ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

31° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ABSTRACT BOOK

8-11 Δεκεμβρίου 2022

Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental

Αθήνα

AFEA®

Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα. T: 210 3668852,
F: 210 3643511, E: congress@afea.gr
www.afea.gr

Βρογχικό Άσθμα

EA01

THE CLINICAL OUTCOME OF PATIENTS WITH SEVERE ASTHMA AND PREVIOUS TREATMENT WITH OMALIZUMAB WHEN TREATED WITH MEPOLIZUMAB IN GREECE

Μαρία Καλλιέρη[1] , Ελευθέριος Ζέρβας[2], Ευαγγελία Φούκα[3], Κωνσταντίνος Πορπόδης[3], Marija Hadji Mitrova[3], Ελένη Τζωρτζάκη[4], Μιχαήλ Μακρής[5], Μαρία Ντάκουλα[5], Ανδριάνα Παπαϊωάννου Ι.[6], Παναγιώτης Λυμπερόπουλος[1] , Κατερίνα Δημάκου[7] , Σοφία Κουκίδου[7] , Σεβαστή Αμπελιώτη[7] , Αναστασία Παπαπορφυρίου[8], Κωνσταντίνος Κατσούλης[9], Μαρία Κηπουρού[9], Νικολέτα Ροβίνα[6], Κατερίνα Αντωνίου[10], Στυλιανός Βιττωράκης[11], Πέτρος Μπακάκος[6], Πασχάλης Στειρόπουλος[12], Κατερίνα Μαρκοπούλου[13], Παντελής Αβαρλής[14], Ηλίας Παπανικολάου[15], Μιλτιάδης Μαρκάτος[11], Ελένη Γάκη[16], Κωνσταντίνος Σάμιτας[2], Κωνσταντίνος Γλυνός[17], Σπυρίδων Παπίρης[1] , Δέσποινα Παπακώστα[3], Νικόλαος Τζανάκης[10], Μίνα Γκάγκα[2], Κωνσταντίνος Κωστίκας[18], Στυλιανός Λουκίδης[1]

[1] Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Αττικόν, [2]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [3]Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [4]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Ηράκλειο, [5]Τμήμα Αλλεργιολογίας, 2η Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», [6]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [7] 5η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [8]Πνευμονολογικό Τμήμα, Παθολογικός τομέας ΙΙ, Νοσοκομείο Βιέννης, [9]Πνευμονολογική Κλινική, 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, [10]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, [11]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Χανιά, [12]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, [13]1η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου, [14]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα, [15]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, [16]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Τρίκαλα, [17]GSK Medical Department Greece, Αθήνα, [18]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Introduction: Monoclonal antibodies are the pillar of individualized treatment of severe asthma. However, there is often phenotypic overlap in patients with severe asthma, and these patients may be eligible for more than one of the available therapies and switching between treatments as to achieve the best clinical response.
Objective: To describe the clinical benefit of patients with severe asthma who, due to non-response, switched from omalizumab to mepolizumab.
Materials and methods: This is the post-hoc analysis of the 2-year prospective, multicenter, non-interventional observational study, RELIght. Two groups of patients were studied: (A) those who received and (B) those who did not receive omalizumab in the past, before starting treatment with mepolizumab.
Results: Of the 169 patients, 60 (35.5%, 19 men, mean age 57.7±13.1 years) had received previous treatment with omalizumab. In Group (A), which included patients previously treated with omalizumab, switching to mepolizumab reduced mean annual exacerbations by 67.3% at the 1st and 69.2% at 2 years. A corresponding reduction was observed in group (B). Symptom control (ACT, $p<0.001$) and pulmonary function (FEV1, $p<0.001$) were also improved clinically significant in both groups at both years of follow-up (see Table).
Conclusions: The choice of mepolizumab allows patients with severe eosinophilic asthma to achieve clinical improvement regardless of the history of previous treatment with omalizumab.Post-hoc analysis of the RElight study has been funded by GSK [215390]

EA02

FOLLOW UP ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΥΠΟ ΜΠΕΝΡΑΛΙΖΟΥΜΑΜΠΗ (GREEK REAL LIFE REGISTRY OF BENRALIZUMAB: REALISM STUDY)

Χρυσούλα Κοντογιάννη[1] , Κωνσταντίνος Σάμιτας[1] , Πέτρος Μπακάκος[2], Νικολέτα Ροβίνα[2], Στυλιανός Λουκίδης[3], Ανδριάννα Παπαϊωάννου[3], Νικόλαος Τζανάκης[4], Κατερίνα Αντωνίου[4], Κατερίνα Δημάκου[5], Γεώργιος Χειλάς[5], Κωνσταντίνος Κατσούλης[6], Μαρία Κηπουρού[6], Νίκη Γεωργάτου[7] , Δημοσθένης Παπαπέτρου[7] , Ουρανία Κώτσιου8, Νικόλαος Ζίας[9], Ευαγγελία Φούκα[10], Κωνσταντίνος Πορπόδης[10], Μαρία Χατζημήτροβα[10], Δέσποινα Παπακώστα[10], Πασχάλης Στειρόπουλος[11], Κωνσταντίνος Κωστίκας[12], Αθηνά Γόγαλη[12], Αγάπη Αγγελοπούλου[12], Κωνσταντίνος Τάτσης[12], Ηλίας Παπανικολάου[13], Ελευθερία Χαΐνη[13], Μιλτιάδης Μαρκάτος[14], Στυλιανός Βιττωράκης[14], Παντελής Αβαρλής[15], Ελένη Γάκη[16], Δημήτριος Λάτσιος[17], Ελένη Τζωρτζάκη[18], Ελευθέριος Ζέρβας[1]

[1] 7η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [3]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, [4]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ, Κρήτη, [5]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [6]Πνευμονολογική Κλινική, Στρατιωτικό Νοσοκομείο 424, Θεσ/νίκη, [7]Πνευμονολογική Κλινική, ΙΑΤΡΙΚΟ Φαλήρου, [8]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, [9]Πνευμονολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο, [10]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΑΠΘ, Θεσ/νίκη, [11]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική, Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, [12]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική, Νοσοκομείο Ιωαννίνων, [13]Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Κέρκυρας, [14]Ιδιωτικό ιατρείο, Χανιά Κρήτης, [15]Ιδιωτικό ιατρείο, Καλαμάτα, [16]Ιδιωτικό ιατρείο, Τρίκαλα, [17]Ιδιωτικό ιατρείο, Δράμα, [18]Ιδιωτικό ιατρείο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η μπενραλιζουμάμπη, ένα αντι-IL-5Rα αντίσωμα, χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία στο σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα.

Σκοπός: Μια πολυκεντρική προοπτική μελέτη παρατήρησης για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της νόσου και της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε συνθήκες καθ' ημέρα κλινικής πρακτικής σε ασθενείς με μη ελεγχόμενο, σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα υπό θεραπεία με μπενραλιζουμάμπη στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Στην καταγραφή συμμετέχουν 19 Πνευμονολογικές Κλινικές και Ιατρεία ανά την Ελλάδα. Η περίοδος ένταξης διήρκησε 18 μήνες, με έναρξη την ημερομηνία 1ης κυκλοφορίας του φαρμάκου στην Ελληνική αγορά, και διάρκεια παρακολούθησης 2έτη.

Πρόδρομα αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετέχουν 122 ασθενείς (70 γυναίκες), με μέση ηλικία 56 έτη (min 30, max 82), από τους οποίους 58,2% είναι μη καπνιστές. Η πλειοψηφία (83,6%, 102 ασθενείς) έχουν όψιμης έναρξης άσθμα, με μέση τιμή ACT 15,9±4,4 (SD), ενώ το σύνολο των ασθενών είχε τουλάχιστον μία παρόξυνση το προηγούμενο έτος και 107 (87,7%) πάνω από 2, ενώ 32 ασθενείς (26,2%) χρειάστηκαν νοσηλεία. Ατοπία εμφανίζουν 67 ασθενείς (54,9%), ρινίτιδα 79 (64,8%), ρινικούς πολύποδες 35 (28,7%) και ΓΟΠ 35 (28,7%). Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, 61 ασθενείς είχαν λάβει άλλη βιολογική θεραπεία (32 omalizumab, 45 mepolizumab), ενώ όλοι λαμβάνουν LABA και υψηλές δόσεις ICS. Επίσης, 75 ασθενείς (61,5%) λαμβάνουν LAMA, 51 (41.8%) LTRA, ενώ 50 (41%) ελάμβαναν OCS με μέση δοσολογία 10,4±6 mg (SD) ισοδύναμο πρεδνιζολόνης.

Οι 76 ασθενείς που έχουν συμπληρώσει 12μήνες θεραπείας, εμφανίζουν βελτίωση στον έλεγχο της νόσου και την αναπνευστική λειτουργία [ACT 22±3,5 vs 15,9±4,4, FEV1(%pred) 81,2±20 vs 72,4±22,2], Επίσης, υποδιπλασιάστηκε η μέση χορηγούμενη δοσολογία OCS (από 10,4±6 σε 5,2±2,1 mg). Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφάνισαν το 9,8% (12 ασθενείς) με πιο συχνή την κεφαλαλγία, ενώ 4 ασθενείς αποχώρησαν από τη μελέτη ιδία βουλήσει και 5 διέκοψαν το φάρμακο (2 λόγω κνιδωτικού εξανθήματος, 1 λόγω κύησης, 2 για προσωπικούς λόγους)

Σχόλια: Το benralizumab στους ασθενείς με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα είναι αποτελεσματικό και καλά ανεκτό.

EA03

PHOLLOW: A REAL-WORLD, MULTICENTER, CROSS-SECTIONAL AND RETROSPECTIVE CHART REVIEW STUDY TO ASSESS THE PREVALENCE AND CHARACTERIZE THE PATIENT PROFILE, CLINICAL FEATURES AND DISEASE BURDEN OF TYPE-2 LOW SEVERE ASTHMA IN ROUTINE CARE SETTINGS IN GREECE

Petros Bakakos[1] , Evangelia Fouka[2], Petros Galanakis[3], Konstantinos Katsoulis[4], Konstantinos Kostikas[5], Stelios Loukides[6], Nikolas Mathioudakis[3], Konstantinos Porpodis[2], Konstantinos Samitas[7] , Paschalis Steiropoulos[8], Eleftherios Zervas[7]

[1] 1st University Department of Respiratory Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, [2]Pulmonary Department, Aristotle University of Thessaloniki, G. Papanikolaou Hospital, [3]AstraZeneca Medical Department, Respiratory & Immunology, [4]Pulmonary Department, 424 Army General Hospital, [5]Respiratory Medicine Department, School of Medicine, University of Ioannina, [6]2nd Respiratory Department, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens Medical School, [7]7th Respiratory Department, Athens Chest Hospital «Sotiria», 8Department of Respiratory Medicine, Medical School, Democritus University of Thrace, University General Hospital

OBJECTIVE: Type 2 (T2)-low severe asthma (SA) presents a distinct subpopulation for which epidemiologic and clinical data remain unclear. The aim of the PHOLLOW real-world study is to assess the prevalence and predictors of T2-low SA, and depict the patient profile, clinical features, treatment patterns and disease burden using clinical and patient-reported outcomes (PROs) in routine settings in Greece.

METHODS: This cross-sectional and chart review 2-part study will enroll 600 adult outpatients with SA over a 1-year period by 22 asthma specialists. The stratification of patients in SA phenotypes will be based on a clearly defined scoring system and criteria utilizing blood eosinophil count (BEC), FeNO, allergic/atopic status, current receipt of biologics and mOCS treatment, as well as response to such treatment. The study will employ two different definitions, termed BASE and STRICT, which use the exact same criteria and scoring, yet differ in the classification of patients into T2-low or high phenotypes by cumulative score. PART A will collect top-level data for all participants to assess T2-low SA prevalence and predictors. For patients classified as T2-high SA by the BASE definition, participation will end in PART A. T2-low SA patients will proceed to PART B where further data and PROs will be collected.

RESULTS: PHOLLOW builds upon prior knowledge, but also expands it with incorporation of additional parameters to construct a novel SA phenotype classification system. Additionally, further data and PROs regarding quality of life, anxiety/depression and work productivity/activity impairment will be collected for the T2-low SA patients.

CONCLUSIONS: In view of anticipated new treatments not only for T2-high SA, evidence generated by this study will shed light on T2-Low SA prevalence, using a newly-defined classification scheme, and provide input to healthcare policy-makers.

ΕΑ04

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ουρανία Παπαϊωάννου, Θεόδωρος Καραμπιτσάκος, Παναγιώτα Τσίρη, Ειρήνη Ζαρκάδη, Ηλέκτρα Κουλουσούσα, Εύα Θεοχάρη, Βασιλίνα Σωτηροπούλου, Γεώργιος Τσιρίκος, Ιωάννης Χριστόπουλος, Ματθαίος Κατσαράς, Έλλη Μαλακουνίδου, Βασιλική Γεωργιοπούλου, Αλέξανδρος Καπαριανός, Διονύσιος Παπαλεξάτος, Φώτιος Σαμψώνας, Αργύριος Τζουβελέκης
Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Η θεραπευτική προσέγγιση του ιδιοπαθούς καλοήθους υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου αποσκοπεί στη μείωση του αριθμού των ηωσινοφίλων και στην πρόληψη των βλαβών οργάνων-στόχων.
Σκοπός: Η παρουσίαση κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών, σπιρομετρικών παραμέτρων και έκβασης σε ασθενείς με ιδιοπαθές καλόηθες υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο υπό βιολογικό παράγοντα στόχευσης των ηωσινοφίλων.
Μέθοδος: Ασθενείς με ιδιοπαθές καλόηθες υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο υπό βιολογικό παράγοντα στόχευσης των ηωσινοφίλων εντάχθηκαν στη μελέτη από 01/10/2019 έως 31/08/2022.
Αποτελέσματα: Έξι ασθενείς (n=6) εντάχθηκαν στη μελέτη [Α/Γ: 3/3, μέση ηλικία ± SD =53.0 ± 23.1, καπνιστές/μη καπνιστές: 3/3]. Βρογχικό άσθμα ως συννοσηρότητα καταγράφηκε στο 100% (n=6) των ασθενών. Τέσσερις ασθενείς βρίσκονται υπό αγωγή με μεπολιζουμάμπη (300 mg/μήνα) και 2 υπό μπενραλιζουμάμπη (30 mg/8 εβδομάδες μετά τις 3 πρώτες δόσεις/μήνα). Η μέση τιμή των ηωσινοφίλων± SD κατά τη διάγνωση του νοσήματος πριν την έναρξη του βιολογικού παράγοντα ήταν 7179± 5599/μl, ενώ μετά τους 3 πρώτους μήνες θεραπείας ήταν 72± 89/μl. Σε 2 από τους ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης η βελτίωση των παραμέτρων του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής και της αξιολόγησης του ελέγχου του άσθματος μέσω του ερωτηματολογίου ACQ ήταν η ακόλουθη, αντίστοιχα: 1ος ασθενής: ΔFEV1: 0.70ml-31%, ΔFVC: 0.75 ml-29%, ACQ<0.75, 12 μήνες μετά την έναρξη του βιολογικού παράγοντα, 2ος ασθενής: ΔFEV1: 1.54 ml-37%, ΔFVC: 1.44 ml-29%, ACQ<0.75, 12 μήνες μετά την έναρξη του βιολογικού παράγοντα. Στο συνολικό αριθμό των ασθενών δεν παρουσιάστηκε βλάβη σε όργανο στόχο ούτε ανεπιθύμητη ενέργεια σχετιζόμενη με το βιολογικό παράγοντα.
Συμπέρασμα: Η χορήγηση βιολογικών παραγόντων σε ασθενείς με ιδιοπαθές καλόηθες υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο αναδεικνύεται ασφαλής και αποτελεσματική προσέγγιση. Επομένως, αναδύεται η ανάγκη συστηματικής καταγραφής αντίστοιχων περιπτώσεων βασιζόμενη σε δεδομένα πραγματικής ζωής.

EA05

ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΝΔΕΛΙΑΝΗΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Βανέσα Μπέλλου[1], Αθηνά Γόγαλη[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1], Ευάγγελος Ευαγγέλου[2]
[1]Τμήμα Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, [2]Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

Το άσθμα είναι μια συχνή χρόνια πνευμονοπάθεια που επιφέρει σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα παγκόσμια. Η παθογένεση του νοσήματος είναι πολύπλοκη, αποτελούμενη από πολλαπλά μονοπάτια και εμπλέκοντας ποικίλα κύτταρα και διαμεσολαβητές. Αναλογιζόμενοι τον καίριο ρόλο των λευκοκυττάρων στην ανοσία και την φλεγμονή, πραγματοποιήσαμε μία μελέτη Μενδελιανής Τυχαιοποίησης (Mendelian Randomization) για να εξετάσουμε αν υπάρχει αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ των ολικών λευκοκυττάρων, και των υποτύπων αυτών, και του άσθματος. Η κύρια ανάλυση βασίστηκε στην μέθοδο random-effects inverse-variance weighted method. Επιπρόσθετα, εφαρμόσαμε μια πολυμεταβλητή ανάλυση Μενδελιανής Τυχαιοποίησης, συνδυάζοντας ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα, ηωσινόφιλα, βασεόφιλα και μονοκύτταρα στο ίδιο μοντέλο. Ακόμη, πραγματοποιήσαμε πολλαπλές αναλύσεις ευαισθησίας, χρησιμοποιώντας επιπρόσθετες μεθοδολογίες Μενδελιανής Τυχαιοποίησης, όπως τις MR-Egger, MR-PRESSO, weighted median, simple mode και weighted mode.[1,2] Κατασκευάσαμε τα γενετικά εργαλεία για τα λευκοκύτταρα χρησιμοποιώντας δεδομένα από την μεγαλύτερη δημοσιευμένη Genome-Wide Association Study από το Blood Cell Consortium, που περιλαμβάνει 563.085 άτομα Ευρωπαϊκής καταγωγής.[3] Τα δεδομένα για το άσθμα ανακτήθηκαν από την πλέον πρόσφατη Genome-Wide Association Study του Trans-National Asthma Genetic Consortium, στην οποία συμμετείχαν 19.954 ασθενείς και 107.715 μάρτυρες Ευρωπαϊκής καταγωγής.[4] Αναδείξαμε ότι ο αυξανόμενος αριθμός των ηωσινοφίλων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άσθματος (OR 1.90, 95% CI 1.65 – 2.18, $P = 5.29 \times 10^{-19}$). Το αποτέλεσμα παρέμεινε στατιστικά σημαντικό στην πολυμεταβλητή ανάλυση και τις αναλύσεις ευαισθησίας. Δεν αναδείξαμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ολικών λευκοκυττάρων ή των λοιπών τύπων λευκοκυττάρων και του άσθματος. Η μελέτη μας επιβεβαίωσε τα ευρήματα της προυπάρχουσας βιβλιογραφίας, η οποία υποστηρίζει ότι τα ηωσινόφιλα εμπλέκονται στην αιτιολογία του άσθματος, αξιοποιώντας μια αξιόπιστη και καινοτόμα μεθοδολογία.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1) Burgess S et al. Guidelines for performing Mendelian randomization investigations. Wellcome Open Res. 2020; 4: 186
2) Skrivankova VW et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Using Mendelian Randomization. JAMA 2021; 326: 1614
3) Vuckovic D et al. The Polygenic and Monogenic Basis of Blood Traits and Diseases. Cell 2020; 182: 1214-1231.e11
4) Demenais F et al. Multiancestry association study identifies new asthma risk loci that colocalize with immune-cell enhancer marks. Nat. Genet. 2018; 50: 42–53

ΕΑ06

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ MEPOLIZUMAB ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 12 ΜΗΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΟΨΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ-ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ MESILICO.

Καλλιόπη Δόμβρη[1,2,3], Ιωάννα Τσιούπρου[1] , Κωνσταντίνος Γλυνός[4], Πέτρος Μπακάκος[5], Νικολέτα Ροβίνα[5], Πασχάλης Στειρόπουλος[6], Αθανάσιος Βούλγαρης[6], Κωνσταντίνος Κατσούλης[7] , Μαρία Κηπουρού[7] , Κωνσταντίνος Κωστίκας[8], Ελευθέριος Ζέρβας[9], Ανδριάννα Παπαϊωάννου[5], Σοφία Καραχρυσάφη[2], Θεοδώρα Παπαμήτσου[2], Αντωνία Σιόγκα[2], Πηνελόπη Αναστασιάδου[10], Νικολέτα Παστέλη[3], Στυλιανή Παπαεμμανουήλ[3], Αγγελική Χέβα[12], Σταύρος Τρύφων[12], Ευαγγελία Φούκα[1] , Δέσποινα Παπακώστα[1] , Στέλιος Λουκίδης[13], Κωνσταντίνος Πορπόδης[1]

[1] Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [2]Εργαστήριο Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου«, [4]GSK Ιατρικό Τμήμα, [5]Α΄Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ», [6]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Γ.Π.Ν. Αλεξανδρούπολης, [7]Πνευμονολογική Κλινική, 424 Στρατιωτικό Γενικό Νοσοκομείο· [8]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Ιωαννίνων· [9]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», [10]Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Οδοντιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [11]Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [12]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [13]Β΄ Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Διερευνήσαμε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Mepolizumab μέσω της αξιολόγησης της αναδιαμόρφωσης των αεραγωγών και των χαρακτηριστικών των ασθενών που σχετίζονται με ανταπόκριση στη θεραπεία.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Η MESILICO είναι μια πολυκεντρική μελέτη που περιλαμβάνει 8 Πνευμονολογικές Κλινικές στην Ελλάδα. Ασθενείς με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα όψιμης έναρξης και σταθερή απόφραξη έλαβαν Mepolizumab. Σαράντα επτά ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη MESILICO και 39 από αυτούς στην υποομάδα διερεύνησης της αναδιαμόρφωσης των αεραγωγών. Ελήφθησαν βρογχικές βιοψίες πριν από την έναρξη της θεραπείας και μετά από 12 μήνες θεραπείας με Mepolizumab. Η αναδιαμόρφωση των αεραγωγών αξιολογήθηκε με τις διαφορές από την αρχική τιμή στο πάχος της βασικής μεμβράνης, στο στρώμα των λείων μυϊκών των αεραγωγών, στην ακεραιότητα του επιθηλίου και στον αριθμό των ηωσινοφίλων στον ιστό. Αναπνευστικές παράμετροι (FEV1, FVC, PEF) αξιολογήθηκαν πριν και μετά την έναρξη της θεραπείας. Η κλινική μελέτη έχει καταχωρηθεί στο ClinicalTrials.gov, με αριθμό NCT04612556.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα από 16 ασθενείς. Η θεραπεία με mepolizumab μετά από 12 μήνες είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση στο πάχος της βασικής μεμβράνης (p=0,007), στο στρώμα των λείων μυϊκών ινών των αεραγωγών (p=0,011), στη βλάβη του επιθηλίου (p=0,009) και στον αριθμό των ηωσινοφίλων στον ιστό (p=0,030). Βρέθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές στις αναπνευστικές παραμέτρους πριν και μετά τη θεραπεία (FEV1-p=0,036, FVC-p=0,008). Οι ασθενείς με μεγαλύτερη από 10% βελτίωση του FEV1 βρέθηκαν με λιγότερο κατεστραμμένο επιθήλιο μετά από 12 μήνες θεραπείας (p<0,001). Επίσης, αυξημένες τιμές του PEF συσχετίστηκαν θετικά με υψηλά ποσοστά μείωσης της επιθηλιακής βλάβης (p=0,001, r=0,787).

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, 12 μήνες θεραπείας με mepolizumab σε ασθενείς με όψιμης έναρξης σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα και σταθερή απόφραξη, οδηγεί σε μείωση του πάχους της βασικής μεμβράνης, του στρώματος των λείων μυϊκών ινών των αεραγωγών, της επιθηλιακής βλάβης και του αριθμού των ηωσινοφίλων στον ιστό.

Χρηματοδότηση: GlaxoSmithKline.

Λοιμώξεις Αναπνευστικού (COVID)

ΕΑ07

Η ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗ.

Απόστολος Παππάς[1,2,6], Άννα-Λουίζα Χαλιάσου[3,6], Ανδρέας Παναγόπουλος[4,6], Κωνσταντίνα Δέδε[2], Σταυρούλα Δασκαλοπούλου[5,6], Ήβη Μόνιεμ[5,6], Ευτυχία Πολύδωρα[2,6], Ειρήνη Γρηγορίου[7], Αικατερίνη Ψαρρά[7], Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη[7], Ιωάννης Καλομενίδης[2,6]

[1]ΜΕΘ ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς", [2]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Πνευμονολογίας, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", ΕΚΠΑ, [3]4η Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", [4]3η Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», [5]5η Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", [6]Κλινική Covid-19, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", [7]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός"

Η COVID-19 απειλεί εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και παρουσιάζει ποικίλη κλινική πορεία. Η χορήγηση δεξαμεθαζόνης (DXM) σε ασθενείς με σοβαρή COVID-19 έχει συσχετιστεί με καλύτερη επιβίωση, ωστόσο αυτή η παρατήρηση δεν είναι καθολική. Για το λόγο αυτό αναλύσαμε προοπτικά τους λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς στον ορό 110 ασθενών με COVID-19 (που έλαβαν ή όχι θεραπεία με κορτικοστεροειδή) κατά την εξέλιξη της νόσου και ερευνήσαμε την ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων με την κλινική έκβαση. Η λήψη του πρώτου δείγματος πραγματοποιήθηκε κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη (1st time point- tpA) και η λήψη του δευτέρου δείγματος (2nd time point-tpB) πραγματοποιήθηκε 10 ημέρες αργότερα (ή <10 ημέρες αν οι ασθενείς ήταν σε προθανάτια κατάσταση ή έλαβαν εξιτήριο). Ο αριθμός των ολικών Τ-λεμφοκυττάρων, των Β-λεμφοκυττάρων, των CD4+, CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων και των κυττάρων φυσικών φονέων (Natural Killer-NK) προσδιορίστηκε με κυτταρομετρία ροής. Διαπιστώσαμε ότι η ομάδα αποτυχίας της θεραπείας [DXM-failure group (διασωλήνωση/θάνατος)] παρουσίασε μικρότερο αριθμό ολικών CD3+ κυττάρων, CD4+, CD8+ Τ- και Β-λεμφοκυττάρων συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, η οποία δεν έλαβε DXM (no DXM) ή/και με την ομάδα επιτυχημένης θεραπείας [DXM-success group (εξιτήριο από το νοσοκομείο)] κατά την στιγμή tpA. Η ομάδα DXM-failure χαρακτηρίστηκε από λιγότερα ολικά CD3+ κύτταρα, CD4+ και CD8+ Τ-λεμφοκύτταρα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ή/και με την ομάδα DXM-success κατά την στιγμή tpB-Εικόνα 1. Ο αριθμός των NK στην ομάδα DXM-failure μειώθηκε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου: διάμεσος (25-75 ενδοτεταρτημοριακό εύρος-IQR) tpA= 133,5 (68,75-216,3), tpB= 78 (28.25-101), $p<0.05$ και ήταν σημαντικά μειωμένος κατά την στιγμή tpB σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου: διάμεσος (IQR) 78 (28.25-101) vs 160 (113,5-227), $p<0.001$. Συμπερασματικά, η κινητική των λεμφοκυττάρων διαφέρει μεταξύ ασθενών με COVID-19 (που έλαβαν ή όχι θεραπεία με κορτικοειδή) και οι διαφορές αυτές σχετίζονται με τις κλινικές εκβάσεις.

ΕΑ08

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ OMICRON ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ιωάννης Λαμπρόπουλος[1,2], Δημήτριος Ράπτης[1,4], Δημήτριος Παπαγιάννης[3], Ερασμία Ρούκα[4], Ζωή Δανιήλ[1], Παρασκευή Κύργου[1,4], Κωνσταντίνος Τσάρας[5], Ουρανία Κώτσιου[1,5], Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης[1], Φωτεινή Μάλλη[1,4]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, [3]Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [5]Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Από την εμφάνιση της παραλλαγής Omicron του SARS-CoV-2, έχουν προκύψει πολλά ζητήματα σχετικά με την μολυσματικότητα και νοσηρότητά της.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η μεταβολή της τάσης της COVID – 19 από την εβδομάδα 2 του 2021 έως και την εβδομάδα 4 του 2022.

Μέθοδος: Τα δεδομένα αντλήθηκαν από της ημερήσιες αναφορές του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (που αφορούσαν τα κρούσματα τους θανάτους και τους διασωληνωθέντες). Για την αξιολόγηση της τάσης της COVID – 19 στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε το Joipoint Trend Analysis Software.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος εβδομαδιαίων κρουσμάτων ήταν υψηλότερος κατά την περίοδο που επικράτησε η Omicron (141.019,17 περιπτώσεις/εβδομάδα) έναντι της Delta (25.354,17 περιπτώσεις/εβδομάδα) και της περιόδου παραλλαγής Alpha (11.238,48 περιπτώσεις/εβδομάδα). Οι μολύνσεις από SARS-CoV-2 αυξήθηκαν σημαντικά κατά 15,28% από την εβδομάδα 2/2021 έως την εβδομάδα 14/2021 και κατά 5,74% για τις εβδομάδες 22-49. Για την εβδομάδα 50-52 παρατηρήσαμε σημαντική αύξηση κατά 76,15% που ακολουθήθηκε από σημαντική μείωση του ρυθμού τάσης κατά 23,75% μέχρι το τέλος της μελέτης. Οι εισαγωγές στη ΜΕΘ αυξήθηκεαν σημαντικά κατά 10,45% για τις εβδομάδες 2-15 του 2021, μειώθηκαν σημαντικά κατά 14,19% για τις εβδομάδες 16-28, αυξήθηκαν σημαντικά κατά 23,06% για τις εβδομάδες 29-33. Το ποσοστό δεν διέφερε σημαντικά μέχρι το τέλος της μελέτης. Το ποσοστό των θανάτων που σχετίζονται με τον COVID19 αυξήθηκε σημαντικά κατά 12,34% για τις εβδομάδες 2-15/2021, μειώθηκε σημαντικά κατά 17,7% για τις εβδομάδες 16-28, αυξήθηκε σημαντικά κατά 38,24% για τις εβδομάδες 29-33 και αυξήθηκε σημαντικά κατά 17,94% για τις εβδομάδες 41 έως 46 και παρέμεινε μάλλον σταθερό για τις εβδομάδες 47 του 2021 έως την εβδομάδα 4 του 2022.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι η παραλλαγή Omicron, σε σύγκριση με την παραλλαγή Delta ή Alpha, σχετίζεται με αυξημένη μεταδοτικότητα και πιθανώς μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Λέξεις κλειδιά: COVID – 19 , SARS – Cov – 2, θνητότητα, διασωληνωμένοι

EA09

ΜΥΚΗΤΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ 178 ΑΣΘΕΝΩΝ

Ευαγγελία Κουκάκη[1], Νικολέττα Ροβίνα[1], Κίμων Τζαννής[2], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Κωνσταντίνος Λοβέρδος[1], Αντωνία Κουτσούκου[1], Γεώργιος Δημόπουλος[1]
[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ - ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Νοσ. Αττικόν

Εισαγωγή: Οι σχετιζόμενες με COVID-19 μυκητιακές λοιμώξεις έχουν απασχολήσει την ιατρική κοινότητα. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν η επίπτωση, οι παράγοντες κινδύνου, οι επιπλοκές και η έκβαση των ασθενών με σχετιζόμενες με COVID-19 μυκητιακές λοιμώξεις.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης στη ΜΕΘ της Α' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ το διάστημα 27/8/2020-10/11/2021.

Αποτελέσματα: 178 διασωληνωμένοι ασθενείς συμπεριελήφθησαν στη μελέτη.19 ασθενείς (10.7%) ανέπτυξαν μυκητιακές λοιμώξεις εκ των οποίων 5 καντινταιμία, 13 πνευμονική ασπεργίλλωση και 1 και τα δύο. Οι ασθενείς με μυκητιακές λοιμώξεις ήταν νεότεροι, είχαν χαμηλότερο Charlson Comorbidity Index και χαμηλότερο PaO2/FiO2 ratio στην εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Όσον αφορά του ιατρογενείς παράγοντες κινδύνου έλαβαν συχνότερα Tocilizumab, υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης, τέθηκαν περισσότερο σε υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και σε ECMO (extracorporeal membrane oxygenation). Εμφάνισαν επίσης περισσότερες επιπλοκές, ιδίως λοιμώξεις και ακολούθως σηπτικό σοκ πιο συχνά. Τέλος, είχαν μακρύτερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και διάρκεια υποστήριξης από επεμβατικό μηχανικό αερισμό, αν και η θνητότητα στις 28 και 90 μέρες δε διέφερε.

Συμπεράσματα: Οι μυκητιακές λοιμώξεις φαίνεται να έχουν υψηλή επίπτωση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με COVID-19 και πιθανώς συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου να παίζουν σημαντικό ρόλο. Ωστόσο, η θνητότητα δε φαίνεται να αλλάζει με την εμφάνισή τους.

EA10

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ POST-COVID ΑΣΘΕΝΩΝ

Άγγελος Ζούγλος[1], Ουρανία Κολτσίδα[1], Αιμιλία Τσαρουχά[1], Αλέξης Κοκολιός[2], Ελένη Ρεκλίτη[2], Κατερίνα Ράπτη[1], Αγγελική Ράπτη[1]
[1]2η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της λοίμωξης από SARS-Cov-2 αφορούν ολοένα και περισσότερους ασθενείς καθώς εξελίσσεται η πανδημία COVID-19. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να καθοριστούν οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται για την υποστήριξη ασθενών με post/long covid σύνδρομο.
Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν την ένταξη των ασθενών αυτών σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης για τη διαχείριση των μακροπρόθεσμων συνεπειών των συσχετιζόμενων με COVID-19 σοβαρή νόσηση. Οι οδηγίες αυτές έχουν βασιστεί σε δεδομένα παλιότερων μελετών με βάση τα οποία έχει φανεί η αποτελεσματικότητα της πνευμονικής αποκατάστασης στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής των νοσούντων από άλλα στελέχη κορονοιών ή και ιών με παρόμοιες επιπλοκές στο αναπνευστικό σύστημα.
Στη συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα ενός εξατομικευμένου προγράμματος πνευμονικής αποκατάστασης που εφαρμόστηκε σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας σε σοβαρή ή πολύ σοβαρή κατάσταση με COVID-19 και παρουσίασαν εμμέμουσα συμτωματολογία για διάστημα ≥8 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
Η διάρκεια του προγράμματος ήταν συνολικά 12 εβδομάδες, εφαρμόστηκαν δύο συνεδρίες ανά εβδομάδα που περιλάμβαναν διαλειμματική αερόβια άσκηση σε κυκλοεργόμετρο, ασκήσεις μυικής ενδυνάμωσης άνω και κάτω άκρων και αναπνευστική φυσιοθεραπεία. Στη μελέτη συμμετείχαν 7 ασθενείς, ένας εκ των οποίων διέκοψε πρόωρα λόγω μυοσκελετικών περιορισμών.
Με τη λήξη του προγράμματος παρατηρήθηκε βελτίωση στην στην κλίμακα δύσπνοιας mMRC (μ.ο: -1.5, SD: 0.54) και Borg (μ.ο: -2.75, SD: 0.52), στο 6MWD (μ.ο.: 122m, SD: 43m) και στη δοκιμασία 30seconds sit to stand (μ.ο.: 3.33 επαναλήψεις, SD: 1.21).
Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης φαίνεται πως η συμμετοχή σε προγράμματα εξατομικευμένης πνευμονικής αποκατάστασης οφελεί τους ασθενείς με post-covid syndrome και συντελεί στη βελτίωση του αισθήματος δύσπνοιας και της αντοχής στην άσκηση.

EA11

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΝΔΗΜΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ

Βάγια Καραγεώργου[1], Ανδριάνα Παπαϊωάννου[2], Μαρία Καλλιέρη[1], Μυρτώ Μπλίζου[1], Στέφανος Λαμπαδάκης[1], Μαρία Σφήκα[1], Αντώνιος Κρούσκος[1], Ειρήνη Στρακόσα[1], Βασίλειος Παπαβασιλείου[1], Καλλιόπη Θεώνη Βανδώρου[1], Μαρίνα Μουστάκα Χριστοδούλου[1], Παύλος Σιώζος[1], Γεωργία Κοντονάσιου[1], Βασιλική Απολλωνάτου[1], Ελβίρα Μαρκέλα Αντωνογιαννάκη[3], Χρήστος Κυριακόπουλος[5], Χριστίνα Αγγελοπούλου[5], Χρήστος Χρόνης[5], Κωνσταντίνος Κωστίκας[5], Ευαγγελία Κουκάκη[2], Ζωή Σωτηροπούλου[2], Αθανασία Αθανασοπούλου[2], Πέτρος Μπακάκος[2], Πηνελόπη Σχοινή[3], Εμμανουήλ Αλευράκης[3], Σωτήριος Πούπος[3], Ευαγγελία Χονδρού[3], Διονύσιος Τσουκαλάς[3], Αλεξία Χροναίου[3], Γεώργιος Τσουκαλάς[3], Κωνσταντίνος Ρουκάς[6], Ιφιγένεια Νάκου[6], Διαμαντής Χλωρός[6], Ευαγγελία Φούκα[6], Σοφία Κουκίδου[4], Γεώργιος Χειλάς[4], Κατερίνα Δημάκου[4], Σπυρίδων Παπίρης[1], Στυλιανός Λουκίδης[1]

[1]Β΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», ΕΚΠΑ, [2]Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [3]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [4]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [5]Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, [6]Κλινική Πανδημίας COVID 19, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η νόσος COVID-19 αποτελεί πανδημία από το 2020 και έχουν παρατηρηθεί ανάλογα με τις επικρατούσες μεταλλάξεις του ιού SARS-CoV-2 διαφορετικά πανδημικά κύματα.
Σκοπός: Η καταγραφή περιστατικών από 4 νοσοκομεία αναφοράς και η αξιολόγηση προγνωστικών παραμέτρων σε 2 χρονικές περιόδους όπου επικρατούσαν διαφορετικά στελέχη του ιού.
Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μη-παρεμβατική μελέτη παρατήρησης, στην οποία μελετήθηκαν ασθενείς με Covid 19, που νοσηλεύτηκαν σε 4 τριτοβάθμια κέντρα. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, οι συννοσηρότητες, η εμβολιαστική κάλυψη, κλινικά απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα κατά την εισαγωγή και η επιβίωση. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες. Η πρώτη αφορά εισαγωγές ως τον Δεκέμβριο 2021, (επικράτηση της παραλλαγής Δέλτα) και η δεύτερη εισαγωγές μετά τον Ιανουάριο του 2022, (επικράτηση της παραλλαγής Όμικρον).
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 975 ασθενείς (450 γυναίκες) (διάμεση ηλικία 67 [54,81] έτη, (Πρώτη ομάδα 286 ασθενείς και δεύτερη 689).
Μεταξύ των 2 ομάδων υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία {median [IQR] 65 [53, 78] vs 69 [54, 82], p=0.026, τη διάρκεια νοσηλείας 8 [6,13] vs 7 [5,12] ημέρες, p=0.02, και τις τιμές προκαλσιτονίνης 0.08 [0.05, 0.16] vs 0.06 [0.03, 0.16], p=0.07, φερριτίνης 309 [171, 661] vs 240 [122, 478], p=0.01 και το λόγο PaO2/FiO2 εισαγωγής 312 [257, 357] vs 320 [267, 367], p=0.025.
Μεταξύ των 2 ομάδων δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εισαγωγή στη ΜΕΘ (7% vs 4.9%), p=0.130 ή την επιβίωση (87.8% vs 85.1%), p=0.269. Στο σύνολο της πανδημίας με βάση την Cox regression ανάλυση ανεξάρτητοι παράγοντες θνητότητας ήταν η ηλικία HR (95%CI) 1.027 (1.027-1.045), p=0.002, ο λόγος PaO2/FiO2 στην εισαγωγή 0.995 (0.993-0.997), p<0.001, και η ύπαρξη συννοσηροτήτων με βάση το δείκτη Charlson 1.162 (1.066, 1.267), p=0.001.
Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης συνηγορούν ότι οι ηλικίες νόσησης στη παραλλαγή Δέλτα ήταν μικρότερες και τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα πιο επιβαρυμένα σε σχέση με την Όμικρον ενώ συνολικά προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης στη νόσο COVID-19 είναι η ηλικία, η βαρύτητα της νόσησης και οι συννοσηρότητες.

EA12

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΝΤΙ-CD20 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: Η ΑΝΑΓΚΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΑΡΧΟΥΣΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ

Αναστασία Λεβουνέτς, Ίρις Βλαχαντώνη, Ρομίνα Χατζηπέτρου, Λαμπρινή Βλάσση, Ζαφείρης Σαρδελής, Κωνσταντίνος Σάμιτας, Ευάγγελος Μαρκοζάννες, Θεοπλάστη Γρηγοράτου, Ελευθέριος Ζέρβας, Λυκούργος Κολιλέκας
7η Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή
Η αποτελεσματική διαχείριση ανοσοκατασταλμένων ασθενών με λοίμωξη COVID-19 αποτέλεσε από την αρχή της πανδημίας μια ιδιαίτερη πρόκληση για την ιατρική κοινότητα. Παρά τα υψηλά ποσοστά εμβολιασμού του πληθυσμού αυτού, καταγράφηκαν πολλαπλά περιστατικά breakthrough COVID λοίμωξης με ανάγκη νοσηλείας. Ένας από τους παράγοντες που οδηγούν σε ανοσοκαταστολή αποτελεί η θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα έναντι του CD20 μορίου (π.χ. ριτουξιμάμπη) που χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως στην αντιμετώπιση νόσων όπως αυτοάνοσα νοσήματα και κακοήθειες και έχουν συσχετιστεί στο παρελθόν με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων.
Σκοπός της μελέτης
Η παρουσίαση της εμπειρίας μιας Πνευμονολογικής κλινικής στην αντιμετώπιση οξείας COVID-19 λοίμωξης σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με ιστορικό λήψης αντί-CD20 θεραπείας και στην παρακολούθησή τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
Μεθοδολογία
Προοπτική μελέτη παρατήρησης για περίοδο 18 μηνών. Καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με την αιτία ανοσοκαταστολής των ασθενών, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, το status εμβολιασμού έναντι COVID-19, την βαρύτητα της κλινικής τους κατάστασης κατά την παρουσίασή τους, την θεραπεία που έλαβαν καθώς και την πορεία νόσου. Για τους ασθενείς με ιστορικό αγωγής με αντι-CD20 παράγοντες συλλέχθηκαν πληροφορίες για την μετέπειτα πορεία τους στην παρακολούθηση που ακολούθησε σε τακτική εξωτερική βάση.
Αποτελέσματα
Κατά την περίοδο Ιανουαρίου 2021 με Ιούνιο 2022, νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας 65 ασθενείς με ιστορικό πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς ανοσοκαταστολής σε σύνολο 412 ασθενών με λοίμωξη COVID-19 (44% ασθενείς με διάγνωση αυτοάνοσου νοσήματος, 26% με αιματολογική κακοήθεια, 13% με κακοήθεια συμπαγούς οργάνου, 7% με διάμεση πνευμονοπάθεια, 4% με πρωτοπαθή ανοσοανεπάρκεια και 3% με σοβαρό άσθμα) με μέση διάρκεια νοσηλείας 10 ημέρες. 18 από τους ασθενείς αυτούς είχαν ιστορικό λήψης αντι-CD20 παράγοντα, όλοι πλην ενός ήταν εμβολιασμένοι έναντι του ιού, 1 στους 3 είχε ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας λόγω λοίμωξης COVID-19 και 1 στους 5 νοσηλεύθηκε για διάστημα άνω των 15 ημερών.
Συμπεράσματα
Οι ασθενείς με ιστορικό θεραπείας με αντι-CD20 παράγοντες, βάσει της εμπειρίας μας, εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο παρατεταμένης ιαιμίας, εμμενόντων συμπτωμάτων, κλινικής επιδείνωσης και ανάγκης για νοσηλεία. Ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός ανοσοκατασταλμένων ασθενών με COVID-19 λοίμωξη επιτάσσει την ανάγκη για συνεχώς επικαιροποιούμενη εκπαίδευση με στόχο την αποτελεσματική τους διαχείριση.

Φυματίωση

ΕΑ13

Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗΣ ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΗΣ ΑΜΙΚΑΣΙΝΗΣ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΜΗ ΦΥΜΑΤΙΚΑ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ

Αγγελική Λουκέρη[1], Δημήτριος Μπερώτας[1], Αικατερίνη Καββαδά[1], Χρήστος Καμπόλης[3], Ευγενία Παπαθανασίου[2], Χαράλαμπος Μόσχος[1], Απόστολος Παπαβασιλείου[1]

[1]Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικόν, [3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ ¨Ιπποκράτειο¨

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μη φυματικά (NTM-non tuberculous mycobacteria) μυκοβακτηρίδια είναι μικροοργανισμοί που είναι κυριολεκτικά πανταχού παρόντες, βρίσκονται στο χώμα και τους υδάτινους πόρους, φυσικούς και τεχνητούς, και μπορούν να προκαλέσουν νόσο ακόμα και σε ανοσοεπαρκή άτομα. Η πνευμονική νόσος από NTM αποτελεί μια θεραπευτική πρόκληση για τον πνευμονολόγο, διότι η θεραπεία της είναι μια χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία με φάρμακα που συχνά προκαλούν παρενέργειες μη ανεκτές από τον ασθενή. Υπάρχει μια συνεχής δραστηριότητα ως προς την μελέτη φαρμάκων περισσότερο δραστικών και λιγότερο τοξικών για την αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων. Η εισπνεόμενη λιποσωμιακή αμικασίνη (Amikacin Liposomal Inhalation Suspension -ALIS) αποτελεί ένα από τα νεότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των πνευμονικών λοιμώξεων από NTM, με ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Σας παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την χορήγηση του ALIS, όπως αυτή αποτυπώνεται στο Αντιφυματικό Τμήμα του ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨ από το 2020 έως 2022.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Παρουσιάζουμε 11 ασθενείς μέσης ηλικίας 65 ετών, Ελληνικής καταγωγής, με πνευμονική λοίμωξη από NTM οι οποίοι μεταξύ του 2020 και του 2022 έλαβαν ALIS. Οι 9 από τους 11 (82%) είχαν πνευμονική λοίμωξη από MAC (4 με M.intracellulare και 5 με M.avium), ενώ οι άλλοι 2 από M.abscessus. Στην πλειοψηφία των περιστατικών (91%), είχε χορηγηθεί στο παρελθόν αμικασίνη ενδομυϊκά με τους 4 εξ΄ αυτών να παρουσιάζουν ωτοτοξικότητα (βαρηκοΐα και εμβοές) και τον ένα ασθενή από τους τέσσερις, να παρουσιάζει επιπλέον της ωτοτοξικότητας και νεφροτοξικότητα. Ο απεικονιστικός έλεγχος σε 3 από τις περιπτώσεις ανέδειξε κοιλότητες, ενώ στις υπόλοιπες 8 επικρατούσαν τα οζίδια συνδυαστικά με βρογχεκτασίες. Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν στην πορεία κλινικοαπεικονιστική επιδείνωση ή υποτροπή νόσου παρά την λήψη της ενδεδειγμένης φαρμακευτικής θεραπείας. Μετά την χορήγηση ALIS, οι 5 από τους ασθενείς παρουσίασαν απεικονιστική βελτίωση και αρνητικοποίηση των καλλιεργειών, ενώ 2 από αυτούς παρά την αρνητικοποίηση των καλλιεργειών παρέμειναν απεικονιστικά σταθεροί. Η θεραπεία διακόπηκε σε ένα ασθενή λόγω πνευμονίτιδας, ενώ ένας ασθενής απεβίωσε κατά την διάρκεια λήψης της αγωγής από άλλα αίτια. Οι 2 ασθενείς με M.abscessus, παρά την αρχική απεικονιστική βελτίωση και αρνητικοποίηση των καλλιεργειών, υποτροπίασαν με επιδείνωση της κλινικής τους εικόνας και της αξονικής θώρακα και νέες θετικές καλλιέργειες για NTM. Σε όλους τους ασθενείς παράλληλα με το ALIS κλιμακώθηκε και η από του στόματος φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ALIS αποτελεί ένα από τα νεότερα φάρμακα στην αντιμετώπιση της πνευμονικής λοίμωξης από NTM. Χρησιμοποιεί τα λιποσώματα σαν όχημα για να εισέλθει στα κυψελιδικά μακροφάγα στα οποία διαβιούν τα μυκοβακτηρίδια, με συνέπεια την σημαντική αύξηση της συγκέντρωσης στο σημείο της λοίμωξης συγκριτικά με την κλασική αμικασίνη, είτε χορηγηθεί ενδοφλέβια είτε σε νεφελοποίηση. Επιπλέον, δεν υπάρχει σημαντική συστηματική απορρόφηση, επομένως είναι λιγότερο συχνές και οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των αμινογλυκοσιδών. Προς την κατεύθυνση αυτή βρίσκονται σε εξέλιξη νέες μελέτες για την πιθανή εφαρμογή και άλλων εισπνεόμενων αντιβιοτικών στην καταπολέμηση των μυκοβακτηριδιακών λοιμώξεων.

EA14

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΝΤΜ

Αγγελική Λουκέρη[1], Χρήστος Καμπόλης[3], Ευγενία Παπαθανασίου[2], Αικατερίνη Καββαδά[1], Δημήτριος Μπερώτας[1], Μαρίνα Λιακέα[1], Αθηνά Κυριοπούλου[1], Χαράλαμπος Μόσχος[1], Απόστολος Παπαβασιλείου[1]
[1]Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικόν, [3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ ¨Ιπποκράτειο¨

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των πνευμονικών λοιμώξεων από μη φυματικά μυκοβακτηρίδια (ΝΤΜ) είναι μακροχρόνια, με συχνές παρενέργειες και δεν εξασφαλίζει ίαση. Παρά την ενδεδειγμένη αντιβιοτική θεραπεία, παρατηρείται επιτυχής έκβαση μόλις στο 60-65% των ασθενών με πνευμονική λοίμωξη από MAC και στο 35-45% των ασθενών με M.abscessus. Παρόλο που ο ρόλος του χειρουργείου παραμένει ασαφής, αποτελεί συνδυαστικά με την φαρμακευτική θεραπεία μια εναλλακτική προσέγγιση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα νόσο, παρουσία κοιλότητας ή σοβαρές επιπλοκές σχετιζόμενες με την νόσο, όπως μεγάλη αιμόπτυση. Με δεδομένο ότι τα ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι αξιοσημείωτα (7-25%), η επιλογή των ασθενών για χειρουργείο πρέπει να εξατομικεύεται. Η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνεται προ του χειρουργείου, περιεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, χωρίς ωστόσο να είναι ξεκάθαρο το ιδανικό χρονικό διάστημα.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: Παρουσιάζουμε πέντε ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 54 ετών (36-60 έτη), με πνευμονική λοίμωξη από ΝΤΜ που μεταξύ του 2015-2022 υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση παράλληλα με την λήψη αντιβιοτικής θεραπείας. Οι τέσσερις από τους πέντε ασθενείς (80%) είχαν πνευμονική λοίμωξη από MAC (M.intracellulare και M.avium), ενώ ο πέμπτος ασθενής από M.malmoense. Προ του χειρουργείου όλοι οι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική θεραπεία διάρκειας τουλάχιστον 12-18 μηνών, με έναν εκ των ασθενών να επαναλαμβάνει την αντιβιοτική αγωγή λόγω υποτροπής νόσου. Μετά την ολοκλήρωση της φαρμακευτικής θεραπείας όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν επεισόδια αιμόπτυσης, οι τρεις από τους πέντε (60%) εμφάνιζαν ευμεγέθεις κοιλότητες και βρογχεκτασίες στον απεικονιστικό έλεγχο, ενώ οι άλλοι δύο (40%) εμφάνιζαν βρογχεκτασίες. Προ του χειρουργείου πραγματοποιήθηκε βρογχοσκοπικός έλεγχος και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος, βρογχικών εκκρίσεων και βιοψιών προς καλλιέργεια για ΝΤΜ, που απέβησαν αρνητικές. Οι τέσσερις από τους πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή, ενώ ο πέμπτος σε λοβεκτομή συνδυαστικά με τμηματεκτομή. Ακολουθώντας το χειρουργείο έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για 3-6 μήνες. Κανένας εκ των ασθενών δεν παρουσίασε μετεγχειρητικές επιπλοκές. Σε μεταγενέστερους ελέγχους όλοι οι ασθενείς παραμένουν κλινικά και απεικονιστικά σταθεροί.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το χειρουργείο ως συμπληρωματική θεραπεία της φαρμακευτικής αγωγής έχει θέση στην αντιμετώπιση των πνευμονικών λοιμώξεων από ΝΤΜ, σε περίπτωση θεραπευτικής αποτυχίας, υποτροπής νόσου, αντοχής ή σοβαρών επιπλοκών. Η αφαίρεση μιας εντοπισμένης κατεστραμμένης περιοχής του πνεύμονα ή μιας περιοχής με εστιακή νόσο με υψηλό μικροβιακό φορτίο μπορεί να συμβάλλει τόσο στην αποφυγή επιπλοκών όσο και στην βραδύτερη εξέλιξη της λοίμωξης. Σε κάθε περίπτωση η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να διαρκεί 12 μήνες μετά την αρνητικοποίηση των καλλιεργειών, ανεξάρτητα από το πότε πραγματοποιήθηκε η χειρουργική επέμβαση.

EA15

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ ΚΟΥΤΣΟΧΕΡΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Κωνσταντίνος Τουρλακόπουλος[1], Michel Janho[1], Μαριάννα Βλυχού[2], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1], Ειρήνη Γερογιάννη[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [2]Εργαστήριο Ακτινολογίας – Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Την τελευταία 10ετία όλο και περισσότερος κόσμος μεταναστεύει από χώρες με υψηλή επίπτωση φυματίωσης σε χώρες με χαμηλότερη. Οι μετανάστες της Ελλάδας φιλοξενούνται σε διάφορες δομές της χώρας. Στο Κουτσόχερο Λάρισας βρίσκεται μία από αυτές.

Στόχος: Να ανευρεθούν οι πιθανές περιπτώσεις ενεργού φυματίωσης των φιλοξενουμένων στη δομή φιλοξενίας Κουτσόχερου προκειμένου να περιοριστεί η μετάδοση της φυματίωσης.

Μέθοδοι: Σε όλους τους κατοίκους διενεργήθηκε προσυμπτωματικός έλεγχος με τη διαδικασία διαλογής δύο βημάτων σύμφωνα με τις συστάσεις του ΕΟΔΥ. Συγκεκριμένα, διενεργήθηκε δοκιμασία Mantoux με φυματίνη, ενώ σε θετική δοκιμασία Mantoux (>10mm) διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος. Σε όσους τα ευρήματα της ακτινογραφίας έθεταν την υπόνοια ενεργού φυματίωσης, πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και επί ευρημάτων εργαστηριακός έλεγχος πτυέλων με άμεση μικροσκόπηση και καλλιέργεια για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.

Αποτελέσματα: Από τους 272 κατοίκους που φιλοξενούνται στη δομή, οι 186 υποβλήθηκαν σε δερματινοαντίδραση Mantoux (68,4%) [112 άντρες (60,2%) και 74 γυναίκες (39,8%)]. Από τους 186 κατοίκους που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία Mantoux, θετική δοκιμασία είχαν οι 46 (24,7%) με αυξημένη θετικότητα στους άνδρες (29,5%) έναντι των γυναικών (17,6%). Μεγαλύτερα ποσοστά θετικότητας εμφάνισαν οι κάτοικοι από το Congo της Αφρικής (53,8%). Η μέση ηλικία ήταν 30 έτη με μέσο χρόνο παραμονής στην Ελλάδα τα 3 έτη. Εμβολιασμένοι με το εμβόλιο της φυματίωσης ήταν το 54,8% των κατοίκων που εξετάστηκαν. Οι κάτοικοι που υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακος ήταν 37. Οι 5 είχαν ευρήματα που θέτουν την υπόνοια ενεργού φυματίωσης, και προχώρησαν σε περαιτέρω έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακος. Εστάλησαν καλλιέργειες πτυέλων, οι οποίες αναδείχθηκαν αρνητικές.

Συμπεράσματα: Δεν ανιχνεύτηκε ενεργό κρούσμα φυματίωσης, όμως συστήνεται να εντατικοποιηθεί ο έλεγχος στις δομές φιλοξενίας λόγω του αυξημένου συγχρωτισμού. Επίσης, κρίνεται απαραίτητη περαιτέρω προσπάθεια προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό στρατολόγησης των κατοίκων των δομών, όσο αφορά τον προληπτικό έλεγχο.

ΕΑ16

ΈΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2012-2021

Κατερίνα Μανίκα, Marija Hadji-Mitrova, Αθανάσιος Αβραμίδης, Φωτεινή Γκάκου, Μιχαήλ Λεοντακιανάκος, Αναστάσιος Βογιατζόγλου, Γεώργιος Σακαλής, Παναγιώτα Κυρέλτση, Σεραφείμ - Χρυσοβαλάντης Κωτούλας, Μαρία Σιωνίδου, Ελένη Παπαδάκη, Άννα Τσάκωνα, Δέσποινα Παπακώστα
ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"

Ιατρείο Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η φυματίωση είναι η συχνότερη λοιμώδης αίτια θανάτου παγκοσμίως, μετά το SARS COV-2. Η δήλωση της έκβασης νέων περιπτώσεων είναι υποχρεωτική στις χώρες του Δυτικού κόσμου, ενώ στην Ελλάδα δεν δηλώνεται.

Ασθενείς και μέθοδοι: Έγινε καταγραφή των ασθενών με φυματίωση που παρακολουθούνται στο ιατρείο φυματίωσης της Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ για την περίοδο 2012-2021. Καταχωρήθηκαν δημογραφικά στοιχεία, εντόπιση, τρόπος διάγνωσης, ανθεκτικότητα, χρόνος θεραπείας και έκβαση της νόσου.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 273 ασθενείς με ευαισθησία στη ριφαμπικίνη, με μέση ηλικία τα 49 έτη ±19,6. Από αυτούς, το 60,4% ήταν Έλληνες, ενώ οι υπόλοιποι αλλοδαποί, κυρίως από το Πακιστάν (8,8%), τις χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης (12,1%) και την Αλβανία (4,0%).
Οι 229 (83,9%) είχαν πνευμονική φυματίωση, ενώ οι υπόλοιποι 44 (16,1%) εξωπνευμονική φυματίωση, κυρίως φυματιώδη λεμφαδενίτιδα 23 (52,3%) και πλευρίτιδα 11 (25,0%). Η κεγχροειδής φυματίωση ανερχόταν στο 3,3%. Το 46,7% των ασθενών είχε θετική χρώση Z/N, το 75,7% θετική καλλιέργεια και το 76,9% θετικό GeneXpert. Το 82,2% των ασθενών είχε μικροβιολογική διάγνωση. Ιστολογική επιβεβαίωση υπήρχε στο 15,9%. Μόνο 4,4% τέθηκαν σε αγωγή αποκλειστικά με κλινική υποψία φυματίωσης. Αντοχή στην ισονιαζίδη παρουσιάστηκε σε ποσοστό 7,9%. Κατά μέσο όρο οι ασθενείς έλαβαν αγωγή για 7 μήνες, ενώ χρειάσθηκαν 20 ημέρες για αρνητικοποίηση της χρώσης και 43,3 ημέρες για αρνητικοποίηση της καλλιέργειας.
Θετική έκβαση παρατηρήθηκε σε ποσοστό 85,0%. Αποτυχία της θεραπείας με ανάγκη αλλαγής σχήματος προέκυψε σε έναν ασθενή (0,5%). Σημειώθηκαν 19 (8,9%) θάνατοι, από τους οποίους μόνο 7 σχετίζονται με την φυματίωση. 83,3% των ασθενών που δεν συμμορφώθηκαν με την αγωγή ή χάθηκαν στην παρακολούθηση ήταν αλλοδαποί.

Συμπέρασμα: Το ποσοστό θετικής έκβασης είναι υψηλό, όπως συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Το ποσοστό των θανάτων είναι επίσης υψηλό και αντίστοιχο με τα παγκόσμια ποσοστά, ενώ η κακή συμμόρφωση στους αλλοδαπούς χρειάζεται μια συνολική αντιμετώπιση.

EA17

A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW AND META-ANALYSIS OF PATIENT RISK FACTORS FOR NON-TUBERCULOUS MYCOBACTERIAL PULMONARY DISEASE (NTM-PD)

Michael Loebinger[1], Jennifer K Quint[1], Roald van der Laan[2], Marko Obradovic[3], Rajinder Chawla[4], Amit Kishore[4], Jakko van Ingen[5]

[1]Royal Brompton Hospital and Imperial College London, London, UK, 2Insmed B.V., Utrecht, The Netherlands, [3]Insmed Germany GmbH, Frankfurt am Main, Germany [4]Accuscript Consultancy, Ludhiana, Punjab, India, [5]Radboudumc, Nijmegen, The Netherlands

Introduction and objectives

Non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease (NTM-PD) causes increased morbidity and mortality and is often diagnosed late. Improved understanding of NTM-PD risk factors allows prompt testing and appropriate management. Results from a systematic literature review (SLR) and meta-analysis of the identified risk factors are reported.

Methods

Medline and EMBASE searches (July 2021) of publications (2011–2021) reporting attributable risk factors for NTM-PD were performed identifying 7,246 citations. Of these, 99 were included in the SLR and subjected to full data extraction, and 24 reported an association against a control population and could be included in the meta-analysis. Random effect modelling was used for meta-analysis using the R-based meta package.

Results

Underlying lung disease was associated with NTM-PD, notably bronchiectasis, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and a history of tuberculosis (Table). Use of inhaled corticosteroids and immunosuppressive drugs, specifically anti-tumour necrosis factor alpha, were also positively associated. Low body mass index was positively associated with risk of NTM-PD and cardiovascular disease was marginally associated. In this analysis, lung function (FEV1) as well as macrolide use were not statistically significantly associated with NTM-PD.

Conclusion

These data explore a comprehensive range of factors predisposing patients to NTM-PD. Data are limited by a paucity of published data regarding attributable risk factors for NTM-PD and a high degree of heterogeneity across studies compared. Similarly, some studies are performed in defined patient groups which may not be reflective of data in a more general population. Understanding risk factors, as explored in this meta-analysis, may identify patients for NTM testing and further treatment if appropriate.

Disclosures: the study was funded by Insmed BV; MRL reports receiving honorarium from Insmed, Astra Zeneca, Chiesi, Grifols, Savara, Armata; JKQ has received grants from The Health Foundation, MRC, GSK, Bayer, BI, AUK-BLF, HDR UK, Chiesi and AZ and personal fees for advisory board participation or speaking fees from GlaxoSmithKline, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca, Chiesi, Insmed and Bayer; JvI reports honorarium for speaking or advisory boards from Janssen Pharmaceuticals, Insmed, Spero Therapeutics and Paratek; RvdL is an employee of Insmed B.V.; MO is an employee of Insmed Germany GmbH; RC is an employee of Accuscript Consultancy; AK is an employee of Accuscript Consultancy.

Keywords: NTM-PD, nontuberculous mycobacteria, clinical practice, risk factors

ΕΑ18

ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (LTBI) ΜΕ TST ΣΤΟ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (2018-2022).

Αναστάσιος Στριγγάρης, Ειρήνη Πασπαράκη, Μαρία Μιχελακάκη, Αναστασία Γερακιανάκη, Νικηφόρος Τριαντούλης - Ναθαναήλ, Αναστάσιος Αρχοντάκης, Μανώλης Φερδούτσης, Γεώργιος Μελέτης
Πνευμονολογικό Τμήμα- Αντιφυματική Μονάδα Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο- Πανανειο

Η LTBI αποτελεί μια κατάσταση εμμένουσας ανοσιακής απάντησης στη διέγερση από αντιγόνα του M. tuberculosis, χωρίς την παρουσία ενεργού νόσου. Είναι υποκλινική νόσος, χωρίς συμπτώματα & χωρίς μικροβιολογικά ή ακτινολογικά ευρήματα συμβατά με ενεργό νόσο.
Κατά την χρονική περίοδο Ιανουάριος 2018-Ιούνιος 2022 ελέγθηκαν για LTBI στην Αντιφυματική Μονάδα του ΒΓΝΗ 825 ασθενείς διαφόρων ειδικοτήτων που επρόκειτο να ξεκινήσουν αγωγή με anti-TNF-a παράγοντα. Τα τελευταία έτη αρκετοί ασθενείς έχουν συνεκτιμηθεί με IGRAs, ωστόσο δεν συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μελέτη.
Η εκτίμηση των ανοσοκατασταλμένων ασθενών για πιθανή LTBI πραγματοποιήθηκε με την δερμοαντίδραση Mantoux με την συνεκτίμηση του ατομικού αναμνηστικού, της κλινικής εξέτασης, της ακτινογραφίας θώρακος ή αξονικής τομογραφίας και των βακτηριολογικών τεστ, όπου αυτά κρίθηκαν απαραίτητα. Από τους ανωτέρω ασθενείς το 26.78% είχαν θετική (≥ 5mm) και 73,22% αρνητική TST (< 5 mm). Η πλειοψηφία αφορά γαστρεντερολογικούς και ρευματολογικούς ασθενείς υποψήφιους για θεραπεία με βιολογικό παράγοντα (18%)
Όλοι οι ασθενείς με θετικό TST υποβλήθηκαν σε έλεγχο αποκλεισμού ενεργού ΤΒ λοίμωξης και κατόπιν συνεστήθη έναρξη θεραπείας για LTBI.
Παρά το γεγονός ότι δεν ενοχοποιούνται όλοι οι βιολογικοί παράγοντες εξίσου το ίδιο για ενεργοποίηση LTBI, όλοι οι ασθενείς που πρόκειται να λάβουν anti- TNFa παράγοντα για οποιασδήποτε φύσεως νόσημα είναι αναγκαίο να ελεγχθούν για LTBI αφού πρωτίστως αποκλειστεί η ενεργός νόσος.

Επεμβατική Πνευμονολογία

ΕΑ19

CONE BEAM NAVIGATION BRONCHOSCOPY – Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗΝ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΠΟΥ ΘΕΤΕΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Βασιλική Παπασιδέρη, Βασιλική Κόρδατζη, Ιωάννης Παπαδάκης, Παναγιώτης Δημήτριος Σπιθάκης, Ελισσάβετ Κωνσταντέλου, Αγγελική Πετούμενου, Ιωάννης Γιαλμανίδης, Αθηνά Πράπα, Ανθή Σαμπάνη, Παναγιώτης Μπίσιας, Νικόλαος Ζίας
Πνευμονολογική κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή
Αναδεικνύεται η σπουδαιότητα της βρογχοσκόπησης υπό cone beam computed tomography στην έγκαιρη διάγνωση κακοήθειας ακόμα και σε μικρού μεγέθους όζους, σε περιοχές που είναι δύσκολα προσβάσιμες για διενέργεια FNB υπό αξονικό τομογράφο.
Παρουσίαση περιστατικού
Παρατίθενται δύο διαφορετικά περιστατικά όπου η βρογχοσκόπηση υπό CBCT έθεσε διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση κακοήθειας πνεύμονα. Το πρώτο περιστατικό αφορά θήλυ ασθενή, 53 ετών με περιφερικό όζο δεξιού άνω λοβού διαμέτρου 12x11 χιλιοστά και στάδιο T1 N0 M0. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άρρεν ασθενή, 83 ετών με βλάβη άνω λοβού, που όπως διαπιστώθηκε από την CT δεν υπήρχε πρόσβαση μέσω τμηματικού ή υποτμηματικού βρόγχου ώστε να ληφθεί βιοψία με απλή βρογχοσκόπηση.
Συζήτηση
Η χρήση βρογχοσκόπησης υπό CBCT και χωρίς οποιαδήποτε άλλη καθοδήγηση, χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών τα τελευταία έτη. Μια μέθοδος που επιτρέπει να λαμβάνονται βιοψίες σε περιοχές που διαφορετικά θα ήταν δύσκολο να τεθεί διάγνωση και μετέπειτα αντιμετώπιση των ασθενών. Παρατίθεται η καμπύλη εκμάθησης.

EA20

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA DURING BRONCHOSCOPY: RISK FACTORS AND THE ROLE OF NIMV

Μπακίρη Αικατερίνη[1] , Αναγνωστόπουλος Νεκτάριος[1] , Χολίδου Κυριακή[1] , Κουκάκη Ευαγγελία[1] , Μπακάκος Αγαμέμνων[1] , Ζανέλη Σταυρίνα[1] , Αθανασοπούλου Αθανασία[1] , Σωτηροπούλου Ζωή[1] , Βοντετσιάνος Άγγελος[1] , Παπαβασιλείου Κωνσταντίνος[1] , Θεοδωράκης Εμμανουήλ[2], Κουτσούκου Αντωνία[1] , Στρατάκος Γρηγόριος[1]
[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θώρακος «Η Σωτηρία»
[2]Χειρουργική Θώρακος, Γενικό Νοσοκομείο Θώρακος «Η Σωτηρία»

Background: The use of drug induced sleep endoscopy (DISE) has been applied to predict obstructive sleep apnea (OSA). Given that moderate sedation for bronchoscopy may induce moderate obstruction in sleep apnea patients and is associated with desaturation, NIMV could be used to prevent respiratory complications and severe hypoxemia. Moreover NIMV has not been extensively tested during bronchoscopy in patients with known OSA.
Methods: 60 patients (57% males) with mean age of 66 years and mean body mass of index (BMI) of 27kg/m2who required bronchoscopy were enrolled in the study. After randomization, 14 patients with high suspicion for OSA were received NIMV during bronchoscopy and 16 patients received conventional oxygen supplementation with nasal cannula. 30 patients with low suspicion for OSA were under conventional oxygen supply. The primary end points were snoring and episodes of decline in Sp02<90%. Secondary endpoints were the changes in the respiratory and hemodynamic parameters during bronchoscopy and the need of early termination and/or endotracheal intubation.
Results: During bronchoscopy, snoring and desaturations were significantly higher in patients with high suspicion for OSA. Under NIMV O2 saturation significantly improved, no patient required endotracheal intubation and the whole procedure was well-tolerated.
Conclusion: In patients with high suspicion for OSA, NIMV was superior to the conventional oxygen supply in preventing SPO2 decrease and cardiovascular/ hemodynamic compromise.

EA21

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΕ 37 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Ηρακλής Τιτόπουλος[1], Ελευθερία Κωνσταντίνου[1], Άννα Γκιουλάβα[1], Μάξιμος Αγγελίδης[2], Αγγελική Λαζαράτου[3], Θωμάς Ζαραμπούκας[4]
[1]Ιατρικό Διαβαλκανικό, Όμιλος Ιατρικό Αθηνών, [2]ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», [3]Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, [4]Ιστοδιερευνητική ΑΕ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

Η διαβρογχική κρυοβιοψία του πνεύμονα (Transbronchial lung cryobiopsy, TBLC) είναι μια σύγχρονη τεχνική για τη λήψη βιοψίας από το πνευμονικό παρέγχυμα σε διάμεσες πνευμονοπάθειες (ILDs). Η TBLC έχει επικρατήσει της βιοψίας με λαβίδα και της ανοιχτής βιοψίας, λόγω της μεγαλύτερης και ποιοτικά καλύτερης βιοψίας και των λιγότερων επιπλοκών, αντίστοιχα. Παρά ταύτα, ακόμα και σήμερα, η τεχνική και τα αποτελέσματα της TBLC ποικίλουν ανάλογα με το κέντρο και την εμπειρία. Μελετήθηκαν 37 επιλεγμένοι ασθενείς (FEV1>50%, DLCO>35%), 20 Α και 17 Θ, μ.ο. ηλικίας 63.4 έτη, που υποβλήθηκαν σε TBLC για την ιστολογική διάγνωση της ILD με βάση τα ευρήματα στην HRCT. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενη βρογχοσκόπηση μέσα από τραχειοσωλήνα. Χρησιμοποιήθηκε κρυοκαθετήρας, διαμέτρου 1.7 mm (ERBE) και μπαλόνι αιμόστασης για την πιθανότητα αιμορραγίας. Το σημείο της βιοψίας καθορίζονταν εκάστοτε από τον ενδοσκόπο με κριτήριο τα ευρήματα από την HRCT. Η κρυοβιοψία, διάρκειας 30 min, γίνονταν στον ένα πνεύμονα (Δ: 31/37, Α: 6/37), σε απόσταση περί τα 10 mm από τον υπεζωκότα. Έγιναν συνολικά 71 βιοψίες (29XRB9, 13XRB10, 10XRB8, 1XRB1, 2XRB4, 1XRB6, 8XLB9, 7XLB8), με μ.ο.1.92 βιοψίες/ασθενή και μ.ο.μεγέθους 4.95 mm. Σε 14/37 ασθενείς η διάγνωση συνηγορούσε υπέρ IPF. Οι υπόλοιπες διαγνώσεις ήταν: DIP (5/37), probable IPF (3/37), COP (2/37), Βρογχεκτασίες (3/37), Post-Covid19 (2/37), από 1 ασθενή AAH, LIP, DIPNECH, θηλώδες αδένωμα και σαρκοείδωση, ενώ σε 3/37 ασθενείς η βιοψία απέβη μη ειδική. Δεν σημειώθηκαν σοβαρές επιπλοκές. Μικρή αιμορραγία σε 5/37, ετερόπλευρος πνευμοθώρακας που χρειάσθηκε διασωλήνωση σε 2/37 ασθενείς, ενώ μια ασθενής παρουσίασε την επομένη αμφοτερόπλευρο πνευμοθώρακα και υποδόριο εμφύσημα, που αποδόθηκε σε παροξυσμικό βήχα. Συμπεραίνουμε ότι: 1) η TBLC σε ILDs είναι μια ασφαλής τεχνική με μεγάλη διαγνωστική αξία, και 2) η τεχνική και η εμπειρία αυξάνουν το διαγνωστικό αποτέλεσμα και μειώνουν τις επιπλοκές. Με βάση τη βιβλιογραφία, η παρούσα μελέτη είναι μέχρι στιγμής η μεγαλύτερη στην Ελλάδα.

ΕΑ22

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Κύριλλος Παπαδόπουλος[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[2], Θέμης Χαμογεωργάκης[1], Α. Τασούλη[1], Αντιγόνη Κολλιοπούλου[1], Κωνσταντίνος Ιερομόναχος, Γρηγόρης Στρατακος[2]
[1]Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, [2]Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας, 1η Πνευμονολογικής Κλινικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Περίπου 13-20 % των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση πνεύμονα αναπτύσσουν αναστωμοτικές επιπλοκές των κεντρικών αεραγωγών που απειλούν τη βιωσιμότητα του μοσχεύματος και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών.

Παρά τις προσπάθειες να περιοριστούν οι παράγοντες που οδηγούν στις επιπλοκές αυτές (διεγχειρητική και μετεγχειρητική ισχαιμία του μοσχεύματος, χειρουργική τεχνική, λοιμώξεις κλπ) πολύ συχνά απαιτούνται πολύπλοκες και επανειλλημμένες βρογχοσκοπικές παρεμβάσεις για να αποκατασταθεί η βατότητα των αεραγωγών και να διασωθεί ο ασθενής.

Περιγράφουμε την εμπειρία από τρεις ασθενείς που μεταμοσχεύθηκαν στο ΩΚΧΚ και χρειάστηκαν σειρά βρογχοσκοπικών παρεμβάσεων λόγω αναστομωτικών επιπλοκών.

Τρες ασθενείς, δύο γυναίκες (45 και 62 ετών αντίστοιχα) και ένας άνδρας (43 ετων) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη μεταμόσχευση πνευμόνων λόγω σοβαρότατης ανανπνευστικής ανεπάρκειας σε έδαφος εμφυσήματος, A1 AT ανεπάρκειας και ιδιοπαθούς πνευμονικής υπέρτασης αντίστοιχα, εμφάνισαν σοβαρού βαθμού στένωση των στελεχιαίων βρόγχων, οι δύο δεξιά και ο ένας αριστερά. Στην αναστομωτική γραμμή αναγνωρίστηκαν σε διάφορα σημεία, ισχαιμία του βλεννογόνου, δημιουργία κοκκιωμάτων, φλεγμονώδεις ψευδομεμβράνες, ουλορικνώδης στένωση και σε μία περίπτωση διάσχιση της συρραφής και βρογχοπλευρικό συρίγγιο (εικόνες 1-3)

Εφαρμόστηκαν τεχνικές βρογχοσκοπικής διάνοιξης με επανειλλημμένες βρογχικές εκπλύσεις, αφαίρεση των κοκκιωμάτων με ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοθεραπεία, διαστολή με βρογχοσκοπικό μπαλόνι, διαστολή με άκαμπτο βρογχοσκόπιο, τοποθέτηση stent και σε μία περίπτωση τοποθέτηση μονόδρομης βαλβίδας για σύγκλειση του βρογχοσκοπικού συριγγίου. Σε όλες τις περιπτώσεις πλην αυτής του βρογχοσκοπικού συριγγίου που απαίτησε νέα χειρουργική επέμβαση και συρραφή της επικοινωνίας, οι βρογχοσκοπικές παρεμβάσεις κρίθηκαν επιτυχείς. (εικόνες 4,5). Σε μία από τις παρεμβάσεις με το άκαμπτο βρογχοσκόπιο, προκλήθηκε σοβαρή αιμορραγία του φλεγμαίνοντος βρόγχου η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με βρογχοσκοπικά μέσα.

Ο ένας ασθενής μετά την τοποθέτηση του stent απεξαρτήθηκε από το μηχανικό αερισμό και την οξυγονοθεραπεία και βρίσκεται σε παρακολούθηση.

Η μία ασθενής μετά τη διάνοιξη βελτίιώθηκε σημαντικά αναπνευστικά αλλά δυστυχώς κατέληξε λίγους μήνες αργότερα από αγγειακές και σηπτικές επιπλοκές,

Η τρίτη ασθενής μετά από επανειλλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις και επανασυρραφή του μοσχεύματος κατέληξε από σηπτικές επιπλοκές.

Συμπερασματικά, ισχαιμικές και φλεγμονώδεις στενώσεις των βρογχικών αναστομώσεων είναι συχνές και αποτελούν τον κύριο περιοριστικό παράγοντα επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων πνευμόνων αυξάνοντας σημαντικά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των ασθενών.

Μια διεπιστημονική προσέγγιση πολλών ιατρικών ειδικοτήτων είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών στην οποία ασφαλώς περιλαμβάνονται εντατικολόγοι, λοιμωξιολόγοι, χειρουργοί θώρακα και αναισθησιολόγοι αλλά και επεμβατικοί πνευμονολόγοι που καλούνται να εφαρμόσουν μια ποικιλία βρογχοσκοπικών τεχνικών διάνοιξης και διατήρησης της βατότητας των κεντρικών αεραγωγών.

EA23

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ COVIDIEN ΣΕ ΜΟΝΗΡΗ ΟΖΟ

Παύλος Ζαρογουλιδης[1], Wolfgang Hohenforst-Schmidt[2], Konstantinos Drebelegas[3], Haidong Huang[4], Lutz Freitag[5]
[1]Πνευμονολογική Κλινική Γενική Κλινική Euromedica, [2]Department of Cardiology/Pulmonology/Intensive Care/Nephrology, Sana Clinic Group Franken, "Hof" Clinics, University of Erlangen, Hof, Germany, [3]Radiology Department, General Clinic Euromedica, Thessaloniki, Greece, [4]Department of Respiratory Medicine, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai, China, [5]Department of Pulmonology, University Hospital Zurich, 8091 Zurich, Switzerland

Σε ασθενή 65 ετών με μονήρη όζο πνεύμονα 2cm έγινε PET-CT και βιοψία με την τεχνική radial-ebus. Ο όζος ήταν θετικός με βάση τα κριτήρια της εξέτασης PET-CT 6 SUV, χωρίς άλλα ευρήματα. Έγινε η τεχνική rapid on site evaluation (ROSE) και ο όζος ήταν θετικός και το δείγμα επαρκές και για διάγνωση και για next generation sequencing (NGS). Προχωρήσαμε σε θερμοκαυτηρίαση με γεννήτρια ραδιοσυχνοτήτων COVIDIEN πρώην Medronic, με καθετήρα 1.8mm με πηνίο 3cm. Η ενέργεια που χρησιμοποιήσαμε ήταν 40watt για 3λεπτά σύμφωνα με την καθοδίγηση από προηγούμενες μελέτες αλλά και την εταιρεία. Ελένξαμε την πυκνότητα του όζου με το radial-ebus πριν και μετά την διαδικασία αλλά και με αξονική θώρακος χωρίς σκιαγραφικό πριν και μετά την διαδικασία. Το αποτέλεσμα μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης είναι η ίαση με υπολοιπόμενα ινώδη στοιχεία στην περιοχή, μια διαδικασιά χωρίς επιπλοκές.

EA24

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΔΙΑ ΒΕΛΩΝΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟ (19, 21 ΚΑΙ 22G) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ.

Στήβεν Κομπόγιωργας, Ναταλία Γιοσδέκου, Νικόλαος Αθανασίου, Κωνσταντίνος Κότσιφας, Γεώργιος Πούπουζας, Βασίλειος Ίσσαρης, Ευάγγελος Μπαλής
ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

ΣΤΟΧΟΣ
Η λήψη βιοψίας με την καθοδήγηση του ενδοβρογχικού υπερήχου (EBUS) αποτελεί μία ελάχιστα επεμβατική τεχνική για την αξιολόγηση και διάγνωση παθήσεων του μεσοθωρακίου, που αφορά τόσο σε κακοήθεις (όπως καρκίνος πνεύμονα, λέμφωμα), όσο και σε καλοήθεις-φλεγμονώδεις παθήσεις (όπως σαρκοείδωση, φυματίωση). Στόχος της έρευνάς μας ήταν να συγκρίνουμε τις βελόνες 19, 21 και 22G, ως προς την ευαισθησία και διαγνωστική απόδοση.

ΜΕΘΟΔΟΙ
Εξετάσθηκαν αναδρομικά αρχεία 2 ετών σε 180 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε EBUS TBNA στην Πνευμονολογική Κλινική του Ευαγγελισμού. Από αυτούς, οι 57 υποβλήθηκαν σε EBUS TBNA με βελόνα 19G, οι 85 με βελόνα 21G και οι 38 με βελόνα 22G. Στην μελέτη περιγράφονται τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά των λεμφαδένων καθώς και τα αποτελέσματα, παθολογοανατομικά η/και κυτταρολογικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Με EBUS-TBNA 19G ελήφθησαν βιοψίες σε λεμφαδένες μεγαλύτερους από >1εκ. Η πλειοψηφία των βιοψιών ήταν στον σταθμό LN7 (63%). Θετικά αποτελέσματα στο 62% των ασθενών, με 17% αρνητικά, 17% μη διαγνωστικά και η διάγνωση ετέθη από άλλη μέθοδο σε 9% των ασθενών.
Με βελόνες 21G, ελήφθησαν βιοψίες από λεφαδένες >1εκ. Ο σταθμός LN7 ήταν ο κύριος στόχος σε 58% των ασθενών. Θετικά αποτελέσματα στο 41% των ασθενών, με 22% αρνητικά, 32% μη διαγνωστικά και η διάγνωση ετέθη από άλλη μέθοδο σε 17% των ασθενών.
Τέλος, με βελόνες 22G, ελήφθησαν βιοψίες από λεφαδένες >1εκ. Ο σταθμός LN7 ήταν ο κύριος στόχος σε 66% των ασθενών. Θετικά αποτελέσματα στο 39% των ασθενών, με 36% αρνητικά, 25% μη διαγνωστικά και η διάγνωση ετέθη από άλλη μέθοδο σε 11% των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
Η μελέτη μας εντόπισε πλεονέκτημα της βελόνας 19G έναντι των 21 και 22G στη διαγνωστική απόδοση, αφού υπήρχαν αυξημένα ποσοστά θετικών αποτελεσμάτων, και λιγότερα αρνητικά και μη-διαγνωστικά αποτελέσματα. Οι βελόνες 19G είχαν υπεροχή στα ιστολογικά δείγματα έναντι των άλλων βελόνων. Η βιβλιογραφία επί του θέματος είναι σε συνεχή εξέλιξη, και πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω η διαγνωστική ακρίβεια των υπαρχουσών βελόνων ώστε να έχουμε την καλύτερη διαγνωστική προσέγγιση προς όφελος του ασθενούς.

Μελέτη Ύπνου

EA25

ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID 19

Αθανασία Πατακα, Ευδοκία Σούρλα, Γιώργος Καλαμαράς, Ευάγγελος Χατζόπουλος, Αστέριος Τζίνας, Σεραφείμ Χρυσοβαλάντης Κωτούλας, Καταλίν Φέκετε
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η πανδημία COVID-19 έχει αλλάξει τη λειτουργία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως μειώνοντας τις υπηρεσίες εντός των νοσοκομείων κι αυξάνοντας τη χρήση της τηλεϊατρικής για την παρακολούθηση των ασθενών.
Σκοπός: η αξιολόγηση της γνώμης των ασθενών με Σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών (ΣΑΥ) σχετικά με τη νόσο τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID 19, τη θεραπεία και την παρακολούθησή τους.
Μέθοδοι: Τηλεφωνική έρευνα βασισμένη σε ερωτηματολόγιο διεξήχθη σε ασθενείς με ΣΑΥ που έλαβαν θεραπεία με CPAP κατά το διάστημα 2020-2021 συμπεριλαμβανομένων βασικών πληροφοριών (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης κ.λπ.), γνώμη για τις αλλαγές της ιατρικής πρακτικής κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ιστορικό ΣΑΥ. Ακόμη συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια: Epworth Sleepiness Scale (ESS), Κλίμακα Αϋπνίας των Αθηνών (AIS), dimensions of anger reactions-5 (DAR-5)(θυμός), patient health questionnaire-4(PHQ-4) (κατάθλιψη και άγχος), heaviness of smoking index (HSI) και loneliness scale(LS). Η συμμόρφωση στην εφαρμογή CPAP αξιολογήθηκε αντικειμενικά μέσω τηλεπαρακολούθησης.
Αποτελέσματα: 100 ασθενείς με OSA 54,3±12,5 ετών (72% άνδρες) αξιολογήθηκαν με ESS: 4,3±2,95,AIS: 3,14±3,3, PHQ-4: 2,29±1,72, DAR-5: 6,7±1,95 και HSI 3,5±,1,7. Η μέση χρήση CPAP ήταν 5,8±1,65 ώρες με 2,9±2,5 χρόνια ιστορικό ΣΑΥ. Δεν διαπιστώθηκε αλλαγή στη συμμόρφωση στη θεραπεία με CPAP στο 96%. Το 41% θεωρούσε πως αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση από COVID 19 και το 25% ότι το CPAP θα μπορούσε να προστατεύσει από τον COVID. Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ωρών χρήσης CPAP και του ψυχολογικού φόρτου (PHQ-4) λόγω COVID 19. Το 30% πίστευε ότι λάμβανε χειρότερες παροχές υγειονομικής περίθαλψης από πριν την πανδημία (γυναίκες 42.8%) και το 16% ανέφερε χειρότερη ποιότητα ύπνου .
Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι ασθενείς με ΣΑΥ συνέχισαν να χρησιμοποιούν CPAP όπως πριν. Ως επί το πλείστον οι γυναίκες θεώρησαν ότι λάμβαναν χειρότερες παροχές υγειονομικής περίθαλψης από ότι πριν την πανδημία.

EA26

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2

Νικόλαος Αθανασίου[1,2], Κατερίνα Μπάου[2,4], Ελένη Παπανδρέου[5], Γεωργία Βάρσου[6], Αναστασία Αμφιλοχίου[6], Ελισσάβετ Κοντού[7], Αθανασία Πατάκα[8], Αστερία-Ηλέκτρα Καραπιπέρη[9], Κωνσταντίνος Πορπόρδης[10], Ιωάννα Τσιόπρου[11], Ευάγγελος Καϊμακάμης[12], Σεραφείμ-Χρυσοβαλάντης Κωτούλας[12], Ευγενία Κατσιμπούρλια[13], Χριστίνα Αλεξοπούλου[14], Ιζόλδη Μπουλουκάκη[15], Μερόπη Παναγιωταράκου[14], Ασπασία Δερμιτζάκη[16], Νικόλαος Χαροκόπος[17], Κυριακή Παγδατόγλου[17], Καλλιρόη Λάμπρου[2,3], Σοφία Πουρίκη[18], Φωτεινή Χατζηβασίλογλου[19], Ζωή Νουβάκη[19], Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη[7], Ιωάννης Καλομενίδης[2,3], Παρασκευή Κατσαούνου[2,3], Εμμανουήλ Βαγιάκης[2,3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [2]Εργαστήριο Κέντρο Διαταραχών Ύπνου (Ε.Κε.Δ.Υ.) - Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [3]Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘ " Η Σωτηρία", [5]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΘ "Ο Άγιος Δημήτριος", [6]Εργαστήριο Ύπνου, Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ, [7]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [8]Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [9]Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [10]Πνευμονολογικό Τμήμα-Ογκολογική Μονάδα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [11]Πνευμονολογικό Τμήμα, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [12]1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας,ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [13]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", [14]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [15]Κέντρο Υγείας Καστελλίου, Επιστημονική Συνεργάτης Εργαστηρίου Ύπνου Πνευμονολογικής Κλινικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [16]Μικροβιολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [17]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων, [18]Μονάδα Εντατικής θεραπείας, ΓΝΝΘ " Η Σωτηρία", [19]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Ο Άγιος Παντελεήμων"

Στόχοι/Εισαγωγή: Ο εμβολιασμός παραμένει το αποτελεσματικότερο εργαλείο για την προστασία έναντι στη σοβαρή νόσηση και τον θάνατο από COVID-19 λοίμωξη. Όλο και περισσότερα σύγχρονα δεδομένα υποδεικνύουν πως ο ύπνος θα μπορούσε να επηρεάσει την ανοσολογική απάντηση μετά τον εμβολιασμό. Ο στόχος αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν να ερευνήσει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής του συνήθους ύπνου και της ανοσολογικής απόκρισης μετά τον εμβολιασμό για την COVID-19 λοίμωξη.

Μέθοδοι: 592 επαγγελματίες υγείας, χωρίς προηγούμενο ιστορικό COVID-19 λοίμωξης, από 8 τριτοβάθμια ελληνικά νοσοκομεία συμμετείχαν στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε δύο COVID-19 mRNA εμβολιασμούς (Pfizer/BioNTech) με ενδιάμεσο διάστημα μεταξύ των δόσεων 21 ημερών. Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που δόθηκε δύο ημέρες μετά από κάθε εμβολιασμό και καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα δημογραφικά στοιχεία, και η διάρκεια και οι συνήθειες του ύπνου. Επιπρόσθετα, συλλέχθηκαν δείγματα περιφερικού αίματος και μετρήθηκαν οι τίτλοι των IgG αντισωμάτων, 20 ± 1 ημέρες μετά την πρώτη δόση και 21 ± 2 ημέρες μετά τη δεύτερη δόση.

Αποτελέσματα: Συνολικά 544 συμμετέχοντες (30% άνδρες), με μέση ηλικία τα 46 (38-54) έτη και BMI 24.84 (22.6-28.51) kg/m2, πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής στη μελέτη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 10.1 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Η μέση συνήθης διάρκεια ύπνου ήταν 6 (6-7) ώρες ανά νύχτα. 283 συμμετέχοντες (52%) συνήθιζαν να κοιμούνται το μεσημέρι. Τα επίπεδα των αντισωμάτων συσχετίστηκαν με την ηλικία ($r = -0.178$, $p < 0.001$), την πτωχή ποιότητα ύπνου ($r = -0.094$, $p < 0.05$), την αϋπνία ($r = -0.098$, $p < 0.05$) και τη συχνότητα μεσημεριανού ύπνου ανά την εβδομάδα ($r = -0.098$, $p < 0.05$) αλλά μετά την προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες μόνο η αϋπνία, το φύλο και η ηλικία ήταν ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες των επιπέδων των αντισωμάτων.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως η αϋπνία συσχετίζεται με μειωμένα επίπεδα αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό έναντι της COVID-19 λοίμωξης.

EA27

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΥΠΝΗΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ ΥΠΟΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΥΥ) ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ (POSITIVE AIRWAY PRESSURE - PAP)

Ιζόλδη Μπουλουκάκη, Μιχαήλ Φαναρίδης, Γεώργιος Σταθάκης, Χριστίνα Ερμίδου, Κωνσταντίνα Λυρώνη, Βιολέτα Μονιάκη, Έλενα Μαυρουδή, Σοφία Σχίζα
Εργαστήριο Μελέτης Διαταραχών Ύπνου Πνευμονολογικού Τμήματος, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση του επιπολασμού της υπολειπόμενης υπνηλίας σε ασθενείς με ΣΑΑΥΥ υπό θεραπεία με PAP καθώς και η αναγνώριση προβλεπτικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν 782 ασθενείς με ΣΑΑΥΥ υπό θεραπεία με PAP μεταξύ των ετών 2012 και 2019. Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία (Excessive daytime sleepiness -EDS), οριζόμενη ως μια βαθμολογία στην κλίμακα Epworth Sleepiness Scale (ESS) >10 εκτιμήθηκε κατά το baseline και κατά το τέλος της περιόδου παρακολούθησης (μέση τιμή 5 έτη). Χρησιμοποιήθηκε logistic regression analysis για την ανάλυση παραγόντων που σχετίζονται με την υπολειπόμενη υπνηλία, όπως ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, ESS, βαρύτητα του ΣΑΑΥΥ, παρουσία συνοσηροτήτων, καθώς και ώρες χρήσης της PAP.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της EDS ήταν 52% στο baseline και 16% στο follow-up. Η βαθμολογία στην κλίμακα ESS μειώθηκε (7 vs 11, $p<0.001$) και αυτή η μείωση συσχετίστηκε με την βαθμολογία ESS στο baseline ($\beta=0.538$, $p < 0.001$), με την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ($\beta=3.223$, $p=0.012$) καθώς και τις ώρες χρήσης της PAP ($\beta=0.208$, $p=0.04$). Συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς EDS, οι ασθενείς με υπολειπόμενη υπνηλία ήταν κυρίως άνδρες (79 vs 65%), με υψηλότερο επιπολασμό καρδιαγγειακών νοσημάτων (46 vs 24%), με μικρότερες ώρες χρήσης της PAP (4 vs 6 hours/day) και ήταν πιο υπνηλικοί στο baseline (ESS 14 vs 10). Επιπρόσθετα, η υπολειπόμενη υπνηλία σχετίστηκε με την παρουσία καρδιαγγειακών νοσημάτων [OR (95% CI) 7.769 (1.187–51.643), $p=0.029$], με τη βαθμολογία ESS στο baseline [OR (95% CI) 1.316 (1.054–1.796), $p=0.007$] και αντιστρόφως ανάλογα με τις ώρες χρήσης της PAP [OR (95% CI) 0.725 (0.576–0.909), $p=0.004$].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της υπολειπόμενης υπνηλίας σε ασθενείς με ΣΑΑΥΥ υπό θεραπεία με PAP φτάνει το 16% με κύριους προβλεπτικούς παράγοντες την EDS στο baseline, τις ώρες χρήσης της PAP, καθώς και την παρουσία καρδιαγγειακών νοσημάτων. Περαιτέρω μελέτες όμως απαιτούνται για την ακριβή σκιαγράφηση των προβλεπτικών παραγόντων προκειμένου να σχεδιαστούν επαρκείς θεραπευτικές επιλογές.

EA28

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΒΙΝΤΕΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΥΓΓΑ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΠΝΟ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ CPAP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ.

Χαρά Τσελέπη[1], Κωστής Έξαρχος[2], Γιώργος Σιώπης[2], Αποστόλης Νικολόπουλος[2], Αγγέλα Ζήση[1], Κατερίνα Βαγγελή[2], Χρήστος Χρόνης[1], Χρήστος Κυριακόπουλος[1], Κωνσταντίνος Τάτσης[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1], Αθανάσιος Κωνσταντινίδης[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, [2]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του Συνδρόμου Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (ΣΑΥΑ) με τη χρήση CPAP, προϋποθέτει την άμεση αποδοχή της συσκευής και την καλή συμμόρφωση. Παρόλο που υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες συμμόρφωσης με τη CPAP, οι παράγοντες που σχετίζονται με την άμεση αποδοχή ή απόρριψη της θεραπείας με CPAP δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.
ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήσαμε τους παράγοντες που πιθανά συμβάλουν στην άμεση αποδοχή της CPAP αμέσως μετά τη διενέργεια διαγνωστικής μελέτης ύπνου τύπου Ι (πολυυπνογραφία) στο εργαστήριο ύπνου. Μεταξύ αυτών μελετήσαμε και το ρόλο εκπαιδευτικού βίντεο το οποίο αναδεικνύει την σύγκλιση του φάρυγγα στη διάρκεια φαρμακευτικού ύπνου, στο βρογχοσκοπικό τμήμα της Κλινικής μας.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Αυτή η αναδρομική μελέτη διεξήχθη μεταξύ Ιανουαρίου 2017 και Δεκεμβρίου 2018. Από τον Ιανουάριο 2018 και έκτοτε παρουσιάζουμε σε όλους τους ασθενείς του εργαστηρίου ύπνου το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό βίντεο. Εξετάσαμε τους φακέλους 145 συνεχόμενων ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μελέτη τύπου Ι στο εργαστήριο ύπνου, πριν και μετά την εισαγωγή του εκπαιδευτικού βίντεο και βρέθηκε να πάσχουν από σοβαρού βαθμού ΣΑΥΑ (AHI>30 συμβάντα/ώρα). 76 ασθενείς δεν είχαν παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό βίντεο (ομάδα ελέγχου), ενώ 69 το είχαν παρακολουθήσει (ομάδα παρέμβασης).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στην ηλικία (p=0.12), το φύλο (p=0.45), το BMI (p=0.275), την ημερήσια υπνηλία (p=0.146), το μορφωτικό επίπεδο (p=0.35) και τους δείκτες πολυυπνογραφίας. Το 22.4% των ασθενών της ομάδας παρέμβασης έναντι του 43.4 % των ασθενών της ομάδας ελέγχου απέρριψαν άμεσα τη θεραπεία με CPAP (p=0.003). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ο μοναδικός σημαντικός παράγοντας σχετιζόμενος με την άμεση αποδοχή της θεραπείας CPAP ήταν η χρήση του εκπαιδευτικού βίντεο (OR, 3.5%; 95% CI, 1.5–8.2; p=0.003).
ΣΥΜΠΈΡΑΣΜΑ: Το εκπαιδευτικό βίντεο μείωσε σημαντικά την άμεση απόρριψη της θεραπείας με CPAP. Ως εκ τούτου, συνιστούμε ισχυρά την χρήση εκπαιδευτικού βίντεο ενδοσκόπησης, για τη βελτίωση της άμεσης αποδοχής της θεραπείας με CPAP ασθενών με σοβαρό ΣΑΥΑ.

EA29

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ CPAP ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΥΠΝΟΥ

Κυριακή Χολιδου, Νεκτάριος Αναγνωστοπουλος, Ανδριάνα Παπαιωαννου, Άγγελος Βοντετσιανος, Σταυρούλα Ζανελη, Ζωή Σωτηροπουλου, Αγαμέμνων Μπακακος, Ελένη Σταγακη, Πέτρος Μπακακος, Αντωνία Κουτσουκου
Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική

Το Σύνδρομο Απνοιών ύπνου (ΣΑΥ) είναι μια διαταραχή με σημαντικό κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η δυσλιπιδαιμία ανήκει σε έναν από τους πιθανούς μηχανισμούς που συνδέουν το ΣΑΥ με την ανάπτυξη αγγειακών παθήσεων. Ο κύριος στόχος αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της παρουσίας λιπιδαιμικών ανωμαλιών σε ασθενείς με ΣΑΥ, εστιάζοντας στις λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL), στις λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (HDL) και στα τριγλυκερίδια καθώς και οι μεταβολές αυτών μετά τη θεραπεία με CPAP.
Εβδομήντα τέσσερις συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε πλήρη πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος για τα επίπεδα καλπροτεκτίνης και hs-CRP.Τριάντα δύο ασθενείς με ΣΑΥ επανεξετάστηκαν 6 μήνες μετά τη θεραπεία με CPAP.
Από τους 74 συμμετέχοντες που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, οι 33 είχαν μέτριο ΣΑΥ, οι 27 είχαν σοβαρό ΣΑΥ και οι 14 ήταν φυσιολογικοί. Οι ασθενείς με ΣΑΥ έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης και LDL σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Η HDL δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά ($p<0,05$). Τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της LDL και της HDL βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά ($p<0,05$) μετά τη θεραπεία με CPAP ενώ στα τριγλυκερίδια δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή.Αντιθέτως παρατηρήθηκε αύξηση της τιμής τους μετά τη θεραπεία με CPAP.
Οι διαταραχές στα επίπεδα των λιποπρωτεϊνών σε ασθενείς με ΣΑΥ, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επιτάχυνση της αθηροσκληρωτικής διαδικασίας σε άτομα με προδιάθεση και επομένως αντιπροσωπεύουν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αγγειακές παθήσεις.

ΕΑ30

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Δημήτριος Ράπτης[1,2], Ιωάννης Λαμπρόπουλος[1], Όλγα Σινάνη[3], Δήμητρα Σιαχπαζίδου[1], Γεωργία Ράπτη[1], Λαμπρινή Πούλιου[1], Χρυσούλα Μαρογιάννη[3], Ευτυχία Καψαλάκη[4], Χάιδω Παστάκα[1], Γεωργία Ξηρομερήσιου[5], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1], Φωτεινή Μάλλη[1,2]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]Εργαστήριο Ακτινοδιαγνωστικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [5]Νευρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ) σχετίζεται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, χωρίς όμως να είναι ακόμη πλήρως κατανοητή η παθοφυσιολογία του. Η υπερφόρτωση σιδήρου σε περιοχές του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο των νευρώνων, όπως συμβαίνει στην παθογένεση των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων.
Στόχος: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει την εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο ασθενών με ΣΑΑΥ.
Μέθοδος: Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου και σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), προκειμένου να αναζητηθεί η ύπαρξη του ΣΑΑΥ και η εναπόθεση σιδήρου αντίστοιχα.
Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 26 ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό ΣΑΑΥ (με μέση ηλικία 57,54±13,176 έτη (61,5% άντρες)) και 34 υγιείς εθελοντές (με μέση ηλικία 57,59±10,79 έτη (58,8% άντρες)). Από τις MRI προέκυψε ότι εναποθέσεις σιδήρου στο εγκεφαλικό στέλεχος είχε το 65,4% των ασθενών και το 11,8% της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$), στην ωχρά σφαίρα είχε το 73,1% των ασθενών και το 11,8% της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$), στην παρεγκεφαλίδα είχε το 46,2% των ασθενών και το 8,8% της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$) και στον κροταφικό λοβό είχε το 30,8% των ασθενών και κανένας από τους υγιείς εθελοντές ($p<0,001$). Αντίθετα στον μετωπιαίο λοβό, στον βρεγματικό και στον ινιακό λοβό κανένας από τους ασθενείς και τους υγιείς εθελοντές δεν εμφάνισε εναποθέσεις σιδήρου. Οι ασθενείς με ΣΑΑΥ είχαν πολύ υψηλότερο βαθμό εναπόθεσης σιδήρου συνολικά στον εγκέφαλο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p <0,001$).
Συμπεράσματα: Η μελέτη μας ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΣΑΑΥ με αυξημένη εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΣΑΑΥ με αυξημένη εναπόθεση σιδήρου στο εγκεφαλικό στέλεχος και δεδομένου ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της αναπνοής χρειάζονται περαιτέρω μελέτες ώστε να διαπιστωθεί ο πιθανός παθοφυσιολογικός του ρόλος.

Λέξεις κλειδιά: Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ), Εναπόθεση σιδήρου, Παθοφυσιολογία.

Φυσιολογία & Παθοφυσιολογία του Αναπνευστικού

EA31

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ SARS-COV-2: ΠΡΟΚΑΤΑΡΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βασίλειος Σταύρου[1], Κωνσταντίνος Τουρλακόπουλος[1], Αθανάσιος Κυρίτσης[2], Αθανάσιος Παγώνης[2], Στυλιανός Μπούτλας[2], Κέλλυ Μίζιου[2], Ειρήνη Παπαγιάννη[1], Γεώργιος Βαβουγυιός[3], Κυριακή Αστάρα[4], Ζωή Δανιήλ[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1]

[1]Εργαστήριο Εργοσπιρομετρίας & Πνευμονικής Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Τμήμα Νευρολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, [4]Τμήμα Νευρολογίας, 417 ΝΙΜΤΣ

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση της άσκησης κατά την διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται από SARS-CoV-2 σε δείκτες ικανότητας για άσκηση και επιστροφής στην εργασία.

Υλικό και Μέθοδοι

Στην μελέτη μας συμμετείχαν 40 ασθενείς (Νοέμβριος 2021 έως Ιανουάριος 2022) που νοσηλεύτηκαν από SARS-CoV-2 και χωρίστηκαν ισάριθμα και τυχαία σε δύο ομάδες: Ομάδα Α (άσκηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας: Ηλικία: 53.5±8.7 έτη, ΔΜΣ: 27.5±4.7 kg/m2, Διάρκεια νοσηλείας: 5.3±2.8 ημέρες, Άνδρες: n=15) και ομάδα Β (χωρίς άσκηση κατά τη διάρκεια νοσηλεία: Ηλικία: 53.5±5.8 έτη, ΔΜΣ: 30.3±4.0 kg/m2, Διάρκεια νοσηλείας: 6.2±3.1 ημέρες, Άνδρες: n=14). Κριτήρια αποκλεισμού: ημερολογιακή ηλικία <20 και >70 έτη, αδυναμία συνεργασίας με το πρόγραμμα άσκησης και προηγούμενη ενασχόληση προ νοσηλείας με αθλητική δραστηριότητα για >3 φορές / εβδομάδα, με ένταση >70 % της μέγιστης καρδιακής συχνότητας. Συλλέχθηκαν 30 ημέρες από το εξιτήριο σωματομετρικά-μορφολογικά χαρακτηριστικά, υποβλήθηκαν σε λειτουργικό έλεγχο του αναπνευστικού, αξιολόγηση φυσικής κατάστασης, δείκτες οξειδωτικού στρες και ερωτηματολόγια (επιστροφής στην εργασία, και γνωστικής λειτουργίας). Το πρόγραμμα άσκησης ξεκινούσε 24 ώρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς και περιελάβανε 2 συνεδρίες ανά ημέρα (πρωί και απόγευμα) έως το εξιτήριο. Η κάθε συνεδρία περιελάβανε ασκήσεις άνω και κάτω άκρων (μπάλα pilates και λάστιχα) από 3 σετ από 8 επαναλήψεις με 1 min ξεκούραση.

Αποτελέσματα

Ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στο d-ROMs (Ομάδα Α: 276.6±32.7 vs. ομάδα Β: 306.5±51.4 U. carr., p=0.034), στη δύσπνοια μετά την 6MWT (Ομάδα Α: 1.4±0.6 vs. ομάδα Β: 2.3±1.2 score, p=0.004) και στην ικανότητα επιστροφή στην δουλεία (Ομάδα Α: 37.3±6.7 vs. ομάδα Β: 28.2±6.0 score, p<0.001). Οι διαφορές στα σωματομετρικά-μορφολογικά χαρακτηριστικά, στον λειτουργικό έλεγχο του αναπνευστικού δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Συμπέρασμα

Ένα απλό πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής άσκησης μειώνει το αίσθημα της δύσπνοιας και αυξάνει την ικανότητα για επιστροφή στην εργασία σε ασθενείς που νοσηλεύονται.

ΕΑ32

ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΩΝ Β2-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΣΕ ΠΟΝΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ.

Ολυμπία Κουλιού[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]
[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η οξεία πνευμονική βλάβη και το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας αποτελούν επιπλοκές πληθώρας νοσημάτων και παρουσιάζουν υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, χωρίς ωστόσο να διαθέτουμε ειδική θεραπεία για αυτά. Οι β2 αδρενεργικοί αγωνιστές, είναι φάρμακα τα οποία ενώ έχουν αναπτύξει υψηλές προσδοκίες για τη θεραπεία των συνδρόμων αυτών, υπάρχουν μελέτες οι οποίες θέτουν ερωτήματα για την ασφάλειά τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της επίδρασης των β2 αδρενεργικών αγωνιστών σε ζωικά μοντέλα με οξεία πνευμονική βλάβη.

Πληθυσμός της μελέτης και μέθοδος: Διενεργήθηκε αναζήτηση στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων MEDLINE και SCOPUS, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά και συνδυασμούς αυτών 23 β2 αδρενεργικοί αγωνιστές και οξύ πνευμονικό τραύμα ή σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Οι μελέτες που επιλέχτηκαν είχαν δημοσιευτεί στα αγγλικά και είχαν ως ζωικά μοντέλα ποντίκια και αρουραίους. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο μετα-αναλύσεων Review Manager 5.3

Αποτελέσματα: Στη μετα-ανάλυση συμπεριελήφθησαν 8 μελέτες. Η χορήγηση β2 αδρενεργικών αγωνιστών αύξησε σημαντικά ($p<0.001$) την κάθαρση του κυψελιδικού υγρού και μείωσε σημαντικά το λόγο του υγρού/ξηρό βάρος των πνευμόνων ($p <0.001$). Τέλος, μείωσε σημαντικά τον αριθμό των συνολικών κυττάρων στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ($p <0.001$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι β2 αδρενεργικοί αγωνιστές αύξησαν την κάθαρση του κυψελιδικού υγρού, μείωσαν τον συνολικό αριθμό κυττάρων στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα και μείωσαν το λόγο υγρού/ξηρό βάρος πνεύμονα. Συμπερασματικά, φαίνεται να βελτιώνουν τα καταληκτικά σημεία που αξιολογήθηκαν. Απαιτείται η διενέργεια περαιτέρω μελετών για τον προσδιορισμό της ασφάλειας τους καθώς και της αύξησης ή μη της επιβίωσης.

ΕΑ33

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΥΒΡΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ LONG COVID-19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΝ ΕΞΕΛΙΞΕΙ ΜΕΛΕΤΗ

Χριστίνα Αναγνωστοπούλου[1], Νικόλαος Χυνκιάμης[1,2], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Σταυρούλα Ζανέλη[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Ιωάννης Βογιατζής[1,3], Αντωνία Κουτσούκου[1], Νικόλαος Κουλούρης[1]
[1]Μονάδα Αποκατάστασης, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία', Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Κέντρο Ερευνών Θώραξ, [3]Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Faculty of Health and Life Sciences, Northumbria University of Newcastle

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που παρουσιάζουν το σύνδρομο long COVID-19 εμφανίζουν επηρεασμένη συναισθηματική κατάσταση και μειωμένη λειτουργική ικανότητα. Η επίδραση της πνευμονικής αποκατάστασης (PR) στη συναισθηματική κατάσταση και τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών αυτών παραμένει αδιευκρίνιστη.
Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ενός υβριδικού προγράμματος PR (που συνδυάζει αποκατάσταση στο νοσοκομείο και αποκατάσταση στο σπίτι) στην ποιότητα ζωής, τη συναισθηματική κατάσταση και τη λειτουργική ικανότητα ασθενών με long COVID-19 σύνδρομο.
Μέθοδοι: 38 ασθενείς (ηλικίας (mean±SD): 57±12 χρονών) με έντονη κόπωση στα πλαίσια του συνδρόμου long COVID-19 (FACIT score (26±10) εντάχθηκαν στην ομάδα παρέμβασης (PR=24) ή στην ομάδα ελέγχου (UC=14) 130±79 ημέρες μετά τη νοσηλεία τους. Το πρόγραμμα PR αποτελείται από 8 συνεδρίες άσκησης στο νοσοκομείο (2 φορές/εβδομάδα για 4 εβδομάδες) και 24 συνεδρίες άσκησης στο σπίτι (3 φορές/εβδομάδα για 8 εβδομάδες). Στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου δόθηκαν συμβουλές να είναι σωματικά δραστήριοι. Η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε μέσω των ερωτηματολογίων HADS και Impact Event Scale–Revised (IES-R). Η λειτουργική ικανότητα αξιολογήθηκε μέσω των SPPB, 6MWD, και των βημάτων/ημέρα.
Αποτελέσματα: Στην ομάδα παρέμβασης, η κόπωση, μετρούμενη μέσω της κλίμακας FACIT, βελτιώθηκε κατά 15±9 ($p<0,05$).Η δύσπνοια, όπως αξιολογήθηκε από την mMRC κλίμακα, μειώθηκε κατά 1,5±1,1 ($p<0,05$). Η γενική συμπτωματολογία, σύμφωνα με το ερωτηματολογίου CAT, βελτιώθηκε κατά 8±6 ($p<0,05$). Τέλος, η λειτουργική ικανότητα βελτιώθηκε στατιστικώς και κλινικώς σημαντικά ($p<0,05$) όπως φαίνεται από την αύξηση των μέτρων που διένυσαν οι ασθενείς στο 6MWT κατά 69±60. Στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.
Συμπεράσματα: Ένα υβριδικό πρόγραμμα πνευμονικής αποκατάστασης βελτιώνει την ποιότητα ζωής και τη λειτουργική ικανότητα σε ασθενείς με σύνδρομο long COVID-19.

ΕΑ34

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ.

Βασιλική Γεωργακοπούλου[1], Σταυρούλα Ασημακοπούλου[2], Ευάγγελος Χολογκίτας[2], Μαρίνα Μαντζουράνη[2], Θεόδωρος Βασιλακόπουλος[3]

[1]Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων-Λαϊκό Νοσοκομείο, [2]Α Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η τελικού σταδίου ηπατική κίρρωση σχετίζεται με διάφορες ενδοθωρακικές επιπλοκές που αφορούν τον υπεζωκότα, το πνευμονικό παρέγχυμα και την πνευμονική κυκλοφορία. Η δύσπνοια και η υποξυγοναιμία αποτελούν τα πιο συχνά σημεία και συμπτώματα αυτών των επιπλοκών. Επίσης σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση έχουν αναφερθεί παθολογικές τιμές στατικών πνευμονικών όγκων, διαχυτικής ικανότητας για το CO και δυναμικών όγκων που αφορούν τους μεγάλους αεραγωγούς. Ωστόσο η λειτουργία των μικρών αεραγωγών σε αυτούς του ασθενείς δεν έχει μελετηθεί πλήρως.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο έλεγχος της λειτουργίας των μικρών αεραγωγών σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη ηπατκή κίρρωση.

Εβδομήντα οκτώ ασθενείς με μη αντιρροπούμενη ηπατική κίρρωση ποικίλης αιτιολογίας και 37 υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε πλήρη λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής με σπιρομέτρηση, έλεγχο διαχυτικής ικανότητας για το CO (DLCO), έκπλυση αζώτου μονής αναπνοής (N2SBW), έκπλυση αζώτου πολλαπλών αναπνοών (MBNW), πληθυσμογραφία πνευμόνων, interrupter technique evaluating respiratory resistance (Rocc) και ταλαντωσιμετρία (forced oscillatory technique, FOT). Οι ασθενείς με ηπατική κίρρωση και οι φυσιολογικοί μάρτυρες δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και την καπνιστική συνήθεια.

Οι ασθενείς με ηπατική κίρρωση παρουσίασαν στατιστικά χαμηλότερες τιμές του προβλεπόμενου βιαίως εκπνεόμενου όγκου στο 1ο δευτερόλεπτο (FEV1), της προβλεπόμενης βιαίως εκπνεόμενης ζωτικής χωρητικότητας (FVC), της προβλεπόμενης ολικής πνευμονικής χωρητικότητας (TLC) μετρούμενης με πληθυσμογραφία πνευμόνων (TLCpleth) και της προβλεπόμενης DLCO ($p<0.05$).

Επίσης οι ασθενείς με ηπατική κίρρωση παρουσίασαν στατιστικά χαμηλότερες τιμές sGaw και Gaw και στατιστικά υψηλότερες τιμές Raw, sRaw, του δείκτη πνευμονικής κάθαρσης (LCI), της προβλεπόμενης μεγίστης μεσοεκπνευστικής ροής (FEF25-75), του προβλεπόμενου λόγου όγκου σύγκλισης προς τη ζωτική χωρητικότητα (CV/VC), της προβλεπόμενης phase III slope και της διαφοράς R5-R20 σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες ($p<0.05$). Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων με CV/VC% > 120% του προβλεπόμενου και με phase III slope N2SBW>120% της προβλεπόμενης στην ομάδα των ασθενών σε σχέση με την ομάδα των μαρτύρων ($p<0.05$), υποδηλώνοντας δυσλειτουργία μικρών αεραγωγών στους ασθενείς αυτούς.

Συμπερασματικά, η μη αντιρροπούμενη ηπατική κίρρωση σχετίζεται και με δυσλειτουργία μικρών αεραγωγών. Η δυσλειτουργία αυτή μπορεί να οφείλεται σε συμπίεση τους από διάμεσο οίδημα επαγόμενο από την κυκλοφορία στο αίμα αγγειοδραστικών ουσιών και ενδοτοξινών.

EA35

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΥΒΡΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ LONG COVID-19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΝ ΕΞΕΛΙΞΕΙ ΜΕΛΕΤΗ

Νικόλαος Χυνκιάμης[1,2], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Χριστίνα Αναγνωστοπούλου[1], Αικατερίνη Μπακίρη[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Κυριακή Χολίδου[1], Ιωάννης Βογιατζής[1,3], Αντωνία Κουτσούκου[1], Νικόλαος Κουλούρης[1]
[1]Μονάδα Αποκατάστασης, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Κέντρο Ερευνών 'Θώραξ', [3]Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Faculty of Health and Life Sciences, Northumbria University of Newcastle

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ με COVID-19 παρουσιάζουν αδυναμία αναπνευστικών και περιφερικών μυών κατά τη νοσηλεία τους αλλά και μετά το εξιτήριο. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν μελετήσει τη μυϊκή δύναμη σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν εκτός ΜΕΘ.
Σκοπός: Η καταγραφή του ποσοστού των ασθενών που εμφανίζουν μυϊκή αδυναμία, καθώς και της επίδρασης ενός προγράμματος αναπνευστικής αποκατάστασης στη δύναμη των αναπνευστικών και περιφερικών μυών σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν εκτός ΜΕΘ.
Μεθοδολογία: Οι μέγιστες εισπνευστικές (MIP) και εκπνευστικές (MEP) πιέσεις, η ισομετρική δύναμη του τετρακέφαλου (QF) και η δύναμη λαβής (handgrip) αξιολογήθηκαν σε 45 ασθενείς (ηλικία: 54±13 χρονών), 139±85 μέρες από το εξιτήριο. 38/45 ασθενείς επαναξιολογήθηκαν 3 μήνες αργότερα (24 μετά από ένα πρόγραμμα PR και 14 ανάρρωσαν στο σπίτι (UC)).
Αποτελέσματα: 29/45 ασθενείς (64%) είχαν μειωμένη MIP και 32/45 ασθενείς (71%) είχαν μειωμένη MEP (<80% του προβλεπόμενου) (Wilson et al., Thorax 1984;39:535-538). 21/45 ασθενείς (47%) είχαν μειωμένη QF και 16/45 ασθενείς (36%) είχαν μειωμένο handgrip (<80% του προβλεπόμενου). Τα δεδομένα από την επαναξιολόγηση των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1.
Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που νοσηλεύτηκαν με COVID-19 παρουσίασαν αδυναμία των αναπνευστικών και περιφερικών μυών 3 μήνες μετά το εξιτήριο. Το πρόγραμμα PR βελτιώνει τη δύναμη των αναπνευστικών και περιφερικών μυών σε αυτούς τους ασθενείς.

ΕΑ36

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS-COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ (2021-22)

Ευαγγελία Σέρασλη[1], Σταύρος Τρύφων[1], Μαρία Κωνσταντινίδου[1], Κυριακή Παπαδοπούλου[2], Ιφιγένεια Νακου[2], Κατερίνα Μανίκα[2], Ευαγγελία Φουκα[1], Μαρία Σαρόγλου[2], Χριστίνα Ραμπιαδου[1], Ελένη Παπαδάκη[2], Ευθυμία Καμαριωτου[1], Δέσποινα Παπακώστα[2], Αδαμάντιος Χλωρός[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ Γ. Ν. Γ. Παπανικολάου , [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ. Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου

Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική εκτίμηση κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών ασθενών με πνευμονική εμβολή σε σχέση με ενεργό λοίμωξη Covid -19 σε νοσηλευόμενους σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς και η συσχέτιση του φαινότυπου της νόσου με συγκεκριμένους παράγοντες κίνδυνου.

Ασθενείς-Μέθοδοι

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 164 ασθενών που νοσηλεύτηκαν από τον Μάρτιο 2021 έως και Φεβρουάριο 2022 (12 μήνες) με τεκμηριωμένη διάγνωση πνευμονικής εμβολής με βάση τα ευρήματα αξονικής αγγειογραφίας θώρακα. Η διενέργεια μοριακής δοκιμασίας PCR είχε αποδείξει ότι οι 96 ασθενείς (58,5%) έπασχαν από Covid-19 (ομάδα Α) ενώ οι υπόλοιποι 68 αρνητικοί ασθενείς μελετήθηκαν ως ομάδα Β.
Καταγράφηκαν κλινικά χαρακτηριστικά, βιοδείκτες βαρύτητας, κλίμακα PESI, συνοσηροτητα, προδιαθεσικοί παράγοντες, παράμετροι αναπνευστικής λειτουργίας, μοντέλα υποστήριξης αναπνευστικής λειτουργίας, ακτινολογική διαβάθμιση εντόπισης του εμβολικού φορτίου, διάρκεια νοσηλείας, έκβαση και θνησιμότητα. . Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση SPSS 21. Το Chi-square test και το Independent samples Student's t-test χρησιμοποιήθηκαν για τις συγκρίσεις κατηγορικών και ποσοτικών μεταβλητών αντίστοιχα

Αποτελέσματα
1) Η συχνότητα εμφάνισης πνευμονικής εμβολής στους ασθενείς της ομάδας Α με ενεργό λοίμωξη Covid 19 ήταν 7,1% και 3,6% στην ομάδα Β ($p<0.01$)
2) Οι ασθενείς της ομάδας Α παρουσίαζαν μεγαλύτερης βαρύτητας αναπνευστική ανεπάρκεια ($SaO2<90\%$: 86,2% ασθενών ομάδας Α έναντι 48,4% ομάδας Β, $p<0.01$) και σε ποσοστό 42% υποστηρίχτηκαν με συστήματα υψηλής παροχής O2 και συσκευές μη-ΕΜΑ.
3) Η ομάδα αυτή παρουσίαζε, επίσης, υψηλότερο δείκτη βαρύτητας PESI (ομάδα Α: 110±35 έναντι ομάδα Β; 90,6±20, $p<0.001$) και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (14,4±8 ημέρες έναντι 9,2±7.8 ημέρες, $p<0.01$).
4) Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες, όσον αφορά στην ηλικία, φύλο, συμπτώματα, τιμές D Dimers και CRP.
5) Η συχνότητα προδιαθεσικών παραγόντων πνευμονικής εμβολής ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Β, όσον αφορά νεόπλασμα ($p<0,001$), πρόσφατο χειρουργείο ($p<0,01$), τραύμα ($p<0,01$), όμοια μεγαλύτερη ήταν και η συνοσηρότητα (ΧΑΠ ($p<0,01$), Καρδιακή Ανεπάρκεια ($p<0,001$)
6) Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στις τιμές PESI με την ηλικία ($p<0.01$) και με τα D- Dimers μόνο στην ομάδα Β, ενώ εργαστηριακά ευρήματα (D- Dimers, τροπονίνη, CRP, φεριτίνη) δεν συσχετίστηκαν με κλινικά χαρακτηριστικά και βαρύτητα αναπνευστικής διαταραχής σε καμία ομάδα.
.7) Η συχνότερη εντόπιση του εμβολικού φορτίου στην ομάδα Α ήταν περιφερικά και αμφοτερόπλευρα ($p<0.01$), ενώ στην ομάδα Β ήταν κεντρικά και ετερόπλευρα ($p<0.01$)

8) Διακομίσθηκαν σε ΜΕΘ 19,5% ασθενών ομάδας Α και 6% ομάδας Β (p<0.05) και διεγκολπώθηκαν 24,5% ασθενών ομάδας Α και 8,3% ομάδας Β (p<0.01)

Συμπεράσματα

Ο φαινότυπος της πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς που νοσούν με COVID 19 παρουσιάζει κλινικές και απεικονιστικές ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την δυσμενέστερη πορεία της νόσου και οδηγούν σε μεγαλύτερη θνησιμότητα. Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η θρομβοεμβολική νόσος ως προσβολή της αγγειακού δικτύου της πνευμονικής κυκλοφορίας από τον ιό SARS-COVID-19 επιβαρύνει την έκβαση της λοίμωξης και συνεπώς απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υπόνοιας για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της

Διάμεσες Διάχυτες Πνευμονοπάθειες

ΕΑ37

POST-COVID-19 ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ MACHINE LEARNING ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[1], **Βασιλίνα Σωτηροπούλου[1]**, Ματθαίος Κατσαράς[1], Παναγιώτα Τσίρη[1], Βασιλική Γεωργακοπούλου[2], Ηλίας Παπανικολάου[3], Ελένη Μπιμπάκη[4], Ιωάννης Τόμος[5], Ειρήνη Λαμπίρη[4], Ουρανία Παπαϊωάννου[1], Ειρήνη Ζαρκάδη[1], Εμμανουήλ Αντωνάκης[3], Αγγελική Πανδή[3], Έλλη Μαλακουνίδου[1], Φώτιος Σαμψώνας[1], Σωτηρία Μακροδημήτρη[2], Σεραφείμ Χρυσικός[5], Γεώργιος Χειλάς[5], Κατερίνα Δημάκου[5], Νικόλαος Τζανάκης[4], Νικόλαος Σύψας[2], Κατερίνα Αντωνίου[4], Αργύριος Τζουβελέκης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, [2]Μονάδα Λοιμώξεων, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, [4]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [5]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ ''Η Σωτηρία''

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι όψιμες επιπλοκές της COVID-19 έχουν αναδειχθεί σε νέα πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Τα machine learning λογισμικά συστήματα μπορεί να αποτελέσουν πολύτιμα μέσα αξιολόγησης της post-COVID-19 διάμεσης πνευμονοπάθειας.

Μέθοδος: Πρόκειται για μία αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν ασθενείς που επανεκτιμήθηκαν 3 μήνες μετά την οξεία φάση της λοίμωξης από SARS-CoV-2 τη χρονική περίοδο 01/02/2021 έως 12/5/2022. Η αξονική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας αξιολογήθηκε από το λογισμικό σύστημα Imbio Lung Texture Analysis 2.1.

Αποτελέσματα: Διακόσιοι τριάντα δύο (n=232) ασθενείς αναλύθηκαν. Το 74.2% (n=172), 21.1% (n=49) και 4.7% (n=11) των ασθενών παρουσίαζε FVC%προβλεπόμενου ≥80, μεταξύ 60 και 79 και <60, αντίστοιχα. Το 69.4% (n=161), 15.5% (n=36) και 15.1% (n=35) των ασθενών παρουσίαζε DLCO%προβλεπόμενου ≥80, μεταξύ 60 και 79 και <60, αντίστοιχα. Η έκταση των διηθημάτων θολής υάλου ήταν ≥30% σε 4.3% των ασθενών (n=10), μεταξύ 5 και 29% σε 48.7% των ασθενών (n=113) και <5% σε 47.0% των ασθενών (n=109). Η έκταση του δικτυωτού προτύπου ήταν ≥30%, 5 έως 29% και <5% σε 1.3% (n=3), 24.1% (n=56) και 74.6% (n=173) των ασθενών, αντίστοιχα. Οι ασθενείς με ινωτική διάμεση πνευμονοπάθεια (n=13, 5.6%) και εμμένουσες λειτουργικές διαταραχές 6 μήνες μετά τη λοίμωξη έλαβαν αντιινωτική αγωγή και παρουσίασαν απόλυτη αύξηση +10.3 (p=0.01) και +14.6 (p=0.01) της FVC%προβλεπόμενου 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Η post-COVID-19 διάμεση πνευμονοπάθεια αποτελεί μια υπολογίσιμη όψιμη επιπλοκή της COVID-19. Μια σημαντική μειοψηφία ασθενών εμφανίζει ινωτική διάμεση πνευμονοπάθεια και μπορεί να ωφεληθεί από την έναρξη αντι-ινωτικής αγωγής τη χρονική στιγμή που η ίνωση είναι “ανώριμη”. Τα machine learning λογισμικά συστήματα μπορούν δυνητικά να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στην απεικονιστική εκτίμηση και κατ’ επέκταση στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΕΑ38

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ MYOSITIS ASSOCIATED-ILD. ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[1], Βασίλειος Τζίλας[2], Ουρανία Παπαϊωάννου[1], Σεραφείμ Χρυσικός[2], Ειρήνη Βασαρμίδη[3,4,5], Pierre-Antoine Juge[4,6], Στυλιανή Βιζυριανάκη[3], Ελένη Μπιμπάκη[3], Αργυρώ Ρέππα[7], Πρόδρομος Σιδηρόπουλος[7], Ματθαίος Κατσαράς[1], Βασιλίνα Σωτηροπούλου[1], Παναγιώτα Τσίρη[1], Ηλέκτρα Κουλουσούσα[1], Εύα Θεοχάρη[1], Γεώργιος Τσιρίκος[1], Ιωάννης Χριστόπουλος[1], Έλλη Μαλακουνίδου[1], Ειρήνη Ζαρκάδη[1], Φώτιος Σαμψώνας[1], Γεώργιος Χειλάς[2], Θεοφάνης Καράγεωργας[8], Δημήτριος Δαούσης[9], Χριστίνα Καλογεροπούλου[10], Κατερίνα Δημάκου[2], Νικόλαος Τζανάκης[3], Raphael Borie[4,5], Philippe Dieudé[4,6], Κατερίνα Αντωνίου[3], Bruno Crestani[4,5], Δημοσθένης Μπούρος[11], Αργύριος Τζουβελέκης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [2]5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα, [3]Πνευμονολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη, [4]Université de Paris, INSERM UMR 1152, F-75018, Paris, France, [5]APHP, Service de Pneumologie A, Centre de Référence Constitutif des Maladies Pulmonaires Rares, FHU APOLLO, Hôpital Bichat, France, [6]APHP, Service de Rheumatologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, F-75018, Paris, France, [7]Ρευματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη, [8]Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, 4η Παθολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα, [9]Ρευματολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [10]Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [11]Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από φλεγμονώδη μυοσίτιδα είναι ένα νόσημα που υποδιαγιγνώσκεται.
Σκοπός: Η παρουσίαση ακτινολογικών χαρακτηριστικών, ανοσολογικού υπόβαθρου και έκβασης σε ασθενείς με διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από φλεγμονώδη μυοσίτιδα.
Μέθοδος: Ασθενείς με διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από φλεγμονώδη μυοσίτιδα εντάχθηκαν στη μελέτη από 9/12/2019 έως 30/9/2021 σε 5 διαφορετικά κέντρα αναφοράς.
Αποτελέσματα: Εβδομήντα πέντε ασθενείς (n=75) αναλύθηκαν [57% γυναίκες, διάμεση ηλικία (95% CI): 64.0 έτη (61.0 έως 65.0). Η εμφάνιση της διάμεσης πνευμονοπάθειας προηγήθηκε της μυϊκής προσβολής στο 38.7% (n=29) των ασθενών. Το κυρίαρχο ακτινολογικό πρότυπο που παρατηρήθηκε ήταν εκείνο της cellular NSIP σε 29 ασθενείς (38.7%), fibrotic NSIP σε 17 ασθενείς (22.7%), οργανοποιού πνευμονίας (organizing pneumonia-OP) σε 10 ασθενείς (13.3%) και αλληλοεπικάλυψης NSIP/OP σε 19 ασθενείς (25.3%). Τα αντισώματα που ανιχνεύθηκαν πιο συχνά ήταν anti-Jo-1 (26.7%, n=20), anti-Ro52 (24.0%, n=18), anti-MDA5 (18.6%, n=14), anti-PL-7(14.7%, n=11), anti-PL-12 (14.7%, n=11). Η συνολική επιβίωση τον πρώτο χρόνο ήταν 86.7%. Kaplan-Meier επιμέρους αναλύσεις έδειξαν ότι η θνητότητα ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με αμυοπαθητική μορφή [HR 4.24 (95% CI: 1.16 έως 15.54), p=0.03] και ότι ασθενείς με διάγνωση εντός νοσηλείας με συνοδό οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα [HR 6.70 (95% CI: 1.19 έως 37.81), p=0.03], όπως και ασθενείς με θετικά anti-MDA5 [HR 28.37 (95% CI: 5.13 to 157.01), p=0.0001].
Συμπέρασμα: Συγκεκριμένα ακτινολογικά χαρακτηριστικά των διάμεσων πνευμονοπαθειών μπορεί να σχετίζονται με ανοσοεπαγόμενη επιθηλιακή βλάβη πνεύμονα σε έδαφος υποκείμενης φλεγμονώδους μυοσίτιδας. Η ενσωμάτωση της παρουσίας ή μη διάμεσης πνευμονοπάθειας, καθώς και του ελέγχου του συνόλου των σχετιζόμενων αντισωμάτων στα διαγνωστικά κριτήρια των φλεγμονωδών μυοπαθειών, μπορούν να οδηγήσουν σε έγκαιρες θεραπευτικές παρεμβάσεις με θετικό αντίκτυπο στην επιβίωση των ασθενών.

EA39

CLINICAL PHENOTYPING CLUSTERS HIERARCHICALLY EMERGING FROM GREEK SARCOIDOSIS COHORT

Ηλίας Δημέας[1], Σωτήριος Σίνης[1], Σωτήριος Τασούλης[2], Δέσποινα Παπακώστα[3], Αικατερίνη Μαρκοπούλου[4], Παρασκευή Κύργου[1], Αικατερίνη Αντωνίου[5], Πέτρος Μπάρμπας[2], Παναγιώτα Βαϊράμη[1], Γεώργιος Σπυρόπουλος[3], Γεωργία Κούντη[4], Ευαγγελία Φούκα[3], Ελίζα Τσίτουρα[5], Νίκος Λωρίδας[4], Μαρία Μ. Πιτσίλκα[1], Γεώργιος Δημέας[1], Χριστίνα Ραμπιάδου[4], Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης[1], Ζωή Δανιήλ[1], Φωτεινή Μάλλη[1,6]

[1]Department of Respiratory Medicine, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Biopolis, 41500, [2]Department of Computer Science and Biomedical Informatics, University of Thessaly, [3]A Department of Pulmonary Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, "G. Papanikolaou" Hospital, [4]Πνευμονολογική Κλινική, Εξωτερικό Ιατρείο Διαμέσων Πνευμονοπαθειών και Σαρκοείδωσης Γ.Ν. "Γ.Παπανικολάου", [5]Department of Respiratory Medicine, Laboratory of Molecular &Cellular Pneumonology, School of Medicine, University of Crete, [6]Respiratory Disorders Lab, Faculty of Nursing, University of Thessaly

Sarcoidosis is a systemic granulomatous disease characterized by immense clinical heterogeneity and unknown etiology. Objective of our study is to profile the sarcoidosis cohort gathered from three different Greek hospitals and to analyze them for new clusters of clinical phenotypes to loom.

Methods This is a retrospective analysis of retrospectively collected data in three Greek academic centers. In total, 423 patients with sarcoidosis were included in the study. The phenotyping protocol included more than 50 clinical parameters covering organ manifestations and other clinical entities.

Results Through the clustering protocol, four clusters were emerged: I) Cluster 1 with cough as the initial symptom, CXR with Scadding stage 2, parenchymal findings at CT, need for corticosteroids both at diagnosis and at follow up, more frequent relapses and low values of SpO2, FEV1, FVC but high lymphocytes percentage at bronchoalveolar lavage, II) Cluster 2 with thoracic pain as the presenting symptom but without the need for a biopsy proven diagnosis, without need for corticosteroids neither at diagnosis nor at follow up, with less frequent relapses and with low lymphocytes percentage at bronchoalveolar lavage, III) Cluster 3 with extrathoracic lymphadenopathy as the main finding, more frequent at non-smoker females, no need for corticosteroids both at diagnosis and at follow up, less frequent relapses, no parenchymal findings at CT and high values of SpO2, FEV1, FVC and high lymphocytes percentage at bronchoalveolar lavage, IV) Cluster 4 with shorter duration of corticosteroids and high values of SpO2, FEV1, FVC, DLCO (figure 1).

In conclusion, our mathematic model succeeded to identify an ordered stratification into 4 phenotypes, which may prove useful in the design of future studies with homogeneous cohorts facilitating in sarcoidosis patients a personalized medicine approach.

EA40

Autoimmune Pulmonary Alveolar Proteinosis (aPAP) in Greece:20 years in progress

Spyros Papiris[1], Maria Kallieri[1], Lykourgos Kolilekas[2], Georgia Papadaki[1], Emmanouil Verykakis[1], Georgia Kontonasiou[1], Andriana I Papaioannou[3], Demosthenes Bouros[4], Vasiliki Apollonatou[1], Elvira-Markela Antonogiannaki[5], Panagiotis Lyberopoulos[1], Nikolaos Roussakis[6], Costas Douros[7], Andrea Schams[8], Matthias Griese[8], Efrosyni Manali[1]

[1]2nd Pulmonary Medicine Department, General University Hospital "Attikon", Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, [2]7thPulmonary Department, Athens Chest Hospital "Sotiria", Athens Greece, [3]1st University Department of Respiratory Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, [4]National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine Athens Greece, [5]4th Pulmonary Department, Athens Chest Hospital "Sotiria", Athens Greece, [6]216 KIXNE Military Hospital Alexandroupolis, Greece, [7]Third Department of Pediatrics "Attikon" University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Athens, Greece, [8]Department of Pediatric Pneumology, Dr von Hauner Children's Hospital, Ludwig-Maximilians-University, German Center for Lung Research, Munich, Germany

Background: aPAP is diagnosed based on 1) HRCT “crazy-paving-pattern”, 2) PAS+ staining on BAL cytology, and 3) high-serum titer of GM-CSF autoantibodies; two of the above are enough. Mainstay of treatment is whole-lung-lavage (WLL) though inhaled-GM-CSF (off-label) is increasingly used worldwide. Aim: to describe the Greek cohort of aPAP. Methods: aPAP patients diagnosed, treated and followed-up in our department from 2002 to 2022 were analyzed retrospectively. Results: Diagnosed are 41 patients (5 lost to follow-up, 3/5 treated with subcutaneous-GMCSF). Analyzed are 36, 22 (61.1%) females, 21 (58.3%) ever-smokers, median (IQR) age at diagnosis 40.0 (32.5-47.0) years, FVC, DLCO (%predicted) and SatO2 80.2 (61.4-96.0), 44.0 (33.0-66.0), 95 (88.0-97.0) [min 52.0-max 98.0] respectively. Follow-up for 24.5 (12-87) [min 2.0-max 240.0] months. Twenty-one patients (58.3%) ever-received inhaled-GM-CSF with a specific protocol including de-escalation of dose towards the lowest-effective after remission and suspension of treatment after a consolidated disease-free period. All patients treated (both sc and inhaled-GM-CSF) remitted except two who experienced partial response and developed pulmonary fibrosis (PF). WLL was performed in 11 (30.5%) (1-65 times) mostly abroad, with diminishing frequency the last 10 years. FVC%, DLCO% and SAO2 significantly improved at follow-up (p=0.013, p=0.013, p=0.003 respectively). Two patients experienced spontaneous remission. Infections were detected in 4/36 (11.1%): MAC, Nocardia asteroides, Pneumocystis jirovecii, Streptococcus Pneumoniae. Four patients died: 1 respiratory failure, 2 pulmonary fibrosis (PF), 1 lung cancer and PF. During the pandemic, 24 (66.7%) patients received at least 2 vaccination doses against SARS-CoV-2 and 18/32 (56.25%) patients were infected [7 before vaccination]. No COVID-19 related death was reported. Conclusion: In Greece i-GM-CSF, administered according to a specific protocol, is the mainstay of treatment for aPAP because of its effectiveness irrespective of disease severity at diagnosis, a real progress over WLL. 20 years mortality rates were low, mostly related to over-imposed complications.

EA41

POST-COVID-19 FIBROSIS: MYTH OR FACT

Ελβίρα Μαρκέλα Αντωνογιαννάκη[1], Ιωάννης Γρηγορόπουλος[2], Ευφροσύνη Μάναλη[3], Κωνσταντίνος Θωμάς[2], Πηνελόπη Καζάκου[2], Παναγιώτα Αλεξοπούλου[2], Δήμητρα Καββαθά[2], Μαρία Καλλιέρη[3], Νικόλαος-Αχιλλέας Αρκούδης[4], Αθανάσιος Τσόχατζης[4], Σωτηρία Γρηγοροπούλου[2], Ιωάννης Τόμος[3], Βάγια Καραγέωργου[3], Μυρτώ Μπλίζου[3], Στέφανος Λαμπαδάκης[3], Αντώνιος Κρούσκος[3], Μαρία Σφήκα[3], Θωμάς Ραπτάκης[3], Χρυσάνθη Οικονομοπούλου[2], Στυλιανός Λουκίδης[3], Αναστασία Αντωνιάδου[2], Σπυρίδων Παπίρης[3]

[1]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, [2]Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ, [3]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ, [4]Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αττικών, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η πνευμονία και το ARDS ενίοτε οδηγούν σε ποικίλου βαθμού ουλορικνωτικά υπολείμματα πνευμόνων. Στους ασθενείς με αποδραμούσα πνευμονία COVID-19, κυρίως εκείνους με ARDS, πλανάται η υπόθεση ότι υπολειπόμενα ουλορικνωτικά διηθήματα θα μπορούσαν να παρουσιάσουν μεγάλη έκταση και χρονιότητα λαμβάνοντας τη μορφή προοδευτικής ινωτικής διάχυτης διάμεσης πνευμονοπάθειας (f-ILD).
Σκοπός: Η ανίχνευση f-ILD μετά από πνευμονία COVID-19.
Μέθοδος: Προοπτική μελέτη, κατά την οποία ασθενείς εκτιμήθηκαν στην οξεία φάση και 3 μήνες μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο με αξονική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT), λειτουργικό έλεγχο αναπνοής (PFTs), κορεσμό αίματος σε οξυγόνο (SpO2) και ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής (SGRQ). Κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την έκταση της πνευμονίας στην HRCT κατά την οξεία φάση σε 3 ομάδες: 1) ήπια νόσος (<25% παρεγχυματική βλάβη),2) μέτρια (25-50%) και3) σοβαρή (>50%).
Αποτελέσματα: Συνολικά εκτμήθηκαν 250 ασθενείς (85 γυναίκες) με μέση ηλικία 59 έτη. 22 διασωληνώθηκαν (νοσηλεία σε ΜΕΘ) και 61 ετέθησαν σε ρινική κάνουλα υψηλής ροής (HFNC). 58 είχαν ήπια νόσο, 87 μέτρια και 65 σοβαρή με βάση την HRCT. Μεταξύ των τριών ομάδων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία, φύλο, καπνιστική συνήθεια, FEV1 (μέση τιμή 93,4±14,1%), FVC (95,1±14,2%), SpO2 (97±0,1%) και SGRQ (14,86±15) 3 μήνες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο.
Σε 7 (2,8%) ασθενείς σημειώθηκαν “fibrotic like changes” (1 με υπολειπόμενα ινωτικά στοιχεία και ground glass opacities κυρίως σε κορυφές, 6 f-NSIP πρότυπο) στη HRCT στους 3 μήνες. Όλοι είχαν σοβαρή νόσο κατά την εισαγωγή τους (2 διασωληνώθηκαν, 2 HFNC, 3 MV≥50%). Στους 3 μήνες η μέση τιμή FEV1 ήταν 70,7±18,6%, FVC 66,6±17,7% και DLCO 36,1±7,9%. Σε νέα επανεκτίμηση 3 μήνες μετά παρατηρήθηκε περαιτέρω βελτίωση των δεικτών αναπνευστικής λειτουργίας (εικόνα 1) και προοδευτική βελτίωση του απεικονιστικού προτύπου.
Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν συνηγορούν υπέρ της εμφάνισης κλινικά προοδευτικής f-ILD αντιθέτως σημειώθηκε προοδευτική κλινική, απεικονιστική και λειτουργική βελτίωση στους 6 μήνες.

EA42

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΝΗΝΤΑΚΟΝΤΑΕΤΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ LANE-HAMILTON.

Σταύρος Τρύφων[1], Ευθυμία Παπαδοπούλου[1], Γεώργιος Ψαρρός[2], Μιχαήλ Αγραφιώτης[3], Μαρία Σαρόγλου[1]
[1]Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", [2]Τμήμα UniPi, [3]Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, ΑΠΘ

Εισαγωγή: Στο σύνδρομο Lane-Hamilton (συνύπαρξη ιδιοπαθούς πνευμονικής αιμοσιδήρωσης και κοιλιοκάκης) η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα και ο επιπολασμός διαλάθει, λόγω των περιορισμένων βιβλιογραφικών δεδομένων. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση περιγράφει τα πρότυπα εμφάνισης του συνδρόμου για την ενσωμάτωσή του στην κλινική προσέγγιση.

Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε βιβλιογραφική ανασκόπηση των περιστατικών με σύνδρομο Lane-Hamilton που έχουν δημοσιευθεί ή ανακοινωθεί διεθνώς από το 1971 (μελέτη πενηντακονταετίας). Αναλύσαμε τα κλινικά, ακτινολογικά, ανοσολογικά και ιστοπαθολογικά πρότυπα του συνδρόμου και καταγράψαμε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και την πορεία των ασθενών.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 80 περιστατικά: 44 παιδιά (8,56±4,72 ετών, 21 αγόρια) και 36 ενήλικες (33,61±13,41 ετών, 12 άνδρες). Η διάγνωση της ιδιοπαθούς πνευμονικής αιμοσιδήρωσης και της κοιλιοκάκης τέθηκε ταυτόχρονα σε 46 ασθενείς, ενώ διέλαθε κατά 2,5 έτη (3 μήνες-11 έτη) σε 21. Συχνότερες κλινικές εκδηλώσεις ήταν η αιμόπτυση (n=56/70%), η δύσπνοια (n=47/58,8%), η αναιμία (n=72/90%) και η σιδηροπενία (n=54/67,5%). Μάλιστα, αρκετοί ασθενείς εμφάνιζαν ιστορικό υποτροπιάζουσας αιμόπτυσης (n=38) ή εμμένουσας σιδηροπενικής αναιμίας (n=25). Στην αξονική τομογραφία τα παιδιά παρουσίαζαν συνήθως εμβαλωματοειδείς διηθήσεις με πυκνώσεις, ενώ οι ενήλικες αμφοτερόπλευρες διηθήσεις τύπου θολής υάλου. Το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ελέγχθηκε σε 51 περιστατικά (διαγνωστικό 74.5%), η χειρουργική βιοψία πνεύμονα σε 20, η βιοψία δωδεκαδακτύλου σε 66 (διαγνωστική 87.8%) και τα αντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμινάσης (anti-tTG) σε 43 περιστατικά (θετικά 100%).
Η οξεία φάση αντιμετωπίστηκε με ώσεις κορτικοειδών και δίαιτα ελεύθερη γλουτένης. Ως μακροχρόνια θεραπεία συνεχίστηκε η δίαιτα ελεύθερη γλουτένης, ενώ για τις ανθεκτικές περιπτώσεις χορηγήθηκαν και χαμηλές δόσεις πρεδνιζόνης.

Συμπεράσματα: Λόγω των περιορισμένων δεδομένων για το Lane-Hamilton, εκλείπουν διαγνωστικοί, προγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι. Για την έγκαιρη διάγνωση και ευνοϊκότερη πορεία του συνδρόμου, όλοι οι ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική αιμοσιδήρωση χρήζουν ελέγχου για κοιλιοκάκη, ακόμα και αν απουσιάζουν τα σχετικά συμπτώματα. Η διαγνωστική προσέγγιση με την αξονική τομογραφία θώρακος, το βιοπτικό υλικό και τον ανοσολογικό έλεγχο (Anti-tTG και AGA) αποτελεί την ασφαλέστερη προσέγγιση αυτών των ασθενών.

Λοιμώξεις Αναπνευστικού Συστήματος

ΕΑ43

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗΣ ΤΟΜΠΡΑΜΥΚΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Χρυσαυγή Κωστή, Αντωνία Διγαλάκη, Γεώργιος Χειλάς, Σοφία Κουκίδου, Αικατερίνη-Ιωάννα Σακελλαροπούλου, Εμμανουέλα Ζερβού, Ιωάννης Ρούσσης, Ανδρέας Ματθαίου, Κατερίνα Δημάκου
5η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:
Μέχρι σήμερα κανένα εισπνεόμενο αντιβιοτικό δεν έχει εγκριθεί για τη θεραπεία βρογχεκτασιών πέραν της κυστικής ίνωσης, παρ' ότι οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες τα συνιστούν σε ασθενείς με λοίμωξη από ψευδομονάδα. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας ενός εισπνεόμενου διαλύματος τομπραμυκίνης (ΕΔΤ) σε ενήλικες ασθενείς με βρογχεκτασίες και ψευδομονάδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:
Σε αυτή την προοπτική μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς που παρακολουθούνται στο κέντρο βρογχεκτασιών του ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» με διάγνωση βρογχεκτασιών και ψευδομονάδα στα πτύελα (χρόνια λοίμωξη ή πρώτη απομόνωση) σε σταθερή κλινική κατάσταση. Οι ασθενείς έλαβαν ΕΔΤ VANTOBRA (PARI Pharma GmbH, Specialty Therapeutics) μέσω νεφελοποιητή PARI eFlow rapide σε δόση 170 mg ανά 12ωρο σε 3 κύκλους 28 ημερών on- 28 ημερών off. Κλινικές, μικροβιολογικές παράμετροι και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν προ και μετά τη χορήγηση ενός κύκλου φαρμάκου και ολόκληρης της θεραπείας και καταγράφηκαν οι παρενέργειες. Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Quality of Life-Bronchiectasis (QOL-B).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
Στη μελέτη συμμετείχαν 12 ασθενείς (10 γυναίκες) με μέση ηλικία 56±18 έτη. Από αυτούς, 8 ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, ένας λαμβάνει τον 3ο κύκλο φαρμάκου και τρεις διέκοψαν εξαρχής λόγω βρογχόσπασμου. Το ΕΔΤ μείωσε στατιστικά σημαντικά την απομόνωση ψευδομονάδας ($p=0.031$) με αρνητική καλλιέργεια πτυέλων στο 86% των ασθενών. Επίσης, βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα αναπνευστικά συμπτώματα βάσει του QOL-B από τον πρώτο κύκλο χορήγησης ($p=0.008$). Ανάλογη ήταν η επίδραση σε δύο επιπλέον κατηγορίες του QOL-B. Παρόμοια θετικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ο όγκος πτυέλων 24ώρου μειώθηκε μετά τη χορήγηση ενός κύκλου φαρμάκου και ολόκληρου του σχήματος κατά 40% και 20% αντίστοιχα. Η συχνότερη παρενέργεια ήταν το παροδικό βράγχος φωνής (2/9), μία δε ασθενής εμφάνισε παρόξυνση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
Το ΕΔΤ VANTOBRA φαίνεται να συνιστά αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με βρογχεκτασίες και λοίμωξη από ψευδομονάδα, καθώς βελτιώνει το μικροβιολογικό προφίλ και την ποιότητα ζωής.

ΕΑ44

ΚΛΙΝΙΚΑ, ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΆΣΘΜΑΤΟΣ.

Αντωνία Διγαλάκη, Χρυσαυγή Κωστή, Σοφία Κουκίδου, Γεώργιος Χειλάς, Αικατερίνη-Ιωάννα Σακελλαροπούλου, Εμμανουέλα Ζερβού, Ανδρέας Ματθαίου, Σεραφείμ Χρυσικός, Αικατερίνη Δημάκου
5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή
Το άσθμα συχνά συνυπάρχει με τις Βρογχεκτασίες (ΒΕ) και συμβάλλει στη βαρύτητα της νόσου και στις παροξύνσεις.
Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών ασθενών με συνύπαρξη βρογχεκτασιών και άσθματος.

Μέθοδος
Ασθενείς με βρογχεκτασίες και άσθμα μελετήθηκαν προοπτικά.
Διερευνήθηκε η αιτία των βρογχεκτασιών και καταγράφηκαν τα συμπτώματα, οι παροξύνσεις και οι νοσηλείες ανά έτος, τα σπιρομετρικά και μικροβιολογικά δεδομένα, ο BSI και ο αριθμός ηωσινοφίλων στο αίμα των ασθενών.
Η HRCT χρησιμοποιήθηκε για την διάγνωση και την εκτίμηση της έκτασης των βρογχεκτασικών αλλοιώσεων.
Το πρόγραμμα SPSS χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα
Μελετήθηκαν 66 ασθενείς με την διάγνωση βρογχεκτασιών και άσθματος, 49 (74,2%) ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 60,74 ±11,8 έτη, 45 (68,2%) ήταν μη καπνιστές και ο μέσος BMI ήταν 27,39 ±4,66.
Το άσθμα ήταν η κύρια αιτιολογία των βρογχεκτασιών σε αυτόν τον πληθυσμό (62%).
Τα συχνότερα συμπτώματα ήταν βήχας (77%), δύσπνοια (71%), απόχρεμψη (71%) και συριγμός (19.7%).
Ο BSI συσχετίσθηκε με τον αριθμό των παροξύνσεων ανά έτος($p=0.017$), τον αριθμό των νοσηλειών ανά έτος ($p=0.000$)και τον FEV1%pred ($p=0.000$).

Συμπεράσματα
Η συνύπαρξη βρογχεκτασιών και άσθματος είναι συχνή, με το άσθμα να είναι το κύριο αίτιο βρογχεκτασιών σε αυτόν τον πληθυσμό. Στο ένα τέταρτο των ασθενών είναι παρούσα χρόνια βρογχική λοίμωξη, κυρίως από Ps. Aeruginosa. Η βαρύτητα της νόσου συσχετίζεται με τις παροξύνσεις και τις νοσηλείες ανά έτος. Οι ασθενείς χρειάζονται αγωγή και για τις δύο νόσους.

EA45

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΜΥΕΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΩΝ

Ανδρέας Ματθαίου[1], Νικολέτα Μπιζύμη[1,3], Γεώργιος Πιτσιδιανάκης[2], Ελένη Παπαδάκη[3,4], Νικόλαος Τζανάκης[2], Κατερίνα Αντωνίου[1,2]

[1]Εργαστήριο Μοριακής και Κυτταρικής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [2]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [3]Εργαστήριο Μελέτης Αιμοποίησης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [4]Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Οι βρογχεκτασίες συνοδεύονται από ουδετεροφιλία των αεραγωγών, ενώ τα ουδετερόφιλα κατέχουν κεντρικό ρόλο στη χρόνια φλεγμονή και τις υποτροπιάζουσες παροξύνσεις της νόσου. Τα μυελικά κατασταλτικά κύτταρα (MDSC) είναι κύτταρα με ανοσορρυθμιστικές ιδιότητες, τα οποία καταστέλλουν την Τ-κυτταρική ανοσία και διακρίνονται σε HLA-DRlow/CD11b+/CD33+/CD15+ πολυμορφοπυρηνικούς (PMN-MDSC) και HLA-DRlow/CD11b+/CD33+/CD14+ μονοκυτταρικούς (M-MDSC) υποπληθυσμούς, ενώ η συμμετοχή τους στην παθογένεια των βρογχεκτασιών δεν έχει ακόμη διερευνηθεί.

Στόχοι: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμμετοχής των MDSC του περιφερικού αίματος στην ανοσολογική δυσρύθμιση που χαρακτηρίζει την παθογένεια των βρογχεκτασιών, οι οποίες σχετίζονται με διαφορετικές υποκείμενες καταστάσεις.

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 16 ασθενείς με βρογχεκτασίες και 26 υγιείς μάρτυρες. Οι υποπληθυσμοί των MDSC μετρήθηκαν με κυτταρομετρία ροής στο κλάσμα των μονοπύρηνων κυττάρων του περιφερικού αίματος (PBMC) με τον συνδυασμό των αντισωμάτων HLA-DRECD/CD11bFITC/CD33PC7/CD14PE/CD15PC5 και το λογισμικό πρόγραμμα Kaluza (εικ.1). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τις μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney και Kruskal-Wallis με το λογισμικό πρόγραμμα GraphPad.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες με βάση τα διαφορετικά υποκείμενα αίτια των βρογχεκτασιών: σχετιζόμενες με άσθμα ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (3 ασθενείς), μεταλοιμώδεις (6 ασθενείς) και ιδιοπαθείς (7 ασθενείς). Τα PMN-MDSC του περιφερικού αίματος στους ασθενείς (1.81%±2.06) συγκριτικά με τους μάρτυρες (0.51%±0.72) ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένα (Mann-Whitney, p-value: 0.0034, εικ.2A), ενώ στα M-MDSC του περιφερικού αίματος στους ασθενείς (2.20±2.22%) σε σχέση με τους μάρτυρες (2.53%±2.32) δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά (Mann-Whitney, p-value: 0.7980, εικ. 2B). Δεν ανευρέθηκαν, επίσης, σημαντικές διαφορές των υποπληθυσμών των MDSC ανάμεσα στις τρεις ομάδες ασθενών (Kruskal-Wallis).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με βρογχεκτασίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά PMN-MDSC στο περιφερικό αίμα. Τα ευρήματα αναδεικνύουν για πρώτη φορά τον πιθανό ρόλο των PMN-MDSC στην παθογένεια των βρογχεκτασιών μέσω της αυξορύθμισής τους και της πιθανής συμβολής τους στην προσπάθεια καταστολής της φλεγμονής που χαρακτηρίζει τη νόσο, ανεξάρτητα από το υποκείμενο αίτιο.

* Σημείωση: Οι Ματθαίου Α. και Μπιζύμη Ν. συνέβαλαν ισότιμα.

ΕΑ46

ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΊΝΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ.

Αλέξανδρος Κακολύρης, Ελβίρα - Μαρκέλλα Αντωνογιαννάκη, Χρήστος Κουλούρης, Κωνσταντίνος Πάτζαλης, Εμμανουήλ Καστανάκης, Φιλία Διαμαντέα
[1]*Β Πνευμονολογική Κλινική & Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Σισμανόγλειο ΓΝΑ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο τριπλός συνδυασμός Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor οδηγεί σε ταχεία κλινική βελτίωση ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ) και σοβαρή πνευμονική νόσο, συχνά εξαιρώντας τους από την ένταξη σε λίστα μεταμόσχευσης πνευμόνων. Έως τώρα δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμα δεδομένα που αφορούν την αποτελεσματικότητα του τριπλού συνδυασμού σε ασθενείς με ΚΙ υποψήφιους για μεταμόσχευση πνευμόνων.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς με ΚΙ που είχαν ενταχθεί ή ήταν υποψήφιοι για ένταξη σε λίστα μεταμόσχευσης πνευμόνων εντός 3μήνου από την έναρξη του φαρμάκου και έχουν ολοκληρώσει 2 έτη αγωγής, επιλέχθηκαν μεταξύ των ασθενών με σοβαρή πνευμονική νόσο (FEV1≤ 40%) του κέντρου μας. Καταγράφηκαν ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η ppFEV1% προ έναρξης αγωγής, τον 1ο μήνα και την 2ετία και οι αναπνευστικές παροξύνσεις που οδήγησαν σε νοσηλεία 2 έτη προ και μετά την έναρξη της αγωγής.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 35 ασθενείς με σοβαρή πνευμονική νόσο, 4 ασθενείς είχαν ενταχθεί σε λίστα μεταμόσχευσης πνευμόνων και 9 ασθενείς ήταν υποψήφιοι για ένταξη (9 γυναίκες, 4 άνδρες, μέση ηλικία 32.5 έτη). Μέσος χρόνος παρακολούθησης 25.6 μήνες. Στην έναρξη της αγωγής median (IQR) BMI 21 (19,4-23,4) Kgr/m2, τον 1ο μήνα 21,6 (20,9-24,6), p= 0.003, στην 2ετία 22,7 (21,7-25,3), p=0.001. Median (IQR) ppFEV1 24% (20,5-29) στην έναρξη της αγωγής, τον 1ο μήνα 32% (29-41), p=0.001, στην 2ετία 39% (32,5-40), p=0.001. Median (IQR) αριθμός παροξύνσεων την 2ετία προ έναρξης αγωγής 6 (4,5-8,5), την 2ετία μετά 1 (1-2), p=0.001 (81% μείωση των αναπνευστικών παροξύνσεων). Κανένας ασθενής δεν εντάχθηκε σε λίστα μεταμόσχευσης μετά την έναρξη του φαρμάκου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα σε αυτόν τον μικρό αριθμό ασθενών δείχνουν ότι ο τριπλός συνδυασμός έχει τροποποιητική δράση στην πορεία της νόσου ασθενών με ΚΙ και σοβαρή πνευμονική νόσο, με όφελος στην επιβίωση τους, μέσω βελτίωσης της αναπνευστικής λειτουργίας και της θρεπτικής τους κατάστασης αλλά και μείωσης των παροξύνσεων. Τα κριτήρια ένταξης σε λίστα μεταμόσχευσης πνευμόνων των ασθενών αυτών πρέπει να επανεκτιμηθούν.

EA47

ΑΝΟΣΟΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΤΟΠΩΝ Β ΚΑΙ Τ-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΙΟΥ HUMAN BOCA VIRUS 1 (HBOV1)

Κερασία Γούπου[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]
[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας , [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Ο Human Bocavirus 1 (HBOV1) είναι ιός με μονόκλωνο DNA που ανακαλύφθηκε το 2005 σε ρινοφαρυγγικά δείγματα. Πρόκειται για παθογόνο ιό που μολύνει τα κύτταρα του αναπνευστικού επιθηλίου προκαλώντας λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος με ευρύ φάσμα συμπτωμάτων σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών. Το κύριο αντιγόνο του ιού εμπεριέχεται στην καψιδιακή πρωτεΐνη VP2.
Σκοπός: Στη μελέτη αυτή στοχεύσαμε στον εντοπισμό επιτόπων Β και Τ-κυττάρων έναντι του ιού Boca με in silico μεθοδολογία.

Μέθοδοι: Η αλληλουχία της VP2 σε μορφή FASTA λήφθηκε από τη βάση δεδομένων Uniprot. Η αντιγονικότητα της VP2 υπολογίστηκε μέσω της χρήσης του Vaxijen v.2.0. Οι γραμμικοί καθώς και οι μη γραμμικοί επίτοποι των Β-κυττάρων βρέθηκαν με την χρήση του εργαλείου ElliPro της βάσης IEDB. Μέσω του εργαλείου Vaxitop του συστήματος Vaxign εντοπίστηκαν οι επίτοποι MHC των τάξεων I και II. Οι MHC I ελέγχθηκαν περαιτέρω για την ανοσογονικότητα τους με το immunogenicity tool του IEDB, ενώ οι MHC II ελέγχθηκαν για την ικανότητα παραγωγής IFN-γ μέσω του IFNepitope server. Η αντιγονικότητα των προβλεπόμενων επιτόπων των Β- και Τ-κυττάρων εξετάστηκε εκ νέου μέσω του Vaxijen και τα πεπτίδια που ταυτοποιήθηκαν ως πιθανά αντιγόνα ελεγχθήκαν ξεχωριστά για τον κίνδυνο πρόκλησης αλλεργίας και τοξικότητας καθώς και για την πιθανότητα πρόκλησης αυτοανοσίας μέσω των εργαλείων AllerTOP v. 2.0, Toxin Pred και Peptide Match αντίστοιχα.
Αποτελέσματα: Μέσω της ανοσοπληροφορικής ανάλυσης εντοπίστηκαν 5 γραμμικοί επίτοποι Β-κυττάρων και 12 επίτοποι Τ-κυττάρων που πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις για το σχεδιασμό εμβολίου.
Συμπεράσματα: Τα ευρήματα μας υποδεικνύουν ότι, η VP2 αποτελεί υποσχόμενο στόχο εμβολίου κατά του HBoV1 και πρέπει να επιβεβαιωθούν περαιτέρω πειραματικά.

EA48

IN SILICO ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΤΟΠΩΝ Β ΚΑΙ Τ-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΣΩ ΑΝΟΣΟΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ H5N6

Σωτήριος Καμπούρης[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Στελέχη της γρίπης των πτηνών ευθύνονται για περίπου 650.000 θανάτως παγκοσμίως ετησίως. Η πρώτη περίπτωση θανάτου από το στέλεχος του ιού της γρίπης τύπου Α, H5N6, αναφέρθηκε το 2014 στη Κίνα. Πρόκειται για εξαιρετικά παθογόνο ιό που έχει προκαλέσει ήδη 30 περίπου θανάτους από το 2014 από σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Ένα από τα σημαντικά αντιγόνα του ιού είναι ο δίαυλος πρωτονίων M2.

Σκοπός: Στη μελέτη αυτή στοχεύσαμε στον εντοπισμό επιτόπων Β και Τ-κυττάρων έναντι του ιού H5N6 με in silico μεθοδολογία.

Υλικό και Μέθοδος: Η αλληλουχία της M2 σε μορφή FASTA λήφθηκε από τη βάση δεδομένων Uniprot. Η τριτοταγής δομή της M2 μοντελοποιήθηκε με το λογισμικό PHYRE2. Η αντιγονικότητα της M2 υπολογίστηκε μέσω της χρήσης του Vaxijen v.2.0. Οι γραμμικοί καθώς και οι μη γραμμικοί επίτοποι των Β-κυττάρων βρέθηκαν με την χρήση του εργαλείου ElliPro της βάσης IEDB. Μέσω του εργαλείου Vaxitop του συστήματος Vaxign εντοπίστηκαν οι επίτοποι MHC των τάξεων I και II. Οι MHC I ελέγχθηκαν περαιτέρω για την ανοσογονικότητα τους με το immunogenicity tool του IEDB, ενώ οι MHC II ελέγχθηκαν για την ικανότητα παραγωγής IFN-γ μέσω του IFNepitope server. Η αντιγονικότητα των προβλεπόμενων επιτόπων των Β- και Τ- κυττάρων εξετάστηκε εκ νέου μέσω του Vaxijen και τα πεπτίδια που ταυτοποιήθηκαν ως πιθανά αντιγόνα ελεγχθήκαν ξεχωριστά για τον κίνδυνο πρόκλησης αλλεργίας και τοξικότητας καθώς και για την πιθανότητα πρόκλησης αυτοανοσίας μέσω των εργαλείων AllerTOP v. 2.0, Toxin Pred και Peptide Match αντίστοιχα. Αποτελέσματα: Μέσω της ανοσοπληροφορικής ανάλυσης εντοπίστηκαν 2 γραμμικοί επίτοποι Β-κυττάρων και 3 επίτοποι Τ-κυττάρων που πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις για το σχεδιασμό εμβολίου.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα μας υποδεικνύουν ότι, η M2 αποτελεί υποσχόμενο στόχο εμβολίου κατά του H5N6 και πρέπει να επιβεβαιωθούν περαιτέρω πειραματικά.

Νοσήματα Υπεζωκότα

EA49

ΤΕΡΑΣΤΙΟΙ ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΙΝΩΔΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΔΙΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗΣ Η ΣΤΕΡΝΟΤΟΜΗΣ;

Καλλιόπη Αθανασιάδη[1], Ηλίας Σαμιώτης[1], Ευαγγελία Χατζημιχάλη[1], Ευαγγελία Λιβεράκου[1], Ηλίας Γαλάνης[1], Μαρία Καζαντζή[1], Ιωάννα Σιγάλα[2], Νίκη Γιαννιού[2], Ευφροσύνη Δήμα[2], Κωνσταντίνος Ελευθερίου[2], Μαρία Μικροβασίλη[3], Παναγιώτης Ουρανής[3], Ελένη Ισχάκη[2], Ιωάννης Καλομενίδης[2], Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος[4], Θεόδωρος Τέγος[4], Παρασκευή Κατσαούνου[2]

[1]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [2]Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [3]Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [4]Τμήμα Ογκολογίας, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

ΣΚΟΠΟΣ: Οι μονήρεις ινώδεις όγκοι του υπεζωκότα (Solitary Fibrous Tumor of the Pleura – SFTP) είναι μεσεγχυματογενούς προέλευσης, μπορεί να προέρχονται τόσο από τον τοιχωματικό όσο και από τον σπλαχνικό υπεζωκότα και διαφέρουν σε μέγεθος. Οι όγκοι αυτοί είναι συνήθως ασυμπτωματικοί, μπορούν όμως να παρουσιασθούν με βήχα, θωρακικό άλγος και δύσπνοια, καθώς και ορώδη υπεζωκοτική συλλογή, ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθός τους. Παρουσιάζουμε 5 περιπτώσεις SFTP μεγάλου μεγέθους.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το 2005 έως και σήμερα αντιμετωπίσαμε 33 ασθενείς, ηλικίας 34-63 ετών, με ινώδεις όγκους. Σε 5 περιπτώσεις, το βάρος του όγκου κυμαινόταν από 4-8kg. Οι 5 αυτοί ασθενείς προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων με δύσπνοια και οπισθοστερνικό άλγος. Η α/α θώρακος ανέδειξε έντονη θολερότητα του ενός ημιθωρακίου, ενώ η αξονική τομογραφία τους μεγάλους όγκους, που κατάλαμβαναν το ημιθωράκιο, σε 2 εκ των περιπτώσεων με πλήρη μετατόπιση του μεσοθωρακίου και όλων των μεγάλων αγγείων καθώς και της καρδιάς στο αντίθετο ημιθωράκιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 3 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θωρακοτομή και εξαίρεση του όγκου, ενώ οι δύο λόγω πλήρους μετατόπισης του ημιθωρακίου και διήθησης όλου του πνεύμονα σε στερνοτομή και πνευμονεκτομή. Ολοι είχαν ομαλή μεν πορεία, αλλά παρατεταμένη παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εκτός από έναν, που ανέπτυξε αναπνευστική ανεπάρκεια και αδυναμία επανέκπτυξης του πνεύμονα. Η ιστολογική ανέδειξε κακοήθη ινώδη όγκο σε όλες τις περιπτώσεις. Σε follow up 3-48 μηνών, οι 4 ασθενείς είναι εν ζωή λαμβάνοντας και συμπληρωματική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η άμεση χειρουργική εξαίρεση εξακολουθεί να είναι η κύρια μέθοδος, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία SFTP, ενώ η προσπέλαση εξαρτάται από την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου. 2. Η πλήρης εκτομή είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που επηρεάζει την τοπική υποτροπή και τη μεταστατική νόσο και βελτιώνει την πρόγνωση.

EA50

ΕΝΔΟΫΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ R-TPA ΣΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ Η ΕΜΠΥΗΜΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ουρανία Παπαϊωάννου, Ηλέκτρα Κουλουσούσα, Θεόδωρος Καραμπιτσάκος, Παναγιώτα Τσίρη, Γεώργιος Τσιρίκος, Βασιλίνα Σωτηροπούλου, Εύα Θεοχάρη, Ιωάννης Χριστόπουλος, Ματθαίος Κατσαράς, Ειρήνη Ζαρκάδη, Έλλη Μαλακουνίδου, Φώτιος Σαμψώνας, Αργύριος Τζουβελέκης
Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Η αποτελεσματικότητα της ενδοϋπεζωκοτικής έγχυσης ινωδολυτικών στη διαχείριση της επιπλεγμένης παραπνευμονικής συλλογής και του εμπυήματος παραμένει υπό διερεύνηση.
Σκοπός: Η παρουσίαση αιτιολογικής συσχέτισης, θεραπευτικών προσεγγίσεων, με έμφαση στην ενδοϋπεζωκοτική έγχυση ινωδολυτικών και έκβασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με επιπλεγμένη παραπνευμονική συλλογή ή εμπύημα.
Μέθοδος: Νοσηλευόμενοι ασθενείς με επιπλεγμένη παραπνευμονική συλλογή ή εμπύημα οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ενδοϋπεζωκοτική έγχυση r-tPA (αλτεπλάσης 25 mg x1 για 3 ημέρες) εντάχθηκαν στη μελέτη από 01/01/2021 έως 30/09/2022.
Αποτελέσματα: Τριάντα ένας ασθενείς (n=31) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη [άρρενες 90%, μέση ηλικία ± SD =60.4 ± 12.3, καπνιστές/μη καπνιστές: 24/7, διάμεση τιμή ημερών νοσηλείας 12 (95% CI: 11.0 έως 16.4)]. Συννοσηρότητα ή ανοσοκαταστολή καταγράφηκε στο 71.0% (n=22) και στο 51.1% (n=16) των ασθενών, αντίστοιχα. Η εξιδρωματική υπεζωκοτική συλλογή ανεδείχθη πολυμορφοπυρηνική στο 87.1% (n=27) των ασθενών, η διάμεση τιμή της γλυκόζης και της LDH στο υπεζωκοτικό υγρό ήταν 29 mg/dL (95% CI: 3 έως 45) και 1176 U/L (95% CI: 851 έως 3646), αντίστοιχα, ενώ απομονώθηκε μικροβιακός παράγοντας στο 80.6% (n=25). Η κυτταρολογική εξέταση του υγρού ανεδείχθη θετική για κακοήθεια σε 2 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν ενδεδειγμένη αντιμικροβιακή αγωγή, ενώ δεν παρουσίασαν ανεπιθύμητη ενέργεια σχετιζόμενη με τη χορήγηση της ινωδόλυσης και δε χρειάστηκαν περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση. Κανένας από τους ασθενείς δεν χρειάστηκε να υποβληθεί σε χειρουργική αποφλοίωση του υπεζωκότα (VATS decortication), ενώ μόνο ένας ασθενής (3%) απεβίωσε λόγω υποκείμενου κακοήθους μεσοθηλιώματος υπεζωκότα.
Συμπέρασμα: Η ενδοϋπεζωκοτική έγχυση r-tPA σε επιπλεγμένη παραπνευμονική συλλογή ή εμπύημα αποτελεί μια ασφαλή και άκρως αποτελεσματική προσέγγιση, επιβεβαιώνοντας την τρέχουσα βιβλιογραφία των μεγάλων πολυκεντρικών τυχαιοποιημένων μελετών.

EA51

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ

Μιχαήλ Τσάτσης, Κωνσταντίνος Πόταρης, Δέσποινα Παναγιώτογλου, Δημήτρης Αποστόλου, Κωνσταντίνος Βάχλας, Ιωάννης Μπέης, Γεώργιος Χαμαλάκης
Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Αποτελέσματα και έκβαση από τη χειρουργική αντιμετώπιση του παραπνευμονικού εμπυήματος
Τσάτσης Μιχαήλ Κων/νος , Πόταρης Κων/νος. , Παναγιώτογλου Δέσποινα, Αποστόλου Δημήτριος, Βάχλας Κων/νος, Μπέης Ιωάννης, Χαμαλάκης Γεώργιος
Θωρακοχειρουργικό Τμήμα ΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία'

Σκοπός
Το εμπύημα θώρακος, η φλεγμονή δηλαδή των υπεζωκοτικών πετάλων με συλλογή πύου στην υπεζωκοτική κοιλότητα αποτελεί μια παθολογική οντότητα που από την αρχαιότητα έως σήμερα εξακολουθεί να αποτελεί μια σοβαρή πρόκληση παρά τις σύγχρονες ιατρικές εξελίξεις. Σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης ήταν η εκτίμηση των αποτελεσμάτων και της έκβασης της χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με παραπνευμονικό εμπύημα στο τμήμα μας

Υλικό και μέθοδοι
Μεταξύ Ιουνίου 2017 και Ιουνίου 2022 μελετήθηκαν αναδρομικά 142 ασθενείς με παραπνευμονικό εμπύημα (118 άνδρες και 24 γυναίκες διάμεσης ηλικίας 52 ετών (εύρος 18-76 έτη) που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση. Στην πλειονότητα των ασθενών (84.5%) το εμπύημα ήταν σε οργανωμένο στάδιο (III)

Αποτελέσματα
Σε 120 ασθενείς 84.5% με οργανωμένο παραπνευμονικό εμπύημα (στάδιο III) διενεργήθηκε οπισθοπλάγια θωρακοτομή με αποφλοίωση πνεύμονα μετά από διάσπαση εγκυστώσεων και παροχέτευση πυωδών συλλογών. Σε 22 ασθενείς με ινοπυώδες παραπνευμονικό εμπύημα (στάδιο II) επιχειρήθηκε αποφλοίωση πνεύμονα μετά από διάσπαση εγκυστώσεων και παροχέτευση πυωδών συλλογών με θωρακοσκοπική προσέγγιση του ημιθωρακίου (video-assisted thoracic surgery – VATS) που ολοκληρώθηκε επιτυχώς σε 9 (40.9%) εξ αυτών με μηδενική θνητότητα και νοσηρότητα, ενώ στους υπόλοιπους 13 διενεργήθηκε μικρή θωρακοτομή για την ολοκλήρωση της επέμβασης. Συνολικά η νοσηρότητα έφθασε το 11.3% και η θνητότητα το 2.4%

Συμπεράσματα
Σήμερα η επίπτωση του εμπυήματος θώρακος βαίνει αυξανόμενη --> κατάχρηση αντιβιοτικών, αλκοολισμός, γενετικά σύνδρομα ή παθήσεις, αναζωπύρωση Tbc, ανοσοκαταστολή ασθενών λόγω HIV, ΧΜΘ, ανοσοθεραπείας, μεταμοσχεύσεις, χειρουργικές επεμβάσεις για καρκίνο, τραύμα θώρακος, κλπ. Η άμεση συνεργασία πνευμονολόγου και θωρακοχειρουργού για τη χρονική σταδιοποίηση και την ανάλογη θεραπευτική αντιμετώπιση του εμπυήματος θώρακος, αποτελεί την πιο ουσιαστική προσέγγιση για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας που συνοδεύουν την χειρουργική θεραπεία του

EA52

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ

Αναστασία Κωνσταντά[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο πολλαπλασιασμός ενός κυττάρου απαιτεί την αύξηση του όγκου του, ενώ η απόπτωση εξαρτάται από την μείωση αυτού. Η ρύθμιση του κυτταρικού όγκου πραγματοποιείται μέσω της μεταφοράς ιόντων μέσω ιοντικών διαύλων, συμμεταφορέων και αντιμεταφορέων ιόντων. Κατά το καρκίνο ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός είναι από τις εξέχουσες διαδικασίες καθώς τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και ανθίστανται στην απόσπτωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη αυτή στοχεύσαμε στη μεταγραφωμική ανάλυση των γονιδίων σχετιζόμενων με τη ρύθμιση του κυτταρικού όγκου σε ασθενείς με μεσοθηλίωμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήσαμε τη βάση γονιδιακών δεδομένων Genecards καθώς και πρόσφατες ανασκοπήσεις για να δημιουργήσουμε τη λίστα γονιδίων που κωδικοποιούν διαμεμβρανικές πρωτεϊνες που συμμετέχουν στη ρύθμιση του κυτταρικού όγκου. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη βάση ανάλυσης δεδομένων Omics τεχνολογιών, UALCAN, και αναλύσαμε το ρόλο της έκφρασης των παραπάνω γονιδίων στην επιβίωση ασθενών με μεσοθηλίωμα και με καρκίνο του πνεύμονα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επιβίωση των ασθενών με μεσοθηλίωμα ήταν μειωμένη κατά την υπερέκφραση των γονιδίων SLC9A1, SLC9A2, SLC9A4, SLC12A7, LRRC8A, LRRC8E και ANO6 και την υποέκφραση του γονιδίου KCNK5. Η επιβίωση των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα παρατηρήθηκε μειωμένη σε υπερέκφραση του LRRC8A και του ANO1 και αυτών πλακώδες καρκίνωμα μειωμένη σε υπερέκφραση του LRRC8C και του ANO6.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η διερεύνηση του ρόλου των γονιδίων σχετιζόμενων με την ρύθμιση του κυτταρικού όγκου στη παθοφυσιολογία του μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα είναι σημαντική.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

EA53

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗΣ-ΠΡΟΣ-ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΑ ΚΡΟΣΣΟ.

Rajesh Jagirdar[1], Ελεάννα Πιταράκη[1], Ουρανία Κώτσιου[2], Ερασμία Ρούκα[2], Σωτήριος Σίνης[3], Λυδία Γιαννακού[1], Χρυσή Χατζόγλου[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Τα μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα έπειτα από έκθεση σε αμίαντο υπόκεινται καρκινική εξαλλαγή και έτσι δημουργείται το μεσοθηλίωμα. Τα μεσοθηλιακά κύτταρα διαθέτουν ένα οργανίδιο-αισθητήρα, το Πρωτεύοντα Κροσσό (ΠΚ). Η ΕΜΜ θεωρείται αρνητικός προγνωστικός παράγοντας στο μεσοθηλίωμα.

Σκοπός: Να προσδιορίσουμε το ρόλο του ΠΚ στους φαινοτύπους της κυτταρικής προσκόλλησης και μετανάστευσης σε φυσιολογικά και καρκινικά μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα.

Υλικό και Μέθοδος: Για τα πειράματα κυτταρικής προσκόλλησης και μετανάστευσης σε επιφάνειες επιστρωμένες με ινωδονεκτίνη, χρησιμοποιήσαμε συγχρονισμένα μεσοθηλιακά κύτταρα (MeT-5A) και διφασικά κύτταρα μεσοθηλιώματος (MSTO). Εξετάσαμε τη δράση τριών φαρμάκων που επιδρούν στον ΠΚ. Το Ammonium sulfate (AS, 30 mM) και το Chloral Hydrate (CH, 4 mM) προκαλούν αυτοτομή του ΠΚ και το Lithium Chloride (LC, 50 mM) προκαλεί επιμήκυνση του ΠΚ.

Αποτελέσματα: Τα κύτταρα MeT-5A παρουσίασαν χαμηλή ικανότητα προσκόλλησης (Control 100%) όταν τους χορηγήθηκαν AS, CH και LC ($p<0.01$ σε όλες τις περιπτώσεις). Τα MSTO, αντίθετα, είχαν αυξημένη ικανότητα προσκόλλησης μόνο στην περίπτωση του LC ($p<0.01$). Ο δείκτης μετανάστευσης και στα MeT-5A και στα MSTO μειώθηκε σημαντικά υπό την επίδραση και των τριών φαρμάκων ($p<0.001$).

Συμπεράσματα: Ο ΠΚ είναι ένα ευαίσθητο κυτταρικό οργανίδιο που επηρεάζει φαινότυπους της κυτταρικής προσκόλλησης και μετανάστευσης που εμπλέκονται στη διαδικασία της 2-διάστατης ΕΜΜ. Τροποποίηση του μήκους του ΠΚ με χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων μειώνει τη ΕΜΜ τόσο σε καλοήθη μεσοθηλιακά κύτταρα όσο και σε κύτταρα μεσοθηλιώματος.

EA54

«ΡΟΛΟΣ CTPA ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ»

Βασίλης Βλαχάκος[1], Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[4], Ουρανία Κώτσιου[5], Χαράλαμπος Βαρσαμάς[5], Λυκούργος Κολιλέκας[3], Ευάγγελος Μαρκοζάνες[2], Ηλίας Παπανικολάου[6], Νικόλαος Κουλούρης[2], Αικατερίνη Δημάκου[4], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[5], Ασημίνα Γκάγκα[3], Σπυρίδων Ζακυνθινός[1], Ιωάννης Καλομενίδης[1]

[1]Α΄ΚΕΘ Πνευμονολογική - ΓΝΑ "ο Ευαγγελισμός", [2]Α΄Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [3]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [4]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [5]Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας, [6]Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

Εισαγωγή - Σκοπός

Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) είναι η 4η-5η σε συχνότητα αιτία υπεζωκοτικής συλλογής (ΥΣ). Συχνά, κατά την διερεύνηση ασθενούς με υπεζωκοτική συλλογή, διενεργείται αξονική τομογραφία (CT) θώρακα με σκιαγραφικό. Αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, με ποιο πρωτόκολλο θα πρέπει να διενεργείται η CT σε ασθενείς με αδιάγνωστη υπεζωκοτική συλλογή. Σκοπός της μελέτης είναι να διευκρινίσει πόσο συχνά και σε ποιες περιπτώσεις, η χρήση αξονικής τομογραφίας θώρακος με πρωτόκολλο πνευμονικής αγγειογραφίας (CTPA) σαν μέθοδος ρουτίνας στη διερεύνηση ασθενών με υπεζωκοτική συλλογή αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, αποκαλύπτει ΠΕ.

Μέθοδος

Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με ΥΣ αγνώστου αιτιολογίας, στους οποίους διενεργείται CTPA. Καταγράφονται στοιχεία του ατομικού αναμνηστικού των ασθενών, διάρκεια και περιγραφή συμπτωμάτων, διαθέσιμος εργαστηριακός έλεγχος, προδιαθεσικοί παράγοντες και κριτήρια κλινικής πιθανότητας για ΠΕ, χαρακτηριστικά του υπεζωκοτικού υγρού εάν πραγματοποιηθεί διαγνωστική θωρακοκέντηση. Τέλος καταγράφεται η πιθανότερη διάγνωση προ της διενέργειας CTPA και η τελική διάγνωση μετά το πέρας της διερεύνησης της ΥΣ.

Αποτελέσματα

Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί 213 ασθενείς με ΥΣ αδιευκρίνιστης αιτιολογίας που υπεβλήθησαν σε CTPA, εκ των οποίων στους 45 (21.1%) διεγνώσθη ΠΕ. Εκ των ασθενών με διάγνωση ΠΕ, το 53.3% ήταν υψηλής κλινικής πιθανότητας για ΠΕ, ενώ το 46.7% αυτών (21 ασθενείς από τους 45) θεωρήθηκαν χαμηλής κλινικής πιθανότητας για ΠΕ (modified Wells' score: Unlikely). Στη πλειοψηφία των ασθενών του τελευταίου πληθυσμού (στο 52,3% ή στους 11 ασθενείς από 21), ως πιθανότερη αιτιολογία για την ΥΣ πριν τη διενέργεια CTPA, θεωρήθηκε η ύπαρξη διαγνωσμένου ή αδιάγνωστου κακοήθους νεοπλάσματος.

Συμπεράσματα:

Τα πρώιμα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε ασθενή με ΥΣ αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, η διερεύνηση με CTPA ενδέχεται να αποκαλύψει ΠΕ ακόμα και επί χαμηλής κλινικής πιθανότητας, ειδικά σε υποψία κακοήθους νεοπλασματικής νόσου.

Καρκίνος Πνεύμονα

EA55

ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[1], Δημήτριος Μαυρουδής[2], Σοφία Αγγελάκη[2], Λάμπρος Βαμβακάς[2], Σοφία Δημόπουλου[3], Χρυσάνθη Μάναλη[1], **Μαγδαληνή Μαρία Ψύλλια[1]**, Εμμανουήλ Κεφαλογιάννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική Κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, [3]Ιδιώτης πνευμονολόγος

Η εκτομή του θωρακικού τοιχώματος για ογκολογικούς σκοπούς συνήθως συνδυάζεται με μια μορφή αποκατάστασης. Οι περισσότεροι χειρουργοί θεωρούν ότι τα θωρακικά ελλείματα άνω των 4 έως 5 cm απαιτούν επαρκή αποκατάσταση για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος πνευμονικής κήλης και αναπνευστικής δυσχέρειας λόγω παράδοξης κίνησης.
Σε επιλεγμένους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, χωρίς λεμφαδενική διασπορά της νόσου, η αφαίρεση του θωρακικού τοιχώματος και του όγκου συνοδεύεται από πενταετή επιβίωση 40 ως 50 %.
Επίσης η συχνότητα των τοπικών υποτροπών μετά από μαστεκτομή κυμαίνεται μεταξύ 5% και 40% ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου και την πρωτογενή θεραπεία.
Μέχρι στιγμής, δεν έχει οριστεί μια τυπική θεραπεία τοπικών υποτροπών. Συνιστάται η εκτομή του ορατού όγκου με επακόλουθη ακτινοθεραπεία. Η τοπική υποτροπή συχνά παρερμηνεύεται ως η πρώτη ένδειξη συστηματικής διάδοσης της νόσου και επομένως η θεραπευτική προσέγγιση εγκαταλείπεται.
Περιγράφουμε τα αποτελέσματά μας για την αποκατάσταση του θωρακικού τοιχώματος με χρήση πλέγματος πολυπροπυλενίου και τσιμέντου ως μια ασφαλή, αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση ενός σταδίου για μια ποικιλία σημαντικών ελλειμμάτων του θωρακικού τοιχώματος.
Δύο εκ των ασθενών παρουσιάστηκαν με τοπική υποτροπή καρκίνου του μαστού με διήθηση του στέρνου. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με αφαίρεση του ημιστέρνου και τμήματος των γειτονικών πλευρών και αποκατάσταση με διπλό πλέγμα πολυπροπυλενίου και τσιμέντο.
Στη συνέχεια ακολούθησε πλαστική επέμβαση με μεταφορά του μείζονα θωρακικού μυός για την αποκατάσταση του ελλείμματος.
Ο τρίτος ασθενής παρουσιάστηκε με πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονα που διηθούσε την τρίτη και τέταρτη πλευρά οπισθίως. Αντιμετωπίστηκε με αφαίρεση τεσσάρων πλευρών και του δεξιού άνω λοβού en bloc και αποκατάσταση με την ίδια μέθοδο.
Όλοι οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία και δεν παρουσίασαν επιπλοκές κατά την περίοδο παρακολούθησης.
Συμπέρασμα: Η χρήση διπλού πλέγματος πολυπροπυλενίου και τσιμέντου αποτελεί μια ασφαλή και φθηνή μέθοδο για την αποκατάσταση ελλειμμάτων του θωρακικού τοιχώματος σε ογκολογικούς ασθενείς.

EA56

ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΝΙ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ;

Ιωάννης Καραμπινης[1], Γεωργία Χαρδαβελλα[2], Έλενα Μπέλλου[2], Έλλη Κεραμίδα[2], Αντώνης Κατσιπουλάκης[3], Νικόλαος Αναστασίου

[1]Θωρακοχειρουργική Κλινική,ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [2]9η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ Οι Άγιο Ανάργυροι, [4] Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ Οι Άγιοι Ανάργυροι,

Εισαγωγή:Η μίνι τραχειοστομία βοηθά στην αφαίρεση των εκκρίσεων του αεραγωγού ενώ διατηρεί τη γλωττιδική λειτουργία.

Σκοπός: : Ανασκόπηση της κλινικής αποτελεσματικότητας της μίνι τραχειοστομίας και της επίδρασής της στα κλινικά αποτελέσματα σε ασθενείς με πνευμονική εκτομή και συννοσηρότητες.

Υλικά και Μέθοδοι: Αναδρομική ανασκόπηση όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θωρακοτομή για εκτομή πνεύμονα όπου μετεγχειρητικά χρησιμοποιήθηκε μίνι τραχειοστομία.

Αποτελέσματα: Συνολικά 260 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ογκολογική εκτομή πνεύμονα (σφηνοειδής εκτομή, λοβεκτομή, πνευμονεκτομή) τα τελευταία 6 χρόνια. 125/260 ασθενείς (30 σφηνοειδείς εκτομές, 88 λοβεκτομές, 7 πνευμονεκτομές) υποβλήθηκαν σε μίνι τραχειοστομία άμεσα μετεγχειρητικά. Οι λοιποί 135/260 ασθενείς υποβλήθηκαν σε 38 σφηνειδείς εκτομές, 87 λοβεκτομές και 10 πνευμονεκτομές, χωρίς άμεση μετεγχειρητική μίνι τραχειοστομία. Όσον αφορά στις αναπνευστικές μετεγχειρητικές επιπλοκές των ασθενών με μινι-τραχειοστομία, παρουσιάστηκαν 2/125 ασθενείς με πνευμονία έναντι 9/135 των ασθενών χωρίς μίνι τραχειοστομία. 4/9 διασωληνώθηκαν και μεταφέρθηκαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας και οι υπόλοιποι 5/9 υποβλήθηκαν εντέλει σε τοποθέτηση μίνι τραχειοστομίας για βελτίωση διαχείρισης των εκκρίσεών τους. Δεν καταγράφηκαν καρδιαγγειακά συμβάντα στους 125 με μίνι τραχειοστομία έναντι 2 ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου στους 135 χωρίς άμεση μετεγχειρητική τραχειοστομία . Η μέση διάρκεια παραμονής στους υποβληθέντες ήταν 3 ημέρες έναντι 5 ημερών στους μη υποβληθέντες σε μινι τραχειοστομία(p=0,02).

Συμπεράσματα: Μετεγχειρητική τοποθέτηση μίνι τραχειοστομίας σε ασθενείς με συννοσηρότητες που υποβάλλονται σε ογκολογική εκτομή του πνεύμονα επιτρέπει την καλύτερη διαχείριση των βρογχικών εκκρίσεων, επομένως μειώνονται οι αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές και συντομεύουν τη διάρκεια της νοσηλείας.

EA57

ΔΕΞΙΑ ΕΝΔΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ.

Ιωάννης Καραμπινης[1], Γεωργία Χαρδαβελλα[2], Έλλη Κεραμιδα[2], Έλενα Μπελλου[2], Αντώνης Κατσιπουλακης[3], Νικόλαος Αναστασιου[4]

[1]Θωρακοχειρουργικη Κλινική,ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [2]9η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ Οι Άγιοι Ανάργυροι, [4] Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ Οι Άγιοι Ανάργυροι,

Εισαγωγή: Η δεξιά ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή είναι μια σημαντική θωρακοχειρουργική επέμβαση για τοπικά προχωρημένη εκτομή καρκίνου του πνεύμονα. Έχει 12% θνητότητα.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ενδοπερικαρδιακής δεξιάς πνευμονεκτομής με περικαρδιακή αποκατάσταση και πλέγμα προλενίου όσον αφορά τα κλινικά αποτελέσματα.

Υλικά και μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη όλων των περιστατικών πνευμονεκτομής που πραγματοποιήθηκαν στο Τμήμα μας τα τελευταία 12 χρόνια. Ανασκόπηση και διεξοδική εξέταση των ιατρικών αρχείων και του τοπικού μητρώου.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Αυγούστου 2010-Αυγουστου 2022, 32 ασθενείς (μέση ηλικία 62 ετών) υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή εκ των οποίων οι 8 σε δεξιά ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή που περιελάμβανε περικαρδιακή αποκατάσταση με πλέγμα προλενίου. Κανένας από τους 8 ασθενείς δεν είχε σημαντική μετατόπιση μεσοθωρακίου προς τα δεξιά ή οποιαδήποτε κολπική/κοιλιακή κήλη. Η θνητότητα 90 ημερών ήταν 0, η μέση παραμονή στο νοσοκομείο ήταν 6 ημέρες και η μέση διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν 135 λεπτά. Δεν καταγράφηκαν θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Συμπεράσματα; Η δεξιά ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή με περικαρδιακή αποκατάσταση με πλέγμα προλενίου είναι ασφαλής διαδικασία σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα.

EA58

ΥΠΕΡΕΧΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ (ΜΡΕ) Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ (ΜΤ) ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ;

Γεωργία Χαρδαβελλα[1], Ιωάννης Καραμπινης[2], Έλλη Κεραμιδα[1], Έλενα Μπελλου[1], Αντώνης Κατσιπουλακης[3], Νικόλαος Αναστασιου[4]

[1]9η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ ΟΙ Άγιοι Ανάργυροι, [4] Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ Οι Άγιοι Ανάργυροι,

Εισαγωγή: Η έγκαιρη διάγνωση των ΚΥΣ είναι μια σημαντική διαδικασία που προσδιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές και καθοδηγεί την πρόγνωση της νόσου.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ΜΤ ως τεχνική αρχικής έρευνας για ασθενείς με υποψία ΚΥΣ.

Μέθοδοι: Μονοκεντρική, σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον,, αναδρομική μελέτη. Συμπεριλήφθησαν ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αξονική τομογραφία θώρακος, είχαν ύποπτες εξιδρωματικές ΥΣ και παραπέμφθηκαν είτε απευθείας σε ΜΤ είτε σε συμβατική διάγνωση με διαδοχικές υπεζωκοτικές παρακεντήσεις και κυτταρολογικές εξετάσεις. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν ο χρόνος για τη διάγνωση και την απόφαση θεραπείας μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Αυγούστου 2010 και Αυγούστου 2022,, 570 ασθενείς παραπέμφθηκαν κατευθείαν σε ΜΤ έναντι 625 παραπεμφθέντων για συμβατική υπεζωκοτική παρακέντηση. Ο μέσος χρόνος για τη διάγνωση και την απόφαση θεραπείας ήταν μικρότερος στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΤ , από ό,τι στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υπεζωκοτική παρακέντηση και κυτταρολογική (7 ημέρες έναντι 14, p 0,01). Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ΜΤ είχαν σημαντικά μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο (2 ημέρες) σε αντίθεση με όσους υποβλήθηκαν σε υπεζωκοτική παρακέντηση (6 ημέρες). 7 ασθενείς στην ομάδα παρακέντησης υπεζωκότα είχαν πνευμοθώρακα και χρειάστηκαν σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης .

Συμπεράσματα: Η ΜΤ μειώνει σημαντικά το χρόνο για τη διάγνωση και την απόφαση θεραπείας σε σύγκριση με απλές διαγνωστικές παρακεντήσεις, με σαφή υπεροχή. Συνιστάται ως η μέθοδος εκλογής που επιταχύνει το διαγνωστικό μονοπάτι των ΚΥΣ.

EA59

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ ΤΟΥ KRAS ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΜΗ-ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ PD-L1-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ KRAS

Καλλιόπη Δόμβρη[1,2], Θεοδώρα Τσιούδα[3], Κωνσταντίνος Πορπόδης[2], Κρυσταλλία Κύρκα[3], Κωνσταντίνα Παπαδάκη[3], Φωτεινή Μάλλιου[3], Περσεφόνη Πεζιρκιανίδου[3], Ευφημία Μπούτσικου[3], Μπίκος Βασίλειος[3], Αγγελική Χέβα[4]
[1]Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ ¨Γ. Παπανικολάου¨, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, [4]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

Σκοπός: Παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν ποιοι ασθενείς θα επωφεληθούν από τους Immune Checkpoint Inhibitors (ICIs), δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας του βιοδείκτη KRAS σε ασθενείς με προχωρημένο μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) σε σχέση με την ανταπόκριση στη θεραπεία και με το ποσοστό έκφρασης του PD-L1.
Υλικά και μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς με ΜΜΚΠ οι οποίοι έλαβαν ανοσοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία, ως 1η γραμμή θεραπείας. Τέσσερις από αυτούς έλαβαν αναστολέα KRAS (Sotoracib) ως 2η γραμμή θεραπείας. Σε υλικό βιοψίας που χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση αυτών των ασθενών, μετρήθηκε το ποσοστό έκφρασης του βιοδείκτη PD-L1 με την πλατφόρμα VENTANA και χρησιμοποιήθηκε το αντίσωμα IHC SP263. Ο μοριακός έλεγχος σωματικών μεταλλάξεων του γονιδίου KRAS πραγματοποιήθηκε με την τεχνολογία Real-Time PCR. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.
Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 67 ± 8 έτη. Η συντριπτική τους πλειοψηφία ήταν καπνιστές (96%) με μέσο όρο 77 pack/years. Η μετάλλαξη KRAS G12C βρέθηκε με το μεγαλύτερο ποσοστό (73%). Από τους ασθενείς που έλαβαν Sotoracib, 25% ανταποκρίθηκε με complete response. Το ποσοστό των ασθενών με θετικό KRAS (43%) που δεν ανταποκρίθηκε στη θεραπεία (progression disease) 6 μήνες μετά τη διάγνωση ήταν μεγαλύτερο για τους ασθενείς με PDL1<49% (20 ασθενείς) vs PDL1>49% (4 ασθενείς). Στην ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier οι,ασθενείς με PDL1>49%, και αρνητικό αποτέλεσμα KRAS είχαν διάμεση επιβίωση 40 μήνες σε σύγκριση με τους ασθενείς με θετικο αποτέλεσμα (9 μήνες, $p<0,05$).
Συμπεράσματα: Από την παραπάνω μελέτη φαίνεται ότι το αποτέλεσμα των μεταλλάξεων KRAS κατά τη διάγνωση των ασθενών με ΜΜΚΠ έχει κακή προγνωστική αξία και μπορεί να κατηγοριοποιήσει μια ομάδα ασθενών η οποία σχετίζεται και με αυξημένο επίπεδο έκφρασης του PD-L1.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

EA60

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ EBUS ΣΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΓΑΝΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 3ΕΤΙΑ.

Βασιλική Πέττα[1], Ελευθέριος Χριστοδουλής[2], Αθανάσιος Ζέτος[1], Ήρα Μιχαηλίδου[1], Νίκη Αρνογιαννάκη[3], Ευαγγελία Σκαφίδα[3], Αλέξανδρος Αρδαβάνης[2], Δανάη Μπισιρτζόγλου[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΓΑΝΑ Ο Άγιος Σάββας, [2]Α' Παθολογική Ογκολογική Κλινική ΓΑΝΑ Ο Άγιος Σάββας, [3]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΑΝΑ Ο Άγιος Σάββας

Εισαγωγή:
Η αρκιβής διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα είναι κρίσιμη γιατί στοχεύει στη θεραπεία αλλά και την πρόγνωση. Εξίσου σημαντική είναι η διάγνωση μεταστατικών νεοπλασμάτων στο θώρακα από άλλλα όργανα όσο και η επανάληψη βιοψίας γνωστών νεοπλασμάτων, με στόχο την αξιοποίηση του υλικού από τους Ογκολόγους. Το EBUS-TBNB είναι ένα σημαντικό μέσο με το οποίο λαμβάνονται δείγματα από πυλαίους/μεσοθωρακικούς λεμφαδένες και κεντρικούς όγκους. Με τον ερχομό της ανοσοθεραπείας και της στοχεύουσας θεραπείας, η ύπαρξη ικανού υλικού (ιστού) για την εκτίμηση της έκφρασης του PD-L1 και του μοριακού profil είναι πλέον υψηλής σημασίας για την επίτευξη της εξατομικευμένης ιατρικής ή ιατρικής ακριβείας.
Υλικό:
Μελετήθηκαν τα αρχεία των EBUS-TBNB της Πνευμονολογικής Κλινικής κατά την τελευταία τριετία. Συνολικά υποβλήθηκαν σε EBUS-TBNB 432 ασθενείς (302 άνδρες), με μέση ηλικία 62 (SD=13,1) με απεικονιστικό έλεγχο συμβατό με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν.
Αποτελέσματα:
Διαγνωστικό αποτέλεσμα υπήρξε στο 83,7% (n=362). Το μεγαλύτερο μέρος αφορούσε α'παθή νεοπλάσματα πνεύμονα (57%), μεταστατικά νεοπλάσματα από γνωστές κακοήθειες άλλων οργάνων (22%), αιματολογικές κακοήθειες (15%), καλοήθεις παθήσεις [σαρκοείδωση, αντιδραστική λεμφαδενοπάθεια, φυματίωση)] (6%). Από τους υπόλοιπους ασθενείς που δεν διαγνώσθηκαν μέσω EBUS (n=70) το 15,7% (n=11) υποβλήθηκε σε μεσοθωρακοσκόπηση και οι υπόλοιποι τέθηκαν σε παρακολούθηση.
Συμπεράσματα:
Το EBUS είναι ένα μέσο κατά το δυνατό λιγότερο επεμβατικό που εφαρμόζεται με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επιτυχίας στο Νοσοκομείο μας και κρίνεται ως ένα απαραίτητο εργαλείο για τη διάγνωση αλλά και τον χειρισμό των ογκολογικών ασθενών.

EA61

FIRST Q0ATTIKON MUTATION IN ALPHA-1 ANTITRYPSIN DEFICIENCY PATIENT

Spyros Papiris[1], Martina Veith[2], Aggeliki Lazaratou[1], Malika Balduyck[3], Christine Lombard[4], Magali Dechomet[4], Maria Kallieri[1], Vasiliki Apollonatou[1], Ilaria Ferrarotti[5], Jean-François Mornex[6], Claus-Franz Vogelmeier[2], Timm Greulich[2], Efrosyni Manali[1]

[1]2nd Pulmonary Medicine Department, general University Hospital Attikon, National and Kapodistrian University of Athens , [2]Department of Medicine, Pulmonary and Critical Care Medicine, UKGM, Member of the German Center for Lung Research (DZL), Marburg, Germany , [3]CHU de Lille, laboratoire de biochimie et biologie moléculaire (HMNO), centre de biologie pathologie, Faculté de pharmacie et EA 7364 RADEME, laboratoire de biochimie et biologie moléculaire, Université de Lille, Lille, France, [4]Laboratoire d'Immunologie, Centre Hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon & Université Claude Bernard-Lyon 1, Lyon, France, [5]Center for Diagnosis of Inherited Alpha1-antitrypsin Deficiency, Department of Internal Medicine and Therapeutics, Pneumonology Unit, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università di Pavia, Pavia, Italy, [6]Service de pneumologie, Centre national coordinateur de référence des maladies pulmonaires rares, Hôpital Louis Pradel, Hospices Civils de Lyon, Université de Lyon

The genetic repertoire of Alpha-1 antitrypsin (A1AT) deficiency (D) pathogenic mutations is constantly expanding beyond the Z and S variants to a multitude of rare alleles such as the deficient or dysfunctional ones and the null variants.

A 55-year-old non-smoker male, no family history of lung disease and no significant environmental exposures was referred to our department for evaluation because of early age emphysema overlapping with severe bronchiectasis and eosinophilic asthma and a history of severe and repetitive exacerbations, both infectious and eosinophilic asthmatics. The patient was on treatment with LABA/LAMA/ICS, on demand oral corticosteroids and antibiotics, upon exacerbations, attaining a partial control. The addition of mepolizumab the last six months significantly improved his condition. On admission, the values of FEV1 %, FVC%, FEV1/FVC, TLC%, DLCO% and DLCO/VA were 37, 85, 34.8, 77, 53 and 72 respectively. A1AT serum levels by nephelometry were 0.14g/L (0.9-2.0g/L). A1ATD genetic analysis performed at the German A1AT laboratory of the University of Marburg initially (multiplex PCR) showed a Pi*MZ genotype whereas isoelectric focusing (IEF) gel examination identified only the Z-protein suggesting a null mutation. Whole gene sequencing at a reference laboratory in Spain was performed identifying the patient as Pi*Z/ c.1A>G. This mutation has never been described before and regarded the codon of initiation of translation of the gene inhibiting completely A1AT production. Further discussion in a web-based multidisciplinary meeting dedicated to A1ATD (www.respifil.fr) confirmed the above conclusions. The members of his family were examined and augmentation therapy was administered. The variant was characterized as a null variant and labeled Q0Attikon according to A1ATD nomenclature. In conclusion the characterization of a new null variant of SERPINA1 nominated from the University Clinic and Hospital of discovery PiQ0Attikon associated with severe A1ATD is described. This rare mutation c.1A>G has never been previously identified nor clinically described.

EA62

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ RETRIEVE.

Ευθυμία Παπαδοπούλου[1], Μαρία Μπερτόλη[2], Φωτεινή Καρακοντάκη[3], Μιλτιάδης Μαρκάτος[4], Αλέξανδρος Γκίνης[2], Σταύρος Τρύφων[1]

[1]Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", [2]Ιατρικό Τμήμα, Φαρμακευτική Βιομηχανία ELPEN, [3]Πνευμονολογική Κλινική Ν. Υγεία, [4]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο

Εισαγωγή: Οι διεθνείς και ελληνικές θέσεις ομοφωνίας για τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) συστήνουν τον εμβολιασμό κατά του πνευμονιοκόκκου.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της πνευμονικής λειτουργίας και των παροξύνσεων στους ασθενείς με ΧΑΠ υπό φλουτικαζόνη/σαλμετερόλη (FDC-FLUT/SALM)(Elpenhaler®) συγκριτικά με τους ασθενείς που κλιμακώθηκαν σε τριπλή αγωγή με προσθήκη LAMA, πριν και μετά τον εμβολιασμό κατά του πνευμονιοκόκκου.

Μέθοδος: Αναδρομική, επταετής (2012-2018), μη-παρεμβατική κλινική μελέτη (NCT03858348). Αξιολογήθηκαν δεδομένα 466 ασθενών με ΧΑΠ που ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες βάσει της χορηγούμενης θεραπείας: FDC-FLUT/SALM (ομάδα Α) ή FDC-FLUT/SALM για τουλάχιστον ένα έτος (ομάδα Β0) που κλιμακώθηκε με προσθήκη LAMA (ομάδα Β1). Τα δεδομένα των ασθενών αναλύθηκαν πριν (περίοδος Ε0) και μετά τον εμβολιασμό (περίοδος Ε1).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α πριν τον εμβολιασμό (περίοδος Ε0) οι ασθενείς είχαν FEV1%pred 63.1±15.3%, ενώ μετά τον εμβολιασμό (περίοδος Ε1) 65±15.7%. Στην ομάδα Β0, ο FEV1%pred ήταν 51.8±15.5% και 53.1±15.1%, αντίστοιχα, ενώ μετά την προσθήκη LAMA (ομάδα Β1) 52.4±14% και 53.5±17.7%, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά πριν και μετά τον εμβολιασμό.
Στην ομάδα Α ο ετήσιος ρυθμός (AIR) παροξύνσεων ΧΑΠ ήταν 0.998 προ του εμβολιασμού και 0.714 μετά τον εμβολιασμό, με τον λόγο του ρυθμού επίπτωσης(IRR)(95%Δ.Ε.) μεταξύ αυτών των περιόδων να εκτιμάται σε 0.659(0.556-0.781),p<0.001. Στην ομάδα Β0, δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη βελτίωση στις παροξύνσεις. Όμως, μετά την προσθήκη LAMA (ομάδα Β1), διαπιστώθηκε βελτίωση, καθώς το AIR των παροξύνσεων ΧΑΠ ελαττώθηκε από 1.064 σε 1.007, με IRR(95%Δ.Ε.) 0.784(0.658-0.935),p=0.007.

Συμπεράσματα: Μετά τον εμβολιασμό, η πνευμονική λειτουργία παρουσίασε τάση βελτίωσης σε όλες τις ομάδες ασθενών. Ο κίνδυνος εμφάνισης παροξύνσεων ελαττώθηκε στην ομάδα Α, που λάμβανε FDC-FLUT/SALM καθόλη τη διάρκεια της μελέτης, ενώ στην ομάδα Β μόνο μετά την κλιμάκωση σε τριπλή αγωγή με FDC-FLUT/SALM+LAMA (ομάδα Β1). Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνουν την ευεργετική επίδραση του πνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού στους ασθενείς με ΧΑΠ, υπογραμμίζοντας επιπρόσθετα τη σημασία της εξατομικευμένης εισπνεόμενης αγωγής.

ΕΑ63

ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΡΙΩΜΑΤΟΣ (ΠΟΛΥ-ΣΥΝ-ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γεώργιος Μαθιουδακης, Γιουλιντα Αλιμάνη, Στυλοιανή Ασώτη, Ευσταθία Ευαγγελοπούλου
Πνευμονολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας, Πνευμονολογικό Κέντρο Αθηνών

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ΧΑΠ, είναι πολυσυστηματική πάθηση, που συνοδεύεται από πολυ-νοσηρότητες (απότοκες κοινών αιτιοπαθολογιών) ή/και συν- νοσηρότητες (εξωπνευμονικές επεκτάσεις, οφειλόμενες σε διασπορά μορίων ή κυττάρων της φλεγμονής, από τους πνεύμονες, spill over). Οι συνοδές παθήσεις απαρτίζουν το νοσηρίωμα της ΧΑΠ, αλλά δεν έχει ακόμη επαρκώς εκτιμηθεί το πλήθος και η υφή τους.
Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διακρίβωση ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών των φαινοτύπων ασθενών με ή χωρίς ΧΑΠ, με ή χωρίς συννοσηρότητες, που απάντησαν ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο.
Υλικό-μέθοδος. Στη μελέτη εντάχθηκαν 8881 άτομα, (4483 άνδρες και 4398 γυ-ναίκες), ηλικία άνω των 39 ετών, που συμπλήρωσαν το ηλεκτρονικά διακινούμενο ερωτηματολόγιο ABCDE (Athens Breath Center Diseasome Elaboration (http://goo.gl/X Em4L2) Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 ερωτήσεις, συν μια ερώτηση ελέγχου ειλικρίνειας. Τεκμαρτή συναίνεση δόθηκε με την αποστολή των απαντήσεων. Τους υγιείς και άτομα με #1, #2, #3, #4 και #5+ παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης ή μη της ΧΑΠ καταχωρήσαμε ανάλογα με το φύλο, τον τόπο κατοικίας σε ΑΣ(αστική), ΗΜ(ημιαστική), ΑΓ(αγροτική) περιοχή, την καπνιστική συνήθεια, (πρώην, νυν και μη καπνιστές),
Αποτελέσματα Εντοπίστηκαν 11 από τις συνηθέστερες χρόνιες παθήσεις, συμμετέχουν στο σχηματισμό του νοσηριώματος της ΧΑΠ, ,υπό άλλοτε άλλους συνδυασμούς,. Αναγνωρίστηκαν πλέον των 30 διαφορετικοί φαινότυποι, για τον καθένα από τους οποίους υπολογίστηκαν: ο δείκτης συννοσηρότητας το %προσδόκιμο 5/10ετούς επιβίωσης, ο μέσος σχετικός κίνδυνος να προστεθεί μια νέα πάθηση σε ασθενή με ΧΑΠ ή και, αντίθετα, ΧΑΠ, σε ασθενή με χρόνια μηΧΑΠ πάθηση. Τέλος, υπολογίστηκε ότι η κατά φύλο, επιβάρυνση με νέες παθήσεις ήταν 1.1/ανά δεκαετία, στις γυναίκες συγκριτικά (p=0.034) με 0.4/ ανά δεκαετία, στους άνδρες, ασθενείς με ΧΑΠ.
.
Συμπερασματικά, η επίπτωση συννοσηροτήτων σε ασθενείς με ΧΑΠ είναι ούτε ποιοτικά ούτε ποσοτικά τυχαία, αλλά εξαρτάται σε ικανό βαθμό από τις συνθήκες στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον.

ΕΑ64

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΔΙΑΤΑΣΗ

Αθανασία Αθανασοπούλου, Σεραφείμ Νανάς, Αγγελική Ράπτη
ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή : Τα προγράμματα Πνευμονικής Αποκατάστασης αποτελούν σημαντικό τμήμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ΧΑΠ και πνευμονική υπερδιάταση. Στη παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα ενός τρίμηνου προγράμματος σε ασθενείς με ΧΑΠ και διαφορετικού βαθμού υπερδιάταση. Εξετάστηκε ποια κατηγορία ασθενών θα ανταποκριθεί περισσότερο, βελτιώνοντας την ικανότητα για άσκηση και την ποιότητα ζωής.
Υλικό και μέθοδοι : Συμπεριλήφθηκαν αρχικά 30 ασθενείς, ωστόσο 25 ασθενείς ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το βαθμό πνευμονικής υπερδιάτασης με βάση το RV/TLC%. Ως ομάδα Η (ν=12, ηλικίας 65 ± 7 έτη, FEV1 60 ± 16 % pred) ορίστηκαν οι ασθενείς με ΧΑΠ και ήπιου βαθμού υπερδιάταση (40 ≤ RV/TLC < 74%), ενώ ως ομάδα Σ (ν= 13, ηλικίας 65 ± 6 έτη, FEV1 34 ± 10 % pred) οι ασθενείς με ΧΑΠ και σοβαρού βαθμού υπερδιάταση (RV/TLC ≥74%). Όλοι υποβλήθηκαν σε πλήρη λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής, CPET και 6MWT πριν και μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα περιείχε 3 συνεδρίες/εβδομάδα, διάρκειας 45 λεπτών, για 3 μήνες και περιλάμβανε διαλειμματική άσκηση, ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, αναπνευστική φυσικοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη.
Αποτελέσματα : Από τη σύγκριση των δύο ομάδων μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στο BR%, χωρίς ωστόσο σημαντική διαφορά εντός της κάθε ομάδας μελέτης. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά σε κάποια άλλη παράμετρο του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής και της εργοσπιρομετρίας. Από τα αποτελέσματα στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης προέκυψε στατιστικά σημαντική μείωση του RV% (- 14,5% ± 34,5, p=0.046), αύξηση του μέγιστου έργου στο CPET (+7,3 ± 15,1 watt, p=0.029), αύξηση της 6MWD (+58 ± 27 μέτρα, p=0.009) και μείωση του σκορ στο SGRQ (-10 ± 14 μονάδες, p=0.001).
Συμπέρασμα : Το πρόγραμμα πνευμονικής αποκατάστασης σε ασθενείς με ΧΑΠ και πνευμονική υπερδιάταση επέφερε βελτίωση του βαθμού υπερδιάτασης, της ικανότητας για άσκηση και της ποιότητας ζωής στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης. Όσον αφορά τις επιμέρους ομάδες της μελέτης βελτιώθηκαν στον ίδιο βαθμό.

EA65

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ

Μαρία Κηπουρού, Γεώργιος Σπυρόπουλος, Ευάγγελος Ντιναπόγιας, Παύλος Μιχαηλόπουλος, Κωνσταντίνος Κατσούλης
Πνευμονολογική κλινική, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Η νόσος των μικρών αεραγωγών συμβαίνει πολύ πρώιμα στην παθοφυσιολογική ιστορία της ΧΑΠ και θεωρείται ότι προηγείται της εμφάνισης της κλινικής εικόνας. Η 'σιωπηλή ζώνη' των μικρών αεραγωγών, όμως, είναι μια περιοχή που εκτιμάται κλινικά μόνο έμμεσα, με μετρήσεις που στηρίζονται στα αποτελέσματα της απόφραξης των μικρών αεραγωγών, όπως πχ την πρώιμη σύγκλειση, την παγίδευση αέρα, την ετερογένεια του αερισμού και τον εξαρτώμενο από τον πνευμονικό όγκο περιορισμό της ροής. Η απλή σπιρομέτρηση, οι στατικοί πνευμονικοί όγκοι, η ταλαντωσιμετρία και το αζωτογράφημα είναι τεχνικές που έχουν χρησιμοποιηθεί στην καθημερινή κλινική πράξη για την εκτίμηση της νόσου των μικρών αεραγωγών.
Σκοπός: Να αξιολογήσουμε την ευαισθησία των διάφορων διαθέσιμων μεθόδων στη διάγνωση της νόσου των μικρών αεραγωγών σε ασθενείς με ΧΑΠ υπό αγωγή, δηλαδή σε έναν πληθυσμό που εξ 'ορισμού όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν νόσο μικρών αεραγωγών.
Υλικό- Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 19 ασθενείς με ΧΑΠ μέσης ηλικίας 59 ετών υπό αγωγή με LABA (10%), LABA/LAMA (36%) και LABA/LAMA/ICS (36%). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση, μέτρηση στατικών πνευμονικών όγκων, αζωτογράφημα και ταλαντωσιμετρία. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της νόσου μικρών αεραγωγών ήταν οποιοδήποτε από τα παρακάτω:FEF25-75=/<60%, RV/TLC>35%, RV>120%, FRC>120%, N2Delta >1,5%, R5-R20>0,07, Frs>15, AX>0,8.
Αποτελέσματα: ΄Ολοι οι ασθενείς παρουσίαζαν κριτήρια διάγνωσης της νόσου των μικρών αεραγωγών με τη σπιρομέτρηση(FEF25-75<60%) και το αζωτογράφημα (N2Delta >1,5%). Η ευαισθησία της ταλαντωσιμετρίας εκτιμήθηκε από 0,588- 0,765, ανάλογα με το ποια παράμετρος χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση. Η ευαισθησία της μέτρησης των πνευμονικών όγκων εκτιμήθηκε χαμηλότερα (0,294-0,647).
Συμπέρασμα: Το αζωτογράφημα έχει προταθεί ως η πιο αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση της νόσου των μικρών αεραγωγών αλλά δεν είναι μια μέθοδος ευρέως διαθέσιμη. Σε αυτό το δείγμα ασθενών με προγενέστερη διάγνωση ΧΑΠ, η σπιρομέτρηση φαίνεται αξιόπιστη για την εκτίμηση της νόσου των μικρών αεραγωγών ακολουθούμενη από την ταλαντωσιμετρία, με μικρότερη, όμως, ευαισθησία.

EA66

TRIWIN: A REAL-WORLD STUDY ON EXTRAFINE SINGLE INHALER TRIPLE THERAPY EFFECTIVENESS IN COPD PATIENTS PREVIOUSLY TREATED WITH MULTIPLE INHALER TRIPLE THERAPY

Paschalis Steiropoulos[1], Niki Georgatou[2], Georgios Krommydas[3], Aliki Korkontzelou[4], Panos Katerelos[5], Petros Efstathopoulos[4], Dimosthenis Papapetrou[2], Konstantinos Porpodis[6]

[1]Department of Pulmonology, Democritus University of Thrace Medical School, University Hospital of Alexandroupolis, [2]Iatriko Athinon, [3]Private Practice, [4]Chiesi Hellas SA, [5]BioStatistics PC, [6]Pulmonary Department-Oncology Unit, "G. Papanikolaou" General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

Introduction:

TRILOGY, TRIBUTE and TRINITY studies proved efficacy of single inhaler extrafine triple therapy (efSITT) containing beclometasone dipropionate/formoterol fumarate/glycopyrronium bromide (BDP/FF/GB) compared to BDP/FF, indacaterol/glycopyrronium and tiotropium monotherapy respectively, in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients. EfSITT showed similar effects to open triple therapy in reducing moderate-to-severe exacerbations rates and improving pre-dose FEV1 in a randomized control trial setting. This study aimed at evaluating efSITT effectiveness in patients previously treated with multiple inhaler triple therapy (MITT), in a real-world setting in Greece.

Methods:

This was an open-label, prospective, multicenter, non-interventional study of 24 weeks duration that included 3 data collection points: Visit 1 (V1, study entry), Visit 2 (V2, 3rd month) and Visit 3 (V3, 6th month). Eligibility criteria included patients between 40 and 75 years old, with a diagnosis of moderate to severe COPD, a COPD Assessment Test (CAT) score of at least 10 and previously treated with MITT. Change in health status from baseline, as evaluated by CAT score after 24 weeks of treatment with BDP/FF/GB was the primary endpoint of this study. Evaluation of adherence to efSITT, as assessed by Test of Adherence to Inhalers (TAI), was a secondary endpoint.

Results:

Between December 2020 and January 2022, 475 patients received BDP/FF/GB and their data are analyzed below. Mean age of participants was 64.9±8.0 years, 51.6% were still smokers and had a mean number of 1.3±1.2 exacerbations/hospitalizations due to COPD the year before and a mean CAT score at baseline 21.4±6.8 points. Before study entry and BDP/FF/GB initiation, 66.7% of them received ICS/LABA (fixed) and LAMA, while 29.7% received LABA/LAMA (fixed) and ICS. Demographics and baseline characteristics can be seen on Table 1.

Mean CAT score decreased from 21.4 points on V1, to 16.6 on V2 and 15.1 on V3 ($p<0.001$ for all pair comparisons between Visits). All eight items of CAT decreased over time (regarding the difference between V1 and 3, $p<0.001$ for all items). The percentage of patients who achieved a CAT decrease of minimal clinically important difference (MCID) or more (≥2) on V3, compared to V1, was 79.8%.

The mean TAI score increased from 42.5 points on V1, to 45.3 on V2 and 46.3 on V3 ($p<0.001$ for V1/2 and V1/3 pairs, $p= 0.006$ for V2/3). Percentage of patients with "good adherence" (TAI score =50) was 33.7% on V1, 50.7% on V2 and 58.3% on V3 (Figure1).

Conclusions:

Our real-world data suggest that treatment with extrafine BDP/FF/GB in a single inhaler significantly improves health status and adherence in moderate to severe COPD patients previously treated with multiple inhaler triple therapy.

This research was funded by Chiesi Hellas S.A.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Βρογχικό Άσθμα

AA001

SEVERE ASTHMA PATIENT RESEARCH: THE PATIENTS' EXPERIENCE LIVING WITH SEVERE ASTHMA IN GREECE

Nikoleta Rovina[1], Christina Aggelopoulou[2], Evangelia Fouka[3], Petros Galanakis[4], Athena Gogali[2], Konstantinos Kostikas[2], Nikolas Mathioudakis[4], Konstantinos Porpodis[3], Konstantinos Samitas[5], Ioanna Tsiouprou[3]

[1]1st University Department of Respiratory Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, [2]Respiratory Medicine Department, School of Medicine, University of Ioannina, Greece, [3]Pulmonary Department, Aristotle University of Thessaloniki, G. Papanikolaou Hospital, Thessaloniki, Greece, [4]AstraZeneca Medical Department, Respiratory & Immunology, Athens, Greece, [5]7th Respiratory Department, Athens Chest Hospital "Sotiria", Athens, Greece

OBJECTIVE:
Severe Asthma (SA) is a complex and heterogeneous disease with major public health implications affecting the lives of millions of people, causing a significant burden on patients' quality of life (QoL) and daily routine. This research aimed to understand the patients' perspective living with SA in Greece.
MATERIAL-METHOD:
A quantitative descriptive study was conducted from June 2021 to August 2022 and the final sample consisted of 162 SA patients. The questionnaire was completed online (CAWI). Patient-reported outcomes were reported coming from patients about how they feel or function in relation to their disease and therapy.
RESULTS:
The majority of SA patients was women, aged 35-54; as indicated by participants, half of patients received biologic treatment. Approximately 40% of patients expressed neutral or poor/very poor stance towards perceived QoL; SA has mostly affected aspects of their life concerning the ability to complete everyday chores (92%), quality of sleep (91%) and feeling optimism for the future (91%). A greater percentage of patients on biologics compared to those not on biologics reported no influence of SA on their mental health (36% vs 13%), no stress considering the possibility of exacerbations (34% vs 13%) and no influence of SA on their self confidence and optimism for the future (36% vs 19%). Cough/Phlegm was the most frequent symptom reported by more than 1/3 of patients followed by Dyspnea/Shortness of breath; patients not receiving biologics reported higher frequency of all symptoms compared to those receiving biologics. Reduction of exacerbations and discontinuation of cortisone were the most important considerations for SA patients in assessing control of their asthma.
CONCLUSION:
Severe Asthma is associated with a significant burden due to excessive symptoms and affected QoL aspects, as perceived by patients. Patients with SA on biologics are less stressed with greater optimism compared to patients not on biologics.

AA002

ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ Η ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

Καλλιόπη Αθανασιάδη[1], Ματθίλδη Χρόνη[2], Ευαγγελία Χατζημιχάλη[1], Νικόλαος Κόχυλας[1], Κωνσταντίνος Ελευθερίου[3], Ιωάννα Σιγάλα[3], Νίκη Γιαννιού[3], Μαρία Μικροβασίλη[4], Σταυρούλα Πούλου[4], Παρασκευή Κατσαούνου[3]
[1]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [2]Τμήμα Ωτορινολαρυγγολογίας, Γ.Ν.Α."Ο Ευαγγελισμός", [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [4]Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"

ΣΚΟΠΟΣ: Η καλοήθης διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα ή βρογχοκήλη επηρεάζει έως και το 15% του πληθυσμού σε ενδημικές περιοχές. Σπανίως μπορεί να επεκτείνεται στο θώρακα, γνωστή και ως καταδυόμενη βρογχοκήλη. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της πάθησης που έχουν αναφερθεί και ο πιο κοινά αποδεκτός ορισμός είναι ο ακόλουθος: όταν >50% του όγκου μιας βρογχοκήλης επεκτείνεται στο θώρακα. Στις καταδυόμενες βρογχοκήλες, τα συμπτώματά τους είναι συχνά καθυστερημένα, καθώς προκαλούν πιεστικά φαινόμενα, όταν αναπτύσσονται, κυρίως στον αεραγωγό.
Παρουσιάζουμε την πείρα μας σε 13 ασθενείς, που προσήλθαν στο τμήμα μας με στένωση ή απόφραξη του αεραγωγού λόγω καταδυόμενης βρογχοκήλης.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τελευταία δεκαετία 13 ασθενείς προσήλθαν στο νοσοκομείο μας με στένωση ή μερική απόφραξη του αεραγωγού. Επρόκειτο για 11 άνδρες και 2 γυναίκες με μέση ηλικία τα 58,5 έτη (εύρος 37-74 ετών). Για όλους τους ασθενείς, το κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή ήταν η αναπνευστική δυσχέρεια διαφορετικού βαθμού για τον καθένα. Η κλινική τους εικόνα εμοιαζε με αυτή του βρογχικού άσθματος ή και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Τρείς ασθενείς προσήλθαν στα επείγοντα στο πνευμονολογικό ιατρείο με έντονο συριγμό και δύσπνοια, συμπτώματα. Σε όλους τους ασθενείς μας έγινε προεγχειρητική αξιολόγηση με υπερηχογράφημα θυρεοειδούς και αξονική τομογραφία τραχήλου και θώρακος, όπου ανευρέθηκε καταδυόμενη βρογχοκήλη είτε στο πρόσθιο ή στο οπίσθιο μεσοθωράκιο προκαλώντας πιεστικά φαινόμενα στην τραχεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ολοι οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή, οι 3 σε επείγουσα βάση. Δεν χρειάσθηκε στερνοτομή ούτε μετεγχειρητική τραχειοστομία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Σε 2 περιπτώσεις είχαμε ήπια πάρεση της μίας φωνητικής χορδής, που επανήλθε και σε 3 υπασβεστιαμία, η οποία βελτιώθηκε με φαρμακευτική αγωγή. Το βάρος του θυρεοειδούς αδένα έφθασε τα 3 kg. Η ιστολογική ανέδειξε σε όλες τις περιπτώσεις πολυοζώδη βρογχοκήλη και σε follow up 2 ετών όλοι οι ασθενείς μας είναι καλά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η καταδυόμενη βρογχοκήλη, που προκαλεί στένωση ή απόφραξη των ανώτερων αεραγωγών είναι μία σπάνια κλινική οντότητα, την οποία οφείλουμε να αναγνωρίσουμε και να αντιμετωπίσουμε γρήγορα, έτσι ώστε να αποφύγουμε τον αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και υψηλής θνησιμότητας.

AA003

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΟΒΑΡΟΥ ΚΟΡΤΙΚΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΜΕ MEPOLIZUMAB ΣΕ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Στυλιανός Βιττωρακης[1], Γεωργία Γιαννακοπουλου[2], Κωνσταντίνος Σαμιτας[3], Ελευθέριος Ζερβας[4]
[1]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, [2]Ακτινωδιαγνώστρια , [3]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα , [4]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής 7ης Πνευμονολογικής κλινικής, Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:
Το άσθμα είναι ένα από τα πιο κοινά νοσήματα που εμφανίζονται και περιπλέκουν την κύηση. Το σοβαρό άσθμα, πόσο μάλλον το κορτικοεξαρτώμενο, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω επιπλοκών της νόσου αλλά και των παρενεργειών της θεραπείας τόσο για την μητέρα όσο και το κύημα. Η ρύθμιση επομένως του άσθματος κατά τη διάρκεια της κύησης με ασφαλή και αποτελεσματικά φάρμακα είναι ζωτικής σημασίας. Καθώς τα δεδομένα δεν είναι αρκετά, οι ιατροί και οι ασθενείς έχουν συχνά αμφιβολίες για την ασφάλεια των φαρμάκων για το άσθμα στην κύηση και ιδιαίτερα για τους βιολογικούς παράγοντες.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:
Γυναίκα 26 ετών με κορτικοεξαρτώμενο ηωσινοφιλικό άσθμα (EOS~1000/μL) και χαμηλή IgE(=17) , με αρνητικό εκτεταμένο έλεγχο για άλλα νοσήματα, παρουσίασε πλήρη ανταπόκριση στη mepolizumab σε διάστημα 2 μηνών μετά την έναρξη της με ύφεση παροξύνσεων, διακοπή των per os στεροειδών, υποχώρηση συμπτωμάτων και βελτίωση αναπνευστικής λειτουργείας. Μετά πάροδο 17 μηνών έγινε διακοπή της mepolizumab λόγω προσπαθειών για κύηση. Η ασθενής παρουσίασε ταχεία επιδείνωση του άσθματος παρά την πλήρη αγωγή με αυξημένες δόσεις με ICS/LABA, LAMA και montelukast και έγινε επανέναρξη των per os στεροειδών. Με σύμφωνη γνώμη της ασθενούς έγινε εκ νέου έναρξη της mepolizumab στην οποία παρουσίασε όμοια και ταχεία ανταπόκριση, διακοπή των στεροειδών και επίτευξη κύησης κατά τον 4ο μήνα της θεραπείας. Η κύηση προχώρησε ομαλά με μόνο 2 παροξύνσεις για τις οποίες έλαβε 3ήμερα σχήματα per os στεροειδών αλλά με μερική βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας κατά την διάρκειά της. Η ασθενής γέννησε ένα υγιές θήλυ την 40η εβδομάδα της κύησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:
Σύμφωνα με την δημοσιευμένη βιβλιογραφία πρόκειται για το πρώτο περιστατικό σοβαρού ηωσινοφιλικού άσθματος που έλαβε με ασφάλεια και επιτυχώς mepolizumab κατά την κύηση στην Ελλάδα. Είναι αναγκαία η καταγραφή και συλλογή περισσότερων πληροφορίων για να επιβεβαιωθεί η ασφάλεια του mepolizumab για τους ασθενείς με αμιγώς ηωσινοφιλικό άσθμα στην κύηση

AA004

ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Μάριος Ιωάννου[1], Ραφαέλλα Σιαμπάνη[1], Ευτυχία Πολύδωρα[1], Ιωάννα Σιγάλα[1], Νίκη Γιαννιού[1], Κωνσταντίνος Ελευθερίου[1], Παρασκευή Κατσαούνου[1]

[1]ΓΝΑ Ευαγγελισμός - Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής ανεπάρκειας της Α' πανεπιστημιακής κλινικής εντατικής θεραπείας

Πρόκειται για δύο ασθενείς, γυναίκες 56 και 57 ετών με διάγνωση βρογχικού άσθματος από 30ετίας οι οποίες προσέρχονται με δύσπνοια και αιμόφυρτα πτύελα (ασθενής 1). Και οι δύο έχουν συχνά επεισόδια δύσπνοιας και βήχα περιστασιακά παραγωγικό που αποδίδεται στο «βρογχικό τους άσθμα» και αντιμετωπίζονται ως παροξύνσεις με κορτικοειδή από το στόμα και αντιβιοτικά. Επανεκτιμώντας τη διάγνωση του βρογχικού άσθματος, παρατηρήσαμε ότι ο λειτουργικός έλεγχος των πνευμόνων τους είναι εντός φυσιολογικών ορίων και οι σπιρομετρήσεις τους χωρίς ανταπόκριση στη βρογχοδιαστολή. Επιπρόσθετα είχαν κατά καιρούς κάνει απεικονιστικό έλεγχο με ευρήματα που δεν είχαν αξιολογηθεί. Συγκεκριμένα η ασθενής 1 παρουσιάζει ατελεκτασία ΔΑΛ σε προηγούμενες ακτινογραφίες θώρακος που δεν αξιολογήθηκε (Εικόνα 1) και υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία θώρακος που το επιβεβαιώνει. Διενεργείται επίσης καλλιέργεια πτυέλων στην οποία αναπτύσσονται σπάνιες αποικίες aspergilus niger. Υποβάλλεται σε βρογχοσκόπηση στην οποία υπάρχει σχεδόν πλήρης απόφραξη του ΔΑΛ από νεκρωτικό υλικό που αφαιρείται οδηγώντας σε έκπτυξη του λοβού και ανάδειξη κοιλοτικής βλάβης σε επαναληπτική ακτινογραφία θώρακος. Σε καλλιέργεια BAL αναπτύσσονται επίσης σπάνιες αποικίες aspergilus spp. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με αντιμυκητιασική αγωγή με βορικοναζόλη ως ασπεργίλωση. Η ασθενής 2 υποβλήθηκε επίσης σε αξονική τομογραφία θώρακος στην οποία αναδείχθηκε ατελεκτασία ΔΜΛ και από βρογχοσκόπηση προέκυψε εξωφυτική μάζα που απέφρασσε το διάμεσο βρόγχο (Εικόνα 2). Από τις βιοψίες τέθηκε η διάγνωση του καρκινοειδούς, η ασθενής υποβλήθηκε σε λοβεκτομή του μέσου και του κάτω λοβού και παραμένει ελεύθερη νόσου. Συμπερασματικά η διάγνωση του βρογχικού άσθματος θα πρέπει να τεκμηριώνεται και να επαναξιολογείται μετά την χορήγηση αγωγής και να αποκλείονται άλλες πιθανές διαγνώσεις, ιδιαίτερα όταν ο σπιρομετρικός έλεγχος δεν είναι συμβατός με τη διάγνωση του βρογχικού άσθματος και δεν επιτυγχάνεται πλήρης έλεγχος των συμπτωμάτων παρά τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή (GINA 2022).

AA005

ΠΡΟΣΘΗΚΗ LAMA ΣΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

Μάριος Ιωάννου[1], Σταύρος Πατρινός[1], Ανδρέας Ασημάκος[1], Ευφροσύνη Δήμα[1], Παρασκευή Κατσαούνου[1]
[1]*ΓΝΑ Ευαγγελισμός - Μονάδα πνευμονολογίας και αναπνευστικής ανεπάρκειας της Α' πανεπιστημιακής κλινικής εντατικής θεραπείας*

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν ο έλεγχος της προσθήκης αντιχολινεργικού σε ασθματικούς καπνιστές (νυν και πρώην) σταδίου 4 και 5 κατά GINA με μη ελεγχόμενο άσθμα, παρά τον αποκλεισμό άλλων συννοσηροτήτων και τον έλεγχο της συμμόρφωσης στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Οι μελέτες για τον τριπλό συνδυασμό στο άσθμα έχουν εξαιρέσει καπνιστές >10py. Πρόκειται για 22 ασθενείς που παρακολουθούνται στα ΤΕΙ άσθματος πριν την πανδημία COVID-19. Η ηλικία τους ήταν μεταξύ 26 και 87 ετών με τον μέσο όρο στα 51 έτη. Η ομάδα αποτελείται από 12 γυναίκες και 10 άντρες με καπνισματικό ιστορικό από 10p/y έως 60p/y με μέσο όρο τα 35p/y. Προκειμένου να αποκλειστούν συννοσηρότητες (βρογχιεκτασίες) και η διάγνωση της ΧΑΠ οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε μέτρηση της διαχυτικής ικανότητας που ήταν φυσιολογική και σε CT θώρακος που δεν ανέδειξε εμφύσημα. Επιπρόσθετα έγινε επαναξιολόγηση της διάγνωσης του άσθματος η οποία επιβεβαιώθηκε (σπιρομετρικά και κλινικά). Οι ασθενείς ήταν εκτός παρόξυνσης και λάμβαναν σταθερά αγωγή με ICS/LABA σε μέτρια με υψηλή δόση. Αξιολογήθηκαν ο FEV1, τα pack years, το ACT (asthma control test), το AQLQ (asthma quality of life questionnaire) και η κλίμακα HADS για κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Στην αγωγή τους προστέθηκε LAMA (ιπρατρόπιο) και επαναξιολογήθηκαν σε 3 μήνες. Όλοι οι ασθενείς εκτός από δύο παρουσίασαν κάποιου βαθμού βελτίωση στον FEV1 με μέσο όρο τα 160ml και με βελτίωση που έφτασε μέχρι και 550 – 710ml σε πέντε ασθενείς. Βελτίωση παρουσίασαν όλοι οι ασθενείς και στους υπόλοιπους δείκτες (στατιστικά σημαντική βελτίωση σε ACT, HADS και AQLQ). Συμπερασματικά οι ασθματικοί πρώην ή νυν καπνιστές πιθανώς να επωφεληθούν σε σημαντικό βαθμό από τη προσθήκη LAMA στην αγωγή τους. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στους ασθματικούς καπνιστές με καπνιστικό ιστορικό πάνω από 10 p/y.

AA006

ΎΦΕΣΗ ΣΤΟ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΑΣΘΜΑ – ΜΙΑ POST HOC ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ RELIGHT

Μαρία Καλλιέρη[1], Ανδριάνα Παπαϊωάννου Ι.[2], Ελευθέριος Ζέρβας[3], Ευαγγελία Φούκα[4], Κωνσταντίνος Πορπόδης[4], Marija Hadji Mitrova[4], Ελένη Τζωρτζάκη[5], Μιχαήλ Μακρής[6], Μαρία Ντάκουλα[6], Παναγιώτης Λυμπερόπουλος[1], Κατερίνα Δημάκου[7], Σοφία Κουκίδου[7], Σεβαστή Αμπελιώτη[7], Αναστασία Παπαπορφυρίου[8], Κωνσταντίνος Κατσούλης[9], Μαρία Κηπουρού[9], Νικολέττα Ροβίνα[2], Κατερίνα Αντωνίου[10], Στυλιανός Βιττωράκης[11], Πέτρος Μπακάκος[2], Πασχάλης Στειρόπουλος[12], Κατερίνα Μαρκοπούλου[13], Παντελεήμων Αβαρλής[14], Ηλίας Παπανικολάου[15], Μιλτιάδης Μαρκάτος[11], Ελένη Γάκη[16], Κωνσταντίνος Σάμιτας[3], Κωνσταντίνος Γλυνός[17], Σπυρίδων Παπίρης[1], Δέσποινα Παπακώστα[4], Νικόλαος Τζανάκης[10], Μίνα Γκάγκα[3], Κωνσταντίνος Κωστίκας[18], Στυλιανός Λουκίδης[1]

[1]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Αττικόν, [2]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ ''Η Σωτηρία'', [3]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ ''Η Σωτηρία'', [4]Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [5]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Ηράκλειο, [6]Τμήμα Αλλεργιολογίας, 2η Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», [7]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ ''Η Σωτηρία'', [8]Πνευμονολογικό Τμήμα, Παθολογικός τομέας ΙΙ, Νοσοκομείο Βιέννης, [9]Πνευμονολογική Κλινική, 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, [10]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, [11]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Χανιά, [12]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, [13]1η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου, [14]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Καλαμάτα, [15]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, [16]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, Τρίκαλα, [17]GSK Medical Department Greece, Αθήνα, [18]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η θεραπεία του σοβαρού άσθματος αποτέλεσε για δεκαετίες μία πρόκληση για τον πνευμονολόγο, με τους βιολογικούς παράγοντες να είναι μία θεραπευτική επιλογή που μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση (remission) και τους ασθενείς με σοβαρό άσθμα

Στόχος: Η περιγραφή των ασθενών με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα που παρουσίασαν ύφεση του άσθματος μετά από θεραπεία με μεπολιζουμάμπη

Υλικά και μέθοδοι: Πρόκειται για μία post hoc ανάλυση της προοπτικής, πολυκεντρικής μελέτης παρατήρησης RELIght. Σαν ύφεση του άσθματος θεωρήθηκε η βελτίωση του FEV1 κατά 100ml, επίτευξη ACT≥20, διακοπή των από του στόματος κορτικοστεροειδών, και η μη εμφάνιση παροξύνσεων μετά από ένα και δύο έτη θεραπείας.

Αποτελέσματα: Από τους 169 ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν αρχικά στη μελέτη, 35 (20.7%, 10 άνδρες) παρουσίασαν ύφεση μετά από ένα έτος θεραπείας, 25 (14.8%, 8 άνδρες) μετά από δύο έτη, με τους ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση στους 12 και στους 24 μήνες να λαμβάνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη δόση από του στόματος κορτικοστεροειδή, (0[0,5] και 0[0,5] vs 5[0,10] και 5[0,10], p=0.007 και 0.038 στους 12 και τους 24 μήνες αντίστοιχα), έχουν υψηλότερα ποσοστά ηωσινοφίλων (7.75[5.53,12.60] και 10[5.6,13] vs 6[3.65,9.4] και 6[4,9.65], p=0.011 και 0.023) και υψηλότερη τιμή FeNO (69.5[36.3,128.75] και 113[68.5,136.25] vs 30[16.5,50.5] και 29.5[15.7,40], p=0.012 και 0.002) στο baseline σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν παρουσίασαν ύφεση σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Σε σύγκριση με τους ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση στους 24 μήνες, όσοι δεν παρουσίασαν ύφεση είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά ατοπίας, ΓΟΠ και λήψης στο παρελθόν ομαλιζουμάμπης. Το ποσοστό των ηωσινοφίλων και η τιμή του FeNO στο baseline μπορούν να προβλέψουν την ύφεση του άσθματος με μία AUC 0.647, p=0.011 και 0.771, p=0.012 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η μεπολιζουμάμπη αποτελεί μία θεραπευτική επιλογή για το σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα που μπορεί να οδηγήσει ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών όχι μόνο στον καλό έλεγχο του άσθματος αλλά ακόμα και σε ύφεση του.

AA007

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΤΙΔΑ (EGPA) ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ANTI-IL5 ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΑ Ε.Ι 424 ΓΣΝΕ.

Μαρία Κηπουρού[1], Ελπίδα Σκουβακλίδου[2], Δημήτριος Ζησόπουλος[2], Κωνσταντίνος Κατσούλης[1]
[1]Πνευμονολογική κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [2]Ρευματολογική κλινική 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Η Ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγείτιδα (παλαιότερη ονομασία σ. Churg- Strauss) είναι μία σπάνια, συστηματική, νεκρωτική αγγειίτιδα των μικρών και μεσαίου μεγέθους αγγείων που χαρακτηρίζεται από άσθμα και ηωσινοφιλία. Οι ασθενείς συχνά χρειάζονται μακροχρόνια χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών ή και ανοσοκατασταλτική αγωγή με σκοπό τον έλεγχο της νόσου. Τα anti-IL5 μονοκλωνικά αντισώματα επηρεάζοντας τον κύκλο ζωής των ηωσινοφίλων αποτελούν μια σύγχρονη θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς αυτούς με δυνατότητα ελέγχου της νόσου χωρίς τις συστηματικές επιπλοκές των κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικής αγωγής.
Σκοπός της μελέτης: Παρουσίαση 3 περιστατικών με διάγνωση EGPA που βρίσκονται υπό παρακολούθηση στα Ε.Ι Ρευματολογικής και Πνευμονολογικής του 424 ΓΣΝΕ.
Μέθοδοι: Οι δύο ασθενείς λαμβάνουν mepolizumab 300 mg/ μήνα (η πρώτη από 5ετίας και η δεύτερη από 6μήνου) με αποτέλεσμα την ελάττωση της δοσολογίας των συστηματικών κορτικοστεροειδών και την απόσυρση από την ανοσοκατασταλτική αγωγή. Επιπλέον, ο τρίτος ασθενής λαμβάνει από έτους αγωγή με benralizumab, λόγω σοβαρού ηωσινοφιλικού άσθματος με συχνές παροξύνσεις με αποτέλεσμα τη μεγάλη ελάττωση της δοσολογίας των συστηματικών κορτικοστεροειδών που λάμβανε σε υψηλή δόση από 3ετίας.
Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν βέλτιστο έλεγχο του σοβαρού άσθματος που παρουσιάζουν στα πλαίσια της EGPA με εξάλειψη των παροξύνσεων του άσθματος και βελτίωση της ποιότητας ζωής.
Συμπέρασμα: Η συστηματική και πολύπλευρη παρακολούθηση των ασθενών με EGPA καθώς και η χρήση των νεότερων anti-IL5 βιολογικών παραγόντων συμβάλουν στον καλύτερο έλεγχο της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών από την μακροχρόνια χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

AA008

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΠΕΝΡΑΛΙΖΟΥΜΑΜΠΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΣ ΕΛΑΜΒΑΝΑΝ ΜΕΠΟΛΙΖΟΥΜΑΜΠΗ (ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ REALISM)

Χρυσούλα Κοντογιάννη[1], Κωνσταντίνος Σάμιτας[1], Πέτρος Μπακάκος[2], Νικολέτα Ροβίνα[2], Στυλιανός Λουκίδης[3], Ανδριάννα Παπαϊωάννου[3], Νικόλαος Τζανάκης[4], Κατερίνα Αντωνίου[4], Κατερίνα Δημάκου[5], Γεώργιος Χειλάς[5], Κωνσταντίνος Κατσούλης[6], Μαρία Κηπουρού[6], Νίκη Γεωργάτου[7], Δημοσθένης Παπαπέτρου[7], Ουρανία Κώτσιου[8], Νικόλαος Ζίας[9], Ευαγγελία Φούκα[10], Κωνσταντίνος Πορπόδης[10], Μαρία Χατζημήτροβα[10], Δέσποινα Παπακώστα[10], Πασχάλης Στειρόπουλος[11], Κωνσταντίνος Κωστίκας[12], Αθηνά Γόγαλη[12], Αγάπη Αγγελοπούλου[12], Κωνσταντίνος Τάτσης[12], Ηλίας Παπανικολάου[13], Ελευθερία Χαΐνη[13], Μιλτιάδης Μαρκάτος[14], Στυλιανός Βιττωράκης[14], Παντελής Αβαρλής[15], Ελένη Γάκη[16], Δημήτριος Λάτσιος[17], Ελένη Τζωρτζάκη[18], Ελευθέριος Ζέρβας[1]

[1]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [3]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, [4]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ, Κρήτη, [5]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [6]Πνευμονολογική Κλινική, Στρατιωτικό Νοσοκομείο 424, Θεσ/νίκη, [7]Πνευμονολογική Κλινική, ΙΑΤΡΙΚΟ Φαλήρου, [8]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, [9]Πνευμονολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο, [10]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΑΠΘ, Θεσ/νίκη, [11]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική, Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, [12]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική, Νοσοκομείο Ιωαννίνων, [13]Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Κέρκυρας, [14]Ιδιωτικό ιατρείο, Χανιά Κρήτης, [15]Ιδιωτικό ιατρείο, Καλαμάτα, [16]Ιδιωτικό ιατρείο, Τρίκαλα, [17]Ιδιωτικό ιατρείο, Δράμα, [18]Ιδιωτικό ιατρείο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Οι βιολογικοί παράγοντες έναντι της IL-5 χρησιμοποιούνται ευρέως για την θεραπεία του σοβαρού ηωσινοφιλικού άσθματος. Ορισμένοι όμως ασθενείς εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση, οπότε κρίνεται αναγκαία η αλλαγή του βιολογικού παράγοντα.

Σκοπός: Να μελετήσουμε τα αποτελέσματα της αλλαγής θεραπείας σε αντι-IL-5Ra στους ασθενείς με ανεπαρκή ανταπόκριση στην αντι-IL-5 και να αναγνωρίσουμε τα κλινικά και φαινοτυπικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών.

Μέθοδος: Μία πολυκεντρική μελέτη πραγματικής ζωής ασθενών με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα υπό θεραπεία με μπενραλιζουμάμπη στην Ελλάδα, όπου αναλύσαμε τους ασθενείς που άλλαξαν θεραπεία από αντι-IL-5 σε αντι-IL-5Rα.

Πρόδρομα αποτελέσματα: Στην μελέτη συμμετέχουν 122 ασθενείς, από τους οποίους οι 45 (31 γυναίκες) είχαν προηγουμένως λάβει μεπολιζουμάμπη, με μέση διάρκεια λήψης 26,3±13,9 (SD) μήνες, με μέση ηλικία 55,4 έτη (min 41, max 76) και το 62,2% (28 ασθενείς) είναι μη καπνιστές. Οι 39 ασθενείς (87%) έχουν όψιμης έναρξης άσθμα, με μέση τιμή ACT 16,2±4,5 (SD). Όλοι οι ασθενείς είχαν τουλάχιστον μία παρόξυνση το προηγούμενο έτος και 38 (84,4%) πάνω από 2, ενώ 10 ασθενείς (22,2%) χρειάστηκαν νοσηλεία. Ατοπία εμφανίζουν 22 ασθενείς (48,9%), ρινίτιδα 29 (64,4%), ρινικούς πολύποδες 13 (28,9%) και ΓΟΠ 14 (31,1%). Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, όλοι λαμβάνουν LABA και υψηλές δόσεις ICS, 31 ασθενείς (68,9%) λαμβάνουν LAMA, 25 (55,6%) LTRA και 24 (53,3%) ελάμβαναν OCS με μέση δοσολογία 9,7±4,3 mg (SD) ισοδύναμο πρεδνιζολόνης.

Οι 31 ασθενείς που έχουν συμπληρώσει 12μήνες θεραπείας, εμφανίζουν βελτίωση στον έλεγχο της νόσου και την αναπνευστική λειτουργία [ACT 21,6±3,6 vs 16,2±4,5, FEV1(%pred) 81,6±18,6 vs 74±22], μείωση της μέσης χορηγούμενης δοσολογίας OCS (από 9,7±4,3 σε 5,7±2,5 mg) και των παροξύνσεων προηγούμενου έτους [22 ασθενείς (48,8%) δεν εμφάνισαν παρόξυνση, 12 ασθενείς (26,7%) εμφάνισαν 1 και 12 ασθενείς (26,7%) πάνω από 2.

Σχόλια: Οι ασθενείς με σοβαρό μη ελεγχόμενο ηωσινοφιλικό άσθμα που παρουσιάζουν μερική ανταπόκριση με μεπολιζουμάμπη θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη αλλαγή του βιολογικού παράγοντα σε μπενραλιζουμάμπη.

AA009

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΤΟ ΠΓΝΛ

Λαμπρινή Κοντοπούλου[1], Ουρανία Κώτσιου[1], Φωτεινή Μάλλη[1], Ιωάννης Πανταζόπουλος[2], Γεώργιος Καρπέτας[2], Κωνσταντίνος Τουρλακόπουλος[2], Γεώργιος Μαυροβούνης[2], Κωνσταντίνος Γουργουλιάννης[2]
[1]Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Η διερεύνηση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή ασθενών με άσθμα που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Άσθματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Υλικό: Η καταγραφή πραγματοποιήθηκε από 10/2021 έως 09/2022. Συγκεντρώθηκαν ανθρωπομετρικά δεδομένα. Τα ερωτηματολόγια Med Diet Score και ACT χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή και του ελέγχου νόσου, αντίστοιχα. Αποτελέσματα: 63 ασθενείς συμμετείχαν, 71,4% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 59,4±14,4 έτη. Το 57,1% του δείγματος ήταν μη καπνιστές, το 34,9% πρώην, το 8% νυν καπνιστές. Το 11,1%, 44,4% και 44,5% του δείγματος ανέφερε μεγάλη, μέτρια και χαμηλή ικανοποίηση από την οικονομική του κατάσταση, αντίστοιχα. Το 47,6%, 46,0% και 6,4% του δείγματος ανέφεραν χαμηλή, μέτρια και υψηλή σωματική δραστηριότητα, αντίστοιχα. Το 47,6% των ασθενών είχαν σοβαρό άσθμα, με σημαντική υπεροχή των αντρών έναντι των γυναικών (77,8% έναντι 22,2%, p=0.013). Η μέση τιμή ΔΜΣ σε γυναίκες και άντρες ήταν 31,7±7 και 29±4 kg/m2, αντίστοιχα (p=0.137). Τα ποσοστά των φυσιολογικών σε ΔΜΣ, υπέρβαρων, με 1ου, 2ου και 3ου βαθμού παχυσαρκίας ήταν αντίστοιχα: 10%, 46%, 27%, 8% και 9%. Το 70% είχε παθολογικό ποσοστό σωματικού λίπους. Η μέση σύσταση σε σωματικό λίπος μέσω βιοηλεκτρικής αγωγιμότητας ήταν 35,3±8,64% στο σύνολο (άντρες: 28,9±6,33%, γυναίκες: 38,0±8,1%, p=0.188). Η μέση τιμή περιμέτρου μέσης στις γυναίκες ήταν 105,6±15,1cm και στους άντρες 106,9±11,6 cm (p=0.137). Η περίμετρος λαιμού ήταν φυσιολογική στο 6,3% του συνόλου. Σύμφωνα με το Med Diet Score το 96,8%, 1,6% και 1.6% των ασθενών είχαν μέτρια, υψηλή και χαμηλή προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή, αντίστοιχα. Το 33,3%, 55,6% και 11.1% των ασθενών είχε μέτριο, καλό και καθόλου καλό έλεγχο της νόσου, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του βαθμού προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή με τους σωματομετρικούς δείκτες ή το βαθμό ελέγχου. Η καλύτερη οικονομική κατάσταση συσχετίστηκε θετικά με το βαθμό προσκόλλησης (p=0.001). Συμπεράσματα: Μεταξύ των ασθενών με άσθμα αναδείχθηκε μέτρια προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή.

Λέξεις κλειδιά: Μεσογειακή διατροφή, βρογχικό άσθμα, ποιότητα ζωής, παχυσαρκία.

References

1. European Respiratory Society Guidelines for the Diagnosis of Asthma in Adults. European Respiratory Journal 2022.DOI: 10.1183/13993003.01585-2021
2. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. Health Qual Life Outcomes. 2007. 28;5:55. doi: 10.1186/1477-7525-5-55. PMID: 17900374; PMCID: PMC2140054.
3. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2006. 16(8):559-68.;
4. Reyes-Angel J, Han YY, Litonjua AA, Celedón JC. Diet and asthma: Is the sum more important than the parts? J Allergy Clin Immunol. 2021. 148(3):706-707. doi: 10.1016/j.jaci.2021.04.030. Epub 2021 May 6. PMID: 33965429; PMCID: PMC8443165.
5. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΑΤΛΑΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ, 2015 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

AA010

ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ D-ROMS ΚΑΙ PAT ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΑΣΘΜΑ.

Κωνσταντίνος Τουρλακόπουλος[1], Γεώργιος Μαυροβούνης[1], Λαμπρινή Κοντοπούλου[2], Παρασκευή Κύργου[1], Ιωάννης Πανταζόπουλος[1], Ζωή Δανιήλ[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1], Ουρανία Κώτσιου[3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, [3]Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας του Ανθρώπου, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η δοκιμασία d-ROMs χρησιμοποιείται ως δείκτης οξειδωτικού στρες και οι τιμές έχουν συσχετισθεί με την πρόγνωση και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά συμβάματα. Με τη δοκιμασία PAT προσδιορίζουμε μέσω χρωματογραφίας τη συνολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος. Το σοβαρό άσθμα έχει συσχετιστεί με μηχανισμούς οξειδωτικού στρες. Η χρησιμότητα των δοκιμών στην αξιολόγηση της συνολικής οξειδωτικής κατάστασης ασθενών με άσθμα και η συσχέτιση των τιμών οξειδωτικού στρες με την πνευμονική λειτουργία έχουν ελάχιστα εκτιμηθεί. Μέθοδος: Δείγματα αίματος συλλέχθηκαν ενδοφλεβίως από ασθενείς με ελεγχόμενο άσθμα που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Άσθματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Τα δείγματα φυγοκεντρήθηκαν στις 3000 rpm για 10 λεπτά και λήφθηκε ο υπερκείμενος ορός. Οι δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν εντός 3 ωρών από τη συλλογή αίματος. Πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχετίσεων μεταξύ των οξειδωτικών δεικτών και παραμέτρων της πνευμονικής λειτουργίας, δημογραφικούς και κλινικοεργαστηριακούς παράγοντες. Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 40 ασθενείς με σοβαρό ελεγχόμενο άσθμα (75%: γυναίκες) με μέση ηλικία 62±12 έτη. 5% είχαν αποφρακτική σπιρομέτρηση. Οι τιμές d-ROMs συσχετίσθηκαν αρνητικά με την FVC% (r=-0.410, p=0.24) και τον FEV1% (r=-0.420, p=0.21). Οι τιμές PAT συσχετίσθηκαν αρνητικά με την αντίσταση των εγγύς αεραγωγών [R20], όπως προσδιορίστηκε μέσω ταλαντοσιμερίας (r=-0.4, p=0.05). Συμπεράσματα: Οι δείκτες d-ROMs και PAT συσχετίζονται με την πνευμονική λειτουργία σε ασθενείς με σοβαρό ελεγχόμενο άσθμα.

AA011

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Αθανασία Λαιου[1]
[1]*Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών*

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την ανασκόπηση ερευνών σχετικά με την επίδραση της φυσικοθεραπείας στη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και στην ποιότητα ζωής των παιδιών με άσθμα. Το παιδικό άσθμα είναι το συχνότερο παιδιατρικό χρόνιο νόσημα επηρεάζοντας το 18% του παγκόσμιου πληθυσμού (Bruton et al., 2018) και με υψηλό κόστος για το ΕΣΥ (Weijian et al., 2019). Θα συζητηθούν ποιες αναπνευστικές φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις, μέσω ποιου μηχανισμού και πότε μπορούν να εφαρμοστούν για να βοηθήσουν την ποιότητα ζωής των παιδιών με άσθμα. Μέθοδος: Οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση βιβλιογραφίας επιλέχθηκαν με λέξεις κλειδιά, όπως "asthma, child, QoL, physiotherapy, respiratory rehabilitation από τις εξής βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, GoogleScholar, Αποτελέσματα: Αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων υπέδειξαν πως η φυσική άσκηση, η ενδυνάμωση εισπνευστικών αναπνευστικών μυών, και οι αναπνευστικές ασκήσεις μπορούν να ενσωματωθούν παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή στο παιδικό άσθμα, βελτιώνοντας την καρδιοπνευμονική τους λειτουργία και την μέγιστη εισπνευστική πίεση (Weijian et al., 2019; Garagorri-Gutierrez and Leiros-Rodriquez 2022) μειώνοντας παράλληλα τα συμπτώματα του άσθματος και τη χρήση των φαρμάκων (Marjolein et al., 2013). Επιπρόσθετα, τυχαιοποιημένη έρευνα των Bruton et al., (2018). κατέδειξε πως βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των παιδιών με μερικώς ελεγχόμενο επίπεδο άσθματος, αλλά η αναπνευστική εκπαίδευση έχει μικρότερη επίδραση στην πνευμονική λειτουργία και στη φλεγμονή των αεραγωγών. Παρόλα αυτά τονίζεται ότι η αναπνευστική φυσικοθεραπεία αντενδείκνυται σε σοβαρό ασθματικό παροξυσμό (Πρίφτης και Ανθρακόπουλος 2021) Συμπεράσματα: Αποτελέσματα ερευνών αποκάλυψαν ότι η φυσικοθεραπεία παρέχει ένα ευρύ φάσμα επιλογών για το βρογχικό άσθμα, καθώς η πλειοψηφία των αναπνευστικών παρεμβάσεων παρέχουν θετικά αποτελέσματα έναντι της αποκλειστικής εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής (Garagorri-Gutierrez and Leiros-Rodriquez 2022). Περαιτέρω έρευνα αποκλειστικά για το παιδικό άσθμα κρίνεται απαραίτητη, διότι η πλειοψηφία των ερευνών είναι απόψεις που προέρχονται από προεκτάσεις αντιλήψεων από μελέτες σε ενήλικους όπως επίσης θα πρέπει να αναλυθεί ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας για εξατομικευμένη προσέγγιση.

Αναφορές

Bruton Anne, Amanda Lee, Lucy Yardley, James Raftery, Emily Arden-Close, Sarah Kirby, Shihua Zhu, Manimekalai Thiruvothiyur, Frances Webley, Lyn Taylor, Denise Gibson, Guiqing Yao, Mark Stafford-Watson, Jenny Versnel, Michael Moore, Steve George, Paul Little, Ratko Djukanovic, David Price, Ian D Pavord, Stephen T Holgate, Mike Thomas. (2018). Physiotherapy breathing retraining for asthma: a randomized controlled trial. Lancet Respiratory Medicine; 6: 19–28

Garagorri-Gutierrez Daniel and Leiros-Rodriquez Raquel. (2022) Effects of physiotherapy treatment in patient with brochial asthma: A systematic review. Physiotherapy Theory and Practice April 38(4) 493-503.

Marjolein L.J. Bruurs , Lianne J. van der Giessen , Heleen Moed (2018) The effectiveness of physiotherapy in patients with asthma: A systematic
review of the literature. Respiratory medicine. 107,483-494

Weijian Zhang, MDa, Lilong Liu, MM, Wenhao Yang, MM, Hanmin Liu, MD. (2019) Effectiveness of physiotherapy on quality of life in children with asthma Study protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine, 98:26,1-4

Πρίφτης Κ και Ανθρακόπουλος. (2021) Παιδιατρική πνευμονολογία. Εκδόσεις τεχνόγραμμα. Αγία Παρασκευή.

AA012

EMPOWAIR: A REAL-WORLD, MULTICENTER, PROSPECTIVE COHORT STUDY USING INNOVATIVE REMOTE PATIENT MONITORING TECHNOLOGIES IN ADULTS WITH SEVERE EOSINOPHILIC ASTHMA TREATED WITH BENRALIZUMAB IN ROUTINE CARE SETTINGS IN GREECE

Konstantinos Kostikas[1], Petros Bakakos[2], Petros Galanakis[3], Georgios Hillas[4], George Konstatinou[5], Michael Makris[6], Nikolas Mathioudakis[3], Konstantinos Porpodis[7], Nikoletta Rovina[2], Eleftherios Zervas[8], Stelios Loukides[9]

[1]Respiratory Medicine Department, School of Medicine, University of Ioannina , [2]1st University Department of Respiratory Medicine, National and Kapodistrian University of Athens , [3]AstraZeneca Medical Department, Respiratory and Immunology, [4]5th Pulmonary department, "Sotiria" Chest Diseases Hospital, [5]Department of Allergy and Clinical Immunology, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece , [6]Allergy Unit, 2nd Department of Dermatology and Venereology, Attikon University General Hospital, [7]Pulmonary Department, Aristotle University of Thessaloniki, G. Papanikolaou Hospital, Thessaloniki, Greece , [8]7th Respiratory Department, Athens Chest Hospital "Sotiria" , [9]2nd Respiratory Department, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens Medical School

OBJECTIVE: Severe eosinophilic asthma (SEA) is associated with poor disease control and compromised health-related quality of life (HRQoL). EMPOWAIR is a non-interventional, multicenter study aiming to evaluate the clinical effectiveness and the patient-perceived impact of benralizumab on HRQoL among patients with SEA, treated in routine care settings in Greece by using innovative remote patient monitoring technologies.

MATERIAL-METHOD: The study will be carried out by 22 sites comprising private practices and hospital clinics specializing in the management of severe asthma across Greece and plans to enroll 150 adult patients who have been prescribed benralizumab consecutively. Study-specific physical activity data, namely step counts and active minutes, will be collected using a WAT device (Fitbit® wristband) and for the home-based spirometric measurements, patients will be provided the portable hand-held Air Next spirometer. The study primarily aims to assess the change from baseline in HRQoL, as measured by the SGRQ, and to estimate the proportion of patients achieving a minimum clinically important improvement in respiratory health status, defined as ≥ 4-point reduction from baseline in SGRQ total score, after 16 weeks of treatment with benralizumab.

RESULTS: This is the first time such technological devices are being used in a real-world study of asthma at a country-level in Greece. The novelty of EMPOWAIR extends beyond the standard measures for addressing drug effectiveness in a traditional clinical care setting.

CONCLUSION: Evidence generated in EMPOWAIR is anticipated to shed multidimensional insights on the effects of benralizumab treatment by focusing on patient centricity. The study will utilize remote patient monitoring through advanced technologies that promise to empower patients to better manage their disease and actively participate in their healthcare plan.

AA013

ΆΣΘΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΑΚΡΙΤΙΚΑ ΝΗΣΙΑ ΤΟΥ ΑΓΑΙΟΥ- ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΑΙΓΑΙΟΥ

Νίκη Γιαννιού[1], Λαμπρινή Βλάσση[2], Ζαφειρία Μπαρμπαρέσου[1], Ιωάννα Τσιώκου[3], Βιορέλλης Δρούγιας[4], Χαράλαμπος Μόσχος[5], Παρασκευή Κατσαούνου[1], Στυλιανός Λουκίδης[6], Νικολέττα Ροβίνα[7]

[1]Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [2]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [3]Ιδιώτης Πνευμονολόγος, [4]Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, [5]Αντιφυματικό Τμήμα, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [6]Β Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Αττικόν", [7]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Για δυο συνεχόμενες χρονιές (2021 και 2022) η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία συμμετείχε στον 27ο και 28ο Διάπλου της Ομάδας Αιγαίου στα ακριτικά νησιά του Αιγαίου πελάγους, προσφέροντας ιατρική εξέταση, rapid test για τον έλεγχο COVID και σπιρομετρικό έλεγχο στους ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα.

Συνολικά, εξετάστηκαν 373 άτομα (111 το 2021 και 262 το 2022), 184 (49,3%) άνδρες με μέση ηλικία 55±18 έτη (mean±SD) και 189 (50,7%) γυναίκες, με μέση ηλικία 53±17 έτη (mean±SD). Μεταξύ των ασθενών 139 (37,3%) ήταν καπνιστές (32±34 πακέτα-έτη, mean±SD), 127 (34%) μη καπνιστές και 61 (16%) πρώην καπνιστές (36±34 πακέτα-έτη, mean±SD).

Από τα άτομα που εξετάσθηκαν 36 (10%) ανέφεραν γνωστό ιστορικό βρογχικού άσθματος για το οποίο λάμβαναν θεραπεία (LABA/ICS) 23% των ασθενών. Σε 62 ασθενείς (17%) που εξετάσθηκαν με αναπνευστικά συμπτώματα θεωρήθηκε πιθανή η διάγνωση του άσθματος με βάση την κλινική εικόνα και την σπιρομέτρηση (FEV1: 95% ±13, Tiff: 72%±8, mean±SD) και συστήθηκε θεραπεία. Ο βήχας ήταν το συχνότερα αναφερόμενο σύμπτωμα (25%), με τη δύσπνοια (22%) και το συριγμό (13%) να ακολουθούν. Ρινίτιδα αναφέρθηκε σε 10% και ατοπία σε 8% των ασθενών που εξετάσθηκαν.

Από τον έλεγχο των ατόμων που εξετάσθηκαν στο πνευμονολογικό ιατρείο διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό ασθενών με ασθματικού τύπου συμπτώματα και πιθανό άσθμα χωρίς διάγνωση και θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς με γνωστό ιστορικό άσθματος καταγράφηκε να υποθεραπεύονται σε σημαντικό ποσοστό. Η δύσκολη πρόσβαση των ασθενών αυτών σε ειδικούς ιατρούς ενδεχομένως να εξηγεί τα ευρήματα αυτά.

AA014

ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Μαρία Σφήκα[1], Ελισσάβετ Κωνσταντέλου[2], Μυρτώ Μπλίζου[1], Μαρία-Ιωσηφίνα Κάσδαγλη[3], Σπύρος Παπίρης[1], Παγώνα Λάγιου[3], Ανδρονίκη Νάσκα[3], Πέτρος Μπακάκος[2], Στυλιανός Λουκίδης[1]
[1]2η Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ "Αττικόν", [2]1η Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [3]Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό και τα κλινικά χαρακτηριστικά του άσθματος υποδηλώνουν ότι ο τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάζει την παθογένεση ή/και την κλινική εκδήλωση της νόσου. Η υγιεινή διατροφή έχει συσχετισθεί με ελάττωση των συμπτωμάτων του άσθματος όπως επίσης και με καλύτερο έλεγχο αυτών. Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι συγκεκριμένα διατροφικά πρότυπα, όπως αυτό της Μεσογειακής διατροφής δρουν ευεργετικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου πιθανότητα μέσω προ-φλεγμονωδών μηχανισμών στην παθογένεια του άσθματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της προσήλωσης στη Μεσογειακή διατροφή και του ελέγχου του άσθματος, σε σύνολο 105 ασθενών με ήπιο/μέτριο και σοβαρό άσθμα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη περιέλαβε 105 ασθενείς με άσθμα οι οποίοι παρακολουθούνται σε τακτική βάση στα Εξωτερικά Ιατρεία των Α’ και Β’ Πανεπιστημιακών Πνευμονολογικών Κλινικών της Αθήνας. Για την αξιολόγηση της προσήλωσης των συμμετεχόντων στη Μεσογειακή Διατροφή χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MEDAS,ένα σύντομο ερωτηματολόγιο (15 ερωτήσεων), το οποίο αναπτύχθηκε και αξιολογήθηκε για τη σχετική εγκυρότητά του στο πλαίσιο μελετών σε πληθυσμούς της Μεσογείου και έχει μεταφραστεί στα ελληνικά σύμφωνα με πρότυπες διαδικασίες. Κάθε συμμετέχων βαθμολογείται με score από 0 (ελάχιστη) έως 14 (μέγιστη προσήλωση). Βαθμολογία μεγαλύτερη από 10 υποδηλώνει υψηλή προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή. Ο έλεγχος του άσθματος αξιολογήθηκε με το Asthma Control Test (ACT score) διαμορφώνοντας δύο ομάδες (ελεγχόμενο vs. μερικώς ελεγχόμενο/μη ελεγχόμενο). ACT score >20 υποδεικνύει ελεγχόμενο άσθμα, ενώ ACT score <19 υποδεικνύει μη ελεγχόμενο άσθμα. Εφαρμόστηκαν μοντέλα εξάρτησης προσαρμοσμένα ως προς φύλο, ηλικία, δείκτη μάζας σώματος, κάπνισμα, λήψη κορτιζόνης και βαρύτητα άσθματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, εκτιμήθηκαν 105 ασθενείς (34% άνδρες) με μέση ηλικία 55,6 έτη (SD=13,5 έτη). Το 45% των ασθενών είχαν σοβαρό άσθμα. Η υψηλή προσήλωση στη μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με καλύτερο έλεγχο του άσθματος (OR για έλεγχο: 1.03, 95% CIs: 0.29, 3.68). Η ασθενής αυτή θετική συσχέτιση ενισχύθηκε όταν η ανάλυση περιορίστηκε μόνο σε ασθενείς με σοβαρό άσθμα [OR = 1.48 (95% CIs: 0.39, 5.59)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υψηλή προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με καλύτερο έλεγχο του άσθματος ειδικότερα μεταξύ σοβαρών ασθματικών. Περιορισμός της μελέτης αποτελεί το μικρό δείγμα ασθενών. Προοπτικές μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, χρειάζονται για να διερευνηθεί περαιτέρω αυτή η υπόθεση.

AA015

ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΥΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΣΟΒΑΡΟ ΑΣΘΜΑ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΛΟ?

Ευφροσύνη Αντωνάκα, Μαρία -Άννα Αρχοντούλη, Παρασκευή Κάβουρα, Ιουλία Βρυώνη, Αικατερίνη Χανιώτου
ΓΟΝΚ ''οι "Άγιοι Ανάργυροι"

Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη των πιθανών διαφορών στην ανταπόκριση στους βιολογικούς παράγοντες στο σοβαρό άσθμα, ανάλογα με το φύλο των ασθενών.
Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν άτομα που παρακολουθούνταν στο ιατρείο άσθματος του νοσοκομείου ηλικίας 20-75 ετών τα οποία έπασχαν από βρογχικό άσθμα μη καλά ανταποκρινόμενο στην βρογχοδιασταλτική θεραπεία και τα οποία τέθηκαν σε συμπληρωματική αγωγή με βιολογικούς παράγοντες. Η διάρκεια της παρακολούθησης για την συγκεκριμένη μελέτη ήταν 6 μήνες, μελετήθηκε το ACT (asthma control test) οι σπιρομετρικές τιμές στην έναρξη , στο τρίμηνο και στο εξάμηνο καθώς και οι παροξύνσεις.
Μελετήθηκαν 13 άτομα με μέση ηλικία 45 έτη, εκ των οποίων 9 γυναίκες και 4 άνδρες.
Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς έδειξαν σταθεροποίηση των σπιρομετρικών τιμών στο βέλτιστο για τον κάθε ένα και του ACT score, στο τρίμηνο και στο 6μηνο. Βελτίωση του ACT score, παρουσίασαν 5 ασθενείς (2 άνδρες και 3 γυναίκες). Μία γυναίκα μόνο παρουσίασε παρόξυνση και χρειάστηκε να λάβει κορτιζόνη per os στο τρίμηνο, χωρίς να χρειαστεί όμως νοσηλεία, ενώ στο 6μηνο είχε σταθεροποιηθεί.
Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα , το φύλο δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην ανταπόκριση των ασθενών με σοβαρό άσθμα στους βιολογικούς παράγοντες.
Άν και το δείγμα του ιατρείου ήταν μικρό και χρειάζονται μελέτες σε ευρεία κλίμακα , εντούτοις δείχνει ότι όλοι μπορούν να ωφεληθούν από την λήψη των βιολογικών παραγόντων εάν βεβαίως πληρούν τα κριτήρια χορήγησης.

AA016

Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ (ΣΒ) ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ / ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ (ΒΑ).

Αθανάσιος Παλαιολόγος, Ρασίντ-Σαγιεντ Μουσαβί, Παναγιώτα Μητράκη, Ιουλία Βρυώνη, Αικατερίνη Χανιώτου
ΓΟΝΚ ''οι "Άγιοι Ανάργυροι"

Σκοπός: Με την συνεχώς αυξανόμενη τάση του γενικού πληθυσμού στην παχυσαρκία, είναι σημαντικό να μελετηθεί η επίδραση της αύξησης του ΣΒ σε υπέρβαρους/ παχύσαρκους ασθενείς με ΒΑ, σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους σώματος.

Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Έγινε ανασκόπηση των φακέλων ασθενών που παρακολουθούνται στο ΤΕΙ βρογχικού άσθματος από το 2017 έως 2022. Μελετήθηκαν στοιχεία από τις σπιρομετρήσεις, (το ΣΒ , η ηλικία, οι τιμές FEV 1 και FVC), όπως καταγράφονται στο φύλλο του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής. Μελετήθηκαν 50 άτομα, άνδρες και γυναίκες μέσης ηλικίας 52 έτη οι οποίοι παρακολουθούνταν συνεχώς στο ιατρείο άσθματος από το 2017 έως το 2022 και για τα οποία υπήρχαν οι τακτικοί σπιρομετρικοί έλεγχοι ανά έτος. Αναλύθηκε η ετήσια μεταβολή του ΣΒ σε σχέση με την ετήσια μείωση των FEV 1 , FVC και FEV 1 /FVC σε όσους παρουσίαζαν φυσιολογικό (BMI=18.5–24.9) και σε όσους ήταν υπέρβαροι (BMI≥25), από την αρχική σπιρομέτρηση. Για διευκόλυνση της μελέτης συμπεριλήφθηκαν 50 άτομα, 25 με αρχικό φυσιολογικό ΣΒ και 25 υπέρβαροι, ανεξαρτήτως
φύλου και ηλικίας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με την μέθοδο της ανάλυσης παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν μείωση των FEV 1, FVC και στις δύο ομάδες αλλά με σημαντικότερη μείωση στην ομάδα των υπέρβαρων. Μείωση FEV 1 κατά 25 ml περίπου στην ομάδα των
υπέρβαρων, ενώ στην ομάδα των νορμοβαρικών η μείωση ήταν περίπου 15 ml.

Συμπέρασμα: η αύξηση του ΣΒ σχετίζεται με ταχύτερη πτώση της FEV1 και FVC σε υπέρβαρα άτομα με βρογχικό άσθμα σε σύγκριση με νορμοβαρικά.

Επεμβατική Πνευμονολογία

AA017

ΒΕΛΟΝΑ 19G VERSUS ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑ ΜΕ 1.1MM ΚΡΥΟΚΑΘΕΤΗΡΑ ΓΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ EBUS-TBNA

Παύλος Ζαρογουλιδης[1], Wolfgang Hohenforst-Schmidt[2], Haidong Huang[3], Dimitris Chatzibougias[4], Eleni-Isidora Perdikouri[5]

[1]Πνευμονολόγος-φυματιολόγος, [2]Sana Clinic Group Franken, Department of Cardiology/Pulmonology/Intensive Care/Nephrology, "Hof" Clinics, University of Erlangen, 91052 Hof, Germany, [3]Department of Respiratory & Critical Care Medicine, Changhai Hospital, The Second Military Medical University, Shanghai 200001, China, [4]Private Pathology Laboratory, "Microdiagnostics", 54621 Thessaloniki, Greece, [5]Oncology Department, General Hospital of Volos, 38222 Volos, Greece

Η κρυο-βιοψία χρησιμοποιείται για βιοψία από ενδοβρογχικές βλάβες, και για διάγνωση είναι επίσης ένα εξαιρετικό εργαλείο για τη διάγνωση της διάμεσης πνευμονοπάθειας. Σε σχετικά πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιήθηκε κρυόδιο 1,1 mm για βιοψία λεμφαδένων μετά από την δημιουργία τούνελ από βελόνα 19G. Στην δικιά μας μελέτη συμμετείχαν 311 ασθενείς με λεμφαδενοπάθεια και τουλάχιστον μία πνευμονική βλάβη. Τα ακόλουθα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση. Σύστημα ERBE CRYO 2 22G Mediglobe Sonotip, 22G Medigolbe, 21G Olympus, 19G Olympus και 1,1mm cryo probe ERBE CRYO 2 (πρόγραμμα 3 δευτερολέπτων). Χρησιμοποιήθηκε PENTAX EB-1970UK για την καθοδήγηση βιοψίας (για βελόνες όπως πάντα) και για την απεικόνιση του κρυοδίου 1.1mm. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε τόσο την ποσότητα αλλά και την ποιότητα του βιοπτικού υλικού αλλά και τον χρόνο και τις πιθανές επιπλοκές. Την ποσότητα την αξιολογήσαμε με τις φέτες που δημιουργύσε κάθε μπλόκ παραφίνης. Οι φέτες μπλοκ παραφίνης είχαν μεγαλύτερο αριθμό στην ομάδα βελόνων 19G (19G> Cryo Probe>22G Mediglobe Sonotip >21G Olympus >22G Mediglobe). Όλα μέσα είχαν ποιοτικό υλικό για next generation sequencing. Η κρυο-βιοψία των λεμφαδένων είναι ασφαλής με το κρυόδιο 1,1mm, αλλά δυστηχώς 3 φορές πιο χρονοβόρο σε κάθε σταθμό. Επίσης μπορεί να περιορίζεται αυτή η επιλογή από το μέγεθος της βλάβης, όπως επίσης και το κόστος είναι διπλάσιο από αυτό της βιοψίας μόνο με την 19G βελόνα. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες προκειμένου να δημιουργηθούν καινούργιοι καθετήρες αλλά και αλλάξουν και οι προδιαγραφές της τεχνικής. Σε κάθε περίπτωση η κρυοβιοψία με το 1.1mm κρυόδιο δεν αύξησε την διάγωση του λεμφώματος.

AA018

ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Παύλος Ζαρογουλιδης[1], Wolfgang Hohenforst-Schmidt[2], Dimitris Chatzibougias[3], Vagelis Christakidis[4]
[1]Πνευμονολόγος-φυματιολόγος, [2]Sana Clinic Group Franken, Department of Cardiology, Pulmonology, Intensive Care, Nephrology, Hof Clinics, University of Erlangen, 91054 Hof, Germany, [3]Microdiagnostics Private Pathology Laboratory, [4]Oncology Department, General Hospital of Seeres

Η ανοσοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία στον μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα για ασθενείς με υψηλή έκφραση του Programmed death-ligand 1 (PD-L1), και όχι μόνο. Ωστόσο μια από τις επιπλοκές που καλείται να αντιμετωπίση ο θεράπων είναι η πνευμονίτιδα. Η σπιρομέτρηση, η διάχυση και η αξονική θώρακος είναι μέθοδοι μη επεμβατικοί ώστε να γίνει η παρακολούθηση. Το PET-CT θα μας δώσει στις περισσότερες περιπτώσεις ψευδώς θετικά αποτελέσματα για υποτροπή της νόσου, αλλά ταυτόχρονα θα μας υποδείξει και τα κατάλληλα σημεία για βιοψία. Σε ασθενή με υπόνοια πνευμονίτιδας 55 ετών με πλακώδες καρκίνωμα, PD-L1 75% υπό pembrolizumab στον 4 κύκλο έγινε βιοψία υπό καθοδίγηση με αξονικό με βελόνα 18G η οποία δεν ήταν διαγνωστική, και στη συνέχεια κρυοβιοψία ενδοσκοπικά με την χρήση radial-ebus και καθετήρα κρυοβιοψίας 1.7mm ERBEII. Η δεύτερη τεχνική ήταν αποτελεσματική και διευκόλυνε στην άμεση διάγνωση τον παθολογοανατόμο και τον θεράποντα ογκολόγο.

AA019

ΥΠΟΓΛΩΤΤΙΔΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ GPA ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασίλειος Ισσαρης[1], Νικόλαος Αθανασίου[1], Στίβεν Κομπογιωργας[1], Γεώργιος Πουπουζας[1], Ναταλία Γιοσδεκου[1], Γεώργιος Γιαννικος[1], Ευάγγελος Μπαλης[1]
[1]*Πνευμονολογική κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός*

Γυναίκα 42 ετών με ιστορικό κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτδα (Wegener) από 20ετίας , προσήλθε στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με δύσπνοια και συρίττουσα αναπνοή, αιμοδυναμικά σταθερή και με καλή οξυγόνωση. Πρόκειται για ασθενή η οποία προ 20ετίας λόγω ρινορραγίας, ωτόρροιας και βήχα υπεβλήθη σε βιοψία ρινός και πνεύμονα και διαπιστώθηκε κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα για την οποία έλαβε αρχικά κυκλοφωσφαμίδη και κορτιζόνη με επακόλουθη ύφεση της νόσου. Προ 10ετίας λόγω δύσπνοιας και συριγμού υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε υπογλωττιδική στένωση και βιοψία έδειξε ενεργότητα της νόσου. Έκτοτε ανά τακτά χρονικά διαστήματα υποβάλλεται σε διανοίξεις με βρογχοσκόπιο ενώ επιπλέον λαμβάνει μεθοτρεξάτη και ριτουξιμάμπη. Από το λοιπό αναμνηστικό αναφέρει επιπλέον γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση .

Η εύκαμπτη Βρογχοσκόπηση ανέδειξε μεγάλη υπογλωττιδική στένωση. Έγινε επείγουσα διάνοιξη με ηλεκτροκαυτηρία, διαστολές με μπαλόνι και κρυοθεραπεία. Στην αγωγή προστέθηκε και ομεπραζόλη λόγω γαστροοισογαγικής παλινδρόμησης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε 3 συνεδρίες κρυοθεραπείας ανά δίμηνο και παραμένει ελεύθερη νόσου.

Συζήτηση

Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα είναι μια σπάνια συστημική νόσος που σχετίζεται με την δημιουργία κοκκιωμάτων και φλεγμονής σε μικρά και μεσαίου μεγέθους αγγεία. Είναι υπεύθυνη για μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων από όλα τα συστήματα, όπως αιμόπτυση, νεφρική βλάβη, απώλεια ακοής , διάτρηση ρινικού διαφράγματος αλλά και υπογλωττιδική στένωση.

Η διασφάλιση του αεραγωγού και η διασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης αποτελεί πρωτεύων θεραπευτικό στόχο σε κάθε ασθενή με GPA. Η αντιμετώπιση στενώσεων με κρυοθεραπεία έχει προταθεί μαζί με διάφορες άλλες τεχνικές, παρόλο που καμία πολυκεντρική μελέτη δεν αναδεικνύει την επικρατέστερη προσέγγιση.

Τέλος, αναγκαία θα πρέπει να κρίνεται η θεραπεία συννοσηροτήτων όπως η Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, η οποία είναι γνωστό πως συμβάλλει καταλυτικά στη εμφάνιση υπογλωττιδικής στένωσης.

AA020

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ευαγγελία Κουκάκη[1], Άγγελος Βοντετσιανος[1], Σταυρούλα Ζανέλη[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Αγαμέμνονας Μπακάκος[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Αικατερίνη Μπακίρη[1], Γεώργιος Διάκος, Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Ελένη Σταγάκη[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Κυριακή Χολίδου[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Ανδριάννα Παπαϊωάννου[1], Μαρία Κανακάκη[1], Γρηγόριος Στρατάκος[1], Πέτρος Μπακάκος[1], Αντωνία Κουτσούκου
[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ - ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Οι αιματολογικές κακοήθειες μπορούν σπάνια να εκδηλωθούν με προσβολή του θώρακα. Παρουσιάζουμε 3 περιστατικά που διαγνώστηκαν στο τμήμα επεμβατικής πνευμονολογίας της κλινικής μας.

Περιστατικό 1: 84 ετών, γυναίκα, με ιστορικό μακροσφαιριναιμίας Waldenstrom (WM) και IgM αμυλοείδωσης, προσήλθε λόγω υποτροπιάζουσας υπεζωκοτικής συλλογής ΔΕ για λήψη βιοψίας και περαιτέρω αντιμετώπισης με πλευρόδεση. Διενεργήθηκε θωρακοσκόπηση και από την ιστολογική εξέταση προέκυψε αμυλοείδωση και WM, χωρίς να μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα λεμφώματος. Η ασθενής επέστρεψε 2 μήνες αργότερα με υπεζωκοτική συλλογή ΑΡ που επίσης αντιμετωπίστηκε με θωρακοσκόπηση και πλευρόδεση

Περιστατικό 2: 66 ετών, γυναίκα, προσήλθε λόγω απώλειας σωματικού βάρους, αυτόματου κατάγματος ΑΡ άνω άκρου, βλάβης στη ΔΕ πύλη (2.5x2cm) και ατελεκτασία μέσου λοβού. Με τη χρήση radial-EBUS ανευρέθη η βλάβη και ελήφθησαν βιοψίες από τις οποίες ετέθη η διάγνωση πλασματοκυττώματος. Η ασθενής παραπέμφθηκε στους αιματολόγους.

Περιστατικό 3: 64 ετών, άντρας, προσήλθε για διερεύνηση ΧΚΕ στον ΑΡ κάτω λοβό (13x18.5cm) και υπεζωκοτικής συλλογής ΑΡ, χωρίς εξωθωρακικές βλάβες. Επίσης είχε μονοκλωνική IgM γαμμαπάθεια από την ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών. Με τη χρήση EBUS ελήφθησαν βιοψίες από τη βλάβη, οι οποίες ωστόσο ήταν μη διαγνωστικές. Ακολούθως διενεργήθηκε διαθωρακική βιοψία δια βελόνης η οποία ανέδειξε bronchus associated lymphoid tissue lymphoma (BALT).

Συμπεράσματα: Η επεμβατική πνευμονολογία μπορεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα να θέσει τη διάγνωση και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των αιματολογικών κακοηθειών που εκδηλώνονται με προσβολή από το θώρακα. Ο υψηλός βαθμός υποψίας είναι καίριος για την επιτυχή διαχείριση αυτών των περιστατικών καθώς συχνά μεγαλύτερα κομμάτια ιστού, συνεννόηση με ειδικό (αιμοπαθολογανατομικό) εργαστήριο και διεπιστημονική προσέγγιση είναι απαραίτητα.

AA021

ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ευαγγελία Κουκάκη[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Βλάσιος Βίτσας[2], Φίλιππος Εμμανουήλ[2], Γρηγόριος Στρατάκος[1]
[1]Τμήμα Επεμβατικής Πνευμονολογίας - Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ - ΓΝΝΘΑ "ΗΣωτηρία", [2]Τμήμα Επεμβατικής Πνευμονολογίας - Νοσοκομείο Mediterraneo

Εισαγωγή: Ο ενδοβρογχικός υπέρηχος (EBUS) επιτρέπει την πρόσβαση στα πνευμονικά αγγεία. Στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσει το ρόλο του EBUS στη διάγνωση και αντιμετώπιση των κάτωθι: πνευμονική εμβολή, μη-θρομβωτικές αγγειακές βλάβες / νεοπλάσματα αγγείων, δια-αγγειακή (transvascular) προσπέλαση για λήψη βιοψίας και σταδιοποίηση ως T4.

Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και SCOPUS για άρθρα στην αγγλική γλώσσα που αφορούν το ρόλο του EBUS στις αναφερθείσες ενδείξεις. Η αναζήτηση έγινε έως το Δεκέμβριο του 2021 τη στιγμή της κατάθεσης του abstract.

Αποτελέσματα: Ανευρέθησαν 112 άρθρα εκ των οποίων εξαιρέθησαν 44. Αναζητώντας τη βιβλιογραφία τους επιπλέον 13 άρθρα συμπεριελήφθησαν. Εν τέλει 77 άρθα αναλύθηκαν. Ένας νέος συστηματικός τρόπος αναζήτησης ελλειμμάτων των πνευμονικών αρτηριών έχει προταθεί. Βρέθηκαν στη βιβλιογραφία 78 περιστατικά πνευμονικής εμβολής που διαγνώστηκαν με EBUS. Επιπλέον 25 περιστατικά μη-θρομβωτικών αγγειακών βλαβών διαπιστώθηκαν και διαγνώστηκαν με τη χρήση EBUS. 240 περιστατικά δια-αγγειακής (transvascular) προσπέλασης για λήψη βιοψίες από πνευμονικές και μεσοθωρακικές βλάβες έχουν περιγραφεί. Τέλος, υπάρχουν 2 κλινικές μελέτες σταδιοποίησης κατά T4 όγκων του πνεύμονα βάση διήθησης των αγγείων με τη χρήσ EBUS ή b-EUS.

Συμπεράσματα: Περιστατικά EBUS/b-EUS που μελετούν τα αγγεία ανευρίσκονται συνεχώς συχνότερα στη βιβλιογραφία. Ο ενδοβρογχικός υπέρηχος που επιπρόσθετα στοχεύει τα αγγεία και τις περιαγγειακές βλάβες θα μπορούσε να αυξήσει τη διαγνωστική αξία του κλασικού ενδοβρογχικού υπερήχου με πιθανά χαμηλή πιθανότητα για επιπλοκές.

AA022

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΥΤΟΕΚΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ STENT ΜΕ ΕΥΚΑΜΠΤΟ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΟ

Χαράλαμπος Παπαγόρας[1], Νικόλαος Παπανικολάου, Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
[1]*Ευρωκλινική*

Αφαίρεση αυτοεκτεινόμενου Stent με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο
Παπαγόρας Χαράλαμπος , Παπανικολάου Νικόλαος , Ζαχαριάδης Εμανουήλ Ευρωκλινική
Ανδρας 82 ετών , με επίμονο wheezing και δύσπνοια,υποβάλλεται σε CTθώρακος (στένωση τής τραχείας στο επίπεδο του θυρεοειδούς) και βρογχοσκόπηση (διήθηση και στένωση του πλάγιου τοιχώματος τής τραχείας σε έκταση 3 εκατοστών) σε συνδυασμό με ηλεκτροκαυτηρία ,για αιμόσταση και διεύρυνση του αυλού.Παρά την αρχική βελτίωση ,τίς επόμενες ημέρες ο ασθενής επιδεινώθηκε και τοποθετήσαμε αυτοεκτεινόμενο επικαλυμένο stent τραχείας διαστάσεων 5 εκατοστών -16 χιλιοστών , δεδομένου ότι η διάγνωση ήταν διήθηση από νεόπλασμα του θυρεοειδούς αδένα .Ο αυλός αποκαταστάθηκε εύκολα και ανεπίπλεκτα.Κατά τόν επανέλεγχο 20 ημέρες αργότερα , διαπιστώθηκε αρχόμενη διήθηση του τοιχώματος στο εγγύς άκρο του stent και ο ασθενής,κατόπιν ογκολογικής συμβουλής ,υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία .Ανά μήνα υποβάλλονταν σε κλινική εκτίμηση και ακτινογραφία θώρακος .Περίπου 90 μέρες μετά το πέρας τής RT προσήλθε στα επείγοντα με έντονη αναπνευστική δυχέρεια και υποξαιμία.Κατά τη βρογχοσκόπηση που ακολούθησε , το stent ήταν μέν εντός τής τραχείας ,αλλά φραγμένο από μαλακής σύστασης μετακινούμενο καφεοειδές υλικό , εξαιρετικά ανθεκτικού στούς χεισμούς ,γεγονός που μάς ανάγκασε να τραβήξουμε πρός τα έξω όλο το σύμπλεγμα (φραγμένο stent).Δέν τραυματίστηκαν οι φωνητικές χορδές , δέν υπήρξε σημαντική αιμορραγία , τό stent ήταν ακέραιο και ο αυλός της τραχείας αποκαταστημένος. Συμπεράσματα-σκέψεις.Ακόμη και σε μία κακοήθη πάθηση , ένα stent που τοποθετήθηκε , μπορεί να χρειαστεί να βγεί.Το άκαμπτο βρογχοσκόπιο είναι η πιό σωστή επιλογή.Η γνώση τών βιο-μηχανικών ιδιοτήτων τών αυτοεκτεινόμενων επικαλυμένων stent (ελαστικότητα , διατασιμότητα ,ανθεκτικότητα) μπορεί να επιτρέψουν την απομάκρυνσή τους και με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA023

ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΠΥΕΛΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΣΥΣΤΟΙΧΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ.

Βασιλική Παπασιδέρη[1], Βασιλική Κόρδατζη[1], Ιωάννης Παπαδάκης[1], Παναγιώτης Δημήτριος Σπιθάκης[1], Ελισσάβετ Κωνσταντέλου[1], Αγγελική Πετούμενου[1], Αθηνά Πράπα[1], Ανθή Σαμπάνη[1], Παναγιώτης Μπίσιας[1], Νικόλαος Ζίας[1]
[1]*Πνευμονολογική κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Εισαγωγή
Αναδεικνύεται η παράδοξη εκκένωση νεφρικής κύστης με παρακέντηση υπεζωκοτικής συλλογής σύστοιχα, όπως διαπιστώθηκε σε επαναληπτική αξονική τομογραφία θώρακος και υπερηχογράφημα ΝΟΚ.
Παρουσίαση περιστατικού
Πρόκειται για άρρεν ασθενή, 88 ετών, που εισήχθη αρχικά στην Ουρολογική κλινική λόγω δυσουρικών συμπτωμάτων και εμπυρετού. Κατά την εισαγωγή στην CT θώρακος δεν ανευρέθη υπεζωκοτική συλλογή αλλά παραπυελική κύστη αριστερού νεφρού. Από το ιστορικό πρόκειται για μη λειτουργικό νεφρό με διάταση πυελοκαλυκικού συστήματος δεξιά. Σε επόμενη αξονική διαπιστώθηκε μικρή υπεζωκοτική συλλογή αριστερά. Τέθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης 8Fr και παροχετεύτηκε γαλακτόχρουν υγρό. Πρόκειται για διίδρωμα βάσει κριτηρίων Light, ενώ διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές ουρίας και κρεατινίνης της συλλογής.
Συζήτηση
Παράδοξη αντιμετώπιση παραπυελικής κύστης και ανακούφιση συμπτωματολογίας ασθενούς με παρακέντηση αυτής δια μέσου της θωρακικής κοιλότητας λόγω ύπαρξης επικοινωνίας μεταξύ τους.

AA024

ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΥΠΟΓΛΩΤΤΙΔΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ CO2 LASER ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΑΜΠΤΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER

Βασιλική Παπασιδέρη[1], Βασιλική Κόρδατζη[1], Ιωάννης Παπαδάκης[1], Παναγιώτης - Δημήτριος Σπιθάκης[1], Ελισσάβετ Κωνσταντέλου[1], Αγγελική Πετούμενου[1], Ιωάννης Γιαλμανίδης[1], Ανθή Σαμπάνη[1], Αθηνά Πράπα[1], Παναγιώτης Μπίσιας[1], Νικόλαος Ζίας[1]
[1]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή
Η χρήση CO2 laser ,με μικρότερο βάθος καυτηρίασης συγκριτικά με το APC άρα και μικρότερης φλεγμονής και μετέπειτα ανάπτυξης ουλώδους ιστού, ενδείκνυται για πιο μόνιμα αποτελέσματα διάνοιξης στενώσεων τραχειοβρογχικού δέντρου.
Παρουσίαση περιστατικού
Πρόκειται για θήλυ ασθενή, 54 ετών με ιστορικό κοκκιωμάτωσης Wegener και προηγηθείσες διανοίξεις της στένωσης. Η ασθενής προσήλθε με εισπνευστικό συριγμό και αδυναμία απόχρεμψης μετά από COVID-19 λοίμωξη. Ανάδειξη δακτυλιοειδους υπογλωττιδικής στένωσης, που αντιμετωπίστηκε αρχικώς με διατομή με μαχαιρίδιο ηλεκτροκαυτηρίασης και argon plasmacoagulation.Όμως σε δεύτερο χρόνο παρατηρήθηκε επαναστένωση της περιοχής με ανάγκη για τραχειοστομία για διασφάλιση αεραγωγού. Τελικώς, αποφασίστηκε η διενέργεια νέας άκαμπτης βρογχοσκόπησης και διατομής με CO2 laser ,που επιλέχθηκε λόγω της μικρότερης πιθανότητας επαναστένωσης.
Συζήτηση
Αναδεικνύεται η σημασία της χρήσης CO2 laser έναντι της καυτηρίασης με argon plasma coagulation, λόγω της μικρότερης πιθανότητας ανάπτυξης ουλώδους ιστού και άρα νέας επαναστένωσης σε ασθενή με κοκκιωμάτωση Wegener και ιστορικό προηγούμενων διανοιξεων.

AA025

Η ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΔΙΑΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑΣ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΧΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ηρακλής Τιτόπουλος[1], Δέσποινα Μαλλέ[2], Ελευθερία Κωνσταντίνου[1], Μάξιμος Αγγελίδης[3], Μαρία Σαρόγλου[3], Φωτεινή Μίχα[4], Θωμάς Ζαραμπούκας[5], Βασιλεία Δημητριάδου[6]
[1]Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, [2]Ιδιωτικό εργαστήριο κλινικής κυτταρολογίας ACPath, [3]ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», [4]Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, [5]Ιστοδιερευνητική ΑΕ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, [6]ΓΝ «Αγ. Δημήτριος»

Η κυτταρολογική εξέταση από το αποτύπωμα βιοψίας κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης (touch imprint cytology, TIC) είναι ευρέως αποδεκτή, επικουρική της ταχείας βιοψίας, για τη διάγνωση πιθανής κακοήθειας. Παρά το γεγονός ότι, η TIC έχει εφαρμοστεί στη βρογχοσκόπηση, δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διαβρογχική λεμφαδενική κρυοβιοψία με υπερηχογραφική καθοδήγηση (EBUS-transbronchial intranodal cryobiopsy, EBUS-TBINCB) για τη διερεύνηση μεσοθωρακικής λεμφαδενοπάθειας (ΜΛ). Μελετήθηκαν 21 ασθενείς, 11 άνδρες και 10 γυναίκες, μ.ο. ηλικίας 60.3 έτη, που υποβλήθηκαν σε EBUS-TBINCB για τη διάγνωση ΜΛ. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, οι ασθενείς υποβλήθηκαν από ειδικό κυτταρολόγο ταυτόχρονα σε ROSE και ταχεία TIC (Rapid Touch Imprint Cryo Cytology, RTICC), αντίστοιχα. Ελήφθησαν δείγματα από 25 στόχους-σταθμούς. Τα περισσότερα δείγματα (8/25) ήταν από τον LN7 σταθμό, 6/25 από 11R, 3/25 από 4R, ένα από 10R, ένα από 11L, ενώ 6/25 από τον ίδιο τον όγκο. Η διαδικασία της RTICC, διάρκειας 2.5 min, περιελάμβανε αποτύπωμα δείγματος στο πλακάκι, μονιμοποίηση με τη μέθοδο Diff- Quick, μικροσκόπηση και τοποθέτηση σε φορμόλη 10% για ιστολογική εξέταση. Με βάση τα ευρήματα οι κυτταρολογικές διαγνώσεις ταξινομήθηκαν σε 4 κατηγορίες: I) ανεπαρκές υλικό, II) αρνητικό για κακοήθεια, III) ύποπτη κακοήθεια και IV) θετικό για κακοήθεια. Τα αποτελέσματα από ROSE και RTICC έδειξαν: κατηγορία IV σε 13/21 (10 NSCLC, 2 SCLC, 1 βλεννώδες Ca), κατηγορία II σε 7/21 (4 αντιδραστική λεμφαδενίτις, 3 σαρκοείδωση) και κατηγορία I (νέκρωση) σε ένα ασθενή. Δεν σημειώθηκαν σημαντικές παρενέργειες, όπως αιμορραγία, πνευμομεσοπνευμόνιο ή πνευμοθώρακας. Συμπεραίνουμε ότι, η RTICC σε ασθενείς με ΜΛ που υποβάλλονται σε EBUS-TBINCB είναι μια γρήγορη, αξιόπιστη, ασφαλής και φτηνή τεχνική, συμπληρωματική της ROSE, για την άμεση εκτίμηση του βιοπτικού υλικού. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, η RTICC σε EBUS-TBINCB εφαρμόζεται για πρώτη φορά σε παγκόσμιο επίπεδο στη Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας του Ιατρικού Διαβαλκανικού.

AA026

ΔΙΑΒΡΟΓΧΙΚΗ ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΕ 60 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

Ηρακλής Τιτόπουλος[1], Ελευθερία Κωνσταντίνου[1], Δέσποινα Μαλλέ[4], Στυλιανός Φρέγκογλου[2], Φωτεινή Μίχα[2], Μάξιμος Αγγελίδης[3], Μαρία Σαρόγλου[3], Θωμάς Ζαραμπούκας[5]

[1]Ιατρικό Διαβαλκανικό, Όμιλος Ιατρικό Αθηνών, [2]Ιατρικό Αθηνών, Όμιλος Ιατρικό Αθηνών, [3]ΓΝ. «Γ. Παπανικολάου», [4]Ιδιωτικό εργαστήριο κλινικής κυτταρολογίας ACPath, [5]Ιστοδιερευνητική ΑΕ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

Η διαβρογχική βιοψία δια βελόνης με υπερηχογραφική καθοδήγηση (EBUS-TBNA) είναι η πλέον αποδεκτή επεμβατική μέθοδος για την εκτίμηση των μεσοθωρακικών όγκων (Tu) και λεμφαδένων. Παρά ταύτα, σε πολλές περιπτώσεις το δείγμα είναι ανεπαρκές, ιδίως σε κοκκιωματώδεις φλεγμονές, λέμφωμα και ανεγχείρητο NSCLC. Η κρυοβιοψία είναι μια νέα τεχνική για τη λήψη βιοψίας, μεγαλύτερης και ποιότητα καλύτερης από εκείνης που λαμβάνεται με λαβίδα. Παρά το γεγονός ότι, η κρυοβιοψία έχει χρήση σε βρογχοσκόπηση, δεν έχει μελετηθεί σε υπερηχογραφική βρογχοσκόπηση (CP-EBUS). Περιγράφονται η τεχνική και τα συμπεράσματα από την διαβρογχική κρυοβιοψία με υπερηχογραφική καθοδήγηση (Transbronchial IntraNodal CryoBiopsy, EBUS-TBINCB) σε 60 ασθενείς, 33 άνδρες και 27 γυναίκες, μέσης ηλικίας 64.5 έτη, που υποβλήθηκαν σε CP-EBUS. Χρησιμοποιήθηκε single-use κρυοκαθετήρας 1.1 mm ERBE μέσα από το κανάλι εργασίας υπερηχογραφικού ενδοσκοπίου EB-530US Fujifilm. Η επιλογή του στόχου για την κρυοβιοψία καθορίζονταν με κριτήριο τη ROSE. Για την δημιουργία καναλιού για την είσοδο του κρυοκαθετήρα στη βλάβη χρησιμοποιήθηκε υπερηχογραφική βελόνα 22G. Έγιναν συνολικά 150 κρυοβιοψίες, μεγέθους 3-5 mm, από 67 μεσοθωρακικούς σταθμούς (28XLN7, 10X11R, 8X4R, 2X10R, 3X11L, 3X4L και 13XTu). Τα αποτελέσματα έδειξαν: NSCLC 26/60, SCLC 11/60, μεταστατικό καρκίνο (μαστός, ωοθήκες, μεσοθηλίωμα, σινοβιοσάρκωμα) 4/60, σαρκοείδωση 9/60, Hodgkin 2/60, αντιδραστική λεμφαδενίτιδα 7/60 και νέκρωση 1/60. Εκτός από ένα που εμφάνισε νέκρωση, τα υπόλοιπα δείγματα κρίθηκαν επαρκή για ιστολογική-ανοσοιστοχημική εξέταση και μοριακή ανάλυση. Δεν σημειώθηκαν σημαντικές παρενέργειες, όπως αιμορραγία, πνευμομεσοπνευμόνιο ή πνευμοθώρακας. Συμπεραίνουμε ότι η EBUS-TBINCB: 1) είναι μια πρωτοποριακή και ασφαλής διαγνωστική τεχνική με άριστα αποτελέσματα, 2) δίνει τη δυνατότητα εξετάσεων που γίνονται με δυσκολία σε κυτταρολογικό υλικό, 3) απαιτείται εμπειρία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, και 4) ο σχεδιασμός νέων κρυοκαθετήρων θα μειώσουν σημαντικά στο μέλλον τον βαθμό δυσκολίας της τεχνικής. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, η Μονάδα Επεμβατικής Πνευμονολογίας του Ιατρικού Διαβαλκανικού συγκαταλέγεται μεταξύ των πρώτων που εφαρμόζουν την EBUS-TBINCB και η πρώτη σε αριθμό περιστατικών παγκοσμίως.

Λοιμώξεις Αναπνευστικού Συστήματος

AA027

ΥΠΟΞΙΑ ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΣΕ ΚΟΙΛΟΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΑΠΟΤΟΚΕΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Θεοδώρα Αντρονίκου[1], Μαρία Γαγγάδη, Νικολέττα Γαλανοπούλου, Ελένη Μοσχοτζοπούλου, Ηλίας Καϊνης
[1]10η Πνευμονολογική κλινική ΓΝΝΘ "Η Σωτηρία"

Υπάρχουν αρκετές αναφορές ότι η λοίμωξη απόSARS-COV-2μπορεί να δημιουργήσει κοιλοτικές αλλοιώσεις στον πνεύμονα ως αποτέλεσμα της κυψελιδικής καταστροφής που δημιουργεί ο ιός. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε ένα περιστατικό με πολλαπλές κοιλότητες μετά από Covid-19 λοίμωξη με επιλοίμωξη αυτών από ασπέργιλλο.
Παρουσίαση περιστατικού
Άνδρας 62 ετών, πρώην καπνιστής, με ατομικό αναμνηστικό ΣΝ, ΧΚΜ, ΣΔ2, νεφρεκτομής, ΧΝΑ, εισήχθη στο Νοσοκομείο λόγω αιμόπτυσης από 48hαλλά και πυώδους απόχρεμψης από μηνός. ΑναφέρειCovid-19 λοίμωξη προ διμήνου και κατόπιν νοσηλεία με λοίμωξη αναπνευστικού. Είχε διενεργηθεί τότε CTθώρακος όπου ανέδειξε δύο μικρές κοιλότητες (ΔΕ μέσου και κάτω), θαμβύ ύαλο περιφερικά υπουπεζωκοτικά, πνευμομεσοθωράκιο και ινώδεις αλλοιώσεις στου άνω λοβούς. Ανέφερε έκτοτε απώλεια βάρους 30Kg. Κατά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο παρουσίαζε υπο-οξυγοναιμία, και απεικονιστικά σημαντική επιδείνωση της προυπάρχουσας εικόνας με συρρέουσες πολύχωρες κοιλότητες αμφοτερόπλευρα κυρίως στους άνω πνευμονικούς λοβούς με υγρικό περιεχόμενο εντός αυτών, οζώδεις αλλοιώσεις με αρχόμενη κοιλοποίηση, διηθήματα θαμβύς υάλου, βρογχιεκτασίες και πάχυνση μεσολόβιων διαφραγμάτων άμφω. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, η γενική αίματος είχε πολυμορφοπυρηνικό τύπο(WBC=8.980,N=7.820), παρουσίαζε υψηλούς δείκτες φλεγμονής [CRP=18.55mg/dl (φτ=<0.7) και PCT=2.32ng/ml (φτ=<0.25)] , Cr=3.6mg/dlκαι Na=126mmol/l. Αντιμετωπίστηκε με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά και έγινε βρογχοσκόπηση (BAL)για αποκλεισμό ευκαιριακών λοιμώξεων. Λόγω του οριακάθετικούAg για Ασπέργιλλο στο BALτέθηκε σε Anidulafungin ενώ ο λοιπός μικροβιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός.Επίσης οι τίτλοι αντισωμάτων για ασπέργιλλο τις επόμενες ημέρες ήρθαν θετικοί (IgM=1200U/ml, IgG=330U/mlκαι IgA=187U/ml).Τις επόμενες ημέρες παρουσίασε καθημερινά επεισόδια αιμόπτυσης, με συνεχή επιδείνωση της υπο-οξυγοναιμίας. Την 5η ημέρα νοσηλείας διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ όπου κατέληξε.
Συζήτηση
Η υποξία διηθητική ασπεργίλλωση είναι μία υποκατηγορία της χρόνιας μορφής που χαρακτηρίζεται με πιο ραγδαία επιδείνωση (<3 μήνες) σε ηπίως ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Αναπτύσσεται σε προυπάρχουσες κοιλότητες και δημιουργεί καταστροφή του παρακείμενου ιστού με δημιουργία ινωτικών αλλοιώσεων. Αναφέρονται ως προδιαθεσικοί παράγοντες ο ΣΔ, η υποθρεψία, η παρατεταμένη λήψη κορτικοειδών, τα κολλαγονικά νοσήματα και η ΧΑΠ. Η διάγνωση τίθεται με τον συνδυασμό:παρουσίας μίας ή περισσοτέρωνκοιλοτήτων με/ή χωρίς μυκητώματα ή οζιδία στην CTθώρακος, ανεύρεση αντιγόνου για Ασπέργιλλο και αποκλείοντας άλλες διαγνώσεις. Τα αντισώματα έναντι Ασπέργιλλου είναι αυξημένα σε πάνω από το 90% των περιπτώσεων.
Υπάρχουν ελάχιστες αναφορές στην βιβλιογραφία επιλοίμωξης από Ασπέργιλλο κοιλοτήτων που έχουν δημιουργηθεί από Covid-19 λοίμωξη, αν και θα πρέπει ίσως να προστεθεί στα προδιαθεσικά νοσήματα ανάπτυξης αυτής της οντότητας.

AA028

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΑΠ & ΤΟΥ ΧΒΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID 19 ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ».

Θεόδωρος Μοσχόπουλος[1], Ειρήνη Πασπαράκη[2], Αναστάσιος Στριγγάρης[2], Γεώργιος Μακρής[1], Γεώργιος Κουναλάκης[1], Μανώλης Φερδούτσης[2], Νικόλαος Παπανικολάου[1], Γεώργιος Μελέτης[2]
[1]ΤΕΠ COVID- Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο- Πανανειο, [2]Πνευμονολογικό Τμήμα- Γενικό Νοσοκομείο Βενιζελειο- Πανανειο

Εισαγωγή: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε την χρονική περίοδο Μάρτιος- Αύγουστος 2021. Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοόρτης που αφορά τα περιστατικά που προσήλθαν στο COVID- 19 ΤΕΠ του ΒΓΝΗ κατά τις ημέρες εφημέρευσης αυτού (15 ημέρες /μήνα).
Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να ερευνηθεί κατά πόσο η ΧΑΠ ή/και το ΧΒΑ αυξάνουν τον κίνδυνο και την διάρκεια νοσηλείας, τον κίνδυνο εισαγωγής στην ΜΕΘ καθώς και την θνητότητα των ασθενών με COVID 19.
Αποτελέσματα: Από τους 776 ασθενείς που μελετήθηκαν οι 384 ήταν άνδρες (49,6%) και οι 391 γυναίκες (50,4%). Η διάμεση ηλικία των εν λόγω ασθενών ήταν τα 47 έτη, με την πλειοψηφία αυτών να είναι < 65 ετών (75,52%) και να έχουν συννοσηρότητες (68,81%), ενώ η διάμεση ηλικία των νοσηλευόμενων ήταν τα 60 έτη, σημαντικά υψηλότερη συγκριτικά με το γενικό δείγμα.. Συνολικά, μόνο 142 ασθενείς (18,2%) ήταν εμβολιασμένοι είτε με μία (9,41%) είτε με δύο (8,89%) δόσεις (εικ. 1) .
Από το σύνολο του δείγματος, 60 ασθενείς είχαν COPD και 103 ΧΒΑ. Η διάμεση ηλικία των ασθενών με COPD ήταν σαφώς μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ασθματικούς ασθενείς, όπως σημαντικά μεγαλύτερη ήταν και διάρκεια νοσηλείας εν συγκρίσει με το γενικό δείγμα. Εξ αυτών αντίστοιχα 11 με COPD (18,33%) και 2 με άσθμα (1,94%) απεβίωσαν. Οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν 3.79 φορές παραπάνω πιθανότητες να αποβιώσουν συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έπασχαν από ΧΑΠ, (OR4.79 [2.28-10.09]). Αντίθετα, το ΧΒΑ δεν εμφάνισε κάποια σημαντική συσχέτιση με τη θνητότητα (p= 0.086). Τέλος, το 87,5% των ασθενών με COPD που εισήχθησαν στην ΜΕΘ απεβίωσαν ,ποσοστό σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με τους ασθενείς που έπασχαν από ΧΒΑ (16,6%).
Συμπεράσματα: Παρά το γεγονός ότι προσήλθαν στο ΤΕΠ- COVID περισσότεροι ασθενείς με ΧΒΑ, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εισαγωγές στο νοσοκομείο/ΜΕΘ ή με τη θνητότητα, πιθανώς επειδή το ΧΒΑ αποτελεί νόσημα που προσβάλει νεότερο πληθυσμό συγκριτικά με την ΧΑΠ και μια φλεγμονώδη αναστρέψιμη και ελεύθερη συμπτωμάτων νόσο, εφόσον λαμβάνεται η προβλεπόμενη θεραπεία. Οπως περιγράφεται και την διεθνή βιβλιογραφία έτσι και στο δείγμα μας, οι ασθενείς με COPD εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο νόσησης, εισαγωγής στην ΜΕΘ, διάρκειας νοσηλείας αλλά και θνητότητας. Δυστυχώς δεν υπάρχουν δεδομένα για την καπνιστική συνήθεια των ασθενών, διότι δεν καταγράφηκαν στο μητρώο των ασθενών από το προσωπικό της εκάστοτε εφημερίας.

AA029

HYPER-IGE SYNDROME (HIES) -BUCKLEY SYNDROME.

Αναστάσιος Στριγγάρης[1], Ειρήνη Πασπαράκη[1], Νικηφόρος Τριαντούλης- Ναθαναήλ[1], Αναστάσιος Αρχοντάκης[1], Μανώλης Φερδούτσης[1], Σεβαστή Κουμιωτάκη[1], Γεώργιος Μελέτης[1]
[1]*Πνευμονολογικό Τμήμα- Γενικό Νοσοκομείο Βενιζελειο- Πανανειο*

Το σύνδρομο Buckley αποτελεί μια σπάνια πρωτοπαθή διαταραχή ανοσοανεπάρκειας που χαρακτηρίζεται από υψηλή τιμή IgE ορού (> 2000 IU/ml), επαναλαμβανόμενα σταφυλοκοκκικά δερματικά αποστήματα και υποτροπιάζουσες πνευμονίες με σχηματισμό πνευματοκήλης. Η χαμηλή χημειοταξία των ουδετεροφίλων λόγω χαμηλής παραγωγής γ-ιντερφερόνης από τα Τ- Λεμφοκύτταρα πιστεύεται ότι προκαλεί την νόσο με δύο τύπους, τον επικρατούντα (autosomal dominant) και τον υπολλειπόμενο (autosomal recessive disorder) .
Η ετήσια επίπτωση υπολογίζεται περίπου στο 1/1.000.000 ενώ το σύνδρομο επηρεάζει εξίσου άνδρες και γυναίκες. Ασθενής, 28 ετών, Γαλλικής καταγωγής, διεκομίσθη αιτιώμενος δύσπνοια αρχόμενη από ημερών. Ο ασθενής ανέφερε πολλαπλά επεισόδια λοιμώξεων (ελάμβανε χρόνια προφύλαξη με SMX-TMP) καθώς και αιμόπτυση προ 2 μήνου. Εισήχθη άμεσα στην ΠΝ κλινική σε βαριά κλινική κατάσταση, με σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I (pO2 43 mmHg) και εμπύρετο (38.5oC). Από τον απεικονιστικό έλεγχο (CxR & chest CT) αναδείχτηκαν εκτεταμένη πύκνωση ΑΚΛ με συνοδό αεροβρογχόγραμμα καθώς και πολλαπλές βρογχιεκτασίες με συνοδό πνευματοκήλη στον έτερο πνεύμονα.

Ο ασθενής υποστηρίχτηκε αναπνευστικά με μάσκα αποθεματικού ασκού με άμεση βελτίωση της ανταλλαγής ABGs. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανευρέθηκαν ↑CRP (33.5 mg/dl) , ↑ ΤΚΕ (120), ↑IgE (2.200 IU/ml), ↑ WBC (13.8 x1000/μl), υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Hgb9.5 g/dl, HCT 30.8%,) και ηωσινοφιλία. Έλαβε ΑΒ αγωγή με λεβοφλοξασίνη, μεροπενέμη, λινεζολίδη, με συνχορήγηση SMX-TMP ως ελάμβανε με προοδευτική βελτίωση της κλινικής του εικόνας καθώς και της ανταλλαγής αερίων αίματος.
Δυστυχώς το HIES σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η επαρκής φροντίδα, η στενή παρακολούθηση και η συμμόρφωση του ασθενούς βελτιώνουν την πρόγνωση και αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης περίπου στα 50 έτη.
Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει πρόληψη και διαχείριση λοιμώξεων με μακροχρόνια χορήγηση συστηματικών αντιβιοτικών και αντιμυκητιασικών. Η χειρουργική αντιμετώπιση των πνευμονικών αποστημάτων αποτελεί ιδιαίτερα απαιτητική πρακτική λόγο των σοβαρών επιπλοκών.

AA030

PROLONGED COVID-19 IN B CELL-DEPLETED PATIENTS AFTER RITUXIMAB TREATMENT; A CASE SERIES STUDY.

Eirini Vasarmidi[1], Konstantina Lyroni[1], Eleni Bibaki[1], Irini Lambiri[1], Maria Karastathi-Asimakopoulou[2], Styliani Biziriannaki[1], Michail Fanaridis[1], Christina Ermidou[1], George Vaios[1], George Stathakis[1], Sofia Schiza[1], Katerina Antoniou[1], Nikolaos Tzanakis[1]

[1]Department of Respiratory Medicine, University Hospital of Heraklion, [2]School of Medicine, University of Crete

Introduction: There is a crucial need to clarify the incidence and the course of prolonged COVID-19 infection in immunosuppressed population. Immunocompromised patients receiving B-cell depletion agents are at risk for persistence and/or severe SARS-COV-2 infection. It has been claimed in the literature that patients suffering from autoimmune, oncohematologic, and/or neurologic disorders, with B-cell depletion and negative serologic evidence against SARS-CoV-2 after both natural infection and/or SARS-CoV-2 vaccination are at higher risk of severe and/or prolonged COVID-19.

Methods: This is a single-center study. We retrospectively enrolled a total number of 5 B-cell depleted consecutive patients referred to the bronchoscopy department of University Hospital of Heraklion, from June 2022 to September 2022. All of these patients underwent bronchoscopy and the presence of SARS-CoV-2 was tested by RT-PCR in bronchial secretions. Demographic characteristics, medical history, clinical presentation, lung CT findings, treatment, and clinical outcome, were collected.

Results: In this study, we describe 5 patients who received rituximab treatment and were referred in our department for prolonged symptoms after SARS-CoV-2 infection. The age of the participants was 61 (47-83) years old and all of them were fully vaccinated. Two of them had rheumatoid arthritis (RA) and three hematological malignancies. At the time of investigation with bronchoscopy to evaluate possible prolonged SARS-CoV-2 existence, the CT findings included ground glass opacities and consolidations. The results indicate that the days from the last dose of rituximab until the first positive test for SARS-CoV-2 were 72 (15-158) days, and from the last dose of rituximab until the positive test from the bronchoscopy were 158 (112-215) days. The majority of the included patients received therapy with remdesivir (4 out of 5), and/or hyper-immune convalescent plasma (4 out of 5). All of them received intravenously corticosteroids, while 1 patient has been hospitalized and received treatment 3 times. Two had co-infection with PJP and received the appropriate therapy, while one of them was admitted to the ICU, but he recovered.

Conclusion: We describe a case series of 5 patients infected by SARS-CoV-2 under B-cell depletion therapy, who presented with prolonged COVID-9 symptoms. They were mostly treated with intravenous remdesivir, steroids, and hyper-immune convalescent plasma. Our findings illustrate how exposure to anti-CD20 treatment profoundly affects B-cell functions involved in anti-SARS-CoV-2 immunity and significantly impacts on the clinical course of SARS-CoV-2 infection. Combination therapeutic strategies may play a decisive role in the setting of B-cell immune deficiencies.

AA031

ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗΣ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ COVID ΛΟΙΜΩΞΗ

Γεωργία Αθανασοπούλου[1], Δήμητρα Φασφαλή[1], Ευφροσύνη Δήμα[1], Παρασκευή Κατσαούνου[1], Ανδρέας Ασημάκος[1]
[1]*Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας της Α΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ ΄΄ Ο Ευαγγελισμός΄΄*

Εισαγωγή: Η Κρυπτογενής Οργανούμενη Πνευμονία ανήκει στο φάσμα διάμεσων πνευμονοπαθειών και αφορά σχηματισμό κοκκιωματώδους ιστού που αποφράσσει τις κυψελίδες και τα βρογχιόλια οδηγώντας σε υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια. Έχουν ενοχοποιηθεί εκλυτικοί παράγοντες όπως ιογενείς λοιμώξεις, φάρμακα, νόσοι συνδετικού ιστού και εισπνοή τοξικών αερίων. Η υπεροχή λεμφοκυττάρων στο BAL, η χαμηλή διάχυση, ο απεικονιστικός έλεγχος και η βιοψία θέτουν τη διάγνωση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει μια κλινική περίπτωση οργανούμενης πνευμονίας μετά από Covid λοίμωξη.

Κλινική περίπτωση: Γυναίκα 72 ετών, με ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό Rituximab προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου, μη παραγωγικού βήχα και δύσπνοιας από 5ημέρου. Επιπλέον αναφέρεται καταβολή, ανορεξία και απώλεια σωματικού βάρους από μηνός, συμπτώματα που εμφανίστηκαν με την παρελθούσα Covid λοίμωξη(ήπια νόσος). Κατά την κλινική εξέταση ανεδείχθη αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με μη μουσικούς ρόγχους στην ακρόαση αναπνευστικού.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε χαμηλούς δείκτες φλεγμονής και η ακτινογραφία θώρακος απεικόνισε ασαφή διηθήματα κάτω λοβών. Στα πλαίσια διερεύνησης λοίμωξης αναπνευστικού σε έδαφος ανοσοκαταστολής, η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση με Bal και διαβρογχική βιοψία. Η καλλιέργεια του Bal ήταν αρνητική για κοινά παθογόνα, β-koch, μύκητες, Aspergillus, Nocardia, ενώ αρνητική για κακοήθεια ήταν επίσης η κυτταρολογική και η ιστολογική εξέταση. Από ανοσολογικό έλεγχο προέκυψαν anti-CCP (-) και RF (-). Η ασθενής έλαβε πολλαπλά αντιβιοτικά σχήματα χωρίς ανταπόκριση, αλλά με κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση (καθημερινά εμπύρετα, HFNC60lt FiO2=85%, CRP=18 g/dl). Η επαναληπτική ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε μεταναστευτικά διηθήματα και τέθηκε η υποψία οργανούμενης πνευμονίας (Εικόνα 1). Έγινε έναρξη μεθυλπρεδνιζολόνης σε μεγάλες δόσεις (1mg/kg) με άμεση ύφεση συμπτωμάτων, υποχώρηση δεικτών φλεγμονής και διηθημάτων πνεύμονα (Εικόνα 2). Η ασθενής εξήλθε απύρετη και αναπνευστικά επαρκής.

Συμπεράσματα: Η Κρυπτογενής Οργανούμενη Πνευμονία είναι σπάνια κλινική οντότητα και η διάγνωση τίθεται με αποκλεισμό μικροβιολογικής αιτίας πνευμονίας, όπως Covid, μη ενεργότητα νόσου συνδετικού ιστού και συνηγορητικό παρακλινικό έλεγχο. Η έγκαιρη λήψη αγωγής με κορτικοστεροειδή σχετίζεται με ευνοϊκή πρόγνωση.

AA032

ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΠΥΟΥ

Γεωργία Αθανασοπούλου[1], Δήμητρα Φασφαλή[1], Ευφροσύνη Δήμα[1], Παρασκευή Κατσαούνου[1], Ανδρέας Ασημάκος[1]
[1] *Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας της Α΄ Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ ΄΄ Ο Ευαγγελισμός΄΄*

Εισαγωγή: Η σταφυλοκοκκική πνευμονία προκαλείται συνήθως από αιματογενή διασπορά, αερογενή μόλυνση, αλλά και εισρόφηση μολυσματικού υλικού. Μερικοί από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από σταφυλόκοκκο είναι ο γνωστός αποικισμός, πρόσφατη νοσηλεία με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών, πρόσφατη γρίπη και διαβίωση σε συνθήκες συγχρωτισμού. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη μιας αντίστοιχης πνευμονίας της κοινότητας από MSSA μετά από εισρόφηση πύου.
Κλινική περίπτωση: Άνδρας 36 ετών, περιστασιακός καπνιστής ινδικής κάνναβις, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω παραγωγικού βήχα με περιστασιακή αποβολή αιμόφυρτων πτυέλων και θωρακαλγία από 10ημέρου. Ο ασθενής αναφέρει πρόσφατο χειρουργείο διάνοιξης δοθιήνα κάτω χείλους και παροχέτευσης κατά το οποίο εισρόφησε το πύο. Έλαβε 7 μέρες αμοξυκιλλίνη/ κλαβουλανικό μετεγχειρητικά, ενώ εμφάνισε επιδεινούμενη κλινική εικόνα. Κατά την αντικειμενική εξέταση ήταν αναπνευστικά επαρκής και είχε μη μουσικούς ρόγχους κυρίως αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου. Επισκοπικά ο δοθιήνας είχε υποχωρήσει.
Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Υπεβλήθη σε CT θώρακος με πρωτόκολλο πνευμονική εμβολής όπου δεν παρατηρήθηκαν ελλείμματα σκιαγράφησης στους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας και απεικονίστηκαν δύο πυκνωτικές αλλοιώσεις με κοιλοποίηση σε ΔΚΛ και ΑΑΛ. (Εικόνα 1). Στα πλαίσια διερεύνησης κοιλοτήτων εστάλη ανοσολογικός έλεγχος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από καλλιέργεια πτυέλων απομόνωσε Staphylococcus Aureus (MSSA), ενώ η καλλιέργεια αίματος ήταν αρνητική. Ο ασθενής έλαβε στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή με αντισταφυλακοκκική πενικιλλίνη. Μετά την ολοκλήρωση αγωγής (21 μέρες συνολικά) διενεργήθηκε νέα CT θώρακος, που ήταν βελτιωμένη σε σύγκριση με την αρχική (Εικόνα 2).
Συμπεράσματα: Η σταφυλοκοκκική πνευμονία εκδηλώνεται με παρεγχυματική πύκνωση, διάσπαρτα οζώδη διηθήματα με κοιλοποίηση εως και νεκρωτική πνευμονία. Είναι σημαντική η αντιμετώπιση με κατάλληλη αντισταφυλοκοκκική αγωγή. Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπεία είναι τουλάχιστον τρεις εβδομάδες ή εξατομικευμένη μέχρι την κλινικοεργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση του ασθενούς.

AA033

ΥΠΟΓΑΜΜΙΝΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ RITUXIMAB ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.

Ελβίρα Μαρκέλα Αντωνογιαννάκη[1], Βασιλική Απολλωνάτου[2], Ευφροσύνη Μάναλη[2], Μαρία Καλλιέρη[2], Francesca Strakosha[2], Μυρτώ Μπλίζου[2], Βασίλης Παράσχου[2], Θωμάς Ραπτάκης[2], Σπυρίδων Παπίρης[2]
[1]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, [2]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Το rituximab είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα anti-CD20 έναντι των Β-λεμφοκυττάρων (από τις άωρες μορφές ως και τα ώριμα κυκλοφορούντα στην περιφέρεια) και χρησιμοποιείται κυρίως σε αυτοάνοσα νοσήματα και αιματολογικές κακοήθειες. Αν και το προφίλ ασφάλειας είναι γενικά αποδεκτό, υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν εμμένουσα υπο-γαμμα-σφαιριναιμία (έως και 56%) και συνοδές λοιμώξεις. Η υπο-γαμμα-σφαιριναιμία διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή (τιμές ανοσοσφαιρίνης G (IgG) 5-7, 3-5, <3 g/l, αντίστοιχα) και η αντιμετώπιση είναι η διακοπή του φαρμάκου και η θεραπεία υποκατάστασης. Ενδείξεις για θεραπεία υποκατάστασης αποτελούν η σοβαρότητα της υπο-γαμμα-σφαιριναιμίας και οι αλλεπάλληλες λοιμώξεις. Παρουσίαση περιστατικών: Παρουσιάζουμε δυο περιστατικά με υπο-γαμμα-σφαιριναιμία και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, τα οποία έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης με ανοσοσφαιρίνη. Το πρώτο περιστατικό αφορά γυναίκα, 50 ετών, η οποία ελάμβανε rituximab στα πλαίσια ρευματοειδούς αρθρίτιδας για 12 έτη. Η ασθενής από 5 μήνου εμφάνισε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις (πνευμονία από Pneumocystis Jirovecii και δύο επεισόδια πνευμονίας). Ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαρινών ανέδειξε μέτρια υπο-γαμμα-σφαιρναιμία (IgG 4,44 g/l). Με την θεραπεία υποκατάστασης (μέχρι τώρα 7 σχήματα) σημειώθηκε προοδευτικά αύξηση της IgG (Εικόνα 1α) και η ασθενής είναι ελεύθερη λοιμώξεων. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άντρα, 46 ετών, με ατομικό αναμνηστικό non-Hodgkin λεμφώματος, ο οποίος ελάμβανε rituximab για 5 έτη (τελευταία αγωγή προ 7μήνου – ελεύθερος νόσου). Ο ασθενής νοσηλεύτηκε λόγω πνευμονίας Pneumocystis Jirovecii και από το ποσοτικό προσδιορισμό προκύπτει μέτρια υπο-γαμμα-σφαιριναιμία (IgG 3,87 g/l). Ο ασθενής έχει λάβει 4 σχήματα υποκατάστασης με ανοσοσφαιρίνη και οι τιμές της IgG του ασθενούς απεικονίζονται στην Εικόνα 1β. Συζήτηση: Οι ασθενείς υπό αγωγή με rituximab και ιδιαίτερα οι ασθενείς με ευκαιριακές ή/και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις οφείλουν να ελέγχονται για το ενδεχόμενο της υπο-γαμμα-σφαιριναιμίας και να αξιολογείται το ενδεχόμενο έναρξης θεραπείας υποκατάστασης.

AA034

ΕΠΗΡΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΧΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΥΣΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΑ ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΝΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Long-COVID ΠΟΥ ΔΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥΝ ΣΕ ΜΕΘ

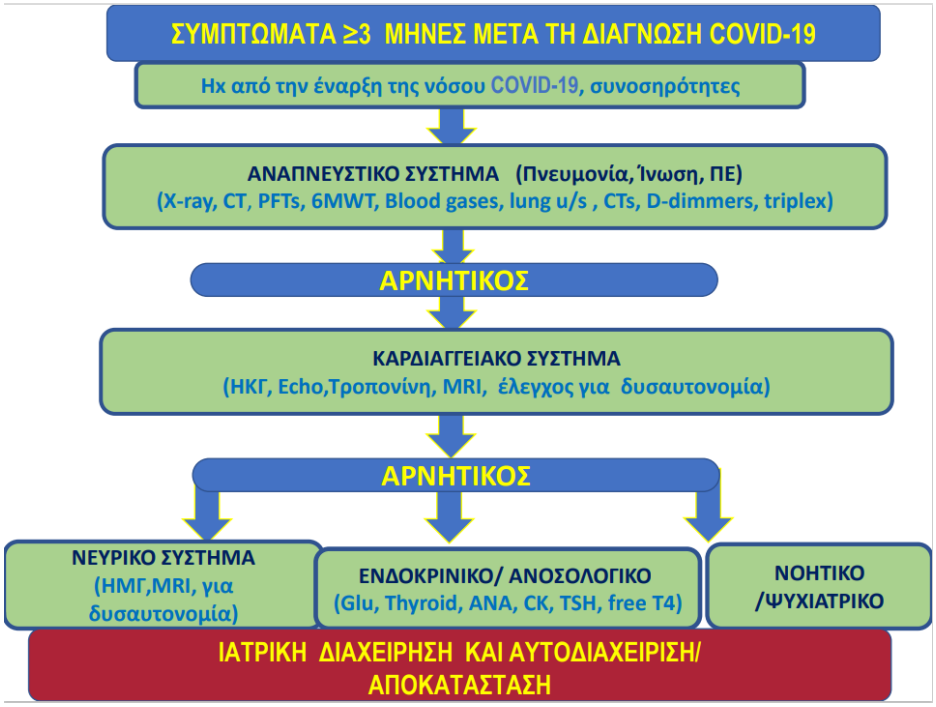
Αρχοντούλα Αντώνογλου[1], Ελένη Κωνσταντινίδου[2], Μαρία Στεφανάτου[3], Σοφία Σιδέρη[4], Παντελής Γουνόπουλος[5], Νικόλαος Αθανασίου[6], Σταυρούλα Σπετσιώτη[7], Αντώνιος Κονταξάκης[8], Ασπασίας Μαυρονάου[9], Αθανασία Βερεντζιώτη[10], Αικατερίνη Ποπρέλκα[11], Σοφία Παππά[12] , Σοφία Μαργαρίτη[13], Ευνίκη Ντινοπούλου[14], Μαρία Καριτινού[15], Ανδρέας Ασημάκος[16], Μάρθα Σπυριδούλα Κατσαρού[17], Στυλιανός Γκατζώνης[18], Παναγιώτης Πατρικέλης[19], Χρήστος Δεμπονέρας[20], Νικόλαος Δρακούλης[21], Ελένη Ιασωνίδου[22] Αναστασία Κοτανίδου[23] , Παρασκευή Κατσαούνου[24]

[1]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' Κ.Ε.Θ Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [2]Καρδιολόγος, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [3]Νευρολόγος, Α' Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [4]Ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [5]Καρδιολόγος, Β'Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [6]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [7]Εργοφυσιολόγος, Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' Κ.Ε.Θ, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [8]Φυσίατρος, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, [9]Φυσικοθεραπεύτρια, Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' Κ.Ε.Θ, [10]Νευρολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [11]Νευροψυχολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλιονική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [12]Ψυχιατρος, Imperial College London UK, [13]Νευροψυχολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [14]Νευροψυχολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [15]Ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [16]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' Κ.Ε.Θ, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [17]Ερευνητικό Εργαστήριο Φαρμακολογίας και Φαρμακογονιδιακής, Τμήμα Φαρμακολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Long CovidGreece Society
[18]Νευρολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [19]Νευροψυχολόγος, Α'Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [20]Καρδιολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Ν.Θ. <<Σωτηρία>>, [21]Ερευνητιό Εργαστήριο Φαρμακολογίας και Φαρμακογονιδιακής, Τμήμα Φαρμακολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, [22]Παιδίατρος, Long CovidGreece Society, [23]Εντατικολόγος – Πνευμονολόγος/Φυματιολόγος, Α' Κ.Ε.Θ Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>, [24]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α' Κ.Ε.Θ Γ.Ν.Α. <<Ο Ευαγγελισμός>>

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της COVID-19 συνιστούν πλέον μια νέα ιατρική οντότητα, το σύνδρομο Long-COVID. Εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν παγκοσμίως, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζονται πάνω από 100.000. Από την σύγχρονη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η νόσος είναι πολυσυστηματική, γεγονός που συμφωνεί με την περιγραφόμενη από τους ασθενείς συμπτωματολογία. Το κέντρο αναφοράς του Ευαγγελισμού από το 2020 δέχεται post-covid ασθενείς και έχει οργανώσει πλέον μία συντονισμένη δομή διεπιστημονικής ιατρικής παρακολούθησης, που προκύπτει από την διεθνή πρότυπα και ακολουθεί πιστά την σύγχρονη βιβλιογραφία σε επίπεδο διάγνωσης παρακολούθησης και θεραπείας. Από το 2022 βρίσκεται σε συνεργασία με την ελληνική ένωση ασθενών Long-COVID.

Στην Εικόνα 1 απεικονίζεται ο διαγνωστικός αλγόριθμος που έχει προταθεί από το ιατρείο μας και στον Πίνακα 1 φαίνονται τα προεξάρχοντα συμπτώματα και τα παθολογικά ευρήματα. Από την επεξεργασία των δεδομένων των 59 πρώτων ασθενών διαπιστώνεται η ύπαρξη συμπτωμάτων δυσαυτονομίας (48%, ποσοστά αντίστοιχα με τις μελέτες του εξωτερικού), ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν διαταραχή της διαχυτικής ικανότητας στο μεγαλύτερο

ποσοστό αυτών (88%) χωρίς παθολογικά ευρήματα στην αξονική τομογραφία θώρακος. Συχνές ήταν επίσης οι γνωστικές διαταραχές, οι διαταραχές μνήμης, οι διαταραχές ύπνου, το άγχος και η κατάθλιψη.
Περαιτέρω έρευνα πρέπει να διεξαχθεί σε επίπεδο αγγειακών και επιθηλιακών διαταραχών, πιθανόν με έμφαση στους ασθενείς που δεν έχουν νοσηλευτεί ενώ παρουσιάζουν ανεξήγητη συμπτωματολογία Long-COVID. Επίσης σημαντική είναι η πληροφόρηση και η ενσυναίσθηση των ιατρών απέναντι σε αυτή την οντότητα.



Εικόνα 1: Διαγνωστικός αλγόριθμος για ασθενείς Long-COVID.

ικας 1: εξάρχοντα συμπτώματα και παθολογικά ευρήματα ασθενών με Long-COVID	
ΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Φύλο	Άντρες 18 Γυναίκες 41
Μέσος όρος ηλικίας	48,47 χρόνια
Εμβολιασμός	Προ νόσησης (57%) Μετά τη νόσηση (66%)
Είδος νόσησης	Ήπια, χωρίς νοσηλεία (71,18%) Σοβαρή , με νοσηλεία (28,81%)
ΠΡΟΕΡΞΑΡΧΟΝΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
PCFs	Σκορ 1 (28,8%) Σκορ 2 (34,5%)
CAT	Low score (30,6%) Medium score (40,8%)
Συμπτώματα	Εύκολη κόπωση (90,74%) Δύσπνοια (81,4%) Ταχυκαρδία 68,52% Δ/χη Συγκέντρωσης (62,97%) Άγχος 62,97%) Δ/χη ύπνου (57,4%) Δ/χη μνήμης (51,86%) Κατάθλιψη (40,75%)
ΠΡΟΕΡΞΑΡΧΟΝΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
DLCO	Επηρεασμένη Διαχυτική Ικανότητα (88%)
HADS **Athens Insomnia Test**	Αϋπνία (72,9%) Κατάθλιψη (45,9%) Άγχος (45,8%)
Deep breathing **Active standing** **Handgrip** **Valsalva maneuver**	Δυσαυτονομία 48%
Γνωστική Λειτουργία & Μνήμη (RVLT, ROCFT, Babcock Story, Digit Span Backw)	Επηρεασμένες σε ποσοστό 12-24%

Post COVID19 Functional Status, **CAT:** COPD Assessment Test

AA035

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ/ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ SARS-COV-2 ΣΕ COVID-19 ΚΛΙΝΙΚΗ

Ρομίνα Χατζηπέτρου, Ίρις Βλαχαντώνη, Αναστασία Λεβουνέτς, Λαμπρινή Βλάσση, Ζαφείρης Σαρδελής, Κωνσταντίνος Σάμιτας, Ευάγγελος Μαρκοζάννες, Θεοπλάστη Γρηγοράτου, Ελευθέριος Ζέρβας, Λυκούργος Κολιλέκας
7η Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή
Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντική επιπλοκή της νοσηλείας σε νοσοκομείο, ως άμεσο αποτέλεσμα παρεμβατικών τεχνικών ή συνέπεια επαφής με τον χώρο περίθαλψης, και με την χορήγηση οποιασδήποτε ανοσοκατασταλτικής αγωγής να προδιαθέτει σημαντικά . Οδηγούν σε αυξημένη θνητότητα, παράταση νοσηλείας, υψηλότερο συνολικό κόστος και αποτελούν βασικό δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
Σκοπός της μελέτης
Η επικαιροποιημένη εκτίμηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις σε κλινική COVID-19, καθώς και το ρόλο τους στην έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών.
Μεθοδολογία
Μελέτη παρατήρησης και αναδρομικής ανασκόπησης για περίοδο έξι μηνών, από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο 2022. Εξετάστηκαν ο συνολικός επιπολασμός λοιμώξεων, η κατανομή ανά σύστημα, οι λοιμώξεις σχετιζόμενες με ιατρικές πράξεις και οι παθογόνοι μικροοργανισμοί. Στη συνέχεια, μέσω ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης εξετάστηκαν οι τα επί μέρους χαρακτηριστικά των ασθενών και της νοσηλείας τους για το ρόλο αυτών ως παράγοντες κινδύνου.
Αποτελέσματα
Το δείγμα ασθενών περιλάμβανε 246 άτομα με μέση ηλικία 64 έτη, μέσο χρόνο νοσηλείας 8 ημέρες και μέση βαθμολογία κλινικής ευπάθειας 2/9, η πλειονότητα των οποίων (94%) προερχόταν από την κοινότητα και έφεραν ιστορικό συνοσηροτήτων (83%), ενώ 17% των ασθενών ήταν ανοσοκατασταλμένοι, λόγω ήδη διαγνωσμένου χρόνιου νοσήματος, κακοήθειας ή λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Ο συνολικός επιπολασμός ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ήταν 8%, οι περισσότερες των οποίων αφορούσαν το αναπνευστικό σύστημα, το ουροποιητικό σύστημα και αιματογενείς λοιμώξεις. Από τους 21 ασθενείς που έλαβαν ανοσοκατασταλτική αγωγή για την αντιμετώπιση της λοίμωξης COVID-19, τρείς ήταν θετικοί για ενδονοσοκομειακής λοίμωξης. Οι πιο συχνά απομονωνόμενοι μικροοργανισμοί ήταν Klebsiella Pneumoniae, Acinetobacter Baumanii και Escherichia Coli. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι, ελέγχοντας για ανοσοκαταστολή και συνοσηρότητες, η διάρκεια νοσηλείας και η ηλικιακή ομάδα ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, η πιθανότητα θετικού ελέγχου για ενδονοσοκομειακή λοίμωξη των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για πάνω από 7 ημέρες ήταν 3.08 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με εκείνους που νοσηλεύθηκαν για λιγότερο από 6 ημέρες (OR 3.080, p=0.035) ενώ οι ασθενείς άνω των 80 ετών εμφάνισαν 5.59 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο λοίμωξης σε σύγκριση με τους ασθενείς κάτω των 50 ετών (OR 5.59, p=0.026).
Συμπεράσματα
Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν συχνό φαινόμενο της νοσοκομειακής περίθαλψης και αφορούν στους πιο ηλικιωμένους και ευάλωτους ασθενείς μας. Μέτρα όπως συνεχιζόμενη και επικαιροποιημένη εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης, η τεκμηριωμένη αιτιολόγηση κριτηρίων επιλογής αντιμικροβιακής ή/και ανοκατασταλτικής αγωγής, ουσιαστική επικοινωνία με τους ειδικούς σε θέματα λοιμώξεων καθώς και καταγραφή/παρακολούθηση των νέων κρουσμάτων αποτελούν τις βάσεις της συνεχούς προσπάθειας βελτίωσης των υπηρεσιών μας.

AA036

COVID-19 ΚΑΙ NHL: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Άγγελος Βοντετσιανος[1], Χριστίνα Αναγνωστοπούλου, Σταυρίνα Ζανέλη, Αγαμέμνων Μπακάκος, Ζωή Σωτηροπούλου, Ευαγγελία Κουκάκη, Κατερίνα Μπακίρη, Κωσταντίνος Παπαβασιλείου, Ιωάννα Κωσταρά, Μαρία Κανακάκη, Πέτρος Μπακάκος
[1]*ΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία'*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ
Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι ασθενείς με Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) φαίνεται να έχουν τροποποιημένη ανοσοαπόκριση στον ιό SARS-COV-2 .Θα σας παρουσιάσουμε ένα περιστατικό που εμφάνισε μια παράδοξη και παρατεταμένη κλινική πορεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Ασθενής 54 ετών, με υποκείμενο λέμφωμα BNHL από κύτταρα μανδύα (υπό θεραπεία συντήρησης με Rituximab) και τριπλά εμβολιασμένη για τον ιό SARS-COV-2, προσήλθε λόγω εμμένοντος εμπυρέτου και ξηρού βήχα από 4ημέρου στα πλαίσια λοίμωξης από τον ιόSARS-COV-2. Κατά την αρχική εκτίμηση, είχε πυρετό και ήπια υποοξυγοναιμία. Στην CT θώρακος διαπιστώθηκαν πνευμονικά διηθήματα θολής υάλου αμφοτερόπλευρα, χωρίς λεμφαδενικές διογκώσεις. Μετά τη δεύτερη μέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε ύφεση της συμπτωματολογίας (υπό ρεμδεσιβιρη, δεξαμεθαζόνη και HXMB σε προφυλακτική δόση). Η κλινική εικόνα της ασθενούς άλλαξε ραγδαία την ένατη μέρα της νοσηλείας με νέα αύξηση των δεικτών φλεγμονής , ακτινολογική και αναπνευστική επιδείνωση (MV 60%). Τέθηκε η υποψία επιλοίμωξης ή υποτροπής της αιματολογικής νόσου ωστόσο όλες οι καλλιέργειες – πτυέλων, ούρων, αίματος- ήταν αρνητικέςκαι οι αιματολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις δεν ανέδειξαν εικόνα υποτροπής του λεμφώματος. Η ασθενής τέθηκε εκ νέου σε θεραπεία με δεξαμεθαζόνη με αποτέλεσμα τη σταδιακή κλινικο-εργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση ως την 30η ημέρα. Εξήλθε από την κλινική απύρετη και αναπνευστικά σταθερή, χωρίς να χρήζει οξυγονοθεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ
Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενούς με υποκείμενο λέμφωμα και λοίμωξη COVID-19 που μετά από την αρχική φάση της νόσησης παρουσίασε εκ νέου υποτροπή της κλινικής εικόνας με βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια. Η επίδραση της χημειοθεραπείας και της ανοσοθεραπείας (rituximab) όπως και των εμβολίων στην κλινική πορεία των ασθενών αυτών χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Το παραπάνω περιστατικό επιβεβαιώνει την ανάγκη προσεκτικής και πιο παρατεταμένης παρακολούθησης τέτοιων ασθενών που στο έδαφος της ανοσοανεπάρκειας/ανοσοκαταστολής μπορεί να εμφανίσουν σοβαρή και παρατεινόμενη νόσο.

AA037

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Άγγελος Βοντετσιανος[1], Χριστίνα Αναγνωστοπούλου, Ευαγγελία Κουκάκη, Κατερίνα Μπακίρη, Ζωή Σωτηροπούλου, Σταυρίνα Ζανέλη, Κωσταντίνος Παπαβασιλείου, Αγαμέμνων Μπακάκος, Αθανασία Αθανασοπούλου, Μαρία Κανακάκη, Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος, Πέτρος Μπακάκος
[1]*ΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία'*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η αντιμετώπιση της επιπλεγμένης παραπνευμονικής συλλογής με αντιβιοτική αγωγή και τοποθέτηση σωλήνα παροχέτευσης μπορεί να μην είναι επαρκής. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό στο οποίο η χρήση ινωδολυτικών συμπλήρωσε επιτυχώς την παραπάνω θεραπεία και απέτρεψε την χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 20 ετών, με ιστορικό βρογχικού άσθματος προσήλθε στην κλινική μας λόγω πνευμονίας στον δεξιό κάτω λοβό και επιπλεγμένη παραπνευμονικής συλλογής σύστοιχα από Strept. Pneumoniae (θετικό αντιγόνο st. pneumoniae στα ούρα). Κατά την εισαγωγή της, ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, εμπύρετη, με ήπια υποξαιμία (PO2:69mmHg σε FiO2:0.21). Απεικονιστικά, η αξονική θώρακος ανέδειξε εκτεταμένη πύκνωση δεξιού κάτω λοβού και ευμεγέθη εγκυστωμένη συλλογή σύστοιχα με συνοδό ατελεκτασία. Διενεργήθηκε διαγνωστική παρακέντηση που ανέδειξε οροαιματηρό υγρό με pH:7.17, LDH:1550 και GLU:11mg/dl. Τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με κεφταρολίνη και μοξιφλοξασίνη και τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης που παροχέτευσε συνολικά 1,5 λίτρο υγρού. Το υπερηχογράφημα θώρακος ανέδειξε πάχυνση του υπεζωκότα και ευμεγέθεις εγκυστώσεις. Λόγω επιμονής του πυρετού και παραμονής της συλλογής παρά την παρουσία θωρακικού σωλήνα διενεργήθηκε για τρεις ημέρες ινωδόλυση με αλτεπλάση και δεοξυριβονουκλεάση (DNase- Pulmozyme) μέσω του θωρακοσωλήνα με απόδοση 1,5 λίτρου πλευριτικού υγρού επιπλέον. Η νέα αξονική θώρακος ανέδειξε μείωση των εγκυστωμένων συλλογών και ο σωλήνας παροχέτευσης αφαιρέθηκε.Η ασθενής έλαβε την αντιβιοτική αγωγή για 14 ημέρες με ύφεση του πυρετού και βελτίωση της κλινικής εικόνας. Επίσης υποβλήθηκε σε πλήρη λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής που ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Εξήλθε, απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς να χρήζει οξυγονοθεραπείας με σύσταση για συνέχιση της αντιβιοτικής αγωγής για 7 ακόμη ημέρες .

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εφαρμογή ινωδόλυσης στην επιπλεγμένη παραπνευμονική συλλογή παραμένει μια αμφιλεγόμενη θεραπευτική πρακτική, ειδικά ως προς την έκβαση της της. Στην περίπτωση της ασθενούς μας οδήγησε σε ταχεία λύση των συμφύσεων και αποδείχθηκε ικανή να αποτρέψει την ανάγκη αποφλοίωσης υπεζωκότα με τη χρήση VATS.

AA038

Η ΔΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ 10ΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΝΝΘΑ 'Η ΣΩΤΗΡΙΑ' ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19, ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ.

Νικολέττα Γαλανοπούλου[1], Θεοδώρα Αντρονίκου[1], Χρήστος Μπάγκος[1], Μαρία Γκιόκα[1], Ελένη Μοσχοτζοπούλου[1], Μαρία Γαγγάδη[1], Μερόπη Μανταίου[1], Ηλίας Καΐνης[1]
[1]*Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος 'Η ΣΩΤΗΡΙΑ', 10η Πνευμονολογική Κλινική*

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων στο σύνολο των 800 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2020 έως Σεπτέμβριος 2022 και η συσχέτισή τους με την πορεία της νόσου, ανάγκη χρησιμοποίησης υψηλών μειγμάτων οξυγόνου, εισαγωγή στην ΜΕΘ και θάνατο. Από το σύνολο των ασθενών, σημειώνεται ότι εισήχθησαν στην ΜΕΘ 47, εκ των οποίων 29 αποσωληνώθηκαν και έλαβαν εξιτήριο, ενώ 20 κατέληξαν. Από τα κλινικά δεδομένα καταγράφηκαν στοιχεία όπως το φύλο, η καπνιστική συνήθεια, υποκείμενα νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανοσοκαταστολή. Εκ του απεικονιστικού ελέγχου καταγράφηκε η παρουσία GGOs, πυκνώσεων, εικόνα πνευμονικής εμβολής, πνευμοθώρακα, πνευμονικές κύστες. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου σημειώθηκαν ο λόγος PaO2 προς FiO2, κρεατινίνη, CRP, γαλακτικό οξύ, ολική χολερυθρίνη, φερριτίνη, δ-διμερή, λεμφοκύτταρα (όλα κατά την είσοδο των ασθενών στο νοσοκομείο). Τέλος καταγράφηκε η ανάγκη χορήγησης οξυγονοθεραπείας, με ιδιαίτερη έμφαση σε υψηλά μείγματα O2 (Ventouri Mask>50%, high flow nasal cannula) καθώς και αν ο ασθενής τέθηκε σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό ή επεμβατικό. Συνολικά διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (>60 ετών), με υποκείμενα νοσήματα, χαμηλότερο λόγο PaO2/FiO2, εκτεταμένα πνευμονικά διηθήματα στην αξονική τομογραφία θώρακος εισαγωγής, υψηλή CRP-φερριτίνη, λεμφοπενία, έχρηζαν χορήγησης μεγαλύτερων μειγμάτων οξυγόνου και παρουσίαζαν βαρύτερη κλινική εικόνα με πιθανή ανάγκη επεμβατικού μηχανικού αερισμού. Αναμένεται η επίσημη στατιστική μελέτη των ανωτέρω παραμέτρων και η συσχέτισή τους με την διεθνή βιβλιογραφία.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA039

Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ.

Ευφροσύνη Γεροβασιλείου[1], Σωτήριος Ζαρογιάννης[2], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, [2]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία Covid-19 οδήγησε σε σημαντικές αλλαγές στην εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην παρούσα μελέτη το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην εκπαίδευση των φοιτητών στην Πνευμονολογία.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός ήταν να καταγραφούν διαφορές στην εκπαίδευση μεταξύ του μεγάλου πανδημικού κύματος του Φθινοπώρου του 2020 και του μικρότερου πανδημικού κύματος της Άνοιξης του 2022.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκε η φυσική παρουσία των εκτοετών φοιτητών στις υποχρεωτικές διαλέξεις και δραστηριότητες στην κλινική πράξη του μαθήματος της Πνευμονολογίας. Τα διαστήματα ήταν:
1) Οκτώβριος 2020 και Ιανουάριος 2021
2)Μάρτιος 2022-Απρίλιος 2022

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο πρώτο μεγάλο πανδημικό κύμα, η μεγαλύτερη συμμετοχή μεταξύ 45 φοιτητών παρατηρήθηκε στο ιατρείο του Άσθματος (51.11%) , ακολούθως στην Κλινική Επίσκεψη (40%) και με μικρή διαφορά στο ιατρείο της Χρόνια Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) (37.78%) ενώ η μικρότερη συμμετοχή καταγράφηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με μηδενική συμμετοχή
Στο δεύτερο μικρότερο πανδημικό κύμα της Άνοιξης του 2022, η μεγαλύτερη συμμετοχή μεταξύ 50 φοιτητών παρατηρήθηκε πάλι στο ιατρείο του Άσθματος (64.71%), έπειτα στο ιατρείο της ΧΑΠ (60.78%) και ακολούθησε η συμμετοχή στην Κλινική Επίσκεψη (47%)
Στο δεύτερο διάστημα αυξήθηκε σημαντικά η συμμετοχή των φοιτητών στα επείγοντα ($p < 0.001$) και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Διάμεσων Πνευμονοπαθειών και της ΧΑΠ ($p=0.02$ και 0.04 αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Φαίνεται ότι στην πανδημία οι φοιτητές ιατρικής στερήθηκαν σημαντικά την εκπαίδευση στα επείγοντα περιστατικά αλλά και στην κλινική και τα ειδικά ιατρεία.

AA040

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ TOCILIZUMAB ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασιλική Γεωργακοπουλου[1], Δημήτριος Μπασουλης[1], Πανταζής-Μιχαήλ Βουτσινας[1], Σωτηρία Μακροδημητρη, Σταματία Σαμαρα[1], Μαρία Τριανταφυλλου[1], Ειρήνη Ηλιαδη[1], Γεώργιος Καραμανακος[1], Χρυσοβαλάντης Παπαγεωργιου[1], Αμαλία Αναστασοπουλου[1], Αικατερίνη Μπιτσανη[1], Όλγα Καμπουροπουλου[1], Ιωάννα Ελευθεριαδου[1], Αικατερίνη Γκουφα[1], Πέτρος Παπαλεξης[1], Νικόλαος Συψας[1]
[1]Λαϊκο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η πανδημία του SARS-CoV-2 έχει σημαντικές επιπτώσεις παγκοσμίως και σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Τα ποσοστά θνητότητας της λοίμωξης από τον SARS-CoV-2 ποικίλλουν ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και σχετίζονται με την ηλικία, τις συννοσηρότητες και τον εμβολιασμό. Βλάβη οργάνων προκαλείται από το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών, το οποίο είναι σημαντικό στην πορεία των ασθενών με νόσο COVID-19. Η φυσική και επίκτητη ανοσολογική ανταπόκριση σε ασθενείς με COVID-19 οδηγεί σε υπέρμετρη απελευθέρωση κυτταροκινών. Ο ανταγωνιστής του αντι-IL-6 υποδοχέα tocilizumab, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία νοσημάτων του συνδετικού ιστού, συστήνεται σε ασθενείς με νόσο COVID-19 που έχουν ραγδαία αυξανόμενες ανάγκες σε οξυγόνο και ενδείξεις συστηματικής φλεγμονής.

Σκοπός: Στόχος αυτής της μονοκεντρικής αναδρομικής μελέτης ασθενών με COVID-19 που εισήχθησαν μεταξύ Σεπτεμβρίου 2020 και Απριλίου 2022 ήταν να εντοπιστούν παράγοντες πρόβλεψης δυσμενών εκβάσεων σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με tocilizumab για πνευμονία COVID-19.

Υλικά και Μέθοδοι: Τα δημογραφικά στοιχεία, η κατάσταση εμβολιασμού κατά του SARS-CoV-2, ο δείκτης συννοσηρότητας Charlson (CCI), τα εργαστηριακά δεδομένα και σκορ ακτινολογικής βαρύτητας καταγράφηκαν κατά την εισαγωγή και συσχετίστηκαν με την έκβαση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά, καταγράφηκαν 174 άτομα (121 άνδρες, μέση ηλικία 62,43±13,47 έτη) που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Μεταξύ των 174 συμμετεχόντων, 58 (33,3%) διασωληνώθηκαν. Το ποσοστό θνητότητας ήταν 35,1%. Οι μη επιζώντες ήταν μεγαλύτεροι, κυρίως γυναίκες, και είχαν υψηλότερη βαθμολογία CCI. Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, οι επιζώντες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα αμινοτρανφεράσης αλανίνης (ALT) και γ-γλουταμυλοτρανσφεράσης (GGT) και με μεγαλύτερο αριθμό αιμοπεταλίων (PLTs), ενώ οι ασθενείς που διασωληνώθηκαν ήταν επίσης μεγαλύτεροι, κυρίως γυναίκες, και είχαν υψηλότερη βαθμολογία CCI ($p<0,05$). Η ηλικία προσδιορίστηκε ως ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας που προβλέπει τη θνητότητα στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης. Πραγματοποιώντας μια υπο-ανάλυση σχετικά με το φύλο, αναδείχθηκε ότι η τιμή των PLTs ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας που προβλέπει τη διασωλήνωση και τη θνητότητα 90 ημερών σε άνδρες ασθενείς και ο αριθμός των λεμφοκυττάρων ήταν ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε με τη διασωλήνωση σε γυναίκες ασθενείς.

Συμπεράσματα: Αυτά τα δεδομένα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό υποπληθυσμών ασθενών που ανταποκρίνονται στη θεραπεία με tocilizumab σε προοπτικές κλινικές δοκιμές.

AA041

COVID-19 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWYER-JAMES-MACLEOD. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.

Αικατερίνη Μπιτσανη[1], Άννα Γαρμπη[1], Παντελής Αβραμοπουλος[1], Πέτρος Παπαλεξης[1], Κυριάκος Ταραντινος[1], Παγώνα Σκλαπανη[1], Νικόλαος Τρακας[1], Βασιλική Γεωργακοπουλου[1]
[1]*Λαϊκο Νοσοκομείο*

Η πλειοψηφία των νοσούντων από COVID-19 θα παρουσιάσει ήπια έως μέτρια νόσο και θα αναρρώσει χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία. Έχει αναφερθεί ότι όσοι έχουν υποκείμενες χρόνιες ασθένειες είναι πιο επιρρεπείς σε λοιμώξεις και μπορεί να αναπτύξουν πιο σοβαρή νόσο. Ως αποτέλεσμα, ο SARS-CoV-2 μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσες αναπνευστικές ασθένειες όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το άσθμα. Το σύνδρομο Swyer-James-MacLeod είναι μια ασυνήθιστη κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μεταλοιμώδη βρεφική αποφρακτική βρογχιολίτιδα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της διαχείρισης της πνευμονιας COVID-19 σε ασθενή με σύνδρομο Swyer-James-MacLeod.

Άνδρας ασθενής 45 ετών, μη καπνιστής, προσήλθε στην κλινική μας λόγω εμπυρέτου, ρινικής καταρροής, ξηρού βήχα και δύσπνοιας ηρεμίας τις τελευταίες 12 ημέρες. Είχε ιατρικό ιστορικό συνδρόμου Swyer-James-MacLeod και γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Η φαρμακευτική αγωγή του περιελάμβανε ομεπραζόλη και συνδυασμό εισπνεόμενης ινδακατερόλης/βρωμιούχου γλυκοπυρρονίου.

Η ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος αποκάλυψε pO2 56 mmHg, pCO2 28 mmHg, pH 7,51 και $HCO3^-$ 22,3 mmol/L στον αέρα δωματίου. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διηθήματα στο δεξιό κάτω λοβό και έναν υπερδιαυγαστικό αριστερό πνεύμονα (Εικόνα 1).

Ο μοριακός έλεγχος του ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος απέβη θετικός για τον SARS-CoV-2. Ο ασθενής δεν είχε εμβολιαστεί κατά του SARS-CoV-2. Έλαβε οξυγονοθεραπεία, μαζί με προφυλακτική υποδόρια ενοξαπαρίνη, ενδοφλέβια δεξαμεθαζόνη και ρεμδεσιβίρη. Συνεστήθη επίσης η συνέχιση λήψης συνδυασμού εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών.

Υπεβλήθη σε υπολογιστική τομογραφία πνευμονικών αγγείων (CTPA), η οποία δεν ανέδειξε πνευμονική εμβολή, και σε αξονική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT), η οποία ανέδειξε διηθήματα σε όλα τα πνευμονικά πεδία του δεξιού πνεύμονα, καθώς και έναν υπερδιαυγαστικό αριστερό πνεύμονα με βρογχεκτασίες και πολύ λιγότερα διηθήματα (Εικόνα 2). Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και πήρε εξιτήριο την 6η ημέρα νοσηλείας.

Πρόκειται για σπανια περίπτωση πνευμονίας COVID-19 σε ασθενή με σύνδρομο Swyer-James-MacLeod. Οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο είναι ευάλωτοι στον SARS-CoV-2, όπως και οι ασθενείς με άλλες χρόνιες πνευμονικές παθήσεις, που χρειάζονται οξυγονοθεραπεία και νοσηλεία. Ωστόσο, δεν υπάρχουν προς το παρόν δεδομένα σχετικά με την επίδραση του SARS-CoV-2 σε αυτούς τους ασθενείς, τη βέλτιστη διαχείρισή τους ή τον ρόλο του εμβολίου κατά της COVID-19 στην κλινική τους πορεία.

AA042

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΗΣΗ COVID-19 ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΕΘ

Γεωργία Γκρέπη[1], Ευγενία Σάλλα, Αντωνία Ασσιούρα, Βανέσα Μπέλλου, Κωνσταντίνος Έξαρχος, Δημήτριος Ποτονός, Αντιγόνη Σίμου, Αθανασία-Συμέλα Ζαφειρούλη, Χρήστος Κυριακόπουλος, Χρήστος Χρόνης, Αθηνά Γόγαλη, Αθανάσιος Κωνσταντινίδης, Κωνσταντίνος Κωστίκας
[1]*Πνευμονολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ
Η εμπειρία από νοσηλεία ασθενών με σοβαρή νόσο COVID-19 σε Πνευμονολογικές Κλινικές μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι περιορισμένη. Στην Πνευμονολογική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων νοσηλεύθηκε η πλειοψηφία των ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας.

ΜΕΘΟΔΟΙ
Μελετήσαμε ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ-COVID κατά την περίοδο 2020-2022 της πανδημίας, από την περιοχή της Ηπείρου, της Δυτικής Μακεδονίας, Ιονίων νήσων καθώς και την Αλβανία, που χρειάστηκαν μια ομάδα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, φυσικοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και νοσηλευτικού προσωπικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Συνολικά 25 ασθενείς ηλικίας 36-75 ετών, 8 γυναίκες και 17 άντρες με μέση νοσηλεία στη ΜΕΘ-covid 41 ημέρες [10, 116], εισήχθησαν στην Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Το 98% των ασθενών δεν είχε λάβει καμία δόση εμβολίου. Η νοσηλεία στην Πνευμονολογική κλινική διήρκησε 23 ημέρες [6, 56], με όλους τους ασθενείς να παρουσιάζουν αναπνευστική ανεπάρκεια και μυοπάθεια της ΜΕΘ κατά την εισαγωγή τους. Το 24% των ασθενών είχε επιβεβαιωμένη πνευμονική εμβολή. Το 44% των ασθενών έφεραν τραχειοστομία κατά την εισαγωγή στην πνευμονολογική κλινική. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση και εξήλθαν από την κλινική. Το 40% διακομίστηκε στο ειδικό κέντρο αποκατάστασης και οι υπόλοιποι εξήλθαν στην οικία τους με συνέχιση φυσικοθεραπειών. Συνολικά το 20% εξήλθε με οξυγονοθεραπεία και σε όλους έγινε σύγκλειση της τραχειοστομίας επιτυχώς. Στην παρακολούθηση μετά από 6μηνες συμμετείχε το 40% ενώ σημειώθηκε 1 θάνατος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ
Σε ασθενείς με σοβαρή νόσηση covid-19 που χρειάστηκαν νοσηλεία σε ΜΕΘ, απαιτήθηκαν πολλές μέρες νοσηλείας και ολιστικής αντιμετώπισης, αλλά εξήλθαν βελτιωμένοι από την πνευμονολογική κλινική για συνέχιση της αποκατάστασης.

AA043

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΣΤΗΝ 5Η ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Αντωνία Διγαλάκη[1], Γεώργιος Χειλάς[1], Αικατερίνη Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Σοφία Κουκίδου[1], Χρυσαυγή Κωστή, Ιωάννης Τόμος[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Αγγελική Πασπαλλή[1], Μαρία Στόκα[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή
Κατά τη χρονική περίοδο 13-03-20 έως και 02-05-2020, από τις 15-09-2020 έως και 07-05-22 και από τις 20-07--22 έως και 01-10-22, η 5η Πνευμονολογική κλινική νοσήλευσε αποκλειστικά ασθενείς με θετική PCR για τον SARS-CoV-2.

Σκοπός
Η παρουσίαση των προβλεπτικών παραγόντων αρνητικής έκβασης κατά την νοσηλεία ασθενών με COVID-19 οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην 5η Πνευμονολογική κλινική.
Μέθοδος
Πραγματοποιήθηκε προοπτική καταγραφή των επιδημιολογικών, εργαστηριακών και κλινικών δεδομένων των ασθενών που εισήχθησαν κατά την ανωτέρω χρονική περίοδο στην 5η Πνευμονολογική κλινική του ΓΝΝΘΑ ¨Η ΣΩΤΗΡΙΑ¨ για COVID-19, καθώς και της έκβασης της νοσηλείας τους.
Αρνητική έκβαση ορίστηκε ως η ανάγκη εφαρμογής οξυγόνου υψηλής ροής (High Flow Nasal Cannula-HFNC) ή εισαγωγής στη ΜΕΘ ή η διασωλήνωση ή ο θάνατος.
Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 25.
Αποτελέσματα
Συνολικά νοσηλεύθηκαν 899 ασθενείς για COVID-19, 52% ήταν άντρες, με μέση ηλικία 58 έτη. Το 73,5% των ασθενών ήταν ανεμβολίαστοι και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 15 ημέρες.
Θετική έκβαση είχε το 82% του συνόλου των ασθενών, ενώ ο αριθμός των θανάτων ανήλθε σε 75 (8%). Αρνητική έκβαση είχαν το 10,5% των εμβολιασμένων και το 21,8% των ανεμβολίαστων.
Αναλυτικά η έκβαση των ασθενών με βάση τον εμβολιασμό παρουσιάζεται στον πίνακα 1 (επισυνάπτεται).
Η αρνητική έκβαση νοσηλείας, συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά την έλλειψη εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2 (p=0.013) και με την ηλικία των ασθενών (p=0.006) όσο αφορά στα επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς και με προϋπάρχοντα υποκείμενα νοσήματα που συμπεριλαμβάνουν: την καρδιακή ανεπάρκεια (p=0.000), την κολπική μαρμαρυγή (p=0.000), την αρτηριακή υπέρταση (p=0.000), την παχυσαρκία (p=0.000), τις ψυχικές διαταραχές (άνοια, ψύχωση κ.λπ,) (p=0.000), τον σακχαρώδη διαβήτη (p=0.031), την χρόνια νεφρική νόσο (p=0.023) και την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (p=0.043), Όσο αφορά στον εργαστηριακό έλεγχο η αρνητική έκβαση συσχετίσθηκε στατιστικά σημαντικά με την CRP (p=0.000), τα δ-διμερή (p=0.000) και τον λόγο ουδετεροφίλων/λεμφοκυττάρων (p=0.000) κατά την εισαγωγή.
Συμπέρασμα
Στους ασθενείς της μελέτης μας που νοσηλεύτηκαν στην 5η Πνευμονολογική κλινική για COVID-19 προβλεπτικοί παράγοντες αρνητικής έκβασης κατά την νοσηλεία αποτέλεσαν η ηλικία, η έλλειψη εμβολιασμού κατά του SARS-CoV-2, τα υποκείμενα νοσήματα ιδίως εκ του καρδιαγγειακού και τα αυξημένα επίπεδα φλεγμονής, δεδομένα που βρίσκονται σε αντιστοιχία με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

AA044

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ 5Η ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Αντωνία Διγαλάκη[1], Γεώργιος Χειλάς[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Αικατερίνη Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Σοφία Κουκίδου[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Ιωάννης Τόμος[1], Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Αγγελική Πασπαλλή[1], Μαρία Στόκα[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή
Κατά τη χρονική περίοδο 13-03-20 έως και 02-05-2020, από τις 15-09-2020 έως και 07-05-22 και από τις 20-07--22 έως και 01-10-22, η 5η Πνευμονολογική κλινική νοσήλευσε αποκλειστικά ασθενείς με θετική PCR για τον SARS-CoV-2.

Σκοπός
Η παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων του πληθυσμού της μελέτης.

Μέθοδος
Πραγματοποιήθηκε προοπτική καταγραφή των επιδημιολογικών, εργαστηριακών, ακτινολογικών και κλινικών δεδομένων των ασθενών που εισήχθησαν κατά την ανωτέρω χρονική περίοδο στην 5η Πνευμονολογική κλινική του ΓΝΝΘΑ ¨Η ΣΩΤΗΡΙΑ¨ για COVID-19.

Αποτελέσματα
Συνολικά νοσηλεύθηκαν 899 ασθενείς για COVID-19, 52% ήταν άντρες, με μέση ηλικία 58 έτη. Το 73,5% των ασθενών ήταν ανεμβολίαστοι και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 15 ημέρες. Η πλειοψηφία των ασθενών (93,5%) είχαν ευρήματα στην αξονική τομογραφία θώρακος κατά την εισαγωγή, ενώ το 69% παρουσίασαν αναπνευστική ανεπάρκεια κατά την νοσηλεία τους. Τα συχνότερα συνοδά νοσήματα των ασθενών ήταν η αρτηριακή υπέρταση (30,5%), η δυσλιπιδαιμία (18%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (16%) και τα συχνότερα συμπτώματα κατά την εισαγωγή ήταν το εμπύρετο (78,5%), ο βήχας (51,5%) και η κόπωση (30%).
Θετική έκβαση είχε το 82% των ασθενών, ενώ ο αριθμός των θανάτων ανήλθε σε 75 (8%).
Τα δημογραφικά στοιχεία, εργαστηριακά ευρήματα και η έκβαση των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1 (επισυνάπτεται).
Σχεδόν το σύνολο των ασθενών έλαβε αντιπηκτική αγωγή κατά την νοσηλεία τους (99%), το 86% έλαβε συστηματικά κορτικοστεροειδή, ενώ ρεμδεσιβίρη έλαβε το 35,5%. Αναλυτικότερα δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 2 (επισυνάπτεται).

Συμπέρασμα
Η πλειοψηφία των ασθενών αφορούν ανεμβολίαστους ασθενείς που οδηγούνται στο νοσοκομείο περίπου μία εβδομάδα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και ακολουθεί νοσηλεία περίπου 15 ημερών. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών έλαβε αντιπηκτικά, κορτικοστεροειδή και αντιμικροβιακή αγωγή για κοινά παθογόνα, ενώ σχεδόν το 40% έλαβε ρεμδεσιβίρη. Τα συχνότερα συνοδά νοσήματα και συμπτώματα κατά την εισαγωγή, καθώς και το ποσοστό των θανάτων του πληθυσμού της μελέτης βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

AA045

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΛΟΓΩ COVID-19 ΝΟΣΟΥ

Κώστας Ελευθεριου[1], Βασίλειος Βλαχακος[1], Απόστολος Παππας[2], Αθανασία Παπαλαμπιδου[3], Ζαφειρία Μπαρμπαρεσσου[1], Ευτυχία Πολυδωρα[1], Ραφαέλα Σιαμπανη[1], Ιωάννης Καλομενιδης[1]
[1]ΓΝΑ Ευαγγελισμός, [2]ΓΝΑ Γεννηματάς, [3]401

Σκοπός
Η διαχρονική αξιολόγηση ασθενών με COVID-19 ως προς τα συμπτώματα, την αναπνευστική λειτουργία και την απεικόνιση του αναπνευστικού μετά την νοσηλεία τους.
Μέθοδος
Προοπτική μελέτη σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας και παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο COVID-19. Μελετήσαμε δεδομένα από δύο διαδοχικές επισκέψεις. Στην πρώτη επίσκεψη εξετάζονταν και αξιολογούνταν τα συμπτώματα και η ακτινογραφία θώρακος, ενώ στην δεύτερη τα συμπτώματα, η αξονική τομογραφία θώρακος και ο πλήρης λειτουργικός έλεγχος αναπνοής.
Αποτελέσματα
Μελετήσαμε 194 ασθενείς, που εξετάστηκαν 2 φορές, 52 και 115 ημέρες μετά το εξιτήριο. Οι περισσότεροι (70%) ήταν άνδρες, ηλικίας 61 ετών και το 48% ήταν καπνιστές. Η πλειοψηφία (86%) είχε τουλάχιστον ένα συνοδό νόσημα, συχνότερα (44%) παχυσαρκία (BMI>30). Η οξεία νόσος ήταν ήπια στο 3%, μέτρια στο 27%, σοβαρή στο 60% και κρίσιμη στο 10%.
Στην πρώτη επίσκεψη το 62% ανέφερε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, συχνότερα δύσπνοια προσπάθειας, καταβολή και μυική αδυναμία, ενώ στην δεύτερη επίσκεψη συμπτωματικοί ήταν το 30%. Ψυχολογικά συμπτώματα ανέφερε το 40% στην πρώτη και το 18% στην επίσκεψη.
Η ακτινογραφία θώρακος κατά την πρώτη επίσκεψη ήταν φυσιολογική στο 46% των ασθενών. Η HRCT θώρακος στην δεύτερη επίσκεψη (98 ημέρες μετά το εξιτήριο) ήταν φυσιολογική στο 38% και αποκάλυψε ελάχιστες αλλοιώσεις στο 50% και σημαντικές στο 12%, αντίστοιχα.
Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, 110 ημέρες μετά το εξιτήριο, ανέδειξε FVC <80% της προβλεπόμενης τιμής (ΠΤ) στο 10%, DLCO <80% ΠΤ στο 54% και DLCO <60% ΠΤ στο 16%.
Συμπέρασμα
Παρότι η πλειοψηφία των ασθενών βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, 4 μήνες μετά το εξιτήριο περίπου 30% των ασθενών με COVID-19 παραμένουν συμπτωματικοί, ενώ το 16% παρουσιάζει αξιόλογη λειτουργική επιβάρυνση της αναπνοής και το 12% σημαντικές απεικονιστικές βλάβες.

AA046

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Κωνσταντίνος Έξαρχος[1], Χριστίνα Αγγελοπούλου[1], Δημήτριος Ποτονός[1], Αντωνία Ασσιούρα[1], Χρήστος Κυριακόπουλος[1], Αθηνά Γόγαλη[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1]
[1]*Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Η αιμόπτυση αποτελεί ένα θορυβώδες και ανησυχητικό σύμπτωμα για το οποίο οι ασθενείς αναζητούν άμεσα ιατρική βοήθεια, και πιθανά καταδεικνύει μια σοβαρή υποκείμενη πάθηση. Πρόκειται για ένα μη ειδικό σύμπτωμα που σχετίζεται με πληθώρα καταστάσεων, οξέων και χρόνιων, επομένως και καλό είναι να διερευνάται κάθε συμβάν διεξοδικά.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη αναζητήσαμε και κατατάξαμε τα επεισόδια αιμόπτυσης στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) και ακολούθως αναλύσαμε το προφίλ αυτών των των ασθενών. Παρόμοιες μελέτες έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν ωστόσο έχει ενδιαφέρον η πιθανή διαφοροποίηση της αιτιολογίας με δεδομένη την ευρεία χρήση της Αξονικής Τομογραφίας αλλά και των νεότερων αντιπηκτικών φαρμάκων.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε ασθενείς που προσήλθαν στο ΠΓΝΙ αιτιώμενοι αιμόπτυση, κατά το διάστημα Ιούλιος 2020 έως και Σεπτέμβριος 2022.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 146 ασθενείς, από τους οποίους το 78% είναι άνδρες με μέση ηλικία 64±19.5 έτη. Το συχνότερο αίτιο αιμόπτυσης αποτελεί η λοίμωξη και παρατηρήθηκε στο 28.7% των ασθενών. Αμέσως μετά έρχεται η λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων (24%). Ακολουθούν το καρκίνωμα (20.5%), οι βρογχεκτασίες (11.6%), η πνευμονική εμβολή (5.4%), η φυματίωση (3.4%), ενώ δεν ανευρέθηκε αιτία στο 9.5% των ασθενών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, μαζί με τα στοιχεία παρόμοιων μελετών που διεξήχθησαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), στο Civil Service Hospital (Νεπάλ) και στο Dr. Lutfi Kirdar Kartal Training and Research Hospital (Τουρκία).

Συζήτηση: Στο ΠΓΝΙ η αιμόπτυση παρατηρήθηκε συχνότερα σε άνδρες μέσης ηλικίας. Οι λοιμώξεις αποτελούν το πρώτο αίτιο αιμόπτυσης στις ελληνικές μελέτες, οι βρογχεκτασίες στο Νεπάλ και οι κακοήθειες στην Τουρκία. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτές οι παθήσεις καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις στις περισσότερες μελέτες, με διαφορετική ωστόσο σειρά. Τα αντιπηκτικά φάρμακα και η ολοένα αυξανόμενη χρήση τους φαίνεται να αποτελούν μια ανερχόμενη αιτία αιμόπτυσης που χρήζει περαιτέρω παρακολούθησης. Τελευταία στη λίστα είναι η φυματίωση, η οποία παρατηρήθηκε σχεδόν αποκλειστικά σε πρόσφυγες, ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνεται ο πολύ μεγαλύτερος επιπολασμός της στην Τουρκία.

Βιβλιογραφία

1. Tsoumakidou M, Chrysofakis G, Tsiligianni I, Maltezakis G, Siafakas NM, Tzanakis N. A prospective analysis of 184 hemoptysis cases: diagnostic impact of chest X-ray, computed tomography, bronchoscopy. Respiration. 2006;73: 808–814.
2. Fidan A, Ozdoğan S, Oruç O, Salepçi B, Ocal Z, Cağlayan B. Hemoptysis: a retrospective analysis of 108 cases. Respir Med. 2002;96: 677–680.
3. Bista B, Shrestha P, Karmacharya N, Paudel D, Pant R, Kurumbang J. Clinical Profile of Hemoptysis in a Tertiary Care Hospital in Nepal. J of KIST Medical College. 2022; 4(2)8:59-65

AA047

ΤΑ ΦΑΡΔΙΑ ΜΠΑΛΚΟΝΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙ/ΠΑΝ-ΔΗΜΙΩΝ

Ζορπίδου Δέσποινα[1] , Χαρδαβέλλα Γεωργία[1], Μπέλλου Ελένη[1], Βασιλαρέα Κυριακή Ίρις[2], Δάσκαλος Θεόδωρος[1] , Σαλομίδου Μαρία[1] , Δεμερτζής Παναγιώτης[1]
[1]1. ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία 9η Πνευμονολογική Κλινική, [2]2. Μεταπτυχιακή Φιλοσοφικής σχολής Καποδιστριακού

ΣΚΟΠΟΣ Η ανάδειξη της διαχρονικής χρησιμότητας αρχιτεκτονικών δομών στην αντιμετώπιση αναπνευστικών επιδημιών.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Ιστορική αναδρομή σε φωτογραφικό υλικό και ιστορικά κείμενα που αφορούσαν στο νοσοκομείο μας ως σανατόριο και σύγκριση με την παρούσα κλινική πραγματικότητα κατά την περίοδο 2020-2022.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Στο τελος του 19ου και στις αρχες του 20ου αιώνα εζησε η Αθήνα και όλος ο κοσμος τον εφιάλτη που ακούει στο όνομα φυματίωση .Η αναζήτηση χώρων για την απομόνωση και την νοσηλεία των φυματικών οδήγησε στην ανοικοδόμηση των σανατορίων, χώροι καραντίνας όπου τους παρείχετο σίτιση ,ανάπαυση, αεροθεραπεία και ηλιοθεραπεία.
Η θεραπεία της φυματίωσης ήταν ακόμη άγνωστη.
Φωτογραφίες της εποχής εκείνης δείχνουν τους ασθενείς ξαπλωμένους σε κλίνες στα φαρδιά μπαλκόνια .
Περίπου 100 χρόνια μετά κλήθηκε το Σωτηρία να γένει κέντρο αναφοράς στην πανδημία το κορονοιού για να απομονωθουν οι νοσούντες και να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα υγείας των .Συγκρίσιμα τα χαρακτηριστικά των δυο νοσημάτων .Λοιμώδη αερογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα του αναπνευστικού χωρίς να έχει ανακαλυφθεί ακόμη η θεραπεία τους .
Το Σωτηρία ξαναζούσε τώρα στιγμές φόβου και αβεβαιότητας. Το άγχος υπήρχε και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, που πολλές φορές ήρθαν αντιμέτωποι με τη έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας , πράγμα που τους οδήγησε στην μεσημεριανή επίσκεψη από τα μπαλκόνια με τη χρήση μόνο της μάσκας. Ετσι οι ασθενείς μπορούσαν να βλέπουν τη μορφή των γιατρών τους που το πρωί στον θάλαμο μόνο την φωνή τους ακουγαν λογω της ολοσωμης στολης και πληρης καλυψης του προσωπου από μεσα προστασιας και να επικοινωνούν μειώνοντας το αίσθημα της απομόνωσης .
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .Τα φαρδιά μπαλκόνια αποτελουν ακομα και σημερα μέσο που ενισχύεται η ανθρώπινη επαφή και η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας σε περιοδο πανδημίας με ελαχιστη προβλεπομενη χρηση μετρων ατομικης προστασιας .

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA048

ΧΡΗΣΗ TOCILIZUMAB ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΗΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ΌΜΙΚΡΟΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Χρήστος Βέττας[2], Δέσποινα Ιωαννίδου[1], Κωσταντίνος Χαραλαμπίδης[2], Κωσταντίνος Ιμπριάλος[2], Δέσποινα Βασιλάκου[2], Ιωάννης Αγκομαχαλελής[1], Σεραφείμ-Χρυσοβαλάντης Κωτούλας[2], Θοδωρής Μιχαηλίδης[2], Θεοδώρα Κουλουκουριώτου[2], Μάγδα Κολαζά[2], Ηλίας Καράμπελας[2], Δημήτρης Κουρούπης[2], Μαρίνα Τσουμελέκα[2], Ηρακλής Λεωνίδης[2], Ελένη Φανιάδου[1], Αφροδίτη Μπούτου[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο, [2]COVID Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Το tocilizumab (TCZ) είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του υποδοχέα της ιντερλευκίνης 6, που έχει πάρει έγκριση για την αντιμετώπιση της βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη. Τα υπάρχοντα δεδομένα από τη χρήση του στην παραλλαγή Όμικρον είναι ελάχιστα. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών και των εκβάσεων των ασθενών που έλαβαν TCZ κατά τη διάρκεια του κύματος της παραλλαγής Όμικρον.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών με επιβεβαιωμένη COVID-19 λοίμωξη που νοσηλεύτηκαν στη Πνευμονολογική Κλινική του ΓΝΘ Ιπποκρατείου από 15/04/2022 έως 30/09/22 και στους οποίους χορηγήθηκε TCZ βάσει θεραπευτικού αλγορίθμου. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, η εμβολιαστική κάλυψη, η βαρύτητα και η έκβαση της νόσου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 807 ασθενείς με επιβεβαιωμένη COVID-19 λοίμωξη νοσηλεύτηκαν κατά τη περίοδο της μελέτης και 14 (1,7%) με διάμεση ηλικία 70,5 έτη έλαβαν TCZ. Οι 12 (80%) ήταν άντρες, 6 (42%) είχαν καρδιακή ανεπάρκεια ή στεφανιαία νόσο ενώ 28% ήταν παχύσαρκοι. 4 ασθενείς είχαν ιστορικό κακοήθειας γαστρεντερικού και ένας είχε Non-Hodgkin λέμφωμα υπό θεραπεία. Το 50% των ασθενών ήταν ανεμβολίαστοι ενώ 1 ασθενής είχε ολοκληρώσει 4 δόσεις τρεις μήνες πριν την εισαγωγή του. Η μέση τιμή Fio2/pao2 εισόδου ήταν 287,8 και 9 ασθενείς (64%) είχαν αμφοτερόπλευρες διηθήσεις σε ακτινογραφία ή αξονική εισόδου. Η μέση τιμή CRP εισόδου ήταν 139 mg/dl. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν TCZ εντός τριημέρου από την ημέρα εισαγωγής χωρίς να παρουσιαστεί κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 10 ημέρες και 9 ασθενείς (64%) χρειάστηκε να τεθούν σε high-flow ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Από τους 14 ασθενείς, 7 έλαβαν εξιτήριο, 4 διασωληνώθηκαν και 3 απεβίωσαν.

Συμπέρασμα: Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που πληρούσαν κριτήρια για λήψη TCZ ήταν ασθενείς με καρδιαγγειακή νοσηρότητα ή/και ανοσοκαταστολή. Σε αυτούς τους ασθενείς η χρήση TCZ παραμένει μια ασφαλής θεραπευτική επιλογή, σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

AA049

ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΘΩΡΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Μαρία Κηπουρού[1], Ιωάννης Τσανακτσίδης[2], Γεώργιος Σπυρόπουλος[1], Χριστόφορος Μπίκας[1], Κωνσταντίνος Καλτσάς[1], Λάμπρος Γκαναβίας[1], Κωνσταντίνος Κατσούλης[1]
[1]Πνευμονολογική κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [2]Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) θώρακα χρησιμοποιείται σπάνια στην καθημερινή κλινική πράξη για την απεικόνιση του πνεύμονα, λόγω της παρουσίας αέρα, που περιορίζει σημαντικά τη διαγνωστική ικανότητα της μεθόδου. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που η απεικόνιση με MRI μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση παθολογικών πνευμονικών βλαβών.
Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 69 ετών, κατακεκλιμένος από έτους λόγω αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου με συνοδές επιληπτικές κρίσεις, μεταφέρθηκε από τους οικείους του στην κλινική μας λόγω απεικόνισης ευμεγέθους εξεργασίας του ΔΑΛ σε CT θώρακα, που είχε πραγματοποιηθεί στα πλαίσια ρουτίνας. Ο ασθενής από το ιστορικό παρουσίαζε φυσιολογική απεικόνιση του θώρακα προ 1,5 έτους ενώ ήταν καπνιστής πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο. Στα πλαίσια διερεύνησης της βλάβης, ο ασθενής υποβλήθηκε 2 φορές σε CT- guided βιοψία πνεύμονα, χωρίς να προκύψουν ειδικά διαγνωστικά ευρήματα από την ιστολογική και κυτταρολογική εξέταση των δειγμάτων. Στα πλαίσια της διερεύνησης υποβλήθηκε στη συνέχεια σε MRI θώρακα, όπου προέκυψε ότι η ευμεγέθης βλάβη του ΔΑΛ περιόριζε τη διάχυση στις ακολουθίες διάχυσης. Το εύρημα αυτό συνηγορούσε υπέρ αποστήματος και ο ασθενής τέθηκε υπό συστηματική εμπειρική αντιβιοτική αγωγή (amoxicillin/ clavulanic acid 1gr x3 per os). Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση με σταδιακή αύξηση του σωματικού βάρους ενώ στον επανέλεγχο μετά 2 και 4 μήνες υπό αγωγή, το μέγεθος της βλάβης υποχώρησε θεαματικά.
Συμπέρασμα: Η MRI θώρακα προτείνεται από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες της Fleischner Society και μπορεί να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική για τη διαφορική διάγνωση πνευμονικών βλαβών.

AA050

ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΤΕΣΣΕΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑ ΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Αντωνιος Κονταξακης[1], Νικόλαος Κίντριλης[2], Αθανασία Παπαλαμπίδου[2], Προκόπιος Μάνθος[3], Δήμητρα Εμμανουήλ[3], Ρενάτος Βασιλάκης[3], Αλέξανδρος Χάδος[3], Αθανάσιος Κουτσάκης[1], Ζαϊρα Συμεωνίδου[1], Μαρία Παπακυρίτση[1], Ιωάννης Σαραμάντος[1], Στυλιανός Βελονάς[1], Νικόλαος Λύκος[1], Ανθή Ψαρρά[2], Ιωσήφ Γαληνός[2], Αγγελική Σταυριανού[4], Ελένη Μουμτζή- Νακκά[1], Χριστίνα- Αναστασία Ραπίδη[3]

[1]Τμήμα Φυσικής Ιατρικής Και Αποκατάστασης, 414 Σνεν, [2]Τμήμα COVID-19, 401 ΓΣΝΑ, [3]Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς", [4]Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝ Φλώρινας "Έλενα Δημητρίου"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπολογίζεται ότι 17 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη υφίστανται τις συνέπειες της μετά CoViD-19 κατάστασης. Πολλαπλές οι μελέτες για την παρατεινόμενη συμπτωματολογία και την επιβάρυνση στην λειτουργικότητα, σημαντικότερη από κοόρτες ελέγχου και γρίπης, όμως απουσιάζουν εθνικά δεδομένα καθώς και η κάλυψη από υπηρεσίες Αποκατάστασης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διενεργήθηκε μελέτη παρατήρησης ασθενών με εξιτήριο από κλινική COVID-19 μεταξύ 1/1/21- 25/5/2021. Κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας, συλλέχθησαν δημογραφικά στοιχεία, βαρύτητας νόσου, 12 συχνά συμπτώματα και το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής EQ5D5L.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμμετείχαν 92 άτομα με μέσο όρο ηλικίας 50,8 έτη (SD: 13,4), το 53,3% χωρίς καμία πρότερη συννοσηρότητα. Στους 4 μήνες το 41,3% συνέχιζε να αναφέρει 2,7(2,1) συμπτώματα και το 15,2%, 2,2(2,1) συμπτώματα τουλάχιστον μέτριας βαρύτητας. Στους 12 μήνες το 35,9% συνέχιζε να αναφέρει 2,85(1,8) συμπτώματα και το 15,2% 2,1(1,7) συμπτώματα τουλάχιστον μέτριας βαρύτητας. Στην κλίμακα EQ5D5L το 11,8% δήλωσε προβλήματα στην κινητικότητα, 1,3% στην αυτό-εξυπηρέτηση, 11,8% στις συνηθισμένες δραστηριότητες, 8% πόνο και το 12% διαταραχές άγχους με EQ5DL VAS- 91.6% (SD: 10,0) στους 4 μήνες και το 13,1% δήλωσε προβλήματα στην κινητικότητα, 2,2% στην αυτό-εξυπηρέτηση, 10,9% στις συνηθισμένες δραστηριότητες, 6,7% πόνο και το 5,6% διαταραχές άγχους με EQ5DL VAS- 90,6% (SD: 9,7) στο 1 έτος. Τα άτομα με παρατεινόμενη συμπτωματολογία στο έτος αντίστοιχα δήλωσαν σε περίπου τριπλάσιο ποσοστό τις παραπάνω διαταραχές και EQ5DL VAS 80,9%(13,9),(p=0,000). Συνολικά το 4,3% αναζήτησε υπηρεσίες αποκατάστασης στους 4 μήνες και το 8,7% στο 1 έτος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ποσοστά παρατεινόμενης συμπτωματολογίας ποικίλουν στην διεθνή βιβλιογραφία. Επικεντρώνοντας στην EQ5DL, στους 7 μήνες οι Menges και συν βρήκαν 2-5 φορές μεγαλύτερη επιβάρυνση σε κάθε τομέα σε σχέση με το δείγμα μας. Σε μελέτη των Sun και συν στους 15 μήνες η παραμονή συμπτωμάτων ήταν παρόμοια με σημαντικότερη επιβάρυνση σε πόνο και άγχος ενώ η αναζήτηση υπηρεσιών αποκατάστασης ήταν αντίστοιχη. Η ανάγκη κεντρικού σχεδιασμού παρακολούθησης των συνεπειών της πανδημίας και της κάλυψης των αναγκών αποκατάστασης στη χώρα μας παραμένει επίκαιρη.

AA051

ΤΗΛΕ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Ελένη Μουμτζή Νακκά[1], Αντώνιος Κονταξακης[1], Κυριακή Κλεάνθη[1], Δήμητρα Φερίδου[1], Μαρία Παπακυρίτση[1], Ζαΐρα Συμεωνίδου[1], Ιωάννης Σαραμάντος[1], Στυλιανός Βελονάς[1], Αθανάσιος Κουτσάκης[1], Νικόλαος Λύκος[1], Ελένη Καραντώνη[2], Γεώργιος Κούβελας[3], Ιωσήφ Γαληνός[4], Παναγιώτης Πράνταλος[5]

[1]Τμήμα Φυσικής Ιατρικής Και Αποκατάστασης, 414 Σνεν, [2]Τμήμα COVID-19, 251 ΓΝΑ, [3]Τμήμα COVID-19, ΝΝΑ, [4]Τμήμα COVID-19, 401 ΓΣΝΑ, [5]Β' Παθολογική Κλινική, ΝΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπολογίζεται ότι 2,3 εκατομμύρια άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο αντιμετωπίζουν την μετά-COVID-19 κατάσταση ενώ έχει αναγνωριστεί η ανάγκη προσαρμογής του συστήματος υγείας για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης. Τα προγράμματα τηλε-αποκατάστασης έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά σε διάφορες καταστάσεις και ήδη έχουμε και τις πρώτες μετα-αναλύσεις για τους ασθενείς μετά COVID-19.

ΣΚΟΠΟΣ

Μελέτη αποτελεσματικότητας προγράμματος τηλε-αποκατάστασης στην λειτουργική βελτίωση ατόμων μετά από νοσηλεία με COVID-19.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ

Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη παρέμβασης σε ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο από κλινική COVID-19. Μετά από συγκατάθεση συμμετοχής, ελήφθησαν δημογραφικά δεδομένα, ερωτήθηκαν 12 συχνά συμπτώματα και αξιολογήθηκε η καρδιοαναπνευστική αντοχή με τη δοκιμασία Sit to Stand (STS) 1min, άγχος/ κατάθλιψη με την Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), η κόπωση με την Fatigue Severity Scale (FSS), οι γνωσιακές λειτουργίες με την Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA), η ποιότητα ζωής με την EuroQoL-5D-5L και ακόλουθα παρακολούθησαν 2/ συνεδρίες τηλε-αποκατάστασης ανά εβδομάδα για 2μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμμετείχαν 11 άτομα (άρρεν/ θήλυ 10:1), με μέσο όρο ηλικίας 50 έτη (SD: 11,6), το 72,7% χωρίς καμία πρότερη συννοσηρότητα και κανείς με πρότερη ύπαρξη των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν. Εντάχθηκαν 31,1(14) ημέρες από το εξιτήριο σε πρόγραμμα τηλε-αποκατάστασης. Στην έναρξη ανέφεραν διάμεση τιμή 4 συμπτωμάτων, ενώ στο πέρας παρουσίασαν βελτίωση στο STS 1 min: από 16,3 (4,2) σε 30 (6,0) με p:0,001, FSS: από 47,0 (11,1) σε 21,8 (11,4) (p:0,015), MoCA: από 26,6 (2,0) σε 27,6 (1,7) (p:0,2) και HADS Anxiety: από 2,2 (3,2) σε 1,1 (2,3) (p:0,14), HADS Depression: από 3,6 (2,5) σε 1,5 (2,8) (p:0,002). Στην κλίμακα EQ5D5L παρέμειναν διαταραχές σε 2, ενώ η EQ5DL-VAS βελτιώθηκε από το 64,5% (SD: 7,5) στο 88,2% (6,8) με στατιστικά σημαντική διαφορά(p=0,000).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με δεδομένο τον μεγάλο αριθμό ατόμων που νόσησαν από COVID-19 και τις ανάγκες αποκατάστασης που προκύπτουν, η τηλε-αποκατάσταση αποτελεί μια αποτελεσματική εναλλακτική. Το μειωμένο κόστος αντίστοιχων υπηρεσιών και η ευκολία εφαρμογής τους χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και ασφαλιστικής κάλυψης.

AA052

ΈΚΒΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΥΨΗΛΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΔΟΣΗ ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ANTI-IL6 ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑ (TOCILIZUMAB) ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κίμων Τζαννής[2], Πέτρος Μπακάκος[1], Γαρυφαλλιά Πουλάκου[3], Αντωνία Κουτσούκου[1], Νικολέττα Ροβίνα[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ - ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Νοσοκομείο Αττικόν, [3]Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ - ΓΝΝΘΑ " Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Στη σοβαρή νόσο COVID -19 έχει καθιερωθεί η χορήγηση δεξαμεθαζόνης. Η χορήγηση υψηλότερης δόσης κορτικοστεροειδών ή/και Tocilizumab είναι υπό διερεύνηση.
Σκοπός: Να αξιολογηθούν οι διαφορές ως προς την έκβαση και τις επιπλοκές των διαφορετικών δόσεων κορτικοστεροειδών (υψηλή δόση vs συνήθους δόσης) συν/πλην Tocilizumab.
Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μία αναδρομική μελέτη στη ΜΕΘ της Α' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ το διάστημα 1/9/2020-1/9/2021 σε βαρέως πάσχοντες COVID -19 ασθενείς. Έγινε καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων, συννοσηροτήτων, χαρακτηριστικών της νόσησης, της έκβασης, καθώς και της λήψης κορτικοστεροειδών συν / πλην Tocilizumab. Ως συνήθης δόση ορίστηκε η δεξαμεθαζόνη 6mg και ως υψηλή οποιοδήποτε σχήμα μεγαλύτερης δόσης ημερησίως.
Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 300 ασθενείς. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση, οι ασθενείς που έλαβαν υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης είχαν στατιστικά σημαντική αύξηση της πιθανότητας διασωλήνωσης στη ΜΕΘ, αύξηση των επιπλοκών (λοιμώξεις, βαρότραυμα, θρομβοεμβολικό επεισόδιο), καθώς και αυξημένη διάρκεια υποστήριξης από μηχανικό αερισμό και νοσηλείας στη ΜΕΘ και το νοσοκομείο. Από τις καμπύλες Kaplan Meier οι ασθενείς που έλαβαν υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης είχαν καλύτερη επιβίωση στις 28 ημέρες ενώ στη συνολική επιβίωση δεν υπήρχε διαφορά. Η μη διαφορά της συνολικής επιβίωσης διατηρείται στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Επίσης, από την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις ημέρες μηχανικού αερισμού. Από τη σύγκριση της ομάδας των ασθενών που έλαβαν υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης με Tocilizumab με την ομάδα των ασθενών που έλαβαν υψηλή δόση κορτικοστεροειδών χωρίς Tocilizumab δε διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς την έκβαση (συνολική επιβίωση, ημέρες μηχανικού αερισμού), αλλά παρατηρήθηκε αύξηση των λοιμώξεων στην πρώτη ομάδα.
Συμπεράσματα: Η υψηλή δόση δεξαμεθαζόνης φαίνεται ότι έχει πιθανώς θετική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών, αλλά αρνητική στην ανάπτυξη επιπλοκών. Ως προς τη συγχορήγηση Tocilizumab ή όχι, δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην έκβαση.

AA053

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΑΠΟ ΔΙΑΒΡΟΓΧΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ.

Σοφία Κουκίδου[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Αικατερίνη-Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Αντωνία Διγαλάκη[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ιωάννης Ρούσσης[1], Ευαγγελία Μπάλιου[2], Ιωάννης Τόμος[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Γεώργιος Χειλάς[1], Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Αγγελική Πασπαλλή[1], Μαρία Στόκα[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική – Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», [2]Παθολογοανατομικό εργαστήριο – Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η πνευμονική ακτινομύκωση είναι μία σπάνια, αργά εξελισσόμενη λοίμωξη που προκαλείται από τον Actinomyces israelii, έναν gram θετικό αναερόβιο βάκιλο. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου και τα απεικονιστικά ευρήματα είναι μη ειδικά και συχνά μπορεί να μιμηθούν αυτά της φυματίωσης ή του καρκίνου. Η διάγνωση συχνά επιτυγχάνεται από βιοπτικά υλικά πνεύμονα.
Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 67 ετών, ενεργός καπνίστρια, παραπέμφθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας χωρίς ανταπόκριση σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και δοξυκυκλίνη από εβδομάδος. Στην αξονική τομογραφία θώρακα που είχε υποβληθεί αναδείχθηκε παρουσία μάζας στο δεξιό άνω λοβό, πυκνοατελεκτασία στο μέσο με αεροβρογχόγραμμα και υπεζωκοτική συλλογή σύστοιχα. Η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, με υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια και μη παραγωγικό βήχα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ οι καλλιέργειες πτυέλων για κοινά μικρόβια και μυκοβακτηρίδια, οι αιμοκαλλιέργειες και τα αντιγόνα ούρων για πνευμονιόκοκκο και Legionella ήταν αρνητικά. Υπεβλήθη σε Video-βρογχοσκόπηση όπου ανέδειξε οιδηματώδη στόμια του δεξιού άνω λοβαίου βρόγχου καθώς και του μέσου λοβού λόγω συγκεντρικής στένωσης/βλεννογόνιας διήθησης. Η καλλιέργεια για κοινά μικρόβια/β-Koch από το βρογχικό έκπλυμα δεν απομόνωσε παθογόνο και η κυτταρολογική εξέταση ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η ιστολογική εξέταση από υλικό διαβρογχικής βιοψίας από το μέσο λοβό ανέδειξε συνύπαρξη αδενοκαρκινώματος πνεύμονα (CK7+, TTF1-) με αποικίες ακτινομύκητα. Λόγω νέου εμπυρέτου, κατόπιν συστάσεως των λοιμωξιολόγων, έγινε αναβάθμιση της αντιμικροβιακής αγωγής σε μεροπενέμη και λινεζολίδη, ενώ η γενική κατάσταση της ασθενούς δεν επέτρεπε την χορήγηση χημειοθεραπείας. Δυστυχώς, η ασθενής κατέληξε μετά από μερικές εβδομάδες από επιπλοκές του καρκίνου (μαζική κακοήθη πλευριτική συλλογή και πνευμονική εμβολή).
Συμπέρασμα: Η πνευμονική ακτινομύκωση είναι μια σπάνια πάθηση που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Ταυτόχρονη συνύπαρξη και των δύο σε υλικό διαβρογχικής βιοψίας είναι εξαιρετικά σπάνια περίπτωση και σχετίζεται με κακή πρόγνωση.

AA054

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΕΣ ΥΔΑΤΙΔΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ POST- COVID ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ.

Ιωάννης Βαμβακάρης[1], Ελένη Ψυχογιού[1], Νικόλαος Χονδρόπουλος[1], Μιχαήλ Τσατσης[1], Ειρήνη-Χρυσοβαλάντη Αντωνογιαννάκη[1], Ευάγγελος Μαρκοζανες[1], Γεωργία Δουγεκου[1], Ηλίας Λαχανάς[1], Κωνσταντίνος Βαχλας[1], Ιουλία Μαρκακη[1], Σταυρούλα Μπουλια[2], Αθανάσιος Κρασας[1]
[1]Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, [2]Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός"

Η εχινόκοκκος κύστη πνεύμονα είναι μια λοιμώδης πάθηση η οποία οφείλεται στην βρώση αυγών του Echinococcus, που απεκκρίνονται σε κόπρανα σαρκοφάγων τα οποία αποτελούν τους κύριους ξενιστές. Τα κύρια ανθρώπινα παθογόνα στελέχη είναι ο E. Granulosus & E. Multilocularis. Η πνευμονική εντόπιση ανευρίσκεται στο 30%. Η πολλαπλή κυστική εντόπιση δεν είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό πνευμονικής πολυκυστικής εχινοκοκκίασης, με συνοδό πνευμονική εμβολή.
Ασθενής ετών 45, προσέρχεται στα ΤΕΠ, αναφέροντας οξύ άλγος αριστερού ημιθωρακίου πλευριτικού τύπου. Από το ιστορικό-ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ορθόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, θηλώδες Ca θυρεοειδούς-χειρουργηθέν το 2016-και νόσηση Sars-Cov-2 τον 2 μήνες προ της εισαγωγής. Κατά την εισαγωγή της η ασθενής ήταν απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Ο αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η ακτινογραφία θώρακος αποκάλυψε πολλαπλές οζώδεις αλλοιώσεων σε αμφότερους τους πνεύμονες ενώ η CTPA ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης σε αμφότερους τους πνεύμονες καθώς και πολλαπλές αμφοτερόπλευρες οζώδεις αλλοιώσεις με ομαλό περίγραμμα, πυκνότητα ύδατος και διαστάσεων μέχρι 2 εκ.. Στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα ανευρέθη οζόμορφη αλλοίωση που αποδόθηκε σε πνευμονικό έμφρακτο. Αντίστοιχα πολλαπλές κυστικές αλλοιώσεις εντοπίζονται στο ήπαρ. Η ασθενής ετέθη σε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε την εχινοκοκκίαση, την κακοήθεια και ρευματολογικά νοσήματα. Στις συνήθειες δεν αναφέρονται παράγοντες κινδύνου για εχινοκοκκίαση. Ο έλεγχος αντιελμινθικών αντισωμάτων, θυρεοειδικών ορμονών απέβη φυσιολογικός. Το 18FDG-PET-CT ανέδειξε μόνο ήπιο υπερμεταβολισμό στην οζόμορφη αλλοίωση του αριστερού άνω λοβού.
Αποφασίστηκε η διενέργεια αριστερής VATS με σκοπό τη λήψη βιοψιών. Ανευρέθησαν συμφύσεις του αριστερού άνω λοβού με το τοίχωμα στο σημείο της υπερμεταβολικής βλάβης. Οι δύο κυστικές αλλοιώσεις του άνω λοβού (LS2&LS4) δεν κατέστη δυνατόν να ψηλαφηθούν διεγχειρητικά. Αποφασίστηκε η εκτέλεση τυφλών σφηνοειδών εκτομών στα σημεία που εντοπίζονταν οι εν λόγω αλλοιώσεις και σφηνοειδής εκτομή της υπερμεταβολικής αλλοίωσης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε εχινοκοκκική κύστη, χωρίς ζωντανό περιεχόμενο. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή.
Παρουσιάζουμε το περιστατικό, ως μια σπάνια περίπτωση εχινοκοκκίασης, χωρίς παράγοντες κινδύνου και τη σπάνια συσχέτιση της νόσου με την επίπτωση πνευμονικής εμβολής.

AA055

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ ΚΡΟΣΣΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Χρυσαυγή Κωστή[1], Αντωνία Διγαλάκη[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Σοφία Κουκίδου[1], Ιωάννης Τόμος[1], Γεώργιος Χειλάς[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ανδρέας Ματθαίου[1], Κατερίνα Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:
Η πρωτοπαθής δυσκινησία κροσσών (ΠΔΚ) είναι μια ετερογενής γενετική νόσος με διαταραχή στην κινητικότητα των κροσσών. Τα δεδομένα για τον ενήλικο πληθυσμό παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός μας είναι η μελέτη των κλινικών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών μιας κοορτής ασθενών με ΠΔΚ.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:
Μελετήσαμε αναδρομικά ενήλικες ασθενείς με ΠΔΚ που παρακολουθούνται στο κέντρο βρογχεκτασιών του ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» και καταγράψαμε επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα. Το μικροβιολογικό και λειτουργικό προφίλ εκτιμήθηκε με βάση τις καλλιέργειες πτυέλων και τη σπιρομέτρηση αντίστοιχα. Η βαρύτητα των βρογχεκτασιών κατηγοριοποιήθηκε με το BSI score. Οι HRCTs αξιολογήθηκαν ως προς τη μορφολογία, κατανομή και έκταση των βρογχεκτασιών με το Reiff score και για την ύπαρξη συνοδών ευρημάτων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
Μελετήθηκαν 15 ασθενείς με μέση ηλικία 38±18.8έτη. Το 60% των ασθενών ήταν γυναίκες και το 67% μη καπνιστές. Το ένα τρίτο διαγνώστηκε μετά την ενηλικίωση. Τα συχνότερα κλινικά χαρακτηριστικά ήταν: ιγμορίτιδα (93.3%), χρόνιος παραγωγικός βήχας (86.7%), ωτίτιδα (33.3%), καταβολή (33.3%). 14 ασθενείς απομόνωσαν τουλάχιστον ένα παθογόνο στην καλλιέργεια πτυέλων με υψηλό επιπολασμό ψευδομονάδας (80%). Ο μέσος FVC και FEV1 (%pred) ήταν 77.5±19.4 και 72.5±22.8 αντίστοιχα. Η διάμεση τιμή του BSI score ήταν 4.6±3.2, με ήπια και σοβαρή νόσο να ανευρίσκονται στο 50% και 21.4% αντίστοιχα. Απεικονιστικά όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν βρογχεκτασίες σε ≥3 λοβούς χωρίς συμμετοχή των κορυφών. Το μέσο Reiff score ήταν 8.7±2.7. Συχνότερο συνοδό απεικονιστικό εύρημα αναδείχθηκε το tree-in-bud (86.7%), ενώ αναστροφή σπλάχνων αναγνωρίστηκε στο ένα τρίτο των ασθενών. Επιπλέον, διαπιστώσαμε ρικνωτική ατελεκτασία του μέσου λοβού στο 40%. Ενδιαφέρουσα είναι η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση αυτού του χαρακτηριστικού με χρόνια λοίμωξη από ψευδομονάδα ($r=0.58$, $p=0.024$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
Η μελέτη μας διευρύνει τα κλινικά και απεικονιστικά δεδομένα των ενηλίκων με ΠΔΚ. Η ψευδομονάδα ήταν το κύριο παθογόνο. Η χρόνια λοίμωξη από ψευδομονάδα ίσως συσχετίζεται με μη-αναστρέψιμες απεικονιστικές βλάβες.

AA056

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ MAC ΚΑΙ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Ελβίρα-Μαρκέλλα Αντωνογιαννάκη[1], Στέφανος Λαμπαδάκης[2], Ευφροσύνη Μάναλη[2], Μυρτώ Μπλίζου[2], Κωνσταντίνος Θωμάς[3], Μαρία Καλλιέρη[2], Μαρία Σφήκα[2], Francesca Strakosha[2], Φανούριος Κόντος[4], Ιωσήφ Μελετιάδης[4], Βάγια Καραγεώργου[2], Αντώνιος Κρούσκος[2], Θωμάς Ραπτάκης[2], Σπυρίδων Παπίρης[2]

[1]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ, [3]Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ, [4]Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από άτυπα μυκοβακτηρίδια (NTM) αυξάνεται παγκοσμίως. Οι ασθενείς με NTM συχνά έχουν συλλοιμώξεις με πολλούς παθογόνους μικροοργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του Aspergillus spp. Τόσο ο Ασπέργιλλος όσο και τα NTM είναι ευκαιριακά παθογόνα που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή πνευμονική νόσο και η συλλοίμωξη σχετίζεται με κακή πρόγνωση και σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 71 ετών, μη καπνιστής, με ΑΑ ΣΔ τύπου ΙΙ, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας αναφέρει δεκατική πυρετική κίνηση και απώλεια σωματικού βάρους (~13kg) από έτους. Στην αξονική τομογραφία (CT) θώρακα παρατηρούνται κοιλοποιούμενες παχυτοιχωματικές αλλοιώσεις αριστερού άνω λοβού και εμφυσηματικές αλλοιώσεις κορυφών (Εικόνα 1). Η χρώση Ziehl-Neelsen ήταν θετική στα πτύελα, αρνητική η PCR για Mycobacterium tuberculosis complex και θετική η PCR για Mycobacterium intracellulare με ευαισθησία σε κλαριθρομυκίνη και αμικασίνη από τον μοριακό έλεγχο. Ετέθη ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη και κλαριθρομυκίνη ως επί λοίμωξης από Mycobacterium Intracellulare. Ο ασθενής παρουσίασε διαρροϊκές κενώσεις και από την καλλιέργεια κοπράνων απομονώθηκε επίσης Mycobacterium Intracellulare. Εστάλη έλεγχος για HIV (δύο φορές αρνητικός) και ανοσοφαινότυπος CD4 Τ-λεμφοκύτταρων ορού (φυσιολογικός). Κατά την επανεκτίμηση (6μηνο) σημειώθηκε απεικονιστική επιδείνωση (αύξηση του πάχους του τοιχώματος των κοιλοτήτων με υποψία παρουσίας υλικού εντός αυτών, Εικόνα 1). Εστάλη γαλακτομαννάνη ορού (αρνητική) και β-D-γλυκάνη (θετική). Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και BAL, όπου απομονώθηκε εκ νέου το NTM (καλλιέργεια MGIT), ενώ η κυτταρολογική των βρογχικών εκκρίσεων ανέδειξε υφές μυκήτων. Ο ορολογικός έλεγχος (IgG specific Aspergillus) θετικός. Με τα παραπάνω ευρήματα προστέθηκε μετά από εξειδικευμένη λοιμωξιολογική εκτίμηση αμικασίνη και ισαβουκοναζόλη στο αντιμικροβιακό σχήμα. Λόγω μη κλινικής ανταπόκρισης και μη καλής ανοχής της φαρμακευτικής αγωγής τροποποιήθηκε το σχήμα σε ριφαμπικίνη, αζιθρομυκίνη, μοξιφλοξασίνη και εισπνεόμενη αμικασίνη. Ο ασθενής κατέληξε 20 μήνες μετά την διάγνωση του.

Συζήτηση: Η λοίμωξη από MAC και Ασπέργιλλο μπορεί να παρατηρηθεί σπάνια και σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Η διαχείριση αυτών των ασθενών αποτελεί πρόκληση καθώς η καθυστερημένη διάγνωση σχετίζεται με κακή πρόγνωση.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA057

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΝΔΗΜΙΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ιωάννης Λαμπρόπουλος[1,2], Δημήτριος Ράπτης[1,3], Δημήτριος Παπαγιάννης[4], Γεωργία Ξηρομερήσιου[5], Ζωή Δανιήλ[1], Παρασκευή Κύργου[1,3], Λαμπρινή Κοντοπούλου[3], Ηλίας Βαλιάκος[3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1], Φωτεινή Μάλλη[1,3]
[1]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, [3]Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [5]Νευρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η θνητότητα των λοιμωδών νοσημάτων έχει συσχετιστεί με την οικονομική κατάσταση των χωρών.
Στόχος: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση διαφορών στη θνητότητα λοιμωδών νοσημάτων (γρίπης και COVID19) κατά τη διάρκεια των δύο πρόσφατων πανδημιών σε σχέση με τους δημοσιοοικονομικούς δείκτες των κρατών.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συλλογή των δεδομένων για τη θνητότητα της γρίπης κατά το διάστημα 2009-2011 και για τη θνητότητα της COVID19 κατά το διάστημα 2020-2022. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τις βάσεις δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (γρίπη), Global Health (SARS-CoV-2) και Our World in Data (δημοσιοοικονομικοί δείκτες).

Αποτελέσματα: Η θνητότητα από τη γρίπη είναι μεγαλύτερη στην Βόρεια Αμερική (1,46 ανά 100.000 πληθυσμού) και ακολουθεί η Ευρώπη (1,40 ανά 100.000 πληθυσμού), ενώ η θνητότητα από τη COVID19 είναι μεγαλύτερη στη Νότια Αμερική (283,8 ανά 100.000 πληθυσμού) και ακολουθεί η Ευρώπη (238,26 ανά 100.000 πληθυσμού). Οι χώρες με πολύ υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης (human development index, HDI) εμφανίζουν τη μεγαλύτερη θνητότητα (1,47 ανά 100.000 πληθυσμού) από τη γρίπη, ενώ για τη COVID19 η μεγαλύτερη θνητότητα αφορά τις χώρες με υψηλό HDI (182,75 ανά 100.000 πληθυσμού). Στις περιοχές με περισσότερους από 400 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο καταγράφεται η μεγαλύτερη θνητότητα από τη γρίπη (1,75 ανά 100.000 πληθυσμού) ενώ η μεγαλύτερη θνητότητα από COVID19 παρατηρείται στις περιοχές με περισσότερους από 1000 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο (224,33 ανά 100.000 πληθυσμού).Όσον αφορά το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) τόσο η γρίπη όσο και η COVID19 εμφανίζουν μεγαλύτερη θνητότητα στα μεσαία εισοδήματα (16.000-32.000 ευρώ) (1,75 και 212 ανά 100.000 πληθυσμού, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η θνητότητα από λοιμώδη νοσήματα κατά τη διάρκεια πανδημιών μπορεί να επηρεάζεται από την δημοσιοοικονομική κατάσταση των χωρών, αλλά και από το ύψος των χρημάτων που δαπανώνται για την υγεία. Τέτοια δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την χάραξη πολιτικών της υγείας στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: Θνητότητα, Οικονομικά της υγείας ,Πολιτική της υγείας.

AA058

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ MRNA ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19

Αδαμαντία Λιαπικου[1], Νίκος Τσελωνης[1], Αλεξάνδρα Κοτε[1], Παναγιώτης Περιστέρης[1], Αγγελική Σωτηροπουλου[1], Ιωάννης Δημητρούλης[1]
[1]ΝΝΘΑ Σωτηρια,6η Πνευμονολογική Κλινική

Εισαγωγή: Η κατανόηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού κατά του COVID-19 απαιτεί την εξέταση της βαρύτητας της νόσου, η οποία καθορίζεται ως προς το εάν τα άτομα που αναπτύσσουν COVID-19 παρά τον εμβολιασμό έχουν χαμηλότερη σοβαρότητα της νόσου από τα μη εμβολιασμένα άτομα.
Μέθοδοι: Εξετάσαμε προοπτικά όλους τους ασθενείς με COVID-19 που εισήχθησαν σε πνευμονολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοσκομείου στο διάστημα 25 Φεβρουαρίου 2021 με 30 Αυγούστου 2022 . Πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις μεταβλητών που σχετίζονται με τον εμβολιασμό.
Αποτελέσματα: Από τους 800 νοσηλευόμενους ασθενείς με νόσο COVID-19 οι 268 ασθενείς που εμβολιάστηκαν (34%), ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας και με υψηλότερο αριθμό συννοσηροτήτων ($p<0.001$), συμπεριλαμβανομένου σακχαρώδη διαβήτη ($p=0,032$), ισχαιμικής καρδιοπάθειας ($p<0,001$), ΧΑΠ ($p=0,026$), ανοσοανεπάρκειας (59%) , νεφρική νόσου ($p<0,004$) και νευρολογικής νόσου ($p<0,001$)(Πίνακας 1). Ο χρόνος από τη θετικοποίηση του μοριακού τεστ έως την εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερος μεταξύ των μη εμβολιασμένων ασθενών (5,4 ± 3,8 ημέρες έναντι 2,71 ± 2,8, $p < 0,005$). Η ακτινολογική έκταση της νόσου είναι αισθητά μεγαλύτερη στους μη εμβολιασμένους ασθενείς ($p<0,001$), όπως και η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών . Η κρίσιμη νόσος ($p<0,05$), η εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας ($p = 0,02$) και η $PO2/FiO2< 250$ ($p = 0,007$) ήταν λιγότερο πιθανή σε εμβολιασμένους ασθενείς. Όμως, η θνητότητα (6,4% έναντι 5,3 %, $p = 0,43$) και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (12,24± 7,8 έναντι 13,4 ± 9,2, $p = 0,081$) ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων.
Συμπέρασμα: Οι νοσηλευόμενοι εμβολιασμένοι ασθενείς με COVID-19 πνευμονία είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά των πιο γνωστών παραγόντων κινδύνου για ανεπιθύμητες εκβάσεις του COVID-19, αλλά η θνητότητα ήταν παρόμοια σε σύγκριση με τους μη εμβολιασμένους ασθενείς.

AA059

ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟΥ ΕΝΔΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΛΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Δημήτριος Λιουμπας[1], Άννα Θεοδωρου-Κανακαρη[4], Μαρία Τριμανδυλη[4], Στυλιανός Μιχελης[2], Ηλίας Σαμιωτης[3], Νικόλαος Τζατζαδακης[1], Ευστάθιος Μεταξας[1], Θοδωρής Φαχουριδης[1], Φραγκίσκος Τσαγκαρακης[1], Στυλιανός Ζαραγκας[1], Γεώργιος Μπενακης[1], Μιχάλης Αργυριου[3]

[1]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, [2]Τμήμα Αναισθησιολογίας, Mediterraneo Hospital, [3]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, ΓΝΑ 'Ο Ευαγγελισμός', [4]Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ενδοπνευμονικό απόλυμα (ILS) είναι μια σπάνια συγγενής δυσπλασία που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός μη λειτουργικού τμήματος πνεύμονα που αιματώνεται από έκτοπο αρτηρία της συστηματικής κυκλοφορίας. Λόγω των εγγενών κινδύνων διεγχειρητικής αιμορραγίας, αυξάνονται οι δημοσιευμένες αναφορές επιλεγμένων ασθενών που έλαβαν υβριδική χειρουργική αντιμετώπιση. Παρουσιάζουμε τη περίπτωση ενός νέου ενήλικα με επιπλεγμένο ILS που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδοαγγειακή τοποθέτηση αορτικής πρόθεσης (TEVAR) και αριστερή κάτω λοβεκτομή.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: Ασθενής 24 ετών, με ατομικό ιστορικό επαναλαμβανομένων λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού από την παιδική του ηλικία, προσήλθε με εμπύρετο (39.2oC) και μεγάλη αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Η αξονική αγγειογραφία (CTA) ανέδειξε πύκνωση του αριστερού κάτω λοβού πνεύμονα και αιμάτωση των τμημάτων S7-9 από τέσσερα ευμεγέθη τροφοφόρα αγγεία της αορτής (max d.1.3cm). Προτάθηκε αντιμετώπιση τριών σταδίων. Αρχικά ο ασθενής έλαβε 10 ήμερο ενδοφλέβιο αντιβιοτικό σχήμα με μεροπενέμη/λινεζολίδη. Διαδοχικά, μέσω της αριστερής μηριαίας αρτηρίας υποβλήθηκε σε TEVAR και τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (short stent) ενώ η αγγειογραφία που ακολούθησε επιβεβαίωσε την κάλυψη και θρόμβωση όλων των τροφοφόρων αγγείων. Έξι ημέρες αργότερα, διενεργήθηκε ανεπίπλεκτη αριστερή κάτω λοβεκτομή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εξ όσων γνωρίζουμε, είναι η πρώτη δημοσιευμένη αναφορά περιστατικού με ενδοπνευμονικό απόλυμα που λαμβάνει αιμάτωση από τέσσερις ευμεγέθεις αρτηρίες της συστηματικής κυκλοφορίας. Η ανακοίνωση αυτή, υποστηρίζει τις υπάρχουσες αναφορές που επιδεικνύουν συσσωρευμένα οφέλη και βελτιωμένα μετεγχειρητικά αποτελέσματα σε επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με ILS που αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό αγγειακής ενδοπρόθεσης και λοβεκτομής.

AA060

Η ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΡΕΦΕΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΥΦΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Νικολέτα Μπιζύμη[1], Ανδρέας Ματθαίου[1], Κωνσταντίνος Παγωνίδης[2], Ειρήνη Μανουσάκη[2], Μιχάλης Φραγκουλάκης[2], Ειρήνη Λαμπίρη[3], Ιωάννα Μητρούσκα[3], Κατερίνα Αντωνίου[1,3], Νικόλαος Τζανάκης[3]
[1]Εργαστήριο Μοριακής και Κυτταρικής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [2]Ιατρική Διάγνωση "Κνωσός", [3]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η πνευμονία COVID-19 σχετίζεται με εκτεταμένη πνευμονική μικροαγγειοπάθεια και διάταση της κύριας πνευμονικής αρτηρίας (ΠΑ) κατά την οξεία φάση της λοίμωξης, ενώ η εξέλιξή της μετά την ύφεση της νόσου δεν έχει ακόμη διερευνηθεί.
Στόχοι: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αύξησης της διαμέτρου της κύριας ΠΑ (MPAD), όπως αυτή αναδείχθηκε στην υπολογιστική τομογραφία (ΥΤ) θώρακα στην πνευμονία COVID-19, και η περαιτέρω διερεύνηση της εξέλιξης αυτής της αλλαγής κατά τη μεταλοιμώδη φάση.
Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη σειράς 55 ασθενών με πνευμονία COVID-19, χωρίς ιστορικό πνευμονικής υπέρτασης, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΥΤ θώρακα κατά τη διάρκεια ή πλησίον της οξείας φάσης της λοίμωξης, ενώ 20 από αυτούς υποβλήθηκαν σε επαναληπτική απεικόνιση μετά από 6 έως 12 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς αποκλείστηκε η παρουσία πνευμονικής εμβολής. Οι μεταβολές της MPAD αξιολογήθηκαν στις διαδοχικές απεικονίσεις του θώρακα.
Αποτελέσματα: Η μέση ± τυπική απόκλιση MPAD ήταν 3±0.3 cm κατά τη διάρκεια ή πλησίον της οξείας φάσης της λοίμωξης και 2.8±0.3 cm κατά τη μεταλοιμώδη φάση, με στατιστικά σημαντική διαφορά των μετρήσεων μεταξύ των δύο χρονικών σημείων (Wilcoxon, p-value: 0.0005, εικ.1Α). Σε μία υποομάδα 6 ασθενών με επιπρόσθετη επαναληπτική ΥΤ θώρακα μετά τη νόσο, παρατηρήθηκε σημαντική περαιτέρω μείωση της διαμέτρου (Wilcoxon, p-value: 0.0313, εικ.1Β). Παρεμπιπτόντως, σε συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, σημαντική αύξηση της MPAD στην πνευμονία COVID-19 παρατηρήθηκε σε μία υποομάδα 12 ασθενών με διαθέσιμη ΥΤ θώρακα πριν τη νόσηση (Wilcoxon, p-value: 0.0371, εικ.1C).
Συμπεράσματα: Η διάταση της κύριας ΠΑ είναι ένα συχνό εύρημα στην πνευμονία COVID-19, το οποίο συνοδεύει την οξεία φάση της λοίμωξης και υποστρέφει μετά την ύφεση της νόσου. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για τον προσδιορισμό της εξέλιξης αυτού του αναστρέψιμου καρδιαγγειακού φαινομένου στη μακροχρόνια COVID-19 και της συσχέτισής του με κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους.

* Σημείωση: Οι Μπιζύμη Ν. και Ματθαίου Α. συνέβαλαν ισότιμα.

AA061

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Ελένη Μοσχοτζοπουλου[1], Θεοδώρα Ανδρονικου[1], Νικολέττα Γαλανοπουλου[1], Μαρία Γαγγαδη[1], Ηλίας Καϊνης[1]
[1]10η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή:
Υπάρχουν πολλαπλές αναφορές στη βιβλιογραφία ότι κάποιες λοιμώξεις μπορεί να αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα οργανούμενης πνευμονίας (Ο.Π.). Θα παρουσιάσουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό Ο.Π., στο οποίο διεγνώσθη επιπλέον και πνευμονική λοίμωξη από νοκάρδια.
Παρουσίαση περιστατικού:
Γυναίκα 86 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω δεκατικής πυρετικής κίνησης από διμήνου με συνοδό βήχα παραγωγικό, καταβολή και απώλεια σωματικού βάρους 8kgr. Προηγήθηκαν δύο νοσηλείες σε πνευμονολογική κλινική όπου έλαβε ευρέος φάσματος αντιβιοτικά.Λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας εισήχθη στο Νοσοκομείο. Η Αξονική Τομογραφία θώρακος που διενεργήθη δύο μήνες πριν την εισαγωγή της παρουσίασε εικόνα πνευμονικών κυψελιδικών διηθημάτων σε αμφότερα τα πνευμονικά πεδία, που σε μεγάλη έκταση ήταν οζόμορφα. Από το ατομικό ιστορικό υστερεκτομή προ τριάντα ετών λόγω κακοήθειας, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, μη καπνίστρια. Από την κλινική εξέταση εισπνευστικοί τρίζοντες κατά την ακρόαση των πνευμόνων και δεκατική πυρετική κίνηση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η ανάλυση αερίων αίματος ανέδειξε ήπια υποξυγοναιμία. Ο απεικονιστικός έλεγχος με νέα αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πολλαπλές εμβαλωματικού τύπου κυψελιδικές σκιάσεις που παρουσίαζαν μεταναστευτικότητα συγκριτικά με την προ διμήνου απεικόνιση. Διενεργήθη βρογχοσκόπηση και BAL, που ήταν καθ' υπεροχήν λεμφοκυτταρικό [Λεμφοκύτταρα=20,6% (Φ.Τ.= 10-15%)].
Ετέθη η διάγνωση της οργανούμενης πνευμονίας με βάση τη συμβατή κλινική εικόνα, το λεμφοκυτταρικό BAL και τη μεταναστευτικότητα των διηθημάτων στην απεικόνιση του θώρακα. Στο πλαίσιο αποκλεισμού δευτεροπαθών αιτιών οργανούμενης πνευμονίας, απεστάλη ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος ήταν αρνητικός. Έγινε έναρξη θεραπείας με από του στόματος πρεδνιζολόνη σε δόση 0,5mgr/kgr/ημέρα για 4 εβδομάδες, λόγω μεγάλης ηλικίας και συννοσηροτήτων. Από το μικροβιολογικό έλεγχο του BAL προέκυψε λοίμωξη από νοκάρδια. Έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία ήταν αρνητική για παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής ετέθη σε θεραπεία με τριμεθοπρίμη – σουλφομεθοξαζόλη (TMP/SMX) σε δοσολογία 15mgr/kg/ημέρα, παράλληλα με τη συνέχιση των κορτικοειδών. Μετά ένα μήνα έγινε επανέλεγχος με νέα CT θώρακος, η οποία παρουσίαζε εντυπωσιακή βελτίωση με σχεδόν πλήρη υποχώρηση των σκιάσεων.

Συζήτηση:
Είναι γνωστός ο συσχετισμός των λοιμώξεων αναπνευστικού (π.χ. βακτήρια, ιοί, παράσιτα, μύκητες) και της Ο.Π., αλλά ελάχιστες αναφορές υπάρχουν όσον αφορά στη συνύπαρξη Ο.Π. με λοίμωξη από νοκάρδια. Ενώ είναι συχνή η πνευμονική νοκαρδίωση σε ασθενείς που έλαβαν κορτικοθεραπεία λόγω Ο.Π., στο συγκεκριμένο περιστατικό η διάγνωση των δύο οντοτήτων ήταν παράλληλη.

AA062

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΥΠΕΡΛΟΙΜΟΓΟΝΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Θεοδώρα Οικονόμου[2], Ηλίας Χύτας[2], Χριστίνα Κυδώνα[2], Αφροδίτη Μπούτου[1], Δέσποινα Ιωαννίδου[1], Δημήτρης Βλαχάκης[2], Αρετή Τυχάλα[3], Έφη Πρωτονοταρίου[3], Χαράλαμπος Ζάρρας[4], Εμμανουήλ Σινάκος[2]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, [2]Δ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, [3]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, [4]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με διεισδυτική λοίμωξη από υπερλοιμογόνο στέλεχος Klebsiella pneumoniae.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 36 ετών, δυτικοαφρικανικής καταγωγής, με ιστορικό αρρύθμιστου σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 εισήλθε για διερεύνηση αιμόπτυσης, πλευροδυνίας και δερματικών βλαβών, ενώ ανέφερε ανορεξία, απώλεια βάρους και νυχτερινές εφιδρώσεις. Από το ατομικό αναμνηστικό προ μηνός είχε διαγνωσθεί με πνευμονία της κοινότητας και έλαβε 7ημερο σχήμα αντιβιοτικής αγωγής ενώ δεν ανέφερε ιστορικό πρόσφατων ταξιδιών ή σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε: όψη πάσχοντος, βλατιδώδες εξάνθημα εκτατικής επιφάνειας άκρων και ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, όπου διαπιστώθηκε νορμόχρωμη αναιμία, υψηλοί δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ 76, CRP 40mg/L, φ.τ.<6) και από αξονική τομογραφία θώρακος: εκτεταμένη νεκρωτική βλάβη με παρουσία υδραερικού επιπέδου στο άνω λοβό του δεξιού πνεύμονα. Στη διαφορική διάγνωση ετέθη η φυματίωση, νεκρωτική πνευμονία, συστηματικό νόσημα ή κακοήθεια. Διερευνήθηκε περαιτέρω με καλλιέργειες αίματος-πτυέλων, άμεση χρώση πτυέλων για κοινά, οξεάντοχα και μοριακό έλεγχο (πνευμονικό panel Film-Array & XPERT TB/RIF), ιολογικό και ανοσολογικό έλεγχο. Έγινε λήψη βιοψίας από τις δερματικές βλάβες για ιστολογική εξέταση και καλλιέργεια. Εν αναμονή των αποτελεσμάτων ξεκίνησε αντιμικροβιακή αγωγή (β-λακτάμη και αζιθρομυκίνη) με βραδεία βελτίωση των συμπτωμάτων. Λόγω ισχυρής υποψίας για φυματίωση διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και λήψη mini BAL. Όλος ο παραπάνω έλεγχος ήταν αρνητικός, πλην της απομόνωσης πολυευαίσθητης Klebsiella pneumoniae. Ο ασθενής εξήλθε με σύσταση για στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή για 3 εβδομάδες. Στον επανέλεγχο, μετά από 1,5 μήνα, ο ασθενής ανέφερε επανεμφάνιση γενικών συμπτωμάτων και επιγαστραλγία, καθώς και εκούσια διακοπή της αντιβίωσης στις 10 ημέρες, ενώ δε διαπιστώθηκε νέο κλινικό εύρημα και οι δερματικές βλάβες ήταν σε αποδρομή. Η καλλιέργεια πτυέλων και BAL για μυκοβακτηρίδια ήταν αρνητική. Νέος απεικονιστικός έλεγχος με αξονική θώρακος/κοιλίας, αποκάλυψε ευρήματα νεκρωτικής πνευμονίας, με αποστηματοποίηση και κεντρική τήξη. Αποφασίστηκε η εκ νέου πραγματοποίηση βρογχοσκόπησης και λήψης mini BAL. Από την καλλιέργεια απομονώθηκε Klebsiella pneumoniae με φαινοτυπικά χαρακτηριστικά K1 ορότυπου (hypervirulent, hypermucoviscosity: string test θετικό). Βάση αντιβιογράμματος, τέθηκε σε μοξιφλοξασίνη για τουλάχιστον 6 εβδομάδες, και βρίσκεται σε παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Το υπερλοιμογόνο στέλεχος της Klebsiella pneumoniae προκαλεί πυογόνα αποστήματα σε διάφορες θέσεις (ήπαρ, πνεύμονες, μαλακά μόρια, ΚΝΣ) και ευθύνεται για διεισδυτικές λοιμώξεις σε ασθενείς ασιατικής ή αφρικανικής καταγωγής με κυριότερο παράγοντα κινδύνου τον σακχαρώδη διαβήτη, όπως στον ασθενή μας.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA063

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ SARS COV2 ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.

Γεωργία-Εμμανουέλα Δενδρινού[1], Βασίλειος Γκόγκος[1], Ιωάννα Παπαδάκη[1], Αθανάσιος Κονδύλης[1], Ευάγγελος Παζιούρος[1], Σοφία Χατζηιωσήφ[1], Μαρία Χριστοδούλου[1], Χρύσα Γούρα[1], Παναγιώτα Πλατιά[1], Χριστίνα Μυστακελλη[1], Δημήτριος Παπαδόπουλος[1], Κυριακή Ζειμπέκογλου[1]
[1]ΝΙΜΤΣ

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης του τίτλου των αναπτυσσόμενων αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό για SARS-CoV-2, με τα δημογραφικά στοιχεία και τις παρενέργειες.
Μέθοδοι: Έγινε καταγραφή 472 (239Α/233Γ) εργαζομένων του ΝΙΜΤΣ εμβολιασμένων έναντι SARS-CoV2 με δυο δόσεις του σκευάσματος Comirnaty (Pfizer/BioNTech) την περίοδο 4/1/2021-18/3/2021. Ο τίτλος των IgG II αντισωμάτων έναντι της ακίδας του ιού εκτιμήθηκε 21 ημέρες μετά τον πρώτο εμβολιασμό με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας, και συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο για τις παρενέργειες που εμφανίστηκαν 21 ημέρες μετά τους εμβολιασμούς. Έγινε συσχέτιση του τίτλου των αντισωμάτων με την ηλικία, το φύλο, τον αριθμό και το είδος τους.
Αποτελέσματα: Από τους 472 εμβολιασθέντες, μέτρηση αντισωμάτων έγινε σε 307 (65,5%), και ερωτηματολόγιο με τις παρενέργειες συμπληρώθηκε από 199(42,4%) και 198(42%) άτομα μετά την πρώτη και δεύτερη δόση αντίστοιχα. Η διάμεση τιμή του τίτλου των αντισωμάτων ήταν 12881 AU/ml, και ήταν υψηλότερος στις γυναίκες (p= 0.008). Η ηλικία είχε οριακή αρνητική συσχέτιση με τον τίτλο των αντισωμάτων (r=- 0.152, p=0.04). Μετά την πρώτη δόση μία τουλάχιστον παρενέργεια αναφέρθηκε από τους 168 (84,4%) εμβολιασθέντες, ενώ μετά τη δεύτερη δόση από τους 171 (86,8%). Η διάμεση τιμή του συνολικού αριθμού των παρενεργειών ανά συμμετέχοντα ήταν 1 για την πρώτη και 3 για τη δεύτερη δόση (t=8.802, p <0.001). Άλγος στο σημείο εμβολιασμού ήταν η συχνότερη παρενέργεια και στις δύο δόσεις. Η παρουσία κάθε μιας συστηματικής παρενέργειας μετά τη δεύτερη δόση συσχετιζόταν με τον τίτλο αντισωμάτων (p <0.05). Σημαντικά χαμηλότερο τίτλο ανέπτυξαν όσοι δεν ανέφεραν καμία παρενέργεια κατά την πρώτη (t=2.539, p=0.012) και δεύτερη δόση (t=2.826, p=0.005).
Συμπέρασμα: Ενώ η χορήγηση του εμβολίου συσχετίστηκε με μικρό αριθμό παρενεργειών, παρατηρήθηκε αύξηση του συνολικού αριθμού τους μετά τη δεύτερη δόση. Ο αυξημένος αριθμός παρενεργειών συσχετίστηκε με αυξημένο τίτλο αντισωμάτων. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του αριθμού των παρενεργειών ανάμεσα στα φύλα.

AA064

ΣΥΓΚΡΙΣΗ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ DELTA ΚΑΙ OMICRON ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αθανάσιος Παγώνης[1], Ιωάννης Πανταζόπουλος[2], Ευαγγελία Σδρούλια[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [2]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Η νόσηση από την μετάλλαξη Omicron είναι ηπιότερη συγκριτικά με προηγούμενες μεταλλάξεις του SARS-CoV-2. Πιο συγκεκριμένα, η πιθανότητα νοσηλείας σε νοσοκομείο είναι 80% χαμηλότερη συγκριτικά με άλλες μεταλλάξεις, ενώ οι πιθανότητα βαριάς νόσου είναι 70% χαμηλότερη συγκριτικά με την μετάλλαξη Delta [1]. Επιπλέον, η μόλυνση από την μετάλλαξη Omicron συσχετίστηκε με 74% χαμηλότερο κίνδυνο για εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και 91% χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου συγκριτικά με την μετάλλαξη Delta [2].

Στόχος: Η σύγκριση νοσηλευόμενων ασθενών με μετάλλαξη Delta και Omicron στην Πνευμονολογική/COVID-19 κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, οι οποίοι εμφάνισαν ευρήματα συμβατά με πνευμονία στην αξονική τομογραφία θώρακος.

Υλικά-Μέθοδος: Συγκριτική αναδρομική μελέτη μεταξύ 137 ασθενών με μετάλλαξη Delta και 91 ασθενών με μετάλλαξη Omicron. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών τους στοιχείων, την συμπτωματολογίας, των συννοσηροτήτων, του λόγου PaO2/FiO2, των εργαστηριακών ευρημάτων, καθώς και της έκβασης τους.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε πως νοσηλεύονται μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς με μετάλλαξη Omicron συγκριτικά με τη μετάλλαξη Delta (75±13 έναντι 58±16 έτη, p-value<0.0001). Όσον αφορά την συμπτωματολογία, ενώ η μετάλλαξη Delta παρουσιάζει συχνότερα συμπτώματα εκ του γαστρεντερικού (27% έναντι 12,1%, p-value=0.0019) και νευρολογική σημειολογία (25,5% έναντι 13,2%, p-value=0.0088), η μετάλλαξη Omicron προσβάλλει συχνότερα το ανώτερο αναπνευστικό (15,4% έναντι 4,4%, p-value=0.0048). Στους ασθενείς με μετάλλαξη Omicron παρατηρήθηκαν υψηλότεροι δείκτες φλεγμονής συγκριτικά με την μετάλλαξη Delta. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων (8.202±4.436 έναντι 6.104±2.925, p-value=0.0001) και CRP (8,01±5,47 έναντι 5,14±5,53, p-value=0.0001). Τέλος, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην έκβαση των ασθενών (εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, θάνατος).

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε πως με την omicron μετάλλαξη, νοσηλεύονται γηραιότεροι ασθενείς με σημαντικές συννοσηρότητες όπως κακοήθειες και ανοσολογικά νοσήματα. Επιπλέον, η αύξηση των δεικτών φλεγμονής υποδεικνύει πιθανή βακτηριακή επιλοίμωξη, πέραν την COVID-19.

Βιβλιογραφία:

1. Cheung PHH, Chan CP, Jin DY. Lessons learned from the fifth wave of COVID-19 in Hong Kong in early 2022. Emerg Microbes Infect. 2022;11(1):1072-8
2. UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 38

AA065

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Βασίλειος Παπαβασιλείου[1], Μαρία Μάνη[2], Αικατερίνη Παπαβασιλείου[3], Ηλίας Κοττέας[2]
[1]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», [2]Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», [3]Ογκολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο και οι νέες μέθοδοί της έχουν κάνει επανάσταση στην εποχή της διάγνωσης, της σταδιοποίησης και της επανασταδιοποίησης του καρκίνου του πνεύμονα. Η διαδικασία είναι, γενικά, πολύ ασφαλής. Μια σπάνια, όψιμη, επιπλοκή είναι η λοίμωξη αναπνευστικού μετά τη βρογχοσκόπηση, η οποία κυμαίνεται από 0.2% έως 6.3% των περιπτώσεων. Ο ακριβής ορισμός αυτού του τύπου λοίμωξης του αναπνευστικού είναι ασαφής στη βιβλιογραφία. Παρ' όλα αυτά, είναι αρκετά σοβαρή σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, επειδή δεν προκαλεί μόνο καθυστερήσεις στην έναρξη της θεραπεία της κακοήθειας, αλλά και ακύρωσή της, καθώς ακόμη και θάνατο.
ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση των παραγόντων κινδύνου για λοίμωξη αναπνευστικού μετά από αυτού του είδους την ενδοσκόπηση, έτσι ώστε οι πνευμονολόγοι να γνωρίζουν ποιοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται πιο στενά και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για πιθανή εκδήλωση αυτής της επιπλοκής.
ΜΕΘΟΔΟΣ: Για αυτήν την ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας το PubMed. Έγινε ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύθηκαν από τον Φεβρουάριο του 2017 έως τον Μάρτιο του 2022. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: «πνευμονική λοίμωξη μετά από βρογχοσκόπηση σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα».
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της λοίμωξης φαίνεται να σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του όγκου, καθώς αυτά μπορούν να παρατηρηθούν στην αξονική τομογραφία θώρακος και αποτελούν το μεγαλύτερο μέσο μέγεθος της βλάβης (> 30 mm), την ύπαρξη ενδοβρογχικής βλάβης, την παρουσία περισσότερης νέκρωσης ή και κοιλοτήτων στους όγκους, σε σύγκριση με την ομάδα ασθενών χωρίς επιπλοκές. Ορισμένες μελέτες, συσχετίζουν την αυξημένη πιθανότητα για λοίμωξη, επίσης, με τους αυξημένους δείκτες φλεγμονής, που προκύπτουν από τις εργαστηριακές εξετάσεις των ασθενών πριν τη βρογχοσκόπηση.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα 2 υπάρχοντα προγνωστικά σκορ μπορεί να βοηθήσουν στο ποιοι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται πιο στενά μετά τη βρογχοσκόπηση, αλλά θα χρειαστούν πολυκλινικές μελέτες για την εγκυρότητά τους.

AA066

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ COVID-19. ΜΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Ουρανία Παπαϊωάννου[1], Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[1], Παναγιώτα Τσίρη[1], Βασιλίνα Σωτηροπούλου[1], Ηλέκτρα Κουλουσούσα[1], Παναγιώτης Τασιόπουλος[1], Γεώργιος Σχοινάς[2], Ματθαίος Κατσαράς[1], Ειρήνη Ζαρκάδη[1], Γεώργιος Τσιρίκος[1], Έλλη Μαλακουνίδου[1], Βασιλική Γεωργιοπούλου[1], Διονύσιος Παπαλεξάτος[1], Φώτιος Σαμψώνας[1], Αλέξανδρος Σπυριδωνίδης[3], Καρολίνα Ακινόσογλου[2], Μάρκος Μαραγκός[2], Αργύριος Τζουβελέκης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [2]Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [3]Αιματολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Δεδομένα πραγματικής ζωής αναφορικά με τον εμβολιασμό έναντι της COVID-19 είναι άκρως απαραίτητα.

Σκοπός: Πρόκειται για μια ανάλυση με βάση τον γενικό πληθυσμό που είχε ως στόχο να διερευνήσει τον κίνδυνο νοσηλείας λόγω COVID-19 σε γενικό πληθυσμό 98.982 ατόμων και να συγκρίνει κλινικές παραμέτρους μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών εμβολιασμένων και μη έναντι της COVID-19.

Μέθοδος: Νοσηλευόμενοι ασθενείς με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη SARS-CoV-2 νόσηση εντάχθηκαν στη μελέτη από 01/07/2021 έως 11/02/2022.

Αποτελέσματα: Πεντακόσιοι ογδόντα δύο ασθενείς (n=582) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη [άνδρες: n=341, εμβολιασμένοι ασθενείς: 28.5% (n=166), μη εμβολιασμένοι ασθενείς: 71.5% (n=416)]. Η διάμεση ηλικία των εμβολιασμένων ασθενών ήταν σημαντικά αυξημένη συγκριτικά με εκείνη των μη εμβολιασμένων [74.0 (95% CI: 72.0 έως 77.0) έναντι 59.0 (95% CI: 57.0 έως 62.0), p=0.0001]. Η μέση τιμή της χρονικής απόστασης από την ολοκλήρωση της δεύτερης δόσης του εμβολιασμού ως την νοσηλεία ήταν 5.7 ± 2.6 μήνες. Μεταξύ 01/07/2021 και 01/12/2021 οι μη εμβολιασμένοι είχαν υψηλότερο κίνδυνο νοσηλείας συγκριτικά με τους εμβολιασμένους [HR: 2.82, 95% CI: 2.30 έως 3.45, p<0.0001]. Μεταξύ 02/12/2021 και 11/02/2022 οι μη εμβολιασμένοι είχαν υψηλότερο κίνδυνο νοσηλείας συγκριτικά με ασθενείς που είχαν λάβει αναμνηστική δόση [HR: 2.07, 95% CI: 1.44 έως 2.98, p=0.005], αλλά όχι συγκριτικά με ασθενείς που είχαν λάβει δύο δόσεις. Η διάμεση τιμή των ημερών νοσηλείας ήταν σημαντικά αυξημένη στους μη εμβολιασμένους ασθενείς συγκριτικά με τους εμβολιασμένους [7.0 (95% CI: 7.0 έως 8.0) έναντι 6.0 (95% CI: 5.0 έως 7.0), p=0.02]. Η προσαρμοσμένη στην ηλικία ανάλυση έδειξε ότι οι νοσηλευόμενοι μη εμβολιασμένοι είχαν υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας συγκριτικά με τους νοσηλευόμενους εμβολιασμένους [HR: 2.59, 95% CI: 1.69 έως 3.98, p<0.0001] ανεξάρτητα με το πανδημικό κύμα.

Συμπέρασμα: Ο εμβολιασμός έναντι της COVID-19 παραμένει ο βέλτιστος τρόπος διαχείρισης της πανδημίας. Αναμνηστικές δόσεις στην εποχή των παραλλαγών Όμικρον του κορωνοϊού θεωρούνται απαραίτητες.

AA067

TOCILIZUMAB ΕΝΑΝΤΙ BARICITINIB ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ COVID-19: ΜΙΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΑΣ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[1], Ουρανία Παπαϊωάννου[1], Παναγιώτα Τσίρη[1], Ματθαίος Κατσαράς[1], Ανδρέας Κατσιμπρής[2,3], Ανδρέας Καλογερόπουλος[4], Έλλη Μαλακουνίδου[1], Ειρήνη Ζαρκάδη[1], Γεώργιος Τσιρίκος[1], Βασιλική Γεωργιοπούλου[1], Βασιλίνα Σωτηροπούλου[1], Ηλέκτρα Κουλουσούσα[1], Χαρίκλεια Χουρπιλιάδη[1], Απόστολος Ματσιούλας[1], Μαρία Λαγκαδινού[5], Φώτιος Σαμψώνας[1], Καρολίνα Ακινόσογλου[5], Μάρκος Μαραγκός[5], Αργύριος Τζουβελέκης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, [2]Γ.Ν. Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, [3]Institute for Medical Informatics, Biometry and Epidemiology (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität, Munich, Germany, [4]Department of Medicine, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA, [5]Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες σύγκρισης του tocilizumab και του baricitinib σε ασθενείς με COVID-19 είναι άκρως απαραίτητες.
Μέθοδοι: Στο πλαίσιο της διερεύνησης για το εάν το baricitinib ήταν μη κατώτερο του tocilizumab, αξιολογήσαμε εάν το ανώτερο όριο του αμφίπλευρου 95% διαστήματος εμπιστοσύνης του hazard ratio δεν υπερέβαινε το όριο του 1.50. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο μηχανικός αερισμός ή ο θάνατος έως την 28η ημέρα. Στα δευτερογενή καταληκτικά σημεία συμπεριλήφθηκαν ο χρόνος για το εξιτήριο έως την 28η ημέρα και η αλλαγή στην κλίμακα προόδου της νόσου κατά WHO τη 10η ημέρα.
Αποτελέσματα: Διακόσιοι πενήντα ένας ασθενείς με COVID-19 και PaO2/FiO2<200 τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε tocilizumab (n=126) είτε baricitinib (n=125), επιπρόσθετα της συνήθους αγωγής. Το baricitinib ήταν μη κατώτερο έναντι του tocilizumab αναφορικά με το καταληκτικό σημείο του μηχανικού αερισμού ή του θανάτου έως την 28η ημέρα [μηχανικός αερισμός ή θάνατος-baricitinib: 39.2% (n=49/125), tocilizumab: 44.4% (n=56/126), HR 0.83, 95% CI: 0.56 έως 1.21, p=0.001 για μη κατωτερότητα]. Το baricitinib ήταν μη κατώτερο έναντι του tocilizumab για το χρόνο για το εξιτήριο έως την 28η ημέρα [εξιτήρια- baricitinib: 58.4% (n=73/125), tocilizumab: 52.4% (n=66/126), HR 0.85, (95% CI: 0.61 έως 1.18), p<0.001 για μη κατωτερότητα]. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε baricitinib και tocilizumab αναφορικά με την αλλαγή στην κλίμακα προόδου της νόσου κατά WHO τη 10η ημέρα [0.0 (95% CI: 0.0 έως 0.0) έναντι 0.0 (95% CI: 0.0 έως 1.0), p=0.83].
Συμπέρασμα: Το baricitinib κρίθηκε ως μη κατώτερο έναντι του tocilizumab αναφορικά με το σύνθετο καταληκτικό σημείο του μηχανικού αερισμού ή του θανάτου έως την 28η ημέρα και του χρόνου για το εξιτήριο έως την 28η ημέρα σε ασθενείς με σοβαρή COVID-19.

AA068

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ VEGF ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΝΤΙΝΗΣ (OPN) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ POST-ACUTE COVID-19.

Κωνσταντίνος Ελευθερίου[1,2], Βασίλειος Βλαχάκος[1], Σοφία Μαγκούτα[1], Ευτυχία Πολύδωρα[1,2], Ραφαέλα Σιαμπάνη[1,2], Στήβεν Κομπόγιωργας[2,3], Νατάσα-Ελένη Λουτσίδη[2,4], Απόστολος Παππάς[1,2,5], Ιωάννης Καλομενίδης[1,2]
[1]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Πνευμονολογίας, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", ΕΚΠΑ, [2]Κλινική Covid-19, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός" , [3]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", [4]Αιματολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ευαγγελισμός", [5]ΜΕΘ ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς"

Ολοένα και περισσότεροι ασθενείς που έχουν αναρρώσει από COVID-19 (ανεξαρτήτως κλινικής βαρύτητας) αναφέρουν εμμένοντα συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων, ένα σύνδρομο που έχει χαρακτηριστεί ως post-acute COVID-19. Αν και οι υποκείμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί δεν έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί, εικάζεται ότι διάφορες προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες, οι οποίες υπερεκκρίνονται κατά τη διάρκεια της οξείας-υποξείας νόσου ευθύνονται (τουλάχιστον εν μέρει) για τις εκδηλώσεις του post-acute COVID-19. Για το λόγο αυτό προσδιορίσαμε στον ορό 105 ασθενών με post-acute COVID-19 τα επίπεδα οστεοποντίνης (OPN) και vascular-endothelial growth factor (VEGF) με ενζυμικές ανοσοπροσροφητικές δοκιμασίες (ELISA) κατά την πρώτη επίσκεψή τους (μετά τη νοσηλεία) στα εξωτερικά ιατρεία και κατά την επανεκτίμησή τους σε διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο των 3 μηνών. Οι παρατηρήσεις ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με την ύπαρξη σοβαρών συμπτωμάτων κατά τη στιγμή της αιμοληψίας (κόπωση/αδυναμία ή/και δύσπνοια), ή ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με την τιμή της διαχυτικής ικανότητας του οξυγόνου(DLCO μικρότερη ή ίση του 60% της προβλεπόμενης τιμής) η οποία μετρήθηκε κατά την δεύτερη επίσκεψη. Διαπιστώσαμε ότι η τιμή της OPN ήταν μεγαλύτερη αν κατά τη στιγμή της αιμοληψίας ο ασθενής ανέφερε κόπωση/αδυναμία ή/και δύσπνοια (Εικ. 1A), ενώ η τιμή του VEGF δεν εμφάνισε διαφορές (Εικ. 1B). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με DLCO<60% της προβλεπόμενης τιμής είχαν αυξημένα επίπεδα OPN συγκριτικά με τους ασθενείς που εμφάνισαν DLCO>60% της προβλεπόμενης τιμής (αν και η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην τιμή του VEGF ανάλογα με την τιμή της DLCO (Εικ. 1C,D). Συμπερασματικά, οι ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα κόπωσης και δύσπνοιας μετά την οξεία νόσο από τον ιό SARS-CoV-2 εμφανίζουν υψηλότερες τιμές OPN στον ορό.

AA069

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ (>90 ΕΤΩΝ) ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ SARS-COV2. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ.

Αλέξανδρος Πατσουρας[1], Αιμιλία Τσαρούχα, Λάμπρος Χρυσαυγής, Ιωάννης Γκίνης, Χριστίνα Ποταρη, Αριστείδης Μπιζος, Ασημίνα Νικολακοπούλου, Αγγελική Ράπτη
[1]Σωτηρια, [2]2 Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [3]Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, ο κίνδυνος θνησιμότητας εμφανίζεται αυξημένος σε ηλικιωμένους ασθενείς, επηρεάζοντας σημαντικά τα εθνικά συστήματα υγείας.
Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν ορισμένες παράμετροι ως προς τον κίνδυνο θνησιμότητας στην ειδική ομάδα ασθενών υπερηλίκων άνω των 90 ετών.
Μέθοδοι: Είκοσι έξι υπερήλικες (ηλικίας ≥ 90 ετών) ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με Covid-19 στην κλινική μας, εντάχθηκαν σε αυτήν την προοπτική μελέτη. Χρησιμοποιήσαμε τη διάμεσο των αρχικών εργαστηριακών τιμών αναφοράς και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε Χ-τετράγωνο για τη σύγκριση μεταξύ των δύο κατηγορικών μεταβλητών. Η στατιστική σημασία ορίστηκε στην τιμή $p<0,05$.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που είχαν αριθμό ουδετερόφιλων μεγαλύτερο από τη διάμεση τιμή (3,855K/μl) είχαν στατιστικά σημαντικό αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με ασθενείς με αριθμό ουδετερόφιλων κάτω από τη διάμεση τιμή ($p=0,009$), ενώ ασθενείς με επίπεδα φεριτίνης πάνω από τη διάμεση τιμή (471 ng/ml) τείνουν να έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας ($p<0,01$). Αντίθετα, παρατηρήσαμε αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε άτομα με αριθμό λεμφοκυττάρων μικρότερο από τη διάμεση τιμή (1,040 K/μl) ($p=0,035$). Ωστόσο, δεν αναφέρθηκε διαφορά στον κίνδυνο θνησιμότητας ανάλογα με το φύλο ή την τιμή των D-διμερών, $p>0,05$).

Συμπεράσματα: Παρά τον περιορισμένο αριθμό ασθενών στη μελέτη μας, φάνηκε ότι ο αριθμός των λεμφοκυττάρων και των ουδετερόφιλων συσχετιζόταν σημαντικά με τον κίνδυνο θνησιμότητας στην ειδική ομάδα των υπερηλίκων άνω των 90 ετών ασθενών.

AA070

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΑΚΡΙΤΙΚΑ ΝΗΣΙΑ ΤΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ-ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΑΙΓΑΙΟΥ

Λαμπρινή Βλάσση[2], Ζαφειρία Μπαρμπαρέσου[3], Νίκη Γιαννιού[3], Ιωάννα Τσιώκου[4], Βιορέλλης Δρούγιας[5], Χαράλαμπος Μόσχος[6], Στυλιανός Λουκίδης[7], Νικολέττα Ροβίνα[1], Παρασκευή Κατσαούνου[3]

[1]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]7η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [3]Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [4]Ιδιώτης Πνευμονολόγος, [5]Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, [6]Αντιφυματικό Τμήμα, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [7]Β Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Αττικόν"

Για δυο συνεχόμενες χρονιές (2021 και 2022) η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία συμμετείχε στον 27ο και 28ο Διάπλου της Ομάδας Αιγαίου στα ακριτικά νησιά του Αιγαίου πελάγους, προσφέροντας ιατρική εξέταση, rapid test για τον έλεγχο COVID και σπιρομετρικό έλεγχο στους ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα.

Συνολικά, εξετάστηκαν 373 άτομα (111 το 2021 και 262 το 2022), 184 (49,3%) άνδρες με μέση ηλικία 55±18 έτη (mean±SD) και 189 (50,7%) γυναίκες, με μέση ηλικία 53±17 έτη (mean±SD). Μεταξύ των ασθενών 139 (37,3%) ήταν καπνιστές (32±34 πακέτα-έτη, mean±SD), 127 (34%) μη καπνιστές και 61 (16%) πρώην καπνιστές (36±34 πακέτα-έτη, mean±SD).

Το 2021 καταγράφηκαν μόνο δυο ασθενείς (2%) οι οποίοι είχαν εμβολιασθεί έναντι του ιού SARS-COV2, εκ των οποίων ένας νόσησε και χρειάστηκε νοσηλεία. Αντιθέτως, το 2022 164 (63%) ασθενείς είχαν εμβολιασθεί έναντι του ιού SARS-COV2, εκ των οποίων 36 (14%) είχαν κάνει δυο δόσεις του εμβολίου και 112 (43%) και τις τρεις δόσεις του εμβολίου. 115 (44%) είχαν νοσήσει μια φορά και 5 (1.9%) είχαν νοσηλευθεί.

Ως προς τους υπόλοιπους εμβολιασμούς, για τη γρίπη είχαν εμβολιασθεί 27% των ατόμων που εξετάστηκαν και για τον πνευμονιόκοκκο μόνο 2%.

Τα ποσοστά εμβολιασμού έναντι της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου ήταν σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα έναντι του ιού SARS-COV2. Η συνεχιζόμενη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, εν μέσω πανδημίας, για την αναγκαιότητα προφύλαξης έναντι της σοβαρής νόσησης COVID-19 μέσω των εμβολιασμών συνέβαλε καθοριστικά στην καλύτερη εμβολιαστική κάλυψη που καταγράφηκε τη δεύτερη χρονιά της επίσκεψής μας στα ακριτικά νησιά του Αιγαίου. Η ανάδειξη της πνευμονολογίας εν μέσω πανδημίας εξηγεί τη σημαντικά μεγαλύτερη προσέλευση των ασθενών στο πνευμονολογικό ιατρείο το 2022.

AA071

ΠΟΛΥΕΓΚΥΣΤΩΜΕΝΗ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΞΙΑ (ΕΜΠΥΗΜΑ) ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Στυλιανή Σαραντουλάκη[1], Γιώργος Σταματάκης[1], Γιώργος Βρανάκης[1], Ευάγγελος Κουντουράκης[1], Βύρωνας Πρίγγος[1], Γιώργος Λιανέρης[1], Σταύρος Μαθιουλάκης[1]
[1]*Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου*

Εισαγωγή: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με απόστημα ήπατος το οποίο θεραπεύτηκε επεμβατικά και συντηρητικά στη συνέχεια, και μετά παρέλευση τριμήνου στο σύστοιχο ημιθωράκιο εμφανίστηκε εμπύημα, χωρίς προ ηγηθείσα παθολογία του ημιθωρακίου αυτού.

Σκοπός: Πόσο πιθανή είναι η συσχέτιση μεταξύ του αποστήματος ήπατος και του εμπυήματος στη συγκεκριμένη περίπτωση και με ποιο τρόπο;

Υλικό και Μεθοδολογία: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 75 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθε στο ΤΕΠ με αδυναμία –καταβολή και εμπύρετο και διαπιστώθηκε η ύπαρξη αποστήματος στο ήπαρ, στο οποίο έγινε διαδερμική παροχέτευση και κατόπιν λήψη πολλαπλών αντιβιοτικών σχημάτων. Ο ασθενής αυτός μετά την παρέλευση τριμήνου επισκέφτηκε ξανά το ΤΕΠ αιτιώμενος θωρακαλγία δεξιά και εμπύρετο από 2-ημέρου.Από τον υπέρηχο του θώρακα διαπιστώθηκε η ύπαρξη πολυεγκυστωμένης πλευριτικής συλλογής δεξιά με ύπαρξη ινωδών διαφραγματίων(εμπύημα). Έγινε διαγνωστική παρακέντηση και διαπιστώθηκε η παρουσία πολυμορφοπυρηνικού εξιδρώματος.

Αποτελέσματα: Στον ασθενή έγινε η παροχέτευση του εμπυήματος στο Γ.Ν.Ρεθύμνου και στην συνέχεια παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση σε θωρακοχειρουργική κλινική. Από την καλλιέργεια του εμπυήματος και την καλλιέργεια του ηπατικού αποστήματος διαπιστώθηκε η μη συσχέτιση μεταξύ των μικροοργανισμών τους, το οποίο είναι ένα παράδοξο, με δεδομένο την μεγάλη πιθανότητα του αποικισμού της θωρακικής κοιλότητας κατά συνέχεια ιστών από το ηπατικό απόστημα δια μέσου του διαφράγματος.

Συμπεράσματα: Είναι πιθανός ο αποικισμός της θωρακικής κοιλότητας από τους μικροοργανισμούς του αποστήματος ήπατος λόγω μετακίνησης του σωλήνα παροχέτευσης του ήπατος μέσα στη θωρακική κοιλότητα. Αποτελεί όμως παράδοξο ο αποικισμός της θωρακικής κοιλότητας από διαφορετικούς μικροοργανισμούς σε σχέση με τους μικροοργανισμούς του αποστήματος ήπατος.

AA072

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ELAXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR ΣΤΗ ΘΡΕΨΗ, ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Μαρία Σιωνιδου[1], Κατερίνα Μανίκα[1], Άννα Τσάκωνα[1], Ελένη Παπαδάκη[1], Marija Hadji-Mitrova[1], Παναγιώτα Κυρέλτση[1], Ιωάννα Φιλίππου[1], Δέσποινα Παπακώστα[1]
[1]*Κέντρο Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή: Η Κυστική Ίνωση (ΚΙ) είναι η πιο συχνή κληρονομική νόσος της καυκάσιας φυλής που περιορίζει την επιβίωση. Η κυκλοφορία του νέου τροποποιητή του CFTR Elexacaftpr/Tezacaftor/Ivacaftor (ETI) τα δύο τελευταία χρόνια φαίνεται να αλλάζει την φυσική ιστορία της νόσου.
Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς του Κέντρου ΚΙ Ενηλίκων της Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ που ως τον Μάιο του 2022 ήταν σε ETI για τουλάχιστον 1 χρόνο. Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών για το διάστημα Ιούνιος 2021 - Μάιος 2022 και συγκρίθηκαν με αυτά του διαστήματος Ιούνιος 2019 - Μάιος 2020, δηλαδή πριν την έναρξη του ETI. Επειδή οι παράμετροι δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή και το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon test.
Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 25 ασθενείς, 14 άνδρες και 11 γυναίκες, με τουλάχιστον 1 μετάλλαξη ΔF508, με μέση ηλικία 33,49 ±7,81 έτη που είχαν λάβει ETI για 16,32 ±3,3 μήνες.
Πριν την έναρξη του ETI, το βάρος των ασθενών ήταν 61,31±9,4 kg και το BMI 21,85±2,7 kg/m 2 και μετά 64,35±9,22 kg και 21,85±2,7 kg/m 2 (p:0,002 και <0,001 αντίστοιχα).
Σχετικά με την αναπνευστική λειτουργία ο FEV1 ήταν 51% (1,78lt) πριν και 59% (2,12lt) μετά την έναρξη του ETI (p:0,001 και <0,001). Η FVC ήταν 70% (1,78lt) πριν και 80% (3,35lt) μετά την έναρξη του ETI (p: <0,001 και 0,001).
Όσον αφορά τις ημέρες λήψης iv αντιβίωσης ο μέσος όρος ήταν 12,92 ημέρες/ έτος πριν, έναντι 4,52 μετά (p:0,005) ενώ για τις ημέρες νοσηλείας ο μέσος όρος ήταν 13,36 έναντι 4,52 (p:0,007). Δέκα ασθενείς νοσηλεύθηκαν στο έτος πριν το ETI, έναντι 2 ασθενών μετά. Δεκαοκτώ ασθενείς είχαν P.aeruginosa σε καλλιέργεια πριν την έναρξη του ETI, ενώ μόλις 5 μετά.
Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ΚΙ μετά από έναν χρόνο λήψης ETI εμφάνισαν σημαντική βελτίωση σε θρέψη, αναπνευστική λειτουργία και νοσηλείες, γεγονός που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία.

AA073

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ COXIELLA BURNETII

Δήμητρα Σιώπη[1], Άννα Νικοπούλου[2], Δήμητρα-Διονυσία Σαμαρά[1], Ευφημία Καμαριώτου[1], Δήμητρα Δάιου[1], Ελευθέριος Δουλγεράκης[1], Διαμαντής Χλωρός[1], Δέσποινα Παπακώστα[1]
[1]Πνευμονολογική κλινική Ε.Σ.Υ, Γ.Ν.Θ.Παπανικολάου, [2] Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ.Παπανικολάου

Εισαγωγή : Ο πυρετός Q είναι μια ζωονόσος που οφείλεται στον ενδοκυττάριο gram(-) κοκκοβάκιλλο Coxiella Burneti και μπορεί να έχει οξεία ή χρόνια μορφή. Περιγράφεται η περίπτωση πνευμονίας από Coxiella Burnetii που διαγνώστηκε ορολογικά.

Παρουσίαση περιστατικού: 'Ανδρας 53 ετών παρουσίασε παρατεινόμενο εμπύρετο από μηνός, με συνοδό κακουχία, εφιδρώσεις και απώλεια βάρους που αντιμετωπίστηκε με την εμπειρική χορήγηση διαδοχικών σχημάτων αντιβιοτικής αγωγής σε επαρχιακό νοσοκομείο, χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση.

Σε CT θώρακος στην οποία υποβλήθηκε διαπιστώθηκε η παρουσία πυκνωτικών στοιχείων στον αριστερό άνω και αριστερό κάτω λοβό και ο ασθενής παραπέμφθηκε για περαιτέρω έλεγχο. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχικού εκπλύματος από ΑΑΛ και κορυφαίο ΑΚΛ που ελέγχθηκε για πληθώρα παθογόνων (M.tuberculosis, N.T.M., μύκητες και βακτήρια) με αρνητικά αποτελέσματα. Αρνητική για κακοήθεια ήταν επίσης η κυτταρολογική εξέταση του υλικού.

Εργαστηριακά διαπιστώθηκε λεμφοπενία που ελέγχθηκε περαιτέρω με κυτταρικό ανοσοφαινότυπο, με ελάττωση των Β λεμφοκυττάρων και των CD4+ Τ λεμφοκυττάρων, χωρίς κλωνικό Β πληθυσμό. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν υψηλοί: Crp : 16 mg/L, ΤΚΕ:100.

Σε ολοσωματικό Pet CT scan υπήρχαν ηπίως ενεργείς υπολειμματικές βρογχοκυψελιδικές διηθήσεις στον αριστερό πνεύμονα, ευρήματα συμβατά με λοίμωξη σε αποδρομή, χωρίς άλλη εστία αυξημένης μεταβολικής δραστηριότητας.

Στον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν : ANA: 1/160 (+),ASMA: 1/160 (+), pcr για CMV και EBV (-), Wright (-), Widal (-),HIV abs (-),abs toxoplasma (-), abs legionella (-), abs μυκόπλασμα (-) , abs για ιό δυτικού Νείλου (-), έλεγχος για πλασμώδιο ελονοσίας (-).

Λόγω της διαμονής του ασθενούς σε αγροτική περιοχή, στάλθηκε έλεγχος για borrelia, rickettsia conorii, bartonella henselae, bartonella quintana, coxiella burnetii. Ο έμμεσος ανοσοφθορισμός (IFA) για Coxiella burnetii ήταν θετικός, με IgG phase I: 1/64 (+) και IgG phase II:1/1024 και σε επαναληπτικό έλεγχο 35 μέρες μετά, IgG phase I: 1/64 (+) και IgG phase II:1/512 (συνδυασμός των δειγμάτων συμβατός με λοίμωξη σε αποδρομή).

Ο ασθενής απυρέτησε μετά από λήψη κεφταζιδίμης-αβιμπακτάμης , αφού είχε προηγηθεί χορήγηση πληθώρας αντιβιοτικών κατά τις προηγηθείσες νοσηλείες του.

Συμπέρασμα: Η πνευμονία που οφείλεται στην C.burnetii μπορεί να είναι λοβώδης, τμηματική ή να έχει άλλες μορφές. Είναι συνήθως ήπιας-μέτριας βαρύτητας, έχουν όμως περιγραφεί και περιπτώσεις ARDS. Η διάγνωση τίθεται συνήθως ορολογικά.

Η τετρακυκλίνη είναι η θεραπεία εκλογής, αποτελεσματικές όμως είναι και οι κινολόνες, η κλαριθρομυκίνη, οι ριφαμυκίνες. Θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση στους ασθενείς με παράγοντες κινδύνου . Η διάγνωση οξείας νόσου θα πρέπει να ακολουθείται από τακτική παρακολούθηση ώστε να ανιχνευτεί έγκαιρα η περίπτωση μετάπτωσης σε χρονιότητα, που συνήθως εκδηλώνεται με τη μορφή ενδοκαρδίτιδας.

AA074

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ.

Γεώργιος Μαυραγάνης, Κυριακή Κοντίτση, Γιαννούλα Ρέντζιου, Σταύρος Αθανασόπουλος, Παντελής Νικολαΐδης, Αναστάσιος Καλλιάνος, Γεωργία Τρακαδά[1]
[1]*Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Θεραπευτική Κλινική*

Εισαγωγή/ Σκοπός: Πλήθος επιστημονικών δεδομένων αναδεικνύουν τη διαφορετική κλινική εικόνα της νόσου COVID-19 με την πάροδο του χρόνου, τόσο λόγω των διαφορετικών παραλλαγών του ιού SARS-CoV-2 όσο και ως αποτέλεσμα του οφέλους από τον εμβολιασμό του μεγαλύτερου μέρους του γενικού πληθυσμού. Στην παρούσα μελέτη στόχος μας ήταν να συγκρίνουμε τα χαρακτηριστικά των ασθενών με νόσο COVID-19 αλλά και τη βαρύτητα της νόσου COVID-19 σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, προ και μετά του εμβολιασμού του μεγαλύτερου τμήματος του γενικού πληθυσμού.
Μέθοδος: Αναλύσαμε δεδομένα από 277 ασθενείς (55% άντρες) που νοσηλεύτηκαν με νόσο COVID-19 σε δύο διαφορετικά χρονικά διαστήματα στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα (Μάρτιος-Ιούνιος 2021, n=145 και Δεκέμβριος 2021-Απρίλιος 2022, n=132 αντίστοιχα). Συγκρίθηκαν τα γενικά επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών των δύο χρονικών περιόδων και εκτιμήθηκε η θνητότητα, η συχνότητα διασωλήνωσης και θρομβοεμβολικών επεισοδίων κατά τη νοσηλεία τους, ενώ παράλληλα αξιολογήθηκαν παράγοντες κινδύνου για θνητότητα, διασωλήνωση ή παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας.
Αποτελέσματα: Κατά την 2η περίοδο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είχαν εμβολιαστεί με τουλάχιστον μία δόση (62.9% vs 9.7%, p<0.001). Στη 2η περίοδο, οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη ηλικία (70.7 vs 64.1 έτη, p=0.004) και μεγαλύτερο αριθμό συννοσηροτήτων (p=0.01) σε σχέση με την 1η περίοδο. Επιπλέον, στην 2η περίοδο παρατηρήθηκε μεγαλύτερη θνητότητα (12.9% vs 6.9%, p<0.001), μεγαλύτερη συχνότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων (15.2% vs 6.9%, p=0.042) καθώς και μεγαλύτερο chest computed tomography score (13.3 vs 10.1, p=0.007). Αντίθετα, στην 1η περίοδο υπήρξε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό διασωληνώσεων (16 vs 0, p<0.001). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των 2 χρονικών περιόδων.
Συμπεράσματα: Παρά τη μείωση της ανάγκης διασωλήνωσης, κατά τη δεύτερη χρονικά περίοδο παρατηρήθηκε αύξηση της θνητότητας των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19. Αυτή η διαφορά μπορεί εν μέρει να εξηγείται από τη μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών καθώς και από την ύπαρξη περισσότερων συννοσηροτήτων.

AA075

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ, ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΟΜΙΚΡΟΝ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

Παναγιώτα Τσίρη[1], Βασιλίνα Σωτηροπούλου[1], Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[1], Ματθαίος Κατσαράς[1], Ουρανία Παπαϊωάννου[1], Γεώργιος Τσιρίκος[1], Ηλέκτρα Κουλουσούσα[1], Εύα Θεοχάρη[1], Ιωάννης Χριστόπουλος[1], Δημήτριος Κομνηνός[1], Ειρήνη Ζαρκάδη[1], Βασιλική Γεωργιοπούλου[1], Έλλη Μαλακουνίδου[1], Φώτιος Σαμψώνας[1], Αργύριος Τζουβελέκης[1]
[1]Πνευμονολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η πανδημία από τον ιό SARS-CoV-2 αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας τα τελευταία δύο έτη. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η προσβολή των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με υποκείμενη ανοσοκαταστολή.
Σκοπός: Η σύγκριση του ποσοστού και της βαρύτητας των νοσηλευομένων ασθενών με λοίμωξη από SARS-CoV-2 και υποκείμενη ανοσοκαταστολή, πριν και μετά την επικράτηση του όμικρον στελέχους του ιού.
Μέθοδος: Δύο ομάδες νοσηλευομένων ασθενών (11/02/2021-01/12/2021 και 02/12/2021-05/10/2022) εντάχθηκαν στη μελέτη. Αναλύθηκαν ασθενείς με υποκείμενη ανοσοκαταστολή συγκριτικά με ανοσοεπαρκείς (προ νοσηλείας) νοσηλευόμενους ως προς την ανάγκη νοσηλείας και τη βαρύτητα αυτής, βάσει του λόγου PaO2/FiO2.
Αποτελέσματα: Εκατόν τριάντα ένας (n=131) ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς συμπεριλήφθησαν στη μελέτη (πριν την επικράτηση του όμικρον στελέχους: n=35, μετά την επικράτηση του όμικρον στελέχους: n=96). Η διάμεση ηλικία των ασθενών δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων {69.0 (95%CI:61.48 ως 75.51) έναντι 70.0 (95%CI:67.0 ως 72.0)}. Στην πρώτη ομάδα, η υποκείμενη ανοσοκαταστολή οφειλόταν σε κακοήθεια σε 20 ασθενείς (57.1%), ρευματοειδή αρθρίτιδα υπό ανοσοτροποποιητικό παράγοντα σε 12 ασθενείς (34.3%), μεταμόσχευση νεφρού σε 1 ασθενή (2.9%) και άλλο αυτοάνοσο νόσημα σε 2 ασθενείς (5.7%), ενώ, στη δεύτερη ομάδα, σε 73 ασθενείς (76%), 9 ασθενείς (8.4%), 7 ασθενείς (7.2%) και 8 ασθενείς (8.4%), αντίστοιχα. Το ποσοστό των ασθενών με υποκείμενη ανοσοκαταστολή επί του συνόλου των νοσηλευομένων(πριν την επικράτηση του όμικρον στελέχους: n=698, μετά την επικράτηση του όμικρον στελέχους: n=838) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο τη δεύτερη περίοδο (μετά:11.4% έναντι πριν:5%, p<0.0001). Η χειρότερη τιμή του PaO2/FiO2 κατά τη νοσηλεία την πρώτη περίοδο ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τη δεύτερη {225.0 (95%CI:90.0 ως 282.3) έναντι 290.3 (95%CI:225.0 ως 321.42), p=0.04}. Η θνητότητα την πρώτη περίοδο ήταν 31.4%, ενώ τη δεύτερη 23.9%.
Συμπέρασμα: Οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευομένων την περίοδο μετά την επικράτηση του όμικρον στελέχους συγκριτικά με την προγενέστερη. Ωστόσο, η κλινική τους πορεία είναι ηπιότερη. Οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς χρήζουν απαραίτητα αναμνηστικών δόσεων εμβολίου έναντι της COVID-19 ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

AA076

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ COVID ΛΟΙΜΩΞΗ

Μαρία- Άννα Αρχοντούλη, Κων/νος Δώδος, Παρασκευή Κάβουρα, Ιουλία Βρυώνη, Αικατερίνη Χανιώτου
[1]*ΓΟΝΚ ''οι Άγιοι Ανάργυροι*

Ως γνωστόν η λοίμωξη covid προκαλεί γενικότερη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και αυξημένη θρομβωτική διάθεση.
Σκοπός η παρουσίαση περιστατικών πνευμονικής εμβολής ένα μήνα περίπου μετά λοίμωξη covid.
Μέθοδος: Επί συνόλου 27 ασθενών με πνευμονική εμβολή οι οποίοι νοσηλεύθηκαν από 1/1/2022 έως 30 /8/2022, στην κλινική, οι 8 ανέφεραν λοίμωξη από κορωνοϊό τις προηγούμενες 30-40 ημέρες. Κανείς τους δεν είχε χρειασθεί νοσηλεία και ανέφεραν ως επί το πλείστον ήπια συμπτωματολογία με εμπύρετο, βήχα, φαρυγγαλγία, μυαλγίες, αρθραλγίες και κόπωση.
Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 52-85 ετών, άνδρες και γυναίκες. Οι 6 από αυτούς είχαν ιστορικό υπέρτασης ή και πνευμονικής νόσου (ΧΑΠ) χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια. Κανείς δεν ανέφερε κολπική μαρμαρυγή στο ιστορικό, πρόσφατο χειρουργείο ή ταξείδι.
Αποτελέσματα: Στα ΤΕΠ του νοσοκομείου προσήλθαν αιτιώμενοι θωρακικό άλγος επιδεινούμενο με τις αναπνευστικές κινήσεις ή δύσπνοια αιφνίδιας έναρξης. Στον ΗΚΓ έλεγχο δεν παρουσίαζαν εικόνα ισχαιμίας ή αρρυθμία, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο είχαν αυξημένα δ-διμερή. Επί κλινικής υποψίας υποβλήθηκαν σε CTPA, η οποία διέγνωσε πνευμονική εμβολή. Σε 3 ασθενείς σε τμηματικούς κλάδους άμφω, σε έναν σε τμηματικό κλάδο δεξιά, ένας σε κεντρικό κλάδο και ένας με μαζική πνευμονική εμβολή. Το triplex φλεβών κάτω άκρων ήταν αρνητικό καθώς και η αξονική άνω- κάτω κοιλίας στην οποία υποβλήθηκαν.
Η αγωγή που δόθηκε ήταν σύμφωνη με τις διεθνείς οδηγίες. Οι ασθενείς παρέμειναν στο νοσοκομείο επί 5ήμερο και στην έξοδο δόθηκαν οδηγίες για NOAC επί 6μηνο. Στον επανέλεγχο μετά μήνα ήταν όλοι σε καλή γενική κατάσταση και δεν ανέφεραν άλλο πρόβλημα υγείας.
Συμπέρασμα: Η πνευμονική εμβολή είναι ένα όχι ασυνήθιστο εύρημα ακόμη και μετά από ήπια νόσηση με κορωνοϊό λόγω της αυξημένης θρομβωτικής διάθεσης που προκαλείται στον ασθενή. Ένα σοβαρό θέμα που ανακύπτει είναι το βέλτιστο χρονικό διάστημα της συνιστώμενης αγωγής έως ότου ολοκληρωθούν μελέτες σχετικές με προηγηθείσα λοίμωξη covid και πνευμονική εμβολή

AA077

ΠΟΣΟ ΤΑΛΑΙΠΩΡΕΙ Ο ΜΕΤΑ COVID ΛΟΙΜΩΞΗ ΒΗΧΑΣ?

Παρασκευή Κάβουρα, Κων/νος Δώδος, Ανάργυρος Ζάχαρης, Παναγιώτα Μητράκη, Αικατερίνη Χανιώτου
[1]*ΓΟΝΚ "οι Άγιοι Ανάργυροι"*

Στα συμπτώματα long covid αναφέρεται και βήχας ξηρός ή παραγωγικός ο οποίος μπορεί να παραμείνει αρκετές εβδομάδες μετά την αποδρομή της νόσου.
Σκοπός της αναδρομικής μελέτης είναι η εξέταση του μεταλοιμώδους βήχα μετά νόσηση από κορωνοϊό.
Μέθοδος: Στο πνευμονολογικό ΤΕΙ του νοσοκομείου το διάστημα από Ιανουάριο έως Αύγουστο 2022, προσήλθαν 55 άτομα , άνδρες και γυναίκες με μέση ηλικία 50 έτη με ιστορικό covid λοίμωξης, χωρίς νοσηλεία, 1 έως 3 μήνες πριν την επίσκεψη στο ιατρείο. Όλοι προσήλθαν αιτιούμενοι βήχα ξηρό ή παραγωγικό ο οποίος παρέμενε μετά το πέρας της νόσησης, ενώ 18 ανέφεραν και εύκολη κόπωση. Όλοι υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακος, σπιρομετρικό έλεγχο και ορισμένοι και σε αξονική.
Αποτελέσματα: Εξ αυτών 38 είχαν ιστορικό καπνίσματος, ΧΑΠ ή βρογχικό άσθμα και ελάμβαναν ήδη αγωγή με εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά.
Από τους 38 μόνον 14 παρουσίαζαν ακροαστικά ευρήματα συμβατά με επιδείνωση, ενώ 11 εξ αυτών είχαν επιδεινώσει τις σπιρομετρικές τιμές σε ποσοστό >10%. Όσοι είχαν επιδείνωση υποβλήθηκαν και σε αξονικό έλεγχο ο οποίος έδειξε λίγα υπολειμματικά μεταφλεγμονώδη διηθήματα.
Οι υπόλοιποι 17 από τους 55 δεν ανέφεραν ιστορικό από το αναπνευστικό, δεν παρουσίαζαν ακροαστικά ευρήματα είχαν φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος και η σπιρομέτρησή τους κυμαινόταν εντός φυσιολογικών ορίων.
Σε όσους ελάμβαναν ήδη βρογχοδιασταλτική αγωγή δόθηκε ολιγοήμερο σχήμα κορτιζόνης per os, στους υπόλοιπους συνταγογραφήθηκε ICS.
Σε επανέλεγχο μετά δίμηνο όλοι ανέφεραν βελτίωση ή και εξάλειψη του βήχα.
Συμπέρασμα: Ο βήχας μετά covid λοίμωξη αντιμετωπίζεται επιτυχώς με την συνήθη αγωγή που δίδεται και στον μεταλοιμώδη βήχα άλλης αιτιολογίας.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA078

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΒΕΛΤΙΩΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ: ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ (ΧΜΒΗ)

Γεωργία Χαρδαβέλλα[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Έλενα Μπέλλου[1], Μαρία Σαλομίδου[1], Ίρμα Μπράτσκα[1], Αντώνης Ξυπόλητος[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Ιωάννης Καραμπίνης[2], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1]
[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Τα ανεπιθύμητα συμβάματα παρεχόμενης φροντίδας είναι αναγνωρίσιμα, αποτρέψιμα και σοβαρά ως προς την κλινική έκβαση. Η χορήγηση ΧΜΒΗ σπανίως συσχετίζεται με δημιουργία αιματωμάτων απειλητικών για τη ζωή.
Σκοπός: Ανάδειξη βαθύτερων αιτίων που οδήγησαν σε αυξημένη συχνότητα ενδοκοιλιακών αιματωμάτων από χορήγηση ΧΜΒΗ, σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα & πρακτικές.
Υλικά Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη νοσηλευόμενων περιστατικών πνευμονίας COVID19 με ενδοκοιλιακά αιματώματα σε έδαφος χορήγησης ΧΜΒΗ, συλλογή δεδομένων, αναγνώριση αιτίων, εφαρμογή λύσεων & επαναξιολόγηση.
Αποτελέσματα: Κατά το χρονικό διάστημα 09.2020-03.2022, 800 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας με πνευμονία COVID19. Όλοι οι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους τέθηκαν σε ΧΜΒΗ προφυλακτική ή θεραπευτική αναλόγως κλινικών ενδείξεων και συνοσημάτων.
Διαπιστώθηκαν 6 περιστατικά ενδοκοιλιακών αιματωμάτων (γυναίκες, μέση ηλικία 68.5 έτη) στην ανατομική περιοχή του ορθού κοιλιακού με προσβολή επιγαστρικών αγγείων&με επέκταση στην πυελική χώρα. Όλες οι ασθενείς εμφάνισαν αιμοδυναμική αστάθεια χρήζουσα ινότροπης υποστήριξης ή/και χορήγησης υψηλής ροής κρυσταλλοειδών και έλαβαν μεταγγίσεις αίματος. Κανένας από όλους τους ασθενείς δεν είχε διαταραχές πηκτικότητας.
Θνητότητα: 33%, διασωλήνωση: 60%. 1/6 ασθενείς υπεβλήθη σε νεφροστομία λόγω απόφραξης ουρητήρα από το αιμάτωμα. Η ανάλυση δεδομένων ανέδειξε ως υποκείμενη αιτία την τεχνική έγχυσης της ένεσης. Ακολούθησαν ενδοκλινικά μαθήματα του νοσηλευτικού προσωπικού για την ορθή τεχνική έγχυσης, επιτήρηση και νοσηλευτικός καταμερισμός θαλάμων. Τα δύο πρώτα διήρκησαν 4 εβδομάδες το 3ο συνεχίζεται ως τώρα. Εντός των επόμενων 6 μηνών σημειώθηκαν 2 επιπλέον περιστατικά ενδοκοιλιακών αιματωμάτων και το 1 αντιμετωπίστηκε με εμβολισμούς & διασωληνώθηκε. Σημειώνεται ότι μεσολάβησε μερική ανανέωση της νοσηλευτικής στελέχωσης στην κλινική.
Συμπεράσματα: Η συχνότητα, η φύση & η αιτία των ενδοκοιλιακών αιματωμάτων σε έδαφος χορήγησης ΧΜΒΗ μελετήθηκαν στην Κλινική μας, αναγνωρίστηκε η αιτία πρόκλησης των συμβαμάτων & εφαρμόστηκαν βελτιωτικά μέτρα. Ωστόσο, τα ανεπιθύμητα συμβάματα δεν εξαλείφθηκαν γεγονός που αποδίδεται στη βραχυπρόθεσμη και όχι μόνιμη εφαρμογή κ επιτήρηση των βελτιωτικών μέτρων.

AA079

ΈΓΚΑΙΡΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ TOCILIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΝΟΣΗΣΗ COVID19 ΑΛΛΑΖΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Γεωργία Χαρδαβέλλα[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Έλενα Μπέλλου[1], Νεφέλη Παπαιωάννου[1], Ίρμα Μπράτσκα[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Μαρία Σαλομίδου[1], Σπύρος Μαζαράκης[1], Ιωάννης Καραμπίνης[3], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Ξενοφών Θειακός[4], Παναγιώτης Δεμερτζής[1]

[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Τομέας Κλινική Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης, Τεχνολογίας και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [3]Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [4]Τμήμα Φαρμακείου Γ.Ν.Ν.Θ.Α Η Σωτηρία

Εισαγωγή: Η βαριά νόσηση από COVID-19 μπορεί να επιφέρει ταχεία κλινική επιδείνωση συμβατή με σύνδρομο απελευθέρωσης κυτοκινών που οδηγεί σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.
Σκοπός: Η αξιολόγηση της κλινικής έκβασης των ασθενών με βαριά πνευμονία COVID-19 οι οποίοι έλαβαν έγκαιρα Tocilizumab με σκοπό την αναχαίτιση της περαιτέρω επιδείνωσής τους
Υλικά και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη διαδοχικών νοσηλευόμενων ασθενών με βαριά πνευμονία COVID-19 (νοσηλεία 03-2021-09-2021). Σημειώνεται ότι εκείνο το χρονικό διάστημα η χρήση του φαρμάκου δεν είχε ενταχθεί στις ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες παρά μόνος στις NICE τις οποίες και ακολουθήσαμε. Η νόσηση επιβεβαιώθηκε με ρινοφαρυγγική εξέταση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR)
Αποτελέσματα: 135 ασθενείς έλαβαν Tocilizumab επί προσθέτως της καθιερωμένης αγωγής εντός 2 ωρών από την κλινικη επιδείνωσή τους στις παραπάνω κατηγορίες έναντι 160 ασθενών που έλαβαν την καθιερωμένη αγωγή. Όλοι οι ασθενείς είχαν >50% πνευμονικά διηθήματα στην αξονική θώρακος, WHO score 5-6, pO2/FiO2<200. Τα δημογραφικά στοιχεία, ηλικιακό εύρος, συνοσήματα, δείκτες φλεγμονής και χορήγηση κορτικοστεροειδών ήταν παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών. Οι ασθενείς που έλαβαν Tocilizumab είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό διασωλήνωσης (6% έναντι 19%, P =0.001) σε σχέση με αυτούς που δεν έλαβαν και χαμηλότερη θνητότητα 60ημερών (3% έναντι 8.9%, p=0.02). Οι ασθενείς που έλαβαν Tocilizumab δεν είχαν δευτερογενείς λοιμώξεις.
Συμπέρασμα: Η έγκαιρη χορήγηση Tocilizumab σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με βαριά πνευμονία COVID19 παρεμπόδισε την πορεία τους προς διασωλήνωση, μείωσε τη θνητότητα 60 ημερών και βελτίωσε την κλινική έκβαση.

AA080

ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID19: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ IL-6

Γεωργία Χαρδαβέλλα[1], Ιωάννα Μαρίνου[2], Έλλη Κεραμιδά[1], Έλενα Μπέλλου[1], Σταυρούλα Μαυρέα[2], Μαρία Σαλομίδου[1], Θεανώ Γεωργακοπούλου[2], Ίρμα Μπράτσκα[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Ιωάννης Καραμπίνης[3], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1], Σιμόνα Καράμπελα[2]

[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [3]Θωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Η χρήση βιοδεικτών αίματος για την πνευμονία Covid-19 είναι απαραίτητη στη κλινική διαχείριση ασθενών με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας, τη διαστρωμάτωση κινδύνου και τη χρήση των κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων.
Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της τιμής της IL-6 αίματος κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ως προγνωστικός παράγοντας κ παράγοντας διαστρωμάτωσης κινδύνου βαριάς νόσου σε νοσηλευόμενους ασθενείς με πνευμονία COVID-19 σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
Υλικά και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη σειράς ασθενών που εισήχθησαν στην κλινική μας με πνευμονία COVID19 κατά το χρονικό διάστημα 09.2021-01.2022. Ενδελεχής μελέτη των ιατρικών φακέλων και αρχείων.
Αποτελέσματα: 170 ασθενείς μελετήθηκαν αναδρομικά με μέση ηλικία 67.6 years, (52% female, 48% male). Τα επίπεδα IL-6 δεν συσχετίστηκαν με τη διάρκεια νοσηλείας στην κλινική ($p>0.5$) ή στη μονάδα εντατικής θεραπείας ($p=0.5$) ή με το ιστορικό εμβολιασμού των ασθενών για COVID19. IL6<15pg/ml συσχετίστηκε με αναπνευστική ανεπάρκεια ενώ αυξημένα επίπεδα IL6 (>75pg/ml) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού χωρίς όμως να σημειωθεί στατιστική σημασία. Τα επίπεδα IL-6 κατά την εισαγωγή δεν συσχετίστηκαν με τον λόγο pO2/FiO2 ούτε την θνησιμότητα 28 ημερών.
mortality.
Συμπεράσματα: Στην μελετούμενη σειρά ασθενών η IL-6 δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα κλινικής έκβασης και διαστρωμάτωσης κινδύνου με σκοπό να μην κατευθύμει προς την ανάλογη διαμόρφωση των θεραπευτικών πλάνων αντιμετώπισης των ασθενών.

AA081

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ COVID19 ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Ίρμα Μπράτσκα[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Έλενα Μπέλλου[1], Μαρία Σαλομίδου[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Ιωάννης Καραμπίνης[2], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1], Γεωργία Χαρδαβέλλα[1]
[1]9η Πνευμονολογική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Οι πνευμονίες COVID19 επηρεάζουν σημαντικά την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη θνησιμότητα των ασθενών. Η επίδρασή τους στο καρδιαγγειακό προφίλ πρώην νοσηλευόμενων ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο παραμένει ασαφής.
Σκοπός: Η διερεύνηση της βραχυπρόθεσμης επίπτωσης της νόσησης με πνευμονία COVID19 στον αθηρωματικό δείκτη (AI), την συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας (PASP) και το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο
Υλικά και Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη ασθενών που προσήλθαν στο postCOVID19 τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Όλοι οι ασθενείς είχαν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο λόγω πνευμονίας COVID19. Μελέτη των ιατρικών φακέλων και του τοπικού αρχείου καταγραφής.
Αποτελέσματα: 240 ασθενείς προσήλθαν στο πρώτο τους ραντεβού στο τακτικό εξωτερικό στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο (11.2020-
12.2021) (106 άνδρες, 134 γυναίκες, μέση ηλικία 55 έτη). Μελετήσαμε 3 καρδιαγγειακές παραμέτρους: AI (chol/HDL), PASP και λιπιδαιμικό προφίλ. Αυξημένη PASP (30> mmHg) διαπιστώθηκε σε 7.1% ασθενών (17/240) οι οποίοι στο παρελθόν είχαν φυσιολογική και αυξημένος αθηρωματικός δείκτης (>3.5) διαπιστώθηκε στο 26.6% (64/240 patients) οι οποιοι προηγουμένως είχαν φυσιολογικό AI. Παρά τις συστάσεις, το 62% των ασθενών υπεβλήθησαν σε αιματολογικό έλεγχο λιπιδαιμικού προφίλ και 64% αυτών διαπιστώθηκαν με αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (>200mg/dl), τριγλυκεριδιων (>150mg/dl) και LDL (>150mg/dl).
Συμπεράσματα: Η πνευμονία COVID19 αφήνει το δικό της καρδιαγγειακό αποτύπωμα σε πρώην νοσηλευόμενους ασθενείς στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο οι οποίοι δεν είχαν αντίστοιχες παθολογικές παραμέτρους πριν τη νόσηση.
Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να είναι αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου εν γένει. Η μελέτη μας συνεχίζεται προοπτικά για την επίπτωση της νόσου στους 3 και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

AA082

ΤΟ (ΥΠΕΡ)ΓΗΡΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID19?

Μαρία Σαλομίδου[1], Έλενα Μπέλλου[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Ίρμα Μπράτσκα[1], Ιωάννης Καραμπίνης[2], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1], Γεωργία Χαρδαβέλλα[1]
[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Το (υπέρ)γήρας εν γένει θεωρείται προεξάρχων παράγοντας κινδύνου για βαριά νόσηση και θάνατο από πνευμονία COVID-19.
Σκοπός: Η διερεύνηση του (υπέρ)γήρατος ως ανεξάρτητου προβλεπτικού παράγοντα κλινικής έκβασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με πνευμονία COVID19 σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον.
Υλικά-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη σειράς υπέργηρων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας (03.2021-12.2021) με πνευμονία COVID19.
Αποτελέσματα: Κατά το χρονικό διάστημα 03.2021-12.2021 55 υπέργηροι ασθενείς (80-100 ετών) νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας λόγω πνευμονίας COVID19 και διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την ηλικία τους. Η ομάδα Α περιελάμβανε 40 ασθενείς ηλικίας 80-89 ετών years (16 άνδρες, 24 γυναίκες) και η ομάδα Β περιελάμβανε 15 ασθενείς ηλικίας 90-100 ετών (3 άνδρες, 12 γυναίκες) εκ των οποίων οι 7 δεν είχαν γνωστά συνοσήματα. Μέση διάρκεια νοσηλείας της ομάδας Α ήταν 12.7 ημέρες και για την ομάδα Β ήταν 13.16 ημέρες (p=0.5). Σημειώνεται ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας των ηλικιακών ομάδων 16-79 ετών για το ίδιο χρονικό διάστημα ήταν 12.25 ημέρες (p=0.7). Θνησιμότητα 28ημερών ήταν 25% και στις 2 ομάδες ασθενών έναντι 3.2% για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (p=0.001).
Συμπεράσματα: Το (υπέρ)γήρας συσχετίζεται σημαντικά με την θνησιμότητα 28ημερών στους νοσηλευόμενους ασθενείς με πνευμονία COVID19 αλλά δεν φαίνεται να επηρεάζει τη χρονική διάρκεια νοσηλείας.

AA083

ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID19 ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. ΤΕΛΙΚΑ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΤΡΑΕΙ?

Γεωργία Χαρδαβέλλα[1], Αντώνης Ξυπόλητος[1], Έλενα Μπέλλου[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Ίρμα Μπράτσκα[1], Μαρία Σαλομίδου[1], Ιωάννης Καραμπίνης[2], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1]
[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με αυξημένο σωματικό βάρος θεωρούνται αυξημένου κινδύνου για βαριά νόσηση COVID19. Η επίδραση της παχυσαρκίας στην κλινική έκβαση σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον χρειάζεται περαιτέρω αποσαφήνιση.
Σκοπός: Η διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών και της κλινικής έκβασης σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα 09.2020-01.2022 και σύγκρισή τους με ασθενείς νορμοβαρείς
Υλικά και Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση ιατρικών φακέλων, συλλογή και επεξεργασία ιατρικών δεδομένων και επακόλουθη ερμηνεία αυτών.
Αποτελέσματα: Κατά το χρονικό διάστημα 09.2020-03.2022, 800 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας λόγω πνευμονίας COVID19 εκ των οποίων
44 ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι (21 άνδρες, 23 γυναίκες). Μέση ηλικία ήταν 56.1 έτη
έναντι 57.43 έτη που ήταν η μέση ηλικία των νορμοβαρών ασθενών. 18.2% δεν είχαν γνωστά συνοσήματα. Αρτηριακή υπέρταση ήταν το πιο συχνό συνόσημα (54.5%), σακχαρώδης διαβήτης (27.3%), δυσλιπιδαιμία (21%) και υποθυρεοειδισμός (13.6%). Μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 12.7 ημέρες για τους παχύσαρκους και υπέρβαρους ασθενείς έναντι 11.6 ημέρες για τους νορμοβαρείς
(p= 0.5). Οι παχύσαρκοι/υπέρβαροι ασθενείς είχαν αυξημένα ποσοστά διασωλήνωσης
(15.9%) σε σύγκριση με τους νορμοβαρείς (4.4%, p:0.001). Η θνητότητα 28 ημερών ήταν 6.8% σε σχέση με 3.88% στους λοιπούς ασθενείς (p=0.03).
Συμπεράσματα: Οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με πνευμονία COVID19 στην Κλινική μας ήταν μέσης ηλικίας όπου το αυξημένο σωματικό βάρος καθ'αυτό δεν αποτέλεσε παράγοντα κινδύνου για παράταση της νοσηλείας αλλά συνετέλεσε σε αυξημένη θνητότητα, αυξημένα ποσοστά διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού.

AA084

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΘΩΡΑΚΟΣ (CT) ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ COVID19

Ίρμα Μπράτσκα[1], Θοδωρής Δάσκαλος[1], Μαρία Σαλομίδου[1], Έλενα Μπέλλου[1], Έλλη Κεραμιδά[1], Ιωάννης Καραμπίνης[2], Δέσποινα Ζορπίδου[1], Παναγιώτης Δεμερτζής[1], Γεωργία Χαρδαβέλλα[1]
[1]9η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", [2]Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Με βάση τις διεθνείς πρακτικές, η αρχική απεικονιστική παρακολούθηση των πρώην νοσηλευόμενων ασθενών με πνευμονίες COVID19 σε εξωτερική βάση συνίσταται σε ακτινογραφία θώρακος στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και σε μεταγενέστερο χρονικό σημείο CT θώρακος. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, η απεικονιστική εξέλιξη των απεικονιστικών ευρημάτων σε CT θώρακος κατά το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση μέχρι την πάροδο 4 εβδομάδων από την έξοδο από το νοσοκομείο δεν είναι σαφής.
Σκοπός: Η μελέτη και ανάδειξη της φυσικής εξέλιξης των απεικονιστικών ευρημάτων CT θώρακος στην πνευμονία COVID19
Υλικά και Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας COVID19 και προσήλθαν για παρακολούθηση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο post-COVID19 της Κλινικής μας στις 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
Ακολούθησε αναλυτική μελέτη των ιατρικών φακέλων και των απεικονιστικών εξετάσεων και στατιστική ανάλυση.
Αποτελέσματα: 240 ασθενείς προσήλθαν στο πρώτο ραντεβού παρακολούθησής τους στις 4 εβδομάδες μετά το εξιτήριο (11.2020-12.2021) (106 άνδρες, 134 γυναίκες, μέση ηλικία 55 έτη). 95% προσήλθαν με υψηλής ευκρίνειας CT θώρακα (HRCT) σύμφωνα με το τοπικό πρωτόκολλο και 5 % προσήλθαν με ακτινογραφία θώρακος λόγω αναφερόμενης φοβίας έκθεσης σε ακτινοβολία. 71% (170/240) των ασθενών παρουσίασαν αμιγώς διηθήματα δίκην θαμβής υάλου (GGO) στην HRCT έναντι συνδυασμού μερικώς συμπαγών προτύπων στις CT θώρακος εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μας, 12,5% (30/240) παρουσίασαν συνδυασμό GGOs και βρογχεκτασιών εξ έλξεως εκ των οποίων οι τελευταίες ήταν νέα ευρήματα. Μόλις 2% (5/240) εμφάνισαν πνευμονική ίνωση νέας έναρξης και 14,5% (35/240) είχε φυσιολογική CT θώρακος.
Συμπεράσματα: Η πνευμονία COVID19 δεν υποχωρεί απεικονιστικά σε CT θώρακος εντός 4 εβδομάδων από την έξοδο από το νοσοκομείο. Τα συμπαγή στοιχεία φαίνεται να υποχωρούν στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα αλλά τα GGOs επιμένουν και συνοδεύονται από βρογχεκτασίες εξ έλξεως ως νέο εύρημα

AA085

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ POST COVID ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Γεωργία Χασαπιδου[1], Χριστόφορος Πρωιμος[1], Μαρία Κωνσταντινιδου[1], Βαλεντίνα Πεγκλιδου[2], Πέτρος Εκουτσιδης[2], Λευτέρης Δουλγερακης[1], Ελένη Ελευθεριαδου[1], Δήμητρα Δαϊου[1], Σιλια Χρηστου[1], Μαιη Γραμμενου[1], Διονυσία Σαμαρα[1], Ελεάνα Γιοβανη[1], Παναγιώτης Γεωργανακης[1], Έφη Καμαριωτου[1], Μαριάννα Μωυσεως[1], Έφη Παπαδοπουλου[1], Γιώργος Μπαμπαλης[1], Διαμαντής Χλωρος[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ ΓΝΘ Γ Παπανικολάου, [2]Εργαστήριο Σπιρομέτρησης Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ

Συμπεράσματα από τη στατιστική επεξεργασία δεδομένων, όπως αυτά προκύπτουν από την αξιολόγηση ασθενών που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Post Covid της Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ του ΓΝΘ ''Γ Παπανικολάου'' κατά τη διάρκεια ενός έτους. Σύγκριση συμπερασμάτων σχετικά με το σύνδρομο long covid με τα διεθνή δεδομένα.

Μελέτη Υπνου

AA086

ΎΠΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Νικόλαος Αθανασίου[1,2], Σοφία Παππά[5], Κατερίνα Μπάου[2,4], Καλλιρόη Λάμπρου[2,3], Αστερία-Ηλέκτρα Καραπιπέρη[6], Σταύρος Πατρινός[7], Αρχοντούλα Αντώνογλου[3], Σπυρίδων Ζακυνθινός[2,3], Εμμανουήλ Βαγιάκης[2,3], Παρασκευή Κατσαούνου[2,3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [2]Εργαστήριο Κέντρο Διαταραχών Ύπνου (Ε.Κε.Δ.Υ.) - Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [3]Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [4]4η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘ "Η Σωτηρία", [5]Dept of Psychiatry, Imperial College London, London, West London NHS Trust, [6]Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [7]Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

Στόχοι/Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε ένα περιβάλλον όπου η στέρηση ύπνου, η διάσπαση του κιρκάδιου ρυθμού και η εντατικοποίηση της εργασίας, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οδηγούν σε μείωση της απόδοσης των εργαζομένων και αύξηση της κόπωσης-υπνηλίας. Παράλληλα, είναι ευάλωτοι σε προβλήματα που αφορούν την ψυχική τους υγεία όπως είναι ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μέθοδοι: Επαγγελματίες υγείας που εργαζόντουσαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» παρακολουθήθηκαν για διάστημα ενός έτους από το διάστημα Ιανουαρίου-Απριλίου 2021 μέχρι το αντίστοιχο του 2022, και εκτιμήθηκαν οι παράμετροι που παρουσιάζονται στο Γράφημα 1.

Αποτελέσματα: 105 επαγγελματίες υγείας (74,29% γυναίκες) παρακολουθήθηκαν κατά στην διάρκεια ενός έτους. Το 49% αυτών ήταν ιατροί και οι υπόλοιποι νοσηλευτές και λοιποί επαγγελματίες υγείας.

-Η παρουσία αϋπνίας, ημερήσιας υπνηλίας και η ποιότητα ύπνου παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Ενώ κανένα από αυτά δεν επιδεινώθηκε μέσα στο χρόνο ($p>0,05$).

-Το 29,5% εμφάνιζε κάποιο παθολογικό σύμπτωμα σχετιζόμενο με τον ύπνο. Η αναγνώριση κάποιου παθολογικού συμπτώματος εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση αϋπνίας ($p=0.019$) ημερήσιας υπνηλίας ($p=0.022$) και κακής ποιότητας ύπνου($p<0,05$).

-Τα αποτελέσματα που αφορούν τις υπόλοιπες κλίμακες PHQ-9,GAD-7, MBI, IES-R παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

- Η παρουσία παθολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονταν με τον ύπνο εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση άγχους ($p=0.012$)

-Η παρουσία αϋπνίας συσχετίζονταν με την εμφάνιση κατάθλιψης ($p<0.001$), άγχους ($p<0.001$) και υψηλών ποσοστών μετατραυματικού stress ($p<0.001$)

-Η κακή ποιότητα ύπνου συσχετίζονταν με την εμφάνιση κατάθλιψης ($p<0.001$), άγχους ($p<0.001$), υψηλών ποσοστών μετατραυματικού stress ($p<0.001$) και συναισθηματικής εξουθένωσης ($p<0.001$)

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν σημαντικές διαταραχές του ύπνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ενώ σημαντική είναι και η επίπτωση στην ψυχική τους υγεία. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό δεδομένου ότι γνωρίζουμε πως οι διαταραχές του ύπνου συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για λάθη στην φροντίδα των ασθενών καθώς και με προσωπικά ατυχήματα στην εργασία.

AA087

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ: ΜΗΠΩΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;

Α. Γεωργιαδη, Θ. Δασκαλος, Π. Δεμερτζης, Α. Ζαχαριου, Δέσποινα Ζορπιδου, Ε. Μπελλου, Ι. Μπρατσκα, Γ. Χαρδαβελλα
9η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία

Εισαγωγη: Η νοσηλεια σε νοσοκομειο μπορει να οδηγησει σε επαναξιολογηση συμπτωματων που ενώ ειχαν κατηγοριοποιηθει ως διαφορετικη κλινικη οντοτητα, να αποτελουν εκφανσεις νοσου που εχει ως τοτε διαλαθει της προσοχης.
Σκοπος: Παρουσιαση περιστατικου με νοσογονο παχυσαρκια και αποφρακτικες απνοιες κατα τον υπνο, νοσηρα κατασταση που διελαθε επι σειρα ετων επισκιαζομενη απο την καταθλιψη
Υλικο και Μεθοδος: Διεξοδικη πολυπαραγοντικη μελετη ενος κλινικου περιστατικου, αναλυση στοιχειων ιατρικου φακελου και παρουσιαση διαγνωστικης προσεγγισης.
Αποτελεσματα: Γυναικα 46 ετων με BMI 50, νοσηλευτηκε με sars cov2 λογω εμπυρετου κακουχιας, αναπνευστικης ανεπαρκειας και παθολογικης αξονικης θωρακος. Ιστορικο περιστασιακου καπνισματος, καταθλιψης, αρτηριακής υπερτασης, βρογχικου ασθματος. Κατα τη νοσηλεια της χρειαστηκε να τεθει σε high flow nasal cannula (HFNC). Ενω βελτιωθηκε κλινικα και εργαστηριακα παρεμεινε η αναγκη για 2 λιτρα οξυγονο με τη συσταση κατα την εξοδο της να χρησιμοποιειται απαραιτητα κατα τον υπνο . Περιμετρος λαιμου 41,5 ,score mallabati iii , epworth 11 ,υψος 155εκ, βαρος 121. Διακοπες ροχαλητου, πρωινος μη αναζωγονωτικος υπνος,δυστροπη συμπεριφορα , ευκολη σωματικη και πνευματικη κοπωση, ημερησια υπνηλια ,ψυχολογικη καταπτωση ,ελλειψη ενδιαφεροντος για διασκεδαση. Τα παραπανω συμπτωματα αποδοθηκαν σε αγχωδη καταθλιπτικη συνδρομη για την οποια λαμβανει αγωγη από ετων. Ωστοσο στα πλαισια νεας αξιολογησης των παραπανω συμπτωματων κατά την εισαγωγη της στην κλινικη μας, πραγματοποιηθηκε μελετη υπνου 2 μηνες μετα απο την εξοδο της απο το νοσοκομειο και κατεδειξε ηπια αποφρακτικη υπνοαπνοικη συνδρομη με 8 απνοιες -υποπνοιες ανα ωρα υπνου διαρκειας 10-35 δευτερολεπτα (μο 19 sec).συνολικη διαρκεια υπνου 405 min (non rem 368 min,rem 23min). Παρα το μετριο συνδρομο αλλα με την πλουσια συμπτωματολογια και σημειολογια, εγινε εφαρμογη αυτοματου cpap με αποτελεσμα να εχουν εξαληφθει τα συμπτωματα .Αισθανεται πλεον τον υπνο της αναζωογονωτικο,. Εχει πρωινη καλη διαθεση και δεν εμφανιζει κανενα από τα συμπτωματα που ειχαν κατηγοροιοποιηθει ως καταθλιψη. Διενεργηθηκε σπιρομετρηση με ανταποκριση στη βρογχοδιαστολη 21% ,fev1= 2,590 fvc= 2,950 tif index 87% καθως και μεγαλη ανταποκριση στους μικρους αεραγωγους. Χρηζει περαιτερω ελεγχου και επαναπροσδιορισμου της καταθλιπτικης συνδρομης
Συμπερασματα: Εν κατακλειδι η πολυπαραγοντικη αντιμετωπιση ασθενων με covid 19 οδηγει στην εξυχνιαση και αποσαφηνιση προυπαρχουσων νοσηρων καταστασεων που διελαθαν και επηρεαζαν την ποιοτητα ζωης.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA088

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ :ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 6 ΜΗΝΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Ευγενία Καλαμάρα[1], Αθανασία Πατάκα[1], Αφροδίτη Μπούτου[2], Ευαγγελία Παναγιωτίδου[1], Αθηνά Γεωργοπούλου[3], Ευάγγελος Μπάλλας[4], Διαμαντής Χλωρός[3], Συμεών Μεταλλίδης[5], Ιωάννης Κιουμής[1], Γεωργία Πίτσιου[1]
[1]Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", [2]Πνευμονολογική Κλινική , ΓΝΘ Ιπποκράτειο,, [3]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", [4]Παθολογική κλινική , ΓΝ Χαλκίδας , [5]Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ,

Σκοπός μελέτης.
Η αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου μετά από νοσηλεία λόγω SARS-CoV-2 λοίμωξης

Υλικά και Μέθοδος.
Ασθενείς με προηγηθείσα νοσηλεία λόγω COVID-19 εκτιμήθηκαν διαδοχικά 1 (T1), 3 (T2), και 6 (T3) μήνες μετά το εξιτήριο (χρονική περίοδος από 8/2020 έως 2/2022). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν κλινικοεργαστηριακά και απεικονιστικά σε κάθε επανέλεγχο, ενώ συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια σχετικά με την ποιότητα του ύπνου: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Athens Insomnia Scale (AIS), Fatigue Severity Scale (FSS), Stop-BANG (S-B). Πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινοδρόμησης (linear mixed- model regression) για την αξιολόγηση των κύριων εκβάσεων.

Αποτελέσματα.
Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 133 ασθενείς (μέση ηλικία 56.0 ± 11.48 έτη, 59,4% άνδρες).Συχνότερες συννοσηρότητες ήταν η αρτηριακή υπέρταση (29,8% των ασθενών), η καρδιαγγειακή νόσος πλην της αρτηριακής υπέρτασης (16,8%) και η χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος (11,5%), ενώ 37,4% δεν ανέφεραν συννοσηρότητες. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίασε κακή ποιότητα ύπνου (global PSQI≥5) κατά το T1 (84.3%), T2 (75.7%) και T3 (77.4%) . Αυπνία παρατηρήθηκε σε 56,5%, 53,5%, και 39,2% των ασθενών, αντίστοιχα (AIS≥6). Εμμένουσα κόπωση (FSS ≥4) παρατηρήθηκε σε 51.2%, 33.7%, και 29.1% των ασθενών κατά το T1, T2, T3, αντίστοιχα. Τα σκορ για το PSQI ήταν 8.11± 3.87, 7.22±3.63, και 7.53 ±3.72 , ενώ για το AIS ήταν 6.24± 4.75, 5.63±4.40, και 5.14 ±5. Τα global PSQI, PSQI C5-Sleep disturbance, PSQI C7-Daytime dysfunctions, FSS , AIS βελτιώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Οι παράγοντες φύλο(p = 0.110), ηλικία(p = 0.528), BMI (p = 0.816), κάπνισμα (p = 0.489), αρτηριακή υπέρταση (p = 0.427), βαρύτητανόσησης (p = 0.224), συννοσηρότητα βάσει του Charlson Comorbidity Index (p = 0.827) και διάρκεια νοσηλείας(p = 0.162) δε βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ύπνου (βάσει global PSQI). Οι ασθενείς με σοβαρή ημερήσια υπνηλία (EDS) ήταν σημαντικά νεότεροι και είχαν μικρότερη επιβάρυνση από συννοσηρότητες σε σχέση με αυτούς χωρίς EDS. Οι ασθενείς με σοβαρή εμμένουσα κόπωση (FSS≥4) ήταν σημαντικά νεότεροι, είχαν υψηλότερο BMI, και είχαν μικρότερη επιβάρυνση από συννοσηρότητες. Οι γυναίκες παρουσίασαν σε υψηλότερα ποσοστά συμπτώματα αυπνίας σε σχέση με τους άνδρες (55.7% vs 44.3%, p < 0.001)

Συμπεράσματα.
Η ποιότητα του ύπνου βελτιώνεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο αξιόλογες διαταραχές επιμένουν έως και 6 μήνες μετά το εξιτήριο.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA089

ΑΡΡΥΘΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Ιφιγένεια Καλτσή[1]
[1]*Νοσοκομείο Ευαγγελισμός*

Εισαγωγή: Η υπνική άπνοια, χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μερικής, ή πλήρους απόφραξης του ανωτέρου αεραγωγού στον ύπνο, που οδηγούν σε αποκορεσμό αιμοσφαιρίνης, αύξηση επιπέδων διοξειδίου του άνθρακα , ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) και εμφάνιση αρρυθμιών.
Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είναι βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά τα αρρυθμιολογικά προβλήματα σε ασθενείς με Σύνδρομο Απνοιών στον Ύπνο.
Μέθοδος: Από 92 μελέτες της ανασκόπησης βρέθηκε ότι στην άπνοια οι μεταβολές στην ενδοθωρακική και αρτηριακή πίεση, οδηγούν σε αρρυθμίες. Εικ. 1.

Εικ.1. Μεταβολές του καρδιακού ρυθμού σε σχέση με τον κορεσμό οξυγόνου στην άπνοια.

Εικ . 2. Φλεβοκομβική παύση κατά τη διάρκεια επεισοδίου άπνοιας σε ασθενή με άπνοια.

Κατά την άπνοια η υποξική διέγερση των χημειοϋποδοχέων των καρωτιδικών σωματίων είναι βαγοτονική. Η επανέναρξη της αναπνοής, ενεργοποιεί το ΣΝΣ, προκαλώντας ταχυκαρδία. Οι αρρυθμίες συμβαίνουν συχνότερα μετά το αναπνευστικό συμβάν.
Παρατηρούνται φλεβοκομβική παύση , 2ου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός Mobitz II , ασυστολία (Εικ. 2), κοιλιακή εκτοπία και ταχυαρρυθμίες. Σε μια μελέτη συγκρίθηκαν 228 ασθενείς με [RDI] ≥ 30 /h, με 338 υγιείς [RDI] < 5/ h. Οι πρώτοι είχαν υψηλότερη επίπτωση νυχτερινής ΚΜ (4,8 % versus 0,9%), NSVT (5,3% versus 1,2%) και σύνθετη κοιλιακή εκτοπία (25 versus 15%). Σε μια μελέτη κοόρτης ηλικιωμένων ανδρών, η σοβαρότητα αποφρακτικής versus κεντρικής υπνικής άπνοιας, συσχετίστηκε με κοιλιακές αρρυθμίες. Σε μελέτη κοόρτης, 10.000 ασθενών, ο χαμηλότερος SpO2 ταυτοποιήθηκε ως προγνωστικός παράγοντας αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (SCD) , 31% εκείνων με (SCD) είχαν κύρια αιτία την κοιλιακή αρρυθμία , ενώ η κοιλιακή εκτοπία ή η NSVT ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου SCD μεταξύ εκείνων με ΣΑΑΥ.
Συμπεράσματα: Μελέτες δείχνουν, υψηλή επίπτωση καρδιακών αρρυθμιών σε ασθενείς με ΣΑΑΥ , αλλά και το αντίστροφο. Παρεμβατικές μελέτες, δείχνουν ότι η θεραπεία του ΣΑΑΥ πιθανόν να μειώσει τις καρδιακές αρρυθμίες. Ωστόσο, χρειάζεται επιπλέον έρευνα.

AA090

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ (ΜΕΜΑ) ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΑΠΝΙΚΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Μιχαήλ Φαναρίδης[1], Γεώργιος Σταθάκης[1], Ιζόλδη Μπουλουκάκη[1], Γεώργιος Βάιος[1], Κωνσταντίνα Λυρώνη[1], Στυλιανή Βιζιριαννάκη[1], Αθανάσιος Βούλγαρης[2], Πασχάλης Στειρόπουλος[2], Νικόλαος Τζανάκης[1], Σοφία Σχίζα[1]
[1]Εργαστήριο Μελέτης Διαταραχών Ύπνου Πνευμονολογικού Τμήματος, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [2]Πνευμονολογική κλινική, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Εισαγωγή:
Παρ' όλο που η χρόνια θεραπεία με ΜΕΜΑ σε ασθενείς με ΧΑΠ και χρόνια υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια προτείνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αυτής παρέμβασης βρίσκονται ακόμα υπό μελέτη.
Στόχος:
Στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσουμε την επίδραση της θεραπείας με ΜΕΜΑ στη συχνότητα και τη βαρύτητα των παροξύνσεων της ΧΑΠ, στην κλινική συμπτωματολογία και στη θνητότητα σε ασθενείς με ΧΑΠ και υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια
Μεθοδολογία:
Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΧΑΠ και υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια στους οποίους έγινε έναρξη θεραπείας με ΜΕΜΑ σε μοντέλο spontaneous/timed, 3-4 εβδομάδες μετά από νοσηλεία λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν: 1) Δείκτης μάζας-σώματος >35kg/m2, 2) διάγνωση ή ισχυρή κλινική υποψία συνδρόμου αποφρακτικών απνοιών-υποπνοιών κατά τον ύπνο (ΣΑΑΥΥ), 3) μη-ικανοποιητική συμμόρφωση στη χρήση ΜΕΜΑ, 4) άρνηση συμμετοχής. Μετρήθηκαν: 1) ο αριθμός των παροξύνσεων, 2) αέρια αρτηριακού αίματος, 3) COPD Assessment Test (CAT) και 4) η κλίμακα δύσπνοιας Medical Research Council (MRC) πριν την έναρξη της θεραπείας και 2 έτη μετά. Ως σοβαρή παρόξυνση ορίστηκε η παρόξυνση για την οποία ο ασθενής χρειάστηκε να νοσηλευτεί, ενώ ως μέτρια παρόξυνση ορίστηκε αυτή για την οποία έλαβε συστηματικά κορτικοστεροειδή ή/και αντιβιοτική αγωγή.
Αποτελέσματα:
Συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς με σοβαρού και πολύ σοβαρού βαθμού ΧΑΠ (75% άρρενες, μέση ηλικία 70). Στο διάστημα των 24 μηνών παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις μετρίου (1 vs 1.9, p=0.007) και σοβαρού βαθμού παροξύνσεις (0.5 vs 1.6, p=0.001), στο CAT (p<0.001), στις τιμές αερίων αρτηριακού αίματος [PaO2 (p<0.001), PaCO2 (p<0.001)], και στην κλίμακα MRC (p<0.001). Οι ασθενείς με ικανοποιητική ανταπόκριση στον ΜΕΜΑ ήταν >70 ετών, με υψηλότερο PaO2 πριν την έναρξη της θεραπείας (60 vs 52 mmHg), και μικρότερο αριθμό συννοσηροτήτων σε σύγκριση με τους ασθενείς με μη-ικανοποιητική ανταπόκριση. 19 ασθενείς κατέληξαν 6-32 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ενώ οι ασθενείς με χαμηλότερη FEV1 και υψηλότερο PaCO2 προ της έναρξης της θεραπείας είχαν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου (p<0.001).
Συμπέρασμα:
Η έναρξη θεραπείας με ΜΕΜΑ σε ασθενείς με σταθερή σοβαρού βαθμού ΧΑΠ και υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια φαίνεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη συχνότητα και τη βαρύτητα των παροξύνσεων, στα αέρια αρτηριακού αίματος και στη συμπτωματολογία.

AA091

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΎΠΝΟΥ - ΑΝΔΡΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.

Δημήτρης Παπαδημητρίου, Χριστίνα Κλαμενάκου, Ελένη Γιώργη, Σπυριδούλα Ανδριώτη, Αναστάσιος Καλλιάνος, Παύλος Μυριανθεύς, Γεωργία Τρακαδά[1]
[1]Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο

Το Σύνδρομο Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΥ) αποτελεί μία εξαιρετικά διαδεδομένη διαταραχή στον γενικό πληθυσμό μεν με υψηλά ποσοστά υποδιάγνωσης δε.
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή των ασθενών που προσήλθαν στη Μονάδα Διαταραχών της Αναπνοής στον Ύπνο της Θεραπευτικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» ως προς την ηλικιακή κατανομή και το φύλο.
Εξετάστηκαν 1140 ασθενείς, 740 άνδρες (65%) και 400 γυναίκες (35%). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες οι άνδρες υπερτερούσαν των γυναικών (Εικόνα 1). Οι γυναίκες προσέρχονται στο Εργαστήριο κυρίως μετά τα 60 έτη. Η ηλικιακή ομάδα που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό διαγνώσεων με Μέτριο – Βαρύ ΣΑΥ είναι η 60-69 έτη με 259 άτομα, ακολουθεί η 70-79 έτη με 230 άτομα, η 50-59 έτη με 187 άτομα, η 40-49 έτη με 92 άτομα, η 80-89 έτη με 94 άτομα και ακολουθούν οι υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Η κατανομή της βαρύτητας σε σχέση με το φύλο παρουσιάζεται στην Εικόνα 2.
Συμπερασματικά, οι γυναίκες αναζητούν ιατρική βοήθεια για το ΣΑΥ σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τους άνδρες, γιατί τα συμπτώματα είτε εμφανίζονται αργότερα, είτε δεν αξιολογούνται ορθά.

AA092

ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CPAP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Κυριακή Χολιδου[1], Νεκτάριος Αναγνωστοπουλος[1], Ανδριάνα Παπαιωαννου[1], Ευαγγελία Κουκακη[1], Αικατερίνη Μπακιρη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλειου[1], Αθανασία Αθανασοπουλου[1], Φωτεινή Καρακοντακη[1], Αντωνία Κουτσουκου[1], Πέτρος Μπακακος[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική

Αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών μεσολαβητών, όπως η hs-CRP, έχουν ανιχνευθεί σε ασθενείς με σύνδρομο απνοιών ύπνου (ΣΑΥ) και χρησιμοποιούνται ως προγνωστικοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και έκβασης της νόσου. Η καλπροτεκτίνη είναι ένας φλεγμονώδης δείκτης που ρυθμίζει τις αθηρογόνες διεργασίες και δεν έχει διερευνηθεί σε ενήλικες ασθενείς με ΣΑΥ. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τον ρόλο της καλπροτεκτίνης ως φλεγμονώδους παράγοντα, που δρα μέσω μιας ξεχωριστής οδού προς την αθηρογόνο διαδικασία σε ενήλικες ασθενείς με ΣΑΥ και τις συσχετίσεις της με την hs-CRP.
Εβδομήντα τέσσερις συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε πλήρη πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος για τα επίπεδα καλπροτεκτίνης και hs-CRP.Τριάντα δύο ασθενείς με ΣΑΥ επανεξετάστηκαν 6 μήνες μετά τη θεραπεία με CPAP.
Από τους 74 συμμετέχοντες που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, οι 33 είχαν μέτριο ΣΑΥ, οι 27 είχαν σοβαρό ΣΑΥ και οι 14 ήταν φυσιολογικοί. Η καλπροτεκτίνη και η hs-CRP ήταν σημαντικά αυξημένες σε ασθενείς με μέτριο και σοβαρό ΣΑΥ σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς ($p<0,0001$).
Τα επίπεδα καλπροτεκτίνης και hs-CRP βελτιώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία με CPAP ($p<0,0001$).
Η καλπροτεκτίνη μπορεί να χρησιμεύσει ως νέος και αξιόπιστος, βιοδείκτης της σοβαρότητας του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με ΣΑΥ. Η μείωση των επιπέδων καλπροτεκτίνης μετά τη θεραπεία με CPAP σε συνδυασμό με τη βελτίωση της hs-CRP θα μπορούσε να προσφέρει στοιχεία για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου μετά τη θεραπεία με CPAP.

Διακοπή Καπνίσματος & Προαγωγή Υγείας

AA093

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Ζωή Γαρείου[1], Ευθύμιος Ζέρβας[1]
[1]*Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*

Η περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση των πολιτών θεωρείται ότι οδηγεί σε περιβαλλοντική συνείδηση, η οποία οδηγεί σε περιβαλλοντική συμπεριφορά. Οι περιβαλλοντικές συμπεριφορές των πολιτών συνδέονται άμεσα με τις προσωπικές προτιμήσεις τους (π.χ. οι καπνιστικές συνήθειες), οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το περιβάλλον και ενεργούν απέναντι σε αυτόν.
Στην παρούσα εργασία διερευνώνται οι καπνιστικές συνήθειες των πολιτών και η συσχέτισή τους με την περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση και συμπεριφορά τους σε τέσσερα καίρια περιβαλλοντικά θέματα: ατμοσφαιρική ρύπανση, ρύπανση των υδάτων, κλιματική αλλαγή και διαχείριση απορριμμάτων.
Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των πολιτών χρησιμοποιεί κυρίως συμβατικό τσιγάρο και λιγότερο ηλεκτρικό και θερμαινόμενο τσιγάρο. Οι καπνιστές γνωρίζουν λιγότερο από τους μη καπνιστές τις αιτίες της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και τους παράγοντες ρύπανσης των υδάτων, ενώ ανησυχούν λιγότερο για τις επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία από την ατμοσφαιρική ρύπανση και τη ρύπανση των υδάτων, όπως και οι καπνιστές ηλεκτρικού και θερμαινόμενου τσιγάρου. Επίσης, οι καπνιστές χρησιμοποιούν πιο σπάνια τις δημόσιες συγκοινωνίες για τη μετακίνησή τους, κυρίως οι καπνιστές συμβατικού τσιγάρου, αποφεύγουν πιο σπάνια τη χρήση προϊόντων με επικίνδυνες χημικές ουσίες και ενημερώνονται πιο σπάνια για την ποιότητα του αέρα στην πόλη τους. Επίσης, οι καπνιστές γνωρίζουν λιγότερο τις αιτίες της κλιματικής αλλαγής και τις επιπτώσεις της, καθώς και ποιες ανθρώπινες δραστηριότητες συμβάλλουν στο φαινόμενο του θερμοκηπίου και στην κλιματική αλλαγή. Επιπλέον, οι καπνιστές χρησιμοποιούν πιο σπάνια φιλικά προς το περιβάλλον προϊόντα, δεν συνηθίζουν να προσέχουν τα οικολογικά σήματα όταν αγοράζουν αγαθά και εφαρμόζουν πιο σπάνια καθημερινές συνήθειες εξοικονόμησης νερού και ηλεκτρικής ενέργειας. Τέλος, οι καπνιστές γνωρίζουν λιγότερο τις επιπτώσεις στο περιβάλλον από τα απορρίμματα, ανακυκλώνουν πιο σπάνια τα απορρίμματά τους και δεν αποφεύγουν να πετάξουν σε κοινόχρηστους χώρους απορρίμματα (π.χ. πλαστικά μπουκάλια, αποτσίγαρα).
Συμπερασματικά, οι καπνιστές εντοπίζονται λιγότερο ενημερωμένοι για τα περιβαλλοντικά προβλήματα από τους μη καπνιστές και εφαρμόζουν πιο σπάνια καλές πρακτικές προς όφελος του περιβάλλοντος.

AA094

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΔΙΑΚΩΝ ΕΚΠΟΜΠΩΝ ΜΕΤΑΞΥ IQOS ΚΑΙ IQOS ILLUMA

Ευθύμιος Ζέρβας[1], Νίκη Ματσούκη, Χαρά Τσίπα
[1]*Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*

Ένα νέο καπνικό προϊόν, το IQOS Illuma εισήχθη στην αγορά το 2021-2022 από την εταιρία Philip Morris International (PMI). Το προϊόν αυτό, αν και επιτυγχάνει την ίδια μέγιστη θερμοκρασία (350oC) κατά την λειτουργία του με τα προηγούμενης γενιάς προϊόντα της PMI, εντούτοις χρησιμοποιεί διαφορετική τεχνολογία θέρμανσης του στικ καπνού. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετηθούν οι σωματιδιακές εκπομπές κατά την χρήση του IQOS Illuma και να συγκριθούν με τις αντίστοιχες τιμές του IQOS προηγούμενης γενιάς. Συγκεκριμένα μετρήθηκαν τα σωματίδια PM1, PM2.5, PM4, PM10 και τα συνολικά PM, και η αιθάλη (Black Carbon), που παράγονται κατά την χρήση των δύο καπνικών προϊόντων. Διαπιστώθηκε ότι τα παραγόμενα σωματίδια είναι διαμέτρου μικρότερης από 1μm. Εκπομπή PM καταγράφηκε κατά μέσο όρο μεταξύ δεύτερης και τρίτης ρουφηξιάς και για τις δύο συσκευές. Επιπλέον και στις δύο περιπτώσεις οι εκπομπές φαίνεται να επηρεάζονται από τη γεύση του στικ, από το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ κάθε ρουφηξιάς καθώς και από το αν η συσκευή παραμένει αναμμένη μεταξύ κάθε ρουφηξιάς. Οι εκπομπές μειώνονται όσο μεγαλώνει το χρονικό διάστημα μεταξύ κάθε ρουφηξιάς καθώς και αν η συσκευή παραμένει σβηστή στο μεσοδιάστημα. Ωστόσο οι εκπομπές κατά την χρήση του IQOS Illuma είναι σημαντικά μειωμένες σε σχέση με την IQOS, με μέση τιμή τα 3,430 mg/m3 έναντι των 74,363 mg/m3 αντίστοιχα. Οι εκπομπές BC αποτελούν το 1,4% από το σύνολο των παραγόμενων PM για την IQOS, ενώ είναι μικρότερες από το όριο ποσοτικοποίησης για την IQOS Illuma. Επιπλέον, κατά την χρήση IQOS οι εκπομπές σε γενικές γραμμές αυξάνονται από ρουφηξιά σε ρουφηξιά, ενώ κατά τη χρήση της IQOS Illuma υπάρχει μείωση γύρω στην πέμπτη ρουφηξιά, ακολουθουμένη από αύξηση μέχρι το σβήσιμο της συσκευής. Συνεπώς η τεχνολογία θέρμανσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα αναφορικά με τις σωματιδιακές εκπομπές.

AA095

ΣΩΜΑΤΙΔΙΑΚΕΣ ΕΚΠΟΜΠΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΑΤΜΙΣΜΑΤΟΣ ΒΟΤΑΝΩΝ

Ευθύμιος Ζέρβας[1], Χαρά Τσίπα, Νίκη Ματσούκη
[1]*Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*

Το άτμισμα βοτάνων (herb vaping) έχει γίνει τελευταία μία πολύ προσφιλής συνήθεια παγκοσμίως, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων. Ο καθένας έχει τη δυνατότητα να προμηθευτεί μία συσκευή ατμίσματος (vaporizer), να θερμάνει και να εισπνεύσει του ατμούς από οποιοδήποτε βότανο επιθυμεί. Η ποσότητα που τοποθετείται στην συσκευή, η θερμοκρασία, οι επαναλήψεις, η διάρκεια κάθε ρουφηξιάς και πολλές άλλες παράμετροι είναι στην δικαιοδοσία του χρήστη. Η ασφάλεια της συγκεκριμένης πρακτικής, η οποία δεν υπόκειται προς το παρόν σε κανένα νομοθετικό έλεγχο, δεν είναι δεδομένη.
Σκοπός αυτής της μελέτης είναι ο προσδιορισμός των σωματιδίων που παράγονται κατά την χρήση δύο συσκευών ατμίσματος του εμπορίου, κάτω από διαφορετικές συνθήκες χρήσης, για δύο διαφορετικά βότανα.
Ο προσδιορισμός έγινε με την βοήθεια της συσκευής on-line μέτρησης συγκέντρωσης σωματιδίων. Με την μία συσκευή έχουν καταγραφεί οι συγκεντρώσεις των PM1, PM2,5, PM4, PM10 και PMtotal. Ενώ με τη δεύτερη οι συγκεντρώσεις της αιθάλης (black carbon, BC). Ως βότανα χρησιμοποιήθηκαν χαμομήλι και λεβάντα, τα οποία τοποθετήθηκαν στη συσκευή με και χωρίς να έχουν υποστεί προεργασία (ξήρανση), με και χωρίς ομογενοποίηση και σε διαφορετικές ποσότητες. Ανάλογα με τη συσκευή που χρησιμοποιήθηκε, θερμάνθηκαν σε διαφορετικές θερμοκρασίες. Η παραγωγή ατμού πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια αντλίας, μιμούμενη την εισπνοή του χρήστη, και για τρεις διαφορετικούς χρόνους άντλησης.
Διαπιστώθηκε ότι, σε όλες τις συνθήκες που δοκιμάστηκαν, η παραγωγή σωματιδίων από τη λεβάντα ήταν κάτω από τα όρια ποσοτικοποίησης. Αντίθετα, υπάρχει παραγωγή σωματιδίων κατά τη θέρμανση του χαμομηλιού. Η αύξηση τόσο της θερμοκρασίας, όσο και της διάρκειας κάθε ρουφηξιάς, αυξάνουν τις εκπομπές σωματιδίων, ενώ οι εκπομπές μειώνονται με την αύξηση της ποσότητας βοτάνου που χρησιμοποιείται. Και στις δύο περιπτώσεις χόρτων η προξήρανση δεν επηρέασε τα αποτελέσματα. Ωστόσο, όπως σε όλες τις μετρήσεις εκπομπών σωματιδίων, τα αποτελέσματα έχουν σχετικά μικρή επαναληψιμότητα. Η ανομοιογένεια της πρώτης ύλης είναι πιθανά ένας επιπλέον παράγοντας για την χαμηλή επαναληψιμότητα των εκπομπών.

AA096

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (ΔΚ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) – ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΣΦΑΙΡΑ, ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ

Αλίκη Κορκοντζέλου[1], Σταματίνα Δρίβα[1], Σωτηρία Σχορετσανίτη[2], Ελένη Λίτσιου[3], Σταύρος Πατρινός[2], Ζαφειρία Μπαρμπαρέσσου[1], Βασιλική Βασιλείου[4], Βασιλική Σαλταγιάννη[5], Σοφία Παππά[6], Serena Tonstad[7], Χριστίνα Γκράτζιου[8], Νικόλαος Τεντολούρης[9], Παρασκευή Κατσαούνου[1]

[1]Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών , [2]Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, [3]Μικροβιολογικό τμήμα, ΓΝΑ Ευαγγελισμός, [4]Ενδοκρινολογική Κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός, [5]Παθολογοανατομικό τμήμα, Αρεταίειο, [6]West London NHS trust Imperial College National Institute for Health Research , [7]Oslo University Hospital, [8]Μονάδα Νοσημάτων Θώρακος, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών , [9]1η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Το κάπνισμα σε ασθενείς με ΣΔ συσχετίζεται με υψηλότερη θνησιμότητα, καρδιαγγειακή νοσηρότητα και συχνότερες επιπλοκές. Η πρόσληψη σωματικού βάρους και η ψυχολογική επιβάρυνση είναι συχνοί παράγοντες που εκτρέπουν τους καπνιστές από το στόχο της ΔΚ. Η επίπτωση του ΣΔ στην Ελλάδα συνολικά ξεπερνά το 9% και 31-47% των Ελλήνων με ΣΔ είναι καπνιστές. Στοχευμένες παρεμβάσεις σε αυτό τον πληθυσμό θα μπορούσαν να βελτιώσουν το ποσοστό ΔΚ.

Συλλέξαμε ασθενείς με ΣΔ που συναίνεσαν να συμμετέχουν σε ένα εντατικό πρόγραμμα ΔΚ από τα αρχεία του νοσοκομείου, τις πνευμονολογικές κλινικές, το διαβητολογικό ιατρείο και μέσω δημοσιοποίησης του ιατρείου που οργανώσαμε. Μια διεπιστημονική ομάδα (με πνευμονολόγο, ενδοκρινολόγο, διατροφολόγο, ψυχολόγο ειδικευμένο στη συμπεριφορική θεραπεία) υποστήριξε τους καπνιστές σε ομαδικές συναντήσεις που οργανώνονταν μία φορά/εβδομάδα για τον 1ο μήνα και έπειτα 1 φορά/μήνα μέχρι την ολοκλήρωση του τρίμηνου προγράμματος. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν βαρενικλίνη (δωρεάν) στην εγκεκριμένη δόση για 3 μήνες. Οι ακόλουθες παράμετροι αξιολογήθηκαν σε τρία χρονικά σημεία (έναρξη μελέτης, τέλος πρώτου μήνα και μετά από 3 μήνες θεραπείας): εξάρτηση στη νικοτίνη (Fagerström Test for Nicotine Dependence), μεταβολισμό ηρεμίας (RMR – μόνο σε ΣΔ 2), ψυχομετρικές παραμέτρους (Symptom Checklist 90/SCL-90), αυτοπεποίθηση και κινητοποίηση για ΔΚ, σωματικό βάρος και δείκτη μάζας σώματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HBA1c), αρτηριακή πίεση, εκπνεόμενο CO, λιπίδια αίματος και ερωτηματολόγια για τη διατροφή και την άσκηση (FFQ, IPAQ 2002). Επιπλέον έγινε μέτρηση των παρακάτω ορμονών: γκρελίνη, ινσουλίνη, λεπτίνη, αδιπονεκτίνη, PYY (πεπτίδιο YY) και GLP1 (γλυκαγονόμορφο πεπτίδιο-1). Κατά τις συναντήσεις δίδονταν συστάσεις για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αποφυγή τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, επιλογή snacks χωρίς ζάχαρη και επιβράβευση των προσπαθειών με άλλους τρόπους εκτός φαγητού.

64 καπνιστές ενημερώθηκαν και 54 δέχθηκαν να συμμετέχουν στο εντατικό αυτό πρόγραμμα ΔΚ για καπνιστές με ΣΔ. Τα βασικά χαρακτηριστικά και δημογραφικά στοιχεία φαίνονται στον Πίνακα 1. 59.2% (N=32) των συμμετεχόντων διέκοψαν το κάπνισμα. Οι αλλαγές στο βασικό μεταβολισμό, τη HbA1c και το σωματικό βάρος δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 2). Η αυτοαναφερόμενη φυσική δραστηριότητα αυξήθηκε, με το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν υψηλή φυσική δραστηριότητα να αυξάνεται από 6.5% στην έναρξη σε 20.8% στο τέλος του προγράμματος. Ο συνολικός δείκτης ψυχοπαθολογίας SCL-90 βελτιώθηκε στατιστικά σημαντικά στην ομάδα που διέκοψε το κάπνισμα. Στην έναρξη της μελέτης, οι παράμετροι FNDT, συνολικό σκορ SCL-90 και οι υποκλίμακες για τη σωματοποίηση και την κατάθλιψη δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ της ομάδας που κατάφερε να διακόψει και εκείνης που δεν πέτυχε ΔΚ. Η υποκλίμακα για το άγχος ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα που δεν κατάφερε να διακόψει στην έναρξη της μελέτης (p=0.017). Σε υποομάδα ασθενών (N=13) οι ορμονικές μετρήσεις

ανέδειξαν μείωση της γκρελίνης και του GLP1 και αύξηση των υπολοίπων ορμονών κατά τη διάρκεια του τρίμηνου προγράμματος. Τα αποτελέσματα αυτά αναμένεται να επιβεβαιωθούν στο σύνολο του πληθυσμού.

Το εντατικό αυτό πρόγραμμα ΔΚ για ασθενείς με ΣΔ συμπεριέλαβε συμμετοχή διεπιστημονικής ομάδας και συνδυασμό συμπεριφορικής υποστήριξης και φαρμακοθεραπείας για 3 μήνες. Οι καπνιστές με ΣΔ πέτυχαν υψηλά ποσοστά ΔΚ (59.2%) χωρίς αύξηση σωματικού βάρους. Η αυτοαναφερόμενη φυσική δραστηριότητα και το σκορ ψυχοπαθολογίας βελτιώθηκαν.

Η μελέτη αυτή χρηματοδοτήθηκε από το Global Research Awards for Nicotine Dependence.

Διάχυτες Διάμεσες Πνευμονοπάθειες, Επαγγελματικά Νοσήματα Πνεύμονος & Ατμοσφαιρική Ρύπανση

AA097

CHARACTERISTICS OF BRONCHOALVEOLAR LAVAGE CELLS IN PATIENTS WITH POST COVID-19 PULMONARY SEQUELAE

Eliza Tsitoura[1], Irini Lambiri[1], Eirini Vasarmidi, Christos Skiadas[2], Eleni Bibaki[1], Nicol Bizymi[1], Andreas Matthaiou[1], Nikolaos Tzanakis[1], Katerina Antoniou[1]

[1]Department of Respiratory Medicine, Laboratory of Molecular and Cellular Pneumonology, Medical School, University of Crete, [2]Radiology Department, University Hospital of Heraklion

Introduction: As the global COVID-19 pandemic has progressed, evidence has emerged that some patients experience prolonged multi-organ symptoms and complications, including pulmonary sequelae with imaging and functional features of interstitial lung disease (ILD). In this study we characterized Bronchoalveolar lavage (BAL) cells from patients with post COVID-19 interstitial lung abnormalities with an emphasis on airway macrophages and monocytes.

Methods: BAL cells from 26 patients with mean follow-up time 5.22 (+/-2.7) months from COVID-19 were analysed for viability, differential cell count using MGG staining, CD163 and osteopontin by FACS, and collagen1a expression by immunofluorescence. Airway macrophages were also analysed for mitochondria oxidation. Cellular bioenergetics were assessed by ATP production rate. HRCT abnormalities were characterized and scored according to ESTI and ESR proposition. The extent of CT lesions at the time of bronchoscopy was above 5% for all patients, while only for 2 patients was below 10%. PFTs were performed for all patients at the time of bronchoscopy.

Results: 13/26 patients showed a predominantly inflammation-related profile on HRCT, including ground glass opacities, linear consolidation and/or perilobular opacities. 9/26 patients had a predominantly fibrotic ILD profile with traction bronchiectasis, fibrotic-like changes and/or honeycombing, while 4/26 patients showed predominantly airway disease with bronchial distortion and/or mosaic attenuation. BAL neutrophil, eosinophil and monocyte % was significantly higher in the BAL of patients with a fibrotic profile. BAL monocyte % correlated with lower FVC% in all patients. Interestingly, BAL monocyte % correlated with blood monocyte counts at the time of acute COVID-19. Airway macrophages in the fibrotic patients tend to overexpress osteopontin, have higher levels of oxidized mitochondria, while they produce ATP mainly from glycolysis. Glycolytic airway macrophages were also associated with monocyte infiltration of the airways. CD163 levels were similar in all groups.

Conclusion: Airway immune cell populations from BAL in post COVID-19 pulmonary sequela differ according to the type of interstitial abnormalities. Features of airway macrophages such as increased neutrophilia and eosinophilia, oxidation of mitochondria and monocyte infiltration, previously identified in fibrotic ILD patients, are to an extent recapitulated in Post-COVID-19 patients with HRCT abnormalities reminiscent of fibrotic ILD, suggesting that these processes are important pathological features of pulmonary fibrosis.

AA098

A PATIENT WITH MYELODYSPLASTIC SYNDROME AND INTERSTITIAL LUNG DISEASE; IS IT IPF OR NOT?

Eirini Vasarmidi[1], Eleni Bibaki[1], Emmanouela Maria Basouna[2], Alkistis Theodora Polyzou[2], Nikolaos Tzanakis[1], Katerina Antoniou[1]

[1]Department of Respiratory Medicine, Laboratory of Molecular and Cellular Pneumonology, Medical University of Crete, [2]School of Medicine, University of Crete

Introduction: Co-occurrence of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and myelodysplastic syndrome (MDS) has been described and it is considered to be related with several shared factors and comorbidities, including aging. Although the co-existence of these two diseases has been shown, the clinician should always consider the algorithm of interstitial lung disease (ILD) assessment and differential diagnosis when evaluating a patient with ILD and MDS. Hydroxyurea (HU) is a drug mainly used for the treatment of chronic myeloproliferative disorders. It inhibits DNA replication (through inhibition of ribonucleotide reductase) on the S phase of the cell cycle finally resulting to cellular cytotoxicity. Here, we describe a patient with chronic MDS referred to the outpatient clinic of ILDs in the University Hospital of Heraklion.

Case description: A 70 years old male was referred to the respiratory physician due to shortening of breath (mMRC 2) for approximately the last two years with a gradual deterioration. He complained also for non-productive cough, while he denied smoking history or any other occupational or domestic exposure. His medical history involved arterial hypertension, diabetes mellitus, and MDS diagnosed ten years ago. The physical examination revealed crackles in both lung bases, euvolemia, normal heart sounds, while the patient was afebrile and did not mention any other symptom. The computed tomography of the chest showed ground glass opacities mainly in the lower lobes, along with traction bronchiectasis and mild reticulation. Then, the patient was referred to our ILD outpatient clinic. Blood test showed WBC 3800 per µl (700 monocytes and 100 eosinophils), while there were 496000 platelets per µl and 13.2 g/dl Hgb. Pulmonary function tests revealed restrictive syndrome with low diffusion capacity of the lungs. Serology test for autoantibodies was negative and then bronchoscopy was performed and bronchoalveolar lavage (BAL) was obtained. This showed 27% lymphocytes, 35% neutrophiles, 10% eosinophiles and 28% macrophages. Microbiology tests were negative. Detailed medical history revealed that the patient started receiving HU a couple of months before the symptoms initiation, although a diagnosis of MDS was ten years ago. The BAL results, the pattern of the chest scan, and the timing of the HU initiation led to a provisional diagnosis of HU-induced pneumonitis.

Conclusion: Herein, we present the case of a patient with chronic MDS who developed ILD probably due to HU. Although the most common side effects of HU are myelosuppression, digestive and skin reactions, respiratory complications have been also claimed. They are rare; there are less than 20 cases described in the literature. HU-associated pneumonitis may be underdiagnosed, as pulmonary lesions attributable to HU are not specific. BAL results, and maybe pathology results, could help clinicians to diagnose this entity.

AA099

THE DIFFERENTIAL CHARACTERISTICS OF IPF AND NON-IPF ILD PATIENTS UNDER ANTIDIABETIC TREATMENT; DISEASE PROGRESSION AND BRONCHOALVEOLAR LAVAGE (BAL) EVALUATION.

Eirini Vasarmidi[1], Panagiotis Tsakalomatis[2], Eliza Tsitoura[1], Eleni Bibaki[1], Paraskevi Xekouki[2], Katerina Antoniou[1]
[1]Department of Respiratory Medicine, Laboratory of Molecular and Cellular Pneumonology, Medical University of Crete, [2]Endocrinology and Diabetes Clinic, University General Hospital of Heraklion, University of Crete School of Medicine

Rationale/Objective: Interstitial lung Disease (ILD) and Diabetes Mellitus (DM) share common pathogenetic pathways involving inflammatory cells and in particular monocytes and macrophages. DM is a major comorbidity in ILD patients, whereas diabetic patients are at higher risk of developing pulmonary fibrosis. In our study, we analyzed retrospectively patients with ILD and aimed to examine differential characteristics between patients with and without DM, including disease parameters and alveolar macrophage evaluation.
Material and methods: 256 patients from ILD Unit of the Department of Respiratory Medicine, University Hospital of Heraklion from January 2014 to July 2022, were enrolled; 180 without DM, and 76 with DM (based on whether they were receiving antidiabetic treatment). Of the 256 fibrotic ILD patients, the majority was IPF patients (150), while 35 patients had the diagnosis of CHP, 14 patients idiopathic NSIP and 57 patients CTD-ILD. Clinical characteristics of all patients including age, smoking habits, BMI, pulmonary function at baseline and disease progression up to 2 years follow-up, were collected. In all of the included patients, bronchoscopy was performed and BAL was obtained. The levels of mtROS were measured in fresh BAL alveolar macrophages by flow cytometry using MitoSOXTMred (Invitrogen) superoxide indicator.
Results: Our results showed that ILD patients without DM had a statistically decreased smoking history, and a tendency to slower disease progression, although not significant. In accordance with previous reports, we did not find any other significant difference between disease baseline characteristics or disease progression between ILD patients with or without DM (based on whether the patients were receiving antidiabetic treatment). Interestingly, we observed a significantly increased macrophage population in BAL of patients with DM. In the subgroup analysis of IPF patients, there was a trend of increased percentage of alveolar macrophages in BAL of patients under antidiabetic treatment, while there were decreased levels of oxidized mitochondria in macrophages of these patients.
Conclusions: Our group has previously shown increased oxidized mitochondria in alveolar macrophages of IPF patients. Interestingly, we now observed increased macrophage population in BAL of ILD patients receiving antidiabetic treatment (patients with DM), while there were reduced levels of oxidized mitochondria in the alveolar macrophages of IPF patients receiving antidiabetic treatment. It is unknown if targeted treatment of comorbidities results in the increased rate of therapeutic response, and further data is needed to assess whether antidiabetic drugs could decrease mitochondrial ROS in alveolar macrophages of ILD patients.

AA100

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ

Αθανασία Αθανασοπουλου[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Σταυρίνα Ζανέλη[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κατερίνα Μπακίρη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Ελένη Σταγάκη[1], Βασιλική Τσαγκάρη[2], Πέτρος Μπακάκος[1], Αντωνίου Κουτσούκου[1]
[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]ΜΕΘ της Α' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ :
Η πνευμονική ιστιοκυττάρωση Langerhans είναι μια σπάνια διάχυτη πνευμονοπάθεια, που αφορά συνήθως σε νεαρούς καπνιστές, μεταξύ 20-40 ετών. Στους ενήλικες προσβάλλει συνήθως μόνο τον πνεύμονα και χαρακτηρίζεται από διήθηση και καταστροφή περιφερικών βρογχιολίων από κοκκιώματα τύπου Langerhans.
Ακολούθως θα αναφερθούμε σε ένα περιστατικό που εμφάνισε το 5ο επεισόδιο αυτόματου πνευμοθώρακα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ : Πρόκειται για γυναίκα 23 ετών, καπνίστρια με 5p/y και Α/Α νεανικής μυοκλονικής αφαιρετικής επιληψίας, πνευμονική ιστιοκυττάρωση Langerhans -διάγνωση το 2021 σε άλλο νοσοκομείο που βασίστηκε στην συμβατή απεικόνιση και BAL με CD1a>5. Η ασθενής που εμφάνιζε υποτροπιάζοντα επεισόδια πνευμοθώρακα (4 επεισόδια/10 μήνες), παρουσιάστηκε στο ΤΕΠ του ΓΝΑ Νίκαιας λόγω θωρακαλγίας αριστερά. Από τον CXR διαπιστώθηκε ξανά μικρός πνευμοθώρακας σύστοιχα. Λίγο αργότερα παρουσίασε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου ΙΙ, δύσπνοια και επίταση της θωρακαλγίας λόγω αύξησης του μεγέθους του πνευμοθώρακα και διασωληνώθηκε. Τοποθετήθηκε θωρακική παροχέτευση και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Παρέμεινε διασωληνωμένη για 48ώρες, αποσωληνώθηκε ανεπίπλεκτα και μεταφέρθηκε στη κλινική μας, όπου βελτιώθηκε, αποδεσμεύτηκε από την οξυγονοθεραπεία και επανεκπτύχθηκε πλήρως ο αριστερός πνεύμονας. Η ασθενής εξήλθε σε καλή κατάσταση και παραπέμφθηκε σε κέντρο αναφοράς για την ιστιοκυττάρωση για να διερευνηθεί η πιθανότητα συνύπαρξης εξωπνευμονικής νόσου, καθώς και για προμεταμοσχευτικό έλεγχο για την τελικού σταδίου κυστική νόσο πνεύμονα με υποτροπιάζοντες πνευμοθώρακες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ : Η πνευμονική ιστιοκυττάρωση Langerhans είναι μια σπάνια διαταραχή, που διαγιγνώσκεται είτε ιστολογικά με βιοψία πνεύμονα, είτε βάσει συμβατών κλινικοακτινολογικών ευρημάτων με αποκλεισμό εναλλακτικής διάγνωσης. Χαρακτηρίζεται από παρουσία πολλαπλών κυστικών σχηματισμών, όζων και όζων με κοιλότητα. Συχνά περιπλέκεται με πνευμοθώρακα, που μπορεί να προηγείται της διάγνωσης. Ωστόσο υπάρχουν και περιστατικά ασθενών που η διάγνωση καθυστερεί ακόμα και μετά από επανεμφάνιση υποτροπιαζόντων επεισοδίων αυτόματου πνευμοθώρακα. Αποτελεσματική θεραπεία μέχρι σήμερα δεν υπάρχει. Ως θεραπεία προτείνεται η διακοπή καπνίσματος, και η εμπειρική θεραπεία με κορτικοστεροειδή και κυτταροτοξικά φάρμακα, ενώ σε προχωρημένη νόσο ο ασθενής παραπέμπεται για μεταμόσχευση πνεύμονα.

AA101

ΣΠΑΝΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ.

Νικολέττα Γαλανοπούλου[1], Βασιλική Κουλούρη[4], Αλεξάνδρα Χροναίου[2], Νικόλαος Ζίας[3], Γεώργιος Τσουκαλάς[2], Κλειώ Μαυραγάνη[4]

[1]Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος 'Η Σωτηρία', [2]Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος 'Η ΣΩΤΗΡΙΑ', 4η Πνευμονολογική Κλινική, [3]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, [4]Department of Physiology, National and Kapodistrian University of Athens

Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά τριών περιστατικών με πρωτοεμφάνιση διάμεσης πνευμονοπάθειας (ILD), με διαφορετικά ακτινολογικά πρότυπα (συγκεκριμένα δύο NSIP, ένα UIP) που εκ του ελέγχου αντισωμάτων για νοσήματα του συνδετικού ιστού που διενεργήθηκε στο εργαστήριο Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ, τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου αντισυνθετασών (ASS). Ιδιαίτερη αναφορά σε αυτά τα περιστατικά γίνεται λόγω ανίχνευσης σπάνιων αντισωμάτων αντισυνθετασών και πιο ειδικά των anti-PL-12, anti- EJ και anti-OJ. Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα πιο κοινά αντισώματα αντισυνθετασών που ανιχνεύονται στους ασθενείς με ILD απότοκο του ASS είναι τα anti-Jo-1 και πολύ σπανιότερα τα anti-PL-7, anti-PL-12, anti-EJ και anti-OJ.ILD μπορεί να παρατηρηθεί στο 50.67-100% των ασθενών με ASS, ενώ αυτή θεωρείται η πιο κοινή αρχική εκδήλωση των ασθενών με anti-PL-7, anti-PL-12 και anti-EJ αντισώματα. Σημειώνεται επίσης ότι οι ασθενείς με ASS μπορεί να εμφανίσουν ILD, χωρίς μυοπάθεια, γεγονός που καθυστερεί σημαντικά την διάγνωση και την χορήγηση ειδικής θεραπείας για το ASS. Τα συνήθη πρότυπα ILD που διαπιστώνονται σε ασθενείς που πάσχουν από ASS βάσει αξονικής τομογραφίας θώρακος ή ιστολογικής εξέτασης πνευμονικού ιστού είναι τα εξής: NSIP (39-72.5%), OP (14.6-43%), UIP (9.76%). Η θνητότητα των ασθενών με ASS είναι σημαντικά υψηλή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, με κύριες αιτίες θανάτου στους anti-Jo-1 ασθενείς να αποτελούν η διάμεση πνευμονοπάθεια, τα νεοπλάσματα, οι λοιμώξεις (ιδίως πνευμονία), η σοβαρή μυοσίτιδα και οι καρδιαγγειακές διαταραχές. Συνεπώς, είναι αναγκαία η όσο το δυνατόν συντομότερη διάγνωση του συνδρόμο μέσω διενέργειας όλων των αντισωμάτων αντισυνθετασών, προκειμένου να αναγνωριστούν τα άτομα που πάσχουν και να λάβουν ειδική θεραπεία.

AA102

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ PLCH, ΩΣ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ, ΕΥΜΕΓΕΘΕΙΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΚΥΣΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ.

Νικολέττα Γαλανοπούλου[1], Ιωσήφ Μπάντερ, Χρυσούλα Μανιού[2], Εμμανουήλ Καστανάκης[2]
[1]Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος "Η Σωτηρία", [2]Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Σισμανόγλειο

Πρόκειται για θήλυ, 22 ετών, καπνίστρια με ιστορικό επιληπτικό κρίσεων στην παιδική ηλικία, η οποία προσήλθε αιτιώμενη άλγος αριστερού ημιθωρακίου. Από την κλινική εξέταση και εκ του απεικονιστικού ελέγχου, διαπιστώθηκε πνευμοθώρακας αριστερά. Τέθηκε θωρακικός σωλήνας παροχέτευσης, ενώ εκ της αξονικής τομογραφίας θώρακος διαπιστώθηκε παρουσία πολλαπλών κυστικών αλλοιώσεων σε όλα τα πνευμονικά πεδία, ακανόνιστου σχήματος, καθώς και ολίγα οζίδια στους άνω λοβούς. Στην διαφορική διάγνωση του multiple cystic lung disease τέθηκαν ως πλέον πιθανές διαγνώσεις η PLCH και η LAM. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με διενέργεια BAL, οπότε μετά από ειδικές χρώσεις διαπιστώθηκαν CD1a+ >5%. Τελικά τέθηκε η διάγνωση της PLCH. Η ασθενής εξήλθε, με οδηγία διακοπής καπνίσματος και παρακολούθηση από το τμήμα του νοσοκομείου μας. Μετά από τρίμηνο παρουσιάζει νέο επεισόδιο πνευμοθώρακα. Στην νοσηλεία της υποβλήθηκε σε βιοψία πνεύμονα με VATS, η ιστολογική εξέταση της οποίας ανέδειξε τελικού σταδίου πνευμονική ίνωση, χωρίς πλέον την παρουσία CD1a+. Η απουσία των CD1a+ κυττάρων στην ιστολογική εξέταση του πνεύμονα, δικαιολογείται από την εξέλιξη της νόσο.

AA103

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΣΕ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟ ΕΚΠΛΥΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ.

Αντωνία Διγαλάκη[1], Βασίλης Τζίλας[1], Θοδωρής Καραμπιτσάκος[2], Χρυσαυγή Κωστή[1], Σοφία Κουκκίδου[1], Ευάγγελος Μπούρος[3], Ελένη Αβδουλά[3], Ιωάννης Τόμος[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Γιώργος Χειλάς[1], Αργύρης Τζουβελέκης[2], Αικατερίνη Δημάκου[1], Δημοσθένης Μπούρος[3]

[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, [3]Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή

Η διαγνωστική διερεύνηση των διάμεσων πνευμονοπαθειών είναι μία απαιτητική διαδικασία. Χρειάζεται την κριτική αξιολόγηση πολλαπλών δεδομένων (κλινική εικόνα, ορολογικός έλεγχος, ακτινολογικά ευρήματα, βιοπτικό υλικό).

Το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL)μπορεί να προσφέρει κλινικά σημαντική πληροφορία, ιδιαίτερα όσον αφορά το ποσοστό των λεμφοκυττάρων. Σύμφωνα με την κλασσική γνώση, ιδιαίτερα υψηλός αριθμός λεμφοκυττάρων στο BAL κατευθύνει προς τη διάγνωση της πνευμονίτιδας εξ υπερευαισθησίας.

Σκοπός

Ο διαγνωστικός ρόλος των επιπέδων λεμφοκυττάρωσης στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα σε ασθενείς με διάμεση πνευμονοπάθεια.

Μέθοδος

Καταγράφηκε το ποσοστό των λεμφοκυττάρων στο BAL σε ασθενείς με διάμεση πνευμονοπάθεια. Η τελική διάγνωση τέθηκε στα πλαίσια διεπιστημονικής συζήτησης μετά από πλήρη κλινικό, απεικονιστικό, λειτουργικό και ορολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα

Μελετήθηκαν συνολικά 393 ασθενείς. Σε 125 ασθενείς (31,8%) τέθηκε η διάγνωση της IPF, σε 81 (20,6%) αυτή της HP, 56 (14,3%) διαγνώστηκαν με CTD-ILD και 26 (6,6%) με σαρκοείδωση.

Ποσοστό λεμφοκυττάρων στο BAL≥20% παρατηρήθηκε σε 106 (27%) ασθενείς, ενώ εκσεσημασμένη λεμφοκυττάρωση με ποσοστό λεμφοκυττάρων στο BAL≥40% παρουσίαζαν 49 ασθενείς (12,5%). Οι ασθενείς με πνευμονίτιδα εξ υπερευαισθησία παρουσίαζαν ποσοστό λεμφοκυττάρων στο BAL≥20% στο 41.9% των περιστατικών και ≥40% στο 23,5% των περιστατικών.

Οι ασθενείς με CTD-ILD παρουσίαζαν ποσοστό λεμφοκυττάρων στο BAL≥20% στο 50% των περιστατικών και ≥40% στο 21,4% των περιστατικών. Οι ασθενείς με σαρκοείδωση παρουσίαζαν ποσοστό λεμφοκυττάρων στο BAL≥20% στο 65,3% των περιστατικών και ≥40% στο 26,9% των περιστατικών.

Συμπέρασμα

Διάφορα νοσήματα μπορεί να προκαλέσουν εκσεσημασμένη λεμφοκυττάρωση στο BAL. Το BAL δεν επαρκεί σαν μεμονωμένο διαγνωστικό εργαλείο. Η ερμηνεία του είναι απαραίτητο να γίνεται με βάση το εκάστοτε κλινικό και απεικονιστικό πλαίσιο.

AA104

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΔΙΑΧΥΤΗ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΝΤΙΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ.

Αντωνία Διγαλάκη[1], Βασίλης Τζίλας[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Σοφία Κουκίδου[1], Αικατερίνη-Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ιωάννης Τόμος[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Γεώργιος Χειλάς, Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Δημοσθένης Μπούρος[2], Αικατερίνη Δημάκου[1]

[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", [2]Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή

Το σύνδρομο αντισυνθετάσης χαρακτηρίζεται κλινικά από την τριάδα μυοσίτιδα, αρθρίτιδα και πνευμονίτιδα. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό διάμεσης πνευμονοπάθειας σε έδαφος συνδρόμου αντισυνθετάσης με χρόνια πορεία και καθυστέρηση στη διάγνωση 3 ετών.

Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα 61 ετών, πρώην καπνίστρια, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη, προσήλθε αιτιώμενη από 3μήνου δύσπνοια, ξηρό βήχα και επεισόδια εμπυρέτου. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, παρουσίαζε αποκορεσμό στην κόπωση και ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένη CRP και φυσιολογική CPK και αλδολάση. Στην ακρόαση παρουσίαζε μη μουσικούς ρόγχους τύπου velcro. Παρατηρήθηκαν δερματικές σχισμές στην κερκιδική επιφάνεια των δακτύλων των άκρων χειρών. Η CT θώρακος ανέδειξε εκτεταμένες περιοχές θολής υάλου με συνοδό πάχυνση των μεσολοβιδίων και ενδολοβιδίων διαφραγματίων. Ο λειτουργικός έλεγχος ανέδειξε περιοριστικό σύνδρομο και μείωση διαχυτικής ικανότητας (TLCO:26%).

Διενεργήθηκε BAL που ανέδειξε πολυμορφοπύρηνα 33,8%, και εστάλη ορολογικός έλεγχος.

Σε CT θώρακος προ 3ετίας προϋπήρχαν μικρότερης έκτασης διηθήματα ground glass. Με βάση ιστορικό επαγγελματικής έκθεσης σε άλευρα είχε ήδη τεθεί η διάγνωση της πνευμονίτιδας εξ' υπερευαισθησίας, χωρίς σύσταση για θεραπεία.

Λόγω της επιδεινούμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας αποφασίστηκε η έναρξη αγωγής με μεθυλπρεδνιζολόνη, παρουσιάζοντας κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά anti-PL7 αντισώματα, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της διάμεσης πνευμονοπάθειας στα πλαίσια συνδρόμου αντισυνθετάσης. Η ασθενής εξήλθε με οδηγίες για πρεδνιζολόνη και mycophenolate mofetil.

Συζήτηση-Συμπέρασμα

Η πνευμονική προσβολή στο σύνδρομο αντισυνθετάσης είναι συχνή (90%) και μπορεί να αποτελεί την αρχική εκδήλωση της νόσου σε ποσοστό 20-30%, κάνοντας την διάγνωση δύσκολη και στερώντας από τον ασθενή την κατάλληλη αγωγή. Η διάμεση πνευμονοπάθεια στα πλαίσια συνδρόμου αντισυνθετάσης μπορεί να εμφανιστεί με βραδεία εξέλιξη. Οι ασθενείς με πρότυπο μη ειδικής διάμεσης πνευμονίας χρήζουν σχολαστικού κλινικού και ορολογικού ελέγχου συμπεριλαμβανομένου panel μυοσίτιδας.

AA105

ΜΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΤΩΝ ΔΙΑΜΕΣΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ

Κωνσταντίνος Έξαρχος[1], Αντωνία Ασσιούρα[1], Γεωργία Γκρέπη[1], Χρήστος Χρόνης[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1], Αθηνά Γόγαλη[1]
[1]*Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Ο όρος διάμεσες πνευμονοπάθειες (ILD: Interstitial Lung Diseases) περιλαμβάνει τις πνευμονικές παθήσεις που προσβάλλουν τους κυψελιδικούς χώρους και το διάμεσο ιστό του πνεύμονα. Στα δύο άκρα του φάσματος των ILDs βρίσκονται η φλεγμονή και η ίνωση, που διαταράσσουν την ανταλλαγή των αερίων και συχνά έχουν άμεση συσχέτιση με την πρόγνωση της κάθε νόσου. Έχουν καταγραφεί περισσότερες από 200 ILDs με σημαντική ετερογένεια ως προς την κλινική εικόνα, τη διαγνωστική προσέγγιση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Σκοπός: Η έγκαιρη διερεύνηση και η σωστή κατηγοριοποίηση μιας διάμεσης πνευμονοπάθειας είναι πολύ σημαντική για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και έκβαση της νόσου, και για το σκοπό αυτό παρουσιάζουμε πιο κάτω μια πρακτική εφαρμογή που θα βοηθήσει τους νέους ιατρούς και ιδίως τους νέους Πνευμονολόγους να προσεγγίσουν οργανωμένα, τουλάχιστον θεωρητικά, τις διάμεσες πνευμονοπάθειες. Οι βασικές κατηγορίες που επιλέξαμε για την ομαδοποίηση των διάμεσων πνευμονοπαθειών είναι οι εξής: 1) Ιδιοπαθείς, 2) Σχετιζόμενες με αυτοάνοσα νοσήματα, 3) Σχετιζόμενες με έκθεση σε αιτιολογικό παράγοντα, 4) Σχετιζόμενες με ηωσινόφιλα, 5) Σαρκοείδωση, 6) Αγγειίτιδες, 7) Σχετιζόμενες με κύστεις και κατάληψη αεροχώρων.

Η πλήρης πίνακας βρίσκεται διαθέσιμος ηλεκτρονικά και περιλαμβάνει τα κύρια χαρακτηριστικά των διάμεσων πνευμονοπαθειών, τα οποία επίσης παρατίθενται και ως εφαρμογή για smartphone.

Συζήτηση: Η ευρεία χρήση της HRCT και η αυξημένη κλινική υποψία έχουν αρχίσει να δείχνουν ότι οι ILDs είναι πιο συχνές από ότι θεωρούσαμε παλιότερα, επομένως είναι σημαντικό οι κλινικοί γιατροί και ιδίως οι Πνευμονολόγοι να τις λαμβάνουν υπόψιν στη διαφορική διάγνωση. Η εύκολη πρόσβαση σε δομημένη πληροφορία σχετικά με αυτές, κυρίως λόγω της πολυπλοκότητας και της ετερογένειάς τους, μπορεί να βοηθήσει προς αυτήν την κατεύθυνση ιδίως τους νέους γιατρούς.

Βιβλιογραφία

1. Wijsenbeek M, Suzuki A, Maher TM. Interstitial lung diseases. Lancet. 2022;400: 769–786.
2. Wijsenbeek M, Cottin V. Spectrum of Fibrotic Lung Diseases. Reply. The New England journal of medicine. 2020. pp. 2485–2486.
3. American Thoracic Society, European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. Am J Respir Crit Care Med. 2002;165: 277–304.
4. Travis WD, Costabel U, Hansell DM, King TE Jr, Lynch DA, Nicholson AG, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188: 733–748.

AA106

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Σταυρούλα Ζανέλη[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Κυριακή Χολίδου[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Κατερίνα Μπακίρη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Ιωάννα Κωσταρά[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Κλινική ΕΚΠΑ ΝΝΘΑ Η Σωτηρία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σαρκοείδωση είναι μια κοκκιωματώδης πολυσυστηματική νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Ο πνεύμονας αποτελεί το συχνότερο όργανο προσβολής και ακολουθούν το ήπαρ, το δέρμα, οι λεμφαδένες, οι οφθαλμοί, η καρδιά και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η απευθείας νεφρική προσβολή με τη μορφή κοκκιωματώδους διάμεσης νεφρίτιδας ή σπειραματονεφρίτιδας είναι σχετικά σπάνια και συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Πιο συχνά μπορεί να παρατηρηθεί νεφρική βλάβη οφειλόμενη σε διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου που μπορεί να προκαλέσουν νεφρολιθίαση και νεφρασβέστωση.
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 29 ετών τον 3/2022 εμφάνισε ερυθηματώδεις δερματικές βλάβες σε πρόσωπο και κορμό, με ιστολογική εικόνα μη νεκρωτικών επιθηλιοειδών κοκκιωμάτων σαρκοειδικού τύπου. Σε αξονική τομογραφία θώρακος παρουσίαζε οζίδια περιλεμφαγγειακής κατανομής και λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, οπότε και ελήφθη ιστολογικό υλικό με ευρήματα συμβατά με σαρκοείδωση. Ο ασθενής δεν έλαβε συστηματική αγωγή και παρέμεινε ασυμπτωματικός με σχεδόν πλήρη υποχώρηση των δερματικών βλαβών. Μετά τη πάροδο 5 μηνών, σε εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, ήπια λευκωματουρία, υπερασβεστιαιμία και υπερασβαιστιουρία, ωστόσο ο υπερηχογραφικός έλεγχος νεφρών δεν ανέδειξε παθολογία. Ο ασθενής με την υποψία νεφρικής προσβολής τέθηκε αρχικά σε κορτικοθεραπεία (0,5mg/kg), ενδοφλέβια ενυδάτωση, διουρητική αγωγή καθώς και δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ασβέστιο. Μια εβδομάδα μετά την έναρξη αγωγής αποκαταστάθηκε πλήρως η νεφρική βιοχημεία. Ο ασθενής εξήλθε με σύσταση για λήψη πρεδνιζολόνης (20mg/d), στενή εργαστηριακή παρακολούθηση και επί παθολογικών ευρημάτων νεφρολογική εκτίμηση και πιθανή βιοψία νεφρού.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η προσβολή των νεφρών στη σαρκοείδωση είναι σπάνια. Η βιοψία του νεφρού θέτει τη διάγνωση της προσβολής από τη νόσο και υπάρχει σύσταση για διενέργειά της σε ασθενείς με παθολογικά ευρήματα από τον υπέρηχο νεφρών, την νεφρική βιοχημεία και την ανάλυση των ούρων. Επειδή ο συγκεκριμένος ασθενής δεν παρουσίαζε παθολογικά υπερηχογραφικά ευρήματα και βελτιώθηκε άμεσα με τη χορήγηση κορτικοειδών, η επηρεασμένη νεφρική λειτουργία αποδόθηκε στην υπερασβεστιαιμία και δεν θεωρήθηκε αναγκαία η βιοψία νεφρού.

AA107

ΟΞΕΙΑ ΙΝΟΠΟΙΟΣ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ: ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Σταυρούλα Ζανέλη[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Κυριακή Χολίδου[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Κατερίνα Μπακίρη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Ελένη Σταγάκη[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Κλινική ΕΚΠΑ ΝΝΘΑ Η Σωτηρία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:
Η οξεία ινοποιός οργανούμενη πνευμονία (AFOP) αποτελεί μια πολύ σπάνια μορφή οξείας ή υποξείας πνευμονικής νόσου, η οποία χαρακτηρίζεται από τον εγκλωβισμό των κυψελίδων από ινώδη ιστό. Δεδομένης της απουσίας τυπικών κλινικών χαρακτηριστικών,η AFOP πολλές φορές διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται λανθασμένα ως πνευμονία ή φυματίωση. Οριστική διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία πνεύμονα και η συνήθης θεραπεία είναι τα κορτικοστεροειδή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:
Πρόκειται για άνδρα καπνιστή 81 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος διακομίστηκε από επαρχιακό Νοσοκομείο με εικόνα λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού χωρίς ανταπόκριση σε προωθημένη αντιβιοτική αγωγή. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πολλαπλά υποϋπεζωκοτικά πυκνωτικά διηθημάτα αμφοτερόπλευρα, πάχυνση μεσολοβίδιων διαφραγματίων και εικόνα θαμβής υάλου. Διενεργήθηκε εύκαμπτη βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος με εικόνα λεμφοκυτταρικής κυψελιδίτιδας (86% λεμφοκύτταρα). Η διαβρογχική βιοψία ήταν αρνητική για κακοήθεια ή φλεγμονή και ο πλήρης μικροβιολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός. Εστάλη πλήρης κολλαγονικός έλεγχος και panel μυοσίτιδων χωρίς παθολογικά ευρήματα. Λόγω περαιτέρω αναπνευστικής και ακτινολογικής επιδείνωσης ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ώσεις κορτικοστεροειδών χωρίς ανταπόκριση και τελικώς διασωληνώθηκε. Ακολούθησε χειρουργική βιοψία πνεύμονος, η οποία ανέδειξε ευρήματα υπέρ οξείας ινοποιού οργανούμενης πνευμονίας. Συνεχίστηκε η αγωγή με κορτικοστεροειδή με σταδιακά μειούμενη δόση και ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και απεικονιστικά. Μετά από δύο μήνες νοσηλείας εξήλθε από το νοσοκομείο με φυσιολογική οξυγόνωση υπό χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:
Η οξεία ινοποιός οργανούμενη πνευμονία μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή να σχετίζεται με αυτοάνοσα νοσήματα, φάρμακα, εισπνοή ουσιών, αιματολογικές κακοήθειες και λοιμώξεις. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο ακτινολογικό πρότυπο της AFOP, αν και συνήθως παρουσιάζεται με εικόνα πυκνώσεων ή διηθημάτων θαμβής υάλου. Η AFOP θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση των ασθενών με εικόνα πνευμονίας που δεν ανταποκρίνονται στην εμπειρική αντιβιοτική αγωγή. Ο συγκεκριμένος ασθενής υπό μηχανικό αερισμό αποφασίστηκε να υποβληθεί σε χειρουργική βιοψία πνεύμονος παρά τον αυξημένο διεγχειρητικό κίνδυνο, προκειμένου να τεθεί ασφαλής διάγνωση και ακολούθως να χορηγηθεί η ενδεικνυόμενη θεραπεία.

AA108

ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΩΣ ΜΑΖΑ ΜΕ ΚΟΙΛΟΠΟΙΗΣΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Αικατερίνη Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Σοφία Κουκίδου, Σεραφείμ Χρυσικός[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Αντωνία Διγαλάκη[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ιωάννης Ρούσσης[1], Ιωάννης Τόμος[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Γεώργιος Χειλάς[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ <<Η Σωτηρία>>

Εισαγωγή: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA) είναι μια συστηματική νόσος που χαρακτηρίζεται από νεκρωτική κοκκιωματώδη φλεγμονή και αγγειίτιδα που συχνά προσβάλει το ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό καθώς και τους νεφρούς. Οι κλινικές και απεικονιστικές εκδηλώσεις είναι μη ειδικές και μπορεί να μιμούνται κακοήθεια ή φυματίωση.
Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 74 ετών, προσήλθε προς διερεύνηση εμπυρέτου από εβδομάδος, βήχα, καταβολής και απώλειας σωματικού βάρους από διμήνου. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακα με παρουσία μάζας με κοιλοποίηση στο δεξιό κάτω λοβό με συνοδό λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Ο εργαστηριακός έλεγχος παρουσίαζε αναιμία (ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική), λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση, αυξημένη κρεατινίνη, τριψήφια ΤΚΕ και CRP. Υπεβλήθη σε απλή βρογχοσκόπηση όπου ανέδειξε υποβλεννογόνια-βλεννογόνια διήθηση καθ' όλη την έκταση του δεξιού βρογχικού δένδρου συμβατή με κακοήθεια, ενώ ελήφθη έκπλυμα, υλικό με ψήκτρα και ενδοβρογχικές βιοψίες. Η ιστολογική και οι κυτταρολογικές εξετάσεις απέβησαν αρνητικές για κακοήθεια ή κοκκιωματώδη νόσο. Η καλλιέργεια για κοινά μικρόβια/β-Koch από το βρογχικό έκπλυμα δεν απομόνωσε παθογόνο. Υπεβλήθη εκ νέου σε βρογχοσκόπηση-EBUS όπου ελήφθη TBNB η οποία ήταν αρνητική για κακοήθεια ή κοκκιωματώδη φλεγμονή. Από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου και κοιλίας δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ο πλήρης ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικό ρευματοειδή παράγοντα με αρνητικά αντιπυρηνικά αντισώματα, ενώ τα c-ANCA (PR3) ήταν θετικά. Ο έλεγχος ούρων για δύσμορφα ερυθρά απέβη αρνητικός. Έγινε ΩΡΛ εκτίμηση όπου δεν διαπιστώθηκε εξέλκωση ρινικού βλεννογόνου. Χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη σε δόση 1mg/kg Β.Σ και η ασθενής παρουσίασε προοδευτική κλινική και ακτινολογική βελτίωση με παραπομπή σε ρευματολόγους για προσθήκη κυκλοφωσφαμίδης στην ήδη υπάρχουσα αγωγή.
Συμπέρασμα: Το περιστατικό μας θέλει να δώσει έμφαση ότι η GPA πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την αξιολόγηση πνευμονικών όζων/μάζας με κοιλοποίηση επί απουσίας άλλων κλινικών σημείων. Οι διαβρογχικές ή ενδοβρογχικές βιοψίες είναι μικρές για την οριστική διάγνωση της GPA, αλλά πρέπει να πραγματοποιούνται για τον αποκλεισμό άλλων διεργασιών (π.χ. λοίμωξη, κακοήθεια) στη διαφορική διάγνωση.

AA109

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΊΝΩΣΗΣ

Παρασκευή Κύργου[1], Σωτήρης Ι. Σίνης[1], Ηλίας Ε. Δημέας[1], Ηλίας Γ. Παπανικολάου[2], Κωνσταντίνος Τάτσης[3], Αθηνά Γόγαλη[3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[1], Δημήτριος Π. Μπόγδανος[4], Ζωή Δανιήλ[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας, [2]Πνευμονολογική Κλινική ΓΝ Κέρκυρας, [3]Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ Ιωαννίνων, [4]Κλινική Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας ΠΓΝ Λάρισας

Η διάγνωση των ασθενών με Ιδιοπαθή Πνευμονική Ίνωση (ΙΠΙ) απαιτεί τον αποκλεισμό αυτοάνοσου νοσήματος. Η παρουσία συμβατών εξωθωρακικών εκδηλώσεων σε συνδυασμό με τη μέτρηση αυτο-αντισωμάτων (ΑΑ) στον ορό γίνονται προς αυτήν την κατεύθυνση. Συχνά η διάγνωση της ΙΠΙ τίθεται και σε ασθενείς με θετικά ΑΑ. Ωστόσο, τα τελευταία βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετική κλινική πορεία και πρόγνωση. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η παραπάνω υπόθεση.
Στο χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης (3 έτη), 102 ασθενείς με ΙΠΙ υποβλήθηκαν σε διαγνωστικό τεστ ΑΑ ορού και λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής τόσο κατά τη διάγνωση όσο και μετά από 12, 24, 36 μήνες.
Όλοι λάμβαναν αντιϊνωτική αγωγή και το 48% αυτών είχαν θετικό τεστ ΑΑ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 71.8±9.5 έτη και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άντρες (80.4%). Το σύνολο των ασθενών είχε μέση τιμή FVC 2.67 ± 0.84 L (77.48 ± 19.22%) και DLCO 3.96 ± 1.53 mmol/min/kPa (48.20 ± 16.4%), στην περίοδο διάγνωσης.
Οι ασθενείς με θετικό τεστ ΑΑ εμφάνισαν, στατιστικά σημαντική, μικρότερη μείωση της DLCO σε σύγκριση με όσους είχαν αρνητικό
τεστ ΑΑ (-7.86±12.42%, -14.45±14.26%, p=0.041, αντίστοιχα).
Παρόλο που η ύπαρξη ΑΑ δε συσχετίστηκε σημαντικά με την θνητότητα, φαίνεται ότι οι ασθενείς με θετικό τεστ ΑΑ έχουν τάση για καλύτερη επιβίωση
(HR = 0.77. 95% CI 0.23–1.33).
Συμπερασματικά, ασθενείς με ΙΠΙ και θετικό τεστ ΑΑ μπορεί να παρουσιάζουν βραδύτερη επιδείνωση της νόσου, όπως αυτό διαπιστώθηκε σε 3ετή παρακολούθηση.

AA110

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ COVID19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Φωτεινή Μάλλη[1,2], Παρασκευή Κύργου[1], Αργύριος Τζουβελέκης[3], Λυκούργος Κολιλέκας[4], Ευφροσύνη Μάναλη[5], Δέσποινα Παπακώστα[6], Κατερίνα Αντωνίου[7], Ηλίας Παπανικολάου[8], Πασχάλης Στειρόπουλος[9], Θεόδωρος Καραμπιτσάκος[3], Αναστασία Λεβούνετς[4], Ηλίας Δημέςας[1], Σπυρίδων Παπίρης[5], Ευαγγελία Φούκα[6], Σεμέλη Μαστροδήμου[7], Ουρανία Παπαϊωάννου[3], Νικόλαος Ζήκος[1], Μαρία Καλλιέρη[5], Νικολέττα Κοσμίδου[6], Νικολέττα Μπιζύμη[7], Ιωάννης Τόμος[5], Κωνσταντίνος ΚΙ Γουργουλιάνης[1], Ζωή Δανιήλ[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ΠΓΝ Πάτρας , [4]7η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία', [5]2η Πνευμονολογική Κλινική ΓΠΝΑ 'Αττικόν', Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, [6]Πνευμονολογική Κλινική Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, ΓΝΘ 'Γ. Παπανικολάου' , [7]Πνευμονολογική κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ΠΓΝ Ηρακλείου , [8]Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν Κέρκυρας , [9]Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Δ.Π.Θ., Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα σχετικά με την έκβαση της COVID19 σε ασθενείς με ιστορικό σαρκοείδωσης, ιδιαίτερα σε σχέση με τον εμβολιασμό τους έναντι του SARS-CoV-2.

Σκοπός: Η περιγραφή του ιστορικού λοίμωξης από SARS-CoV-2 και των χαρακτηριστικών της νόσησης από COVID19 ασθενών με σαρκοείδωση.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 182 ασθενείς με σαρκοείδωση που παρακολουθούνται τακτικά από 8 Ιατρεία Διαμέσων Νοσημάτων. Πραγματοποιήθηκε αναδρομική συλλογή των δεδομένων από τη νόσησή τους με COVID19. Η περίοδος της μελέτης ήταν από την έναρξη της πανδημίας μέχρι την 1η Αυγούστου 2022.
Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ±SD των ασθενών ήταν 54,17±12,05 έτη. Το 58,9% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Θεραπεία για τη σαρκοείδωση ελάμβανε το 55,6% των ασθενών. Το 43,3% ανέφερε λήψη από του στόματος κορτικοστεροειδών και το 39,3% ελάμβανε άλλη ανοσοτροποποιητική αγωγή. Από τους συμμετέχοντες, το 83,7% είχε υποβληθεί σε εμβολιασμό έναντι του SARS-CoV-2 και το 54% ανέφερε ιστορικό λοίμωξης από τον SARS-CoV-2 κατά το διάστημα της μελέτης. Από τους ασθενείς που μολύνθηκαν από SARS-CoV-2, το 20% νοσηλεύτηκε για COVID19 σε κοινό θάλαμο. Δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι κατά το διάστημα της μελέτης. Το 82,7% των ασθενών που δεν εμβολιάστηκαν έναντι του SARS-CoV-2 νόσησαν, έναντι του 49,29% των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε εμβολιασμό ($p<0,001$). Από τους ασθενείς που δεν εμβολιάστηκαν, το 33.3% νοσηλεύτηκε για COVID-19, έναντι του 14,86% των ασθενών που είχαν εμβολιαστεί ($p=0,035$).

Συμπεράσματα: Αν και το δείγμα των ασθενών είναι σχετικά μικρό, τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν οτι οι νοσηλείες για την COVID19 των ασθενών για σαρκοείδωση κυμαίνονται σε χαμηλό επίπεδο ενώ η θνητότητα από COVID19 είναι πολύ χαμηλή. Ο εμβολιασμός έναντι του SARS-CoV-2 πιθανά δρα προστατευτικά έναντι των νοσηλειών.

AA111

ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ελένη Μοσχοτζοπουλου[1], Μαρία Γαγγαδη[1], Θεοδώρα Ανδρονικου[1], Ανέζα Ρουσσου[1], Ηλίας Καϊνης[1]
[1]10η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή: Υπάρχουν πολλαπλές αναφορές στην βιβλιογραφία όσον αφορά τα ακτινολογικά ευρήματα διάμεσης πνευμονικής ίνωσης (ΔΠΙ) ως απότοκα της Covid-19 λοίμωξης, αλλά ο επιπολασμός και οι παράγοντες κινδύνου δεν έχουν ακόμη επαρκώς διερευνηθεί. Θα παρουσιάσουμε ένα περιστατικό επιδείνωσης ΔΠΙ που είχε παραμείνει ασυμπτωματική τα τελευταία 8 χρόνια.
Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 50 ετών προσήλθε σε τακτικό έλεγχο αναφέροντας ήπια λοίμωξη από Covid-19 νόσο προ τετραμήνου,που δεν χρειάστηκε νοσηλεία, και σταδιακή επιδείνωση της δύσπνοιας στην κόπωση καθώς και ξηρό βήχα. Από το ατομικό αναμνηστικό ήταν πρώην καπνιστής (40p/y), είχε Θυροειδίτιδα Hashimoto και ΓΟΠ. Από το οικογενειακό ιστορικό ανέφερε ότι δύο συγγενείς εξ' αίματος απεβίωσαν από ΔΠΙ. Προ οκταετίας διερευνήθηκε για αρχόμενη ΔΠΙ αλλά επειδή ήταν ασυμπτωματικός δε συνέχισε την παρακολούθηση. Σε νέα CT θώρακος παρουσίαζε σημαντική ακτινολογική επιδείνωση με εικόνα μελικηρήθρας, ακανόνιστο δικτυωτό πρότυπο , περιφερικές βρογχιεκτασίες με κατανομή στις βάσεις και περιφερικά (συνηγορητικά υπέρ UIP πρότυπου) αλλά και κυστικές βλάβες με μεγαλύτερη στον AP άνω λοβό. Έγινε βρογχοσκόπηση και BALπου ήταν φυσιολογικό. Από τον ανοσολογικό έλεγχο ήταν μόνο ηπίως αυξημένα τα ANA (1:160). Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής ανέδειξε μεικτό αποφρακτικό και περιοριστικό πρότυπο, καθώς και μειωμένη TLCO (44%). Στο 6MWD παρουσίασε πτώση του Spao2. Τέθηκε σε παρακολούθηση και αναμένεται ο γονιδιακός έλεγχος για την ενδεχόμενη γενετική μορφή της νόσου.
Συζήτηση: Οι ασθενείς με ιστορικό πνευμονικής ίνωσης βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρή λοίμωξη από Covid-19 σε σχέση με άλλους. Επί του παρόντος δεν έχει μελετηθεί η συχνότητα αλλά και ποιος είναι ο μηχανισμός που δημιουργείται ΔΠΙ στα άτομα που νόσησαν. Το ARDS και ο επεμβατικός μηχανικός αερισμός σίγουρα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μελλοντική ανάπτυξη ΔΠΙ αλλά υπάρχουν αναφορές ότι μπορεί να δημιουργηθεί και μετά από ηπίως συμπωματική νόσο. Όσον αφορά τα άτομα με ιστορικό ΔΠΙ, είναι γνωστό ότι ιοί όπως π.χ της γρίπης μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση, αλλά λίγες αναφορές υπάρχουν για μετά από Covid-19 λοίμωξη. Πιστεύουμε ότι η κλινική και πιθανά ακτινολογική επιδείνωση του περιστατικού που περιγράψαμε πιθανά οφείλεται στην προηγηθείσα λοίμωξη από τον SARS-COV-2.

AA112

ALPHA-1 ANTITRYPSIN DEFICIENCY IN COMBINED PULMONARY FIBROSIS AND EMPHYSEMA: PRELIMINARY REPORT

Ηλίας Παπανικολάου[1], Martina Veith[2], Αθηνά Γόγαλη[3], Αγγελική Πανδή[1], Ανδρέας Αυθίνος[1], Claus Vogelmeier[2], Timm Greulich[2], Κωνσταντίνος Κωστίκας[3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, [2]Pulmonary and Critical Care Medicine, Laboratory for Alpha-1-Antitrypsin Deficiency, University Medical Centre Giessen and Marburg, Germany, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Introduction: Alpha-1 antitrypsin deficiency (AATD) is a clinically under-recognized hereditary disease. Homozygous genetic variants may cause emphysema or bronchiectasis. Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema (CPFE) is characterized by upper lobe emphysema and lower lobe fibrosis. AAT is not studied in CPFE.

Methods: Consecutive subjects with CPFE or Idiopathic Pulmonary Fibrosis (controls) were screened for AATD with AAT serum levels and genetics. The AATD genetic analysis was performed at the German AAT Laboratory at the University of Marburg and based on the measurements of AAT serum levels, followed by genotyping, phenotyping or whole gene sequencing depending on the availability and/or the need for more detailed interpretation of the results.

Results: To date, 35 subjects with CPFE or IPF have been screened. 32 were males. 25 were former or current smokers. Mean age is 75 (±9 standard deviation) years. Mean Forced Vital Capacity as percent is 81% (±28), mean Total Lung Capacity 85% (±26) and mean Diffusion capacity for Carbon monoxide 36% (±27). Mean serum AAT levels is 161±28 mg/dl. Acute-phase proteins were negative; 7/35 had any positive auto-antibody testing without connective tissue disease diagnosis. Genotyping analysis revealed that only 1/35 subjects had heterozygous A1AT mutation: M/S.

Conclusions: Among 35 subjects no increased incidence is found (1 heterozygous AAT mutation). No firm conclusions should be made, since the study is still ongoing.

AA113

ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΊΝΩΣΗ

Στέφανος Πατσίρης[1], Κωνσταντίνος Παγκράτης[2], Ελευθερία Χαίνη[2], Εμμανουήλ Αντωνάκης[2], Ηλίας Παπανικολάου[2]
[1]Τμήμα Φυσικοθεραπείας και Αποκατάστασης, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, [2]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή: Η πνευμονική αποκατάσταση (ΠΑ) συστήνεται στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Πνευμονική Ίνωση (ΙΠΙ).

Σκοπός: Να συγκριθούν τα αποτελέσματα της ΠΑ ανάλογα με τον τρόπο οξυγονοθεραπείας κατά την άσκηση στην ικανότητα άσκησης, στη συμπτωματολογία και ποιότητα ζωής.

Μέθοδος: Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη άσκησης (2 φορές/εβδομάδα για 3 μήνες) είτε με συμπληρωματική χρήση οξυγόνου μέσω συστήματος Venturi (FiO2 50%) (ομάδα Α) είτε βάση υποξαιμίας στην ηρεμία ή την άσκηση (ομάδα Β) με ρινική κάνουλα χαμηλής ροής. Στους 0, 3 και 12 μήνες αξιολόγηση με 6MWT, HADS και SGRQ-IPF (NCT03326089).

Αποτελέσματα: Μεταξύ 14 ασθενών, 13 ήταν άνδρες. Μέση ηλικία 71,7±4 έτη. 71% πρώην καπνιστές, 28% είχαν συνυπάρχον εμφύσημα. 79% ήταν σε αντι-ινωτική θεραπεία με πιρφενιδόνη ή νιντεντανίμπη. 4/14 (29%) ελάμβαναν οξυγονοθεραπεία κατ` οίκον. Ένας ασθενής κατέληξε στη διάρκεια της μελέτης από οξεία παρόξυνση, και ένας ακόμα ασθενής δεν πραγματοποίησε τις επισκέψεις 2 και 3. Διάμεση τιμή FVC 73% (62-79), DLCO 45% (36-60), BMI 31 (28-33), MMRC 2 (1-2), Borg 2,5 (1,5-4). Στους 3 μήνες από την έναρξη του προγράμματος 8/14 ασθενείς πέτυχαν κλινικά σημαντική βελτίωση (MCID) στο 6MWT (26 μέτρα), 6/14 βελτίωση 3,9 βαθμών στο SGRQ-I και 7/14 βελτίωση 2 βαθμών στη κλίμακα HADS. Στους 12 μήνες τα θετικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν σε 2, 6 και 4 ασθενείς αντίστοιχα. Μεταξύ των ομάδων Α και Β, δεν υπήρχαν διαφορές στην intention to treat analysis στους 3 και στους 12 μήνες. Στην ανάλυση της απόστασης στη δοκιμασία έξι λεπτών ως συνεχόμενη μεταβλητή, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στους 3 μήνες και στις δύο ομάδες (2-way ANOVA, $p<0.01$).

Συμπέρασμα: Η ΠΑ βελτίωσε βραχυχρόνια την ικανότητα για άσκηση, τη συμπτωματολογία και τους δείκτες ποιότητας ζωής σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ΙΠΙ υπό θεραπεία. Σε λίγους ασθενείς η επίδραση διατηρήθηκε στους 12 μήνες. Στο μικρό δείγμα ασθενών της μελέτης η μέθοδος οξυγονοθεραπείας κατά την αερόβια άσκηση δεν είχε διαφορές στην έκβαση.

AA114

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ TGF-B2 ΚΑΙ TGF-B3 ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΥΣ ΤΗΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΩΤΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΗΣ.

Γεώργιος Σπυρόπουλος, Καλλιόπη Δόμβρη, Αικατερίνη Μανίκα, Ευαγγελία Φούκα, Γεώργιος Κυριαζής, Θεόδωρος Κοντακιώτης, Δέσποινα Παπακώστα
[1]*Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ.*

Εισαγωγή: Η φαινοτύπηση των ασθενών με σαρκοείδωση, καθώς και η έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών που θα εμφανίσουν πνευμονική ίνωση στα πλαίσια στης νόσου, συνιστούν αντικείμενα μελέτης με διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον στη διεθνή βιβλιογραφία.
Σκοπός: Η συσχέτιση συγκεκριμένων γενετικών πολυμορφισμών των TGF-β2 και TGF-β3 με κλινικούς φαινότυπους της σαρκοείδωσης και με την πιθανότητα παρουσίας πνευμονικής ίνωσης.
Υλικά και μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 140 ασθενείς (57% γυναίκες και 43% άνδρες) ηλικίας 47.7±11.3 έτη, από το εξωτερικό ιατρείο σαρκοείδωσης της Πνευμονολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ. Υποβλήθηκαν σε πενταετή παρακολούθηση και ελήφθησαν δείγματα για τη γενετική ταυτοποίηση των προς μελέτη πολυμορφισμών. Οι κλινικοί φαινότυποι ορίστηκαν σύμφωνα με τις πιο πρόσφατα δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες (DELPHI consensus, Eur Respir Rev 2020) και είναι οι εξής: ασυμπτωματικής νόσου, οξείας νόσου, χρόνιας νόσου, προχωρημένης νόσου. Η διάγνωση της πνευμονικής ίνωσης έγινε με αξονική τομογραφία θώρακα υψηλής ευκρίνειας (HRCT), στην οποία υποβλήθηκαν όλοι οι ασθενείς κατά την ένταξη στη μελέτη. Για την ανίχνευση των υπό μελέτη γενετικών πολυμορφισμών χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR).
Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των γενετικών πολυμορφισμών με τους κλινικούς φαινοτύπους. Η ομοζυγωτία T/T του TGF-β3 και A/A του TGF-β2 βρέθηκαν συχνότερα στους ασθενείς με χρόνια και προχωρημένη νόσο (62.8% και 64.8% αντίστοιχα). 74.4% των ασθενών με χρόνια νόσο είχαν ευρήματα πνευμονικής ίνωσης στην HRCT. Στην υποομάδα αυτή των ασθενών, φαίνεται ότι υπάρχει η τάση, οι παραπάνω γενετικοί πολυμορφισμοί να σχετίζονται με την παρουσία ινωτικών στοιχείων.
Συμπεράσματα : Στην παρούσα μελέτη, η παρουσία της ομοζυγωτίας T/T του TGF-β3 και A/A του TGF-β2 φαίνεται ότι συσχετίστηκε με την εμφάνιση χρόνιας και προχωρημένης σαρκοείδωσης καθώς και με την ανάπτυξη πνευμονικής ίνωσης.

AA115

ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΣΗ--ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Γεωργία Χασαπιδου[1], Λευτέρης Δουλγερακης[1], Μάξιμος Αγγελιδης[3], Μαρία Ναστου[2], Σιλια Χρηστου[1], Θεοδώρα Αστερη[2], Δέσποινα Παπακωστα[3], Διαμαντής Χλωρος[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ ΓΝΘ Γ Παπανικολάου, [2]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΘ Γ Παπανικολάου, [3]Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ

Παρουσίαση περιστατικού με διάγνωση κυψελιδικής πρωτείνωσης. Θεραπευτική αντιμετώπιση με whole lung lavage και διερεύνηση πιθανού υποκείμενου νοσήματος. Διαπίστωση κακοήθειας λάρυγγα χωρίς η ασθενής να έχει εμφανίσει συμπτώματα.

Εντατική Θεραπεία

AA116

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ SARS – COV 2 ΣΤΗ ΜΕΘ

Θεώνη Αγαπητου[1], Αναστασία Κοσμίδου, Σοφία Πουρικη, Βασιλική Νανου, Μαρίνα Ασμανδου, Σταματούλα Τσικρικα, Αθανάσιος Ανδριανόπουλος, Νικόλαος Μαγκας, Νικόλαος Χαλκίδης, Δέσποινα Παναγιωτογλου, Κωνσταντίνος Βαχλας, Ασημίνα Ραυτοπουλου, Παναγιώτης Νικολόπουλος, Αικατερίνη Τζαγκαράκη, Νικόλαος Λωλης, Ιωάννης Νικολόπουλος

[1]ΝΝΘΑ Η Σωτηρία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ :Η νόσος από Sars Cov 2 έχει ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και συσχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, Η εμφάνιση εμπυήματος αν και είναι σπάνια μπορεί να προκληθεί μετά από λοίμωξη με Sars Cov 2. Το εμπύημα αποτελεί μια ιατρική πρόκληση απαιτώντας συνδυασμό ιατρικών θεραπειών όπως η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, η παροχέτευση του με σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας, η χειρουργική παρέμβαση με άμεσο επακόλουθο την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής καθώς και την περαιτέρω διαχείριση των ασθενών σε ΜΕΘ.

ΣΚΟΠΟΣ:Η παρουσίαση δύο σπάνιων περιστατικών με εμπύημα υπεζωκότος που χρειάστηκαν αποφλοίωση πνεύμονος και η μετεγχειρητική παρακολούθηση τους στη ΜΕΘ.

ΜΕΘΟΔΟΣ:Το πρώτο περιστατικό αφορά σε έναν άνδρα 45 ετών, μη καπνιστή, πλήρως εμβολιασμένο για Sars- Cov 2 με ιστορικό οξείας μυοκαρδίτιδας πρό 10ετίας σε έδαφος ιογενούς λοίμωξης, ο οποίος νοσηλεύτηκε 8 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων του στα πλαίσια της λοίμωξης από Sars Cov2 λόγω ΟΑΑ τύπου Ι και εγκυστωμένης πλευριτικής συλλογής. Από την διαγνωστική παρακέντηση της επρόκειτο για εμπυημα και τέθηκε σωλήνας κλειστής θωρακοστομίας. Ο ασθενής λόγω της κλινικής επιδείνωσης και της απεικονιστικής παρουσίας εγκυστώσεων υποβλήθηκε σε αποφλοίωση πνεύμονος και διασωληνωμένος μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Στην ΜΕΘ είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και με αρνητική καλλιέργεια πλευριτικού υγρού και ιστού, που ελήφθησαν κατά την αποφλοίωση τέθηκε σε κατάλληλη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή ενώ αποσωληνώθηκε την 1η μετεγχειρητική ημέρα και εξήλθε εντός 5 ημέρου με σημαντική κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε έναν άνδρα 68 ετών, πρώην καπνιστή, πλήρως εμβολιασμένο για Sars Cov 2, με ιστορικό ΑΕΕ ισχαιμικό προ 4 ετίας, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας ο οποίος νοσηλεύτηκε λόγω ΟΑΑ τύπου Ι και εγκυστωμένης πλευριτικής συλλογής (ΔΕ) , 7 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων στα πλαίσια της λοίμωξης από Sars Cov2, Από την διαγνωστική παρακέντηση της συλλογής διαπιστώθηκε εμπύημα και τέθηκε σωλήνας κλειστής θωρακοστομίας. Ο ασθενής λόγω της κλινικής και απεικονιστικής επιδεινωσής του υποβλήθηκε σε αποφλοίωση πνεύμονος και διασωληνωμένος μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Στη ΜΕΘ παρουσίασε μετεγχειρητικά επιπλοκές συμπεριλαμβανομένου του αιμορραγικού shock που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με μεταγγίσεις μονάδων αίματος, FFPs και αιμοστατικό παράγοντα καθώς και του κολπικού πτερυγισμού που αντιμετωπίστηκε και ανατάχθηκε φαρμακευτικά. Από την καλλιέργεια πλευριτικού υγρού και ιστού που ελήφθησαν κατά την αποφλοίωση δεν απομονώθηκε κανένας παθογόνος μικροοργανισμός και τέθηκε σε κατάλληλη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή ενώ αποσωληνώθηκε και εξήλθε μετά από 30 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ με σημαντική κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στη ΜΕΘ είναι σπάνια τα περιστατικά εμπυήματος μετά από λοίμωξη από Sars Cov 2, Σε ασθενείς με εμπύημα σε έδαφος λοίμωξης από Sars Cov 2 που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά, η αποφλοίωση πνεύμονος αν και θεωρείται υψηλού κινδύνου παρέμβαση, εντούτοις αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Οι επιπλοκές του μπορούν να οδηγήσουν, σε ανάγκη παρατεταμένης μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, μακρόχρονης νοσηλέιας στη ΜΕΘ, με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα περιστατικά αυτά εστιάζουν την προσοχή μας στην ανάγκη συνεχούς επαγρύπνισης για την επιτυχημένη διαχείριση τους.

AA117

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΠΟΓΑΛΑΚΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ ΣΤΟΥΣ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ευφροσύνη Γεροβασιλείου[1], Γεώργιος Γαβριηλίδης[2], Ελένη Μάγειρα[3], Σοφία Παπότη[4], Πρόδρομος Τεμπερικίδης[3], Απόστολος - Αλκιβιάδης Μένης[4], Λυδία Γιαννακού[1], Στέφανος Γιαννόπουλος[1], Νικήτας Καραβίδας[1], Δημοσθένης Μακρής[1]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, [2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 1η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα η "Σωτηρία" , [3]1η Κλινική Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Ευαγγελισμός Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, [4]2η Κλινική Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης " Γεώργιος Παπανικολάου"

Εισαγωγή
Η αποτυχία απογαλακτισμού σχετίζεται με παρατεταμένη διασωλήνωση και οι ασθενείς που απέτυχαν στη δοκιμή απογαλακτισμού μπορεί να αντιμετωπίσουν επιπλοκές μακράς παραμονής στη ΜΕΘ, όπως λοιμώξεις, βαρότραυμα και αυξημένη θνητότητα. Η αποτυχία του απογαλακτισμού έχει μεγάλη σημασία ειδικά σε ασθενείς με SARS-CoV-2 ARDS.

Σκοπός
Σκοπός ήταν να καθοριστούν οι παράγοντες κινδύνου που θα μπορούσαν να προκαθορίσουν την έκβαση του απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα στον πληθυσμό των SARS-CoV-2 ασθενών.

Μέθοδοι
Συλλέχθηκαν δεδομένα από 4 νοσοκομεία της Ελλάδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας του SARS-CoV-2 το διάστημα 2020 - 2021. Η έκβαση που μελετήθηκε αφορά τον επιτυχή απογαλακτισμό που ορίστηκε ως αυθόρμητος αερισμός για >48 ώρες εντός των πρώτων 28 ημερών από την εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα
Αναλύθηκαν 96 ασθενείς με SARS-CoV-2 ARDS. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το σοκ έχουν ανεξάρτητη συσχέτιση με την έκβαση του απογαλακτισμού [odds ratio (OR) 0,80; (95% CI) -0,58-(-0,06), P =0,01] και [0,67(-0,62-(- 0,23), P = 0,00002] αντίστοιχα

Συμπέρασμα
Η παρουσία ΧΑΠ και το σοκ είναι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση του απογαλακτισμού σε ασθενείς με SARS-CoV-2 ARDS.

AA118

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BCG ΣΗΨΗΣ

Χαράλαμπος Παππάς[1], Διαμαντίνα Μαρούλη[1], Ευμορφία Κονδύλη[1]
[1]*ΠΑΓΝΗ*

Άρρην 73 ετών, με ιστορικό μη διηθητικού Ca ουροδόχου κύστης (NMIBC- Non Muscle Invasive Bladder Cancer) από 6μήνου, διενέργειας διουρηθρικής εκτομής της βλάβης (TUR- Trans Urethral Resection) και επακόλουθης ανοσοθεραπείας με ενδοκυστική έγχυση BCG (6 συνεδρίες), εισήχθη στην Ουρολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ με εμπύρετο από 5ημέρου, εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο, πανκυτταροπενία και επηρεασμένη νεφρική βιοχημεία.
Με αρνητικές καλλιέργειες βιολογικών υγρών για κοινά και αρνητική χρώση για οξεάντοχα βακτήρια στα ούρα, ο ασθενής λόγω εγκατάστασης υποξαιμικής αναπνευστικής ανεπάρκειας υπεβλήθη σε CT θώρακος, η οποία ανέδειξε εκτεταμένες πνευμονικές αλλοιώσεις τύπου θαμβής υάλου αμφοτερόπλευρα.
Λόγω περαιτέρω αναπνευστικής επιδείνωσης με συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια και αφού μεσολάβησε ολιγόωρη νοσηλεία στην Πνευμονολογική Κλινική, ο ασθενής τελικά μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, όπου κρίθηκε αναγκαία η ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Στο πλαίσιο της διαγνωστικής διερεύνησης υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχικού εκπλύματος, με PCR θετική για μυκοβακτηρίδια, καθώς και θετική καλλιέργεια για Mycobacterium bovis spp., θέτοντας τη διάγνωση συνδρόμου BCGosis (ή BCG sepsis).
Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη και πρεδνιζόνη. Μετά από 56 ημέρες νοσηλείας μεταφέρθηκε στην Πνευμονολογική Κλινική, έχοντας αναστρέψει την πολυοργανική του ανεπάρκεια.
Η συμπληρωματική ενδοκυστική ανοσοθεραπεία με BCG θεωρείται standard of care στην αντιμετώπιση του NMIBC, λόγω ελάττωσης του κινδύνου υποτροπής ή/και προόδου της νόσου σε διηθητική. Η μέθοδος ωστόσο δεν στερείται επιπλοκών, αποδιδόμενων είτε σε άμεση κυτταροτοξική δράση είτε σε ανοσολογικούς μηχανισμούς (με δύο υποθέσεις εργασίας, την αντίδραση υπερευαισθησίας και τη διασπορά ζώντων βακίλλων). Οι επιπλοκές είναι κατά κανόνα τοπικές και σπανιότερα συστηματικές, μία εκ των οποίων αποτελεί το σύνδρομο της BCG σήψης.
Η BCG σήψη αποτελεί σπάνια επιπλοκή (αναφερόμενη επίπτωση 0,4%), η διάγνωση της οποίας απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας για κάθε ασθενή υποβαλλόμενο στην εν λόγω ανοσοθεραπεία με εμμένον εμπύρετο διάρκειας>72 ώρες. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ποσοστό μικροβιολογικής διάγνωσης 48%, καθώς και ανεύρεση κοκκιωματώδους φλεγμονής σε ποσοστό 86% επί ιστολογικών δειγμάτων. Η θεραπεία περιλαμβάνει αντιφυματική αγωγή για 3-6 μήνες και συγχορήγηση πρεδνιζόνης, με σταδιακή μείωση της δόσης μετά τον έλεγχο της σήψης.

AA119

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΣΕ ΜΕΘ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΚΟΡΟΝΟΪΟ

Σωτήρης Κακάβας[1], Βασιλική Νάνου[1], Σταματούλα Τσικρικά[1], Ασημίνα Ραυτοπούλου[1], Θεώνη Αγαπητού[1], Μαρίνα Ασμανίδου[1], Εμμανουήλ Παναγιώτου[1], Δημήτρης Καραγιάννης[2], Ιωάννης Νικολόπουλος[1]
[1]ΜΕΘ ΚΑΑ, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Η ΣΩΤΗΡΙΑ, [2]Τμήμα Διαιτολογίας Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες σε οξείες παθολογικές καταστάσεις σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, οι τιμές των θυρεοειδικών ορμονών μεταβάλλονται σημαντικά, ενώ πιθανά δύναται να αποτελέσουν έναν προγνωστικό δείκτη θνησιμότητας και νοσηρότητας σε ασθενείς με λοίμωξη από Covid-19.
Στόχος: Να διερευνηθεί ο βαθμός της θυρεοειδικής δυσλειτουργίας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με covid-19 οι οποίοι νοσηλεύονται σε ΜΕΘ προκειμένου να αξιολογηθεί η προγνωστική αξία τους ως ένας βιολογικός βιοδείκτης.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 60 ασθενείς covid-19 (66.7% άρρενες), μέσης ηλικίας τα 69±11.8 έτη. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, κλινικές, αερομετρικές, απεικονιστικές και εργαστηριακές παράμετροι κατά την είσοδο (ημέρα 0) στη ΜΕΘ και την 3η νοσηλείας(ημέρα 3). Η θυρεοειδική λειτουργία των ασθενών αξιολογήθηκε με τη μέτρηση επιπέδων ελεύθερης Τ3, ελεύθερης Τ4 και TSH στο πλάσμα σε συνάρτηση με τις υπόλοιπες παραμέτρους και το score APACHE II. Στατιστική σημαντικότητα ($p< 0.005$).
Αποτελέσματα: Τα επίπεδα fT3 μετρήθηκαν παθολογικά στο 40% των ασθενών κατά την ημέρα 0 και στο 46.7% των ασθενών την ημέρα3 της νοσηλείας. Τα επίπεδα TSH ήταν παθολογικά στο 53% των ασθενών κατά την εισαγωγή και στο 30% αυτών την τρίτη ημέρα. Τα επίπεδα TSH σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με υψηλότερο APACHE score την τρίτη ημέρα νοσηλείας ($p \leq 0.03$). Όλες οι θυρεοειδικές παράμετροι που μετρήθηκαν την ημέρα 3 νοσηλείας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με επιδείνωση των δεικτών νεφρικής λειτουργίας ($p\leq 0.03$). Καταγράφηκαν 21 θάνατοι των οποίων τα επίπεδα fT3 την ημέρα 0 ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ($p=0.03$) σε σύγκριση με τους αναρρώσαντες. Παρομοίως, τα επίπεδα TSH την ημέρα 3 ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στους επιζήσαντες ασθενείς στη ΜΕΘ ($p\leq 0.001$).
Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά δεδομένα της μελέτης υποδηλώνουν ότι τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμους προγνωστικούς δείκτες βαρύτητας και θνησιμότητας στους Covid 19 ασθενείς σε τμήμα ΜΕΘ.

AA120

ΠΟΣΟΣΤΑ ΦΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΥ ΝΟΣΟΥ CANDIDA AURIS ΣΕ COVID 19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΜΕΘ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΟΡΟΝΟΪΟ

Σταματούλα Τσικρικά[1], Ασημίνα Ραυτοπούλου[1], Βασιλική Νάνου[1], Θεώνη Αγαπητού[1], Μαρίνα Ασμανίδου[1], Αριστέα Χρήστου[1], Ειρήνη Μικροβασίλη[1], Ευάγγελος Στεφανίδης[2], Γεράσιμος Μεταξάς[2], Ιωάννης Νικολόπουλος[1]
[1]ΜΕΘ ΚΑΑ ΙΙ, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Η Σωτηρία , [2]Τμήμα Ελέγχου Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Η Σωτηρία

Εισαγωγή: Η Candida Auris είναι ένας νεοαναδυόμενος πολυανθεκτικός μύκητας που έχει την ικανότητα πρόκλησης δύσκολα αντιμετωπίσιμων επιδημιών, με υψηλή θνητότητα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, ιδίως σε νοσηλευόμενους σε τμήματα ΜΕΘ.
Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί την αναδρομική επιδημιολογική καταγραφή του αποικισμού και της ενεργού νόσου από Candida Auris στη ΜΕΘ COVID σε συνάρτηση με την τελική έκβαση των ασθενών ΜΕΘ με σκοπό την εφαρμογή μέτρων προς αποφυγή της ενδοτμηματικής διασποράς.
Μέθοδος-Υλικό: Μονοκεντρική αναδρομική μελέτη καταγραφής Covid 19 ασθενών έξι μηνών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ΙΙ ΣΩΤΗΡΙΑ από την έναρξη συστηματικής λήψης φορειών, αίματος, ούρων, βρογχικών εκκρίσεων για ανίχνευση Candida Auris. Μελετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι συννοσυρότητες, η διάρκεια νοσηλείας, καθώς και ο συσχετισμός κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων με την έκβαση των ασθενών.
Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 40 ασθενείς, 24 άνδρες, μέσης ηλικίας 73.6 έτη, και μέση διάρκεια νοσηλείας 42.5 μέρες. Διάμεσος χρόνος μέχρι τη θετικοποίηση της φορείας ήταν 11±7 ημέρες. Οι κύριες συννοσηρότητες ήταν ΣΔ (55%), ΣΝ (48%), ΑΥ (61%), ΧΑΠ (35%), νεοπλασίες (17%). Η συνολική θνητότητα εντός ΜΕΘ ήταν 51.7% με τους ασθενείς με βαρύτερο APACHE II score κατά την εισαγωγή να έχουν χειρότερη έκβαση ($p \leq 00.3$). Κατά τη πολυπαραγοντική ανάλυση, η ηλικία (OR=1.04, 95% CI: 1.02-1.06) και οι συννοσηρότητες (OR=1.9, 95% CI: 1.22-2.97) βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη θνητότητα ($p \leq 00.3$).
Συμπεράσματα: Η Candida Auris αποτελεί πλέον ενδημικό παθογόνο με το 45% των ασθενών να έχει ενεργό νόσο, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία και οι συννοσηρότητες να έχουν χειρότερη έκβαση. Ο αποικισμός με Candida auris δεν ήταν παράγοντας σχετιζόμενος με τη θνητότητα των covid 19 ασθενών στη ΜΕΘ. Τέλος, η εφαρμογή μέτρων ελέγχου της λοίμωξης από Candida Auris είναι απολύτως απαραίτητη προκειμένου να αποφευχθεί η διασπορά της μεταξύ των ασθενών.

Καρκίνος Πνευμονος

AA121

ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ LARGE T- CELL ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΙΧΘΥΩΣΗΣ.

Αναστάσιος Στριγγάρης[1], Ειρήνη Πασπαράκη[1], Λεόντιος Λεοντίου[1], Βασίλης Αμαργιανιτάκης[1], Κώστας Καραγιάννης[1], Θεόδωρος Μοσχόπουλος[1], Σεβαστή Κουμιωτάκη[1], Μανώλης Φερδούτσης[1], Γεώργιος Μελέτης[1]
[1]*Πνευμονολογική Κλινική-Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζελειο-Πανανειο.*

Περιγραφή περιστατικού
Πρόκειται για 60 ετών άνδρα καπνιστή 100 pack years ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας σταδιακά επιδεινούμενης (στάδιο III κατά mMRC) και εμπυρέτου (38ο C) από εβδομάδος.
Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται γενικευμένη δερματική ιχθύωση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και OSAS υπό CPAP (overlap syndrome).
Κατά την επισκόπηση του περιστατικού αναδείχθηκαν αλλοιώσεις γενικευμένης ιχθύωσης (εικόνα 1), μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος άμφω και μουσικοί άμφω, καθως επισης και ευμεγέθης σκληρός υπογνάθιος λεμφαδένας δεξιά. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν αυξημένα WBC (PMN 78%), CRP 7,9. Η ακτινογραφία θώρακα ανέδειξε ευμεγέθη σκίαση δεξιάς πνευμονικής πύλης (εικόνα 2).
Ο ασθενής εισήχθη στη Πνευμονολογική κλινική για διερεύνηση με αρχική διάγνωση λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού σε έδαφος overlap συνδρόμου και πιθανό βρογχογενές καρκίνωμα. Διενεργήθη CT scan με έγχυση σκιαγραφικού η οποία ανέδειξε στη δεξιά πνευμονική πύλη μάζα μαλακών μορίων μεγέθους 9,9 x 5,82 x 5,32 cm, και πολλαπλούς όζους διάσπαρτους σε όλα τα πνευμονικά πεδία αμφοτερόπλευρα. Ο ανοσολογικός, μικροβιολογικός, ιολογικός έλεγχος και οι συνήθεις tumor markers ηταν αρνητικά. Ο ασθενής υποβλήθη σε βρογχοσκόπηση με TBNB καθώς επίσης και σε FNA του υπογνάθιου λεμφαδένα όπου διεπιστώθη αναπλαστικό large T- cell λέμφωμα και από τα δύο υλικά. Η ανοσοιστοχημεία ήταν ενδεικτική με CD30 και CD4 θετικά και αρνητικά CD8 και ALK.
Συζήτηση
Παρουσιάζεται το ανώτερο περιστατικό επειδή η δερματική ιχθύωση ανεξάρτητα από την έκταση των δερματικών βλαβών είτε είναι κληρονομική είτε είναι επίκτητη αποτελεί ένα δείκτη ανάπτυξης συχνότερα αυτοάνοσου νοσήματος και σπάνιότερα κακοήθειας.

AA122

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΓΙΑ ΜΜΚΠ, ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Καλλιόπη Αθανασιάδη[1], Βίκτορας Παναγιωτακόπουλος[1], Ευαγγελία Χατζημιχάλη[1], Ειρήνη Μαυρομάτη[2], Ιωάννα Σιγάλα[3], Θεόδωρος Τέγος[4], Ηλίας Γίσσης[1], Παρασκευή Κατσαούνου[3]

[1]Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α."Ο Ευαγγελισμός", [2]Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α."Ο Ευαγγελισμός", [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", [4]Τμήμα Ογκολογίας, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνύπαρξη καρδιακών παθήσεων αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτομή πνεύμονα λόγω μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Σε μεγάλα κέντρα αναφέρεται οτι μόνο το 0.5% των ασθενών χρειάζονται συγχρόνως καρδιοχειρουργική και θωρακοχειρουργική επέμβαση, ωστόσο, δεν υπάρχουν επίσημες κατευθυντήριες γραμμές.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε περίπτωση άνδρα 71 ετών, που προσήλθε με δύσπνοια στην ηρεμία. Ανευρέθησαν κοιλοτική εξεργασία στον αρ. άνω λοβό του πνεύμονα, βαριά στένωση αορτικής βαλβίδας και στεφανιαία νόσος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε λεπτομερή έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακα, ποζιτρονική τομογραφία και βρογχοσκόπηση, διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα και στεφανιογραφία. Η προεγχειρητική απλή ακτινογραφία θώρακα έδειξε μια ανομοιογενή σκίαση δμ 4 cm στον αριστερό άνω πνευμονικό λοβό, η οποία επιβεβαιώθηκε με αξονική και ποζιτρονική τομογραφία. Οι κυτταρολογικές, που προήλθαν από τη βρογχοσκόπηση ανέδειξαν πλακώδη κύτταρα. Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματά μας, αποφασίσαμε συνδυασμένη επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή άνω λοβεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό δια μέσης στερνοτομής και στη συνέχεια υπό εξωσωματική κυκλοφορία, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με βιολογική βαλβίδα LIVANOVA Perceval Medium και αορτοστεφανιαία παράκαμψη (SVG->OM1) σε ένα χρόνο. Οδηγήθηκε διασωληνωμένος στη ΜΕΘ και αποσωληνώθηκε μετά από 12 ώρες. Την 4η μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε ατελεκτασία του εναπομείναντα αριστερού κάτω λοβού, έγινε βρογχοσκόπηση σε επείγουσα βάση και βρογχική τουαλέτα και τέθηκε σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό και εντατική αναπνευστική φυσικοθεραπεία. Μετά την αποθεραπεία του ο ασθενής εξήλθε με φαρμακευτική αγωγή. Η ιστολογική ανέδειξε πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονα pT2bN0M0 και συστήθηκε ογκολογική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η συνδυασμένη εκτομή πνεύμονα για κακοήθεια και χειρουργική αντιμετώπιση βαριάς καρδιακής νόσου κρίνεται απαραίτητη σε συγκεκριμένους ασθενείς μετά από ογκολογικό συμβούλιο.

2. Η πιο συχνή προσπέλαση είναι η μέση στερνοτομή.

3. Οι περισσότεροι συγγραφείς προτιμούν την καρδιοχειρουργική επέμβαση χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Εάν όμως η χρήση αυτής θεωρείται αναπόφευκτη εκτελείται πρώτα η επέμβαση εκτομής πνεύμονα και μετά ο ασθενής μπαίνει σε εξωσωματική κυκλοφορία και εκτελείται η καρδιοχειρουργική επέμβαση, όπως έγινε και στη δική μας περίπτωση.

AA123

ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΕ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ανδρέας Αναστασοπουλος[1], Βασίλειος Ιορδανογλου[1], Αντώνιος Ξυπολητος[1]
[1]*Πνευμονολογική Κλινική ΙΑΣΩ Γενική Κλινική*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κακοήθες μεσοθηλίωμα είναι ένας όγκος ο οποίος προέρχεται από τα μεσοθηλιακά κύτταρα, παρουσιάζεται συχνότερα στον υπεζωκότα καθώς και στο περιτόναιο, στο περικάρδιο και στον ελυτροειδή χιτώνα του όρχεως.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού κακοήθους μεσοθηλιώματος με ασυνήθιστη ακτινολογική εικόνα

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής ηλικίας 91 ετών, με ατομικό αναμνηστικό υποθυρεοειδισμού, χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, στεφανιαίας νόσου (αορτοστεφανιαία παράκαμψη), υπερτροφίας προστάτη, εισήχθη λόγω δύσπνοιας κοπώσεως προοδευτικά επιδεινούμενης με συνοδό ξηρό βήχα, θωρακικό άλγος, αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους, αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην αντικειμενική εξέταση εμφάνιζε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στη δεξιά πνευμονική βάση, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, ατελεκτατικά στοιχεία και ιστό μαλακών μορίων στο μεσοπλεύριο διάστημα μεταξύ 9ης-10ης πλευράς δεξιά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης πραγματοποιήθηκε παροχέτευση πλευριτικού υγρού (το πλευριτικό υγρό είχε χαρακτήρες λεμφοκυτταρικού εξιδρώματος με αρκετά μεσοθηλιακά κύτταρα ενώ η κυτταρολογική ήταν αρνητική για κακοήθεια). Πραγματοποιήθηκε FNB της μάζας υπό αξονικό τομογράφο από την οποία αναδείχθηκε κακόηθες μεσοθηλίωμα επιθηλιοειδούς τύπου.

(Calretinin* [+], WT1* [+], CK5/6* [+], CK7 [+], BAP-1* με απώλεια στους πυρήνες των νεοπλασματικών κυττάρων], CK20 [-], TTF-1* [-], Napsin A* [-], PSA* [-]).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το μεσοθηλίωμα έχει πτωχή πρόγνωση με τους επιθηλιοειδείς όγκους να έχουν καλύτερη μέση επιβίωση συγκριτικά με τους σαρκωματοειδείς και τους διφασικούς όγκους. Δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες αποτελούν το προχωρημένο στάδιο της νόσου, η μεγαλύτερη ηλικία, η κακή γενική κατάσταση, το θωρακικό άλγος και η απώλεια βάρους. Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία και παρηγορητική αγωγή αποτελούν την ενδεδειγμένη θεραπεία με πτωχά ωστόσο αποτελέσματα για τη

βελτίωση της επιβίωσης.

AA124

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ανδρέας Αναστασοπουλος[1], Βασίλειος Ιορδάνογλου[1], Αντώνιος Ξυπόλητος[1], Ιωάννα Βιδάλη[2], Γεωργία Μπαιρακτάρη[2], Μαρία Σεβαστιάδου[2]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, [2]Κυτταρολογικό Εργαστήριο ΙΑΣΩ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτυπα καρκινοειδή αποτελούν έναν από τους ιστολογικούς τύπους των νευροενδοκρινών νεοπλασμάτων του πνεύμονα μαζί με τα τυπικά καρκινοειδή, τα μικροκυτταρικά ,τα μεγαλοκυτταρικά καρκινώματα και τη διάχυτη ιδιοπαθή πνευμονική νευροενδοκρινική νεοπλασία(DIPNEC).

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού άτυπου καρκινοειδούς πνεύμονα με ασυνήθιστη ακτινολογική εικόνα

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής ηλικίας 78 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και υπερτροφίας προστάτη, εισήχθη λόγω δύσπνοιας κοπώσεως προοδευτικά επιδεινούμενης από μηνός με συνοδό ξηρό βήχα. Στην αντικειμενική εξέταση εμφάνιζε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην αριστερή πνευμονική βάση. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακα ανέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα (κυρίως αριστερά), οζώδεις αλλοιώσεις στον μέσο και στον αριστερό κάτω πν.λοβό και διογκωμένους υποτροπιδικούς λεμφαδένες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση με ενδοβρογχικό υπέρηχο(EBUS). Η TBNA από τον υποτροπιδικό λεμφαδένα, ανέδειξε κυτταρομορφολογικά και ανοσοκυτταρο-χημικά ευρήματα συνηγορούντα υπέρ μεταστατικής διήθησης από νευροενδοκρινές νεόπλασμα με χαρακτήρες καρκινοειδούς (Chromogranin :+, Synaptophysin :*, CD 56:+ και AE1/AE3 :+ ενώ ήταν αρνητική στα αντισώματα TTF:- CD 117 (c kit)).

Στην TBNB αναδείχθηκε νευροενδοκρινής όγκος, τύπου άτυπου καρκινοειδούς, πρω-τοπαθούς αναπτυγμένου στον πνεύμονα (TTF-1* [+], CK8/18* [+], CD56* [+], Synaptophysin* [+]).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα άτυπα καρκινοειδή είναι σπάνια νεοπλάσματα του πνεύμονα και πρέπει να αντιμετωπίζονται σε κέντρα με εμπειρία. Στα άτυπα καρκινοειδή παρατηρείται αυξημένος κυτταρικός πολλαπλασιασμός και ταξινομούνται με βάση το σύστημα TNM του μη μικροκυτταρικού καρκίνου (80% περίπου διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο). Κλινικά οι ασθενείς με καρκινοειδές μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να παρουσιάζουν συμπτώματα (βήχα, δύσπνοια ,συριγμό, αιμόπτυση ,θωρακικό άλγος),

που μπορεί να συνδυάζονται με νευροενδοκρινικά σύνδρομα, όπως καρκινοειδές σύνδρομο ή σ. Cushing. Η ακτινολογική τους εικόνα ποικίλει από μονήρη όζο έως μάζα, ενώ μπορεί να υπάρχουν ευρήματα απόφραξης(πχ ατελεκτασία), αποτιτανώσεις εντός του όγκου ή διογκωμένοι λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο.

Το χειρουργείο αποτελεί τη θεραπεία εκλογής ακόμη και σε προσβολή N2 λεμφαδένων. Εναλλακτικά χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία και η συστηματική θεραπεία που περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, ανάλογα υποδοχέων σωματοστατίνης(SSA) ή θεραπεία με ραδιονουκλίδιο πεπτιδικού υποδοχέα PRRT.

AA125

ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ DURVALUMAB.

Ιωάννης Δημητρούλης[1], **Ιωάννα Αυγερινού[1]**, Νικόλαος Τσελώνης, Αδαμαντία Λιαπίκου[1]
[1]6η Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Το Durvalumab είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει στο μονοπάτι συνδέτη Programmed Death Ligand-1 (PD-L1). Είναι Check Point Inhibitor (CPI) και έχει εγκριθεί για τη θεραπεία του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (SCLC, ΜΚΠ) και άλλων κακοηθειών. Η θρομβοπενία σπάνια έχει αναφερθεί ως επιπλοκή από τη χρήση του durvalumab, πάραυτα παραμένει μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της θεραπείας (Dougherty et al., 2021).

Παρουσιάζουμε περίπτωση θρομβοπενίας που προεκλήθη δευτερογενώς από τη χρήση του durvalumab. Είναι μια από τις ελάχιστες αναφερθείσες περιπτώσεις θρομβοπενίας μετά από τη χορήγηση durvalumab που προκαλείται από αυτόν τον συγκεκριμένο ανοσοθεραπευτικό παράγοντα. Ο ασθενής με ΜΚΠ έλαβε στην αρχή durvalumab σε συνδυασμό με καρβοπλατίνα και ετοποσίδη. Η σοβαρή βαθμού 4 θρομβοπενία δεν εμφανίστηκε με τη παράλληλη χορήγηση καρβοπλατίνας-ετοποσίδης-durvalumab αλλά δύο μήνες μετά τη διακοπή της πλατίνας-ετοποσίδης, όταν ο ασθενής ελάμβανε μονοθεραπεία με durvalumab ως συντήρηση..

Η επικρατέστερη άποψη μας ήταν ότι οφείλεται στο durvalumab, συμβατή και με τις λίγες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο ασθενής δεν είχε εμφανή επεισόδια αιμορραγίας. Έλαβε ως θεραπεία αρχικά 16mg πρεδνιζολόνης επί επτά ημέρες χωρίς βελτίωση. Αυτή επήλθε λίγες μέρες μετά, από την αύξηση της πρεδνιζολόνης σε 32mg ημερησίως από το στόμα για πέντε ημέρες. Τα κορτικοειδή μειώθηκαν σταδιακά σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ομαλοποίηση της τιμής των αιμοπεταλίων διατηρήθηκε και μετά τη διακοπή των κορτικοειδών και συνεχίζουν να παραμένουν εντός των φυσιολογικών ορίων. Συνέχισε την ανοσοθεραπεία συντήρησης χωρίς να εκδηλώσει νέα θρομβοπενία. Η θρομβοπενία κατά τη χορήγηση durvalumab είναι σπάνια, αλλά δυνητική σοβαρή παρενέργεια. Δεν αποκλείεται στη περίπτωση του ασθενούς μας να οφείλεται σε καταπόνηση του μυελού από τον συνδυασμό καρβοπλατίνας-ετοποσίδης, πάραυτα και η λίγη διεθνής βιβλιογραφία την έχουν καταχωρημένη στις σοβαρές παρενέργειες του φαρμάκου, καθότι εμφανίζεται κατά το διάστημα της θεραπείας συντήρησης με durvalumab.

AA126

ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Παύλος Ζαρογουλιδης[1], Wolfgang Hohenforst-Schmidt[2], Dimitris Chatzibougias[3], Vagelis Christakidis[4]
[1]Πνευμονολόγος-φυματιολόγος, [2]Sana Clinic Group Franken, Department of Cardiology, Pulmonology, Intensive Care, Nephrology, Hof Clinics, University of Erlangen, 91054 Hof, Germany, [3]Microdiagnostics Private Pathology Laboratory, [4]Oncology Department, General Hospital of Seeres

Η ανοσοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία στον μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα για ασθενείς με υψηλή έκφραση του Programmed death-ligand 1 (PD-L1), και όχι μόνο. Ωστόσο μια από τις επιπλοκές που καλείται να αντιμετωπίση ο θεράπων είναι η πνευμονίτιδα. Η σπιρομέτρηση, η διάχυση και η αξονική θώρακος είναι μέθοδοι μη επεμβατικοί ώστε να γίνει η παρακολούθηση. Το PET-CT θα μας δώσει στις περισσότερες περιπτώσεις ψευδώς θετικά αποτελέσματα για υποτροπή της νόσου, αλλά ταυτόχρονα θα μας υποδείξει και τα κατάλληλα σημεία για βιοψία. Σε ασθενή με υπόνοια πνευμονίτιδας 55 ετών με πλακώδες καρκίνωμα, PD-L1 75% υπό pembrolizumab στον 4 κύκλο έγινε βιοψία υπό καθοδίγηση με αξονικό με βελόνα 18G η οποία δεν ήταν διαγνωστική, και στη συνέχεια κρυοβιοψία ενδοσκοπικά με την χρήση radial-ebus και καθετήρα κρυοβιοψίας 1.7mm ERBEII. Η δεύτερη τεχνική ήταν αποτελεσματική και διευκόλυνε στην άμεση διάγνωση τον παθολογοανατόμο και τον θεράποντα ογκολόγο.

AA127

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑΤΟΣ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[1], Παρασκευή Ξεκούκη[2], Μιχαήλ Φαναρίδης[3], Κωνσταντίνα Λυρώνη[3], Χριστίνα Ερμίδου[3], Μαγδαληνή Μαρία Ψύλλια[1], Εμμανουήλ Κεφαλογιαννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Πανεπιστημιακή Ενδοκρινολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, [3]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική ΠΑΓΝΗ

Τα μεσοθωρακικά παραγαγγλιώματα είναι σπάνιοι όγκοι που προέρχονται από νευρική ακρολοφία και εμφανίζονται στο αορτοπνευμονικό παράθυρο.
Παρουσιάζουν σημαντική χειρουργική πρόκληση λόγω της γειτνίασής τους με μεγάλα αγγεία. Στις σχετικά λίγες περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί, οι προσεγγίσεις θωρακοτομής και βιντεοβοηθούμενης θωρακοσκοπικής χειρουργικής (VATS) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία τέτοιων όγκων.

Στόχος μας είναι να αναφέρουμε την χειρουργική θεραπεία για ένα μη λειτουργικό παραγαγγλίωμα του μεσοθωρακίου.

Ιστορικό: Ασθενής 69 ετών στα πλαίσια διερεύνησης βράγχους φωνής από τριμήνου, υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο, όπου στην αξονική θώρακος ανεδείχθη διογκωμένος λεμφαδένας στο αορτοπνευμονικό παράθυρο με επέκταση στον προ τραχειακό και προ τροπιδικό χώρο, διαστάσεων 3.4x 2.8εκ.
Το PET/CT Scan ανέδειξε στην ανατομική αυτή θέση βλάβη με υπερμεταβολική εξεργασία (SUV max:5.3).
Ο ασθενής υπεβλήθη σε video- μεσοθωρακοσκόπιση και βιοψία. Η ιστοπαθολογική μελέτη ανέδειξε νευροενδοκρινικό νεόπλασμα με χαρακτηριστικά περισσότερο συμβατά με παραγαγγλίωμα.
Η χειρουργική θεραπεία θεωρείται η μέθοδος εκλογής για τους σπάνιους αυτούς όγκους.
Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση του παραγαγγλιώματος.
Η ιστολογική εξέταση έδειξε πλήρη εξαίρεση με ελεύθερα όρια.
Συμπέρασμα:
Τα αορτοπνευμονικά παραγαγγλιώματα είναι σπάνιοι όγκοι που εμφανίζονται στο αορτοπνευμονικό παράθυρο και παρουσιάζουν σημαντική χειρουργική πρόκληση λόγω της γειτνίασής τους με μεγάλα αγγεία.

AA128

ΑΠΟΦΥΓΗ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ VATS ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ ΕΝ ΕΙΔΕΙ ΠΕΡΙΧΕΙΡΙΔΑΣ

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[1], Ιωάννα Μητρούσκα, Μιχαήλ Φαναρίδης[2], Κωνσταντίνος Πηγάκης[3], Χρυσάνθη Μάναλη[1], Χρυσή Κιμιωνή[1], Παρασκευή Κάβουρα[4], Μαγδαληνή Μαρία Ψύλλια[1], Εμμανουήλ Κεφαλογιαννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, [3]Ιατρείο αναπνευστικών νοσημάτων Interclinic, [4]Πνευμονολογική κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς

Εισαγωγή: Η πλήρως θωρακοσκοπική λοβεκτομή εν είδει περιχειρίδας (Sleeve VATS lobectomy) ενδείκνυται σε περιπτώσεις όγκων πλησίον των διχασμών των βρόγχων ώστε να αποφύγουμε ευρύτερες εκτομές παρεγχύματος με συνακόλουθη αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας.

Παρουσίαση τεχνικής: Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορά γυναίκα 53 ετών που προσήλθε για χειρουργική αφαίρεση όγκου πνεύμονα. Η ασθενής παρουσιαστηκε με βήχα και αιμόπτυση από πενταμήνου όπου σε CT θώρακος ανευρέθη ευμεγέθης αλλοίωση ΔΑΛ 3,5cm προβάλλουσα στον δεξιό κύριο βρόγχο. Η βρογχοσκόπηση ανέδειξε ενδοαυλική μάζα ΔΑΛ με απόφραξη του στομίου του ΔΕ άνω λοβιαίου βρόγχου >90%. Η βιοψία ανέδειξε ακανθοκυτταρικό Ca.
Κατά το χειρουργείο διενεργήθηκε πλήρως θωρακοσκοπική άνω λοβεκτομή με τη διαφορά ότι παρασκευάστηκε ο δεξιός κύριος βρόγχος και διενεργήθηκε τομή ένθεν και ένθεν του βρόγχου του ΔΑΛ σε ασφαλή απόσταση από τον όγκο. Ο ΔΑΛ αφαιρέθηκε από τον θώρακα. Εστάλησαν δακτύλιοι από τον δεξιό κύριο και ενδιάμεσο βρόγχο για ταχεία βιοψία η οποία ήταν αρνητική. Έγινε τελικο-τελική αναστόμωση δεξιού κύριου και ενδιάμεσου βρόγχου με συνεχή ραφή με ράμμα V-Loc 180 3-0.
Ο έλεγχος διαφυγής αέρα ήταν αρνητικός. Η αναστόμωση ελέγθηκε βρογχοσκοπικά και κρίθηκε ικανοποιητική. Τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης θώρακος και παρασπονδυλικός καθετήρας. Η απώλεια αίματος ήταν 200ml. Ο σωλήνας παροχέτευσης αφαιρέθηκε τη 3η μετεγχειρητική ημέρα και η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο την 7η μέρα.
Συμπεράσματα: Η VATS λοβεκτομή εν είδει περιχειρίδας είναι μία ασφαλής τεχνική με πολύ καλά αποτελέσματα που επιτρέπει τη διάσωση πνευμονικού παρεγχύματος και την επάνοδο του ασθενούς στις δραστηριότητές του σε πολύ σύντομο χρόνο.

AA129

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CASTLEMAN

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[3], Χαράλαμπος Ποντίκογλου[2], Κωνσταντίνος Καραγιάννης[3], Γεώργιος Σταθάκης[3], Στέλλα Βιζιριανάκη[3], Σουζάνα Τσομπάνογλου[3], Εμμανουήλ Κεφαλογιαννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Αιματολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, [3]Πανεπιστημιακή Ογκολογική κλινική ΠΑΓΝΗ

Η νόσος Castleman (CD) αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1954 από τους Castleman και Towne και είναι μια ασυνήθιστη λεμφοπολλαπλασιαστική διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας που μπορεί να εμφανιστεί όπου υπάρχουν λεμφαδένες. Η νόσος Castleman ταξινομείται κλινικά σε μονοεστιακό (τοπικό) και πολυεστιακό (συστηματικό) τύπο. Στη συνέχεια υποδιαιρείται περαιτέρω ιστολογικά σε υαλώδη αγγειακό τύπο, σε πλασματοκύτταρικό και σε μεικτό τύπο.

Η χειρουργική προσέγγιση θα πρέπει να στοχεύει στην εκτομή του κυρίως εμπλεκόμενου λεμφαδένα με ελεύθερα όρια εκτομής ή εάν εμπλέκεται μια ομάδα λεμφαδένων τη διενέργεια συστηματικής λεμφαδενεκτομής, διαφορετικά η αποτυχία να αντιμετωπιστεί η μονοεστιακή νόσος με χειρουργική επέμβαση έχει ως αποτέλεσμα σημαντική θνητότητα.

Στόχος μας είναι να αναφέρουμε μια περίπτωση εντοπισμένου τύπου της Νόσου του Castelman η οποία είναι μια σπάνια μορφή και συνήθως ανιχνεύεται τυχαία σε ασυμπτωματικούς ασθενείς όπως στην περίπτωσή μας.

Αποτελέσματα

Ασθενής 38 ετών μετά από λοίμωξη με Covid-19 υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος όπου και ανεδείχθησαν διογκωμένοι λεμφαδένες στη δεξιά πύλη. Στο PET CT scan που ακολούθησε ανεδείχθη υπερμεταβολικό block λεμφαδένων στην περιοχή της δεξιάς πύλης. Ο βρογχοσκοπικός έλεγχος δεν ανέδειξε στοιχεία κακοήθειας. Κατόπιν υπεβλήθη σε θωρακοσκοπική βιοψία λεμφαδένα της δεξιάς πύλης, όπου η ιστοπαθολογική μελέτη ανέδειξε νόσο Castleman.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε δεύτερο χρόνο σε θωρακοσκοπική εκτομή του block λεμφαδένων. Η έκβασή του ασθενούς ήταν ομαλή και είναι ακόμη ελεύθερος νόσου.

Συμπέρασμα:

Σε νεαρούς ασυμπτωματικούς ασθενείς με λεμφαδενοπάθεια η νόσος Castleman θα πρέπει να θεωρείται πιθανή και θα πρέπει να υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας.

Η μονοεστιακή και η πολυεστιακή νόσος είναι εντυπωσιακά διαφορετικές και απαιτούν διαφορική θεραπευτική προσέγγιση. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για τη μονοεστιακή νόσο.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA130

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΝΑΡΘΗΚΑ (AIRWAY STENT)

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[1], Νικόλαος Τζανάκης[2], Ειρήνη Λαμπίρη[2], Νικόλαος Βαρδάκης[3], Κωνσταντίνος Καλμπάκης[3], Χρυσάνθη Μάναλη[1], Σουζάνα Τσομπάνογλου[1], Παρασκευή Κάβουρα[4], Εμμανουήλ Κεφαλογιαννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, [3]Πανεπιστημιακή Ογκολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, [4]Πνευμονολογική κλινική, Γενικό Ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε την τοποθέτηση τραχειοβρογχικού νάρθηκα σε ασθενή με επαπειλούμενο αεραγωγό λόγω κρίσιμης στένωσης τραχείας.
Η ασθενής προσήλθε στο ΤΕΠ με επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια, εισπνευστικό και εκπνευστικό συριγμό. Κατά τη διερεύνηση της ασθενούς διαπιστώθηκε στη CT θώρακα, ευμεγέθης μάζα 9 εκ περίπου στη μέγιστη διάμετρο στο ΔΕ ημιθωράκιο, εξορμώμενη εξωπνευμονικά η οποία σχεδόν απέφρασσε την τραχεία στο κατώτερο τριτημόριο της με λειτουργική διάμετρο περί τα 4mm. Η PET/CT ανέδειξε υπερμεταβολισμό της μάζας.
Βιοψία υπό CT καθοδήγηση ανέδειξε κακόηθες μεσεγχυματογενές νεόπλασμα, με υψηλού βαθμού κακοήθεια.
Παρουσίαση τεχνικής: Για την εξασφάλιση του αεραγωγού προ της χειρουργείου εκρίθη αναγκαία η τοποθέτηση τραχειοβρογχικού νάρθηκα (Airway stent). Λόγω έλλειψης κατάλληλου ιατροτεχνικού εξοπλισμού και συγκεκριμένα Jet Ventilation προκρίθηκε ως εναλλακτική η πιθανή χρήση Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) στην περίπτωση που δεν θα ήταν εφικτός ο αερισμός της ασθενούς μέσω του βρογχοσκοπίου.
Στο χειρουργείο αρχικά παρασκευάσθηκαν τα μηριαία αγγεία ΔΕ υπό τοπική αναισθησία, από τους αγγειοχειρουργούς, και σύνδεση τους με συσκευή ECMO σε αναμονή. Το ECMO δεν ετέθη σε λειτουργία, παρέμεινε συνδεδεμένο για την περίπτωση αδυναμίας αερισμού. Στη συνέχεια, χορηγήθηκε καταστολή και πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο η προώθηση του οποίου διάνοιξε τη στένωση της τραχείας.
Ακολούθησε διέλευση οδηγών συρμάτων στον αριστερό και δεξιό κύριο βρόγχο και στη συνέχεια εκπτύχθηκε το διχαλωτό stent επί της τρόπιδας. Το αποτέλεσμα ελέγχθηκε ικανοποιητικό.
Η ασθενής διασωληνώθηκε και στο τέλος, αφαιρέθηκαν οι σωλήνες ECMO, και συγκλείστηκε το χειρουργικό τραύμα.
Την επόμενη ημέρα υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή και ακολούθησε η εργώδης εξαίρεσή της μάζας.
Συμπεράσματα: Η τεχνική της τοποθέτησης stent μπορεί να εξασφαλίσει τον αεραγωγό στις περιπτώσεις που απειλείται και να δώσει χρόνο για την χειρουργική ή ογκολογική θεραπεία. Αν δεν υπάρχει δυνατότητα χρήσης Jet Ventilation τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά συσκευή ECMO.

AA131

ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ ΛΕΜΦΩΜΑ

Παναγιώτης Αλεξόπουλος[1], Κατερίνα Αντωνίου[2], Γεώργιος Μελέτης[3], Κωνσταντίνος Καραγιάννης[2], Χρυσάνθη Μάναλη[1], Χρυσή Κιμιωνή[1], Παρασκευή Κάβουρα[4], Σουζάνα Τσομπάνογλου, Εμμανουήλ Κεφαλογιαννης[1]
[1]Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, [3]Πνευμονολογική κλινική Βενιζελείου νοσοκομείου, [4]Πνευμονολογική κλινική Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε ασθενή με αποστηματοποιημένο τεράτωμα στο μεσοθωράκιο που εμφανίστηκε με συμπτώματα λεμφώματος.
Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 18 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμμένουσας από 15ημέρου δεκατικής πυρετικής κίνησης. Η ασθενής ανέφερε ότι αρχικά παρουσίασε πυρετό, συνοδό σταθερό οπισθοστερνικό διαξιφιστικό άλγος με επέκταση στη ράχη, που συνοδευόταν από βήχα. Επιπλέον η ασθενής ανέφερε νυχτερινές εφιδρώσεις, χωρίς κνησμό, με ανορεξία και απώλεια 2kg τον τελευταίο μήνα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε λευκοκυττάρωση και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής.
Η CT θώρακος ανέδειξε ευμεγέθη στρογγυλή ανομοιογενή αλλοίωση, με χαρακτήρες χωροκατακτητικής εξεργασίας, εντοπιζόμενη κατά το πλείστο στο ΔΕ πλάγιο του πρόσθιου-κάτω μεσοθωρακίου. Η εν λόγω βλάβη διέθετε κατά κύριο λόγο κυστικό νεκρωτικό περιεχόμενο και μερικά συμπαγή στοιχεία.
Διενεργήθηκε βιοψία με μεσοθωρακοτομή η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά είτε με αναπτυξιακή διαμαρτία σχετιζόμενη με το πρόσθιο έντερο, είτε με ώριμο τερατωματικό στοιχείο όγκου από βλαστικά γεννητικά κύτταρα.
Αποφασίστηκε χειρουργική εξαίρεση της βλάβης με μέση στερνοτομή. Η μάζα φάνηκε να εξορμάται από τον θύμο αδένα και να διηθεί σε μεγάλη έκταση το περικάρδιο. Το περικάρδιο διανοίχτηκε επιμήκως παράλληλα προς το φρενικό νεύρο και διαπιστώθηκε ότι η μάζα δεν διηθούσε πέραν του περικάρδιου. Ακολούθησε παρασκευή της μάζας και εκτομή ενός τμήματος του περικαρδίου. Διαπιστώθηκε ότι το δεξιό φρενικό νεύρο διηθείτο από τον όγκο και ως εκ τούτου αφαιρέθηκε en bloc. Εκτελέστηκε πλήρης εκτομή του θύμου αδένα μετά των κεράτων του.
Ο πυρετός υφέθηκε και οι δείκτες φλεγμονής υποχώρησαν άμεσα μετά το χειρουργείο.
Συμπεράσματα: Η αποστηματοποίηση τερατώματος μεσοθωρακίου δύναται να μιμηθεί τα συμπτώματα του λεμφώματος και να περιπλέξει την διάγνωση. Η βιοψία υπό καθοδήγηση CT συνήθως είναι ατελέσφορη και η χειρουργική βιοψία είναι η ενδεδειγμένη λύση.

AA132

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΤΥΠΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρούσα Κούβελα[1], Ευάγγελος Μπαλής[2], Αθανάσιος Κρασάς[3], Μαρία Μάνη[1], Λαμπρινή Στουρνάρα[1], Ιωάννης Γκιόζος[1]

[1]Ογκολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομόνυμο Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», [2]Πνευμονολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ευαγγελισμός, [3]Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Τα καρκινοειδή πνεύμονα αποτελούν έναν σπάνιο όγκο που συναντάται στο 0,02-2/100.000 ανθρώπων/έτος στην Ευρώπη. Λόγω του ότι πολύ συχνά τα συμπτώματα που προκαλούν είναι ο βήχας και ο συριγμός στην αναπνοή, η διάγνωση που τίθεται είναι αυτή του άσθματος, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση. Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής γυναίκα 33 ετών παρουσιάστηκε λόγω υποτροπιάζοντων συμπτωμάτων δύσπνοιας και συριγμού από έτους. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάστηκαν τον Δεκέμβριο 2019 μετά από μία επέμβαση στο χέρι για αφαίρεση καλοήθους βλάβης οστού, σταδιακά επιδεινούμενα. Η ασθενής έκτοτε βρισκόταν σε υψηλές δόσεις εισπνεόμενων ICS+ LABA και μοντελουκάστη ενώ πολύ συχνά λάμβανε από του στόματος κορτικοστεροειδή. Το λοιπό ατομικό αναμνηστικό της ήταν ελεύθερο, δεν ανέφερε αλλεργίες ενώ ήταν πρώην καπνίστρια (διακοπή προ 4 ετών, ~7py). Κατά την ακρόαση θώρακα παρουσίαζε τελοεκπνευστικό συριγμό άμφω διάχυτα ενώ η σπιρομέτρηση ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, χωρίς ανταπόκριση στη βρογχοδιαστολή. Στο πλαίσιο της διερεύνησης είχε υποβληθεί σε CT θώρακος η οποία δεν ανέφερε παθολογικά ευρήματα.
Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με υψηλές δόσεις ICS+LABA, LAMA και μοντελουκάστη ενώ έλαβε εκ νέου pos κορτικοστεροειδή για 5 ημέρες. Επίσης ζητήθηκε νέα γενική αίματος για εκτίμηση των ηωσινοφίλων, δόθηκε action plan και ροόμετρο. Ένα μήνα μετά η ασθενής δεν παρουσίαζε καμία κλινική βελτίωση, χωρίς διακύμανση της εκπνευστικής ροής στις καταγραφές του ροόμετρου και στην γενική αίματος δεν παρουσίαζε σημαντικά υψηλό αριθμό ηωσινοφίλων. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση όπου διαπιστώθηκε απόφραξη του LBS10 από όζο στρογγυλού σχήματος χωρίς αγγείωση, ο οποίος και αφαιρέθηκε με cryon. Η ιστολογική εξέταση της βλάβης έδειξε τυπικό καρκινοειδές πνεύμονα. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε πως πρόκειται για μονήρη βλάβη και η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή κάτω λοβεκτομή (pT1bN0).
Μετά την αφαίρεση του όζου τα συμπτώματα της ασθενούς υποχώρησαν πλήρως και τέθηκε σε τακτική ογκολογική παρακολούθηση.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA133

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ HODGKIN (PRIMARY PULMONARY HOGDKIN LYMPHOMA) ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΚΟΙΛΟΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Σταυρίνα Ζανέλη[1], Ζωή Σωτηροπούλου[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Κατερίνα Μπακίρη[1], Ελένη Σταγάκη[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Νεκτάριος Αναγνωστόπουλος[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Γρηγόρης Στρατάκος[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διάγνωση πρωτοπαθούς πνευμονικού λεμφώματος Hodgkin, χωρίς περιφερική λεμφαδενοπάθεια ή ηπατοσπληνομεγαλία είναι εξαιρετικά σπάνια, με τον αριθμό των περιστατικών να είναι κάτω από 100. Παρουσιάζουμε περιστατικό στο οποίο τέθηκε η παραπάνω διάγνωση μετά από πολύμηνη διερεύνηση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 36 ετών, με ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδας προσήλθε στην κλινική μας λόγω παραγωγικού βήχα από εξαμήνου και εμπυρέτου από μηνός, για τα οποία είχε λάβει προωθημένη αντιμικροβιακή αγωγή. Προσκομίζει τέσσερις αξονικές τομογραφίες θώρακος στις οποίες απεικονίζονται σταδιακά επιδεινούμενες κοιλοτικές βλάβες στο δεξιό άνω λοβό και νεκρωτική μάζα μεσοθωρακίου διαστάσεων 1,6 εκ. Κατά την εισαγωγή του, ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, με PO2:74mmHg (FiO2:0.21). Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση με Radial EBUS στην οποία ελήφθησαν βιοψίες από τη βλάβη, που ήταν μη διαγνωστικές. Η βρογχοσκόπηση με Radial EBUS επαναλήφθηκε ξανά χωρίς διαγνωστικά αποτελέσματα, οπότε ο ασθενής υπεβλήθη σε FNB υπό αξονικό τομογράφο που πάλι δε κατέστη δυνατή η διάγνωση. Λόγω κλινικής επιδείνωσης διενεργήθηκε νέα αξονική τομογραφία θώρακος που ανέδειξε αύξηση σε μέγεθος και σε αριθμό των κοιλοτικών βλαβών και της μάζας του μεσοθωρακίου, οπότε ο ασθενής παραπέμφθηκε για VATS. Πραγματοποιήθηκε δεξιά άνω και μέση λοβεκτομή, καθώς η ταχεία βιοψία ανέδειξε έντονη κυτταρική ατυπία. Από την ιστολογική εξέταση του υλικού τέθηκε διάγνωση Hodgkin λεμφώματος του τύπου της οζώδους σκλήρυνσης, οπότε ο ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με BEACOPP escalated. Μετά από 6 κύκλους θεραπείας εμφάνισε πλήρη ύφεση της νόσου σε επανασταδιοποίηση με PETCT.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διάγνωση του πρωτοπαθούς πνευμονικού λεμφώματος Hodgkin, αν και σπάνια, πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση κοιλοτικών βλαβών πνεύμονα και μάζας μεσοθωρακίου, εφόσον αποκλειστούν πιο συχνά αίτια. Στην περίπτωση του ασθενούς μας η διάγνωση τέθηκε με VATS, καθώς πιθανολογούμε ότι η ποσότητα του ιστού που ελήφθη με τη βρογχοσκόπηση και την FNB δεν ήταν ικανού μεγέθους ώστε να στοιχειοθετηθεί διάγνωση, καθώς στη συγκεκριμένη κλινική οντότητα “tissue is the issue”.

AA134

ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΑΝΩ ΛΟΒΟΥ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΠΤΗΣ ΣΚΙΑΣΗΣ

Ελβίρα-Μαρκέλα Αντωνογιαννάκη[1], Μυρτώ Μπλιζου[2], Ευφροσύνη Μάναλη[2], Στέφανος Λαμπαδάκης[2], Βάγια Καραγεώργου[2], Σπυρίδων Προύντζος[3], Σοφοκλής Αντωνάκης[3], Νικόλαος Οικονομόπουλος[3], Κωνσταντίνα Σπύρου[3], Μαρία Σφήκα[2], Μαρία Καλλίερη[2], Αντώνιος Κρούσκος[2], Θωμάς Ραπτκάκης[2], Στυλιανός Λουκίδης[2], Σπυρίδων Παπίρης[2]

[1]4η Πνευμονολογική κλινική, ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, [2]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ, [3]Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αττικόν, ΕΚΠΑ

Πνευμονικό απόλυμα αριστερού άνω λοβού

Εισαγωγή: Το πνευμονικό απόλυμα είναι μια συγγενής ανωμαλία και αποτελεί το 1-6% των συγγενών διαμαρτιών του πνεύμονα. Πρόκειται για έναν μη λειτουργικό πνευμονικό ιστό, ο οποίος αιματώνεται από την συστηματική κυκλοφορία. Το φλεβικό αίμα παροχετεύεται είτε μέσω των πνευμονικών φλεβών είτε μέσω της συστηματικής φλεβικής κυκλοφορίας. Διακρίνεται σε δύο τύπους: ενδολοβιακό (75-85%, εντός του φυσιολογικού υπεζωκοτικού περιβλήματος) και εξωλοβιακό (15-25%, ξεχωριστό υπεζωκοτικό περίβλημα). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ενώ μπορεί να εμφανιστεί με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, ακόμα και με αιμόπτυση ή πνευμοθώρακα.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, 44 ετών, καπνίστρια (25p/y), με ΑΑ θυρεοειδίτιδας Hashimoto και τηλεαγγεκτασιών εγκεφάλου, προσκομίζει αξονική τομογραφία (CT) θώρακος χωρίς σκιαγραφικό, στην οποία σημειώνεται αλλοίωση διαστάσεων 5x2,3 εκ στον αριστερό άνω λοβό σε επαφή με τον υπεζωκότα. Η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και η CT θώρακος πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια τυχαίου ελέγχου. Η ασθενής εισήχθη για διερεύνηση με την υποψία πιθανής κακοήθειας. Υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση (χωρίς ενδοβρογχική βλάβη ή άλλα παθολογικά ευρήματα) και στα πλαίσια σταδιοποίησης της πιθανής κακοήθειας διενεργήθηκε εκ νέου CT θώρακος με σκιαγραφικό, στην οποία αναφέρεται ότι η εν λόγω αλλοίωση δέχεται αρτηριακούς κλάδους από βρογχική αρτηρία ή από την έσω μαστική αρτηρία και φλεβικούς κλάδους από πνευμονική φλέβα (Εικόνα 1). Τα παραπάνω ευρήματα ήταν συμβατά με ενδολοβιακό απόλυμα και έγινε σύσταση για μαγνητική αγγειογραφία θώρακος, η οποία πραγματοποιήθηκε και επιβεβαίωσε τη διάγνωση του απολύματος (Εικόνα 2).

Συζήτηση: Το πνευμονικό απόλυμα είναι μια καλοήθης συγγενής ανωμαλία, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανευρίσκεται σε τυχαίο έλεγχο. Η συνήθης εντόπιση είναι στους κάτω λοβούς (οπίσθια βασικά τμήματα) και η εντόπιση στους άνω λοβούς είναι σπάνια με λιγοστές βιβλιογραφικές αναφορές. Ένδειξη χειρουργικής εκτομής έχουν οι συμπτωματικοί ασθενείς και αυτοί με αλλοιώσεις μεγάλου μεγέθους που καταλαμβάνουν >20% του ημιθωρακίου. Η έγκαιρη διάγνωσή του είναι σημαντική καθώς απαλλάσσουν τους ασθενείς από πληθώρα εξετάσεων προς αποκλεισμό κακοήθειας.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA135

ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

Γεωργία-Εμμανουέλα Δενδρινού[1], Θεοφανή Ταμπάκη[1], Ηλίας Ντούρα[1], Ιωάννα Παπαδάκη[1], Μαρία Χριστοδούλου[1], Χριστίνα Μυστακελλη[1], Φώτιος Παρίσης[1], Κυριακή Ζειμπέκογλου[1], Τιμόθεος Σακελλαρίδης[1]
[1]*ΝΙΜΤΣ*

Εισαγωγή: Το πρόσθιο μεσοθωράκιο αποτελεί τη συχνότερη θέση εξωγοναδικής εντόπισης των τερατωμάτων, που με βάση την ιστολογική τους δομή διακρίνονται σε ώριμα και ανώριμα. Η κακοήθης εξαλλαγή αυτών είναι σπάνια και αφορά μόλις το 6% των περιπτώσεων, εκ των οποίων μόνο το 5% οφείλεται σε ώριμου τύπου τερατώματα. Παρουσιάζουμε περίπτωση ώριμου τερατώματος με κακοήθη εξαλλαγή κυττάρων σωματικού τύπου, σε αντίθεση με τη συνηθέστερη εξαλλαγή που είναι από γεννητικά κύτταρα.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 64 ετών με ιστορικό όγκου πρόσθιου μεσοθωρακίου και ακτινομορφολογικούς χαρακτήρες τερατώματος από 40ετίας, προσήλθε λόγω δύσπνοιας και προκάρδιου άλγους. Από τον κλινικοβιοχημικό έλεγχο δε διαπιστώθη κάτι το παθολογικό πέραν της σπιρομέτρησης που ανέδειξε περιοριστικό πρότυπο μέτριας βαρύτητας. Η CT θώρακος ανέδειξε ευμέγεθες πολύχωρο κυστικό μόρφωμα με διαφραγμάτια, συμπαγή στοιχεία και αποτιτανώσεις, με σημαντική αύξηση του μεγέθους του την τελευταία τετραετία, που πίεζε τον δεξιό κόλπο και την κάτω κοίλη φλέβα, καθώς και σημαντική περικαρδιακή συλλογή. Η MRI που ακολούθησε επιβεβαίωσε τα παραπάνω ευρήματα και έθεσε την υπόνοια τερατώματος με πιθανή εξαλλαγή. Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή όπου εντοπίστηκε γιγαντιαίος όγκος (20 εκ.) που παρεκτόπιζε τη δεξιά ανώνυμο φλέβα με είσοδο μέρους αυτής στον όγκο. Έγινε αφαίρεση του όγκου, αποκατάσταση της δεξιάς ανωνύμου φλέβας με τοποθέτηση μοσχεύματος και πλευροπερικαρδιακό παράθυρο με αφαίρεση 500cc ξανθοχρωματικού περικαρδιακού υγρού. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε κακοήθεια από σωματικού τύπου κύτταρα με χαρακτήρες βλεννώδους αδενοκαρκινώματος εντερικού τύπου μέτριας διαφοροποίησης σε έδαφος ώριμου τερατώματος με έκφραση των CDX2, CK20, p53 και αρνητικούς τους νευροενδοκρινικούς και λεκιθικούς δείκτες.

Συζήτηση: Τα ώριμα τερατώματα σπανίως εξαλλάσσονται και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με το χρόνο. Η πιθανότητα ανάπτυξης κακοήθειας από κύτταρα μη γεννητικού τύπου θα πρέπει να αξιολογείται ακόμη και σε ώριμα τερατώματα, ειδικά όταν είναι ευμεγέθη και ανιχνεύονται σε ασθενείς μέσης ηλικίας.

AA136

ΣΒΑΝΝΩΜΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ

Ευάγγελος Παζιούρος[1], Σοφία Χατζηιωσήφ[1], Βασίλειος Γκόγκος[1], Μαρία Χριστοδούλου[1], Χριστίνα Μυστακελλη[1], Σταμάτιος Κάτσενος[2], Κωνσταντίνος Κασελούρης[1], Φώτιος Παρίσης[1], Τιμόθεος Σακελλαρίδης[1], Κυριακή Ζειμπέκογλου[1]
[1]ΝΙΜΤΣ, [2]401 ΓΣΝΑ

Εισαγωγή: Το σβάννωμα (νευρειλήμμωμα ή περινευρικό ινοβλάστωμα) είναι σπάνιος καλοήθης νευρογενής όγκος μυελίνης ο οποίος εξορμάται από τα κύτταρα του Schwann και εμφανίζεται συνήθως την τέταρτη με έκτη δεκαετία της ζωής. Τις περισσότερες φορές αποτελεί τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικό έλεγχο. Αντιπροσωπεύει το 9% του συνόλου των όγκων του μεσοθωρακίου και αποτελεί το συχνότερο νευρογενή όγκο του οπίσθιου μεσοθωρακίου (50%).
Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 62 ετών η οποία υπεβλήθη σε προληπτικό έλεγχο με ακτινογραφία θώρακος, όπου ανεδείχθη ευμεγέθης ομοιογενής σκίαση (ΔΕ) μέσου πνευμονικού πεδίου. Η CT θώρακος ανέδειξε ατρακτοειδή συμπαγή εξεργασία διαμέτρου 9 εκ. στο μεσαύλιο χώρο στο ύψος του (ΔΕ) κάτω λοβού, σε ευρεία επαφή με τον υπεζωκότα, με αμβλείες γωνίες πρόσφυσης με το πνευμονικό παρέγχυμα. Η MRI θώρακος που ακολούθησε διευκρίνισε πως πρόκειται για εξεργασία μεσοθωρακίου, πιθανώς νευρογενούς προέλευσης, η οποία πρόβαλλε στον (ΔΕ) κάτω λοβό και εισερχόταν εντός των Θ6-Θ9 μεσοσπονδυλίων τμημάτων δεξιά.
Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή κατά την οποία διεπιστώθη ευμεγέθης όγκος δεξιού οπίσθιου μεσοθωρακίου που συμφυόταν στα σπονδυλικά σώματα Θ6-Θ9 και καλυπτόταν από τον μεσοθωρακικό υπεζωκότα. Έγινε διάνοιξη του μεσοθωρακικού υπεζωκότα, λύση των στερρών συμφύσεων του όγκου από τα σώματα των σπονδύλων και ολική αφαίρεση αυτού.
Το παρασκεύασμα εστάλη για ιστολογική εξέταση η οποία ανέδειξε ιστό λευκόφαιης/πορτοκαλόφαιης χροιάς με φαινοτυπικούς χαρακτήρες S100+++, SOX10+++, MSA-, Desmin-, CD34-, αντιστοιχώντας σε νεόπλασμα συμβατό με σβάννωμα.
Συζήτηση: Η θεραπεία εκλογής του σβαννώματος είναι κατά κανόνα η χειρουργική εξαίρεση, ενώ μικρότεροι όγκοι μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά με στενή παρακολούθηση. Το σβάννωμα σπανίως εξαλλάσσεται (9%), και χρήζει παρακολούθησης έπειτα από την χειρουργική αφαίρεση αυτού για το ενδεχόμενο υποτροπής (18%). Σε περιπτώσεις ατελούς εξαίρεσης του όγκου δύναται να διενεργηθεί και ακτινοθεραπεία.

AA137

ΜΙΚΡΟΘΗΛΩΔΕΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΩΣ ΜΙΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Βασίλειος Παπαβασιλείου[1], Ηλέκτρα Βουλγαρέλη[1], Στέφανος Λαμπαδάκης[1], Φραντσέσκα Στρακόσα[1], Βάγια Καραγεώργου[1], Θωμάς Ραπτάκης[1]
[1]*Π.Γ.Ν. "Αττικόν'*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αδενοκαρκίνωμα πνευμονικού τύπου (P-ADC) διαγιγνώσκεται εύκολα ως λοιμώδης νόσος στην κλινική πράξη, καθώς κλινικά και απεικονιστικά μοιάζει με λοβώδη πνευμονία.
ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται περιστατικό με μικροθηλώδες αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, το οποίο αντιμετωπίσθηκε αρχικά ως πνευμονία της κοινότητας.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 73 ετών, πρώην καπνιστής (80 πακέτα/έτη), με ατομικό αναμνηστικό ΧΑΠ (μετρίου βαθμού κατά GOLD) υπό οξυγονοθεραπεία κατ'οίκον, προσήλθε στα ΤΕΠ, λόγω επιδείνωσης δύσπνοιας προσπαθείας (mMRC: ¾) με συνοδό παραγωγικό βήχα με πυώδη απόχρεμψη από ημερών. Στα ΤΕΠ πραγματοποιήθηκε διαθωρακικός υπέρηχος, όπου διαπιστώθηκε εικόνα πύκνωσης με αεροβρογχόγραμμα και εστιακά αυξημένος αριθμός B-lines (≥3). Ομοίως, στην αξονική τομογραφία θώρακος παρατηρήθηκε πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα στον ΑΡ κάτω λοβό και εμφυσηματικές αλλοιώσεις πνευμόνων άμφω χωρίς διογκωμένους μεσοθωρακικούς ή μασχαλιαίους λεμφαδένες (Εικόνα 1). Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση και εστάλησαν βρογχικές εκκρίσεις για καλλιέργεια κοινών μικροβίων, για β-Koch και για κυτταρολογική εξέταση, με τα αποτελέσματα να είναι αρνητικά. Τέθηκε σε αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη και αζιθρομυκίνη. Παρατηρήθηκε μείωση της απόχρεμψης του ασθενούς και συνεστήθη νέα αξονική τομογραφία θώρακος σε ένα μήνα. Στη νέα απεικόνιση παρατηρήθηκε η ίδια πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα, η οποία καταλάμβανε, πλέον, όλα τα τμήματα του ΑΡ κάτω λοβού (Εικόνα 2). Διενεργήθηκε PET/CT, στο οποίο υπήρχε διάχυτη και ανομοιογενής υπερμεταβολική δραστηριότητα (SUVmax: 4.4) στην εν λόγω βλάβη. Κατόπιν, διενεργήθηκε βιοψία διά αξονικού τομογράφου, με το αποτέλεσμα να δείχνει Αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα μικροθηλώδους τύπου.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε ασθενείς με κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα που υποδηλώνουν πνευμονία ανθεκτική στην αντιμικροβιακή αγωγή, πρέπει να τίθεται υποψία του καρκίνου του πνεύμονα και να πραγματοποιείται βιοψία της πυκνωτικής βλάβης.

AA138

ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ, ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ 40 ΕΤΩΝ

Αλέξανδρος Πατσουρας[1], Αιμιλία Τσαρουχα, Άγγελος Ζουγλος, Αριστείδης Μπιζος, Χριστίνα Ποταρη, Σταύρος Κορδατζάκης, Χαρίλαος Λαμπράκης, Αγγελική Ράπτη
[1]2 Πνευμονολογική Σωτηρία, [2]2 Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία

Περιγραφή περίπτωσης : πρόκειται για άνδρα, μη καπνιστή, 40 ετών που παραπέμφθηκε στο τμήμα μας λόγω επεισοδίου αιμόπτυσης. Η α/α θώρακος αποκάλυψε διεύρυνση του μεσοθωρακίου και η CT θώρακα επιβεβαίωσε σημαντική λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Η γενική αίματος είχε τιμές εντος φυσιολογικων ορίων. Η απλή βρογχοσκόπηση έδειξε ενδοβρογχική στένωση και βλάβες με διήθηση του βλεννογόνου και νεοαγγείωση. Η χρήση ενδοβρογχικού υπερήχουανέδειξε διογκωμένους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες. Δείγματα από ενδοβρογχικές βιοψίες, βούρτσισμα και ενδοβρογχική αναρρόφηση με υπερηχογράφημα καθοδηγούμενη από διαβρογχική βελόνα (EBUS-TBNA) ανέδειξαν λεμφοβλαστικα Τ-κύτταρα CD3+, CD10+, CD34+ και εξαιρετικά αυξημένο ρυθμό κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Η ανοσοϊστοχημεία της αναρρόφησης μυελού των οστών έδειξε >90% λεμφοβλαστικά Τ-λεμφοκύτταρα με τον πρόδρομο φαινότυπο των Τ-κυττάρων (κυτταροπλασματικό CD3+, CD2−, CD4−, CD10+, CD34+, αρνητική μυελοϋπεροξειδάση, CD20−, CD1a-, D34+). Η διήθηση του μυελού των οστών, των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου και του βρόγχου με λεμφοβλάστες επιβεβαίωσε τη διάγνωση της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας από Τ-κύτταρα [Τ-ΟΛΛ], στην περίπτωσή μας.
Συζήτηση : Τα λεμφοβλαστικα λεμφώματα από Τ-κύτταρα (T-ALL) θεωρούνται ως λεμφοειδείς όγκοι. Υπολογίζεται ότι το 25% των ενηλίκων ασθενών με λεμφώματα είναι προέλευσης Τ-κυττάρων, με υπεροχή των ανδρών. Τα κύτταρα ανευρίσκονται σε διάφορα σημεία όπως ο μυελός των οστών, το ΚΝΣ και το μεσοθωράκιο. Τα λεμφοβλαστικα λεμφώματα T-ALL διαφοροποιούνται από το Τ-λεμφοβλαστικό λέμφωμα από την παρουσία βλαβών του μυελού των οστών ή του αίματος. Η απλή και EBUS βρογχοσκόπηση είναι πολύτιμα εργαλεία για τη διάγνωση διαφόρων βλαβών που επηρεάζουν τον πνεύμονα, συμπεριλαμβανομένων των αιματολογικών παθήσεων.

AA139

ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΕΣ ΠΡΟΤΥΠΟ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ;

Δημήτριος Ποτονός[1], Κωνσταντίνος Έξαρχος[1], Αντιγόνη Σίμου[1], Χρήστος Χρόνης[1], Αθηνά Γόγαλη[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1]
[1]*Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Το μικροοζιδιακό πρότυπο συναντάται συχνά στην απεικόνιση του θώρακα και αφορά σε διάχυτα πνευμονικά οζίδια διαμέτρου <3mm. Περιλαμβάνει συχνά μια ευρεία διαφοροδιάγνωση και η ταξινόμηση με βάση την κατανομή των όζων σε κεντρολοβιδιακό, περιλεμφαγγειακό ή τυχαίο μπορεί να είναι χρήσιμη. Στην τυχαία κατανομή πρέπει να αποκλειστούν η κεγχροειδής φυματίωση, η μεταστατική νόσος που περιλαμβάνει και το αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις στη διαφοροδιάγνωση τίθεται η σαρκοείδωση, η πνευμονίτιδα εξ' υπερευαισθησίας καθώς και οι λοιμώξεις [1] .

Παρουσίαση περιστατικού: Μια γυναίκα 64 ετών, μη καπνίστρια, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, καθαρίστρια στο επάγγελμα, παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με δύσπνοια προσπαθείας σταδιακά επιδεινούμενη από μηνός, με συνοδό βήχα παραγωγικό και απώλεια βάρους, χωρίς να αναφέρει εμπύρετο ή άλλη συνοδό συμπτωματολογία. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινογραφία και ακολούθως σε CT θώρακα η οποία ανέδειξε μικροοζιδιακό πρότυπο πνευμόνων άμφω με τυχαία κατανομή, πυκνωτικό διήθημα με αεροβρογχόγραμμα στο δεξιό άνω λοβό και διηθήματα θολής υάλου στους κάτω λοβούς άμφω, καθώς και συνοδό λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου (Εικόνα 1). Κατά την κλινική εξέταση η ασθενής ήταν απύρετη και διατηρούσε SpO2=94% στον αέρα, χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια (PaO2=75 mmHg, PaCO2=34 mmHg, pH=7. 46, HCO3=21, FiO2=21%). Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής δεν ειχε αξιοσημείωτα ευρήματα (CRP=3 mg/L, TKE=22). Η ασθενής εισήχθη σε θάλαμο απομόνωσης, έγινε Mantoux (0mm). Εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος απέβη αρνητικός. Έγινε βρογχοσκόπηση, εστάλησαν καλλιέργειες βρογχικών για κοινά μικρόβια και β-Koch, καθώς και κυτταρολογική βρογχικών εκκρίσεων. Επίσης, έγινε brushing και εστάλη βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα, καθώς και EBUS με TBNA/TBNB σε λεμφαδένες των ομάδων 7, 4R, 10R. Η άμεση μικροσκόπηση και ο μοριακός έλεγχος (PCR) ήταν αρνητικά για μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Από τις κυτταρολογικές της βρογχοσκόπησης αναδείχθηκε αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, ενώ και η βιοψία επιβεβαίωσε τα ευρήματα αυτά. Η ασθενής διεκομίσθη στην Ογκολογική κλινική του νοσοκομείου μας για έναρξη χημειοθεραπευτικού σχήματος.
Συζήτηση: Η διαφοροδιάγνωση σε ασθενείς με μικροοζιδιακό πρότυπο συχνά είναι δύσκολη και συνίσταται στον αποκλεισμό νοσημάτων, ειδικά την κεγχροειδή φυματίωση, την κακοήθεια, καθώς και τη σαρκοείδωση. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η προσεκτική αξιολόγηση των ευρημάτων στη CT θώρακος σε συνδυασμό με τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα [2]. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η "βουβή" κλινικη εικόνα, η απώλεια βάρους και η εν γένει καλή γενική γενική κατάσταση έθεσαν υψηλά στη διαφοροδιάγνωση την κεγχροειδή φυματίωση και δευτερευόντως της σαρκοείδωση.

Βιβλιογραφία

1. J.Kim, B.Dabiri, M.M. Hammer , Micronodular lung disease on high-resolution CT : Patterns and differential diagnosis ,© 2021 The Royal College of Radiologists. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.
2. Sharma BB. Miliary nodules on chest radiographs: A diagnostic dilemma. Lung India. 2015 Sep-Oct;32(5):518-20. PMID: 26628775; PMCID: PMC4587015.

AA140

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΡΙΑΚΗΣ ΖΩΝΗΣ: ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Ζωή Σωτηροπούλου[1], Κυριακή Χολίδου[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Σταυρούλα Ζανέλη[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Αικατερίνη Μπακίρη[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Ελένη Σταγάκη[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ

Εισαγωγή
Το πρωτοπαθές πνευμονικό εξωλεμφαδενικό λέμφωμα οριακής ζώνης (MALT lymphoma), επίσης γνωστό και ως BALT lymphoma (bronchus-associated lymphoid tissue), είναι το πιο συχνό πρωτοπαθές λέμφωμα του πνεύμονα, ωστόσο εξαιρετικά σπάνιο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του πνεύμονα (<1%).

Μέθοδος:
Αναφέρουμε την περίπτωση άνδρα 64 ετών, με ατομικό αναμνηστικό ατυχηματικό αιμοθώρακα προ 20ετίας, ο οποίος παρουσίασε ευμεγέθη υπεζωκοτική συλλογή αριστερού ημιθωρακίου. Μετά την εκκενωτική παρακέντηση του υγρού διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος στην οποία διαπιστώθηκε η παρουσία μεγάλης και συμπαγούς χωροκατακτητικής εξεργασίας αριστερού κάτω λοβού. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση EBUS όπου ελήφθη επαρκές υλικό από τους παρατραχειακούς και υποτροπιδικούς μεσοθωρακικούς λεφαδένες, που ήταν μη διαγνωστικό. Στην συνέχεια ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία με καθοδήγηση υπό Αξονικό Τομογράφο και το υλικό εστάλη σε ειδικό αιμοπαθολογοανατομικό εργαστήριο, όπου αναδείχθηκε διήθηση του υλικού από νεοπλασματική Β-λεμφοκυττατικό πληθυσμό με στοιχεία πλασματοκυτταρικής , SIg/CIgM (κ+) διαφοροποίησης στα πλαίσια Β μη Hodgkin λεμφώματος από το κύτταρο της οριακής ζώνης (marginal zone lymphoma BALT type).

Συζήτηση:
Τα BALT λεμφώματα σχετίζονται με καταστάσεις χρόνιας φλεγμονής, είναι συχνά στους καπνιστές και σχετίζονται με νοσήματα αυτοάνοσης αρχής, ενώ έχει περιγραφεί BALT λέμφωμα σχετιζόμενο με ιστορικό πυοθώρακα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση της χρόνια φλεγμονώδους διεργασίας η οποία ενδεχομένως οδηγεί σε υπερπλασία του λεμφικού ιστού και στην συνέχεια ακολουθείται από νεοπλασματική εξαλλαγή. Αν και στην υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν αναφέρεται, ίσως η εξαιρετικά σπάνια εκδήλωση του παρόντος λεμφώματος με υπεζωκοτική συλλογή να παρουσιάζει συσχέτιση με το ιστορικό αιμοθώρακα ομόπλευρα στην βλάβη. Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σημασία του διαγνωστικού μέσου στην παρούσα περίπτωση, καθότι το υλικό από τη βρογχοσκόπηση αν και κρίθηκε επαρκές δεν ήταν διαγνωστικό, πιθανά λόγω του ότι το υλικό δεν αφορούσε την κύρια βλάβη, αλλά τους λεμφαδένες και δεν εστάλη σε ειδικό αιμοπαθολογοανατομικό εργαστήριο, στοιχεία που πιθανότατα αυξάνουν την διαγνωστική ακρίβεια.

AA141

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (ΜΜΚΠ)- ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ζωή Σωτηροπούλου[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Σταυρούλα Ζανέλη[1], Αικατερίνη Μπακίρη[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Μαρία Κανακάκη[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Γρηγόριος Στρατάκος[1], Ιωάννα Κωσταρά[1], Γεωργία Κωταντούλα[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Μία από τις θεραπευτικές επιλογές στο υποτροπιάζον μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σταδίου IV είναι ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και διπλής ανοσοθεραπείας μεσυγχορήγηση nivolumab– ipilimumab στους ενήλικες των οποίων οι όγκοι δεν παρουσιάζουν καμία μετάλλαξη EGFR ή ALK μετατόπιση και ανεξαρτήτου έκφρασης PDL-1. Επίσης πρόσφατα εγκρίθηκε η χορήγηση sotorasib ως μονοθεραπεία σε ενήλικες με προχωρημένο μημικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) με μετάλλαξη στο εξώνιο 2 KRAS(pG12C) και οι οποίοιπαρουσίασαν εξέλιξη της νόσου μετά απότουλάχιστον μία προηγούμενη γραμμή συστηματικήςθεραπείας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Αναφέρουμε την περίπτωση ενός άνδρα 70 ετών, καπνιστή 80py, με διάγνωση αδενοκαρκίνωμα σταδίου T2bN0M0 ο οποίος υποβλήθηκε σε δεξιά κάτω λοβεκτομή και πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό (pT2bN0M0 IIA). ‘Ελαβε 4 κύκλους επικουρική χημειοθεραπεία με cisplatin-vinorelbine. Από τον μοριακό έλεγχο ανιχνεύθηκε μόνο μεταλλαγή στο εξώνιο 2 του γονιδίου KRAS και έκφραση PDL-1<1%. Παρουσίασε υποτροπή 8 μήνες αργότερα στο κολόβωμα και απομακρυσμένες οστικές μεταστάσεις. Υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία σπονδύλων 85-87 και πήρε έγκριση για χορήγηση διπλής ανοσοθεραπείας με nivolumab-ipilimumab σε συνδυασμό με δύο κύκλους χημειοθεραπείας Carboplatin-pemetrexed όπου παρουσίασε σημαντική ανταπόκρισηστον έλεγχο με pet/ct. Παρουσίασε νέα υποτροπή το επόμενο εξάμηνο, οπότε έλαβε θεραπεία με sotorasib λόγω της προϋπάρχουσας ανίχνευσης της μετάλλαξης KRAS(G12C) παρουσιάζοντας έλεγχο της νόσου και σταθεροποίησημετά από 6 μήνες θεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Η διπλή ανοσοθεραπεία φάνηκε πως αυξάνει τη μέση συνολική επιβίωση στο στάδιο αυτό σε 15.6 μήνες έναντι 10.9 μήνες στο σκέλος της χημειοθεραπείας από τη μελέτη CheckMate 9l και πως έχει όφελος σε όλους τους ιστολογικούς τύπους και ανεξαρτήτως έκφρασης PDL-1, με καλό σχετικά προφίλ ασφάλειας τοξικότητας. Επιπλέον, η χορήγηση sotorasib φάνηκε πως παρουσιάζει σημαντική αντικαρκινική δραστηριότητα στους ασθενείς μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και KraspG12C μεταλλαγή.Ο ασθενής μας αποτελεί μια εφαρμογή και παρατήρηση σε πραγματικό χρόνο της αποτελεσματικότητας των νέων εφαρμογών της ανοσοθεραπείας στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Νοσήματα Πνεύμονα & Ατμοσφαιρική Ρύπανση

AA142

ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 1990-2019 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]
[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας , [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας , [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η ατμοσφαιρική ρύπανση αποτελεί σημαντικό περιβαλλοντικό παράγοντα κινδύνου για τη πρόκληση αλλά και επιδείνωση αναπνευστικών νοσημάτων όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη, στόχος μας ήταν να περιγράψουμε τη θνησιμότητα και τα προσαρμοσμένα στην αναπηρία έτη ζωής (DALYs) από την αποδιδόμενη στην ατμοσφαιρική ρύπανση ΧΑΠ κατά το διάστημα 1990-2019 στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη μελέτη Global Burden of Disease Study 2019 (μελέτη GBD 2019; https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/). Οι υπό μελέτη δείκτες εκτιμήθηκαν για όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα χρησιμοποιώντας ως παράγοντες κινδύνου α. την ατμοσφαιρική ρύπανση από όλα τα αίτια και β. τα αιωρούμενα σωματίδια (PMs).

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα, η θνησιμότητα από ΧΑΠ που αποδίδεται στη ρύπανση του αέρα αυξήθηκε από 5,26 θανάτους/100.000 το 1990 σε 9,91 θανάτους/100.000 το 2019. Αντιστοίχως, τα DALYs αυξήθηκαν από 112,31/100.000 σε 159,28/100.000 για το ίδιο χρονικό διάστημα. Αύξηση των δύο δεικτών παρατηρήθηκε και για την αποδιδόμενη σε PMs ΧΑΠ (5,44 θάνατοι/100.000 και 108,47 DALYs/100.000 το 2019 έναντι 3,24 θανάτων/100.000 και 82,95 DALYs το 1990).

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της GBD δείχνουν ότι, στη χώρα μας η επιβάρυνση από την αποδιδόμενη στους ατμοσφαιρικούς ρύπους ΧΑΠ αυξάνεται. Δεδομένης της τοξικότητας των PMs για τους αεραγωγούς, απαιτείται η συστηματική αξιολόγηση τους ως περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου και η συνεκτίμηση τους στη διαχείριση προβλημάτων δημόσιας υγείας.

Νοσήματα Υπεζωκότα

AA143

ΠΡΟΣΒΟΛΗΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γεώργιος Βάιος[1], Μιχαήλ Φαναρίδης[1], Γεώργιος Σταθάκης[1], Στυλιανή Βιζιριαννάκη[1], Χριστίνα Ερμίδου[1], Βασιλεία Καλιαφεντάκη[2], Ελένη Μπιμπάκη[1], Γεώργιος Πιτσιδιανάκης[1], Σοφία Σχίζα[1], Νικόλαος Τζανάκης[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ, [2]Αιματολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

Το πολλαπλούν μυέλωμα, μία σχετικά συχνή αιματολογική κακοήθεια κυρίως σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη κλωνική παραγωγή παθολογικών Β-κυττάρων τα οποία καλούνται πλασματοκύτταρα.Οι κλινικές εκδηλώσεις του νοσήματος καθορίζονται από τη διήθηση των οργάνων, κυρίως των οστών αλλά και την ύπαρξη παραπρωτειναιμίας, από παθολογική σύνθεση ανοσοσφαιρινών. Στην τρέχουσα εργασία, θα περιγράψουμε την περίπτωση μιας ασθενούς μέσης ηλικίας με πρωτοδιαγνωσθέν πολλαπλούνμυέλωμα και αρχικές κλινικές εκδηλώσεις σχετιζόμενες με προσβολή του θωρακικού κλωβού.
Η παρούσα νόσος της ασθενούς, με ατομικό αναμνηστικό χρόνιας ψυχιατρικής συνδρομής, άρχεται από τριμήνου με την εμφάνιση πλευροδυνίας στο δεξιό ημιθωράκιο, αντανάκλαση του άλγους στη ράχη και ύπαρξη συστηματικών συμπτωμάτων. Λόγω επιμονής της συμπτωματολογίας, υπεβλήθη εξωτερικά αρχικά, σε απεικονιστικό έλεγχο θώρακος με ανάδειξη εξεργασίας στην 5η πλευρά ΔΕ, ατελεκτασία μέσου λοβού και λυτικών αλλοιώσεων κατά μήκος της ΘΜΣΣ. Κατά την προσέλευση της ασθενούς στο νοσοκομείο, τεκμηριώθηκε η παρουσία υποξυγοναιμίας βάσει της ανταλλαγής αερίων ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή αναιμία και σημαντικού βαθμού υπερλευκωματιναιμία.
Από πλευράς παρακλινικής διερεύνησης, εστάλη έλεγχος δεικτών αναιμίας και μεταβολισμού ασβεστίου, με συνοδό προσδιορισμό ανοσοφαινοτύπου και ανοσοσφαιρινών, με διαπίστωση υπεργαμμασφαιριναιμίας χωρίς ωστόσο υπερασβεστιαιμία. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση με ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση, σε έδαφος των οποίων ανιχνεύθηκε παθολογικό μονοκλωνικό κλάσμα σφαιρινών οπότε τέθηκε η υπόνοια πολλαπλού μυελώματος.Κατόπιν αιματολογικής εκτίμησης, πραγματοποιήθηκε οστεομυελική βιοψία με τεκμηρίωση διήθησης του μυελού από πλασματοκύτταρα ενώ επαναλήφθηκε ο απεικονιστικός έλεγχος με την αυξανόμενη πλέον σε διαστάσεις αλλοίωση της 5ης πλευράς, να αποδίδεται σε ύπαρξη θωρακικού πλασματοκυττώματος.Η ασθενής μεταφέρθηκε εν συνεχεία στην Αιματολογική Κλινική προς περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συνολικά, το παραπάνω περιστατικό αποτελεί παράδειγμα των πολυσύνθετων μηχανισμών μέσω των οποίων μπορεί να προσβληθεί το θωρακικό τοίχωμα σε έδαφος συστηματικών νοσημάτων και αναδεικνύει την ανάγκη εγρήγορσης του κλινικού πνευμονολόγου ως προς τη διαφορική διάγνωση παρόμοιων περιστατικών

AA144

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΥΠΕΡΩΣΜΩΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΠΛΥΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΟΥ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ: ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΟΡΟΥ ΣΤΙΣ ΠΛΥΣΕΙΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ?

Ελεάννα Πιταράκη[1], Rajesh Jagirdar[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Σωτήριος Σίνης[1,3], Βασίλειος Λιακόπουλος[4], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, [4]Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Τα μεσοθηλιακά κύτταρα επενδύουν την υπεζωκοτική κοιλότητα, πλύσεις της οποίας (pleural irrigation) με φυσιολογικό ορό μειώνουν το μικροβιακό φορτίο σε περιπτώσεις υπεζωκοτικών λοιμώξεων.

Σκοπός: Να διερευνήσουμε τις επιδράσεις εμπορικού υπερωσμωτικού διαλύματος που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση στη διαπερατότητα του υπεζωκοτικού μεσοθηλιακού φραγμού.

Μεθοδολογία: MeT-5A κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε φίλτρα Snapwell™ έως το σχηματισμό μονοστιβάδας. Έπειτα τοποθετήθηκαν σε διάταξη Ussing για ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες και επωάστηκαν για 30 λεπτά με ισότονο αλατούχο διάλυμα [(Krebs-Ringer Solution, ~280 mOsm/L) Control] ή υπερωσμωτικό εμπορικό διάλυμα (Dianeal®, 404,4 mOsm/L). Η διαπερατότητα του φραγμού εκτιμήθηκε με την καταγραφή της διαμεσοθηλιακής αντίστασης (RTM, σε Ω*cm2) και τη διάχυση φθορίζουσας δεξτράνης 10-kDa. Επίσης, με Real Time-PCR (γονίδιο αναφοράς: β-actin) υπολογίστηκε η γονιδιακή έκφραση της CLDN1 και CLDN2 σε κάθε ομάδα.

Αποτελέσματα: Η επώαση με Dianeal® διατήρησε σημαντικά αυξημένη την RTM ($p<0,001$) συγκριτικά με το Control και ταυτόχρονα επέτρεψε χαμηλότερο ποσοστό παρακυτταρικής μεταφοράς ($p<0,01$), όπως υπολογίστηκε από την ένταση φθορισμού της δεξτράνης. Κύτταρα υπό την επίδραση του Dianeal® παρουσίασαν επίσης σημαντικά αυξημένη έκφραση των γονιδίων CLDN1 ($p<0,01$) και CLDN2 ($p<0,01$) συγκριτικά με κύτταρα σε Control συνθήκες.

Συμπεράσματα: Το Dianeal®μεταβάλλει σημαντικά τη λειτουργία του μεσοθηλιακού φραγμού προκαλώντας αύξηση της διαμεσοθηλιακής αντίστασης και της έκφρασης του CLDN1 που έχει δράση 'στεγανοποίησης'. Τα ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα επιβεβαιώθηκαν και από την αυξημένη έκφραση του γονιδίου CLDN2 που αν και επάγει την παρακυτταρική διαπερατότητα σχηματίζοντας διαύλους επιλεκτικούς για μικρά κατιόντα και H2O, μελέτες έχουν δείξει ότι υπερεκφράζεται σε καταστάσεις φλεγμονής.

AA145

ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ ΕΠΑΓΕΙ ΤΗ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ.

Rajesh Jagirdar[1], Σωτήριος Σίνης[1,2], Λυδία Γιαννακού[1], Ερασμία Ρούκα[1,3], Ελεάννα Πιταράκη[1], Χρυσή Χατζόγλου[1,2], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[2], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,2]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Το μεσοθήλιο παίζει σημαντικό ρόλο σε καταστάσεις φλεγμονής του υπεζωκότα καθώς και κατά την ιστική επιδιόρθωση. Η ικανότητα μιας κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής (ΥΣ) να επάγει την επιθηλιακή-προς-μεσεγχυματική μετάβαση (ΕΜΤ) ανθρώπινων μεσοθηλιακών κυττάρων παραμένει άγνωστη.

Σκοπός: Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε την πιθανή τάση μεσοθηλιακών κυττάρων του υπεζωκότα να μεταπίπτουν σε μεσεγχυματικού τύπου κύτταρα λόγω έκθεσης σε ΥΣ ασθενών με μεσοθηλίωμα.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε πειράματα συστολής γέλης κολλαγόνου με ενσωματωμένα καλοήθη μεσοθηλιακά κύτταρα (MeT-5A) ή κύτταρα μεσοθηλιώματος (M14K: επιθηλιοειδές, MSTO: διφασικό και ZL34: σαρκωματοειδές) σε συνθήκες απλού θρεπτικού υλικού 10%RPMI (Control) ή 10%RPMI σε αναλογία 1:1 με ΥΣ ασθενών με μεσοθηλίωμα. Ο δείκτης συσταλτότητας (Contractility Index, CI) υπολογίστηκε από μετρήσεις της επιφάνειας των γελών στις 24, 48 και 72 ώρες.

Αποτελέσματα: Σε όλες τις κυτταρικές σειρές παρατηρήθηκε υψηλότερο CI όταν εκτέθηκαν σε ΥΣ σε σύγκριση με Control ($p<0.001$). Πιο συγκεκριμένα, τα MeT5A διαφέρουν στις 24 και 48 ώρες, τα M14K μόνο στις 24 ώρες ενώ τα MSTO και ZL34 διέφεραν σημαντικά όλες τις χρονικές στιγμές.

Συμπεράσματα: Στα αποτελέσματα μας αναφέρουμε ότι τόσο τα καλοήθη όσο και τα κακοήθη μεσοθηλιακά κύτταρα παρουσιάζουν αυξημένη συσταλτότητα γελών όταν εκτίθενται σε υπεζωκοτικό υγρό που προέρχεται από ΥΣ ασθενούς με μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να συνεισφέρουν στη γνώση της παθοφυσιολογίας του υπεζωκότα.

AA146

Η ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΟΣ ΚΡΟΣΣΟΥ (ΠΚ) ΕΙΝΑΙ ΚΡΙΣΙΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΣΤΟΛΗ ΜΗΤΡΑΣ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ.

Rajesh Jagirdar[1], Ελεάννα Πιταράκη[1], Ουρανία Κώτσιου[2], Ερασμία Ρούκα[2], Σωτήριος Σίνης[3], Λυδία Γιαννακού[1], Χρυσή Χατζόγλου[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Οι πιο κοινοί ιστολογικοί υπότυποι μεσοθηλιώματος που προκαλείται από την περιβαλλοντική έκθεση σε αμίαντο είναι το επιθηλιοειδές και το διφασικό μεσοθηλίωμα. Η διήθηση νεοπλασματικών κυττάρων στην εξωκυττάρια μήτρα κατά την μετανάστευση, αποτελεί κρίσιμο στάδιο για τον σχηματισμό του όγκου. Υπεζωκοτικές συλλογές από ασθενείς με μεσοθηλίωμα περιέχουν μονήρη κύτταρα και/ή 3-διάστατα σφαιροειδή που αποτελούν εστίες του όγκου.

Σκοπός: Να προσδιορίσουμε το ρόλο του ΠΚ σε κλινικά σχετικούς φαινοτύπους όπως ο σχηματισμός σφαιροειδών σε έδαφος εξωκυττάριας μήτρας και στη συσταλτικότητα γελών κολλαγόνου με αντίστοιχα σφαιροειδή.

Υλικό και Μέθοδος: Επιθηλιοειδή (M14K) και διφασικά (MSTO) κύτταρα μεσοθηλιώματος χρησιμοποιήθηκαν σε εναιώρημα μονήρων κυττάρων ή καλλιεργήθηκαν σε σφαιροειδή για να εκτιμηθεί η ικανότητα τους να παραμορφώνουν τη μήτρα κολλαγόνου. Οι γέλες κολλαγόνου περιείχαν φάρμακα που επηρεάζουν τον ΠΚ, Ammonium sulfate (AS), Chloral Hydrate (CH) και Lithium Chloride (LC).

Αποτελέσματα: Η συστολή γέλης με ενσωματωμένα M14K σε απλό θρεπτικό μέσο (Control) διέφερε σημαντικά σε σύγκριση με τις ομάδες που περιείχαν τα φάρμακα AS, CH και LC ($p<0,001$ σε όλες τις περιπτώσεις). Αντίστοιχα, οι Control MSTO γέλες είχαν δείκτη μικρότερο δείκτη συσταλτότητας από τις αντίστοιχες των M14K, ενώ με τη χρήση φαρμάκων και πάλι οι MSTO γέλες μειώθηκαν σημαντικά ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Ο ακέραιος ΠΚ σε σφαιροειδή ενσωματωμένα σε γέλες κολλαγόνου επιδρά στην 3-διάστατη διήθηση, ενώ σε εναιωρήματα μονήρων κυττάρων επιτρέπει την έντονη συστολή των γελών κολλαγόννου. Η αυτοτομή του ΠΚ από τα AS και CH, ή η επιμήκυνσή του από το LC οδηγεί στην απώλεια της ικανότητας διήθησης και συσταλτότητας κυττάρων του μεσοθηλιώματος.

AA147

ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΤΩΝ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1990-2019.

Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[2,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[2,3]
[1]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Το μεσοθηλίωμα αποτελεί μία εξαιρετικά επιθετική μορφή καρκίνου με κακή πρόγνωση. Παρά το γεγονός ότι, η έκθεση στον αμίαντο αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης της νόσου αρκετές χώρες εξακολουθούν να χρησιμοποιούν πρώτες ύλες που βασίζονται στη συγκεκριμένη ομάδα πυριτικών ορυκτών.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη, στόχος μας ήταν να περιγράψουμε την παγκόσμια επίπτωση, τη θνησιμότητα και τα προσαρμοσμένα στην αναπηρία έτη ζωής (DALYs) του μεσοθηλιώματος από το 1990 έως το 2019.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη μελέτη Global Burden of Disease Study 2019 (μελέτη GBD 2019; https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/). Για τη σκιαγράφηση των τάσεων επίπτωσης και θνησιμότητας χρησιμοποιήθηκαν ο τυποποιημένος κατά ηλικία ρυθμός επίπτωσης (ASIR), ο τυποποιημένος κατά ηλικία ρυθμός θανάτου (ASDR) και τα τυποποιημένα κατά ηλικία DALYs.

Αποτελέσματα: Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ASIR του μεσοθηλιώματος μειώθηκε από 0,49 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 το 1990 σε 0,43 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 το 2019. Αντίστοιχα, το ASDR μειώθηκε από 0,4 θανάτους ανά 100.000 το 1990 σε 0,36 θανάτους ανά 100.000 το 2019. Ο ηλικιακά τυποποιημένος δείκτης DALYs ανά 100.000 μειώθηκε από 9,44 το 1990 σε 8,1 το 2019. Οι τάσεις διέφεραν σημαντικά μεταξύ διαφορετικών περιοχών καθώς και μεταξύ των δύο φύλων, με τις χώρες υψηλού εισοδήματος και τους άνδρες να εμφανίζουν τα υψηλότερα σχετικά ποσοστά.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της GBD δείχνουν ότι η παγκόσμια επιβάρυνση από το μεσοθηλίωμα παραμένει σημαντικά υψηλή, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα στην εφαρμογή της απαγόρευσης του αμιάντου σε όλες τις χώρες.

AA148

Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ 2-ΔΕΟΞΥΓΛΥΚΟΖΗΣ (2-DG) ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΥΠΕΡΩΣΜΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΝ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΟ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΟ ΦΡΑΓΜΟ ΑΠΟΚΑΘΙΣΤΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑΣ

Ελεάννα Πιταράκη[1], Rajesh Jagirdar[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Σωτήριος Σίνης[1,3], Βασίλειος Λιακόπουλος[4], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Τα μεσοθηλιακά κύτταρα επενδύουν την υπεζωκοτική κοιλότητα, πλύσεις της οποίας (pleural irrigation) με φυσιολογικό ορό μειώνουν το μικροβιακό φορτίο σε περιπτώσεις υπεζωκοτικών λοιμώξεων. Εμπορικά διαθέσιμο υπερωσμωτικό διάλυμα (υψηλής συγκέντρωσης γλυκόζης) έχει βρεθεί να μειώνει τη διαπερατότητα του υπεζωκοτικού μεσοθηλιακού φραγμού.

Σκοπός: Να διερευνήσουμε εάν η αναστολή της αερόβιας γλυκόλυσης με προσθήκη 2-δεοξυγλυκόζης (2-DG) μπορεί να επαναφέρει τη διαπερατότητα σε φυσιολογικές τιμές υπό την επίδραση υπερωσμωτικού διαλύματος που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση.

Μεθοδολογία: MeT-5A κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε φίλτρα Snapwell™ έως το σχηματισμό μονοστιβάδας. Ακολούθως τοποθετήθηκαν σε Ussing Chambers, όπου τους χορηγήθηκε διάλυμα Περιτοναϊκής Κάθαρσης (υψηλής συγκέντρωσης γλυκόζης και προϊόντων αποδόμησης γλυκόζης; Dianeal®) έναντι του ίδιου διαλύματος εμπλουτισμένου με 0.2 mM 2-DG. Έγινε καταγραφή της διαμεσοθηλιακής αντίστασης (RTM, Ω*cm2) για 4 ώρες και στο τέλος υπολογίστηκε με Real Time-PCR η έκφραση των γονιδίων CLDN1, CLDN2 και CLDN3 που κωδικοποιούν πρωτεΐνες που ελέγχουν την παρακυτταρική διαπερατότητα.

Αποτελέσματα: Η επώαση με Dianeal® διατηρεί σημαντικά αυξημένη την RTM ($p<0,001$) συγκριτικά με την αντίσταση σε απλό θρεπτικό υλικό. Αντιθέτως, το ίδιο διάλυμα εμπλουτισμένο με 2-DG ενώ αρχικά αυξάνει την RTM ($p<0,001$) συγκριτικά με το απλό θρεπτικό υλικό, στο τέλος της 4ωρης επώασης προσέγγισε την αρχική τιμή RTM. Αυτή η πτώση αποτυπώθηκε και στην έκφραση των γονιδίων όπου υπολογίζοντας το fold change σε σχέση με το Dianeal®, είδαμε μείωση στα CLDN1 ($p<0,01$) και CLDN3 ($p<0,001$) και αύξηση στο CLDN2 ($p<0,01$).

Συμπεράσματα: Το Dianeal® εμπλουτισμένο 2-DG μειώνει σημαντικά την έκφραση δύο κλαουδινών με ρόλο 'στεγανοποίησης' ενώ συγχρόνως αυξάνει την έκφραση της κλαουδίνης-2 που σχηματίζει διαύλους για την ελεγχόμενη διέλευση μικρών κατιόντων και μορίων ύδατος. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε βάθος χρόνου στη διατήρηση της αντίστασης παρά το αρχικό στρες που προκαλείται στα κύτταρα.

AA149

Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ 2-ΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΚΑΙ 3-ΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ, ΥΠΕΡΩΣΜΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.

Rajesh Jagirdar[1], Ερασμία Ρούκα[2], Ελεάννα Πιταράκη[1], Λυδία Γιαννακού[1], Χρυσή Χατζόγλου[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Το εξωκυττάριο περιβάλλον των μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα, τι υπεζωκοτικό υγρό, περιέχει πληθώρα βιολογικών παραγόντων που άγουν αντίστοιχα σήματα στο κύτταρα, όπως φλεγμονώδη, ωσμωτικού στρες και οξειδωτικού στρες τα οποία και δύναται να συνυπάρχουν. Η πολλαπλασιαστική δυναμική των μεσοθηλιακών κυττάρων σε αντίστοιχο περιβάλλον υπό την επίδραση ανάλογων παραγόντων δεν έχει μελετηθεί σε συνάρτηση με την επίδραση σημάτων από εξωκυττάρια μήτρα κολλαγόνου.

Υλικό και Μέθοδος: Συγχρονισμένα καλοήθη μεσοθηλιακά ανθρώπινα κύτταρα υπεζωκότα, MeT-5A, χρησιμοποιήθηκαν σε δοκιμασίες κυτταρικού πολλαπλασιασμού και συστολής γέλης κολλαγόνου. 5000 κύτταρα/βοθρίο εναιωρήθηκαν σε πλάκα 96 βοθρίων με 10%FBS-RPMI που περιείχε 7.2% BSA (344 mOsm) ή 5 g/ml LPS ή 100mM H2O2. Ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός μελετήθηκε ανά 24 ώρες για 3 ημέρες με χρήση crystal violet. 106 κύτταρα εναιωρήθηκαν σε 1mg κολλαγόνου με 10%FBS-RPMI που περιείχε BSA, LPS ή H2O2, σε πλάκες 24 βοθρίων. Οι γέλες σταθεροποιήθηκαν και υπολογίστηκε ο δείκτης συσταλτικότητας κάθε 24 ώρες για 3 ημέρες.

Αποτελέσματα: Ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός ήταν περίπου τριπλάσιος τη Τρίτη ημέρα της δοκιμασίας (2.6-fold) σε σχέση με την πρώτη ημέρα καλλιέργειας. Δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες. Ο δείκτης συσταλτικότητας των κυττάρων που είχαν ενσωματωθεί στις γέλες υπό την επίδραση των τριών ειδών στρες ήταν σημαντικά μειωμένος σε σχέση με τις γέλες αναφοράς.

Συμπεράσματα: Ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός των μεσοθηλιακών κυττάρων παραμένει σταθερός υπό συνθήκες φλεγμονώδους, υπερωσμωτικού και οξειδωτικού στρες στις συνθήκες που μελετήσαμε. Σε 3-διάστατα πειράματα όμως η δυνατότητά τους να ανταποκριθούν μηχανικά σε περιβάλλον κολλαγόνου μειώνεται σημαντικά και στα τρια ερεθίσματα.

AA150

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ SLC14A1 ΚΑΙ SLC14A2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ ΚΑΙ ΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Παναγιώτης Τζαμάλας[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα γονίδια SLC14A1 και SLC14A2 κωδικοποιούν τους διαμεμβρανικούς μεταφορείς ουρίας. Σε καρκίνου της ουροδόχου κύστεως και του μελανώματος η συμμετοχή του SLC14A2έχει περιγραφεί. Ωστόσο, η ουρία αποτελεί σημαντικό ωσμωτικό παράγοντα και δεδομένης της μεταβολής της ωσμωτικότητας σε υπεζωκοτικές συλλογές ποικίλης αιτιολογίας, υποθέσαμε ότι πρωτεΐνες που σχετίζονται με τη διακίνηση της ουρίας ίσως να έχουν σημαντικό ρόλο στη παθοφυσιολογία του μεσοθηλιώματος και του πλακώδους καρκινώματος του πνεύμονα.

ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη αυτή στοχεύσαμε στην μεταγραφωμική ανάλυση των γονιδίων SLC14A1 και SLC14A2 σε ασθενείς με μεσοθηλίωμα και πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονα.

ΜΕΘΟΔΟΙ: χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη βάση ανάλυσης δεδομένων Omics τεχνολογιών, UALCAN αντλώντας δεδομένα του TCGA για ασθενείς με μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα (n=87) και ασθενείς με πλακώδες καρκίνωμα του πνεύμονα (n=555) για τα γονίδια που κωδικοποιούν τους διαμεμβρανικούς μεταφορείς ουρίας SLC14A1 και SLC14A2 σε σχέση με την επιβίωση, την ιστολογία του όγκου, το στάδιο της νόσου και το φύλο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα η έκφραση του SLC14A1 είναι σημαντικά αυξημένη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες , ενώ η υψηλή έκφραση του SLC14A2 είναι θετικός προγνωστικός δείκτης επιβίωσης. Στους ασθενείς με πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονα μειώνεται η έκφραση του SLC14A1 σε σχέση με υγιή άτομα, ενώ η χαμηλή έκφραση του γονιδίου σε Καυκάσιους ασθενείς σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης. Η χαμηλή έκφραση του SLC14A2 σε πληθυσμό Αφροαμερικανών ασθενών οδηγεί σε μειωμένη επιβίωσης σε σχέση με Καυκάσιους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η διερεύνηση του ρόλου των SLC14A1 και SLC14A2 στην παθοφυσιολογία του μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα και του πλακώδους καρκινώματος του πνεύμονα είναι σημαντική.

AA151

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ BBS2 ΚΑΙ BBS18 ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΟΣ ΚΡΟΣΣΟΥ ΣΕ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ.

Ερασμία Ρούκα[1,2], Rajesh Jagirdar[1], Ελεάννα Πιταράκη[1], Σωτήριος Σίνης[1,3], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Ο πρωτεύοντας κροσσός είναι ένα αισθητήριο κυτταρικό οργανίδιο που ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα προερχόμενα τόσο από το ενδοκυττάριο όσο και από το εξωκυττάριο περιβάλλον. Η μεταγραφωμική έκφραση συστατικών του συμπλέγματος BBSome του πρωτεύοντος κροσσού σε ανθρώπινα μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα υπό την επίδραση εξωκυττάριων ερεθισμάτων δεν έχει μελετηθεί.

Σκοπός: Στη παρούσα μελέτη στοχεύσαμε στη διερεύνηση της επίδρασης του οξειδωτικού στρες στα επίπεδα έκφρασης των γονιδίων BBS2 και BBS18 του πρωτεύοντος κροσσού σε τρισδιάστατες καλλιέργειες μεσοθηλιακών κυττάρων MeT-5A.

Μέθοδοι: Οι 3-D καλλιέργειες διαμορφώθηκαν με τη μέθοδο της κρεμαστής σταγόνας. Το οξειδωτικό στρες προκλήθηκε με επώαση των 3-D κυτταρικών σειρών με 0.1 mM H2O2. Η σχετική γονιδιακή έκφραση των BBS2 και BBS18 εκτιμήθηκε με ποσοτική PCR πραγματικού χρόνου χρησιμοποιώντας τη β-ακτίνη ως γονίδιο αναφοράς. Οι συνθήκες αντίδρασης ήταν κοινές για όλα τα γονίδια (50°C για 2 λεπτά, 95°C για 2 λεπτά και στη συνέχεια 40 κύκλοι 95°C για 15 δευτερόλεπτα, 55°C για 30 δευτερόλεπτα και 72°C για 1 λεπτό). Οι διαφορές στην έκφραση των γονιδίων (Fold Change; FC) υπολογίστηκαν με τη μέθοδο Pfaffi που λαμβάνει υπόψη την αποτελεσματικότητα των εκκινητών.

Αποτελέσματα: Παρατηρήσαμε ότι στα μεσοθηλιακά κύτταρα MeT-5A και τα δύο υπό μελέτη γονίδια, BBS2 και BBS18, υπό-εκφράζονται υπό την επίδραση οξειδωτικού στρες επαγώμενου από H2O2 (BBS2 FC:0.549; BBS18 FC: 0.590).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας υποδεικνύουν ότι, η μεταγραφωμική έκφραση μοριακών συστατικών του πρωτεύοντος κροσσού σε καλοήθη μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα που είναι ενσωματωμένα σε τρισδιάστατες καλλιέργειες μεταβάλλεται υπό την επίδραση οξειδωτικού στρες.

AA152

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑ ΜΟΝΟΣΤΙΒΑΔΑΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ «ΒΙΟΣΥΜΒΑΤΩΝ» ΥΠΕΡΩΣΜΩΤΙΚΩΝ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΠΛΥΣΕΩΝ

Ελεάννα Πιταράκη[1], Rajesh Jagirdar[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Σωτήριος Σίνης[1,3], Βασίλειος Λιακόπουλος[4], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [4]4Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι πλύσεις υπεζωκοτικής κοιλότητας (pleural irrigation) με φυσιολογικό ορό μειώνουν το μικροβιακό φορτίο σε περιπτώσεις υπεζωκοτικών λοιμώξεων. Εμπορικά διαθέσιμα βιοσυμβατά υπερωσμωτικά διαλύματα περιτοναϊκής κάθαρσης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν.

Σκοπός: Διερεύνηση της επίδρασης επώασης υπεζωκοτικής μεσοθηλιακής μονοστιβάδας με "βιοσυμβατά" υγρά περιτοναϊκών πλύσεων στη διαπερατότητα της στιβάδας.

Υλικό και Μέθοδος: Snapwell™ με μονοστιβάδες μεσοθηλιακών (MeT-5A) κυττάρων τοποθετήθηκαν σε διάταξη Ussing chambers και για 4 ώρες εκτέθηκαν σε δύο 'βιοσυμβατά' διαλύματα Περιτοναϊκής Κάθαρσης (BicaVera®, Balance®). Σε κλειστό κύκλωμα καταγράφηκε η διαμεσοθηλιακή αντίσταση (RTM, Ω*cm2) και στο τέλος της επώασης εκτιμήθηκε η διάχυση φθορίζουσας δεξτράνης 10-kDa και προσδιορίστηκε η γονιδιακή έκφραση των Claudin-1,-2,-3 με RT-PCR (γονίδιο αναφοράς: β-actin).

Αποτελέσματα: Η επώαση με BicaVera® αρχικά αυξάνει την RTM ($p<0,05$) συγκριτικά με την αντίσταση σε ισότονο ρυθμιστικό διάλυμα όμως στο τέλος της 4ωρης επώασης προσεγγίζει την αρχική τιμή. Αντιθέτως, το Balance® δεν αυξάνει την RTM ακαριαία τη στιγμή που εισάγεται αλλά σταδιακά και έπειτα από μια ώρα είναι σημαντικά υψηλότερη ($p<0,001$). Ωστόσο, η αύξηση αυτή αποκαθίσταται προδευτικά. Συγκρίνοντας τα δύο διαλύματα μεταξύ τους, δεν διέφεραν σε κανένα χρονικό σημείο, ενώ το γεγονός ότι και στις δύο περιπτώσεις η αρχική και η τελική τιμή RTM είναι παρόμοιες επιβεβαιώθηκε τόσο από την (%) παρακυτταρική μεταφορά φθορίζουσας δεξτράνης όσο και από τα επίπεδα έκφρασης των Claudin-1, -2 και -3.

Συμπεράσματα: Αν και αρχικά παρατηρούνται ορισμένες ήπιες μεταβολές στη διαπερατότητα μεσοθηλιακών μονοστιβάδων εκτεθειμένων σε "βιοσυμβατά" διαλύματα περιτοναϊκής κάθαρσης, μακροπρόθεσμα δεν φαίνεται να επηρεάζεται. Επομένως θα μπορούσαν να μελετηθούν περαιτέρω ως πιο φιλικές επιλογές υπεζωκοτικές πλύσης προς τη μεσοθηλιακή μονοστιβάδα..

AA153

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΩΜΙΚΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ BBS ΤΟΥ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΟΣ ΚΡΟΣΣΟΥ ΣΕ ΔΥΣΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Ερασμία Ρούκα[1,2], Ελεάννα Πιταράκη[1], Rajesh Jagirdar[1], Χρυσή Χατζόγλου[1], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Ο πρωτεύοντας κροσσός είναι ένα αισθητήριο κυτταρικό οργανίδιο me πολλαπλούς ρόλους στην κυτταρική ομοιόσταση σηματοδότηση. Ελάχιστα πειραματικά δεδομένα υπάρχουν αναφορικά με τη γονιδιακή έκφραση του συμπλέγματος BBSome του πρωτεύοντος κροσσού σε ανθρώπινα μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα.
Σκοπός: Στη παρούσα μελέτη στοχεύσαμε στη διερεύνηση των μοριακών συστατικών του BBSome τόσο σε δυσδιάστατες όσο και σε τρισδιάστατες καλλιέργειες μεσοθηλιακών κυττάρων MET-5A.

Υλικό και Μέθοδος: Η σχετική γονιδιακή έκφραση των BBS1, BBS2, BBS4, BBS5, BBS7, BBS8, BBS9 και BBS18 εκτιμήθηκε με ποσοτική PCR πραγματικού χρόνου χρησιμοποιώντας τη β-ακτίνη ως γονίδιο αναφοράς. 200 ng RNA χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνθεση cDNA σε 20 μL όγκου αντίδρασης με το σύστημα SuperScript™ III. Το cDNA αραιώθηκε 1:5 με νερό ελεύθερο νουκλεασών. Το αραιωμένο cDNA (8,4μl) και οι εκκινητές (0,4μM) προστέθηκαν στη συνέχεια σε μίγμα PCR 20 μl (PowerUp™ SYBR™ Green Master Mix) και ενισχύθηκαν στο σύστημα ABI 7300 Real-Time PCR. Οι συνθήκες αντίδρασης για όλα τα γονίδια ήταν οι εξής: 50°C για 2 λεπτά, 95°C για 2 λεπτά και στη συνέχεια 40 κύκλοι 95°C για 15 δευτερόλεπτα, 55°C για 30 δευτερόλεπτα και 72°C για 1 λεπτό.
Αποτελέσματα: Δεν ανιχνεύσαμε έκφραση του γονιδίου BBS18. Παρατηρήσαμε έκφραση του γονιδίου BBS5 μόνο στις καλλιέργειες μεσοθηλιακών κυττάρων MET-5A τριών διαστάσεων. Η σχετική γονιδιακή έκφραση των συστατικών BBS2, BBS9 και BBS18 βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στην τρισδιάστατη κυτταροκαλλιέργεια σε σχέση με τη δυσδιάστατη ($p=0.005$, $p=0.006$ και $p=0.007$ αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας υποδεικνύουν ότι, η ορθότερη προσέγγιση μελέτης των μοριακών συστατικών του πρωτεύοντος κροσσού στα μεσοθηλιακά κύτταρα του υπεζωκότα θα πρέπει να περιλαμβάνει καλλιέργειες και των δύο διαστάσεων.

AA154

Η ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΔΙΑΜΕΜΒΡΑΝΙΚΩΝ ΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ ΕΥΝΟΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Αικατερίνη Βόντζου, Ερασμία Ρούκα, Χρυσή Χατζόγλου, Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]
[1]*Faculty Of Medicine, University of Thessaly*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα είναι ένας σπάνιος και επιθετικός τύπος καρκίνου του πνεύμονα που προκαλείται κυρίως από την έκθεση στον αμίαντο στο χώρο εργασίας. Ο ρόλος των λιπαρών οξέων στον καρκίνο είναι σημαντικός, καθώς, η ενισχυμένη σύνθεση ή πρόσληψή τους συμβάλλει στην ταχεία ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και στο σχηματισμό όγκων. Τα λιπαρά οξέα αποτελούν τη δομική βάση των βιολογικών μεμβρανών και λειτουργούν ως μόρια σηματοδότησης και πηγή ενέργειας.
ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη αυτή στοχεύσαμε στην μεταγραφωμική ανάλυση των γονιδίων σχετιζόμενων με τη διαμεμβρανική μεταφορά των λιπαρών οξέων σε ασθενείς με μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα και καρκίνο του πνεύμονα.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήσαμε τις βάσεις δεδομένων, Transporter Classification Database και Genecards για την ταυτοποίηση όλων των γονιδίων που κωδικοποιούν μεταφορείς ελεύθερων λιπαρών οξέων. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από τη βάση ανάλυσης δεδομένων Omics τεχνολογιών, UALCAN, και διαστρωματώσαμε ασθενείς με μεσοθηλίωμα και καρκίνο του πνεύμονα με βάση τη διάμεση τιμή έκφρασης του κάθε γονιδίου σε σχέση με την επιβίωση των ασθενών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 10 γονίδια μεταφορέων λιπαρών οξέων που αναλύθηκαν, η έκφραση 2 γονιδίων (SLC27A4 και SLC16A3) βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική για την επιβίωση των ασθενών με μεσοθηλίωμα. Από την ανάλυση Kaplan-Meier βρέθηκε ότι η μειωμένη έκφραση του SLC27A4 και του SLC16A3 αυξάνει την επιβίωση των ασθενών. Τέλος, η μειωμένη έκφραση των SLC27A4 και SLC16A3 ευνοεί την επιβίωση των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα αντίστοιχα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι η διερεύνηση του ρόλου των γονιδίων σχετιζόμενων με τη διαμεμβρανική μεταφορά των λιπαρών οξέων στην παθοφυσιολογία του μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα είναι σημαντική.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA155

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ WALDENSTRÖM ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΤΟ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β ΚΥΤΤΑΡΑ ΛΕΜΦΩΜΑ

Αθανάσιος Κορομηλιάς[1], Παναγιώτα Καρύδη[1]
[1]*Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center*

Εισαγωγή Το διάχυτο από μεγάλα Β κύτταρα λέμφωμα (DLBCL) είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος του non-Hodgkin λεμφώματος (NHL). Εξωλεμφαδενική εντόπιση παρουσιάζεται στο 40% των ασθενών με DLBCL.
Παρουσίαση Ασθενής, 80 ετών, με χρόνια νεφρική νόσο, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, κολπική μαρμαρυγή και μακροσφαιριναιμία Waldenström (υπό παρακολούθηση), προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος ήπια θωρακαλγία δεξιά και δύσπνοια στην προσπάθεια από μηνός, με προοδευτική επιδείνωση. Ο ασθενής είχε εισαχθεί ξανά με παρόμοια συμπτωματολογία και ανάδειξη υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά, που αποδόθηκαν σε απορρύθμιση καρδιακής-νεφρικής λειτουργίας και αντιμετωπίστηκαν ανάλογα (εκκενωτική παρακέντηση, προσαρμογή διουρητικής αγωγής και συνεδρίες τεχνητού νεφρού). Στην αξονική τομογραφία θώρακα αναδείχτηκε σημαντική υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, καθώς και πολλαπλές ευμεγέθεις οζόμορφες αλλοιώσεις αντίστοιχα με το δεξιό ημιδιάφραγμα, με ενδοκοιλιακή επέκταση, έως τον άνω πόλο του δεξιού νεφρού. Τέθηκε καθετήρας παροχέτευσης και η εξέταση του πλευριτικού υγρού ανέδειξε διίδρωμα με πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία (985 mm3) και αρνητική κυτταρολογική εξέταση. Υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση διενεργήθηκε βιοψία, η οποία ανέδειξε διήθηση από διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β κύτταρα. Κατόπιν αιματολογικής εκτίμησης έγινε έναρξη ανοσοχημειοθεραπείας (R-mini-CHOP) με σημαντική κλινική και απεικονιστική βελτίωση στον επανέλεγχο (μείωση του μεγέθους των βλαβών και σημαντική υποχώρηση της υπεζωκοτικής συλλογής).
Συζήτηση Οι ασθενείς με μακροσφαιριναιμία Waldenström μπορεί να παρουσιάσουν διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β κύτταρα ως δεύτερη κακοήθεια ή στα πλαίσια εκτροπής. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η διάγνωση προέκυψε στα πλαίσια διερεύνησης υπεζωκοτικής συλλογής με υποτροπές, που μπορούν να αποδοθούν και στη μειωμένη ικανότητα απορρόφησης του πλευριτικού υγρού εξαιτίας των επιφρενικών και διαφραγματικών βλαβών.
Συμπέρασμα Η αντιμετώπιση του διαφραγματικών και επιφρενικών βλαβών από το λέμφωμα από Β κύτταρα συνέβαλε στην υποχώρηση της εκτεταμένης και υποτροπιάζουσας διιδρωματικής πλευριτικής συλλογής.

AA156

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ

Αθανάσιος Κορομηλιάς[1], Παναγιώτα Καρύδη[1]
[1]*Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center*

Εισαγωγή Η παροχέτευση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού αποτελεί καλά τεκμηριωμένο τρόπο αντιμετώπισης του υδροκεφάλου, οφειλόμενου σε διάφορα αίτια, τόσο σε παιδιατρικούς όσο και σε ενήλικες ασθενείς.
Παρουσίαση Ασθενής, 19 ετών, μη καπνίστρια, προσήλθε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου αιτιώμενη θωρακικό άλγος δεξιά. Πρόκειται για ασθενή με νεογνικό υδροκέφαλο και τοποθέτηση κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης με πρόσφατη (20 ημέρες προ της προσέλευσής της) αναθεώρησή της. Στον απεικονιστικό έλεγχο θώρακα αναδείχτηκαν: μικρή υπεζωκοτική συλλογή δεξιά, ο καθετήρα παροχέτευσης με αναδιπλώσεις και το ελεύθερο άκρο του εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Η προσπάθεια διαγνωστικής παρακέντησης της συλλογής υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση ήταν ανεπιτυχής. Κατόπιν νευροχειρουργικής εκτίμησης αποφασίστηκε η επανατοποθέτηση της παροχέτευσης. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές και η σωστή θέση του καθετήρα επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά.
Συζήτηση Η μετανάστευση του καθετήρα αποτελεί σπάνια μηχανική επιπλοκή και μπορεί να συμβεί είτε υπερδιαφραγματικά, είτε διαδιαφραγματικά, συνηθέστερα εντός 6 μηνών από την τοποθέτηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση υπερδιαφραγματικής μετανάστευσης ο καθετήρας παροχέτευσης εισήλθε στη θωρακική κοιλότητα από σημείο δεξιά παραστερνικά κάτωθεν της 2ης πλευράς, πιθανότατα μέσω αρχικής λανθασμένης τοποθέτησης του μεταλλικού οδηγού. Συνηθέστερα προκαλούνται σημεία και συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως πυρετός, βήχας, θωρακαλγία, υπεζωκοτική συλλογή έως και σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια (κυρίως σε παιδιατρικούς ασθενείς) και σπανιότερα από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αντιμετωπίζεται με χειρουργική αναθεώρηση. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται και μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ενδοθωρακική μετανάστευση καθετήρων κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.
Συμπέρασμα Η πιθανότητα ενδοθωρακικής μετανάστευσης του καθετήρα κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση αναπνευστικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με συμβατό ιστορικό.

AA157

ΨΕΥΔΟΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ MRSA

Στεφανία Λωλη[1], Δήμητρα Φασφαλή, Ευφροσύνη Δήμα, Παρασκευή Κατσαούνου, Ανδρέας Ασημάκος
[1]*ΓΝΑ Ευαγγελισμός*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ψευδοχυλοθώρακας εμφανίζεται ως μία χρόνια υπεζωκοτική συλλογή με υψηλή συγκέντρωση χοληστερόλης συνήθως ως απόρροια χρόνιας φλεγμονώδους πλευρίτιδας, λόγω της πάχυνσης του υπεζωκότα δεν είναι δυνατή η απομάκρυνση της χοληστερόλης που παράγεται από την εκφύλιση των κυττάρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αυτού. Τα σύνηθη αίτια ειναι η ΤΒ πλευρίτιδα (>50%) και η ρευματοειδής αρθριτιδα. Το υγρό ειναι εξιδρωματικό με χαρακτηριστικά την υψηλή χοληστερόλη υγρού(>250) και τους κρυστάλλους χοληστερόλης. Αντιμετωπίζεται με αντιφυματική αγωγή αν θεωρείται σε έδαφος ΤΒ, παροχέτευση και αποφλοίωση αν προκαλεί δύσπνοια.
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ: Ασθενής 84 ετών πρώην καπνιστής 50py και μηχανικός σε πλοία, προσέρχεται στο ΤΕΠ με δύσπνοια , χρόνιο βήχα και πυώδη απόχρεμψη. Από το ιστορικό: ΧΑΠ υπό οξυγονοθεραπεία, ΑΥ , αναφερόμενο ιστορικό με ΤΒ λοίμωξη σε νεαρή ηλικία για την οποία δεν έλαβε αγωγή και εγκυστωμένη συλλογή με πάχυνση του υπεζωκότα γνωστή από ετών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλούς δείκτες φλεγμονής και λευκοκυττάρωση (WBCs-23800). Από την αξονική θώρακος φαίνεται εγκυστωμένη συλλογή με υπεζωκοτική πάχυνση και ασβεστώσεις . Ο ασθενής προσκομίζει παλαιότερες αξονικές θώρακος με την ίδια εικόνα τη τελευταία 5ετία. Διενεργήθηκε διαγνωστική παρακέντηση του πλευριτικού υγρού με τα εξής ευρήματα: υγρό-γαλακτώδες, άοσμο αρ.κυττάρων-67000, LDH-2684, Chol-141,trig-56, ολικά λευκώματα-4,5, Alb-2,6. Η καλλιέργεια του υγρού απομόνωσε MRSA.
ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Η διάγνωση τέθηκε λόγω της υψηλής τιμής χοληστερόλης στο υγρό χωρίς την ύπαρξη χυλομικρών και από τον λόγο χοληστερόλης πλευριτικού υγρού/τριγλυκερίδια πλευριτικού υγρού >1. Χαρακτηριστική θεωρείται η πάχυνση του υπεζωκότα με ασβεστώσεις.
ΕΚΒΑΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά ως ένα χρόνιο εμπύημα με αντιβιοτική αγωγή. Δεν ήταν δυνατή η παροχέτευση-αποφλοίωση λόγω ηλικίας, συνοσσηροτήτων και αυξημένης περιεγχειρητικής θνησιμότητας. Άπο όσον γνωρίζουμε ο ψευδοχυλοθώρακας λόγω χρόνιου εμπυήματος είναι μία πολύ σπάνια νοσολογική οντότητα.

AA158

IBRUTINIB: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΟ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Δήμητρα Σιώπη[1], Δήμητρα Δάιου[1], Δήμητρα-Διονυσία Σαμαρά[1], Ευφημία Καμαριώτου[1], Μαρία Κωνσταντινίδου[1], Διονύσης Σπυράτος[2], Διαμαντής Χλωρός[1], Δέσποινα Παπακώστα[2]
[1]Πνευμονολογική κλινική Ε.Σ.Υ. , Γ.Ν. Παπανικολάου, [2]Πανεπιστημιακή πνευμονολογική κλινική Α.Π.Θ.

Εισαγωγή : Η ibrutinib είναι ένας αναστολέας της τυροσινικής κινάσης του Bruton που χορηγείται στο λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα , στη χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και τη Μακροσφαιριναιμία του Waldenström (WM). Σπάνια έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη υπεζωκοτικής και περικαρδιακής συλλογής.
Παρουσίαση περιστατικού : Παρουσιάζουμε την σπάνια περίπτωση υπεζωκοτικής συλλογής που αποδόθηκε στη λήψη ibrutinib.
‘Ανδρας 57 ετών, με WM από 19ετίας, υπό ibrutinib από 1.5 έτους περίπου, παρουσίασε δύσπνοια στην κόπωση, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Στον ακτινολογικό έλεγχο στον οποίο υποβλήθηκε και απέκλεισε την πνευμονική εμβολή , διαπιστώθηκε εγκυστωμένη υπεζωκοτική συλλογή ΑΡ , η οποία σε ανασκόπηση του φακέλου του προϋπήρχε σε μικρή ποσότητα και σε προ έτους CT θώρακος, όχι όμως σε παλαιότερους απεικονιστικούς ελέγχους.
Η διαγνωστική παρακέντηση ανέδειξε εξίδρωμα, με παρουσία ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων και λεμφοκυττάρων (90 κκχ), με Ph:7,27 , ADA : 8U/L, LDH : 264 U/L, Glu: 58 mg/dl, ολικά λευκώματα: 3,19 g/dl, αλβουμίνη: 2,06 g/dl,τριγλυκερίδια : 37 mg/dl, χοληστερίνη: 65mg/dl, Hct :0,2% . Τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας μεσαίου εύρους και ακολούθησαν 2 συνεδρίες ινωδόλυσης , με συνολική αφαίρεση 900 ml πλευριτικού υγρού. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί (CRP: 0,65, Λευκά: 9.620, PCT: 0,03)
Ο βακτηριολογικός και κυτταρολογικός έλεγχος του πλευριτικού υγρού ήταν αρνητικοί, ενώ ο ανοσοφαινότυπος δεν ανέδειξε κλωνικότητα Β κυττάρων.
Η πλευριτική συλλογή αποδόθηκε στη λήψη του ibrutinib και έγινε διακοπή του φαρμάκου από τον θεράποντα αιματολόγο, χωρίς να διαπιστωθεί εκ νέου υποτροπή της υπεζωκοτικής συλλογής στους επόμενους μήνες παρακολούθησης του ασθενούς.
Συμπέρασμα: Αν και περιγράφεται σπάνια βιβλιογραφικά, το ενδεχόμενο συσχέτισης με λήψη ibrutinib θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση πρωτοεμφανιζόμενης υπεζωκοτικής συλλογής σε ασθενείς που λαμβάνουν τον παράγοντα, αφού αποκλειστούν άλλα αίτια.

AA159

ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΟΡΤΗΣ

Κωνσταντίνος Τζημόπουλος[1], Αλέξανδρος Αλεξόπουλος[1], Αλέξανδρος Βίσκος[1]
[1]*Ιατρικό Κέντρο Αθηνών*

Εισαγωγή: Χυλοθώρακας είναι η συλλογή χυλού στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Ο χυλός είναι το υγρό το οποίο παράγεται από την απορρόφηση μακράς αλύσου τριγλυκεριδίων στο λεμφικό σύστημα του λεπτού εντέρου. Βλάβη στο θωρακικό πόρο ή τους κλάδους του έχει σαν αποτέλεσμα τη διαρροή χυλού στις παρακείμενες δομές. Αίτια χυλοθώρακα αποτελούν συγγενείς ανωμαλίες, νεοπλάσματα, λοιμώξεις, τραυματισμοί του θώρακα, χειρουργικοί ή μη και ιδιοπαθείς περιπτώσεις. Θα αναφερθούμε σε ασθενή με χυλοθώρακα μετά από χειρουργείο αποκατάστασης ανευρύσματος αορτής.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 76 ετών με Α/Α αρτηριακή υπέρταση και ιστορικό χειρουργείου αποκατάστασης ανευρύσματος θωρακικής – κοιλιακής αορτής προ μηνός προσήλθε λόγω δύσπνοιας σταδιακά επιδεινούμενης από 10ημέρου με συνοδό αίσθημα βάρους αριστερού ημιθωρακίου. Παρουσίαζε αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερά. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα συμβατή με μεγάλη υπεζωκοτική συλλογή αριστερά. Έγινε τοποθέτηση διαθωρακικού σωλήνα και παροχετεύτηκε γαλακτόχροο υγρό. Η εξέταση του υγρού ήταν συμβατή με χυλοθώρακα. Η ασθενής τέθηκε σε ολική παρεντερική διατροφή και παροχέτευση του υγρού. Επί αναπαραγωγής του υγρού ,παρά την αντιμετώπιση, χορηγήθηκε οκτρεοτίδη υποδορίως. Η ασθενής παρουσίασε μείωση της αναπαραγωγής του υγρού κι έγινε επανέναρξη της σίτισης με μέσης αλύσου λιπαρά οξέα χωρίς αύξηση της παροχέτευσης του πλευριτικού υγρού κι αφαιρέθηκε ο θωρακικός σωλήνας. Εξήλθε κλινικά και ακτινολογικά βελτιωμένη χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια. Στον επανέλεγχο δεν διαπιστώθηκε υποτροπή του χυλοθώρακα.

Συζήτηση: Ο μετεγχειρητικός χυλοθώρακας είναι η συχνότερη αιτία στη σύγχρονη ιατρική. Η οισοφαγεκτομή έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο και ακολουθεί η εκτομή πνεύμονα με λεμφαδενικό καθαρισμό. Άλλες επεμβάσεις περιλαμβάνουν την αποκατάσταση ανευρύσματος, την συμπαθεκτομή, χειρουργεία τραχήλου ή το μεσοθωρακίου. Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, την κλινική εξέταση , τον απεικονιστικό έλεγχο και την ανάλυση του πλευριτικού υγρού. Η θεραπεία περιλαμβάνει διαιτητική παρέμβαση, παροχέτευση της συλλογής, πλευροδεσία, απολίνωση ή εμβολισμό του θωρακικού πόρου. Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χορήγηση σωματοστατίνης, οκτρεοτίδης και τη δημιουργία πλευροπεριτοναικής ή πλευρο- φλεβικής παράκαμψης.

AA160

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μιχαήλ Τσάτσης, Κωνσταντίνος Πόταρης, ημήτρης Αποστόλου, Δέσποινα Παναγιώτογλου, Κωνσταντίνος Βάχλας, Νικόλαος Χονδρόπουλος, Γεώργιος Χαμαλάκης
Θωρακοχειρουργική Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Σκοπός
Η κακοήθης υπεζωκοτική συλλογή (ΚΥΣ) είναι μια εξιδρωματική συλλογή με κακοήθη κύτταρα που εμφανίζεται σε περίπου 15% όλων των ασθενών με καρκίνο και πιο συχνά σε μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (ΜΜΚΠ). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των νεότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης της ΚΥΣ.

Υλικό και Μέθοδοι
Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Medline, με τις παρακάτω λέξεις κλειδιά σε άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2000 έως και τον Μάιο του 2022, κατά την οποία επιλέχθηκαν 46 άρθρα, στην αγγλική γλώσσα, προκειμένου να παρουσιαστούν τα τελευταία βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τις νεότερες μεθόδους διάγνωσης και αντιμετώπισης της ΚΥΣ.

Αποτελέσματα
Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία προσφέρουν σήμερα αλγόριθμους για μια ολοκληρωμένη νοσοκομειακή και εξω-νοσοκομειακή προσέγγιση των ασθενών με ΚΥΣ οφειλόμενη σε ΜΜΚΠ, όσον αφορά στην εφαρμογή καινοτόμων διαγνωστικών ανακαλύψεων, παθοφυσιολογικών μηχανισμών και βιοδεικτών καθώς και θεραπευτικών μεθόδων προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η παράταση της ζωής των ασθενών με ΚΥΣ.

Συμπεράσματα
Η ΚΥΣ επιδεινώνει την πρόγνωση και την πορεία των ασθενών με ΜΜΚΠ. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι ανακουφιστική και εξατομικευμένη με βάση την έκταση της υποκείμενης κακοήθειας, τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, το προσδόκιμο επιβίωσης και την επιθυμία του ασθενούς. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες μέθοδοι είναι η πλευρόδεση με ταλκ ή η τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα παροχέτευσης, αλλά είναι υπό μελέτη και η συστηματική χορήγηση στοχευμένων θεραπειών και ανοσοθεραπείας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

AA161

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ SARSCOV2 ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Γαρυφαλλιά Ακριβούλη[1]
[1]*Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας 2 Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 3 Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε κίνδυνο έκθεσης στον SARS-CoV-2 , ιδιαίτερα αν δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ).
Σκοπός: Η εκτίμηση του εργασιακού κινδύνου των επαγγελματιών υγείας και η αξιολόγηση της εφαρμογής των διεθνών οδηγιών για την εφαρμογή μέτρων προστασίας.
Μέθοδος: Η συλλογή δεδομένων βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ για την αξιολόγηση του εργασιακού κινδύνου έκθεσης στον SARS-CoV-2. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από επαγγελματίες υγείας που έχουν αντιμετωπίσει ασθενείς με COVID-19.
Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 182 επαγγελματίες υγείας (μέση ηλικία±SD: 45,84±7,64 έτη, 67,58% γυναίκες, 27,50% ιατροί, 48,90% νοσηλευτές, 25,27% ανεμβολίαστοι). Το 57,14% των υγειονομικών νόσησε με COVID-19, ενώ το 5,77% χρειάστηκε νοσηλεία και το 4,81% είχε υποκείμενα νοσήματα. Αναφορικά με το χειρισμό ασθενών με COVID-19, το 91,21% ανέφερε ότι πάντα έκανε υγιεινή των χεριών μετά από έκθεση σε βιολογικά υγρά και το 56,59% πριν και μετά την πραγματοποίηση οποιαδήποτε καθαρής ή άσηπτης διαδικασίας. Πάντα ανέφεραν ότι αφαιρούσαν και αντικαθιστούσαν τα ΜΑΠ σύμφωνα με το πρωτόκολλο σε ποσοστό 52,75%, ενώ εκτελούσαν υγιεινή των χεριών πριν και μετά το άγγιγμα του ασθενή με COVID-19 σε 52,20%. Όσον αφορά στη διαδικασία παραγωγής αερολύματος σε ασθενή με COVID-19, οι υγειονομικοί ανέφεραν ότι φορούσαν πλήρη ΜΑΠ σε 83,52%. Πιο συγκεκριμένα, μάσκα FFP2 ή FFP3 (ή ισοδύναμη) ανέφεραν ότι φορούσε το 98,68% και ασπίδα προσώπου το 97,37%. Το 89,56% ανέφερε ότι μετά το πέρας των υπηρεσιών στο θάλαμο του ασθενούς απέρριπταν πάντα τα γάντια και έκαναν υγιεινή των χεριών. Το 47,12% αυτών που νόσησαν ανέφεραν ότι πιθανά μετέδωσαν τον ιό στους οικείους τους.
Συμπέρασμα: Παρατηρείται ότι στην πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υπάρχει συμμόρφωση με τις διεθνείς οδηγίες για την εφαρμογή μέτρων προστασίας έναντι της μετάδοσης του SARS-CoV-2 στον χώρο εργασίας. Η μακροχρόνια προσκόλληση στη εφαρμογή των μέτρων δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί.

AA162

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΟΛΥΧΟΝΔΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΟΜΑΛΑΚΙΑ

Στυλιανός Βιττωρακης[1], Γεωργία Γιαννακοπουλου[2], Μαριέττα Κοκκαλα[3], Κωνσταντίνος Σαμιτας[4], Λυκούργος Κολιλεκας[4], Ελευθέριος Ζερβας[5]

[1]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, [2]Ακτινοδιαγνώστρια, [3]Senior consultant in respiratory medicine in Linkoping university hospital, [4]Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία, [5]5 Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής 7ης Πνευμονολογικής κλινικής, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα είναι μια πολύ σπάνια αυτοάνοση νόσος που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσα φλεγμονή των χόνδρων της ρίνας, των ωτών, του λάρυγγα και του τραχειοβρογχικού δέντρου. Η επίπτωσή της κυμαίνεται μεταξύ 0,71-3,5 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο και σε ποσοστό 30% σχετίζεται με κάποιο αυτοάνοσο νόσημα. Τα συμπτώματα της μπορεί για μεγάλο διάστημα να είναι ήπια και να οδηγήσουν στην καταστροφή του τοιχώματος της τραχείας και των βρόγχων οδηγώντας σε στένωση τους και στην δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή τραχειοβρογχομαλακία. Παρουσιάζουμε ένα ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα που διαγνώστηκε με τη νόσο λόγω επεισοδίων βήχα και συριγμού με συνοδά χαρακτηριστικά ευρημάτων στην σπιρομέτρηση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Άνδρας 54 ετών προσήλθε στο ιατρείο λόγω βράγχου φωνής και βήχα που δεν βελτιώθηκε με ενδορινικά στεροειδή και μοντελουκάστη από τον ΩΡΛ. Από τον έλεγχο προέκυψε συμτωματολογία και ιστορικό συμβατά με βρογχικό άσθμα και αποφρακτική σπιρομέτρηση με σημαντική ανταπόκριση στην βρογχοδιαστολή, οπότε τέθηκε σε αγωγή με ICS/LABA με σημαντική αρχικά βελτίωση συμπτωμάτων. Σε διάστημα 3 μηνών εμφάνισε επιδείνωση συμπτωματολογίας από το αναπνευστικό (χωρίς περαιτέρω σπιρομετρική πτώση και χωρίς ευρήματα από την αξονική θώρακος), οίδημα αντίχειρα και πέλματος, συνεχή δεκατική πυρετική κίνηση με θετικό Ra test οπότε ετέθη η διάγνωση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Το επόμενο έτος, παρόλο που ο ασθενής λάμβανε συνεχώς αγωγή με στεροειδή και anti TNF παράγοντες (adalimumab αρχικά, Infiximab στη συνέχεια) εμφάνισε επεισόδια οιδήματος των λοβίων των ωτών, επισκληρίτιδα και εμπύρετου που υποχωρούσαν παροδικά με αύξηση των per os στεροειδών. Παράλληλα εμφάνισε πτώση της FEV1 με επιπέδωση του εκπνευστικού τμήματος της καμπύλης RV. Η νέα αξονική ανέδειξε αποτιτανώσεις της τραχείας και των κυρίων βρόγχων και στένωση του AP στελεχιαίου. Παρά τη συνεχή λήψη αγωγής (στεροειδή και Etanarcept) τα συμπτώματα συνεχίστηκαν χωρίς ωστόσο σπιρομετρική μεταβολή. Έγινε βρογχοσκόπηση που ανέδειξε παραμόρφωση του τοιχώματος της τραχείας με ήπια στένωση της λόγω απώλειας της φυσιολογικής καμπυλότητας των ημικρικών , αλλά και στένωση του AP και ΔΕ στελεχιαίου βρόγχου. Η νέα αξονική ανέδειξε επιδείνωση των αποτιτανώσεων και επιβεβαίωση των ευρημάτων της βρογχοσκόπησης. Στον ασθενή ετέθη η διάγνωση της υποτροπιάζουσας πολυχονδρίτιδας και τραχειοβρογχομαλακίας σε έδαφος ρευματοειδούς αρθρίτιδας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Παρόλο που τα αυτοάνοσα νοσήματα έχουν συχνά πνευμονική συμμετοχή, σπανίως προσβάλουν μεμονωμένα το τραχειοβρογχικό δέντρο. Στις περιπτώσεις αυτές το λεπτομερές ιστορικό, η απεικόνιση με αξονική, τα σπιρομετρικά ευρήματα με κύρια την μορφολογία της καμπύλης RV μπορεί να βοηθήσουν τον πνευμονολόγο στην έγκαιρη διάγνωση της προσβολής αυτής, όπως στην περίπτωση της υποτροπιάζουσας πολυχονδρίτιδας και τραχειοβρογχομαλακίας.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA163

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ POST-COVID ΣΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΆΠΝΟΙΑΣ ΎΠΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Γλυκερία Τσιριμώνα, Κωνσταντίνος Ταχούλας, Περικλής Καλογιάννης, Βασίλης Μητάκος, Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, Βασίλης Σταύρου, Σωτήριος Ζαρογιάννης[1]
[1]*Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

ΣΚΟΠΟΣ. Η ποιότητα και ποσότητα του ύπνου συσχετίζεται με τη φυσική δραστηριότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το ποσοστό των ασθενών με σύνδρομο post-COVID-19 που εμφάνισαν διαταραχές στον ύπνο σε συνάρτηση με την αναπνευστική τους λειτουργία και την φυσικής τους δραστηριότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ. Εβδομήντα δύο ασθενείς με σύνδρομο post-COVID-19 (21 γυναίκες και 51 άνδρες) συμμετείχαν στη μελέτη (μέση ηλικία: 53,8±11,4 έτη και μέσος ΔΜΣ: 29,1±5,1 kg/m2). Η ικανότητα για άσκηση των ασθενών αξιολογήθηκε με την 6-λεπτη δοκιμασία βάδισης (6ΛΔΒ), με δοκιμασία 30s sit-to-stand. Πραγματοποιήθηκε λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού και συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια που εξετάζουν την ποιότητα ύπνου (PSQI, Berlin-Q), τον κίνδυνο διαταραχών του ύπνου (STOP-BANG) και την φυσική δραστηριότητα (IPAQ). Πριν τις δοκιμασίες έγινε καταγραφή σωματομετρικών και μορφολογικών δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Παρατηρήθηκε συσχέτισης της βαθμολογίας του STOP-BANG και μεταβλητών της σπιρομέτρησης (FEV1 r=-0.285, p=0.016, FVC r=-0.334, p=0.005). Το ερωτηματολόγιο Berlin εμφάνισε συσχέτιση με τη δοκιμασία 30s Sit-to-Stand (r=-.0279, p=0.028). Ασθενείς με βαθμολογία του STOP-BANG<2 είχαν καλύτερη απόδοση στο στη δοκιμασία 30s Sit-to-Stand-Stand [t(60)=-2.686, p=0.009]. Η επίδοση της 6ΛΔΒ συσχετίστηκε με μεταβλητές της σπιρομέτρησης (FEV1 r=0.373, p<0.001, FVC r=0.346, p=0.003). Η επίδοση στο IPAQ συσχετίστηκε με την επίδοση της 6ΛΔΒ (r=.423, p<0.001) και με τη δοκιμασία 30s Sit-to-Stand (r=0.502, p<0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Οι ασθενείς με σύνδρομο post-COVID-19 εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ύπνου η οποία σχετίζεται με την φυσική τους κατάσταση.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA
www.afea.gr

AA164

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ, ΒΡΟΓΧΩΝ, ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΜΙΑ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.

Χριστίνα-Κλεάνθη Αθανασιάδου[1], Ερασμία Ρούκα[1,2], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών, ο καρκίνος του πνεύμονα προκαλεί τους περισσότερους θανάτους ετησίως μεταξύ όλων των τύπων καρκίνου. Παρόλο που το κύριο αίτιο για την ανάπτυξη του αποτελεί το κάπνισμα, γενετική προδιάθεση και η ατμοσφαιρική ρύπανση, υπάρχει στην βιβλιογραφία προβληματισμός για το ρόλο κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων οι οποίοι δύναται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος.

Σκοπός: Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διαπιστώσουμε την επίδραση που μπορεί να έχουν στους θανάτους από νεοπλάσματα της τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Υλικό και μέθοδος: Όλα τα δεδομένα μας συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων European Health for All DataBase (HFA-DB). Μελετήθηκαν οι περίοδοι 2003, 2008, 2013 και 2018 και υπολογίστηκε η συσχέτιση του τυποποιημένου ποσοστού θανάτων με πληθώρα κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό GraphPad Prism 5.0.

Αποτελέσματα: Ο δείκτης των δημοσίων δαπανών στον τομέα της δημόσιας υγείας ως ποσοστό των συνολικών δημοσίων δαπανών φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το τυποποιημένο ποσοστό θανάτων από νεοπλάσματα στην τραχεία, τους βρόγχους και τον πνεύμονα για σχεδόν όλες τις περιόδους που μελετήθηκαν. Το ίδιο ισχύει και για τον δείκτη που αφορά τις συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα μας υποδηλώνουν ότι η θετική συσχέτιση που παρατηρήθηκε οφείλεται στον αυξημένο αριθμό έγκυρης διάγνωσης περιστατικών που παρουσιάζουν οι χώρες με εύρωστο σύστημα υγείας, σε σχέση με τις χώρες που επενδύουν μικρότερο μέρος των συνολικών δημοσίων δαπανών ή του ΑΕΠ τους στον τομέα της δημόσιας υγείας.

AA165

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ POST/LONG COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ POST/ LONG COVID-19 ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΕΥΟΣΜΟΥ

Σοφία Μπίρκα[1], Μελανή Σωτηριάδου[1], Μαρίνα Μανάνη[1], Ειρήνη Λύτρα[1], Μιχαήλ Κίκης[1], Αντώνιος Ασημακόπουλος, Φωτεινή Χατζησάββα[1], Παρθένα Μαυρίδου[1], Όλγα Κατσέα[1], Ευθυμία Κυριακίδου[1], Φωτεινή Μιχαλάκη[1], Ειρήνη Οικονομίδου[1]
[1]Κέντρο Υγείας Ευόσμου

Σκοπός: Η καταγραφή και μελέτη των συμπτωμάτων που εμφάνισαν οι ασθενείς που εξετάσθηκαν και παρακολουθούνται με σύνδρομο Post/ Long Covid-19 κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του ειδικού Post/ Long Covid-19 Ιατρείου στο ΚΥ Ευόσμου.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 46 ασθενείς (25 γυναίκες, 21 άνδρες) με μέση ηλικία 55±12,64 έτη, κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος-Ιούλιος 2022. Η πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε περί τους 3,86 μήνες από την αρχική εκδήλωση της Covid-19. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν τα βασικά συμπτώματα του Post/ Long Covid-19 συνδρόμου κατά την πρώτη επίσκεψη των ασθενών στο ιατρείο.
Αποτελέσματα: Το 65% των ασθενών εμφάνισε εύκολη κόπωση, το 35% διαμαρτυρήθηκε για διάχυτα άλγη και πιο συγκεκριμένα 37% για αρθραλγίες/ μυαλγίες. Απώλεια βάρους παρουσίασε το 22% των ασθενών. Στο 41% των ασθενών παρατηρήθηκε βήχας, στο 22% δύσπνοια και στο 28% δύσπνοια κοπώσεως. Θωρακικό άλγος καταγράφηκε στο 1/5 των ασθενών ενώ ταχυκαρδία και ορθοστατική ταχυκαρδία στο 37% και 28% αντίστοιχα. Επιπλέον, το 15% των ασθενών ανέφερε τριχόπτωση, αιμωδίες ή διαταραχές μνήμης, 22% κεφαλαλγία, 13% «ομίχλη εγκεφάλου» και 25% διαταραχές ύπνου. Κατάθλιψη εμφάνισε το 30% και άγχος το 44%. Διάρροια, διαταραχές γεύσης, διαταραχές όσφρησης και κνησμός αφορούσαν σε μικρότερα ποσοστά ασθενών (6,5%, 11%, 8,7% και 6,5%, αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Post/Long Covid-19 χαρακτηρίζεται από ευρεία ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων με την εύκολη κόπωση να αποτελεί το συχνότερο σύμπτωμα. Η συχνότητα εμφάνισης του συνόλου των συμπτωμάτων και η αναγνώρισή τους, θα μπορούσε να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και την βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με Post/Long Covid-19.

AA166

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ POST/ LONG COVID-19 ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΕΥΟΣΜΟΥ

Μελανή Σωτηριάδου[1], Σοφία Μπίρκα[1], Ειρήνη Κουζουκίδου[1], Μαρία Γιώρτσου[1], Νικόλαος Πρασσάς[1], Ευθυμιάδου Ελπίδα[1], Στυλιανή Μπρινιά[1], Αλίκη Μαυρίδου[1], Δήμητρα Κουτσούκη[1], Δήμητρα Τράκα[1], Αντωνία Τσολόγλου[1], Ειρήνη Οικονομίδου[1]
[1]Κέντρο Υγείας Ευόσμου

Σκοπός: Η καταγραφή και μελέτη των επιδημιολογικών δεικτών και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, ασθενών που εξετάσθηκαν και παρακολουθούνται με σύνδρομο Post/ Long Covid-19 κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του ειδικού Post/ Long Covid-19 Ιατρείου στο ΚΥ Ευόσμου.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 46 ασθενείς, (25 γυναίκες, 21 άντρες), μέσης ηλικίας 55±12,64 έτη και με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 29,03±5,96, κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος-Ιούλιος 2022. Η πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε περί τους 3,86 μήνες από την αρχική εκδήλωση της Covid-19. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν στοιχεία σχετικά με τον εμβολιασμό των ασθενών, την σοβαρότητα εκδήλωσης της αρχικής νόσου και την ανάγκη νοσηλείας κατά την διάρκεια της οξείας Covid-19.
Αποτελέσματα: 7 ασθενείς είχαν εκδηλώσει σοβαρή ή πολύ σοβαρή νόσο με Sao2<90% (5 ασθενείς με ανάγκη υποστήριξης με High Flow) και 10 ασθενείς είχαν νοσηλευτεί κατά την οξεία νόσηση. 23 ασθενείς είχαν εμβολιαστεί πλήρως ενώ ίσος αριθμός είχε λάβει 0-1 δόση εμβολίου, πριν την νόσηση. Οι ανεμβολίαστοι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερη πιθανότητα ανάγκης νοσηλείας (p=0,012) με μία αυξημένη τάση ανάγκης χρήσης High Flow (p=0,058) συγκριτικά με τους πλήρως εμβολιασμένους. Οι ασθενείς που κατά την οξεία νόσο χρειάστηκαν νοσηλεία εμφάνιζαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη ηλικία σε σχέση με την ομάδα που δεν νοσηλεύτηκε, 63,9±9,78 έναντι 52,6±12,35 έτη αντίστοιχα (p=0,011).
Συμπεράσματα: Το Post/Long Covid-19 σύνδρομο εμφανίζεται και σε ασθενείς που δεν εμφάνισαν σοβαρή νόσηση κατά την αρχική εκδήλωση της νόσου. Ο πλήρης εμβολιασμός φαίνεται ότι προστατεύει από την ανάγκη νοσηλείας και υποστήριξης με High Flow, πόσο μάλιστα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να νοσηλευτούν κατά την εκδήλωση της οξείας Covid-19.

AA167

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ POST/ LONG COVID-19 ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΕΥΟΣΜΟΥ.

Μελανή Σωτηριάδου[1], Σοφία Μπίρκα[1], Κωνσταντίνα Καρακούλα[1], Αικατερίνη Μιχαλάκα[1], Μπόρις Μωυσίδης[1], Κωνσταντία Σαμαρά[1], Μαρία Τσανούσα[1], Απόστολος Τσομπανίδης[1], Δήμητρα Μπάτζου[1], Δήμος Μουστακλής[1], Ζωή Νέζη[1], Ειρήνη Οικονομίδου[1]
[1]*Κέντρο Υγείας Ευόσμου*

Σκοπός: Η καταγραφή και μελέτη των παραγόντων κινδύνου και των συννοσηροτήτων ασθενών που εξετάσθηκαν και παρακολουθούνται με σύνδρομο Post/ Long Covid-19 κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του Post/ Long Covid-19 Ιατρείου στο ΚΥ Ευόσμου.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 46 ασθενείς (25 γυναίκες, 21 άνδρες) με μέση ηλικία 55±12,64 έτη και δείκτη μάζας σώματος 29,03±5,96, κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος- Ιούλιος 2022, περί τους 3,86 μήνες από την αρχική εκδήλωση της Covid-19. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν ο αριθμός συμπτωμάτων κατά την οξεία νόσηση, ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου καθώς και λοιποί παράγοντες και συννοσηρότητες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την εκδήλωση του Post/Long Covid-19 συνδρόμου.
Αποτελέσματα: Το 41,3% των ασθενών είχε παρουσιάσει περισσότερα από πέντε συμπτώματα (βήχας, εμπύρετο, δύσπνοια, πονόλαιμος, αρθραλγίες/ μυαλγίες κ.τ.λ) κατά την νόσηση. Ένα σύμπτωμα εμφάνισε μόλις το 6,5%,δύο το 13% και οι λοιποί ασθενείς περισσότερα από τρία συμπτώματα. Το 1/3 περίπου των ασθενών είναι καπνιστές, 41,3% πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και 8,7% από καρδιακό νόσημα. Υπερλιπιδαιμία παρατηρήθηκε στο 39,1%, ενώ σακχαρώδης διαβήτης, κατάθλιψη και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια καταγράφηκαν στο 6,5% των ασθενών. Διαταραχές θυρεοειδικής λειτουργίας αφορούν στο 13% , ρευματικά νοσήματα στο 8,7% και λοιπές συννοσηρότητες στο 21,7% των ασθενών.
Συμπεράσματα: Μεγαλύτερος αριθμός συμπτωμάτων κατά την οξεία νόσηση με Covid-19 φαίνεται ότι χαρακτηρίζει τους ασθενείς με Post/ Long Covid-19 σύνδρομο. Η υπερλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα αποτελούν τις συχνότερες συννοσηρότητες/παράγοντες κινδύνου. Η αναγνώριση των προδιαθεσικών παραγόντων εμφάνισης του συνδρόμου θα μπορούσε να βοηθήσει στην διαστρωμάτωση κινδύνου και την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με Post/ Long Covid-19.

AA168

ΕΠΑΝΕΝΑΡΞΗ ΔΡΑΣΕΩΣ ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19.

Γαρυφαλλιά - Ειρήνη Περλεπε[1], Παρασκευή Κύργου[1], Ευφροσύνη Γεροβασιλείου[1], Ευαγγελία Σδρούλια[1], Δημήτριος Παπαγιάννης[2], Ειρήνη Γερογιάννη[1], Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης
[1]Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, [2]Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Εμβολίων, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η διενέργεια σπιρομετρήσεων στην κοινότητα, ιδίως σε πολίτες με αναπνευστικά συμπτώματα - παράγοντες κινδύνου (>20pys, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού, επαγγελματική έκθεση), δύναται να θέσει πρώιμα τη διάγνωση αναπνευστικών νοσημάτων και να αναγνωρίσει ασθενείς υψηλού κινδύνου. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, πλήθος άνθρώπων αναγκάστηκαν να παραμείνουν σε καραντίνα, αμελώντας ιατρικούς ελέγχους. Η ΕΠΕ από το 2010 μέσω προληπτικών σπιρομετρικών ελέγχων, επιδιώκει να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει το κοινό για τα αναπνευστικά νοσήματα, δράση η οποία είχε σταματήσει κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
Μέθοδος: Κάτοικοι δύο αγροτικών και νησιωτικών περιοχών, εκλήθησαν προς διενέργεια σπιρομετρήσεων το χρονικό διάστημα 1- 10 Ιουλίου 2022. Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν αρχικά σε διενέργεια rapid-Ag-test SARS-CoV-2, ακολούθως σε λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής και κλινική εξέταση. Για όσους προέκυψαν παθολογικά ευρήματα ακολούθησε κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση στην Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝΛ.
Αποτέλεσματα: 140 κάτοικοι υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση (46.1% άντρες, 53.2% γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 60.6 ± 12.81, 21.3% πρώην καπνιστές, 22% νυν, 56% μη καπνιστές). Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών ανέφεραν συννοσηρότητες (78%). Από τους συμμετέχοντες το 31% δεν ανέφερε συμπτώματα, το 50% ανέφερε βήχα και ρινική συμφόρηση και το 5% βήχα. Από το σύνολο των εξετασθέντων 2.8% διεγνώσθει θετικό στον SARS-CoV-2, γεγόνος που συσχετίστηκε με την παρουσία συμπτωμάτων ($p< 0.034$). Το 99.3% του πληθυσμού είχε εμβολιαστεί με τουλάχιστον 1 δόση κατά του SARS-CoV-2, και εξ αυτών το 80.1% είχε λάβει 3 δόσεις. Η μέση τιμή των σπιρομετρικών παραμέτρων FEV1%, FVC%, FEV1/FVC ήταν 96.99±18.08, 97.37±17.5, 81.42±7, αντίστοιχα. 13 ασθενείς (18.2%) κρίθηκε πως χρήζουν περαιτέρω ελέγχου. Από αυτούς προέκυψαν 5 νέες διαγνώσεις ΧΑΠ, 1 άσθματος, 2 διάμεσης διάχυτης πνευμονοπάθειας, ενώ 5 περιπτώσεις περιοριστικού σπιρομετρικού προτύπου αποδόθηκαν σε νευρομυϊκό νόσημα και νοσογόνο παχυσαρκία.
Συμπέρασμα: Η επανέναρξη των σπιρομετρικών δράσεων στην κοινότητα συνεισφέρει στη βελτίωση των δεικτών της αναπνευστική υγείας ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας και μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια την εποχή της Covid-19.
Θερμές ευχαριστίες προς το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και την Κινητή Μονάδα Σπιρομέτρησης της ΕΠΕ.

AA169

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Περλεπέ Γαρυφαλλιά - Ειρήνη[1] , Κύργου Παρασκευή[1] , Πασχάλης Γεώργιος[2], Γεωργακόπουλος Κωνσταντίνος[2], Τέγος Δημήτριος[2], Γουργουλιάνης Ι Κωνσταντίνος[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, [2]Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η σπιρομέτρηση είναι μια απλή εξέταση ελέγχου της αναπνευστικής λειτουργίας. Τα προγράμματα σπιρομετρήσεων στην κοινότητα είναι σε θέση να έχουν θετικό αντίκτυπο στην πρώιμη διάγνωση των ασθενών. Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία (ΕΠΕ) από το 2010 με προληπτικούς σπιρομετρικούς ελέγχους, επιδιώκει να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει το κοινό για τα αναπνευστικά νοσήματα, δράση η οποία είχε σταματήσει κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
Μέθοδος: Κάτοικοι δύο απομακρυσμένων ηπειρωτικών περιοχών εκλήθησαν για τη διενέργεια σπιρομετρήσεων το χρονικό διάστημα 21-23/Οκτωβρίου/2022. Στους συμμετέχοντες δόθηκε κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 2 σκέλη (Α:δημογραφικά δεδομένα, Β:ερωτήσεις σχετικές με σπιρομετρήσεις). Στη συνέχεια διενεργήθηκε rapid-Ag-test-SARS-CoV-2, λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής και κλινική εξέταση.
Αποτέλεσματα: 147 κάτοικοι υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση (52,4% άντρες, 47,6% γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 60.7 ± 11,3, 26,5% πρώην καπνιστές, 30,7% νυν, 42,8% μη καπνιστές). Δε βρέθηκε κανένα θετικό τεστ κατά του SARS-CoV-2. Από το σύνολο των εξετασθέντων, περίπου οι 4 στους 10 δε γνώριζαν τι είναι η σπιρομέτρηση και ποιος ήταν ο σκοπός της. Από όσους γνώριζαν, το 86,6% είχε υποβληθεί τουλάχιστον μία φορά σε σπιρομέτρηση στο παρελθόν. Μεταξύ όσον είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε σπιρομέτρηση, οι 6 στους 10 σταμάτησαν τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τον κύριο λόγο διακοπής αποτέλεσε το γεγονός ότι δεν το θεώρησαν σημαντικό/το ξέχασαν και ακολούθησαν λόγοι όπως η άρνηση επίσκεψης σε γιατρό και ο φόβος μετάδοσης SARS-CoV-2.
Μεγαλύτερη ήταν η συμμόρφωση των ασθενών που έπασχαν από αναπνευστικό νόσημα, καθώς το 58,8% αυτών συνέχισαν το σπιρομετρικό τους έλεγχο.
Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι λιγότεροι από τους μισούς δε γνωρίζουν τη διαγνωστική αξία της σπιρομέτρησης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας η πλειοψηφία του πληθυσμού διέκοψε τη διενέργεια σπιρομετρήσεων, ακόμα και μεταξύ των ασθενών με αναπνευστική πάθηση. Μπαίνοντας στην ενδημική φάση της πανδημίας Covid-19, ο λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού δε θα πρέπει να παραλείπεται και μπορεί να πραγματοποιείται με ασφάλεια.

AA170

ΣΙΩΠΗΛΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ (ΚΜ) ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ (ΠΕ)

Παναγιώτα Μητράκη, Ευφροσύνη Αντωνάκα, Αθανάσιος Παλαιολόγος, Ιουλία Βρυώνη, Αικατερίνη Χανιώτου
ΓΟΝΚ "οι Άγιοι Ανάργυροι"

Η ΚΜ συνήθως συνοδεύεται από συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Αρκετοί ασθενείς όμως δεν βιώνουν συμπτώματα ενώ πάσχουν από τη νόσο, έτσι μπορεί να μείνει αδιάγνωστη για χρόνια και να ανακαλυφθεί τυχαία σε ιατρικό έλεγχο ή νοσηλεία. Η ΚΜ συντελεί στην μείωση της καρδιακής παροχής, ενώ η κολπική στάση μαζί με τις διαταραχές πηκτικότητος αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβογέννεσης. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην ανάπτυξη σιωπηλής ΚΜ και οι οποίοι θα κατευθύνουν τον θεράποντα στην διερεύνησή της όπως: υψηλή αρτηριακή πίεση, σακχαρώδης διαβήτης, ηλικία, οικογενειακό ιστορικό.
Σκοπός της αναδρομικής μελέτης είναι να διαπιστωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης πνευμονικής εμβολής σε άτομα με σιωπηλή ΚΜ.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν φάκελοι ασθενών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην πνευμονολογική κλινική το τελευταίο έτος με ΠΕ και ΚΜ πρωτοδιαγνωσθείσα.
Αποτέλεσμα: Βρέθηκαν 9 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες με μέση ηλικία 68 έτη οι οποίοι είχαν προσέλθει αιτιώμενοι αιφνίδια δύσπνοια ή και θωρακικό άλγος και οι οποίοι παρουσίαζαν ΚΜ χωρίς να αναφέρεται στο ιστορικό τους. Όλοι είχαν αυξημένα δ-διμερή και υποβλήθηκαν σε CTPA ή scanning αιμάτωσης όταν υπήρχε αντένδειξη για CTPA . Τρείς ασθενείς παρουσίασαν μαζική ΠΕ και οι υπόλοιποι σε τμηματικούς κλάδους άμφω. Ιστορικό υπέρτασης και ΣΔ ανέφεραν 5 ασθενείς, ενώ 4 δεν ανέφεραν κάποια γνωστή πάθηση στο ιστορικό εκτός από αίσθημα φτερουγίσματος κατά περιόδους και επεισόδια κόπωσης τα οποία απέδιδαν σε διάφορα αίτια. Όλοι τέθηκαν σε αγωγή σύμφωνη με τις διεθνείς οδηγίες. Όλων η έκβαση ήταν καλή και στον 3μηνο/ 6μηνο έλεγχο.
Συμπέρασμα: Ο καλύτερος τρόπος για να προστατευθεί κάποιος από τους κινδύνους που συνδέονται με τις αρρυθμίες είναι η έγκαιρη διάγνωση.
Στα άτομα με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ΚΜ, πρέπει να δίνεται προσοχή και στην άτυπη συμπτωματολογία και να γίνεται διερεύνηση για την ύπαρξη ΚΜ. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία προστατεύει και παρατείνει το προσδόκιμο ζωής των ασθενών με ΚΜ που αποτελεί θεμελιώδη στόχο της ιατρικής.

Φυματίωση και Λοιμώξεις από Μη Φυματικά Μυκοβακτηρίδια

AA171

ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΥΠΩΝ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΩΝ (MYC ABSCESSUS ΚΑΙ MYC MARINUM)

Αναστάσιος Στριγγάρης[1], Ειρήνη Πασπαράκη[1], Χριστούλα Πετράκη[2], Σεβαστή Κουμιωτάκη[1], Αναστασία Γερακιανάκη[1], Μαρία Γερακιανάκη[1], Μανόλης Φερδούτσης[1], Γεώργιος Μελέτης[1]

[1]Πνευμονολογικό Τμήμα- Αντιφυματική Μονάδα. Βενιζελειο-Πανανειο Γενικό Νοσοκομείο , [2]Πνευμονολογική Κλινική- Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Περίπτωση 1

Ασθενής άντρας ηλικίας 74 ετών, ενεργός καπνιστής 50 py προσέρχεται λόγω εμπυρέτου έως 38 βαθμούς Κελσίου συνοδευόμενο από έντονη καταβολή δυνάμεων και βήχα με πτωχή βλεννωπυώδη απόχρεμψη. Κατά τη κλινική εξέταση : φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ο ασθενής παρουσίασε WBC 20000 (PMN 72%) και CRP 18, ενώ ο βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Από την ακτινογραφία θώρακα και την αξονική τομογραφία θώρακα ανεδείχθη σκίαση με υδραέριο επίπεδο. (εικόνα 1). Ετέθη εμπειρικά σε αγωγή με Μεροπενέμη, Λινεζολίδη και Κλινδαμυκίνη για θεραπεία πνευμονικού αποστήματος. Μετά από 10 ημέρες χωρίς αλλαγή στην κλινική εικόνα και την απεικόνιση, ο ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση η οποία δεν ανέδειξε ενδοαυλικη βλάβη ενώ από το μικροβιολογικό έλεγχο ,κατόπιν μοριακής ταυτοποίησης στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηρίων, προέκυψε Mycobacterium Abscessus subsp. Massilience. Ο ασθενής κατόπιν αντιβιογράμματος στο οποίο δεν ανιχνεύτηκε μετάλλαξη που ενέχεται στην ανάπτυξη αντοχής στις Μακρολίδες και Αμινογλυκοζίδες ετέθη για 4 εβδομάδες σε ενδοφλέβια Αμικασίνη και per os Ciprofloxacin και Κλαρυθρομικίνη και συνέχισε την per os αγωγή μέχρι 12 μήνες. Ο ασθενής 8 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής, αρνητικοποίησε τα πτύελα για Mycobacerium Abscessus ενώ απεικονιστικά δεν παρουσίασε βελτίωση. Εστάλη για PET SCAN το οποίο ήταν ενδεικτικό νεοεξεργασίας. Ακολούθησε εκτομή της βλάβης όπου ανέδειξε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης εντός κοιλοματοποιημένης βλάβης στο τοίχωμα της οποίας αναπτύσσεται το νεόπλασμα.

Περίπτωση 2

Ασθενής γυναίκα 20 ετών προσέρχεται λόγω αδυναμίας καταβολής και λόγω επαναλαμβανομένων επεισοδίων αιμόφυρτων πτυέλων. Κατά την εισαγωγή της στον απεικονιστικό έλεγχο παρουσιάζει κοιλοματοποιημένη βλάβη στο έσω-οπίσθιο βασικό τμήμα του δεξιού κάτω λοβού εντός της οποίας αναγνωρίζεται υδρικό περιεχόμενο με υδραερικό επίπεδο (εικόνα 2). Από τον εγαστηριακό έλεγχο προέκυψαν WBC 12700(PMN 52%), CRP 15,69 και ΤΚΕ 34, ενώ ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ετέθη σε θεραπεία αποστήματος με κεφεπίμη, κλινδαμικίνη και βανκομυκίνη ενδοφλεβίως. Υπεβλήθη σε βρογχοσκοπικό έλεγχο για λήψη μικροβιολογικού υλικού, όπου ο μοριακός έλεγχος ταυτοποίησης στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβασκτηριδίων ανέδειξε Mycobacterium Marinum. Ο πλήρης ανοσολογικό έλεγχος ήταν φυσιολογικός ενώ δεν ανευρέθηκαν προδιαθεσικοί παράγοντες για τη συγκεκριμένη λοίμωξη. Δεν παρουσίαζε δερματικές βλάβες. Ετέθη σε Ριφαμπικίνη, Εθαμβουτόλη και Κλαριθομυκίνη. Η ασθενής συνέχισε καθ΄όλη τη διάρκεια της θεραπείας της να είναι συμπτωματική με συχνά επεισόδια αιμόπτυσης. 12 μήνες μετά τη θεραπεία και μετά από επεισόδιο μεγάλης αιμόπτυσης παραπέμθηκε για χειρουργική εκτομή της βλάβης. Επιβεβαιώθηκε ιστολογικά η διάγνωση και μετεγχειρητικά η ασθενής μέχρι σήμερα είναι τελείως ασυμπτωματική. Σε τυφλά δείγματα πτυέλων μετα την επεμβαση για Μυκοβακτηρίδια, δεν πρόεκυψαν παθολογικά ευρήματα.

AA172

ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: ΈΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Γεώργιος Βάιος, Μιχαήλ Φαναρίδης, Ελένη Μπιμπάκη, Κωνσταντίνα Λυρώνη, Στυλιανή Βιζιριαννάκη, Γεώργιος Σταθάκης, Ειρήνη Βασαρμίδη, Σοφία Σχίζα, Νικόλαος Τζανάκης
Πνευμονολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

Η φυματίωση, μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα, είναι μία μολυσματική, εν δυνάμει πολυσυστηματική πάθηση, με δυνατότητα επινέμησης και προσβολής διαφόρων οργάνων.Απαντάται με μεγαλύτερη συχνότητα στο Δυτικό Κόσμο κατά την τελευταία 10ετία,κυρίως λόγω της μετακίνησης πληθυσμών και της αύξησης των καταστάσεων που συνδέονται με επίκτητη ανοσοανεπάρκεια. Στην παρούσα εργασία, θα αναφερθούμε στην περίπτωση ενός νεαρού ασθενούς με ιστορικό συστηματικού νοσήματος υπό βιολογικό παράγοντα, με κλινικοεργαστηριακή εικόνα συμβατή με κεγχροειδή φυματίωση.

Η παρούσα νόσος του ασθενούς, με ατομικό αναμνηστικό δερματικής ψωρίασης/ψωριασικής αρθρίτιδας υπό antiTNFαγωγή από 2ετίας, άρχεται προ 6μήνου με την εμφάνιση εμμένοντος εμπυρέτου με ρίγος,απώλειας βάρους και συστηματικών συμπτωμάτων.Εργαστηριακά, ο ασθενής παρουσίαζε εκσεσημασμένο φλεγμονώδες σύνδρομο με συνοδό αναιμία και ήπια κινητοποίηση χολοστατικώνενζύμων. Εισήχθη αρχικά στην Παθολογική κλινική όπου υπεβλήθη σε ενδελεχή διερεύνηση, με καλλιέργειες βιολογικών υγρών,ιολογικόκαι ορολογικό έλεγχο για κοινά/ειδικά παθογόνα και ζωοανθρωπονόσους, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε εκτενής απεικονιστικός έλεγχος με ανάδειξη πυκνωτικής,οζόμορφης αλλοίωσης στον αριστερό πνεύμονα συνοδεία ετερόπλευρης μεσοθωρακικής λεμφαδενοπάθειας ενώ από την κοιλία, διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία με παρουσία σπληνικών εμφράκτων και παραορτική λεμφαδενοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ευρημάτων, της μη κλινικής βελτίωσης παρά την κάλυψη με προωθημένο αντιβιοτικό σχήμα και ανίχνευσης θετικού IGRA, τέθηκε η υπόνοια φυματίωσης και αντιμετωπίστηκε με εμπειρική τετραπλή αντιφυματική αγωγή. Ο ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση, με θετικό μοριακό έλεγχο ανίχνευσης του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης από το βρογχικό έκπλυμα.Παρόλο που δεν ανιχνεύτηκαν γόνοι αντοχής, ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος με σταθερά υψηλούς δείκτες φλεγμονής.Στη συνέχεια έγινε έναρξη κορτικοστεροειδών στα πλαίσια συνδρόμου IRIS με σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

Συνοψίζοντας, το παραπάνω περιστατικό καταδεικνύει τις πιθανές κλινικοεργαστηριακές εκδηλώσεις της κεγχροειδούς φυματίωσης αλλά και την αναγκαιότητα συμπερίληψης της συγκεκριμένης πάθησης στη διαφορική διάγνωση παρόμοιων περιστατικών, ιδίως σε ασθενείς υπό ανοσοκαταστολή.

AA173

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΜΥΟΣ ΣΕ ΑΣΥΝΗΘΗ ΘΕΣΗ.

Ιωάννα Αυγερινού, Ιωάννης Δημητρούλης, Αλεξάνδρα Κότε, Μαρία Λερίκου, Αδαμαντία Λιαπίκου
6η Κλινική ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Φυματίωση μυών σε ασυνήθη θέση έχει περιγραφεί αλλά οι περιπτώσεις στη βιβλιογραφία είναι λίγες (Sami Sökücü et al 2013, K-L Lai et al 2014). Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς 32 ετών από το Bangladesh ο οποίος προσήλθε λόγω εμπύρετου, αδυναμίας καταβολής, απώλειας σωματικού βάρους. Η ακτινογραφία θώρακα ανέδειξε μικρή υπεζωκοτική συλλογή δεξιά. Η δερμοαντίδραση Mantoux στις 48 ώρες ήταν 18mm. Στα πλαίσια του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου έγινε βρογχοσκόπηση η οποία ήταν αρνητική για ενδοβρογχικά ευρήματα αλλά και για ανάδειξη μυκοβακτηριδίων. Λόγω τραχηλικής λεμφαδενικής διόγκωσης δεξιά, έγινε βιοψία του λεμφαδένος (FNA) η οποία ήταν θετική για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης τόσο στο άμεσο παρασκεύασμα όσο και στις μετέπειτα καλλιέργειες. Το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ήταν ο μοναδικός μικροοργανισμός που ανεδείχθη σε επανειλημμένα δείγματα καλλιεργειών για κοινά μικρόβια. Τέθηκε στη καθιερωμένη 4πλή αντιφυματική αγωγή την οποία όμως ο ασθενής δεν ακολούθησε. Επανήλθε μετά απο 4 μήνες με έλκη στον τράχηλο και στα άνω άκρα με ιδιαίτερη εντόπιση στους δικέφαλους μύς με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η κίνηση. Έγινε παρακέντηση (FNA) των πυωδών βλαβών και ανεδείχθη φυματίωση μυών. Ο ασθενής θορυβημένος ακολούθησε την συστηθείσα αντιφυματική αγωγή με αποτέλεσμα. Στον ασθενή έγινε και έγχυση συνδυασμού αμικασίνης, ισονιαζίδης, ριφαμπικίνης δις ημερησίως επί μακρό διάστημα με αποτέλεσμα την βελτίωση και σταδιακά εξάλειψη των βλαβών. Οι επαναληπτικές αξονικές και ακτινογραφίες ήταν χωρίς ευρήματα. Νέες καλλιέργειες από τη θέση των βλαβών ήταν αρνητικές για οιοδήποτε παθογόνο. Η νόσος δεν υποτροπίασε και ο ασθενής παραμένει ελεύθερος νόσου.

AA174

ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΕΠΙΠΛΕΧΘΕΙΣΑ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΨΟΪΤΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Παναγιώτης Δουκέλης[1], Αθηνά Πυρασοπούλου[1], Δέσποινα Ιωαννίδου[2], Νικολίνα Μόσχα[1], Ευανθία Τζιτζή[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Αφροδίτη Μπούτου[2]

[1]Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, [2]Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η φυματίωση (ΤΒ) είναι ένα πολύσυστηματικό νόσημα. Συχνά απαιτείται υψηλή κλινική υποψία για να οδηγηθούμε στη διάγνωση. Η φυματιώδης σπονδυλίτιδα (νόσος του Pott) αποτελεί την συχνότερη μορφή μυοσκελετικής ΤΒ.

Περιστατικό:
Παρουσιάζουμε τη περίπτωση ενός άνδρα, 35 ετών, με ελεύθερο αναμνηστικό και καταγωγή από το Πακιστάν που εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου και παραγωγικού βήχα. Σε αξονική εισόδου απεικονίστηκε πύκνωση ΑΑΛ. Υπεβλήθη άμεσα σε βρογχοσκόπηση με αρνητικό μοριακό έλεγχο (Xpert-TB), χρώση και καλλιέργεια για M.tuberculosis και απομόνωση St.aureus από το έκπλυμα. Έγινε έναρξη αντισταφυλοκοκκικής αγωγής με ύφεση του εμπυρέτου αρχικά αλλά έπειτα υποτροπή με συνοδό εμφάνιση οσφυαλγίας. Υπεβλήθη σε νέα αξονική που ανέδειξε οίδημα στον ψοΐτη μυ και αραιωτικές βλάβες στα σώματα του Ο2 και Ο5 σπονδύλων. Διενεργήθηκε άμεσα MRI ΟΜΣΣ με ευρήματα παθολογικού εμπλουτισμού στον Ο2 με επέκταση στα παρασπονδυλικά μόρια και στα μεσοσπονδύλια διαστήματα, εικόνα αποστημάτων στο δεξιό ψοΐτη μυ, εμπλουτισμό των Ο2 εξερχόμενων ριζών στο Ο2-Ο3 διάστημα και εμπλουτιζόμενη μάζα μαλακών μορίων στο ύψος του Ο5. Ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός και ο υπέρηχος καρδιάς δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις. Επαναλήφθηκε η βρογχοσκόπηση, με εκ νέου αρνητικό Xpert-TB, χρώση και καλλιέργεια για φυματιώδη/μη φυματιώδη μυκοβακτηρίδια. Λόγω κλινικής υποψίας για ΤΒ σπονδυλίτιδα πραγματοποιήθηκε FNB παρασπονδυλικής βλάβης υπό CT, με εύρημα μη νεκρωτικής κοκκιωματώδους φλεγμονής και αρνητική καλλιέργεια για M.tuberculosis. Ο ασθενής συνέχισε να λαμβάνει αντισταφυλοκοκκική αγωγή για διάστημα 6 εβδομάδων χωρίς κλινική - ακτινολογική βελτίωση ενώ κινητοποιούνταν με κηδεμόνα. Ως εκ τούτου, διενεργήθηκε ανοικτή βιοψία σπονδυλικών βλαβών, η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη νεκρωτικής κοκκιωματώδους φλεγμονής με θετικό Xpert-TB, καλλιέργεια και ευαισθησία στα πρωτεύοντα αντιφυματικά. Έγινε έναρξη αγωγής με καλή ανοχή - συμμόρφωση.

Συμπέρασμα: Η διαγνωστική προσέγγιση της φυματιώδους σπονδυλίτιδας δεν είναι απλή σε όλες τις περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση θα πρέπει πάντα να αναζητείται για την πρόληψη επιπλοκών που μπορούν να οδηγήσουν σε νευροκινητική αναπηρία και έκπτωση της ποιότητας ζωής.

AA175

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χρήστος Καμπόλης[3], Ευγενία Παπαθανασίου[2], Αικατερίνη Καββαδά[1], Δημήτριος Μπερώτας[1], Μαρία Γκομούζα[1], Αγάπη Αναστασίου[1], Απόστολος Παπαβασιλείου[1], Χαράλαμπος Μόσχος[1], Αγγελική Λουκέρη
[1]Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικόν, [3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ ¨Ιπποκράτειο¨

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η φυματίωση της στοματικής κοιλότητας είναι γενικά σπάνια (<5%) και συνήθως απότοκος λεμφογενούς ή αιματογενούς διασποράς, ενώ σπανιότερα, σε νέους κυρίως ασθενείς, εκδηλώνεται σαν πρωτοπαθής εκδήλωση της νόσου με τη μορφή μονήρους ανώδυνου στοματικού έλκους με συνοδό τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Η φυματίωση της γνάθου είναι εξαιρετικά σπάνια και μπορεί να μιμείται κακοήθεια, απόστημα, ή άλλης αιτίας λοιμώδη αρθρίτιδα/οστεομυελίτιδα. Η καθυστέρηση της διάγνωσης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές οστεοαρθριτικού τύπου αλλοιώσεις και καταστροφή της κροταφογναθικής άρθρωσης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Νεαρή 20χρονη γυναίκα, Αφρικανικής καταγωγής, εκδήλωσε από μηνός άλγος της κάτω γνάθου, με συνοδό οίδημα εντοπιζόμενο στον αριστερό μασητήρα και αδυναμία πλήρους διάνοιξης του στόματος. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε επεισόδιο γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών. Σε απεικονιστικό έλεγχο εγκεφάλου/σπλαχνικού κρανίου διαπιστώθηκαν: 1) υπέρπυκνη αποστηματική βλάβη με περιεστιακό οίδημα διαμέτρου 1.6 εκ. στον δεξιό μετωπιαίο λοβό 2) οστικές αλλοιώσεις με συνοδό αποστηματοποίηση στο δεξιό βρεγματικό οστό και τον κόνδυλο της αριστερής κάτω γνάθου και 3) περιορισμένης έκτασης μικροοζώδεις πνευμονικές βλάβες με βρογχεκτασίες από έλξη στα άνω πνευμονικά πεδία άμφω. Η δοκιμασία Quantiferon ήταν θετική. Η κλινική εικόνα δεν ανταποκρίθηκε σε κοινά αντιβιοτικά και η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική παροχέτευση του αποστήματος της γνάθου. Η άμεση μικροσκοπική εξέταση του υλικού της παροχέτευσης ήταν θετική για οξεοάντοχα παθογόνα και ο μοριακός έλεγχος (Xpert MTB/RIF) θετικός για M.tuberculosis με ευαισθησία στην ριφαμπικίνη. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη σε υψηλή δόση, πυραζιναμίδη, εθαμβουτόλη και μοξιφλοξασίνη με σημαντική κλινικοαπεικονιστική βελτίωση σε 3 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσβολή της κροταφογναθικής άρθρωσης αποτελεί μια σπάνια μορφή εξωπνευμονικής φυματίωσης, που συνήθως συνοδεύεται από κλινικά και/ή απεικονιστικά ευρήματα από το αναπνευστικό ή άλλα όργανα. Το επιδημιολογικό ιστορικό και η ισχυρή κλινική υποψία μπορεί να θεμελιώσουν την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία προλαμβάνοντας τις μακροχρόνιες επιπλοκές.

AA176

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΛΟΓΙΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΚΙΝΟΛΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ευγενία Παπαθανασίου[2], Χρήστος Καμπόλης[3], Αικατερίνη Καββαδά[1], Δημήτριος Μπερώτας[1], Γεώργιος Χρανιώτης[1], Σουλτάνα Σταμάτη[1], Χαράλαμπος Μόσχος[1], Απόστολος Παπαβασιλείου[1], Αγγελική Λουκέρη
[1]Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικόν, [3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ ¨Ιπποκράτειο¨

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αναπνευστικές κινολόνες αποτελούν φάρμακα με σημαντική δραστικότητα έναντι του M.tuberculosis, που παρόλο που δεν περιλαμβάνονται στα συνήθη θεραπευτικά σχήματα, χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις αντοχών ή όταν κάποιο από τα πρωτεύοντα αντιφυματικά φάρμακα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί λόγω δυσανεξίας ή αλλεργίας. Η χρήση τους λόγω του ευρέος φάσματος της αντιμικροβιακής δράσης που διαθέτουν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην αντιμετώπιση των αναπνευστικών λοιμώξεων. Παρόλα αυτά, η αλόγιστη χρήση τους στην αντιμετώπιση της πνευμονίας της κοινότητας ελλοχεύει τον κίνδυνο καθυστέρησης της διάγνωσης και έναρξης θεραπείας της φυματίωσης, καθώς και ανάπτυξης αντοχής στην περίπτωση στην οποία τελικά επιβεβαιωθεί η διάγνωση της φυματίωσης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας ασθενής 20 ετών, Πακιστανικής καταγωγής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό νοσηλεύθηκε σε Πνευμονολογική Κλινική λόγω πυρετού, παραγωγικού βήχα, καταβολής δυνάμεων και μείωσης του σωματικού βάρους. Υποβλήθηκε σε Αξονική θώρακα που ανέδειξε συρρέοντα κυψελιδικά στοιχεία με κατά τόπους οζώδη απεικόνιση και ¨ tree in bud ¨. Η δερμοαντίδραση Mantoux καθώς και η μικροσκοπική εξέταση και ο μοριακός έλεγχος σε 3 δείγματα πτυέλων για B-Koch ήταν αρνητικά. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με λεβοφλοξασίνη και πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη με ύφεση της συμπτωματολογίας και εξήλθε του Νοσοκομείου. Πέντε μήνες αργότερα έγινε επανεισαγωγή του ασθενή λόγω παρόμοιας συμπτωματολογίας και αναπνευστικής δυσχέρειας. Διαπιστώθηκαν κεγχροειδής φυματίωση, φυματιώδης σπονδυλοδισκίτιδα και φυματώματα εγκεφάλου. Τέθηκε στην κατάλληλη αντιφυματική αγωγή με σταδιακή κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η χορήγηση αναπνευστικών κινολονών στην πνευμονία της κοινότητας στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι η «πνευμονία» ήταν τελικά φυματίωση, έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης κατά 17-21 μέρες και τη χειρότερη πρόγνωση της. Η καθυστέρηση στην διάγνωση οφείλεται στην κλινικοαπεικονιστική βελτίωση του ασθενή και στην αρνητικοποίηση της οξεάντοχης χρώσης που μειώνουν την κλινική υποψία. Επιπρόσθετα, η προηγούμενη χρήση τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση αντοχής του Mtb. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εμφάνιση της αντοχής ποικίλλει, με την αντοχή να προκύπτει και μετά από διαστήματα θεραπείας μικρότερα των 2 εβδομάδων. Συμπερασματικά η ορθολογική χρήση των κινολονών έχει μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με υπόνοια φυματίωσης.

AA177

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ευγενία Παπαθανασίου[2], Χαράλαμπος Μόσχος[1], Χρήστος Καμπόλης[3], Αικατερίνη Καββαδά[1], Δημήτριος Μπερώτας[1], Ουρανία Καφρίτσα[1], Ειρήνη Χατζηδημητρίου[1], Απόστολος Παπαβασιλείου[1], Αγγελική Λουκέρη[1]
[1]Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης ΝΝΘΑ¨Η Σωτηρία¨, [2]Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικόν, [3]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΝΑ ¨Ιπποκράτειο¨

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ιδανικά η έναρξη της αντιφυματικής αγωγής βασίζεται στην συμβατή κλινικοαπεικονιστική εικόνα συνδυαστικά με την βακτηριολογική επιβεβαίωση της νόσου. Όμως το ποσοστό βακτηριολογικής επιβεβαίωσης της φυματίωσης στην Ελλάδα είναι κατά κανόνα κάτω του 60%, γεγονός που οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην απουσία κλινικής υπόνοιας. Ειδικά, στις περιπτώσεις στις οποίες τα απεικονιστικά ευρήματα θέτουν έντονα την υποψία κακοήθειας, η αποστολή ιστοκαλλιέργειας σε υλικό χωρίς φορμόλη προς εξέταση για B-Koch συχνά παραλείπεται.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Παρουσιάζουμε πέντε Ελληνικής καταγωγής ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 73 ετών (44-79 έτη), οι οποίοι την διετία 2020-21 υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση πνευμονικής μάζας. Οι 3 από τους 5 ασθενείς παρουσίαζαν στον απεικονιστικό έλεγχο μονήρη οζόμορφη αλλοίωση πνεύμονα, χωρίς άλλα ευρήματα, ενώ οι άλλοι 2 παρουσίαζαν οζόμορφη βλάβη με έτερες μικρότερες οζώδεις-μικροοζώδεις αλλοιώσεις πέριξ αυτής. Οι 4 από τους 5 ασθενείς υποβλήθηκαν προ χειρουργείου σε PET-CT που ανέδειξε αμυδρή προς μέτρια μεταβολική δραστηριότητα (1,1 έως 4 SUV) στις ύποπτες βλάβες. Παρόλο που σύμφωνα με το PET-CT τα παραπάνω ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με καλοήθεια, οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο και υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση της ύποπτης μάζας. Οι ασθενείς με την μονήρη βλάβη υποβλήθηκαν σε τμηματεκτομή ενώ οι υπόλοιποι δύο με τις έτερες μικροοζώδεις βλάβες σε λοβεκτομή. Στην ιστολογική εξέταση ανευρέθηκαν επιθηλιοειδή νεκρωτικά κοκκιώματα με πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα στην περιφέρεια αυτών, ως επί ειδικής κοκκιωματώδους νόσου φυματιώδους αρχής. Σε καμία από τις περιπτώσεις δεν αποστάλθηκε ιστοκαλλιέργεια προς εξέταση για B-Koch. Ακολούθως οι ασθενείς τέθηκαν στην κατάλληλη αντιφυματική θεραπεία διάρκειας 6-9 μηνών. Οι 4 από τους πέντε ασθενείς δεν παρουσίασαν μετεγχειρητικές επιπλοκές και παρέμειναν κλινικοαπεικονιστικά σταθεροί σε μεταγενέστερους ελέγχους. Ο ένας ασθενής εμφάνισε βρογχοπλευρικό συρίγγιο με εκροή πύου που επουλώθηκε σταδιακά με την λήψη της αντιφυματικής αγωγής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η φυματίωση μπορεί να μιμηθεί πολλαπλά πνευμονικά νοσήματα λοιμώδους ή άλλης αρχής. Σε περίπτωση εξαίρεσης πνευμονικής μάζας, ακόμη και επί μικρής κλινικής υποψίας, θα πρέπει να επιχειρείται πάντα αποστολή ιστοκαλλιέργειας προς εξέταση για B-Koch, γιατί η βακτηριολογική επιβεβαίωση προσφέρει την απόλυτη τεκμηρίωση για την έναρξη της αγωγής και παρέχει τη δυνατότητα των δοκιμασιών ευαισθησίας. Η ιστολογική εξέταση από μόνη της δεν επιβεβαιώνει τη φυματίωση, αλλά μπορεί αναλόγως των ευρημάτων, να είναι συμβατή με φυματίωση. Το μόνο παθογνωμονικό χαρακτηριστικό τόσο για τη φυματίωση, όσο και για τα άτυπα-μη φυματικά μυκοβακτηρίδια (NTM) είναι η τυροειδής νέκρωση. Βεβαίως, ακόμη και σε απουσία βακτηριολογικής επιβεβαίωσης της νόσου, εφόσον η κλινική υποψία για φυματίωση είναι υψηλή γίνεται έναρξη εμπειρικής θεραπείας και παρακολούθηση του ασθενή για ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή.

AA178

ΝΤΜ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ EBUS ΠΡΟ ΕΝΑΡΞΗΣ HAART ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ.

Αλέξανδρος Πατσουρας[1], Άγγελος Ζουγλος[2], Αριστείδης Καικης[3], Χαρίλαος Λαμπράκης[2], Αγγελική Ράπτη[2]
[1]Σωτηρία, [2]2 Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία, [3]Παθολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

Ασθενής 45 ετών, με προσφάτως διαγνωσμένη HIV λοίμωξη, εικόνα εκτεταμένης λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου στη CT θώρακος και αρνητική Mantoux, παραπέμφθηκε στο Τμήμα μας από την παθολογική κλινική του ΓΝ Ρόδου προ της έναρξης αντιρετροϊκής θεραπείας προς διερεύνηση. Ο ασθενής παρουσίαζε μη παραγωγικό βήχα, διελείποντα πυρετό με ρίγος και απώλεια βάρους 20 κιλών από μηνός. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, με 98% Sp02, FiO2:21%, RR:15/min, με φυσιολογικές σφύξεις, αρτηριακή πίεση και θερμοκρασία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, παρατηρήθηκε αριθμός CD4:89 cells/mm3. Διενεργήθηκε απλή και EBUS-βρογχοσκόπηση. Πάρθηκαν TBNA-TBNB από πολλαπλές θέσεις (4R, 4L, 7) και στάλθηκαν καλλιέργειες για κοινά, μύκητες, μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και μη φυματιώδη μυκοβακτηρίδια. Το αποτέλεσμα του άμεσου δείγματος ήταν M. Avium με ευαισθησία στο μοριακό έλεγχο στην κλαριθρομυκίνη, αζιθρομυκίνη, καναμυκίνη, αμικασίνη και καπρεομυκίνη.

Συζήτηση:

Το M. Avium αποτελεί το πιο συχνό μη φυματιώδες μυκοβακτηρίδιο που προσβάλλει τον άνθρωπο. Τα βασικά συμπτώματα που προκαλεί είναι ο βήχας, κόπωση, δύσπνοια και αιμόπτυση (1). Τυπικά ακτινολογικά ευρήματα αποτελούν τα οζίδια, κοιλοτικές αλλοιώσεις, βρογχεκτασίες και ινώδη στοιχεία στο πνευμονικό παρέγχυμα. Οι ασθενείς με HIV και χαμηλά CD4 διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για διάχυτη νόσο. Τα κριτήρια διάγνωσης απαιτούν τον αποκλεισμό άλλων πιθανών διαγνώσεων με κλινικά, απεικονιστικά και μικροβιολογικά κριτήρια (2). Η θεραπεία προκύπτει βάσει αντιβιογράμματος και είναι εξαιρετικά μακροχρόνια με πολλαπλές φαρμακευτικές ουσίες. Η βασικη θεραπεία είναι μια μακρολίδη σε συνδυασμο με εθαμβουτόλη. Η προσθηκη ριφαμπουτίνης, κινολόνης ή/και ενέσιμης μακρολίδης εξαρτάται από την κλινική κατάσταση, ακτινολογικα ευρήματα του ασθενούς, τον έλεγχο ευαισθησίας και τις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις. Στους ασθενείς με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, απαραίτητη είναι η άμεση έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας. (3).

Συμπέρασμα:

Η διαδικασία της βρογχοσκόπησης με χρήση ενδοβρογχικού υπερήχου διενεργείται κυρίως στα κέντρα αναφοράς των μεγάλων αστικών κέντρων. Η αξία της ως μέσο διάγνωσης διαφόρων νοσημάτων του πνεύμονα και του μεσοθωρακίου είναι αναμφισβήτητη και απαραίτητη για το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα, ειδικά σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, των οποίων η διαφορική διάγνωση είναι εξαιρετικά ευρεία.

AA179

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ NTM ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ζωή Σωτηροπούλου[1], Σταυρούλα Ζανελη[1], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Αγαμέμνων Μπακάκος[1], Αικατερίνη Μπακίρη[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου[1], Φωτεινή Καρακοντάκη[1], Αθανασία Αθανασοπούλου[1], Αγγελική Λουκέρη[2], Χαράλαμπος Μόσχος[2], Ελένη Σταγάκη[1], Αντωνία Κουτσούκου[1]
[1]Α Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, [2]Αντιφυματικό Τμήμα – Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης του ΓΝΘΑ «Η Σωτηρία».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:
Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια (NTM) συνήθως μεταδίδονται από το περιβάλλον, μιμούνται την πνευμονική φυματίωση κλινικά και απεικονιστικά και αφορούν λοιμώξεις συνήθως των ανοσοκατεσταλμένωνασθενών ή όσων εμφανίζουν βρογχεκτασίες ή άλλες δομικές βλάβες του πνεύμονα.Ωστόσο, η επίπτωση τους αυξάνεται όλο ένα και περισσότερο ανάμεσα στους ανοσοεπαρκείς. Η επιβεβαίωση και απόφαση για θεραπεία της λοίμωξης από NTM αποτελεί μία πραγματική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ:

Αναφέρουμε την περίπτωση δύο σύνθετων κλινικών περιστατικών λοίμωξης από NTM. Η πρώτη αφορά στην περίπτωση μίας γυναίκας 58 ετών, ανοσοεπαρκή, με ιστορικό συχνών λοιμώξεων αναπνευστικού η οποία διαγνώστηκε προ 3 ετίας με πνευμονική μυκοβακτηριδίωση από MycobacteriumAviumComplex (MAC) ευαίσθητο στις μακρολίδες. Λόγω ωτοτοξικότητας στην αζιθρομυκίνη, έλαβε τελικά αναποτελεσματική θεραπεία το οποίο συνεχίστηκε επί 3 έτη παρά την κλινική, απεικονιστική και μικροβιολογική επιδείνωση. Προ 8μήνου υποβλήθηκε εκ νέου σε βρογχοσκόπηση όπου απομονώθηκαν εκ νέου MACκαι M.Abscessus με ανθεκτικότητα σε πολλά φάρμακα. Η δεύτερη περίπτωση αφορά έναν άντρα 69 ετών με ΧΑΠ και χειρουργηθέν έλκος στομάχου ο οποίος παρουσιάζει από 6μήνου αίσθημα κόπωσης, παραγωγικό βήχα και ευμεγέθη παχυτοιχωματική κοιλότητα δεξιού άνω λοβού. Χρειάστηκε να υποβληθεί δύο φορές σε βρογχοσκόπηση, προκειμένου να απομονωθεί στην καλλιέργεια washingM.Xenopiγια το οποίο έλαβε θεραπεία. Από την καλλιέργεια των πτυέλων απομονώθηκε καιM.Abscessusπου σε αυτήν την περίπτωση, ακολουθώντας προσεκτικά τις οδηγίες, θεωρήθηκε αποικισμός.

ΣΥΖΗΤΗΖΗ:
Καθώς τα NTM είναι πανταχού παρόντες μικροοργανισμοί, η απλή απομόνωσή τους από δείγματα αναπνευστικού δεν αποτελεί πάντα απόδειξη για την παρουσία NTM ούτε ένδειξη για θεραπεία. Η διάγνωση NTM απαιτεί την ενσωμάτωση κλινικών, ακτινολογικών και μικροβιολογικών κριτηρίων για άμεση θεραπεία.Η αύξησητης επίπτωσης και του επιπολασμού τωνλοιμώξεων από NTM πουσημειώνεται τα τελευταία χρόνια φαίνεται πωςείναι πολυπαραγοντική και η μελλοντικήέρευνα θα πρέπει να επικεντρωθείστην ανάπτυξη ταχύτερωνδιαγνωστικών δοκιμών, στην αναγνώριση προδιαθεσικών παραγόντων και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικής θεραπείας.

Φυσιολογία & Παθοφυσιολογία του Αναπνευστικού Συστήματος – Πνευμονική Υπέρταση – Εντατική Θεραπεία

AA180

ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 118 ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΣΘΗΚΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Νικόλαος Αθανασίου[1], Γεώργιος-Ιωάννης Πούπουζας[1], Στίβεν Κομπόγιωργας[1], Αντιγόνη Λογοθέτη[2], Ελένη Νικολοπούλου[2], Ραφαήλ Τζουβάρας[2], Ναταλία Γιοσδέκου[1], Γεώργιος Γιαννίκος[1], Βασίλειος Ίσσαρης[1], Σταυρούλα Μπούλια[1], Βασιλική Λαζάρου[1], Κωνσταντίνος Κότσιφας[1], Ευάγγελος Μπαλής[1]
[1]Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", [2]Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας. Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αιμόπτυση είναι δυνητικά απειλητική για την ζωή. Η αιτιολογία της και η βαρύτητά της διαφέρει ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και πληθυσμούς ασθενών. Η τεχνολογική πρόοδος των τελευταίων δεκαετιών βελτίωσε τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μας τεχνικές. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αποσαφηνιστεί η αιτιολογία των περιστατικών αιμόπτυσης που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας και να καθορισθεί η συσχέτιση της αιτιολογίας της αιμόπτυσης με την βαρύτητα, την υποτροπή και την θεραπεία που ακολουθήσαμε.
Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 118 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ λόγω αιμόπτυσης και εισήχθησαν στην Πνευμονολογική Κλινική του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο μεταξύ Σεπτεμβρίου 2019-2021. Τα στοιχεία τα οποία καταγράφηκαν και ο τρόπος οργάνωσης της μελέτης, φαίνονται στο Γράφημα 1. Ως υποτροπή θεωρήσαμε την εμφάνιση νέου επεισοδίου αιμόπτυσης μέσα στο διάστημα 30 ημερών από την ύφεση αυτής και για παρακολούθηση ενός έτους από το εξιτήριο. Οι 10 στους 118 ασθενείς κατέληξαν στην νοσηλεία τους και 18 δεν βρέθηκαν στο follow-up.
Αποτελέσματα:118 ασθενείς (61,86% άνδρες) με μέση ηλικία τα 64,49±14,33 έτη. Η διάγνωση μέσω της αξονικής τομογραφίας φαίνεται στο Πίνακα 1.
-Η διάγνωση των ασθενών, η βαρύτητα της αιμόπτυσης και η υποτροπή στον 1 χρόνο φαίνονται στον Πίνακα 2.
-14 περιστατικά εμβολίσθηκαν από τους επεμβατικούς ακτινολόγους, 8 αντιμετωπίσθηκαν με εύκαμπτη βρογχοσκόπηση, 2 οδηγήθηκαν στο χειρουργείο, ενώ τα υπόλοιπα έλαβαν συντηρητική αγωγή.
- Τα περιστατικά με σοβαρή και μέτρια αιμόπτυση στα οποία συνυπήρχε διάταση των βρογχικών αρτηριών αντιμετωπίσθηκαν από τους επεμβατικούς ακτινολόγους με εμβολισμό και είχαν χαμηλά ποσοστά υποτροπής (21,42%).
-Ο καρκίνος πνεύμονα και οι βρογχιεκτασίες συσχετίσθηκαν με μεγαλύτερης βαρύτητας αιμόπτυση.
Συμπέρασμα: Ο καρκίνος πνεύμονα, οι βρογχιεκτασίες και η πνευμονική εμβολή είναι οι πιο συχνές αιτίες αιμόπτυσης σε αυτή την σειρά ασθενών. Η διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών αυτών, μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση και να μειώσει τα ποσοστά υποτροπής.

AA181

ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΛΟΓΩ ΟΡΘΟΔΕΟΞΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Κωνσταντίνα-Αικατερίνη Νελλα[1], Κυριάκος-Ροδόλφος Ταραντίνος[1], Βασιλική Γεωργακοπούλου[2], Ορέστης Κομιτόπουλος[1], Χρυσούλα Μανιου[1], Δημήτριος Μυτας[3], Κωνσταντίνος Πατζαλης[1], Χρήστος Κουλούρης[1], Εμμανουήλ Καστανάκης[1]

[1]Β' Πνευμονολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, [2]Λαϊκό Νοσοκομείο, [3]Καρδιολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο είναι μια συχνή πνευμονική επιπλοκή της ηπατικής νόσου τελικού σταδίου, που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της αρτηριακής οξυγόνωσης που προκαλείται από διαστολή των ενδοπνευμονικών αγγείων. Ο επιπολασμός του κυμαίνεται από 4% έως 47% σε ασθενείς με κίρρωση λόγω των διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων που εφαρμόζονται μεταξύ των διαφόρων μελετών.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού πρωτοδιάγνωσης ηπατοπνευμονικού συνδρόμου λόγω ορθοδεοξίας σε ασθενή με αυτοάνοση ηπατίτιδα χωρίς ηπατική κίρρωση.

Υλικά και Μέθοδος: Ασθενής 62 ετών, πρώην καπνιστής με ατομικό αναμνηστικό αυτοάνοσης ηπατίτιδας υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή χωρίς ηπατική κίρρωση, στεφανιαίας νόσου και πνευμονικής εμβολής από έτους αδιευκρίνιστης αιτιολογίας προσήλθε λόγω δύσπνοιας ηρεμίας βελτιούμενης στην ύπτια θέση. Ο ασθενής είχε επισκεφθεί προ ημερών άλλο νοσοκομείο με τα ίδια συμπτώματα και είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία θώρακος με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής που ήταν αρνητική για πνευμονική εμβολή, ανέδειξε ωστόσο ολιγάριθμα οζίδια 2-5 mm, βρογχεκτασίες και εμφυσηματικές αλλοιώσεις. Ο ασθενής υπεβλήθη σε λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής που ανέδειξε χαμηλή διαχυτική ικανότητα για το CO (48% pred). Λόγω ορθοδεοξίας και χαμηλής διαχυτικής ικανότητας για το CO τέθηκε η υποψία του ηπατοπνευμονικού συνδρόμου.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αερίων αίματος ο ασθενής παρουσίαζε αυξημένη κυψελιδοαρτηριακή διαφορά (64 mmHg στην ύπτια θέση και 57 mmHg στην όρθια θέση). Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα ενισχυμένης σκιαγραφικής αντίθεσης που ανέδειξε παρουσία φυσαλίδων στις αριστερές καρδιακές κοιλότητες μετά τον 4ο καρδιακό κύκλο θέτοντας τη διάγνωση του ηπατοπνευμονικού συνδρόμου. Επίσης ο ασθενής υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα αιματώσεως πνευμόνων αρνητικό για θρομβοεμβολική νόσο, η απεικόνιση των νεφρών ωστόσο σε αυτό ενίσχυσε τη διάγνωση του ηπατοπνευμονικού συνδρόμου.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για μια σπάνια περίπτωση πρωτοδιάγνωσης ηπατοπνευμονικού συνδρόμου με πρώτη κλινική εκδήλωση την ορθοδεοξία σε ασθενή χωρίς ηπατική κίρρωση, καθώς αυτό εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με τελικού σταδίου ηπατική νόσο. Σπανιότερα συνυπάρχει με οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα, πυλαία υπέρταση χωρίς ηπατική νόσο, ανεπάρκεια άλφα 1 αντιθρυψίνης, νόσο Wilson και δυσπλασία Abernethy. Η μοναδική θεραπεία που μπορεί να αποτρέψει τη φυσική πορεία του συνδρόμου είναι η μεταμόσχευση ήπατος.

AA182

ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ COVID-19

Κωνσταντίνος Έξαρχος[1], Αθανασία-Συμέλα Ζαφειρούλη[1], Γεωργία Γκρέπη[1], Δημήτριος Ποτονός[1], Αθηνά Γόγαλη[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1], Ευγενία Σάλλα[1]
[1]*Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Η λοίμωξη COVID-19 πέραν της σοβαρής προσβολής του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, έχει συσχετιστεί με μια πληθώρα επιπλοκών που αφορούν σχεδόν όλα τα συστήματα, π.χ. χρόνια νεφροπάθεια, μυοκαρδίτιδα, τριχόπτωση, αρθρίτιδα, θυρεοειδίτιδα και πολλές άλλες. Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί μια αρκετά συνήθη επιπλοκή, που μαλιστα είναι και απειλητική για τη ζωή.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 40 ετών, μη καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσεί με COVID-19 έχοντας ήπια συμπτωματολογία, χωρίς ανάγκη νοσηλείας. Περίπου ένα μήνα αργότερα, λόγω δύσπνοιας προσπαθείας επισκέπτεται το εφημερεύον Νοσοκομείο, όπου διενεργείται Αξονική Αγγειογραφία Πνευμονικών Αρτηριών (CTPA: Computed Tomography Pulmonary Angiogram) χωρίς να αναδειχθεί ΠΕ. Ωστόσο, παρατηρήθηκαν αμφοτερόπλευρα διηθήματα με συνοδό υποξυγοναιμία και ο ασθενής εισήχθη στο Νοσοκομείο, όντας αρνητικός σε μοριακό έλεγχο για SARS CoV-2. Έλαβε συστηματικά κορτικοστεροειδή και ενδιάμεση δόση Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους (ΗΧΜΒ) με κλινική και ακτινολογική βελτίωση. Έπειτα από 10 ημέρες νοσηλείας εξήλθε με οδηγίες για από του στόματος κορτικοστεροειδή σε σταδιακή μείωση καθώς και προφυλακτική δόση ΗΧΜΒ για 2 εβδομάδες.
Περίπου ένα μήνα μετά το εξιτήριο ο ασθενής επισκέφθηκε πάλι το εφημερεύον Νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου και και δύσπνοιας σε μικρό έργο, καθώς και σοβαρή ταχύπνοια. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου CTPA όπου αναδείχθηκαν ελλείμματα πλήρωσης σε αμφότερους τους κύριους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας (Εικόνα 1) καθώς και εκτεταμένα διηθήματα θολής υάλου (Εικόνα 2). Έπειτα από μακρά νοσηλεία άνω των 3 εβδομάδων με ΗΧΜΒ σε θεραπευτική δόση και αντιβιοτική αγωγή ευρέος φάσματος ο ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός και αναπνευστικά επαρκής. Παρά τον ενδελεχή έλεγχο που ακολούθησε δεν προέκυψε κάποιος άλλος ενοχοποιητικός παράγοντας που να σχετίζεται με ΠΕ.

Συζήτηση: Η ΠΕ παρουσιάζεται στο 25% των νοσηλευόμενων με λοίμωξη COVID-19 και και κατά κύριο λόγο στην οξεία φάση της λοίμωξης Η διάρκεια της φάσης υπερπηκτικότητας παραμένει άγνωστη, επομένως οι ασθενείς μετά τη νόσηση πιθανά παραμένουν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΠΕ ακόμα και μετά τις πρώτες 4 εβδομάδες. Ο ασθενής που περιγράφουμε στην παρούσα εργασία είναι αξιοσημείωτο ότι εμφάνισε την ΠΕ πάνω από 2 μήνες μετά την οξεία φάση μιας ήπιας σχετικά νόσησης, έχοντας μάλιστα αρνητική CTPA λίγες ημέρες μετά τη νόσηση.

Συμπεράσματα: Είναι απαραίτητο ο κλινικός ιατρός να σκέφτεται την ΠΕ σε ασθενείς που προσέρχονται λόγω επανεμφάνισης ή εμμένουσας δύσπνοιας ύστερα από οποιαδήποτε περίπτωση λοίμωξης COVID-19, ακόμη και μήνες μετά από αυτήν, ιδίως σε μη εμβολιασμένους έναντι του SARS CoV-2.

Βιβλιογραφία

Solomon JJ, Heyman B, Ko JP, Condos R, Lynch DA. CT of Post-Acute Lung Complications of COVID-19. Radiology. 2021;301: E383–E395.
Riyahi S, Dev H, Behzadi A, Kim J, Attari H, Raza SI, et al. Pulmonary Embolism in Hospitalized Patients with COVID-19: A Multicenter Study. Radiology. 2021;301: E426–E433.

AA183

ΕΠ'ΑΟΡΙΣΤΟΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΝΑ ΔΙΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ Η ΝΑ ΜΗ ΔΙΝΕΙ?

Κωνσταντίνος Έξαρχος[1], Γεωργία Γκρέπη[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[1], Χρήστος Κυριακόπουλος[1]
[1]*Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί μια δυνητικά θανατηφόρο πάθηση (θνητότητα 7-11%), με επίπτωση στην Ευρώπη 6-20 άτομα ανα 10.000 ετησίως. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ειδικά σημεία και συμπτώματα για την ΠΕ και η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωσή της είναι η Αξονική Αγγειογραφία Πνευμονικών Αρτηριών (CTPA: Computed Tomography Pulmonary Angiogram).

Παρουσίαση περιστατικού: Μια νέα γυναίκα 20 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω έντονου πλευριτικού άλγους από ωρών. Η ασθενής ελάμβανε από 4ετίας αντισυλληπτική αγωγή και είχε ιστορικό καπνίσματος 2 πακέτα-έτη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ταχύπνοια (RR=32), ταχυκαρδία (HR=132 bpm) και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα δεξιά μέχρι τη μεσότητα. Στην ακτινογραφία θώρακος παρατηρήθηκε πλευριτική συλλογή και ατελεκτασία δεξιού πνεύμονα. Το μόνο αξιοσημείωτο από τον εργαστηριακό έλεγχο ήταν τα d-dimers=4.47 μg/ml, ενώ τα αέρια ανέδειξαν υποξυγοναιμία (pO2=71.2 mmHg) και υποκαπνία (pCO2=31 mmHg). Στη συνέχεια διενεργήθηκε CTPA όπου διαπιστώθηκε έλλειμμα πλήρωσης σε τμηματικό κλάδο για το δεξιό κάτω λοβό και υπεζωκοτική συλλογή σύστοιχα. Έπειτα από 6 μήνες θεραπείας, διεκόπη η αντιπηκτική αγωγή και εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας όπου διαπιστώθηκε μόνο μικρή αύξηση του παράγοντα VIII (192 IU/dL). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος θρομβοφιλίας επιβεβαιώθηκε και σε δεύτερο εργαστήριο έπειτα από 3 μήνες, ενώ από την αδρή διερεύνηση για πιθανή κακοήθεια δεν προέκυψε κάποιο αξιοσημείωτο εύρημα.

Συζήτηση: Παρόλο που η θεραπεία της ΠΕ είναι εν πολλοίς σαφώς καθορισμένη, δεν ισχύει το ίδιο και για τη διάρκεια χορήγησής της. Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες των ECS/ERS [1] η πιθανότητα υποτροπής για τη συγκεκριμένη ασθενή είναι 3-8% ανά έτος. Σε άλλη μελέτη, ωστόσο, δεν συστήνεται η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής επ' αόριστον, εφόσον διακοπεί η αντισυλληπτική αγωγή [2]. Την τελική απόφαση στο συγκεκριμένο περιστατικό αναπόφευκτα περιπλέκει και το νεαρό της ηλικίας και ο μικρός αλλά υπαρκτός κίνδυνος αιμορραγίας από την αντιπηκτική αγωγή.

Βιβλιογραφία

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing G-J, Harjola V-P, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020;41: 543–603.
2. Connors JM. Thrombophilia Testing and Venous Thrombosis. The New England journal of medicine. 2017. p. 2298.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA184

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS CoV-2 ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ ΧΩΡΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Στυλιανή Κουρελεα[1], Αγγελική Σωτηροπουλου[1], Παναγιώτης Περιστερης[1], Ιωάννης Δημητρουλης[1]
[1]*ΓΝΝΘΑ Σωτηρία*

Γυναίκα 72ετών , μη καπνίστρια , μη εμβολιασμένη για SarsCoV-2 και χωρίς αναπνευστικό ιστορικό , προσήλθε λόγω ξηρού βήχα ,φαρυγγαλγίας και ωταλγίας από 3ημέρου. PCR για SarsCoV-2 (+). Από ατομικό αναμνηστικό : νόσος Crohn υπο βιολογικό παράγοντα, αρτηριακή υπέρταση χωρίς αγωγή, υποθυρεοειδισμός . Εισήχθη στην κλινική covid λόγω υποξυγοναιμίας.
Εξαιτίας της υποξυγοναιμίας (Αέρια αρτηριακού αίματος (FIO2 21%) PO2 =64 mmHg , PCO2= 34 mmHg , PH = 7.45 και Αναπνευστική συχνότητα = 16/λεπτό) έγινε αξονική αγγειογραφία πνευμόνων που ήταν αρνητική τόσο για πνευμονική εμβολή όσο και για σημαντική παρεγχυματική βλάβη. Ο κλινικοαπεικονιστικός έλεγχος δεν τεκμηρίωσε απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (υπέρηχο καρδιάς : κ.φ)
Την 2η ημέρα νοσηλείας , η υποξυγοναιμία επιδεινώθηκε , χωρίς δύσπνοια , ταχύπνοια ή αναπνευστική δυσχέρεια και υποστηρίχθηκε με O2 10 λιτρα /λεπτό . Μετά 24 ωρο, ακολούθησε νέα πτώση του κορεσμού του οξυγόνου οπότε τέθηκε σε ρινική κάνουλα υψηλής ροής (HFNC) με ροή 60 λιτρα/ λεπτό και FIO2 80% με PO2/FIO2 =87 , παρά την σταθερή κλινικοαπεικονιστική εικόνα (απουσία νέων κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων) .
Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε με χορήγηση αντιικής αγωγής (ρεμβεσιβίρη) και αντιβιοτικά σε συνδιασμό με αντιφλεγμονώδη αγωγή (δεξαμεθαζόνη).
Συζήτηση : Η έλλειψη συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβολές της μηχανικής των πνευμόνων και της βαρύτητας της υποξυγοναιμίας έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι ο ιός προκαλεί μια άτυπη μορφή ALI-ARDS. Οι Gattinoni et al. κάνουν αναφορά σε δύο φαινοτύπους πνευμονίας από Sars CoV-2 τύπου L (Low elastance, V/Q ratio) και τύπου H (High elastance , left to right shunt). Ο ιός φαίνεται να προσβάλει την ρύθμιση της αιμάτωσης των πνευμόνων και πρώιμα στην φυσική πορεία της νόσου μπορεί να προκαλεί λειτουργικές (πχ απώλεια υποξικής αγγειοσύσπασης , vasoplegia , φλεγμονώδη υπεραιμία) ή ανατομικές αλλαγές στην αιμάτωση των πνευμόνων. Στην υποξυγοναιμία της νόσου μπορεί να συμμετέχουν και άλλοι μηχανισμοί όπως η άμεση προσβολή του ενδοθηλίου που οδηγεί σε υπερπηκτικότητα, μικροθρόμβους πνευμονικών αγγείων ή /και πνευμονική εμβολή.

AA185

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΥΠΟΥ ΙΙ. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

Ελένη Μπιμπάκη[1], Στυλιανή Βιζυριανάκη[1], Ειρήνη Βασαρμίδη[1], Μιχαήλ Φαναρίδης[1], Γεώργιος Σταθάκης[1], Χριστίνα Ερμίδου[1], Γεώργιος Βάϊος[1], Κωνσταντίνα Λυρώνη[1], Σοφία Σχίζα[1], Αικατερίνη Αντωνίου[1], Νικόλαος Τζανάκης[1]
[1]*Πνευμονολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ
Εισαγωγή
Η ευγλυκαιμική κετοξέωση χαρακτηρίζεται από οξυαιμία με αυξημένο χάσμα ανιόντων, αυξημένα επίπεδα κετονών πλάσματος και απουσία υπεργλυκαιμίας. Είναι μια σπάνια απαντώμενη στον γενικό πληθυσμό μορφή μεταβολικής οξέωσης, ωστόσο οι ασθενείς με νωτιαία μυϊκή ατροφία φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη της λόγω της μειωμένης μυϊκής τους μάζας και της δυσλειτουργίας στην β-οξείδωσης των λιπαρών οξέων στα μιτοχόνδρια.
Περίπτωση ασθενούς
Ασθενής, ηλικίας 18 ετών, με ατομικό αναμνηστικό νωτιαίας μυικής ατροφίας τύπου 2, χρήση NIMV κατ'οίκον, διεκομήσθη στο ΤΕΠ λόγω εμπύρετου, παραγωγικού βήχα και δύσπνοιας. Ακροαστικά και ακτινολογικά ευρήματα υπέρ λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Από το οικογενειακό περιβάλλον αναφέρθηκε άρνηση λήψης τροφής τις τελευταίες τρεις ημέρες. Από την ανταλλαγή αερίων του παρατηρήθηκε σοβαρή μεταβολική οξέωση (ρ.κ 2 lt/min pO2: 61mmHg, pCO2:30mmHg, pH 7.30, HC03:13mmol/L) με φυσιολογικό γαλακτικό οξύ και αυξημένο χάσμα ανιόντων (28 mEq/L) . Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία, οριακά φυσιολογική τιμή σακχάρου (62mg/dL) και έντονη παρουσία κετονών από την γενική μικροσκοπική εξέταση ούρων. Στην διαφορική διάγνωση έγινε αποκλεισμός των πιθανών αιτίων μεταβολικής οξέωσης όπως της διαβητικής (απουσία υπεργλυκαιμίας) – αλκοολικής (μη αναφερόμενη χρήση αλκοόλ) κετοξέωσης, γαλακτικής οξέωση και ουραιμίας.
Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, καταλήξαμε σε τρέχουσα διάγνωση εργασίας την ευγλυκαιμική κετοξέωση νηστείας σε συνδυασμό με τον παθολογικό μεταβολισμό λιπαρών οξέων ο οποίος φαίνεται από την βιβλιογραφία να συνδέεται με την νωτιαία μυϊκή ατροφία. Στον ασθενή χορηγήθηκε διάλυμα αυξημένης συγκέντρωσης γλυκόζης με αποτέλεσμα την σταδιακή αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής.
Συμπέρασμα
Η διαχείριση ασθενών με νωτιαία μυϊκή ατροφία απαιτεί υψηλό βαθμό επαγρύπνησης από τον κλινικό ιατρό καθώς λόγω ενδογενών διαταραχών στο μεταβολισμό τους, οι ασθενείς αυτοί υπό συνθήκες ασιτίας είναι πιο ευάλωτοι να εμφανίσουν σοβαρή μεταβολική οξέωση του τύπου της ευγλυκαιμικής κετοξέωσης.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA186

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS-COVID-19 ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ (2021-2022)

Ευαγγελία Σέρασλη[1], Μαρία Κωνσταντινίδου[1], Μαρία -Χριστίνα Γραμμένου[1], Φωτεινή Γκάγκου[2], Ευθυμία Καμαριώτου[1], Μιχάλης Λεοντακιανακος[2], Ελένη Ελευθεριαδου[1], Μαρία Αλεβιζάκη[2], Σταύρος Τρύφων[1], Κατερίνα Μανίκα[2], Κωσταντίνος Πορπόδης[2], Δήμητρα Σιωπη[1], Διονύσης Σπυρατος[2], Γεωργία Χασαπίδου[1], Δέσποινα Παπακώστα[2], Αδαμάντιος Χλωρός[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ Γ..Ν.Γ. Παπανικολάου , [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του φαινότυπου της πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς αρνητικούς ως προς την λοίμωξη SARS-COVID-19, νοσηλευόμενους σε πνευμονολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου. αναφοράς και ο υπολογισμός της επίπτωσης της νόσου συγκριτικά με χρονική περίοδο πριν την πανδημία

Ασθενείς-Μέθοδοι

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 157 ασθενών (μέσης ηλικίας 67.2±15 έτη, 49% άνδρες) που νοσηλεύτηκαν σε Πνευμονολογική Κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου αναφοράς από τον Μάρτιο 2021 έως τον Σεπτέμβριο 2022 (19 μήνες) με τεκμηριωμένη διάγνωση πνευμονικής εμβολής με βάση τα ευρήματα αξονικής αγγειογραφίας θώρακα. Πριν την εισαγωγή, η διενέργεια μοριακής δοκιμασίας PCR είχε αποδείξει ότι όλοι οι ασθενείς ήταν αρνητικοί ως προς τη λοίμωξη SARS-COVID-19, ενώ δεν συμπεριλήφθησαν ασθενείς που διακομίστηκαν από Covid κλινική. Μελετήθηκε, επίσης, η επίπτωση πνευμονικής εμβολής στο σύνολο των εισαγωγών της κλινικής στο χρονικό διάστημα 3/2021 έως και 2/2022 συγκριτικά με 3/2019 έως και 2/2020 (περίοδος πριν την πανδημία) .

Καταγράφηκαν ιστορικό νόσησης SARS-COVID-19, κλινικά χαρακτηριστικά, βιοδείκτες βαρύτητας, κλίμακα PESI, συνοσηροτητα, προδιαθεσικοί παράγοντες, παράμετροι αναπνευστικής λειτουργίας, ακτινολογική διαβάθμιση εντόπισης εμβολικού φορτίου, διάρκεια νοσηλείας, έκβαση και θνησιμότητα. . Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση SPSS 21. Το Chi-square test και το Independent samples Student's t-test χρησιμοποιήθηκαν για τις συγκρίσεις κατηγορικών και ποσοτικών μεταβλητών αντίστοιχα .

Αποτελέσματα

1) Η συχνότητα της νόσου στο σύνολο των εισαγωγών στην κλινική στο διάστημα 3/2021 έως 2/2022 ήταν 3,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 2,1% κατά το διάστημα 3/ 2019 έως 2/2020, πριν την πανδημία

2) Ιστορικό νόσησης SARS-COVID-19 εντός 6μήνου είχαν 14 ασθενείς (8,9%), εκ των οποίων 11 εντός 3μήνου,. Στην ομάδα αυτή η μέση ηλικία ήταν 69,2±17 έτη, 35,7% ασθενών ήταν σταδίου V (κλίμακα PESI) και 28,5% απεβίωσαν.

3) Σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια (SaO2<90%) παρουσίαζαν 43.3% ασθενών, ενώ η μέση τιμή δείκτη βαρύτητας PESI ήταν 132.8 ±38 (στάδιο I-II: 20,3%, στάδιο III: 14,7 %, στάδιο IV: 17,3 %, στάδιο V: 47,7%)

4) Η μέση διάρκεια νοσηλείας 12,4±8 ημέρες, στατιστικά μεγαλύτερη σε ασθενείς σταδίου V ($p<0.01$)

5) Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στις τιμές PESI με την ηλικία ($p<0.01$), ενώ εργαστηριακά ευρήματα (D- Dimers, τροπονίνη, CRP) δεν συσχετίστηκαν με κλινικά χαρακτηριστικά και βαρύτητα αναπνευστικής διαταραχής

6) Η συχνότερη εντόπιση του εμβολικού φορτίου ήταν κεντρικά και ετερόπλευρα ($p<0.01$) με βάση τα ευρήματα αξονικής αγγειογραφίας θώρακα

7) Η συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες ήταν νεόπλασμα (26,7 %), κλινοστατισμός (28,6%), πρόσφατο χειρουργείο και τραύμα (18,5%)

8) Συνολικά διακομίσθηκαν σε ΜΕΘ 6,3 % και απεβίωσαν 20,1 % ασθενών

Συμπεράσματα

Η πρόσφατη αύξηση της συχνότητας της πνευμονικής εμβολής στο Νοσοκομείο μας συγκριτικά με αντίστοιχο χρονικό διάστημα πριν την πανδημία SARS-COVID-19 συνάδει με διεθνή δεδομένα για την αυξημένη επίπτωση θρομβοεμβολικής νόσου στον γενικό πληθυσμό. Ιστορικό προηγούμενης νόσησης από COVID-19 παρουσιάζεται σε αξιοσημείωτο ποσοστό των ασθενών και μπορεί να συσχετιστεί αιτιοπαθολογικά με την εμφάνιση επεισοδίου πνευμονικής εμβολής, λαμβάνοντας υπόψη ότι σχετικός κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου είναι υψηλός κατά τον πρώτο χρόνο μετα τη νόσο

AA187

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΥΒΡΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ LONG COVID-19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΝ ΕΞΕΛΙΞΕΙ ΜΕΛΕΤΗ

Νικόλαος Χυνκιάμης[1,2], Άγγελος Βοντετσιάνος[1], Χριστίνα Αναγνωστοπούλου[1], Ευαγγελία Κουκάκη[1], Ελένη Σταγάκη[1], Ιωάννης Βογιατζής[1,3], Αντωνία Κουτσούκου[1], Νικόλαος Κουλούρης[1]
[1]Μονάδα Αποκατάστασης, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Κέντρο Ερευνών 'Θώραξ', [3]Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Faculty of Health and Life Sciences, Northumbria University Newcastle

Εισαγωγή: Η ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με long COVID-19 σύνδρομο είναι περιορισμένη αρκετούς μήνες μετά την οξεία φάση της νόσου. Η επίδραση των προγραμμάτων αναπνευστικής αποκατάστασης (PR) στην ικανότητα για άσκηση σε αυτή την ομάδων ασθενών παραμένει αδιευκρίνιστη.
Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ενός υβριδικού προγράμματος αποκατάστασης (που συνδυάζει αποκατάσταση στο νοσοκομείο και αποκατάσταση στο σπίτι) στην ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με long COVID-19 σύνδρομο.
Μέθοδος: 38 ασθενείς (ηλικίας (mean±SD): 57±12 ετών) με αυξημένη κόπωση εξαιτίας του συνδρόμου long COVID-19 (FACIT score (26±10) εντάχθηκαν στην ομάδα παρέμβασης (PR=24) ή στην ομάδα ελέγχου (UC=14) 130±79 ημέρες μετά τη νοσηλεία τους. Το πρόγραμμα PR αποτελείται από 8 συνεδρίες άσκησης στο νοσοκομείο (2 φορές/εβδομάδα για 4 εβδομάδες) και 24 συνεδρίες άσκησης στο σπίτι (3φορές/εβδομάδα για 8 εβδομάδες). Στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου δόθηκαν συμβουλές να είναι σωματικά δραστήριοι. Η ικανότητα για άσκηση αξιολογήθηκε με μία δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής άσκησης προοδευτικά αυξανόμενου έργου μέχρι εξάντλησης.
Αποτελέσματα: Στην ομάδα παρέμβασης, η μέγιστη ικανότητα για άσκηση βελτιώθηκε κατά 18±9 Watt ($p<0.05$), οδηγώντας σε αύξηση στη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου κατά 2.0±1.6 ml/min/kg ($p<0.05$). Παρά τη βελτίωση στη μέγιστη ικανότητα για άσκηση, οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης δήλωσαν κλινικά σημαντικά λιγότερη κόπωση στο τέλος της άσκησης μετά το πέρας του προγράμματος (1.0±3.0).Στην ομάδα ελέγχου, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους. Τα αναλυτικά αποτελέσματα στο τέλος της δοκιμασίας καρδιοαναπνευστικής άσκησης προοδευτικά αυξανόμενου έργου παρουσιάζονται στον πίνακα 1.
Συμπεράσματα: Η εφαρμογή ενός υβριδικού προγράμματος αναπνευστικής αποκατάστασης βελτιώνει την ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με long COVID-19 σύνδρομο.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

AA188

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΦΥΣΗΜΑ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΑΝΩ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ

Νίκος Μμπαρουχος[1], Μαρία Αυδίκου[2], Γεώργιος Ίντας, Κωνσταντίνος Πόταρης
[1]Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος Ιδιωτικό Ιατρείο - Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Επιμελήτρια Α - ΜΕΘ - Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών | Η Ελπίς, [3]Τομεάρχης Εργαστηριακού Τομέα -Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων", [4]Θωρακοχειρουργός Διευθυντής , Γ.Ν.Ν.Θ.Α. Σωτηρία

Άντρας 57ετών, πρώην καπνιστής 70p-y (διακοπή πριν 6 χρόνια), με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσήλθε στο ιατρείο αιτιώμενος δύσπνοια προσπάθειας και εύκολη κόπωση. Σπιρομέτρηση FEV1προ=1,87lt (61%) - FEV1μετά=1,88lt(61%), FEV1/FVCπρο=55,3% και FEV1/FVCμετά=54,7% μετρίου βαθμού αποφρακτικού τύπου διαταραχή χωρίς ανταπόκριση στην βρογχοδιαστολή. Έγινε αξονική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT): εμφυσηματικές αλλοιώσεις στα μέσα και άνω πνευμονικά πεδία άμφω και με μια μεγάλη εμφυσηματική βλάβη με παχιά τοιχώματα που καταλάμβανε τον αριστερό άνω λοβό. Τέθηκε σε θεραπεία με LABA/LABA (indacaterol and glycopyrronium) χωρίς σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και των σπιρομετρικών τιμών. Έγινε εκτίμηση από θωρακοχειρουργό και ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε αριστερή άνω λοβεκτομή – Lung volume reduction surgery (LVRS). Έξι μήνες μετά το χειρουργείο παρουσίασε βελτίωση των συμπτωμάτων συνεχίζοντας να λαμβάνει LABA/LABA. Σπιρομέτρηση 2 χρόνια μετά το χειρουργείο FEV1προ=2,38lt (79%) FEV1μετά=2,39lt (79%), FEV1/FVCπρο=50,7% και FEV1/FVCμετά=51,8% με σημαντική αύξηση του FEV1 και κατ' επέκταση βελτίωση της δύσπνοιας προσπάθειας και αύξηση της ανοχής στην άσκηση.
Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από εμφύσημα δεν μπορούν να βοηθηθούν με χειρουργική επέμβαση. Μια τυχερή μειοψηφία ασθενών μπορεί να ωφεληθεί. Η LVRS οδήγησε σε βελτίωση της δύσπνοιας και της πνευμονικής λειτουργίας λόγω της βελτίωσης των μηχανικών ιδιοτήτων του εμφυσηματικού πνεύμονα και της διόρθωσης της πνευμονικής υπερδιάτασης.

AA189

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Ηλέκτρα Βουλγαρέλη[1], Μυρτώ Μπλίζου[1], Πέτρος Μπακάκος[2], Σπυρίδων Παπίρης[1], Στυλιανός Λουκίδης[1], Γεώργιος Χειλάς[3]

[1]Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν ''Αττικόν'', [2]Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η Σωτηρία'', [3]5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α ''Η Σωτηρία''

Εισαγωγή

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια συχνή νόσος που εμπλέκει τους αεραγωγούς και το πνευμονικό παρέγχυμα. Η φλεγμονή στους αεραγωγούς είναι συνήθως ουδετεροφιλική, ενώ αυξημένα ποσοστά ηωσινόφιλων έχουν καταγραφεί στο πλάσμα τόσο σε σταθερή κατάσταση όσο και σε παρόξυνση.

Υπόθεση

Διάφορες κυτταροκίνες και ειδικότερα οι RNA binding proteins,Human Antigen R (HuR), Tristetraprolin (TTP) και AU-rich Element Binding Factor 1 (AUF-1)- έχουν αναφερθεί ότι εκφράζονται διαφορετικά στη ΧΑΠ ανάλογα με το επίπεδο της ηωσινοφιλικής φλεγμονής. Η έκφραση του mRNA για τα γονίδια ZAP36 και ELAVL1, που κωδικοποιούν τις πρωτεΐνες TTP και HuR αντίστοιχα, έχουν συσχετιστεί με ηωσινοφιλική φλεγμονή, οπότε αναμένεται υψηλή έκφραση του mRNA για τα γονίδια αυτά στους ασθενείς με ΧΑΠ και ηωσινοφιλική φλεγμονή. Η έκφραση του mRNA για το γονίδιο HNRNPD που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη AUF-1 δεν έχει συσχετιστεί μέχρι στιγμής ούτε με ηωσινοφιλική ούτε με μη ηωσινοφιλική φλεγμονή, οπότε αναμένεται χαμηλή έκφραση του mRNA για το γονίδιο HNRNPD σε όλους τους ασθενείς με ΧΑΠ.

Υλικά και μέθοδοι

Μελετήθηκαν 9 ασθενείς με διάγνωση ΧΑΠ. Από αυτούς,4 ασθενείς χαρακτηρίσθηκαν με ηωσινοφιλική φλεγμονή (σε δύο διαδοχικές μετρήσεις ηωσινόφιλα αίματος >4 % και >300/μL σε απόλυτο αριθμό) και 5 ασθενείς με μη ηωσινοφιλική φλεγμονή. Η μέτρηση του mRNA των γονιδίων ELAVL1, ZAP36 και HNRNPD που εκφράζουν τις RBPs HuR,TTP και AUF-1 αντίστοιχα μετρήθηκαν σε δείγματα μονοπύρηνων κυττάρων περιφερικού αίματος.

Αποτελέσματα

Στους 4 ασθενείς με ηωσινοφιλική φλεγμονή παρατηρήθηκε υψηλή έκφραση του mRNA για το γονίδιο ZAP36, ενώ σε 4 ασθενείς με μη ηωσινοφιλική φλεγμονή η έκφραση ήταν μέτρια και σε έναν ασθενή χαμηλή. Η έκφραση του mRNA για το γονίδιο ELAVL1 ήταν υψηλή σε 2 ασθενείς με ηωσινοφιλική φλεγμονή και μέτρια στους άλλους 2. Από τους ασθενείς με μη ηωσινοφιλική φλεγμονή, οι 3 παρουσίαζαν μέτρια έκφραση και οι 2 χαμηλή έκφραση του mRNA για το γονίδιο ELAVL1. Όλοι οι ασθενείς με ΧΑΠ που μελετήθηκαν παρουσίαζαν χαμηλή έκφραση του mRNA για το γονίδιο HNRNPD.

Συμπεράσματα

Στα πρώιμα αυτά αποτελέσματα φαίνεται ότι η ηωσινοφιλική φλεγμονή στους ασθενείς με ΧΑΠ χαρακτηρίζεται από υψηλή έκφραση του mRNA για το γονίδιο ZAP36.Η έκφραση του mRNA για το γονίδιο HNRNPD είναι χαμηλή ανεξαρτήτως ηωσινοφιλικής φλεγμονής, ενώ σε ότι αφορά την έκφραση του mRNA για το γονίδιο ELAVL1 τα πρώιμα αυτά αποτελέσματα δεν είναι σαφή.

AA190

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ): ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΧΑΠ.

Γεώργιος Χειλάς[1], Σοφία Κουκίδου[1], Αντωνία Διγαλάκη[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Αικατερίνη Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ιωάννης Ρούσσης[1], Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Αγγελική Πασπαλλή[1], Μαρία Στόκα[1], Ιωάννης Τόμος[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή
Η ΧΑΠ είναι μία συχνή νόσος που υπερ- και υπο-διαγιγνώσκεται σε σημαντικό ποσοστό. Η «φυσιογνωμία» των ασθενών που φέρουν τη διάγνωση με ΧΑΠ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός
Η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων των ασθενών που φέρουν τη διάγνωση της ΧΑΠ και προσέρχονται για πρώτη φορά σε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο (ΤΕΙ) δημόσιου νοσοκομείου.

Υλικό
Ασθενείς που προσέρχονται για πρώτη φορά στο ΤΕΙ ΧΑΠ της 5ης Πνευμονολογικής κλινικής του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» φέροντας τη διάγνωση της ΧΑΠ.

Μέθοδοι
Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη υπεβλήθησαν σε σπιρομέτρηση προ/μετά βρογχοδιαστολής και στη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων.

Αποτελέσματα
Στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ΧΑΠ της 5ης Πνευμονολογικής κλινικής προσήλθαν (για πρώτη φορά) 152 ασθενείς με διάγνωση ΧΑΠ, από τον Ιανουάριο 2019 έως το Σεπτέμβριο 2022. Το ποσοστό της λανθασμένης διάγνωσης της ΧΑΠ ανήλθε στο 12,5% (19/152 ασθενείς).
Τα επιδημιολογικά δεδομένα των υπολοίπων ασθενών (133) που έπασχαν από ΧΑΠ παρατίθενται στον πίνακα 1 (επισυνάπτεται).
Οι γυναίκες ασθενείς αποτελούσαν το 41,35% των ασθενών, ποσοστό μεγαλύτερο από το αναμενόμενο. Επιβεβαιωμένη σπιρομετρικά ΧΑΠ είχαν μόλις 2 ποτέ καπνιστές (1,5%).

Συμπέρασμα
Σε ασθενείς που προσέρχονται για πρώτη φορά σε εξωτερικό ιατρείο ΧΑΠ δημόσιου νοσοκομείου φέροντας τη διάγνωση της ΧΑΠ, η νόσος υπερδιαγιγνώσκεται σε ποσοστό 12,5%, η αναλογία των γυναικών ασθενών υπερβαίνει το 40% και ανευρίσκεται πολύ σπάνια σε ποτέ καπνιστές.

AA191

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ): ΕΙΣΠΝΕΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΗΔΗ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΧΑΠ.

Γεώργιος Χειλάς[1], Αντωνία Διγαλάκη[1], Σοφία Κουκίδου[1], Χρυσαυγή Κωστή[1], Αικατερίνη Ιωάννα Σακελλαροπούλου[1], Εμμανουέλα Ζερβού[1], Ιωάννης Ρούσσης[1], Κωνσταντίνος Μαρώσης[1], Αγγελική Πασπαλλή[1], Μαρία Στόκα[1], Ιωάννης Τόμος[1], Βασίλειος Τζίλας[1], Σεραφείμ Χρυσικός[1], Αικατερίνη Δημάκου[1]
[1]5η Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"

Εισαγωγή
Η ΧΑΠ είναι μία συχνή νόσος και οι ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία συντήρησης με εισπνεόμενα φάρμακα η οποία δεν είναι πάντοτε συμβατή με τις διεθνείς κατευθυντήριες συστάσεις.

Σκοπός
Η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων ασθενών με ΧΑΠ και προσέρχονται για πρώτη φορά σε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο (ΤΕΙ) δημόσιου νοσοκομείου και η σύγκριση της εισπνεόμενης θεραπείας που ήδη λαμβάνουν σε σχέση με τις τρέχουσες κατευθυντήριες συστάσεις.

Υλικό
Ασθενείς με ΧΑΠ που προσέρχονται για πρώτη φορά στο ΤΕΙ ΧΑΠ της 5ης Πνευμονολογικής κλινικής του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ».

Μέθοδοι
Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη υπεβλήθησαν σε σπιρομέτρηση προ/μετά βρογχοδιαστολής και στη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων.

Αποτελέσματα
Τα επιδημιολογικά δεδομένα των ασθενών παρατίθενται στον πίνακα 1 (επισυνάπτεται).

Η θεραπεία με εισπνεόμενα φάρμακα που ήδη ελάμβαναν οι ασθενείς παρατίθεται στον πίνακα 2 (επισυνάπτεται).

Θεραπεία με νεφελοποιούμενα φάρμακα ελάμβαναν 4 ασθενείς (όλοι σε διαστρωμάτωση D).
Τριπλή θεραπεία είτε ως ICS/LABA+LAMA, είτε ως ICS/LABA/LAMA είτε ως LABA/LAMA+ ICS (εκτός ενδείξεων) ελάμβαναν 69/133 ασθενείς, δηλαδή το 51,87% των ασθενών.
Θεραπευτικό σχήμα που περιλάμβανε ICS ελάμβαναν 110/133 ασθενείς, δηλαδή το 82,70% των ασθενών.

Συμπέρασμα
Σε ασθενείς με ΧΑΠ που προσέρχονται για πρώτη φορά σε εξωτερικό ιατρείο ΧΑΠ δημόσιου νοσοκομείου και ήδη λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή συντήρησης με εισπνεόμενα φάρμακα, περισσότεροι από τα 4/5 των ασθενών λαμβάνουν ICS στο θεραπευτικό τους σχήμα.

AA192

ΧΡΗΣΗ ΠΤΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΙΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Λουκία Λυπήρου[1], Κωνσταντίνος Έξαρχος[2], Χρήστος Χρόνης[2], Βασίλειος Σακκάς[1], Κωνσταντίνος Κωστίκας[2]
[1]Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τομέας Ανόργανης και Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί μια συχνή πάθηση που χαρακτηρίζεται από εμμένουσα απόφραξη των αεραγωγών και καταστροφή του παρεγχύματος, λόγω έκθεσης σε βλαπτικούς παράγοντες π.χ. κάπνισμα. Σημαντικό ρόλο στη φυσική πορεία της νόσου παίζουν οι εκτροπές από τη σταθερή κατάσταση (παροξύνσεις), που οφείλονται ως επι το πλείστον σε λοιμώδη αίτια και συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα.

Σκοπός: Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε υποπληθυσμούς που είναι σε αυξημένο κίνδυνο παροξύνσεων καθώς και να προβλέψουμε όσο το δυνατόν νωρίτερα μια πιθανή παρόξυνση ώστε να αντιμετωπιστεί πιο έγκαιρα και αποτελεσματικά. Στην παρούσα εργασία μελετήσαμε τις πτητικές οργανικές ενώσεις (VOCs: Volatile Organic Compounds) στον εκπνεόμενο αέρα ασθενών με ΧΑΠ. Οι VOCs αντανακλούν τις μεταβολικές διεργασίες στις κυψελίδες του πνεύμονα και έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλά ερευνητικά πεδία με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συλλέξαμε VOCs από 27 ασθενείς με ΧΑΠ ποικίλης βαρύτητας, τους οποίους χωρίσαμε σε ομάδες με και χωρίς παροξύνσεις κατά το προηγούμενο έτος. Τα δείγματα εκπνεόμενου αέρα υποβλήθηκαν σε επεξεργασία με αέρια χρωματογραφία και φασματομετρία μάζας. Στη συνέχεια πραγματοποιήσαμε πολυπαραγοντική ανάλυση σε συνδυασμό με PCA (Principal Component Analysis) ώστε να εντοπίσουμε τις ενώσεις στον εκπνεόμενο αέρα που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση προέκυψαν οι πιο κάτω ενώσεις: 1) Heptane,2,2,4,6,6-pentamethyl, 2) n-terpinene (1,4- Cyclohexadiene, 1-methyl-4-(1 methylethylene)), 3) 2-ethylhexanol, 4) Undecane, οι οποίες παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συγκέντρωση στους ασθενείς χωρίς παροξύνσεις ΧΑΠ.

Συζήτηση: Οι ενώσεις 2-ethylhexanol και Undecane έχουν συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με μειωμένο κίνδυνο παροξυνσεων, και αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στη συμμετοχή τους σε μεταβολικά μονοπατια που επάγουν αντιφλεγμονώδη δραστηριότητα στον οργανισμό.

Βιβλιογραφία

1. Van Berkel JJBN, Dallinga JW, Möller GM, Godschalk RWL, Moonen EJ, Wouters EFM, et al. A profile of volatile organic compounds in breath discriminates COPD patients from controls. Respir Med. 2010;104: 557–563.
2. Pizzini A, Filipiak W, Wille J, Ager C, Wiesenhofer H, Kubinec R, et al. Analysis of volatile organic compounds in the breath of patients with stable or acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. J Breath Res. 2018;12: 036002.

AA193

ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΒΑΡΟΥΣ ΤΗΣ DROSOPHILA MELANOGASTER ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑ ΚΑΠΝΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ.

Περικλής Μαρνάς[1], Λυδία Γιαννακού[1], Στέφανος-Αθανάσιος Γιαννόπουλος[1], Ερασμία Ρούκα[2,3], Ελεάννα Πιταράκη[1], Rajesh Jagirdar[1], Χρυσή Χατζόγλου[1,3], Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης[3], Σωτήριος Ζαρογιάννης[1,3]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας , [2]Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας , [3]Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Το κάπνισμα αποτελεί σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία και τον κύριο παράγοντα κινδύνου για την Χρόνια Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Στόχος μας ήταν η έκθεση της Drosophila Melanogaster σε εκχύλισμα καπνού τσιγάρου (ΕΚΤ), με σκοπό τη χρήση της ως οργανισμό μοντέλο για την ΧΑΠ.

Μεθοδολογία: Drosophila Melanogaster 2-4 ημερών αναπτύχθηκαν σε φυσιολογικές συνθήκες (τροφή χωρίς ΕΚΤ; 0% ΕΚΤ -Control) ή τροφή που περιείχε ΕΚΤ σε συγκεντρώσεις 10%, 25%, 50%. Προσδιορίστηκε η κινητικότητα τους με τη δοκιμασία Αρνητικής Γεώταξης, ο μεταβολικός τους ρυθμός με τον υπολογισμό της παραγωγή CO2, και μετρήθηκε το βάρος τους.

Αποτελέσματα: Η κινητικότητα (σε % μυγών που έφτασαν τα 10 cm) μειώθηκε σημαντικά σε θηλυκές μύγες εκτεθειμένες σε 10% ΕΚΤ (78.87±4.73, $p<0.01$) και σε αρσενικές σε 25% ΕΚΤ (58.86±4.25, $p<0001$), συγκριτικά με τις συνθήκες Control (♀:92.21±2.75; ♂:91.12±2.74). Η παραγωγή CO2 (σε ml/ώρα*μύγα) αυξήθηκε σημαντικά σε αρσενικές μύγες εκτεθειμένες σε 50% CSE (7.1±0.68, $p<0.001$), συγκριτικά με τις συνθήκες Control (2.8±0.31), ενώ στις θηλυκές δεν παρατηρήθηκε διαφορά. Το βάρος (σε mg/μύγα) μειώθηκε σημαντικά στις θηλυκές μύγες σε όλες τις συνθήκες (10% CSE: 0.99±0.03, $p<0.001$; 25% CSE: 1.03±0.02, $p<0.01$; 50% CSE: 0.94±0.01, $p<0.001$), ενώ στις αρσενικές μόνο στο 50% CSE (0.57±0.01, $p<0.001$), συγκριτικά με τα control (♀:1.13±0.01; ♂:0.66±0.01).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά το ΕΚΤ μειώνει την κινητικότητα της Drosophila Melanogaster, αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό, και μειώνει το βάρος. Δεδομένης της ύπαρξης ομοιοτήτων σε επίπεδο φυσιολογίας του αναπνευστικού συστήματος του ανθρώπου και της Drosophila Melanogaster, τα ευρήματα μας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στη μελέτη των μοριακών μηχανισμών της ΧΑΠ.

AA194

ΤΑ ΒΛΕΝΝΟΛΥΤΙΚΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΩΝ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ευθυμία Παπαδοπούλου[1], Jan Hansel[2], Zsofia Lazar[3], Κωνσταντίνος Κωστίκας[4], Σταύρος Τρύφων[1], Jørgen Vestbo[5,6], Αλέξανδρος Μαθιουδάκης[5,6]

[1]Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου", [2]North West School of Intensive Care Medicine, Health Education England - North West, [3]Department of Pulmonology, Semmelweis University, [4]Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, [5]Division of Immunology, Immunity to Infection and Respiratory Medicine, School of Biological Sciences, The University of Manchester, [6]North West Lung Centre, Wythenshawe Hospital, Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre

Εισαγωγή: Οι παροξύνσεις της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) συχνά εκδηλώνονται με αυξημένη ποσότητα εκκρίσεων και δυσχέρεια απόχρεμψης. Τα βλεννολυτικά ελαττώνουν το ιξώδες των εκκρίσεων και ασκούν επιπρόσθετες αντιοξειδωτικές δράσεις. Στην παρούσα μετα-ανάλυση διερευνήσαμε την ασφάλεια και την κλινική τους αποτελεσματικότητα στη θεραπεία των παροξύνσεων ΧΑΠ.

Μέθοδος: Βάσει καταχωρημένου πρωτοκόλλου και τηρώντας τη μεθοδολογία Cochrane, αναζητήσαμε συστηματικά στη διεθνή βιβλιογραφία τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, όπου χορηγήθηκε επιπρόσθετη αγωγή με βλεννολυτικά για την αντιμετώπιση παροξύνσεων ΧΑΠ, συμπληρωματικά στη συνήθη θεραπευτική πρακτική. Αξιολογήσαμε τον κίνδυνο συστηματικού σφάλματος των μελετών (Cochrane Risk of Bias Tool v2) και πραγματοποιήσαμε μετα-αναλύσεις (random-effect model, RevMan v5), όπου κρίθηκε κατάλληλο. Μελετήσαμε τις κλινικά σημαντικές εκβάσεις, όπως έχουν επισημανθεί από την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (COPD Exacerbations Core Outcome Set, ERS) και αξιολογήσαμε την βεβαιότητα των ευρημάτων (GRADE).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 24 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με 2192 συμμετέχοντες σε παρόξυνση ΧΑΠ. Οι περισσότερες μελέτες χαρακτηρίζονται από υψηλό κίνδυνο συστηματικού σφάλματος. Διαπιστώσαμε με μέτρια βεβαιότητα ότι τα βλεννολυτικά αυξάνουν το ποσοστό θεραπευτικής επιτυχίας (relative risk 1.37, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [1.08-1.73], n=383), βελτιώνουν τα ολικά σκορ συμπτωμάτων (standardised mean difference 0.86 [0.63-1.09], n=316), την υποχώρηση του βήχα (relative risk 1.93 [1.15-3.23]), και διευκολύνουν την απόχρεμψη (relative risk 2.94 [1.68-5.12]). Βρήκαμε, επίσης, με χαμηλή ή πολύ χαμηλή βεβαιότητα, ότι τα βλεννολυτικά πιθανόν ελαττώνουν τον κίνδυνο για μελλοντικές παροξύνσεις και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, χωρίς, όμως, επίδραση στη δύσπνοια, στη διάρκεια νοσηλείας, στην ένδειξη για υψηλότερο επίπεδο περίθαλψης, ούτε στα σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα.

Συμπέρασμα: Τα βλεννολυτικά μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των παροξύνσεων ΧΑΠ βελτιώνοντας την θεραπευτική επιτυχία και μετριάζοντας τη συμπτωματολογία. Για την επιβεβαίωση των ευρημάτων μας χρειάζονται επιπρόσθετες κλινικές μελέτες με κατάλληλο σχεδιασμό.

31ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
8-11 Δεκεμβρίου 2022
Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental
Αθήνα
AFEA www.afea.gr

AA195

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ(ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΟΣ)ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Στυλιανή Σαραντουλάκη[1], Ιωάννης Δαυλόπουλος[1], Σταύρος Μαθιουλάκης[1], Γιώργος Χρυσοφάκης[1]
[1]Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Εισαγωγή :Ο αυτόματος πνευμοθώρακας σε έδαφος χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας είναι μία σπάνια επιπλοκή.Παρατηρείται στο εμφυσηματικό πνεύμονα με έντονη την παρουσία εμφυσηματικών κύστεων και καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος.

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση επιπλοκής της ΧΑΠ με αυτόματο πνευμοθώρακα με δυσχερή και επικαλυπτόμενη κλινική εικόνα.

Υλικό και Μεθοδολογία :Γυναίκα ασθενής 75 ετών,λιποβαρής, με ιστορικό ΧΑΠ, χρόνια βαριά καπνίστρια χωρίς κατ'οικον τακτική βρογχοδιασταλτική θεραπεία, προσεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας με χρήση επικουρικών μυών και θωρακικού άλγους.Η ασθενής παρουσίαζε αναπνευστική οξέωση με υπερκαπνία και ανουρία.Παρά τις αρχικές προσπάθειες με βρογχοδιασταλτικά,κορτιζονοθεραπεία και διούρηση, δεν απέδωσαν καμία βελτίωση στην κλινική εικόνα της ασθενούς ούτε και στην ανταλλαγή των αερίων, αντίθετα η εικόνα της επιδεινώθηκε με ραγδαίο ρυθμό.
Από την ακρόαση των πνευμόνων υπήρξε διαφορά ως προς τους δύο πνεύμονες, χωρίς ωστόσο να δίνεται σαφή εικόνα πνευμοθώρακα,λόγω της μέιωσης του αναπνευστικού ψιθυρίσματος άμφω,ως αποτέλεσματης της ΧΑΠ -εμφυσήματος- και την παρουσία συριγμού άμφω ενδεικτικού λοίμωξης -παρόξυνσης.
Από την ακτινογραφία θώρακα επί κλίνης διαπιστώθηκε η ύπαρξη μεγάλου πνευμοθώρακα αριστερά και η τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα ήταν επιβεβλημένη. Έγινε τοποθέτηση θωρακοσωλήνα αριστερά και σταδιακά η κλινική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε με αποκατάσταση του άλγους και της αναπνευστικής ανεπάρκειας.Από την αξονική τομογραφία θώρακα που έγινε απεικονίστηκε η εικόνα μεγάλων εμφυσηματικών κύστεων σε όλα τα πνευμονικά πεδία άμφω καθώς και η ύπαρξη υπολοιπόμενου πνευμοθώρακα αριστερά.

Αποτελέσματα: Η αθενής μεταφέρθηκεστη ΜΕΘ με μάσκα μη επανεισπνοής για monitoring και παρακολούθηση όπου έγινε επαναληπτική αξονική τομογραφία θώρακα τις επόμενες ημέρες. Η ύπαρξη υπολειπόμενου πνευμοθώρακα διαπιστώθηκε και στη νέα αξονική τομογραφία, ο οποίος σταδιακά εξαλείφθηκε σε επόμενη απεικόνιση.
Διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς με την παρουσία πνευμονικής υπέρτασης και ήπια προς μέτρια επηρεασμένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας.

Συμπεράσματα: Η παρουσόα λοίμωξης αναπνευστικού και έντονου βήχα σε έδαφος εμφυσήματος δύναται σε κάποιες περιπτώσεις να επιπλακεί από αυτόματο πνευμοθώρακα με κίνδυνο για τη ζωη του ασθενούς αν δεν αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί άμεσα.

AA196

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΟΥ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πασχάλης Στειρόπουλος, Δήμητρα Σιώπη[2], Στέλλα Δημητσάκη[3], Ανδριάνα Παπαϊωάννου[4], Γεώργιος Χειλάς[5], Χριστίνα Αλεξοπούλου[6], Παντελής Νατσιάβας[3], Βενετία Τσάρα[3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Α., [2]Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου", [3]Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών - Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης , [4]Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», [5]5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία» , [6]Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Ο μακροχρόνιος μη επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (μηΕΜΑ) κατ' οίκον αυξάνει την επιβίωση και βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια (ΧΑΑ). Το σύστημα εφαρμογής του μηΕΜΑ κατ' οίκον διαφέρει μεταξύ των χωρών. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των συνθηκών εφαρμογής μακροχρόνιου μηΕΜΑ κατ' οίκον σε ασθενείς με ΧΑΑ στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Η έρευνα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του μνημονίου συνεργασίας της ΕΠΕ και ΙΝΕΒ/ΕΚΕΤΑ με τη συνεργασία της ομάδας ΧΑΠ της ΕΠΕ. Ερωτήσεις που αφορούν στα νοσήματα για τα οποία εφαρμόζεται μηΕΜΑ κατ' οίκον, τα κριτήρια επιλογής, τις συσκευές εφαρμογής, την παρακολούθηση ασθενών υπό μηΕΜΑ κατ' οίκον και την εμπειρία του κέντρου, στάλθηκαν ηλεκτρονικά σε όλες τις Πνευμονολογικές Κλινικές/Τμήματα όλων των ΔΥΠΕ.

Αποτελέσματα: Απάντησε το 89,1% των ερωτηθέντων. Μακροχρόνιο μηΕΜΑ κατ' οίκον σε ασθενείς με ΧΑΑ χορηγεί το 88,9% των Πνευμονολογικών Κλινικών/Τμημάτων. Τα νοσήματα για τα οποία εφαρμόζουν μηΕΜΑ κατ΄ οίκον είναι κυρίως η ΧΑΠ (100%), το σύνδρομο παχυσαρκίας υποαερισμού (100%), τα νευρομυϊκά νοσήματα (79,2%), οι διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο (50%) και η καρδιακή ανεπάρκεια (45%). Οι εξετάσεις που προηγούνται της έναρξης μηΕΜΑ κατ΄ οίκον είναι σπιρομέτρηση, αέρια αρτηριακού αίματος και οξυμετρία σε όλους και πολυπνογραφία ή πολυγραφία (στο 58,3% και 29,2% των ασθενών αντίστοιχα). Οι αναπνευστικές συσκευές που χρησιμοποιούνται στο μηΕΜΑ κατ' οίκον είναι κυρίως BPAP ST, BPAP S και CPAP/auto CPAP (σε ποσοστό 50%-87,5%), η μάσκα εφαρμογής είναι κυρίως ρινοστοματική ενώ συμπληρωματική οξυγονοθεραπεία στους ασθενείς χορηγείται στο 85%. Η εμπειρία εφαρμογής μηΕΜΑ κατ' οίκον κυμαίνεται από 2 έως >20 έτη (10,8+5,9). Το 91,7% παρακολουθεί συστηματικά τους ασθενείς αυτούς ανά 3, 6 ή 12 μήνες ενώ το 47,5% διαθέτει μητρώο καταγραφής τους. Τυχόν επείγον συμβάν στους ασθενείς υπό μηΕΜΑ κατ΄ οίκον καλύπτεται από το 77,3% των Πνευμονολογικών Κλινικών/Τμημάτων.

Συμπεράσματα: Η μακροχρόνια εφαρμογή μηΕΜΑ κατ΄ οίκον στη ΧΑΑ, χορηγείται κυρίως σε ασθενείς με ΧΑΠ και σύνδρομο παχυσαρκίας-υποαερισμού. Διαφορές παρατηρούνται στη συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή αυτών των ασθενών.

AA197

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πασχάλης Στειρόπουλος[1], Δήμητρα Σιώπη[2], Στέλλα Δημητσάκη[3], Γεώργιος Χειλάς[4], Ανδριάνα Παπαϊωάννου[5], Χριστίνα Αλεξοπούλου[6], Παντελής Νατσιάβας[3], Βενετία Τσάρα[3]

[1]Πνευμονολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, [2]Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου", [3]Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών - Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης , [4]5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», [5]Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» , [6]Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Ο μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (μηΕΜΑ) είναι καθιερωμένη θεραπεία σε οξεία παρόξυνση της ΧΑΠ ή σε επιδείνωση άλλων χρονίων νοσημάτων που προκαλούν Οξεία Αναπνευστική Ανεπάρκεια (ΟΑΑ). Λίγα είναι γνωστά για τις συνθήκες εφαρμογής του μη ΕΜΑ στην αντιμετώπιση της ΟΑΑ στην Ελλάδα. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της διαθεσιμότητας και των συνθηκών χρήσης μηΕΜΑ στις Πνευμονολογικές Κλινικές/Τμήματα σε όλη την Ελλάδα.

Μέθοδος: Η έρευνα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του μνημονίου συνεργασίας της ΕΠΕ και ΙΝΕΒ/ΕΚΕΤΑ με τη συνεργασία της ομάδας ΧΑΠ της ΕΠΕ. Ερωτήσεις που αφορούν στις κατηγορίες νόσου για την οποία εφαρμόζεται μηΕΜΑ, εμπειρία του κέντρου, κριτήρια επιλογής και εξετάσεις ασθενών, συσκευές εφαρμογής, προσωπικό και εκπαίδευση, στάλθηκε ηλεκτρονικά σε όλες τις Πνευμονολογικές Κλινικές/Τμήματα όλων των ΔΥΠΕ.

Αποτελέσματα: Απάντησε το 89,1% των ερωτηθέντων. Στην πλειοψηφία (96,3%) μηΕΜΑ εφαρμόζεται σε ΟΑΑ λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ, αλλά και σε ΟΑΑ από νευρομυϊκά και απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Η εμπειρία εφαρμογής μηΕΜΑ κυμαίνεται από 2 έως >20 (12,9±5,8) έτη. Μόνο το 13% διαθέτει ειδικό χώρο εφαρμογής μηΕΜΑ ενώ 50% των εφαρμογών του μηΕΜΑ αφορούν σε παθολογική και 33% σε καρδιολογική κλινική. Την εφαρμογή του μηΕΜΑ αναλαμβάνουν ειδικοί γιατροί (96,3%), ειδικευόμενοι (65,6%) και εξειδικευμένοι νοσηλευτές (5,6%). Στο 50% των κέντρων η συχνότητα εφαρμογής μηΕΜΑ είναι σε >20 ασθενείς/έτος (25,3±22,7 ασθενείς/έτος). Η παρακολούθηση των ασθενών γίνεται με οξυμετρία (100%), αέρια αρτηριακού αίματος (88%), καρδιολογικές παραμέτρους (96,2%) και καπνογραφία (30,8%). Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται είναι BPAP S (92,3%), CPAP (76,9%), autoCPAP (53,8%) και AVAPS (19,2%). Όσον αφορά στις μάσκες εφαρμογής υπάρχουν διαθέσιμες ρινική/ρινοστοματική μάσκα (100%), ολοπροσωπική (69,2%) και σκάφανδρο (11,5%).

Συμπεράσματα: Τα πνευμονολογικά τμήματα/κλινικές, με διαφορετική υποδομή και συχνότητα εφαρμόζουν μηΕΜΑ σε ΟΑΑ, κυρίως σε ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ. Χρησιμοποιούνται κυρίως συσκευές διφασικής θετικής πίεσης και ρινική/ρινοστοματική μάσκα. Η περαιτέρω διερεύνηση των συνθηκών χρήσης μηΕΜΑ στην ΟΑΑ είναι απαραίτητη.

AA198

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ FDC ICS/LABA ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΤΙΟΤΡΟΠΙΟΥ Η ΓΛΥΚΟΠΥΡΡΟΝΙΟΥ. ΕΠΤΑΕΤΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ RETRIEVE.

Μαρία Μπερτόλη[1], Ευθυμία Παπαδοπούλου[2], Ιωάννης Γιανναράκης[3], Εμμανουέλα Χρονάκη[4], Αλέξανδρος Γκίνης[1], Σταύρος Τρύφων[2]

[1]Ιατρικό Τμήμα, Φαρμακευτική Βιομηχανία ELPEN, [2]Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", [3]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, [4]Ιδιωτικό Πνευμονολογικό Ιατρείο

Εισαγωγή: Βάσει των διεθνών και ελληνικών θέσεων ομοφωνίας, η φαρμακολογική θεραπεία της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) χρήζει εξατομικευμένης προσέγγισης, με μεμονωμένη θεραπεία ή συνδυασμό φαρμάκων με διαφορετικούς ή συμπληρωματικούς μηχανισμούς δράσης.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της πνευμονικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΧΑΠ υπό θεραπεία φλουτικαζόνης/σαλμετερόλης (FDC FLUT/SALM)(Elpenhaler®) για τουλάχιστον ένα έτος και προσθήκη μουσκαρινικών ανταγωνιστών μακράς δράσης-LAMA.

Μέθοδος: Αναδρομική, επταετής (2012-2018), μη-παρεμβατική κλινική μελέτη (NCT03858348). Αξιολογήθηκαν δεδομένα 242 ασθενών με ΧΑΠ που ταξινομήθηκαν σε δύο χρονικές περιόδους βάσει χορηγούμενης θεραπείας: FDC FLUT/SALM για τουλάχιστον ένα έτος (περίοδος B0) και προσθήκη LAMA (περίοδος B1). Έγινε συγκριτική ανάλυση των σπιρομετρικών παραμέτρων στους ασθενείς που έλαβαν τιοτρόπιο ή γλυκοπυρρόνιο.

Αποτελέσματα: Οι 242 ασθενείς ξεκίνησαν αγωγή με FDC FLUT/SALM για τουλάχιστον ένα έτος (B0 περίοδος: μέση διάρκεια θεραπείας(SD): 20.56±11.6μήνες) και ακολούθησε προσθήκη LAMA (B1 περίοδος: μέση διάρκεια(SD): 25.30±17.4μήνες). Για 215 ασθενείς υπάρχουν δεδομένα καταγραφής μετά την προσθήκη LAMA. Αναφορικά με την επιλογή LAMA, 120(55.8%) ασθενείς έλαβαν τιοτρόπιο και 43(20%) γλυκοπυρρόνιο.
Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που κλιμακώθηκαν από FDC FLUT/SALM σε τριπλή αγωγή με γλυκοπυρρόνιο είχαν υψηλότερες τιμές FEV1%predicted κατά 8.59% ($p<0.001$) και FVC%predicted κατά 9.04% ($p=0.003$), συγκριτικά με αυτούς που έλαβαν τιοτρόπιο, στην τελευταία σπιρομετρική εκτίμηση πριν την προσθήκη του LAMA.
Την περίοδο B0, οι τιμές FEV1%predicted παρουσίαζαν προοδευτική ελάττωση. Αντίθετα, κατά την περίοδο B1 (μετά την προσθήκη του LAMA) παρατηρήθηκε αυξητική τάση. Παρότι οι αρχικές τιμές των FEV1%predicted, FVC%predicted, FEV1/FVC διέφεραν σημαντικά κατά την κλιμάκωση σε τριπλή αγωγή μεταξύ των ασθενών που έλαβαν τιοτρόπιο συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν γλυκοπυρρόνιο, στο τέλος της περιόδου B1 οι τιμές για τις 2 ομάδες ήταν παρόμοιες ($p=0.627$, $p=0.673$, $p=0.211$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η πνευμονική λειτουργία των ασθενών με προοδευτική ελάττωση του FEV1%predicted υπό FDC FLUT/SALM βελτιώθηκε μετά τη χορήγηση θεραπείας με τριπλό συνδυασμό. Ωστόσο, η συγκριτική βελτίωση που παρατηρήθηκε ήταν υψηλότερη με την προσθήκη τιοτροπίου.