγοντες υπόσχονται μακροχρόνιες υφέσεις σε ποσοστά 80% και άνω και είναι

ασφαλείς. **Η σπληνεκτομή** είναι μία αποτελεσματική μέθοδος, αλλά οι υποτροπές είναι της τάξεως του 50%. Επιπλέον υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της περιεγχειρητικής και μετεγχειρητικής λοίμωξης και σήψης καθώς και της μακροχρόνιας ανοσοκαταστολής. Ωστόσο με τη σωστή πρόληψη εμβολιασμός, έμπειρος χειρουργός, λαπαροσκοπική σπληνεκτομή τα αποτελέσματα είναι καλύτερα. Επιπλέον άλλα φάρμακα ανοσοκατασταλτικά όπως το **Rituximab,** το Cellcept και κυκλοφωσφαμίδη έχουν δράση σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών. Γενικά πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η ΙΘΠ είναι μία χρόνια νόσος και η θεραπεία της χρειάζεται εξατομίκευση. Παρόλα αυτά η σπληνεκτομή έχει τη θέση της ως θεραπεία διάσωσης στον ασθενή που δεν ανταποκρίνεται σε κανένα παράγοντα κατά τη διάγνωση και σε νέους ασθενείς που λόγω του τρόπου ζωής τους δεν θέλουν να είναι δέσμιοι συνεχιζόμενης θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: ΙΘΠ, romiplostim, eltrombopag, σπληνεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΙ Η ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ ΠΑΡΩΧΗΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΤΡ; ΟΧΙ

Στυλιανός Α. Καπίρης
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος
του Γ΄ Χειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας
Τηλ.: 2132045477, 6944537488
E-mail: stkapiris@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για δεκαετίες η σπληνεκτομή αποτελούσε την θεραπεία εκλογής στους ασθενείς με ανθεκτική ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα (ΙΘΠ). Όμως, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι λιγότεροι από 30% των ασθενών με ΙΘΠ τελικά υποβάλλονται σε σπληνεκτομή, παρά το ότι το ποσοστό της μακροχρόνιας ανταπόκρισης στη σπληνεκτομή βιβλιογραφικά αγγίζει το 70%. Τα αίτια αυτής της μείωσης είναι ο κίνδυνος των μακροχρόνιων επιπώσεων της σπληνεκτομής (σηπτικές επιπλοκές, θρομβώσεις) καθώς και ο κίνδυνος των άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών. Κυρίως όμως είναι η εμφάνιση στο θεραπευτικό προσκήνιο φαρμάκων που αυξάνουν τον αριθμό των αιμεταλίων (αγωνιστές των υποδοχέων της θρομβοποιητίνης και αντισώματα - ανοσοκατασταλτικά). Με τη χρήση αυτών των φαρμάκων προτείνεται μια εναλλακτική συντηρητική θεραπεία της σπληνεκτομής και κατά συνέπεια,οι νεώτερες αυτές θεραπείες, είναι ελκυστικές για τους γιατρούς και τους ασθενείς. Πρέπει όμως να αποδειχθεί ότι οι ουσίες αυτές θεραπεύουν μακροχρόνια την ΙΘΠ το ίδιο αποτελεσματικά όσο η σπληνεκτομή. Η λαπαροσκοπική σπληνεκτομή, είναι ισοδύναμη με την ανοικτή, στην θεραπεία της ΙΘΠ, ενώ εμφανίζει πολύ μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα και πρακτικά μηδενική θνητότητα. Στην σειρά της Γ΄ Χειρουργικής Κλινικής, 74 ασθενείς με ΙΘΠ, υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική σπληνεκτομή (2000-2015). Από αυτούς, το 70% (52 ασθενείς) είχαν πλήρη ανταπόκριση, το 14% (10 ασθενείς) είχαν μερική

ανταπόκριση, ενώ 16% (12 ασθενείς) δεν είχαν ανταπόκριση στη σπληνεκτομή (μέσο follow-up 48,5 μήνες). Η θνητότητα ήταν μηδενική.

Το ερώτημα αν η σπληνεκτομή είναι παρωχημένη επιλογή για τη θεραπεία της ΙΘΠ, θα πρέπει να μετατραπεί στο ερώτημα αν οι νεώτερες φαρμακευτικές ουσίες είναι μακροχρόνια αποτελεσματικότερες από την σπληνεκτομή. Και αυτό μπορεί να αποδειχθεί μόνο με άρτια σχεδιασμένες συγκριτικές μελέτες οι οποίες προς το παρόν δεν υπάρχουν.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, σπληνεκτομή, λαπαροσκοπική σπληνεκτομή.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Εφαρμογή της Τεχνολογίας NGS (Next - Generation Sequencing) στην κλινική πράξη

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗΣ (NEXT GENERATION SEQUENCING, NGS)

Διαμάντω Κουνιάκη

Βιολόγος, Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973492610

E-mail: kouniakitzeni@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατά Sanger τεχνική ανάλυσης της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας (Sequencing Based Typing, SBT), η οποία αναπτύχτηκε στη δεκαετία του ΄70 από τον Frederick Sanger, αποτιμήθηκε ως η πιο ολοκληρωμένη μέθοδος γονοτύπησης. Θεωρείται ως η "1^{η} γενιά" μεθοδολογιών ανάλυσης του DNA. Αργότερα, μετά το 2005, καθώς η απαίτηση για περισσότερη παραγωγή υψηλότερης ανάλυσης και χαμηλότερου κόστους γινόταν ολοένα και πιο επιτακτική, αναπτύχτηκαν νέες στρατηγικές γνωστές ως μεθοδολογίες αλληλούχισης υψηλής απόδοσης (High Throughput DNA Sequencing, HTS). Πρόκειται για καινοτόμα γονιδιωματικά εργαλεία, των οποίων οι μοναδικές χημικές διεργασίες επιτρέπουν την ταχεία παράλληλη μαζική παραγωγή γενετικών δεδομένων σε μία μόνο αντίδραση, ξεπερνώντας τους περιορισμούς της συμβατικής SBT γονοτύπησης. Με βάση το μήκος του τμήματος DNA/RNA που αναλύεται, οι σημερινές πλατφόρμες HTS μπορούν να διακριθούν στις: α) εμπορικά διαθέσιμες πλατφόρμες ανάλυσης μεσαίου μεγέθους αναγνώσεων (250-1000b) που αφορούν τις 2^{ης} ή επόμενης γενιάς (NGS) μεθοδολογίες, κατάλληλες για κλινικές εφαρμογές οι οποίες προϋποθέτουν PCR

ενίσχυση (Roche 454 GSFLX Titanium/Junior, Life Technology-SOLiD, Ion Torrent-PGM και Illumina HiSeq/MiSeq συστήματα) και β) πλατφόρμες ανάλυσης μεγάλου μεγέθους αναγνώσεων (>10Kb) που αφορούν τις 3ης γενιάς μεθοδολογίες (Helicos, Pacific Biosciences και Oxford Nanopore), στις οποίες η ανάλυση εκτελείται άμεσα. Όλες οι τεχνολογίες 2ης γενιάς συνδυάζουν κλωνική ενίσχυση (clonal amplification) και υψηλό επίπεδο παραλληλισμού (massively parallel). Η κλωνική ενίσχυση επιτυγχάνεται με την χρήση μεθόδων που επιτρέπουν την απομόνωση ενός μονού, ενιαίου μορίου DNA, το οποίο στην συνέχεια ενισχύεται παράγοντας έναν κλωνικό πληθυσμό από πανομοιότυπα γονιδιακά τμήματα, ενώ ο όρος «υψηλό επίπεδο παραλληλισμού» χρησιμοποιείται για να περιγραφεί η ταυτόχρονη ανάλυση εκατοντάδων χιλιάδων πανομοιότυπων τμημάτων DNA. Πέρα από την χημεία αλληλούχισης, η οποία είναι ειδική, η ροή εργασίας ακολουθεί παρόμοια βήματα και σε κάθε πλατφόρμα NGS εκτελείται ταυτόχρονα μια σειρά εκατομμυρίων επαναλαμβανόμενων χημικών μικροαντιδράσεων. Συγκεκριμένα: α) η εκχύλιση gDNA/cDNA/RNA, β) η παρασκευή βιβλιοθήκης, γ) η κλωνική ενίσχυση των βιβλιοθηκών είτε πάνω σε σφαιρίδια μέσω PCR γαλακτώματος (Roche/Ion Torrent), είτε σε κυψελίδες ροής με ενίσχυση PCR γέφυρας (Illumina), και δ) η ανάλυση των γενετικών δεδομένων με τη βοήθεια πολύπλοκων λογισμικών. Οι περιορισμοί αυτών των μεθοδολογιών είναι: α) οι σύντομες αλληλουχίες αναφοράς με αποτέλεσμα δυσκολίες στην τελική συναρμολόγηση της νουκλεοτιδικής ακολουθίας ή στην χαρτογράφηση, β) η αδυναμία ομοιόμορφης ενίσχυσης σε ομοπολυμερείς περιοχές ή περιοχές πλούσιες σε GC και γ) τα σφάλματα προσδιορισμού βάσεων, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες αναγνώσεις. Η τεχνολογία 3ης γενιάς εξακολουθεί να βρίσκεται σε αναπτυξιακή φάση και τα μέσα ανάλυσης είναι πολύ ανώριμα σε σύγκριση με εκείνα της 2ης γενιάς, ενώ τα αποτελέσματα παραμένουν εξίσου αβέβαια, λόγω του υψηλού ποσοστού σφαλμάτων. Επί του παρόντος η HTS τεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών της γονιδιωματικής Ιατρικής, όπως: de novo αλληλούχιση, επαναλληλούχιση, στοχευμένη αλληλούχιση, ανάλυση μεταγραφώματος (προφίλ γονιδιακής έκφρασης, small RNA ανάλυση) και επιγενετική, πεδία που μας επιτρέπουν να κατανοήσουμε καλύτερα γονίδια και ρυθμιστικά μονοπάτια που εμπλέκονται στην παθογένεια των νοσημάτων. Παράλληλα, νέες σημαντικές ανακαλύψεις σε περιοχές του γονιδιώματος που παρέμειναν διφορούμενες μέχρι και σήμερα συντελούνται, ενώ η πολυπλοκότητα των μεταγραφόμενων περιοχών

μπορεί να διερευνηθεί με πρωτοφανείς λεπτομέρειες. Συμπερασματικά, η HTS τεχνολογία παρέχει όχι μόνο ολοκληρωμένη ανάλυση του ανθρωπίνου γονιδιώματος, αλλά και ένα τεράστιο όγκο γενετικών δεδομένων που αλλάζουν ριζικά την έρευνα στις Επιστήμες Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Υψηλού επιπέδου ανάλυση της νουκλεοτιδικής αλληλουχίας, επόμενης γενιάς αλληλούχιση, Ion Torrent/Illumina πλατφόρμες αλληλούχισης.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ HLA ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ

Αικατερίνη Ταράση
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043164, 6945385192
E-mail: katerinatarassi@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, έχει καταδειχθεί ότι η τεχνολογία NGS (Next Generation Sequencing) μπορεί να εφαρμοσθεί στην HLA (Human Leukocyte Antigens) τυποποίηση, δίδοντας αποτελέσματα υψηλής ανάλυσης (High Resolution-HR) με ελάχιστες ασάφειες (ambiguities). Νέες τεχνικές προετοιμασίας των δειγμάτων και βελτιωμένα λογισμικά έχουν δώσει τη δυνατότητα ανάπτυξης σχετικά απλών στην εφαρμογή και οικονομικά αποδοτικών μεθόδων HLA τυποποίησης με NGS, οι οποίες εφαρμόζονται σήμερα στα κλινικά εργαστήρια, χρησιμοποιώντας εμπορικά διαθέσιμα προϊόντα (kits) σε διαφορετικές πλατφόρμες (Illumina, IonTorrent-PGM). Ητεχνολογία NGS εμφανίζει ουσιώδη πλεονεκτήματα έναντι των κλασσικών μοριακών τεχνικών HLA τυποποίησης (PCR-SSP, PCR-SSOP και SBT): α) υψηλότερη απόδοση ανάλυσης νουκλεοτιδικής αλληλουχίας (sequencing), β) μεγαλύτερη διαγνωστική ευαισθησία, γ) σημαντικά χαμηλότερο κόστος, δ) ενώ οι κλασικές μοριακές τεχνικές περιορίζονται στην ανάλυση μόνο της θέσης σύνδεσης του αντιγόνου (Antigen Recognition Site, ARS) των HLA γονιδίων (1^{ο} ή 2^{ο} πεδίο), η τυποποίηση με NGS επιτρέπει τον προσδιορισμό του 3^{ου} και 4^{ου} πεδίου (field) σε επίπεδο καθημερινής ρουτίνας και ε) σε αντίθεση με τις κλασσικές DNA τεχνικές που αναλύουν συγκεκριμένα εξόνια, η NGS ανάλυση περιλαμβάνει όλα τα εξόνια (στους περισσότερους HLA γενετικούς τόπους) αλλά και μη κωδικοποιούσες περιοχές (introns) του γονιδίου. Οι πρώτοι που την εφάρμοσαν ήταν οι δεξαμενές εθελοντών δοτών (registries) καθώς και τα εργαστήρια που υποστηρίζουν τη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, όπου απαιτείται HLA-HR

τυποποίηση σε μεγάλο αριθμό δειγμάτων. Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος της πληροφορίας αλλά και το κόστος, η τυποποίηση αιματολογικών ασθενών και των δοτών τους με NGS αποτελεί την καλύτερη επιλογή. Πρόσφατα, η τυποποίηση με NGS άρχισε να χρησιμοποιείται και στη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (κυρίως νεφρού), διότι μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για την επιλογή του πλέον κατάλληλου δότη και την ανταλλαγή των μοσχευμάτων καθώς και για την ερμηνεία των αντι-HLA αντισωμάτων στο λήπτη. Η έννοια των «αποδεκτών ασυμβατοτήτων» μπορεί να ενισχυθεί σημαντικά από την HLA-HR τυποποίηση με NGS και κατ' επέκταση την συμβατότητα σε επίπεδο επιτόπων (epitope matching), η οποία περιορίζει την ανάπτυξη de novo DSA (Donor Specific Antibodies) αντισωμάτων και κατά συνέπεια τον κίνδυνο απόρριψης. Βέβαια, η χρησιμότητά της περιορίζεται στις μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη. Παράλληλα, αναζητούνται τρόποι περιορισμού του χρόνου ολοκλήρωσης της εξέτασης (σε 6-8 ώρες) με τις νεότερες πλατφόρμες (π.χ. Oxford Nanopore)-γεγονός που δεν φαίνεται εφικτό στο άμεσο μέλλον-με σκοπό να εφαρμοσθεί και στις μεταμοσχεύσεις από πτωματικό δότη. Η εφαρμογή της NGS τεχνολογίας προβλέπεται επίσης να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις μελέτες γενετικής των πληθυσμών. Τα επόμενα χρόνια αναμένεται να είναι διαθέσιμος ένας τεράστιος όγκος δεδομένων νουκλεοτιδικής ανάλυσης των HLA αλληλίων, τα οποία θα αλλάξουν δυνητικά την κατανόηση μας για την ποικιλομορφία στους ανθρώπινους πληθυσμούς. Αναμένεται επίσης, ότι στις μελέτες συσχετίσεων με νοσήματα η NGS θα χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκλογής για την HLA τυποποίηση. Ωστόσο, η NGS έχει και ορισμένους περιορισμούς: α) ο χρόνος ολοκλήρωσης της εξέτασης ανέρχεται σε 4-5 ημέρες, β) το κόστος του εξοπλισμού είναι σχετικά υψηλό, γ) είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η κλινική σημασία των νέων HLA αλληλίων που ανακαλύπτονται. Συμπερασματικά, η τεχνολογία NGS έχει και θα συνεχίσει να παίζει σημαντικό ρόλο για τον πλήρη χαρακτηρισμό των HLA μορίων και την καλύτερη κατανόηση του ρόλου τους στην υγεία και στη νόσο.

Λέξεις κλειδιά: Ανάλυση νουκλεοτιδικής αλληλουχίας επόμενης γενιάς (Next Generation Sequencing, NGS), HLA τυποποίηση, μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Μαρία Γαροφαλάκη

Βιολόγος, Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6937105522

E-mail: mariakg@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τεχνολογία της αλληλούχισης νέας γενιάς (Next generation Sequencing, NGS) οδήγησε σε επανάσταση τη μελέτη των αιματολογικών κακοηθειών, με πληθώρα δημοσιεύσεων τα τελευταία χρόνια. Η διάγνωση και ταξινόμηση των αιματολογικών κακοηθειών περιγράφηκαν από την ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) το 2001 με την εισαγωγή για πρώτη φορά της γενετικής πληροφορίας στον αλγόριθμο της διάγνωσης. Η σημασία των γενετικών ευρημάτων σε συνδυασμό με τη μορφολογία, και τον ανοσοφαινότυπο επιβεβαιώθηκε στην αναθεώρηση της ΠΟΥ το 2008 κατά την ταξινόμηση της Οξείας Μυελογενούς Λευχαιμίας. Λόγω των συνεχώς αυξανόμενων δεδομένων, που προέκυψαν από την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών και δείχνουν νέους μηχανισμούς ογκογένεσης και νέους εν δυνάμει θεραπευτικούς στόχους έγινε και 4^{η} αναθεώρηση της ΠΟΥ το 2016. Με την τεχνολογία NGS υπάρχει η δυνατότητα αλληλούχισης χιλιάδων γονιδίων και ταυτόχρονης ανίχνευσης: α) αντικαταστάσεων βάσεων (base substitution), β) εισδοχών/απαλοιφών (Insertions/Deletions, Indel), γ) ποικιλομορφιών στον αριθμό αντιγράφων (copy number variations, CNV). Οι προσεγγίσεις αυτές περιλαμβάνουν αφενός την πλήρη επαναλληλούχιση ενός γονιδιώματος (whole genome resequencing, WGRS) και αφετέρου τη στοχευμένη αλληλούχιση του συνόλου των εξονικών τμημάτων του (whole-exome sequencing, WES). Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι η καθαρή αλληλουχία (ή τμήματα αυτής) ενός συγκεκριμένου ατόμου η οποία μπορεί να συγκριθεί απευθείας τόσο με το γονιδίωμα αναφοράς για τον υπό μελέτη πληθυσμό όσο και με την αντίστοιχη ομόλογη

αλληλουχία άλλων ατόμων του δείγματος. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει συγκρίσεις ακόμα και σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν γνωστοί πολυμορφισμοί, ενώ επιτρέπει ταυτόχρονα και την αναγνώριση άλλων τύπων ποικιλομορφίας όπως οι ποικιλομορφίες αριθμού αντιγράφων. Μέχρι πρόσφατα ένας μικρός μόνο αριθμός γενετικών ανωμαλιών μπορούσαν να δώσουν πληροφορίες για την πρόγνωση και τον προσανατολισμό της θεραπείας στις αιματολογικές κακοήθειες. Η εφαρμογή της νέας τεχνολογίας οδήγησε στην ανακάλυψη νέων μεταλλάξεων στα γονίδια *SF3B1*, *IDH1*, *IDH2*, *DNMT3A*, *MYD88* και *MLL2*, και ο χαρακτηρισμός τους μπορεί να επηρεάσει την κλινική διαχείριση και τη θεραπευτική απόφαση. Στην κλινική πράξη η NGS κυρίως εφαρμόζεται για την αλληλούχιση ενός πάνελ προκαθορισμένων γονιδίων των οποίων οι μεταλλάξεις θα δώσουν σημαντικές πληροφορίες τόσο για την πρόγνωση όσο και τη θεραπεία. Με την αύξηση της ζήτησης εφαρμογής της NGS στη διάγνωση των αιματολογικών νοσημάτων προκύπτουν διάφορα θέματα όπως, η διαχείριση του μεγάλου όγκου των δεδομένων που προκύπτουν από την αλληλούχιση και απαιτούν υποδομή και εμπειρία, η ονοματολογία με την οποία θα πρέπει να αναφέρονται οι μεταλλάξεις καθώς και ιατρο-νομικά και ηθικά θέματα που αφορούν κυρίως το περιεχόμενο της έκθεσης. Θα πρέπει να αναφέρονται όλες οι μεταλλάξεις ή μόνο αυτές που αφορούν τη νόσο; Τι γίνεται με τις ποικιλομορφίες γαμετικής σειράς; Πως ενσωματώνονται τα παραπάνω στην κλινική πράξη; Η πρόοδος της NGS ξετύλιξε το γονιδιωματικό τοπίο των αιματολογικών κακοηθειών και οδήγησε στην εποχή των θεραπειών-στόχων με βάση το γονιδίωμα. Ο στόχος στην μετα-γονιδιωματική εποχή είναι η επιτυχής μετάβαση από τη γενετική ανακάλυψη στη θεραπευτική παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: NGS, αλληλούχιση νέας γενιάς, WGRS, WES.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ

Ευσταθία Περιβολιώτη
Ιατρός Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος,
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6945864782
E-mail: perivolioti@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αλληλούχιση του DNA και κατ' επέκταση η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος υπήρξαν ορόσημα στην Ιατρική, διότι έγινε γνωστή η αλληλουχία όλων των γονιδίων του ανθρώπινου οργανισμού. Τα τελευταία χρόνια οι τεχνολογίες υψηλής απόδοσης (High throughput technologies) και η αλληλούχιση επόμενης γενιάς (Next Generation Sequencing – NGS) αποτελούν πολύ σημαντικά εργαλεία για την κλινική διάγνωση πολλών ασθενειών και διευκολύνουν την ανάπτυξη και την εισαγωγή νέων και εξατομικευμένων θεραπειών. Οι ζώντες οργανισμοί χαρακτηρίζονται από τεράστια ποικιλομορφία καθώς κάθε οργανισμός διαφέρει γενετικά από τον άλλο, όχι μόνο ανάμεσα στα διάφορα είδη αλλά και μέσα στο ίδιο είδος, ακόμα και στον ίδιο πληθυσμό και οικογένεια. Βάση της ποικιλομορφίας είναι οι μεταλλάξεις. Με τον όρο «μετάλλαξη» χαρακτηρίζεται μία μόνιμη μεταβολή στο γενετικό υλικό ενός οργανισμού. Οι μεταλλάξεις συμβαίνουν με τυχαίο τρόπο μέσω διαφορετικών μηχανισμών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπόκεινται και στην επίδραση του περιβάλλοντος. Εκτός από τις μεταλλάξεις στην κωδικοποιούσα περιοχή ενός γονιδίου και στα όρια ιντρονίου/εξονίου, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι χρωμοσωμικές μεταλλάξεις που επιδρούν σε ολόκληρο το χρωμόσωμα ή σε ένα μεγάλο τμήμα αυτού. Επίσης υπάρχουν και οι Γονιδιακές Αναδιατάξεις οι οποίες αναφέρονται στην απαλοιφή ή στον διπλασιασμό (ή ακόμα και τον τριπλασιασμό) μεγάλων περιοχών ενός γονιδίου στις οποίες περιλαμβάνονται ένα ή και περισσότερα εξώνια καθώς και ιντρονικές περιοχές. Το αποτέλεσμα μίας μετάλλαξης μπορεί να είναι η απώλεια λειτουργίας του γονιδίου ή η απόδοση σε αυτό μίας λειτουργίας διαφορετικής από αυτήν του φυσιολογικού γονιδίου. Η αλληλούχιση

επόμενης γενιάς, NGS, αποτελεί πλέον το πιο σημαντικό εργαλείο ανίχνευσης αυτών των μεταλλάξεων και γονιδιακών αναδιατάξεων. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η τεχνολογία αλληλούχισης DNA έχει κάνει μεγάλα άλματα με αποτέλεσμα, οι τεράστιες τεχνολογικές εξελίξεις να δώσουν στην μικροβιολογία τα μέσα να αποκτά δεδομένα υψηλής ποιότητας σε σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα. Πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη για περισσότερη, γρηγορότερη και φθηνότερη αλληλούχιση DNA, οδήγησε στην εισαγωγή πλατφορμών μαζικής παράλληλης αλληλούχισης με υψηλή απόδοση (high throughput-multiplexing) όπου η ταχύτητα είναι μεγάλη αλλά και το κόστος σχετικά με τον αριθμό βάσεων που αλληλουχούν σε σύγκριση με την κλασσική μέθοδο αλληλούχισης (Sanger).

Οι νέες τεχνολογίες αλληλούχισης έχουν ήδη εφαρμοστεί σε αρκετούς τομείς, τόσο στην διαγνωστική όσο και στην έρευνα, όπως είναι η διάγνωση γνωστών και η ανίχνευση νέων παθογόνων μικροοργανισμών (de novo) σε κλινικά δείγματα, η συσχέτιση γνωστών μικροοργανισμών με παθήσεις (π.χ. νευρολογικά, ογκολογικά περιστατικά), η ανίχνευση μεταλλάξεων (ανθεκτικότητας, που αυξάνουν παθογένεια/λοιμογόνο δράση), η μελέτη του μικροβιώματος (Bacterial metagenomics). Παράλληλα, εφαρμόζονται στην Επιδημιολογική διερεύνηση στελεχών σε επιδημίες (τυποποίηση παθογόνων μικροοργανισμών), στην επιλογή κυκλοφορούντων στελεχών για εμβόλια (π.χ. γρίπης) καθώς και στην παρακολούθηση πορείας της λοίμωξης/ θεραπείας (π.χ. HIV). Οι νέες τεχνολογίες αλληλούχισης, βρίσκουν εφαρμογή στην αποκαλούμενη Εξατομικευμένη Ιατρική (Personalised, stratified, precision medicine), που στοχεύει σε επιλογή θεραπείας ανά περίπτωση μέσω της αύξησης της γνώσης των γενετικών δεδομένων (σε ιό, βακτήριο και άνθρωπο),της γνώσης σχέσης ξενιστή-παθογόνου-θεραπείας και την χρησιμοποίηση γενωμικών δεδομένων ξενιστή, παθογόνου σε συνδυασμό με κλινικά δεδομένα.

Η τελευταία δεκαετία υπήρξε καταλυτική στον τομέα των τεχνολογιών αλληλούχισης DNA, με την εισαγωγή νεοτέρων μηχανημάτων ικανών να πραγματοποιούν παράλληλη αλληλούχιση σε μαζική πλέον κλίμακα. Παράλληλα, είναι σημαντικές και οι προκλήσεις, για τον κλινικό μικροβιολόγο, που απορρέουν από τις καινούργιες αυτές τεχνολογικές εφαρμογές.

Λέξεις κλειδιά: Τεχνολογίες αλληλούχισης επόμενης γενιάς, next generation sequencing, κλινικές εφαρμογές αλληλούχισης, αλληλούχιση στη μικροβιολογία.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Αξιολόγηση των ικανοτήτων και της απόδοσης των νοσηλευτών: Μπορούμε να γίνουμε στην πράξη καλύτεροι αξιολογητές και αξιολογούμενοι;

Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ: ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΚΑΚΟ ή ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗΣ;

Κωνσταντίνος Κοκκινάκης

Προϊστάμενος Τομέα Χειρουργείων,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045806

E-mail: xeirournos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος σκοπός της αξιολόγησης των δημοσίων υπαλλήλων-νοσηλευτών είναι η βελτίωση της ατομικής τους επίδοσης με απώτερο στόχο την αποτελεσματική λειτουργία και τη βέλτιστη νοσηλευτική παρέμβαση-διεργασία για την θεραπεία των ασθενών. Πραγματοποιείται σε ετήσια βάση και αποτελείται από κριτήρια που αφορούν γνώση αντικειμένου, ενδιαφέρον, δημιουργικότητα, σχέσεις και συμπεριφορά, αποτελεσματικότητα καθώς και διοικητικές ικανότητες. Περιλαμβάνει συμβουλευτική συνέντευξη και αξιολόγηση προϊσταμένου.

Στόχος είναι η βελτίωση των υπαλλήλων-νοσηλευτών στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων, στην ενίσχυση της παρακίνησής τους, στον προσδιορισμό εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών αναγκών των νοσηλευτών, στην καταγραφή προσόντων και ικανοτήτων των νοσηλευτών του ιδρύματος και επανεκτίμηση τοποθέτησής τους, στην εξακρίβωση εργαζομένων με μη ικανοποιητική απόδοση και τελικά στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Η

αξιολόγηση αποτελεί «εργαλείο» απαραίτητο για τον ίδιο τον υπάλληλο και για τη διοίκηση του νοσοκομείου με μοναδικό στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Λέξεις κλειδιά: Αξιολόγηση, έντυπα, ανατροφοδότηση.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΠΟΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΦΑΝΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΥΠΑΡΧΟΝΤΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Δήμητρα Τσιμπούκη
Κλινική Νοσηλεύτρια Π.Ε., MSc,
Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976703507
E-mail: tsimpdimitra@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρά την ψήφιση στο πέρασμα των προηγούμενων δεκαετιών, πλήθους νομοθετικών κειμένων, που ενσωμάτωναν το σύνολο σχεδόν των επιστημονικών, θεωρητικών και ερευνητικών προσεγγίσεων, η αξιολόγηση των δημοσίων υπαλλήλων αποτελεί έναν από τους βασικούς λόγους σύγκρουσης υπαλλήλων και πολιτικής εξουσίας. Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας που είναι ευαίσθητος, πολύπλοκος και αυξημένων απαιτήσεων ως προς την κατανάλωση πόρων, η αξιολόγηση αυτή γίνεται δυσκολότερη αλλά και επιτακτικότερη. Σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, ένας από τους κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας αναδεικνύεται το Ανθρώπινο Δυναμικό. Η διαδικασία μέσα από την οποία προσδιορίζεται η αξία των εργαζομένων σε σύγκριση με ορισμένα πρότυπα, η σύγκριση των εργαζομένων μεταξύ τους, αλλά και η συμβολή τους στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού, είναι σημαντικό να διενεργείται περιοδικά, ώστε οι εργαζόμενοι να καταβάλλουν προσπάθεια για τη βελτίωση τους, συμβάλλοντας έτσι στην αποτελεσματικότητα αλλά και αποδοτικότητα του οργανισμού. Η παραδοσιακή αξιολόγηση είχε ως στόχο την κριτική και τη δημιουργία ενός κειμένου, ως επί το πλείστον αρνητικής φύσεως, που ακολουθούσε τον υπάλληλο στον εργασιακό του βίο. Ο εργαζόμενος δεν είχε καμία συμμετοχή ή ενεργητική στάση σε όλη τη διάρκεια της

διαδικασίας. Αντιθέτως, η λεγόμενη σύγχρονη αξιολόγηση έχει αναπτυξιακό χαρακτήρα. Ο εργαζόμενος συμμετέχει σε μία συζήτηση, η οποία δεν εστιάζει μόνο στην αξιολόγηση της παρελθούσας απόδοσής του, αλλά και στη βελτίωση της μελλοντικής. Το βασικό κομμάτι της αξιολόγησης αυτής είναι να δοθεί στον αξιολογούμενο η δυνατότητα να εκφράσει τη δική του σκοπιά. Καταδεικνύει το ενδιαφέρον του οργανισμού για την ανάπτυξη και βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, δημιουργεί πλαίσιο επικοινωνίας ανάμεσα σε προϊστάμενο και υφιστάμενο και αυξάνει το αρχικό επίπεδο απόδοσης. Ενδεικτικά, κάποιες σύγχρονες μέθοδοι αξιολόγησης προσωπικού είναι η διοίκηση μέσω αντικειμενικών στόχων, η αξιολόγηση 360 μοιρών, οι μέθοδοι μέτρησης της συμπεριφοράς, η αξιολόγηση της απόδοσης μέσω συστημάτων παρακολούθησης, τα κέντρα αξιολόγησης, η μέτρηση της παραγωγικότητας και τέλος, η αξιολόγηση από ψυχολόγους, κυρίως για επιτελικά στελέχη. Όλες αυτές οι μέθοδοι παρουσιάζουν αρκετά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Παρά την έντονη κριτική που έχει ασκηθεί, οφείλουμε να δεχτούμε ότι αποτελούν μια προσπάθεια προσαρμογής σε ένα σύγχρονο περιβάλλον εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: Αξιολόγηση, οργανισμός, ανθρώπινο δυναμικό, απόδοση, παραγωγικότητα.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ. ΤΡΟΠΟΙ ΥΠΕΡΚΕΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ

Ελένη Κεϊμαλή
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045800
E-mail: elkeim@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεξαγωγή συνέντευξης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία του ανθρώπινου δυναμικού μιας οργάνωσης. Η συνέντευξη αποτελεί μια επικοινωνία «πρόσωπο προς πρόσωπο» του διενεργούντος τη συνέντευξη με τον συνεντευξιαζόμενο, επιδιώκεται η «δυναμική» αξιολόγηση μιας σειράς κριτηρίων – δεξιοτήτων για την ανίχνευση της καταλληλότητας του συνεντευξιαζόμενου-υποψηφίου να στελεχώσει μια θέση.

Η βασική διαφοροποίηση της συνέντευξης ως εργαλείου αξιολόγησης της καταλληλότητας των υποψηφίων για τη στελέχωση θέσεων εργασίας έναντι άλλων εργαλείων, όπως π.χ. η σύνταξη ενός ερωτηματολογίου, έγκειται στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων από τα αρμόδια όργανα για το «προφίλ» του υποψηφίου-συνεντευξιαζόμενου, μέσα από την παροχή στο δεύτερο, της δυνατότητας να εκφράσει και να αναπτύξει προσωπικές απόψεις και κρίσεις, σε μια διαδικασία επικοινωνίας «πρόσωπο με πρόσωπο».

Η χρήση της συνέντευξης εισάγεται για πρώτη φορά το 1997 (τροποποίηση του άρθρου 19 του Ν.2190/1994 με άρθρο 4 του ν.2527/1997) ειδικά και μόνο για στελέχωση θέσεων ειδικού επιστημονικού προσωπικού.

Ύστερα από μια προσπάθεια επέκτασης της δυνατότητας χρήσης του εργαλείου της προφορικής συνέντευξης με το Ν.3320/2005, τελικά με το Ν.3812/2009, η προφορική συνέντευξη διατηρείται μόνο για την επιλογή ειδικού επιστημονικού προσωπικού ή

αντίστοιχου επιστημονικού προσωπικού των ΝΠΙΔ και για την πρόσληψη προσωπικού που σχετίζεται με την ασφάλεια της ανθρώπινης ζωής, ύστερα από αίτημα του φορέα και απόφαση του ΑΣΕΠ.

Με το ν. 4369/16 προβλέπεται η διεξαγωγή δομημένης συνέντευξης, όπου τα μέλη των αρμοδίων Συμβουλίων οφείλουν τόσο να διαμορφώσουν εκ των προτέρων σχεδιάγραμμα ερωτήσεων για τους υποψηφίους, με ανάλογη κλίμακα βαθμολόγησης, όσο και τα κριτήρια-βασικά σημεία των αποδεκτών απαντήσεων.

Αρχές που διέπουν τη διαδικασία της συνέντευξης είναι η αξιοκρατία/καταλληλότητα, η έντιμη αντιμετώπιση υποψηφίων, η ισότιμη αντιμετώπιση υποψηφίων, ο επαγγελματισμός και η διαφάνεια. Η συνέντευξη έχει δεχτεί ως μέθοδος πολλαπλές κριτικές τόσο για την αξιοπιστία της όσο και για την εγκυρότητά της. Μια μέθοδος είναι αξιόπιστη όταν δίνει τα ίδια αποτελέσματα κάθε φορά που χρησιμοποιείται στις ίδιες συνθήκες και έγκυρη όταν μετράει αυτό το οποίο σκοπεύει να μετρήσει.

Η διεξαγωγή δομημένης συνέντευξης αποτελεί μια ουσιαστική διαδικασία, με την οποία επιδιώκεται η επίτευξη της καλύτερης δυνατής αντιστοιχίας μεταξύ των αναγκών του οργανισμού και των υποψηφίων. Με την τήρηση της προβλεπόμενης μεθοδολογίας σε συνδυασμό με το υψηλό κύρος και την επιστημοσύνη των μελών των αρμοδίων συμβουλίων, η διαδικασία της συνέντευξης διαθέτει τα απαραίτητα εχέγγυα της αξιοκρατίας, της διαφάνειας και της αντικειμενικότητας στην διαδικασία πραγματοποίησης κρίσεων – αξιολόγησης, καθώς και τρόπους υπερκέρασης των δυσκολιών.

Λέξεις κλειδιά: Αξιολόγηση, συνέντευξη, ανθρώπινο δυναμικό, απόδοση, βασικές αρχές.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ: ΓΕΦΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΧΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗΣ

Ευσταθία Καμπισιούλη, RN, MSc, PhD,
Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976441243
E-mail: efikamp@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκπαίδευση στο χώρο εργασίας (on the job training) αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο του συνόλου της εκπαιδευτικής νοσηλευτικής διαδικασίας. Μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από ραγδαία τεχνολογική πρόοδο, εκρηκτική συσσώρευση νέας γνώσης και ταχεία απαξίωση της υπάρχουσας, η Νοσηλευτική Κλινική Εκπαίδευση θεωρείται θεμελιώδης γιατί μετουσιώνει τη γνώση σε πράξη και κλινική δεξιότητα. Επίσης, διαμορφώνει πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς, αναπτύσσει την κριτική σκέψη και βελτιώνει την κλινική «αρτιότητα» διασφαλίζοντας την βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ θεωρίας και κλινικής πρακτικής έχει περιγραφεί στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ως χάσμα. Η αναγνώριση της ύπαρξης του χάσματος και οι προσπάθειες γεφύρωσής του έχουν μακρά ιστορία. Οι πρώτες προσπάθειες χρονολογούνται από το 1960 στις ΗΠΑ. Η σύγχρονη έκφραση των προσπαθειών ενοποίησης προβάλλεται στη τρέχουσα βιβλιογραφία μέσα από το ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή (ΚΕ). Η παρουσία των κλινικών εκπαιδευτών αφενός και αφετέρου η σωστή οργάνωση και σχεδιασμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποτελούν τους βασικούς πυλώνες για την εκπαίδευση

μέσα στο κλινικό περιβάλλον. Ο ΚΕ θεωρείται το καταλληλότερο άτομο για τη γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα στην πραγματικότητα του κλινικού χώρου και τον ιδεαλισμό του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος. Ο θεσμός του ΚΕ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος σε υγειονομικά προηγμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και στοχεύει στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω της δημιουργίας δικτύων ατόμων που μπορούν να μεταδώσουν τη γνώση και να επικαιροποιήσουν την πρακτική. Ο ρόλος τους επικεντρώνεται κυρίως στη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών, στον καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών εκπαίδευσης, στην εκπαίδευση του προσωπικού μέσα από την επιλογή της κατάλληλης εκπαιδευτικής μεθόδου, στη συνεχή παρακολούθηση του βαθμού «συμμόρφωσης» αλλά και την αξιολόγηση και ανατροφοδότηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Ο ΚΕ δρα ως δάσκαλος και διευκολυντής της μάθησης. Προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματική μάθηση, ο ΚΕ θα πρέπει να διαθέτει άρτια θεωρητική κατάρτιση, κλινική εμπειρία αλλά και γνώση βασικών αρχών εκπαίδευσης ενηλίκων. Επίσης, ιδανικά θα πρέπει να έχει ικανότητα έκφρασης και μετάδοσης της νοσηλευτικής γνώσης, ερευνητικό πνεύμα, δύναμη να παρακινεί το ενδιαφέρον του εκπαιδευόμενου, ικανότητα χειρισμού δύσκολων ατόμων και διαχείρισης συγκρούσεων, συνεργατικότητα αλλά και να τυγχάνει ευρύτερης αποδοχής. Τα προσδοκώμενα οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού του ΚΕ είναι η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, μέσω του εμπλουτισμού των ήδη υπαρχουσών γνώσεων και δεξιοτήτων αλλά και της ανάπτυξης νέων, η μείωση του χρόνου προσαρμογής για την ανάληψη καθηκόντων νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού, μέσω της ενίσχυσης της επαγγελματικής αυτοπεποίθησης και αυτονομίας, η εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής, η υποδοχή και εκπαίδευση των φοιτητών κατά τη διάρκεια της άσκησης τους. Συμπερασματικά, η κλινική εκπαίδευση αποτελεί πρόκληση. Η πρόκληση βρίσκεται στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ θεωρίας και κλινικής πράξης. Ο βέλτιστος συνδυασμός τους θα διασφαλίσει την ποιότητα των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας αλλά και την ασφάλεια της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: Κλινική νοσηλευτική εκπαίδευση, μοντέλα κλινικής εκπαίδευσης, κλινικός εκπαιδευτής, μέντορας.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΥΓΡΗ ΒΙΟΨΙΑ: ΤΟ «ΑΓΙΟ ΔΙΣΚΟΠΟΤΗΡΟ» ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χρήστος Μασαούτης
Ειδικευόμενος Ιατρός, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2102043137
E-mail: masaoutis@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως "υγρή βιοψία" νοείται η ανίχνευση στο περιφερικό αίμα ή σε άλλα βιολογικά υγρά καρκινικών στοιχείων, όπως κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων (CTC), εξωκυττάριων κυστιδίων (π.χ. εξωσωμάτων), κυκλοφορούντων καρκινικών νουκλεϊκών οξέων (ctDNA ή ctRNA) ή του τροποποιημένου προφίλ RNA των αιμοπεταλίων κατόπιν αλληλεπίδρασης με τον όγκο (tumor-educated platelets / TEP). Οι πιθανές εφαρμογές της στην ογκολογία αφορούν στη διάγνωση, πρόγνωση και πρόβλεψη της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Η προσέγγιση του μοριακού προφίλ συμπαγών όγκων μέσω απλής αιμοληψίας συνεπάγεται πολλαπλά θεωρητικά οφέλη για την έρευνα κατά του καρκίνου και την περίθαλψη. Η δυνατότητα διαγνωστικής **προσπέλασης όγκων σε δυσπρόσιτες ανατομικές θέσεις** και η **εύκολη επαναληψιμότητα** στη διάρκεια παρακολούθησης του ασθενούς είναι προφανή πλεονεκτήματα. Η υγρή βιοψία ως διαγνωστικό μέσο υπόσχεται ιδιαίτερα **υψηλή ειδικότητα**, διότι επιτρέπει την ανίχνευση οδηγών μεταλλάξεων, που είναι εν γένει εξαιρετικοί δείκτες κλωνικότητας ή/και νεοπλασίας. Υψηλότερη διαγνωστική ικανότητα επιτυγχάνεται με τη χρήση διαγνωστικών πάνελ, παρά μεμονωμένων μοριακών δεικτών. Μείζον πλεονέκτημα της μεθόδου αποτελεί η δυνατότητα **δειγματοληψίας αντιπροσωπευτικής της**

ετερογένειας του όγκου ανά πάσα χρονική στιγμή. Ως προς αυτό, υπενθυμίζεται ότι ένας όγκος απαρτίζεται από πολλαπλούς επιμέρους κλώνους, προϊόντα διακλαδιζόμενης εξέλιξης ενός αρχικού νεοπλασματικού κλώνου, που συνεχίζουν να εξελίσσονται δυναμικά προϊόντος του χρόνου με τελική επικράτηση των επιθετικότερων ή/και ανθεκτικών στη θεραπεία. Για ορισμένους καρκίνους η απομόνωση ctDNA ή/και CTC τη στιγμή της διάγνωσης ή μετά τη θεραπεία αποτελεί **δείκτη δυσμενούς πρόγνωσης** ή **υπολειπόμενης νόσου** αντίστοιχα. Η υγρή βιοψία προσφέρει τη δυνατότητα **ανάδειξης γνωστών προβλεπτικών παραγόντων**, όπως μεταλλάξεις του EGFR στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, συμπεριλαμβανομένων των σχετιζόμενων με αντοχή σε αναστολείς τυροσινικής κινάσης. Μεταξύ των περιορισμών της υγρής βιοψίας συγκαταλέγονται η ανεύρεση - αυξανόμενης της ηλικίας - **σωματικών μεταλλάξεων σε άτομα χωρίς ανεπτυγμένη νεοπλασματική νόσο,** όπως λ.χ. η κλωνική αιμοποίηση αδιευκρίνιστου δυναμικού (CHIP), και σε πολλές περιπτώσεις η **μη βέλτιστη ευαισθησία**. Ενδεικτικά αναφέρονται α) η περιορισμένη απελευθέρωση καρκινικού υλικού στην περιφέρεια από όγκους του ΚΝΣ λόγω αιματοεγκεφαλικού φραγμού και β) τα υψηλά επίπεδα κυκλοφορούντος μη καρκινικού γενετικού υλικού σε περιπτώσεις συννοσηρότητας, λ.χ. επί σήψης. Η εφαρμογή της υγρής βιοψίας στην κλινική πράξη προϋποθέτει τυποποίηση των μεθόδων ανίχνευσης για τη διασφάλιση αναπαραγωγιμότητας των αποτελεσμάτων και εκπόνηση μελετών μεγάλης κλίμακας για τον καθορισμό ορίων τιμών αποτελεσμάτων και την κατάδειξη κλινικής χρησιμότητας (clinical utility).

Λέξεις κλειδιά: Υγρή βιοψία, καρκίνος, διάγνωση, πρόγνωση, πρόβλεψη.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Αικατερίνη Γιώτη

Ειδικευόμενη Ιατρός, Ογκολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945901435

Email: giotifkat@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νεοπλασίες και η υπερπηκτικότητα αποτελούν δύο από τις συχνότερες αιτίες θνησιμότητας παγκοσμίως. Ο κίνδυνος θρόμβωσης στους καρκινοπαθείς είναι γενικά 4-6 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η ύπαρξη νεοπλασίας επιδρά και στις τρείς παραμέτρους της τριάδας του Virchow: ροή αίματος, αιμοστατικό μηχανισμό και ενδοθήλιο. Τα καρκινικά κύτταρα, μπορούν να ενεργοποιήσουν το σύστημα πήξης του αίματος καθώς και ουσίες με προπηκτικές, αντιινωδολυτικές και προσυσσωρευτικές ιδιότητες. Οι παράγοντες κινδύνου θρομβοεμβολικής νόσου σε καρκινοπαθείς ασθενείς, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν βάσει της συσχέτισής τους με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, της νόσου αυτής καθ' αυτής και της θεραπείας της νόσου. Όσον αφορά στις σχετιζόμενες με τον καρκίνο παραμέτρους, η εντόπιση της κακοήθειας στο πάγκρεας αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου. Αναφερόμαστε σε ασθενή άνδρα, 48 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που νοσηλεύτηκε στο ογκολογικό τμήμα λόγω αδενοκαρκινώματος παγκρέατος σταδίου IV (ηπατικές, πνευμονικές, οστικές μεταστάσεις και διήθηση μυελού των οστών). Έλαβε

χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής στο χρονικό διάστημα από 15/1/2018 έως την 29/7/2018. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε διαταραχές πήξης του αίματος (πολλαπλά θρομβοεμβολικά επεισόδια). Αρχικά εμφανίστηκαν στο δεξιό κάτω άκρο, στη δεξιά μηριαία φλέβα (στο επίπεδο της σαφηνομηριαίας συμβολής) καθώς και στην οπίσθια κνημιαία φλέβα αριστέρα. Ακολούθησε θρόμβωση στη δεξιά έξω λαγόνιο φλέβα τμηματικά. Στη συνέχεια νέα οξεία θρόμβωση εμφάνισαν τα εν λόγω αγγεία. Η ιγνυακή φλέβα, σε απεικονιστκό έλεγχο παρουσίασε εικόνα οξείας θρόμβωσης επί εδάφους χρονίας. Επίσης, το εγγύς τμήμα της επιπολής μηριαίας απεικονίστηκε με μείωση του εύρους και πάχυνση του τοιχώματος, ευρήματα που υποδηλώνουν χρονιότητα, ενώ κατά το μέσο τριτημόριο του δεν εμφάνιζε ροή, εύρημα που αφορά σε οξεία θρόμβωση. Στη συνέχεια ο ασθενής εμφάνισε συμπτώματα ισχαιμικού ΑΕΕ (δεξιά ημιπληγία, αφασία εκπομπής). Από τον απεικονιστικό έλεγχο εγκεφάλου, περιγράφηκε έμφρακτο αριστερά, ενώ ελέγχθηκαν επίσης έτερες εστίες στα ημιωοειδή κέντρα άμφω, στον κροταφικό λοβό δεξιά, στο σπληνίο του μεσολοβίου και τα εγκεφαλικά σκέλη αριστερά, οι οποίες αφορούν σε μικροϊσχαιμικού τύπου αλλοιώσεις. Από τον έλεγχο των καρωτίδων, απεικονίστηκαν ήπιες αθηρωματικές αλλοιώσεις μικτής ηχοδομής στον αριστερό βολβό. Οι πολλαπλές θρομβώσεις στον καρκίνο του παγκρέατος είναι συχνές και χρειάζεται ενδελεχής έρευνα για να διαπιστώθει η αιτιολογία τους.

Λέξεις Κλειδιά: Καρκίνος, θρόμβωση, πήξη.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ.
ΟΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΦΑΝΕΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΟΝΟ ΑΙΤΙΟ

Βασιλική Δασκαλάκη
Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική
και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944428551
E-mail: daskalv@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ασθενής 72 ετών, προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αναφέροντας **αιματηρές κενώσεις** από ωρών. Πρόσφατα διεγνώσθη **καρκίνος σιγμοειδούς** και έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση στο άμεσο μέλλον. Λαμβάνει από 7μήνου **apixaban** 5mgx2 p.o. ημερησίως, λόγω μη βαλβιδικής κολπικής μαρμαρυγής. Κατά την αρχική κλινική εκτίμηση δεν διαπιστώνονται σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει Hb: 9 gr/dl, Plts: 320.000/μl, PT: 12 sec, **APTT: 90 sec**, φυσιολογική νεφρική λειτουργία και ηπατική βιοχημεία. Σημειώνεται η προ 15νθημέρου τιμή Hb: 13,5 gr/dl. Δεν είναι διαθέσιμος προηγούμενος έλεγχος της αιμόστασης. Ερώτημα 1^{ο}: Η παράταση του χρόνου APTT α) σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα του apixaban στο πλάσμα, β) αποτελεί εργαστηριακό κριτήριο για την άμεση αναστροφή της αντιπηκτικής δράσης του φαρμάκου σε ενεργή αιμορραγία, γ) στοιχειοθετεί την ένδειξη μετάγγισης με FFPs, δ) καθορίζει την ανάγκη επιπρόσθετων εργαστηριακών εξετάσεων. Στην παρουσίαση θα συζητηθούν οι διαγνωστικοί και οι θεραπευτικοί χειρισμοί για την αντιμετώπιση του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος εντέρου, αιμορραγία, αιμόσταση.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Κωνσταντίνος Μπουχάγιερ[1], Γεώργιος Στυλιανίδης[2]

[1]Ειδικευόμενος Ιατρός, [2]Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,
Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Κ. Μπουχάγιερ
Τηλ.: 6948010694
E-mail: kbouchagier@windowslive.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ασθενής 62 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» αιτιώμενος επιγαστρικό κοιλιακό άλγος με συνοδούς εμέτους από 24ώρου. Από το ιστορικό του, αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ και απώλεια βάρους 20 κιλών, την τελευταία τετραετία χωρίς ανορεξία. Η φυσική εξέταση ανέδειξε ήπια ευαισθησία στο επιγάστριο και δεξιό υποχόνδριο χωρίς περιτοναισμό, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, αυξημένη CRP καθώς επίσης και αυξημένες τιμές αμυλάσης ούρων και ορού. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπέρηχο και αξονική τομογραφία κοιλιακής χώρας, ανέδειξαν χωροκατακτητική εξεργασία κεφαλής παγκρέατος, με θηλώδεις προσεκβολές και συνοδό παρεκτόπιση της αγκύλης του δωδεκαδακτύλου και της χοληδόχου κύστης. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Β΄ Χειρουργική κλινική, όπου και υπεβλήθη σε επέμβαση Whipple. Κατά την μετεγχειρητική περίοδο, ο ασθενής παρουσίασε διαφυγή από τη χολοπεπτική αναστόμωση ενώ την 12^{η} μετεγχειρητική ημέρα, εμφάνισε γαστρορραγία, με πτώση της αιμοσφαιρίνης και αιμοδυναμική αστάθεια. Υπεβλήθη σε επείγουσα γαστροσκόπηση που έδειξε αιμορραγούν αγγείο 10 εκατοστά πλησίον της αναστόμωσης, ενώ ελέγχθηκε η αιμορραγία με υποβλεννογόνιο έγχυση αδρεναλίνης και τοποθέτηση αιμοστατικών clips. Τέσσερις ημέρες μετά, ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου γαστρορραγία, με αιμοδυναμική επιβάρυνση και υπεβλήθη σε νέα γαστροσκόπηση, που

έδειξε φρέσκο αίμα εντός του στομάχου και θρόμβο επί του μεταλλικού clip. Λόγω επιδεινούμενης κλινικής εικόνας, ο ασθενής εισήχθη εσπευσμένα στο χειρουργείο, όπου και υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία, τμηματική εντερεκτομή και ανακατασκευή της γαστρεντεροαναστόμωσης. Από το σημείο αυτό, ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής εικόνας με έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, αιμορραγικά εξανθήματα στο πρόσωπο, δικτυωτή πελίωση στα κάτω άκρα, γαστροπληγικά υγρά από το Levine ενώ επιδείνωθηκαν οι παράμετροι πήξης (παράταση του INR και PTT, πτώση του ινωδογόνου και αυξημένα D-Dimers) ενώ άρχισε εκροή εντερικού υγρού από το τραύμα. Ετέθη η διάγνωση της διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης στα πλαίσια ενδοκοιλιακής σήψης σε συνδυασμό με μαζική μετάγγιση και έγινε υποστήριξη του ασθενούς με παράγοντες πήξης, ινωδογόνο και FFPs. Τελικά, ο ασθενής διασωληνώθηκε και απεβίωσε.
Λέξεις κλειδιά: Διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, αιμορραγική διαταραχή, επιπλοκές Whipple.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Σακχαρώδης Διαβήτης

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1

Βαρβάρα Βλασοπούλου
Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,
Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977416025
E-mail: bvlassopoulou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πολλά τεχνολογικά δεδομένα είναι πλέον στην καθημερινότητα του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Στα ήδη γνωστά ανάλογα ινσουλίνης έχει προστεθεί η υπερταχείας δράσης aspart (ins. FIAsp), το οποίο μιμείται κατά το δυνατόν τη δράση της ενδογενούς ινσουλίνης στο γεύμα. Οι νεότερες πένες ινσουλίνες είναι επίσης μια καινοτομία. Οι αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αποτελούν σημαντική πρόοδο στη χορήγηση ινσουλίνης σε άτομα με ΣΔτ1. Η αντλία συνδέεται με το σώμα με καθετήρα ή είναι αυτοκόλλητη στο δέρμα, χωρίς διαφορά στην αποτελεσματικότητα. Οι σύγχρονες αντλίες έχουν πρόσθετα χαρακτηριστικά που βοηθούν στον υπολογισμό δόσεων και κατανομή τους στα γεύματα ή προσωρινούς βασικούς ρυθμούς για την αντιμετώπιση φυσικής δραστηριότητας ή καταστάσεων stress. Αναμένεται η αντλία «hybrid closed-loop» ή «υβριδικό πάγκρεας», μια προηγμένης τεχνολογίας αντλία με την οποία το άτομο θα κάνει μόνο τη γευματική έγχυση ινσουλίνης και ο βασικός ρυθμός θα ρυθμίζεται από την αντλία. Οι κύριοι λόγοι χρήσης της αντλίας είναι τα συχνά-σοβαρά επεισόδια υπογλυκαιμίας ή ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία με την απορρύθμιση του σακχάρου που ακολουθεί, έντονο «φαινόμενο αυγής», ασθενής χωρίς καλή γλυκαιμική

ρύθμιση σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων με >4 μετρήσεις/ημ., επιθυμία για μεγαλύτερη ευελιξία & ελευθερία στην καθημερινότητα (δύσκολα & εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας - γευμάτων) και γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη και επομένως άριστη ρύθμιση. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι το άτομο να έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, κυρίως στον υπολογισμό των υδατανθράκων, και να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ασθενείς που δε συμβιβάζονται με την ιδέα να είναι συνδεδεμένοι σε μια συσκευή 24 ώρες το 24ωρο. Η ψυχολογία του ασθενούς, αποτελεί ζωτικής σημασίας παράγοντα για την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος (αντλία ή σχήμα των πολλαπλών ενέσεων) που θα ακολουθήσει και δεν θα πρέπει να αποτελεί καθαρά και μόνο ιατρική απόφαση. Η δυνατότητα συνεχούς καταγραφής του σακχάρου με υποδόριο αισθητήρα επιτρέπει την παρακολούθηση του σακχάρου κάθε στιγμή σε πραγματικό χρόνο χωρίς τρύπημα στα δάκτυλα, με αποτέλεσμα την αποφυγή υπο- και υπεργλυκαιμιών και επομένως καλύτερη ρύθμιση της νόσου. Η συνεχής καταγραφή του σακχάρου με την τεχνολογία Flash αναφέρει την τιμή του σακχάρου όταν γίνεται σάρωση του αισθητήρα με μια συσκευή ανάγνωσης και δεν χρειάζεται βαθμονόμηση με τιμές τριχοειδικού αίματος. Υπάρχει και ο συνδυασμός των δυο τεχνολογιών: αντλία και αισθητήρας γλυκόζης. Η χρήση αυτή δίνει μεγαλύτερα οφέλη όσον αφορά τη ρύθμιση του σακχάρου, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου με ΣΔτ1.

Λέξεις κλειδιά: Υπερταχύ ανάλογο ινσουλίνης, αντλία ινσουλίνης, συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Θεοδώρα Στρατηγού
Ιατρός Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ.,
Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041258
E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί τη σύγχρονη μάστιγα του Δυτικού κόσμου. Περίπου 30% των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 θα αναπτύξουν Διαβητική Νεφροπάθεια. Η συνύπαρξη ΧΝΝ και ΣΔ χαρακτηρίζεται ως «το δίδυμο που σκοτώνει», διότι αυξάνει γεωμετρικά τον κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 3, ιδίως επί συνυπάρξεως ΣΔ, πεθαίνουν από κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο πριν την εμφάνιση ΧΝΝ τελικού σταδίου. Στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης αλλά και της Ευρωπαικής Ενδοκρινολογικής εταιρίας, αυτό που τονίζεται ιδιαιτέρως είναι ότι η προσέγγιση του διαβητικού ατόμου πρέπει να είναι ασθενοκεντρική και η αντιμετώπιση του ολιστική. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής συμμετέχει καθοριστικά στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής και ότι εκτός από τη γλυκαιμική ρύθμιση σημαντικό ρόλο στην επιλογή θεραπείας έχει η συνολική εικόνα του ασθενούς. Επιπλέον, για πρώτη φορά στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προτείνονται συγκεκριμένα φάρμακα κατάλληλα για τον κάθε ασθενή με βάση το καρδιαγγειακό ιστορικό του, δηλαδή εάν έχει καρδιακή ανεπάρκεια, αθηρωματική ή νεφρική νόσο και λαμβάνονται υπόψιν και άλλες παράμετροι, όπως η επιθυμητή απώλεια σωματικού βάρους, ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας και το κόστος. Πρώτη θεραπευτική επιλογή εξακολουθεί να είναι η μετφορμίνη. Επιπλέον, για πρώτη φορά προτείνεται η χορήγηση ενέσιμων αναλόγων GLP-1 πριν τη βασική ινσουλίνη σε όλους τους διαβητικούς, εκτός εάν η τιμή της HbA1c είναι >11%, ή υπάρχουν καταβολικά

συμπτώματα ή υπάρχει υποψία LADA. Αυτό λοιπόν που έχει πλέον τροποποιηθεί είναι ότι σε ένα διαβητικό ασθενή αυτό που οφείλει να ξεκαθαρίσει ο ιατρός πριν να επιλέξει το σωστό φάρμακο είναι να ρωτήσει εάν ο ασθενής έχει εγκατεστημένη καρδιακή νόσο ή να ανιχνεύσει αν αυτή υποκρύπτεται και μετά να επιλέξει τα προτεινόμενα -με βάση τις διεθνείς οδηγίες- φάρμακα. Επιλέγουμε λοιπόν φάρμακα με καρδιοπροστατευτική δράση όπως είναι τα ανάλογα GLP-1 και οι αναστολείς SGLT2. Σε αθηρωματική νόσο, πρώτης γραμμής είναι τα ανάλογα GLP-1 ή εάν αυτά αντενδείκνυνται προτιμώνται αναστολείς SGLT2. Σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια νεφρική νόσο και με επιτρεπτή τιμή GFR προτείνεται η χορήγηση αναστολεών SGLT2 (μετά τη μετφορμίνη) λόγω αποδεδειγμένης καρδιο-νεφροπροστασίας. Οι σουλφονυλουρίες δεν προτείνονται λόγω του αυξημένου κινδύνου υπογλυκαιμιών και η χρήση τους περιορίζεται μόνο όταν πρωταρχικό ρόλο στην επιλογή θεραπείας έχει το κόστος. Όταν στοχεύουμε στην απώλεια σωματικού βάρους προτείνεται η χορήγηση ενέσιμων αναλόγων GLP-1 ή αναστολέων SGLT2 (επί επιτρεπτής τιμής GFR).

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος, ανάλογα GLP-1, αναστολείς SGLT2.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ύπνος και Υγεία

ΚΙΡΚΑΔΙΟΙ ΡΥΘΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Δημήτριος Μαργαριτόπουλος
Ενδοκρινολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
του Ενδοκρινολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977975167
E-mail: perlopoulos@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εδώ και δεκαετίες έχει καταστεί σαφής η ύπαρξη στους ανώτερους οργανισμούς μιας «εσωτερικής περιοδικότητας» διάρκειας περίπου 24 ωρών, ανεξάρτητης των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (κιρκάδιο ρολόι και κιρκάδιοι ρυθμοί). Ο υπερχιασματικός πυρήνας (ΥΧΠ) του υποθαλάμου είναι η έδρα του εσωτερικού ρολογιού. Δεχόμενος ώσεις από γαγγλιακούς νευρώνες του οφθαλμού, οι οποίοι μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με τη διάρκεια της ημέρας και τον κύκλο φωτός-σκότους, ο ΥΧΠ παράγει κιρκάδια ηλεκτρική δραστηριότητα την οποία μεταδίδει σε άλλες περιοχές του σώματος. Αυτό επιτυγχάνεται α) με νευρωνικές συνδέσεις με άλλες περιοχές του εγκεφάλου β) χημικά, με μόρια-αγγελιοφόρους και γ) έμμεσα, ρυθμίζοντας τους ρυθμούς ηρεμίας-δράσης που επηρεάζουν και τους ρυθμούς σίτισης-νηστείας. Εσωτερική κιρκάδια ρυθμικότητα παρουσιάζουν όμως και τα περιφερικά όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, καρδιά, νεφροί), που συντονίζεται από τον υπερχιασματικό πυρήνα και επηρεάζεται από τις εναλλαγές σίτισης-νηστείας, τη θερμοκρασία του σώματος και το στρες. Η ρυθμικότητα αυτή καθορίζεται από την περιοδική/κιρκάδια μεταγραφή αρκετών γονιδίων, τόσο στον

ΥΧΠ όσο και στα περιφερικά όργανα. Οι πιο γνωστοί ρυθμιστικοί μεταγραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση γονιδίων που έχουν σχέση με το κιρκάδιο ρολόι είναι τα CLOCK και BMAL1, ενώ εκτιμάται ότι 7-13% του γονιδιώματος βρίσκεται υπό κιρκάδιο έλεγχο (π.χ. PER 1/2/3, CRY 1/2). Ο ΥΧΠ επηρεάζει με τη δραστηριότητά του την έκκριση από τον υποθάλαμο των ευοδοτικών ή ανασταλτικών πεπτιδίων που ρυθμίζουν τη λειτουργία των ορμονών της υπόφυσης και εν τέλει των περιφερικών ενδοκρινών αδένων. Έτσι επιτυγχάνεται στενή αλληλεπίδραση μεταξύ κιρκάδιων και ενδοκρινικών ρυθμών. Πράγματι, οι ορμόνες παρουσιάζουν ημερήσιες διακυμάνσεις των επιπέδων τους ακολουθώντας κιρκάδιους (~24 ώρες) και ουλτράδιους (<24 ώρες) ρυθμούς. Οι εκκριτικοί ρυθμοί των ορμονών παρουσιάζουν ώσεις, συνήθως κάθε 1-2 ώρες. Η συχνότητα και το εύρος/ύψος των ώσεων μεταβάλλονται εντός του 24ώρου και προκαλούν μεγάλη διακύμανση των επιπέδων των ορμονών μεταξύ διαφορετικών ατόμων, αλλά και στο ίδιο άτομο από ημέρα σε μέρα. Ως αποτέλεσμα οι τιμές αναφοράς των εργαστηρίων αποτυγχάνουν να αποτυπώσουν αυτές τις ημερήσιες διακυμάνσεις των ορμονών και χρειάζεται να έχουν τιμές αναφοράς ανάλογα με την ώρα συλλογής του δείγματος. Μεταξύ των ορμονών που παρουσιάζουν κιρκάδια και ουλτράδια διακύμανση συγκαταλέγονται η μελατονίνη, κορτιζόλη, αλδοστερόνη, στεροειδή των γονάδων, προλακτίνη, θυρεοειδικές ορμόνες και αυξητική ορμόνη. Αλλά και οι τροφο-εξαρτώμενες ορμόνες ινσουλίνη, λεπτίνη, γκρελίνη, αδιπονεκτίνη αυξομειώνονται σε κιρκάδια βάση και η απελευθέρωσή τους εξαρτάται, τουλάχιστον εν μέρει, από περιβαλλοντικά ερεθίσματα όπως η ώρα σίτισης και οι κύκλοι φωτός-σκότους. Η ευαισθησία των οργάνων-στόχων στα επίπεδα των κυκλοφορούντων ορμονών είναι λιγότερο διευκρινισμένη. Φαίνεται όμως ότι τόσο οι περιφερικοί ενδοκρινείς αδένες όσο και τα υπόλοιπα όργανα του σώματος παρουσιάζουν και αυτά κιρκάδια ευαισθησία στα «σήματα» που δέχονται, στο επίπεδο της μετάδοσης του σήματος μετά τον υποδοχέα. Η διαταραχή των κιρκάδιων ρυθμών προκαλεί παθολογικές καταστάσεις, όπως υπογονιμότητα, μειωμένη ανοσιακή απάντηση, μείωση θερμοκρασίας του σώματος, αύξηση ινσουλινοαντίστασης και δημιουργία ή αύξηση όγκων. Η κατανόηση του περίπλοκου μηχανισμού του κιρκάδιου ρολογιού μπορεί να αποτελέσει πεδίο για νέους θεραπευτικούς στόχους.

Λέξεις κλειδιά: Κιρκάδιος και ουλτράδιος ρυθμός, υπερχιασματικός πυρήνας, κύκλος φωτός-σκότους, μελατονίνη, κορτιζόλη, ινσουλίνη.

ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη
του Τμήματος Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043180
E-mail: alextsir@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ανοσιακό σύστημα αποτελεί ένα πολύπλοκο δίκτυο κυττάρων και μορίων που συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους, ενεργοποιούνται, κινητοποιούνται και μέσα από μια σειρά φυσιολογικών λειτουργικών μηχανισμών (ανοσιακή απάντηση) στοχεύουν στην άμυνα του οργανισμού έναντι μιας αέναης ποικιλίας δυνητικά παθογόνων οργανισμών (βακτήρια, ιούς, παράσιτα), “τροποποιημένων” κυτταρικών και ιστικών δομών καθώς και καρκινικών κυττάρων. Όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί, από τα ζώα μέχρι τα φυτά και τους μικροοργανισμούς, προσαρμόζουν τις βιολογικές τους λειτουργίες σε έναν 24ωρο κύκλο συνήθως ημέρας/νύκτας, αυτό που αποκαλούμε κιρκάδιο ρυθμό (βιολογικό ρολόι), από τη λατινική φράση "*circa diem*". Οι ρυθμοί αυτοί είναι ενδογενείς ταλαντώσεις, εμπλέκονται σε όλες σχεδόν τις φυσιολογικές διαδικασίες, δρουν συστηματικά ή και τοπικά, βρίσκονται στους περισσότερους τύπους κυττάρων, συμπεριλαμβανομένων και των κυττάρων του ανοσιακού συστήματος.

Στη μελέτη της επίδρασης του κιρκάδιου ρυθμού στο ανοσιακό σύστημα παραμένει το ερώτημα αν η πηγή αυτής της κιρκάδιας ρύθμισης προέρχεται από το «κεντρικό ρολόι», τον υπερχιασματικό πυρήνα του υποθαλάμου (SNC), ή από την περιφέρεια και δρα σε τοπικό επίπεδο ή ακόμα και από τις δύο οδούς. Είναι γνωστό ότι ο SCN μπορεί να ελέγχει και τους περιφερειακούς κιρκάδιους ρυθμούς μέσω διαφορετικών οδών, όπως των ενδοκρινικών (ρυθμιστικές ορμόνες) και των νευρωνικών, μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Τα περισσότερα κύτταρα του ανοσιακού συστήματος που συμμετέχουν τόσο στην φυσική όσο και στην επίκτητη ανοσιακή απάντηση έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν κυτταρικούς μηχανισμούς με αυτόνομο (εγγενή) κιρκάδιο ρυθμό. Στο εσωτερικό των κυττάρων οι μηχανισμοί αυτοί, σε μοριακό επίπεδο, ρυθμίζονται από γονίδια όπου οι συγκεκριμένοι μεταγραφικοί παράγοντες ενεργοποιούν ή καταστέλλουν την έκφραση αυτών των γονιδίων με μηχανισμούς ανάδρασης. Με τον τρόπο αυτό το μοριακό ρολόι ρυθμίζει την κυτταρική λειτουργία, η δραστηριότητα της οποίας ποικίλλει κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό έχει βαθιές επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις κυτταρικές λειτουργίες (αριθμό, πολλαπλασιασμό, ενεργοποίηση των κυτταρικών σειρών), στη σύνθεση και στην έκκριση κυτταροκινών, χημειοκινών και άλλων κυτταρολυτικών παραγόντων, στην απομάκρυνση των αποπτωτικών/νεκρωτικών κυττάρων, στην ανοσιακή απάντηση και εγρήγορση μετά την αναγνώριση των αντιγόνων από τους υποδοχείς (PRRs). Επιπλέον, έχει δειχθεί η επίδραση του στη ρύθμιση της φαγοκυττάρωσης, της κυτταρικής μετανάστευσης και προσέλκυσης στους ιστούς, της κυτταροτοξικής δραστικότητας καθώς και της απόκρισης στα αντιγόνα. Την τελευταία δεκαετία, η δυνατότητα τέτοιων μοριακών και γενετικών προσεγγίσεων άνοιξε το δρόμο στη μελέτη της αλληλεπίδρασης του ύπνου και του κιρκάδιου ρυθμού με το ανοσιακό σύστημα στην υγεία και στη φυσιολογία, καθώς και της επίπτωσης των διαταραχών τους στην εκτροπή των ανοσοαπαντήσεων, με ανάπτυξη ασθενειών, όπως, αλλεργίες, μεταβολικά, καρδιαγγειακά, αυτοάνοσα νοσήματα και καρκίνος. Η βαθύτερη έρευνα και μελέτη της αμφίδρομης επικοινωνίας του κιρκάδιου ρυθμού και του ανοσιακού συστήματος οδηγεί αφενός μεν στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας των νοσημάτων αυτών αφετέρου δε στο σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών θεραπειών χρησιμοποιώντας και τις πληροφορίες του χρονοβιολογικού συστατικού (βιολογικό ρολόι).

Λέξεις κλειδιά: Ύπνος, κιρκάδιος ρυθμός, ανοσιακή απάντηση.

ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Γεωργία Ντάλη
Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6976576059
E-mail: georgiantali@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ενδογενές κιρκάδιο χρονικό σύστημα στον άνθρωπο αποτελείται από ένα κεντρικό ρολόι, που βρίσκεται στον υπερχιασματικό πυρήνα του υποθαλάμου και από περιφερικές μονάδες σε άλλα σημεία του εγκεφάλου και σε ιστούς όπως ο λιπώδης, ο μυικός, το πάγκρεας, το ήπαρ. Έχει περιοδικότητα 24 ωρών, συντονίζει τον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης και τον μεταβολισμό και ελέγχει την έκκριση ορμονών όπως η κορτιζόλη, η αυξητική, η μελατονίνη, η λεπτίνη, η γκρελίνη. Ο ύπνος διακρίνεται στα στάδια REM (ταχείες οφθαλμικές κινήσεις) και NONREM, που εναλλάσσονται κατά κύκλους 90 λεπτών στη διάρκεια της νύχτας. Η φάση NONREM έχει 4 στάδια, το τρίτο και το τέταρτο χαρακτηρίζονται από βραδέα ηλεκτροεγκεφαλικά κύματα και αποτελούν τον βαθύ ύπνο. Στη διάρκεια του NONREM ύπνου ο μεταβολικός ρυθμός μειώνεται. Η χρήση της γλυκόζης είναι μεγαλύτερη στη διάρκεια της εγρήγορσης, μικρότερη στο NONREM και ενδιάμεση στο REM στάδιο. Επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν, ότι ο χρονικός περιορισμός του ύπνου αλλά και διαταραχές της αρχιτεκτονικής αυτού όπως η αποφρακτική υπνική άπνοια και η τροποποίηση του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης σχετίζονται με διαταραχές του μεταβολισμού όπως η ινσουλινική αντίσταση, η υπεργλυκαιμία και η παχυσαρκία. Φαίνεται μάλιστα, ότι η σχέση αιτιοπαθογένειας είναι αμφίδρομη. Οι υποκείμενες παθοφυσιολογικές διαταραχές είναι πολυσύνθετες και περιλαμβάνουν αλλαγές στην έκκριση ορμονών, στη διέγερση του συμπαθητικού, καθώς και στην ανοσιακή απάντηση με αύξηση των φλεγμονωδών κυτοκινών όπως ο TNFα, η IL6, και η CRP. Μείωση της χρονικής διάρκειας ύπνου σε 4 ώρες προκαλεί

μείωση της έκκρισης και της ευαισθησίας στην ινσουλίνη, μείωση της TSH, αύξηση της κορτιζόλης, μείωση της λεπτίνης (μίας ορμόνης που παράγεται στο λιπώδη ιστό, η οποία μειώνει την όρεξη και αυξάνει την δαπάνη ενέργειας) και αύξηση της γκρελίνης (μίας ορμόνης, που παράγεται στο στομάχι, η οποία αυξάνει την όρεξη και μειώνει τη δαπάνη ενέργειας). Επιπλέον αυξάνει την προτίμηση σε φαγητά πλούσια σε υδατάνθρακες. Η τροποποίηση των διαστημάτων ύπνου στη διάρκεια του 24ώρου, συνεπάγεται τη χαμηλή παραγωγή μελατονίνης, η οποία φυσιολογικά παράγεται στη διάρκεια της νύχτας και επηρεάζει το μεταβολισμό της γλυκόζης. Άτομα, που εναλλάσσουν βάρδιες στην εργασία τους και κατά συνέπεια αλλάζουν τις συνήθειες ύπνου τους στη διάρκεια του 24ώρου παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση μεταβολικού συνδρόμου και σακχαρώδους διαβήτου τύπου 2. Συμπερασματικά, κακός συγχρονισμός παραμέτρων του κιρκάδιου χρονικού συστήματος όπως του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης και της πρόσληψης τροφής ως αποτέλεσμα γενετικών, περιβαλλοντικών και παραγόντων, που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του ατόμου μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ινσουλικής αντίστασης και στην επιδείνωση της μεταβολικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Κιρκάδιος ρυθμός, ύπνος, αποφρακτική υπνική άπνοια, μεταβολισμός, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης.

ΔΙΑΛΕΞΗ

CAR-TCELLS: ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΗ(;) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Ιφιγένεια Α. Τζάννου
Αιματολόγος, Λέκτορας, Κέντρο Κυτταρικών και Γονιδιακών Θεραπειών,
Baylor College of Medicine, Χιούστον, ΗΠΑ

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6946816047
E-mail: iftzannou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Τ λεμφοκύτταρα που φέρουν χιμαιρικούς αντιγονικούς υποδοχείς [chimericantigenreceptor (CAR) Tcells], αποτελούν μια νέα μορφή υιοθετούμενης ανοσοθεραπείας, όπου Τ λεμφοκύτταρα απομονώνονται από τον ασθενή ή από υγιή δότη και τροποποιούνται γενετικά ώστε να αναγνωρίζουν και να καταστρέφουν συγκεκριμένα καρκινικά κύτταρα, ανεξάρτητα από μείζονα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας. Αυτή η πρωτοποριακή θεραπεία έχει οδηγήσει σε εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση διαφόρων αιματολογικών κακοηθειών. Η πρώτη πολυκεντρική μελέτη με αυτόλογαCAR- Tcellsέναντι του υποδοχέα CD19 (tisagenlecleucel) σε ασθενείς με ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα Β- Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία (ΟΛΛ)έδειξε ποσοστό συνολικής ανταπόκρισης 81%. Το ίδιο προϊόν είχε ποσοστό συνολικής ανταπόκρισης 53,1% σε αθενείς με διάσπαρτο ή ανθεκτικό διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β- κύτταρα (DLBCL). Ένας δεύτερος παράγοντας (axicabtageneciloleucel) δοκιμάστηκε επίσης σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν ή υποτροπίασαν μετά από δύο γραμμές χημειοθεραπείας για DLBCL. Σε αυτήν τη μελέτη το ποσοστό ανταπόκρισης βρέθηκε 82%. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, σήμερα τα δύο προϊόντα έχουν λάβει έγκριση

τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη για τις παραπάνω ενδείξεις.Στις ίδιες μελέτες όμως, διαπιστώθηκε και σημαντική τοξικότητα με σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες το Σύνδρομο Απελευθέρωσης Κυτταροκινών (CytokineReleaseSyndrome-CRS) και νευρολογική τοξικότητα που εμφανίζεται κατά κύριο λόγο ως εγκεφαλοπάθεια (CART-relatedencephalopathysyndrome- CRES). Επίσης σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η δράση ontargetofftumor που έχει ως συνέπεια την καταστροφήτων φυσιολογικών ιστών που εκφράζουν το αντιγόνο στόχο του γενετικά τροποποιημένου Τ λεμφοκυττάρου. Στην περίπτωση των ασθενών που έλαβαν αντι- CD19 CAR- Tcellsη συγκεκριμένη δράση εμφανίστηκε ως απλασία της Β-κυτταρικής σειράς. Μεταγενέστερες μελέτες κατέδειξαν το μέγεθος του προβλήματος της υποτροπής η οποία παρατηρήθηκε σε 80% των ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε αλλογενή μεταμόσχευση μετά την ανοσοθεραπεία. Φαίνεται λοιπόν ότι παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, τα CAR- Tcells επιδέχονται βελτιώσεως. Ερευνητές από διάφορα κέντρα επιδιώκουν τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας με στρατηγικές που στοχεύουν στην αύξηση του πολλαπλασιασμού και της επιβίωσης των τροποποιημένων Τ- κυττάρων *in vivo,* καθώς επίσης στη μείωση της τοξικότητας και των υποτροπών λόγω διαφυγής των καρκινικών κυττάρων. Ταυτόχρονα, στα πλαίσια της διερεύνησης των ενδείξεων της ανοσοθεραπείας μεCAR- Tcells στην κλινική πράξη, διενεργούνται κλινικές δοκιμέςγια άλλα αιματολογικά νοσήματα. Προς το παρόν περισσότερα στοιχεία είναι διαθέσιμα για τα προϊόντα που στοχεύουν το Πολλαπλούν Μυέλωμα μέσω υποδοχέα για το αντιγόνο Bcellmaturationantigen (BCMA), τη Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία μέσω του CD19, ενώ σε πρωιμότερα στάδια βρίσκονται μελέτες για την Οξεία Μυελογενή Λευχαιμία (CD33, CD38, CD56, CD117, CD123), το Λέμφωμα Hodgkin και Τ-αναπλαστικό λέμφωμα (CD30).

Λέξεις κλειδιά: Ανοσοθεραπεία, Τ--λεμφοκύτταρα με χιμαιρικούς υποδοχείς, λέμφωμα, λευχαιμία.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αναστάσιος Σταθόπουλος
Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.,
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944722276
E-mail: tstathop2003@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κυριότερες ενδείξεις αντιπηκτικής αγωγής είναι η πρόληψη ΑΕΕ (Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου) στους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και στους ασθενείς με μηχανικές καρδιακές βαλβίδες αλλά και η πρόληψη και θεραπεία της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής. Η περιεγχειρητική διαχείρηση των ασθενών αυτών αποτελεί σημαντική πρόκληση για χειρουργό και αναισθησιολόγο. Η ασενοκουμαρόλη (ανταγωνιστής της βιταμίνης Κ) διακόπτεται 5 ημέρες προεγχειρητικά με στόχο τιμή INR<1.5 και επαναχορηγείται 12 - 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στο μεσοδιάστημα οι ασθενείς λαμβάνουν είτε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (LMWH) υποδορίως είτε κλασσική ηπαρίνη σε ενδοφλέβια έγχυση. Για την επείγουσα αναστροφή της δράσης της ασενοκουμαρόλης η ενδοφλέβια χορήγηση συμπλέγματος ανθρώπινης προθρομβίνης (PCC) αποτελεί θεραπεία εκλογής. Η κλασσική ηπαρίνη έχει χρόνο ημίσειας ζωής 1 - 2 ώρες και διακόπτεται 4 ώρες πριν τη χειρουργική επέμβαση. Οι LMWHs όταν χορηγούνται σε προφυλακτική δόση διακόπτονται για 12 ώρες (24 ώρες σε θεραπευτική δόση). Οι από του στόματος αναστολείς της θρομβίνης (dabigatran) αλλά και οι από του στόματος αναστολείς του παράγοντα Χa (rivaroxaban) έχουν αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό την ασενοκουμαρόλη για την πρόληψη και

θεραπεία της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής αλλά και για την πρόληψη αρτηριακών εμβολών σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή χωρίς προσθετική βαλβίδα. Το dabigatran διακόπτεται για 4 ημέρες (6 σε νεφρική ανεπάρκεια) και το rivaroxaban για τρείς. Η επανέναρξη αυτών των φαρμάκων γίνεται 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Για το dabigatran διατίθεται και ειδικό αντίδοτο - μονοκλωνικό αντίσωμα, με έναρξη δράσης εντός λίγων λεπτών από τη χορήγησή του. Το fondaparinux είναι συνθετικός αναστολέας του παράγοντα Χa που χορηγείται υποδορίως. Διακόπτεται για 36 - 42 ώρες (οταν χορηγείται προφυλακτικά) προ της χειρουργικής επέμβασης, ιδίως στις περιπτώσεις που θα χρησιμοποιηθεί περιοχική αναισθητική τεχνική. Επισκληρίδιος αποκλεισμός δεν συστήνεται. Επανέναρξη στις 6 - 12 ώρες. Σε περίπτωση θρομβόλυσης πρέπει να αποφεύγεται χειρουργική επέμβαση για 10 ημέρες, όσον αφορά τον πηκτικό μηχανισμό. Η αιτία εφαρμογής της παραπάνω θεραπείας όμως είναι αυτή που υπαγορεύει την περιεγχειρητική διαχείριση. Συνήθως οι ασθενείς λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη εμφράγματος μυοκαρδίου ή ΑΕΕ αλλά και για την πρόληψη της θρόμβωσης του stent μετά απο τοποθέτηση BMS (bare metal stent) ή DES (drug-eluting stent). Η ασπιρίνη συνεχίζεται κανονικά πριν απο επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και αρθροπλαστική ισχίου. Στις άλλες περιπτώσεις και εφόσον δεν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος διακόπτεται. Οι ασθενείς που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλική αγωγή (ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη) μετά απο τοποθέτηση stent στη στεφανιαία κυκλοφορία αποτελούν δύσκολο κλινικό πρόβλημα. Ειδικά μετά την τοποθέτηση DES η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή πρέπει να συνεχίζεται τουλάχιστον για 12 μήνες. Η θρόμβωση του stent αποτελεί καταστροφική επιπλοκή με θνητότητα πάνω από 50 %. Αναστολείς του IIb/IIIa υποδοχέα των αιμοπεταλίων χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση προεγχειρητικά μετά τη διακοπή της κλοπιδογρέλης (για 7 ημέρες) σε αυτούς τους ασθενείς. Η έγχυση συνεχίζεται έως και 8 ώρες προ χειρουργείου. Τέλος, διαθέσιμα είναι φάρμακα και παράγωγα αίματος (ενισχυτικά της αιμόστασης) που κατά περίπτωση μπορούν να βοηθήσουν ασθενείς που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά ή/και αντιπηκτικά (τρανεξαμικό οξύ, απροτινίνη, δεσμοπρεσσίνη, παραγοντας VII, PCC, ινωδογόνο).

Λέξεις κλειδιά: Αντιπηκτικά, αντιαιμοπεταλιακά, περιοχική αναισθησία.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Καρκίνος του μαστού: Τι άλλαξε, τι αλλάζει στη νοσηλευτική μας προσέγγιση

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Βασιλική Ε. Ντόγκα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2105731239, 6945087117

E-mail: vdoga@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια ο καρκίνος του μαστού, παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση, κυρίως λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής. Πρόκειται για μια νόσο που προκαλεί στη γυναίκα σύνθετες σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Όμως ο καρκίνος του μαστού, εφόσον ανιχνευθεί σε αρχικό στάδιο, είναι θεραπεύσιμος, κάνοντας έτσι ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Η αιτιολογία της νόσου είναι πολυπαραγοντική. Σε αυτή συμβάλλουν γενετικοί, μεταβολικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η μεγάλη ηλικία, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, οι γενετικές μεταλλάξεις, η ύπαρξη άτυπης υπερπλασίας στη βιοψία, η έκθεση σε ακτινοβολία, η έναρξη περιόδου σε μικρή ηλικία και η παύση της σε μεγάλη ηλικία, η μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών και ορμονικής υποκατάστασης, η ατεκνία ή η απόκτηση παιδιών σε μεγάλη ηλικία, η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος και η παχυσαρκία. Η σύγχρονη άποψη συγκλίνει στο ότι τα οιστρογόνα αποτελούν τους πλέον σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου. Κάθε γυναίκα παρουσιάζει στο ιστορικό της έναν συνδυασμό από τους παραπάνω παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν και συνιστούν τον ατομικό της κίνδυνο. Απαιτείται λοιπόν η κατάλληλη

αξιολόγηση των γυναικών και η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, ώστε κυρίως οι γυναίκες υψηλού κινδύνου να ενημερωθούν κατάλληλα, να υποβληθούν σε πρόγραμμα τακτικότερου ελέγχου και να προσαρμόσουν ανάλογα τον τρόπο ζωής τους. Επιπροσθέτως, με βάση προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, η χημειοπροφύλαξη με ταμοξιφαίνη ή ραλοξιφαίνη, μπορεί να αποτελέσει μέτρο πρωτογενούς πρόληψης. Σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο μαστού/ωοθηκών, η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή και εξαρτηματεκτομή αποτελούν επιπρόσθετα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης. Όσον αφορά στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό (μαζικός ασυμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος ή screening), η ψηφιακή μαστογραφία είναι η πλέον εδραιωμένη μέθοδος εξέτασης, που πρέπει όμως πάντα να συνδυάζεται και με κλινική εξέταση των μαστών από ειδικό γιατρό ή νοσηλευτή. Επίσης, η αυτοεξέταση είναι μια απλή εξέταση ρουτίνας, στην οποία η γυναίκα θα πρέπει να εκπαιδευτεί από μικρή ηλικία. Σημαντική συμβολή στη διερεύνηση των ψηλαφητικών και μαστογραφικών ευρημάτων προσφέρει και το υπερηχογράφημα μαστών, το οποίο στις γυναίκες κάτω των 35 ετών, θεωρείται εξέταση εκλογής. Επιπλέον των παραπάνω γενικών συστάσεων πρόληψης, το επιστημονικό ενδιαφέρον σήμερα επικεντρώνεται στην προσπάθεια ποσοτικής περιγραφής του κινδύνου κάθε γυναίκας, ώστε η στρατηγική πρόληψης να είναι εξατομικευμένη. Έχουν λοιπόν διαμορφωθεί μαθηματικά μοντέλα και ερωτηματολόγια που συνυπολογίζουν αυτούς τους παράγοντες και αποδίδουν τον συνολικό κίνδυνο κάθε γυναίκας. Πρόκειται για χρήσιμα εργαλεία που βοηθούν τον κλινικό γιατρό και νοσηλευτή, χωρίς βέβαια να υποκαθιστούν την κλινική εξέταση και εκτίμηση. Συμπερασματικά, ο συστηματικός έλεγχος και η αξιολόγηση των γυναικών από τον ειδικό επαγγελματία υγείας, με στόχο την εξατομίκευση της στρατηγικής που θα ακολουθηθεί, βοηθά σημαντικά στην έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Ο νοσηλευτής, ως μέλος της διεπιστημονικής υγειονομικής μονάδας, στα πλαίσια οργανωμένων ενδονοσοκομειακών προγραμμάτων αλλά και προγραμμάτων αγωγής υγείας στην κοινότητα, μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών και να τις βοηθήσει ουσιαστικά σε θέματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος μαστού, παράγοντες κινδύνου, πρόληψη, νοσηλευτής.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κυριακή Κατσίκη
Μαία,Τμήμα Αιμοδοσίας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6937413456, 6907739337
E-mail: katsikikuriaki@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες στον πλανήτη, με σταθερή αύξηση στη χώρα μας και αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου, στην Ευρώπη σήμερα. Οι παράγοντες κινδύνου είναι πολυποίκιλοι και η προστασία, η αυτοεξέταση, η μαστογραφία, το στάδιο της νόσου αλλά και η φροντίδα του ασθενούς αποτελούν ορισμένους από τους παράγοντες που οδηγούν σε αποθεραπεία ή προτροπή σε επόμενο στάδιο. Έγκαιρη διάγνωση της νόσου γίνεται με την μαστογραφία, κλινική εξέταση και αυτοεξέταση [ψηλαφητή μάζα]. Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού διαχωρίζεται σε πρωτογενή, που είναι το σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στην παρεμπόδιση ανάπτυξης της νόσου και σε δευτερογενή, που είναι η προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, σε αρχικό στάδιο για την επιτυχή ίαση της νόσου. Ο πληθυσμιακός έλεγχος, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, είναι ένα οργανωμένο πρόγραμμα ανίχνευσης της νόσου σε πρώιμο στάδιο, σε ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό με χρήση κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Στόχος είναι η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%, η καλύτερη ποιότητα ζωής μιας γυναίκας και η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους. Η διατροφή και ο τρόπος ζωής (αλκοόλ, σωματική άσκηση κτλ.) επηρεάζουν καθοριστικά την πρόληψη και θεραπεία της νόσου. Η σημασία της μαστογραφίας με ετήσιο έλεγχο των γυναικών άνω των 40 ετών, αποκτά ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η ηλικία μπορεί να είναι μικρότερη σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, με μοναδικές αντενδείξεις τις γυναίκες κάτω των 18

ετών και τις κυοφορούσες. Συνιστάται να εκτελείται μετά την εμμηνορυσία και πάντα πριν την 12η μέρα του κύκλου και διαχωρίζεται σε αναλογική και ψηφιακή. Σημαντική αξία στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού κατέχει και η πρόσφατη μαγνητική μαστογραφία, που δεν μπορεί όμως να αντικαταστήσει την ψηφιακή. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι υπαρκτός αλλά ασυνήθης, με συχνότητα 1% σε σχέση με τον γυναικείο σε ηλικία άνω των 50 ετών και με παράγοντες κινδύνου το οικογενειακό ιστορικό, οι διαταραχές στο μεταβολισμό οιστρογόνων και διάφοροι άλλοι (σύνδρομο klinefelter). Οι στρατηγικές πρόληψης που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, οι διατροφικές συνήθειες καθώς και οι υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, συντελούν στην πρόληψη που σώζει ζωές. Οι νοσηλευτές και οι μαίες αποτελούν τη σημαντικότερη ομάδα του προσωπικού υγείας καθώς έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και τις τοπικές κοινότητες συχνότερα και μπορούν να εκπαιδεύσουν ως προς τους παράγοντες κινδύνου και την εκμάθηση της αυτοεξέτασης του μαστού.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος μαστού, μαστογραφία, πρόληψη.

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Χρυσούλα Κολοκοτρώνη
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc,
Β' και Γ' Χειρουργικά Τμήματα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2107703294
E-mail: chrisakolokotroni@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες νοσηρότητας στον γυναικείο (και όχι μόνο) πληθυσμό. Τα υψηλά ποσοστά θνητότητας, που συνόδευαν τη διάγνωση έχουν περιοριστεί τα τελευταία χρόνια λόγω της εκτεταμένης εκστρατείας πρόληψης και ενημέρωσης αλλά και των σύγχρονων πρακτικών χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση δίνει τη δυνατότητα στον χειρουργό να εκριζώσει τον όγκο και στην συμπληρωματική άκτινο/χημειοθεραπεία, να εξαφανίσει όποιες εστίες μετάστασης ενώ η πλαστική χειρουργική αναλαμβάνει να αποκαταστήσει τη μορφή των μαστών και συνεπώς την αυτοπεποίθηση των γυναικών. Η νοσηλευτική επιστήμη, αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη ευαισθησία το θέμα του καρκίνου του μαστού, όχι μόνο λόγω της γυναικείας φύσης αλλά κυρίως εξαιτίας των ψυχοκοινωνικών συνεπειών,που το συνοδεύουν. Η διαδικασία της αποδοχής από τους ασθενείς είναι μακρά και δύσκολη. Το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με φοβίες, δεισιδαιμονίες, προλήψεις, πόνο (ψυχικό), ανασφάλεια, αγωνία μιας ολόκληρης οικογένειας που συμπάσχει με τον/την ασθενή. Διττός ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος καλείται να παράσχει σωματική φροντίδα αλλά και ψυχολογική υποστήριξη. Προτεραιότητα δίνεται στην ανακούφιση του πόνου, στην εξασφάλιση άνετης και ήρεμης μετεγχειρητικής πορείας, στην πρόληψη επιπλοκών, στην αποκατάσταση του τραύματος, στην επάνοδο στις δραστηριότητες και στην διαβεβαίωση ότι θα αποκατασταθεί η υγεία, η σωματική ακεραιότητα και η αυτοπεποίθηση. Η επιλογή της

χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από τον εντοπισμό, το μέγεθος, τον ιστολογικό τύπο, το μοριακό προφίλ του όγκου, αν είναι μονήρης ή πολυεστιακός, το μέγεθος του μαστού καθώς και από την επιθυμία των ασθενών, για διατήρηση του μαστού ή για πλαστική αποκατάσταση. Οι ριζικές πρώτες επεμβάσεις της μαστεκτομής, δίνουν σήμερα τη θέση τους σε πιο συντηρητικές τεχνικές όπως είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση μαστού, η ογκεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα. Η μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή (ανεξαρτήτως είδους επέμβασης) αποτελεί συνέχεια της ιατρικής ενημέρωσης και της προεγχειρητικής προετοιμασίας και συνιστάται τόσο σε νοσηλευτικές δεξιότητες φροντίδας τραύματος και αναγνώρισης επιπλοκών, όσο και σε ικανότητες ανακούφισης ψυχικού πόνου και προσαρμογής σε νέες συνθήκες ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος μαστού, μαστεκτομή, νοσηλευτής, φροντίδα.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Αικατερίνη Ανταλοπούλου[1], Γεώργιος Χαρκιολάκης[2]

[1]Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής, Γναθοχειρουργικής,
Πλαστικής Χειρουργικής, MSc, [2]Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής
Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Α. Ανταλοπούλου
Τηλ.: 6932324289
Email: kat1790@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι πρώτος σε συχνότητα τύπος καρκίνου στις γυναίκες σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου γυναικών με καρκίνο και περίπου 1 γυναίκα στις 9, κινδυνεύει να νοσήσει στη διάρκεια της ζωής της, από καρκίνο μαστού. Η αυξανόμενη επίπτωση του καρκίνου του μαστού, τα τελευταία 40 χρόνια, οδήγησε την επιστημονική κοινότητα (ιατρική, χειρουργική, ογκολογική, νοσηλευτική, παρεμβατική, ψυχολογία κ.α.) να επικεντρώσει τις προσπάθειες της, σε νέες μεταξύ άλλων χειρουργικές τεχνικές, τόσο σε ότι αφορά το χειρουργικό σκέλος, όσο και στο επανορθωτικό και αισθητικό κομμάτι. Η μαστεκτομή, αρχικά γίνεται αποδεκτή από τις γυναίκες ως μια αναγκαία και αναπόφευκτη επέμβαση που σώζει τη ζωή. Ωστόσο, οι ορατές αλλαγές που επιφέρει στο σώμα τους οδηγεί στην ανάπτυξη μιας αίσθησης διαφορετικότητας η οποία βιώνεται ως μια άκρως επώδυνη εμπειρία. Οι γυναίκες βιώνουν άγχος, απώλεια θηλυκότητας, αίσθημα σεξουαλικής απόρριψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης και συχνά οδηγούνται σε κατάθλιψη. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στη βιβλιογραφία η μαστεκτομή συχνά περιγράφεται ως «γυναικείος ευνουχισμός». Οι άκρως ακρωτηριαστικές τεχνικές μαστεκτομής του παρελθόντος, έδωσαν τη θέση τους σε λιγότερο αιματηρές επεμβάσεις, ενώ παράλληλα αναπτύχθηκαν νέες αξιόλογες τεχνικές αποκατάστασης μετά από μαστεκτομή, δεδομένου ότι έγινε πλέον κατανοητό και αποδεκτό, ότι η θεραπεία του καρκίνου του

μαστού ολοκληρώνεται με την αποκατάσταση του μαστού. Η σύγχρονη αποκατάσταση περιλαμβάνει τη χρήση νέων αυτόλογων ιστών, όπως κρημνών, έγχυσης λίπους κτλ καθώς και άλλων τεχνικών, όπως μικροχειρουργικών, δερματοστιξίας για τη δημιουργία θηλής και θηλαίας άλω και τη κάλυψη των αντιαισθητικών ουλών. Συμπερασματικά, η αποκατάσταση του μαστού δεν μπορεί να ξαναδώσει στη γυναίκα πίσω τον «φυσικό» μαστό που έχασε λόγω νόσου, ωστόσο, σύμφωνα με πλήθος ερευνών, φαίνεται να βελτιώνει την εικόνα και την αυτοπεποίθηση της γυναίκας, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης αλλά και της ποιότητας ζωής της.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος μαστού, αποκατάσταση, ψυχολογική επίπτωση, διαταραχή εικόνας.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ICD-11, ΕΙΚΟΣΙ ΕΞΙ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ICD-10: ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Καλλιόπη Προκοπάκη
Ψυχίατρος παιδιών και εφήβων, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,
Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγρατίου,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2107519550, 6987880821
E-mail: kallprok@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων ICD (International Classification of Diseases) είναι ένα παγκόσμιο νοσολογικό σύστημα, που καθιέρωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και το οποίο αναθεωρεί κατά περιόδους, ώστε να συμβαδίζει με τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα. Ο Π.Ο.Υ. βρίσκεται στη διαδικασία της 11ης αναθεώρησης του ICD. Τον Ιούνιο του 2018 κυκλοφόρησε την αναθεωρημένη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων, το ICD-11, που προγραμματίζεται να παρουσιαστεί στη Συνέλευση του Οργανισμού Υγείας τον Μάιο του 2019 και να ισχύσει από τον Ιανουάριο του 2022. Προς το παρόν, το ισχύον Διαγνωστικό σύστημα είναι η τελευταία αναθεώρηση ICD-10, που χρησιμοποιείται από το 1992. Το ICD-11 αποσκοπεί στο να αποτελέσει ένα ανοικτό, ελεύθερα διαθέσιμο μέσο, που θα χρησιμεύσει ως εργαλείο για κλινικούς, ερευνητές, ασθενείς, παρόχους υγείας, στατιστικές καταγραφές, σχεδιασμό πολιτικών υγείας και κυβερνήσεις. Στην ανάπτυξη του ICD-11 δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην κλινική χρησιμότητα, στην συνοχή - εγκυρότητα και στην παγκόσμια εφαρμοσιμότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών του, ώστε να χρησιμοποιείται αξιόπιστα από όλους τους ειδικούς υγείας, στα διαφορετικά γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά και γλωσσικά περιβάλλοντα των 193 χωρών μελών του Π.Ο.Υ. Η διαδικασία βασίστηκε σε δεδομένα που προέρχονται από: α)

Συστάσεις και υλικό που ανέπτυξαν οι ειδικές για κάθε ομάδα διαταραχών Ομάδες Εργασίας, β) απόψεις ενδιαφερόμενων φορέων (αντιπροσώπους των κρατών μελών του Π.Ο.Υ., διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, χρήστες υπηρεσιών υγείας και τις οικογένειές τους) και γ) επισκοπικές μελέτες και μελέτες πεδίου. Η ταξινόμηση των Ψυχιατρικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς (κεφάλαιο V στο ICD-10) διαφοροποιείται σημαντικά στο ICD-11. Οι αλλαγές αφορούν στην δομή, στον αριθμό των ταξινομικών κατηγοριών και υποκατηγοριών, σε ανακατανομή και μετακινήσεις διαταραχών σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες, σε προσθήκη νέων διαγνώσεων και απάλειψη διαγνώσεων. Καταργείται η ειδική διαγνωστική κατηγορία F9 του ICD-10, που αφορούσε στις διαταραχές με έναρξη κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, που πλέον ταξινομούνται στην αντίστοιχη ομάδα διαταραχών, υπογραμμίζοντας την αναπτυξιακή τους συνέχεια. Φιλοδοξία του νέου ταξινομικού συστήματος είναι να διευκολύνει την διάγνωση και την διαφορική διάγνωση ώστε να εντοπίζονται εγκαίρως τα άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να βοηθήσει στην λήψη κλινικών αποφάσεων, να παράγει βάση δεδομένων για σχεδιασμό πολιτικών υγείας, να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ ειδικών, να αποτελέσει εργαλείο στην εκπαίδευση και τελικά να βοηθήσει ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση από την ψυχική νόσο.

Λέξεις κλειδιά: ICD-11, αναθεώρηση, ταξινόμηση, ψυχικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΤΟ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ HIV - ΑΝΟΙΑΣ

Γεράσιμος Γκουτζαμάνης
Ψυχίατρος, Επικουρικός Ιατρός,
Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977718184
E-mail: dr.gerasimos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξέλιξη και η ευρεία εφαρμογή της αντιρετροϊκής θεραπείας υψηλής δραστικότητας (HAART) στην πλειοψηφία του πληθυσμού των ασθενών με HIV είχε καθοριστικό αντίκτυπο στο προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και στην εν γένει ποιότητα ζωής των ασθενών. Η λειτουργία της HAART τροποποιεί/περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τη διεισδυτικότητα αλλά και την επίδραση του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό σε βάθος χρόνου διαφοροποιώντας σημαντικά τα κλινικά σύνδρομα των χρόνιων διαταραχών που εμφανίζονται στους οροθετικούς ασθενείς (π.χ. τις νευρογνωσιακές διαταραχές), τόσο ως προς την επιδημιολογία τους όσο και ως προς την κλινική τους εικόνα και σοβαρότητα. Οι νευρογνωσιακές διαταραχές αποτελούν μία ομάδα κλινικών συνδρόμων διαφορετικής βαρύτητας που εκτείνονται από το επίπεδο της ασυμπτωματικής νευρογνωσιακής ανεπάρκειας (ANI) και της ήπιας νευρογνωσιακής διαταραχής (MND), μέχρι την άνοια σχετιζόμενη με τον ιό HIV (HAD). Το κλινικό σύνδρομο των νευρογνωσιακών διαταραχών περιλαμβάνει ένα συνδυασμό αντικειμενικών (μετρήσιμων) ελλειμμάτων στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες (κυρίως στην προσοχή, στην ταχύτητα επεξεργασίας και στις εκτελεστικές λειτουργίες) καθώς και διαταραχές στην κινητικότητα, αλλά και στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά των ασθενών, με

επίδραση στη συνολικότερη λειτουργικότητά τους. Διάφορα εξειδικευμένα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν αναπτυχθεί για τη διερεύνηση και σταδιοποίηση των νευρογνωσιακών ελλειμμάτων στα πλαίσια του HIV (π.χ. κριτήρια Frascati). Οι νευρογνωσιακές διαταραχές από τον ιό HIV οφείλονται στη μακροχρόνια επινέμεση και αναπαραγωγή του ιού στο ΚΝΣ περισσότερο σε υποφλοιώδη κέντρα και κυριότερα σε κύτταρα της μικρογλοίας και μακροφάγα, με αποτέλεσμα τόσο την άμεση τοξικότητα σε νευρωνικό επίπεδο (επίδραση του ιού) όσο και την έμμεση (ενεργοποίηση διαδικασιών φλεγμονής). Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν ο υπότυπος του ιού, γενετικοί παράγοντες του ατόμου-ξενιστή, συννόσηση με HCV, χρήση ουσιών, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη νευρογνωσιακή κατάσταση (π.χ. καρδιαγγειακή νόσος, μεταβολικό σύνδρομο, ηλικία κ.α.) ενώ η κλινική επιβάρυνση επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από το ϊϊκό φορτίο και τον αριθμό των CD4 (<200microL). Το κλινικό σύνδρομο της HAD πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από άλλα ανάλογα κλινικά σύνδρομα γνωσιακής έκπτωσης που οφείλονται σε άλλους παράγοντες (π.χ. θυρεοειδοπάθεια, ανεπάρκεια B12, λοιμώξεις ΚΝΣ κ.λπ.). Η διερεύνηση περιλαμβάνει έλεγχο αιματολογικό, βιοχημικό, ιολογικό (VDRL/HCV), απεικονιστικό (CT/MRI) και οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ). Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής συγκεκριμένη θεραπεία για τις νευρογνωσιακές επιπτώσεις του ιού HIV. Η βελτιστοποίηση της αντιρετροικής αγωγής στον καθένα ασθενή ξεχωριστά, η συμμόρφωση με την αγωγή, η ενημέρωση και ψυχοεκπαίδευση για το σύνδρομο, ο τακτικός νευροψυχιατρικός έλεγχος από το θεράποντα ιατρό, η προφύλαξη του ασθενή από δευτεροπαθείς λοιμώξεις και η τροποποίηση παραγόντων διαβίωσης (π.χ. χρήση ουσιών, διατροφή, κάπνισμα κ.λπ.) αποτελούν τους κύριους παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν τις γνωσιακές λειτουργίες και να περιορίσουν τις συνέπειες του συνδρόμου.

Λέξεις κλειδιά: HIV άνοια, HAD, κριτήρια Frascati, HAART.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Οξύ Άλγος: Ορόσημο στην επείγουσα ακτινολογία

ΟΞΕΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Ανδριανή Μπουλταδάκη
Ακτινολόγος, Επικουρική Ιατρός,
Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου,
Γ.Ν.Α.«ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6979974661
E-mail: andrianib@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου είναι η συχνότερη ζητούμενη εξέταση στα επείγοντα. Αποτελεί το 80% των εξετάσεων που ζητούνται στα επείγοντα περιστατικά ενώ ένα 60% εξ αυτών αφορά μη τραυματικές παθήσεις. Το κύριο αίτιο προσέλευσης μη τραυματικής αιτιολογίας, αποτελεί η οξεία κεφαλαλγία. Η Αξονική Τομογραφία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τη διερεύνηση των αιτιών της κεφαλαλγίας σε οξεία φάση καθορίζοντας αν αποτελεί ξεχωριστή πάθηση ή αν πρόκειται για σύμπτωμα υποκείμενης συστηματικής νόσου.

Η πρώτη ταξινόμηση της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (International Headache Society) που δημοσιεύτηκε το 1988, προσέφερε σημαντική βοήθεια στην κατάταξη των διαφόρων μορφών κεφαλαλγίας, βασιζόμενη στην αιτιολογία και θεσπίζοντας για πρώτη φορά σαφή διαγνωστικά κριτήρια. Σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση της ταξινόμησης από τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας, θεσπίστηκαν νέες κατηγορίες πρωτοπαθών και δευτεροπαθών κεφαλαλγιών χρησιμοποιώντας σαφέστερα λεπτομερή κριτήρια.

Η παρούσα ανασκόπηση επικεντρώνεται κυρίως στην διαγνωστική προσέγγιση των δευτεροπαθών κεφαλαλγιών. Επί κλινικής υποψίας η αξονική τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό ύπαρξης επισκληριδίου ή υποσκληριδίου αιματώματος, υπαραχνοειδούς, ενδοπαρεγχυματικής ή ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, αρτηριοφλεβιώδους δυσπλασίας, εικόνα διαχωρισμού, φλεβικής θρόμβωσης, νεοπλασμάτων, φλεγμονής καθώς και υδροκέφαλου.

Σε περίπτωση χρόνιας κεφαλαλγίας η εξέταση εκλογής είναι η Μαγνητική Τομογραφία.

Λέξεις κλειδιά: Οξεια κεφαλαλγία, αξονική τομογραφία, εγκέφαλος.

ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ:
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Αικατερίνη Ταβερναράκη
Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977597095
E-mail: katiatav@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξιολόγηση ασθενούς με οξύ θωρακικό άλγος είναι μία διαγνωστική πρόκληση για τους ιατρούς των επειγόντων. Τα αίτια είναι ποικίλα και συμπεριλαμβάνουν μη επείγουσες παθήσεις ελάσσονος σημασίας μέχρι καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς. Οι πρώτες μπορεί να οφείλονται σε μυοσκελετικά αίτια, έρπη ζωστήρα, παθήσεις πνεύμονα όπως λοίμωξη αναπνευστικού, πλευρίτιδα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Οι απειλητικές καταστάσεις περιλαμβάνουν το οξύ στεφανιαίο νόσημα, την πνευμονική εμβολή, το οξύ αορτικό σύνδρομο, το πνευμοθώρακα και τη ρήξη του οισοφάγου. Η κλινική εικόνα μπορεί να είναι «κλασσική» ή «άτυπη» και η διερεύνηση του ασθενούς θα πρέπει να είναι ταχεία ώστε να ανευρεθεί το αίτιο. Γενικά, η πολυτομική αξονική τομογραφία με σύγχρονα μηχανήματα, θεωρείται πρώτης γραμμής εξέταση σε ασθενείς με υποψία πνευμονικής εμβολής και οξέος αορτικού συνδρόμου ενώ μπορεί να γίνει ταυτόχρονα έλεγχος των στεφανιαίων αγγείων (triple rule out). Σε υποψία οξέος αορτικού συνδρόμου η μαγνητική αγγειογραφία ενδείκνυται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, σε αλλεργικούς στο ιωδιούχο σκιαγραφικό, ενώ είναι σημαντική εξέταση για τη μετεπεμβατική ετήσια παρακολούθηση νέων. Επίσης, ο ιατρός ακτινολόγος μπορεί να λάβει εικόνες τύπου «cine» και να εκτιμήσει, σε ασθενείς με διαχωρισμό, το βαθμό προσβολής και την κίνηση των βαλβίδων, τον όγκο κοιλιών, κλάσμα εξώθησης κοιλίας, ταχύτητα ροής αυλών. Για τον έλεγχο των αγγείων όπως η αορτή ή η πνευμονική αρτηρία, η εξέταση μπορεί να εκτελεσθεί και χωρίς τη χρήση

ενδοφλέβιας παραμαγνητικής ουσίας σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, εγκύους και σε ασθενείς που είναι αδύνατη η φλεβοκέντηση. Σχετικά με τους ασθενείς χαμηλής πιθανότητας για στεφανιαία νόσο, ο έλεγχος με μαγνητική τομογραφία καρδιάς δεν θεωρείται κατάλληλος, ενώ σε ασθενείς με χρόνιο θωρακικό άλγος και υψηλή πιθανότητα στεφανιαίας νόσου η μαγνητική τομογραφία βοηθάει στην εκτίμηση της έκτασης της ισχαιμικής περιοχής. Όσον αφορά την πνευμονική εμβολή, η μαγνητική τομογραφία μπορεί εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί σε ορισμένες καταστάσεις ως πρώτης γραμμής μέθοδος. Συμπερασματικά, η μαγνητική τομογραφία μπορεί ως μέθοδος να χρησιμοποιηθεί σε ορισμένες επείγουσες περιπτώσεις, εναλλακτικά της αξονικής τομογραφίας, σε ασθενείς με οξύ θωρακικό άλγος.

Λέξεις κλειδιά: Μαγνητική τομογραφία, οξύ θωρακικό άλγος, οξύ αορτικό σύνδρομο, πνευμονική εμβολή.

ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ:
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ιωάννης Β. Καλογερόπουλος
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος
του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος - Μονάδας Επεμβατικής Ακτινολογίας,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043485-86
E-mail: johnkalog@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ακριβής και έγκαιρη διάγνωση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει οξύ κοιλιακό πρόβλημα. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος περιλαμβάνει απλή ακτινογραφία (α/α) κοιλίας, σε ύπτια και σε όρθια θέση, και ακτινογραφία θώρακος. Συμπληρωματική λήψη είναι η αριστερή πλάγια κατακεκλιμένη α/α με οριζόντια δέσμη ακτίνων, σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να σταθεί όρθιος. Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι: α) η πιθανότητα ύπαρξης ελεύθερου αέρα (ενδοπεριτοναϊκά- οπισθοπεριτοναϊκά, αέρας στα χοληφόρα), β) αν υπάρχει παθολογική συλλογή αέρα στις εντερικές έλικες και αν ναι, αν υπάρχει εντερική απόφραξη, γ) αν υπάρχουν σκιάσεις σχετιζόμενες με κοιλιακό άλγος (λίθοι ουροποιητικού - χοληφόρου δένδρου, ανευρύσματος κοιλιακής αορτής κ.λπ.).

Σε υποψία πνευμοπεριτοναίου εκτελείται πάντα ακτινογραφία θώρακος αφενός για την ανίχνευση μικρής ποσότητας ελεύθερου αέρα λόγω της σχεδόν καθέτου πορείας των ακτίνων, αφετέρου για τον αποκλεισμό παθήσεων του θώρακα που είναι υπεύθυνες για το κοιλιακό άλγος. Σε όρθια θέση έχουμε την εικόνα του διαυγαστικού μηνίσκου κάτωθεν του ημιδιαφράγματος, συνηθέστερα δεξιά, ενώ σε αμφίβολες περιπτώσεις η αριστερή decubitus λήψη λύνει το πρόβλημα αναδεικνύοντας τον ελεύθερο αέρα μεταξύ της πλάγιας επιφάνειας του ήπατος και του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος. Σε 56% των ασθενών με πνευμοπεριτόναιο έχουμε ευρήματα στην ύπτια ακτινογραφία (συλλογή

αέρα στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας, απεικόνιση του δρεπανοειδούς συνδέσμου του ήπατος, απεικόνιση του τοιχώματος των εντερικών ελίκων).

Σε υποψία εντερικής απόφραξης, πρέπει να εκτελείται ύπτια ακτινογραφία κοιλίας, για τον έλεγχο της κατανομής του παθολογικού αέρα και συμπληρωματικά ακτινογραφία σε όρθια θέση για τον καθορισμό του βαθμού της εντερικής απόφραξης. Σε απόφραξη του Λεπτού Εντέρου (Λ.Ε) σε ύπτια α/α κοιλίας παρατηρούμε πολύ περισσότερη ποσότητα αέρα στο Λ.Ε. σε σχέση με το Παχύ Έντερο (Π.Ε), περισσότερη ποσότητα αέρα στο κεντρικό Λ.Ε. σε σχέση με το περιφερικό, διάταση του αυλού του λεπτού εντέρου κεντρικότερα της αποφράξεως συνήθως μεγαλύτερη των 3 εκ. και συσσώρευση υγρών και αέρα εντός αυτού. Σε όρθια θέση τα υδραερικά επίπεδα είναι ανισοϋψή στα σκέλη της ίδιας κλίμακας ενδεικτικό υπερπερισταλισμού. Οι απλές ακτ/φιες αναδεικνύουν σωστά το 86% των μεγάλου βαθμού αποφράξεων του ΛΕ και το 56% των χαμηλού βαθμού μερικών αποφράξεων. Σε μεγάλου βαθμού αποφράξεις ο έλεγχος πρέπει να συνεχίζεται με Υ.Τ. χωρίς μάλιστα τη λήψη σκιαγραφικού από το στόμα, ενώ σε χαμηλού βαθμού ή διαλείπουσες αποφράξεις πρέπει να εκτελείται εντερόκλυση.

Στην απόφραξη του Π.Ε. στη διαμόρφωση της α/φικής εικόνας συντελεί η επάρκεια ή ανεπάρκεια της ειλεοτυφλικής (Ε-Τ) βαλβίδας και η τυχόν συμπίεση της ή όχι από το διατεταμένο τυφλό. Στις περιπτώσεις επάρκειας της Ε-Τ βαλβίδας το τυφλό είναι πάντα περισσότερο διατεταμένο από το εγκάρσιο κόλον. Το παχύ έντερο περιφερειακά του σημείου αποφράξεως. δεν περιέχει αέρα ή κόπρανα. Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει διάταση και του ΠΕ και του ΛΕ και πρέπει να γίνει Δ.Δ. από παραλυτικό ειλεό, η πρηνής α/α κοιλιάς και η αριστερή πλάγια μας βοηθούν, αναδεικνύοντας την απουσία αέρα στο ορθό. Σε παραλυτικό (αδυναμικό) ειλεό γενικότερα παρατηρείται διάταση του λεπτού και του παχέος εντέρου και παρουσία αέρα στο ορθό. Σε όρθια θέση τα υδραερικά επίπεδα στα δυο σκέλη της έλικας είναι ισοϋψή. Όταν υπάρχει τοπική φλεγμονή μπορεί να παρατηρηθεί τοπική διάταση μίας ή δυο παρακείμενων ελίκων του Λ.Ε. (έλικα φρουρός).

Συμπερασματικά, η καλύτερη στρατηγική (σχέση κόστους/οφέλους, ακτινοπροστασία) στην προσέγγιση ασθενών με οξύ κοιλιακό πόνο είναι αρχικά ο απλός ακτινογραφικός έλεγχος συνοδευόμενος με υπερηχογράφημα, ακολουθούμενος επί κλινικών ενδείξεων από αξονική τομογραφία που αποτελεί την πλέον ευαίσθητη μέθοδο.

Λέξεις κλειδιά: Οξεία κοιλία, απλή ακτινογραφία κοιλίας, ενδοπεριτοναϊκός αέρας, εντερική απόφραξη.

ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Δημοσθένης Κόκκινος
Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132045660
E-mail: demoscokkinos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κοιλιακό άλγος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες προσέλευσης ασθενών με επείγοντα συμπτώματα. Η αρχική απεικονιστική διερεύνηση των ασθενών συνήθως συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων και υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας. Η υπερηχοτομογραφία έχει πολλά πλεονεκτήματα: πραγματοποιείται εύκολα, γρήγορα, με μικρό κόστος, χωρίς επιβάρυνση των ασθενών με ιοντίζουσα ακτινοβολία ενώ είναι δυνατόν να επαναληφθεί με ασφάλεια όσες φορές απαιτείται. Διαγιγνώσκει με μεγάλη ακρίβεια και ευαισθησία ένα μεγάλο εύρος αιτίων οξέος κοιλιακού άλγους, όπως χολολιθίαση, χολοκυστίτιδα, κωλικό ουροποιητικού συστήματος, πυελονεφρίτιδα, παγκρεατίτιδα, έμφρακτο ή απόστημα ήπατος, σπληνός ή νεφρών, ανεύρυσμα ή διαχωρισμό αορτής, θρόμβωση κάτω κοίλης φλέβας, σκωληκοειδίτιδα, συστροφή ωοθήκης, εξωμήτριο κύηση κ.λπ. Σε περιπτώσεις που η διάγνωση δεν είναι εμφανής από το απλό υπερηχογράφημα, ή για αύξηση της διαγνωστικής βεβαιότητάς του, η υπερηχογραφική εξέταση συμπληρώνεται με την έγχυση ενισχυτών ηχογενείας (σκιαγραφικών υπερήχων). Αυτά τα σκιαγραφικά έχουν τα πρόσθετα πλεονεκτήματα της πρακτικώς ανύπαρκτης συχνότητος αναφυλακτικών αντιδράσεων, καθώς και της δυνατότητος χορηγήσεως σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια, δεδομένου ότι δεν απεκκρίνονται εκ των νεφρών. Στα σημεία αυτά τα σκιαγραφικά υπερήχων υπερέχουν των αντιστοίχων της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας. Από την άλλη, το υπερηχογράφημα έχει μειωμένη διαγνωστική αξία σε περιπτώσεις ασθενών με μειωμένη συνεργασία, παχύσαρκων, με αεροπλήθεια, για την εκτίμηση στομάχου και εντέρου

κ.λπ. Στις περιπτώσεις αυτές η αξονική τομογραφία υπερέχει διαγνωστικώς. Τέλος, τα πλεονεκτήματα των υπερήχων οδηγούν συχνά σε κατάχρηση της μεθόδου, με αποτέλεσμα πολύωρη αναμονή των ασθενών σε ημέρες εφημερίας ή πολυήμερη καθυστέρηση πραγματοποίησης των εξετάσεων σε εσωτερικούς ασθενείς, δεδομένου ότι τόσο κατά τις εφημερίες, όσο και κατά το τακτικό πρόγραμμα ο αριθμός τον εξετάσεων που ζητούνται συχνά φθάνει σε αριθμούς που είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν. Επιπροσθέτως, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς παραπέμπονται για υπερηχογράφημα χωρίς καν να έχει προηγηθεί κλινική εξέταση. Ως εκ τούτου, απαραίτητη είναι η σωστή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών των διαφορετικών ειδικοτήτων για την ορθολογική διακίνηση των ασθενών στο μικρότερο δυνατόν χρονικό διάστημα.

Λέξεις κλειδιά: Κοιλιακό άλγος, υπερηχογράφημα, επείγουσα απεικόνιση.

ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ελένη Λαζαρίδου
Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,
Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6972881510
E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι φλεγμονώδεις, αγγειακοί και μηχανικοί παράγοντες, καθώς και το τραύμα αποτελούν τις συχνότερες αιτίες πρόκλησης οξέος κοιλιακού άλγους. Η κλινική εξέταση, το ιστορικό και ο εργαστηριακός έλεγχος θέτουν την ακριβή διάγνωση σε μικρό ποσοστό ασθενών. Η διαγνωστική ακρίβεια ωστόσο αυξάνεται σημαντικά με την απεικονιστική διερεύνηση, η οποία θέτει επίσης ενδείξεις και για ενδεχόμενη χειρουργική διερεύνηση. Στην απεικονιστική φαρέτρα περιλαμβάνεται καταρχάς η απλή ακτινογραφία, η οποία παρουσιάζει διαγνωστική ασφάλεια σε περιστατικά εντερικής απόφραξης ή διατρήσεων, στην ανάδειξη ουρολίθων και ξένων σωμάτων. Το υπερηχογράφημα αποτελεί την πρωταρχική εξέταση στην εκτίμηση των χοληφόρων, της χοληδόχου κύστεως και των έσω γεννητικών, ενώ σε περίπτωση διφορούμενων αποτελεσμάτων η διερεύνηση συνεχίζεται με Υπολογιστική Τομογραφία (ΥΤ). Η Μαγνητική Τομογραφία και η ερευνητική λαπαροτομία χρησιμοποιούνται σπανιότερα στο στάδιο της αρχική διερεύνησης. Η ΥΤ αποτελεί την απεικονιστική επιλογή σε πλήθος νοσολογικών οντοτήτων που προκαλούν κοιλιακό άλγος. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Ακτινολογίας η ΥΤ μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού έχει ένδειξη σε ασθενείς που παρουσιάζουν εμπύρετο, διάχυτο κοιλιακό άλγος και δεν έχουν χειρουργηθεί πρόσφατα. Αναφέρεται βιβλιογραφικά ότι τα ευρήματα της CT διαφοροποιούν σε ικανό βαθμό την αρχική κλινική διάγνωση και τη θεραπευτική απόφαση. Παρουσιάζει επίσης σαφώς υψηλότερη ευαισθησία συγκριτικά με την

ακτινογραφία και το υπερηχογράφημα στην διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας, αναδεικνύει το αίτιο που προκάλεσε την εντερική ή την απόφραξη των χοληφόρων, καθώς και τις ενδεχόμενες επιπλοκές σε ασθενείς με εκκολπωματίτιδα. Έχει εξαιρετικά αποτελέσματα στην ουδετεροπενική και στη φλεγμονώδη κολίτιδα, αλλά και στην ανάδειξη παθολογικών παχύνσεων του τοιχώματος του παχέος εντέρου, θέτοντας την αναγκαιότητα της ενδοσκοπικής διερεύνησης. Συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του χρόνου της νοσηλείας και της θνητότητας. Δεν υπάρχουν σαφείς διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη δια του στόματος ή δια του ορθού χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Η αποφυγή χορήγησης μειώνει το χρόνο της διάγνωσης και της παραμονής των ασθενών στα ΤΕΠ, ενώ με βάσει τη βιβλιογραφία δεν παρουσιάζει διαγνωστική δυσχέρεια, ειδικά σε ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο του 25. Αντιθέτως, η χορήγηση είναι απαιτούμενη στην μετεγχειρητική απεικόνιση και σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου για τη διάγνωση αποστημάτων. Σε ικανό αριθμό ασθενών τη στιγμή της σάρωσης δεν σκιαγραφείται το επίπεδο ενδιαφέροντος, λόγω καθυστέρησης στην προώθηση του σκιαγραφικού, ενώ παρατείνεται ο χρόνος παραμονής στα επείγοντα. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται η έκθεση στην ιοντίζουσα ακτινοβολία και οι περιορισμοί στη διερεύνηση των αρχικών σταδίων της μεσεντέριας ισχαιμίας, της κολίτιδας από Κλωστηρίδιο και των ασθενών όπου συνυπάρχει χρόνια νόσος. Παράμετροι που μειώνουν τη διαγνωστική αξία της μεθόδου αποτελούν καταρχάς η πλημμελής σκιαγραφική ενίσχυση που συνοδεύεται από μειωμένη διάκριση των βλαβών και ασάφεια στο πρότυπο σκιαγράφησης, δυσχεραίνοντας τη Διαφορική Διάγνωση. Η μειωμένη διακριτική ικανότητα πρώιμων βλεννογονικών βλαβών συνοδεύεται από ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα ασθενών με εκκολπωματίτιδα, παγκρεατίτιδα ή ισχαιμία, καθώς και από ψευδώς θετικά για βλάβες του τυφλού. Η παρουσία π.χ. εσωτερικής κήλης, αλλά και μη ειδικών απεικονιστικών ευρημάτων δυσχεραίνουν επίσης τη διάγνωση, στην οποία η γνώση του ιστορικού και του εργαστηριακού προφίλ του ασθενούς θεωρείται καθοριστική.

Λέξεις κλειδιά: Οξύ κοιλιακό άλγος, Υπολογιστική Τομογραφία (ΥΤ), διαγνωστική ακρίβεια, ενδοφλέβιο σκιαγραφικό.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Εξέλιξη - Αναβάθμιση

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ - ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ

Μαρία Αθανασίου

Χειρουργός, Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ.,

Δ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6937236672

E-mail: mathanassiou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντιμετώπιση ιατρικών επειγόντων *«στον κατάλληλο χρόνο, στο κατάλληλο τόπο και από το κατάλληλο προσωπικό»,* αποτελεί βασική αρχή ανάπτυξης όλων των συστημάτων υγείας διεθνώς.

Στόχοι ενός σύγχρονου ΤΕΠ είναι η παροχή περιβάλλοντος που θα συμβάλλει στη θεραπεία ή το θάνατο με αξιοπρέπεια, αντιμετωπίζοντας τις επείγουσες περιπτώσεις και προλαμβάνοντας επιπλοκές.

Ο σχεδιασμός ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που προσδιορίζουν την έκταση του χώρου του, όπως: **α)** Ο μέσος όρος του συνόλου των ασθενών που προσήρθαν στο ΤΕΠ τα τελευταία 10 χρόνια και η πρόβλεψη της ετήσιας διακίνησης των ασθενών. **β)** Η περιοχή κάλυψης και ο πληθυσμός αναφοράς του ΤΕΠ. **γ)** Οι ώρες της μεγαλύτερης διακίνησης των ασθενών. **δ)** Τα χαρακτηριστικά των ασθενών: Διάγνωση, ηλικία κ.λπ. **ε)** Το μέγεθος του νοσοκομείου.

Το σχήμα και η προσβασιμότητα είναι δύο βασικά χαρακτηριστικά που έχουν σημαντική επιρροή στην ευελιξία και την βέλτιστη χρήση του χώρου του ΤΕΠ. Ο συνολικός χώρος πρέπει να είναι αποτελεσματικά κατανεμημένος, μεταξύ των επιφανειών χρήσεως και

των χώρων κυκλοφορίας, επιτρέποντας σύντομη και άμεση πρόσβαση σε κάθε χώρο με την μικρότερη δυνατή διασταύρωση κινήσεων. Επίσης πρέπει να επιτρέπεται η επέκταση ή η σμίκρυνση του χώρου του ΤΕΠ και η δυνατότητα προσαρμογής του στις εκάστοτε αλλαγές και στις ανάγκες των ιατρών και των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση των ασθενών τους. Η επιλογή του ορθογώνιου ή τετραγωνικού σχήματος με την κατάλληλη εσωτερική διευθέτηση που προβλέπει καλές γραμμές κυκλοφορίας, θεωρείται η ιδανική λύση για αποτελεσματική οργάνωση και γρήγορη διακίνηση και αντιμετώπιση των ασθενών στο ΤΕΠ.

Όσον αφορά την εσωτερική διάρθρωση, η ανάπτυξη των επιμέρους χώρων του ΤΕΠ θα πρέπει να ακολουθεί βασικές αρχές που εξυπηρετούν την διαλογή, έτσι ώστε αρχικά να μπαίνει κανείς στο ΤΕΠ από το σημείο μέγιστης ορατότητας και κινούμενος με έναν χωρίς διακοπή τρόπο, να περνά από συνεχόμενες περιοχές διάγνωσης-θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες του, κατευθυνόμενος προς περιοχές που βρίσκονται χαμηλότερα στην κλίμακα διαλογής. Η υιοθέτηση ανοιχτού ορθογώνιου χώρου εξέτασης με χρήση ελαφρών χωρισμάτων μεταξύ των θέσεων θεωρείται περισσότερο ευέλικτη και οικονομική λύση, επιτρέπει την συνεχή επίβλεψη και παρακολούθηση των ασθενών με το λιγότερο διαθέσιμο προσωπικό και τις μικρότερες δυνατές μετακινήσεις.

Βασικοί Χώροι: Χώροι Υποδοχής-Διαλογής-Αναμονής ασθενών. Χώρος συμβουλευτικής για περιπατητικούς ασθενείς, χώρος αναζωογόνησης, χώρος οξείας αντιμετώπισης για μη περιπατητικούς ασθενείς, σταθμοί προσωπικού, γραφεία προσωπικού.

Ειδικοί Χώροι: Χώρος απομόνωσης-Χώρος απολύμανσης. Οφθαλμολογικό/ΩΡΛ, ψυχιατρική περιοχή, παιδιατρική περιοχή, χώροι χειρουργείων, δωμάτιο γύψου, φαρμακείο/ετο

Βοηθητικοί Χώροι: Αποθηκευτικοί χώροι-Χώροι προσωπικού καθαριότητας. Χώροι προσωπικού-Ακάθαρτα-Καθαρά είδη. Επίσης το συνολικό μέγεθος του ΤΕΠ, εκτός από τη μονάδα παρακολούθησης και τον εσωτερικό χώρο ιατρικής απεικόνισης εάν υπάρχουν, θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 50m^2/1000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών, ενώ το ελάχιστο μέγεθος ενός λειτουργικού ΤΕΠ που θα περιλαμβάνει όλες τις κύριες περιοχές θα πρέπει να είναι το λιγότερο 700 m^2.

Λέξεις κλειδιά: ΤΕΠ, χωροταξία, επείγοντα περιστατικά.

ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ - ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗ

Σπύρος Κόλιας
Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Υπεύθυνος του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041034, 6972364702
E-mail: spyroskolias@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οργάνωση του ΤΕΠ για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση του επείγοντος περιστατικού, αποτελεί έναν από τους κύριους δείκτες της υγειονομικής και κοινωνικής οργάνωσής του κάθε κράτους. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM, European Society of Emergency Medicine) το ΤΕΠ αποτελεί αυτοτελές και αυτόνομο τμήμα αμέσου ετοιμότητας του Νοσοκομείου, το οποίο: α) Υποδέχεται, διαγιγνώσκει και προβαίνει σε άμεση διαλογή (triage), β) παρέχει άμεση πολυδύναμη και υψηλής ποιότητας αντιμετώπιση και περίθαλψη, γ) νοσηλεύει σε δικούς του χώρους, δ) προβαίνει σε διαχωρισμό των περιστατικών που κρίνονται ότι έχουν ανάγκη νοσηλείας.

Ζητούμενα: α) Έγκαιρη αντιμετώπιση με μικρούς χρόνους αναμονής, β) υψηλή ποιότητα φροντίδας και ιατρικών υπηρεσιών, γ) πρόσβαση σε πολλαπλές υπηρεσίες υγείας ταυτόχρονα στον ίδιο χώρο. Το ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λειτουργεί εδώ και 6 χρόνια σαν αυτόνομο Τμήμα. Παρόλες τις δυσκολίες σε όλα τα επίπεδα, με τη βοήθεια του προσωπικού αλλά και με την αμέριστη συμπαράσταση της διοίκησης, ανταποκρίνεται στην αποστολή του προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες υψηλοτάτου επιπέδου. Είμαστε από τα λίγα ΤΕΠ στην Ελλάδα με αυτόνομη λειτουργία, αντιμετωπίζοντας καθημερινά όλα τα περιστατικά ανεξάρτητα ειδικότητας ή βαρύτητας. Για την απρόσκοπτη λειτουργία του όμως καθώς την ανάπτυξή του και την αναβάθμιση των ιατρικών του υπηρεσιών, ανταποκρινόμενο στις σύγχρονες εξελίξεις και απαιτήσεις της ιατρικής, πρέπει πολλά να γίνουν και να δρομολογηθούν.

ΤΕΠ - Το Παρόν: α) Έλλειψη χωροταξικού διαχωρισμού, β) έλλειψη βασικών μονάδων λειτουργίας, κοινόχρηστων χώρων, γ) αργή και μη ορθολογική διαχείριση ροής ασθενών, δ) μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση, ε) πολλά χρόνια περιστατικά στο ΤΕΠ, κυρίως λόγω μη καλά οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας, στ) έντονα φορτισμένος χώρος, προβλήματα ασφάλειας, αύξηση ποσοστού βίας προς το προσωπικό των ΤΕΠ, παράπονα και δυσαρέσκεια ασθενών.

ΤΕΠ - Το Μέλλον: α) Αναβάθμιση - Ανάπτυξη του ΤΕΠ ανάλογα με το μέγεθος και είδος του νοσοκομείου μας, β) δημιουργία υποτμημάτων ΤΕΠ: Βραχείας Νοσηλείας - Μονάδας Αναζωογόνησης, οργάνωση Fast Track, χώρου Διαλογής, Θάλαμος απομόνωσης εν δυνάμει μολυσματικών ασθενών, γ) δημιουργία γραφείων και χώρων στέγασης του τμήματος ΤΕΠ, δυναμικότητας 16 επιμελητών ιατρών, επίκειται στελέχωση με εξειδικευμένους γιατρούς, δ) αναπλήρωση και εκσυγχρονισμός του υπάρχοντος ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού, ε) διαχείριση της ροής των προσερχόμενων ασθενών, στ) εφαρμογή κλιμάκων διαλογής και ιατρικών πρωτοκόλλων, ζ) διοικητική, οργανωτική, ιατρική, χωροταξική αυτονομία και η) αξιολόγηση λειτουργίας.

Χωροταξικός Σχεδιασμός: Είναι γνωστό η έλλειψη χώρου, η κακή διαρρύθμιση του χώρου του ΤΕΠ και οι δυσλειτουργίες που προκύπτουν από αυτό. Χρειάζεται αλλαγή της υφιστάμενης διαρρύθμισης και δημιουργία αν είναι δυνατόν 2 μεγάλων χώρων χειρουργικό - παθολογικό, κατάργηση των επί μέρους ιατρείων και αύξηση των διατιθέμενων εξεταστικών κλινών. Επίσης λόγω του τεραστίου όγκου ασθενών που δέχονται καθημερινά, κρίνεται επειγόντως αναγκαία η δημιουργία και η ανεύρεση χώρων πλησίον του ΤΕΠ που είναι απαραίτητοι για να υποστηρίξουν την λειτουργία του.

Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας - Μονάδα Αναζωογόνησης: Η ανάπτυξη του ανωτέρω τμήματος πρέπει να είναι άμεσης προτεραιότητας. Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του χώρου είναι ότι παρέχει την δυνατότητα υποστήριξης (βασικής ή εξειδικευμένης) της ζωής ενός βαρέως πάσχοντος ασθενή, καθώς αυτός αντιμετωπίζεται με ασφάλεια σε ειδικό χώρο και με τον κατάλληλο εξοπλισμό για να μεταφερθεί μετά σε άλλους χώρους. Αυτό θα βοηθήσει στη διακίνηση των ασθενών, στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στην καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των νοσοκομειακών κλινικών. Επίσης έχει βρεθεί από έρευνες ότι αυξάνει σημαντικά την ικανοποίηση των ιατρών και συγγενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο έκτακτο περιστατικό. Τουλάχιστον 3-4 κρεβάτια θα πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένα και όσον το δυνατόν απομονωμένα, ώστε να δέχονται

τους πλέον βαριά ασθενείς και να λειτουργούν σαν μονάδα αναζωογόνησης στη γενική εφημερία.

Οργάνωση Fast Track: Θα απευθύνεται σε περιπατητικούς ασθενείς: α) Απλές κακώσεις ή ασθένειες που δεν απαιτούν εκτεταμένη θεραπεία ή παρεμβάσεις, β) δεν απαιτούν συνεχή παρουσία - παρακολούθηση ή φροντίδα και δεν έχουν μεγάλες συν-νοσηρότητες, γ) δεν απαιτούν κλινοστατισμό. Συντελεί στη γρήγορη διακίνηση των περιπατητικών ασθενών στη γενική εφημερία, στην αποσυμφόρηση των επειγόντων και στην μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.

Διαμόρφωση χώρου Διαλογής: α) Εφαρμογή πρωτοκόλλων διαλογής (λήψη ιστορικού, ατομικά στοιχεία του ασθενή, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.α.), β) λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων και καταγραφή σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής (Triage Record), γ) κατάταξη ανάλογα τη βαρύτητα σε επίπεδα προτεραιότητας (priority levels).

Θάλαμος απομόνωσης: Εν δυνάμει μολυσματικών ασθενών.

Δημιουργία γραφείων - αποδυτηρίων ιατρών ΤΕΠ: Η έλλειψη στοιχειώδους χώρου συνεύρεσης του ιατρικού προσωπικού ΤΕΠ, καθιστά τη λειτουργία του προβληματική και αδύνατη (γραμματειακή υποστήριξη, αρχείο ΤΕΠ, αίθουσα συσκέψεων - εκπαίδευση, ενημέρωση συγγενών, αποδυτήρια κ.λπ.). Οι ενέργειες πρέπει να έχουν προσθετικό χαρακτήρα της βήμα - βήμα προσέγγισης. Σε οποιαδήποτε παρέμβαση θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά η δυναμική ανάπτυξης τελικά σε ένα σύγχρονο ΤΕΠ, ανταποκρινόμενο στις υψηλού επιπέδου σύγχρονες ιατρικές υπηρεσίες και απαιτήσεις.

Λέξεις κλειδιά: Αναβάθμιση ΤΕΠ, δημιουργία υποτμημάτων, χωροταξικός σχεδιασμός.

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα γαστρεντερικού και παγκρέατος

ΝΕΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ WHO 2018

Γεώργιος Κυριακόπουλος
Ειδικευόμενος Παθολογικής Ανατομικής,
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977127469
E-mail: geokyr11@hotmail.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην πρόσφατη έκδοση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) για τα νεοπλάσματα των Ενδοκρινών Οργάνων περιλαμβάνεται η τελευταία ταξινόμηση των νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων (Neuroendocrine neoplasms, NENs) του παγκρέατος στην οποία παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στα κριτήρια διαβάθμισης της κακοήθειας των νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων, στον ορισμό των μεικτών νευροενδοκρινικών/μη-νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων, αλλά και στην σταδιοποίηση των NENs βάσει των συστημάτων σταδιοποίησης κατά American Joint Cancer Committee του 2017 και European Neuroendocrine Tumor Society. Οι τροποποιήσεις αυτές αναμένεται να ισχύσουν για το σύνολο των νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού σωλήνα στην επερχόμενη ταξινόμηση της WHO για τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα. Πιο συγκεκριμένα, η προηγούμενη κατηγορία MANEC (mixed adenoneuroendocrine carcinoma) διευρύνεται ώστε να περιλαμβάνει περιπτώσεις όπου η μη-νευροενδοκρινική συνιστώσα αφορά σε πρόδρομες αλλοιώσεις (πχ. αδενώματα) ή νεοπλάσματα μη-αδενικής φύσεως (πχ πλακώδη καρκινώματα κτλ) και μετονομάζεται σε MiNEN (mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasms).

Επίσης, οι σημαντικές αλλαγές που διαμορφώνονται με κεντρικό άξονα το δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού ki-67 και την κυτταρική μορφολογία των NENs οριοθετούν κριτήρια αναφοράς για τον τρόπο αξιολόγησής του ki-67 και διαχωρίζουν σε υπομάδες τα νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα της κατηγορίας G3, πλέον σε καλά διαφοροποιημένους όγκους G3 και σε χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινικά καρκινώματα G3. Επιπλέον οι αλλαγές αφορούν στην μέθοδο εκτίμησης του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού ki-67 καθώς υπάρχει η σύσταση αποφυγής της εκτίμησης με την απλή μικροσκόπηση “eyeballing” και επιβάλλεται η ακριβής μέτρηση με τη μέθοδο εκτύπωσης των περιοχών με τη μεγαλύτερη πυκνότητα θετικών πυρήνων νεοπλασματικών κυττάρων (hot spots). Επιπρόσθετα, εκτός από την εκτίμηση των κλασσικών νευροενδοκρινικών δεικτών που ταυτοποιούν τα νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα, θεωρείται πλέον απαραίτητη η ανοσοϊστοχημική εκτίμηση των υποδοχέων σωματοστατίνης, κυρίως SSTR2a (somatostatin receptor 2a) και SSTR5 (somatostatin receptor 5), η έκφραση των οποίων αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ανταπόκρισης των νεοπλασμάτων στη θεραπεία με ανάλογα σωματοστατίνης αλλά και ένδειξη της δυνατότητας απεικόνισης των νεοπλάσματων αυτών με το σπινθηρογράφημα υποδοχέων σωματοστατίνης (octreoscan). Τέλος, επιχειρείται διαχωρισμός των νεοπλασμάτων G3 και βάσει του μοριακού τους προφίλ καθώς τα νευροενδοκρινικά καρκινώματα συνηθέστερα χαρακτηρίζονται από μεταλλάξεις των γονιδίων TP53 (για την παραγωγή πρωτείνης p53) και Rb1 (για την παραγωγή της πρωτείνης του ρετινοβλαστώματος).

Λέξεις κλειδιά: Νευροενδοκρινή νεοπλάσματα, κριτήρια ταξινόμησης, υποδοχείς σωματοστατίνης, δείκτες κυτταρικού πολλαπλασιασμού, μετάλλαξη.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΜΕ ΤΙΣ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Δρ. Φοίβη Ροντογιάννη, FEBNM,
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041437-2132043006
E-mail: phrontog@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διάγνωση των νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων (NeuroEndocrine Neoplasias-NENs) γίνεται συνήθως τυχαία κατά τη διάρκεια απεικονιστικού ελέγχου για άλλη αιτία ή προκύπτει από συμπτώματα που οφείλονται στο έκκριση διαφόρων ορμονών ή πεπτιδίων. Τα λειτουργικά χαρακτηριστικά αυτών των όγκων, όπως αναδεικνύονται μέσω των απεικονιστικών μεθόδων τις Πυρηνικής Ιατρικής, βοηθούν στην ασφαλέστερη σταδιοποίηση αλλά και στην επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος.Ο βαθμός διαφοροποίησης (grade) του όγκου υποδεικνύει την επιλογή του καταλληλότερου ραδιοφαρμάκου για την απεικόνισή του. Τα πλέον χρησιμοποιούμενα ραδιοφάρμακα είναι τα επισημασμένα ανάλογα της σωματοστατίνης τα οποία έχουν υψηλή χημική συγγένεια (affinity) κυρίως για τον υπότυπο 2 και σε- μικρότερο βαθμό- για τους υποτύπους 3 και 5 της σωματοστατίνης. Οι υποδοχείς τύπου 2 υπερεκφράζονται σε μεγάλο ποσοστό (90%) στην κυτταρική επιφάνεια της πλειονότητας των NETs του πεπτικού συστήματος και του παγκρέατος με εξαίρεση τα καλοήθη ινσουλινώματα. Στο παρελθόν το χρησιμοποιούμενο ραδιοφάρμακο στην απεικόνιση των καλά διαφοροποιημένων (G1 και G2) όγκων ήταν το 111In-pentetreotide με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σήμερα η χρήση νέων αναλόγων της σωματοστατίνης επισημασμένων με γάλλιο-68Ga (π.χ 68Ga-DOTATOC, 68Ga-DOTATATE, 68Ga-DOTANOC) σε συνδυασμό με την απεικόνιση με συνδυασμό τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων και αξονικής τομογραφίας (PET/CT) προσφέρει μεγαλύτερη ευαισθησία σε συνδυασμό με

υψηλή ειδικότητα. Ωστόσο η ευαισθησία ανίχνευσης-τουλάχιστον στις μελέτες που έχουν ολοκληρωθεί έως σήμερα- δεν είναι η επιθυμητή κυμαίνεται δε περίπου στο 73% ενώ η ειδικότητα φθάνει το 97,5%. Για το λόγο αυτό έχουν πρόσφατα ξεκινήσει μελέτες και για την χρήση ανταγωνιστών των υποδοχέων της σωματοστατίνης επισημασμένων επίσης με 68Ga. Οι ανταγωνιστές αναγνωρίζουν μεγαλύτερο αριθμό θέσεων σύνδεσης (binding sites) με τους υποδοχείς σε σύγκριση με τους αγωνιστές, δηλαδή τα συνθετικά ανάλογα της σωματοστατίνης. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η ευαισθησία της απεικόνισης. Η φλουοροδυϋδροξυφαινυλαλανίνη επισημασμένη με φθόριο 18F (18F-FDOPA) είναι ένα άλλο ραδιοφάρμακο του οποίου η πρόσληψη από τις NENs βασίζεται στην ιδιότητά τους να προσλαμβάνουν, να αποκαρβοξυλιώνουν και να αποθηκεύουν πρόδρομες ουσίες διαφόρων αμινών. Η 18F-FDOPA έχει την υψηλότερη ευαισθησία για τα νεοπλάσματα του τελικού ειλεού αλλά μπορεί να είναι χρήσιμη και στη διαγνωστική προσπέλαση των ισουλινωμάτων. Τέλος, η κλασσική φλουοροδεσοξυγλυκόζη επισημασμένη με 18F (18FDG) χρησιμοποιείται στη μελέτη των πιο αποδιαφοροποιημένων NENs (G2-G3). Ο συνδυασμός υψηλής πρόσληψης της 18FDG και χαμηλής πρόσληψης των αναλόγων σωματοστατίνης απαντάται συνήθως σε G3 όγκους και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα.

Λέξεις κλειδιά: Γαστροεντεροπαγκρεατικοί νευροενδοκρινικοί όγκοι (GEP-NENs), PET/CT, 68Ga επισημασμένα ανάλογα της σωματοστατίνης, 18F FDOPA, 18FDG.

Η ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Δήμητρα - Αργυρώ Βασιλειάδη
Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,
Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932623560
E-mail: dimitra.vas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα (NEN) του γαστρεντερικού και του παγκρέατος είναι σπάνια και αποτελούν ετερογενή ομάδα νεοπλασιών με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, διαφορετική βιολογική συμπεριφορά και πρόγνωση. Αν και στην πλειοψηφία τους συνθέτουν και εκκρίνουν βιογενείς αμίνες και πεπτιδικές ορμόνες, σε μεγάλο ποσοστό είναι ασυμπτωματικά. Σε μικρότερο ποσοστό προκαλούν χαρακτηριστικά ορμονικά σύνδρομα και χαρακτηρίζονται ως λειτουργικά. Ειδικότερα, όσον αφορά τα παγκρεατικά NEN αυτά είναι λειτουργικά σε ποσοστό 30-40% και σχετίζονται με τα ακόλουθα κλινικά σύνδρομα: ινσουλίνωμα, σύνδρομο Zollinger-Ellison (γαστρίνωμα), σύνδρομο Verner-Morrison (VIPoma), γλουκαγόνωμα, σωματοστατίνωμα, σύνδρομο Cushing (έκτοπη παραγωγής ACTH), υπερασβεστιαιμία (παραγωγή PTHrp) και ιδιαιτέρως σπάνια μεγαλακρία (έκτοπη παραγωγή GHRH). Όγκοι που παράγουν παγκρεατικό πολυπεπτίδιο είναι ασυμπτωματικοί. Τόσο τα παγκρεατικά όσο και τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα του γαστρεντερικού μπορεί να σχετίζονται με σύνδρομο καρκινοειδούς, κυρίως όταν υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις. Σε συμπτωματικούς ασθενείς συχνά η διάγνωση γίνεται νωρίτερα, ακριβώς λόγω των συμπτωμάτων που, εφόσον αξιολογηθούν και διερευνηθούν κατάλληλα, οδηγούν και στη διάγνωση του νευροενδοκρινικού νεοπλάσματος. Στη διαγνωστική προσέγγιση συμβάλλουν ο ορμονικός έλεγχος, βιοδείκτες (χρωμογρανίνη Α, NSE), ο κλασσικός απεικονιστικός έλεγχος αλλά και οι σύγχρονες λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι όπως το DOTATE-

και FDG-PET scan. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως στα ινσουλινώματα όπου η εντόπιση του όγκου μπορεί είναι δυσχερής λόγω το μικρού τους μεγέθους, μπορεί να χρειασθεί η εφαρμογή ειδικών τεχνικών όπως η διέγερση με ασβέστιο μετά από εκλεκτικό αρτηριακό καθετηριασμό. Στους μη λειτουργικούς όγκους συχνά η νόσος είναι εκτεταμένη λόγω καθυστέρησης στη διάγνωση και γίνεται λόγω φαινομένων πίεσης, απόφραξης, αιμορραγίας ή και τυχαία λόγω της ευρείας χρήσης απεικονίσεων. Σε ένα ποσοστό των ασθενών ο νευροενδοκρινής όγκος μπορεί να αποτελεί εκδήλωση συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας, όπως το MEN1. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο έλεγχος περιλαμβάνει εκδηλώσεις και από άλλα ενδοκρινή όργανα (π.χ. υπόφυση, παραθυρεοειδείς).

Η αντιμετώπιση είναι κατά βάση χειρουργική εφόσον αυτό είναι δυνατό. Κάποιες φορές δεν είναι δυνατή η πλήρης αφαίρεση του όγκου οπότε έχει θέση η φαρμακευτική αντιμετώπιση με στόχο τον έλεγχο των συμπτωμάτων αλλά και τη μείωση του όγκου. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εξαρτάται από το ενδοκρινικό σύνδρομο. Τα παλιότερα και νεότερα ανάλογα σωματοστατίνης έχουν θέση τόσο για τα συμπτώματα όσο και για την καθυστέρηση επιδείνωσης του όγκου. Η συγχορήγηση του telotristat φαίνεται να ελέγχει ασθενείς με ανθεκτικό σύνδρομο καρκινοειδούς. Άλλες θεραπείες για μείωση του όγκου είναι ο mTOR αναστολέας everolimus και οι αναστολείς τυροσινικής κινάσης, ιδίως στα παγκρεατικά NET. Επιπλέον, οι λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι συμβάλλουν όχι μόνο στην εντόπιση, στην σταδιοποίηση αλλά και στην επιλογή ασθενών για θεραπεία με yttrium 90-DOTATOC ή lutetium 177-DOTATE. Η μακροπρόθεσμη διαχείριση των ασθενών με NEN, ιδίως αυτών με λειτουργικούς όγκους, απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων. Ο μεταθεραπευτικός ορμονικός έλεγχος, στην περίπτωση λειτουργικών NEN, ή η χρήση βιοδεικτών συμβάλλουν στην αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος καθώς και στην έγκαιρη ανίχνευση τυχόν υποτροπών. Στο μέλλον η περαιτέρω κατανόηση των μοριακών μηχανισμών και της βιολογίας των συγκεκριμένων νευροενδοκρινών νεοπλασμάτων θα οδηγήσουν σε πιο στοχευμένες και αποτελεσματικές θεραπείες.

Λέξεις κλειδιά: Λειτουργικά νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα, ινσουλίνωμα, γαστρίνωμα, ανάλογα σωματοστατίνης, telotristat.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Νεκτάριος Δ. Αλεβιζόπουλος
Παθολόγος - Ογκολόγος, Επικουρικός Ιατρός,
Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944868352
E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Νευροενδοκρινείς όγκοι (Neuroendocrine tumors, NETs), αποτελούν μια ετερογενή ομάδα κακοηθειών, σχετικά σπάνιοι σε συχνότητα εμφάνισης αλλά πλέον εύκολα διαγνώσιμοι κυρίως λόγω της ευαισθητοποίησης της ιατρικής κοινότητας. Εξελίσσονται στη πλειάδα των περιπτώσεων βραδέως, μπορεί να είναι μη λειτουργικοί και χωρίς συμπτώματα, με συνέπεια 60-70% των ασθενών να εμφανίζουν μεταστατική νόσο κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Για κάθε τύπο NET αναλόγως της εντόπισής και των ιστολογικών - βιοχημικών χαρακτηριστικών του, έχουν προταθεί εξειδικευμένοι θεραπευτικοί αλγόριθμοι. Η αντιμετώπιση των εκκριτικών συνδρόμων και της νοσηρότητας εξ αυτών αποτελεί παράλληλο σκέλος αντιμετώπισης και διαχείρισης της υποομάδας αυτής των όγκων του γαστρεντερικού.

Η παρακολούθηση των NET γίνεται όχι μόνο με κλινικά, και ακτινομορφολογικά κριτήρια αλλά και με ενδοκρινολογικές - βιοχημικές παραμέτρους που ανά τακτά διαστήματα ελέγχονται και προσδιορίζονται είτε προς τεκμηρίωση της προόδου της νόσου είτε ως δείκτες ανταπόκρισης της σε θεραπευτικούς χειρισμούς.

Η θεραπευτική τους αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χειρουργική, τη χημειοθεραπευτική ή τη νεότερη προσέγγιση χορήγησης εξειδικευμένων ραδιοϊσοτόπων, μεμονωμένων ή σε συνδυασμό με νεότερες βιολογικές ή μοριακές θεραπείες που στοχεύουν σε μονοπάτια απόπτωσης μέσω ειδικών υποδοχέων αγγειογένεσης ή σε οδούς μεταγωγικών μηνυμάτων κυτταρικής διαίρεσης (π.χ. mTOR).

Η χειρουργική εκτομή είναι ίσως ο μόνος ριζικός τρόπος θεραπείας σε ασθενείς με πρώιμα στάδια νόσου, χρησιμοποιείται όμως και στην προσπάθεια μείωσης φορτίου νόσου, για βελτίωση της πρόγνωσης σε περιπτώσεις NETs σχετικά περιορισμένης έκτασης.

Ο προσδιορισμός με εξετάσεις ειδικών σεσημασμένων ραδϊονουκλεοτιδίων, των υποδοχέων - σωματοστατίνης, που είναι οι κύριοι θεραπευτικοί στόχοι των νεότερων για τα NET βιολογικών θεραπειών (ανάλογα σωματοστατίνης/ραδιοπεπτίδια που προσδένονται στους υποδοχείς προκαλώντας συμπτωματική, βιοχημική και ενίοτε άλλου βαθμού ικανή αντινεοπλασματική απάντηση) είναι νευραλγικής σημασίας για τη δρομολόγηση χρήσης των νεοτέρων βιολογικών και ραδιοϊσοτοπικών θεραπειών.

Η γνωστή από ετών, περιορισμένη δυνατότητα ανταπόκρισης, αυτής της κατηγορίας όγκων στη χημειοθεραπεία, ιδίως των καρκινοειδών, επιτάσσει έλεγχο για τη δυνατότητα χορήγησης των νεοτέρων μοριακών θεραπειών (αναστολείς τυροσινικής κινάσης- sunitinib, mTOR inhibitors – everolimus), και τον συνδυασμό τους με μονοκλωνικά αντισώματα αντί της αγγειογένεσης όπως bevacizumab, προσεγγίσεις που ολοένα και περισσότερο στις μέρες μας αποκτούν ικανοποιητικά δεδομένα μελετών, που υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν τη χρήση τους καθώς δείχνουν επίτευξη ικανών ανταποκρίσεων και ασφάλεια στη χορήγηση.

Οι γνωστοί και ήδη δοκιμασμένοι από του στόματος χημειοθεραπευτικοί - κυτταροτοξικοί παράγοντες, τεμοζολαμίδη και καπεσιταμπίνη, φαίνεται να αποτελούν μόνοι ή σε συνδυασμένη χρήση με αντι-αγγειογενετικά αντισώματα (Bevacizumab) μια άλλη θεραπευτική επιλογή διαχείρισης των NETs, με ελπιδοφόρα αποτελέσματα, ανταγωνιζόμενα την από ετών παραδοσιακή χρήση της στρεπτοζοτοκίνης, που παρουσιάζει λίαν αυξημένη τοξικότητα.

Λέξεις κλειδιά: NET, νευροενδοκρινικά καρκινώματα, σωματοστατίνη, λειτουργικοί όγκοι.

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Καρκίνος του πνεύμονα

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ιωάννης Προβατάς
Παθολογοανατόμος, Επικουρικός Ιατρός,
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132043120, 6936611496
E-mail: iannispro@yahoo.co.uk

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί στις ημέρες μας την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως με αυξανόμενη επίπτωση και στα δύο φύλα. Αν και υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, η πρόγνωσή τους παραμένει πτωχή υποδηλώνοντας την ανάγκη για αξιόπιστους βιοδείκτες, οι οποίοι θα συμβάλλουν στην λήψη αποφάσεων για την παροχή της βέλτιστης θεραπείας. Έχουν μελετηθεί πολλοί προγνωστικοί παράγοντες, μεταξύ άλλων το φύλο, η ηλικία, η απώλεια βάρους, η οικογενειακή κατάσταση, η προηγηθείσα ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, η γενική κατάσταση του ασθενούς (performance status), το κάπνισμα, η ιστολογική εικόνα, το κλινικό και παθολογοανατομικό στάδιο της νόσου, τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης, η υπονατριαιμία, η LDH, η παρουσία συστηματικής φλεγμονής, η ύπαρξη μεταστάσεων και η απάντηση σε προηγούμενη θεραπεία. Εν τούτοις, επί του παρόντος η ιστολογική εικόνα (μορφολογία – ανοσοφαινότυπος) και τα μοριακά χαρακτηριστικά παραμένουν οι πιο σημαντικοί παράγοντες για τον καθορισμό της

θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Όσον αφορά την ιστολογική εικόνα και από μορφολογικής άποψης, σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για τα καρκινώματα του πνεύμονα αποτελούν ο τύπος και το μέγεθος του όγκου, ο αριθμός των νεοπλασματικών εστιών, η εντόπισή και ο ιστολογικός τύπος, το μέγεθος, το σχήμα του κυττάρου, καθώς και η υφή, το σχήμα και η εντόπιση του πυρήνα και ο μιτωτικός δείκτης. Επιπλέον, κρίσιμο ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα παίζει η παρουσία αγγειακών, λεμφαγγειακών και περινευριδιακών διηθήσεων, η παρουσία και ο τύπος διήθησης του σπλαγχνικού πετάλου του υπεζωκότα, η παρουσία διήθησης και η ομάδα των διηθημένων λεμφαδένων, σύμφωνα με την χαρτογράφηση των λεμφαδενικών ομάδων της Διεθνούς Εταιρείας Μελέτης του Καρκίνου του Πνεύμονα καθώς και τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης. Ανοσοϊστοχημικά, στην πρόγνωση των καρκινωμάτων του πνεύμονα θεωρείται σημαντικός ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 καθώς και η εξέταση της έκφρασης δεικτών σχετιζόμενων με ογκογονίδια όπως ο BRAF και η ALK και ειδικά για τα μη μικροκυτταρικά καρκινώματα του πνεύμονα ο δείκτης PD-L1. Τέλος, και όσον αφορά την μοριακή προσέγγιση του καρκίνου του πνεύμονα, οι πρόσφατες εξελίξεις στην κατανόηση της πολύπλοκης βιολογίας αυτού και ειδικότερα της ενεργοποίησης ογκογονιδίων λόγω μεταλλάξεων (EGFR, KRAS, BRAF, ERBB20) και αντιμεταθέσεων (ALK, ROS1, RET) οδήγησε στην καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών, βελτιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος πνεύμονα, πρόγνωση, ιστολογική εικόνα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΡΙΒΟΥΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ευάγγελος Μπαλής
Πνευμονολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Υπεύθυνος Εργαστηρίου Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 2132041615
E-mail: evanbalis@yahoo.co.uk

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ακριβή διάγνωση και τη σταδιοποίηση. Εάν οι ασθενείς με καρκίνο πρόκειται να λάβουν τη βέλτιστη θεραπεία, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να έχουν ακριβή ιστολογική ταξινόμηση του όγκου και να γνωρίζουν τα γενετικά του χαρακτηριστικά. Η ταξινόμηση των όγκων του πνεύμονα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2015 καταγράφει μια δεκαετία αξιοσημείωτων προόδων σε όλες τις ειδικότητες του καρκίνου του πνεύμονα, όπως: Παθολογονατομία (ιστολογία, κυτταρολογία, ανοσοϊστοχημεία, μοριακή εξέταση), επιδημιολογία, ακτινολογία και γενετική. Η ταχεία επέκταση των μοριακών και ανοσοϊστοχημικών εργαλείων παρείχε μια ισχυρή βάση για την ταξινόμηση και μια λογική για την αναταξινόμηση συγκεκριμένων οντοτήτων. Επίσης μας δίνει τη δυνατότητα να πλησιάζουμε όλο και περισσότερο στην δυνατότητα της εξατομικευμένης αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην επεμβατική πνευμονολογία παρέχουν στον πνευμονολόγο αποτελεσματικές μεθόδους δειγματοληψίας που βελτίωσαν τις πιθανότητες για ιστική διάγνωση και σταδιοποίηση. Μεταξύ αυτών των τεχνικών, ιδιαίτερης προσοχής αξίζουν η βρογχοσκόπηση με ενδοβρογχικό υπερηχογράφημα (r-EBUS), η βιοψία με ηλεκτρομαγνητική καθοδήγηση (ENB), η βιοψία υπό ακτινοσκόπηση (C-ARM) ή υπό αξονική τομογραφία (cone beam CT) για τη διάγνωση περιφερικών πνευμονικών οζιδίων. Αντίστοιχα, η ενδοβρογχική και διοισοφάγεια υπερηχογραφική βιοψία (EBUS-TBNA/ EUS-TBNA) προκειμένου για

βιοψίες υποβλεννογόνιων κεντρικών βλαβών, μεσοθωρακίου, σταδιοποίηση λεμφαδένων και έλεγχο μεταστάσεων. Τέλος, η πλευροσκόπηση δίνει τη δυνατότητα λήψης βιοψίας από τον υπεζωκότα για διάγνωση και σταδιοποίηση καρκίνου με πλευριτική συλλογή. Ο κύριος ρόλος του επεμβατικού πνευμονολόγου, είναι να εφαρμόσει όλες τις παραπάνω τεχνικές βασιζόμενος στην σωστή αξιολόγηση των ακτινολογικών ευρημάτων και την κλινική κατάσταση του ασθενούς ώστε να έχει το βέλτιστο αποτέλεσμα στην διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα με αποτέλεσμα την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος πνεύμονα, επεμβατική πνευμονολογία, διάγνωση, σταδιοποίηση.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ο ρόλος του MDT στη βελτίωση της επιβίωσης στον καρκίνο του ορθού

ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Γρηγόριος Θ. Λακιώτης

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Β΄ Χειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944333740

E-mail: lakiotisgreg@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι περισσότεροι ασθενείς με ορθικό αδενοκαρκίνωμα διαγιγνώσκονται με κολοσκόπηση, μετά από εμφάνιση αίματος στα κόπρανα ή εντερορραγίας ή τυχαία κατά τον προληπτικό ή για άλλη αιτία, ενδοσκοπικό έλεγχο. Κλινικά, αλλαγή των κενώσεων στην κατεύθυνση των διαρροϊκών αιματηρών, τεινεσμός υποψία διήθησης σφιγκτήρων, πόνος κατά την ελάσσονα πύελο, υποψία οστικών διηθήσεων. Δυσουρικά ενοχλήματα, διήθηση προστάτου ή κύστεος. Δακτυλική απλή πολύτιμη διαγνωστική εξέταση, ιδιαίτερα για τις του κάτω τριτημορίου του ορθού βλάβες. Ορατά ή μικροσκοπικά αίμα στα κόπρανα, ποσότητα βλέννας, αναιμία. Η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από την θέση της βλάβης στο ορθό και τη τοπική έκτασή της. Η προ θεραπείας σταδιοποίηση, στοχεύει στην καταλληλότερη χειρουργική προσέγγιση και αναζήτηση εκείνων των ασθενών υποψηφίων για πρωταρχική θεραπεία (χημειο-, ακτινο-, μόνο ακτινο-, ή συνδυασμό χημειο-, και χημειοακτινο-) προ του χειρουργείου. **Ταξινόμηση (TNM) σύστημα.** cTNM (κλινική) προ χειρουργικής εκτομής, pTNM (παθολογοανατομική) μετά από το τελικό δείγμα εκτομής. Το πρόθεμα "y" δείγμα μετά από νεοεπικουρική θεραπεία. Το κλινικό στάδιο βασίζεται στη βιοψία, τη φυσική

εξέταση και τις απεικονίσεις, CT, MRI, EUS. Δακτυλική, υπό γενική αναισθησία, (πόνος) και πρωκτοσκόπηση βοηθούν στον καθορισμό της καταλληλότερης χειρουργικής επέμβασης. Εκτιμάται ο βαθμός καθήλωσης της βλάβης στον πρωκτικό σφιγκτήρα, η σχέση με ορθοπρωκτικό δακτύλιο και τον σφιγκηριακό μηχανισμό, τους ανελγκτήρες, και η καθήλωση στο ορθικό τοίχωμα, και τους μυς του πυελικού εδάφους. Η **Πρωκτοσκόπηση,** εκτιμά με ακρίβεια στην απόσταση άπω ορίου του όγκου από οδοντωτή γραμμή. Ο κλινικά και απεικονιστικά μη εξαιρέσιμος, μπορεί να αποδειχθεί επιδεκτικός θεραπευτικής εκτομής στην εξέταση υπό αναισθησία. Η προεγχειρητική **CT κοιλίας, πυέλου** είναι επιτακτική για τον προγραμματισμό χειρουργικής επέμβασης αλλά, είναι μη ακριβής στην έκταση συμμετοχής παρακειμένων οργάνων. Η **MRI** προτιμάται για την αξιολόγηση της έκτασης του πρωτοπαθούς όγκου, παρέχει πληροφορίες για το περιθώριο περιφερικής εκτομής, και της κατάστασης των παρακειμένων οργάνων και δομών. Υπερέχει της CT, στην εκτίμηση του βάθους της διατοιχωματικής διήθησης, των παρακειμένων δομών και της περιορθικής λεμφαδενικής διήθησης. Το EUS, περιορίζεται από το μέγεθος του όγκου για την εκτίμηση της διήθησης των παρακειμένων οργάνων, και για οπίσθιους και οπισθοπλάγιους όγκους. Τοπική σταδιοποίηση και αξιολόγηση των λεμφαδένων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με κακοήθη πολύποδα pT1 με EUS, MRI. Αξιολόγηση για απομακρυσμένες μεταστάσεις, CT θώρακα, κοιλιάς, λεκάνης επί διηθητικού καρκίνου ορθού, ενώ δεν είναι αναγκαία σε κακοήθη πολύποδα χωρίς διήθηση (pT1N0). Σε ασθενείς με αντένδειξη στην CT με (IV) σκιαγραφικό, MRI κοιλίας, πυέλου και CT χωρίς σκιαγραφικό, είναι η εναλλακτική λύση. PET μόνον για αξιολόγηση υποψήφιων για εκτομή μεταστάσεων ήπατος και με διφορούμενο εύρημα της CT. Η επιβεβαίωση με βιοψία επιβάλλεται σε ευρήματα CT ή PET που προκαλούν υποψία για απομακρυσμένες μεταστάσεις. **Νεοπλασματικοί δείκτες (CEA):** Δεν είναι επαρκώς ευαίσθητοι ή ειδικοί για παρακολούθηση, στον ορθοκολικό καρκίνο. Τα επίπεδα αξιολογούνται στην προ θεραπείας σταδιοποίηση και παρακολούθηση σε διαγνωσμένο καρκίνο του παχέος εντέρου. Έχουν προγνωστική αξία σε νεοδιαγνωσμένη νόσο. Προεγχειρητικό CEA> 5ng/mL, χειρότερη πρόγνωση, και στάδιο. Αυξημένα προεγχειρητικά επίπεδα CEA που δεν εξομαλύνονται μετά από χειρουργική εκτομή, υποδηλώνουν την παρουσία υπολειμματικής νόσου και την ανάγκη περαιτέρω αξιολόγησης. Σπάνια, η άνοδος του CEA είναι ψευδώς θετική. Η διαχείριση ασθενών με διηθητικό καρκίνο ορθού, εκτός

cT1N0, μετά από βιοψία και τοπική απεικόνιση, χρήζει παραπομπής για διεπιστημονική αξιολόγηση (χειρουργική επέμβαση, ογκολογική ακτινοθεραπεία και φαρμακευτική ογκολογία).

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος ορθού, διάγνωση, σταδιοποίηση**.**

ΝΕΟ-ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χαράλαμπος Δ. Ζουμπλιός
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944435467
E-mail: zoumplios@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το χειρουργείο είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του αδενοκαρκινώματος του ορθού. Οι επιφανειακοί όγκοι (T1 και επιλεγμένοι T2) μπορούν να αντιμετωπισθούν με τοπική εκτομή. Η αντιμετώπιση των όγκων που διηθούν βαθύτερα την μυϊκή στιβάδα (T2-T4), εφόσον αφορούν το άνω και μέσο ορθό, αντιμετωπίζονται με χαμηλή πρόσθια εκτομή (ΧΠΕ) και κολοπρωκτική αναστόμωση με διατήρηση του σφιγκτήρα του πρωκτού. Μεγάλη πρόκληση αποτελούν τα καρκινώματα που εντοπίζονται στο κατώτερο ορθό (όγκοι σε απόσταση <= 5 εκ. από τον πρωκτικό δακτύλιο). Η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή (ΚΠΕ), θεωρείται η καθιερωμένη χειρουργική τεχνική, ωστόσο αυτή συνεπάγεται, μόνιμη κολοστομία και υψηλή επίπτωση σεξουαλικών και κυστικών διαταραχών. Το πρότυπο πρώτης υποτροπής μετά το χειρουργείο για το καρκίνωμα του ορθού είναι εξίσου μοιρασμένο μεταξύ των τοπικών και των απομακρυσμένων υποτροπών. Η ολική εκτομή του μεσοορθού (ΟΕΜ), μείωσε τα ποσοστά τοπικών υποτροπών και η προσθήκη προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας (ΑΚΘ) βελτίωσε αυτά τα αποτελέσματα. Σε μια μεγάλη μελέτη σε ασθενείς με όγκους έως τα 15 εκ. από τον πρωκτικό δακτύλιο, τα ποσοστά τοπικής υποτροπής, μειώθηκαν σημαντικά όταν της ΟΕΜ είχε προηγηθεί χορήγηση ΑΚΘ (2,4% στο σκέλος της ΑΚΘ έναντι 8,2%, στα δύο έτη). Η προσθήκη της χημειοθεραπείας (ΧΜΘ) στην ΑΚΘ πριν το χειρουργείο, σε άλλη μεγάλη μελέτη, αύξησε το ποσοστό διατήρησης του σφιγκτήρα του πρωκτού και μείωσε το ποσοστό τοπικών υποτροπών, συγκρινόμενη με την χορήγηση μετεγχειρητικής (επικουρικής) χημειοακτινοθεραπείας (ΧΑΚΘ). Η προεγχειρητική (νεοεπικουρική) ΧΑΚΘ

έγινε η καθιερωμένη αντιμετώπιση των καρκινωμάτων του ορθού για όγκους σταδίου T3 και T4 και η προτεινόμενη αντιμετώπιση για όγκους T1 η T2 με παρουσία θετικών περιοχικών λεμφαδένων. Για τους T3, N0 και T1/2, N1 όγκους του μέσου ή του άνω ορθού, δεν υπάρχει ομοφωνία για την χορήγηση προεγχειρητικής ΧΑΚΘ και η χορήγησή της αποφασίζεται εξατομικευμένα. Η χορήγηση προεγχειρητικής ΑΚΘ χωρίς ΧΜΘ, είναι αποδεκτή σε ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν την ΧΑΚΘ. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που αποτελούν το σκέλος της ΧΑΚΘ μπορούν να είναι είτε η συνεχής χορήγηση 5-φθοριοουρακίλης (225 mg/m^2/24h) είτε η χορήγηση καπεσιταμπίνης σε δόση 1650 mg/m/d. Σε ασθενείς με όγκο T4 η εκτεταμένη λεμφαδενική διήθηση συνιστάται η χορήγηση συνδυασμών με οξαλιπλατίνη (FOLFOX η CAPOX) πριν την χορήγηση ΧΑΚΘ. Το χειρουργείο γίνεται 7 με 10 μήνες μετά την χορήγηση της ΧΑΚΘ. Το χειρουργείο αποτελεί καθιερωμένη θεραπεία, μετά την ΧΑΚΘ, ακόμα και μετά την επίτευξη πλήρους κλινικής ανταπόκρισης, αν και, σε προσεκτικά επιλεγμένες περιπτώσεις, είναι δυνατόν αντί χειρουργείου, να επιλεχθεί η τακτική προσεκτικής παρακολούθησης. Εάν δεν έχει χορηγηθεί προεγχειρητική ΧΑΚΘ, μετά το χειρουργείο η καθιερωμένη θεραπεία, επί όγκων T3, T4 η T1,2/N+, είναι η επικουρική ΧΑΚΘ.
Λέξεις κλειδιά: Καρκίνωμα ορθού, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία.

ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ηρακλής Κατσούλης, MD, PhD, FRCS, FEBS (Coloproctology)
Διευθυντής Χειρουργικού - Ογκολογικού Τμήματος,
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «ο Άγιος Σάββας»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6944747226
E-mail: hrkats@yahoo.co.uk

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η απουσία ορογόνου στο ορθό περιφερικότερα από την ανάκαμψη του περιτοναίου και η εγγύτητα του οργάνου με όμορες ανατομικές δομές καθιστούν τον καρκίνο του ορθού επιρρεπή σε τοπικοπεριοχική διήθηση και υποτροπή. Το ορθό κατά την οπίσθια και τις πλάγιες επιφάνειές του κατά κύριο λόγο, περιβάλλεται από ένα διακριτό λιπώδες περίβλημα, που περιέχει την άνω ορθική αρτηρία και τους κλάδους της, λεμφαγγεία και λεμφαδένες και ονομάζεται **μεσοορθό** (mesorectum). Πρωταρχικό στόχο της χειρουργικής εκτομής στον καρκίνο του ορθού αποτελεί η ολική εξαίρεση του όγκου μετά του αγγειακού μίσχου της άνω ορθικής/κάτω μεσεντερίου αρτηρίας και του μεσορθού ώστε να προκύψει ένα ογκολογικά ακέραιο παρασκεύασμα (specimen orientated surgery). Η **ολική εκτομή του μεσοορθού** (total mesorectal excision) έχει απόλυτη ένδειξη στα καρκινώματα του μέσου και κατωτέρου ορθού και συσχετίζεται με τα μικρότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής και τα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Η διατήρηση της ορθοπρωκτικής σφιγκτηριακής λειτουργίας και της εντερικής συνέχειας αποτελεί δευτερεύοντα στόχο της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του ορθού. Οι βασικές αρχές της διακοιλιακής χειρουργικής εκτομής του καρκίνου του ορθού, περιλαμβάνουν την κινητοποίηση του σιγμοειδούς - κατιόντος κόλου κατά μήκος της αριστερής παρακολικής αύλακας με παραμονή ακέραιου του μεσοκόλου, την κεντρική απολίνωση των αγγείων, την ολική εκτομή του μεσοορθού με αποφυγή κάκωσης του αυτόνομου νευρικού πλέγματος της πυέλου και την εξασφάλιση επαρκούς περιφερικού ορίου εκτομής. Η απολίνωση κατά την έκφυση της άνω ορθικής αρτηρίας είναι επαρκής

στις περισσότερες περιπτώσεις εάν δεν υπάρχουν κεντρικότερα κλινικά διηθημένοι λεμφαδένες. Απολίνωση κοντά στην έκφυση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας χρειάζεται επί διηθημένων κλινικά λεμφαδένων καθώς και προκειμένου να διευκολυνθεί η εκτέλεση μίας πολύ χαμηλής κολοορθικής ή κολοπρωκτικής αναστόμωσης. Στα καρκινώματα του ανωτέρου ορθού το περιφερικό όριο εκτομής του ορθού πρέπει να είναι σε απόσταση 4-5 εκ. από το απώτερο όριο του όγκου ώστε να επιτευχθεί επαρκής μεσοορθική εκτομή. Στα καρκινώματα του μέσου ορθού, περιφερικό όριο εκτομής 1-2 εκ. είναι αποδεκτό υπό την προϋπόθεση ότι συνοδεύεται από ολική εκτομή του μεσοορθού. Στα καρκινώματα του κατωτέρου τριτημορίου του ορθού, περιφερικό όριο εκτομής ακόμη και μικρότερο του 1 εκ. είναι αποδεκτό, υπό την προϋπόθεση ότι είναι αρνητικό στην ταχεία βιοψία και συνοδεύεται από ολική εκτομή του μεσοορθού. Σε περίπτωση κολοπρωκτικής αναστόμωσης, για την επίτευξη καλύτερων λειτουργικών αποτελεσμάτων, συνιστάται η δημιουργία κολονικού νεοθυλάκου τύπου J. Στις περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η δημιουργία αναστόμωσης, όπως σε καρκινώματα που βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη από 1-2 εκ. από την οδοντωτή γραμμή, ή σε όγκους που διηθούν τους σφιγκτήρες, αλλά και επί προϋπάρχουσας σφιγκτηριακής δυσλειτουργίας, πρέπει να εκτελείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού. Εκτεταμένοι λεμφαδενικοί καθαρισμοί στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα συνιστώνται μόνο επί κλινικά διηθημένων λεμφαδένων. Τέλος, σε καρκίνο του ορθού που διηθεί παρακείμενα όργανα, το ορθό θα πρέπει να εξαιρείται en block μετά των παρακειμένων οργάνων. Με τη λαπαροσκοπική προσπέλαση, εφόσον εφαρμοστούν οι ίδιες αρχές της χειρουργικής εκτομής του καρκίνου του ορθού, μπορούν να επιτευχθούν εξίσου καλά ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα σε σχέση με την κλασική ανοικτή προσπέλαση.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος ορθού, ολική εκτομή μεσοορθού.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Δημήτριος Μαγγανάς
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α΄ Χειρουργικό Τμήμα και Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6977212784
E-mail: dmanganas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμφάνιση τοπικής υποτροπής ή μεταστατικής νόσου μετά από χειρουργική υποτροπή είναι συχνή στον ορθοκολικό καρκίνο (30-50%). Στον καρκίνο του ορθού η προεγχειρητική ακτινοχημειοθεραπεία και στη συνέχεια η εκτομή με ολική αφαίρεση του μέσο-ορθού έχει επιτύχει 10ετή επιβίωση 58% και επιβίωση χωρίς υποτροπή έως και 62%. Ωστόσο ορισμένοι όγκοι έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής: όγκοι T3/T4, διηθημένοι λεμφαδένες, περινευρική, αγγειακή ή λεμφική διήθηση, ακεραιότητα της εκτομής του μέσο-ορθού, ακέραια περιφερικά και περιμετρικά όρια εκτομής, αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της τοπικής υποτροπής είναι η έγκαιρη διάγνωση μέσω της συστηματικής παρακολουθήσεως των ασθενών. Με τον τρόπο αυτό η χειρουργική σε συνδυασμό με τις συμπληρωματικές θεραπείες μπορεί να επιτύχει 5ετείς επιβιώσεις 30-60%. Προκειμένου να επιλεγεί η κατάλληλη χειρουργική στρατηγική οι ασθενείς μπορούν να διαιρεθούν σε 4 κατηγορίες: **α)** ασθενείς με εξαιρέσιμη νόσο, **β)** ασθενείς με δυνητικά εξαιρέσιμη νόσο, **γ)** συμπτωματικοί ασθενείς με τη εξαιρέσιμη νόσο και **δ)** ασυμπτωματικοί ασθενείς με μη εξαιρέσιμη νόσο. Η χειρουργική εκτομή με μικροσκοπικά αρνητικά όρια (R0) είναι η μόνη θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να προσφέρει ίαση, είτε πρόκειται για υποτροπή στην πύελο, ηπατικές ή πνευμονικές μεταστάσεις ή περιτοναϊκή μεταστατική νόσο. Ο συνδυασμός της με προεγχειρητική, μετεγχειρητική ή διεγχειρητική χημειοθεραπεία ή αντιστοίχως ακτινοθεραπεία είναι θέμα

αποφάσεως από ιατρικά συμβούλια στα οποία εμπλέκονται διάφορες ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες. Αποτελεί την αρχική επιλογή στους ασθενείς της πρώτης ομάδας. Για τους υπόλοιπους ασθενείς είναι πλέον αποδεκτό ότι η παρηγορητική χειρουργική (εκτομές R2) χάνει καθημερινά τη θέση της. Ο στόχος σήμερα είναι μέσα από τις κατάλληλες μελέτες (CALGB/ SWOG 80405,FIRE-3,TRIBE, PEAK) να επιλεγούν οι ασθενείς αυτοί που η χημειοθεραπεία μπορεί να μετατρέψει μία ανεγχείρητη νόσο σε εξαιρέσιμη, ή εφόσον αυτό δε καταστεί δυνατόν να επιλεγεί η κατάλληλη παρηγορητική χημειοθεραπεία που θα προσφέρει ίση ή καλύτερη ποιότητα ζωής αποφεύγοντας άσκοπες επεμβάσεις, μεγάλες νοσηρότητες και που θα μπορεί να εξατομικευθεί κατά ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος ορθού, τοπική υποτροπή, μεταστάσεις, χειρουργική.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Βασίλειος Κομπορόζος
Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος
του Δ' Χειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:
Τηλ.: 6932485268
E-mail: vaskombo@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά την διάρκεια του περασμένου αιώνα συνετελέσθη μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού σε ότι αφορά στη προεγχειρητική σταδιοποίηση, την παθολογοανατομική διερεύνηση, την χειρουργική τεχνική και την πολυπαραγοντική θεραπεία. Κατά τη διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου για κάθε ασθενή πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν διάφοροι παράμετροι, όπως κατά πόσο η χειρουργική αντιμετώπιση θα είναι θεραπευτική ή παρηγορητική και το τελικό λειτουργικό αποτέλεσμα ως προς την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ο καθορισμός του βέλτιστου πλάνου αντιμετώπισης ενός ασθενή με καρκίνο του ορθού αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που πρέπει να σχεδιάζεται από πολυδιάστατη ομάδα, η οποία αποτελείται από χειρουργό, ογκολόγο, ακτινοθεραπευτή, ακτινολόγο και παθολογοανατόμο, με τη χειρουργική αντιμετώπιση να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Βασική προϋπόθεση για την επιλογή της επεμβάσεως και τον προσδιορισμό της αντιμετώπισης εν τω συνόλω της αποτελεί η προεγχειρητική σταδιοποίηση της νόσου. Βασικό εργαλείο για την προεγχειρητική σταδιοποίηση του όγκου αποτελεί η μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας με πρωτόκολο ορθού. Υψηλής ποιότητος MRI επιτρέπει περαιτέρω υποσταδιοποίηση του cT3. Μέτα-αναλύσεις εξ άλλου έδειξαν ότι η κλινική σταδιοποίηση των λεμφαδένων δεν είναι αξιόπιστη με καμία από τις απεικονιστικές μεθόδους, ενώ η σχέση του όγκου με την περιορθική περιτονία αποτελεί αξιόπιστο κριτήριο για την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η δυνατότητα εφαρμογής συμπληρωματικών θεραπειών προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά, τροποποίησε ριζικά την θεραπεία του καρκίνου του

ορθού, με αποτέλεσμα την διατήρηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού, την ελάττωση της τοπικής υποτροπής και την βελτίωση του προσδόκιμου επιβιώσεως και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ασθενείς χαμηλού ογκολογικού κινδύνου και πρωίμου σταδίου, (T1,T2,T3α/β, N0, CRM – περιαγγειακή διήθηση),αντιμετωπίζονται με χειρουργική θεραπεία, η οποία συνίσταται σε διαπρωκτική τοπική εκτομή (ανοικτή, TEM, TαMIS), προκειμένου περί όγκων T1, sm1, και σε ριζική εκτομή με ολική, ή μερική εκτομή του μεσοορθού, αναλόγως της εντόπισης (άνω, μέσο και κάτω τριτημόριο του ορθού) σε όγκους T1sm3, cT2, cT3a/b. Στις περιπτώσεις καρκίνου pT1, που εκ του αποτελέσματος της ιστολογικής εξετάσεως του εγχειρητικού παρασκευάσματος ο όγκος εμφανίζει χαμηλή διαφοροποίηση, λεμφαγγειακή, αγγειακή ή περινευριδιακή διήθηση, πρέπει να προτείνεται στον ασθενή διακοιλιακή ογκολογική επέμβαση για την αντιμετώπιση της νόσου, εκτός εάν δεν επιθυμούν, ή η κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να υποβληθούν σε ριζικότερες επεμβάσεις, οπότε υποβάλλονται σε συμπληρωματική χημειο-ακτινο-θεραπεία. Τοπική εκτομή μετά από νεοεπικουρική θεραπεία για cT2 Ca ορθού εφαρμόζεται μόνον στα πλαίσια κλινικού πρωτοκόλου. Ασθενείς τοπικά προχωρημένου σταδίου, ή υψηλού κινδύνου απαιτούν πολυσχιδή προσέγγιση που περιλαμβάνει νεοεπικουρική χημειοακτινοθεραπεία και ακολούθως χειρουργική επέμβαση. Ασθενείς κλινικού σταδίου cT3N0M0 ή cT1-3N1-2M0, με καρκίνο του μέσου και κάτω τριτημορίου του ορθού πρέπει να υποβάλλονται αρχικά σε νεοεπικουρική χημειο-ακτινοθεραπεία, μετά 8-12 εβδομάδες να υποβάλλονται σε διακοιλιακές επεμβάσεις εκτομής (σφιγκτηροσωστικές ή APR με TME) και μετά να συνεχίζουν επικουρική χημειοθεραπεία, αναλόγως των παθολογοανατομικών ευρημάτων. Επί του παρόντος το μακρό σχήμα χημειοακτινοθεραπείας LCCRT με 5040cGy, με σύγχρονο χορήγηση 5-FU, ή καπεσιταμπίνη, είναι το συνηθέστερα εφαρμοζόμενο σχήμα. Ασθενείς με καρκίνο του ορθού και πλήρη ανταπόκριση στην προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία, θα πρέπει να υποβάλλονται σε ριζική επέμβαση. Πλήρης παθολογοανατομική ανταπόκριση, χωρίς υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα παρετηρήθη στο 8-16% των ασθενών σε τυχαιοποιημένες μελέτες Phase III. Αν και μερικοί συγγραφείς θέτουν εν αμφιβόλω την ανάγκη χειρουργικής επεμβάσεως, η αμφιβολία κατά πόσο πρόκειται όντως για πλήρη εξάλειψη δεν μπορεί να απαντηθεί. Επί του παρόντος δεν χειρουργούνται, αλλά τίθενται σε παρακολούθηση, ασθενείς υψηλού κινδύνου ή που δεν δέχονται να χειρουργηθούν. Στις περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η

δημιουργία αναστόμωσης, όπως σε καρκινώματα που βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη από 1-2 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, ή σε όγκους που διηθούν τον πρωκτικό δακτύλιο ή τους ανελκτήρες, εκτελείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και τελική κολοστομία. Πρόσφατα δεδομένα συνιστούν ότι η λαπαροσκοπική TME μπορεί να εφαρμόζεται με παρόμοια ογκολογικά αποτελέσματα με την ανοικτή, όταν εκτελείται από έμπειρους ειδικά εκπαιδευμένους λαπαροσκόπους colorectal χειρουργούς. Ασθενείς κλινικού σταδίου cT4, N κάθε Mo, πρέπει να υποβάλλονται αρχικά σε χημειο-ακτινοθεραπεία, ακολούθως σε ριζική εκτομή-TME και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία. Σε ασθενείς κλινικού σταδίου Τα κάθε N κάθε M1 πρέπει να εκτιμάται η εξαιρεσιμότητα των δευτεροπαθών εντοπίσεων. Ασθενείς με σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις μπορεί να υποβληθούν σε ταυτόχρονη ή κατά στάδια εκτομή μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία. Σε ασθενείς κλινικού σταδίου Τα κάθε N κάθε M1, που δεν επιδέχονται χειρουργικής εκτομής, η αντιμετώπισή τους θα εξαρτηθεί από την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων και την κατάσταση της υγείας των. Ασυμπτωματικοί ασθενείς είναι υποψήφιοι για εντατικοποιημένα χημειοθεραπευτικά σχήματα και σε περίπτωση που η νόσος καταστεί χειρουργήσιμη, οι περαιτέρω χειρισμοί ακολουθούν τον αλγόριθμο που περιγράφεται για ασθενείς που επιδέχονται ριζικής χειρουργικής εκτομής. Ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα (αιμορραγία ή/και από-φραξη) μπορούν να αντιμετωπιστούν με χημειοακτινοθεραπεία, εκτομή του πάσχοντος τμήματος του ορθού, δημιουργία στομίας, τοποθέτηση stent, ή χρήση Laser για τη διάνοιξη του αυλού. Η παρηγορητική εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου συνιστάται μόνον σε περιπτώσεις επαπειλουμένης απόφραξης, ή σημαντικής αιμορραγίας.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος ορθού, κλινικό στάδιο, θεραπεία.

imbruvica®
(ibrutinib) capsules

Αναθεωρώντας τη θεραπευτική προσέγγιση σε 3 κακοήθειες από Β-λεμφοκύτταρα[1]

CLL

- 1η γραμμή
- Υποτροπιάζουσα/ανθεκτική

MCL

- Υποτροπιάζον/ανθεκτικό

WM

- 1η γραμμή σε ασθενείς ακατάλληλους για χημειο-ανοσοθεραπεία
- Υποτροπιάζουσα/ανθεκτική

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

Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον ταχύ προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος βρίσκεται σε επόμενη σελίδα.

PHGR/IBR/0918/0016

Βιβλιογραφία: 1. IMBRUVICA® Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

pharmacyclics®
An AbbVie Company

janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

imbruvica® ▼
(ibrutinib) capsules

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο Ανεπιθύμητες Ενέργειες για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: IMBRUVICA 140 mg σκληρά καψάκια. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 140 mg ibrutinib. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Σκληρό καψάκιο (καψάκιο). Λευκό αδιαφανές, σκληρό καψάκιο 22 mm σε μήκος, το οποίο φέρει την ένδειξη «ibr 140 mg» με μαύρο μελάνι. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το IMBRUVICA ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με υποτροπιάζον ή ανθεκτικό λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα (ΛΚΜ). Το IMBRUVICA ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία μη προθεραπευμένων ενηλίκων ασθενών με χρόνια λεμφοκυττταρική λευχαιμία (ΧΛΛ.). Το IMBRUVICA ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με μπενδαμουστίνη και ριτουξιμάμπη (BR) ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με ΧΛΛ οι οποίοι έχουν λάβει τουλάχιστον μία προηγούμενη θεραπεία. Το IMBRUVICA ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με μακροσφαιριναιμία του Waldenström (WM), οι οποίοι έχουν λάβει τουλάχιστον μία προηγούμενη θεραπεία, ή ως πρώτης γραμμής θεραπεία για ασθενείς οι οποίοι δεν είναι κατάλληλοι για χημειο-ανοσοθεραπεία. **Αντενδείξεις:** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Η χρήση σκευασμάτων που περιέχουν υπερικό/βαλσαμόχορτο (St. John's Wort), αντενδείκνυται σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με IMBRUVICA. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Σχετιζόμενα με αιμορραγία συμβάντα: Έχουν υπάρξει αναφορές αιμορραγικών συμβάντων σε ασθενείς που έχουν ακολουθήσει θεραπεία με IMBRUVICA, τόσο με όσο και χωρίς θρομβοπενία. Σε αυτές περιλαμβάνονται ήσσονα αιμορραγικά συμβάντα, όπως μώλωπας, επίσταξη και πετέχειες, και μείζονα αιμορραγικά συμβάντα, μερικά θανατηφόρα, συμπεριλαμβανομένων γαστρεντερικής αιμορραγίας, ενδοκρανιακής αιμορραγίας και αιματουρίας. Οι ασθενείς αποκλείονταν από τη συμμετοχή στις μελέτες φάσης 2 και 3 του IMBRUVICA, εάν έπρεπε να πάρουν βαρφαρίνη ή άλλους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ. Η βαρφαρίνη ή οι άλλοι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ δεν θα πρέπει να χορηγούνται ταυτόχρονα με το IMBRUVICA. Τα συμπληρώματα, όπως είναι τα σκευάσματα ιχθυελαίου και βιταμίνης Ε, θα πρέπει να αποφεύγονται. Η χρήση του IMBRUVICA σε ασθενείς που χρήζουν άλλων αντιπηκτικών ή φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία αναστέλλουν τη λειτουργία των αιμοπεταλίων ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο αιμορραγίας, και θα πρέπει να λαμβάνεται ειδική φροντίδα εάν χρησιμοποιείται αντιπηκτική αγωγή. Το IMBRUVICA θα πρέπει να διακοπεί τουλάχιστον 3 έως 7 ημέρες πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης και τον κίνδυνο αιμορραγίας. Ο μηχανισμός των σχετιζόμενων με αιμορραγία συμβάντων δεν είναι πλήρως κατανοητός. Ασθενείς με συγγενή αιμορραγική προδιάθεση δεν έχουν μελετηθεί. *Λευκόσταση:* Έχουν αναφερθεί περιστατικά λευκόστασης σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA. Ο υψηλός αριθμός λεμφοκυττάρων στην κυκλοφορία (> 400.000/mcl) ενδέχεται να συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο. Εξετάστε το ενδεχόμενο προσωρινής αναστολής του IMBRUVICA. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Χορηγήστε υποστηρικτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης της ενυδάτωσης και/ή της κυτταρομειωτικής αγωγής, ως ενδείκνυται. *Λοιμώξεις:* Παρατηρήθηκαν λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένης σηψαιμίας, ουδετεροπενικής σηψαιμίας, βακτηριακών, ιογενών ή μυκητιασικών λοιμώξεων) σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA. Ορισμένες από αυτές τις λοιμώξεις έχουν συσχετιστεί με νοσηλεία και θάνατο. Οι περισσότεροι ασθενείς με θανατηφόρες λοιμώξεις είχαν, επίσης, ουδετεροπενία. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για πυρετό, ουδετεροπενία και λοιμώξεις και θα πρέπει να τους χορηγηθεί κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία, ως ενδείκνυται. Εξετάστε το ενδεχόμενο προφυλακτικής αγωγής σύμφωνα με τις συνήθεις πρακτικές, σε ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων. Έχουν αναφερθεί περιστατικά προϊούσας πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας (PML), συμπεριλαμβανομένων και θανατηφόρων περιστατικών, μετά τη χρήση του ibrutinib στο πλαίσιο προηγούμενης ή συγχορηγούμενης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας. Οι ιατροί πρέπει να συμπεριλαμβάνουν στη διαφορική διάγνωση την PML σε ασθενείς με νέα εμφάνιση ή επιδείνωση νευρολογικών, νοητικών ή συμπεριφορικών σημείων και συμπτωμάτων. Εάν πιθανολογείται η παρουσία PML, θα πρέπει να διενεργείται κατάλληλη διαγνωστική αξιολόγηση και η θεραπεία θα πρέπει να αναστέλλεται μέχρι τον αποκλεισμό της PML. Εάν υπάρχει οποιαδήποτε αμφιβολία, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο παραπομπής σε νευρολόγο, διενέργειας κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων για PML, όπως MRI, κατά προτίμηση με χρήση σκιαγραφικής ουσίας, ελέγχου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) για DNA του ιού JC, καθώς και επαναληπτικών νευρολογικών αξιολογήσεων. *Κυτταροπενίες:* Οφειλόμενες στη θεραπεία κυτταροπενίες 3ου ή 4ου βαθμού (ουδετεροπενία, θρομβοπενία και αναιμία) αναφέρθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA. Παρακολουθείτε το πλήρες αιμοδιάγραμμα σε μηνιαία βάση. *Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD):* Σε ασθενείς υπό θεραπεία με IMBRUVICA, έχουν αναφερθεί περιστατικά διάμεσης πνευμονοπάθειας (ILD). Παρακολουθείτε τους ασθενείς για πιθανή ανάπτυξη πνευμονικών συμπτωμάτων ενδεικτικών για ILD. Αν αναπτυχθούν συμπτώματα, διακόψτε το IMBRUVICA και αντιμετωπίστε κατάλληλα τη διάμεση πνευμονοπάθεια. Αν τα συμπτώματα επιμένουν εξετάσετε τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας με IMBRUVICA και ακολουθείστε τις οδηγίες τροποποίησης της δόσης. *Καρδιακή αρρυθμία:* Κολπική μαρμαρυγή, κολπικός πτερυγισμός και περιπτώσεις κοιλιακής ταχυαρρυθμίας έχουν αναφερθεί σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις κολπικής μαρμαρυγής και κολπικού πτερυγισμού ειδικά σε ασθενείς με καρδιακούς παράγοντες κινδύνου, υπέρταση, οξείες λοιμώξεις και προηγούμενο ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής. Παρακολουθείτε κλινικά κατά διαστήματα όλους τους ασθενείς για καρδιακή αρρυθμία. Οι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα αρρυθμίας ή νέα εμφάνιση δύσπνοιας, ζάλη ή λιποθυμία θα πρέπει να αξιολογούνται κλινικά και, εάν ενδείκνυται, να υποβάλλονται σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Σε ασθενείς που αναπτύσσουν σημεία και / ή συμπτώματα κοιλιακής ταχυαρρυθμίας, το IMBRUVICA θα πρέπει προσωρινά να διακόπτεται και να διενεργείται μία λεπτομερής αξιολόγηση κλινικού οφέλους/κινδύνου πριν την πιθανή επανέναρξη της θεραπείας. Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα κολπική μαρμαρυγή, η οποία χρήζει αντιπηκτικής θεραπείας, θα πρέπει να εξεταστούν οι εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές στο IMBRUVICA. Στους ασθενείς που αναπτύσσουν κολπική μαρμαρυγή υπό θεραπεία με IMBRUVICA, θα πρέπει να πραγματοποιείται εκτενής εκτίμηση του κινδύνου θρομβοεμβολικής νόσου. Στους ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο και όπου οι εναλλακτικές στο IMBRUVICA δεν είναι κατάλληλες, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο αυστηρά ελεγχόμενης θεραπείας με αντιπηκτικά. *Σύνδρομο λύσης όγκου:* Σύνδρομο λύσης όγκου έχει αναφερθεί με θεραπεία με IMBRUVICA. Οι ασθενείς σε κίνδυνο για σύνδρομο λύσης όγκου είναι εκείνοι με υψηλό φορτίο όγκου πριν τη θεραπεία. Παρακολουθήστε στενά τους ασθενείς και λάβετε τις κατάλληλες προφυλάξεις. *Μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος:* Μη μελανωματικοί καρκίνοι του δέρματος αναφέρθηκαν πιο συχνά σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA από ό,τι σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με φάρμακα σύγκρισης σε συγκεντρωτικές συγκριτικές τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης 3. Παρακολουθήστε τους ασθενείς για την εμφάνιση μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος. *Ιική επανενεργοποίηση:* Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις επανενεργοποίησης της ηπατίτιδας Β σε ασθενείς που λαμβάνουν IMBRUVICA. Θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος για την κατάσταση του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) πριν την έναρξης της θεραπείας με IMBRUVICA. Για τους ασθενείς που είναι θετικοί για λοίμωξη από HBV, συνιστάται να ζητείται η συμβουλή ιατρού με εξειδίκευση στη θεραπεία της ηπατίτιδας Β. Εάν οι ασθενείς έχουν θετικό ορολογικό έλεγχο για ηπατίτιδα Β, θα πρέπει να ζητείται η συμβουλή ενός ειδικού στα ηπατικά νοσήματα πριν την έναρξη της θεραπείας και η παρακολούθηση και διαχείριση του ασθενή θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα τοπικά ιατρικά πρότυπα για την πρόληψη της επανενεργοποίησης της ηπατίτιδας Β. *Αλληλεπιδράσεις φαρμάκου-φαρμάκου:* Η συγχορήγηση ισχυρών ή μέτριων αναστολέων του CYP3A4 με IMBRUVICA ενδέχεται να οδηγήσει σε αυξημένη έκθεση σε ibrutinib και συνεπώς σε μεγαλύτερο κίνδυνο τοξικότητας. Αντίθετα, η συγχορήγηση επαγωγέων του CYP3A4 ενδέχεται να οδηγήσει σε μειωμένη έκθεση στο IMBRUVICA και, κατά συνέπεια, σε κίνδυνο έλλειψης αποτελεσματικότητας. Επομένως, η ταυτόχρονη χρήση του IMBRUVICA με ισχυρούς αναστολείς του CYP3A4 και ισχυρούς ή μέτριους επαγωγείς του CYP3A4 θα πρέπει να αποφεύγεται, όταν είναι δυνατό, και η συγχορήγηση θα πρέπει να εξετάζεται μόνο όταν το πιθανό όφελος υπερσκελίζει σαφώς τους δυνητικούς κινδύνους. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για σημεία τοξικότητας από το IMBRUVICA, εάν πρέπει να χρησιμοποιηθεί αναστολέας του CYP3A4. Εάν πρέπει να χρησιμοποιηθεί επαγωγέας του CYP3A4, παρακολουθήστε στενά τους ασθενείς για σημεία έλλειψης αποτελεσματικότητας στο IMBRUVICA. *Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία:* Οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να χρησιμοποιούν ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης κατά τη διάρκεια της λήψης του IMBRUVICA. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Περίληψη του προφίλ ασφάλειας: Το προφίλ ασφάλειας βασίζεται σε συγκεντρωτικά δεδομένα από 981 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA σε τρεις κλινικές μελέτες φάσης 2 και σε τέσσερις τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης 3 και από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για ΛΚΜ στις κλινικές μελέτες έλαβαν IMBRUVICA στα 560 mg μία φορά την ημέρα και οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για ΧΛΛ ή WM στις κλινικές μελέτες έλαβαν IMBRUVICA στα 420 mg μία φορά την ημέρα. Όλοι οι ασθενείς στις κλινικές μελέτες έλαβαν IMBRUVICA μέχρι να εμφανιστεί εξέλιξη της νόσου ή να μην γίνεται πλέον καλά ανεκτό. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 20 %) ήταν η διάρροια, η ουδετεροπενία, η αιμορραγία (π.χ. μώλωπες) το μυοσκελετικό άλγος, η ναυτία, το εξάνθημα και η πυρεξία. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες 3ου/4ου βαθμού (≥ 5 %) ήταν ουδετεροπενία, η πνευμονία, η θρομβοπενία και η εμπύρετη ουδετεροπενία. Κατάλογος ανεπιθύμητων ενεργειών σε μορφή πίνακα: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς υπό θεραπεία με ibrutinib για κακοήθειες Β-κυττάρων και οι ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την κυκλοφορία του προϊόντος αναφέρονται στη συνέχεια ανά κατηγορία/οργανικό σύστημα και ομάδες συχνότητας. Οι συχνότητες ορίζονται ως εξής: πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). Στην κάθε ομάδα συχνότητας, οι ανεπιθύμητες επιδράσεις παρουσιάζονται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας.

Πίνακας 1: Ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν σε κλινικές μελέτες ή κατά τη μετεγκριτική παρακολούθηση σε ασθενείς με κακοήθειες των Β-κυττάρων†

Κατηγορία/οργανικό σύστημα	Συχνότητα (Όλοι οι βαθμοί)	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Όλοι οι βαθμοί (%)	Βαθμού ≥3 (%)
Λοιμώξεις και παρασιτώσεις	Πολύ συχνές	Πνευμονία*#	16	10
		Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος	19	1
		Παραρρινοκολπίτιδα*	11	1
		Δερματική λοίμωξη*	10	3
	Συχνές	Σηψαιμία*#	4	4
		Ουρολοίμωξη	9	2
	Όχι συχνές	Επανενεργοποίηση της ηπατίτιδας Β@	<1	<1
Νεοπλάσματα καλοήθη και κακοήθη (περιλαμβάνονται κύστεις και πολύποδες)	Συχνές	Μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος*	6	1
		Βασικοκυττταρικό καρκίνωμα	3	<1
		Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο	2	<1
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος	Πολύ συχνές	Ουδετεροπενία	30	26
		Θρομβοπενία	20	10
	Συχνές	Εμπύρετη ουδετεροπενία	5	5
		Λευκοκυττάρωση	2	1
		Λεμφοκυττάρωση	2	1
	Όχι συχνές	Σύνδρομο λευκόστασης	<1	<1
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Συχνές	Διάμεση πνευμονοπάθεια*,#,α	2	<1
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης	Συχνές	Σύνδρομο λύσης όγκου[α]	1	1
		Υπερουριχαιμία	7	2
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Πολύ συχνές	Κεφαλαλγία	13	1
	Συχνές	Περιφερική νευροπάθεια*,α	5	< 1
		Ζάλη	9	0
Οφθαλμικές διαταραχές	Συχνές	Θαμπή όραση	7	0
Καρδιακές διαταραχές	Συχνές	Κολπική μαρμαρυγή	6	3
		Κοιλιακή ταχυαρρυθμία*β	1	0
Αγγειακές διαταραχές	Πολύ συχνές	Αιμορραγία*#	30	1
		Μώλωπες*	22	<1
	Συχνές	Υποσκληρίδιο αιμάτωμα#	1	1
		Επίσταξη	8	<1
		Πετέχειες	7	0
		Υπέρταση*	10	4
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Πολύ συχνές	Διάρροια	41	3
		Έμετος	14	<1
		Στοματίτιδα*	13	1
		Ναυτία	27	1
		Δυσκοιλιότητα	16	<1
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων	Μη γνωστές	Ηπατική ανεπάρκεια*,α	Μη γνωστές	Μη γνωστές
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Πολύ συχνές	Εξάνθημα*	22	2
	Συχνές	Κνίδωση[α]	1	<1
		Ερύθημα[α]	2	0
		Ρήξη όνυχα[α]	2	0
	Όχι συχνές	Αγγειοοίδημα[α]	<1	<1
		Υποδερματίτιδα*,α	< 1	0
	Μη γνωστές	Σύνδρομο Stevens-Johnson[α]	Μη γνωστές	Μη γνωστές
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Πολύ συχνές	Αρθραλγία	12	1
		Μυϊκοί σπασμοί	14	<1
		Μυοσκελετικό άλγος*	28	3
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Πολύ συχνές	Πυρεξία	20	2
		Περιφερικό οίδημα	14	1

† Οι συχνότητες στρογγυλοποιούνται στον πλησιέστερο ακέραιο.
* Περιλαμβάνει πολλούς όρους ανεπιθύμητων ενεργειών.
# Περιλαμβάνει συμβάντα με θανατηφόρα έκβαση.
@ Χρησιμοποιήθηκε ο χαμηλότερος όρος (LLT) για την επιλογή
α Αυθόρμητες αναφορές μετά την κυκλοφορία του προϊόντος
β Συχνότητα υπολογισμένη από κλινικές μελέτες μονοθεραπείας.

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών: *Διακοπή και μείωση της δόσης λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών:* Από τους 981 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA για κακοήθειες Β-κυττάρων, το 5 % διέκοψε τη θεραπεία πρωτίστως λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε αυτές περιλαμβάνονταν πνευμονία, κολπική μαρμαρυγή και αιμορραγία. Ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες οδήγησαν σε μείωση της δόσης παρατηρήθηκαν στο 6 % περίπου των ασθενών. *Ηλικιωμένοι:* Από τους 981 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IMBRUVICA, το 62 % είχε ηλικία 65 έτη ή μεγαλύτερη. Πνευμονία 3ου ή μεγαλύτερου βαθμού εμφανίστηκε συχνότερα μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών υπό θεραπεία με IMBRUVICA (13 % των ασθενών ηλικίας ≥ 65 ετών έναντι 7 % των ασθενών ηλικίας < 65 ετών). Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών: Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 2106549585, Ιστότοπος: http://www.eof.gr. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/14/945/001 (90 σκληρά καψάκια). EU/1/14/945/002 (120 σκληρά καψάκια). **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 21 Οκτωβρίου 2014. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 23 Αυγούστου 2018. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: http://www.ema.europa.eu. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ / ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή τιμή	Λιανική Τιμή
CAPS 140 MG/CAP	BT x 1 (HDPE) BOTTLE x 90	4.712,90 €	5.667,34 €
	BT x 1 (HDPE) BOTTLE x 120	6.283,87 €	7.556,46 €

RYDAPT®

midostaurin 25mg

Lectus adv.

NOVARTIS

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -
Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812

RYD_ADV_001/APR/2018/GR1804815010

Coloplast

60
years of care

Forward
together

Μαζί, προχωράμε μπροστά

Εδώ και 60 χρόνια, βελτιώνουμε τις ζωές των ατόμων με πολύ προσωπικές και ιδιαίτερες ιατρικές ανάγκες. **Σε αυτό το ταξίδι, δεν είμαστε ποτέ μόνοι μας ...**

Επαγγελματίες υγείας σε όλο τον κόσμο μοιράζονται μαζί μας το όραμα τους, για μια καλύτερη φροντίδα των ασθενών τους. **Άτομα με πολύ προσωπικές και ιδιαίτερες ιατρικές ανάγκες, μας** μεταφέρουν τις επιθυμίες τους και τις απόψεις τους.

Γιορτάζουμε μαζί σας **τη Δύναμη της Συνεργασίας. Αυτή που μας ενώνει.**
Αυτή που μας βελτιώνει και μας οδηγεί μπροστά!

MAVROGENIS

Απ. Αντιπρόσωπος Coloplast A/S - Γκιώνας 1Α, Τ.Κ. 144 51 Μεταμόρφωση -www.coloplast.gr
Το Coloplast είναι σήμα κατατεθέν της Coloplast A/S. © 2018-05

MYLOTARG®

(gemtuzumab ozogamicin) INJECTION FOR IV INFUSION

Add MYLOTARG® to

POWER UP YOUR AML TREATMENT

FOR LONGER REMISSION[1]

Το MYLOTARG ενδείκνυται για θεραπεία συνδυασμού με δαουνορουβικίνη (daunorubicin, DNR) και κυταραβίνη (cytarabine, AraC) για τη θεραπεία ασθενών ηλικίας 15 ετών και άνω, μη προθεραπευμένων, με de novo θετική για το CD33, οξεία μυελογενή λευχαιμία (ΟΜΛ) εξαιρουμένης της οξείας προμυελοκυτταρικής λευχαιμίας.[1]

MYLOTARG 5 mg κόνις για πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση.

Θεραπεία εφόδου: Η συνιστώμενη δόση MYLOTARG είναι 3 mg/m²/δόση (έως τη μέγιστη δόση ενός φιαλιδίου των 5 mg) που εγχύεται σε διάστημα 2 ωρών τις Ημέρες 1, 4 και 7 σε συνδυασμό με DNR 60 mg/m²/ημέρα που εγχύεται σε διάστημα 30 λεπτών από την Ημέρα 1 έως την Ημέρα 3 και AraC 200 mg/m²/ημέρα, με συνεχή έγχυση από την Ημέρα 1 έως την Ημέρα 7. Το MYLOTARG δεν θα πρέπει να χορηγείται κατά τη διάρκεια της δεύτερης θεραπείας εφόδου.[1]

Θεραπεία εδραίωσης: Για ασθενείς που παρουσιάζουν πλήρη ύφεση (complete remission, CR) μετά την έφοδο, η οποία ορίζεται ως λιγότερο από 5% βλαστών σε νορμοκυτταρικό μυελό των οστών και απόλυτος αριθμός ουδετερόφιλων (absolute neutrophil count, ANC) μεγαλύτερος από 1,0 x10⁹ κύτταρα/l, με αριθμό αιμοπεταλίων 100 x10⁹/l ή περισσότερα στο περιφερικό αίμα χωρίς μετάγγιση, συνιστώνται έως και 2 κύκλοι εδραίωσης με ενδοφλέβιο DNR (60 mg/m² για 1 ημέρα [πρώτος κύκλος] ή 2 ημέρες [δεύτερος κύκλος]) σε συνδυασμό με ενδοφλέβιο AraC (1.000 mg/m² ανά 12 ώρες, που εγχύεται σε διάστημα 2 ωρών από την Ημέρα 1 έως την Ημέρα 4) με ενδοφλέβιο MYLOTARG (3 mg/m²/δόση που εγχύεται σε διάστημα 2 ωρών έως και τη μέγιστη δόση ενός φιαλιδίου των 5 mg την Ημέρα 1).[1]

AML: Acute Myeloid Leukemia.

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Mylotarg, 12/2018.

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την συντετμημένη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που δημοσιεύεται σε άλλη σελίδα του παρόντος

PP-MYL-GRC-0001-JAN19

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ[1]: Το Mylotarg αντενδείκνυται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ALFA-0701, οι κλινικά σημαντικές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν η ηπατοτοξικότητα, συμπεριλαμβανομένων των VOD/SOS , η αιμορραγία, η σοβαρή λοίμωξη και το σύνδρομο λύσης του όγκου. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 30%) στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ήταν η αιμορραγία και η λοίμωξη. Σε μελέτες μονοθεραπείας, οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 30%) περιελάμβαναν πυρεξία, ναυτία, λοίμωξη, ρίγη, αιμορραγία, έμετο, θρομβοπενία, κόπωση, κεφαλαλγία, στοματίτιδα, διάρροια, κοιλιακό άλγος και ουδετεροπενία. Οι πιο συχνές (≥ 1%) ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε μόνιμη διακοπή στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ήταν θρομβοπενία, VOD, αιμορραγία και λοίμωξη. Οι πιο συχνές (≥ 1%) ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε μόνιμη διακοπή στις μελέτες μονοθεραπείας ήταν λοίμωξη, αιμορραγία, πολυοργανική ανεπάρκεια και VOD.

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

Pfizer Oncology

Pfizer Hellas A.E. Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 154 51, Αθήνα, Ελλάδα, Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800, Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000

ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

▼Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες» για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

MYLOTARG (Γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη) 5 mg κόνις για πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ:** Ηπατοτοξικότητα, περιλαμβανομένης της φλεβοαποφρακτικής ηπατοπάθειας/του συνδρόμου απόφραξης ηπατικών κολποειδών (VOD/SOS): Ηπατοτοξικότητα, συμπεριλαμβανομένης της απειλητικής για τη ζωή, και ορισμένες φορές θανατηφόρας, ηπατικής ανεπάρκειας και VOD/SOS έχουν αναφερθεί σε ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με MYLOTARG (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Με βάση την ανάλυση των πιθανών παραγόντων κινδύνου, οι ενήλικοι ασθενείς οι οποίοι έλαβαν MYLOTARG ως μονοθεραπεία, είτε πριν είτε μετά από μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (haemopoietic stem cell transplant, HSCT), καθώς και οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης VOD (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Λόγω του κινδύνου VOD/SOS, τα σημεία και τα συμπτώματα VOD/SOS θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Σε αυτά μπορεί να συγκαταλέγονται αυξήσεις στις ALT, AST, την ολική χολερυθρίνη και την αλκαλική φωσφατάση, οι οποίες θα πρέπει να παρακολουθούνται πριν από κάθε δόση MYLOTARG, ηπατομεγαλία (η οποία μπορεί να είναι επώδυνη), ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους και ασκίτης. Με την παρακολούθηση της ολικής χολερυθρίνης μόνο, ενδεχομένως δεν θα εντοπιστούν όλοι οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο για VOD/SOS. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες, συνιστάται συχνότερη παρακολούθηση των ηπατικών δοκιμασιών, καθώς και των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων ηπατοτοξικότητας. Για ασθενείς που προχωρούν σε HSCT, συνιστάται στενή παρακολούθηση των ηπατικών δοκιμασιών κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά την HSCT, ανάλογα με την περίπτωση. Δε βρέθηκε καμία οριστική συσχέτιση μεταξύ VOD και του χρόνου της HSCT σε σχέση με τις υψηλότερες δόσεις της μονοθεραπείας με MYLOTARG, ωστόσο στη μελέτη ALFA-0701 προτείνεται ένα μεσοδιάστημα 2 μηνών μεταξύ της τελευταίας δόσης του MYLOTARG και της HSCT. Η διαχείριση των σημείων και των συμπτωμάτων ηπατικής τοξικότητας μπορεί να απαιτεί προσωρινή διακοπή της χορήγησης δόσης ή οριστική διακοπή του MYLOTARG. Σε ασθενείς που εκδηλώνουν VOD/SOS, το MYLOTARG θα πρέπει να διακόπτεται οριστικά και οι ασθενείς να λαμβάνουν θεραπεία σύμφωνα με την καθιερωμένη ιατρική πρακτική. Σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (συμπεριλαμβανομένης της αναφυλαξίας): Σε κλινικές μελέτες, αναφέρθηκαν σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένης της αναφυλαξίας (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Έχουν υπάρξει αναφορές θανατηφόρων αντιδράσεων σχετιζόμενων με την έγχυση, μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά. Στα σημεία και συμπτώματα σχετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων μπορεί να συγκαταλέγονται ο πυρετός και τα ρίγη, και λιγότερο συχνά υπόταση, ταχυκαρδία και αναπνευστικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 ωρών μετά τη χορήγηση. Η έγχυση του MYLOTARG θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό στενή κλινική παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένων του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της θερμοκρασίας. Συνιστάται προκαταρκτική αγωγή με κορτικοστεροειδές, αντιισταμινικό και ακεταμινοφαίνη (ή παρακεταμόλη) 1 ώρα πριν από τη χορήγηση της δόσης του MYLOTARG. Η έγχυση θα πρέπει να διακόπτεται αμέσως για ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ενδείξεις σοβαρών αντιδράσεων, ειδικά δύσπνοια, βρογχόσπασμο ή κλινικά σημαντική υπόταση. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται μέχρι να υποχωρήσουν πλήρως τα σημεία και τα συμπτώματα. Θα πρέπει να εξετάζεται ιδιαίτερα το ενδεχόμενο διακοπής της θεραπείας για ασθενείς οι οποίοι εκδηλώνουν σημεία ή συμπτώματα αναφυλαξίας, συμπεριλαμβανομένων σοβαρών αναπνευστικών συμπτωμάτων ή κλινικά σημαντικής υπότασης. Μυελοκαταστολή: Σε κλινικές μελέτες, έχουν αναφερθεί ουδετεροπενία, θρομβοπενία, αναιμία, λευκοπενία, εμπύρετη ουδετεροπενία, λεμφοπενία και πανκυτταροπενία, ορισμένες από τις οποίες ήταν απειλητικές για τη ζωή ή θανατηφόρες (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Στις επιπλοκές που σχετίζονται με ουδετεροπενία και θρομβοπενία μπορεί να συγκαταλέγονται λοιμώξεις και αιμορραγία/αιμορραγικά συμβάντα, αντίστοιχα. Αναφέρθηκαν λοιμώξεις και αιμορραγία/αιμορραγικά συμβάντα, ορισμένα από τα οποία ήταν απειλητικά για τη ζωή ή θανατηφόρα. Θα πρέπει να γίνεται πλήρης αιματολογικός έλεγχος πριν από κάθε δόση του MYLOTARG. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλων επιπτώσεων της μυελοκαταστολής. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από αυτήν, ενδείκνυνται τακτικοί κλινικοί και εργαστηριακοί έλεγχοι παρακολούθησης. Η αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή λοίμωξη, αιμορραγία ή άλλων επιπτώσεων της μυελοκαταστολής, συμπεριλαμβανομένων της σοβαρής ουδετεροπενίας ή της εμμένουσας θρομβοπενίας, ενδεχομένως απαιτεί καθυστέρηση χορήγησης δόσης ή οριστική διακοπή του MYLOTARG. Σύνδρομο λύσης όγκου (Tumour lysis syndrome, TLS): Σε κλινικές μελέτες, αναφέρθηκε TLS (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Έχουν αναφερθεί θανατηφόρες αναφορές TLS, επιπλεγμένου με οξεία νεφρική ανεπάρκεια, μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά. Σε ασθενείς με υπερλευκοκυτταρική ΟΜΛ, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο μείωσης του αριθμού των λευκοκυττάρων με υδροξυουρία ή λευκαφαίρεσης για τη μείωση του αριθμού των WBC στο περιφερικό αίμα σε τιμή χαμηλότερη από 30.000/mm^3 πριν από τη χορήγηση του MYLOTARG, για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης TLS. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και συμπτώματα TLS και να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με την καθιερωμένη ιατρική πρακτική. Πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα που συμβάλλουν στην αποτροπή της εκδήλωσης υπερουριχαιμίας που σχετίζεται με τη λύση του όγκου, όπως ενυδάτωση, χορήγηση αντιυπερουριχαιμικών (π.χ. αλλοπουρινόλη) ή άλλων παραγόντων για την αντιμετώπιση της υπερουριχαιμίας (π.χ. ρασβουρικάση). ΟΜΛ με κυτταρογενετική δυσμενούς κινδύνου: Η αποτελεσματικότητα του MYLOTARG έχει καταδειχθεί σε ασθενείς με ΟΜΛ με κυτταρογενετική ευνοϊκού και ενδιάμεσου κινδύνου, με αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με κυτταρογενετική δυσμενούς κινδύνου. Για ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με MYLOTARG σε συνδυασμό με δαουνορουβικίνη και κυταραβίνη για νεοδιαγνωσθείσα *de novo* ΟΜΛ, όταν καταστούν διαθέσιμα τα αποτελέσματα των κυτταρογενετικών εξετάσεων θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο αν το δυνητικό όφελος από τη συνέχιση της θεραπείας με MYLOTARG υπερτερεί των κινδύνων για τον εκάστοτε ασθενή. Αντισύλληψη: Στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία ή στους συντρόφους γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να δίνεται η συμβουλή να χρησιμοποιούν 2 μεθόδους αποτελεσματικής αντισύλληψης κατά τη διάρκεια της θεραπείας με MYLOTARG για τουλάχιστον 7 μήνες (γυναίκες) ή 4 μήνες (άνδρες) μετά την τελευταία δόση. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Σύνοψη του προφίλ ασφαλείας: Το συνολικό προφίλ ασφάλειας του MYLOTARG βασίζεται σε δεδομένα από ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία από τη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ALFA-0701, μελέτες μονοθεραπείας και από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά. Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού, τα δεδομένα ασφάλειας που αποτελούνταν από επιλεγμένες ανεπιθύμητες ενέργειες που προέκυψαν κατά τη θεραπεία (treatment emergent adverse events, TEAE) θεωρούνται πιο σημαντικά για την κατανόηση του προφίλ ασφάλειας του MYLOTARG, και αποτελούνταν από αιμορραγίες όλων των βαθμών, όλων των βαθμών VOD και σοβαρές λοιμώξεις. Όλες αυτές TEAEs προσδιορίστηκαν ως ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Λόγω αυτής της περιορισμένης συλλογής δεδομένων παρακάτω παρουσιάζονται τα εργαστηριακά δεδομένα από τη μελέτη θεραπείας συνδυασμού και οι πληροφορίες σχετικά με ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου από μελέτες μονοθεραπείας και από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά, προκειμένου να αποδοθεί ένας πλήρης χαρακτηρισμός των ανεπιθύμητων ενεργειών. Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ALFA-0701, οι κλινικά σημαντικές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν η ηπατοτοξικότητα, συμπεριλαμβανομένων των VOD/SOS (3,8%), η αιμορραγία (9,9%), η σοβαρή λοίμωξη (41,2%) και το σύνδρομο λύσης του όγκου (1,5%). Σε μελέτες μονοθεραπείας, οι κλινικά σημαντικές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες περιελάμβαναν επίσης σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (2,5%), θρομβοπενία (21,7%) και ουδετεροπενία (34,3%). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 30%) στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ήταν η αιμορραγία και η λοίμωξη. Σε μελέτες μονοθεραπείας, οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 30%) περιελάμβαναν πυρεξία, ναυτία, λοίμωξη, ρίγη, αιμορραγία, έμετο, θρομβοπενία, κόπωση, κεφαλαλγία, στοματίτιδα, διάρροια, κοιλιακό άλγος και ουδετεροπενία. Οι πιο συχνές (≥ 1%) ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε μόνιμη διακοπή στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού ήταν θρομβοπενία, VOD, αιμορραγία και λοίμωξη. Οι πιο συχνές (≥ 1%) ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε μόνιμη διακοπή στις μελέτες μονοθεραπείας ήταν λοίμωξη, αιμορραγία, πολυοργανική ανεπάρκεια και VOD. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται ανά κατηγορία συχνότητας και ορίζονται με βάση την παρακάτω συνθήκη: πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), σπάνιες (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000), πολύ σπάνιες (< 1/10.000), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). **Επιλεγμένες[**] ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς που έλαβαν MYLOTARG σε μελέτη θεραπείας συνδυασμού (ALFA-0701): MYLOTARG + Δαουνορουβικίνη + Κυταραβίνη (N = 131)**: ***Όλοι οι βαθμοί %***: *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (77,9%), αιμορραγία[*β] (90,1%), **παρακλινικές εξετάσεις ***:** αιμοσφαιρίνη μειωμένη (100%), αιμοπετάλια μειωμένα (100%), λευκά αιμοσφαίρια μειωμένα (100%), λεμφοκύτταρα (απόλυτος αριθμός) μειωμένα (98,5%), ουδετερόφιλα μειωμένα (97,7%), υπεργλυκαιμία (92,0%), ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (AST) αυξημένη (89,2%), χρόνος προθρομβίνης αυξημένος (84,8%), χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης παρατεταμένος (80,0%), αλκαλική φωσφατάση αυξημένη (79,7%), αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT) αυξημένη (78,3%), χολερυθρίνη αίματος αυξημένη (51,6%), υπερουριχαιμία (32,5%). *Συχνές:* Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*γ] (4,6%). **Βαθμός 3/4 %**: *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (76,3%), αιμορραγία[*β] (20,6%), **παρακλινικές εξετάσεις ***:** αιμοσφαιρίνη μειωμένη (86,2%), αιμοπετάλια μειωμένα (100%), λευκά αιμοσφαίρια μειωμένα (100%), λεμφοκύτταρα (απόλυτος αριθμός) μειωμένα (90,7%), ουδετερόφιλα μειωμένα (96,1%), υπεργλυκαιμία (19,2%), ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (AST) αυξημένη (14,0%), χρόνος προθρομβίνης αυξημένος (3,3%), χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης παρατεταμένος (6,4%), αλκαλική φωσφατάση αυξημένη (13,3%), αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT) αυξημένη (10,9%), χολερυθρίνη αίματος αυξημένη (7,1%), υπερουριχαιμία (2,6%). *Συχνές:* Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*γ] (2,3%). **Δαουνορουβικίνη + Κυταραβίνη (N = 137):** ***Όλοι οι βαθμοί %:*** *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (77,4%), αιμορραγία[*β] (78,1%), **παρακλινικές εξετάσεις ***:** αιμοσφαιρίνη μειωμένη (100%), αιμοπετάλια μειωμένα (100%), λευκά αιμοσφαίρια μειωμένα (99,3%), λεμφοκύτταρα (απόλυτος αριθμός) μειωμένα (97,8%), ουδετερόφιλα μειωμένα (98,5%), υπεργλυκαιμία (91,1%), ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (AST) αυξημένη (73,9%), χρόνος προθρομβίνης αυξημένος (89,1%), χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης παρατεταμένος (57,5%), αλκαλική φωσφατάση αυξημένη (68,9%), αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT) αυξημένη (81,3%), χολερυθρίνη αίματος αυξημένη (50,8%), υπερουριχαιμία (28,5%). *Συχνές:* Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*γ] (1,5%). **Βαθμός 3/4 %**: *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (74,4%), αιμορραγία[*β] (8,8%), **παρακλινικές εξετάσεις ***:** αιμοσφαιρίνη μειωμένη (89,7%), αιμοπετάλια μειωμένα (100%), λευκά αιμοσφαίρια μειωμένα (99,3%), λεμφοκύτταρα (απόλυτος αριθμός) μειωμένα (89,6%), ουδετερόφιλα μειωμένα (97,0%), υπεργλυκαιμία (17,8%), ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (AST) αυξημένη (9,0%), χρόνος προθρομβίνης αυξημένος (0%), χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης παρατεταμένος (5,5%), αλκαλική φωσφατάση αυξημένη (5,3%), αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT) αυξημένη (15,7%), χολερυθρίνη αίματος αυξημένη (3,8%), υπερουριχαιμία (0%). *Συχνές:* Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*γ] (1,5%). Συντμήσεις: N = αριθμός ασθενών. PT=προτιμώμενος όρος. [*]Συμπεριλαμβανομένης θανατηφόρας έκβασης. [**] Συλλέχθηκαν μόνον επιλεγμένα δεδομένα ασφάλειας σε αυτήν τη μελέτη νεοδιαγνωσθείσας ΟΜΛ. [***]Η συχνότητα βασίζεται σε εργαστηριακές τιμές (Βαθμός κατά NCI CTCAE v4.03). [α] Η λοίμωξη περιλαμβάνει Σήψη και Βακτηριαιμία (53,4%), Μυκητίαση (15,3%), Λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (5,3%), Βακτηριακή λοίμωξη (9,2%), Γαστρεντερική λοίμωξη (8,4%), Δερματική λοίμωξη (2,3%) και Άλλες λοιμώξεις (28,4%). [β] Η αιμορραγία περιλαμβάνει Αιμορραγία του κεντρικού νευρικού συστήματος (3,1%), Αιμορραγία ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (33,6%), Αιμορραγία του κατώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (17,6%), Αιμορραγία υποδόρια (60,3%), Άλλη αιμορραγία (64,9%) και Επίσταξη (62,6%). [γ] Η φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια περιλαμβάνει τους παρακάτω αναφερόμενους PTs: Φλεβοαποφρακτική νόσος και Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*]. **Ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς οι οποίοι έλαβαν MYLOTARG σε μελέτες μονοθεραπείας[***] και μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά: *Όλοι οι βαθμοί %*:** *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (68,2%), εμπύρετη ουδετεροπενία (19,1%), θρομβοπενία[*β] (48,4%), ουδετεροπενία[γ] (30,3%), αναιμία[δ] (27,1%), λευκοπενία[ε] (26,7%), υπεργλυκαιμία[θ] (11,2%), μειωμένη όρεξη (27,1%), κεφαλαλγία (38,3%), ταχυκαρδία[ι] (13,0%), αιμορραγία[*ια] (67,1%), υπόταση[ιβ] (20,2%), υπέρταση[ιγ] (17,3%), δύσπνοια[ιδ] (27,4%), έμετος (60,6%), διάρροια (33,9%), κοιλιακό άλγος[ιε] (33,2%), ναυτία (71,1%), στοματίτιδα[ιστ] (36,1%), δυσκοιλιότητα (25,3%), τρανσαμινάσες αυξημένες[ιζ] (24,5%), υπερχολερυθριναιμία[ιη] (13,0%), εξάνθημα[κα] (19,9%) , πυρεξία[κγ] (82,7%), οίδημα[κδ] (21,3%), κόπωση[κε] (41,2%), ρίγη (67,9%), γαλακτική αφυδρογονάση αίματος αυξημένη (16,6%). *Συχνές:* Πανκυτταροπενία[στ] (5,0%), λεμφοπενία[ζ] (3,6%), σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση[η] (7,6%), σύνδρομο λύσης όγκου[**] (2,5%), ασκίτης (2,9%), δυσπεψία (8,7%), οισοφαγίτιδα (1,8%), φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*ιθ] (2,9%), ηπατομεγαλία (2,5%), ίκτερος (2,2%), ηπατική λειτουργία μη φυσιολογική[κ] (2,5%), γ-γλουταμυλτρανσφεράση αυξημένη (1,8%), ερύθημα[κβ] (9,4%), κνησμός (5,4%), πολυοργανική ανεπάρκεια[*] (2,2%), αλκαλική φωσφατάση αίματος αυξημένη (8,7%). *Όχι συχνές:* Ηπατική ανεπάρκεια[*#] (0,4%), σύνδρομο Budd-Chiari[#] (0,4%). *Μη γνωστές:* Διάμεση πνευμονία[*], ουδετεροπενική κολίτιδα[*], αιμορραγική κυστίτιδα[*]. **Βαθμός 3/4 %:** *Πολύ συχνές:* Λοίμωξη[*α] (32,8%), εμπύρετη ουδετεροπενία (11,6%), θρομβοπενία[*β] (48,0%), ουδετεροπενία[γ] (29,2%), αναιμία[δ] (24,2%), λευκοπενία[ε] (26,7%), υπεργλυκαιμία[θ] (6,9%), μειωμένη όρεξη (6,1%), κεφαλαλγία (12,3%), ταχυκαρδία[ι] (4,3%), αιμορραγία[*ια] (23,8%), υπόταση[ιβ] (14,8%), υπέρταση[ιγ] (10,5%), δύσπνοια[ιδ] (12,6%), έμετος (33,6%), διάρροια (14,8%), κοιλιακό άλγος[ιε] (7,2%), ναυτία (39,3%), στοματίτιδα[ιστ] (12,3%), δυσκοιλιότητα (5,0%), τρανσαμινάσες αυξημένες[ιζ] (18,8%), υπερχολερυθριναιμία[ιη] (10,5%), εξάνθημα[κα] (5,8 %) , πυρεξία[κγ] (52,3%), οίδημα[κδ] (3,2%), κόπωση[κε] (11,2%), ρίγη (17,3%), γαλακτική αφυδρογονάση αίματος αυξημένη (7,2%). *Συχνές:* Πανκυτταροπενία[στ] (4,3%), λεμφοπενία[ζ] (3,2%), σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση[η] (3,6%), σύνδρομο λύσης όγκου[**] (1,8%), ασκίτης (0,4%), δυσπεψία (1,1 %), οισοφαγίτιδα (0,7%), φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*ιθ] (1,1%), ηπατομεγαλία (0,7%), ίκτερος (1,1%), ηπατική λειτουργία μη φυσιολογική[κ] (1,4%), γ-γλουταμυλτρανσφεράση αυξημένη (0,7%), ερύθημα[κβ] (2,2%), κνησμός (0,4%), πολυοργανική ανεπάρκεια[*] (0,7%), αλκαλική φωσφατάση αίματος αυξημένη (6,1%). *Όχι συχνές:* Ηπατική ανεπάρκεια[*#] (0,4%), σύνδρομο Budd-Chiari[#] (0,4%). *Μη γνωστές:* Διάμεση πνευμονία[*], ουδετεροπενική κολίτιδα[*], αιμορραγική κυστίτιδα[*]. [*]Συμπεριλαμβανομένης θανατηφόρας έκβασης. [**]Συμπεριλαμβανομένων θανατηφόρων συμβάντων μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά. [***]Το MYLOTARG στη θεραπεία υποτροπιάζουσας ΟΜΛ (9 mg/m2). [#]Μεμονωμένα περιστατικά. Σύντμηση: PT = Προτιμώμενος όρος. [α.] Η λοίμωξη περιλαμβάνει Σήψη και Βακτηριαιμία (25,6%), Μυκητίαση (10,5%), Λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (13,0%), Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (4,3%), Βακτηριακή λοίμωξη (3,6%), Ιογενής λοίμωξη (24,2%), Γαστρεντερική λοίμωξη (3,3%), Δερματική λοίμωξη (7,9%) και Άλλες λοιμώξεις (19,5%). Αναφέρθηκαν επίσης μυκητιασικές λοιμώξεις του πνεύμονα μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά (κατηγορία συχνότητας μη γνωστή), συμπεριλαμβανομένης της Μυκητίασης του πνεύμονα και της Πνευμονίας από πνευμονοκύστη jirovecii[*], καθώς και βακτηριακές λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης από Stenotrophomonas. [β.] Η θρομβοπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Αριθμός αιμοπεταλίων μειωμένος και Θρομβοπενία[*]. [γ.] Η ουδετεροπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Ουδετεροπενία, Κοκκιοκυτταροπενία και Αριθμός ουδετερόφιλων μειωμένος. [δ.] Η αναιμία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Αναιμία και Αιμοσφαιρίνη μειωμένη. [ε.] Η λευκοπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Λευκοπενία και Αριθμός λευκοκυττάρων μειωμένος. [στ.] Η πανκυτταροπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Πανκυτταροπενία και Ανεπάρκεια μυελού των οστών. [ζ.] Η λεμφοπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Λεμφοπενία και Αριθμός λεμφοκυττάρων μειωμένος. [η.] Η σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση περιλαμβάνει τους παρακάτω αναφερόμενους PTs: Σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση, Κνίδωση, Υπερευαισθησία, Βρογχόσπασμος, Υπερευαισθησία σε φάρμακο και Κνίδωση της θέσης ένεσης[#]. [θ.] Η υπεργλυκαιμία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Υπεργλυκαιμία και Γλυκόζη αίματος αυξημένη[#]. [ι.] Η ταχυκαρδία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Ταχυκαρδία, Φλεβοκομβική ταχυκαρδία, Καρδιακός ρυθμός αυξημένος# και Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία[#]. [ια.] Η αιμορραγία περιλαμβάνει Αιμορραγία του κεντρικού νευρικού συστήματος (5,1%), Αιμορραγία ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (21,3%), Αιμορραγία του κατώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (15,2%), Αιμορραγία υποδόρια (28,5%), Άλλη αιμορραγία (32,9%) και Επίσταξη (28,5%). [ιβ.] Η υπόταση περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Υπόταση και Αρτηριακή πίεση μειωμένη. [ιγ.] Η υπέρταση περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Υπέρταση και Αρτηριακή πίεση αυξημένη. [ιδ.] Η δύσπνοια περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Δύσπνοια και Δύσπνοια μετά από κόπωση. [ιε.] Το κοιλιακό άλγος περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Κοιλιακό άλγος, Άλγος κάτω κοιλιακής χώρας, Άλγος άνω κοιλιακής χώρας, Κοιλιακή δυσφορία και Κοιλιακή ευαισθησία. [ιστ.] Η στοματίτιδα περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Φλεγμονή βλεννογόνου, Πόνος στοματοφάρυγγα, Στοματίτιδα, Εξέλκωση του στόματος, Άλγος του στόματος, Φλύκταινες του στοματικού βλεννογόνου, Αφθώδης στοματίτιδα, Εξέλκωση της γλώσσας, Γλωσσοδυνία, Ερύθημα στοματικού βλεννογόνου, Γλωσσίτιδα[#] και Φλύκταινες του στοματοφάρυγγα[#]. [ιζ.] Οι τρανσαμινάσες αυξημένες περιλαμβάνουν τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Τρανσαμινάσες αυξημένες, Ηπατοκυτταρική κάκωση, Αμινοτρανσφεράση της αλανίνης αυξημένη, Ασπαρτική αμινοτρανσφεράση αυξημένη και Ηπατικά ένζυμα αυξημένα. [ιη.] Η υπερχολερυθριναιμία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Χολερυθρίνη αίματος αυξημένη και Υπερχολερυθριναιμία. [ιθ.] Η φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια περιλαμβάνει τους παρακάτω αναφερόμενους PTs: Φλεβοαποφρακτική νόσος και Φλεβοαποφρακτική ηπατοπάθεια[*#]. [κ.] Η ηπατική λειτουργία μη φυσιολογική περιλαμβάνει τους παρακάτω αναφερόμενους PTs: Δοκιμασία ηπατικής λειτουργίας μη φυσιολογική και ηπατική λειτουργία μη φυσιολογική. [κα.] Το εξάνθημα περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Εξάνθημα, Δερματίτιδα[#], Δερματίτιδα αλλεργική[#], Δερματίτιδα πομφολυγώδης, Δερματίτιδα από επαφή, Δερματίτιδα αποφολιδωτική[#], Φαρμακευτικό εξάνθημα, Κνησμός αλλεργικός# και Εξάνθημα ερυθηματώδες[#], Εξάνθημα κηλιδώδες[#], Εξάνθημα κηλιδοβλατιδώδες, Εξάνθημα βλατιδώδες, Εξάνθημα κνησμώδες, Εξάνθημα φλυκταινώδες[#]. [κβ.] Το ερύθημα περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Ερύθημα στη θέση του καθετήρα, Ερύθημα και Ερύθημα στη θέση έγχυσης[#]. [κγ.] Η πυρεξία περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Πυρεξία, Θερμοκρασία του σώματος αυξημένη και Υπερθερμία. [κδ.] Το οίδημα περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Οίδημα, Οίδημα προσώπου, Οίδημα περιφερικό, Διόγκωση προσώπου, Γενικευμένο οίδημα και Περικογχικό οίδημα. [κε.] Η κόπωση περιλαμβάνει τους ακόλουθους αναφερόμενους PTs: Κόπωση, Εξασθένιση, Λήθαργος και Αίσθημα κακουχίας. Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών: *Ηπατοτοξικότητα, συμπεριλαμβανομένων ηπατικής VOD/SOS*: Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού, συλλέχθηκαν VOD και παθολογικές τιμές εργαστηριακών εξετάσεων του ήπατος. Πρόσθετος χαρακτηρισμός των ανεπιθύμητων ενεργειών ηπατοτοξικότητας παρέχεται από τις μελέτες μονοθεραπείας. Στη μελέτη της θεραπείας συνδυασμού (N = 131), συμβάντα VOD αναφέρθηκαν σε 6 (4,6%) ασθενείς κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία, 2 (1,5%) από αυτά τα συμβάντα ήταν θανατηφόρα (βλ. παραπάνω). Πέντε (3,8%) από αυτά τα συμβάντα VOD εμφανίστηκαν εντός 28 ημερών από οποιαδήποτε δόση γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης. Ένα συμβάν VOD εμφανίστηκε περισσότερες από 28 ημέρες μετά την τελευταία δόση γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης, με 1 από αυτά τα συμβάντα να παρουσιάζεται λίγες ημέρες μετά την έναρξη του σχήματος προετοιμασίας για HSCT. Ο διάμεσος χρόνος από την τελευταία δόση γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης έως την έναρξη της VOD ήταν 9 ημέρες (εύρος τιμών: 2-298 ημέρες). VOD αναφέρθηκε επίσης σε 2 ασθενείς οι οποίοι έλαβαν MYLOTARG ως επακόλουθη θεραπεία μετά από υποτροπή ΟΜΛ μετά από χημειοθεραπεία, στο σκέλος ελέγχου της μελέτης θεραπείας συνδυασμού. Και οι δύο αυτοί ασθενείς παρουσίασαν VOD περισσότερες από 28 ημέρες μετά την τελευταία δόση της θεραπείας με γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη. Ένας από αυτούς τους ασθενείς παρουσίασε VOD 25 ημέρες μετά την επακόλουθη HSCT. Με βάση την ανάλυση των δυνητικών παραγόντων κινδύνου, οι ενήλικες ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν MYLOTARG ως μονοθεραπεία και είχαν λάβει HSCT πριν από την έκθεση στη γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό (95% CI: 1,448, 4,769) να εκδηλώσουν VOD συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν λάβει HSCT πριν από τη θεραπεία με γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν λάβει HSCT μετά από θεραπεία με γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη ήταν 2,9 φορές πιο πιθανό (95% CI: 1,502, 5,636) να εκδηλώσουν VOD συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν λάβει HSCT μετά τη θεραπεία με γεμτουζουμάμπη οζογαμικίνη, ενώ οι ασθενείς με μέτρια/σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία κατά την αρχική αξιολόγηση ήταν 8,7 φορές πιο πιθανό (95% CI: 1,879, 39,862) να εκδηλώσουν VOD συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς μέτρια/σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία κατά την αρχική αξιολόγηση. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για τυχόν ηπατοτοξικότητα, όπως συνιστάται στην παράγραφο «Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση». Η διαχείριση των σημείων και των συμπτωμάτων ηπατικής τοξικότητας μπορεί να απαιτεί προσωρινή διακοπή της χορήγησης δόσης ή διακοπή του MYLOTARG. *Μυελοκαταστολή*: Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού, σε ασθενείς με *de novo* ΟΜΛ οι οποίοι δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία και έλαβαν κλασματοποιημένες δόσεις γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, παρατηρήθηκαν μειώσεις Βαθμού 3/4 στα λευκοκύτταρα, τα ουδετερόφιλα και τα αιμοπετάλια σε 131 (100%), 124 (96,1%) και 131 (100%) ασθενείς, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της φάσης εφόδου, 109 (83,2%) και 99 (75,6%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων σε τιμή 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3, αντίστοιχα. Οι διάμεσοι χρόνοι έως την ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων στα 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3 ήταν 34 και 35 ημέρες, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της φάσης εδραίωσης 1, 92 (94,8%) και 71 (73,2%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων σε τιμή 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3, αντίστοιχα. Οι διάμεσοι χρόνοι έως την ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων στα 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3 ήταν 32 και 35 ημέρες, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της φάσης εδραίωσης 2, 80 (97,6%) και 70 (85,4%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων σε τιμή 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3, αντίστοιχα. Οι διάμεσοι χρόνοι έως την ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων στα 50.000/mm^3 και 100.000/mm^3 ήταν 36,5 και 43 ημέρες, αντίστοιχα. Θρομβοπενία με αριθμούς αιμοπεταλίων < 50.000/mm^3 που εμμένουν 45 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας για ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία (CR και ατελής ανάκαμψη του αριθμού των αιμοπεταλίων [CRp]) παρουσιάστηκε σε 22 (20,4%) ασθενείς. Ο αριθμός των ασθενών με εμμένουσα θρομβοπενία παρέμεινε παρόμοιος σε όλους τους κύκλους θεραπείας (8 [7,4%] ασθενείς στη φάση εφόδου και 8 [8,5%] ασθενείς στη φάση εδραίωσης 1 και 10 [13,2%] ασθενείς στη φάση εδραίωσης 2). Κατά τη διάρκεια της φάσης εφόδου, 121 (92,4%) και 118 (90,1%) ασθενείς παρουσίασαν τεκμηριωμένη ανάκαμψη του αριθμού των ουδετερόφιλων σε τιμή ANC 500/mm^3 και 1.000/mm^3, αντίστοιχα. Ο διάμεσος χρόνος έως την ανάκαμψη του αριθμού των ουδετερόφιλων σε τιμή ANC 500/mm^3 και 1.000/mm^3 ήταν 25 ημέρες. Στη θεραπεία φάσης εδραίωσης 1, 94 (96,9%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη ουδετερόφιλων σε τιμές 500/mm^3 και 91 (94%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη σε τιμές 1.000/mm^3. Οι διάμεσοι χρόνοι έως την ανάκαμψη του αριθμού των ουδετερόφιλων σε τιμή ANC 500/mm^3 και 1.000/mm^3 ήταν 21 και 25 ημέρες, αντίστοιχα. Στη θεραπεία φάσης εδραίωσης 2, 80 (97,6%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη ουδετερόφιλων σε τιμές 500/mm^3 και 79 (96,3%) ασθενείς παρουσίασαν ανάκαμψη σε τιμές 1.000/mm^3. Οι διάμεσοι χρόνοι έως την ανάκαμψη του αριθμού των ουδετερόφιλων σε τιμή ANC 500/mm^3 και 1.000/mm^3 ήταν 22 και 27 ημέρες, αντίστοιχα. Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού, σε ασθενείς με *de novo* ΟΜΛ που έλαβαν κλασματοποιημένες δόσεις γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (N = 131), 102 (77,9%) ασθενείς παρουσίασαν σοβαρές λοιμώξεις (Βαθμού ≥ 3) κάθε αιτιολογίας. Αναφέρθηκε θάνατος σχετιζόμενος με τη θεραπεία λόγω σηπτικής καταπληξίας σε 2 (1,5%) ασθενείς. Θανατηφόρα σοβαρή λοίμωξη αναφέρθηκε σε 2 (1,53%) ασθενείς στο σκέλος του MYLOTARG και σε 4 (2.92%) ασθενείς στο σκέλος ελέγχου. Στη μελέτη θεραπείας συνδυασμού (N = 131), συμβάντα αιμορραγίας όλων των βαθμών και Βαθμού 3/4 αναφέρθηκαν σε 118 (90,1%) και 27 (20,6%) ασθενείς, αντίστοιχα. Τα πιο συχνά αιμορραγικά συμβάντα Βαθμού 3 ήταν επίσταξη (1,5%), αιμόπτυση (3,1%) και αιματουρία (2,3%). Αιμορραγικά συμβάντα Βαθμού 4 αναφέρθηκαν σε 4 (3,1%) ασθενείς (αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα, αιμορραγία και κυψελιδική αιμορραγία πνεύμονα [2 ασθενείς]). Θανατηφόρα αιμορραγικά συμβάντα αναφέρθηκαν σε 3 (2,3%) ασθενείς (εγκεφαλικό αιμάτωμα, ενδοκρανιακό αιμάτωμα και υποσκληρίδιο αιμάτωμα). Η αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή λοίμωξη, αιμορραγία ή άλλες επιπτώσεις της μυελοκαταστολής, συμπεριλαμβανομένων της σοβαρής ουδετεροπενίας ή της επίμονης θρομβοπενίας, ενδεχομένως απαιτεί καθυστέρηση χορήγησης δόσης ή οριστική διακοπή του MYLOTARG (βλ. παράγραφο «Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση»). *Ανοσογονικότητα*: Όπως ισχύει με όλες τις θεραπευτικές πρωτεΐνες, υπάρχει ενδεχόμενο ανοσογονικότητας. Σε κλινικές μελέτες του MYLOTARG σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική ΟΜΛ, η ανοσογονικότητα του MYLOTARG αξιολογήθηκε με χρήση 2 τεχνικών ενζυμικού ανοσοπροσροφητικού προσδιορισμού (enzyme-linked immunosorbent assays, ELISA). Οι ασθενείς στις δοκιμές Φάσης 2 δεν ανέπτυξαν αντισώματα κατά του φαρμάκου (antidrug antibodies, ADA) και μόνο 2 ασθενείς στη δοκιμή Φάσης 1 ανέπτυξαν αντισώματα κατά του συμπλέγματος συνδέτη καλιχεαμυκίνης, 1 από τους οποίους είχε μειωμένες συγκεντρώσεις hP67.6 στο πλάσμα. Συνολικά, το ποσοστό επίπτωσης ADA μετά τη θεραπεία με MYLOTARG ήταν < 1% και στις 4 κλινικές μελέτες για τις οποίες υπήρχαν δεδομένα ADA. Λόγω του περιορισμένου αριθμού ασθενών με θετικά ADA, δεν μπορούν να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα μεταξύ της παρουσίας αντισωμάτων και της πιθανής επίδρασης της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας. Ο εντοπισμός ADA εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευαισθησία και την ειδικότητα της μεθόδου προσδιορισμού. Η επίπτωση θετικού αποτελέσματος για αντισώματα σε έναν προσδιορισμό μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της μεθοδολογίας του προσδιορισμού, των συγκεντρώσεων της γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης στην κυκλοφορία, του χειρισμού του δείγματος, του χρόνου συλλογής του δείγματος, των συγχορηγούμενων φαρμάκων και της υποκείμενης νόσου. Για αυτούς τους λόγους, η σύγκριση της επίπτωσης αντισωμάτων κατά της γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης με την επίπτωση αντισωμάτων κατά άλλων προϊόντων μπορεί να είναι παραπλανητική. Παιδιατρικός πληθυσμός: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του MYLOTARG σε παιδιά και εφήβους κάτω των 15 ετών δεν έχουν τεκμηριωθεί. Στην ολοκληρωμένη, τυχαιοποιημένη παιδιατρική Μελέτη Φάσης 3 AAML0531 της γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης σε συνδυασμό με εντατική θεραπεία πρώτης γραμμής σε νεοδιαγνωσθέντα παιδιά και νεαρούς ενήλικες με *de novo* ΟΜΛ ηλικίας 0 έως 29 ετών, το προφίλ ασφάλειας ήταν παρόμοιο με αυτό που παρατηρήθηκε σε άλλες μελέτες της γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης σε συνδυασμό με εντατική χημειοθεραπεία σε ενήλικες ασθενείς με *de novo* ΟΜΛ. Ωστόσο, η βέλτιστη δόση γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης για τους παιδιατρικούς ασθενείς δεν καθορίστηκε, καθώς στη Μελέτη AAML0531 κατά τη διάρκεια της δεύτερης περιόδου εντατικοποίησης, μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών στο σκέλος της γεμτουζουμάμπης οζογαμικίνης παρουσίασε παρατεταμένο χρόνο ανάκαμψης του αριθμού των ουδετερόφιλων (> 59 ημέρες) σε σύγκριση με το συγκριτικό σκέλος (12,0% έναντι 6,3%) και περισσότεροι ασθενείς απεβίωσαν κατά τη διάρκεια ύφεσης (4,2% έναντι 2,4%). Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών: Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω: **Ελλάδα:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστότοπος: http://www.eof.gr. **Κύπρος**: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475 Λευκωσία, Φαξ: + 357 22608649, Ιστότοπος: www.moh.gov.cy/phs. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/18/1277/001. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 12/2018. **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:** Pfizer Ελλάς Α.Ε., Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα, Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800, Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000. **Mylotarg PD.C.S.INF 5 mg/vial BT x 1 vial: ΛΙΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΙΜΗ – ΕΛΛΑΔΑ:** Λ.Τ.: 7.866,39 €, Ν.Τ.: 6.541,45 €.

ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ: ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.

janssen Oncology

DARZALEX®

DRd - DVd: Νέα διάσταση στην αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης θεραπείας[1,2]

Η anti-CD38 ανοσοθεραπεία με mAb στο ΠΜ[1,2]

Πρωτοφανές όφελος επιβίωσης[3,4]

Μείωση του κινδύνου θανάτου ή εξέλιξης της νόσου

56%
για το DRd*

69%
για το DVd*

*Αποτελέσματα για τον ITT πληθυσμό

Βαθιές και παρατεταμένες υφέσεις[3,4]

93%
ORR για το DRd

85%
ORR για το DVd

Ελπίδα για τους ασθενείς[3,4]

>4 φορές
αύξηση επίτευξης MRD-αρνητικότητας

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε ύποπτα ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλέπε παράγραφο 4.8 της Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βιβλιογραφία
1. Dimopoulos MA, Oriol A, Nahi H, et al. Daratumumab, lenalidomide and dexamethasone for multiple myeloma. N Engl J Med. 2016;375:1319-1331.
2. Palumbo A, Chanan-Khan A, Weisel K et al. Daratumumab, bortezomib and dexametha sone for multiple myeloma. N Engl J Med. 2016;375:754-766.
3. Bahlis N, et al. ASH 2018. Abstract 1996.
4. Mateos MV, et al. ASH 2018. Abstract 3270.

CP-72673

Η Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος βρίσκεται σε επόμενη σελίδα.

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

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000, www.janssen.com.gr

DARZALEX®
daratumumab
concentrate for solution for infusion

DARZALEX®
daratumumab
concentrate for solution for infusion

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

▼Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
DARZALEX 20 mg/ml πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ
Κάθε φιαλίδιο των 5 ml περιέχει 100 mg daratumumab (20 mg daratumumab ανά ml).
Κάθε φιαλίδιο των 20 ml περιέχει 400 mg daratumumab (20 mg daratumumab ανά ml).
Το daratumumab είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντίσωμα έναντι του αντιγόνου CD38, το οποίο παράγεται σε κυτταρική σειρά θηλαστικών (Ωοθήκη Κινεζικού Κρικητού [CHO]) με χρήση της τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA.
Έκδοχα με γνωστή δράση:
Κάθε φιαλίδιο DARZALEX των 5 ml και των 20 ml περιέχει 0,4 mmol και 1,6 mmol (9,3 mg και 37,3 mg) νατρίου, αντίστοιχα.

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Το διάλυμα είναι άχρωμο προς κίτρινο.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
Θεραπευτικές ενδείξεις
Το DARZALEX ενδείκνυται:
• σε συνδυασμό με βορτεζομίμπη, μελφαλάνη και πρεδνιζόνη για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με νεοδιαγνωσθέν πολλαπλούν μυέλωμα, οι οποίοι δεν είναι κατάλληλοι για αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων.
• ως μονοθεραπεία για την θεραπεία ενήλικων ασθενών με υποτροπιάζον και ανθεκτικό πολλαπλούν μυέλωμα, των οποίων η προηγούμενη θεραπεία περιελάμβανε έναν αναστολέα πρωτεασόματος και έναν ανοσορρυθμιστικό παράγοντα και οι οποίοι έχουν εμφανίσει εξέλιξη της νόσου με την τελευταία θεραπεία.
• σε συνδυασμό με λεναλιδομίδη και δεξαμεθαζόνη, ή βορτεζομίμπη και δεξαμεθαζόνη, για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με πολλαπλούν μυέλωμα, οι οποίοι έχουν λάβει τουλάχιστον μία προηγούμενη θεραπεία.

Αντενδείξεις
Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα.

Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση
Σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις
Το DARZALEX μπορεί να προκαλέσει σοβαρές σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRR), συμπεριλαμβανομένων και αναφυλακτικών αντιδράσεων (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες).
Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται καθ' όλη τη διάρκεια της έγχυσης για IRR. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν IRR οποιουδήποτε Βαθμού, συνεχίστε την παρακολούθηση μετά την έγχυση έως ότου υποχωρήσουν τα συμπτώματα.
Στις κλινικές μελέτες IRR έχουν αναφερθεί περίπου στο ήμισυ του συνόλου των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με DARZALEX.
Η πλειοψηφία των IRR παρουσιάστηκαν κατά την πρώτη έγχυση και ήταν Βαθμού 1-2 (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Τέσσερα τοις εκατό του συνόλου των ασθενών εμφάνισαν IRR σε περισσότερες από μία εγχύσεις. Παρουσιάστηκαν σοβαρές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων βρογχόσπασμου, υποξίας, δύσπνοιας, υπέρτασης, οιδήματος λάρυγγα και πνευμονικού οιδήματος. Τα συμπτώματα περιελάμβαναν κυρίως ρινική συμφόρηση, βήχα, ερεθισμό του λαιμού, ρίγη, έμετο και ναυτία. Λιγότερο συχνά συμπτώματα ήταν συριγμός, αλλεργική ρινίτιδα, πυρεξία, θωρακική δυσφορία, κνησμός και υπόταση (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες).
Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν προκαταρκτική φαρμακευτική αγωγή με αντιισταμινικά, αντιπυρετικά και κορτικοστεροειδή για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης IRR πριν από τη θεραπεία με DARZALEX. Η έγχυση του DARZALEX θα πρέπει να διακόπτεται εάν εμφανιστεί IRR οποιασδήποτε βαρύτητας και πρέπει να ξεκινά ιατρική αντιμετώπιση/υποστηρικτική θεραπεία για IRR, όπως απαιτείται. Για ασθενείς με IRR Βαθμού 1, 2, ή 3, κατά την επανέναρξη της έγχυσης θα πρέπει να μειωθεί ο ρυθμός έγχυσης. Εάν παρουσιαστεί αναφυλακτική αντίδραση ή απειλητική για τη ζωή (Βαθμού 4) αντίδραση στην έγχυση, θα πρέπει να ξεκινά αμέσως κατάλληλη επείγουσα ανάνηψη. Η θεραπεία με το DARZALEX θα πρέπει να διακόπτεται άμεσα και οριστικά (βλέπε παράγραφο Αντενδείξεις).
Για τη μείωση του κινδύνου όψιμου τύπου IRR, από στόματος κορτικοστεροειδή θα πρέπει να χορηγούνται σε όλους τους ασθενείς μετά τις εγχύσεις του DARZALEX. Επιπλέον, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο χρήσης φαρμακευτικών αγωγών μετά την έγχυση (π.χ., εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, βραχείας και μακράς δράσης βρογχοδιασταλτικά) για ασθενείς με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας για την αντιμετώπιση αναπνευστικών επιπλοκών, εφόσον εμφανιστούν.
Ουδετεροπενία / Θρομβοπενία
Το DARZALEX μπορεί να ενισχύσει την ουδετεροπενία και τη θρομβοπενία που προκαλούνται από την υποκείμενη θεραπεία (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες).
Παρακολουθείτε περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας τη γενική αίματος, σύμφωνα με τις συνταγογραφικές πληροφορίες που παρέχονται από τον παρασκευαστή των υποκείμενων θεραπειών. Παρακολουθείτε τους ασθενείς με ουδετεροπενία για σημεία λοίμωξης. Καθυστέρηση της χορήγησης του DARZALEX μπορεί να απαιτηθεί προκειμένου να επιτραπεί η ανάκαμψη των κυτταροπενιών. Δεν συνιστάται καμία μείωση της δόσης του DARZALEX. Εξετάστε το ενδεχόμενο υποστήριξης με μεταγγίσεις ή αυξητικούς παράγοντες.
Επίδραση στην Έμμεση Δοκιμασία Αντισφαιρίνης (Έμμεση Δοκιμασία Coombs)
Το daratumumab συνδέεται στο CD38 που βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στα ερυθρά αιμοσφαίρια (RBC) και μπορεί να οδηγήσει σε θετικό αποτέλεσμα στην έμμεση δοκιμασία Coombs. Το προκαλούμενο από το daratumumab θετικό αποτέλεσμα στην έμμεση δοκιμασία Coombs μπορεί να παραμείνει για έως και 6 μήνες μετά την τελευταία έγχυση του daratumumab. Πρέπει να σημειωθεί ότι η σύνδεση του daratumumab στα RBC μπορεί να συγκαλύψει την ανίχνευση αντισωμάτων σε ελάσσονα αντιγόνα στον ορό του ασθενούς. Ο προσδιορισμός της ομάδας αίματος ABO και του τύπου Rh του ασθενούς δεν επηρεάζονται.
Πριν από την έναρξη της θεραπείας με daratumumab οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο της ομάδας αίματος καθώς και αξιολόγηση ως προς την παρουσία αντισωμάτων. Πριν από την έναρξη της θεραπείας με daratumumab μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο φαινοτυπικού προσδιορισμού σύμφωνα με την τοπική πρακτική. Ο γονοτυπικός προσδιορισμός των ερυθροκυττάρων δεν επηρεάζεται από το daratumumab και μπορεί να διενεργηθεί οποιαδήποτε στιγμή.
Στην περίπτωση προγραμματισμένης μετάγγισης αίματος, θα πρέπει να ενημερώνονται τα κέντρα μετάγγισης σχετικά με την επίδραση αυτή στις έμμεσες δοκιμασίες αντισφαιρίνης. Αν απαιτείται επειγόντως μετάγγιση, μπορούν να χορηγηθούν μη διασταυρωμένα ως προς ABO/RhD-συμβατά RBC σύμφωνα με τις πρακτικές της τοπικής τράπεζας αίματος.
Επίδραση στον προσδιορισμό της Πλήρους Ανταπόκρισης
Το daratumumab είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα IgG κάπα, το οποίο μπορεί να ανιχνευθεί σε αμφότερες τις δοκιμασίες ηλεκτροφόρησης πρωτεϊνών ορού (SPE) και ανοσοκαθήλωσης (IFE) που χρησιμοποιούνται για την κλινική παρακολούθηση της ενδογενούς M-πρωτεΐνης. Αυτή η επίδραση μπορεί να επηρεάσει τον προσδιορισμό της πλήρους ανταπόκρισης και πιθανώς της επιδείνωσης της νόσου σε ορισμένους ασθενείς με πρωτεΐνη μυελώματος IgG κάπα.
Έκδοχα
Κάθε φιαλίδιο DARZALEX των 5 ml και των 20 ml περιέχει 0,4 mmol και 1,6 mmol (9,3 mg και 37,3 mg) νατρίου, αντίστοιχα. Αυτό ισοδυναμεί, αντίστοιχα, με το 0,46% και το 1,86% της συνιστώμενης από τον ΠΟΥ μέγιστης ημερήσιας πρόσληψης 2 g νατρίου μέσω της διατροφής για έναν ενήλικα.
Ιχνηλασιμότητα
Προκειμένου να βελτιωθεί η ιχνηλασιμότητα των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, θα πρέπει να καταγράφονται με σαφήνεια η εμπορική ονομασία και ο αριθμός παρτίδας του χορηγούμενου προϊόντος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες
Περίληψη του προφίλ ασφάλειας
Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 20%) ήταν αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση, κόπωση, ναυτία, διάρροια, μυϊκοί σπασμοί, πυρεξία, βήχας, ουδετεροπενία, θρομβοπενία, αναιμία, περιφερική αισθητική νευροπάθεια και λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν πνευμονία, λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, πνευμονικό οίδημα, γρίππη, πυρεξία, διάρροια και κολπική μαρμαρυγή.
Πίνακας ανεπιθύμητων ενεργειών
Ο πίνακας 5 συνοψίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου που εμφανίστηκαν σε ασθενείς που έλαβαν DARZALEX. Τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν την έκθεση στο DARZALEX (16 mg/kg) σε 1.166 ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα, συμπεριλαμβανομένων 872 ασθενών από τρεις Φάσης III ελεγχόμενες με ενεργό παράγοντα μελέτες που έλαβαν DARZALEX σε συνδυασμό με λεναλιδομίδη και δεξαμεθαζόνη (DRd, n=283, Μελέτη MMY3003), με βορτεζομίμπη και δεξαμεθαζόνη (DVd, n = 243, Μελέτη MMY3004) ή με βορτεζομίμπη, μελφαλάνη και πρεδνιζόνη (D-VMP, n=346, Μελέτη MMY3007), και πέντε ανοιχτού σχεδιασμού κλινικές μελέτες, στις οποίες οι ασθενείς έλαβαν DARZALEX είτε σε συνδυασμό με πομαλιδομίδη και δεξαμεθαζόνη (DPd, n=103), σε συνδυασμό με λεναλιδομίδη και δεξαμεθαζόνη (n=35) ή ως μονοθεραπεία (n=156). Επίσης συμπεριλαμβάνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την κυκλοφορία.
Οι συχνότητες ορίζονται ως πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥ 1/100 έως <1/10), όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), σπάνιες (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000) και πολύ σπάνιες (< 1/10.000). Σε κάθε κατηγορία συχνότητας εμφάνισης, κατά περίπτωση, οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας.

Πίνακας 5: Ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα που έλαβαν θεραπεία με DARZALEX 16 mg/kg

Κατηγορία/Οργανικό σύστημα	Ανεπιθύμητη ενέργεια	Συχνότητα	Επίπτωση (%)	
			Όλοι οι βαθμοί	Βαθμού 3-4
Λοιμώξεις και παρασιτώσεις	Πνευμονία[a]	Πολύ συχνές	16	11
	Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος[a]		50	5
	Γρίππη	Συχνές	4	1*
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος	Ουδετεροπενία[a]	Πολύ συχνές	46	38
	Θρομβοπενία[a]		40	27
	Αναιμία[a]		30	16
	Λεμφοπενία[a]		10	8
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Αναφυλακτική αντίδραση[b]	Σπάνιες	-	-
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Περιφερική αισθητική νευροπάθεια	Πολύ συχνές	22	2
	Κεφαλαλγία	Πολύ συχνές	11	< 1*
Καρδιακές διαταραχές	Κολπική μαρμαρυγή	Συχνές	4	1
Αγγειακές διαταραχές	Υπέρταση[a]	Πολύ συχνές	10	5
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου	Βήχας[a]	Πολύ συχνές	27	< 1*
	Δύσπνοια[a]		19	3
	Πνευμονικό οίδημα[a]	Συχνές	1	1
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Διάρροια	Πολύ συχνές	31	3
	Ναυτία		22	1*
	Έμετος		15	1*
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Μυϊκοί σπασμοί	Πολύ συχνές	13	< 1*
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Κόπωση	Πολύ συχνές	28	5
	Πυρεξία		21	1*
	Περιφερικό οίδημα[a]		19	1
Κακώσεις, δηλητηριάσεις και επιπλοκές θεραπευτικών χειρισμών	Σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση[c]	Πολύ συχνές	42	5

* Καμία Βαθμού 4
[a] Καταδεικνύει ομαδοποίηση όρων
[b] Ανεπιθύμητη ενέργεια μετά την κυκλοφορία
[c] Στις σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις περιλαμβάνονται όροι οι οποίοι χαρακτηρίστηκαν από τους ερευνητές ως σχετιζόμενοι με την έγχυση, βλέπε παρακάτω

Σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις
Σε κλινικές μελέτες (μονοθεραπεία και θεραπείες συνδυασμού; N = 1.166) η επίπτωση των σχετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων οποιουδήποτε βαθμού ήταν 40% στην πρώτη έγχυση του DARZALEX, 2% στη δεύτερη έγχυση και 4% στις επόμενες εγχύσεις. Λιγότερο από 1% των ασθενών είχαν σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση Βαθμού 3 στη δεύτερη ή στις επόμενες εγχύσεις. Αντιδράσεις κατά την έγχυση Βαθμού 4 αναφέρθηκαν σε 2/1.166 (0,2%) ασθενείς.
Ο διάμεσος χρόνος ως την έναρξη μίας αντίδρασης ήταν 1,4 ώρες (εύρος: 0 έως 72,8 ώρες). Η επίπτωση τροποποιήσεων της έγχυσης λόγω αντιδράσεων ήταν 37%. Η διάμεση διάρκεια της έγχυσης για την 1η, 2η και επόμενες εγχύσεις ήταν 7, 4, 3 και 3,4 ώρες αντίστοιχα.
Σοβαρές σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις περιελάμβαναν βρογχόσπασμο, δύσπνοια, οίδημα λάρυγγα, πνευμονικό οίδημα, υποξία και υπέρταση. Στις άλλες σχετιζόμενες με την έγχυση ανεπιθύμητες αντιδράσεις περιλαμβάνονταν ρινική συμφόρηση, βήχας, ρίγη, ερεθισμός του λαιμού, έμετος και ναυτία (βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση).
Λοιμώξεις
Σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία συνδυασμού με DARZALEX, αναφέρθηκαν λοιμώξεις Βαθμού 3 ή 4 με τους συνδυασμούς του DARZALEX και τις υποκείμενες θεραπείες (DVd: 21%, Vd: 19%; DRd: 27%, Rd: 23%; D-VMP: 23%, VMP: 15%, DPd: 28%). Η πνευμονία ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη σοβαρή (Βαθμού 3 ή 4) λοίμωξη στις μελέτες. Διακοπές από τη θεραπεία λόγω λοιμώξεων αναφέρθηκαν στο 1% έως 5% των ασθενών. Τα περιστατικά θανατηφόρων λοιμώξεων ήταν γενικά εξισορροπημένα μεταξύ των σκελών των σχημάτων που περιείχαν DARZALEX και του σκέλους του δραστικού παράγοντα ελέγχου (<2%) στις ελεγχόμενες μελέτες και οφείλονταν κυρίως σε πνευμονία και σηψαιμία.
Αιμόλυση
Υπάρχει θεωρητικός κίνδυνος αιμόλυσης. Θα πραγματοποιείται συνεχής παρακολούθηση αναφορικά με αυτό το σήμα ασφαλείας στις κλινικές μελέτες και στα μετεγκριτικά δεδομένα που αφορούν την ασφάλεια.
Άλλοι ειδικοί πληθυσμοί
Στην μελέτη Φάσης III MMY3007, η οποία συνέκρινε τη θεραπεία με D-VMP με τη θεραπεία με VMP σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν πολλαπλούν μυέλωμα οι οποίοι δεν ήταν κατάλληλοι για αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, η ανάλυση ασφάλειας της υποομάδας των ασθενών με βαθμολογία λειτουργικής κατάστασης κατά ECOG 2 (D-VMP: n=89, VMP: n=84), ήταν σε συμφωνία με τον συνολικό πληθυσμό.
Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών
Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ.: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστότοπος: http://www.eof.gr.

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο

ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
EU/1/16/1101/001, EU/1/16/1101/002

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
30 Νοεμβρίου 2018
Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στο δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: http://www.ema.europa.eu.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
Με περιορισμένη ιατρική συνταγή: Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδίκευση και εμπειρία.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή τιμή
Πυκνό διάλυμα για Παρασκευή διαλύματος προς έγχυση 100mg/5 ml	BT x 1 VIAL x 5 ml	395,04 €
Πυκνό διάλυμα για Παρασκευή διαλύματος προς έγχυση 400mg/20 ml	BT x 1 VIAL x 20 ml	1.558,64 €

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε., Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, τηλ. 210 80.90.000.

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