

ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗ-ΜΕΘΟΔΟΣ ΙΛΙΖΑΡΟΝ: ΤΟ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΚΑΘΕ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥ

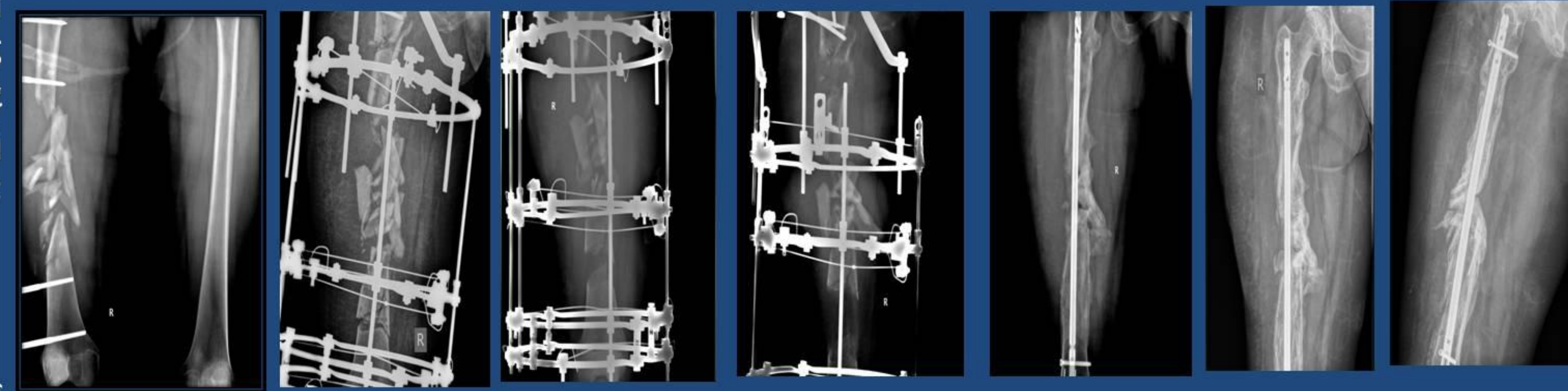
Χατζηπαναγιώτου Γεώργιος, Παπαζώτος Νικόλαος, Χριστακάκης Πέτρος-Χριστόφορος, Παπαδάκης Χρήστος-Σωτήριος, Τζουρμπάκης Ματθαίος
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεχνική της διατατικής οστεογένεσης (ilizarov) έχει αυξήσει δραματικά την εφαρμογή των αρχών της εξωτερικής οστεοσύνθεσης στη διαχείριση περιστατικών με οστικά ελλείμματα, φλεγμονές, ατελούς και μη πώρωσης των καταγμάτων. Η τεχνική προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα με κύρια την άμεση φόρτιση του άκρου μετεγχειρητικά και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης υγιούς-βιώσιμου οστού που αντικαθιστά το νεκρωμένο ή ελλειμματικό. Η βασική αρχή της τεχνικής ilizarov είναι ότι επάγει την οστεογένεση στο πεδίο της χειρουργικής οστεοτομίας δίνοντας το απαραίτητο υπόβαθρο αιμάτωσης, σταθεροποίησης και ελεγχόμενης διάτασης. Η διάταση αυτή πραγματοποιείται με ρυθμό επιμήκυνσης ίσο με 1mm την ημέρα διαιρούμενο σε τέσσερις περιόδους. Η οστεογένεση ολοκληρώνεται σε τρεις διαδοχικές φάσεις, που είναι η λανθάνουσα περίοδος, η περίοδος διάτασης και η περίοδος της οστικής ωρίμανσης. Στην ορθοπαιδική κλινική του ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ η τεχνική αυτή βρίσκει ευρεία εφαρμογή με άριστα αποτελέσματα σε σύνθετα περιστατικά δυο εκ των οποίων παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

Περιστατικό 2: Ασθενής 67 ετών, γυναίκα, με χρόνια παραγωγική οστεομυελίτιδα κάτω πέρατος κνήμης σε έδαφος εσωτερικής οστεοσύνθεσης με πλάκα και κοχλίες προ δεκαετίας. Στην ασθενή είχαν πραγματοποιηθεί πολλαπλές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας σε άλλα κέντρα, χωρίς επιτυχή αποτελέσματα. Αρχικά αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με αφαίρεση του πάσχοντος οστού μήκους περίπου 5 εκατοστών, οστεοτομία διάφυσης περόνης και τοποθέτηση συστήματος ilizarov. Η οστεοτομία της κνήμης πραγματοποιήθηκε σε δεύτερο χρόνο λόγω του υψηλού μικροβιακού φορτίου της ασθενούς. Μετά το πέρας της λανθάνουσας φάσης άρχισε η επιμήκυνση της κνήμης έως την αποκατάσταση του επιθυμητού μήκους. Παρατηρήθηκε ατελής πώρωση των τμημάτων του οστού που είχε αφαιρεθεί λόγω της οστεομυελίτιδας παρότι αυτά είχαν έρθει σε επαφή και αποφασίστηκε η αρθρόδεση της ποδοκνημικής και αστραγαλοπτερινικής άρθρωσης με ανάστροφη ενδομυελική ήλωση εκ της πτέρνας. Δυο μήνες μετά παρατηρήθηκε πώρωση της περιοχής στο κάτω πέρασ της κνήμης και η ασθενής βαδίζει με πλήρη φόρτιση.

Περιστατικό 1: Ασθενής 32 ετών, γυναίκα, πολυτραυματίας μετά από τροχάιο με δίκυκλο, παρουσίαζε συντριπτικό κατάγμα διάφυσης μηριαίου με οστικό έλλειμμα περίπου 11 εκατοστών το οποίο αντιμετωπίστηκε αρχικά με εξωτερική οστεοσύνθεση. Μετά την πάροδο ενός μήνα διενεργήθηκε οστεοτομία μηριαίου περιφερικά του κατάγματος και εφαρμογή του συστήματος ilizarov. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιήθηκε οστεοτομία κεντρικά του κατάγματος και μετά την λανθάνουσα φάση άρχισε η ταυτόχρονη διάταση του κεντρικού και του περιφερικού τμήματος. Αφού επετεύχθη το επιθυμητό μήκος για την ισοσκελίση, πραγματοποιήθηκε ανάστροφη ενδομυελική ήλωση. Μετά την πάροδο ενός έτους παρατηρήθηκε πώρωση του κατάγματος με δυνατότητα πλήρους φόρτισης του σκέλους από την ασθενή.



Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η χρήση της διατατικής οστεογένεσης επιτρέπει την αναγέννηση μεγάλων οστικών ελλειμμάτων με αποτέλεσμα την επιτυχή αντιμετώπιση πολύπλοκων περιστατικών με συντριπτικά κατάγματα, χρόνιες φλεγμονές. Αναμφίβολα είναι μια τεχνική με υπαρκτές επιπλοκές όπως οι φλεγμονές στην περιοχή των βελονών, παρεκκλίσεις του αναπτυσσόμενου οστού από την επιθυμητή κατεύθυνση και αποτυχία τήρησης του πρωτοκόλλου από τους ασθενείς. Παρόλα αυτά εάν εφαρμοστεί με τις σωστές ενδείξεις, το σωστό τρόπο και την επιμελή συνεργασία του ασθενούς μπορεί να δώσει άριστη λύση σε πολύπλοκα περιστατικά όπου όλες οι άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει.

Βιβλιογραφία

- Paley D, Catagni MA, Argnani F, Villa A, Benedetti GB, Cattaneo R. Ilizarov treatment of tibial nonunions with bone loss. Clin Orthop Relat
- Mückley T, Schütz T, Srivastava S, Goebel M, Gonschorek O, Bühren V. Ankle arthrodesis with intramedullary compression nailing
- Lonner JH, Koval KJ, Golyakhovsky V, Frankel VH. Posttraumatic nonunion of the distal tibial metaphysis. Treatment using the Ilizarov circular external fixator.
- Eralp İL, Kocaoğlu M, Dikmen G, Azam ME, Balcı Hİ, Bilen FE. Treatment of infected nonunion of the juxta-articular region of the distal tibia. Acta Orthop Traumatol Turc.
- Jovanović V, Vukasinović Z, Seslija I, Zivković Z. Treatment of septic pseudoarthrosis of tibia by Ilizarov method: case report. Srp Arh Celok Lek.
- Kabata T, Tsuchiya H, Sakurakichi K, Yamashiro T, Watanabe K, Tomita K. Reconstruction with distraction osteogenesis for juxta-articular nonunions with bone loss. J Trauma.



Δευτεροπαθές Αιμοφαγοκυτταρικό Σύνδρομο: Μια σειρά 10 ασθενών

Γιαννικοπούλου Κωνσταντίνα, Γεώργιος Τσίμπρης, Μαριάνθη Παπαγιάννη, Χριστοδούλου Παναγιώτης, Δημητρίου Κάρλος, Χρήστου Ιωάννης, Μυλωνά Ελένη, Παπασταμόπουλος Βασίλειος
Ε΄ Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

Είσαγωγή: Το Αιμοφαγοκυτταρικό Σύνδρομο (Αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστικοκυττάρωση, HLH) είναι ένα σπάνιο αλλά δυνητικά θανατηφόρο νόσημα το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερκυττοναμία και ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση των Τ κυττάρων που οδηγούν σε καταστροφικές βλάβες των ιστών. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές (ή οικογενές) που οφείλεται σε γενετικές μεταλλάξεις και δευτεροπαθές στα πλαίσια υποκείμενης ανοσοκαταστολής, κακοήθειας, λοίμωξης ή αυτοάνοσης διαταραχής. Μπορεί να εμφανιστεί με μη ειδικά σημεία και συμπτώματα όπως πυρετός, ηπατοσπληνομεγαλία, κυτταροπενίες ή να αλληλοκαλύπτεται κλινικά με την σήψη. Από τον Σεπτέμβριο 2020 έως τον Οκτώβριο 2021, 10 περιστατικά διαγνώστηκαν με HLS στην Ε΄ Παθολογική Κλινική - Μονάδα Λοιμώξεων.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τουλάχιστον 5/8 διαγνωστικά κριτήρια του HLS 2004 και μέση τιμή HScore 235 (εύρος 156-337). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 49 έτη και η αναλογία αντρών/γυναικών ήταν 8:2. Από τους 10 ασθενείς οι 3 είχαν γνωστή ανοσοκαταστολή (1 με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, 2 με HIV). Όλοι είχαν εμπύρετο, κυτταροπενίες (>2 σειρές) και αυξημένη φερριτίνη (εύρος 1632-15357 ng/ml). Αιμοφαγοκυττάρωση στο μυελό των οστών αναδείχθηκε σε 6 ασθενείς ενώ 5 είχαν εικόνα σηπτικής καταπληξίας κατά τη διάγνωση. Η υποκείμενη αιτία βρέθηκε στους 9/10. Οι 7 ασθενείς ήταν οροθετικοί με τους 5 να έχουν πρωτοδιάγνωση της λοίμωξης ενώ όλοι είχαν βαριά ανοσοκαταστολή ($CD4 < 200/\mu\text{l}$). Από το σύνολο των 10 ασθενών οι 3 είχαν αιματολογική κακοήθεια (διάχυτο από μεγάλα Β κύτταρα, Σάρκωμα Καρosi, αδενοκαρκίνωμα στομάχου), οι 6 είχαν λοίμωξη ιογενή ή βακτηριακή (CMV, Covid-19, HIV, HHV8, gram - βακτηριαμία) ενώ σε έναν ασθενή παρά τον ενδελεχή έλεγχο για λοίμωξη, ανοσολογικό νόσημα ή κακοήθεια δεν ανευρέθη δευτεροπαθές αίτιο. Οι 7/10 έλαβαν θεραπεία με κορτικοστεροειδή και 1 με ετοποσίδη. Η θνητότητα των ασθενών κυμάνθηκε στο 70% (7/10).

Συμπέρασμα: Το HLS είναι ένα υπερφλεγμονώδες σύνδρομο που οφείλεται σε δυσλειτουργία των κυτταροτοξικών κυττάρων ή πυροδοτείται δευτεροπαθώς από κάποιο ερέθισμα στα πλαίσια υποκείμενης ανοσοκαταστολής ή γενετικής προδιάθεσης. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας ή της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων με την υποκείμενη παθολογία (κακοήθεια ή λοίμωξη). Η πρόγνωση στους ενήλικες είναι φτωχή, γι' αυτό είναι απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση. Χρειάζεται υψηλή υποψία σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με εμπύρετο, κυτταροπενίες και προοδευτική οργανική ανεπάρκεια που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπείες. Στους HIV ασθενείς η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη ενώ η διάγνωση αποτελεί πρόκληση λόγω της ευρύτερης διαφοροδιάγνωσης. Ο κίνδυνος αυξάνεται με τον βαθμό ανοσοκαταστολής ($CD4 < 200 \text{ cells}/\text{mm}^3$) αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς με κατεσταλμένο ικό φορτίο

Dueling clinical criteria for HLH

Traditional HLH-2004 criteria

- At least five of the following:
 - Fever >38.5
 - Splenomegaly
 - Cytopenia affecting at least two cell lines
 - Hemoglobin $<9 \text{ g/L}$
 - Platelets $<100 \text{ b/L}$
 - Absolute neutrophil count $<1000 \text{ b/L}$
 - Hypertriglyceridemia (fasting triglycerides $>265 \text{ mg/dL}$ or $>3 \text{ mM}$) and/or fibrinogen $<150 \text{ mg/dL}$
 - Ferritin $>500 \text{ ug/L}$
 - Hemophagocytosis seen on tissue biopsy of bone marrow, spleen, lymph node, or liver
 - Low/absent NK-cell activity
 - Soluble CD25 (soluble IL2-receptor) $>2400 \text{ U/ml}$

↑
Difficult or impossible to obtain rapidly

Modified 2009 HLH criteria

- At least three of the following:
 - Fever
 - Splenomegaly
 - Cytopenia affecting at least two cell lines:
 - Hemoglobin $<9 \text{ g/L}$
 - Platelets $<100 \text{ b/L}$
 - Absolute neutrophil count $<1000 \text{ b/L}$
 - Hepatitis
- At least one of the following:
 - Ferritin elevation
 - Elevated soluble CD25 (soluble IL2-receptor)
 - Hemophagocytosis seen on tissue biopsy
 - Low/absent NK-cell activity
- Other supportive features (not required)
 - Hypertriglyceridemia
 - Hypofibrinogenemia
 - Hyponatremia

Filipovich AH 2009 PMID 20008190

HScore

Parameter	No. of points (criteria for scoring)
Known underlying immunosuppression*	0 (no) or 18 (yes)
Temperature ($^{\circ}\text{C}$)	0 (<38.4), 33 (38.4–39.4), or 49 (>39.4)
Organomegaly	0 (no), 23 (hepatomegaly or splenomegaly), or 38 (hepatomegaly and splenomegaly)
No. of cytopenias†	0 (1 lineage), 24 (2 lineages), or 34 (3 lineages)
Ferritin (ng/ml)	0 ($<2,000$), 35 (2,000–6,000), or 50 ($>6,000$)
Triglyceride (mmoles/liter)	0 (<1.5), 44 (1.5–4), or 64 (>4)
Fibrinogen (gm/liter)	0 (>2.5) or 30 (≤ 2.5)
Serum glutamic oxaloacetic transaminase (IU/liter)	0 (<30) or 19 (≥ 30)
Hemophagocytosis features on bone marrow aspirate	0 (no) or 35 (yes)

* Human immunodeficiency virus positive or receiving long-term immunosuppressive therapy (i.e., glucocorticoids, cyclosporine, azathioprine).

† Defined as a hemoglobin level of $\leq 9.2 \text{ gm/dl}$ and/or a leukocyte count of $\leq 5,000/\text{mm}^3$ and/or a platelet count of $\leq 110,000/\text{mm}^3$.



Η εφαρμογή των υπερηχογραφικών σκιαγραφικών ουσιών στην απεικόνιση της ηπατικής αγγείωσης

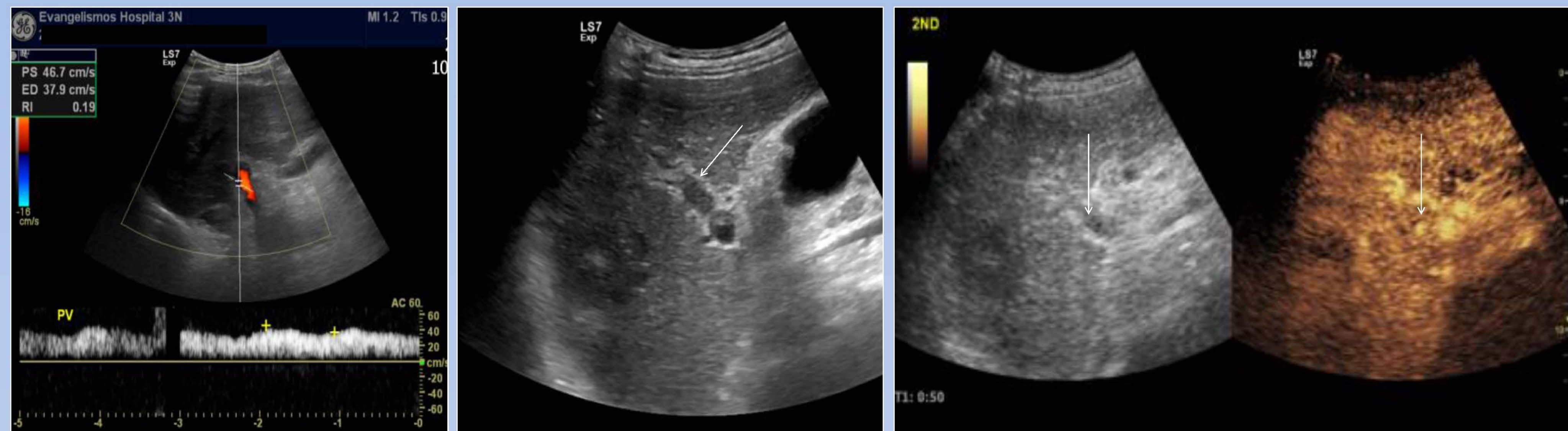
Β Πάνου, Ζ Μπόλαρη, Τ Φραγκούλη, Α Μαρίνου, Α Χρίστου, Ρ Τζουβάρας, Ε Καλαϊτζίδου, Ν Μαντάς, Δ Κόκκινος

Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

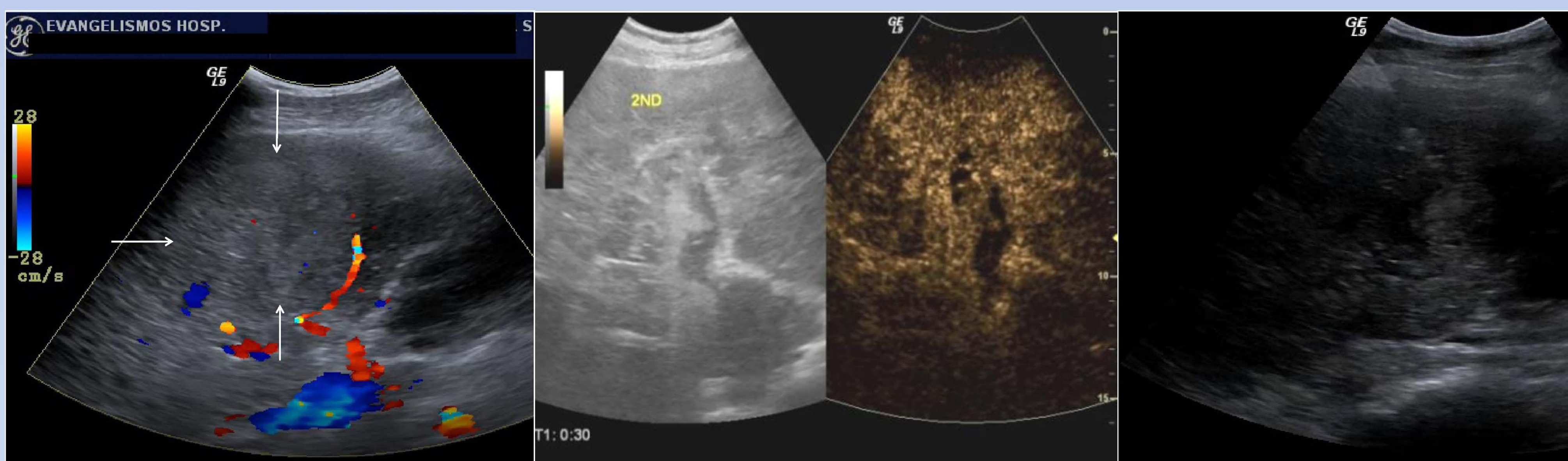


Σκοπός της Μελέτης: Η παρουσίαση των ενδείξεων χρήσης των υπερηχογραφικών σκιαγραφικών ουσιών στην μελέτη της πυλαίας φλέβας, των ηπατικών φλεβών, της ενδοηπατικής κάτω κοίλης φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας.

Υλικό και μέθοδος: Αξιολογείται η προσπέλαση των διαγνωστικών διλημμάτων του έγχρωμου και παλμικού Doppler με την χρήση σκιαγραφικού υπερήχων. Το CEUS αναδεικνύει αγγείωση με μεγαλύτερη ευαισθησία, ενώ παράλληλα δεν επιβαρύνει την νεφρική ή την θυρεοειδική λειτουργία του ασθενούς και δεν χρησιμοποιεί ιοντίζουσα ακτινοβολία.



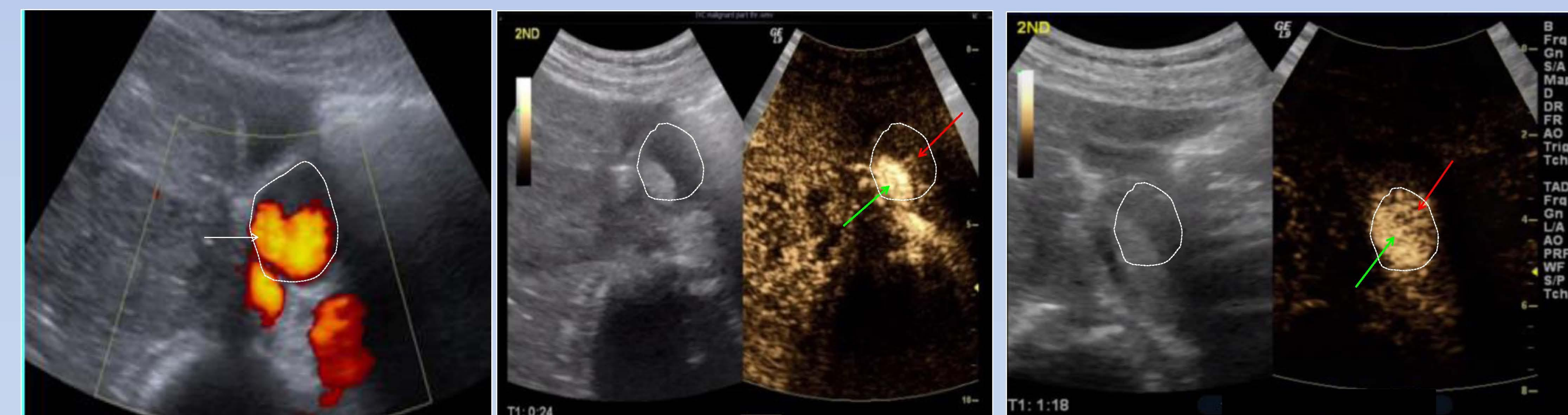
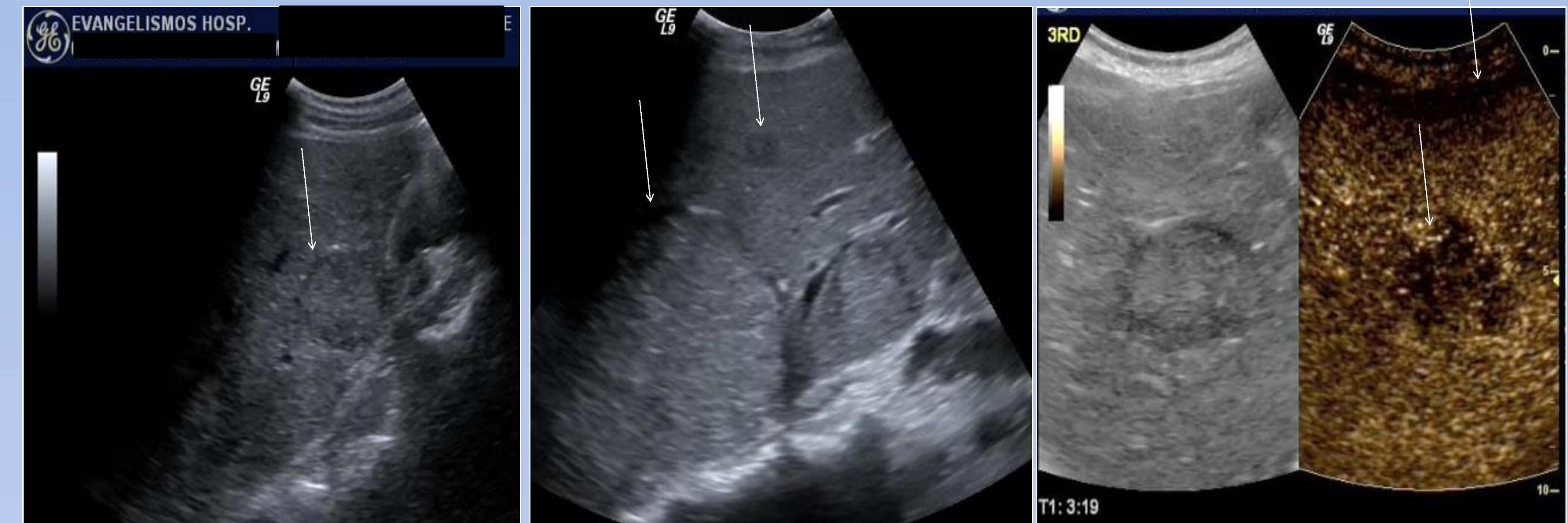
Κακοήθης θρόμβωση ΠΦ



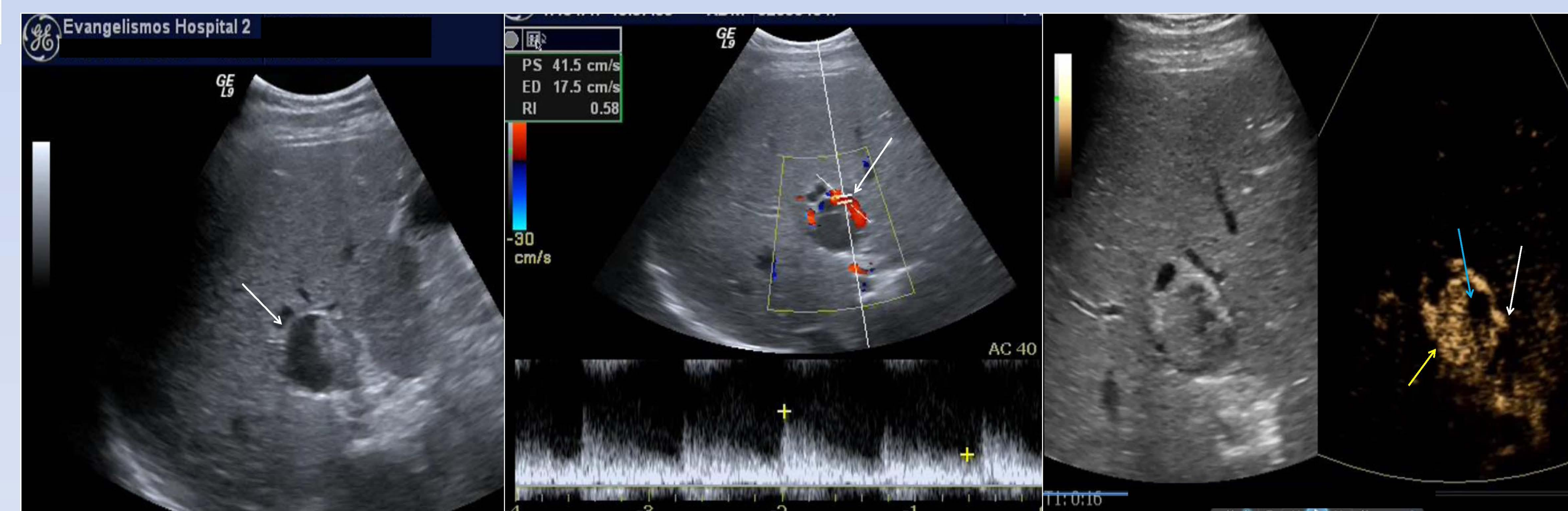
Κακοήθης θρόμβωση κλάδου ΠΦ



Καλοήθης μερική θρόμβωση της ΠΦ



Κακοήθης μερική θρόμβωση ΚΚΦ



Ανεύρυσμα ηπατικής αρτηρίας

Συμπέρασμα: Το CEUS έχει μεγάλη χρησιμότητα στην απεικόνιση των ηπατικών αγγείων. Υπερνικά τους περιορισμούς του απλού υπερηχογραφήματος και αυξάνει τη σιγουριά του εξεταστή ή θέτει μία διάγνωση που δεν ήταν εμφανής πριν από την έγχυση του σκιαγραφικού.

Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19: Δεδομένα από το πρώτο «κύμα» της πανδημίας.

Νικόλαος Σχίζας¹, Γεωργία Νάζου², Σωτήριος Βανδώρος^{3,4}, Άλκης Αποστολόπουλος⁵, Ηλίας Σαμιώτης¹, Βασίλειος Πάτρης¹, Παναγιώτης Δεδεηλίας¹, Μιχάλης Αργυρίου¹

¹ Κλινικής Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα, Ελλάδα.

² Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα, Ελλάδα.

³ King's College London, London, UK.

⁴ Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, USA.

⁵ Τμήμα Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει την ανθρώπινη συμπεριφορά, έχει επιβαρύνει τη λειτουργία των συστημάτων υγείας και επομένως έχει επίδραση στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στόχος: Αυτή η μελέτη στοχεύει στο να διερευνήσει αν η πανδημία επηρέασε και σε ποιο βαθμό τον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων σε μεγάλο μέρος της ελληνικής επικράτειας.

Υλικό – Μέθοδος: Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από 7 μεγάλα νοσοκομεία τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες περίπου της μισής ελληνικής επικράτειας και περισσότερο από το μισό πληθυσμό της χώρας. Σε αυτά περιλαμβάνονται δημόσια, ιδιωτικά, στρατιωτικά και νοσοκομεία παιδιατρικά. Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο οικονομετρική διαφορά-με-διαφορά (difference-in-difference econometric) με σκοπό να συγκρίνουμε τις τάσεις στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων πριν και μετά την πανδημία για το 2020 και αντίστοιχα για τους ίδιους μήνες στο 2019. Η τάση στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων αντιστοιχίστηκε με την τάση σε εποχικότητα και ανεργία, χρησιμοποιώντας σταθερά νοσοκομειακά αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια του πρώτου «κύματος» της πανδημίας και την αναστολή λειτουργίας (lockdown) που επιβλήθηκε, ο αριθμός των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων ήταν 35-56% μικρότερος σε σύγκριση με αυτό που θα αναμενόταν αν δεν εμφανίζονταν η πανδημία.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε μια απότομη μείωση στον αριθμό των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων κατά τη διάρκεια του «πρώτου» κύματος της πανδημίας COVID-19. Στους πιθανούς λόγους περιλαμβάνονται τα άτομα τα οποία απέφυγαν τα νοσοκομεία για να μην κολλήσουν COVID-19, λιγότερες παραπομπές και η εργασία από το σπίτι, η οποία μπορεί να είχε επίδραση στην μείωση του άγχους μακριά από το εργασιακό περιβάλλον ή την επαφή με άλλες λοιμώξεις.

Αύξηση νοσηλευόμενων ασθενών σε Πνευμονολογική Κλινική της Αθήνας κατά την θερινή περίοδο 2021 σε σύγκριση με αντίστοιχη περίοδο προηγούμενων ετών

Ελευθερίου Κ, Βλαχάκος Β, Γρηγορόπουλος Β, Σιγάλα Ι, Γιαννιού Ν, Διακονικολάου Ζ, Ρίμπα Θ, Φασφαλή Δ, Κατσαούνου Π
Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α' Κλινική Εντατική Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19 διατάραξε τη λειτουργία του συστήματος υγείας, τη διαθεσιμότητα των πνευμονολογικών κλινικών για μη-COVID19 περιστατικά, και οδήγησε στην αποφυγή των νοσοκομείων από τους ασθενείς λόγω φόβου μόλυνσης. Ήδη μετά το πρώτο κύμα παρατηρήθηκε «αντιρροπιστική» προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία μετά την άρση του lock-down, γεγονός που επαναλήφθηκε και το περασμένο καλοκαίρι.

ΣΚΟΠΟΣ

Μελετήσαμε το αν κατά την διάρκεια της θερινής περιόδου του 2021 παρατηρήθηκε αύξηση των νοσηλευόμενων ασθενών στην κλινική μας, σε σύγκριση με προηγούμενα έτη.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε νοσηλευόμενους ασθενείς στη Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας της Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας στο ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» κατά την θερινή περίοδο (01/06-01/10) για τα έτη 2017, 2018, 2019, 2020 και 2021. Τα δεδομένα αναζητήθηκαν από το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής του νοσοκομείου μας (Emrora).

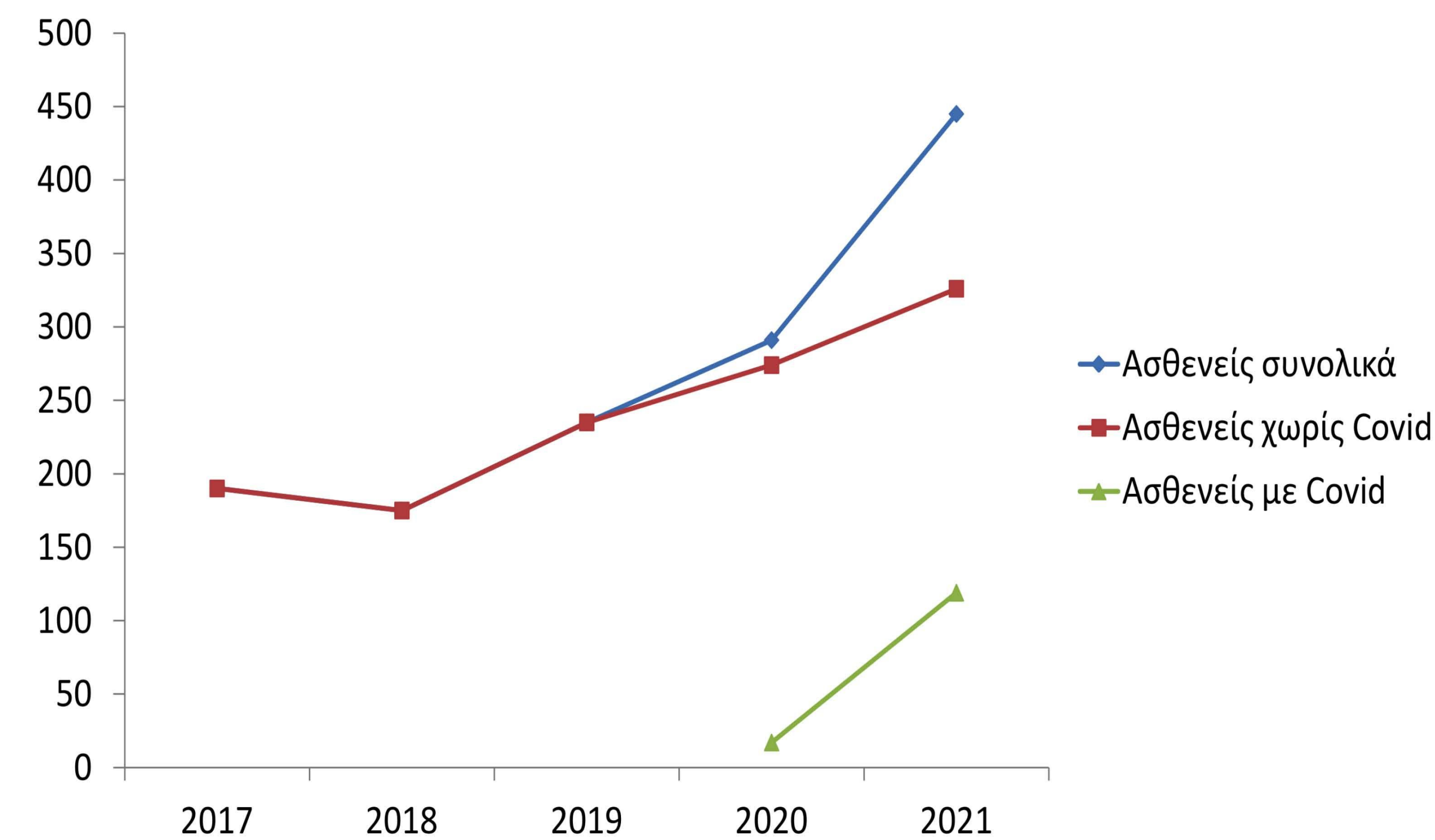
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρατηρούμε μια ξεκάθαρη **αύξηση στις νοσηλείες κατά τα τελευταία 2 χρόνια** και ιδίως το 2021, αύξηση που δεν σχετίζεται μόνο με τους COVID19 ασθενείς αλλά κυρίως με τους υπόλοιπους.

Ταξινομώντας τα νοσήματα, η μεγαλύτερη αύξηση διαπιστώθηκε σε ασθενείς με διάγνωση κατά την έξοδο: «Υπεζωκοτική νόσος», «Πνευμονική εμβολή» και «Παθολογικά ευρήματα στην απεικόνιση του θώρακος».

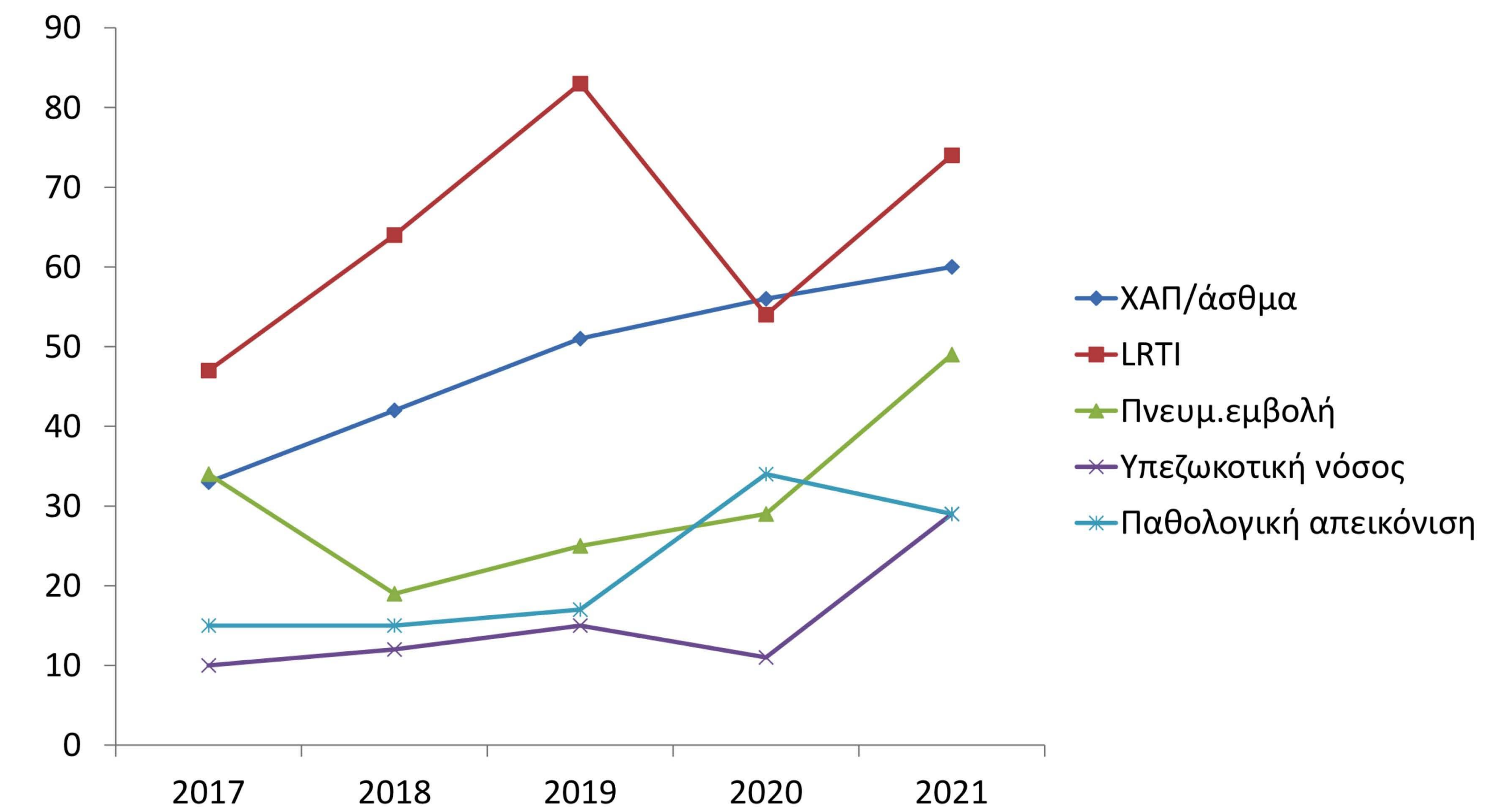
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γράφημα 1: Αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά τη θερινή περίοδο (01/06-01/10) κατά τα έτη 2017-2021



	2017	2018	2019	2020	2021
Αριθμός ασθενών	190	175	235	291	445
Ασθενείς χωρίς COVID19	190	175	235	274	326
Ασθενείς με COVID19				17	119

Γράφημα 2: Αριθμός ασθενών που νοσηλεύτηκαν και η αντίστοιχη διάγνωση εξόδου κατά τη θερινή περίοδο (01/06-01/10) κατά τα έτη 2017-2021



	2017	2018	2019	2020	2021
ΧΑΠ/ Άσθμα	33	42	51	56	60
Λοίμωξη αναπνευστικού	47	64	83	54	74
Πνευμονική Εμβολή	34	19	25	29	49
Υπεζωκοτική Νόσος	10	12	15	11	29
Παθολογική απεικόνιση	15	15	17	34	29

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

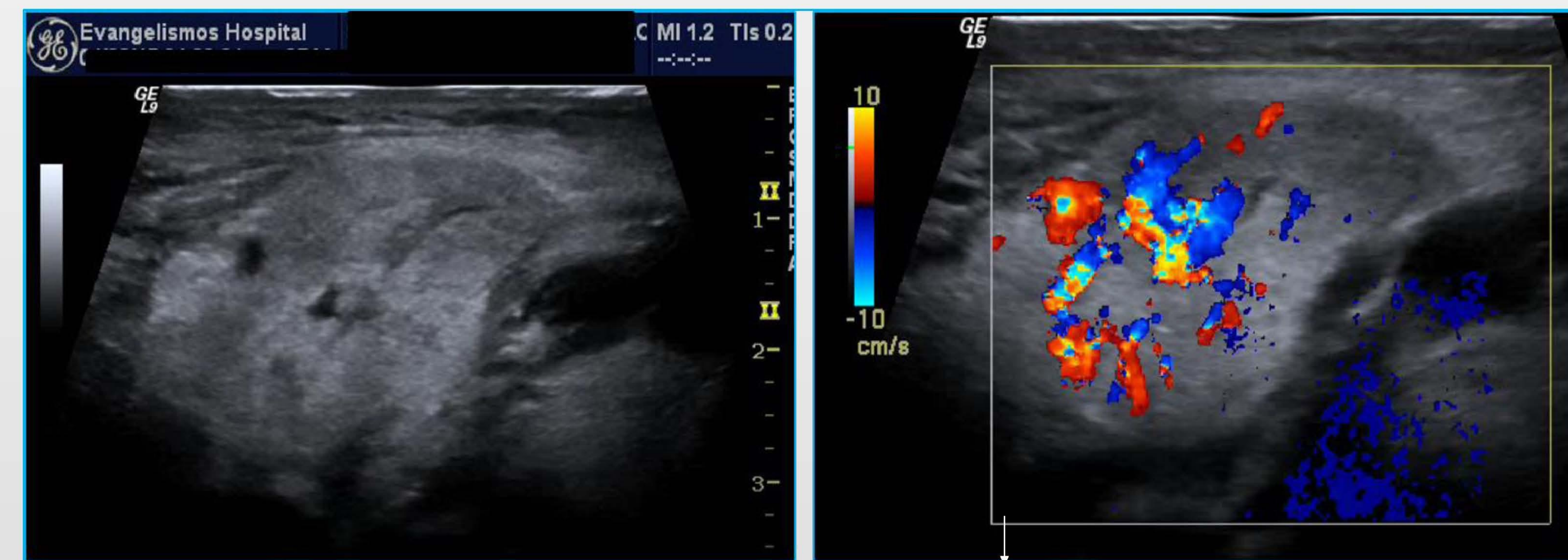
- Η αύξηση των εισαγωγών-νοσηλείων μη covid περιστατικών σε πνευμονολογική κλινική της Αθήνας κατά την φετινή θερινή περίοδο, πιθανά αντανακλά τη μειωμένη προσέλευση των ασθενών κατά την μακρά περίοδο του lock-down και την καθυστερημένη προσέλευσή τους στα νοσοκομεία παρά την επιμονή συμπτωμάτων.
- Επιπρόσθετα το νοσοκομείο μας παρέμεινε από τα λίγα νοσοκομεία της Α'ΥΠΕ που κατά την διάρκεια της θερινής περιόδου εφημέρευε και νοσήλευε ταυτόχρονα με τους COVID19 ασθενείς όλα τα υπόλοιπα πνευμονολογικά περιστατικά

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

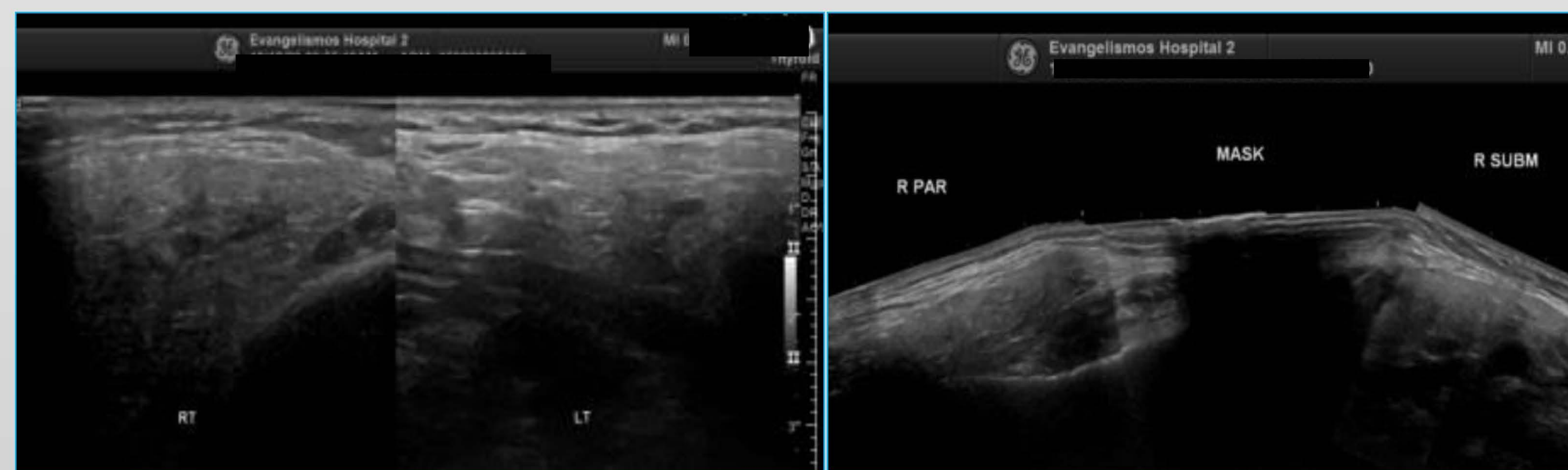
- 1.Reduction in Hospitalizations for Respiratory Diseases during the First COVID-19 Wave in Greece. Kyriakopoulos C, Gogali A, Exarchos K, Potonos D, Tatsis K, Apollonatos V, Loukides S, Papiris S, Sigala I, Katsaounou P, Aggelidis M, Fouka E, Porpodis K, Kontakiotis T, Sampsonas F, Karampitsakos T, Tzouveleki A, Bibaki E, Karagiannis K, Antoniou K, Tzanakis N, Dimeas I, Daniil Z, Gourgoulialis K, Kouratzi M, Steiropoulos P, Antonakis E, Papanikolaou IC, Ntritsos G, Kostikas K. Respiration. 2021;100(7):588-593. doi: 10.1159/000515323. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33827103
- 2.Effect of COVID-19-Related Lockdown on Hospital Admissions for Asthma and COPD Exacerbations: Associations with Air Pollution and Patient Characteristics. Sigala I, Giannakas T, Giannakoulis VG, Zervas E, Brinia A, Gianou N, Asimakos A, Dima E, Kalomenidis I, Katsaounou P. J Pers Med. 2021 Aug 30;11(9):867. doi: 10.3390/jpm11090867. PMID: 34575644

Σκοπός της Μελέτης: Η απεικόνιση των συχνότερων παθολογικών οντοτήτων που αφορούν στους σιαλογόνους αδένες (παρωτίδες, υπογνάθιους, υπογενειδίου αδένες) με υπερηχογράφημα. Η περιγραφή της τεχνικής της εξετάσεως και των χαρακτηριστικών ευρημάτων που ο ακτινολόγος πρέπει να γνωρίζει για να θέσει τη διάγνωση.

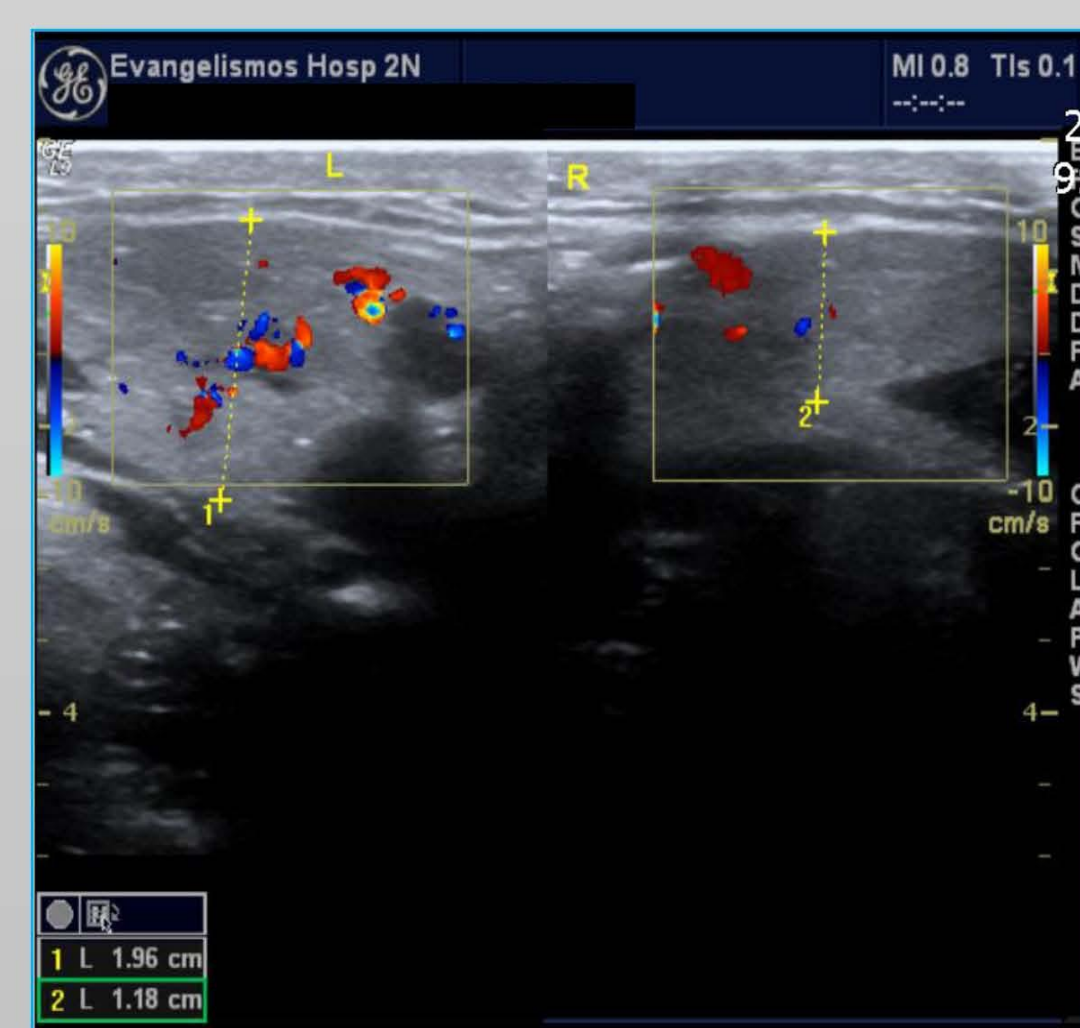
Υλικό-Μέθοδος: Εξετάζουμε μία ποικιλία παθολογικών καταστάσεων που εντοπίζονται στους σιαλογόνους αδένες: νεοπλασίες, λοιμώξεις, λίθους, διάταση εκφορητικών πόρων, διόγκωση και διαταραχή αρχιτεκτονικής λεμφαδένων, τραύμα. Το υπερηχογράφημα, μαζί με την απλή ακτινογραφία όπου ενδείκνυται, αποτελεί την αρχική απεικονιστική μέθοδο που χρησιμοποιείται πριν από την εξέταση των ασθενών με αξονική και μαγνητική τομογραφία, όπου αυτές απαιτούνται.



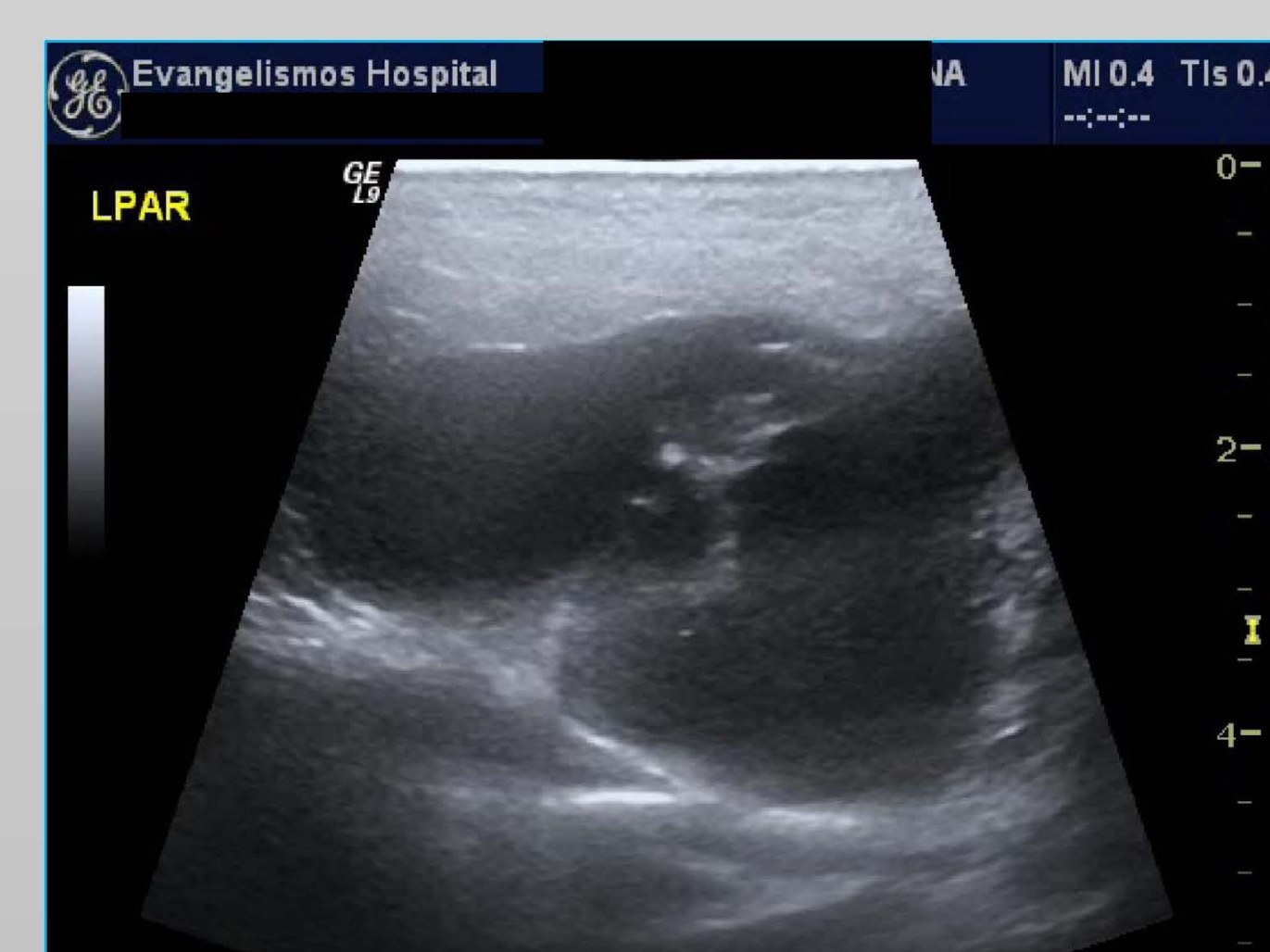
Οξεία φλεγμονή



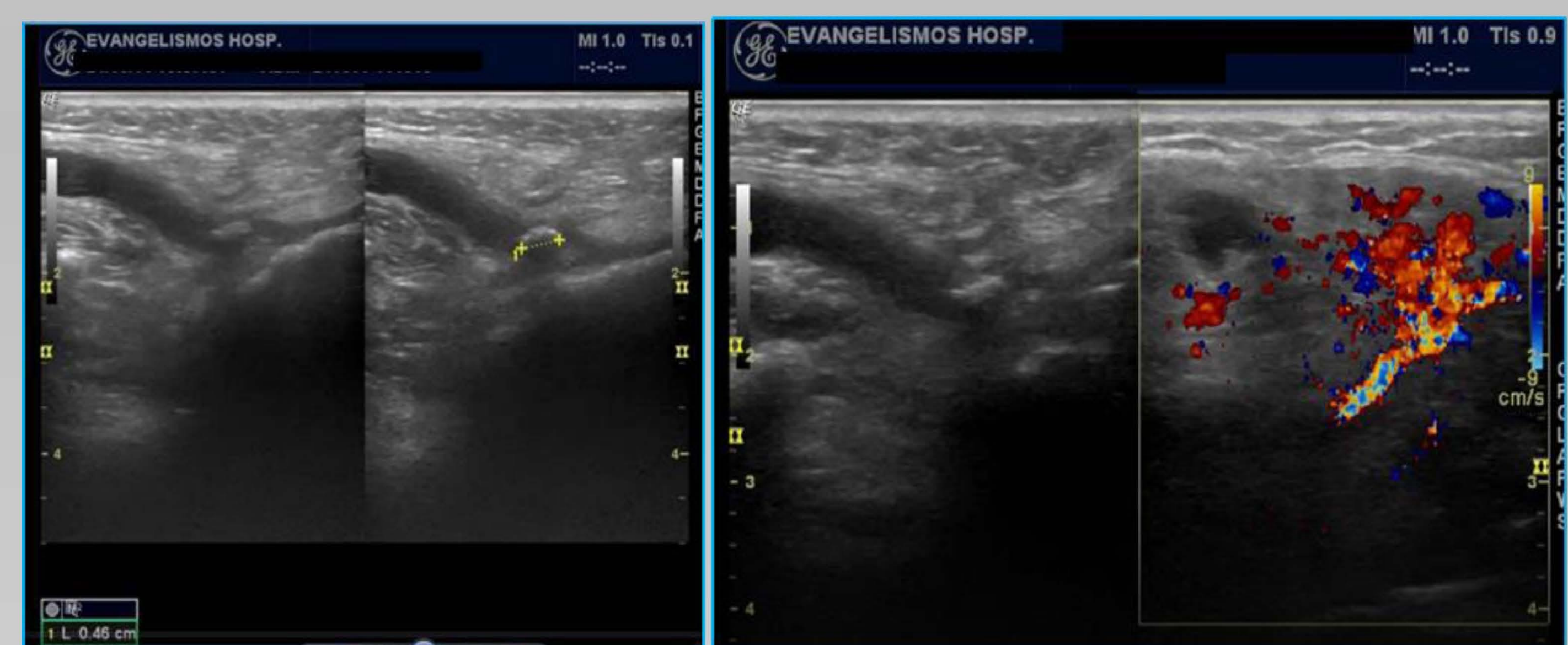
Οξεία φλεγμονή



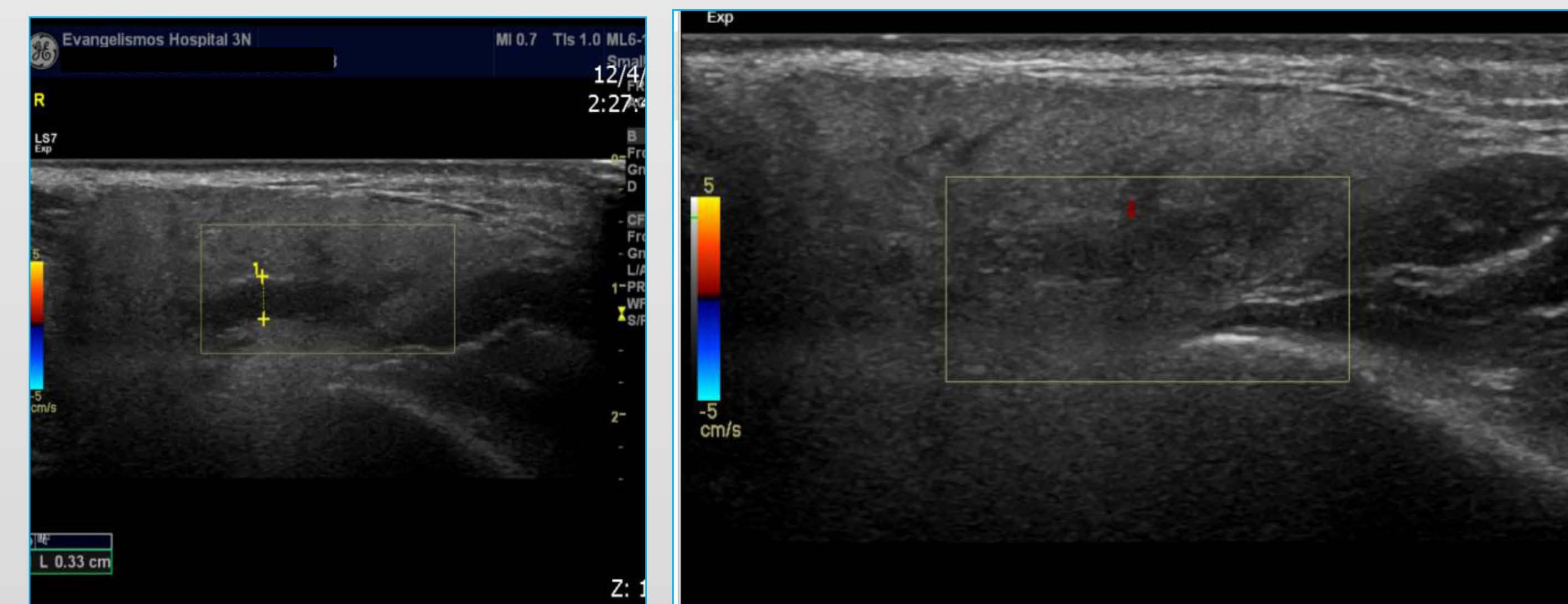
Αρχόμενη φλεγμονή



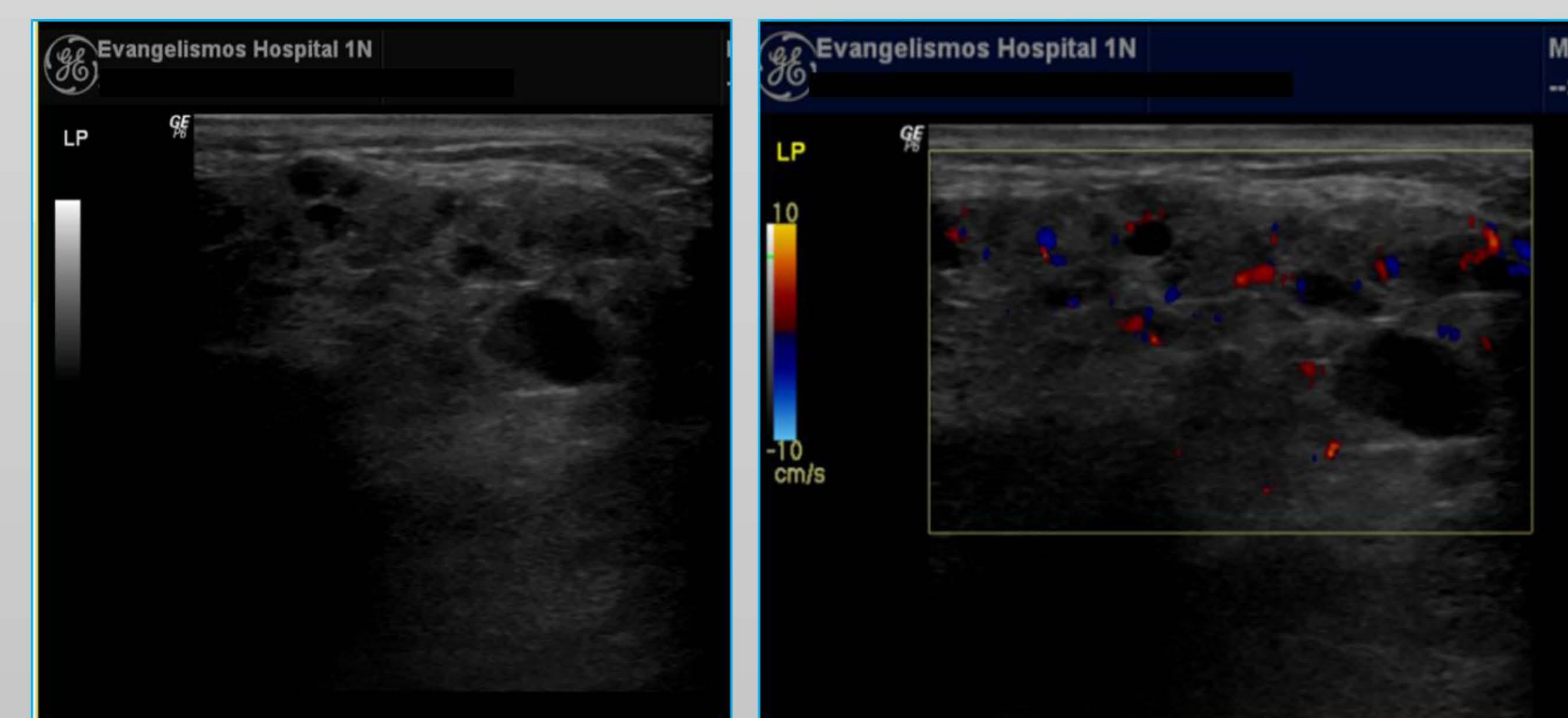
Απόστημα



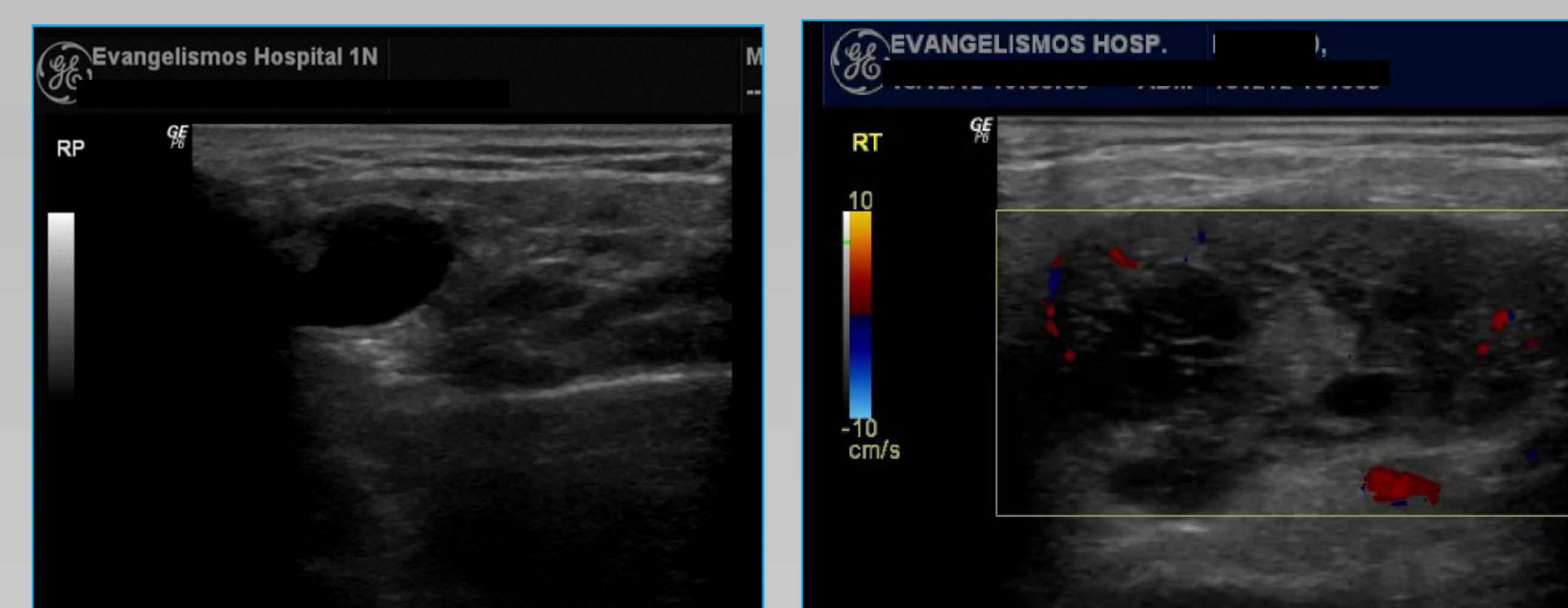
Σιαλόλιθοι



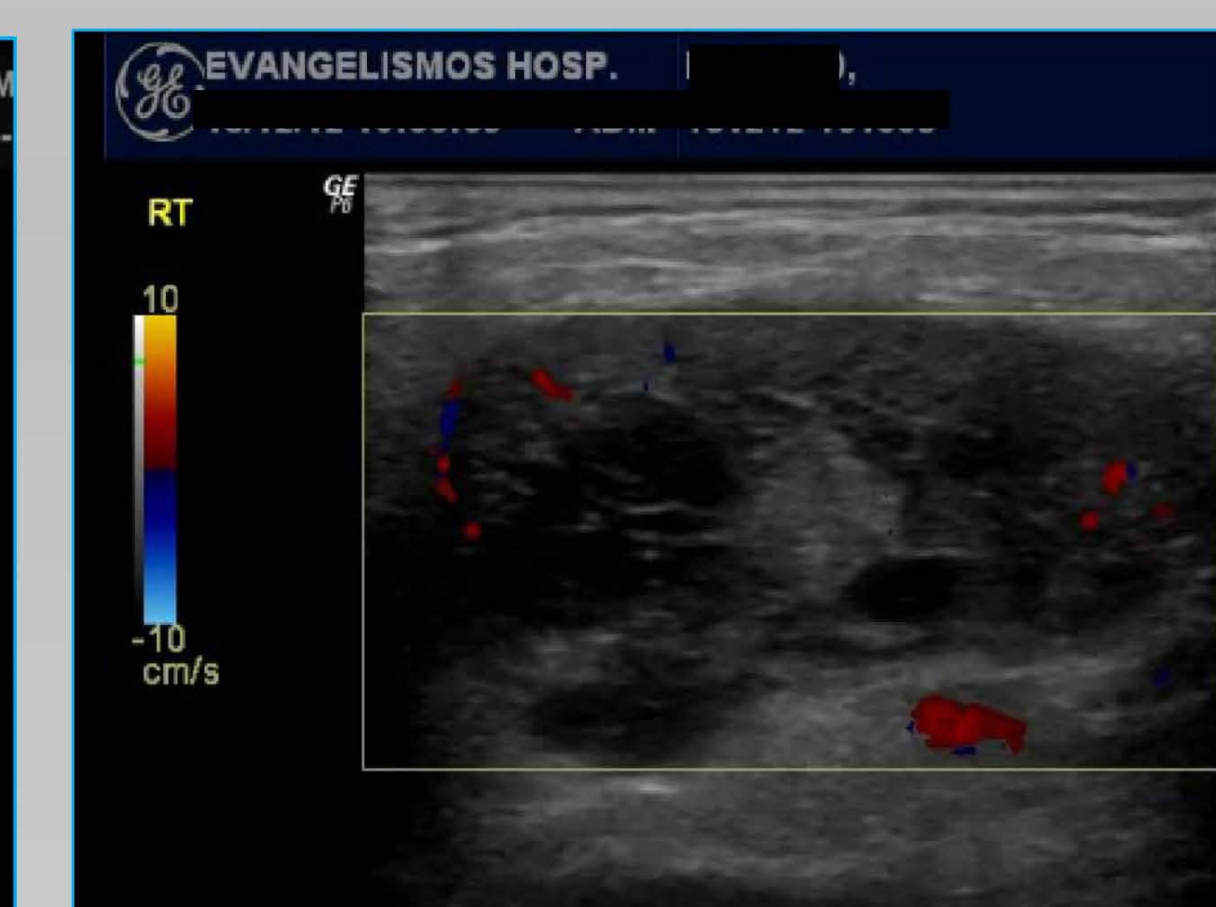
Ίζημα εκφορητικού πόρου



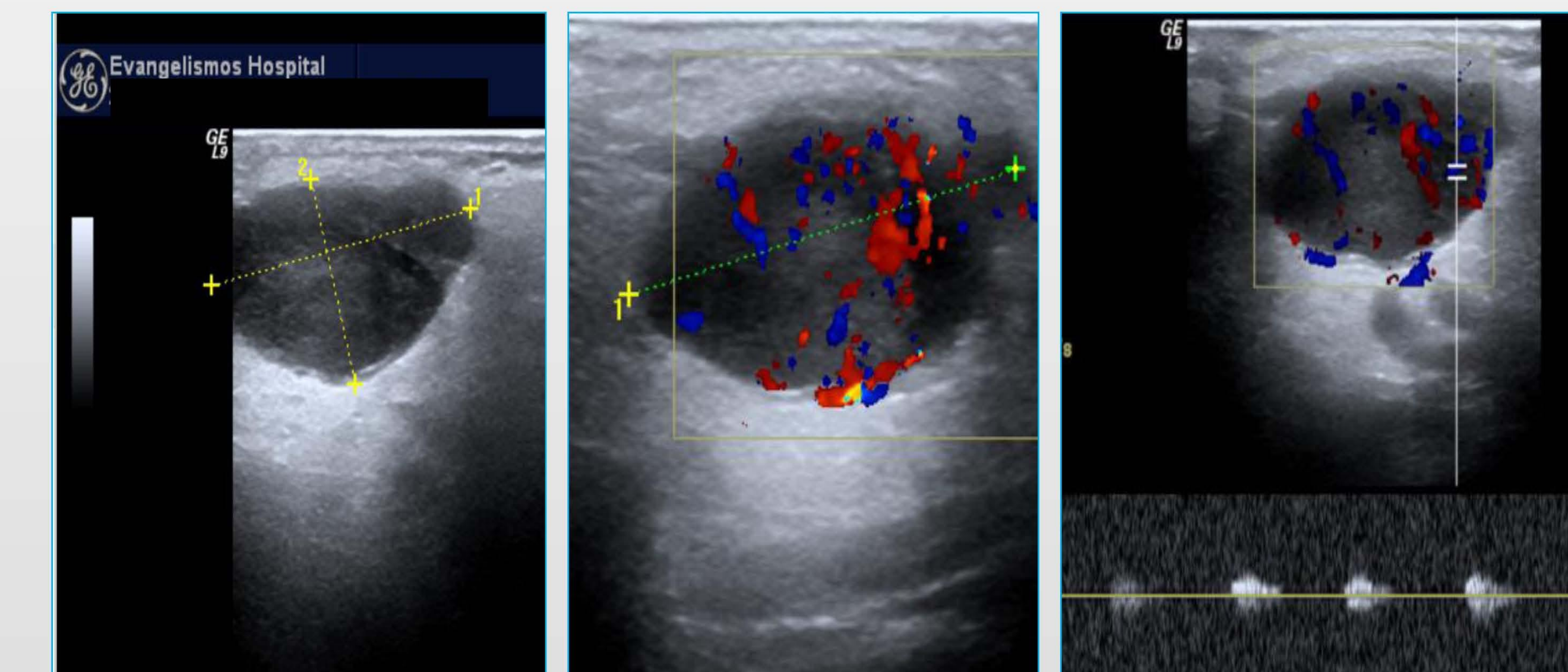
Σύνδρομο Sjogren



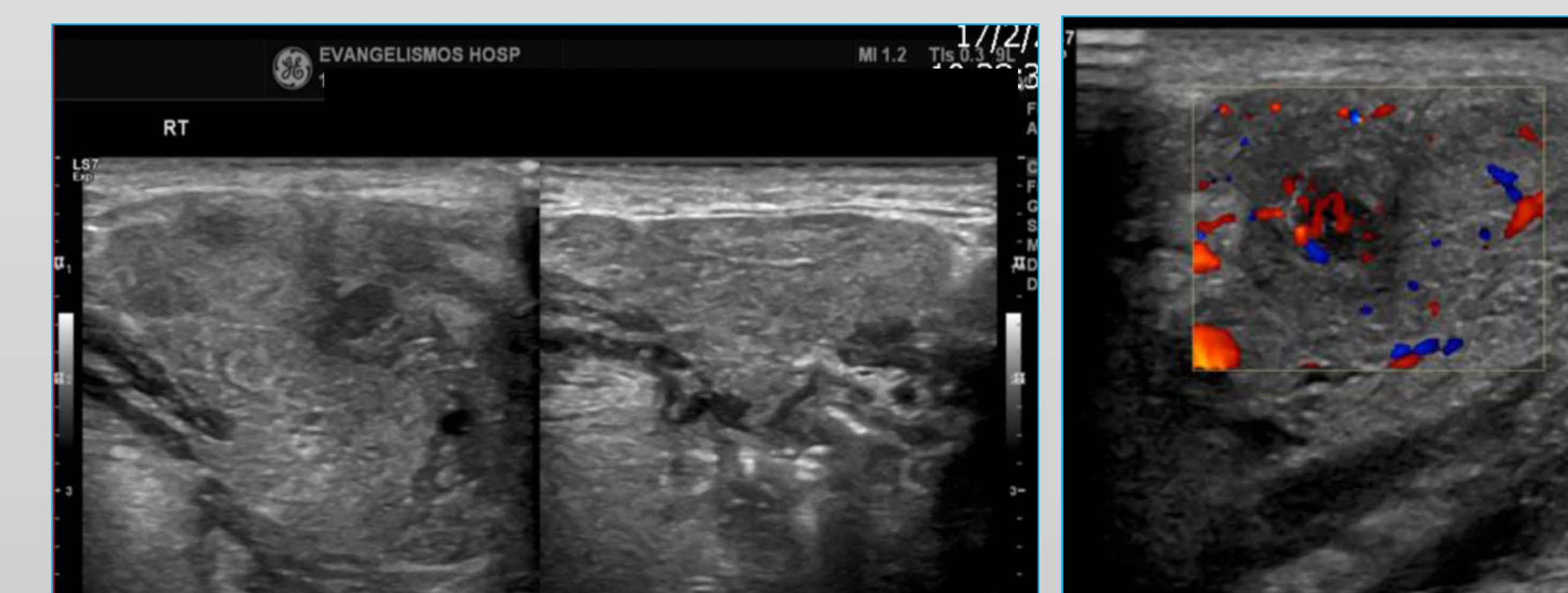
Κύστη



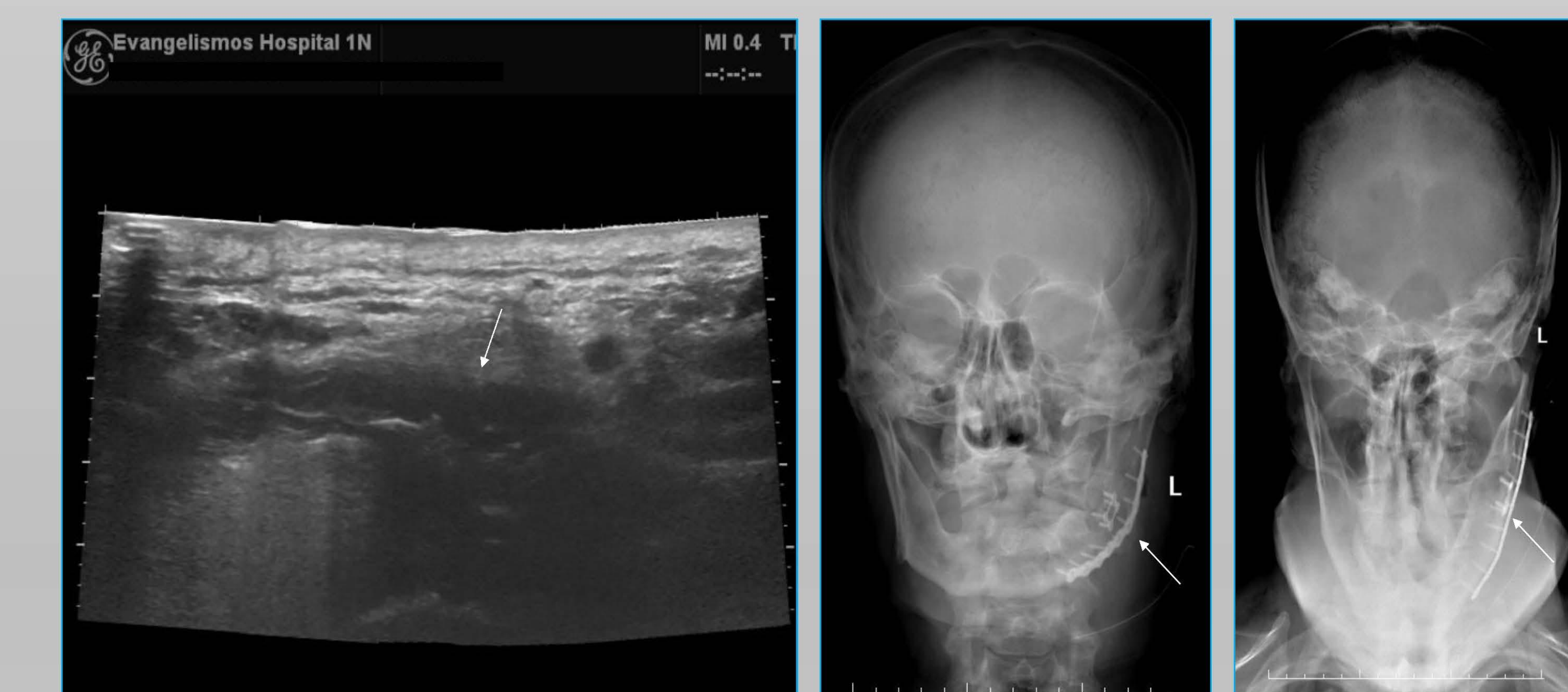
Κακοήθης νεοπλασία



Πλειόμορφο αδένωμα



Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία υπογναθίου αδένος



Τραύμα

Συμπέρασμα: Το υπερηχογράφημα είναι η πρώτη απεικονιστική εξέταση για τη διερεύνηση της παθολογίας των σιαλογόνων αδένων, τόσο για την αρχική εκτίμηση όσο και για την παρακολούθηση. Οι ακτινολόγοι πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη διαγνωστική αυτή τεχνική για την έγκαιρη διάγνωση και τον προγραμματισμό της θεραπείας.

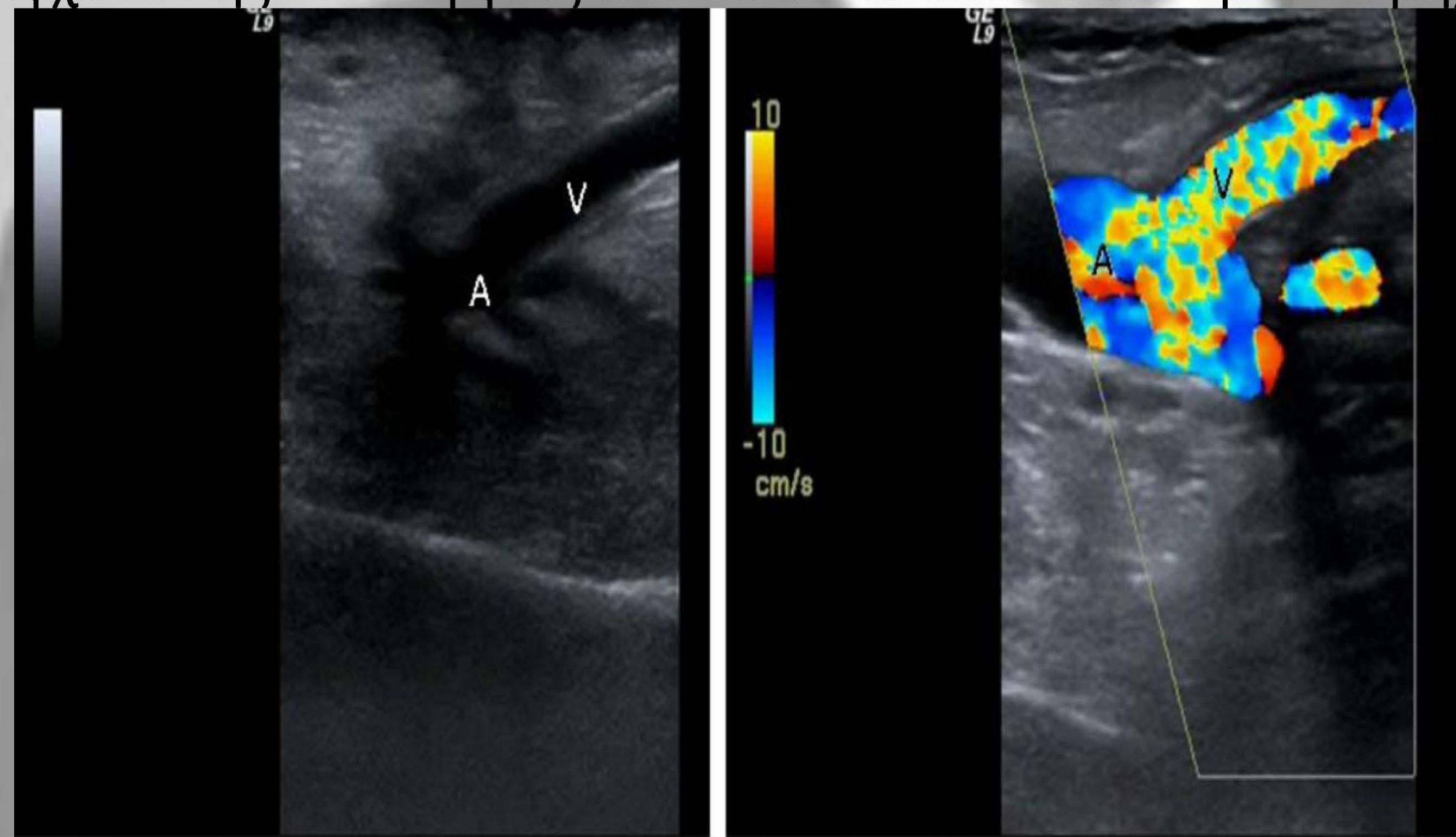
MJ Brescia

JE Cimino

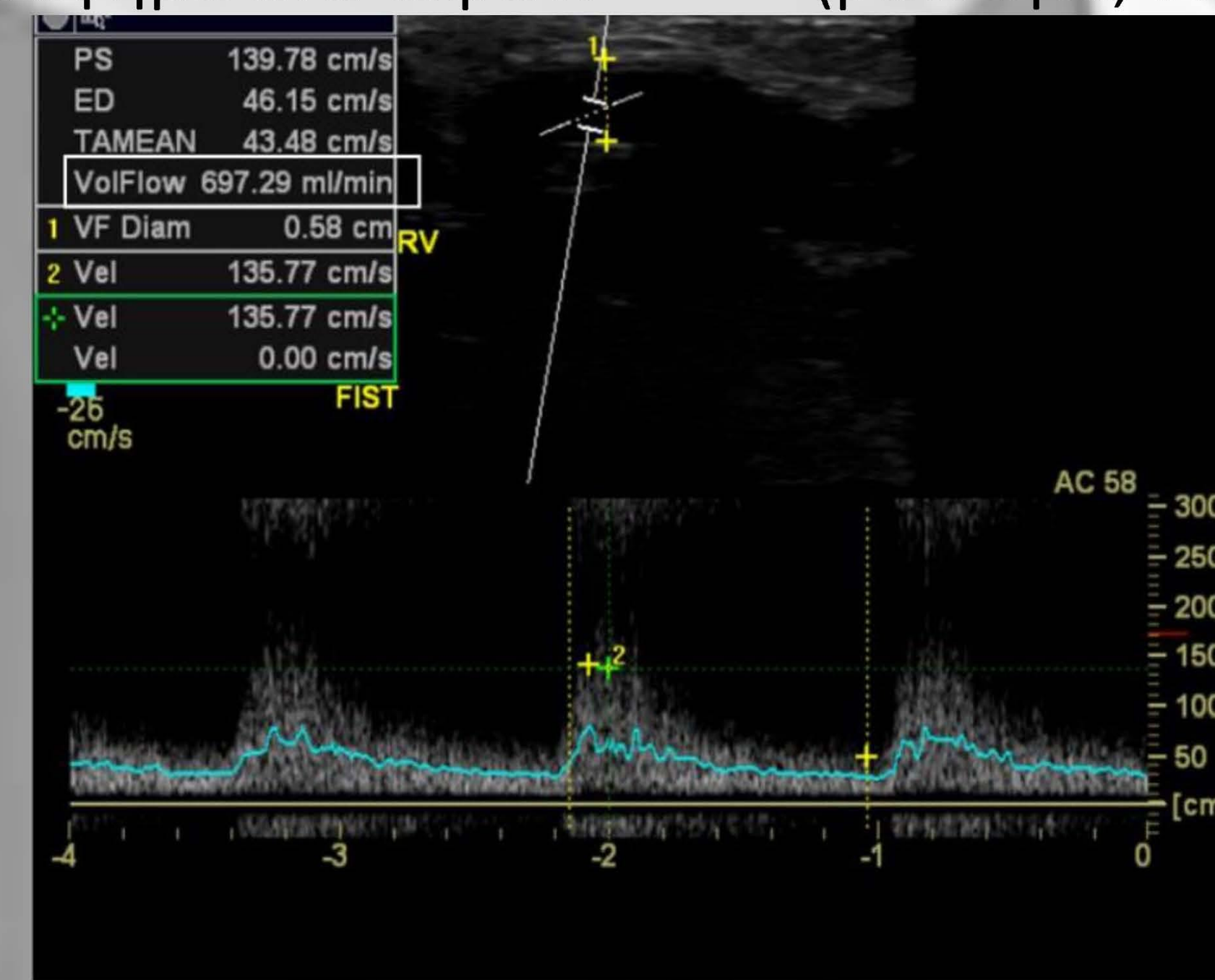
K Appell

Σκοπός: Οι ασθενείς με ΧΝΑ υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και έχουν ανάγκη από αγγειακή προσπέλαση. Τα δύο είδη προσπέλασης είναι: αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (ΑΦΕ)-αρτηριοφλεβώδες μόσχευμα (ΑΦΜ). Αναλύουμε τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, την προεγχειρητική χαρτογράφηση των αρτηριών και φλεβών και τον έλεγχο καλής λειτουργίας και πιθανών επιπλοκών. με υπερηχογράφημα άνω άκρων.

Υλικό και Μέθοδος: Η ΑΦΕ πραγματοποιείται μεταξύ εν τω βάθει αρτηρίας και επιπολής φλέβας. Τα συχνότερα είδη επικοινωνίας είναι η κερκιδοκεφαλική και η βραχιοκεφαλική. Η επικοινωνία αυξάνει την πίεση στη φλέβα, η οποία είναι πλέον κατάλληλη για αγγειακή προσπέλαση. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα κατάλληλα αγγεία, τοποθετείται ΑΦΜ. Για τη δημιουργία επικοινωνίας απαιτείται προεγχειρητική χαρτογράφηση αρτηριών-φλεβών (βατότητα, διάμετρος-βάθος από δέρμα των αγγείων που θα χρησιμοποιηθούν).



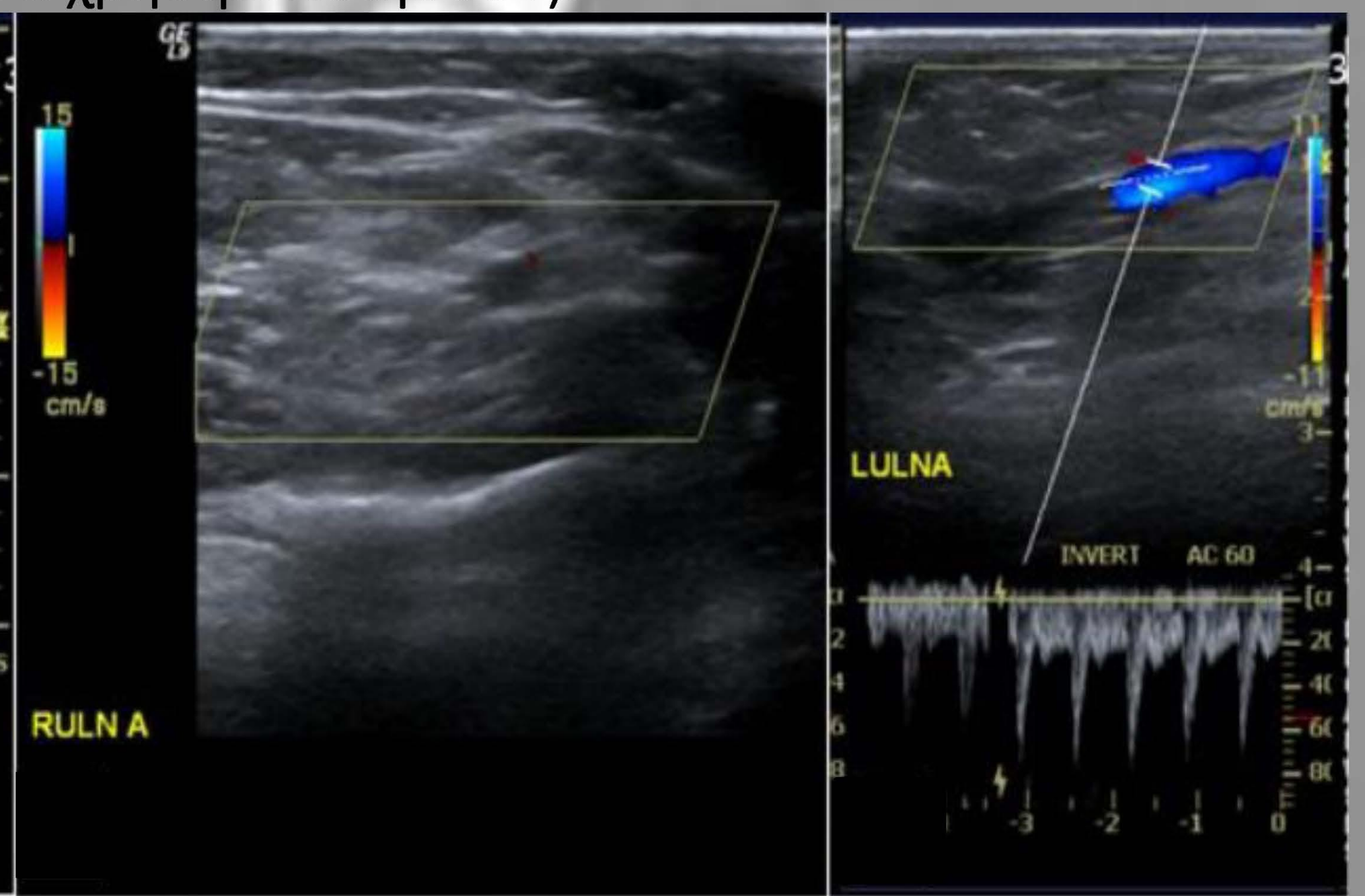
Φυσιολογική ΑΦ αναστόμωση



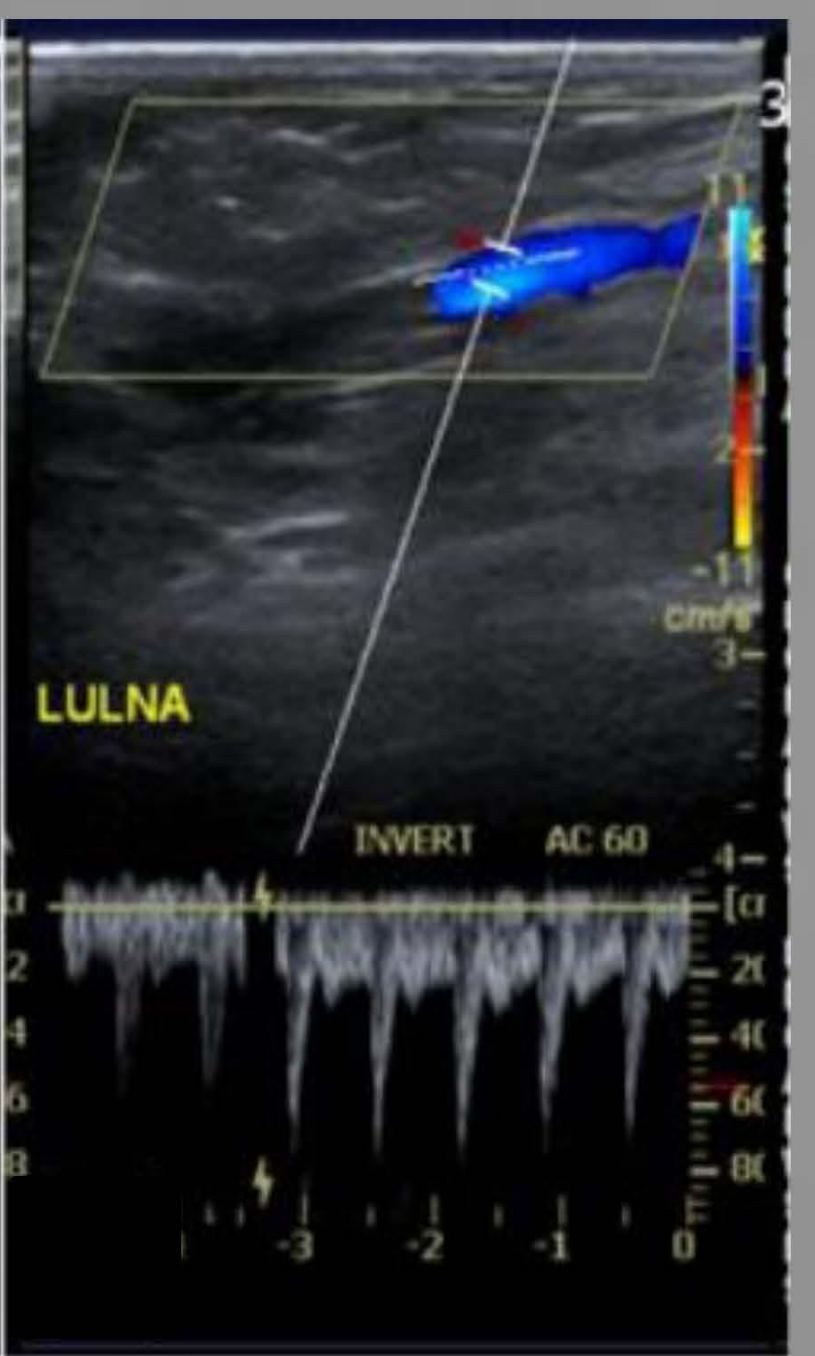
Φυσιολογικός όγκος ροής



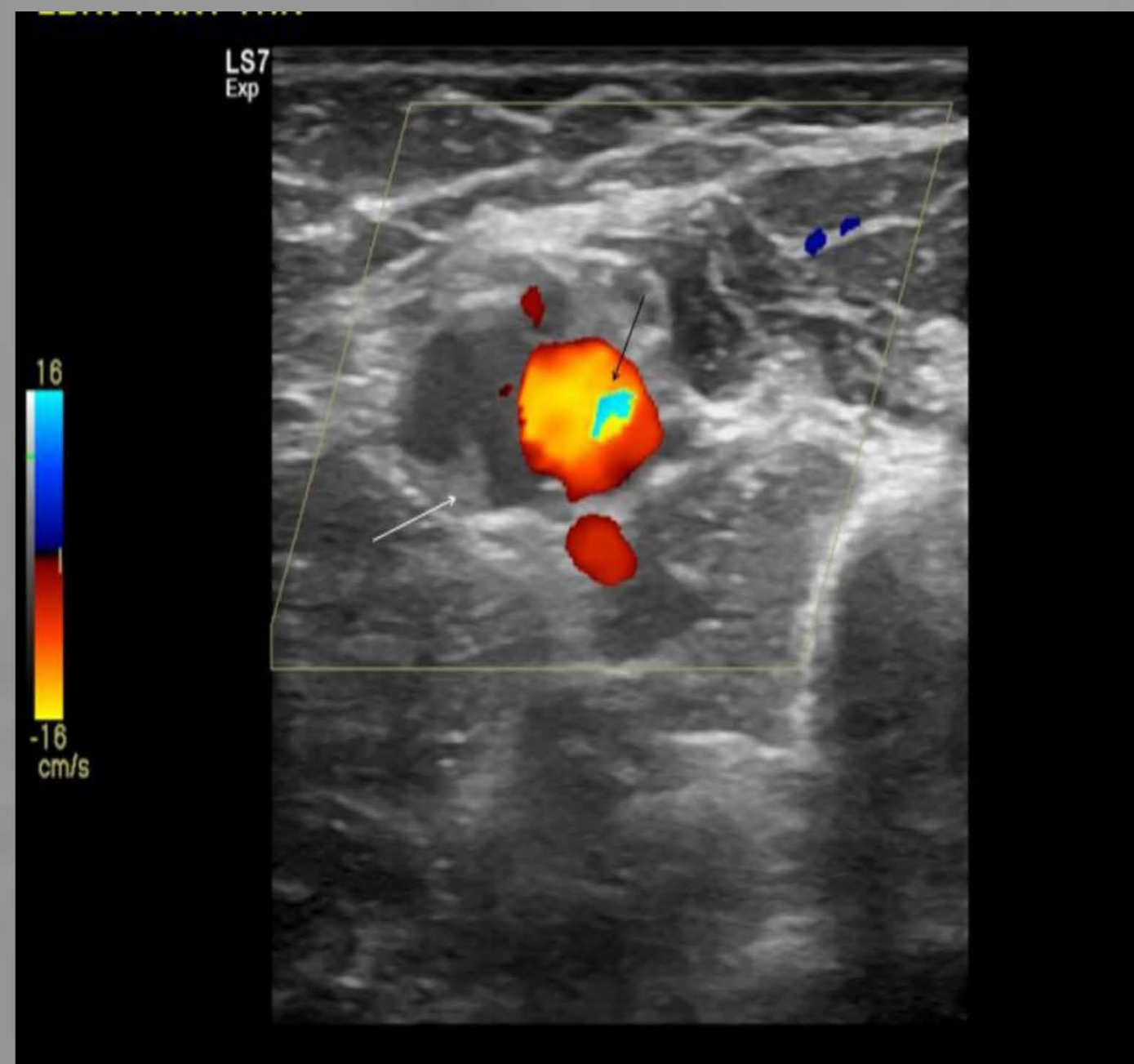
Προαποφρακτική ροή Δ ωλενίου αρτηρίας



Απόφραξη Δ ωλενίου αρτηρίας



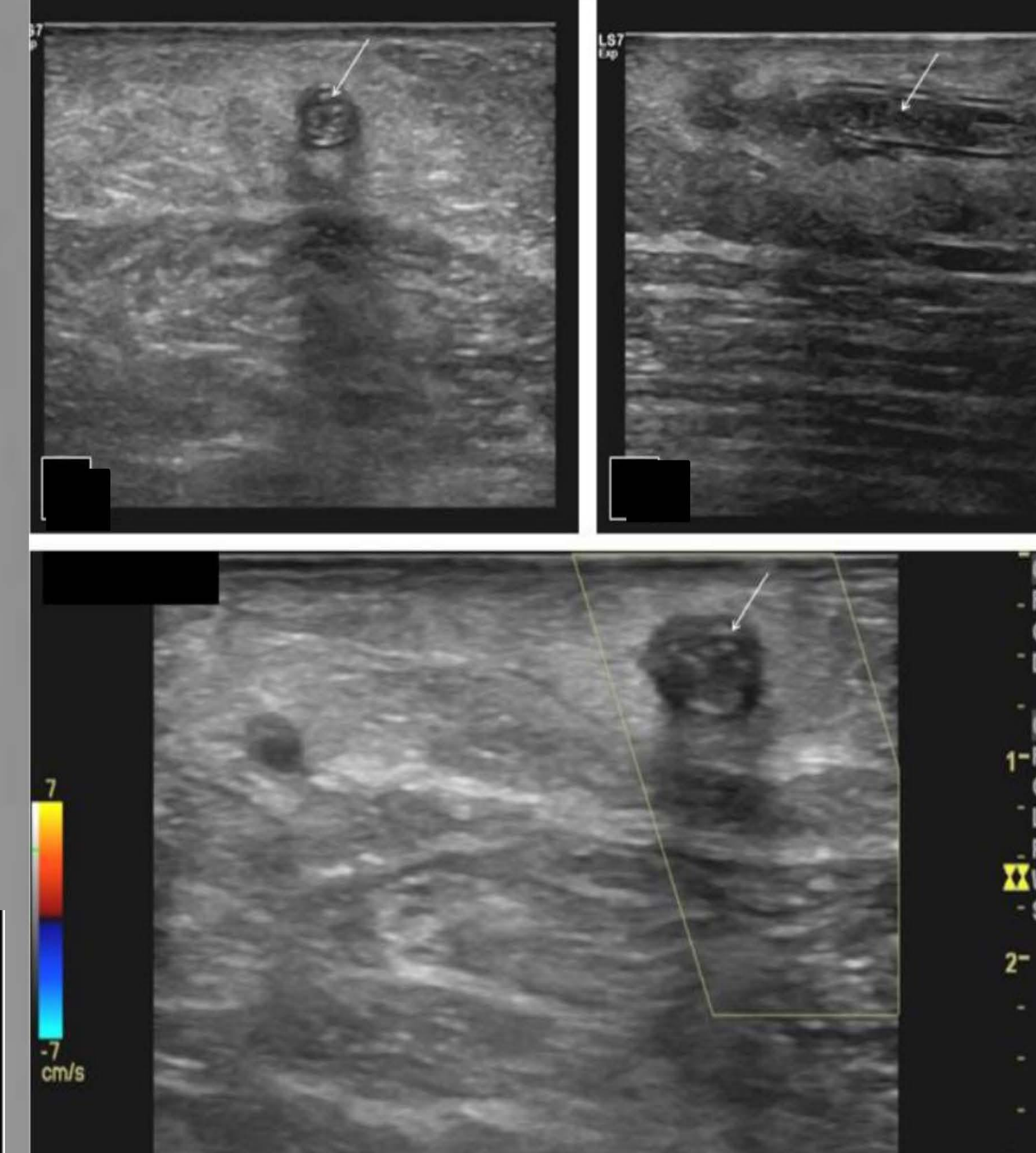
Φυσιολογική Α ωλενίου αρτηρία



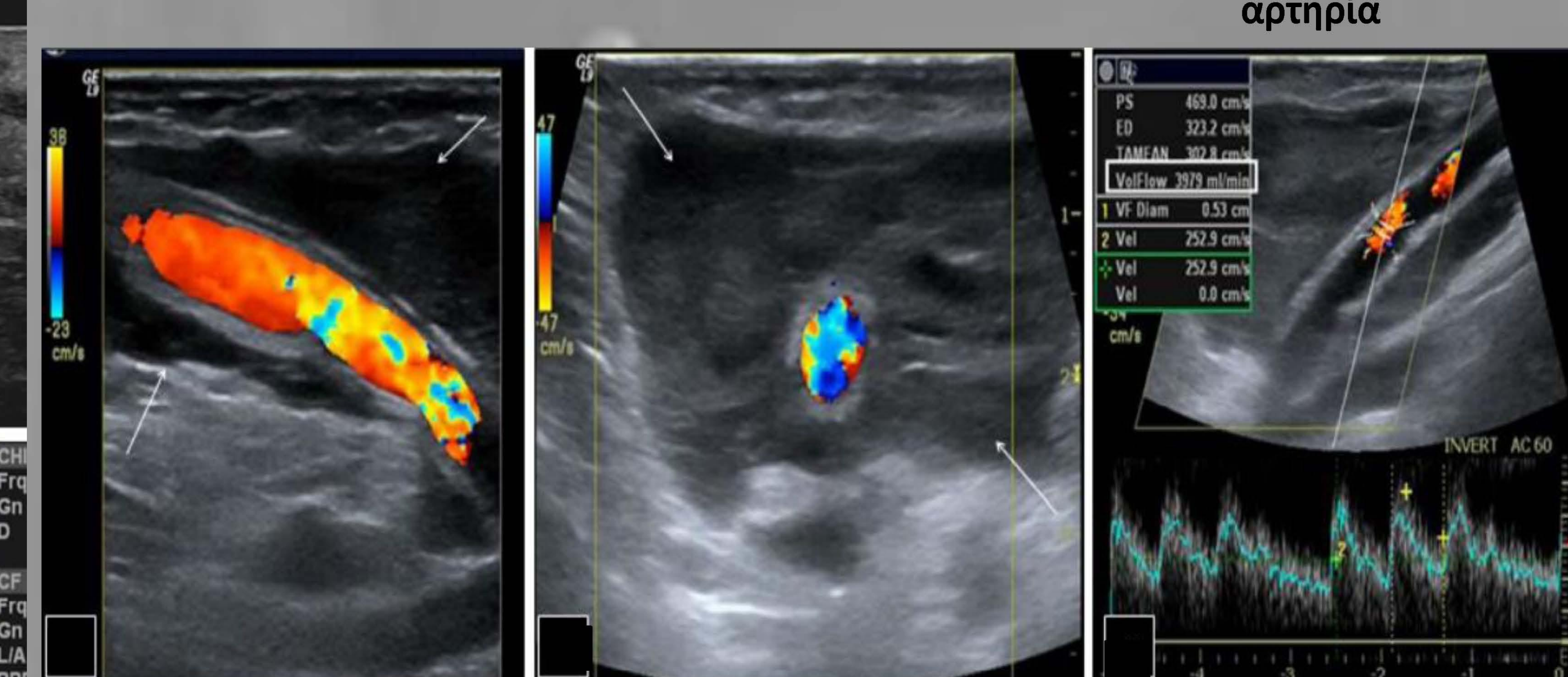
Μερική θρόμβωση βραχιονίου φλέβας



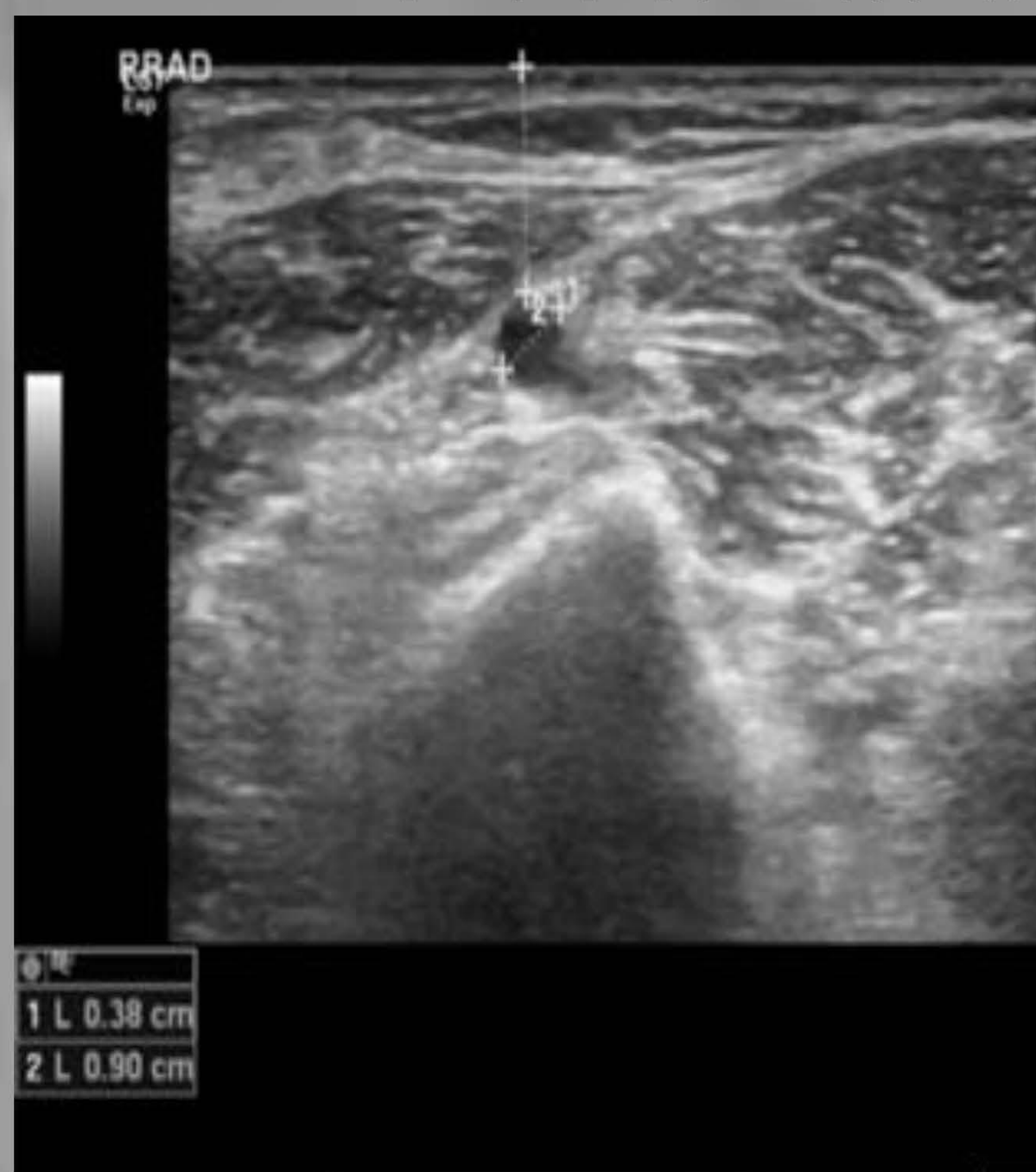
Στένωση στο σημείο αναστομώσεως



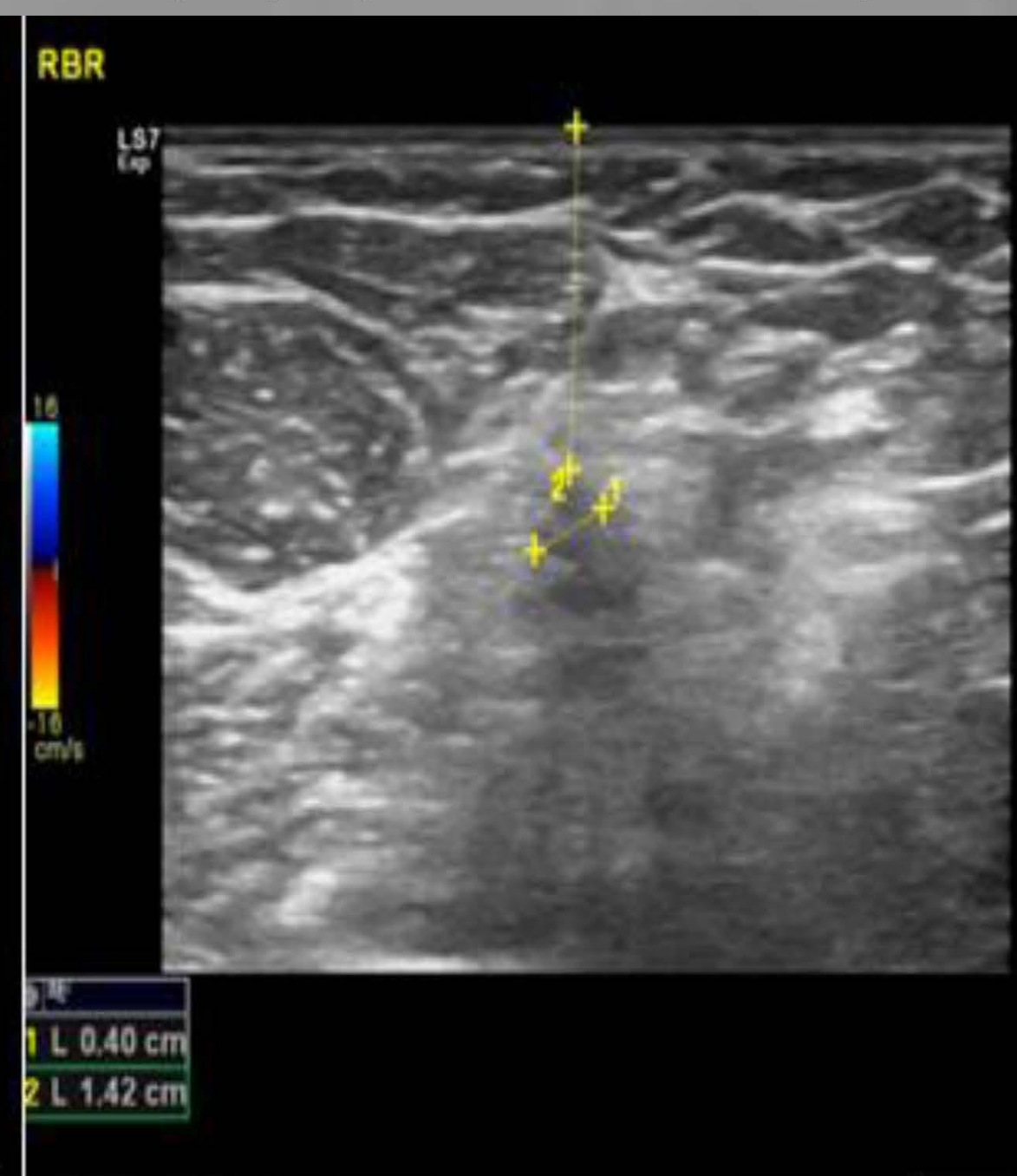
Θρόμβωση μοσχεύματος



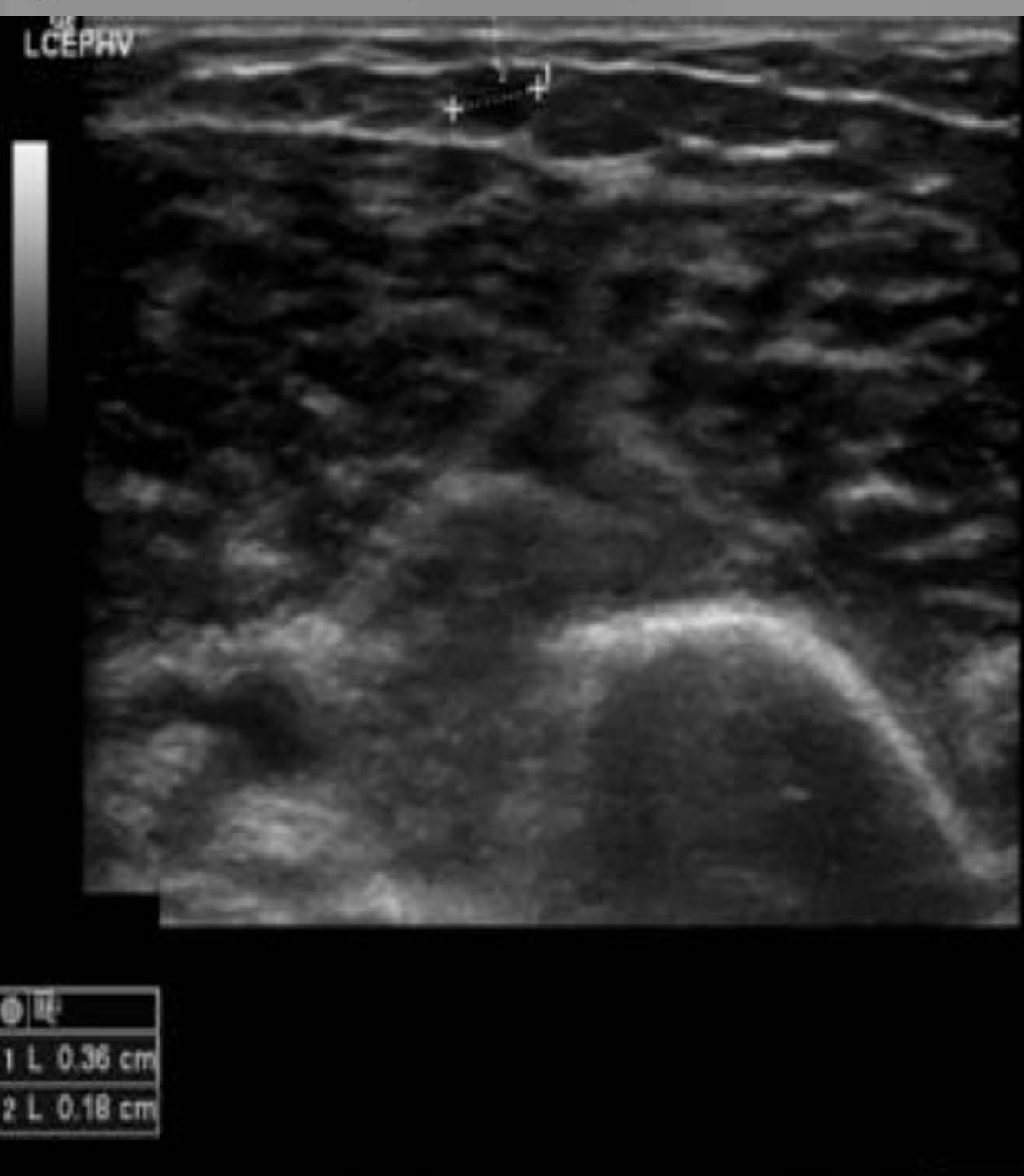
Φλεγμονή: συλλογή υγρού και υψηλός όγκος ροής



Κερκιδική αρτηρία

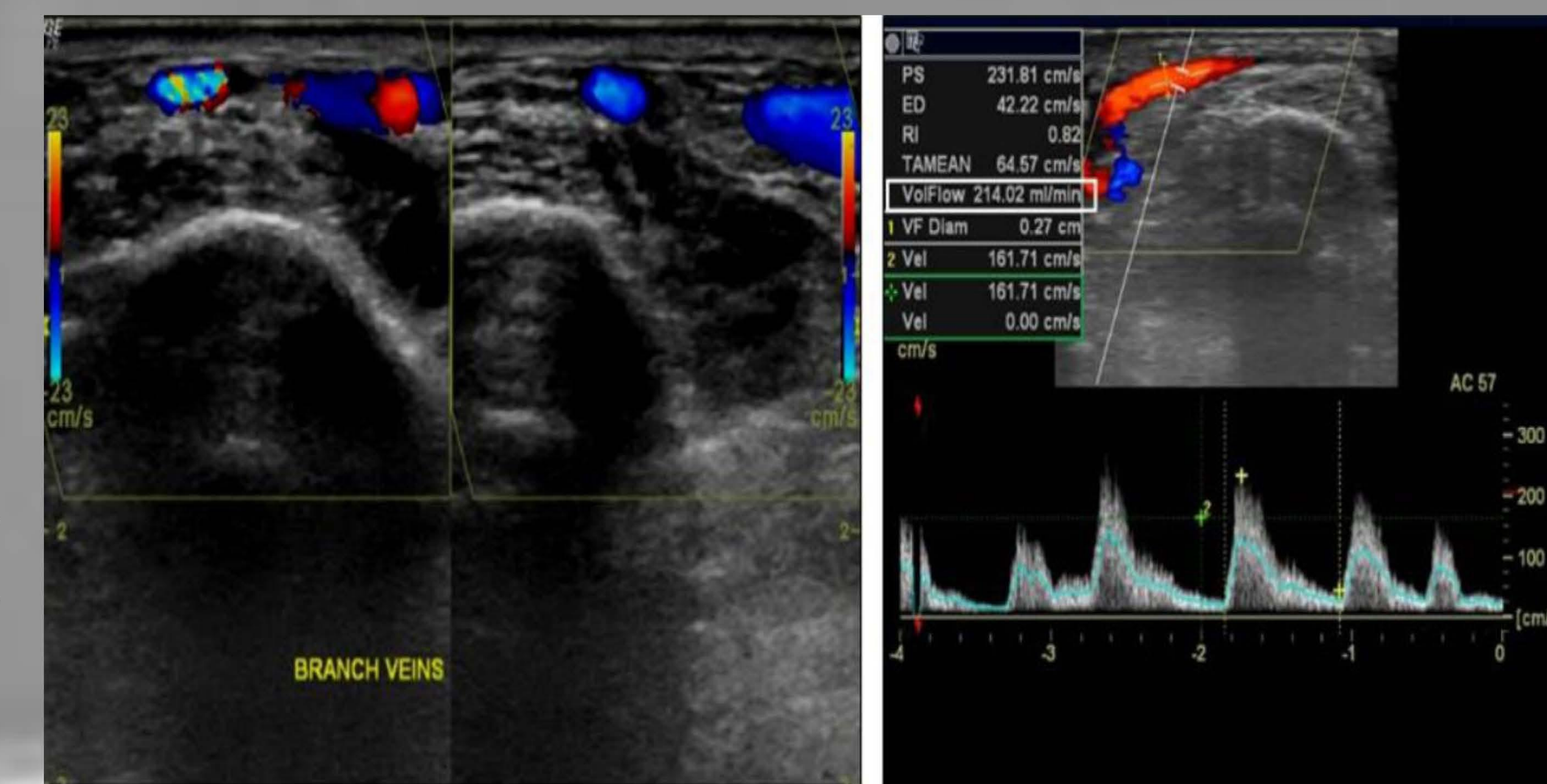


Βραχιόνιος αρτηρία



Κεφαλική φλέβα

Συμπέρασμα: ΑΦΕ και ΑΦΜ ελέγχονται σε όλα τους τα στάδια με υπερηχογράφημα για προεγχειρητικό σχεδιασμό, έλεγχο λειτουργίας και εκτίμηση πιθανών επιπλοκών. Οι ακτινολόγοι πρέπει να έχουν εκπαιδευθεί επαρκώς για την εκτέλεση της υπερηχογραφικής αυτής εξετάσεως.



Χαμηλός όγκος ροής λόγω επικουρικών φλεβών

Σκοπός:

Το αγγειοοίδημα του λεπτού εντέρου αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, που οφείλεται σε :

- Κληρονομικά αίτια
- Επίκτητα αίτια. Κυρίως φάρμακα:
 - αναστολείς του άξονα ρενίνης – αγγειοτασίνης – αλδοστερόνης
 - DPP4 ανταγωνιστές

Σκοπός είναι να περιγράψουμε μια κλινική περίπτωση μεμονωμένου αγγειοοιδήματος λεπτού εντέρου που αποδόθηκε στην λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή με ανταγωνιστή υποδοχέα αγγειοτασίνης (σαρτάνη).

Κλινική Περίπτωση:

- Γυναίκα 64ετών με κοιλιακό άλγος και τροφώδεις εμέτους από 24ώρο
- Ατομικό Αναμνηστικό:
 - Υποθυρεοειδισμός
 - Αρτηριακή υπέρταση, με πρόσφατη από 3μήνου έναρξη αγωγής με ολμεσαρτάνη / υδροχλωροθειαζίδη
 - Εποχικές αλλεργίες
- Κλινική Εξέταση: διάχυτο κοιλιακό άλγος, με επικρουστική αμβλύτητα, μειωμένους εντερικούς ήχους και σημεία περιτονισμού, χωρίς σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας και χωρίς προσβολή λοιπών συστημάτων.

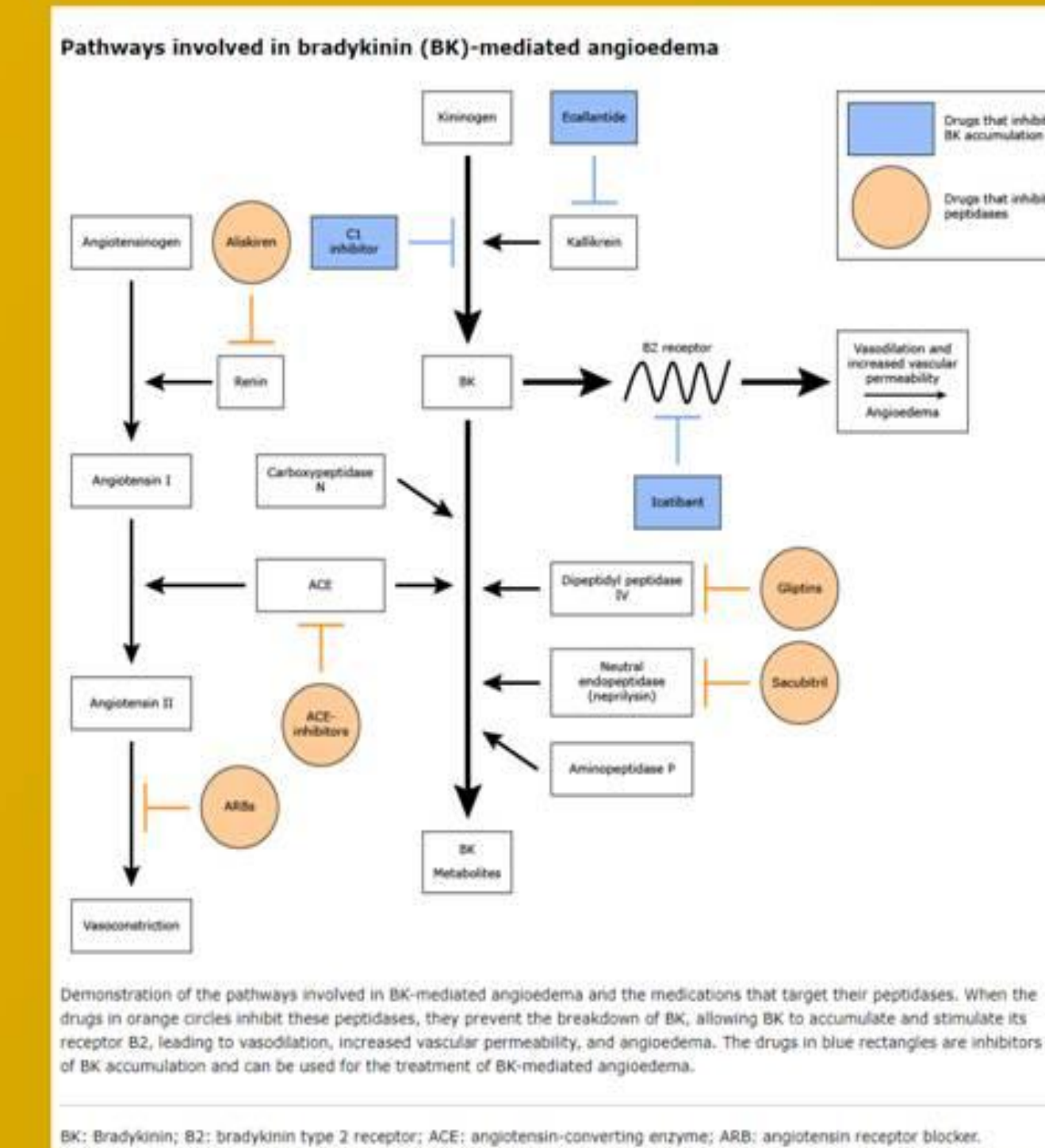
Αποτελέσματα:

- CT κοιλίας: μεγάλη ασκτική συλλογή περιηπατικά, αριστερά υποδιαφραγματικά και στην ελάσσονα πύελο και εκσεσημασμένο οίδημα λεπτού εντέρου, κυρίως νήστιδας, με θολερότητα του επιχώριου μεσεντέριου λίπους, ως επί πιθανής συστροφής μεσεντέριου. Τα μεσεντέρια αγγεία ήταν βατά και δεν ανεδείχθη λεμφαδενοπάθεια και οξεία παθολογία από τα συμπαγή όργανα.
- Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοκυττάρωση με ήπια άνοδο δεικτών φλεγμονής και φυσιολογικές τιμές γαλακτικού οξέος και λοιπών βιοχημικών παραμέτρων.
- Διακοπή της σαρτάνης και νηστεία :
 - Πλήρης ύφεση συμπτωμάτων μετά το 1^ο 24ώρο
 - Υποχώρηση του ασκτικού υγρού στον επαναληπτικό επανέλεγχο στις 48 ώρες.

Απουσία εναλλακτικής διάγνωσης

Ταχεία κλινική βελτίωση

Αγγειοοίδημα λεπτού εντέρου λόγω της λαμβανόμενης σαρτάνης



- Αποκλείστηκαν άλλες αιτίες αγγειοιδήματος, όπως ανεπάρκεια του αναστολέα C1 εστεράσης.
- Συνήθως με τη λήψη α-ΜΕΑ, το 1ο 3μηνο
- Μηχανισμός ➡ ➡ ➡ Αυξημένη επίδραση βραδυκινίνης ➡ προκαλεί αγγειοδιαστολή ➡ αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας. Χωρίς τη μεσολάβηση της ισταμίνης.
- Σπανιότερα, έχουν ενοχοποιηθεί και οι σαρτάνες με άγνωστο μηχανισμό.
- Ευνοϊκή πρόγνωση, με τάση αυτοπεριορισμού του αγγειοιδήματος εντός 48-72ωρου.
- Χορήγηση κορτικοειδών και αντιισταμινικών, χωρίς θεραπευτική επίδραση.

Έκβαση: 1. Ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση. 2. Σύσταση για αποφυγή α-ΜΕΑ και σαρτάνης. 3. Χωρίς υποτροπή της συμπτωματολογίας στο επόμενο έτος.

Συμπεράσματα:

- Το αγγειοοίδημα από α-ΜΕΑ και ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης II αποτελεί μια μάλλον υποδιαγνωσκόμνη οντότητα.
- Προσβάλει συνήθως:
 - πρόσωπο
 - χείλη
 - βλέφαρα
 - ανώτερο αναπνευστικό
- Αναφέρεται και μεμονωμένη προσβολή του λεπτού έντερου, με ευνοϊκή συνήθως πρόγνωση
- Αυξημένη επαγρύπνηση για την αναγνώριση του:
 - Καθώς προσομοιάζει με χειρουργικές παθήσεις της κοιλίας ➡ ώστε να αποφευχθεί αχρείαστη χειρουργική διερεύνηση
 - Διακοπή των ένοχων φαρμακευτικών ουσιών ➡ ώστε να προληφθούν μελλοντικές υποτροπές.

References:

- Toh S, Reichman ME, Houstoun M, et al. Comparative risk for angioedema associated with the use of drugs that target the renin-angiotensin-aldosterone system. Arch Intern Med 2012; 172:1582.
- Makani H, Messerli FH, Romero J, et al. Meta-analysis of randomized trials of angioedema as an adverse event of renin-angiotensin system inhibitors. Am J Cardiol 2012; 110:383.
- Haymore BR, Yoon J, Mikita CP, et al. Risk of angioedema with angiotensin receptor blockers in patients with prior angioedema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitors: a meta-analysis. Ann Allergy Asthma Immunol 2008; 101:495.
- Beavers CJ, Dunn SP, Macaulay TE. The role of angiotensin receptor blockers in patients with angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced angioedema. Ann Pharmacother 2011; 45:520.
- Rasmussen ER, Pottegård A, Bygum A, et al. Angiotensin II receptor blockers are safe in patients with prior angioedema related to angiotensin-converting enzyme inhibitors - a nationwide registry-based cohort study. J Intern Med 2019; 285:553.
- Autumn Chandler Guyer, Aleena Banerji. ACE inhibitor-induced angioedema in: UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January, 2022.)
- Hudey SN, Westermann-Clark E, Lockey RF. Cardiovascular and Diabetic Medications That Cause Bradykinin-Mediated Angioedema. J Allergy Clin Immunol Pract 2017; 5:610.



ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ. ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Π. Μπαζάνη, Σ. Κωμαΐτης, Γ. Στράντζαλης

1^η Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενών που εμφάνισαν μηνιγγίωμα εγκεφάλου στην ενήλικη ζωή τους ενώ είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία του Κ.Ν.Σ. στην παιδική τους ηλικία ως μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης παθήσεων όπως η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, το λέμφωμα Hodgkin ή οι αρχέγονοι νευρο-εξωδερματικοί όγκοι. Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει τα μηνιγγιώματα αυτά ως «Μηνιγγιώματα Σχετιζόμενα με την Ακτινοβολία».

Υλικό - Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 13 ασθενών με μηνιγγίωμα σχετιζόμενο με την ακτινοβολία, που αντιμετωπίστηκαν στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο χρονικό διάστημα από τον Σεπτέμβριο 2000 έως τον Σεπτέμβριο 2021. Οι ασθενείς αυτοί είχαν ακτινοβληθεί σε παιδική ηλικία είτε για κακοήθες νεόπλασμα του κεντρικού νευρικού συστήματος είτε για οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, είτε για αρχέγονο νευρο-εξωδερματικό όγκο. Από την μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν μηνιγγίωμα χωρίς προγενέστερη ακτινοβολία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Ωκτό (8) άνδρες και πέντε (5) γυναίκες ηλικίας 21 έως 46 ετών με μέση ηλικία 32,7 έτη παρουσίασαν μηνιγγίωμα στην ενήλικη ζωή σχετιζόμενο με ακτινοβολία στην παιδική ηλικία. Από τους οκτώ άνδρες ασθενείς έξι ακτινοβλήθηκαν λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και δύο λόγω αρχέγονου νευρο-εξωδερματικού όγκου. Από τις πέντε γυναίκες ασθενείς, οι τρεις ακτινοβλήθηκαν λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας, μία ασθενής ακτινοβλήθηκε λόγω αστροκυτώματος και μία λόγω αρχέγονου νευρο-εξωδερματικού όγκου. Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ της ακτινοβολίας του κεντρικού νευρικού συστήματος και της διάγνωσης μηνιγγιώματος ήταν περίπου 32 έτη. Η θέση εντόπισης των μηνιγγιωμάτων ήταν στην κυρτότητα του εγκεφάλου, στην πτέρυγα του σφηνοειδούς οστού, παραοβελιαία, εντός του κοιλιακού συστήματος και στον κροταφικό λοβό. Ένας ασθενής παρουσίασε πολλαπλά μηνιγγιώματα τόσο στην κυρτότητα όσο και παραοβελιαία.

Συμπεράσματα: Είναι γνωστό ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι η πιο συχνή κακοήθεια της παιδικής ηλικίας. Οι εγκεφαλικοί όγκοι της παιδικής ηλικίας και η αντιμετώπισή τους με ακτινοθεραπεία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης δευτεροπαθών νεοπλασμάτων. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προφυλακτική ακτινοθεραπεία κρανίου για οξεία λευχαιμία αναπτύσσουν σε δεύτερο χρόνο δευτεροπαθείς όγκους εγκεφάλου σχετιζόμενους με την ακτινοθεραπεία, οι όγκοι αυτοί είναι καλοήθεις της κατηγορίας των μηνιγγιωμάτων. Η αντιμετώπιση των μηνιγγιωμάτων αυτών είναι ίδια με την αντιμετώπιση των σποραδικών μηνιγγιωμάτων.

A/A	Φύλλο	Ηλικία	Ηλικία Ακτινοβολήσης	Λόγος ακτινοβολήσης	Ηλικία Χειρουργείου	Χρόνος μεταξύ Ακτινοβολίας και Χειρουργείου	Θέση Μηνιγγιώματος	Ιστολογικός Τύπος	Είδος αιτίας
1	A	21	2	Ο.Λ.Λευχαιμία	21	19	παραοβελιαία	grade I	ολοκρανιακή
2	A	23	5	PNET	23	18	παραοβελιαία	grade I	ολοκρανιακή
3	Γ	23	14	Ο.Λ.Λευχαιμία	23	9	κυρτότητας αρ	grade I	ολοκρανιακή
4	Γ	27	2	Ο.Λ.Λευχαιμία	27	25	παραοβελιαία	grade I	ΚΝΣ
5	A	29	3	Ο.Λ.Λευχαιμία	29	26	κυρτότητας δεξ	grade I	ΚΝΣ
6	A	31	4	PNET	31	27	πολλαπλή μηνιγγιωματούση	grade I	ΚΝΣ
7	A	32	2	Ο.Λ.Λευχαιμία	32	30	κυρτότητας δεξ	grade I	ολοκρανιακή
8	Γ	33	3	Ο.Λ.Λευχαιμία	33	30	πτέρυγας σφηνοειδούς	grade II	ολοκρανιακή
9	Γ	34	4	Αστροκύτωμα	34	30	κοιλιακό σύστημα	grade I	ολοκρανιακή
10	Γ	38	6	PNET	38	32	παραοβελιαία	grade I	ΚΝΣ
11	A	43	2	Ο.Λ.Λευχαιμία	43	41	κροταφικός λοβός αρ	grade I	ΚΝΣ
12	A	45	5	Ο.Λ.Λευχαιμία	45	40	κροταφικός λοβός δεξ	grade I	ΚΝΣ
13	A	46	6	Ο.Λ.Λευχαιμία	46	40	κυρτότητας δεξ	grade I	ολοκρανιακή

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

- Barthélemy, E.J. *et al.* (2016) "The historical origin of the term meningioma and the rise of nationalistic neurosurgery," *Journal of Neurosurgery*, 125(5), pp. 1283–1290. doi:10.3171/2015.10.JNS15877.
- Bhojwani, D., Yang, J.J. and Pui, C.H. (2015) "Biology of childhood acute lymphoblastic leukemia," *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders, pp. 47–60. doi:10.1016/j.pcl.2014.09.004.
- Chukwueke, U.N. and Wen, P.Y. (2020) "Medical management of meningiomas," in *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V., pp. 291–302. doi:10.1016/B978-0-12-822198-3.00048-3.
- Co, J.L. *et al.* (2019) "Meningioma Screening With MRI in Childhood Leukemia Survivors Treated With Cranial Radiation," *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 104(3), pp. 640–643. doi:10.1016/j.ijrobp.2019.02.057.
- Fardell, J.E. *et al.* (2017) "Health-related quality of life of children on treatment for acute lymphoblastic leukemia: A systematic review," *Pediatric Blood and Cancer*, 64(9), pp. 1–13. doi:10.1002/pbc.26489.
- Fujii, M. *et al.* (2020) "Secondary brain tumors after cranial radiation therapy: A single-institution study," *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 25(2), pp. 245–249. doi:10.1016/j.rpor.2020.01.009.
- Godlewski, B., Drummond, K.J. and Kaye, A.H. (2012) "Radiation-induced meningiomas after high-dose cranial irradiation," *Journal of Clinical Neuroscience*, pp. 1627–1635. doi:10.1016/j.jocn.2012.05.011.



Γ. Σιδηράς, Π. Κουτσουμπός, Δ. Πιστόλας, Ε. Καμπισιούλη, Σ. Γεωργόπουλος, Η. Παπαδοπούλου, Μ. Θεοτοκάς, Δ. Σταλίκας, Α. Σιδέρης
Μονάδα Εμφραγμάτων Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή

Οι Μονάδες Εμφραγμάτων (ΜΕ) δημιουργήθηκαν κατά τη 10ετία του 1960 με σκοπό την αντιμετώπιση των ολοένα αυξανόμενων αναγκών αντιμετώπισης των επιπλοκών του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Στο πέρασμα των χρόνων οι ΜΕ εξελίχθηκαν σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας που παρέχουν ολοκληρωμένη εντατική φροντίδα σε ασθενείς με σοβαρά καρδιαγγειακά νοσήματα. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μια σειρά μελετών η οποία καταγράφει με ποσοτικά δεδομένα τον μετασχηματισμό των ΜΕ σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας. Τα ελληνικά δεδομένα όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, τις διαγνώσεις, τις συνοσηρότητες, τις θεραπευτικές πρακτικές και την έκβαση των ασθενών στις ΜΕ είναι περιορισμένα.

Σκοπός

Η ανάδειξη της βαρύτητας και της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει τη νοσηλεία ασθενών στη ΜΕ.

Μέθοδος

Οι καταγραφές αφορούν τις 14 κλίνες της Μονάδας Εμφραγμάτων του Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», την χρονική περίοδο 01/01/2021 έως και 31/12/2021. Η καταγραφή έγινε από 2 νοσηλευτές της ΜΕ σε βάση δεδομένων στο χώρο αυτής, κλειδωμένη, ανώνυμη και με κωδικοποίηση. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 23. Οι μεταβλητές με κανονική κατανομή εκφράστηκαν ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση και με μη ως διάμεση τιμή 25^ο -75^ο εκατοστημόριο.

Αποτελέσματα

• Από τους 1040 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στη ΜΕ την παραπάνω χρονική περίοδο, 31% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν 68±15 έτη με το 73% των ασθενών να είναι >70 έτη. Οι 49 (5%) ήταν επανεισαγωγή και δεν συμπεριλήφθησαν στην αξιολόγηση, οι 177 (17%) ήταν φιλοξενία με 72 (41%) από αυτούς να είναι διασωληνωμένοι. Στις φιλοξενίες η θνησιμότητα ήταν 14% (24) με διάμεσο χρόνο παραμονής τις 3 (1-7) ημέρες.

Βασικά χαρακτηριστικά Πληθυσμός μελέτης Καρδιολογικών ασθενών (N=812)

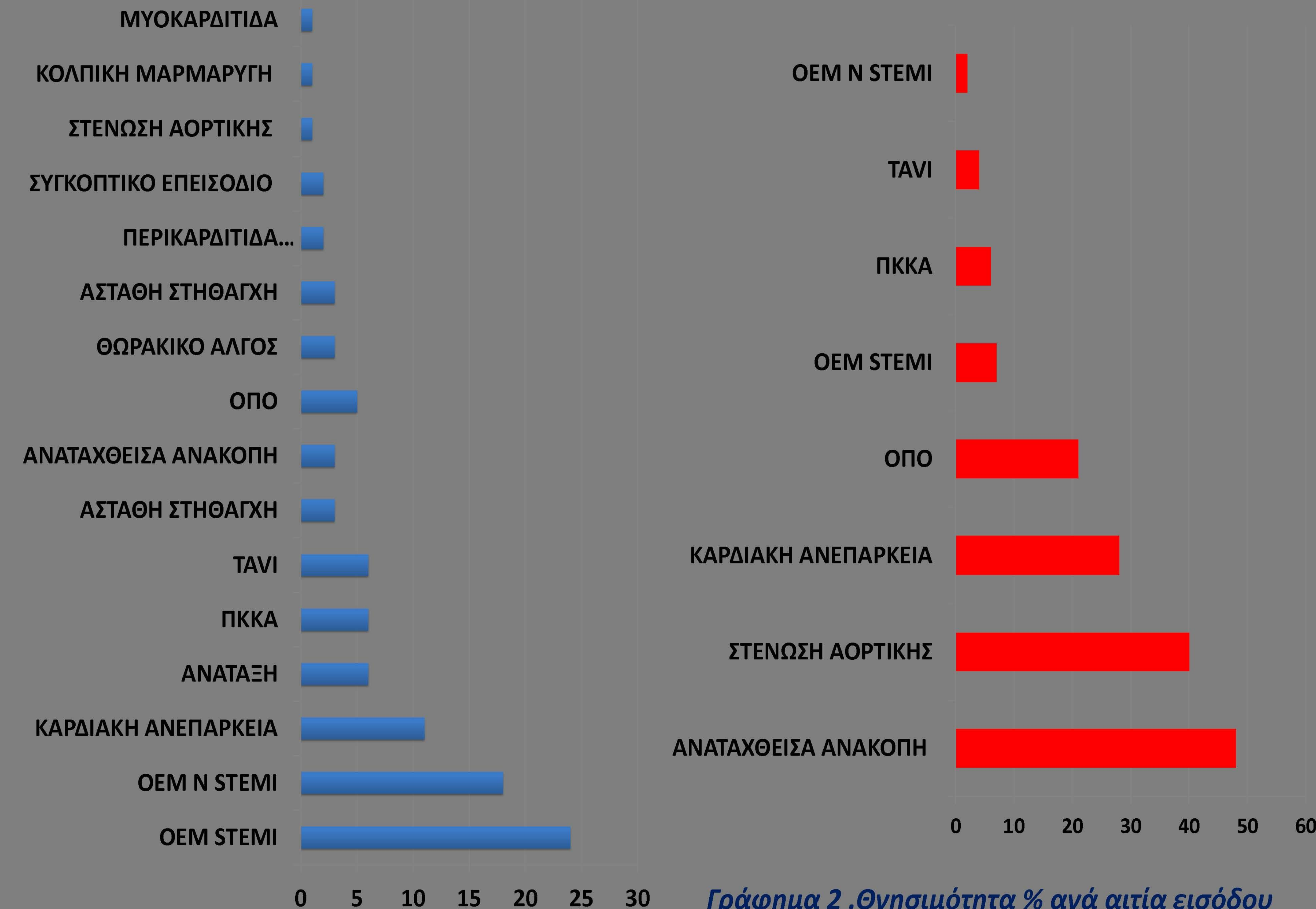
Δημογραφικά

Ηλικία, έτη (mean±SD)	69±15
Ηλικία >70 έτη	394 (49%)
Γυναίκες	233 (29%)
Βάρος, Kg	82±18
Παραμονή, ημέρες (median 25 th -75 th)	2 (1-4)

Συνοδά Νοσήματα

Υπέρταση	353 (43%)
Σακχαρώδης διαβήτης	235 (29%)
Δυσλιπιδαιμία	227 (28%)
Στεφανιαία νόσος	207 (26%)
Καρδιακή ανεπάρκεια	96 (12%)
ΧΑΠ	74 (9%)
ΧΝΒ	69 (9%)
Υποθυρεοειδισμός	56 (7%)
Υπερθυρεοειδισμός	5 (1%)
Ψυχική νόσος	45 (6%)
Κακοήθεια	44 (5%)
ΑΕΕ	35 (4%)
Ενεργός καπνιστής	220 (27%)

Πίνακας 1. Παρουσίαση δημογραφικών στοιχείων καρδιολογικών ασθενών



Γράφημα 1. Αιτίες εισόδου στη ΜΕ %

Θνησιμότητα

• Η συνολική θνησιμότητα ήταν 9% με διάμεσο χρόνο παραμονής 3 (1-9) ημέρες.

Θεραπευτική παρέμβαση	Συνολικός αριθμός	Αριθμός θανάτων	%
Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός	103	67	65
Επαναδιασωλήνωση	6	2	33
Τραχειοστομία	6	3	50
Συνεχής Αιμοδιήθηση	45	34	76

Πίνακας 2. Αριθμός θεραπευτικών παρεμβάσεων που χρήζουν εντατικής θεραπείας και ποσοστά θνησιμότητας αυτών

Συμπεράσματα

Η ΜΕ αποτελεί μια νοσηλευτική μονάδα με εξαιρετική πολυπλοκότητα όσον αφορά τη φύση των περιστατικών που νοσηλεύονται σε αυτή αλλά και τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται. Η βαρύτητα των περιστατικών καταδεικνύει την αναγκαιότητα στελέχωσης αυτής τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά με καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην εντατική θεραπεία. Κρίνεται αναγκαία η διενέργεια πολυκεντρικών μελετών που να αναδείξουν τον μετασχηματισμό των ΜΕ σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας.

Μεταστατικό μελάνωμα πνεύμονα με άγνωστη πρωτοπαθή εστία

Πολύδωρα Ευτυχία¹, Γιαννιού Νίκη¹, Σιγάλα Ιωάννα¹, Ελευθερίου Κωνσταντίνος¹, Ρίμπα Φαίνη¹, Σιαμπάνη Ραφαέλλα¹, Διακονικολάου Ζαχαρίας¹, Βουρλάκου Χριστίνα², Κατσαούνου Παρασκευή¹
 1 Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ Ευαγγελισμός, ΕΚΠΑ
 2 Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

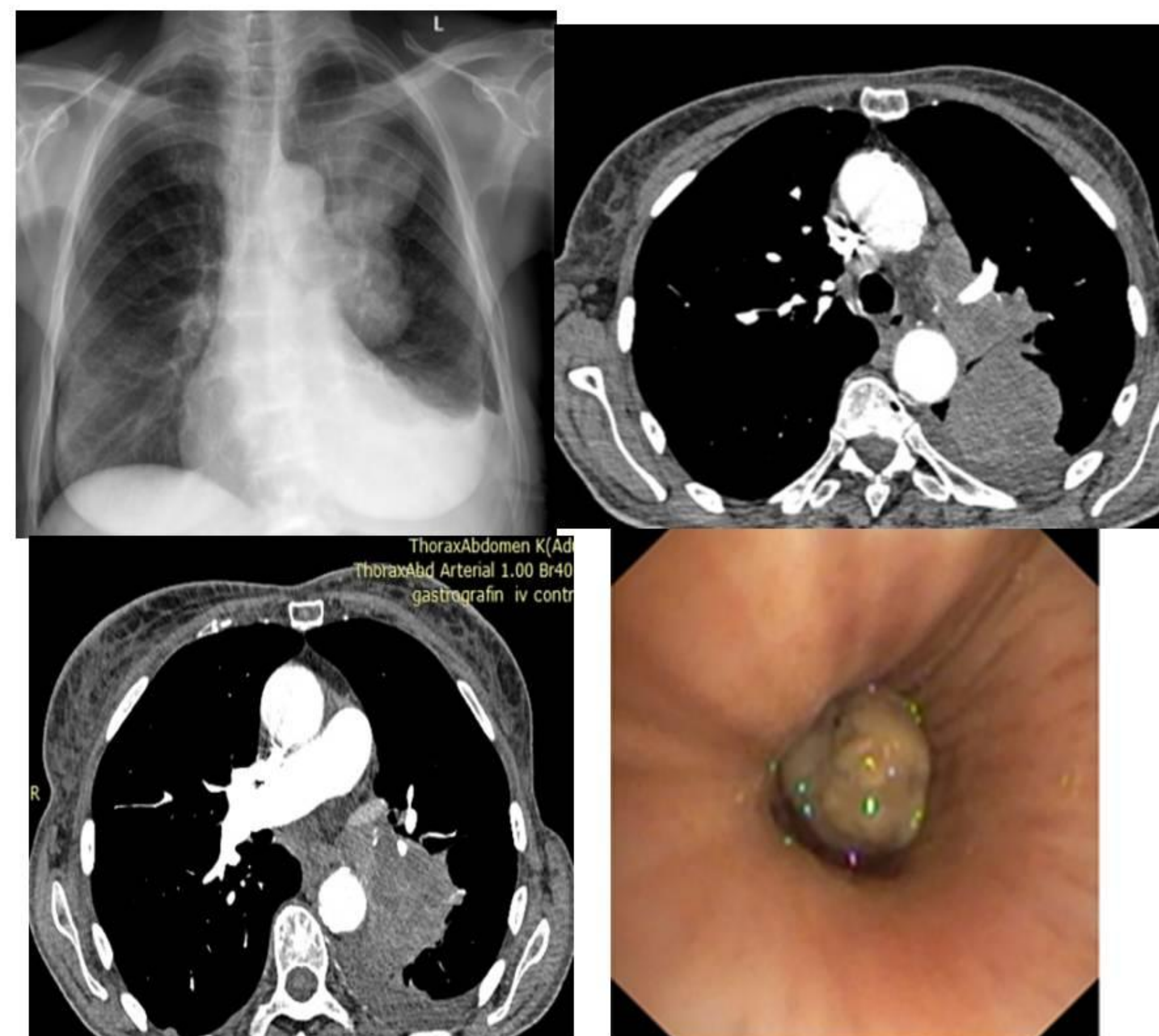
Εισαγωγή

Το μελάνωμα είναι καρκίνος του δέρματος με επίπτωση >160.000 περιστατικά ετησίως, το οποίο σχετίζεται με 41.000 θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Το μεταστατικό μελάνωμα στους πνεύμονες και το μεσοθωράκιο αποτελεί το 5% όλων των κακοήθων μεταστάσεων. Ενώ αποτελούν την 2^η συχνότερη εστία μετάστασης, μετά τον λεμφικό ιστό, στους ασθενείς με διαγνωσμένο δερματικό μελάνωμα, μόνο το 2,6% εμφανίζει μεταστατικό μελάνωμα με άγνωστη πρωτοπαθή βλάβη. Συνήθως εμφανίζεται ως μάζα (μία ή πολλαπλές), σπανιότερα ως μονήρης όζος. Περιγράφουμε 2 περιστατικά με μεταστατικό μελάνωμα πνεύμονα και άγνωστη πρωτοπαθή βλάβη, το ένα με ενδοβρογχική βλάβη και το δεύτερο με πολλαπλές μεταστάσεις.

Περιστατικό 1

Γυναίκα 83 ετών, καπνίστρια (60rg), με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, εμφανίζει μη παραγωγικό βήχα και δύσπνοια από μηνός, καθώς και απώλεια βάρους (~6kg) από 5μήνου. Η αξονική τομογραφία θώρακος απεικονίζει ευμεγέθη χωροκατακτητική εξεργασία αριστερής πύλης, που αποφράσει τον αριστερό βρόγχο, λεμφαδένες μεσοθωρακίου, πλευριτική συλλογή ομόπλευρα και περικαρδιακή συλλογή. Επίσης αναγνωρίζεται δεύτερη οζομορφή σκίαση σε επαφή με τον υπεζωκότα αριστερά. Η αξονική κοιλίας περιγράφει τοιχωματική πάχυνση με συγκεντρική στένωση του αυλού του θόλου του στομάχου ενώ η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική.

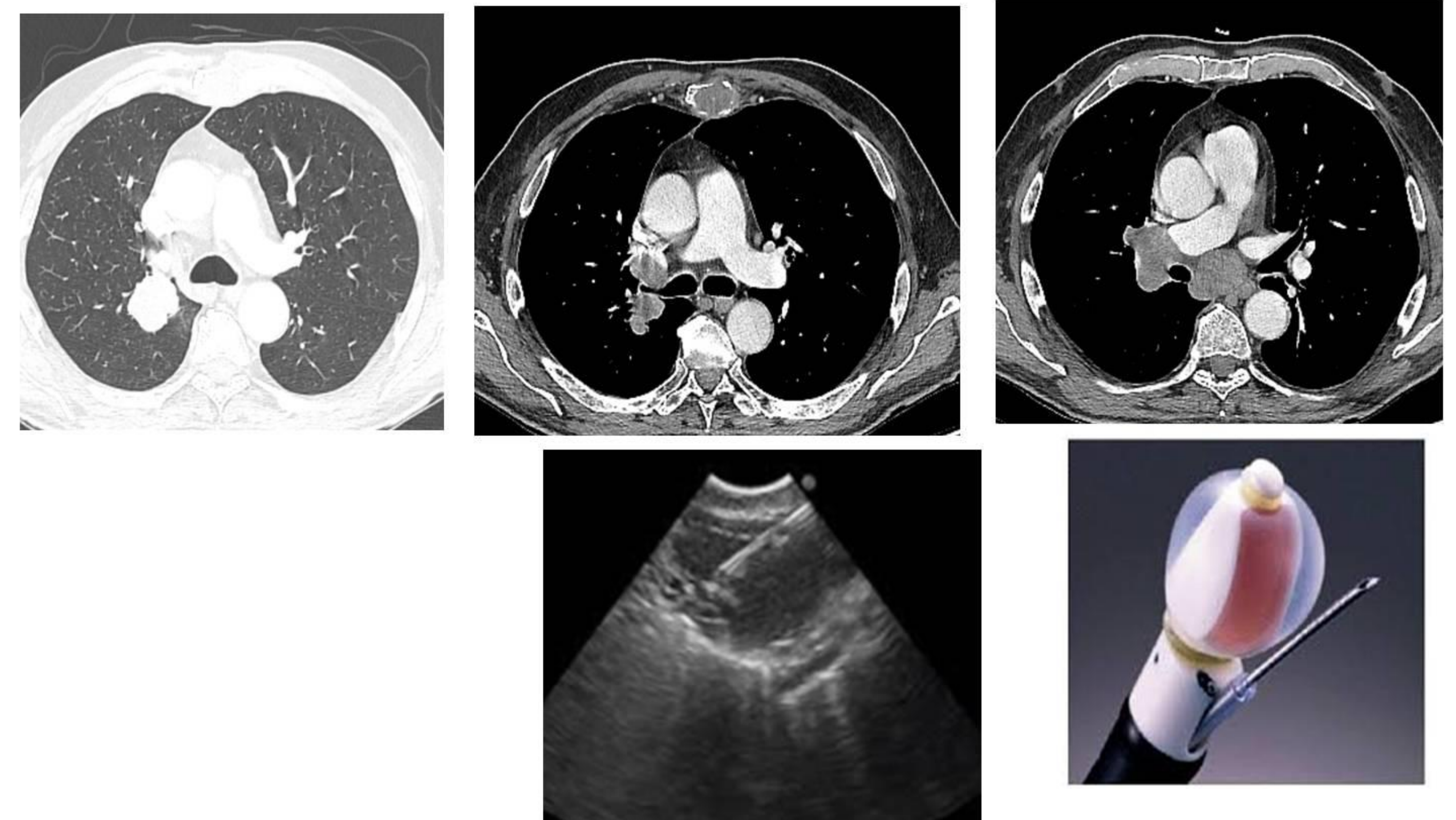
Υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση στην οποία αναδείχθηκε εξωφυτική βλάβη που απέφρασε πλήρως τον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Η βιοψία της ενδοβρογχικής βλάβης ανέδειξε μεταστατικό μελάνωμα πνεύμονα

**Περιστατικό 2.**

Άνδρας 65 ετών, καπνιστής (40rg), με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε λόγω θωρακαλγίας αρχόμενης από διμήνου. Αναφέρει ακόμη ανορεξία και απώλεια βάρους ~8kg. Η CT θώρακος ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία στο οπίσθιο τμήμα του ΔΑΛ, εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, με έλλειμμα πλήρωσης στην δεξιά άνω πνευμονική φλέβα, λυτική αλλοίωση στο οπισθοπλάγιο τόξο της 8ης πλευράς δεξιά και ευμεγέθη βλάβη στο ανώτερο τμήμα του σώματος του στέρνου.

Η CT άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε πολλαπλές ηπατικές δευτεροπαθείς εντοπίσεις και οζώδη αλλοίωση στο δεξιό επινεφρίδιο. Η CT εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο σπινθηρογράφημα οστών ελέγχθηκαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο στέρνο και στο δεξιό μηριαίο.

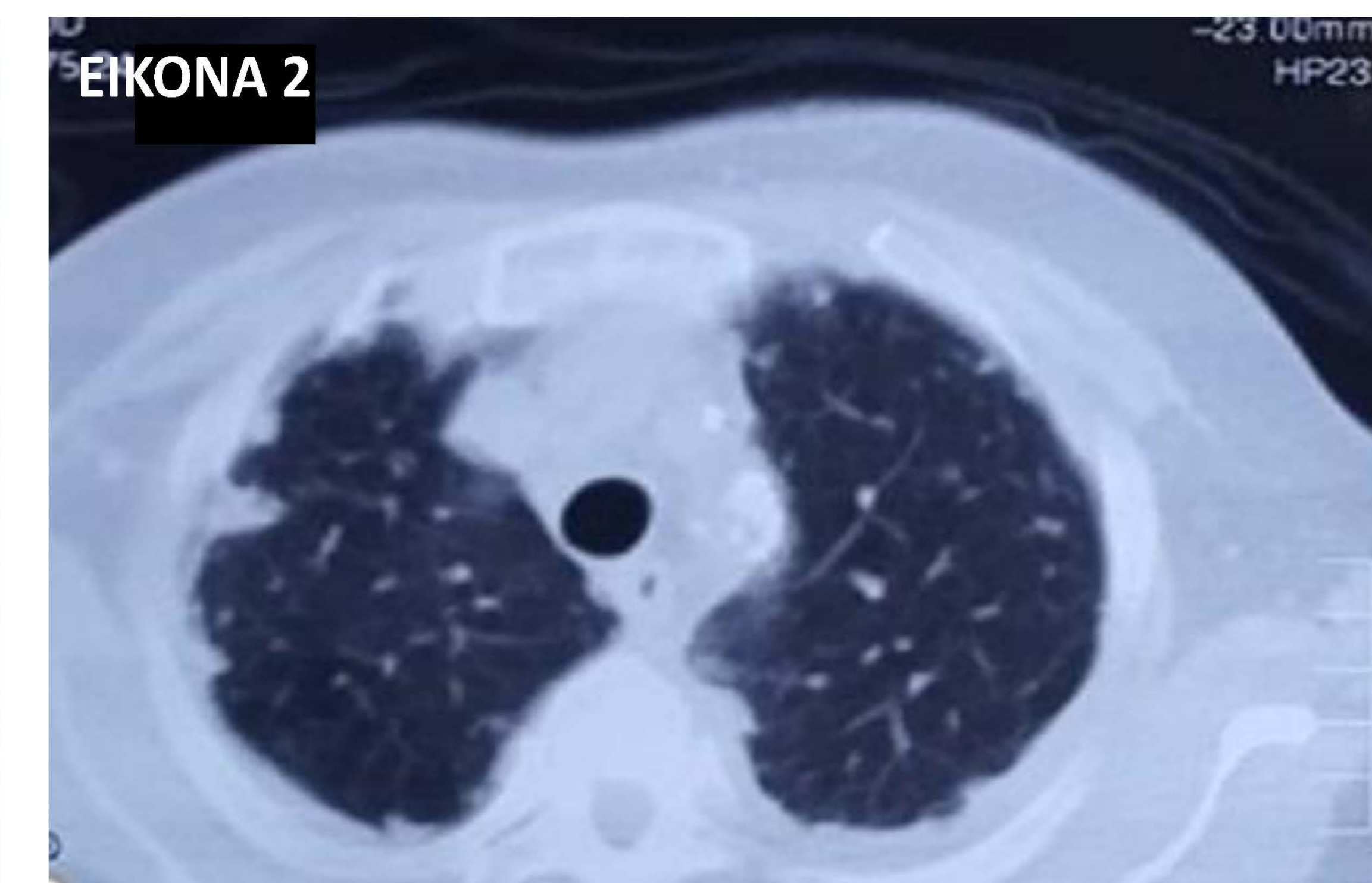
Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση κατά την οποία δεν παρατηρήθηκε ενδοβρογχική βλάβη και διενεργήθηκε EBUS-TBNA στον 7 και 11R. Από την ιστολογική του EBUS-TBNA αναδείχτηκε επιθηλιοειδές μελάνωμα.



Εισαγωγή - Σκοπός: Η *Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*) αποτελεί έναν Gram (+) αναερόβιο κόκκο και είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος και του πεπτικού συστήματος. Είναι κυρίως υπεύθυνη για στοματοφαρυγγικές λοιμώξεις, όπως χρόνια περιοδοντίτιδα και μεικτές αναερόβιες λοιμώξεις όπως ενδοκοιλιακά αποστήματα, ενώ αρκετά σπανιότερα μπορεί να επιπλακεί με βακτηριαιμία και διηθητικές λοιμώξεις σε έδαφος ανοσοκαταστολής, όπως τα κακοήθη νεοπλάσματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η διηθητική νόσος αφορά συνήθως σπονδυλοδισκίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, πνευμονικά και εγκεφαλικά σηπτικά έμβολα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει μια κλινική περίπτωση μιας τέτοιας επιπλεγμένης λοίμωξης με προσβολή του αναπνευστικού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης.

Κλινική περίπτωση: Γυναίκα 69 ετών, με καταγωγή από τις Φιλιππίνες και ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και αρρυθμίστου σακχαρώδους διαβήτη, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου από δύο εβδομάδων με συνοδό δύσπνοια, θωρακαλγία πλευριτικού τύπου και έντονη ραχιαλγία. Κατά την κλινική εξέταση ανεδείχθη αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με μη μουσικούς ρόγχους στην ακρόαση αναπνευστικού και άλγος κατά την ψηλάφηση της ΘΜΣΣ χωρίς ανάδειξη αισθητικού επιπέδου βλάβης. Από την επισκόπηση στοματικής κοιλότητας διαπιστώθηκε κάκιστη υγιεινή.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP=53, PCT=37, TKE=120) και λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακος, που ανέδειξε πολλαπλές κοιλοποιημένες οζώδεις βλάβες σε αμφοτέρους τους πνεύμονες με υποϋπεζωτική κατανομή ως επί σηπτικών εμβόλων (**Εικόνα 1**). Η μαγνητική τομογραφία ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ ανέδειξε σφηνοειδή παραμόρφωση Θ4, παθολογική ένταση σήματος Θ2-Θ4, με πίεση επί του νωτιαίου σάκου στα επίπεδα Θ3-Θ4 και πολλαπλές κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου οσφυοϊεράς μοίρας με πιεστικά φαινόμενα Ο2-Ο5 νωτιαίων ριζών. Στα πλαίσια διερεύνησης των κοιλοτήτων του πνεύμονα η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση με αρνητικό έλεγχο για κακοήθεια και κοινές και ευκαιριακές λοιμώξεις. Ετέθη σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και λινεζολίδη. Οι καλλιέργειες αίματος ανέδειξαν gram(+) αναερόβιο κόκκο, που με τεχνολογία MALDITOF ταυτοποιήθηκε ως *Parvimonas micra*. Λόγω της συνήθους ευαισθησίας του μικροβίου στους συνδυασμούς β-λακταμικού αναστολέα - β-λακτάμης, έγινε αποκλιμάκωση της αντιμικροβιακής αγωγής σε αμπικιλίνη/σουλπακτάμη. Επιπλέον διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς που δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Ο λοιπός απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε κακοήθεια, ενώ ο ανοσολογικός έλεγχος για αγγειίτιδες και ρευματολογικά νοσήματα επέβη αρνητικός. Μετά τη συμπλήρωση τεσσάρων εβδομάδων ενδοφλέβιας αγωγής και ενώ είχε επιτευχθεί κλινικοαπεικονιστική βελτίωση και υποχώρηση δεικτών φλεγμονής, η ασθενής συνέχισε με από του στόματος αγωγή με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ μέχρι τη συμπλήρωση δέκα εβδομάδων. Στον επαναληπτικό έλεγχο εμφάνισε βελτίωση τόσο των πνευμονικών βλαβών (**Εικόνα 2**) όσο και της σπονδυλικής προσβολής.



Συμπεράσματα: Η *Parvimonas micra* αποτελεί αναερόβιο κόκκο που αποικίζει το στοματοφάρυγγα και το πεπτικό σύστημα υγιών ενηλίκων. Δύναται, σπάνια, σε έδαφος προχωρημένης ηλικίας και ανοσοκαταστολής να προκαλέσει διηθητικές λοιμώξεις σπονδύλων και πνεύμονα. Η έγκαιρη λήψη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής σχετίζεται με ευνοϊκή πρόγνωση.

Βιβλιογραφία

Watanabe, T., Hara, Y., Yoshimi, Y. *et al.* Clinical characteristics of bloodstream infection by *Parvimonas micra*: retrospective case series and literature review. *BMC Infect Dis* **20**, 578 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05305-y>

Υποφωσφαταιμική οστεομαλακία σχετιζόμενη με τη λήψη τενοφοβίρης

περιγραφή περιστατικού

Σαμπανιώτη Ειρήνη¹, Τσιμπής Γεώργιος², Λαυρεντάκη Αικατερίνη¹, Ντάλη Γεωργία¹, Παντικίδη Ελπίδα², Γιαλή Σοφία², Παπασταμόπουλος Βασίλειος², Τσαγκαράκης Στυλιανός¹

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

²Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Ε' Παθολογικό Τμήμα

Εισαγωγή

Η τενοφοβίρη δισοπροξίλη είναι νουκλεοτιδικός αναστολέας της ανάστροφης μεταγραφάσης και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και της ηπατίτιδας Β. Έχει συσχετισθεί με νεφρική σωληναριακή βλάβη, σύνδρομο Fanconi, νεφρική ανεπάρκεια και οστική νόσο.

Παρουσίαση περιστατικού

Πρόκειται για 37χρονο άνδρα θετικό για HIV, με αναφερόμενα ορθοκυστικά επεισόδια, προοδευτικά επιδεινούμενη μυική αδυναμία κάτω άκρων και διάχυτα οστικά άλγη από εξαμήνου. Ελάμβανε θεραπεία με Tenofovir/Emtricitabine/Raltegravir τα τελευταία 9 έτη.

Κλινική εξέταση

Επισκόπηση: πτηνοειδής θώρακας (pectus carinatum), κύφωση, εσοχή διαφράγματος στις κατώτερες πλευρές (Harrison's Groove), ραχιακό ροζάριο.

Διάχυτη ευαισθησία στην ψηλάφηση.

Φυσιολογική λειτουργία εγκεφαλικών συζυγιών, μυική ισχύ στα άνω άκρα 4+/5, στα κάτω άκρα 4-/5 άμφω, τενόντια αντανακλαστικά ζωηρά σε άνω και κάτω άκρα, χωρίς διαταραχές αισθητικότητας.

Λόγω οστικών αλγών βάδιζε με υποστήριξη.



Εργαστηριακός έλεγχος

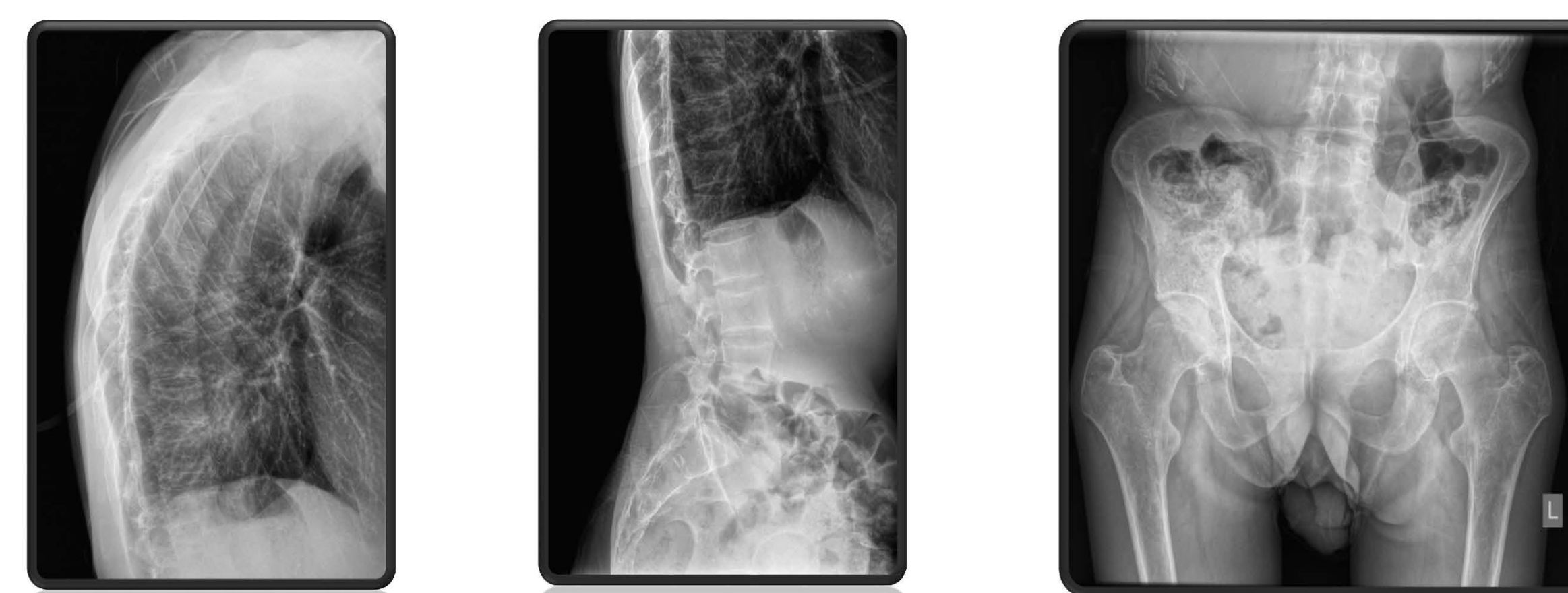
Μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων.

Κρεατινίνη	0.9 mg/dl	Οστεοκαλσίνη	31 ng/ml
Κάλιο	3.3 mmol/L	Προκολλαγόνο τύπου 1	100.6 ng/ml
Ουρικό οξύ	1 mg/dl	Νεφρική απέκκριση φωσφόρου	1040 mg/24hr
Φωσφόρος	0.9 mg/dl	TMP/GFR:	0.62 mmol/L
Ασβέστιο	8.13 mg/dl	Κάθαρση κρεατινίνης ούρων	48.5 ml/min/m ²
Αλκαλική φωσφατάση	410 IU/L	Ουρικό οξύ ούρων 24ώρου	374,4 mg/24hr
25 OH D	16.16 ng/ml	Λεύκωμα ούρων	0.38 g/24hr
Παραθορμόνη	67 pg/ml	Νάτριο ούρων 24ώρου	326 mmol/24hr

Απεικονιστικός έλεγχος

Ακτινογραφίες

Οστεοπόρωση, λέπτυνση οστικού φλοιού, κοίλανση σπονδυλικών σωμάτων.



Αξονική τομογραφία θώρακος-σπονδυλικής στήλης
Κάταγμα εγκάρσιας απόφυσης οσφυϊκού σπονδύλου Ο3 και πολλαπλά παλαιά κατάγματα πλευρών.

Σπινθηρογράφημα οστών

Πολλαπλές θερμές περιοχές στα προσθιοπλάγια τόξα των πλευρών άμφω, στις κατ'ίσχίον αρθρώσεις και στις ποδοκνημικές άμφω.



Μέτρηση οστικής πυκνότητας οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης Z-score: -5,4

Μέτρηση οστικής πυκνότητας Αρ. Ισχίου Z-score: -4,9

Θεραπεία

Διεκόπη η τενοφοβίρη και έγινε έναρξη συμπληρωμάτων φωσφόρου, ασβεστίου, βιταμίνης D. Χορηγήθηκαν οπιούχα βραδείας δράσης για τα οστικά άλγη.

Παρακολούθηση

Τέσσερις μήνες μετά ο ασθενής πονάει λιγότερο και έχει φυσιολογικά επίπεδα φωσφόρου 3.1 mg/dl, ασβεστίου 9.0 mg/dl, κρεατινίνης 0,9 mg/dl, επαρκή επίπεδα 25-OH βιταμίνης D 48,7 ng/ml, παραθορμόνη 17 pg/ml και μείωση της αλκαλικής φωσφατάσης 216 iU/L.

Συμπεράσματα

Η υποφωσφαταιμική οστεομαλακία αποτελεί σημαντική αλλά αναστρέψιμη παρενέργεια της τενοφοβίρης. Οι ασθενείς που τη λαμβάνουν πρέπει να παρακολουθούνται ως προς τη νεφρική τους λειτουργία. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει συμπληρώματα φωσφόρου, βιταμίνης D και ασβεστίου, ενώ τα διφωσφονικά αντενδείκνυνται. Η κλινική και βιοχημική βελτίωση συνήθως συμβαίνει εντός λίγων εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας, αν και η οστεομαλακία μπορεί να χρειαστεί περισσότερο χρόνο για να διορθωθεί.

Δερίλα Αικατερίνη¹, Μπακόλα Ελένη² Σταύρου Παναγιώτα³ Κατσοχειράκη Μαρία⁴

1.Νοσηλεύτρια χειρουργείου RN,MSc,PhD(c) Ειδίκευση στην Ψυχική Υγεία, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

2.Νοσηλεύτρια χειρουργείου BSc, RN, MSc, RhD, Γ.Ν Τρίπολης

3.Νοσηλεύτρια παθολογικού ιατρείου,MSc,Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

4.Νοσηλεύτρια αναισθησιολογικού RSN,MSc,Γ.Α.Ο.Ν.Α."Ο Άγιος Σάββας"

Εισαγωγή: Η δυναμική των ομάδων μελετάει την πορεία μιας ομάδας, εξετάζοντας τις δυνάμεις που αναπτύσσονται μέσα και έξω από αυτήν και συμβάλλουν ή δυσχεραίνουν την επίτευξη των στόχων τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τη δυναμική της ομάδας στο χώρο του χειρουργείου και τους τρόπους που θα την καταστήσει αποτελεσματική.

Μέθοδος: Ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας πενταετίας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε αναζήτηση μελέξεων κλειδιά: δυναμική της ομάδας, χειρουργείο, επικοινωνία, διεπιστημονική ομάδα, στις ηλεκτρονικές βάσεις Medline και Pubmed.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η δυναμική της ομάδας του χειρουργείου απαιτεί την αρμονική συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, έχοντας έναν κοινό στόχο. Τα κύρια χαρακτηριστικά που παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της ομάδας είναι το μέγεθος, η δομή, η συνοχή και οι κανόνες. Για να μπορέσει να ολοκληρώσει το στόχο της μια ομάδα, σύμφωνα με τον Tuckman, θα πρέπει να εξελιχθεί μέσα από το στάδιο της διαμόρφωσής της, το στάδιο της σύγκρουσης, το στάδιο της διαμόρφωσης των κανόνων, το στάδιο της εκπλήρωσης των στόχων και το στάδιο της διάλυσης. Οι κύριες διεργασίες των ομάδων μέσα από τα ευρύτερα πρότυπα συμπεριφοράς που διαμορφώνονται είναι η επικοινωνία, η αλληλόδραση, οι ρόλοι των μελών της ομάδας, η λήψη των αποφάσεων, η συνοχή και οι σκοποί της ομάδας. Όλα τα παραπάνω καθιστούν την δυναμική της ομάδας μια πρόκληση απαιτώντας από όλα τα μέλη που την απαρτίζουν ενεργητική συμμετοχή.



ΘΕΜΑ**«Αισθητικές επεμβάσεις προσώπου. Τεχνική και αντιμετώπιση. Νεότερες τεχνικές και εφαρμογές»****ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής χωρίζονται σε δυο κύριες κατηγορίες, οι οποίες συχνά αλληλοκαλύπτονται, αυτές της επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής και της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής. Η αισθητική πλαστική χειρουργική έχει σαν κύριο σκοπό να διατηρήσει την φυσική ομορφιά με το να βελτιώσει την συνολική εμφάνιση του ατόμου.

Τα τελευταία χρόνια οι αισθητικές επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό. Σύμφωνα με το American Society of Plastic Surgeons, τη χρονιά 2020 υπάρχει αύξηση στις αισθητικές επεμβάσεις κατά 22% σε σχέση με τη χρονιά 2000. Σύμφωνα με επίσημη στατιστική ανάλυση της American Society of Plastic Surgeons, οι πιο συχνές αισθητικές επεμβάσεις είναι κατά σειρά η ρινοπλαστική, η βλεφαροπλαστική, η ρυτιδεκτομή προσώπου (facelift), η λιπαναρρόφηση και τέλος η αυξητική στήθους.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Διεξήχθη βιβλιογραφική έρευνα σε διαπιστευμένα επιστημονικά περιοδικά και ιστότοπους όπως το <<Pubmed>>, <<Google Scholar>>, <<American Society of Plastic Surgeons>>, <<PRS Journal>>. Επίσης μελετήθηκαν παλαιότερες παρουσιάσεις συναδέλφων πλαστικών χειρουργών σε επιστημονικά συνέδρια και ημερίδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παρουσίασης μας είναι να γίνει νύξη κυρίως στις τελευταίες τεχνικές, χειρουργικές και μη που χρησιμοποιούνται στην αισθητική πλαστική χειρουργική του προσώπου, σε ποιους απευθύνεται, ποιες είναι οι ενδείξεις και τα ρίσκα της κάθε επέμβασης, το είδος αναισθησίας που χρησιμοποιείται, ποια θα είναι η διάρκεια των αποτελεσμάτων, ποιες θα είναι οι πιθανές επιπλοκές που θα μπορούσαν να εμφανιστούν μετά την επέμβαση και ποιο είναι το αποτέλεσμα που αποφέρει η κάθε επέμβαση.

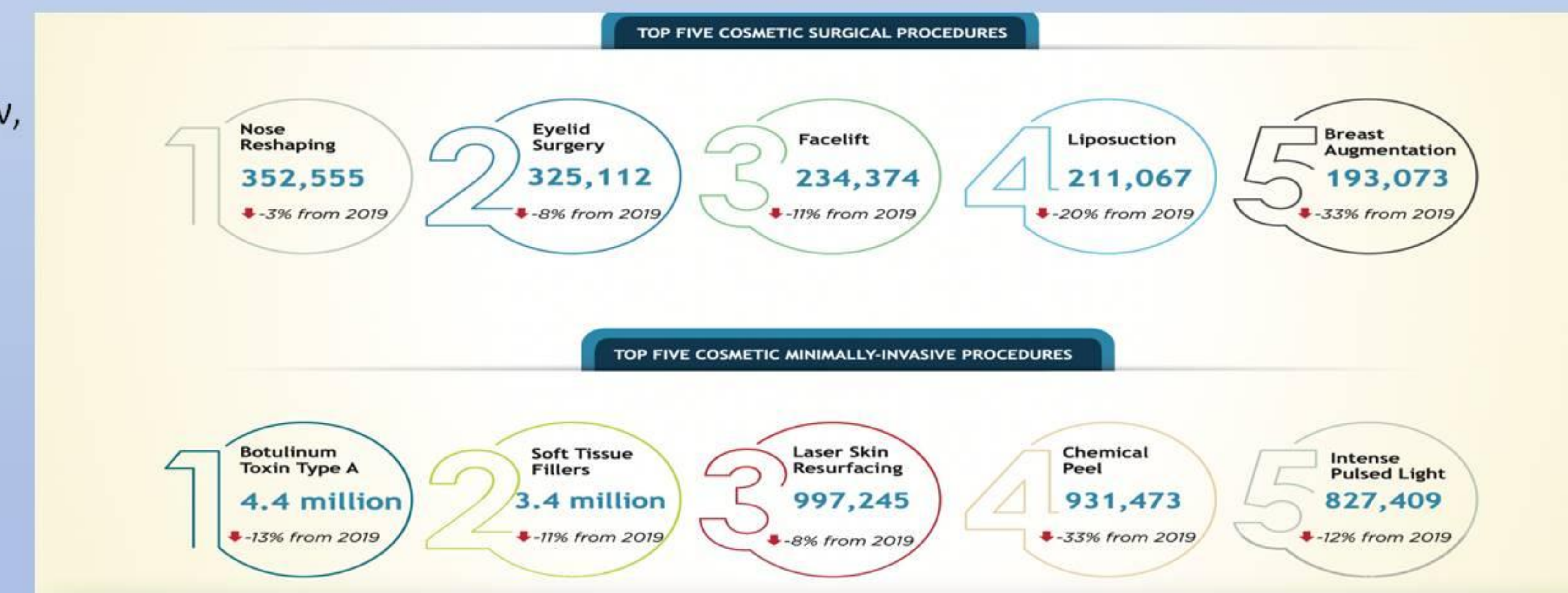
- Ρινοπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση η οποία διορθώνει το μέγεθος της ρινός σε σχέση με το υπόλοιπο πρόσωπο, το πλάτος της μύτης στη ράχη, το μέγεθος και τη θέση των ρωθώνων καθώς και το προφίλ της μύτης. Ένα σκολιωτικό ρινικό διάφραγμα είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες δυσκολίας της ρινικής αναπνοής. Η επέμβαση της ρινοπλαστικής πραγματοποιείται τόσο για αισθητικούς όσο και για λειτουργικούς σκοπούς.
- Βλεφαροπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση η οποία βελτιώνει την όψη και τη λειτουργικότητα των βλεφάρων. Διορθώνει το χαλαρό δέρμα που δημιουργεί πτυχές ή διαταράσσει το φυσικό περίγραμμα του άνω και κάτω βλεφάρου, μερικές φορές μειώνοντας και το εύρος της όρασης. Επίσης μέσω της βλεφαροπλαστικής μπορούμε να αφαιρέσουμε την περίσσεια λίπους που εμφανίζεται ως πρήξιμο στα βλέφαρα και σακούλες κάτω από τα μάτια.
- Ρυτιδεκτομή προσώπου (facelift) είναι μια χειρουργική επέμβαση που βελτιώνει τα ορατά σημάδια γήρανσης, όπως χαλάρωση του δέρματος του προσώπου και του λαιμού. Ένα ελάχιστο επεμβατικό λίφτινγκ με νήματα, χρησιμοποιεί απορροφήσιμα, αγκαθωτά ράμματα τα οποία συνδέονται στη προσωπική μυοσκελετική απονεύρωση για να προσφέρει μια πιο σφιχτή και νεανική αισθητική εμφάνιση στο πρόσωπο και το λαιμό, χωρίς τις επίπονες επιπτώσεις ενός χειρουργείου υπό γενική αναισθησία. Αυτή η ελάχιστο επεμβατική διαδικασία λειτουργεί διεγείροντας την παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης, απαραίτητες πρωτεΐνες για μια νεανική όψη.
- Η ωτοπλαστική, μπορεί να βελτιώσει το σχήμα, τη θέση ή την αναλογία του ωτός. Μία ανωμαλία στη δομή του αυτιού που υπάρχει κατά τη γέννηση ή που γίνεται εμφανής με την ανάπτυξη μπορεί να διορθωθεί με ωτοπλαστική. Η επέμβαση αυτή μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των αφεστώνων ώτων, τον μη σχηματισμό της ανθέλικας του ωτός καθώς και άλλες συγγενείς ή μη ανωμαλίες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός των αισθητικών επεμβάσεων είναι η βελτίωση της εμφάνισης του προσώπου για την επίτευξη πιο αρμονικών χαρακτηριστικών, σύσφιξη και ανάπλαση του δέρματος, που αποσκοπούν σε ένα αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης και βελτίωσης της ψυχολογίας του ασθενούς για να ανακτήσει την χαμένη του αυτοπεποίθηση, να αγαπήσει τον εαυτό του και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Φυσικά όπως κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και οι αισθητικές επεμβάσεις κρύβουν κινδύνους τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ιατρό. Πέρα από τις χειρουργικές επιπλοκές, (όπως παράλυση προσωπικού νεύρου, νέκρωση τμημάτων προσώπου, αποτυχία του επιθυμητού αισθητικού αποτελέσματος, δημιουργία ρινικής βαλβίδας κ.α.) υπάρχουν και οι ψυχολογικές επιπτώσεις στον ασθενή ιδίως όταν μιλάμε για επεμβάσεις που αφορούν το πρόσωπο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, μία αισθητική επέμβαση προσώπου, είναι μία χειρουργική επέμβαση η οποία μπορεί να βελτιώσει στο μέγιστο την ψυχική υγεία και αυτοπεποίθηση του ατόμου, διορθώνοντας και εναρμονίζοντας τα χαρακτηριστικά του προσώπου σύμφωνα με τις ιδανικές αισθητικές αναλογίες του κάθε ασθενούς. Παρόλα αυτά πρέπει να διεξάγεται μία λεπτομερής συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, έτσι ώστε ο ασθενής που θα οδηγηθεί στη χειρουργική αίθουσα, να μπορεί πραγματικά και σε βάθος χρόνου να επωφεληθεί από μία αισθητική επέμβαση πλαστικής χειρουργικής.



ref: American Society of Plastic Surgeons



Ραφαέλλα Ποταμίτου, Άννα-Μαρία Μητροπούλου, Γεώργιος Βακης, Σπυρίδων Δρακόπουλος, Χαράλαμπος Μιχαλόπουλος, Αναστασία Κορωναίου, Γεώργιος Χαρκιολάκης, Μαρία Κοτρώτσιου, Αντώνης Κυριακόπουλος, Κατερίνα Ζώτου, Παναγιώτης Γιαννόπουλος

- προσβάλλει περισσότερους από 1 στους 10 ασθενείς κάθε χρόνο
- πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του : Η ηλικία , το φύλο, επιβεβαιωμένες ιστολογικές ανωμαλίες μετά από βιοψία μαστού, θετικό οικογενειακό ιστορικό με ή χωρίς γενετικούς παράγοντες, έναρξη εμμήνου ρύσεως πριν την ηλικία των 12, γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει ποτέ παιδί ή γυναίκες που γέννησαν το πρώτο παιδί τους μετά τα 30 ,γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση(μετα τα 55). Επίσης θεραπευτική ή συμπληρωματική αγωγή με οιστρογόνα και/ή προγεστερόνη
- δευτέρα πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό
- Σημαντικός παράγοντας είναι επίσης οι γενετικές μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2
- Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ξεκινήσει σε οποιοδήποτε σημείο του μαστού και διαφοροποιείται σε διηθητικό και in situ καρκίνωμα.

• Ενδοπορικό καρκίνωμα in situ

• Λοβιακό καρκίνωμα in situ

• Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου του μαστού και αντιπροσωπεύει περίπου το 80%.Υπάρχουν 5 υποδιαιρέσεις:

a.Σωληνοειδής

b.Μυελοειδής

c.Κολλοειδές

d.Θηλώδες

e.Ηθμοειδής

• Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα 2^{ος} πιο κοινός τύπος

• Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού



Υπάρχουν 5 κυρίες μοριακές υποκατηγορίες που βασίζονται στα γονίδια.

Τύπος Luminal A

Τύπος Luminal B

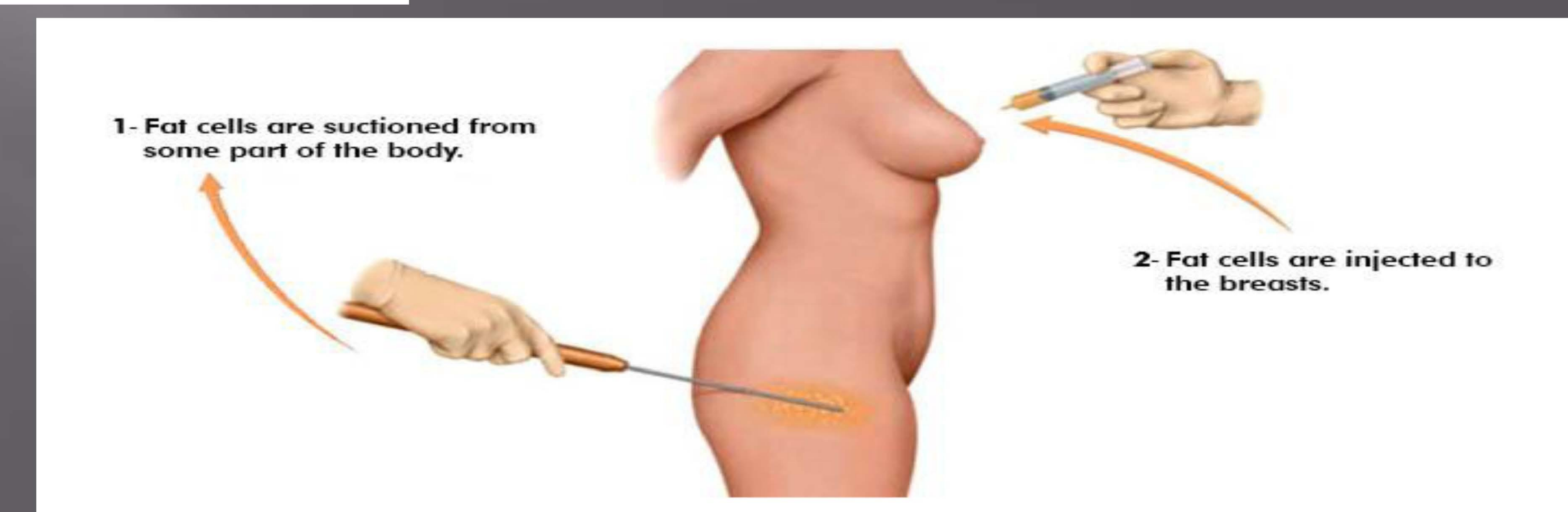
Τριπλά αρνητικός τύπος

Τύπος εμπλουτισμένος με HER2

Φυσιολογικός τύπος

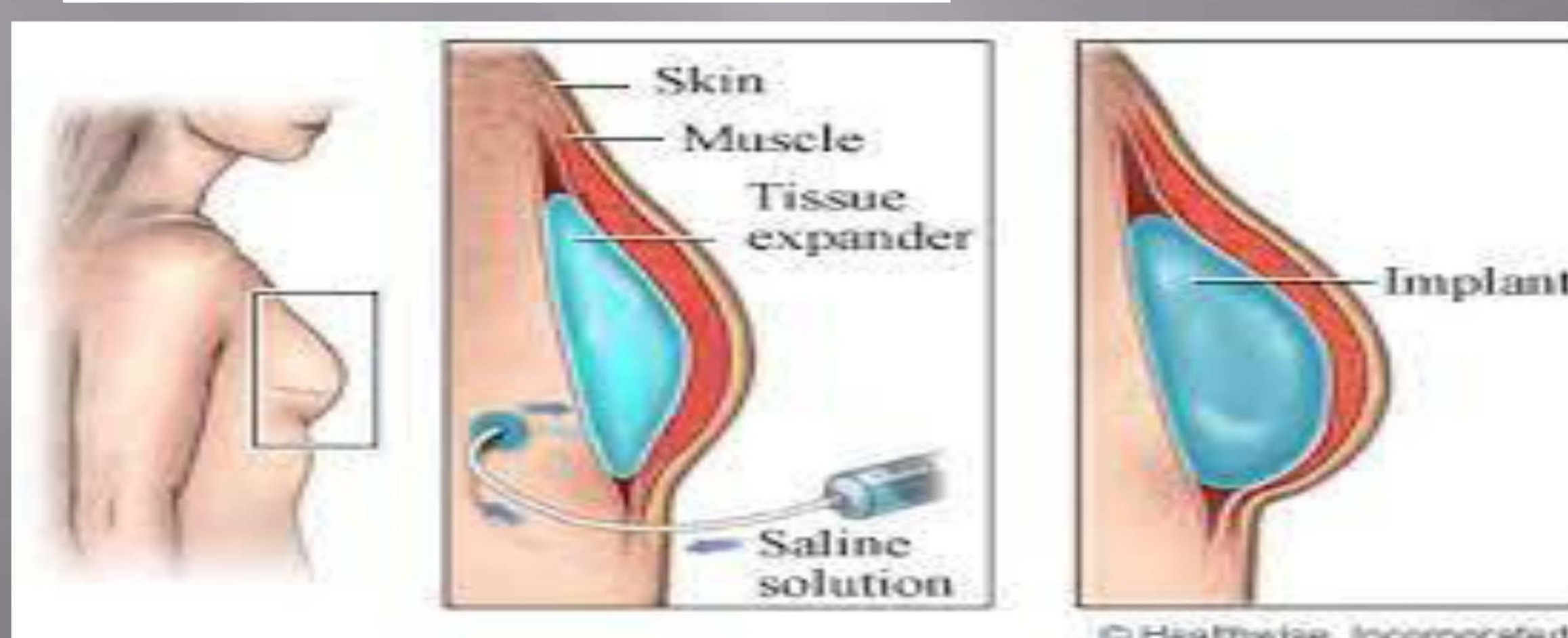
- Συχνότερος τύπος χειρουργικής επέμβασης είναι η μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση (αποκατάσταση σε πρώτο στάδιο ή αποκατάσταση σε δεύτερο στάδιο).

Αυτόλογο λίπος μόσχευμα



Τύποι Αποκατάστασης

Προσθετική/ Διαστολέας ιστού

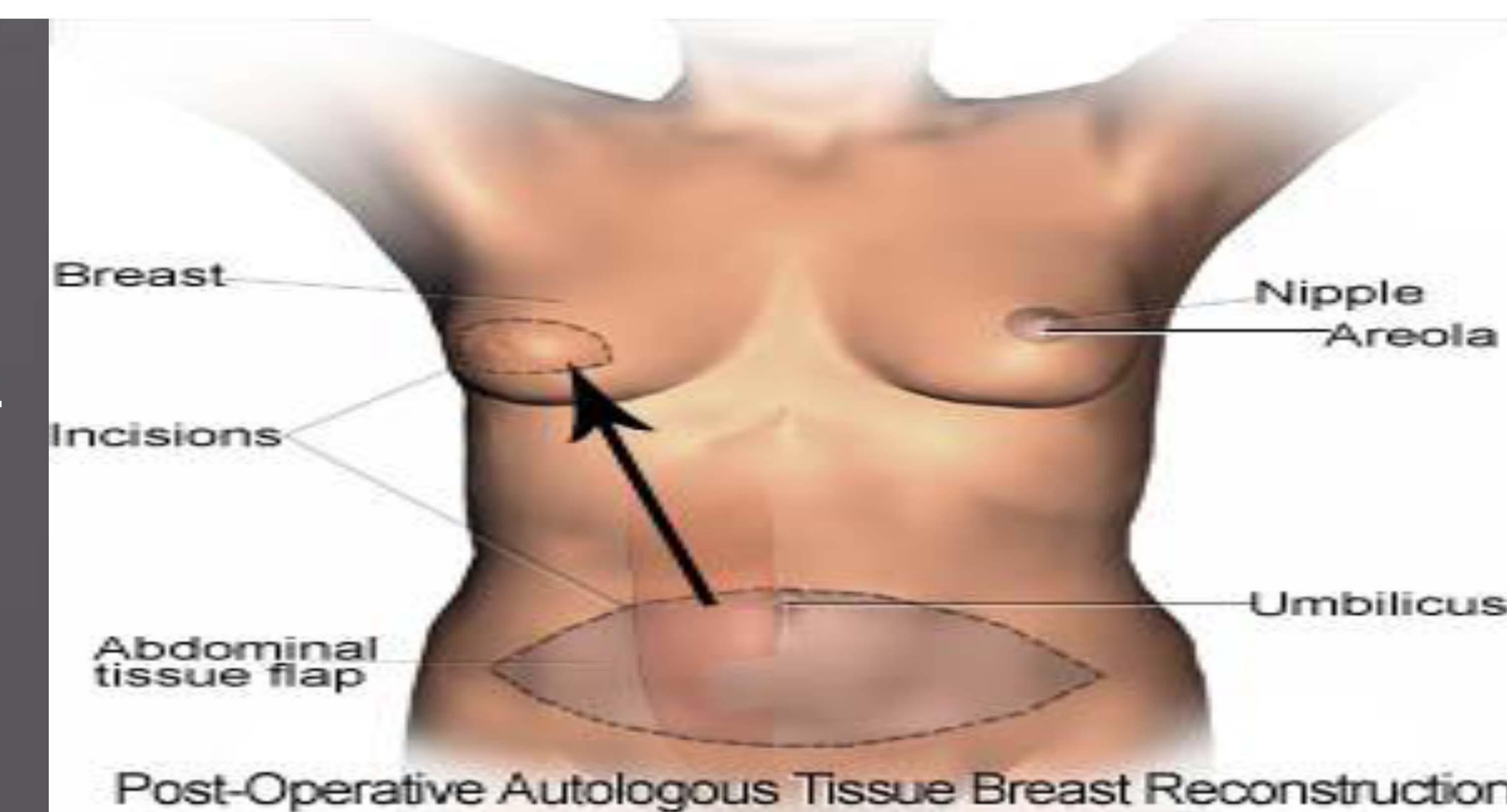
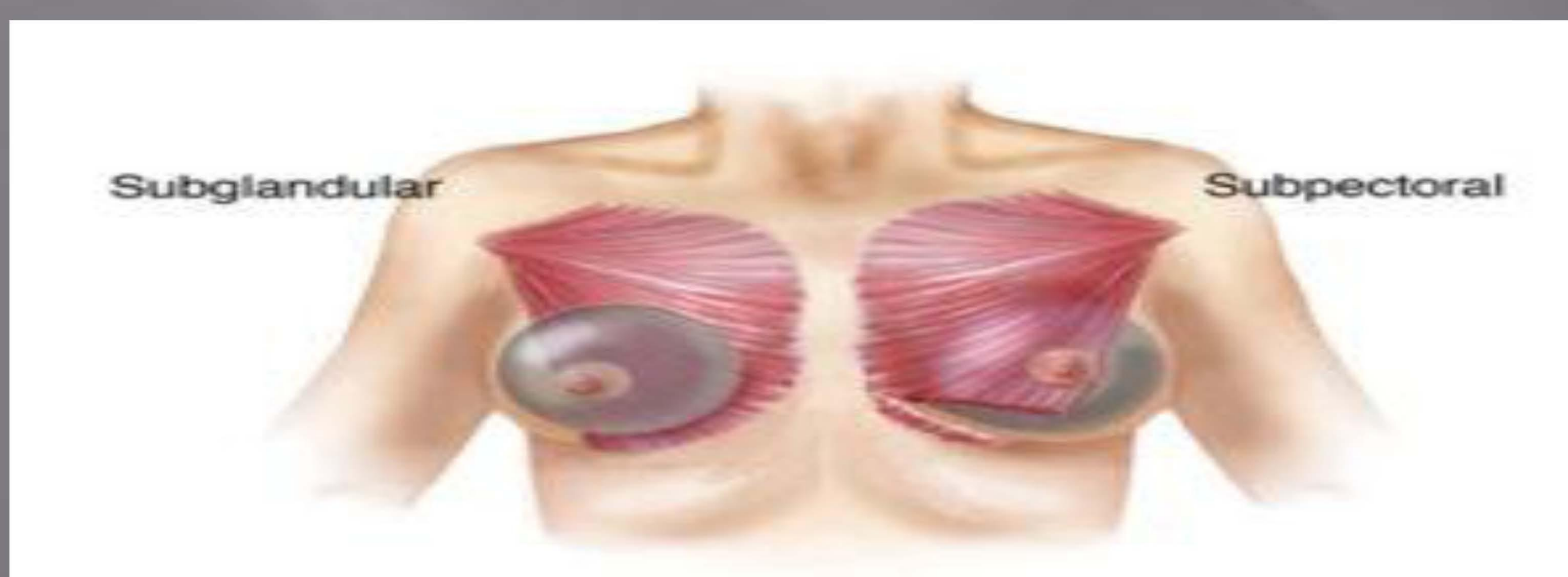


Γενικές επιπλοκές της επέμβασης

- Λοιμώξεις
- Seroma
- Έκθεση ενθεμάτων
- Αναπλαστικό μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα

Ανακατασκευή κρημού/αυτόλογου ιστού

Αποκατάσταση με ενθέματα σε συνδυασμό με πλατύ ραχιαίο μυ



Θέμα:**«Η αποκατάσταση του σωματικού περιγράμματος μετά από μαζική απώλεια βάρους σε βαριατρικούς ασθενείς. Ο ρόλος και οι εξελίξεις της Πλαστικής Χειρουργικής.»****ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με την έναρξη του 21^{ου} αιώνα, ειδικά στον δυτικό κόσμο, παρατηρούμε την παχυσαρκία να λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 2016 βρέθηκε ότι πάνω από 1,9 δις. των ενηλίκων είναι υπέρβαροι, εκ των οποίων 650 εκατομμύρια παχύσαρκοι παγκοσμίως. Οι αριθμοί κυμαίνονται υψηλοί και στα παιδιά-εφήβους με πάνω από 340 εκατομμύρια να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ηλικίας 5 έως 19 ετών. Για το λόγο αυτό, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που καταφεύγουν σε επεμβάσεις βαριατρικής χειρουργικής με σκοπό την απώλεια σωματικού βάρους που τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για χειρουργική αποκατάσταση του σωματικού περιγράμματος ασθενών μετά από βαριατρικές επεμβάσεις, ένα νέο πεδίο της Πλαστικής Χειρουργικής τα τελευταία χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Διεξήχθη διεξοδική έρευνα στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία για τη συλλογή δεδομένων όσον αφορά το ρόλο της πλαστικής χειρουργικής στη διαμόρφωση του σωματικού περιγράμματος λόγω μαζικής απώλειας βάρους μετά από βαριατρική επέμβαση. Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «PubMed», «Google Scholar», «PRS Journal» και «Science Direct».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

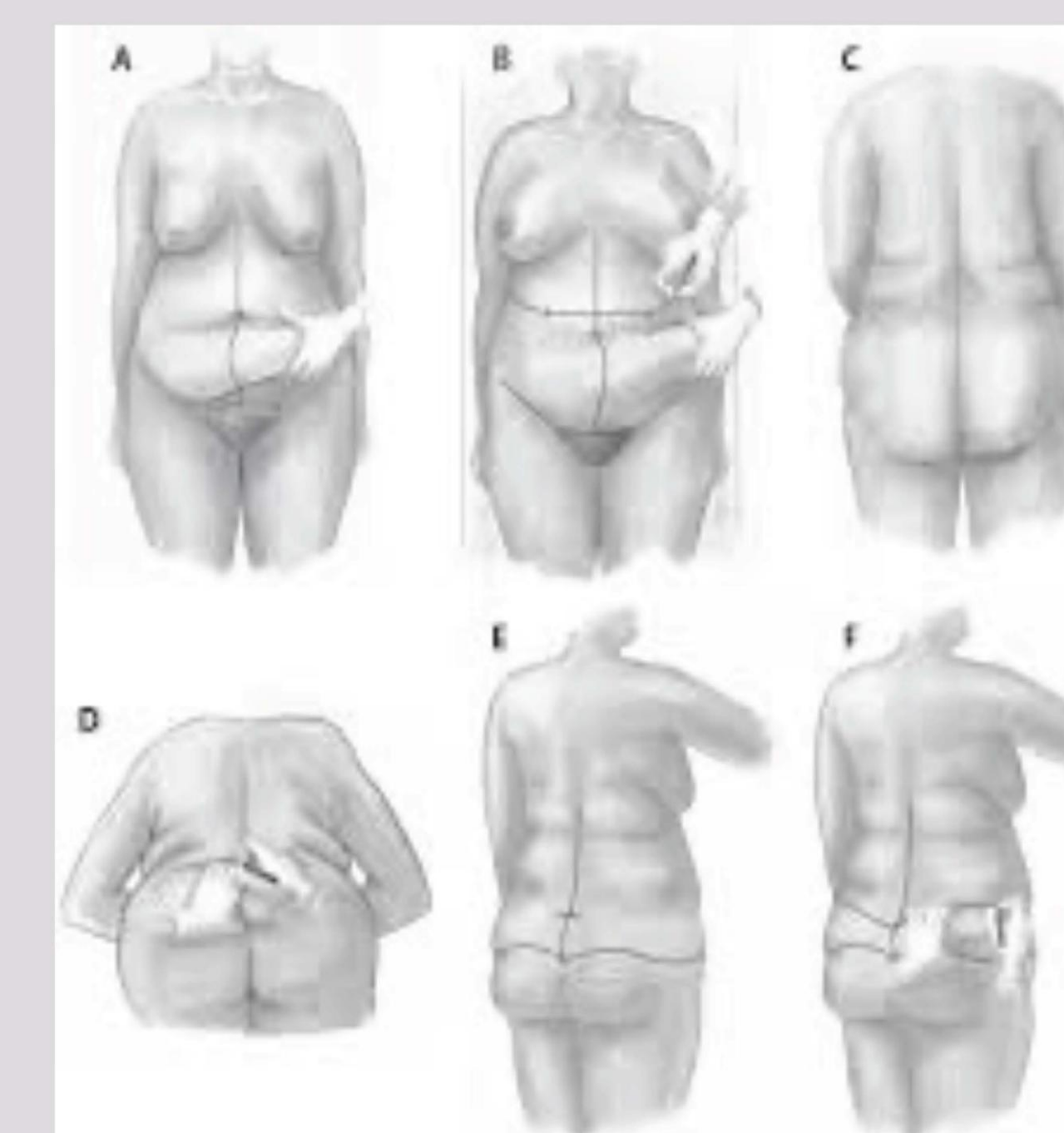
Η παχυσαρκία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών και η εκτίμηση των ιατρικών τους προβλημάτων που σχετίζεται με αυτή είναι ζωτικής σημασίας. Η βασική μέτρηση της παχυσαρκίας είναι ο δείκτης μάζας σώματος (BMI kg/m²). Ένας δείκτης μάζας σώματος πάνω από το 40 (BMI>40) ορίζεται ως «νοσογόνος παχυσαρκία». Η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη νοσογόνο παχυσαρκία είναι η βαριατρική χειρουργική. Κατόπιν του αποτελέσματος μιας βαριατρικής επέμβασης, πολλά άτομα βιώνουν μία δυσaréσκεια με την εικόνα του σώματός τους που σχετίζεται με την υπερβολική χαλάρωση του δέρματος, εξαιτίας της πρότερης διάτασής του, της απώλειας λίπους και της μείωσης της ελαστικότητας των ιστών. Η βελτίωση του σωματικού περιγράμματος επιτυγχάνεται με ένα συνδυασμό χειρουργικών επεμβάσεων εκτομής της περίσσειας δέρματος και λίπους σε διάφορες περιοχές όπως η κοιλιά, ο κορμός, οι γλουτοί, οι μηροί, το στήθος, οι βραχίονες και το πρόσωπο. Ο στόχος είναι η επαναφορά των λειτουργικών, αισθητικών και ψυχολογικών βλαβών που προκύπτουν λόγω της περίσσειας κρεμάμενου δέρματος. Ο ιδανικός υποψήφιος για τις επεμβάσεις αυτές είναι κάποιος που έχει σταθερό δείκτη μάζας σώματος και χρονικά έχει παρέλθει ένα διάστημα τουλάχιστον 6-12 μηνών από την βαριατρική επέμβαση. Απαιτείται εξατομικευμένη και ενδελεχής προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς όπου αξιολογείται η γενικότερη κατάσταση της υγείας του, οι διατροφικές του συνήθειες, το κάπνισμα, η ψυχολογική του κατάσταση και κρίνεται η σταδιοποίηση των επεμβάσεων. Η σοβαρότερη από τις χειρουργικές αυτές επεμβάσεις είναι η ζωστηροειδής λιπεκτομή (circumferential belt lipectomy), που περιλαμβάνει κυκλοτερή εκτομή της περίσσειας δέρματος και λίπους καθ' όλη τη περίμετρο του κατώτερου τμήματος του κορμού. Η σειρά των χειρουργικών επεμβάσεων μέχρι την πλήρη αποκατάσταση του σωματικού περιγράμματος, περιλαμβάνει τη «Fleur-de-lis» κοιλιοπλαστική, τη βραχιονοπλαστική, τη μηροπλαστική, την ανόρθωση των γλουτών και του στήθους και το λίφτινγκ προσώπου και λαιμού. Η λιποαναρρόφηση μπορεί να συνδυασθεί με τις επεμβάσεις αυτές αλλά σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική θεραπεία. Το τελικό αποτέλεσμα των επεμβάσεων πρέπει να ικανοποιεί τον ασθενή αισθητικά, να τον απαλλάσσει από τα συμπτώματά του και να είναι ασφαλή για την υγεία του.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

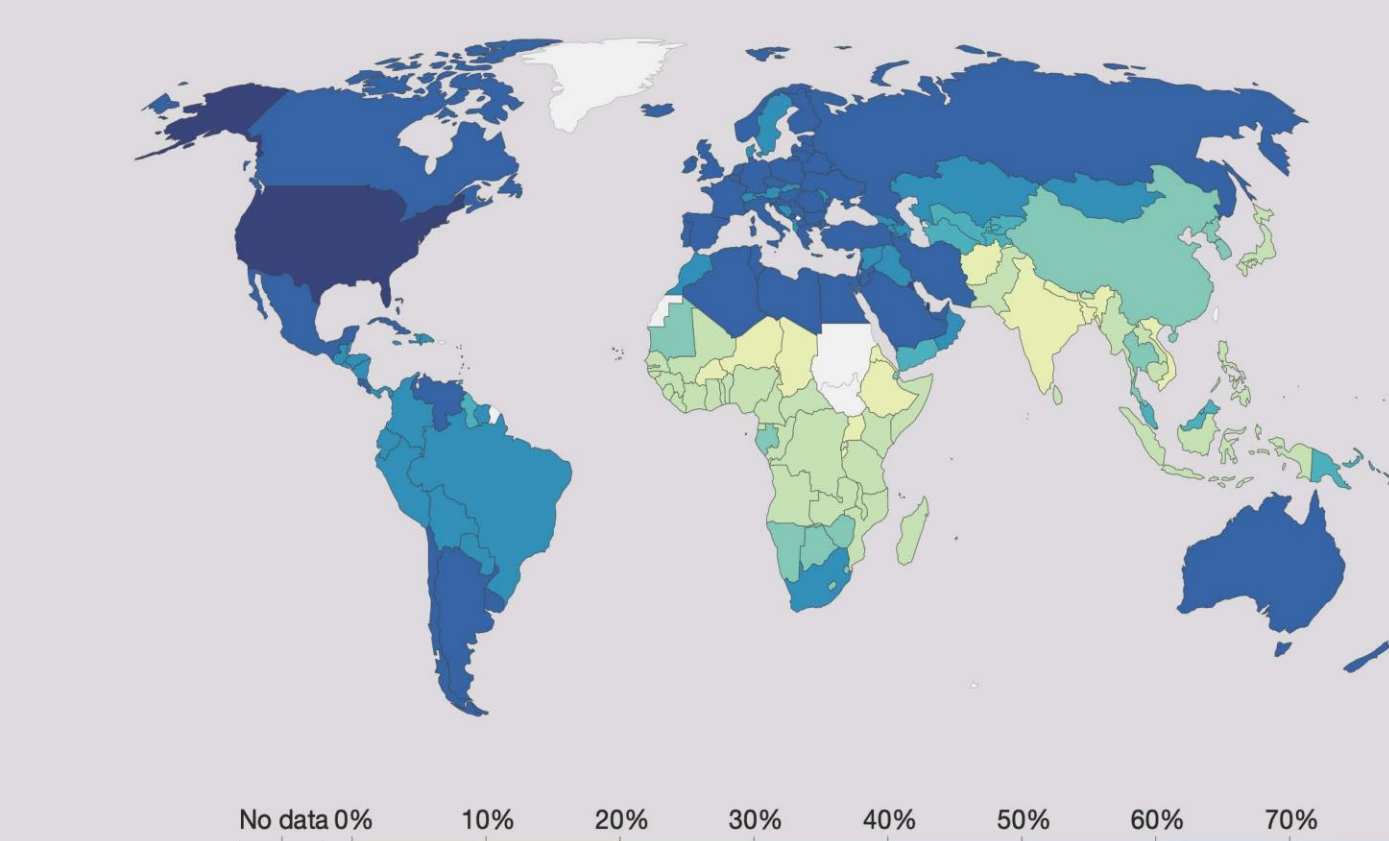
Πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, το αιμάτωμα, η συλλογή ορώδους υγρού, η λεμφόρροια, η διάσπαση τραύματος, η επιμόλυνση τραύματος, το οίδημα, η υπαισθησία, το θρομβοεμβολικό επεισόδιο. Συχνά, αναπόφευκτη είναι η δημιουργία μεγάλων και δύσμορφων ουλών που χρήζουν διορθωτική επανεπέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χειρουργική για την απώλεια σωματικού βάρους σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, αποτελεί για πολλούς το πρώτο βήμα για την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης του σωματικού περιγράμματος που θα ακολουθήσουν, είναι δυνατό να πετύχουν ουσιαστικά οφέλη για τα άτομα αυτά. Οι προσδοκίες του ασθενούς θα πρέπει να είναι πραγματοποιήσιμες και επίσης να γίνονται απόλυτα κατανοητοί από τον ασθενή οι πραγματικοί κίνδυνοι καθώς και οι περιορισμοί μιας τέτοιας χειρουργικής επέμβασης. Τα τελευταία χρόνια η Πλαστική χειρουργική με τις μεγάλες δυνατότητες που προσφέρει για την αντιμετώπιση των πιο χαρακτηριστικών προβλημάτων μετά από μαζική απώλεια βάρους, θεωρείται το δεύτερο και καθοριστικότερο βήμα στην προσπάθεια των ατόμων αυτών για μια υγιέστερη, μακροβιότερη και πιο ικανοποιητική ζωή.



Share of adults that are overweight or obese, 2016
Being overweight is defined as having a body-mass index (BMI) greater than or equal to 25. Obesity is defined by a BMI greater than or equal to 30. BMI is a person's weight in kilograms divided by his or her height in metres squared.



Source: WHO, Global Health Observatory

OurWorldInData.org/obesity - CC BY



ABDOMINOPLASTY

ARM REDUCTION

Medial Thigh Lifts

Mycoltyn (2011)

ΚΑΚΟΉΘΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ . ΠΡΟΛΗΨΗ , ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ , ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΧΑΡΚΙΟΛΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ , ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΜΑΡΙΑ , ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ , ΖΩΤΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ,
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ , ΒΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ , ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ , ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ,
ΚΟΡΩΝΑΪΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ , ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ , ΠΟΤΑΜΙΤΟΥ ΡΑΦΑΕΛΑ

Εισαγωγή : Το μελάνωμα αποτελεί ένα κακόηθες νεόπλασμα που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα του δέρματος. Αποτελεί το συχνότερο κακόηθες νόσημα στις γυναίκες ηλικίας 25-29 ετών. Η επίπτωση του μελανώματος αυξάνεται με την ηλικία. Στην Ελλάδα, η εκτιμώμενη επίπτωση της νόσου για το 2012 είναι 3,2 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, και η εκτιμώμενη θνησιμότητα από τη νόσο είναι 1,3 ανά 100.000. Ο καρκίνος του δέρματος, ή μελάνωμα (ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων του δέρματος) αναπτύσσεται συχνότερα σε σημεία της επιδερμίδας που είναι εκτεθειμένα στον ήλιο. Αλλά αυτή η κοινή μορφή καρκίνου μπορεί επίσης να συμβεί σε περιοχές του δέρματος σας, οι οποίες δεν εκτίθενται πολύ στον ήλιο .

Συμπέρασμα : Το επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα (SSM) είναι το πιο συχνό και με το λιγότερο συχνό είναι το μελάνωμα των άκρων τύπου εφηλίδα (ALM). Η περιοχή με το μεγαλύτερο ποσοστό ανεύρεσης μελανωμάτων είναι η ράχη και έρχεται σε συνέχεια η παρειά . Σημαντικά ποσοστά παρουσιάζουν και οι ανατομικές περιοχές της κεφαλής, της κνήμης, του βραχίονα, του θώρακα και της κοιλιάς. Τα μελανώματα είναι πιο συχνά με μικρό πάχος κατά Breslow αλλά με μεγαλύτερο τύπο κατά Clark. Το πάχος Breslow σχετίζεται με τη θετικότητα του λεμφαδένα φρουρού αποδεικνύοντας τη δυσμενή επίπτωσή του ως προς την πρόγνωση του μελανώματος

Υλικό και Μέθοδος : Τα τελευταία δυο χρόνια της πανδημίας COVID-19 η προσέλευση ασθενών στο Νοσοκομείο μας μειώθηκε καθώς δεν έδιναν προσοχή σε δερματικές βλάβες και τις αμελούσαν. Συνολικά διεγνώθησαν 19 νέες περιπτώσεις μελανώματος και παρακολουθούνται σε ετήσια βάση πάνω από 50 ασθενείς με διεγνωσμένο μελάνωμα.



Αποτέλεσμα : Σε κλινική διάγνωση του μελανώματος γίνεται χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και ιστολογική και παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος. Στην συνέχεια , σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της εξέτασης γίνεται συστηματική αντιμετώπιση που αποτελείται από συμπληρωματική εκτομή της βλάβης ανάλογα με το πάχος του πρωτοπαθούς μελανώματος και τον έλεγχο για μετάσταση στους περιοχικούς λεμφαδένες με την εξέταση τόσο κλινικά όσο με την βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (sentinel lymph node) . Σημαντικό ρόλο στην θεραπεία του μελανώματος κατέχει το γεγονός εάν έχουν προσβληθεί ή όχι οι περιοχικοί λεμφαδένες από την νόσο καθώς και εάν έχουν προσβληθεί άλλα όργανα από την νόσο λόγω αιματογενούς διασποράς. Οι αιματογενείς μεταστάσεις εντοπίζονται συχνότερα (βάσει νεκροτομικών μελετών) σε ποσοστό 88% στους πνεύμονες, 75% στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), 73% στο γαστρεντερικό, 70% στην καρδιά, 63% στο ήπαρ, 58% στο περιτόναιο, 53% στα επινεφρίδια και 50-70% στο δέρμα και στο υποδόριο λίπος. Η εκδήλωση αιματογενών μεταστάσεων αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα, με επιβίωση μικρότερη του 5%.

Μετά την χειρουργική αφαίρεση του μελανώματος και την εξέταση των περιοχικών λεμφαδένων και την αφαίρεση τυχόν παθολογικών, οι περισσότεροι ασθενείς θα λαμβάνουν έως και ένα έτος ανοσοθεραπεία με ιντερφερόνη υψηλής δόσης, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

ΓΆΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ , ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ , ΘΕΡΑΠΕΙΑ . CASE REPORT

ΧΑΡΚΙΟΛΆΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ , ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΜΑΡΙΑ , ΚΥΡΙΑΚΌΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ , ΖΏΤΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΪΝΗ ,
ΓΙΑΝΝΌΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΪΩΤΗΣ , ΒΑΚΉς ΓΕΩΡΓΙΟΣ , ΔΡΑΚΌΠΟΥΛΟΣ ΣΠΥΡΪΔΩΝ , ΜΙΧΑΛΌΠΟΥΛΟΣ
ΧΑΡΆΛΑΜΠΟΣ , ΚΟΡΩΝΑΪΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΪΑ , ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΝΑ-ΜΑΡΪΑ , ΠΟΤΑΜΪΤΟΥ ΡΑΦΑΈΛΑ

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier είναι μια ιδιαίτερος βαριά νεκρωτική φλεγμονή των γεννητικών οργάνων του άντρα, η οποία χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλό ποσοστό θνητότητας. Η φλεγμονή συνήθως ξεκινάει από το δέρμα, την ουρήθρα ή τον πρωκτό. Η εξέλιξη της νόσου είναι ταχύτατη, ιδίως δε σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει προδιαθεσικός παράγοντας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, με συνέπεια τη μετάπτωση σε σήψη, βαριά σήψη, σηπτική καταπληξία και, όχι σπανίως, στο



θάνατο.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής άρρεν 39 ετών, ηπατίτιδα C (+), την περίοδο που το νοσοκομείο βρίσκεται σε ειδικό καθεστώς πρωτοκόλλου COVID-19, προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά του ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ τον 12/2020 με εκτεταμένη γάγγραινα FOURNIE στο όσχεο και την μηροβουβωνική περιοχή άμφω.

Αποτέλεσμα: Από τις εργαστηριακές εξετάσεις ανευρέθησαν τα εξής: U/S οσχέου: Αμφοτερόπλευρη εκσεσημασμένη πάχυνση χιτώνων όσχεου, ευρήματα συμβατά με φλεγμονή. Συλλογή υγρού δεξιά, U/S Νεφρών - Ουροδόχου: Αρ. Νεφρός 11,5εκ, ήπια διατασθή ΠΚΣ, ουροδόχου κύστης υπερπληρωμένη (>700κ.εκ.) CRP 70,2, WBC 29.88, CREA 2,4, Na 132, ΟΥΡΙΑ 190, LDH 39,7. Ο Ασθενής προχώρησε σε 11 χειρουργικές επεμβάσεις. Η αρχική επέμβαση ήταν άμεση και επείγουσα την ημέρα της εισαγωγής όπου πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός Βουβωνικής χώρας Οσχέος Γάγγραινας FOURNIE από τους Ουρολόγους και Πλαστικούς Χειρουργούς του Νοσοκομείου. Υστερα ο ασθενής υποβλήθηκε σε πολλαπλούς χειρουργικούς καθαρισμούς κοιλιακής χώρας, εκτομή (ΑΡ) όρχεος και ολική βουβωνική λεμφαδενεκτομή άμφω, τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων μερικοού πάχους από το έσω και έξω (ΔΕ) και (ΑΡ) μηρού, συνθετικά δερματικά Μοσχεύματα NEVELIA. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής υποβλήθηκε σε καλλιέργειες τραύματος, πύον και αιμοκαλλιέργειες καθώς είχε αποικιστεί με παθογόνους μικροοργανισμούς και παρουσίαζε σημάδια μόλυνσης και εμπύρετου. Σε όλες τις καλλιέργειες πάρθηκαν κατάλληλα αντιβιοτικά σχήματα για την καταπολέμηση των λοιμώξεων σύμφωνα με ειδικά αντιβιογράμματα.

Συμπέρασμα: Η γάγγραινα Fournier θεωρείται επείγον ουρολογικό περιστατικό. Ως εκ τούτου η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση. Η επιτυχία της και η πρόγνωση της νόσου γενικότερα εξαρτώνται από την κατά το δυνατόν έγκαιρη διάγνωση. Ο μέσος όρος θνητότητας είναι περίπου 20%, γενικότερα όμως κυμαίνεται μεταξύ 7-75%. Υψηλότερα ποσοστά θνητότητας εμφανίζουν κυρίως άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως οι διαβητικοί και οι χρόνια αλκοολικοί. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 3 μήνες νοσηλείας με εργαστηριακές εξετάσεις WBC 7.15, CRP 0.6, CREA 0.6, Na 143, K 4.4, CKMB 40, INR 0.94