63ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

27–29
Ιουνίου 2025

Ξενοδοχείο
RODOS PALACE
Ρόδος







ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
EVEREST TRAVEL & CONGRESSES
Λυκούργου 14-16, 10552, Αθήνα
T: 2103249242
W: www.everesttravel.gr
E: conference@everesttravel.gr

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Μπακοπούλου 15, 15451, Ν. Ψυχικό
T: 2107771140
W: www.e-child.gr
E: grammateia@e-child.gr



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΕΑ01

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΥΣΤΙΚΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Θεανώ Μακρίδου, Θεοχάρης Παυλίδης, Μαρία Παπαγεωργίου, Δέσποινα Σαμουρκασίδου, Αναστασία Τουλιοπούλου, Ελένη Βούρτη
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η συγγενής κυστική αδενωματώδης δυσπλασία (Congenital Cystic Adenomatoid Malformation – CCAM) αποτελεί την συχνότερη συγγενή βλάβη των πνευμόνων. Χωρίζεται σε 5 κατηγορίες (0-4), κάθε μια με διαφορετικά χαρακτηριστικά, κλινική εμφάνιση, πρόγνωση και θεραπεία. Με την ευρεία χρήση των προγεννητικών υπερήχων, η διάγνωση τίθεται κατά βάση πριν την γέννηση.
Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού νηπίου με πνευμονία σε έδαφος CCAM τύπου 1.
Υλικό – Μέθοδος: Πρόκειται για νήπιο με CCAM τύπου 1, που ανιχνεύτηκε με υπερηχογράφημα και επιβεβαιώθηκε με μαγνητική τομογραφία προγεννητικά. Μετά την γέννηση ακολούθησε παρακολούθηση στην MENN χωρίς συμπτωματολογία από το αναπνευστικό. Κατά το 2ο έτος ζωής στα πλαίσια εκτίμησης της CCAM έγινε ακτινογραφία θώρακος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Έως την ηλικία αυτή το παιδί δεν παρουσίασε λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού. Σε ηλικία 2,5 ετών προσεκομίσθη λόγω εμπυρέτου στο 2ο 24ωρο χωρίς συνοδά συμπτώματα, μετά από παραπομπή από τον παιδίατρο του λόγω επαναλαμβανόμενων εμπύρετων (3 εντός μηνός).
Αποτελέσματα: Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν ευρήματα. Παρουσίασε ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής και η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πύκνωση σε δεξιό μέσο και κάτω λοβό με υπόπυκνες εστίες εντός αυτής. Έλαβε αγωγή αρχικά με ενδοφλέβια κεφτριαξόνη. Στην συνέχεια λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης και υποψίας συμμετοχής κυστικής βλάβης προστέθηκε κλινδαμικύνη, με σταδιακή βελτίωση της κλινικής της εικόνας. Ακολούθησε εκτίμηση από παιδοπνευμονολόγο σε δεύτερο χρόνο.
Συμπεράσματα: Συχνά οι ασθενείς με CCAM τύπου 1 παραμένουν ασυμπτωματικοί για χρόνια. Σε ασθενείς με προγεννητική διάγνωση η κλινική υποψία για λοίμωξη θα πρέπει να τίθεται σε παρατεινόμενα ή χωρίς εστία εμπύρετα. Η θεραπεία περιλαμβάνει τόσο συντηρητική όσο και χειρουργική αντιμετώπιση κατά περίπτωση.



ΕΑ02

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2023-2025

Χρύσα Πάνου, **Καλλιόπη Τανού**, Θεοφανή Γρηγορά, Ειρήνη Καλαντζή, Άννα Ντομακάκη, Ιωάννα Τάσσιου, Κωνσταντίνος Τσάκος, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, "Αχιλλοπούλειο", Βόλος, Μαγνησία

Εισαγωγή Η πνευμονία της κοινότητας αποτελεί συχνή αιτία νοσηλείας των παιδιών και πρώτη αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε παιδιά κάτω των 2 ετών συχνότερα αίτια είναι οι ιοί, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά ενοχοποιούνται μικρόβια, συχνότερα το Mycoplasma Pneumoniae. Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται εργαστηριακά και απεικονιστικά.
Υλικό/Μέθοδος Αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας τη χρονική περίοδο 04/2023 - 04/2025 σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο.
Σκοπός Η καταγραφή και ανάλυση δεδομένων που αφορούν δημογραφικά στοιχεία, κλινικοεργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα, αντιμετώπιση και επιπλοκές νοσηλευόμενων παιδιών με πνευμονία.
Αποτελέσματα Καταγράφηκαν 106 περιστατικά (55 αγόρια/51 κορίτσια, μέση ηλικία 6,8 έτη). 4 παιδιά με υποκείμενο νόσημα (σύνδρομο Down, νωτιαία μυική ατροφία, σύνδρομο Rett, σπαστική τετραπληγία). Χρησιμοποιήθηκε filmarray αναπνευστικού (panel ιών και άτυπων βακτηρίων). Στο 61% των ασθενών δεν απομονώθηκε μικροοργανισμός, στο 16% απομονώθηκε μυκόπλασμα, στο 20% απομονώθηκε ιός. Στο 96,5% χορηγήθηκε β λακταμικό και 49% ασθενείς έλαβαν επιπλέον αζιθρομυκίνη. 17 ασθενείς (16%) είχαν ανάγκες σε οξυγόνο. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,6 ημέρες ενώ 8 ασθενείς διακομίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. 12 ασθενείς εμφάνισαν πλευριτική συλλογή και 1 μικροβιαιμία. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δεικτών φλεγμονής (λευκοκύτταρα >10000/μL p=0,007, CRP >40IU/L, p=0,06) και του παθογόνου μικροοργανισμού, με ανάδειξη υψηλών δεικτών σε πνευμονίες στις οποίες δεν ταυτοποιήθηκε παθογόνο.
Συμπεράσματα Η πνευμονία αποτελεί συχνή αιτία νοσηλείας στα παιδιά. Η χρήση μοριακών τεχνικών είναι βοηθητική στην αντιμετώπιση και μπορεί να μειώσει το χρόνο νοσηλείας, ωστόσο η κλινική έκβαση δεν μπορεί να προβλεφθεί. Το κλινικό κριτήριο παραμένει το πιο σημαντικό εργαλείο παρακολούθησης και αντιμετώπισης.

ΕΑ03

Η ΧΡΗΣΗ ΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΝΟΥΛΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ (HIGH FLOW NASAL CANNULA-HFNC) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Χρυσάνθη Μηνδρινού, Ιωάννα Τάσσιου, Καλλιόπη Τανού, Ειρήνη Καλαντζή, Άννα Ντομακάκη, Κωνσταντίνος Τσάκος, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η οξεία βρογχιολίτιδα αποτελεί τη συχνότερη αιτία νοσηλείας σε παιδιά ηλικίας <2 ετών, με αυξημένη επίπτωση κατά τους χειμερινούς μήνες. Τα τελευταία χρόνια, η χρήση HFNC χρησιμοποιήθηκε ως μέσο αναπνευστικής υποστήριξης στη μέτρια και σοβαρή βρογχιολίτιδα, περιορίζοντας την ανάγκη μηχανικής υποστήριξης.
Σκοπός: Η αξιολόγηση κλινικών χαρακτηριστικών, θεραπευτικής προσέγγισης και έκβασης ασθενών με οξεία βρογχιολίτιδα σε HFNC.
Υλικό–Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά την επιδημική περίοδο Σεπτεμβρίου 2024 – Απριλίου 2025.
Αποτελέσματα: Βρέθηκαν 52 ασθενείς <2 ετών με διάγνωση οξείας βρογχιολίτιδας, 6/52 (11,5%) χρειάστηκε να υποστηριχθούν με HFNC (4 αγόρια & 2 κορίτσια, μέση ηλικία 7,4 μηνών). 3/6 ανιχνεύθηκε ο RSV. Συννοσηρότητες είχαν 4/6: προωρότητα, ηλικία<μήνα και σ. Down. Όλοι παρουσίαζαν ταχύπνοια και εισολκές, με μέσο χρόνο εμφάνισης συμπτωμάτων 2,5 ημέρες πριν την εισαγωγή. 4/6 (66,7%) δεν είχαν λάβει αγωγή. Όλοι τέθηκαν σε εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και οξυγόνο χαμηλής ροής, ενώ 2 (33,3%) έλαβαν ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη και 2 αντιβίωση, λόγω ευρημάτων στην ακτινογραφία θώρακος. Η ανάγκη για HFNC προέκυψε μετά την επιδείνωση των αερίων αίματος εντός του πρώτου 24ώρου νοσηλείας. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση στην οξυγόνωση και στην ταχύπνοια μετά τη χρήση HFNC. Η μέση διάρκεια παραμονής σε HFNC ήταν 2,5 ημέρες και η συνολική διάρκεια νοσηλείας 7,67 ημέρες (μ.ο). 1/52 διακομίστηκε σε ΜΕΝΝ και υποστηρίχθηκε με CPAP.
Συμπεράσματα: Η HFNC αποδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματική στην οξεία βρογχιολίτιδα, μειώνοντας την ανάγκη διακομιδής και εντατικοποίηση της φροντίδας. Η εφαρμογή της ενισχύει τον ρόλο του νοσοκομειακού παιδιάτρου στη γρήγορη και ποιοτική διαχείριση αναπνευστικών περιστατικών, βελτιώνοντας τη φροντίδα και την επάρκεια των περιφερειακών νοσοκομείων προς όφελος των παιδιατρικών ασθενών.



ΕΑ04

ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΤΟΝΙΑ ΒΡΕΦΟΥΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ CPT2- Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΥΠΟΨΙΑΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ.

Χριστίνα Μορφινή Καραγιάννη, Βασιλική Κορδώνη, Αθηνά Τσουρτσούλα, **Ελένη Ποδηματά**, Γεωργία Αλεξάνδρα Παρασκευά, Σοφία-Χριστίνα Καντή, Μιχαήλ Μαγκαφάς, Ιωάννα Κωνσταντίνου, Χρστίνα Κεφαλά
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου “Ανδρέας Παπανδρέου”, Ρόδος

Εισαγωγή: Η ανεπάρκεια παλμιτουλτρανφεράσης της καρνιτίνης ΙΙ, είναι ένα μεταβολικό νόσημα που οφείλεται σε διαταραχή στην χρήση λιπαρών μακράς αλύσου για την παραγωγή ενέργειας στα κύτταρα.Η επίπτωση της ανεπάρκειας της CPT2 βρίσκεται σε 1 στα 250.000 άτομα παγκοσμίως, ωστόσο υπάρχουν παραλλαγές στην επίπτωση ανάλογα με την καταγωγή και την μορφή της νόσου . Η νόσος κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο και οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου CPT2. Διακρίνονται 3 μορφές της νόσου 1) η θνησιγόνος νεογνική μορφή, 2) η βρεφική μορφή και 3) η μυοπαθητική μορφή.
Σκοπός: Ανάδειξη της σημασίας πρώιμης υποψίας και διερεύνησης σπάνιων μεταβολικών νοσημάτων σε έδαφος άτυπης συμπτωματολογίας.
Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό βρέφος θήλυ 16 μηνών αλβανικής καταγωγής εισήχθη στην παιδιατρική κλινική του ΓΝ Ρόδου λόγω εμπυρέτου από 36ώρου, υπολειπόμενη στήριξη κεφαλής και συνοδό υποτονία. Κλινικά διαπιστώθηκε υποτονονία με αδυναμία βάδισης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένες τιμές τρανσαμινασών (SGPT: 234U/l, SGOT: 1134U/l) και CPK: 32745U/l.
Αποτελέσματα: Τέθηκε η υποψία μεταβολικού νοσήματος και κατέστη αναγκαία η παραπομπή του περιστατικού σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.
Συμπέρασμα: Η πρώιμη αναγνώριση της ανεπάρκειας CPT2 είναι κρίσιμη για τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση και την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.



ΕΑ05

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ IIp ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ

Δήμητρα Κατσάνη[1], Μαρίνα Μωραΐτου[2], Κωνσταντίνος Ζάχος[1], Μαρία Τσάμπρα[1], Τατιάνα Αλεξάνδροβα[1], Χρυσή Γεωργοκώστα[1], Ευανθία Μπότσα[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Εισαγωγή: Ως νεογνική χολόσταση ορίζεται η αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης >1 mg/dl επί ολικής <5 mg/dl ή >20% της συνολικής χολερυθρίνης. Πρόκειται για παθολογική κατάσταση που απαιτεί έγκαιρη και συστηματική διερεύνηση.
Οι συγγενείς διαταραχές γλυκοζυλίωσης (CDGs) αποτελούν ετερογενή ομάδα νοσημάτων, με ολοένα διευρυνόμενο φάσμα χάρη στις σύγχρονες γενετικές τεχνικές. Προκαλούνται από μεταλλάξεις που διαταράσσουν τη σύνθεση ή/και τροποποίηση των γλυκανών. Το 88% παρουσιάζει πολυσυστηματική προσβολή ήδη από τη γέννηση, ενώ το υπόλοιπο 12% εμφανίζεται με μονοεστιακά συμπτώματα, όπως απομονωμένη ηπατοπάθεια.
Προσβάλλονται κυρίως το ΚΝΣ (νοητική υστέρηση, υποτονία, σπασμοί, αταξία), αλλά και η καρδιά, οι οφθαλμοί, το μυοσκελετικό, σπανιότερα το ήπαρ, οι νεφροί και το ανοσοποιητικό. Οι CDG τύπου II περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των ανεξήγητων νεογνικών ηπατοπαθειών.
Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης CDG τύπου IIp σε βρέφος με εμμένουσα νεογνική χολόσταση.
Υλικό: Βρέφος 43 ημερών, με φυσιολογική ανάπτυξη και καλή κλινική εικόνα, προσκομίσθηκε για διερεύνηση εμμένουσας άμεσης υπερχολερυθριναιμίας.
Μέθοδος: Ο απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα και MRCP) απέκλεισε την ατρησία χοληφόρων και άλλα χειρουργικά αίτια.
Το περιγεννητικό, ατομικό και οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ελεύθερο. Δεν στοιχειοθετήθηκε λοίμωξη.
Ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε: άμεση υπερχολερυθριναιμία, τρανσαμινασαιμία, υπερχοληστερολαιμία, αυξημένη ALP, πιθανή αύξηση γ-GT, χαμηλή σερουλοπλασμίνη, διαταραχές πήξης.
Πραγματοποιήθηκε βιοχημικός έλεγχος ενδογενών μεταβολικών νοσημάτων και ακολούθησε γενετική διερεύνηση με WES.
Αποτελέσματα: Ο γενετικός έλεγχος με αλληλούχιση του λειτουργικού γονιδιώματος (Whole Exome Sequencing) ανέδειξε δύο μεταλλάξεις σε σύνθετη ετεροζυγωτία στο γονίδιο TMEM199, συμβατές με διάγνωση CDG τύπου IIp.
Συμπεράσματα: Ο τύπος CDG-IIp, οφειλόμενος σε μεταλλάξεις του γονιδίου TMEM199, είναι εξαιρετικά σπάνιο νόσημα. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί μόλις 8 περιστατικά με απομονωμένη ηπατική προσβολή στη διεθνή βιβλιογραφία.



ΕΑ06

ΚΛΙΝΙΚΟΣ, ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αφροδίτη Κόνσουλα, Μαίρη Μανδραπύλια, Αγγελική Μουδάκη, Γιώργος Διονυσόπουλος, Παρασκευή Γαλήνα, Ελισσάβετ Γεωργιάδου, Ευαγγελία Λυκοπούλου
Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η υπογλυκαιμία στα παιδιά αποτελεί μια μεταβολική-ενδοκρινική κατάσταση έκτακτης ανάγκης που όταν είναι υποτροπιάζουσα ή επίμονη, είναι ένας σημαντικός δείκτης εγγενών μεταβολικών νοσημάτων (IEM). Η διάγνωση βασίζεται στις εργαστηριακές εξετάσεις κατά τη διάρκεια ενός υπογλυκαιμικού επεισοδίου, μπορεί να απαιτεί βιοχημικές εξετάσεις μεταξύ των επεισοδίων ή δυναμικές ενδοκρινικές εξετάσεις, ενώ επισφραγίζεται με σύγχρονες μοριακές τεχνικές.
Σκοπός: Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσες περιπτώσεις IEM, διαφορετικών ηλικιακών ομάδων με κύριο εύρημα την υπογλυκαιμία.
Υλικό: Γλυκογονίαση Ια, Ιβ, III, κληρονομική δυσανεξία στη φρουκτόζη, ανεπάρκεια φρουκτόζης-1,6-διφωσφατάσης και ανεπάρκεια ακυλο-coA αφυδρογονάση μέσης αλυσίδας (MCAD) δίνονται ως παραδείγματα για να διευκρινιστούν ειδικές κλινικές και βιοχημικές πτυχές των IEM του μεταβολισμού υδατανθράκων, γλυκονεογένεσης και β-οξείδωσης λιπαρών οξέων.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Διαγνωστικά καθοδηγούμαστε από το ιστορικό με κλινικά, διαιτητικά, βιοχημικά και απεικονιστικά δεδομένα. Προσανατολιζόμαστε γνωρίζοντας ηλικία έναρξης, συχνότητα σίτισης, χρονική σχέση με τα γεύματα, αποφυγή ορισμένων τροφίμων, παρουσία εκλυτικών παραγόντων. Κλινικά αξιολογούμε σωματική ανάπτυξη, παρουσία ηπατομεγαλίας, ή άλλες πολυσυστηματικές εκδηλώσεις. Εργαστηριακά πολλά παιδιά με υπογλυκαιμία έχουν αυξημένο γαλακτικό οξύ, υπεραμμωνιαιμία, οξέωση, υπερτρανσαμινασαιμία, αυξημένη CPK, υπερτριγλυκεριδαιμία, κετονουρία, παθολογικά βιοχημικά πρότυπα του προφίλ ακυλοκαρνιτίνης και οργανικών οξέων ούρων, καθώς και λιπώδη διήθηση ήπατος. Οι απλές βιοχημικές εξετάσεις στα περιστατικά μας παρείχαν κρίσιμες πληροφορίες για την τελική διάγνωση η οποία ολοκληρώθηκε με μοριακές τεχνικές.
Συμπεράσματα: Η διαγνωστική προσέγγιση της υπογλυκαιμίας ξεκινά από το τμήμα επειγόντων συλλέγοντας κρίσιμα δείγματα τη στιγμή της υπογλυκαιμίας και παρέχοντας στους ειδικούς αποτελέσματα απλών διαθέσιμων εξετάσεων που είναι πολύ χρήσιμα στην αντιμετώπιση της κλινικής υποψίας. Η μοριακή γενετική αντιπροσωπεύει ένα ισχυρό εργαλείο για τη διάγνωση IEM που παρουσιάζονται με επίμονη υπογλυκαιμία.

ΕΑ07

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΦΡΟΥΚΤΟΖΗ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ελένη Καραπατή[1], **Θεοδώρα Ζαγγογιάννη**[1], Κατερίνα Αναγνωστοπούλου[2], Μαρίνα Μωραΐτου[3], Θεώνη Πετροπούλου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Μοριακό Διαγνωστικό Κέντρο Neoscreen, Αθήνα
[3] Διεύθυνση Ενζυμολογίας και Κυτταρικής Λειτουργίας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Εισαγωγή: Η κληρονομική δυσανεξία στην φρουκτόζη (φρουκτοζαιμία) είναι σπάνια κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού της φρουκτόζης, οφειλόμενη σε ανεπάρκεια του ενζύμου αλδολάση Β. Πρόκειται για αυτοσωματικό υπολειπόμενο νόσημα με υπεύθυνο το γονίδιο ALDOB. Εκδηλώνεται μετά την προσθήκη στο διαιτολόγιο του βρέφους τροφών πλούσιων σε φρουκτόζη με εμέτους, ηπατομεγαλία, μεταγευματική υπογλυκαιμία, στασιμότητα σωματικής αύξησης και ηπατική βλάβη.
Σκοπός: Περιγραφή βρέφους με οξεία ηπατική βλάβη και διάγνωση φρουκτοζαιμίας.
Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Βρέφος άρρεν 7 μηνών νοσηλεύτηκε λόγω νωθρότητας από ωρών. Κλινικά εμφάνιζε ηπατοσπληνομεγαλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπετρανσαμινασαιμία χωρίς στοιχεία ηπατικής ανεπάρκειας (γλυκόζη: 88mg/dl, AST: 5485 U/l, ALT: 1975 U/l, αλβουμίνη: 4,5g/dl, INR: 1,3). Ο έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων και αιματολογικών διαταραχών/κακοήθειας απέβη αρνητικός. Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε βαθμός αυξημένης ηχογένειας του ηπατικού παρεγχύματος, με αυξημένες τιμές ελαστικότητας (12,7kPa). Από τον μεταβολικό έλεγχο διαπιστώθηκε παθολογικό πρότυπο γλυκοζυλίωσης στον ισοηλεκτρικό εστιασμό τρανσφερίνης, εύρημα συμβατό με πιθανή φρουκτοζαιμία. Στο διαιτολόγιο του βρέφους είχαν προστεθεί φρούτα από μηνός. Ο ασθενής ετέθη σε διατροφή ελεύθερη φρουκτόζης, εν αναμονή του μοριακού γενετικού ελέγχου. Οι τιμές ηπατικών ενζύμων βελτιώθηκαν σημαντικά. Ο έλεγχος με Whole Genome Sequencing ανέδειξε διπλή ετεροζυγωτία για μεταλλάξεις στο γονίδιο ALDOB, επιβεβαιώνοντας την διάγνωση της κληρονομικής δυσανεξίας στην φρουκτόζη.
Συμπεράσματα: Σε βρέφος με οξεία ηπατική βλάβη και ηπατοσπληνομεγαλία μετά την εισαγωγή τροφών πλούσιων σε φρουκτόζη, στη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνεται η φρουκτοζαιμία. Η αναζήτηση μεταλλάξεων στο υπεύθυνο γονίδιο επιβεβαιώνει την διάγνωση.



ΕΑ08

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΜΕΛΕΤΗ GHEA

Χριστοφορίδης Αθανάσιος[1], Καραχάλιου Φωτεινή-Ελένη[2], Γαλλή-Τσινοπούλου Ασημίνα[3], Χρύσης Διονύσιος[4], Κανακά-Gantenbein Χριστίνα[5], **Μπαξεβανίδη Ευαγγελία[6]**, Σκιαδάς Ιωάννης[6], Ζησιμοπούλου Ορέστεια[6], Ποιμενίδου Αποστολία[6], Τσιλάκης Δημήτριος[6], Βλαχοπαπαδοπούλου Ελπίδα[7]

[1] Α' Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

[2] Γ' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

[3] Β' Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

[4] Παιδιατρική – Παιδοενδοκρινολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα

[5] Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» Endo-ERN Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων Παίδων, Α' Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

[6] Pfizer Ελλάς Α.Ε., Αθήνα

[7] Παιδοενδοκρινολογική Κλινική – Τμήμα Αύξησης κι Ανάπτυξης, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή Οι καθημερινές ενέσεις ανασυνδυασμένης ανθρώπινης αυξητικής ορμόνης (rhGH) για την παιδιατρική ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης (pGHD) μπορεί να επιβαρύνουν τους ασθενείς και τους φροντιστές.
Σκοπός Να αξιολογηθεί η Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (HRQoL) και το φορτίο της θεραπείας σε Έλληνες ασθενείς που λαμβάνουν rhGH.
Υλικό Ασθενείς με pGHD ηλικίας 3-17 ετών που λάμβαναν rhGH για τουλάχιστον 12 μήνες.
Μέθοδοι Η μελέτη GHEA ήταν μια πολυκεντρική συγχρονική μελέτη. Τα ερωτηματολόγια Quality-of-Life-in-Short-Stature-Youth (QoLISSY - υψηλότερη βαθμολογία, καλύτερη HRQoL) και Life-Interference-Questionnaire-for-Growth-Hormone-Deficiency (LIQ-GHD - υψηλότερη βαθμολογία, υψηλότερο φορτίο) απαντήθηκαν από παιδιά και φροντιστές αξιολογώντας την HRQoL και το φορτίο της θεραπείας, αντίστοιχα.
Αποτελέσματα Η μελέτη (Ιούλιος 2022-Οκτώβριος 2023) περιέλαβε 250 ασθενείς (237 ≥8 ετών) και φροντιστές. Οι δύο ομάδες κατέγραψαν υψηλές βαθμολογίες στις περισσότερες κλίμακες QoLISSY (Εικόνα). Οι ασθενείς ≥8 ετών ανέφεραν υψηλότερη συνολική βαθμολογία QoLISSY σε σχέση με τους φροντιστές: Least-Squares-Mean (LSM) difference: 3,5 (p=0,040) και 4,6 (p=0,001) στα παιδιά 8-12 και >12 ετών, αντίστοιχα. Το πρόγραμμα των ενέσεων, η παρεμβολή της θεραπείας στην καθημερινότητα και η προθυμία συνέχισης της θεραπείας παρουσίασαν το υψηλότερο φορτίο με μέσες τιμές LIQ-GHD (τυπική απόκλιση) 19,9 (±22,0), 19,4 (±18,4) και 19,25 (±19,6), αντίστοιχα.
Μεγαλύτερος αριθμός χαμένων δόσεων αναφέρθηκε σε ασθενείς ≥8 ετών (46,2% και 47,2% στα παιδιά 8-12 και >12 ετών, αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους <8 ετών (30,8%), παρατηρώντας συσχέτιση μεταξύ των χαμένων δόσεων και των ηλικιακών ομάδων (p= 0,025).
Συμπεράσματα Στη μελέτη Ελλήνων ασθενών με pGHD που λαμβάνουν rhGH, τα παιδιά ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής έναντι των φροντιστών. Καταγράφηκαν μέτριο φορτίο θεραπείας και χαμηλότερη συμμόρφωση στα παιδιά ≥8 ετών.



ΕΑ09

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MELAS

Ηλέκτρα Τούλια[1], Κωνσταντίνα Κώστα[1], Αναστάσιος Βαμβάκης[1], Ελένη Πασχαλίδου[1], Αντώνιος Μπογιατζόγλου[1], Χριστίνα Σιδηρά[2], Χαράλαμπος Ανταχόπουλος[2], Κυριακή Τσιρουκίδου[1]
[1] Παιδοενδοκρινολογική Μονάδα Γ΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ
[2] Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο MELAS (Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis, Stroke-like episodes) είναι ένα από τα πιο συχνά μιτοχονδριακά νοσήματα. Χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα πολυοργανικών εκδηλώσεων, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και ο σακχαρώδης διαβήτης.
Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης έφηβης με σ. MELAS που εμφάνισε μιτοχονδριακό προδιαβήτη.
Περιγραφή περίπτωσης: Κορίτσι 10 ετών προσκομίστηκε λόγω επεισοδίου αφαιρέσεων, με συνοδό κεφαλαλγία, θόλωση όρασης και εμέτους. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εμφάνισε διαταραχή επιπέδου συνείδησης, ημιανοψία και εστιακή νευρολογική σημειολογία. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μικρή αύξηση γαλακτικού οξέος σε αίμα και ΕΝΥ, στην απεικόνιση με μαγνητική εγκεφάλου διαπιστώθηκε εικόνα εμφράκτου, ενώ στη μαγνητική φασματοσκοπία μικρή αύξηση γαλακτικού οξέος. Τα ευρήματα έθεσαν την υπόνοια σ. MELAS, που επιβεβαιώθηκε με γονιδιακό έλεγχο μιτοχονδριακού DNA. Τρία χρόνια μετά, διαπιστώθηκε αυξημένη HBA1c (6.9%) και υπερβαρότητα, ενώ η καμπύλη ανοχής γλυκόζης ήταν ενδεικτική για προδιαβήτη (Glu= 120mg/dl στα 120min). Η μητέρα και η αδελφή της ασθενούς έπασχαν επίσης από σακχαρώδη διαβήτη, που έως τότε αντιμετωπιζόταν ως τύπου 2. Λόγω του ότι η μετφορμίνη αντενδείκνυται στο μιτοχονδριακό διαβήτη και δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του μιτοχονδριακού διαβήτη στα παιδιά, η διαχείριση της ασθενούς ήταν μία πρόκληση, με σκέψη για πιθανή χορήγηση GLP-1 ανάλογου, ωστόσο με πρόγραμμα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, 4 μήνες μετά η HBA1c υποχώρησε στο 5.9%, ενώ βελτιώθηκε και ο BMI της ασθενούς, οπότε τέθηκε σε παρακολούθηση.
Συμπεράσματα: Ο μιτοχονδριακός διαβήτης είναι μία σπάνια μορφή διαβήτη. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση ιδίως σε μη παχύσαρκους ασθενείς με συμπτώματα και από άλλα συστήματα και θετικό οικογενειακό ιστορικό, ενώ ασθενείς με γνωστό μιτοχονδριακό νόσημα θα πρέπει να ελέγχονται ανά έτος για πιθανή εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη.



ΕΑ10

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΖΟΛΕΔΡΟΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΗΠΙΟΥ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΛΟΓΩ ΙΑΤΡΟΓΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΒΙΤΑΜΙΝΩΣΗΣ D

Ε. Μυρτζάκη, Σ. Θωμαΐδης, Μ. Μουσταφά, Σ. Β. Κωνσταντινίδου, Α. Βουτετάκης, Ε. Μανταδάκης
Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η υπερβιταμίνωση D (συγκέντρωση βιταμίνης D ορού >150ng/ml) είναι σπάνια. Συχνά οδηγεί σε συμπτωματική υπερασβεστιαιμία με πολυουρία, πολυδιψία, επεισόδια εμέτων, δυσκοιλιότητα, ανορεξία και σύγχυση.
Σκοπός: Η περιγραφή άρρεν νήπιου, που εμφάνισε συμπτωματική υπερασβεστιαιμία λόγω ιατρογενούς υπερβιταμίνωσης D.
Υλικό και μέθοδοι: Ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου και της διεθνούς βιβλιογραφίας.
Αποτελέσματα: Άρρεν νήπιο κάτοικος Μ. Βρετανίας που βρισκόταν στην περιοχή μας για διακοπές προσήλθε λόγω εμπύρετης ουρολοίμωξης. Ο ασθενής είχε χειρουργηθεί στο παρελθόν για βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας και είχε ιστορικό συχνών ουρολοιμώξεων, ένα μικρό και μη λειτουργικό αριστερό νεφρό, ενώ ελάμβανε από τον Παιδονεφρολόγο του καθημερινά *per os* 6.000 IU χολοκαλσιφερόλη λόγω έλλειψης βιταμίνης D (25-υδροξυ-βιταμίνη D (25(OH)D) ορού 12,8ng/ml). Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, ήταν αφυδατωμένος, υπναλέος, με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 0,144 mmol/l και άζωτο ουρίας αίματος 95,43mmol/l), ενώ είχε ουρολοίμωξη από *Esherichia coli,* που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδοφλέβια χορήγηση κεφτριαξόνης. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε ασβέστιο ορού 4,22mmol/l (τιμές αναφοράς 1,22-1,38 mmol/l), υπερασβεστιουρία και εξαιρετικά αυξημένη συγκέντρωση 25(OH)D ορού (3.555 ng/ml) με χαμηλή παραθορμόνη (3,3pg/ml). Παρά την επιθετική ενδοφλέβια ενυδάτωση με φυσιολογικό ορό, τη χορήγηση κορτικοστεροειδών και δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα ασβεστίου, η υπερασβεστιαιμία διορθώθηκε μόνο μετά από τη χορήγηση χαμηλής δόσης ζολεδρονικού οξέος (0,03mg/kg) ενδοφλέβια, την 7η ημέρα νοσηλείας του.
Συμπεράσματα: Η 25(OH)D ορού θα πρέπει να παρακολουθείται σε παιδιά που λαμβάνουν καθημερινά υψηλή δόση (>4.000 IU) βιταμίνης D. Η θεραπεία με χαμηλές δόσεις διφωσφονικών είναι αποτελεσματική σε περιπτώσεις συμπτωματικής υπερασβεστιαιμίας που δεν ανταποκρίνεται στην ενδοφλέβια ενυδάτωση, στη χορήγηση κορτικοστεροειδών και στη χαμηλή σε ασβέστιο δίαιτα.

ΕΑ11

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΕΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ

Ευδοκία Τζατζαδάκη Αμάντου[1,2], Παρασκευή Ζώση[1], Φενέλη Καραχάλιου[2], Ευαγγελία Χαρμανδάρη[2]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα
[2] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ΕΚΠΑ «Γενική κι Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη κι Έρευνα»

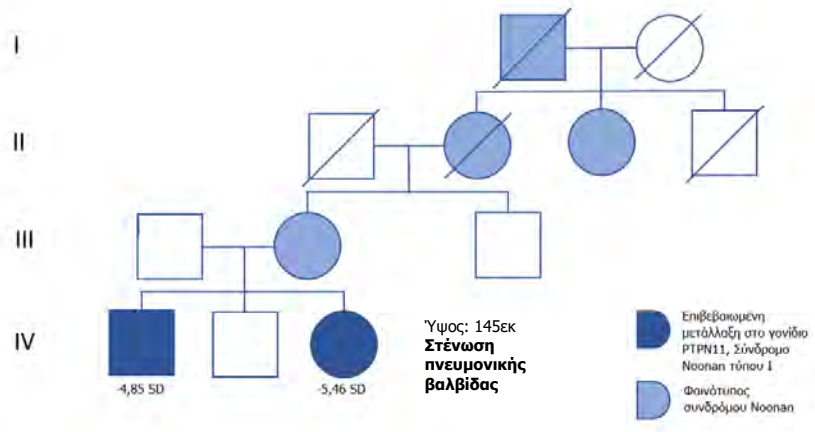
Εισαγωγή: Η αυξητική ορμόνη (GH) είναι καθοριστική για τη σωματική αύξηση, ενώ η βιταμίνη D ρυθμίζει τον μεταβολισμό του ασβεστίου και διατηρεί την οστική πυκνότητα. Η πιθανή συσχέτιση GH και βιταμίνης D σε παιδιά με έλλειψη GH (GHD) παραμένει ελλιπώς τεκμηριωμένη.
Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της θεραπείας με GH στις συγκεντρώσεις της βιταμίνης D και η αξιολόγηση πιθανών συσχετίσεων με IGF-1 και ρυθμό αύξησης σε παιδιά με GHD.
Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 31 προεφηβικών παιδιών (Tanner stage 1) με GHD που έλαβαν υποδόρια rhGH για 12 μήνες. Καταγράφηκαν σωματομετρικά και βιοχημικά δεδομένα (βιταμίνη D, ινσουλινοειδής παράγοντας (IGF-1), ασβέστιο (Ca), φώσφορος (P), αλκαλική φωσφατάση (ALP), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), γλυκόζη (Glu), θυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH), ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH), τεστοστερόνη, οιστραδιόλη) κατά την έναρξη και τη λήξη της θεραπείας.
Αποτελέσματα: Μετά την δωδεκάμηνη θεραπεία με GH, καταγράφηκε σημαντική μείωση στη βιταμίνη D ($p < 0.05$) ενώ παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στα επίπεδα IGF-1, ALP, P και οστικής ηλικίας, Η FSH αυξήθηκε σημαντικά, ενώ η LH παρουσίασε οριακή μεταβολή. Δεν βρέθηκαν σημαντικές μεταβολές σε Ca, HbA1c, Glu, τεστοστερόνη και οιστραδιόλη. Η βιταμίνη D δεν συσχετίστηκε σημαντικά με τον IGF-1 ή την αύξηση, και η επάρκειά της δεν συνδέθηκε με διαφοροποιημένη έκβαση της αύξησης.
Συμπεράσματα: Η θεραπεία με GH επηρεάζει σημαντικά δείκτες αύξησης, όχι όμως τη βιταμίνη D, η οποία φαίνεται να δρα ανεξάρτητα. Η παρατηρούμενη μείωση των συγκεντρώσεων της υπογραμμίζει την ανάγκη παρακολούθησης και πιθανής συμπληρωματικής χορήγησης, ώστε να διασφαλιστεί επαρκής οστικός μεταβολισμός και μεταβολισμός του Ca καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας.

ΕΑ12

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ NOONAN: ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 4 ΓΕΝΙΕΣ

Αφροδίτη Κόνσουλα[1], Ευθυμία Χελιώτη[1], Κωνσταντίνα Ζάρρα[1], Γιώργος Διονυσόπουλος[1], Ελένη Φαρμάκη[2], Αγγελική Μουδάκη[1], Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1], Παναγιώτα Γεωργία Μαλτέζου[1], Σοφία Σακκά[1], Χρυσταλλένα Σοφοκλέους[3], Ευαγγελία Λυκοπούλου[1], Χριστίνα Κανακά-Gantenbein[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Ιδιώτης Παιδίατρος, Μύρινα, Λήμνος
[3] Χωρέμειο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Noonan είναι ένα σχετικά συχνό, αυτοσωμικό επικρατές γενετικό σύνδρομο, με συχνότητα 1:1.000-2.500 γεννήσεις. Χαρακτηρίζεται από χαμηλό ανάστημα, δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου, καρδιαγγειακές ανωμαλίες, ήπια νοητική υστέρηση, κρυψορχία και δυσμορφία του θώρακα.
Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση οικογένειας με σύνδρομο Noonan, με έμφαση στη διάγνωση και στην αξία του γενετικού ελέγχου.
Υλικό: Παρουσιάζονται δύο αδέλφια (αγόρι 8 ετών και κορίτσι 22 μηνών) με καθυστέρηση αύξησης (<3η ΕΘ) και δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου. Ο φαινότυπος του αγοριού περιλάμβανε υπερτελορισμό, αντιμογγολοειδή φορά οφθαλμών, υπερμετρωπία, αφεστώτα ώτα, σκαφοειδή θώρακα και ιστορικό χειρουργηθείσας κρυψορχίας. Ο φαινότυπος του κοριτσιού περιλάμβανε υπερτελορισμό, αντιμογγολοειδή φορά οφθαλμών και σοβαρή υποθρεψία. Ο καρδιολογικός έλεγχος και των δύο αδερφών ήταν φυσιολογικός.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος με αλληλούχιση ολικού εξώματος, που ανέδειξε παθολογική μετάλλαξη στο γονίδιο *PTPN11*, συμβατή με σύνδρομο Noonan τύπου Ι. Αναδρομική αξιολόγηση του οικογενειακού ιστορικού ανέδειξε τέσσερα επιπλέον άτομα με χαμηλό ανάστημα και τυπικό προσωπείο Noonan, χωρίς προηγούμενη γενετική διάγνωση (Εικόνα 1), μεταξύ των οποίων και η μητέρα των παιδιών. Η ίδια διερευνήθηκε σε παιδική ηλικία για χαμηλό ανάστημα και χειρουργήθηκε για στένωση πνευμονικής βαλβίδας σε ηλικία 2 ετών. Προγραμματίστηκε παρέμβαση για το χαμηλό ανάστημα με αυξητική ορμόνη και στα δύο παιδιά.
Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός χαμηλού αναστήματος στην παιδική ηλικία, χαρακτηριστικού προσωπείου και στένωσης πνευμονικής βαλβίδας θα πρέπει να εγείρει ισχυρή διαγνωστική υποψία για σύνδρομο Noonan. Ο γονιδιακός έλεγχος αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στην επιβεβαίωση της διάγνωσης.



Εικόνα 1: Γενεαλογικό δέντρο οικογένειας με φαινότυπο Noonan.



ΕΑ13

ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΟ ΑΞΟΝΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CUSHING

Ειρήνη Δικαιάκου[1], Χρύσα Αθουσάκη[1], Ιωάννα Κωστέρια[1], Μαρία Σοϊλέ[2], Νικολέτα Μαστραντωνάκη[2], Αναστασία Κονιδάρη[2], Ελπίς Αθηνά Βλαχοπαπαδοπούλου[1]
[1] Ενδοκρινολογικό-Αύξησης και Ανάπτυξης Τμήμα, Γ. Ν. Π. Αθηνών "Π.&Α. Κυριακού"
[2] Β' Παιδιατρική Κλινική, Γ. Ν. Π. Αθηνών "Π.&Α. Κυριακού"

Σκοπός: Η παρουσίαση βρέφους με τρίχωση εφηβαίου, κατεσταλμένη κορτιζόλη και επινεφριδιακά ανδρογόνα.
Υλικό και Μέθοδοι: Βρέφος θήλυ 8 μηνών διερευνήθηκε λόγω εμφάνισης τρίχωσης εφηβαίου από ημερών και κατεσταλμένης κορτιζόλης. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρονται λοιμώξεις αναπνευστικού το τελευταίο τρίμηνο, λόγω των οποίων έλαβε εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις (250 μικρογραμμάρια προπιονικής φλουτικαζόνης ανά 12ωρο), με μικρά μεσοδιαστήματα διακοπής. Η μελέτη της καμπύλης ανάπτυξης ανέδειξε στασιμότητα του μήκους από την ηλικία των 6 μηνών (από τη 50η στην 10η ΕΘ), ενώ το βάρος ακολουθούσε την 50η ΕΘ. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν πληθωρικό προσωπείο, στάδιο κατά Tanner μασχάλης Ι, μαστών και εφηβαίου ΙΙ, φυσιολογικό μέγεθος κλειτορίδας.
Αποτελέσματα: Εργαστηριακά επιβεβαιώθηκαν κατεσταλμένη κορτιζόλη, επινεφριδιακά ανδρογόνα και χαμηλή τιμή ACTH. (Κορτιζόλη ορού 0.36μg/dl, ACTH 11.52pg/ml, DHEA-s 0,003μg/dl, 17-OH PRG 0,95ng/ml, FSH 3,88mIU/ml, LH<0,3mIU/ml, προλακτίνη 473mIU/ml, οιστραδιόλη 9,9pg/ml). Οι δείκτες κακοήθειας (βHCG, aFP) ήταν αρνητικοί. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση του ιατρογενούς σ. Cushing. Έγινε διακοπή των εισπνεόμενων κορτικοειδών και χορήγηση υδροκορτιζόνης σε δόση υποκατάστασης έως την ανάκαμψη του επινεφριδιακού άξονα. Ενάμιση μήνα μετά διαπιστώθηκε επιτάχυνση της κατά μήκος αύξησης και εργαστηριακή αποκατάσταση του επινεφριδιακού άξονα (Κορτιζόλη ορού 11.3 μg/dl, ACTH 52.5pg/ml, DHEA-s 5.1μg/dl, 17-OH PRG 1,2ng/ml). Σε ηλικία 12 μηνών το βρέφος παρουσιάζει πλήρη υποχώρηση της τρίχωσης εφηβαίου και συμμετρική αύξηση, ενώ παρέμεινε ήπια θηλαρχή.
Συμπεράσματα: Το ιατρογενές σύνδρομο Cushing μπορεί να προκληθεί από υψηλή δόση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών. Στη διαφορική διάγνωση του συνδρόμου περιλαμβάνονται ο όγκος, το αδένωμα, η οζώδης υπερπλασία των επινεφριδίων καθώς και το αδένωμα της υπόφυσης, πολύ σπάνιες οντότητες στα βρέφη.

ΕΑ14

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΕ ΜΕ ΣΠΑΝΙΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ευανθία Καντζά, Στέλλα Βλάσση, Μαριάννα Δεληγεωργοπούλου, Στέφανος Μούσκας, Χρυσούλα Κοσμέρη, Ιλιάδα Νάκου, Σοφία Τσαμπούρη, Αναστάσιος Σέρμπης
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το σύνδρομο Clark Baraitser (CBS), μία εξαιρετικά σπάνια γενετική νόσος, χαρακτηρίζεται από νοητική υστέρηση, διαταραχές λόγου και συμπεριφοράς, επιληψία, παχυσαρκία, μακροκεφαλία, μακροορχιδισμό και ιδιαίτερα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά προσώπου. Κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατή τρόπο και οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο *TRIP12* (Thyroid Hormone Receptor Interactor 12). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση εφήβου που διαγνώσθηκε με CBS και παρακολουθείται στην Παιδιατρική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων.
Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν το ιστορικό, η κλινικό-εργαστηριακή εικόνα και η πορεία του ασθενούς.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για έφηβο αγόρι 16 ετών που προσήλθε για διερεύνηση παχυσαρκίας από βρεφικής ηλικίας με αυξημένο βάρος γέννησης (5500 γρ >97^{η} ΕΘ), ενώ από το κληρονομικό ιστορικό σημειώνονται παχυσαρκία των γονέων και άποιος διαβήτης της μητέρας, όχι όμως διαβήτης κύησης. Αναφέρονται κακές σχολικές επιδόσεις του ασθενούς, μαθησιακές δυσκολίες και επιθετική συμπεριφορά. Από την κλινική εξέταση ΒΣ: 135 kg (>>97^{η} ΕΘ), ΥΣ: 188cm (97^{η} ΕΘ), BMI: 38,2 kg/m^2, ενώ ως προς την εξέλιξη της ήβης: Tanner PIV, με μακροορχιδισμό και φυσιολογικό πέος. Επίσης διαπιστώθηκαν μακροκεφαλία (ΠΚ: 61 εκ), μεγάλες παλάμες και πέλματα, νοητική υστέρηση και ήπια δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου. Ο ορμονολογικός και απεικονιστικός έλεγχος ήταν χωρίς ευρήματα ενώ ο γονιδιακός έλεγχος ανέδειξε μετάλλαξη στο γονίδιο *TRIP12* (2q36.3). Ο ασθενής έκτοτε παρακολουθείται τακτικά, ακολουθεί πρόγραμμα διατροφής, άσκησης και ψυχολογικής υποστήριξης.
Συμπεράσματα: Το CBS είναι ένα σπάνιο γενετικό σύνδρομο με ποικίλη κλινική εικόνα και κοινά χαρακτηριστικά με πιο συχνά νοσήματα όπως το σύνδρομο εύθραυστου Χ και το σύνδρομο Sotos. Η σωστή διάγνωση και συνολική υποστήριξη των ασθενών αυτών μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.



ΕΑ15

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΕΝΤΟΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΚΑΙ NOVEL ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ *MC4R*

Μαριάννα Δεληγεωργοπούλου, Ευανθία Καντζά, Κατερίνα Καντζάβελου, Μαρία Παπαδοπούλου, Χρυσούλα Κοσμέρη, Φανή Λαδομένου, Αναστάσιος Σέρμπης
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία λόγω μεταλλάξεων στο γονίδιο του υποδοχέα της μελανοκορτίνης-4 *MC4R* είναι η συχνότερη γενετική αιτία σοβαρής παχυσαρκίας πρώιμης έναρξης. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ασθενούς με σοβαρή παχυσαρκία και έντονη ινσουλινική αντίσταση που διαγνώστηκε με πρωτοπεριγραφόμενη (novel) μετάλλαξη στο *MC4R*.
Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν το ιστορικό, η κλινικοεργαστηριακή εικόνα και η θεραπεία της ασθενούς.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για κορίτσι 8 ετών με ιστορικό παχυσαρκίας από πενταετίας, νυχτερινής ενούρησης από τετραετίας, εστιακής επιληψίας υπό αγωγή από έτους και πρώιμης εφηβαρχής. Από το περιγεννητικό ιστορικό, σημειώνονται ΒΓ: 80η ΕΘ και ΣΔ κύησης της μητέρας, ενώ από το κληρονομικό ιστορικό, μητέρα με PCOS και ινσουλινική αντίσταση, πατέρας με παχυσαρκία και 2ου βαθμού συγγενείς με ΣΔτ2. Από τα σωματομετρικά διαπιστώθηκαν ΒΣ: 57kg (>97η ΕΘ), ΥΣ: 144cm (97η ΕΘ) και BMI: 28.5kg/m^2, ενώ από την λοιπή κλινική εξέταση, πανσεληνοειδές προσωπείο, κεντρικού τύπου παχυσαρκία, έντονη μελανίζουσα ακάνθωση και εφηβαρχή (Tanner BI, PIII, A+). Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνονται παθολογική γλυκόζη νηστείας και OGTT με έντονη υπερινσουλιναιμία (>300μIU/mL) και πολύ αυξημένο δείκτη HOMA-IR 11.5. Επίσης, δυσλιπιδαιμία, αρνητικός έλεγχος για NCCAH, σ. Cushing, κεντρική πρώιμη ήβη, MASLD και διαβήτη MODY. Στάλθηκε γονιδιακός έλεγχος όπου διαπιστώθηκε πολύ πιθανά παθογόνα μετάλλαξη στο γονίδιο *MC4R* (c.788T>C). Η ασθενής παρακολουθείται τακτικά, λαμβάνει θεραπεία με μετφορμίνη και θα γίνει έναρξη θεραπείας με GLP-1a.
Συμπεράσματα: Πρόκειται για ενδιαφέρον περιστατικό με εικόνα περισσότερο συμβατή με σύνδρομο ινσουλινικής αντίστασης τύπου Α και συννοσηρότητες που ωστόσο από τον γενετικό έλεγχο διαγνώστηκε παχυσαρκία λόγω μετάλλαξης *MC4R*. Θα ακολουθήσει γενετικός έλεγχος των γονέων, και περαιτέρω παρακολούθηση-διαχείριση της ασθενούς.



ΕΑ16

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ (rhGH) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ευανθία Καντζά, Αικατερίνη Νικολάου, Μαριάννα Δεληγεωργοπούλου, Αικατερίνη Σούλτη, Αικατερίνη Καντζάβελου, Ελισάβετ Λαφάρα, Χρυσούλα Κοσμέρη, Αικατερίνη Σιώμου, Αναστάσιος Σέρμπης
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Στην Ελλάδα, οι ενδείξεις χορήγησης ανασυνδυασμένης ανθρώπινης αυξητικής ορμόνης (rhGH) περιλαμβάνουν την ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης, τη χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), το σύνδρομο Turner, το σύνδρομο Prader-Willi και τα SGA (Small for Gestational Age) νεογνά χωρίς αντισταθμιστική αύξηση. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική καταγραφή ασθενών με έναρξη rhGH στην Παιδοενδοκρινολογική Μονάδα τριτοβάθμιου νοσοκομείου, το τελευταίο έτος.
Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των παιδιών που νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων στο διάστημα 01/2024–04/2025 και τα οποία είχαν ένδειξη χορήγησης rhGH.
Αποτελέσματα: Συνολικά, έγινε έναρξη rhGH σε 13 παιδιά και εφήβους. Από αυτά, 7 παιδιά ηλικίας 4–13 ετών (4 αγόρια) ξεκίνησαν θεραπεία λόγω ιδιοπαθούς ανεπάρκειας GH, η οποία διαγνώσθηκε βάσει χαρακτηριστικής κλινικο-εργαστηριακής εικόνας και παθολογικών τεστ διέγερσης. Η δόση rhGH κυμάνθηκε από 22-35 μg/kg/ημέρα, με καλή ανταπόκριση στο ύψος και χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον, 2 κορίτσια με σύνδρομο Turner [ένα με μωσαϊκισμό: 45,X/47,XXX και ένα με ισοχρωμόσωμα X: 46,X,i(Xq)(q10)] παρουσίασαν ικανοποιητική ανταπόκριση σε δόση 45 μg/kg/ημέρα. Στην καταγραφή περιλαμβάνονται επίσης 2 παιδιά με σύνδρομο Noonan (ένας 14χρονος έφηβος με μετάλλαξη στο *PTPN11* και ένα 6χρονο κορίτσι με μετάλλαξη στο *RIT1*), καθώς και ένας 14χρονος με σύνδρομο Prader-Willi (απαλοιφή τμήματος 15q11.2-q13). Τέλος, η rhGH χορηγήθηκε σε έναν 14χρονο με χρόνια νεφρική νόσο (σταδίου III), που προέκυψε από νεφροτοξικότητα της ανοσοκατασταλτικής αγωγής μετά από μεταμόσχευση καρδιάς.
Συμπεράσματα: Οι ενδείξεις χορήγησης rhGH, πέρα από την τυπική ανεπάρκεια GH, στα παιδιά ποικίλουν. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία με rhGH είναι σημαντική για τις πλειοτροπικές δράσεις της και το βέλτιστο τελικό ανάστημα.



ΕΑ17

ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΠΑΡ' ΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Μαρία Καυγά[1], **Μαρία Μουτάφη**[1], Αθηνά Βέρβερη[2], Αγνή Γλαβά[1], Ανδριανός Κοντογεώργης[3], Θεόδωρος Καραμήτσος[4], Ιωάννης Παπαγιάννης[5], Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου[1]
[1] Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[2] Μονάδα Γενετικής, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[3] Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
[4] Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
[5] Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα επεισόδια παρ' ολίγον πνιγμού στην πλειοψηφία παραμένουν ανεξήγητα. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση κληρονομικών και δυνητικά θανατηφόρων καρδιακών παθήσεων (LQTs/CPVT).
Σκοπός: Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση επεισοδίου παρ' ολίγον, που οδήγησε σε περαιτέρω διερεύνηση και γενετική συμβουλευτική όλης της οικογένειας.
Υλικό-Μέθοδος: Περιγράφεται περίπτωση εφήβου 15 ετών με αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή μετά από επεισόδιο παρ' ολίγον πνιγμού. Αντιμετωπίστηκε άμεσα με ΚΑΡΠΑ και 3 κύκλους απινίδωσης, που οδήγησαν σε επαναφορά αυτόματης κυκλοφορίας και αναπνοής.
Αποτελέσματα: Η ανάκτηση της ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής του απινιδωτή ανέδειξε κοιλιακή μαρμαρυγή. Ο ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό ιστορικό, αλλά το οικογενειακό ιστορικό ήταν θετικό για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, τόσο από την πλευρά του πατέρα όσο και της μητέρας. Νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ για 4 ημέρες με μικρή ινότροπη υποστήριξη και το πρώτο υπερηχοκαρδιογράφημα αναφέρεται φυσιολογικό, καθώς και το ηλεκτροκαρδιογράφημα (φλεβοκομβικός ρυθμός, QTc:360 msec). Στο 2ο υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε οριακή συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας (EF:55-57%) και χαμηλό GLS:12.3 και η μαγνητική καρδιάς επιβεβαίωσε την οριακή διάταση της αριστερής κοιλίας, με ήπια επηρεασμένη συστολική λειτουργία (EF:47%, GLS:15.1%). Στο Holter ρυθμού καταγράφηκαν λίγες έκτακτες κολπικές/κοιλιακές συστολές, χωρίς επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας. Το τεστ κόπωσης ήταν αρνητικό για ισχαιμία με καλή ανοχή στην άσκηση, αλλά με πτώση της πίεσης στο τελευταίο στάδιο. Αντιμετωπίσθηκε με εμφύτευση υποδόριου απινιδωτή, και ο γονιδιακός έλεγχος αποκάλυψε ετεροζυγωτία στα γονίδια RYR2 (σχετίζεται με CPVT) και TTN (σχετίζεται με διατατική μυοκαρδιοπάθεια).
Συμπεράσματα: Στις περιπτώσεις παρ' ολίγον πνιγμού, το κληρονομικό ιστορικό αιφνίδιου καρδιακού θανάτου διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαγνωστική πορεία και βοηθάει στην πρόληψη ανάλογου συμβάματος.



ΕΑ18

ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΠΑΡΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΥ. ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Χιονία Χαραλαμπίδου[1], Μαρία Καυγά[1], Αγνή Γλαβά[2], Μαρία Μουτάφη[2] **Ειρήνη Κουτσούρα**[1], Αθηνά Νασουφίδου[3] , Αθηνά Βέρβερη[4] , Χαράλαμπος Ανταχόπουλος[1], Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου[2]
[1] Γ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη
[2] Δ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη
[3] Β' Καρδιολογική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη
[4] Μονάδα Γενετικής, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο μακρού QT αποτελεί μία σπάνια κληρονομική διαταραχή του ηλεκτρικού συστήματος της καρδιάς , η οποία χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη επαναπόλωση των κοιλιών. Τα περισσότερα παιδιά δεν έχουν συμπτώματα, αν και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών καρδιακών αρρυθμιών.
Σκοπός: Περιγράφεται περίπτωση παιδιού με επεισόδιο παρολίγον πνιγμού που οδήγησε αφενός στη διάγνωση, αλλά και στην αποκάλυψη της νόσου σε άλλα 3 μέλη της οικογένειας.
Υλικό-Μέθοδος: Αγόρι 7.5 ετών παραπέμφθηκε για παιδοκαρδιολογικό έλεγχο λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης κατά τη διάρκεια κολύμβησης. Τον τελευταίο χρόνο αναφέρονταν άλλα 2 λιποθυμικά επεισόδια μετά από άθληση.
Αποτελέσματα: Η κλινική εξέταση και το υπερηχοκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικά. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε οριακή τιμή QTc: (440 msec). Ελέγχθηκαν ακολούθως οι ασυμπτωματικοί γονείς με ΗΚΓ και βρέθηκε παράταση του διαστήματος QT της μητέρας (QTc :490msec), ενώ από το ιστορικό της αναφέρθηκε επεισόδιο βραδυκαρδίας που ανατάχθηκε με απινίδωση. Ακολούθησε Holter ρυθμού στον ασθενή, που έδειξε μεταβαλλόμενο QTc διάστημα κατά τη διάρκεια του 24ώρου, ενώ η δοκιμασία κόπωσης ήταν παθολογική με σαφή παράταση QTc στη φάση ανάνηψης (QTc 530msec). Ο γονιδιακός έλεγχος της μητέρας ανέδειξε μετάλλαξη στο γονίδιο LCNQ1 που κληρονομήθηκε στον ασθενή και στους δύο αδερφούς του. Ακολούθησε έναρξη αγωγής με β-αναστολέα.
Συμπεράσματα: Η διάγνωση του συνδρόμου μακρού QT βασίζεται κυρίως στην προσεκτική ανάλυση του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, καθώς και στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενώ η επιβεβαίωση της πάθησης γίνεται με γενετικό έλεγχο. Απαιτείται αυξημένη ευαισθητοποίηση για την πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, ενώ κρίνεται απαραίτητος ο στοχευμένος γενετικός έλεγχος που αναδεικνύει ασυμπτωματικούς πάσχοντες μέσα στην οικογένεια(διαστρωμάτωση κινδύνου).



ΕΑ19

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ.

Βέρα Καρατησίδου, Αναστασία-Ευπραξία Στοϊμένη, Αγνή Γλαβά, Μαρία Μουτάφη, Νικόλαος Γκιουρτζής, Μαρία Φωτουλάκη, Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου
Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ορθοστατικές διαταραχές (ορθοστατική υπόταση, σύνδρομο ορθοστατικής ταχυκαρδίας) παρατηρούνται περίπου σε 15% των παιδιών και εφήβων, με μέση ηλικία εμφάνισης του 1ου επεισοδίου τα 15 έτη. Ειδικότερα το σύνδρομο ορθοστατικής ταχυκαρδίας (POTS) χαρακτηρίζεται από θετική δοκιμασία ορθοστατικής με αύξηση των σφύξεων, χωρίς παρουσία υπότασης. Υπάρχει γνωστή συσχέτιση του συνδρόμου με ιογενείς λοιμώξεις, ενώ πρόσφατα αναφέρεται ότι 2%-14% των ασθενών μετά από covid λοίμωξη αναπτύσσουν σύνδρομο POTS.
Σκοπός: Η διερεύνηση του ποσοστού παιδιών και εφήβων με θετική δοκιμασία ορθοστατικής και συσχέτιση με λοιμογόνους παράγοντες.
Υλικό-Μέθοδος: 31 παιδιά με επεισόδιο απώλειας συνείδησης (διάμεση ηλικία 13 έτη, IQR 12-14 έτη, 13 κορίτσια, 18 αγόρια) που προσκομίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ορθοστατικής και αναζητήθηκε η συσχέτιση με λοιμογόνους παράγοντες.
Αποτελέσματα: Οι 11/31 ασθενείς παρουσίασαν θετική δοκιμασία ορθοστατικής: 1/11 παιδιά είχε πτώση της αρτηριακής πίεσης και 10/11 παιδιά εμφάνισαν POTS. Από αυτά, 6/11 ανέφεραν παρελθούσα λοίμωξη Covid-19 και 3/11 είχαν οξεία λοίμωξη από άλλους ιούς (EBV, parainfluenza). Κατά την στατιστική ανάλυση δεν βρέθηκε αυξημένη πιθανότητα ορθοστατικών διαταραχών σε ασθενείς που είχαν παρελθούσα λοίμωξη Covid-19 ή από άλλο λοιμογόνο παράγοντα. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά της ορθοστατικής δοκιμασίας κατά την προσέλευση και μετά από παρεμβάσεις (ενδοφλέβια ενυδάτωση). Σε όλους τους πάσχοντες δόθηκαν οδηγίες πρόληψης (λήψη άφθονων υγρών, αποφυγή απότομης έγερσης από την καθιστή θέση).
Συμπεράσματα: Το σύνδρομο ορθοστατικής ταχυκαρδίας δεν φάνηκε να έχει υψηλότερη επίπτωση σε άτομα με παρελθούσα λοίμωξη Covid-19 ή κατά τη διάρκεια άλλης πρόσφατης λοίμωξης. Ενδεχομένως αυτό το αποτέλεσμα να οφείλεται στο μικρό δείγμα πληθυσμού.

ΕΑ20

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ Parvo-B19.

Μαρία Καυγά[1], Αγνή Γλαβά[2], Αθανασία Νικολακάκη[2], **Μαρία Μουτάφη**[2], Ηλίας Ηωσηφίδης[1], Γιώργος Τοτικίδης[1], Χαράλαμπος Ανταχόπουλος[1], Μαρία Φωτουλάκη[2], Εμμανουήλ Ροηλίδης[1], Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου[2]
[1] Γ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη
[2] Δ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο ιός Πάρβο-Β19 παρουσίασε πανευρωπαϊκή έξαρση μετά την πανδημία Covid-19, με κύρια εκδήλωση το χαρακτηριστικό εξάνθημα, αλλά και αύξηση των περιπτώσεων μυοκαρδίτιδας.
Σκοπός: Διερεύνηση των περιστατικών τροπονιναιμίας, ανίχνευση του ποσοστού οξείας λοίμωξης από Παρβοϊό-Β19 και του ποσοστού καρδιακής συμμετοχής.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 30 παιδιά (ηλικίας 2-16 ετών, μέση ηλικία 5,7 έτη, 50% κορίτσια) που εμφάνιζαν τροπονιναιμία κατά την διάρκεια της επιδημιολογικής έξαρσης παρβοϊού (άνοιξη/καλοκαίρι 2024). Ο έλεγχος περιλάμβανε λοιμοανοσολογικές εξετάσεις, και καρδιολογική εκτίμηση.
Αποτελέσματα: Σε 21/30 παιδιά διαπιστώθηκε λοίμωξη από παρβοϊό, 4/30 από ιό γρίππης, 2/30 rhino/enterovirus, 1/30 Sars-Cov-2, 1/30 campylobacter και 1/30 salmonella. Κατά την προσέλευση, οι 20/30 ήταν ασυμπτωματικοί (15/21 με παρβοιό,5/9 άλλες λοιμώξεις), ενώ 8/30 ασθενείς εμφάνιζαν θωρακικό άλγος (4/21 λοίμωξη από παρβοϊο, 4/9 άλλες λοιμώξεις) και 2/30 εύκολη κόπωση (από παρβοϊο). Η μέση τιμή τροπονίνης σε παρβοιό ήταν 830pg/mL, ενώ σε άλλες λοιμώξεις 6775pg/ml. Η μέση διάρκεια τροπονιναιμίας ήταν 25,8 ημέρες (εύρος:2-60ημέρες) σε λοίμωξη από παρβοϊό και 14 ημέρες (εύρος:10-20ημέρες) σε άλλες λοιμώξεις. Συνλοίμωξη εμφάνιζαν 6/21 ασθενείς με παρβοϊό (ανιχνεύθηκε 1/6 ρινοιός, 3/6 μυκόπλασμα, 1/6 Sars-Cov-2, 1/6 EBV), ενώ ένας ασθενής με άλλες λοιμώξεις είχε συνλοίμωξη από ρινοιό/εντεροιό και μυκόπλασμα. Τα 2/4 παιδιά με οξεία μυοκαρδίτιδα από παρβοϊό εξελίχθηκαν σε διατατική μυοκαρδιοπάθεια, ενώ 1/4 παιδιά με οξεία μυοκαρδίτιδα από άλλους ιούς εμφάνισε οριακό κλάσμα εξώθησης. Επιπλέον, 5/31 εμφάνισαν μικρή περικαρδιακή συλλογή (4/21 με Παρβοϊό, 1/9 άλλες λοιμώξεις).
Συμπεράσματα: Σε όλες τις περιπτώσεις τροπονιναιμίας απαιτείται υψηλή κλινική υποψία, με αξιολόγηση ακόμη και μη ειδικών συμπτωμάτων από το καρδιαγγειακό, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της μυοκαρδίτιδας.



ΕΑ21

SNOEZELEN: ΟΦΕΛΗ ΠΟΛΥΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.

Κωνσταντίνα Νεοφωτίστου[1], Ελένη Φωτιάδου[2], **Όλγα Τζέτζη[3]**
[1] Σύλλογος Συζωή, Θεσσαλονίκη
[2] ΤΕΦΑΑ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
[3] ΤΥΠΕΤ Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το πολυαισθητηριακό περιβάλλον Snoezelen αποτελεί μια καινοτόμο μέθοδο παρέμβασης που αποσκοπεί στην ενεργοποίηση και χαλάρωση των αισθήσεων μέσω ποικίλλων αισθητηριακών ερεθισμάτων. Η μέθοδος Snoezelen ενισχύει την ευαισθητοποίηση, την περιβαλλοντική εξερεύνηση και τις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ παράλληλα μειώνει την αρνητική συμπεριφορά και αυξάνει τη συγκέντρωση. Η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες, ενισχύοντας την επικοινωνία, τη συναισθηματική σύνδεση και την ποιότητα ζωής. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενεργό συμμετοχή της οικογένειας, καθώς οι γονείς παιδιών με σοβαρές αναπηρίες αντιμετωπίζουν έντονο άγχος και ψυχική επιβάρυνση. Το πολυαισθητηριακό περιβάλλον λειτουργεί ως ένας χώρος κοινής εμπειρίας, όπου το παιδί και ο γονέας συναντώνται ισότιμα, χωρίς την πίεση της καθημερινής φροντίδας ή των θεραπευτικών απαιτήσεων.
Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη επίδρασης του παρεμβατικού προγράμματος τόσο στο παιδί όσο και στην μητέρα, σύμφωνα με την καταγραφή των απόψεων της μητέρας.
Υλικό-Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, εφαρμόστηκε πρόγραμμα παρέμβασης σε πολυαισθητηριακό δωμάτιο Snoezelen με συμμετέχοντες ένα παιδί με διαταραχή όρασης και πρόσθετες αναπηρίες και την μητέρα του. Πραγματοποιήθηκαν έξι συνεδρίες, όπου παρατηρήθηκαν θετικά αποτελέσματα τόσο για το παιδί (χαλάρωση, ενδιαφέρον για τα ερεθίσματα) όσο και για τη μητέρα (ενίσχυση δεσμού, καλύτερη κατανόηση του παιδιού).
Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το δωμάτιο Snoezelen μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την ενδυνάμωση της οικογένειας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής παιδιών με πολλαπλές αναπηρίες.
Συμπεράσματα: Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της οικογενειακής συμμετοχής και προτείνει περαιτέρω έρευνες για γενίκευση των αποτελεσμάτων και αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

Λέξεις κλειδιά: Παιδί, οικογένεια, πολλαπλή αναπηρία, αισθητηριακή διέγερση



ΕΑ22

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΝΗΠΙΩΝ 0-5 ΕΤΩΝ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ

Παπαδάκου Σ.[1], Σγουρομάλλη Ι.[1]
[1] Πρόεδρος στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Μονάδα για το παιδί «Σπύρος Δοξιάδης»
[2] Αντιπρόεδρος στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Μονάδα για το παιδί «Σπύρος Δοξιάδης»

Σκοπός: Από τον Νοέμβριο του 2025 η Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Ψυχολογίας σε επιστημονική συνεργασία με την Μονάδα «Σπύρος Δοξιάδης» εκτελεί πρόγραμμα Κέντρο Ημέρας Αυτισμού.
Σκοπός του Κέντρου είναι ο θεραπευτικός σχεδιασμός και η γενική θεραπευτική προσπάθεια στο πλαίσιο των σύγχρονων μορφών αντιμετώπισης των πρώιμων παιδικών ψυχοπαθολογικών δυσκολιών και ειδικότερα του ευρέως φάσματος αναπτυξιακών διαταραχών - Αυτισμού, κυρίως των ομάδων παιδιών 0-6 ετών, με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση, διάγνωση και η εφαρμογή ενός ρεαλιστικού και αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τα παιδιά και τις οικογένειες τους. Λειτουργεί σαν βρεφικός σταθμός - νηπιαγωγείο Ειδικής Αγωγής, δηλαδή ειδικού τύπου σχολείο.
Υλικό-Μέθοδος: Η θεραπεία του Κέντρου Ημέρας περιλαμβάνει Εφαρμοσμένη Συμπεριφορική Ανάλυση (ABA) , Αισθητηριακή ολοκλήρωση , Δομημένη εκπαίδευση (TEACH), Ειδικό εκπαιδευτικό πλαίσιο, Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία και Συμβουλευτική γονέων. Για το λόγο αυτό συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα στοιχεία των προσεγγίσεων TEACCH, PECS, MAKATON, Early Denver, Prortage, Under 5 κ.α.
Οι βασικές παρεμβάσεις που προβλέπεται να γίνουν είναι , Αισθητηριακή ολοκλήρωση, Συμβουλευτική γονέων, Ειδική ψυχοπαιδαγωγική, ειδική εκπαίδευση, Εργοθεραπεία, Θεραπεία συμπεριφοράς, Λογοθεραπεία κ.α.
Αποτελέσματα: Το Κέντρο Ημέρας υποστηρίζει την ατομική εξέλιξη των παιδιών και τους δίνει τη δυνατότητα να απολαμβάνουν όλα τα δικαιώματα του wellbeing, στην ρεαλιστική προοπτική του να μην πάψουν να έχουν αυτιστική προσωπικότητα, αλλά να μπορούν να ενταχθούν σε κανονικές σχολικές τάξεις. Τη γενικότερη και ειδικότερη υποστήριξη της οικογένειας με οικογενειοκεντρική στοχοθέτηση.
Συμπεράσματα: Τελικός στόχος είναι η θεραπευτική παρέμβαση στα υπό έλεγχο παιδιά να αποτελέσει μοντέλο θεραπευτικής αντιμετώπισης παιδιών βάση της «ολιστικής» evident base ιατρικής. για το γενικό πληθυσμό των αυτιστικών.



ΕΑ23

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΛΛΑΔΑ–ΕΥΡΩΠΗ

Ντονίκα Πρέτσι[1], Πέτρος Καρκαλούσος[2] , Αθανασία Βαρβαρέσου[3], Μαρία Τράπαλη[4]
[1] Μαία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Αθήνα
[2] Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
[3] Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
[4] Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Η σεξουαλική αγωγή θεωρείται κρίσιμη για την ολιστική ανάπτυξη των νέων, καθώς προάγει την υγιή σεξουαλικότητα, την πρόληψη σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και των ανεπιθύμητων εφηβικών εγκυμοσυνών, παρέχοντας επιστημονική, κοινωνική και ψυχολογική ενημέρωση.
Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται οι μεταμορφώσεις και εξελίξεις της σεξουαλικής αγωγής στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες, με έμφαση στο θεσμικό πλαίσιο, την ηλικία έναρξης, το περιεχόμενο των προγραμμάτων, τις δυνατότητες opt-out και τις χώρες-πρωτοπόρους στον χώρο.
Υλικό–Μέθοδος: Η εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση ιστορικών και σύγχρονων πηγών, συγκριτική ανάλυση εθνικών νομοθεσιών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και παρουσίαση ποσοτικών δεδομένων από ευρωπαϊκές μελέτες.
Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα η σεξουαλική αγωγή εντάσσεται αποσπασματικά σε μαθήματα όπως Βιολογία και Κοινωνική Αγωγή, με πιλοτική εφαρμογή των «Εργαστηρίων Δεξιοτήτων» από το 2020, χωρίς ενιαίο υποχρεωτικό μάθημα . Αντίθετα, χώρες με ολιστικά προγράμματα από πρωτοβάθμια ηλικία εμφανίζουν σημαντικές μειώσεις εφηβικών εγκυμοσυνών (Σουηδία 50%, Ολλανδία 53%) και ΣΜΝ (~40–45%) μεταξύ 2005–2018 . Στην Ελλάδα, μεταξύ 2015–2019, υπολογίσθηκε ότι περίπου το 54 % των εγκυμοσυνών ήταν ανεπιθύμητες, με σχεδόν το 45 % αυτών να καταλήγουν σε έκτρωση.
Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη θεσμοθέτησης υποχρεωτικού, ολοκληρωμένου προγράμματος σεξουαλικής αγωγής στην Ελλάδα, με έγκαιρη εισαγωγή στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, συνεχή επιμόρφωση εκπαιδευτικών και κατάργηση του opt-out, αξιοποιώντας τις βέλτιστες πρακτικές ευρωπαϊκών χωρών και τις κατευθυντήριες γραμμές UNESCO.



ΕΑ24

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HPV: ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ;

Ράπτη Γεωργία, Ευαγγελία Κολοφωτιά, Τρούγκου Κλειώ, Κακαργιά Αθηνά, Φράγκου Πηνελόπη, Ζήση Άννα, Κουτσόπουλος Χρήστος, Μπάρκα Χριστίνα
Παιδιατρική κλινική – Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Καρδίτσα

Εισαγωγή: Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) αποτελεί διαδεδομένη ιογενή λοίμωξη διεθνώς και την βασική αιτία των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Στην Ελλάδα η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών από το 2006 σύστησε τον εμβολιασμό των εφήβων. Σήμερα μπορούν να εμβολιαστούν κορίτσια και αγόρια, από την ηλικία των 9 ετών.
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση του εμβολιασμού των εφήβων και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των γονέων σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV.
Μέθοδος: Διεξήχθη ποσοτική έρευνα κατόπιν συμπλήρωσης ερωτηματολογίου από γονείς 126 εφήβων ηλικίας 9 έως 16 ετών που προσκομίσθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών της παιδιατρικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.
Αποτελέσματα: Το 65% των εφήβων ήταν πλήρως εμβολιασμένο κατά του HPV, ενώ σε προηγούμενες μελέτες το ποσοστό εμβολιασμού στην Ελλάδα κυμαίνονταν σε χαμηλότερα επίπεδα και η διστακτικότητα των γονέων για εμβολιασμό των εφήβων άγγιζε το 45%. Το 60% των αγοριών της μελέτης ήταν εμβολιασμένο, ποσοστό διπλάσιο συγκριτικά με εκείνο προγενέστερης μελέτης. Η ενημέρωση των γονέων σχετικά με τον ιό (p=0,003) και οι γνώσεις σχετικά με την σύνδεση του ιού με τον καρκίνο (p=0,001), η θετική στάση των γονέων απέναντι στον εμβολιασμό(p=0,000001) και η αύξουσα ηλικία των εφήβων(p=0,00096) συσχετίστηκαν θετικά με των εμβολιασμό κατά του ιού HPV.
Συμπέρασμα: Η ενίσχυση της επιστημονικά τεκμηριωμένης ενημέρωσης των γονέων από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με τον ιό HPV αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης στον εφηβικό πληθυσμό.



ΕΑ25

ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΥΦΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΡΕΠΙΤΑΝΤΗΣ

Ιωάννης Σκλήκας, Huda Atta
"Noah's Ark" – Παιδιατρικό Νοσοκομείο Ουαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ουαλίας, Κάρντιφ, Ηνωμένο Βασίλειο

Εισαγωγή: Η Γαστρεντερική Δυστονία (GID) είναι μια σπάνια κινητική διαταραχή, που συχνά οδηγεί σε σοβαρή δυσανεξία σίτισης και Εντερική Ανεπάρκεια (ΕΑ). Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της Νευροκινίνης-1 (ΝΚ1), όπως η Απρεπιτάντη, έχουν δυνητικά προκινητικές ιδιότητες στις παραπάνω περιπτώσεις.
Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιστατικών GID με σημειολογία ΕΑ, όπου η χορήγηση Απρεπιτάντης συσχετίστηκε με μείωση εντερικών απωλειών, επιτυχή επανεισαγωγή εντερικής και μείωση Παρεντερικής Διατροφής (ΠΔ).
Υλικό και Μέθοδος: Το αρχείο δύο ασθενών, 8 και 16 ετών, με διαφορετικό γαστρεντερικό υπόβαθρο και ανάγκη ΠΔ αναλύθηκε αναδρομικά, για αξιολόγηση διαφόρων προκινητικών, συμπεριλαμβανομένης της Απρεπιτάντης όσον αφορά τις γαστρικές απώλειες και την ανοχή σίτισης.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής Α, 8 ετών, παρουσίασε εμμένουσα σοβαρή εντεροκολίτιδα με ΕΑ κατόπιν λοίμωξης και θεραπείας για *Clostridium Difficile*. Ακολούθησε ανεπιτυχής δοκιμή προκινητικών, όπως Αζιθρομυκίνη, Δομπεριδόνη και Αλιμεμαζίνη, όπου οι γαστρικές απώλειες παρέμειναν στα 10–30 mL/kg/ημέρα. Η χορήγηση Απρεπιτάντης οδήγησε σε μείωση 25-30% των γαστρικών απωλειών και επακόλουθη επανεισαγωγή πλήρους εντερικής σίτισης.
Ο ασθενής Β, 16 ετών, εμφάνιζε πολλαπλά επεισόδια ψευδοαπόφραξης εντέρου και η χρήση συμβατικών προκινητικών δεν διατηρούσε την εντερική κινητικότητα, με αποτέλεσμα την ανάγκη επανανοσηλείας και ΠΔ. Η εισαγωγή της Απρεπιτάντης οδήγησε στην ύφεση συμπτωμάτων, επαναφορά της εντερικής κινητικότητας και την ανοχή πλήρους εντερικής σίτισης.
Συμπεράσματα: Ενώ η χρήση συμβατικών προκινητικών απέτυχε στις παραπάνω περιπτώσεις, η Απρεπιτάντη οδήγησε σε κλινική βελτίωση. Συνεπώς, η περαιτέρω διερεύνηση για τη χρήση της στη διαχείριση GID με πιθανή ΕΑ είναι σημαντική, ιδίως με μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας.

ΕΑ26

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ & ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ: ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σοφία-Ιλιάδα Καραμπάτσου, Ιωάννα Αντωνοπούλου, Κωνσταντίνος Πέτσιος, Ιωάννα Παυλοπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Τμήματος Νοσηλευτικής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις κυριότερες χώρες υποδοχής μεταναστών, ενώ η εμβολιαστική τους κάλυψη είναι καθοριστικής σημασίας για την δημόσια υγεία.
Σκοπός: Η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης παιδιών μεταναστών που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Τριτοβάθμιου Παιδιατρικού νοσοκομείου.
Υλικό: Στην πιλοτική μελέτη εισήχθησαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα από δείγμα παιδιών μετά από λήψη πληροφορημένης συγκατάθεσης.
Μέθοδος: Στο σύνολο των παιδιών που εξετάστηκαν ελήφθη πλήρες ιστορικό, έγινε κλινική αξιολόγηση και καταγραφή της κατάστασης εμβολιασμού.
Αποτελέσματα: Μεταξύ Μαΐου 2024-Ιανουαρίου 2025 μελετήθηκαν 150 παιδιά μεταναστών, εκ των οποίων το 58,7% ήταν αγόρια και 41,3% κορίτσια, ηλικίας 5,76 ± 4,7 έτη. Το 75% των συμμετεχόντων είχαν καταγωγή από χώρα της Αφρικής με πιο συχνή μητρική γλώσσα τα αραβικά (30%). Ο μέσος όρος παραμονής στην Ελλάδα, αυτόν που είχαν γεννηθεί στην χώρα καταγωγής ήταν 2,96 ± 2,8 έτη. Ο συνηθέστερος λόγος προσέλευσης στο Ιατρείο ήταν η ανοσοποίηση (35,4%), ενώ το 67,3% των συμμετεχόντων ήταν πλήρως εμβολιασμένοι βάση του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού της Ελλάδας. Ως κυριότερος λόγος ελλιπούς εμβολιασμού αναφέρεται η απώλεια αποδεικτικού εμβολιασμού (52,9%). Η εμβολιαστική κάλυψη παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον χρόνο παραμονής της μητέρας στην Ελλάδα ($p=0.02$) και θετική συσχέτιση με την τριτοβάθμια εκπαίδευση του πατέρα ($p<0,01$) και της μητέρας ($p<0,01$) καθώς και με την ενεργή ασφαλιστική κάλυψη του παιδιού ($p<0,01$).
Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό των παιδιών μεταναστών παρουσίασε ελλιπή εμβολιασμό. Η εμβολιαστική κάλυψη σχετίζεται με τα χρόνια διαβίωσης της μητέρας στην Ελλάδα, την εκπαίδευση των γονέων και την ασφαλιστική τους κάλυψη. Χρειάζονται στοχευμένες προσπάθειες για την προσέγγιση του συγκεκριμένου πληθυσμού.



ΕΑ27

ΈΛΛΕΙΨΗ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Χριστίνα Μαραθού
ΙΑΣΩ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική – Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική – Διαγνωστικό, Θεραπευτικό & Ερευνητικό Κέντρο ΑΕ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η προτεινόμενη εισήγηση επικεντρώνεται στην ανάλυση της έλλειψης αυξητικής ορμόνης σε παιδιά, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις αυτής στην ποιότητα ζωής των παιδιών και της οικογένειας.
Σκοπός: Σκοπός της εισήγησης, είναι να παρουσιαστεί αναλυτικά η έλλειψη αυξητικής ορμόνης σε παιδιά, τα αίτια εμφάνισης της και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται. Παράλληλα, αναλύονται οι επιπτώσεις της έλλειψης αυξητικής ορμόνης στην ποιότητα ζωής τόσο στα παιδιά, όσο και στην οικογένεια.
Υλικό: Η έλλειψη αυξητικής ορμόνης είναι μία κατάσταση μερικής ή πλήρης έλλειψης της αυξητικής ορμόνης που προκύπτει όταν η υπόφυση δεν παράγει αρκετή ποσότητα αυξητικής ορμόνης για να διεγείρει την ανάπτυξη του σώματος. Εκδηλώνεται ως ένας αργός ή στάσιμος ρυθμός της αύξησης τόσο στην πρώιμη και μεταγενέστερη παιδική ηλικία. Η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής τόσο των παιδιών, όσο και της οικογένειας, ενώ η θεραπεία συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της.
Μέθοδος: Η εισήγηση βασίζεται στην αξιοποίηση δευτερογενών στοιχείων, βασισμένων στη διεθνή βιβλιογραφία.
Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της έλλειψης της αυξητικής ορμόνης στην ποιότητα ζωής των παιδιών και της οικογένειας σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο.
Συμπεράσματα: Σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους, τα παιδιά ανεπάρκεια αυξητικής παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, ντροπής και κοινωνικής απομόνωσης. Η έγκαιρη θεραπεία λειτουργεί ευεργετικά στους τομείς αυτούς. Παράλληλα, οι οικογένειες των παιδιών με έλλειψη αυξητικής ορμόνης βιώνουν υψηλό επίπεδο stress και περιστασιακού άγχους.



ΕΑ28

ΠΛΑΝΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Παναγιώτα Μακρή
ΙΑΣΩ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική – Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική – Διαγνωστικό, Θεραπευτικό & Ερευνητικό Κέντρο ΑΕ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η προτεινόμενη εισήγηση επικεντρώνεται στην ανάλυση του πλάνου φροντίδας παιδιατρικού ασθενή με λοίμωξη αναπνευστικού.
Σκοπός: Σκοπός της εισήγησης, είναι να παρουσιαστεί αναλυτικά η διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου πλάνου φροντίδας παιδιατρικού ασθενή με λοίμωξη αναπνευστικού. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι κυριότερες λοιμώξεις αναπνευστικού που αφορούν σε παιδιατρικούς ασθενείς. Τέλος, θα γίνει αναφορά στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού βρογχιολίτιδας με RSV, που προσήλθε σε Παιδιατρική Κλινική.
Υλικό: Το πλάνο φροντίδας ασθενή αποτελεί μία συστηματική & λογική μέθοδο σχεδιασμού & παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ο στόχος του νοσηλευτή είναι να αναγνωρίσει την κατάσταση του ασθενή, να σχεδιάσει ένα πλάνο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του και να προβεί σε εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Σκοπός ενός πλάνου φροντίδας είναι η παροχή ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας βασισμένη σε τεκμήρια.
Μέθοδος: Η εισήγηση βασίζεται στην αξιοποίηση πρωτογενών στοιχείων, τα οποία έχουν συλλεχθεί τους τελευταίους 3 μήνες στην Κλινική.
Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία της Κλινικής, που σχετίζονται με τις αιτίες εισαγωγής παιδιών με λοιμώξεις αναπνευστικού, καθώς και 1 case study παιδιατρικού ασθενή με βρογχιολίτιδα.
Συμπεράσματα: Το πλάνο φροντίδας αποτελεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια της ιατρονοσηλευτικής ομάδας. Πρέπει να είναι εξατομικευμένο και προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενή. Το πλάνο φροντίδας ενημερώνεται, αναθεωρείται, επανεξετάζεται και αποτυπώνεται από την διεπιστημονική ομάδα ανάλογα με την έκβαση της κλινικής εικόνας του ασθενή. Απαιτείται συνεργασία από την διεπιστημονική ομάδα και αλλαγή του σε συνάρτηση με τις αλλαγές των δεδομένων.

ΕΑ29

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Ράπτη Γεωργία, Ευαγγελία Κολοφωτιά, Φράγκου Πηνελόπη, Κακαργιά Αθηνά, Τρούγκου Κλειώ, Κουτσόπουλος Χρήστος, Ζήση Άννα, Μπάρκα Χριστίνα
Παιδιατρική κλινική – Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Καρδίτσα

Εισαγωγή: Ο εμβολιασμός των παιδιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων και συμβάλει στην μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό παγκοσμίως.
Σκοπός: Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην αποτύπωση της εμβολιαστικής κάλυψης των εφήβων, με στόχο την εμβολιαστική συμμόρφωση και την ενίσχυση της πρόληψης.
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των πραγματοποιηθέντων εμβολίων 457 εφήβων γυμνασίου και λυκείου στην Καρδίτσα μέσω του ατομικού βιβλιαρίου υγείας κάθε παιδιού, από το σύνολο των 715 εφήβων των συγκεκριμένων σχολείων.
Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε πλήρης εμβολιαστική κάλυψη για τον αιμόφιλο (100%), την ανεμευλογιά (99%) και τον πνευμονιόκοκκο (100%), ενώ υψηλά ποσοστά εμβολιασμού καταγράφηκαν για το εμβόλιο της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (99%) και της διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη (83%). Το 88% των εφήβων έχει εμβολιαστεί τουλάχιστον μία φορά με το εμβόλιο της γρίπης, ενώ το 65% ήταν πλήρως εμβολιασμένο για τον ιό HPV με το ποσοστό αυτό να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την αύξηση της ηλικίας.
Συμπέρασμα: Η έγκαιρη και πλήρης εμβολιαστική κάλυψη είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη της ανοσίας των παιδιών όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε συλλογικό επίπεδο, περιορίζοντας την εξάπλωση ασθενειών. Η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και η συστηματική καταγραφή των εμβολιασμών καθώς και η ενίσχυση της ενημέρωσης του πληθυσμού με στόχο της αποφυγή εμβολιαστικού δισταγμού μέσω της παραπληροφόρησης, θα οδηγήσουν στη διατήρηση υψηλών ποσοστών εμβολιαστικής κάλυψης και την προστασία της δημόσιας υγείας.

ΕΑ30

ΚΟΡΙΤΣΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΩΣΗ

Λυδία-Δέσποινα Τσιαπλέ[1], Ζωή Χριστοφορίδου[1], Μαρία-Ειρήνη Γουρτζελίδου[1], Μαρία Βουσβούκη[2], Κωνσταντίνα Χαρίση[2], Ελένη Παπαδημητρίου[2], Χρήστος Κασελάς[3], Χρυσούλα Μαραγκού[1], Immacolata De Maggio[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας
[2] ΜΕΛΠ Α' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. 'Ιπποκράτειο'
[3] Β Κλινική Χειρουργικής Παίδων, ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Ο *Cryptococcus neoformans* είναι ένας ευκαιριακός μύκητας που προσβάλλει κυρίως ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, με συχνότερη εντόπιση το αναπνευστικό, το κεντρικό νευρικό σύστημα, καθώς και το δέρμα. Κύρια πηγή μόλυνσης αποτελούν συχνότερα τα περιττώματα περιστεριών, ενώ μπορεί επίσης να απομονωθεί στο έδαφος και σε οργανικά υπολείμματα.
Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού κοριτσιού σχολικής ηλικίας με πρωτοπαθή δερματική κρυπτοκόκκωση.
Υλικό: Πρόκειται για κορίτσι 7 ετών με πρωτοπαθή δερματική λοίμωξη από *C. Neoformans,* μετά από τραυματισμό αριστερού ώμου και επακόλουθο δήγμα εντόμου σύστοιχα της βλάβης. Παρουσίασε δεκατική πυρετική κίνηση, φυσαλιδώδη βλάβη με εξέλκωση, νεκρωτικά στοιχεία και μικρή αποστηματοποίηση στην εγγύς περιοχή.
Μέθοδος: Στα πλαίσια διερεύνησης ελήφθησαν καλλιέργειες δερματικών βλαβών και καλλιέργεια αίματος. Επιπλέον, διενεργήθηκε υπέρηχος μαλακών μορίων, ακτινογραφία αριστερού ώμου και μαγνητική τομογραφία αριστερής ωμικής ζώνης.
Αποτέλεσμα: Από τις καλλιέργειες δερματικών βλαβών ανευρέθηκε *Candida Albicans* και *C.Neoformans*. Ετέθη αρχικά σε ενδοφλέβια Κεφουροξίμη, Κλινδαμυκίνη, Φλουκοναζόλη και τοπική αγωγή με Τερβιναφίνη. Στη συνεχεία μεταφέρθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση, όπου και έγινε τροποποίηση της αντιμυκητιασικής αγωγής βάσει μυκητογράμματος, σε Βορικοναζόλη. Εστάλη εκτεταμένος ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, ο οποίος ήταν αρνητικός. Παρατηρήθηκε βελτίωση της βλάβης, εντός 2 εβδομάδων.
Συμπεράσματα: Η έγκαιρη ταυτοποίηση του μύκητα ως αιτιολογικού παράγοντα δερματικής λοίμωξης, η παρατεταμένη συστηματική εφαρμογή κατάλληλης αντιμυκητιασικής θεραπείας σε συνδυασμό με τοπική φροντίδα καθώς και ο αποκλεισμός υποκείμενης ανοσοανεπάρκειας είναι απαραίτητα για την ορθή θεραπευτική προσέγγιση, την επούλωση του τραύματος και τη μείωση πιθανότητας υποτροπής.



ΕΑ31

ΧΡΗΣΗ ΚΩΔΙΚΩΝ ICD-10 ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ελευθερία Καραδήμα[1], Αλέξανδρος Πάνος[2], John M. Leventhal[3], Αλεξάνδρα Σολδάτου[2]
[1] Γ.Ν. Μεσσηνίας, Ν.Μ. Καλαμάτας, Καλαμάτα
[2] Μονάδα Φροντίδας για την Ασφάλεια των Παιδιών, Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα
[3] Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

Εισαγωγή: Η σωματική κακοποίηση παιδιών δεν καταγράφεται και δεν κωδικοποιείται επαρκώς στις νοσοκομειακές βάσεις δεδομένων διεθνώς.
Σκοπός: Διερεύνηση της χρήσης κωδικών ICD-10 για την καταγραφή νοσηλευόμενων παιδιών με υπόνοια σωματικής κακοποίησης στην Ελλάδα.
Υλικό: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 127 νοσηλευόμενα παιδιά ηλικίας έως 18 ετών, που αξιολογήθηκαν για υποψία σωματικής κακοποίησης στο διάστημα 06/2016 – 09/2021 στη Μονάδα Φροντίδας για την Ασφάλεια των Παιδιών (ΜοΦΑΠ) ενός τεταρτοβάθμιου νοσοκομείου στην Αθήνα.
Μέθοδος: Οι ιατροί της ΜοΦΑΠ αξιολόγησαν κάθε περιστατικό και το κατέταξαν βάσει της Κλίμακας Thomas-Leventhal, ένα κλινικό εργαλείο αξιολόγησης για τον προσδιορισμό της πιθανότητας σωματικής κακοποίησης, σε «Κακοποίηση», «Ατύχημα» ή «Αβέβαιο». Οι κωδικοί εξιτηρίου ICD-10 που καταχωρήθηκαν από τους θεράποντες ιατρούς στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του νοσοκομείου συγκρίθηκαν με τους αντίστοιχους κωδικούς ICD-10 που καταγράφηκαν από ιατρούς της ΜοΦΑΠ και κατατάχθηκαν σε τρεις ομάδες «Γενικοί, μη ειδικοί», «Κακώσεις – τραυματισμοί», «Σχετιζόμενοι με κακοποίηση».
Αποτελέσματα: Στο 61,3% των περιπτώσεων δεν υπήρχε καμία αντιστοιχία μεταξύ των κωδικών ICD-10 στο ηλεκτρονικό αρχείο εξιτηρίων και αυτών της ΜοΦΑΠ. Στις περιπτώσεις «Κακοποίηση», βάσει της Κλίμακας Thomas-Leventhal (48,2% του συνόλου), οι ιατροί της ΜοΦΑΠ χρησιμοποίησαν σχετικούς κωδικούς ICD-10 (π.χ. T74, Y07). Αντίθετα, στο ηλεκτρονικό αρχείο εξιτηρίων για τις ίδιες περιπτώσεις καταχωρήθηκαν κωδικοί: 67,3% «Γενικοί, μη ειδικοί» (όπως Z04, Z60, Z00), 29,1% «Κακώσεις – τραυματισμοί» (S00-S99/ T00-T35/ T90-98) και 3,6% «Σχετιζόμενοι με κακοποίηση» (T74, Y00-Y04, Y07-Y09, Z61).
Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της κωδικοποίησης ICD-10 με ακρίβεια και η ενσωμάτωση εργαλείων, όπως η Κλίμακα Thomas-Leventhal, μπορούν να βελτιώσουν την καταγραφή, την διαλογή και διαχείριση παιδιών με υπόνοια σωματικής κακοποίησης στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

ICD-10 κωδικοί	Ηλεκτρονικό Αρχείο Εξιτηρίων	ΜοΦΑΠ	Επεξήγηση ICD - 10 κωδικοποίησης
S00-S99	20.2%	49.6%	Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες
T00-T14/ T90-98	1.7%	29.4%	Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες
T74	0.8%	24.4%	Σύνδρομα κακοποίησης
W00-W99	11.8%	19.3%	Άλλα εξωγενή αίτια τυχαίων τραυματισμών, περιλαμβάνει πτώσεις

Y00-Y09	1.7%	15.1%	Επίθεση που περιλαμβάνει : **Y04**: Επίθεση με (χρησιμοποίηση) σωματικής βίας, **Y06**: Παραμέληση και εγκατάλειψη, **Y07**: Άλλα σύνδρομα κακοποίησης
Z04	18.5%	14.3%	Εξέταση και παρακολούθηση για άλλους λόγους
Z61	0.8%	10.9%	Προβλήματα που σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα ζωής κατά την παιδική ηλικία
T20-T32	3.4%	7.5%	Θερμικά και χημικά εγκαύματα
X91/ X97/ X40-49 / X60-X69	0.8%	5.0%	**X91**: Επίθεση με απαγχονισμό, στραγγαλισμό και ασφυξία, **X97**: Επίθεση με καπνό, φωτιά και φλόγες, **X40-49**: Τυχαία δηλητηρίαση από και έκθεση σε επιβλαβείς ουσίες, **X60-X69**: Εκούσιος αυτοτραυματισμός
R40.2	-	1.7%	Διάφορες περιπτώσεις κώματος
E86	-	1.7%	Ένδεια Όγκου
Z60, Z00, Z03	10.9%	1.7%	**Z60**: Προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον, **Z00:** Γενική εξέταση και διερεύνηση ατόμων που δεν αναφέρουν ενοχλήματα ή κάποια συγκεκριμένη διάγνωση, **Z03**: Ιατρική παρακολούθηση και εκτίμηση για ύποπτες νόσους και καταστάσεις
A08, A09/ K63/ M84/ H11, H35/ H72/ Q77/ I46/ I60-I69	11.8%	1.7%	**A08, A09:** Λοιμώδη νοσήματα του εντέρου, **K63:** Άλλες παθήσεις του εντέρου, **M84**: Διαταραχές της οστικής συνέχειας, **H11, H35**: Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, **H72:** Διάτρηση του τυμπανικού υμένα, **Q77**: Οστεοχονδροδυσπλασία με ελαττωματική ανάπτυξη των μακρών οστών και της σπονδυλικής στήλης, **I46**: Καρδιακή παύση, **I60-I69:** Παθήσεις των αγγείων του εγκεφάλου
G00-G99	3.4%	1.7%	Παθήσεις του νευρικού συστήματος
J00-J99	5.0%	0.8%	Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος
L00-L02/ L99	2.5%	0.8%	**L00-L02:** Φλεγμονές του δέρματος και του υποδόριου ιστού, **L99:** Άλλες διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού σε παθήσεις που ταξινομούνται αλλού
R10-R79	8.4%	-	Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού

Πίνακας: ICD-10 κωδικοί που καταχωρήθηκαν στα εξιτήρια των παιδιών στο ηλεκτρονικό σύστημα του νοσοκομείου και αυτοί που καταγράφηκαν από τους γιατρούς της ΜοΦΑΠ.

ΕΑ32

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΟΥ ΜΕΣΟΛΑΒΕΙ ΕΩΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ιωάννης Ακερμανίδης[1], Ευγενία Μάγκου[2], Μαρία Νικήτα[2], Μαργαρίτα Μπάκα[2] **Μαρία Μοσχόβη**[1]
[1] Πανεπιστημιακή Ογκολογική Αιματολογική Μονάδα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Παιδιατρικό Ογκολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού» Αθήνα
Η εργασία αποτελεί τμήμα Διπλωματικής στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"

Εισαγωγή: Η έγκαιρη διάγνωση των σαρκωμάτων μαλακών μορίων (ΣΜΜ) στα παιδιά είναι σημαντική για τον τοπικό έλεγχο της νόσου και τη συνολική επιβίωση των ασθενών
Σκοπός: Η διερεύνηση της κλινικής προβολής των ΣΜΜ, του χρόνου που μεσολαβεί έως τη διάγνωση και η συσχέτιση του χρόνου διάγνωσης με την επιβίωση
Υλικό: Αναδρομική μελέτη παιδιών που διαγνώσθηκαν με ΣΜΜ.
Μέθοδος: Συλλογή στοιχείων από τους ιατρικούς φακέλους
Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 49 παιδιά, (29 αγόρια, 59,2%) με μέση ηλικία διάγνωσης 7,64 έτη(±4,90). Η κλινική προβολή ήταν ψηλαφητή μάζα/μόρφωμα/οίδημα/διόγκωση στην πάσχουσα περιοχή(61,22%), άλγος(26,53%), πυρετός(10,20%), και άλλα συμπτώματα μη-σχετιζόμενα με το πάσχον όργανο. Η διάγνωση της νόσου σε 24 ασθενείς (49%) τέθηκε στις πρώτες 30 ημέρες από την έναρξη συμπτωμάτων, σε 13 ασθενείς (26,5%) τέθηκε τον 2 μήνα ενώ σε 10 ασθενείς (20,4%) τέθηκε ακόμη και 3 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Ραβδομυοσάρκωμα (RMS) είχε το 56,3%, non-RMS το 29,2% και σάρκωμα Ewing το 14,6%. Από τα 49 παιδιά, τα 39 επιβίωσαν, ενώ δύο διέκοψαν την παρακολούθηση. Η συνολική 5ετής επιβίωση ήταν 82,9% και στατιστικά σημαντικά υψηλότερη (p=0,002) στους ασθενείς που διαγνώσθηκαν το πρώτο δεκαπενθήμερο από την έναρξη των συμπτωμάτων.
Συμπεράσματα: **1)** Τα συνηθέστερα συμπτώματα ασθενών με ΣΜΜ ήταν ψηλαφητή μάζα/μόρφωμα/οίδημα/διόγκωση, ενώ ο πυρετός σπανιότερος. **2)** Στους 24/49 (49%) η διάγνωση τέθηκε τις πρώτες 30 ημέρες από την έναρξη συμπτωμάτων. **3)** Ασθενείς που διαγνώσθηκαν τις πρώτες 15ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη επιβίωση(p=0,002). Τα ευρήματα καθιστούν αναγκαία την ευαισθητοποίηση στην συμπτωματολογία των σαρκωμάτων με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και καλύτερη επιβίωση

ΕΑ33

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Μαρία-Ειρήνη Γουρτζελίδου, Ζωή Χριστοφορίδου, Αλεξάνδρα Πανδή, Χρυσούλα Μαραγκού, Immacolata De Maggio
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή: Το Mycoplasma pneumoniae οφείλεται για το 40% των περιπτώσεων πνευμονίας της κοινότητας στα παιδιά ηλικίας άνω των 5 ετών. Μια σπάνια εξωπνευμονική εκδήλωση του μυκοπλάσματος της πνευμονίας είναι η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού εφήβου με αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία σε έδαφος μυκοπλασματικής πνευμονίας.
Υλικό: Έφηβος 11 ετών προσκομίζεται λόγω εμπυρέτου από 8ημέρου με συνοδά συμπτώματα βήχα, ρινίτιδα, διαρροϊκές κενώσεις και μειωμένη σίτιση. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν τρίζοντες ΔΕ πνευμονικού πεδίου και ωχρότητα δέρματος. Από τα ζωτικά σημεία: SPO2: 93%, RR: 26/min, Θ= 37.6°C, ΑΠ: 106/63mmHg, HR: 113/min.
Μέθοδος: Λήφθηκε εργαστηριακός έλεγχος από τον οποίο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC: 12.300K/μl, CRP: 6.68mg/dl με φ.τ. <0.5), αιμολυτική αναιμία (Hb= 10.6 g/dl, ΔΕΚ = 3.38%, LDH: 467 U/l, TBIL: 1mg/dl, θετική άμεση Coombs (IgG(-)/C3D+), καθώς και θετικές ψυχροσυγκολλητίνες. Διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε ευρήματα υπερ βρογχοπνευμονίας. Από τον μοριακό έλεγχο ανώτερου αναπνευστικού ταυτοποιήθηκε M. pneumoniae.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ψυχρού τύπου σε έδαφος μυκοπλασματικής πνευμονίας βάση κλινικοεργαστηριακών και ακτινολογικών ευρημάτων. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και από του στόματος αγωγή με αζιθρομυκίνη και παρέμεινε σε ζεστό περιβάλλον.
Συμπεράσματα: Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία είναι μια σπάνια επιπλοκή της λοίμωξης από μυκόπλασμα της πνευμονίας. Συνηθέστερα εμφανίζεται με ήπια και παροδική μορφή με αποτέλεσμα συχνά να υποδιαγιγνώσκεται. Ωστόσο συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή εφόσον σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.



ΕΑ34

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΑΠΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΜΕΝΝ.

Μαρία Κατσουράκη[1] , Ουρανία Δημάκου[2], Χάρις Χριστοδούλου[1], Καλλιόπη – Μαρία Μαργάρη[1], Αλεξία Ντάναση Σταθοπούλου, Αθηνά Σιόζιου[1], Μαρία- Χριστίνα Σαρικλάκη[1], Μαρία Πολάκη[1] , Αγλαΐα Τζώρτζη[3], Φοινικιά Τσιριγκούλη[3], Αργυρή Μανιουδάκη[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος Λασιθίου Κρήτης
[2] Universidad Rey Juan Carlos, Μαδρίτη, Ισπανία
[3] Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Εισαγωγή – Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάδειξη πιθανών παραγόντων κινδύνου που συνεισφέρουν στην αναγκαιότητα διακομιδής νεογνών σε ΜΕΝΝ.
Υλικό- Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη από τα αρχεία 418 κυήσεων του έτους 2024 που παρακολουθήθηκαν σε περιφερειακό μαιευτήριο δευτεροβάθμιου νοσοκομείου. Για την εύρεση παραγόντων κινδύνου, η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ διακριτών μεταβλητών (όπως φύλο, προωρότητα) έγινε με βάση τον έλεγχο χ^2του Pearson ενώ για συνεχείς μεταβλητές (όπως το βάρος ή η ηλικία) η διερεύνηση διαφορών έγινε με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το οικονομετρικό πρόγραμμα stata 16, ενώ ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το ευρέως αποδεκτό $\alpha = 0{,}05$. Συμπεριλαμβάνεται σύγκριση διακομιδών και παραγόντων κινδύνου 2019-2024 καταγράφοντας τυχόν διαχρονικές τάσεις
Αποτελέσματα: Το 2024 γεννήθηκαν 421 νεογνά από 418 κυήσεις (3 δίδυμες), ελληνικής καταγωγής 79,4% . Η μέση ηλικία των επίτοκων είναι 30,8 +/- 6,14 έτη, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των προηγούμενων τόκων σε σχέση με την καταγωγή. Οι τελειόμηνοι τοκετοί (≥38w) ήταν 73,6% , 106 πρόωρες γεννήσεις (36 εβδομάδων 6% -37 εβδομάδων 18%), καισαρικές τομές (**67,5**%). Το σύνολο των διακομιδών σε ΜΕΝΝ τριτοβάθμιου νοσοκομείου ήταν 22 εκ των οποίων **10,4**%, ήταν πρόωρα νεογνά και **3,5**% τελειόμηνα (στατιστικά σημαντική διαφορά, p=0,007). Το **φύλο** παρουσιάζει **οριακά** στατιστικά σημαντική διαφορά (αγόρια>κορίτσια)(p=0,06). Όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά όπως η καταγωγή της μητέρας, το βάρος γέννησης, η ηλικία της μητέρας δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά.
Συμπεράσματα: Περίπου 5 στα 100 παιδιά που γεννήθηκαν το 2024 σε περιφερειακό μαιευτήριο δευτεροβάθμιου νοσοκομείου χρειάστηκαν διακομιδή σε ΜΕΝΝ. Η **προωρότητα** ήταν ο κύριος παράγοντας κινδύνου.



ΕΑ35

ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ ΚΟΓΧΟΥ ΕΠΙ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΒΟΛΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ BRUTON (XLA)

Αικατερίνη Κιορσάββα[1], Ιωάννης Τσολιάκος[1], Αργυρώ Κωνσταντοπούλου[1], Θεοδώρα Χούσου[1], Μαριάννα Τζανουδάκη[2], Χαρίκλεια Κελαϊδή[3], Σοφία Τάντου[2], Βασίλειος Παπαδάκης[3], Άννα Μεσσαριτάκη[1]
[1]Β' Παιδιατρική κλινική ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[3]Τμήμα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες αποτελούν σπάνιο αίτιο ουδετεροπενίας στα βρέφη. Η ανίχνευσή τους απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.
Σκοπός: Παρουσιάζουμε περίπτωση φυλοσύνδετης αγαμμασφαιριναιμίας Bruton σε βρέφος με κυτταρίτιδα κόγχου και ουδετεροπενία.
Υλικό – Μέθοδος: Βρέφος, 8,5 μηνών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, εισήχθη λόγω εμπύρετης προδιαφραγματικής κυτταρίτιδας κόγχου. Κατά την εισαγωγή, διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP 92,5mg/L), σοβαρή ουδετεροπενία (0,073 K/μl) και ευρήματα υπέρ ουρολοίμωξης. Αντιμετωπίστηκε με εμπειρική αντιβιοτική αγωγή (πιπερακιλλίνη – ταζομπακτάμη) για δέκα ημέρες. Στην καλλιέργεια οφθαλμικού εκκρίματος απομονώθηκε Pseudomonasaeruginosa και στην καλλιέργεια ούρων Proteusmirabilis>10^5cfu/ml. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός και δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα υπέρ κακοήθειας από το επίχρισμα περιφερικού αίματος. Παρουσίασε βελτιούμενη κλινική πορεία και αποκατάσταση της ουδετεροπενίας (1630/μL).
Αποτελέσματα/Πορεία: Λόγω επιμονής της ουδετεροπενίας εστάλη έλεγχος 2ης γραμμής, με ανεύρεση χαμηλών ανοσοσφαιρινών και μειωμένη αντισωματική απάντηση. Ο ανοσοφαινότυπος αίματος ανέδειξε μη ανιχνεύσιμο πληθυσμό Β λεμφοκυττάρων (δις), ενώ δεν ανιχνεύθηκε ενδοκυττάρια έκφραση της Τυροσινικής Κινάσης του Bruton, γεγονός που πιστοποίησε τη διάγνωση της φυλοσύνδετης αγαμμασφασιρναιμίας. Ο ασθενής ξεκίνησε χορηγήσεις ενδοφλέβιας γ-σφαιρίνης, με αποκατάσταση των τιμών IgG, αλλά και των ουδετερόφιλων. Ο γονιδιακός έλεγχος, επιβεβαίωσε την διάγνωση, με ανεύρεση της νέας μετάλλαξης c.1613-4delCT (p.S538X).
Συμπεράσματα: Η φυλοσύνδετη αγαμμασφαιριναιμία αποτελεί κλασική διαταραχή του χυμικού σκέλους της ανοσίας, ωστόσο ουδετεροπενία παρατηρείται σε έως 20% των περιστατικών. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που οδηγεί στην ουδετεροπενία παραμένει ασαφής, η παρουσία της ωστόσο μπορεί να αποτελέσει σημαντική πρώιμη διαγνωστική ένδειξη.

ΕΑ36

ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΠΡΟΦΑΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΔΙΑΛΑΘΕΙ

Ευγενία Δημοπούλου, Ευαγγελία Παπαϊωάννου, Μαρίνα Λάμπρου, Νίκη Πανουτσακοπούλου, Αλεξία-Ελίζα Βίντερ, Βασιλική Γεωργοπούλου, Καλυψώ Δανελάτου
Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

Εισαγωγή: Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) αναφέρεται σε αρθρίτιδα άγνωστης αιτιολογίας προσβάλλοντας παιδιά < 16 ετών και επιμένει για ~6 εβδομάδες. Συνιστά το πιο συχνό χρόνιο ρευματικό νόσημα (80%) στα παιδιά με επίπτωση 2-20/100.000/έτος και επιπολασμό 16-150/100.000 πληθυσμού. Προσβάλλει παιδιά από τη βρεφική έως την εφηβική ηλικία, συχνότερα κορίτσια. Χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα μεγάλων αρθρώσεων, συστηματικές εκδηλώσεις που μπορεί να προηγούνται (υψηλός πυρετός, εξάνθημα με την άνοδο του πυρετού, περικαρδίτιδα) και πρόσθια ραγοειδίτιδα (έως 21% ολιγοαρθρικής και 10% πολυαρθρικής). Διακρίνεται κατά ILAR: συστηματική 4-17%, ολιγοαρθρίτιδα 27-56%, RF(+) πολυαρθρίτιδα 2-7%, RF(-) πολυαρθρίτιδα 11-28%, σχετιζόμενη με ενθεσίτιδα 3-11%, ψωριασική 2-11% και αταξινόμητη 11-21%.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης παιδιού που προσήλθε με αρθραλγίες.
Υλικό – Μέθοδος: Αγόρι 9,5 ετών προσήλθε λόγω άλγους γονάτων άμφω από 2μήνου και δυσκαμψίας εντονότερης κατά την πρωινή έγερση, σταδιακά βελτιούμενης κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς άλλα συμπτώματα. Οικογενειακό ιστορικό ελεύθερο. Προηγήθηκε παιδιατρική εκτίμηση με διάγνωση άλγη ανάπτυξης και 2 ορθοπαιδικές εκτιμήσεις με απόδοση των συμπτωμάτων σε κάκωση. Α/Ε: Χωλότητα βάδισης, θερμότητα στις κατά γόνυ αρθρώσεις, περιορισμός κινητικότητας κατά τις ενεργητικές κινήσεις των γονάτων. ε/ε: WBC: 7.900/μL Hb: 10,1 g/dl CRP: 6,89 mg/dl ASTO (+) RF: 7 IU/ml (αρνητικό) ANA: ασθενώς (+)1:80 ANCA-C IgG (-)1:40 ANCA-P IgG ασθενώς (+)1:80 ΤΚΕ: 81 mm/h.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε Νοσοκομείο Παίδων, τέθηκε η διάγνωση της ΝΙΑ και έγινε έναρξη αγωγής με etanercept.
Συμπεράσματα: 1) Χρειάζεται υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας για τη διάγνωση της ΝΙΑ, η οποία είναι κλινική εξ αποκλεισμού. 2) Χωρίς την έγκαιρη έναρξη επιθετικής θεραπείας οδηγεί σε σημαντική νοσηρότητα και αναπηρία.

ΕΑ37

ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ EBV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Πετροπούλου Παναγιώτα, Χριστοφορίδου Ζωή, **Πανδή Αλεξάνδρα**, Μαραγκού Χρυσούλα, De Maggio Immacolata
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή: Ο ιός Epstein-Barr, που αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο λοιμώδους μονοπυρήνωσης σε παιδιατρικούς ασθενείς, έχει ενοχοποιηθεί σε σπάνιες περιπτώσεις για την εμφάνιση αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας ως επιπλοκή της λοίμωξης.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού έφηβης με αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία σε έδαφος EBV λοίμωξης.
Υλικό: Έφηβη 13 ετών προσκομίζεται λόγω φαρυγγαλγίας με συνοδό δεκατική πυρετική κίνηση από διημέρου και εμφάνιση υπικτερικής χροιάς δέρματος από ωρών. Συνοδά αναφέρονται αδυναμία και μειωμένη σίτιση. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν εξέρυθρα οιδηματώδη παρίσθμια με λευκωπό επίχρισμα, διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες, ψηλαφητά όρια ήπατος και σπληνός και υπικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων.
Μέθοδος: Διενεργήθηκε εργαστηριακός έλεγχος όπου διαπιστώθηκε αιμολυτική αναιμία (Hb 8,3 g/dl, ΔΕΚ 4,04%, LDH 1098, TBIL 2,6mg/dl, θετική άμεση Coombs (IgG+++, C3d++), ψυχροσυγκολλητίνες: αρνητικές και θετικά IgM EBV. Από το υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας ανευρέθηκε ηπατοσπληνομεγαλία.
Αποτελέσματα: Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν συμβατά με θερμού τύπου αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία σε έδαφος EBV λοίμωξης και επομένως η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και Μεθυλπρεδνιζολόνη ενώ αποφεύχθηκε η έκθεση σε θερμότητα. Για την περαιτέρω αντιμετώπιση και διερεύνηση της ασθενούς έγινε διακομίδη σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο.
Συμπεράσματα: Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία σε έδαφος EBV λοίμωξης είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή, που αφορά κυρίως τους εφήβους. Πρόκειται συνήθως για μία ψυχρού τύπου αντίδραση, σπανιότερα θερμού, ενώ σπανίως έχουν περιγραφεί περιστατικά μεικτού τύπου. Απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας, καθώς η πρώιμη αναγνώριση επιτρέπει έγκαιρη υποστηρικτική αντιμετώπιση για αποφυγή επιπλοκών.

ΕΑ38

"ΚΟΚΚΙΝΟ ΜΑΤΙ": ΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ, ΠΟΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ-ΜΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χρυσαυγή Αδαμοπούλου
Χειρουργός Παιδοφθαλμίατρος, Επίκουρη καθηγήτρια Οφθαλμολογίας, Case Western Reserve University, USA

Εισαγωγή: Το κόκκινο μάτι στα παιδιά αποτελεί συχνή αιτία ανησυχίας για τους γονείς. Αν και τις περισσότερες φορές προκαλείται από λοιμώξεις, αλλεργία ή περιβαλλοντικούς ερεθισμούς η ύπαρξή του μπορεί να οφείλεται σε σοβαρότερες αιτίες όπως το συγγενές γλαύκωμα,η σκληρίτιδα/επισκληρίτιδα, τραύμα κλπ. Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης αιτίας είναι απαραίτητη για την κατάλληλη θεραπεία και την αποφυγή επιπλοκών.
Σκοπός: Να ενημερώσει τους παιδίατρους σχετικά με τις αιτίες, τα συμπτώματα και τη διάγνωση αλλά και τη σωστή αρχικά διαχείριση αυτής της κατάστασης στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες πρώτες βοήθειες και να κατευθύνουν άμεσα τους γονείς προς τη σωστή κατεύθυνση.
Υλικό:

1. Ιστορικό
2. Αδρή Οφθαλμολογική εξέταση
3. Τραύμα - Είδη
    - Ρήξη βολβού
    - Τραυματική ρήξη επιθηλίου κερατοειδούς
    - Έγκαυμα κερατοειδούς
    - Αιμορραγία στον επιπεφυκότα
    - Ύφαιμα
    - Ξένο Σώμα
4. Επιπεφυκίτιδα - Είδη
5. Βλεφαρίτιδα - Είδη

Μέθοδος: Οι παραπάνω αιτίες θα αναλυθούν με φωτογραφικό υλικό και κλινικά παραδείγματα.
Αποτελέσματα: Οι παιδίατροι θα εξοικειωθούν προκειμένου να μπορούν να κάνουν μία πρώτη εκτίμηση, να δώσουν τις σωστές πρώτες βοήθειες και να παραπέμψουν τους μικρούς ασθενείς ώστε να λάβουν εγκαίρως τη θεραπεία που χρειάζονται.
Συμπεράσματα: Η κατανόηση των αιτίων και της διαχείρισης του κόκκινου ματιού στα παιδιά είναι ζωτικής σημασίας για τους παιδίατρους, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή θεραπεία μπορούν να προλάβουν σοβαρές επιπλοκές. Παρά το γεγονός ότι πολλές φορές πρόκειται για αβλαβείς καταστάσεις, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται οι ενδείξεις πιο σοβαρών προβλημάτων ώστε να παραπέμπονται άμεσα.

ΕΑ39

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΗΜΙΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αργυρώ Κωνσταντοπούλου, Ιωάννης Τσολιάκος, Μαρία Βασιλοπούλου, Αικατερίνη Κιορσάββα, Θεοδώρα Χούσου, Μαρία Θεοχάρη, Παναγιώτα Δροσάτου, Άννα Μεσσαριτάκη
Β' Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παίδων « Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ημιυπερτροφία αποτελεί μια σπάνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ασύμμετρη υπερπλασία και υπερτροφία των ιστών της μίας πλευράς του σώματος ή ενός άκρου. Μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή να σχετίζεται με γενετικά σύνδρομα (Beckwith-Wiedemann, Klippel-Trenaunay κ.α.). Συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κακοηθειών (π.χ. νεφροβλάστωμα, ηπατοβλάστωμα), και απαιτείται παρακολούθηση (US, aFP) έως την ηλικία των επτά ετών.
Σκοπός: Παρουσιάζεται περιστατικό 11χρονης με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, παραπεμφθείσας λόγω επιδεινούμενου άλγους στον αριστερό μηρό, ανισοσκελίας και δυσχέρειας βάδισης.
Υλικό – Μέθοδος: Από το ιστορικό δεν αναφερόταν πυρετός ή τραυματισμός. Λόγω υποψίας σηπτικής οστεοαρθρίτιδας είχε λάβει κεφοταξίμη και αντιφλεγμονώδη χωρίς ανταπόκριση. Κατά την εισαγωγή παρατηρήθηκε διαφορά στο μέγεθος των μηρών και ανισοσκελία, χωρίς σημεία φλεγμονής, με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής. Ο απεικονιστικός έλεγχος (US, MRI) ανέδειξε εικόνα ημιυπερτροφίας αριστερού κάτω άκρου. Από το ιστορικό τεκμηριώθηκε παρουσία της ασυμμετρίας ήδη από τη νηπιακή ηλικία (*Εικόνα 1*). Ο περαιτέρω έλεγχος περιλάμβανε υπερηχογράφημα κοιλίας, με μεγαλύτερο τον σύστοιχο νεφρό, φυσιολογικές καρδιολογική και οφθαλμολογική εξέταση, αρνητικό μοριακό έλεγχο για Beckwith-Wiedemann και φυσιολογικό καρυότυπο. Το επίχρισμα περιφερικού αίματος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα
Αποτελέσματα:. Η ημιυπερτροφία αποδόθηκε σε ιδιοπαθή αιτιολογία. Δόθηκαν ορθοπεδικοί πάτοι για τη διόρθωση της ανισοσκελίας και τέθηκε σε ορθοπεδική παρακολούθηση. Λόγω ηλικίας δεν συνίσταται περιοδική αξιολόγηση για κακοήθειες.



Εικόνα 1: Η ημιυπετροφία στην παιδική ηλικία του. (κατόπιν γονικής συναίνεσης)

Συμπεράσματα: Η ημιυπερτροφία απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας, καθώς ενδέχεται να συνοδεύεται από σοβαρά νοσήματα. Η κλινική παρατήρηση, η έγκαιρη παραπομπή και η τακτική παρακολούθηση για κακοήθειες είναι κρίσιμες για τη σωστή διαχείριση.

ΕΑ40

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΜΑΣΤΟΕΙΔΙΤΙΔΑ – ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Μαρία-Ειρήνη Γουρτζελίδου, Ζωή Χριστοφορίδου, Παναγιώτα Πετροπούλου, Λυδία-Δέσποινα Τσιαπλε, Χρυσούλα Μαραγκού, Immacolata De Maggio Immacolata
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή: Η οξεία μαστοειδίτιδα αποτελεί συχνή επιπλοκή της οξείας μέσης ωτίτιδας ειδικά σε περιπτώσεις μη ή ατελώς θεραπευθείσας λοίμωξης κυρίως σε παιδιά κάτω των 2 ετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχει καλή πρόγνωση ενώ σε ορισμένες μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ενδοκράνιες επιπλοκές όπως η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού κοριτσιού σχολικής ηλικίας με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων ως επιπλοκή μαστοειδίτιδας.
Υλικά και Μέθοδοι: Κορίτσι 7 ετών προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου απο 2ημερου και έντονης ωταλγίας δεξιά με ωτόρροια. Συνοδά αναφέρεται ναυτία και μειωμένη σίτιση. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν εξέρυθρες οιδηματώδεις αμυγδαλές, εικόνα οξείας μέσης ωτίτιδας με ωτόρροια, διάτρηση δεξιού τυμπανικού υμένα καθώς και οπισθοωτιαία ευαισθησία συστοίχως. Διενεργήθηκε εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής και λήφθηκαν καλλιέργειες ωτικού εκκρίματος και φαρυγγικού επιχρίσματος από τις οποίες απομονώθηκε S. pyogenes. Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και κλινδαμυκίνη. Στο 3ο 24ωρο νοσηλείας, ενώ είχε απυρετήσει παρουσίασε κεφαλαλγία και ναυτία. Διενεργήθηκε MRI εγκεφάλου η οποία ανέδειξε μαστοειδίτιδα και θρόμβωση φλεβωδών κόλπων.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων ως επιπλοκή οξείας μαστοειδίτιδας οφειλόμενη σε S. pyogenes. Για περαιτέρω αντιμετώπιση και παρακολούθηση διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και έλαβε αντιβιοτική και αντιπηκτική αγωγή.
Συμπεράσματα: Η θρόμβωση φλεβωδών κόλπων αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή και απαιτείται υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας από τους παιδιάτρους σε παιδιά με οξεία μαστοειδίτιδα που εμφανίζουν επιδείνωση ή άτυπη συμπτωματολογία. Υψίστης σημασίας είναι η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση για την αποφυγή των δυνητικά απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών.

ΕΑ41

ΒΑΡΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 5 ΜΗΝΩΝ

Νικόλαος Φαρμακίδης, **Μαρία Μυρσίνη Κώστα**
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Οι αιμορραγικές διαθέσεις που εμφανίζονται στη βρεφική ηλικία αποτελούν σοβαρά νοσήματα που κατά πλειοψηφία οφείλονται σε κληρονομικές διαταραχές, όπως αιμορροφιλία Α, Β κ.α. Σπανιότερα, αποτελούν εκδηλώσεις διαταραχών μεταβολισμού, ηπατικής ανεπάρκειας, έλλειψης βιταμίνης Κ καθώς και μέρος εξαιρετικά σπάνιων συνδρόμων.
Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού βρέφους που προσήλθε με βαριά αιμορραγική διάθεση, η διαφοροδιάγνωση, η πρώτη αντιμετώπιση και η διαδρομή μέχρι την τελική διάγνωση.
Υλικό-Μέθοδος: Καταγραφή από βιβλίο ΤΕΠ, φύλλο και ενημερωτικά νοσηλείας.
Αποτελέσματα: Βρέφος άρρεν, 5 μηνών προσκομίσθηκε με ιστορικό αυτόματων εκχυμώσεων από 2 εβδομάδων σταδιακά επιδεινούμενων. Από το ιστορικό και την κλινική εξέταση ανευρέθη, πέρα των εκχυμώσεων, ήπια επηρεασμένη κλινική εικόνα, χωρίς νευρολογικά σημεία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε βαριά αιμορραγική διάθεση με PT: 245, INR: 21, aPTT: 80, άμεση υπερχολερυθριναιμία και αυξημένες τρανσαμινάσες ορού. Έγινε έγχυση με 2 μονάδες FFP και συνολικά 2 δόσεις των 3 mg Vitamin K ενδοφλεβίως με επαναφορά του INR σε φυσιολογικά επίπεδα. Λόγω εμμένουσας υποτονίας με σημείο δύοντος ηλίου έγινε επείγουσα CT εγκεφάλου όπου ανέδειξε διάσπαρτα αιμορραγικά στοιχεία AP με κοιλότητες και διαφράγματα. Αποφασίστηκε η διασωλήνωση του βρέφους και η διακομιδή του σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο. Εκεί, αφαιρέθηκαν 2 αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες του AP μετωπιαίου λοβού και μετά από 1 μήνα νοσηλείας και εξετάσεων, ανευρέθη τελικά το αίτιο της αιμορραγίας, η προϊούσα οικογενής ενδοηπατική χολόσταση τύπου 1(PFIC 1).
Συμπεράσματα: Αντιμετωπίζοντας τέτοια περιστατικά, γίνεται σαφής η υψηλή υποψία και ετοιμότητα που θα πρέπει να έχει ένας νοσοκομειακός ιατρός, καθώς πολλές φορές μία σπάνια νόσος μπορεί να εκδηλώνεται με πολλαπλές, εξίσου σοβαρές επιπλοκές.

ΕΑ42

ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΕΦΗΒΟ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Ευγενία Βουδούρη[1], Σοφία Σαββουκίδου[2], Κυριακή Κοτσογλανίδου[2], Βικτώρια Ελευθεριάδου[2], Λαμπρινή Δαμιανίδου[2], Μαρία Λάμπρου[2], Άννα Ταπάρκου[2], Ελπίδα Χατζηαγόρου[1], Χαράλαμπος Ανταχόπουλος[1], Ευγενία Παπακωνσταντίνου[2]
[1] Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2] Παιδοογκολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (Hemophagocytic Lymphohistiocystosis-HLH) αποτελεί μία υπερφλεγμονώδη κλινική οντότητα. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές που εκδηλώνεται ως οικογενές HLH (FHL1-5) λόγω μεταλλάξεων συγκεκριμένων γονιδίων ή ως σχετιζόμενο με σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας και σε δευτεροπαθές όπου το ανοσοποιητικό απορρυθμίζεται λόγω κάποιου έντονου εκλυτικού αιτίου.
Μέθοδος: Παρουσιάζεται έφηβος, 14 ετών, με ανθεκτικό αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο σε έδαφος γρίπης Α.
Αποτελέσματα: Άρρεν, έφηβος, πρώτο παιδί από τα δύο υγιών γονέων παραπέμφθηκε στην κλινική μας, λόγω εμπυρέτου από 7ημέρου και πανκυτταροπενίας, η οποία επιβεβαιώθηκε και διαγνώστηκε με γρίπη Α (WBC 1000K/μL, NEUT 737 k/μL, Hb 10.5 g/dL, PLT 56000 k/μL). Λόγω ισχυρής υποψίας και αργότερα επιβεβαίωσης αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου τέθηκε στο πρωτόκολλο HLH 2004 και διεκομίσθη στο παιδοογκολογικό τμήμα. Κατά τη θεραπεία εμφάνισε λοίμωξη με CMV και μικροβιαιμία που θεραπεύτηκαν με την κατάλληλη αγωγή. Ο γενετικός έλεγχος ήταν αρνητικός για πρωτοπαθές HLH. Ο ασθενής κατά την τελευταία φάση μείωσης της κορτιζόνης παρουσίασε υποτροπή του HLH και εκ νέου λοίμωξη με CMV. Παρά τη θεραπεία υποτροπής δεν παρουσιάστηκε κλινική βελτίωση και ο ασθενής ξεκίνησε αγωγή με βιολογικό παράγοντα μέχρι την εύρεση συμβατού δότη για μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων.
Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με παρατεινόμενο εμπύρετο πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Ακόμη κι αν κάποιες φορές δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια, εφόσον υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία, η θεραπεία επιβάλλεται να ξεκινάει άμεσα λόγω της επικινδυνότητας της νόσου. Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί πρέπει να τεθεί σε άλλες θεραπείες, μετά από διεπιστημονικές συζητήσεις.



ΕΑ43

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ



ΕΑ44

ΥΠΟΙΔΡΩΤΙΚΗ ΕΚΤΟΔΕΡΜΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ-HYPOIDROTIC ECTODERMAL DYSPLASIA

Ευμορφία Ντόβα, Βασιλική Τζέκου, Αθανασία Αράβα, Αναστασία Τουλιοπούλου, Μαρία Παπαγεωργίου, Ελένη Βούρτη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας, Μονάδα Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η υποϊδρωτικη εκτοδερμική δυσπλασία (HED) είναι μια κληρονομική διαταραχή η οποία οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο EDA που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της εκτοδυσπλασίνης Α. Η νόσος κληρονομείται είτε με φυλοσυνδέτο υπολειπόμενο τρόπο (η πιο συχνή μορφή, 50-60%) είτε με αυτοσωματικό επικρατή ή υπολειπόμενο. Επηρεάζει την ανάπτυξη δύο ή περισσότερων εξωδερματικών ιστών όπως: μαλλιά, δόντια, νύχια και ιδρωτοποιούς αδένες. Η συνήθης κλινική εικόνα του ασθενούς περιλαμβάνει ανιδρωσία, υποτρίχωση και υποδοντία ή ανοδοντία. Οι διαταραχές στους ιδρωτοποιούς αδένες ανευρίσκονται με βιοψία δέρματος ή συνεστιακό μικροσκόπιο. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με γενετικό έλεγχο. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική με έγκαιρη αποκατάσταση των οδόντων, χρήση μινοξιδίλης για την υποτρίχωση και αποφυγή της υπερθερμίας.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού εξωδερμικής δυσπλασίας σε αγόρι ηλικίας 5 ετών
Υλικό–Μέθοδος–Αποτελέσματα: Αγόρι 5 ετών προσεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από δομή φιλοξενίας προσφύγων λόγω έκθεσης δερματικών βλαβών με έντονο κνησμό από 4 μηνών. Ο ασθενής λάμβανε τοπική αγωγή με φουσιδικό οξύ, χωρίς βελτίωση της συμπτωματολογίας. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ατοπική δερματίτιδα και άσθμα. Η κλινική εξέταση του ασθενή ανέδειξε μελιτόχροες εφελκίδες, έντονη περιστοματική και περιοφθαλμική ξηρότητα. Επίσης παρατηρήθηκε ανώμαλη και ελλιπής έκθυση οδόντων. Το πρόσωπο του ασθενούς είχε δυσμορφικά χαρακτηριστικά με καθίζηση ρινός, λεπτά, αραιά και ευθραστα μαλλιά στο τριχωτό της κεφαλής. Δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα από την εξέταση των λοιπών συστημάτων. Ο ασθενής έλαβε τοπική θεραπεία για ψώρα καθώς και αντιβιοτική αγωγή για σταφυλοκοκκικές βλάβες. Με το πέρας της αγωγής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης της HED.



ΕΑ45

ΑΓΟΡΙ 7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΞΑΝΘΗΜΑ

Αφροδίτη Κόνσουλα, Ελισσάβετ Γεωργιάδου, Ιωάννα Μηλιώτη, Γιώργος Διονυσόπουλος, Θεόδωρος Νικολόπουλος, Μανθούλα Βαλάρη, Ευαγγελία Λυκοπούλου
Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο όρος «εξάνθημα και βλεννογονίτιδα προκαλούμενα από *Mycoplasma pneumonia*» (*Mycoplasma pneumoniae*–induced rash and mucositis-MIRM) περιγράφει την συσχέτιση ενός σπάνιου, διακριτού βλεννογονοδερματικού εξανθήματος με πρόσφατη ή συνυπάρχουσα, εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη του αναπνευστικού από *M. pneumoniae*. Το MIRM συνήθως προσβάλλει παιδιά, χαρακτηρίζεται από προσβολή βλεννογόνων (κυρίως στόματος, οφθαλμών, ουρήθρας), με εξελκώσεις, φυσαλίδες και πομφόλυγες, ενώ οι δερματικές εκδηλώσεις είναι ήπιες. Γενικά είναι καλής πρόγνωσης.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με πνευμονία από *M. pneumoniae* και στοματίτιδα.
Υλικό: Αγόρι 7 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό εισήχθη λόγω βήχα από τριών εβδομάδων, πυρετού από επταημέρου και προοδευτικά επιδεινούμενης στοματίτιδας, με οίδημα χειλέων και δυσφαγία.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν δυο φυσαλίδες στο πρόσωπο, αιμορραγικά έλκη με εφελκίδες στο στόμα και τα χείλη, καθώς και υγροί ρόγχοι από την ακρόαση των πνευμόνων. Η ακτινογραφία θώρακα ανέδειξε πνευμονία αριστερού λοβού, με μικρή πλευριτική συλλογή. Ανιχνεύθηκε *Mycoplasma pneumoniae* σε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα (film array) όπως και θετικά IgM αντισώματα αίματος. Επίσης, διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (18.640/μL) ουδετεροφιλία (77,8%), αυξημένη CRP (76 mg/L) και ΤΚΕ (100 mm/h). Ο έλεγχος με PCR από επίχρισμα ελκών στόματος για έρπητα 1/2 ήταν αρνητική. Χορηγήθηκαν από του στόματος αζιθρομυκίνη για 5 ημέρες, αναγλητικά και τοπική φροντίδα των ελκών. Τη 2η μέρα νοσηλείας εμφάνισε ήπιο, παροδικό κνιδωτικό εξάνθημα. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση. Η στοματίτιδα την 10η μέρα είχε σχεδόν υποχωρήσει και ανιχνεύτηκαν θετικά IgG αντισώματα για *M. pneumoniae*.
Συμπεράσματα: Στη διαφορική διάγνωση της στοματίτιδας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η λοίμωξη από *Mycoplasma*. Η έγκαιρη αναγνώριση του MIRM, συμβάλλει στην σωστή αντιμετώπιση των ασθενών.

ΕΑ46

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΑΝΑΓΕΝΟΥΣ ΤΡΙΧΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ WNT10A: ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μαγδαληνή Λούκα[1], Nelly Marlene Román-Mendoza[1], Sergio García-González[1], Nelmar-Valentina Ortiz-Cabrera[2], Barbara Fernández Garoz[2], Lucero Noguera-Morel[1], Ángela Hernández-Martín [1]
[1]Hospital Infantil Niño Jesús, Department of Dermatology, Madrid, Spain
[2]Hospital Infantil Niño Jesús, Department of Genetics, Madrid, Spain

Εισαγωγή: Το σύνδρομο βραχείας αναγενούς τρίχας (Short Anagen Hair Syndrome, SAHS) αποτελεί μια σπάνια διαταραχή της τριχοφυΐας, η οποία χαρακτηρίζεται από βραχύ αναγενές στάδιο, με αποτέλεσμα την αδυναμία των τριχών να αναπτυχθούν πέρα από λίγα εκατοστά. Η αιτιολογία του δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως, ωστόσο νεότερα δεδομένα υποδεικνύουν πιθανή γενετική συσχέτιση με παραλλαγές του γονιδίου WNT10A.
Σκοπός: Η περιγραφή τριών παιδιών με SAHS και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης του συνδρόμου με γενετικές παραλλαγές στο γονίδιο WNT10A.
Υλικό: Τρία υγιή κορίτσια, ηλικίας 7 έως 14 ετών, που προσήλθαν λόγω επίμονου περιορισμένου μήκους μαλλιών, χωρίς ιστορικό κουρέματος τα τελευταία έτη.
Μέθοδος: Ελήφθη λεπτομερές ατομικό και οικογενειακό ιστορικό και διενεργήθηκαν τεστ έλξης μαλλιών και τριχοσκόπηση. Μετά από έγγραφη συγκατάθεση των γονέων, πραγματοποιήθηκε μοριακός έλεγχος για την ανίχνευση παραλλαγών στο γονίδιο WNT10A.
Αποτελέσματα: Η τριχοσκόπηση ανέδειξε αυξημένο ποσοστό τριχών σε τελογενή φάση, ρίζες σε σχήμα ρόπαλου και λεπτές άκρες, χαρακτηριστικά ευρήματα του SAHS. Η παραλλαγή WNT10A c.682T>A; p.(Phe228Ile) ανιχνεύθηκε σε ετεροζυγωτία στις Περιπτώσεις 2 και 3, ενώ δεν ανιχνεύθηκε παραλλαγή στην Περίπτωση 1.
Συμπεράσματα: Το SAHS αποτελεί πιθανή διάγνωση σε παιδιά με εμμένουσα βραχεία τριχοφυΐα και συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και τριχοσκοπικά ευρήματα, ενώ η γενετική διερεύνηση μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση της παθογένειας. Η έγκαιρη αναγνώριση και εξατομικευμένη προσέγγιση είναι σημαντικές για την υποστήριξη των ασθενών.

ΕΑ47

"ΟΛΑ ΓΥΡΩ ΜΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΓΡΗΓΟΡΑ…": ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΛΙΚΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΤΩΝ ΘΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Ελένη Μυρτζάκη[1], Αντώνιος Βουτετάκης[1], Μαρία Γώγου[1,2]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
[2] Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Αλίκη στη Χώρα των θαυμάτων(Alice In Wonderland Syndrome-AIWS) αποτελεί μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαστρέβλωση της αντίληψης, είτε της οπτικής (π.χ. μακρο-/μικροψία, τηλε-/πελοψία), είτε της σωματοαισθητηριακής (αποπροσωποποίηση, μικρο-μακροσωματοαγνωσία, διαταραχή της αντίληψης του χρόνου).
Σκοπός: Η παρουσίαση ενός εφήβου με διάγνωση AIWS και βασικό σύμπτωμα την ταχυαισθησία.
Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου και διεθνούς βιβλιογραφίας.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής μας είναι ένα αγόρι 12 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό που προσκομίστηκε στο ΤΕΠ λόγω ασυνήθιστων αισθητηριακών εμπειριών με έναρξη λίγες ώρες πριν. Αρχικά, ανέφερε ένα επεισόδιο οπτικής ψευδαίσθησης, ακολούθησαν μεμονωμένα επεισόδια τηλεοψίας/πελοψίας και στη συνέχεια εμφάνισε μια σειρά επεισοδίων διάρκειας 5-10 min κατά τα οποία ανέφερε ότι «όλα γύρω του συνέβαιναν με ταχύτητα μεγαλύτερη από την κανονική» (π.χ. οι κινήσεις ανθρώπων, οι συνομιλίες). Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων είχε πλήρη επίγνωση, συνέχιζε τη δραστηριότητά του και απαντούσε στις ερωτήσεις. Δεν υπήρχαν συμπτώματα ψύχωσης και απομακρύνθηκε το ενδεχόμενο χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Διενεργήθηκαν μια σειρά από εξετάσεις με φυσιολογικά ευρήματα: MRI εγκεφάλου, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αντισώματα σε ορό και εγκεφαλονωτιαίο υγρό για αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα, επίπεδα χαλκού/σερουλοπλασμίνης, αντισώματα ANA/anti-dsDNA. Λόγω εμφανούς θυρεοειδικής διόγκωσης, ζητήθηκε έλεγχος που ανέδειξε ευθυρεοειδική αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα και ξεκίνησε θεραπεία με θυροξίνη. Τα επεισόδια υποχώρησαν αυτόματα μετά από μία εβδομάδα, πριν από την έναρξη θυροξίνης.
Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει τη σημασία της κλινικής υποψίας και αναγνώρισης του AIWS σε παιδιατρικούς ασθενείς με ασυνήθιστες αισθητηριακές εμπειρίες προκειμένου να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες και να αποφευχθούν περιττές εξετάσεις. Η έλλειψη σαφών διαγνωστικών κριτηρίων περιπλέκει συχνά την κλινική διαχείριση, ενώ υποκείμενα νοσήματα πρέπει να θεραπεύονται.

ΕΑ48

ΝΕΑΝΙΚΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS (JMG): ΜΙΑ «ΒΑΡΙΑ» ΠΑΘΗΣΗ ΜΕ ΚΑΛΟΗΘΗ ΠΟΡΕΙΑ

Νίκη Πανουτσακοπούλου, Μαρίνα Λάμπρου, Εριφύλη Κρικέλλη, Αλεξία-Ελίζα Βίντερ, Βασιλική Γεωργοπούλου, Καλυψώ Δανελάτου
Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση μυασθένεια gravis είναι μια διαταραχή της νευρομυικής διαβίβασης, απότοκη αντισωμάτων έναντι συστατικών της τελικής κινητικής πλάκας. Η νεανική μυασθένεια gravis αφορά άτομα <18 ετών, με επίπτωση 7,77-38,85/1.000.000 (υψηλότερα ποσοστά σε αφρικανική και ασιατική καταγωγή), μέση ηλικία διάγνωσης τα 7.38 έτη και επικρατούν το γυναικείο φύλο (3:1). Οφείλεται σε αντισώματα έναντι AChR (72% γενικευμένη μορφή, 41% οφθαλμική), anti-MuSK (5-8%), anti-LRP-4.Χαρακτηρίζεται από κυμαινόμενη αδυναμία σκελετικών μυών εκλυόμενη από κόπωση με αρχικό σύμπτωμα: βλεφαρόπτωση (81%), γενικευμένη αδυναμία (44%), δυσφαγία (33%), διπλωπία (29%), αδυναμία προσώπου (29%), δυσαρθρία (18%), οφθαλμοπληγία (15%), ένρινη ομιλία(7%), ετερόπλευρη αδυναμία άκρων (4%).
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης προέφηβης 8.5 ετών με μυϊκή αδυναμία εκλυόμενη από κόπωση.
Υλικό-Μέθοδος: Προέφηβη 8.5 ετών προσήλθε λόγω αδυναμίας προσώπου από 7μήνου, μυική κόπωση με πτώσεις μετά από άθληση, ήπια δυσαρθρία, δυσκολία μάσησης, δυσκαταποσία σε υγρά, βλεφαρόπτωση τις βραδινές ώρες από 2μηνου.Α/Ε: βλεφαρόπτωση ΔΕ>ΑΡ, ανεπάρκεια σύγκλισης βλεφαρικής σχισμής, στροφή/κλίση κεφαλής δεξιά με εσωφορία δεξιά, (+)δοκιμασία πάγου. Ε/ε: Abs anti-AChR θετικά(366 nM). Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος: (+) δοκιμασία DESMEDT. Απεικονιστικός έλεγχος: MRI θώρακος χωρίς παθολογία θύμου, οπότε και ετέθη σε αγωγή με πυριδοστιγμίνη.
Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η νεανική μυασθένεια gravis είναι σχετικά καλοήθης νόσος (θνητότητα 0.7%) με ποικίλη κλινική εικόνα από βλεφαρόπτωση έως μυασθενικές κρίσεις. Μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις (13.6%). Οι ασθενείς παρουσιάζουν πλήρως σταθερή ύφεση (23.7%), φαρμακολογική ύφεση (11.7%) και ελάχιστες εκδηλώσεις (33.2%). Η θεραπευτική μας φαρέτρα (αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης, ανοσοκατασταλτικά, ανοσοτροποποιητικά φάρμακα, χειρουργική παρέμβαση) στερείται κοινών τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών στον παιδιατρικό πληθυσμό και χρήζει περισσότερων προοπτικών μελετών.



ΕΑ49

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΓΙΑ C3-ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ

Χαράλαμπος Καπόγιαννης[1], Αναστάσιος Καπόγιαννης[2], Διαγόρας Ζαργάνης[1], Χαρίκλεια Γακιοπούλου[3], Ανδρέας Φρετζάγιας[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[2] Νεφρολογικό Τμήμα, ΙΑΣΩ Παίδων, Αθήνα, Ελλάδα
[3] Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: μεταλοιμώδης σπειραματονεφρίτιδα (PIGN) αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες οξείας νεφρίτιδας στα παιδιά. Η C3 σπειραματοπάθεια (C3G) είναι μια σπάνια μορφή μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας (MPGN), η οποία χαρακτηρίζεται από ενεργοποίηση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος.
Σκοπός: Εδώ περιγράφουμε μία εξαιρετικά σπάνια περίπτωση ενός παιδιού με άτυπη μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα (PSGN).
Υλικό-Μέθοδος: Κορίτσι ηλικίας 2,5 ετών προσήλθε με μακροσκοπική αιματουρία.
Αποτελέσματα: Οι εξετάσεις της ανέδειξαν οξεία νεφρική βλάβη, πρωτεϊνουρία νεφρωσικού τύπου, θετικό τίτλο αντιστρεπτολυσίνης-Ο καθώς και χαμηλά επίπεδα C3, ευρήματα δηλαδή συμβατά με PSGN. Ωστόσο, η ασθενής εμφάνισε σοβαρή αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, για την οποία χρειάστηκε μετάγγιση δύο φορές. Λόγω εμμένουσας σοβαρής λευκωματουρίας υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η οποία ανέδειξε ισχυρή εναπόθεση C3 με συνοδά ίχνη IgM, με τη διαφορική διάγνωση να περιλαμβάνει τόσο την PSGN όσο και την C3G. Ακολούθως ξεκίνησε θεραπεία με κορτικοστεροειδή για συνολική διάρκεια 3 μηνών με καλή ανταπόκριση. Τα επίπεδα C3 επέστρεψαν στις φυσιολογικές τιμές περίπου 8 εβδομάδες μετά την εισαγωγή της, ενώ η γενετική ανάλυση ανέδειξε έναν εξαιρετικά σπάνιο πολυμορφισμό στο γονίδιο THBD [c.1418C (p. Ala473)] που σχετίζεται με την παθογένεση της C3G και του άτυπου αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου.
Συμπεράσματα: Αυτό το περιστατικό αναδεικνύει τη δυσκολία ταξινόμησης της MPGN στην αρχική φάση της νόσου. Ο πολυμορφισμός της ασθενούς στο γονίδιο THBD ενδέχεται να συνέβαλε στην άτυπη κλινική της εικόνα. Τα κορτικοστεροειδή είχαν ευεργετική επίδραση στην ύφεση της πρωτεϊνουρίας και της μακροσκοπικής αιματουρίας. Σίγουρα απαιτούνται και άλλες μελέτες με περισσότερους ασθενείς προκειμένου να καθοριστεί η κατάλληλη αντιμετώπιση αλλά και η πρόγνωση αυτής της σπάνιας ομάδας ασθενών.

ΕΑ50

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ MIDDLE AORTIC SYNDROME

Μαρία Κιούπη, Κωνσταντίνος Ζάχος, Χρύσα Γεωργοκώστα, Ευφροσύνη Κουτσούρη, Κωνσταντίνα Γεωργίου, Δήμητρα Κατσάνη, Τατιάνα Αλεξάνδροβα, Μαρία Τσάμπρα, Ευανθία Μπότσα
Α Παιδιατρική Κλινική ΕΣΥ Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία"

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση στην παιδική και εφηβική ηλικία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών στην ενήλικη ζωή. Η τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της παιδιατρικής παρακολούθησης.
Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης εφήβου με δευτεροπαθή αρτηριακή υπέρταση λόγω στένωσης της κοιλιακής αορτής και των νεφρικών αρτηριών (Middle Aortic Syndrome – MAS).
Υλικό: Έφηβος 14 ετών, φυσιολογικού σωματότυπου, παραπέμφθηκε για διερεύνηση αρτηριακής υπέρτασης που είχε καταγραφεί επί 5μήνου (150–160/90–100 mmHg), με συνοδά συμπτώματα κεφαλαλγίας και αισθήματος παλμών. Η 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης επιβεβαίωσε σοβαρή υπέρταση σταδίου 2 (μέση τιμή: 172/116 mmHg).
Μέθοδος: Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθη ακουστό φύσημα στην κοιλιακή χώρα. Δεν υπήρχαν φαινοτυπικά χαρακτηριστικά γενετικού συνδρόμου. Ο έλεγχος βλάβης οργάνων-στόχων και ενδοκρινικών αιτίων ήταν αρνητικός. Το υπερηχογράφημα Doppler έδειξε μειωμένη αιματική ροή στα νεφρικά αγγεία. Η αξονική αγγειογραφία θώρακος ανέδειξε σημαντική στένωση της κοιλιακής αορτής και των δύο νεφρικών αρτηριών.
Αποτελέσματα: Χορηγήθηκε διπλή αντιυπερτασική αγωγή με μερικό μόνο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (μέγιστη ΑΠ: 140/95 mmHg). Λόγω ανθεκτικής υπέρτασης, πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική με τρία μπαλόνια. Η μετεγχειρητική 24ωρη καταγραφή έδειξε ικανοποιητική ρύθμιση της πίεσης.
Συμπεράσματα: Το MAS είναι σπάνια αλλά σημαντική αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης σε παιδιά και εφήβους. Χαρακτηρίζεται από διάχυτη ή τμηματική στένωση της κοιλιακής αορτής, με ή χωρίς συμμετοχή των νεφρικών, μεσεντέριων ή του κοιλιακού στελέχους. Απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας και διεπιστημονική προσέγγιση, με πιθανή ανάγκη επεμβατικής θεραπείας και μακροχρόνια παρακολούθηση.

ΕΑ51

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΦΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΠΟΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ 7-ΜΗΝΩΝ ΒΡΕΦΟΣ: ΜΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Ιωάννης-Ραφαήλ Ζάρκος[1], Μαρία-Κωνσταντίνα Γεωργιάδου[1], Φλώρα Τζιφή[1], Αργυρούλα Ζαμπέτογλου[2], Ειρήνη Δικαιάκου[3], Ελπίδα-Αθηνά Βλαχοπαπαδοπούλου[3], Βαρβάρα Ασκητή[2], Αναστασία Κονιδάρη[1]
[1] Β' Παιδιατρική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού"
[2] Νεφρολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού"
[3] Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού"

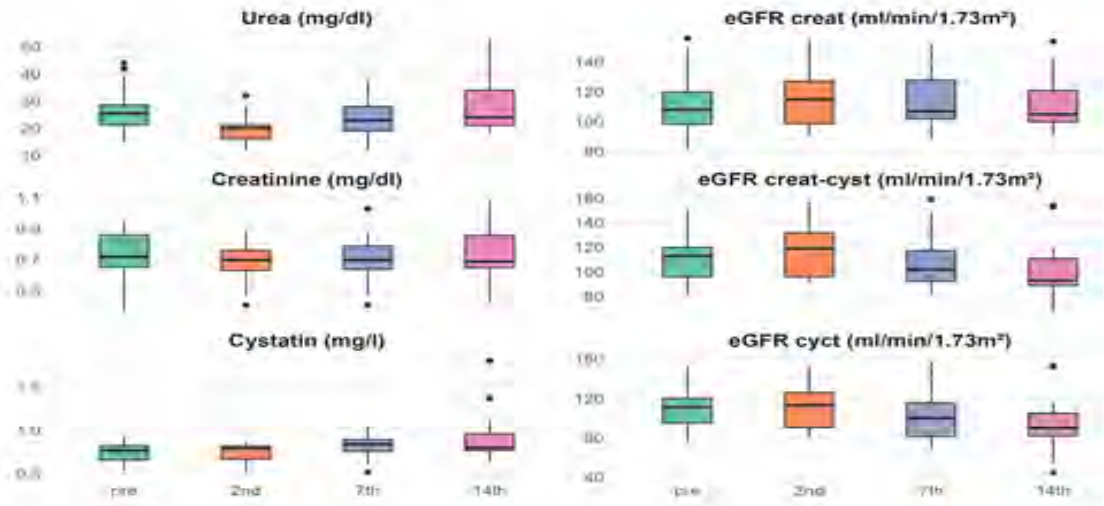
Εισαγωγή: Ο άποιος διαβήτης (ΑΔ) είναι σπάνια διαταραχή (1:25.00-50.000), που χαρακτηρίζεται από πολυδιψία, πολυουρία και αδυναμία συμπύκνωσης ούρων. Διακρίνεται σε κεντρικής και νεφρογενούς αιτιολογίας. Η πλειοψηφία των ασθενών με νεφρογενή ΑΔ παρουσιάζει παθογόνες παραλλαγές του φυλοσύνδετου γονιδίου AVPR2, ενώ οι παραλλαγές του αυτοσωμικού γονιδίου AQP2 είναι σπάνιες.
Παρουσίαση περιστατικού: Βρέφος άρρεν, 7 μηνών, προσκομίστηκε λόγω υπερνατριαιμικής αφυδάτωσης (Na=158mEq/ml) σε έλεγχο που διενεργήθηκε λόγω αναγωγών και στασιμότητας βάρους από 3μήνου. Το βρέφος είχε πολυουρία και πολυδιψία, ευρήματα που δεν είχαν αξιολογηθεί έγκαιρα. Στην εισαγωγή, από τυχαίο δείγμα ούρων (ΕΒ=1.004, Na<20mEq/L) ετέθη υποψία ΑΔ, η οποία επιβεβαιώθηκε με ωσμωτικότητα ορού=310mOsm/L και ούρων=162mOsm/L. Ο ενδοκρινολογικός έλεγχος του βρέφους ήταν φυσιολογικός. Με βάση τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες διερεύνησης ΑΔ, και λόγω ηλικίας δεν έγινε δοκιμασία στέρησης ύδατος, αλλά δοκιμασία πρόκλησης με βαζοπρεσσίνη, χωρίς συμπύκνωση ούρων, θέτοντας τη διάγνωση νεφρογενούς ΑΔ. Ο ασθενής ξεκίνησε αγωγή με υδροχλωροθειαζίδη. Από τον γενετικό έλεγχο (Whole Exome Sequencing), αναδείχθηκε σε ομοζυγωτία παθογόνος παραλλαγή c.439G>A, p.(Ala147Thr) του αυτοσωμικού υπολειπόμενου γονιδίου AQP2 στην οποία οφείλεται η κλινική εικόνα του παδιού. Επίσης, διαπιστώθηκε σε ετεροζυγωτία η παραλλαγή c.572T>A, p.(Ile191Asn) του αυτοσωμικού υπολειπόμενου SLC12A1 (που σχετίζεται με Bartter I). Η κλινική πορεία του ασθενούς είναι ικανοποιητική.
Συμπεράσματα: Σε βρέφη με διαταραχές σίτισης και στασιμότητα ανάπτυξης θα πρέπει να τίθεται και η υποψία του ΑΔ. Τονίζεται η σημασία της καλής λήψης ιστορικού και αξιολόγησης των κλινικών ευρημάτων. Ο γενετικός έλεγχος είναι σημαντικός στην σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η διαφορική διάγνωση και παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα είναι κρίσιμες για την πρόγνωση.

ΕΑ52

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΜΙΝΟΓΛΥΚΟΣΙΔΕΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΚΟΟΡΤΗΣ

Μαρία Φουρίκου[1], Στέλλα Σταμπουλή[2], Ελπίδα Χατζηαγόρου[3], Αθηνά Σωπιάδου[3], Πετρίνα Βάντση[3], Χρήστος Πασχαλούδης[4], Κωνσταντίνος Κολλιός[1]
[1] Παιδονεφρολογικό Τμήμα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[2] Παιδιατρική Νεφρολογική Μονάδα, Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[3] Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[4] Ανεξάρτητος ερευνητής- στατιστικός, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Κυστική Ίνωση (ΚΙ) οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) και χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία των εξωκρινών αδένων και χρόνια πνευμονοπάθεια. Οι ασθενείς με ΚΙ λόγω αποικισμού από ψευδομονάδα λαμβάνουν τακτικά θεραπεία με αμινογλυκοσίδες.
Σκοπός: Αξιολόγηση της επαγόμενης από αμινογλυκοσίδες νεφροτοξικότητας χρησιμοποιώντας κοινούς βιοδείκτες νεφρικής λειτουργίας για την ανίχνευση οξείας νεφρικής βλάβης (ΟΝΒ) σε ασθενείς με ΚΙ.
Υλικό/Μέθοδος: Ασθενείς με ΚΙ και καλή νεφρική λειτουργία, έλαβαν 14-ήμερη ενδοφλέβια αγωγή με αμικασίνη (20mg/Kg/ημέρα). Χορηγήθηκε αμικασίνη τις πρώτες 2 ημέρες ενδονοσοκομειακά και έκτοτε στο σπίτι. Εκτιμήθηκε η νεφρική λειτουργία πριν από την έναρξη της θεραπείας (T_0) και κατά τη 2η, 7η, 14η ημέρα θεραπείας μετρώντας ουρία, κρεατινίνη, συστατίνη ορού και υπολογίζοντας το eGFR, ενώ μετρήθηκαν επίσης τα ελάχιστα και τα μέγιστα επίπεδα αμικασίνης.
Αποτελέσματα: 22 ασθενείς έλαβαν αμικασίνη. 50% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία ήταν 18 έτη. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της ουρίας μεταξύ του T_0 και της 2ης ημέρας ($p< 0,002$), πιθανά λόγω της ενδοφλέβιας ενυδάτωσης που έλαβαν ενδονοσοκομειακά τις πρώτες 2 ημέρες. Διαπιστώθηκε φθίνουσα τάση του eGFR βάσει συστατίνης, βάσει συστατινης-κρεατινίνης από τον T_0 έως τη 14η ημέρα (τιμή $p < 0,05$, $p < 0,02$, αντίστοιχα) (Σχήμα 1).
Συμπεράσματα: Η ανίχνευση της επαγόμενης από την αμικασίνη νεφροτοξικότητας, πρέπει να ελέγχεται στους ασθενείς που λαμβάνουν αμινογλυκοσίδες. Η μείωση του eGFR βάσει συστατίνης και βάσει συστατινης-κρεατινίνης μπορεί να είναι ένδειξη νεφροτοξικότητας, αλλά η χρήση κοινών δεικτών νεφρικής λειτουργίας όπως η κρεατινίνη και η συστατίνη δεν μπορεί να ανιχνεύσει την ΟΝΒ. Νεότεροι βιοδείκτες για την ΟΝΒ θα πρέπει να μελετηθούν.



Σχήμα 1. Boxplots μέτρησης δεικτών νεφρικής λειτουργίας, υπολογισμού eGFR (pre: T_0, 2nd, 7th, 14th: 2η, 7η, 14η ημέρα θεραπείας)

ΕΑ53

ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ C3 ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΑΤΥΠΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Βασιλική Ρεμούνδου, Κωνσταντίνα Γεωργίου, Χρυσή - Αικατερίνη Γεωργοκώστα, Κωνσταντίνος Ζάχος, Μαρία Τσάμπρα, Τατιάνα Αλεξάνδροβα, Ευανθία Μπότσα
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

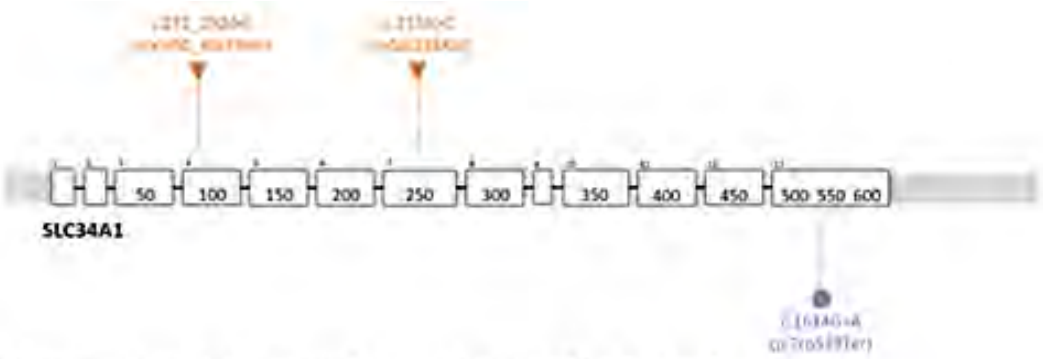
Εισαγωγή: Το άτυπο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο (aHUS) χαρακτηρίζεται από μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία, θρομβοκυττοπενία και οξεία νεφρική βλάβη, απουσία λοίμωξης από παθογόνα που παράγουν Shiga-τοξίνη. Η δυσρύθμιση της οδού του συμπληρώματος έχει πλέον αναδειχθεί ως σημαντική αιτία aHUS.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού άτυπου ουραιμικού αιμολυτικού συνδρόμου σε βρέφος.
Υλικό: Βρέφος 4.5 μηνών, με μειωμένη σίτιση και υπνηλία από ημερών, διακομίστηκε λόγω αναιμίας προς αποκλεισμό κακοήθειας. Κατά την εισαγωγή ήταν σε επηρεασμένη γενική κατάσταση, εγκεφαλοπαθητικό με εναλλαγές επιπέδου συνείδησης και διαπιστώθηκε μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία, οριακή θρομβοπενία, σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπέρταση και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Λόγω ανθεκτικής υπέρτασης, μειωμένης διούρησης και έκπτωσης του GFR νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝ και έγινε έναρξη περιτοναϊκής κάθαρσης και επιθετική ενδοφλέβια αντιυπερτασική αγωγή. Αντιμετωπίστηκε ως aHUS και χορηγήθηκε eculizumab με σημαντική βελτίωση μετά τη δεύτερη δόση.
Αποτελέσματα: Στα πλαίσια της διερεύνησης αποκλείστηκαν η Shiga-τοξίνη - σχετιζόμενη εντερίτιδα, η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, τα κακοήθη και μεταβολικά νοσήματα, ενώ από τον ανοσολογικό έλεγχο ανευρέθηκε χαμηλό C3. Από τον γενετικό έλεγχο προέκυψε αβέβαιης κλινικής σημασίας μετάλλαξη στο γονίδιο C3 (C3:c.545C>G) σε ετεροζυγωτία. Η συγκεκριμένη μεταλλαγή, με αυτοσωμικά επικρατούσα κληρονομικότητα, μπορεί ενοχοποιείται για εμφάνιση aHUS. Δρομολογήθηκε γονιδιακός έλεγχος στους γονείς.
Συμπεράσματα: Αυτοσωμικά επικρατείς μεταλλάξεις του C3 μπορούν να ανευρεθούν σε ασθενείς με aHUS από την βρεφική ηλικία έως την ενήλικη ζωή και χαρακτηρίζονται από αυξημένη πιθανότητα υποτροπών. Με την ολοένα και πιο διαδεδομένη διενέργεια γονιδιακού ελέγχου αυξάνεται η ανεύρεση μεταλλαγών που μπορεί να συσχετίζονται με τη νόσο. Μελλοντικά το εξειδικευμένο γενετικό υπόβαθρο μπορεί να συμβάλλει στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ασθενών.

ΕΑ54

ΝΕΦΡΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗ (PTH): ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΟΨΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΟΥΡΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 2

Μαρία Φουρίκου[1], Δημήτριος Παπαδημητρίου[2], **Παναγιώτης Σαλματζίδης[1]**, Αναστασία Αντωνιάδου[1], Ζωή Κράβαρη[1], Αθηνά Βέρβερη[3], Ασπασία Τσέζου[4,5], Κωνσταντίνος Κολλιός[1]
[1] Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2] Τμήμα Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα
[3] Μονάδα Γενετικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[4] Εργαστήριο Κυτταρογενετικής και Μοριακής Γενετικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα
[5] GeneTech Analytics, Medical Genetics Diagnostics Laboratory, Λάρισα

Εισαγωγή: Η Ιδιοπαθής Βρεφική Υπερασβεστιαιμία (Idiopathic Infantile Hypercalcemia, IIH) αποτελεί σπάνια γενετική πάθηση με υπερασβεστιαιμία, υπερασβεστιουρία, νεφρασβέστωση, κατεσταλμένη παραθορμόνη και αυξημένα επίπεδα $1,25(OH)_2D$. Μεταλλάξεις του γονιδίου SLC34A1, που κωδικοποιεί τον συμμεταφορέα νατρίου –φωσφορικών 2A (NPT2a), είναι υπεύθυνες για την IIH τύπου 2 (IIH2).
Σκοπός: Περιγραφή της κλινικής πορείας δύο περιστατικών με γενετικά επιβεβαιωμένη IIH2.
Υλικό-Μέθοδος: 1η περίπτωση, θήλυ 18 μηνών με ευρήματα υπερασβεστιαιμίας και νεφρασβέστωσης 3ου βαθμού από τη νεογνική ηλικία. Την 5η ημέρα ζωής διαπιστώθηκε υπερασβεστιαιμία, υπερασβεστιουρία, κατεσταλμένη PTH και αυξημένη $1,25(OH)_2D$ με φυσιολογικό φωσφόρο ορού (Πίνακας 1). 2η περίπτωση, αγόρι 5 ετών με ιστορικό νεφρασβέστωσης 2ου βαθμού από τη βρεφική ηλικία, κατεσταλμένη PTH, υπερασβεστιαιμία, $1,25(OH)_2D$ στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και φυσιολογική απέκκριση ασβεστίου.



Σχήμα 1. Μεταλλάξεις που βρέθηκαν στους δύο ασθενείς

Αποτελέσματα: Η 1η περίπτωση αντιμετωπίστηκε αρχικά με διατροφή χαμηλή σε ασβέστιο, με μόνη βελτίωση του ασβεστίου ορού. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε σύνθετη ετεροζυγωτία μεταλλάξεων στο *SLC34A1* (Σχήμα 1). Το αποτέλεσμα του γονιδιακού ελέγχου απέκλεισε τη απέκλεισε την διάγνωση IHH1 (υπερευαισθησία στη βιταμίνη D), οπότε και τέθηκε σε αγωγή με συμπλήρωμα χολοκαλσιφερόλης, οδηγώντας σε φυσιολογική $1,25(OH)_2D$ και βελτιωμένη εικόνα νεφρασβέστωσης. Στον 2ο ασθενή η νεφρασβέστωση αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση κιτρικών. Λόγω επιδείνωσης των απεικονιστικών ευρημάτων, σε ηλικία 5 ετών παραπέμφθηκε για γονιδιακό έλεγχο, που ανέδειξε ετερόζυγη μετάλλαξη [c.1614G>A (p.Trp538Ter)] στο *SLC34A1*, που έχει περιγραφεί σε ασθενείς με IIH, υπερασβεστιουρία και νεφρασβέστωση.

Πίνακας 1. Παρακολούθηση εργαστηριακού ελέγχου στους δύο ασθενείς

Ασθενής #1									
Ηλικία	Ca mg/dl (8.5-10.5	P* mg/ml (3.5-5.5)	ALP U/L	PTH pg/ml (15-45)	PTH- rP pg/ml (<13)	25(OH)D ng/ml) (20-40)	1,25(OH)D pg/ml (18-80)	FGF-23 terminal kRU/L (26-110)	Ca/Cr ratio** (τυχαίο δείγμα)
5η HZ	13.2	-	-	-	-	-	-	-	-
6 m	11	6	490	5.5	34.2	37	163	74	0.93
18 m	11	4.4	295	6.6	-	54	50	-	0.12
Ασθενής #2									
Ηλικία	Ca mg/dl (8.5-10.5	P mg/ml (3.5-5.5)	ALP U/L	PTH pg/ml (15-45)	PTH- rP pg/ml (<13)	25(OH)D ng/ml) (>30)	1,25(OH)D pg/ml (18-80)	FGF-23 intact pg/mL (23,2- 95,4)	Ca/Cr ratio (τυχαίο δείγμα)
6 m	11	-	-	1.2	-	45.3	79	-	0.53
5 y	9.9			8.6		41	59	33.7	0.5

HZ= ημέρα ζωής, m= μήνας, y= έτη
*Νεογνά: 4.2-9 mg/dL, 1-2 ετών: 3.8-6 mg/dL, 2-5 ετών: 3.5-6.8 mg/dL, > 5 ετών: > 2.5 mg/dL (Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2004;59(5):306)
**<6 μηνών: <0.8, 6–12 μηνών < 0.6, 1–2 ετών < 0.81, 1–3 ετών < 0.53 (Pediatr. Nephrol. 2008;25:403–413)

Συμπεράσματα: Η διαπίστωση νεφρασβέστωσης με υπερασβεστιαιμία και κατεσταλμένη PTH θέτουν την υποψία της IIH. Η IIH2 κληρονομείται κυρίως με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο, ενώ έχουν περιγραφεί περιπτώσεις με επικρατή κληρονομικότητα. Ο συνδυασμός δίαιτας χαμηλής σε ασβέστιο και χορήγησης χολοκαλσιφερόλης συμβάλουν θεραπευτικά στις περιπτώσεις IIH2.

ΕΑ55

ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΦΟΡΕΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β, ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΓΚΟΥ WILMS: ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ DENYS DRASH ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

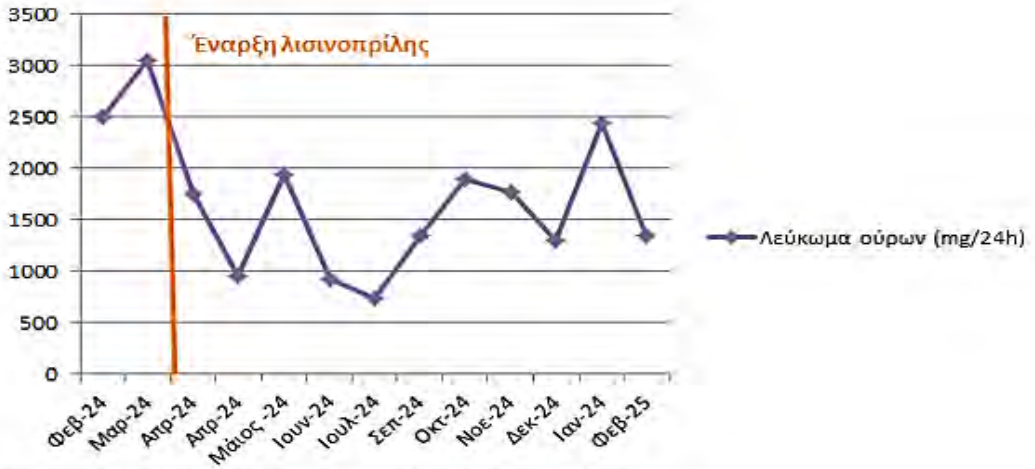
Μαρία Φουρίκου[1], **Παναγιώτης Σαλματζίδης[1],** Χρυσάνθη Μάντσιου[1], Αθηνά Βέρβερη[2], Τατιανή Παππά[1], Στέλλα Σταμπουλή[3], Όλγα Τσιάτσιου[1], Κωνσταντίνος Κολλιός[1]

[1] Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

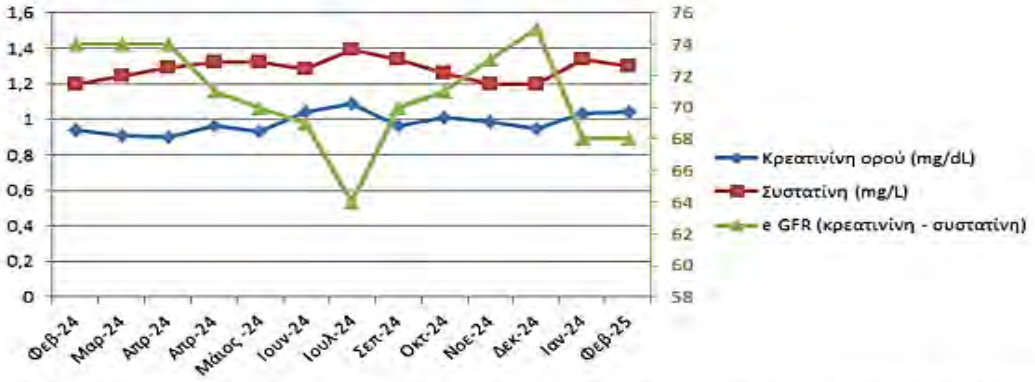
[2] Μονάδα Γενετικής, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

[3] Α' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Denys-Drash (DDS) αποτελεί σπάνια γενετική νόσο οφειλόμενη σε μεταλλάξεις του γονιδίου Wilms Tumor 1 (WT1) στο χρωμόσωμα 11. Χαρακτηρίζεται από εμφάνιση όγκου Wilms, κορτικοανθεκτικού νεφρωσικού συνδρόμου και σε ορισμένους ασθενείς, από διαταραχής διαφοροποίησης των γονάδων.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης αγοριού 14 ετών με επίμονη λευκωματουρία και ιστορικό όγκου Wilms- νεφρεκτομής αριστερά σε ηλικία 2 ετών, λοίμωξης από ηπατίτιδα Β (HBV).
Υλικό-Μέθοδος: Σε ηλικία 13 ετών παραπέμφθηκε για παιδονεφρολογική εκτίμηση λόγω λευκωματουρίας νεφρωσικού τύπου (2,5g/24h) που διαπιστώθηκε στα πλαίσια τακτικού επανελέγχου HBV λοίμωξης. Λόγω του μονήρους νεφρού δεξιά, η διενέργεια νεφρικής βιοψίας δεν αποτέλεσε πρώτη επιλογή στον διαγνωστικό έλεγχο. Η διαφορική διάγνωση περιέλαβε την περίπτωση μεμβρανώδους νεφροπάθειας και δευτεροπαθούς λευκωματουρίας επαγόμενης από HBV, ενώ ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λισινοπρίλη.
Αποτελέσματα: Στα πλαίσια διερεύνησης μεμβρανώδους νεφροπάθειας, τα αντισώματα έναντι του υποδοχέα της φωσφολιπάσης Α2 (anti–PLA2R) ήταν αρνητικά. Η ορομετατροπή σε χρόνια HBV λοίμωξη (θετικά Hbe αντισώματα) που παρατηρήθηκε απέκλεισε την HBV σπειραματοπάθεια. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε τη μετάλλαξη c.1387C>T στο γονίδιο WT1 θέτοντας τη διάγνωση Wilms Tumor 1 διαταραχής. Τους τελευταίους 12 μήνες ο ασθενής βρίσκεται υπό αγωγή με λισινοπρίλη, παρουσιάζοντας μερική ύφεση της λευκωματουρίας (Γραφήματα 1, 2), σταθερή νεφρική λειτουργία (eGFR 68-70 ml/min/1.73m^2, βάσει κρεατινίνης – συστατίνης) και φυσιολογική αρτηριακή πίεση.



Γράφημα 1: Λεύκωμα ούρων (mg) σε συλλογή ούρων 24ώρου



Γράφημα 2: Παρακολούθηση ασθενούς: μετρήσεις κρεατινίνης, συστατίνης ορού, eGFR βάσει κρεατινίνης- συστατίνης (mL/min/1,73m²)

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση όγκου Wilms μπορεί να αποτελεί εκδήλωση στα πλαίσια WT1 διαταραχής, όπως είναι το DDS. Ο γονιδιακός έλεγχος είναι απαραίτητος για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση περαιτέρω εκδηλώσεων όπως κορτικοανθεκτικό νεφρωσικό σύνδρομο, διαταραχή των γονάδων και άλλα. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε μερικώς στη μονοθεραπεία με λισινοπρίλη, διατηρώντας ικανοποιητική νεφρική λειτουργία.



ΕΑ56

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΟΡΟΤΥΠΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΜΕΛΕΤΗ 'PNEUSIS'

Μαρία Τσολιά[1], Λεμονιά Τσαρτσάλη[2], Εμμανουήλ Ροηλίδης[3], Βασιλική Σπούλου[4], Θεοδότα Λιακοπούλου[5], Ελένη Βεργάδη[6], Ιωάννα Γριβέα[7], Παρασκευή Κοροβέση[8], Δέσποινα Γκέντζη[9], Ευφημία Παπαδοπούλου–Αλατάκη[10], Ελπιδοφόρος Μανταδάκης[11], Γαρυφαλλιά Συρίδου[12], Ασημίνα Γαλλή–Τσινοπούλου[13], Ελένη Τσάπρα[14], Ευαγγελία Φαρμάκη[15], Αικατερίνη Σιώμου[16], Φανή Πιπεροπούλου[17], Αθανασία Ξηρογιάννη[18], Αγγελική Σύγγελου[1], Νικόλαος Σπυρίδης[2], Ηλίας Ιωσηφίδης[3], Χριστίνα Κανακά–Gantenbein[4], Παρασκευή Μαγγίνα[5], Ιωάννης Γωνιωτάκης[6], Ελένη Μπουτσελάκου[19], **Γεώργιος Τρίμης[19]**, Λάζαρος Πουγγίας[19], Αθανασιος Μίχος[20], Γεώργιος Συρογιαννόπουλος[7], Τζωρτζίνα Τζανακάκη Τ.[18], Βασιλική Συριοπούλου[20], Ομάδα μελέτης 'PNEUSIS'[21]

[1]Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, Ελλάδα, [2]Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», Αθήνα, Ελλάδα, [3]Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστημών Υγείας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [4]Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων « Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών « Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα, [5]Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «ΙΑΣΩ», Αθήνα, Ελλάδα, [6]Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα, [7]Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, [8]Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Πεντέλης», Πεντέλη, Ελλάδα, [9]Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα, [10]Δ' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [11]Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα, [12]Γ' Παιδιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα, Ελλάδα, [13]Β' Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [14]Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Ευρωκλινική», Αθήνα, Ελλάδα, [15]Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστημών Υγείας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [16]Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, [17]Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [18]Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα, [19]Ιατρικές και Επιστημονικές Υποθέσεις, MSD Ελλάδας, Αθήνα, Ελλάδα, [20]Α' Παιδιατρική Κλινική, Ερευνητικό Εργαστήριο Μεταδιδόμενων Ασθενειών και Χημειοθεραπείας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα, [21]Ομάδα Μελέτης 'PNEUSIS'

Εισαγωγή: Ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus pneumoniae*) παραμένει κύρια αιτία παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας παρά την ενσωμάτωση συζευγμένων πνευμονιοκοκκικών εμβολίων (PCVs) στα εθνικά προγράμματα εμβολιασμών.
Σκοπός: Η PNEUSIS αποσκοπούσε στην παροχή σύγχρονων δεδομένων υπό πραγματικές συνθήκες για την κατανομή των οροτύπων πνευμονιοκόκκου και την Μικροβιακή/Πολυφαρμακευτική Αντοχή (AMR/MDR) σε παιδιά με Διεισδυτική Πνευμονιοκοκκική Νόσο (ΔΠΝ) ή Οξεία Μέση Ωτίτιδα (ΟΜΩ) στην Ελλάδα.
Υλικό-Μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρακολούθησης 12 εβδομάδων σε παιδιά ≤14 ετών με ΔΠΝ/ΟΜΩ. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της τελικής ανάλυσης.
Αποτελέσματα: Μεταξύ 12-Οκτ-2021 και 12-Απρ-2024, 207 ασθενείς (55,6% αγόρια, 72,5% 0-5 ετών, 74,4% κάτοικοι αστικών κέντρων, 98,1% ανοσοεπαρκείς) εντάχθηκαν σε 16 παιδιατρικές κλινικές (ΔΠΝ/ΟΜΩ: 127/80, δημόσια/ιδιωτικά νοσοκομεία:

154/53). Οι συχνότερες εκδηλώσεις ΔΠΝ ήταν: πνευμονιοκοκκική βακτηριαιμική πνευμονία (59,8%), βακτηριαιμία χωρίς γνωστή εστία (18,1%), πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα (9,4%).
Μεταξύ των αξιολογήσιμων ασθενών (N=195), ταυτοποιήθηκαν 40 ορότυποι. Οι συχνότεροι ήταν: 3/19A/24F/10A σε 38,5/9,2/5,6/5,1% των ασθενών (Πίνακας). Στη ΔΠΝ, συχνότερος ήταν ο ορότυπος 3 (52,9%), ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας. Στην ΟΜΩ, επικρατέστερος ορότυπος ήταν: 19A μεταξύ βρεφών (30,0%), 15B μεταξύ νηπίων (16,2%), και 3 μεταξύ παιδιών προσχολικής (23,5%) και σχολικής ηλικίας (40,0%). Η συχνότητα των ορότυπων PCV15 μεταξύ όλων των ασθενών ήταν 54,4% (οκτώ κοινοί ορότυποι με το PCV13 και ένας μοναδικός ορότυπος PCV15). Το ποσοστό MDR για τους ορότυπους PCV15 ήταν 33,3%, κυρίως λόγω των 19A/19F.
Συμπεράσματα: Παρατίθενται επίκαιρα δεδομένα για την επιδημιολογία του πνευμονιοκόκκου σε παιδιά με ΔΠΝ/ΟΜΩ στην Ελλάδα. Ο ορότυπος 3 παραμένει μείζονα αιτία ΔΠΝ, αντιπροσωπεύοντας το ήμισυ των περιστατικών. Εμβόλια με βελτιωμένη ανοσολογική απόκριση έναντι του οροτύπου 3 ενδέχεται να μειώσουν την παιδιατρική ΔΠΝ.

Πίνακας: Δεδομένα της μελέτης PNEUSIS κατά την έναρξη (baseline)

Όλοι οι ασθενείς			**Συνολικός πληθυσμός ($N_{ασθ}$=207)**	**ΔΠΝ ($N_{ασθ}$=127)[α]**	**ΟΜΩ ($N_{ασθ}$ =80)**
Ηλικία κατά την αρχική προσέλευση με το ΕΑ, διάμεση (ΕΤΕ)			3,1 (1,7-5,1)	3,8 (2,3-5,9)	2,3 (1,3-4,2)
Ηλικιακή ομάδα, % (n/N)	Βρέφη (0 έως <1 ετών)		9,2 (19/207)	5,5 (7/127)	15,0 (12/80)
	Νήπια (1 έως <3 ετών)		38,6 (80/207)	33,1 (42/127)	47,5 (38/80)
	Παιδιά προσχολικής ηλικίας (3 έως <5 ετών)		24,6 (51/207)	26,0 (33/127)	22,5 (18/80)
	Παιδιά σχολικής ηλικίας (5 έως 14 ετών)		27,5 (57/207)	35,4 (45/127)	15,0 (12/80)
Ενδεδειγμένος βάσει ηλικίας εμβολιασμός έναντι του ΠΝΚ, % (n/N)			88,3 (181/205)	87,4 (111/127)	89,7 (70/78)
Επιπλεγμένο ΕΑ , % (n/N)			53,1 (110/207)	46,5 (59/127)	63,8 (51/80)
Επιπλοκές (σε ≥10,0% των ασθενών), % (n/N)	Παραπνευμονική υπεζωκοτική		38,2 (42/110)	71,2 (42/59)	.
	Ωτόρροια		30,0 (33/110)	1,7 (1/59)	62,7 (32/51)
	Μαστοειδίτιδα		17,3 (19/110)	.	37,3 (19/51)
	Νεκρωτική πνευμονία		7,3 (8/110)	13,6 (8/59)	.
Γνωστή συλλοίμωξη με άλλο παθογόνο εκτός του ΠΝΚ[β], % (n/N)			31,4 (65/207)	35,4 (45/127)	25,0 (20/80)
Ασθενείς με αξιολογήσιμα δείγματα για ορότυπους ΠΝΚ (+)			**$N_{ασθ}$=195, $N_{δειγ}$=203**	**$N_{ασθ}$ =121, $N_{δειγ}$**	**$N_{ασθ}$ =74, $N_{δειγ}$ =74**
Συχνότεροι (≥10,0%) τύποι δειγμάτων που συλλέχθηκαν μεταξύ των αξιολογήσιμων δειγμάτων για ορότυπους ΠΝΚ (+), % ($n_{δειγ}$/$N_{δειγ}$)	Ωτικό έκκριμα		22,2 (45/203)	.	60,8 (45/74)
	Πλευριτικό υγρό		35,5 (72/203)	55,8 (72/129)	.
	Αίμα		19,2 (39/203)	30,2 (39/129)	.
	Ωτικό αναρρόφημα[γ]		13,8 (28/203)	.	37,8 (28/74)
Μέθοδος οροτυπίας, % ($n_{δειγ}$/$N_{δειγ}$)	PCR		59,1 (120/203)	72,9 (94/129)	35,1 (26/74)
	Αντίδραση εξοίδησης του ελύτρου[δ]		40,9 (83/203)	27,1 (35/129)	64,9 (48/74)
	Εσωτερική μέθοδος[ε]		0,5 (1/203)	0,8 (1/129)	.
Οροτυποποίηση σε κεντρικό εργαστήριο, % ($n_{δειγ}$/$N_{δειγ}$)			87,2 (177/203)	88,4 (114/129)	85,1 (63/74)
Κατανομή οροτύπων μεταξύ των ασθενών με διαθέσιμα αποτελέσματα οροτύπησης					
Συχνότητα οροτύπων PCV15, % (n/N)			54,4 (106/195)	65,3 (79/121)	36,5 (27/74)
Ορότυποι PCV15, % (n/N)	PCV13 (κοινοί)	3	38,5 (75/195)	52,9 (64/121)	14,9 (11/74)
		19A	9,2 (18/195)	5,8 (7/121)	14,9 (11/74)
		19F	3,6 (7/195)	1,7 (2/121)	6,8 (5/74)
		4	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.
		6A	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.
		14	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.
		18C	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.
		23F	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.

	PCV15 (μοναδικοί)	22F	0,5 (1/195)	0,8 (1/121)	.
Αμφίβολη ταξινόμηση στο PCV-15, % (n/N)		33A/F	0,5 (1/195)	.	1,4 (1/74)
Ορότυποι Non-PCV15, % (n/N)			45,1 (88/195)[στ]	34,7 (42/121)	62,2 (46/75)
Ποσοστά μικροβιακής αντοχής (AMR) και πολυφαρμακευτικής αντοχής (MDR) μεταξύ των δειγμάτων ΠΝΚ με διαθέσιμα αποτελέσματα[ζ]					
Μη ευαισθησία (ενδιάμεση ή πλήρης αντοχή) σε ≥1 κατηγορία αντιβιοτικών, % ($n_{\text{μη ευαίσθητων απομονωθέντων στελεχών}}/N_{\text{δειγ με αντιβιόγραμμα}}$)	Οιοσδήποτε ορότυπος		64,8 (68/105)	62,5 (30/48)	66,7 (38/57)
	PCV15		65,2 (30/46)	56,5 (13/23)	73,9 (17/23)
	Non-PCV15		64,4 (38/59)	68,0 (17/25)	61,8 (21/34)
Μη ευαισθησία (ενδιάμεση ή πλήρης αντοχή) σε ≥3 κατηγορίες αντιβιοτικών, % ($n_{\text{μη ευαίσθητων απομονωθέντων στελεχών}}/N_{\text{δειγ με αντιβιόγραμμα}}$)	Οιοσδήποτε ορότυπος		32,4 (34/105)	25,0 (12/48)	38,6 (22/57)
	PCV15		39,1 (18/46)	26,1 (6/23)	52,2 (12/23)
	Non-PCV15		27,1 (16/59)	24,0 (6/25)	29,4 (10/34)
MDR (μη ευαισθησία στην πενικιλίνη και σε ≥2 κατηγορίες μη β-λακταμικών αντιβιοτικών), % ($N_{\text{απομονωθέντων στελεχών με MDR}}/N_{\text{δειγ που ελέγχθηκαν για πενικιλλίνες και μη-βλακτάμες}}$)	Οιοσδήποτε ορότυπος		22,3 (23/103)	13,0 (6/46)	29,8 (17/57)
	PCV15		33,3 (15/45)	18,2 (4/22)	47,8 (11/23)
	Non-PCV15		13,8 (8/58)	8,3 (2/24)	17,6 (6/34)

[α]Η μορφή (εκδήλωση) της ΔΠΝ ήταν: Βακτηριαιμική πνευμονιοκοκκική πνευμονία (59,8%, 76/127), με ή χωρίς εμπύημα σε 29,9% των ασθενών, έκαστη· βακτηριαιμία χωρίς γνωστή εστία λοίμωξης (18,1%, 23/127)· πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα (9,4%, 12/127)· μη βακτηριαιμικό πνευμονιοκοκκικό εμπύημα (7,9%, 10/127)· μη βακτηριαιμική πνευμονιοκοκκική πνευμονία (7,1%, 9/127) [θετικό δείγμα λήφθηκε από πλευριτικό υγρό σε 8/9 ασθενείς και από βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) σε 1/9 ασθενείς]· πνευμονιοκοκκική σηπτική καταπληξία (0,8%, 1/127)· πνευμονιοκοκκική αρθρίτιδα (0,8%, 1/127)· και παραπνευμονική υπεζωκοτική συλλογή (0,8%, 1/127). Σημειώνεται ότι τα ποσοστά δεν αθροίζονται στο 100% διότι για ορισμένους ασθενείς αναφέρθηκαν περισσότερες από μία μορφές ΔΠΝ.
[β] Τα παθογόνα συμπεριλαμβάνουν ιούς και βακτήρια. Τα συχνότερα παθογόνα ήταν: Ρινοϊός, Εντεροϊός και ιός γρίπης Α (σε 47,7%, 46,2% και 20,0% όλων των ασθενών με συλλοίμωξη, αντίστοιχα).
[γ]27 δείγματα λήφθηκαν με τυμπανοκέντηση και ένα δείγμα κατά τη διάρκεια μυριγγοτομής.
[δ]Δοκιμασία Quellung . [ε]Εσωτερική μέθοδος του Εργαστηρίου του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μηνιγγίτιδας.
[στ] Ορότυποι Non-PCV15 που ταυτοποιήθηκαν στον συνολικό πληθυσμό (N=195): 24F, μη ελυτρικοί (non-typeable) (5,6% έκαστος)· 10A (5,1%)· 15A, 15B (3,6% έκαστος)· 7C, 8, 9N, 10B, 11A, 11A/D, 15, 15B/C, 15C, 16F, 17A, 18F, 23A, 23B, 25A, 25A/F, 25A/38, 29/35B, 31, 34, 35A, 35B, 35B/C, 35F, 38, 47A (≤2,1% έκαστος).
[ζ]Οι κατευθυντήριες οδηγίες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν της EUCAST (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Δοκιμής της Ευαισθησίας σε Αντιμικροβιακούς Παράγοντες) στο 93,3% των δοκιμασιών, εφαρμόζοντας τα αντίστοιχα όρια ευαισθησίας (breakpoints) για ΔΠΝ και ΟΜΩ. Για τις υπόλοιπες δοκιμασίες, οι κατευθυντήριες οδηγίες CLSI (Ινστιτούτο Κλινικών & Εργαστηριακών Προτύπων) και Vitek χρησιμοποιήθηκαν.
Συντομογραφίες: ασθ: ασθενείς, AMR: Μικροβιακή Αντοχή, δειγ: δείγματα, ΔΠΝ: Διεισδυτική Πνευμονιοκοκκική Νόσος, ΕΑ: Επεισόδιο Αναφοράς (ορίζεται ως το επεισόδιο ΔΠΝ ή ΟΜΩ, με το οποίο ο ασθενής εντάχθηκε στη μελέτη), ΕΤΕ: Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος, MDR: Πολυφαρμακευτική αντοχή, N: αριθμός ασθενών με διαθέσιμα δεδομένα, n: αριθμός ασθενών με τη μεταβλητή, ΟΜΩ: Οξεία Μέση Ωτίτιδα, ΠΝΚ: πνευμονιόκοκκος, PCR: Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης, PCV: Συζευγμένο Πνευμονιοκοκκικό Εμβόλιο.

ΕΑ57

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΕΠΙ ΓΕΡΣΙΝΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 6 ΕΤΩΝ

Μπαγδάτογλου Α.[1], Κούνε Χ.[1], **Ξυδιάς Μ.[1],** Παντελίδου Δ., Ζαφειροπούλου Α.[1], Λύτα Α.[2], Κοντοπούλου Κ.[2], Καμπουρίδου Π.[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς- Ο Άγιος Δημήτριος»
[2] Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς- Ο Άγιος Δημήτριος»

Εισαγωγή: Η *Yersinia enterocolitica* είναι Gram αρνητικό βακτήριο της οικογένειας Yersiniaceae, με αυξημένη επίπτωση παγκοσμίως τα τελευταία έτη. Συνηθέστερα προκαλεί εντεροκολίτιδα, με πιο σπάνιες εξωεντερικές εκδηλώσεις από όλα τα συστήματα. Η θεραπεία περιλαμβάνει συμπτωματική αντιμετώπιση και χορήγηση αντιβιοτικών.
Σκοπός: Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός 6χρονου αγοριού με οξεία ηπατική βλάβη σε έδαφος εμπύρετης λοίμωξης από *Yersinia enterocolitica.*
Υλικό: Αγόρι 6 ετών διακομίσθηκε από ιδιωτική κλινική λόγω τρανσαμινασαιμίας. Από 2ημέρου παρουσίασε εμπύρετο, κοιλιακό άλγος και καφεοειδείς εμέτους. Την πρώτη ημέρα νοσηλείας, εμφάνιζε λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και την τρίτη ημέρα διάρροιες. Εργαστηριακά διαπιστώθηκαν υψηλοί δείκτες φλεγμονής και εκσεσημασμένη τρανσαμινασαιμία. Αναφέρεται πρόσφατη βρώση τηγανητού κοτόπουλου με μανιτάρια καθώς και πρόσφατη επίσκεψη σε φάρμα με άλογα και αγριογούρουνα.
Μέθοδος – Αποτελέσματα: Δόθηκε πλήρης έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, ιολογικός, τοξικολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, καθώς και καλλιέργεια αίματος. Στο U/S κοιλίας διαπιστώθηκε μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα. Από την καλλιέργεια και το μοριακό έλεγχο κοπράνων απομονώθηκε *Yersinia enterocolitica*. Ο ιολογικός και ο τοξικολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Η αντιμετώπιση περιελάμβανε ενδοφλέβια Ν-ακετυλοκυστεΐνη, σιλυμαρίνη και κεφοταξίμη με άμεση ανταπόκριση και ταχεία κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.
Συμπεράσματα: Η γερσινίωση δύναται να εμφανίσει ασυνήθεις κλινικές εκδηλώσεις και να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, σπάνια οξεία ηπατική βλάβη έως και νέκρωση. Η χρήση μοριακών τεχνικών συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση των αιτιολογικών λοιμωδών παραγόντων και στην άμεση και στοχευμένη αντιμικροβιακή αντιμετώπιση.



ΕΑ58

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΣΤΕΛΕΧΗ GAS ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΣΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

Αικατερίνη Γκούτρα, Τατιανή-Ολυμπία Ταντούλου, Βασιλική Παπαδοπούλου, Δημήτριος Πίπιλας, Παρασκευή Ρόζου, Ιωάννα-Στεφανία Σιαταρά, Σοφία Αλευρά
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας ΄Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο', Λάρισα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ο στρεπτόκοκκος ομάδας Α (GAS) πρόκειται για μικροοργανισμό, που συχνά αποικίζει την ανώτερη αναπνευστική οδό και το επιθήλιο του δέρματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι παθογόνος, προκαλώντας διεισδυτικές ή τοπικές λοιμώξεις, όπως φαρυγγίτιδα. Η ανίχνευση του GAS στον στοματοφάρυγγα είναι σημαντική για την εκλογή θεραπευτικού πλάνου για τον ασθενή.
Σκοπός: Η σύγκριση μεταξύ των Rapid Strep Test και της καλλιέργειας φαρυγγικού επιχρίσματος στην ανίχνευση του GAS.
Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μελέτη καταγραφής των περιστατικών φαρυγγοαμυγδαλίτιδας από GAS σε επίπεδο επειγόντων περιστατικών σε δευτεροβάθμιο κέντρο σε περίοδο 6 μηνών (Οκτώβριος 2024-Μάρτιος 2025). Αναλύθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η μέθοδος ανίχνευσης του στρεπτοκόκκου και η θεραπεία που έλαβαν οι ασθενείς.
Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της μελέτης διενεργήθηκαν Rapid Strep Test σε συνολικά 497 ασθενείς με φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, από τους οποίους οι 164 αντιμετωπίστηκαν τελικά ως στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις. Τα περισσότερα κρούσματα εμφανίστηκαν τον μήνα Οκτώβρη και η μέση ηλικία των ασθενών υπολογίζεται στα 7,3 έτη, ενώ το 84% παρουσίασε εμπύρετο. Στους ασθενείς, στους οποίους ελήφθη τόσο καλλιέργεια όσο και το RST, φάνηκε πως οι δύο δοκιμασίες συμφωνούν στο αποτέλεσμα κατά 81%. Η ευαισθησία του RST υπολογίζεται στο 80%, η ειδικότητα στο 87%, η θετική προγνωστική του αξία στο 93% ενώ η αρνητική στο 66%. Οι ασθενείς με θετική τουλάχιστον μία δοκιμασία, αντιμετωπίστηκαν με αντιβιοτική αγωγή, ενώ 5 από αυτούς χρειάστηκε να νοσηλευτούν.
Συμπεράσματα: Τα κλινικά ευρήματα και τα αποτελέσματα δοκιμασιών όπως το RST και η καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση ασθενών με πιθανή λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού από GAS.

ΕΑ59

ΚΟΡΙΤΣΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΜΟΡΦΗ, ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΩΝ, ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ, ΟΞΕΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Μαρία Μουτάφη[1], Όλγα Βαμπερτζή[1], Ειρήνη Ιορδανίδου[2], Χριστίνα Κεμανετζή[3], Ελένη Παπαδημητρίου[4], Ευστράτιος Σαλιακέλλης[1], Παρασκευή Παναγοπούλου[1], Μαρία Φωτουλάκη[1]
[1] Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[2] Α΄ Γυναικολογική-Μαιευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[3] Β΄ Δερματολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[4] Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκρατείου, Θεσσαλονίκη

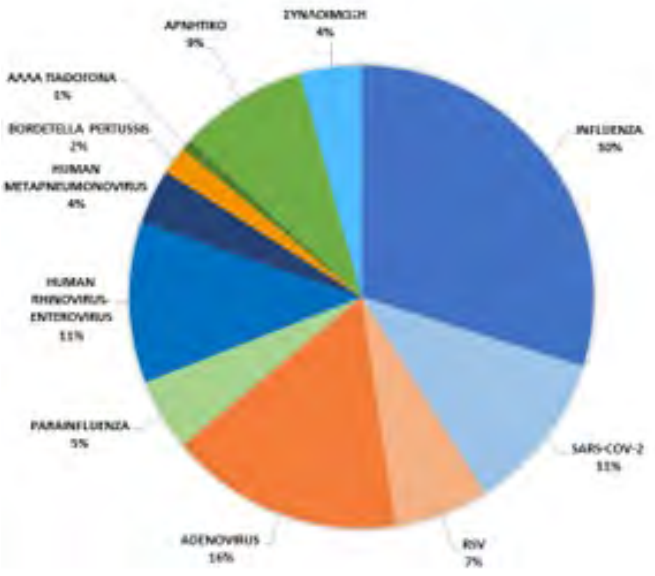
Εισαγωγή: Αντιδραστικά, μη σχετιζόμενα με σεξουαλική επαφή, οξέα έλκη γεννητικών οργάνων (Reactive Non-sexually Related Acute Genital Ulcers:RNS-RAGU) ή «έλκη Lipschutz» είναι σπάνια στη σχολική ηλικία. Διαγιγνώσκονται αφού αποκλεισθούν: λοιμώδη αίτια, γάγγραινα Fournier, σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα(ΣΜΝ), αυτοάνοσα/συστηματικά νοσήματα, σ.Stevens-Jonhson/TEN, δερματίτιδα, κακοήθεια, ανεπάρκεια ψευδαργύρου, τραυματισμός/κακοποίηση.
Σκοπός: Περιγραφή ασθενούς με βλάβες έξω γεννητικών οργάνων(ΕΓΟ) με έμφαση στις προκλήσεις διάγνωσης και αντιμετώπισης.
Υλικό-Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου και διεθνούς βιβλιογραφίας.
Αποτελέσματα: Θήλυ 9 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσκομίζεται λόγω επώδυνων, κνησμωδών εξελκώσεων ΕΓΟ από 48ωρου επιδεινούμενων τις τελευταίες ώρες. Αναφέρεται εμπύρετη ωτίτιδα από 3ημέρου. Κ/Ε: μεγάλα χείλη αιδοίου οιδηματώδη, εξέρυθρα με ευαισθησία, εξέρυθρες εξελκώσεις, πυώδεις εκκρίσεις, νεκρωτικά έλκη διαμέτρου:1-2cm στην έσω επιφάνεια. Ε/Ε: λευκοκυττάρωση(πολυμορφοπυρήνωση), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP:22,47mg/dl,φτ<0,5, ΤΚΕ:75mm/h, PCT:4,51ng/ml,φτ<0,05, φερριτίνη:416ng/ml). Οι καλλιέργειες αίματος, ούρων, κολπικού επιχρίσματος, βλαβών και η PCR κολπικού επιχρίσματος για HSV1/HSV2/HPV ήταν αρνητικές. Εκτενής έλεγχος για ΣΜΝ, EBV, CMV, αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Οφθαλμολογική εκτίμηση απέκλεισε ιριδοκυκλίτιδα. Η MRI πυέλου ανέδειξε αποστηματοποίηση/διάχυτη φλεγμονή βολβοσηραγγωδών μυών αμφοτερόπλευρα, χωρίς συμμετοχή έσω γεννητικών οργάνων. Ψυχολογική εκτίμηση ασθενούς και οικογένειας απέκλεισε σεξουαλική κακοποίηση/ΣΜΝ. Λόγω βαριάς κλινικής εικόνας και αυξημένων δεικτών φλεγμονής τέθηκε σε τεϊκοπλανίνη, αμικασίνη, πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη, κλινδαμυκίνη. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα παρουσίασε σημαντική σταδιακή βελτίωση.
Συμπεράσματα: Τα RNS-RAGU είναι σύμπλοκη άφθωση, με εμφάνιση βλαβών κατόπιν 3-4ημερου εμπυρέτου και διάγνωση εξ'αποκλεισμού. Παθογενετικά ενοχοποιείται υπεραντίδραση ανοσοποιητικού συστήματος σε οξεία λοίμωξη. Στις βαριές μορφές υπάρχουν πολλαπλά, επώδυνα, νεκρωτικά έλκη χρήζοντα ενδονοσοκομειακής διερεύνησης και αντιμετώπισης. Στην ασθενή μας ο ανωτέρω έλεγχος ήταν αρνητικός, και αποδόθηκαν σε προηγηθείσα λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού. Υποψία τίθεται όταν υπάρχουν αφθώδη έλκη σε προηγουμένως υγιές παιδί, χωρίς ιστορικό σεξουαλικών επαφών/οξύ συστηματικό νόσημα.

ΕΑ60

PCR ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ, ΧΡΗΣΙΜΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 2024

Ζωή Σωτηρίου, Χρήστος Κουτσόπουλος, Άννα Ζήση, Πηνελόπη Φράγκου, Κλειώ Τρούγκου, Γεωργία Ράπτη, Χριστίνα Παπαλού, Δέσποινα Πολιάνκου, Χριστίνα Μπάρκα
Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Παιδιατρική Κλινική

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες αποτελούν εμφανίζουν μεγάλη συχνότητα και η διάγνωση της αιτιολογίας τους, αποτελεί σημαντική πρόκληση για τους παιδιάτρους.
Σκοπός: Η καταγραφή και ανάλυση των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος στα νοσηλευόμενα παιδιά της Παιδιατρικής Κλινικής του Γ.Ν. Καρδίτσας για το έτος 2024, με έμφαση στην ταυτοποίηση των υπεύθυνων παθογόνων.
Υλικά-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη σε παιδιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος. Η ταυτοποίηση των παθογόνων έγινε με τη μέθοδο Multiplex PCR σε δείγματα από 235 ασθενείς. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, εποχικότητα και συχνότητα συνλοιμώξεων.
Αποτελέσματα: Οι λοιμώξεις αναπνευστικού αντιπροσώπευαν το 36% του συνόλου των νοσηλειών, με αυξημένη επίπτωση κατά τους χειμερινούς και πρώτους εαρινούς μήνες. Τα συχνότερα παθογόνα ήταν οι ιοί της Γρίπης(30%) και ο Αδενοϊός(16%), ακολουθούμενοι από Ρινοϊούς-Εντεροϊούς και τον Covid-19. Ο Μεταπνευμονοϊός ανιχνεύθηκε στο 4% των περιπτώσεων. Βακτηριακοί παράγοντες ανιχνεύθηκαν σε μικρότερη συχνότητα (κοκκύτης σε 7 ασθενείς, Mycoplasma pneumoniae σε 1). Συνλοίμωξη παρατηρήθηκε στο 4% των ασθενών.



Συμπεράσματα: Η μέθοδος Multiplex PCR αποδείχθηκε αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για την ταυτοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων στις λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος σε παιδιατρικούς ασθενείς. Αξιοσημείωτη είναι η πρώιμη ανίχνευση του Μεταπνευμονοϊού , που αργότερα προκάλεσε επιδημία στην Κίνα. Η ακριβής και έγκαιρη ταυτοποίηση των παθογόνων συμβάλλει στη στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών.



ΕΑ61

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ (RSV) ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ- ΑΝΑΛΥΣΗ

Δανάη Κ. Γιαβάσογλου[1], Μαρία Μ. Μπερικοπούλου[1], Ηλίας Γκούντας[2], Αθανάσιος Μίχος[3]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] MSD Ελλάδος, Αθήνα
[3] Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός (RSV) αποτελεί κύριο παθογόνο στα παιδιά, κυρίως κάτω των 5 ετών. Η πανδημία COVID-19 επηρέασε την επιδημιολογία του RSV.
Σκοπός: Η μελέτη της επιδημιολογίας του RSV σε νοσηλευόμενα παιδιά στην Ευρώπη, όπως διαμορφώθηκε μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων του COVID-19.
Υλικό: Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών PRISMA.
Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση σε τρεις βάσεις δεδομένων (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science) από 01/01/2021 έως και 31/10/2024. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν έρευνες με νοσηλευόμενα παιδιά ηλικίας 0-18 ετών, που διενεργήθηκαν στην Ευρώπη. Για τη μετα-ανάλυση εφαρμόστηκε μοντέλο τυχαίων επιδράσεων. Η ετερογένεια εκτιμήθηκε με τη μέθοδο I^2 και το σφάλμα δημοσίευσης με διαγράμματα χοάνης και τεστ Egger.
Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 31 μελέτες με πληθυσμό 89.466 παιδιών. Η συνολική θετικότητα του RSV ήταν 37% (95%CI: 31%-44%), με αυξημένο επιπολασμό 71% (95%CI: 63%-79%) στις μελέτες που αφορούσαν βρέφη <12 μηνών, έναντι 26% (95%CI: 22%-32%) σε εκείνες με μεγαλύτερα παιδιά (0-18 ετών). Μελέτες από την Νότια Ευρώπη κατέγραψαν υψηλότερο ποσοστό ενδονοσοκομειακής RSV θετικότητας (40%, 95%CI: 27%-53%), συγκριτικά με άλλες περιοχές (31%, 95%CI: 25%-37%). Μεταξύ των θετικών RSV παιδιών, το 12% (95%CI: 8%-16%) χρειάστηκε νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ενώ συλλοιμώξεις ανευρέθησαν στο 17% (95%CI: 10%-24%).
Συμπεράσματα: Μετά την πανδημία COVID-19, παρατηρήθηκε αυξημένη RSV θετικότητα, ιδιαίτερα σε παιδιά <12 μηνών. Λαμβάνοντας υπόψιν τις πρόσφατα διαθέσιμες στρατηγικές πρόληψης του RSV, όπως τα μονοδοσικά μονοκλωνικά αντισώματα και τα εμβόλια, ένα ολοκληρωμένο σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης είναι απαραίτητο για τη λήψη αποφάσεων δημόσιας υγείας.



ΕΑ62

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μυρτώ Κωνσταντελάκη[1], Ολυμπία Λάμπρου[1], Γεώργιος Παραδείσης[2], Χρυσή.-Αικατερίνη Γεωργοκώστα[1], Κωνσταντίνα Γεωργίου[1], Καλλιόπη Σπυριδοπούλου[2], Χαρίκλεια Στεφανάκη[1], Λεβαντία Ζαχαριάδου[2], Ευανθία Μπότσα[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα
[2] Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα

Σκοπός: Περιγραφή μικροβιολογικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικά λοιμώξεων από Staphylococcus spp. σε νοσηλευόμενα παιδιά, με έμφαση στη βακτηριαιμία και τις δερματικές λοιμώξεις, και αξιολόγηση της τοπικής αντοχής στα αντιμικροβιακά για την ενίσχυση της εμπειρικής θεραπείας.
Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη που συμπεριέλαβε:
α) **616 καλλιέργειες αίματος** θετικές για Staphylococcus spp. (2023–2024),
β) **266 καλλιέργειες δερματικών αλλοιώσεων** θετικές για Staphylococcus spp. την ίδια περίοδο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, είδος παθογόνου και προφίλ αντοχής (μέσω VITEK και Kirby-Bauer).
Αποτελέσματα:

- **Βακτηριαιμία**: Στις 616 θετικές αιμοκαλλιέργειες, το 89.1% αφορούσε Coagulase-negative Staphylococci (CoNS), με συχνότερο το S. epidermidis (46.9%). S. aureus απομονώθηκε σε 10.9% των δειγμάτων.
  - Η αντοχή στην οξακιλλίνη (OXA) ανήλθε σε 73.5% (MR-CoNS/MRSA), και η αντοχή στην κλινδαμυκίνη σε 51.9%.
  - Ο S. aureus παρουσίασε υψηλή ευαισθησία σε γλυκοπεπτίδια (100% σε βανκομυκίνη, 95.9% σε τεϊκοπλανίνη) και λινεζολίδη (96.8%), ενώ μόνο 50.7% ήταν ευαίσθητο στην οξακιλλίνη.
- **Δερματικές λοιμώξεις**: Από τις 266 θετικές καλλιέργειες, το 88.7% αφορούσε S. aureus και 11.3% CoNS.
  - Παρατηρήθηκαν σημαντικά ποσοστά αντοχής: 25% στην ερυθρομυκίνη, 45.5% στην τομπραμυκίνη, ενώ μόλις 41.1% ήταν ευαίσθητα στη μουπιροκίνη και 40.2% στο φουσιδικό οξύ, γεγονός που θέτει προβληματισμούς για τη χρήση τοπικών αντιμικροβιακών.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αναδεικνύει την αυξημένη παρουσία CoNS στις αιμοκαλλιέργειες και S. aureus στις δερματικές λοιμώξεις. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη επιτήρησης της αντοχής, ιδιαίτερα για φάρμακα πρώτης γραμμής, όπως η οξακιλλίνη και τα τοπικά αντιμικροβιακά. Η αυξανόμενη αντοχή επηρεάζει την επιλογή της εμπειρικής θεραπείας και ενισχύει τη σημασία της στοχευμένης μικροβιολογικής καθοδήγησης. Επιπλέον, η ευρεία ανίχνευση CoNS θέτει ζητήματα αξιολόγησης των συνθηκών αιμοληψίας και πιθανής επιμόλυνσης.



ΕΑ63

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μαρία – Ειρήνη Κυριακιδέλη, Κωνσταντίνος Τσάκος, Χρυσή – Ευαγγελία Ακρίβου, **Άννα Ρεντζή**, Άννα Ψυρροπούλου, Καλλιόπη Τανού, Ειρήνη Καλαντζή, Άννα Ντομακάκη, Ιωάννα Τάσσιου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η μηνιγγίτιδα είναι φλεγμονή των μηνίγγων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Προκαλείται από διάφορα αίτια, μεταξύ των οποίων μολυσματικοί παράγοντες. Εμφανίζεται συνήθως με κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία και πυρετό. Αν και η κλινική υποψία είναι σημαντική, η διαγνωστική επιβεβαίωση επιτυγχάνεται μέσω της οσφυονωτιαίας παρακέντησης.
Σκοπός: Ανάλυση κλινικών ευρημάτων, θεραπευτική προσέγγιση και έκβαση ασθενών με μηνιγγίτιδα.
Υλικό-Μέθοδος: Ανασκόπηση ψηφιακών φακέλων υγείας ασθενών με μηνιγγίτιδα που νοσηλεύτηκαν στο Παιδιατρικό Τμήμα Γ.Ν.Βόλου από Ιανουάριο 2020 έως Απρίλιο 2025.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 16 ασθενείς με μέση ηλικία 9.5 ετών για παιδιά και 33.8 ημερών για νεογνά, με υπεροχή αρρένων (62.5%). Παρατηρήθηκε εποχική κατανομή στους καλοκαιρινούς μήνες (62.5%). Πυρετός σε 13/16 ασθενείς μέσης διάρκειας 2,4 ημέρες και μέση Θ_{max}39,7°C. Αυχενική δυσκαμψία σε 50%, κεφαλαλγία 62.5%, έμετοι 37.5%, σπασμοί 6.25% των ασθενών. Γογγυσμό εμφάνισαν 2 νεογνά. Κανένας ασθενής με εξάνθημα ή φωτοφοβία. Η μέση CRP ήταν 60,07mg/l και των WBC 11.51x10^3/μl. Μέσος όρος κυττάρων ΕΝΥ είναι 536κ.ο.π., με πολυμορφοπυρηνικό τύπο σε 6/16. Από τις καλλιέργειες ΕΝΥ καμία ανάπτυξη μικροοργανισμού σε 15/16 ασθενείς, ενώ σε έναν ασθενή απομονώθηκε streptococcus agalactiae. Σε PCR ΕΝΥ ανιχνεύτηκε εντεροϊός σε 4/16, streptococcus pneumoniae σε 1/16, listeria monocytogenes σε 1/16 και καμία ανίχνευση σε 8/16 ασθενείς. Σε 5 ασθενείς στάλθηκε PCR αίματος και προέκυψε αρνητική. Στο Νοσοκομείο μας αντιμετωπίστηκαν 13/16 ασθενείς, ενώ 3/16 διακομίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
Συμπεράσματα: Η μηνιγγίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική κλινική πρόκληση, λόγω της κρισιμότητάς της. Η υποψία του γενικού παιδιάτρου, η έγκαιρη παραπομπή στο νοσοκομείο, η χρήση της ΟΝΠ και η κατάλληλη θεραπεία είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη των επιπλοκών.



ΕΑ64

ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ 2024-2025

Χρυσούλα Κοσμέρη, Αφροδίτη Κύρκου, **Αικατερίνη Νικολάου,** Μαρία Κωσταρά, Αναστάσιος Σέρμπης, Φανή Λαδομένου, Αλέξανδρος Μάκης, Αικατερίνη Σιώμου
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η γρίπη αποτελεί συχνό αίτιο ιογενούς μυοσίτιδας στα παιδιά.
Σκοπός: Περιγραφή κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών παιδιατρικών περιστατικών μυοσίτιδας και εργαστηριακά επιβεβαιωμένη γρίπη την περίοδο 2024-2025.
Υλικό: Παιδιά που νοσηλεύθηκαν με γρίπη σε Μονάδα Λοιμωδών Παίδων Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.
Μέθοδος: Αναδρομική ανάλυση των δεδομένων κατά την περίοδο Οκτώβριος 2024 έως Απρίλιος 2025.
Αποτελέσματα: Από τους 61 ασθενείς με γρίπη, 21 (34,4%) παρουσίασαν μυοσίτιδα. Η ηλικία κυμάνθηκε από 5,5 έως 15,5 έτη (μέση ηλικία 8,4±2,8), ενώ το 52% ήταν αγόρια. Η γρίπη Β εντοπίστηκε σε 17 περιπτώσεις (81%), ενώ η γρίπη Α σε 4. Κανένα παιδί δεν ήταν εμβολιασμένο έναντι της γρίπης, ενώ 3 παιδιά είχαν ιστορικό μυοσίτιδας σε παρελθόντα λοιμώδη επεισόδια. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,2±2,7 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς είχαν άλγος στις γαστροκνημίες, ενώ πρόδρομα συμπτώματα ήταν ο πυρετός (100%), ο βήχας (67%), και η μειωμένη σίτιση (43%). Η διάμεση τιμή CK ήταν 778 IU/L (IQR 2652) ενώ ο χρόνος εξομάλυνσής της από την εισαγωγή ήταν 4,9±1,7 ημέρες. Όσον αφορά τις επιπλοκές καταγράφηκαν: 1 περιστατικό τροπονιναιμίας χωρίς ενδείξεις μυοκαρδίτιδας, 1 περιστατικό πνευμονίας και 1 περιστατικό ραβδομυόλυσης σε παιδί με συγγενή μυοπάθεια που διακομίσθηκε σε νοσοκομείο με δυνατότητα νοσηλείας σε ΜΕΘ Παίδων. Η αντιμετώπιση ήταν υποστηρικτική με ενδοφλέβια ενυδάτωση. 10 παιδιά λάμβαναν ήδη οσελταμιβίρη κατά την εισαγωγή και όλα έλαβαν στη νοσηλεία. Η κλινική έκβαση ήταν ευνοϊκή για όλα τα παιδιά.
Συμπεράσματα: Σημειώθηκε αυξημένος αριθμός περιστατικών μυοσίτιδας κυρίως λόγω γρίπης Β. Η πορεία ήταν ήπια, χωρίς σοβαρές επιπλοκές. Η έγκαιρη αναγνώριση και υποστηρικτική αγωγή επαρκούν στη διαχείριση των περισσότερων περιπτώσεων.



ΕΑ65

Η ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑ COVID-19 ΕΠΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αθανασία Ξηρογιάννη[1], Θεανώ Γεωργακοπούλου[2], Στέλμος Σημαντηράκης[1], Στέλλα Βορρέ[2], Κωνσταντίνος Καραμαλής[1], Αναστασία Παπανδρέου[1], **Τζωρτζίνα Τζανακάκη[1]** & το Εθνικό Δίκτυο για την ΔΜΝ*
[1] Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
[2] Τμήμα Επιδημιολογικής Παρακολούθησης, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

Εισαγωγή: Η επιτήρηση της Διεισδυτικής Μηνιγγιτιδοκοκκικής Νόσου (ΔΜΝ) πραγματοποιείται σε συνδυασμό του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης και της εργαστηριακής επιτήρησης.
Σκοπός: της μελέτης είναι η εργαστηριακή επιτήρηση της ΔΜΝ Νόσου στην μετά COVID-19 εποχή (2022-2024).
Υλικά και Μέθοδοι: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δείγματα από 65 επιβεβαιωμένα κρούσματα ΔΜΝ τα οποία ταυτοποιήθηκαν κατά την τριετία 2022-2024. Τα κλινικά δείγματα (ΕΝΥ, αίμα) και οι καλλιέργειες τυποποιήθηκαν περαιτέρω με συμβατικές και μοριακές μεθόδους.
Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της πανδημίας (2020-2021), η επίπτωση διατηρήθηκε σε χαμηλά επίπεδα (Μ.Ε. 0,04/100 000), σε αντίθεση με την αύξηση κατά τα έτη 2023 (0,2/100 000) και 2024 (0,33/100 000). Η αύξηση παρατηρήθηκε σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με μέση επίπτωση (Μ.Ε.): 1,07 (0-4 Χ), 0,23 (5-14 Χ) 0,96 (15-24 Χ) και 0,07 (>24 Χ) ανά 100.000. Σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε το 2024 στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών (0,46 (2023) σε 1,46 (2024)) /100 000, με ταυτόχρονη μείωση στην ηλικία 0-4 Χ (1,5 (2023) σε 0,64 (2024). Η θνητότητα ανήλθε σε 5.26 (2023) και 2.8 (2024). Η MenB ήταν η επικρατέστερη ορροομάδα (80%).Το υψηλότερο μέσο ποσοστό επίπτωσης για την MenB παρατηρήθηκε σε ηλικιακές ομάδες <1 -4 Χ (1,07) και 15-24Χ (0,96). Τα επικρατέστερα κλωνικά συμπλέγματα ήταν 213 cc και 1572 cc, και οι συνδυασμοί porA 22-14 και 7-2,4 για τα VR-1, VR-2 αντίστοιχα, σχετιζόμενα με την ορροομάδα MenB. Περαιτέρω ανάλυση με ως προς το γονίδιο fhbp αποκάλυψε ότι ο πιο επικρατέστερος συνδυασμός ήταν 3.45/A05_001.
Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων ΔΜΝ ιδιαίτερα τα τελευταία δύο χρόνια, με κυριάρχη την MenB ένω οι MenY και MenW παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα.



ΕΑ66

ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΒΡΕΦΗ: ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ Η ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ;

Καλλιόπη – Μαρία Μαργάρη, **Αλεξία Ντάναση Σταθοπούλου**, Μαρία Κατσουράκη, Αθηνά Σιόζιου, Μαρία- Χριστίνα Σαρικλάκη, Μαρία Πολάκη, Χάρις Χριστοδούλου, Αργυρή Μανιουδάκη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος Λασιθίου Κρήτης

Εισαγωγή: Η βρογχιολίτιδα είναι μια λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού, η οποία αφορά παιδιά ηλικίας μικρότερα των 2 ετών και κυρίως μικρότερα του ενός έτους. Η συνύπαρξη εμπύρετης βρογχιολίτιδας και λοίμωξης του ουροποιητικού σε βρέφη ηλικίας από 2 έως 24 μηνών είναι συχνή.
Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας συννοσηρότητας εμπύρετης βρογχιολίτιδας και λοίμωξης ουροποιητικού στα περιστατικά παιδιατρικής κλινικής β΄ βαθμιου νοσοκομείου και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.
Υλικό- Μέθοδος: Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα περιστατικά βρογχιολίτιδας με συνοδό λοίμωξη του ουροποιητικού που νοσηλεύτηκαν στην παιδιατρική κλινική β'-βαθμιου νοσοκομείου κατά την περίοδο έξαρσης του ιού RSV.
Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης του ουροποιητικού σε βρέφη ηλικίας από 2 έως 24 μηνών που νοσούν από εμπύρετη βρογχιολίτιδα.
Αποτελέσματα: Την περίοδο Οκτωβρίου 2024-Απριλίου 2025 νοσηλεύτηκαν 20 βρέφη (2 μηνών-24μηνών) με εμπύρετη βρογχιολίτιδα εκ των οποίων 11 άρρενα και 9 θήλεα. Από αυτά, τα 6 βρέφη νόσησαν από βρογχιολίτιδα (4 με RSV και 2 από n-RSV) και λοίμωξη του ουροποιητικού από E.coli > 100.000 cfu/ml (1ο επεισόδιο). Διενεργήθηκε ο απαραίτητος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος όπως και λήψη καλλιέργειας ούρων βάση πρωτοκόλλου ανάλογο της ηλικίας τους. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή βάσει αντιβιογράμματος.
Συμπεράσματα: Το ποσοστό των βρεφών κάτω των 3 μηνών με πυρετό, βρογχιολίτιδα και θετική κ/α ούρων κυμαίνεται από 4,2% έως 20 % και έως 7,4 % σε μεγαλύτερα και είναι σημαντική η αναγνώριση αυτών των περιστατικών προκειμένου να αντιμετωπιστούν. Η αιτιολογία δεν είναι γνωστή. Η τροποποίηση των κριτηρίων ουρολοίμωξης όπως και των διαγνωστικών εργαλείων βοηθούν στην διάγνωση και στοχευμένη θεραπεία.

ΕΑ67

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ

ΕΑ68

ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΡΑΒΙΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΕΜΠΥΡΕΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΓΡΙΠΗΣ

Δέσποινα Μαραγκού, Ελισάβετ Γιαννούση
Παιδιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου, Ρέθυμνο

Εισαγωγή: Η γρίπη αποτελεί συχνή ιογενή λοίμωξη της παιδικής ηλικίας, με πιθανές νευρολογικές επιπλοκές. Μελέτες έχουν συσχετίσει εξάρσεις γρίπης και μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου.
Σκοπός: Η ανάδειξη του ενδεχόμενου βακτηριακής συνλοίμωξης και της διαχείρισης οξείας νευρολογικής συνδρομής σε νήπιο με γρίπη, μέσω παρουσίασης περιστατικού.
Υλικό: Ηλεκτρονικός φάκελος νοσηλείας στην Παιδιατρική κλινική και νοσοκομειακά συστήματα Amed/ Πανάκεια.
Αποτελέσματα: Ασθενής, 4,5 ετών, παραπέμφθηκε από οφθαλμίατρο, λόγω οξέος στραβισμού από ωρών, σε έδαφος γριπώδους συνδρομής και θετικό περιβάλλον γρίπης Β. Επιβεβαιώθηκε γρίπη Β, όμως διαπιστώθηκε αυχενική δυσκαμψία με Brudzinski (+) Kernig(+), αστάθεια βάδισης, ενώ ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με GCS 13-15. CT εγκεφάλου απέκλεισε αυξημένη ICP ή εστιακή παθολογία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε ΟΝΠ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν ευρήματα συμβατά με βακτηριακή λοίμωξη του ΚΝΣ και ταυτοποιήθηκε μηνιγγιτιδόκοκκος ορομάδας Β ως μόνο παθογόνο. Ο ασθενής τέθηκε σε εμπειρική αγωγή βακτηριακής λοίμωξης ΚΝΣ με δεξαμεθαζόνη, κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη, και σε οσελταμιβίρη. Επήλθε πλήρης ίαση χωρίς επιπλοκές. Follow up σε 2 εβδομάδες με κλινική εξέταση, MRI εγκεφάλου/λιθοειδών και ABR δεν ανέδειξε απώτερες επιπλοκές.
Συμπεράσματα:

1. Διάγνωση ιογενούς λοίμωξης δεν αποκλείει βακτηριακές συνλοιμώξεις και σε περιόδους έξαρσης γρίπης είναι απαραίτητη η επαγρύπνηση για μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο.
2. Η μεμονωμένη νευρολογική συμπτωματολογία στην οξεία φάση μηνιγγίτιδας δεν σημαίνει απαραίτητα αυξημένη ICP ή δυσμενή έκβαση.
3. Η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα με εστιακή συμπτωματολογία μπορεί να αντιμετωπιστεί σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο εφόσον υπάρχει δυνατότητα νευροαπεικόνισης, επαρκές προσωπικό για στενή παρακολούθηση, με δυνατότητα άμεσης μεταφοράς σε ΜΕΘ σε περίπτωση επιπλοκών.

ΕΑ69

ΣΥΓΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ RSV ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΥΟ ΔΙΑΔΟΧΙΚΩΝ ΕΤΩΝ

Νίκη Ζάγκα, Θεοδώρα Γκουντούλα, Όλγα Κοτρωνάκη, Ελισάβετ Γιαννούση
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Κρήτη

Εισαγωγή: Οι νοσηλείες βρεφών και μικρών παιδιών λόγω σοβαρής λοίμωξης από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV) προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στα παιδιατρικά τμήματα των νοσοκομείων κατά τη χειμερινή περίοδο.
Σκοπός: Η σύγκριση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και της διαχείρισης των παιδιατρικών περιστατικών με λοίμωξη RSV που νοσηλεύτηκαν σε περιφερειακό νοσοκομείο σε δύο διαδοχικές επιδημιολογικές περιόδους.
Υλικό: Πηγή δεδομένων αποτέλεσαν το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής ασθενών aMED, το σύστημα ΠΑΝΑΚΕΙΑ και οι φάκελοι νοσηλείας της Παιδιατρικής κλινικής στο διάστημα 1 Οκτωβρίου 2024 έως 31 Απριλίου 2025 καθώς και τα αποτελέσματα της αντίστοιχης μελέτης της περιόδου 2023-2024.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα επιδημιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.
Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε σχεδόν διπλασιασμός των νοσηλειών με RSV λοίμωξη κατά την παρούσα επιδημιολογική περίοδο (52 σε σχέση με 27), ταυτόχρονα με σημαντική μείωση του ποσοστού των βρεφών από 70% σε 50%. Η πρώτη εισαγωγή καταγράφηκε 27 Νοεμβρίου και η τελευταία 5 Απριλίου. Παρόμοια ήταν η εποχική κατανομή των νοσηλειών, με την πλειοψηφία (38/52) να έχουν γίνει κατά τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συστηματικά εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και στις δύο περιόδους, κυρίως σαλβουταμόλη και λιγότερο αδρεναλίνη. Σοβαρότερα περιστατικά αντιμετωπίστηκαν με αμινοφυλλίνη ενδοφλέβια. Η χρήση συστηματικών γλυκοκορτικοειδών μειώθηκε κατά 25% και η χορήγηση αντιβιοτικών κατά 10%. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν παρόμοια, τέσσερις ημέρες, καθώς και η ανάγκη διακομιδής σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο (1-2 παιδιά/έτος)
Συμπεράσματα: Παρά τις διεθνείς επιστημονικές οδηγίες, η φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση των περιστατικών RSV βρογχιολίτιδας είναι συνήθης πρακτική στην καθημερινή κλινική πράξη. Η παρατηρούμενη τυχαία μικρή μείωση στην ένταση της χορηγούμενης αγωγής δεν φάνηκε να επιδεινώνει την έκβαση των ασθενών μας στην παρούσα μελέτη και θα μπορούσε να γίνει αφορμή για μια πιο εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση στο μέλλον.

ΕΑ70

ΑΓΟΡΙ 11 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

Παναγιώτα Κατσούλη, Θεοδώρα Ζαγγογιάννη, Αναστασία Κοροπούλη, Σταύρος Τσαγκάρης, Μανθούλα Βαλάρη, Θεώνη Πετροπούλου
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η προσβολή βλεννογονόνων και δέρματος σε εργαστηριακά επιβεβαιωμένη πρόσφατη ή συνυπάρχουσα λοίμωξη από *Mycoplasma pneumoniae* (Mycoplasma-Induced Rash and Mucositis, MIRM) αποτελεί σπάνια οντότητα ποικίλης βαρύτητας με συνήθως καλή έκβαση. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί σοβαρές επιπλοκές από την φλεγμονή των βλεννογόνων όπως στόματος, οφθαλμών, πρωκτού και ουρήθρας.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με σοβαρή μορφή MIRM
Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Αγόρι 11 ετών με εμπύρετη λοίμωξη αναπνευστικού νοσηλεύτηκε λόγω ραγδαίως εξελισσόμενης προσβολής των βλεννογόνων οφθαλμών και στόματος κατά το έβδομο 24ωρο της νόσου. Κατά την εισαγωγή εμφάνιζε έντονη υπεραιμία επιπεφυκότων, εξελκώσεις και ψευδομεμβράνες βλεφάρων, εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας με δυσκαταποσία, καθώς και οιδηματώδη χείλη με αιμορραγικά έλκη και εφελκίδες. Από το δέρμα παρατηρήθηκαν μόνο δύο μικρές φυσαλλίδες. Λίγες ώρες αργότερα εκδήλωσε ερυθρότητα και εξέλκωση στο στόμιο της ουρήθρας με συνοδό δυσουρία και επίσχεση ούρων και εξέλκωση του πρωκτικού βλεννογόνου. Σε δείγμα πτυέλων ανιχνεύθηκε *Mycoplasma pneumoniae* μέσω PCR. Επιπλέον διαπιστώθηκε υψηλή τιμή CRP (170mg/l) και ΤΚΕ καθώς και θετικά IgM αντισώματα για μυκόπλασμα. Στην ακτινογραφία θώρακος δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αντιβιοτικών, γ-σφαιρίνης και μεθυλπρεδνιζολόνης. Επιπλέον απαιτήθηκε συστηματική χορήγηση αναλγητικών και τοπική φροντίδα των βλαβών των επιμέρους βλεννογόνων, ενώ τοποθετήθηκε και ουροκαθετήρας. Ο ασθενής βελτιώθηκε σταδιακά με πλήρη υποχώρηση εντός δύο εβδομάδων των εκδηλώσεων από τους βλεννογόνους χωρίς επιπλοκές.
Συμπεράσματα: Η έγκαιρη αναγνώριση του MIRM είναι σημαντική για την σωστή αντιμετώπιση και την πρόληψη επιπλοκών.

ΕΑ71

ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΓΡΙΠΗ Β, ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21 ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Αναστασία Αντωνιάδου, Μαρία Φουρίκου, Ελισάβετ Χωραφά, Χρήστος Κόγιας, Ανθίππη Πασσά, Κωνσταντίνος Κολλιός, Ηλίας Ιωσηφίδης, Χαράλαμπος Ανταχόπουλος
Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο (Hemophagocytic lymphohistiocytosis, HLH) αποτελεί σπάνιο σύνδρομο υπερφλεγμονώδους αντίδρασης που χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε ιστική βλάβη, πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο. Διακρίνεται σε οικογενές και επίκτητο (σχετιζόμενο με ιογενείς λοιμώξεις, κακοήθειες, αυτοάνοσες παθήσεις).
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης HLH σχετιζόμενου με γρίπη Β, ανάδειξη της σημασίας έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας.
Υλικό-Μέθοδος: Αγόρι 3 ετών με τρισωμία 21, κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση αμφοτερόπλευρα, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και χρόνια νεφρική νόσο, που εισήχθη λόγω πυρετού από 3ημέρου, μετά από ενδοσκοπική έγχυση deflux.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής απυρέτησε το 2ο 24ωρο με χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβίωσης (καλλιέργειες ούρων, αίματος αρνητικές), αλλά παρέμεινε για ενδοφλέβια ενυδάτωση λόγω επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας. Το 5ο 24ωρο μετά από πυρετό διαπιστώθηκε γρίπη Β, προστέθηκε οσελταμιβίρη και απυρέτησε 3 ημέρες μετά. Το 10ο 24ωρο νοσηλείας εμφάνισε εκ νέου πυρετό με ολοσωματικό μικρο-κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που, σε συνδυασμό με αναιμία, θρομβοπενία, αυξημένες τιμές φερριτίνης και τριγλυκεριδίων, έθεσαν ισχυρά την υποψία HLH. Τέθηκε άμεσα σε θεραπεία με ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης (20 mg/kg για 3 ημέρες), ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη (2 g/kg) με κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση. Τα ευρήματα από το μυελόγραμμα και οι τιμές του διαλυτού υποδοχέα IL-2 επιβεβαίωσαν τη διάγνωση. Η αγωγή με κορτικοστεροειδή συνεχίστηκε για συνολικά 8 εβδομάδες (αρχικά 2 mg/kg, με σταδιακή ελάττωση, Πίνακας 1). Δεν παρατηρήθηκε υποτροπή.

Πίνακας 1. Παρακολούθηση της κλινικής και εργαστηριακής πορείας του ασθενούς, καθώς και της αγωγής που έλαβε κατά τη νοσηλεία έως και 2 μήνες μετά

	1η HN	5η HN	10η HN	12η HN	15η HN	1 m	2 m
Κλινικές πληροφορίες	πυρετός	γρίπη Β	πυρετός, εξάνθημα υποψία HLH	5/8 κριτήρια HLH	ασυμπτωματικός		
WBC (K/μL)	8,3	6,4	4,9	3,3	8,3	16,7	6,5
Hb (g/dL)	7,5	11,3	9	7,8	9,4	9,6	10,3
PLT(K/μL)	245	225	74	14	187	358	432
TRG (mg/dL)	-	-	222	496	183	120	141
FIB (mg/dL)	-	-	310	220	110	125	400
Αιμοφαγοκυττάρωση στον μυελό	-	-	-	NAI, χωρίς άτυπα/ βλαστικά κύτταρα	-	-	-
Φερριτίνη (ng/ml)	-	-	148	1200	450	18	9
SCD25 (IU/ml)	-	-	2000	6600	1900	-	-
Ουρία (mg/dL)	77	74	88	110	130	90	75
Κρεατινίνη (mg/dL)	1,4	1,4	1,3	1,1	0,9	0,75	0,8
Συστατίνη (mg/L)	3,3	2,3	2,9	3	3	2,8	2,2
Κάλιο (mmol/L)	5,6	5,8	4,8	3	5,2	5,4	5,5
Νάτριο (mmol/L)	135	144	140	137	1361	35	136
Φωσφόρος (mg/dL)	6,6	4,8	4,1	3,8	2,9	3,7	5
CRP (mg/L)	108	68	28	28	8	4	1,5
Αγωγή	ΧΦΑ αμικασίνη, μεροπενέμη	ΧΦΑ οσελταμιβίρη Kayexalate	ΧΦΑ οσελταμιβίρη	διακοπή ΧΦΑ IVIG (2 g/Kg) 3 IVMP (20 mg/Kg)	ΧΦΑ PO CS	ΧΦΑ PO CS	ΧΦΑ PO CS

HN: ημέρα νοσηλείας, m: μήνας, μήνες μετά, SCD25: διαλυτός υποδοχέας IL-2, ΧΦΑ: NaHCO3, αλλοπουρινόλη, δαρμπεποετίνη ανά 7 ημέρες, σίδηρος, αλφακαλσιδόλη, IVIG: ενδοφλέβια γ σφαιρίνη, IVMP: ενδοφλέβια ώση μεθυλπρεδνιζολόνης, PO CS: από του στόματος κορτικοστεροειδή

Συμπεράσματα: Η γρίπη μπορεί σπάνια να επιπλακεί με HLH. Η υψηλή κλινική υποψία και έγκαιρη διάγνωση της επιπλοκής αυτής ενδεχομένως να επιτρέψει την αντιμετώπισή της με πιο απλές ανοσοτροποιητικές παρεμβάσεις (κορτικοστεροειδή, γ-σφαιρίνη), χωρίς να απαιτηθεί η χορήγηση χημειοθεραπευτικών παραγόντων.



ΕΑ72

ΣΗΨΑΙΜΙΑ- ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS HOMINIS

Ιωάννης Λόης[1], Φλώρα Τζιφή[1], Χριστίνα Καραστάθη[1], Δήμητρα Γραμμένου[1], Νικολέτα Μαστραντωνάκη[1,] Κυριακή Τσότρα[1], Πολυξένη Λέφα[1], Ροδάνθη Σφακιωτάκη[2], Σπυρίδων Κωστελέτος[3], Αναστασία Κονιδάρη[1]
[1] Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα
[3] Α' Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο staphylococcus Hominis είναι κοαγκουλάση αρνητικός μικροοργανισμός ο οποίος ανευρίσκεται στη φυσιολογική χλωρίδα του ανθρώπινου δέρματος. Σπανίως περιγράφονται στη βιβλιογραφία διεισδυτικές λοιμώξεις σε μη ανοσοκατεσταλμένους. Περιγράφεται η περίπτωση εφήβου με σηπτική καταπληξία από Staphylococcus hominis και επιπλεγμένη πνευμονία.
Παρουσίαση Περιστατικού: Έφηβος 13,5 ετών διακομίστηκε με εμπύρετο, ολιγουρία, υπόταση και πλευροδυνία. Το ατομικό αναμνηστικό του παιδιού ήταν ελεύθερο λοιμώξεων. Εργαστηριακά διαπιστώθηκαν υψηλοί δείκτες φλεγμονής (WBC:30.000, CRP:310 mg/L), οξεία νεφρική βλάβη και διαταραχές πήξης. Απεικονιστικά ανεδείχθη πύκνωση στον αριστερό κάτω λοβό με πλευριτική συλλογή. Ο ασθενής τέθηκε σε ενυδάτωση, εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και χορήγηση πλάσματος. Οι καλλιέργειες αίματος από δύο διαφορετικά εργαστήρια ήταν θετικές για staphylococcus Hominis. Λόγω σοβαρής νεκρωτικής πνευμονίας με συνοδό πλευριτική συλλογή τοποθετήθηκε θωρακικός σωλήνας παροχέτευσης. Σε επαναληπτική ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε εκτεταμένη νεκρωτική πνευμονία αριστερού κάτω λοβού με υδραερικό επίπεδο, ευρήματα που επιβαβαιώθηκαν και με αξονική τομογραφία. Αντιμετωπίστηκε αρχικά με κεφοταξίμη και βανκομυκίνη για 14 ημέρες και ακολούθως με λινεζολίδη από του στόματος (συνολική διάρκεια θεραπείας 21 ημέρες). Ο καρδιολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε ενδοκαρδίτιδα, η δε νεφρική λειτουργία αποκατάσταθηκε πλήρως. Παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση του αερισμού, υποχώρηση της πλευριτικής συλλογής και απουσία νέων επιπλοκών. Ο ασθενής εξήλθε απύρετος, σε καλή γενική κατάσταση, με φυσιολογική ακρόαση θώρακος. Ένα μήνα μετά η ακτινογραφία θώρακος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εκκρεμεί ανοσολογικός έλεγχος
Συμπεράσματα: Οι λοιμώξεις από τον staphylococcus Hominis μπορεί να εξαιρετικά σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. Η έγκαιρη παρέμβαση και η συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων είναι καθοριστικές για την ευνοϊκή έκβαση.

ΕΑ73

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ BARTONELLA HENSELAE

Αγγελική Ταΐρη[1], **Χριστίνα Καραστάθη**[1], Φλώρα Τζιφή[1],Νικολέττα Μαστραντωνάκη[1], Πολυξένη Λέφα[1], Ασπασία Αδαμοπούλου[2], Άννα Μουργελά[2], Αγάθη Κουρή[2], Αναστασία Κονιδάρη[1]
[1] Β' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν Π. «Παν. & Αγλ. Κυριακού», Αθήνα
[2] Οφθαλμολογική Κλινική, Γ.Ν Π. «Παν. & Αγλ. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η νευροαμφιβληστροειδίτιδα από μπαρτονέλλα αποτελεί τη συχνότερη αιτία λοιμώδους οπτικής νευρίτιδας. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι σημαντική για την αποφυγή μόνιμης οπτικής βλάβης.
Παρουσίαση Περιστατικού: Έφηβος 14.5 ετών εισήχθη λόγω εμπυρέτου από 3μέρου με συνοδή αιφνίδια θόλωση όρασης δεξιού οφθαλμού Από το πρόσφατο αναμνηστικό αναφέρεται προ μηνός νοσηλεία λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου. Ακόμη αναφέρεται επαφή με γάτες και ελλιπής εμβολιασμός. Από την οφθαλμολογική εξέταση αναδεικνύεται οπτική νευρίτιδα με οίδημα οπτικής θηλής grade II και σοβαρού βαθμού έκπτωση οπτικής οξύτητας στον δεξί οφθαλμό. Διενεργήθηκε έλεγχος με MRI εγκεφάλου-οφθαλμικών κόγχων και OCT. Ακόμη, έγινε εκτεταμένος λοιμωξιολογικός έλεγχος καθώς και οσφυονωτιαία παρακέντηση προς αποκλεισμό αυτοάνοσου και απομυελινωτικού νοσήματος. Λόγω της οπτικής νευρίτιδα χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη, με σταδιακή βελτίωση του οιδήματος. Την 9η ημέρα αγωγής εμφανίστηκε σημείο «ωχρικού αστέρα» στον αμφιβληστροειδή, παθογνωμονικό σημείο μπαρτονέλλωσης. Ο ορολογικός έλεγχος ανέδειξε IgM Bartonella henselae 1:2048 &IgG 1:94. Ο λοιπός ορολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε αγωγή με ριφαμπικίνη/σιπροφλοξασίνη και κορτιζόνη για τρεις εβδομάδες. Με την ολοκλήρωση της αγωγής σημειώθηκε πλήρης υποχώρηση του οιδήματος οπτικής νεύρου και βελτίωση οπτικής οξύτητας.
Συμπεράσματα: Παρά την πρόοδο στη διαγνωστική προσέγγιση και των μοριακών τεχνικών, η θεραπευτική προσέγγιση των συστηματικών λοιμώξεων από B. Henselae, και δη στον παιδιατρικό ασθενή, παραμένει πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η ανάγκη χορήγησης και διάρκεια αντιβιοτικής αγωγής καθώς και η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών αυτών αποτελούν αμφιλεγόμενα σημεία στη διεθνή βιβλιογραφία



ΕΑ74

ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΩΣ ΔΗΛΟΥΜΕΝΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ελόνα Τόλα[1], Κωνσταντίνος Ζάχος[1], Βασιλική Ρεμούνδου[1], Χρυσή-Αικατερίνη Γεωργοκώστα[1], Χαρίκλεια Στεφανάκη[1], Δημήτρης Χαραλαμπόπουλος[2], Παναγιώτα Φούντα[2], Φλώρια Σάββα[2], Ευανθία Μπότσα[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα,
[2] Επιτροπή Λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα

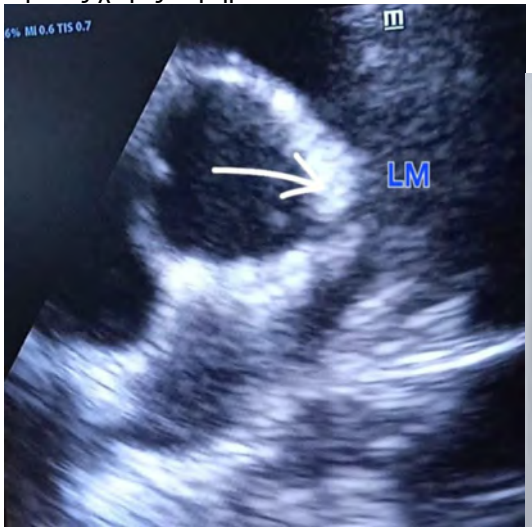
Εισαγωγή: Η αποτελεσματική επιτήρηση είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων, την ανίχνευση επιδημιών και την αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης. Η παρούσα μελέτη εξετάζει την επιδημιολογία διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων σε παιδιά, καλύπτοντας ένα σημαντικό κενό δεδομένων.
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε παιδιά κάτω των 16 ετών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» την περίοδο Ιανουάριος 2015 – Δεκέμβριος 2024, με βάση τα αρχεία της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 1501 περιστατικά. 807 αφορούσαν περιστατικά γρίπης, 277 σαλμονέλας, 118 σιγκέλλας, 79 καμπυλοβακτηριδίου, 62 μηνιγγίτιδας (ιογενούς και βακτηριακής), 45 κοκκύτη, 36 ηπατίτιδας Α, 24 φυματίωσης, 16 λεϊσμανίασης, 12 ιλαράς, 10 διεισδυτικών λοιμώξεων από στρεπτόκοκκο ομάδας Α (iGAS), 4 βρουκέλλωσης, 4 εχινοκοκκίασης, 4 ερυθράς, 2 χολέρας και 1 ηπατίτιδας Β.
Η πλειοψηφία των νοσημάτων παρουσίασε σταθερή ετήσια επίπτωση. Αξιοσημείωτες μεταβολές αφορούν την πενταπλάσια επίπτωση του κοκκύτη το 2024, την έξαρση ιλαράς το 2017 κυρίως σε ανεμβολίαστους Ρομά και την επιδημία ηπατίτιδας Α το 2016 σε προσφυγικές δομές. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση γρίπης την περίοδο 2022-2024, με πάνω από τα μισά το 2022.
Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid19 υπήρξε μεταβολή των επιδημιολογικών δεδομένων και ελλιπής καταγραφή τους . Επιπλέον οι μετακινήσεις προσφύγων και το αντιεμβολιαστικό κίνημα επηρεάζουν την επιδημιολογική εικόνα. Αν και η χρήση ταχύτερων τεστ διάγνωσης έχει αυξήσει τις διαγνώσεις, η υποκαταγραφή παραμένει πρόβλημα. Η ενίσχυση της ορθής επιτήρησης και των στρατηγικών πρόληψης είναι απαραίτητη για τον περιορισμό των λοιμωδών νοσημάτων στα παιδιά.

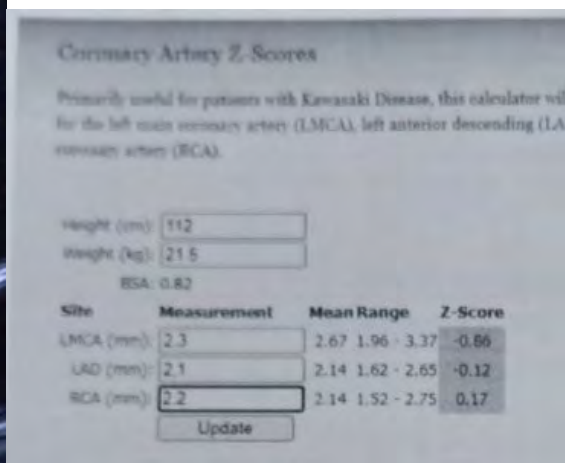
ΕΑ75

ΝΟΣΟΣ KAWASAKI – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Λεκαδίτη[1], Δαμιανός Τσιλιβαράκης[2], Δέσποινα Τουνισσίδου[1], Ελευθερία Καραδήμα[1], Παναγιώτης Γιαννακόπουλος[1], Θεοδώρα Συριοπούλου[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα
[2] Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Η νόσος Kawasaki είναι μια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προσβάλει κυρίως τα μεσαίου μεγέθους αγγεία, ειδικά τις στεφανιαίες αρτηρίες.
Σκοπός: Παρουσίαση παιδιού με νόσο Kawasaki.
Υλικό: Αγόρι 4,5 χρονών προσκομίστηκε λόγω εμπύρετου στο 4ο- 24ωρο. Συνοδά εμφάνισε διαρροϊκές κενώσεις, έκθυση κνησμώδους κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος άνω άκρων και κορμού και ξηρότητα χειλέων. Το παιδί βρισκόταν σε αγωγή με αμοξικιλλίνη-κλαβουλανικό για πνευμονία δεξιάς βάσης από 7 ημέρου. Συγχρόνως το αδερφάκι του εμφάνισε εμπύρετο για 48 ώρες. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ανώμαλη έκφυση δεξιάς υποκλείδιου και δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.
Μέθοδος: Κατά την προσέλευση το παιδί είχε ομότιμο αναπνευστικό ψιθύρισμα, ήπια μεωρισμένη κοιλιά, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κορμού άνω–κάτω άκρων, ήπια απολέπιση πέριξ ονύχων κάτω άκρων, ξηρότητα χειλέων και μικρούς τραχηλικούς λεμφαδένες. Εστάλη έλεγχος εμπύρετου με WBC 21360 poly91%, Hb=8,7/dl, PLTS= 344000, CRP=104mg/l, TKE=115, Na=134mEq/l, SGOT=106IU/L, SGPT=280IU/L, γGT=227IU/L, αλβουμίνη=3,3g/dl. Από τη γενική ούρων είχε 6 πυοσφαίρια ανά οπτικό πεδίο. Rapid influenza-covid αρνητικά. Έγινε ακτινογραφία θώρακος που παρατηρήθηκε σκίαση δεξιά παραπυλαία ως επί πύκνωσης. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας αγωγής με κεφοταξίμη και αντισταμινικά pos. Λόγω της τρανσαμινασαιμίας έγινε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας με μικρή συλλογή υγρού υφηπατικά και πέριξ των εντερικών ελίκων και εστάλη ορολογικός έλεγχος με EBV-CMV που ήταν αρνητικός. Λόγω ύπαρξης κλινικών κριτηρίων για Kawasaki διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς ευρήματα.







Αποτελέσματα: Το παιδί διακομίσθηκε σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο. Τέθηκε η διάγνωση νόσου Kawasaki και έγινε έναρξη γ-σφαιρίνης και ασπιρίνης.
Συμπεράσματα: Η νόσος Kawasaki αποτελεί μια διαγνωστική πρόκληση για κάθε παιδίατρο γιατί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο καρδιακής νοσηρότητας από 25 σε 5%.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ001

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΑΡΡΕΝ 3,5 ΕΤΩΝ

Αλεξάνδρα Παππά-Τζανέτου, Ευαγγελία Ιωάννα Τσαντζάλη, Μελπομένη Κανδυλανάπτη, Σπυρίδων Χατζηγεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Το νευροβλάστωμα αποτελεί εμβρυϊκή κακοήθεια του περιφερικού συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Καθιστά την πιο συχνή κακοήθεια στη βρεφική ηλικία και τον τρίτο κατά σειρά όγκο συμπαγών οργάνων στην παιδική ηλικία. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι σποραδικές και δεν ενέχουν κληρονομικότητα. Η επίπτωση είναι ελαφρώς υψηλότερη στα αγόρια (1,2:1) και στη λευκή φυλή. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι οι 23 μήνες και η πρόγνωση είναι καλύτερη σε βρέφη. Έχει την μεγαλύτερη ετερογένεια από όλους τους συμπαγείς όγκους. Αναλόγως με την εντόπιση παρατηρούνται σημεία και συμπτώματα από το γαστρεντερικό, το αναπνευστικό, το κυκλοφορικό, το ουροποιητικό και τους οφθαλμούς. Το 75% των ασθενών εμφανίζουν μεταστάσεις κατά τη διάγνωση σε οστά, ήπαρ, λεμφαδένες, μυελό των οστών και οφθαλμικό κόγχο.
Σκοπός: Η διαρκής επαγρύπνηση των Παιδιάτρων για την έγκαιρη διάγνωση του νευροβλαστώματος.
Παρουσίαση περιστατικού: Το περιστατικό αφορά νήπιο άρρεν 3,5 ετών που παραπέμφθηκε από ιδιώτη παιδίατρο λόγω κοιλιακής διόγκωσης από μηνός. Στην προσέλευση το νήπιο παρουσίαζε έντονο μετεωρισμό κοιλιάς, επικρουστική αμβλύτητα στο δεξί υποχόνδριο, ψηλαφητή ηπατομεγαλία. Συνοδά παρατηρήθηκαν ωχρότητα προσώπου με ερυθρότητα περικογχικά. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανεδείχθη αναιμία με αυξημένη τιμή φερριτίνης. Εκ του απεικονιστικού ελέγχου ανευρέθη κατά το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας ανομοιογενής μάζα διαμέτρου 15 εκατοστών στο δεξιό λοβό του ήπατος και παρόμοια βλάβη διαμέτρου 5,2 εκατοστών στην πύλη του δεξιού νεφρού. Λόγω υποψίας κακοήθους μάζας, το νήπιο διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
Συμπεράσματα: Για την καλύτερη δυνατή πρόγνωση του νευροβλαστώματος, απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία για την έγκαιρη διάγνωση σε παιδιά με κοιλιακή διόγκωση και άτυπη συμπτωματολογία.



ΑΑ002

ΑΥΘΟΡΜΗΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΥΣΗΣ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 2 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αναστασία Χατζηπαντελή, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Μαριέτα Σουλοπούλου, Μυρσίνη Μαυρέλου, Αθηνά Δρακάκη, Άρτεμις Λάιου, Σπυρίδων Κολοκούρης, Μαρούσα Μαγουλά, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Γερίνα Ιωαννίδου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου-Παιδιατρική κλινική

Εισαγωγή: Το αυθόρμητο σύνδρομο λύσης όγκου είναι μια αιματολογική – ογκολογική επείγουσα κατάσταση παρουσιαζόμενη με ηλεκτρολυτικές διαταραχές κατόπιν της αποδόμησης των καρκινικών κυττάρων. Παρόλο που παρατηρείται συνήθως μετά από την έναρξη χημειοθεραπείας, καταγράφονται ελάχιστες αυθόρμητες περιπτώσεις.
Σκοπός: Η ενημέρωση για μια σπάνια οντότητα και η αύξηση της υποψίας για τη διάγνωσή της.
Υλικό: Αγόρι 2 ετών χωρίς προηγούμενο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό, υπό αγωγή από 4 ημερών με κεφπροζίλη, προσκομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενη καταβολή και αιφνίδια ουλορραγία από εικοσιτετράωρου.
Μέθοδος: Ο ασθενής ήταν σε επηρεασμένη γενική κατάσταση, αρχικά με GCS 15/15 και φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Η κλινική εξέταση ανέδειξε πολλαπλές εκτεταμένες εκχυμώσεις στη ράχη , τα άκρα και το πρόσωπο, οι οποίες θεωρήθηκαν από τους οικείους ατυχηματικές, αλλά δεν εμφάνιζαν αποδρομή σε διάστημα ενός μήνα. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων (12.000/μL), αιματοκρίτη (16%), αιμοσφαιρίνης (6 mg/dl), αυξημένα επίπεδα γαλακτικής δεϋδρογενάσης (11.131 U/L) και ουρίας (162mg/dl). Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, επιδεινώθηκε ραγδαία το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς, πραγματοποιήθηκε διασωλήνωση και μεταφορά του σε μονάδα εντατικής θεραπείας για περαιτέρω αντιμετώπιση.
Αποτελέσματα: Κατόπιν βιοψίας μυελού των οστών επιβεβαιώθηκε η υποψία αιματολογικής κακοήθειας. Λόγω της ύπαρξης υπερουριχαιμίας, υπερκαλιαιμίας, υπερφωσφαταιμίας και υποασβεστιαιμίας καθώς και νεφρικής βλάβης, τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου λύσης όγκου. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση μέχρι τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, μετάγγιση και κατόπιν στο κατάλληλο χημειοθεραπευτικό σχήμα.
Συμπεράσματα: Το αυθόρμητο σύνδρομο λύσης όγκου είναι μια δυνητικά θανατηφόρος, σπάνια ογκολογική επιπλοκή που απαιτεί υψηλή κλινική υποψία και γρήγορη αντιμετώπιση προκειμένου να αναγνωριστεί και να αναστραφεί.



ΑΑ003

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΦΥΔΡΟΓΟΝΑΣΗΣ ΤΗΣ 6-ΦΩΣΦΟΡΙΚΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (G6PD)

Δήμητρα Κατσαρού, Ευμορφία Ντόβα, Μαρία Παπαγεωργίου, Αναστασία Τουλιοπούλου, Ελένη Βούρτη
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η ανεπάρκεια της αφυδρογονάσης της 6-φωσφορικής γλυκόζης (G6PD) αποτελεί την πιο κοινή ανεπάρκεια ενζύμου στον άνθρωπο καθώς περισσότερα από 400 εκατομμύρια άτομα νοσούν παγκοσμίως με τα μεγαλύτερα ποσοστά να αφορούν την Μεσόγειο, τη Μέση Ανατολή, την Ασία και την Αφρική. Η αιμολυτική αναιμία και ο παρατεινόμενος νεογνικός ίκτερος είναι οι δύο κύριες εκδηλώσεις της νόσου. Ο ρόλος του ενζύμου G6PD είναι καταλυτικός στο αρχικό στάδιο του μονοπατιού των φωσφορικών πεντοζών. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η αιμόλυση που υπόκεινται τα ερυθρά αιμοσφαίρια σε καταστάσεις οξειδωτικού στρες (φάρμακα/τροφές/λοιμώξεις/μεταβολικές διεργασίες). Η νόσος κληρονομείται με τον φυλοσύνδετο υπολειπόμενο τρόπο.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης άρρενος πρόσφυγα 2,5 ετών με αιμολυτική αναιμία οφειλόμενη σε έλλειψη ενζύμου G6PD.
Υλικό-Μέθοδος: Προνήπιο άρρεν Συριακής καταγωγής προσεκομίσθη λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος/επιπεφυκότων με συνοδά 1 επεισόδιο εμέτου και υπέρχρωση ούρων. Αναφέρεται παρόμοιο επεισόδιο αιμόλυσης με ανάγκη μετάγγισης προ 5 μηνών στη χώρα προέλευσης του. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε RBC= 1,64X10^{6}/μL, Hb= 5,3g/dL, έμμεση υπερχολερυθριναιμία, αυξημένη τιμή δικτυοερυθροκυττάρων και γαλακτικής αφυδρογονάσης και αιμοσφαιρινουρία. Διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπου και επιβεβαιώθηκε γενετικά η νόσος, διαπιστώθηκαν τα σωμάτια Heinz κατά την παρατήρηση επιστρωμένου πλακιδίου στο μικροσκόπιο, μεταγγίστηκε και σταδιακά βελτιώθηκε κλινικά.
Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Στην Ελλάδα ελέγχονται όλα τα νεογνά για πιθανή έλλειψη G6PD μετά την 3η ημέρα ζωής μέσω της ξηρής σταγόνας αίματος που λαμβάνεται σε κάρτα Guthrie. Ισχυρή υποψία της νόσου πρέπει να υπάρχει σε παιδιά μεταναστατών από χώρες της Νοτιοανατολικής Μεσογείου και Αφρικής με αιμολυτική αναιμία και άγνωστο ιατρικό ιστορικό.

ΑΑ004

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΗΠΙΟΥ 3 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΥΣ ΜΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.

Άννα Ρεντζή, Ειρήνη Καλαντζή, Ανθένια Μηνδρινού, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο", Βόλος

Εισαγωγή: Η δρεπανοκυτταρική νόσος αποτελεί την πιο συχνή αιμοσφαιρινοπάθεια παγκοσμίως. Πρόκειται για ένα μονογονιδιακό νόσημα, κλινική οντότητα του οποίου αποτελεί η μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, όπου συνυπάρχει η μετάλλαξη που οδηγεί στον σχηματισμό της αιμοσφαιρίνης S με την μετάλλαξη που προκαλεί την β- θαλασσαιμία.
Σκοπός: Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση περίπτωσης νηπίου 3 ετών με ατομικό ιστορικό μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας με εικόνα ιογενούς λοίμωξης και σοβαρή αναιμία.
Υλικό-Μέθοδος: Οι πληροφορίες καταγράφηκαν από το ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς στην κλινική μας και το μετέπειτα follow-up του.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για νήπιο θήλυ 3 ετών με μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία που εισήχθη στην παιδιατρική κλινική λόγω εμπυρέτου από 3ημέρου με συνοδούς εμέτους. Κλινικά παρουσίαζε έντονη ωχρότητα και εικόνα εξέρυθρων παρισθμίων με νεοαγγείωση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σοβαρή αναιμία, ήπια λευκοπενία με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, θρομβοπενία, αυξημένη τιμή LDH και υπερχολερυθριναιμία έμμεσου τύπου, χωρίς αυξημένους δείκτες λοίμωξης. Το film array αναπνευστικού ήταν θετικό για Parainfluenza 1. Το παιδί έλαβε δύο μεταγγίσεις αίματος με πλυμμένα λευκαφαιρεμένα ερυθρά με 7ml/kg/24h, ενδοφλέβια ενυδάτωση και αντιβιοτική αγωγή με κεφοταξίμη. Λόγω μίας διαρροϊκής κένωσης έγινε έλεγχος για ιούς Rota/Adeno και καλλιέργεια κοπράνων με αρνητικά αποτελέσματα. Το PCR αίματος για ιούς EBV/CMV/ADENO/PARVO/ENTEROVIRUS και η καλλιέργεια αίματος στείρα και καλλιέργεια φαρυγγικού αρνητική για στρεπτόκοκκο. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε ήπια σπληνομεγαλία. Διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Το παιδί σημείωσε προοδευτικά κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με αύξηση και των τριών σειρών αίματος.
Συμπεράσματα: Τα παιδιά μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία οφείλουν να παρακολουθούνται στενά σε περίπτωση λοίμωξης για την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών με κυριότερη την απλαστική κρίση.

ΑΑ005

ΝΟΣΟΣ CASTLEMAN: ΕΝΑΣ ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΜΙΜΟΣ

Μαρίνα Λάμπρου, Νίκη Πανουτσακοπούλου, Εριφύλη Κρικέλλη, Αλεξία-Ελίζα Βίντερ, Λάζαρος Τατόγλου, Βασιλική Γεωργοπούλου, Καλυψώ Δανελάτου
Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

Εισαγωγή: Η νόσος Castleman αποτελεί ιδιοπαθή λεμφοϋπερπλαστική νόσος με επιπολασμό <1/100.000. Η μέση ηλικία εμφάνισης στα παιδιά είναι τα 11,5 έτη, με ίση εμφάνιση στα δύο φύλα. Υπάρχουν δύο κλινικές μορφές: η μονοεστιακή (73,9%) και η πολυεστιακή (26,1%) αλλά και τρεις ιστολογικές: η υαλοειδής αγγειακή (56,6%), η πλασματοκυτταρική (21,7%) και η μεικτή (13%). Η συνηθέστερη μορφή στα παιδιά είναι η μονοεστιακή (75%), με κύρια εντόπιση στον τράχηλο (64,7%) και είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η πολυεστιακή μορφή προβάλλει με συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό, αρθραλγία, κοιλιακό άλγος, λόγω αυξημένης παραγωγής IL-6.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης νηπίου με διόγκωση υπερκλείδιου λεμφαδένα και μικρών τραχηλικών άμφω.
Υλικό και μέθοδος: Νήπιο άρρεν 4 ετών εισήχθη στην Π/Δ κλινική λόγω εμπυρέτου έως 38,1°C από 5ημέρου ενώ παρουσιάζει υπερκλείδιο τραχηλικό λεμφαδένα ΑΡ από 7μήνου. Α/Ε: διογκωμένος υπερκλείδιος λεμφαδένας αριστερά, μικροί τραχηλικοί λεμφαδένες άμφω, ερυθρά παρίσθμια, λοιπή: κφ. Ε/ε: WBC:16,22K/μl, NEU:61%, CRP:9,43mg/dl, ΤΚΕ:94mm/1h, Monotest:(-), ορολογικός έλεγχος αρνητικός για Toxoplasma/Rubella/CMV/Bartonella henselae. U/S τραχήλου: υπερκλείδιος τραχηλικός λεμφαδένες (ΑΡ) (4,9x2,5εκ.), παρουσία μικρότερων άμφω. Έλαβε iv κεφοταξίμη. Διενεργήθη χειρουργική αφαίρεση και βιοψία του υπερκλείδιου τραχηλικού λεμφαδένα, καθώς και PET-CT με συνακόλουθη σταδιοποίηση θέτοντας την διάγνωση της μονοεστιακής νόσου Castleman.
Αποτελέσματα-Συμπέρασμα: Η νόσος Castleman αποτελεί σπάνια αιτία λεμφαδενικής διόγκωσης στην παιδική ηλικία. Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι βοηθητικός. Η χειρουργική αφαίρεση του προσβεβλημένου λεμφαδένα είναι διαγνωστική και θεραπευτική στη μονοεστιακή μορφή. Για την πολυεστιακή μορφή χρησιμοποιούνται σχήματα κορτιζόνης, χημειοθεραπεία και βιολογικοί παράγοντες. Η νόσος Castleman στους ενήλικες συσχετίζεται με τους ιούς HHV-8/HIV, ενώ στα παιδιά ευοδώνεται από την πρώιμη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος.



ΑΑ006

ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ SUPT5H ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Μαρία Χαδόλια[1], **Φαίδρα Σαμαρά-Χρυστοστομίδου[1]**, Χριστίνα Βρεττού[2], Νίκος Μαρινάκης[2], Περικλής Μακρυθανάσης[2], Μαρίνα-Κέλυ Οικονόμου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ
[2] Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η μη-μεταγγισιοεξαρτώμενη β-μεσογειακή αναιμία (β-ΜΑ) οφείλεται σε ηπιότερες μεταλλάξεις στο γονίδιο της β-αλυσίδας της αιμοσφαιρίνης (*HBB*), συγκριτικά με τη μεταγγισιοεξαρτώμενη μορφή. Πρόσφατα, περιγράφηκαν ασθενείς με φαινότυπο μη μεταγγισιοεξαρτώμενης β-ΜΑ στα πλαίσια διπλής ετεροζυγωτίας μεταλλάξεων του *HBB* με σπάνιες loss-of-function μετάλλαξεις (LoF) του *SUPT5H.*
Σκοπός: Περιγραφή παιδιού με διπλή ετεροζυγωτία για τη μετάλλαξη IVSI-1 του *HBB* και σπάνια LoF παραλλαγή του *SUPT5H*.
Υλικό-Μέθοδος: Οι γονείς του περιγραφόμενου ασθενή ήταν γνωστοί φαινοτυπικοί φορείς β-ΜΑ, ωστόσο, με αδυναμία ταυτοποίησης της μετάλλαξης της μητέρας σε γονιδιακό έλεγχο. Στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου κατά την κύηση του πάσχοντος παιδιού, σε δείγμα χοριακών λαχνών αναδείχθηκε σε ετεροζυγωτία μόνον η μετάλλαξη IVSI-1, κληρονομούμενη από τον πατέρα. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα του παιδιού στα χρόνια που ακολούθησαν ήταν συμβατή με μη μεταγγισιοεξαρτώμενη β-ΜΑ (ήπια υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία επιδεινούμενη σε λοιμώξεις, υπίκτερος, οριακή σπληνομεγαλία).
Αποτελέσματα: Σε συνεργασία με κέντρο του εξωτερικού, με την τεχνική αλληλούχισης επόμενης γενιάς (NGS) αναδείχθηκε, εν τέλει, LoF μετάλλαξη του *SUPT5H* (c.1741_1744dupAACC). Η συγκεκριμένη μετάλλαξη σε συνδυασμό με τη μετάλλαξη IVSI-1 θεωρείται ότι ευθύνεται για την εικόνα ήπιας ενδιάμεσης β-ΜΑ του ασθενή, ακολουθώντας διγονιδιακό πρότυπο εκδήλωσης της νόσου.
Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή αποτελεί σπάνιο παράδειγμα διπλής ετεροζυγωτίας γνωστής μετάλλαξης του *HBB* και μετάλλαξης του *SUPT5H*, ενισχύοντας τη συσχέτιση του τελευταίου με ενδιάμεση β-ΜΑ. Σε ασθενείς με φαινότυπο φορείας β-ΜΑ και αρνητικό γενετικό έλεγχο για κοινές μεταλλάξεις *HBB*, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Η χρήση της NGS αποτελεί δυναμικό διαγνωστικό εργαλείο, επιτρέποντας την ανίχνευση σπάνιων ή νέων μεταλλάξεων και συμβάλλει ουσιαστικά στη διάγνωση, γενετική συμβουλευτική και πρόγνωση.

ΑΑ007

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΝΕΦΡΩΒΛΑΣΤΩΜΑ ΣΤΑΔΙΟΥ V ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 11 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χριστίνα Μορφινή Καραγιάννη, Βασιλική Κορδώνη, Αθηνά Τσουρτσούλα, **Ιωάννα Κωνσταντίνου** Σοφία Χριστίνα Καντή, Γεωργία Αλεξάνδρα Παρασκευά, Ελένη Ποδηματά, Μιχαήλ Μαγκαφάς, Χριστίνα Κεφαλά
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", Ρόδος

Εισαγωγή: Το νεφρωβλάστωμα αποτελεί τον συχνότερο κακοήθη νεφρικό όγκο της παιδικής ηλικίας. Η αμφοτερόπλευρη εντόπιση είναι σπάνια (5% των περιπτώσεων) και χαρακτηρίζεται ως στάδιο V, με αυξημένες διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες, ιδίως όταν η αρχική συμπτωματολογία είναι άτυπη.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού βρέφους με μη ειδική εικόνα ανησυχίας και μετεωρισμού κοιλίας, στο οποίο διαγνώστηκε αμφοτερόπλευρο νεφρωβλάστωμα σταδίου V.
Υλικό: Άρρεν βρέφος ηλικίας 11 μηνών, προσκομίστηκε στο παιδιατρικό ΤΕΠ με κύριο σύμπτωμα την έντονη ανησυχία.
Μέθοδος: Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε μετεωρισμός κοιλίας και ψηλαφητή μάζα δεξιά. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε μάζα δεξιού νεφρού 13 εκ. και μικρότερη στον αριστερό. Το παιδί παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση.
Αποτελέσματα: Η διαγνωστική προσπέλαση επιβεβαίωσε τη διάγνωση αμφοτερόπλευρου νεφρωβλαστώματος σταδίου V. Ξεκίνησε χημειοθεραπεία με στόχο τη διατήρηση λειτουργικού νεφρικού ιστού.
Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της λεπτομερούς κλινικής εκτίμησης ακόμη και σε φαινομενικά αθώα συμπτώματα. Η έγκαιρη υποψία και παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση και την έναρξη θεραπείας σπάνιων, δυνητικά απειλητικών για τη ζωή νοσημάτων.





ΑΑ008

ΑΝΑΙΜΙΑ FANCONI ΛΟΓΩ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΟΜΟΖΥΓΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ FANCA: Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ RT-PCR

Βαλεντίνα Διαμαντίδου[1], **Μαρία Χαδόλια**[1], Φαίδρα Σαμαρά-Χρυσοστομίδου[1], Ιωάννα-Ραχήλ Traeger-Συνοδινού[2], Μαρία Τζέτη[2], Περικλής Μακρυθανάσης[2], Χρυσταλλένα Σοφοκλέους[2], Δανάη Βελτρά[2], Μαρίνα Κέλυ Οικονόμου[1]
[1] Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
[2] Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η αναιμία Fanconi (ΑΦ) είναι μια σπάνια κληρονομούμενη γενετική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από προοδευτική ανεπάρκεια του μυελού των οστών, πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κακοηθειών.
Σκοπός: Η παρουσίαση της διαγνωστικής προσέγγισης σε περιστατικό ΑΦ με σπάνια ομόζυγη παραλλαγή στο γονίδιο FANCA.
Υλικό και Μέθοδος: Κορίτσι 8 ετών, υπό παιδο-ενδοκρινολογική παρακολούθηση λόγω συγγενούς υποθυρεοειδισμού και κοντού αναστήματος, παραπέμφθηκε στο Παιδοαιματολογικό Τμήμα για διερεύνηση πανκυτταροπενίας στα πλαίσια λοίμωξης. Η χαρακτηριστική εργαστηριακή παρουσία μακροκυττάρωσης έθεσε την υποψία κληρονομούμενο συνδρόμου μυελικής ανεπάρκειας, ενώ συμβατός ήταν και ο λοιπός κλινικός φαινότυπος (μικροκεφαλία, δισχιδής ράχη, ήπια νοητική υστέρηση).
Αποτελέσματα: Η υποψία της διάγνωσης ενισχύθηκε μέσω επώασης λεμφοκυττάρων περιφερικού αίματος με μιτομυκίνη C, με την ανεύρεση χρωμοσωμικών θραυσμάτων σε >90% των μιτώσεων. Ακολούθησε ανάλυση όλων των εξονίων του γονιδιώματος (WES), κατά την οποία ανιχνεύθηκε ομόζυγη παραλλαγή FANCA: NM_000135.4:c.3829-9G>A, χαρακτηρισμένη ως παραλλαγή αβέβαιης κλινικής σημασίας. Ακολούθησε RT-PCR (αντίστροφη μεταγραφή και ανάλυση cDNA) και επιβεβαιώθηκε διαταραχή του φυσιολογικού προτύπου ματίσματος του γονιδίου μετά από ένθεση 7 νουκλεοτιδίων στο τέλος του εξονίου 3, που οδηγεί σε πρώιμο τερματισμό της πρωτεϊνοσύνθεσης.
Συμπεράσματα: Η διάγνωση της ΑΦ βασίζεται σε χαρακτηριστικά κλινικά και κυτταρογενετικά ευρήματα, ενώ η μοριακή επιβεβαίωση είναι αναγκαία για την ακριβή γενετική ταυτοποίηση, τον καθορισμού του προμεταμοσχευτικού σχήματος και τη δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής. Σε περιπτώσεις όπου η ανάλυση εξονίων (WES) δεν καταλήγει σε σαφές αποτέλεσμα, η RT-PCR αποτελεί απαραίτητο συμπληρωματικό διαγνωστικό εργαλείο.



ΑΑ009

ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΕΣ ΑΝΑΙΜΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: A CASE SERIES

Φαλιάγκα Ιφιγένεια, Κανάτα Μαλαματή, Τρίτου Μαρία-Μελπομένη, Μαρίνα-Κέλυ Οικονόμου
Α' Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ως μη μεταγγισιοεξαρτώμενη χρόνια αναιμία ορίζεται αυτή όπου τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης (7-10g/dL) επιτρέπουν την επιβίωση χωρίς τακτική μεταγγισιοθεραπεία. Μη μεταγγισιοεξαρτώμενοι ασθενείς ενδέχεται να μεταγγιστούν περιστασιακά λόγω οξέος συμβάντος είτε να καταστούν πολυμεταγγιζόμενοι για βελτίωση της ποιότητας ζωής.
Σκοπός: Να καταδειχθούν περιπτώσεις στις οποίες μη μεταγγισιοεξαρτώμενοι ασθενείς εντάσσονται σε τακτικό πρόγραμμα μεταγγίσεων και να εκτιμηθεί ο απόηχος της απόφασης αυτής.
Υλικό: Περιγράφουμε τρεις περιπτώσεις παιδιών με κληρονομούμενες μη μεταγγισιοεξαρτώμενες αναιμίες τα οποία τέθηκαν σε τακτική μεταγγισιοθεραπεία για διαφορετικούς λόγους, με αντίστοιχα οφέλη, αλλά, και ανεπιθύμητα συμβάματα.
Μέθοδος: Αναδρομική ανασκόπηση ιατρικών φακέλων και περιγραφή περιπτώσεων.
Αποτελέσματα: Ασθενής πάσχων από ενδιάμεση Β-θαλασσαιμία τέθηκε σε τακτικό πρόγραμμα μεταγγίσεων λόγω οστικών αλλοιώσεων. Η χρόνια μεταγγισιοθεραπεία οδήγησε σε βελτίωση της οστικής εικόνας, αλλά, σχετίστηκε με αιμοσιδήρωση και αλλοανοσοποίηση.
Ασθενής, πάσχουσα από δρεπανοκυτταρική νόσο, τέθηκε σε πρόγραμμα τακτικών αφαιμαξομεταγγίσεων λόγω αυξημένων ταχυτήτων ροής στο διακρανιακό doppler. Η θεραπεία έδρασε προφυλακτικά στην εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ωστόσο, σχετίστηκε και πάλι με αιμοσιδήρωση και αλλοανοσοποίηση.
Τέλος, ασθενής με κληρονομική σφαιροκυττάρωση, επαναλαμβανόμενες αιμολυτικές κρίσεις στα πλαίσια λοιμώξεων και επιδεινούμενη σπληνομεγαλία, ετέθη σε πρόγραμμα τακτικών μεταγγίσεων σε προσπάθεια βελτίωσης της αιματικής ροής στο σπλήνα και διακοπή του φαύλου κύκλου ενδοσπληνικής καταστροφής και σπληνικής διόγκωσης. Η μεταγγισιοθεραπεία φάνηκε να επιτυγχάνει το στόχο της, χωρίς επιπλοκές πέρα από την αναμενόμενη αύξηση του φορτίου σιδήρου.
Συμπεράσματα: Οι κληρονομούμενες μη μεταγγισιοεξαρτώμενες αναιμίες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών οντοτήτων και χρήζουν εξατομικευμένης αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της επιλεκτικής εφαρμογής προγράμματος τακτικών μεταγγίσεων, με τη γνώση - και, άρα, έγκαιρη διαχείριση - των σχετιζόμενων πιθανών επιπλοκών.

ΑΑ010

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΦΑΙΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ

Ιωάννα Ψαρράκου, Ελένη Τσοτρίδου, Μαρία Κούρτη, Βασιλική Αντάρη, Σάββας Κολάνης, Αθανάσιος Τραγιαννίδης, Εμμανουήλ Χατζηπαντελής
Μονάδα Παιδικής και Εφηβικής Αιματολογίας-Ογκολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ ΠΓΝΘ

Σκοπός: Η παρουσίαση διερεύνησης περιστατικού εφήβου με χρόνια αιμολυτική αναιμία και αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο επί δεκαετίας, στον οποίο ανιχνεύθηκε παθογόνος παραλλαγή του γονιδίου SPTB, υπεύθυνου για την σφαιροκυττάρωση τύπου 2.
Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκε το ιστορικό και ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς.
Αποτελέσματα: Πρόκειται για έφηβο αγόρι 15 ετών με επεισόδια αιμολυτικής αναιμίας από δεκαετίας με επακόλουθη ικτερική χροιά και σπληνομεγαλία. Από το οικογενειακό ιστορικό ο πατέρας είναι φορέας β-μεσογειακής αναιμίας και σ. Gilbert ενώ η μητέρα πάσχει από ψωριασική αρθρίτιδα. Στα πλαίσια διερεύνησης των αιμολυτικών κρίσεων διενεργήθηκε εργαστηριακός έλεγχος με αύξηση δεικτών αιμόλυσης, αρνητική Coombs (άμεση και έμμεση) και μείωση της απτοσφαιρίνης. Εστάλη γονιδιακός έλεγχος για α και β- μεσογειακή αναιμία, έλεγχος για PNH, δοκιμασία ωσμωτικής αντίστασης (αρνητική σε 4 ελέγχους διαχρονικά) καθώς και δοκιμασία δρεπάνωσης, με τα αποτελέσματα να είναι αρνητικά. Ακολούθως διενεργήθηκε ανοσολογικός έλεγχος με αντισώματα (ψυχροσυγκολλητίνες, pANCA, cANCA, anti-dsDNA), για πιθανά αυτοάνοσα νοσήματα, χωρίς παθολογικά αποτελέσματα. Εξαιτίας της επιμονής των αιμολυτικών κρίσεων και παρά την αρνητική δοκιμασία ωσμωτικής αντίστασης, εστάλη περαιτέρω γονιδιακός έλεγχος για πιθανή σφαιροκυττάρωση. Από την ανάλυση μέσω WES (Whole Exome Sequencing) ανιχνεύθηκε η παθογόνος παραλλαγή c.5312G>A p. (Trp1771), σε ετεροζυγωτία, του γονιδίου SPTB, υπεύθυνου για σφαιροκυττάρωση τύπου 2. Για την επιβεβαίωση της παθογονικότητας της παραλλαγής απαιτείται γονιδιακός έλεγχος και των δύο γονέων ως προς τη μετάλλαξη αυτή.
Συμπέρασμα: Η σφαιροκυττάρωση οφείλεται σε διαταραχή της μεμβράνης των ερυθροκυττάρων λόγω ετερόζυγης, συνηθέστερα, μετάλλαξης του γονιδίου STPB στο χρωμόσωμα 14q23. Κλινικά χαρακτηρίζεται από αναιμία, ίκτερο και σπληνομεγαλία, ενώ μπορούν να εμφανιστούν αιμολυτικές και απλαστικές κρίσεις και χολολιθίαση. Εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής, οι πιθανότητες εμφάνισής της είναι υψηλότερες από ένα άτομο που δεν έχει ιστορικό. Η διάγνωση μερικές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω έλλειψης παθογνωμονικών εργαστηριακών ευρημάτων, γι' αυτό και απαιτείται λεπτομερής γονιδιακός έλεγχος.



ΑΑ011

ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Λάμαρη Ιωάννα, Ευφροσύνη Τσιαμπαλή, Πέτρος Κωνσταντίνου, Εύη Αγαθοκλέους, Ευαγγελία Μέρμηγκα, **Παπακώστας Στέργιος,** Νικολέττα Κόνιαρη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ITP) είναι αιμορραγική διαταραχή, αποτέλεσμα ανοσολογικής καταστροφής των αιμοπεταλίων. Εκδηλώνεται ως πρωτοπαθής, συνήθως μετά από ιογενή λοίμωξη ή εμβολιασμό, ή ως δευτεροπαθής, σε νοσήματα όπως ο ΣΕΛ. Στα παιδιά, εμφανίζεται με πετέχειες, εκχυμώσεις ή βλεννογόνιες αιμορραγίες και χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων. Η επίπτωσή της κυμαίνεται μεταξύ 1,9–6,4/100.000 παιδιά ετησίως.
Σκοπός: Παρουσίαση τριών περιστατικών με ITP κατά τη διάρκεια της επιδημίας της εποχικής γρίπης 2024-2025.
Υλικό:

- **Περιστατικό 1**: Νήπιο, 3 ετών, προσκομίζεται λόγω έκθυσης πετεχειών και εκχυμώσεων ολοσωματικά. Αναφέρεται ιστορικό ιογενούς συνδρομής προ 3ημέρου και χορήγησης αντιγριπικού εμβολίου προ 10ημέρου.
- **Περιστατικό 2**: Παιδί, 6 ετών, προσκομίζεται λόγω έκθυσης αιμορραγικού και μικροκηλιδώδους εξανθήματος και συνοδό εμπύρετο. Αναφέρεται ιστορικό αντιγριπικού εμβολιασμού 15 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων.
- **Περιστατικό 3**: Έφηβη, 12 ετών, προσκομίζεται λόγω έκθυσης αιμορραγικού εξανθήματος, ρινορραγίας και αιμορραγίας από τον στοματικό βλεννογόνο. Αναφέρεται ιστορικό γρίπης τύπου Α προ τριημέρου.

Μέθοδος: Οι παραπάνω ασθενείς διερευνήθηκαν με γενική αίματος, CRP, ιολογικό, ανοσολογικό έλεγχο, άμεση coombs και γενική ούρων. Επιπλέον έγινε υπέρηχος κοιλίας και βυθοσκόπηση. Όπου ενδείκνυτο ελήφθη αιμοκαλλιέργεια, filmarray αναπνευστικού και ανοσοφαινότυπος. Λόγω κλινικής εικόνας τέθηκαν σε ενδοφλέβια έγχυση με γ-σφαιρίνη 0,8g/kg.
Αποτελέσματα: Στους εν λόγω ασθενείς διαπιστώθηκε θρομβοπενία με αριθμό αιμοπεταλίων $\leq$ 5.000/μL στο επίχρισμα περιφερικού αίματος. Η γενική αίματος ήταν κατά τα λοιπά φυσιολογική. Το filmarray αναπνευστικού ανίχνευσε ιό γρίπης τύπου Α και ρινοεντεροϊό. Ο υπόλοιπος έλεγχος δεν ανέδειξε άλλη παθολογία. Μετά την έγχυση της γ-σφαιρίνης παρουσίασαν σταδιακή άνοδο των αιμοπεταλίων.
Συμπεράσματα: Κατά την επιδημία γρίπης 2024–2025, παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα ITP σε παιδιά με πρόσφατο εμβολιασμό ή λοίμωξη. Η έγκαιρη θεραπεία με IVIG οδήγησε σε πλήρη αποκατάσταση. Αν και υπάρχει χρονική συσχέτιση, δεν τεκμηριώνεται αιτιολογική σύνδεση με τον εμβολιασμό.



ΑΑ012

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΜΟΥΡΑΦΕΝΙΜΠΗΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ LANGERHANS:Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ελένη Τσοτρίδου[1], Σάββας Κολάνης[1], Βασιλική Αντάρη[1], Μαρία Κούρτη[1], Θωμάς Ζαραμπούκας[2], Αγγελική Χέβα[2], Αθανάσιος Τραγιαννίδης[1], Ασημούλα Γαλλή-Τσινοπούλου[1], Εμμανουήλ Χατζηπαντελής[1]
[1]Μονάδα Παιδικής και Εφηβικής Αιματολογίας-Ογκολογίας, Β Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
[2]Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ιστιοκυττάρωση Langerhans (LCH) αποτελεί νόσο με μεγάλη κλινική ετερογένεια που χαρακτηρίζεται από την κλωνική επέκταση κυττάρων CD207 (λανγκερίνη)+, CD1a+, ικανών να διηθούν ποικιλία ιστών. Περίπου το 40% των ασθενών υποτροπιάζουν και η διαχείρισή τους εξακολουθεί να αποτελεί μια κλινική πρόκληση. Η ανακάλυψη των υποκείμενων μοριακών μηχανισμών άνοιξε νέους ορίζοντες με τη χρήση στοχευμένων θεραπειών.
Σκοπός: Περιγράφουμε μία περίπτωση πολυσυστηματικής ιστιοκυττάρωσης Langerhans $BRAF^{V600E}$ (+) με καλή ανταπόκριση στη χορήγηση βεμουραφενίμπης σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία μετά από υποτροπή.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε ο ιατρικός φάκελος της ασθενούς.
Αποτελέσματα: Θήλυ βρέφος 5 μηνών εισήχθη στη Μονάδα μας στο πλαίσιο διερεύνησης μορφώματος οπισθωτιαία αριστερά με προοδευτική αύξηση από μηνός με παράλληλη έκθυση εξανθήματος σε κορμό και ράχη. Η παθολογοανατομική εξέταση του εξαιρεθέντος μορφώματος ανέδειξε ευρήματα συμβατά με LCH και η κυτταρογενετική ανάλυση ήταν θετική για την παθογόνο μετάλλαξη $BRAF^{V600E}$. Δε διαπιστώθηκε συμμετοχή οργάνων υψηλού κινδύνου. Η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με πρεδνιζολόνη και βιμπλαστίνη με καλή ανταπόκριση, ωστόσο παρουσίασε τοπική υποτροπή δύο μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό χημειοθεραπείας με κυτοσίνη-αραβινοσίδη (Ara-C) and 2'-χλωροδεοξυαδενοσίνη (2-CdA) και από του στόματος βεμουραφενίμπης, ενός εκλεκτικού BRAF αναστολέα, με καλή ανταπόκριση και χωρίς εκδήλωση σχετιζόμενης τοξικότητας.
Συμπεράσματα: Η μετάλλαξη $BRAF^{V600E}$ σχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση και υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής σε παιδιατρικούς ασθενείς με LCH. Η χρήση της βεμουραφενίμπης έχει επιδείξει εξαιρετική αποτελεσματικότητα αλλά υψηλά ποσοστά υποτροπής. Ο συνδυασμός της με ενδιάμεση δόση της κλασικής μυελοτοξικής χημειοθεραπείας αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη νέα προσέγγιση.



ΑΑ166

ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΟΣ ΒΗΧΑΣ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 11 ΕΤΩΝ – ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

Μαρία Μέντζιου, Αγγελική Τζαγκαράκη, Σοφία Στεφανάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Μαρία Ανατολιωτάκη, Ιωάννα Χρανιώτη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου “Βενιζέλειο-Πανάνειο”, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Τα σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας αποτελεί επείγουσα κατάσταση ποικίλης αιτιολογίας, με θορυβώδη συνήθως κλινική εκδήλωση λόγω φλεβικής συμφόρησης στο άνω τμήμα του σώματος. Η συμπτωματολογία προσέλευσης θέτει την υποψία του συνδρόμου και είναι απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση προς αποκλεισμό υποκείμενης νεοεξεργασίας.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, σε έδαφος όγκου μεσοθωρακίου.
Υλικό. Αγόρι 11 ετών με σημαντικά επιδεινούμενο από 48ωρου βήχα και αναπνευστική δυσχέρεια, με σύνοδο νυχτερινή εφίδρωση και κνησμό. Αναφέρεται έναρξη βήχα από 10ημερου.
Μέθοδος: Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ορθόπνοια, με σύνοδο οίδημα και ερυθρότητα προσώπου, τραχήλου και άνω τμήματος θώρακα. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διεύρυνση μεσοθωρακίου. Ακολούθησε επείγουσα απεικόνιση θώρακος με αξονική τομογραφία.
Αποτελέσματα: Η CT θώρακος ανέδειξε μάζα μεσοθωρακίου με παρουσία ιστού περισφαγιτιδικά δεξιά, block τραχηλικών λεμφαδένων αμφοτερόπλευρα και μέτρια περικαρδιακή συλλογή με παρεκτόπιση της τραχείας. Το αγόρι παραπέμφθηκε άμεσα για περαιτέρω αντιμετώπιση σε τμήμα Αιματολογίας & Ογκολογίας Παίδων.
Συμπεράσματα: Το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας αποτελεί μια κλινική οντότητα που συνήθως συνδέεται με υποκείμενη νεοεξεργασία στον παιδιατρικό πληθυσμό. Είναι σημαντικό να τεθεί έγκαιρα η υποψία ώστε να διερευνηθεί και να διαγνωσθεί με σκοπό τη σημαντικότερη δυνατή παρέμβαση και αποσυμφόρηση.



ΑΑ013

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΠΑΡΕΣΗ ΦΡΕΝΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 3 ΜΗΝΩΝ

Παύλος Παπαδόπουλος, **Γρηγόριος Παπαντωνίου**, Αικατερίνη Κεμετζή, Σπυρίδων Χατζηγεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η κύρια λειτουργία του φρενικού νεύρου είναι η ρύθμιση της αναπνοής. Κατά την εισπνοή, το διάφραγμα συσπάται και επιπεδώνεται. Η διαφραγματική παράλυση ως επί των πλείστων σχετίζεται με τραυματισμό του φρενικού νεύρου και ακολούθως, συχνότερα αίτια είναι πίεση από όγκους, ιογενείς λοιμώξεις, παθήσεις της αυχενικής μοίρας και νευρολογικές παθήσεις. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων σχετίζεται με πάρεση του ενός ή και των δύο φρενικών νεύρων καθώς και με την ύπαρξη υποκείμενης νόσου. Η υποψία τίθεται με την ανύψωση του σύστοιχου ημιδιαφράγματος στην ακτινογραφία και επιβεβαιώνεται με ακτινοσκόπηση.
Σκοπός: Η αναγκαιότητα διάγνωσης της πάρεσης του φρενικού νεύρου ειδικότερα σε περιπτώσεις αναπνευστικής δυσχέρειας.
Παρουσίαση Περιστατικού: Το περιστατικό αφορά βρέφος άρρεν 3 μηνών που προσκομίστηκε λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας επί εδάφους οξείας βρογχιολίτιδας από RSV. Το βρέφος στην προσέλευση ήταν απύρετο και εμφάνιζε σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας (εισολκές μεσοπλεύριων, ταχύπνοια, υποξυγοναιμία), τέθηκε σε headbox στα 2lt O2/min και συστηματικές νεφελοποιήσεις με σαλβουταμόλη και βρωμιούχο ιπρατρόπιο. Κατά τη νοσηλεία διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος όπου παρατηρήθηκε ανύψωση του δεξιού ημιδιαφράγματος και τέθηκε η υποψία πάρεσης του φρενικού νεύρου. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα διαφράγματος, όπου αναδείχθηκε παράδοξη κινητικότητα του δεξιού ημιδιαφράγματος το οποίο ανυψώνονταν κατά την εισπνοή, ενώ το αριστερό ημιδιάφραγμα κατασπόνταν φυσιολογικά. Ο ασθενής νοσηλεύθηκε για 7 ημέρες, εξήλθε βελτιωμένος και παραπέμφθηκε σε παιδοπνευμονολόγο, όπου διενεργήθηκε νέο υπερηχογράφημα διαφράγματος και ακτινοσκόπηση και έγινε λόγος για τυχαίο εύρημα ήπιας πάρεσης φρενικού νεύρου και δόθηκε σύσταση για επανέλεγχο σε 6 μήνες.
Συμπέρασμα: Η πάρεση του φρενικού νεύρου θα πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση σε περιπτώσεις ανύψωσης του ημιδιαφράγματος σε ακτινογραφία θώρακος.

ΑΑ014

ΑΓΟΡΙ 8 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΕ ΣΕΒΟΦΛΟΥΡΑΝΙΟ

Καρκάνης Ευάγγελος, Κατσούλα Βασιλική, Βασιλοπούλου Μαρία, Πολυζώη Άρτεμις, Κωσταρίδου Σταυρούλα, Μερμίρη Δέσποινα
Γενικό νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

Εισαγωγή: Κατά την εισαγωγή στην γενική αναισθησία (ΓΑ) διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση αναφυλακτικής αντίδρασης (αντιβιοτικά, λάτεξ, μυοχαλαρωτικά). Ωστόσο η αναφυλαξία από πτητικούς αναισθητικούς παράγοντες είναι σπάνια.
Σκοπός της Μελέτης: Η παρουσίαση ασθενή που στα πλαίσια προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης παρουσίασε ανθεκτικό αναφυλακτικό σοκ κατά την εισαγωγή στην (ΓΑ)
Υλικό: Αγόρι 8 ετών με δεξιά ημιπληγία λόγω εγκεφαλικής παράλυσης, κατά την εισαγωγή στην (ΓΑ) για προγραμματισμένο χειρουργείο επιμήκυνσης αχίλλειου τένοντα έλαβε σεβοφλουράνιο και iv μιδαζολάμη. Αμέσως μετά, παρουσίασε σπασμό μασητήρων, υπόταση, βραδυκαρδία, ερύθημα και αποκορεσμό. Διασωληνώθηκε άμεσα και αντιμετωπίστηκε ως αναφυλακτικό σοκ. Παρουσίασε πολυοργανική συμμετοχή (αύξηση καρδιακών ενζύμων, αιματηρές κενώσεις, γαλακτική οξέωση)
Μέθοδος: Για την επιβεβαίωση της αναφυλαξίας εστάλη **τρυπτάση** 30'-60' από το επεισόδιο και 2ο δείγμα (βασική τιμή) προ της εξόδου (115μg/lt & 3,77 μg/lt, αντίστοιχα, ΦΤ <10). Σε follow up για τον εντοπισμό του ενοχοποιητικού παράγοντα διενεργήθηκαν δερματικές δοκιμασίες νυγμού σε λάτεξ, λιδοκαΐνη και BAT σε μιδαζολάμη και σεβοφλουράνιο.
Αποτελέσματα: Από τον παραπάνω έλεγχο ενοχοποιήθηκε **μόνο** το Σεβοφλουράνιο.
SEVOFLURANE: ενεργοποιημένα βασεόφιλα (%) = 8,37SEVOFLURAN: ενεργοποιημένα βασεόφιλα (%) = 8,37
*θετικό αποτέλεσμα > 5%
Συμπεράσματα: Ο ασθενής παρουσίασε σοβαρή ανθεκτική αναφυλαξία στο πτητικό φάρμακο Sevoflurane και συνιστάται αποφυγή χορήγησης όλων των πτητικών όμοιας ομάδας

ΑΑ015

ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΟΞΥΣΜΟ ΠΡΟ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Παναγιώτα Παναγιώτου[1], Αναστάσιος-Παναγιώτης Χαντζαράς[2], **Άλκηστη Μαξιμιάδου[1]**, Θεόδωρος Ν. Σεργεντάνης[3], Αγγελική Μουδάκη[1], Αθανάσιος Μίχος[1] , Χριστίνα Κανακά-Gantenbein[1], Αθανάσιος Γ. Καδίτης[1]
[1] Μονάδα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας και Εργαστήριο Διαταραχών της Αναπνοής στον Ύπνο, Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, Ελλάδα
[2] Τμήμα Παιδοπνευμονολογίας, Evelina London Children's Hospital, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο
[3] Τμήμα Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ο ασθματικός παροξυσμός είναι σοβαρή αιτία νοσοκομειακών εισαγωγών, νοσηρότητας και θνησιμότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό. Κατά τη νοσηλεία δεν υπάρχουν σαφή αντικειμενικά κριτήρια για το εξιτήριο. Ο ύπνος επίσης έχει γνωστή επίδραση στην ανταλλαγή των αερίων, η οποία μπορεί να έχει κλινικές επιπτώσεις σε ασθενείς με αποφρακτική πνευμονική νόσο, όπως το άσθμα.
Σκοπός: Σκοπός είναι η σύγκριση του βασικού SpO_2 και McGill Score ασθενών με ασθματικό παροξυσμό προ της εξόδου από το νοσοκομείο, με ομάδες μαρτύρων και ομάδες ασθενών με αποφρακτικού τύπου διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο.
Υλικό και Μέθοδος: Σε αυτή την περιγραφική μελέτες συγκρίναμε καταγραφές νυχτερινής οξυμετρίας ασθματικών ασθενών (τη νύχτα προ εξιτηρίου), μαρτύρων και ασθενών με αποφρακτικού τύπου διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο, νοσηλευόμενων σε πανεπιστημιακή παιδιατρική κλινική κατά το χρονικό διάστημα από το Δεκέμβριο 2020 έως τον Απρίλιο 2024. Συγκρίναμε τη βασική τιμή SpO_2 (basal SpO_2) κατά τον ύπνο και το McGill Score, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία Mann-Whitney-Wilcoxon για κατά ζεύγη, αφού εφαρμόστηκε η δοκιμασία Kruskal-Wallis για έλεγχο της ετερογένειας του πληθυσμού.
Αποτελέσματα: Οι ασθματικοί ασθενείς προ εξιτηρίου (n=13) είχαν χαμηλότερες τιμές βασικού SpO_2 σε σύγκριση με τους μάρτυρες (n=21) και την ομάδα της αποφρακτικής διαταραχής της αναπνοής στον ύπνο (N=37) (SpO_2 93.7%, 96.4% και 96.7% αντίστοιχα, με $p<0.0001$). Το McGill Score δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες..
Συμπεράσματα: Σε αυτή τη μελέτη διαπιστώνουμε ότι η κλινική βελτίωση των ασθματικών ασθενών προηγείται της αντικειμενικής βελτίωσης των κορεσμών (SpO_2) τους. Συστήνεται η κλινική επαναξιολόγηση του ασθενούς 48 ώρες μετά το εξιτήριο για παρακολούθηση της πορείας του.

ΑΑ016

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 11-16 ΕΤΩΝ

Φιλιππίνα Γιαννίση-Χατζηγιάννη[1], **Στεφανία Τότσκα[2]**, Αναστασία Μπλιούμη[1], Ευδοκία Δάφφα[1], Ιωάννα Σαουρή[1], Στέφανος-Εμμανουήλ Τσοτουλίδης[1]
[1] ΚΥ Κασσανδρείας, Κασσάνδρεια Χαλκιδικής
[2] ΚΥ Τούμπας, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Παρατηρείται το φαινόμενο της καθυστέρησης και της μη ολοκλήρωσης των εμβολιασμών κατά την περίοδο της εφηβείας.
Σκοπός: Η εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης των ηλικιών 11-16 ετών και η ανάδειξη τυχόν διαφορών αναλόγως με το φύλο ή την περιοχή.
Υλικό: Βιβλιάρια εμβολίων παιδιών από μία αστική (πρόγραμμα "Διώνη") και μία επαρχιακή περιοχή της Β. Ελλάδας (δράση σε σχολεία με συγκατάθεση γονέων).
Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι εμβολιασμοί της εφηβείας (Tdap, MenACWY, HPV) από υγειονομικό προσωπικό. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το ανοιχτού κώδικα στατιστικό λογισμικό Jamovi.
Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν εμβολιασμοί 216 παιδιών (56,9% αγόρια), 138 από επαρχία και 78 από αστικό κέντρο με μ.ο. ηλικίας 13,4 έτη. Το συνολικό ποσοστό κάλυψης έναντι Tdap ήταν 65,3% και έναντι MenACWY 72,2% ενώ μόνο 50% παιδιών του δείγματος έχουν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό τους έναντι του HPV. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη έναντι του HPV ανάμεσα στα δύο φύλα και μεταξύ πόλης-επαρχίας.
Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη, αν και αποτελεί ένα πολύ μικρό δείγμα, δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ως προς την αποδοχή του HPV εμβολιασμού και από τα δύο φύλα, ωστόσο παραμένουν τα ποσοστά σε χαμηλά επίπεδα. Σημειώνεται καλύτερη εμβολιαστική κάλυψη για τα άλλα 2 εμβόλια, ωστόσο και αυτή κινείται σε χαμηλά επίπεδα. Πρέπει να δοθεί έμφαση στην εντατικοποίηση των εμβολιασμών στην εφηβεία και επιπλέον να ενισχυθεί η διαδικασία καταγραφής των εμβολιασμών στο εθνικό μητρώο.

ΑΑ017

ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 3,5 ΕΤΩΝ: ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TURNER.

Βασιλική Ψαρομηλίγκου[1], Πέτρος Σταθάκης[1], Αργύρης Λάκκας[1], Μάρθα Ζωντανού[1], Ειρήνη Βουντζουκλή[1], Σπυριδούλα Μπιζά[2], Κωνσταντίνα Υφαντή[3], Ευφροσύνη Τσεκούρα[1,2]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής
[2] Ιατρείο Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής
[3] Ιδιώτης Οδοντίατρος, Ηλιούπολη Αττικής

Εισαγωγή: Το σ. Turner είναι μία γενετική διαταραχή που **χαρακτηρίζεται** στην πλειοψηφία από **πλήρη** (μονοσωμία, 45,X0) **ή**, λιγότερο συχνά, **μερική απουσία του χρωμοσώματος Χ**. Το ισοχρωμόσωμα Χ, αποτελεί σπάνια δομική ανωμαλία του φυλετικού χρωμοσώματος η οποία εκδηλώνεται με έναν ηπιότερο κλινικά φαινότυπο συγκριτικά με τη μονοσωμία, γι'αυτό, τέτοιου είδους δομικές ανωμαλίες παραμένουν αδιάγνωστες μέχρι την εφηβεία ή και την ενήλικο ζωή.
Σκοπός: Περιγραφή κοριτσιού 11,5 ετών με ισοχρωμόσωμα Χ (σ.Turner) και **διάγνωση** σε **εξαιρετικά πρώιμη ηλικία** (νηπιακή **3,5 ετών**) βάσει **εκσεσημασμένων οδοντικών αλλοιώσεων**.
Υλικό-Μέθοδος: Υλικό αρχείου από το ιατρείο Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής.
Αποτελέσματα: Κορίτσι ηλικίας 3,5 ετών προσήλθε στο ιατρείο το 2017 λόγω ήπιας διαταραχής άρθρωσης. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Ωστόσο, παρατηρήθηκαν εκσεσημασμένες οδοντικές αλλοιώσεις με πολυτερηδονισμό, πολύ μικρό μέγεθος και αιχμηρή μορφολογία, μη αποδιδόμενες σε ανεπαρκή στοματική υγιεινή. Για τον λόγο αυτό συνεστήθη γονιδιακός έλεγχος που αποκάλυψε καρυότυπο 46,X,i(Xq), συμβατό με σύνδρομο Turner με ισοχρωμόσωμα Χ. Έκτοτε, παρακολουθείται συστηματικά από νευροαναπτυξιακή, ενδοκρινολογική και οδοντιατρική ομάδα. Οι οδοντικές αλλοιώσεις πιθανώς συνδέονται με διαταραχή της αδαμαντίνης ουσίας, εύρημα που έχει περιγραφεί σε άτομα με σύνδρομο Turner λόγω παρουσίας γονιδίων οδοντογένεσης στο φυλετικό χρωμόσωμα, κομμάτι του οποίου απουσιάζει. Πλην της ορμονοθεραπείας, λαμβάνει Τ4 λόγω αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας, η οποία επίσης είναι συχνό εύρημα στο συγκεκριμένο γονότυπο σ. Turner. Νευροαναπτυξιακά έχει φυσιολογικό νοητικό πηλίκο με WISC V (91–103) και βρίσκεται από την αρχική διάγνωση σε συστηματική παρέμβαση ειδικής αγωγής.
Συμπεράσματα: Το περιστατικό σκοπεύει στην ευαισθητοποίηση της ιατρικής κοινότητας στην πρώιμη διάγνωση σ. Turner μέσω διαταραχών αδαμαντίνης ουσίας στις περιπτώσεις με ηπιότερο φαινότυπο.

ΑΑ018

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ «FOREST BATHING» ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Φατμά Καρά Κεχαγιά[1], Βασιλική-Ρεγγίνα Τσινοπούλου[1,2], **Ελένη Π Κοτανίδου**[1,2], Παρασκευή Τατσιοπούλου[1], Ασημίνα Γαλλή-Τσινοπούλου[1,2]
[1] Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εφηβική Ιατρική και Φροντίδα Υγείας Εφήβων», Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2] Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Το “forest bathing” αποτελεί μορφή θεραπευτικής πρακτικής που περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως πεζοπορία ή λοιπή σωματική άσκηση σε δασικό περιβάλλον. Αποτελεί παραδοσιακό είδος άσκησης της Ιαπωνίας με τον τίτλο “Shinrin-yoku”.
Σκοπός: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση διερεύνησε την επίδραση του Forest Bathing στην ψυχική και στην σωματική υγεία εφήβων και νέων ενηλίκων (10-24 ετών). Οι παράμετροι έκβασης που ανασκοπήθηκαν για την σωματική υγεία ήταν: αρτηριακή πίεση, καρδιακός ρυθμός και επίπεδα κορτιζόλης σιέλου. Οι παράμετροι έκβασης που ανασκοπήθηκαν για την ψυχική υγεία ήταν: στρες, άγχος, θυμός, κατάθλιψη και ποιότητα ζωής.
Υλικό–Μέθοδος: Η μελέτη διενεργήθηκε με βάση τις συστάσεις PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), μετά από αναζήτηση μελετών στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Cochrane Library, PsycInfo, Google Scholar, δημοσιευμένων εως τον 12/2024. Η αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών που ανασκοπήθηκαν διενεργήθηκε με τα εργαλεία RoB2 (τυχαιοποιημένες), ROBINS-I (μη-τυχαιοποιημένες) και Newcastle-Ottawa scale (παρατήρησης), αντίστοιχα.
Αποτελέσματα: Από τις 481 δημοσιευμένες μελέτες, 22 πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και εισήχθησαν στην ανασκόπηση. Το Forest Bathing συνδέθηκε με στατιστικά σημαντική μείωση της καρδιακής συχνότητας στο σύνολο των μελετών που την εξέτασαν. Σημαντική μείωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης μετά το Forest Bathing καταγράφηκε στην πλειονότητα των μελετών, ενώ τρείς μελέτες δεν ανέφεραν διαφορά. Μετά το Forest Bathing καταγράφηκε σημαντική μείωση στα επίπεδα κορτιζόλης σιέλου. Το Forest Bathing σχετίστηκε με μειώση στα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες και άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, Perceived Stress Scale), βελτίωση στα επίπεδα διάθεσης (Profile of Mood State) και μείωση θυμού και εχθρικών συναισθημάτων.
Συμπεράσματα: Το Forest Bathing επιδρά θετικά και στην ψυχική και σωματική υγεία εφήβων και νέων ενηλίκων.



ΑΑ019

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Δημήτρης Τασσόπουλος[1], Ελένη Παπαδοπούλου[1], Βασίλης Δημητριάδης[1], Αλεξάνδρα Σδούγα[2], Σωτήρης Σκαρμέας[1], Ελισάβετ Τραγούδα[1], Μαρία Ροδοπούλου[3], Βασίλης Μούρκας[4], Βασιλική Μίντζα[5]
[1] Κέντρο Υγείας Γαστούνης, Γαστούνη
[2] Φοιτήτρια Ιατρικής
[3] Ιδιώτης Παιδίατρος, Κάτω Αχαΐα
[4] ΠΠΝ Λάρισας, Λάρισα
[5] ΚΥ Γόνων, Γόνοι

Εισαγωγή: Οι δηλητηριάσεις αποτελούν σημαντικό αίτιο ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας.
Σκοπός της εργασίας είναι να εκτιμήσουμε τα αίτια των δηλητηριάσεων των παιδιών που επισκέφθηκαν κέντρο υγείας αγροτικής περιοχής.
Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των 92 παιδιών με δηλητηρίαση που επισκέφτηκαν κέντρο υγείας αγροτικής περιοχής από τον Δεκέμβριο 2020 ως τις 15 Μαρτίου 2023.
Αποτελέσματα: τα αγόρια ήταν 59 και τα κορίτσια 43. Τα 39 παιδιά ήταν μικρότερα των 3 ετών τα 41 3-6 ετών, 8 παιδιά 6-12 και 4 παιδιά 12-16 ετών. Φάρμακα ήταν το αίτιο δηλητηρίασης σε 36 παιδιά, λήψη τσιγάρου σε 21, απορρυπαντικά-καλλυντικά σε 24, αλκοόλ σε 9 και ποντικοφάρμακο σε 2. Τρία παιδιά (ένα με δηλητηρίαση με ψυχοφάρμακα και 2 με λήψη απορρυπαντικού για πλυντήριο) νοσηλεύτηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και άλλα 16 σε δευτεροβάθμιο.
Συμπέρασμα: οι δηλητηριάσεις είναι σημαντικό αίτιο νοσηρότητας των παιδιών. Η τήρηση κανόνων ασφαλείας από τους γονείς είναι σημαντική για την πρόληψη τους.

ΑΑ020

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Πελαγία Τσιτσάνη[1], Αικατερίνη Δεμερτζή[2], Αγγελική Ταφλανίδου[1], Πηνελόπη Ρομποτή[2], Στέφανη Τζάτζιου[1], Κλεάνθη Ακτσελή[1]
[1]Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη
[2]Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Κατερίνης, Κατερίνη

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια παιδικής ηλικίας εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 13 ετών και είναι πολύ σπάνια, με εκτιμώμενη επίπτωση περίπου 0,05 % του γενικού πληθυσμού.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού σχιζοφρένειας σε έφηβο αγόρι 12 ετών.
Υλικό-μέθοδος: Έφηβος άρρεν 12 ετών με πνευμονία της κοινότητας, που ελάμβανε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή στην Παιδιατρική Κλινική, συμμετείχε σε έρευνα των παιδιάτρων αναφορικά με συμπεριφορές ενδοσχολικής βίας. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης το παιδί κατηγόρησε τους δασκάλους του και τους συμμαθητές του για έλλειψη ενσυναίσθησης και περιέγραψε λεπτομερές σχέδιο δολοφονίας των γονιών του. Εντυπωσίασε με το υψηλό επίπεδο του λεξιλογίου του και τις αναφορές του σε κλασσικά κείμενα της παγκόσμιας λογοτεχνίας. Έγινε άμεσα νευρολογική εκτίμηση χωρίς εστιακά σημεία και μαγνητική εγκεφάλου χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος θυρεοειδικής, ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας ήταν φυσιολογικός. Η παιδοψυχιατρική εκτίμηση αποκάλυψε ασθενή με διαταραχή σκέψης, διακυμάνσεις συναισθηματικής ανταπόκρισης και «οργανωμένο» παραλήρημα, ο οποίος διεκομίσθη άμεσα για νοσηλεία σε παιδοψυχιατρική κλινική.
Αποτελέσματα: Μετά τον έλεγχο των συμπτωμάτων οξείας φάσης, ακολούθησε σταθεροποίηση με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοκοινωνική στήριξη παιδιού και οικογένειας. Ένα χρόνο μετά ο ασθενής λαμβάνει επιμελώς την αγωγή του, είναι λειτουργικός με εξάλειψη αρνητικής συμπτωματολογίας, παρακολουθεί τις συνεδρίες του και φοιτεί στο σχολείο με καλές επιδόσεις.
Συμπεράσματα: Ο γενικός παιδίατρος οφείλει να είναι ευαισθητοποιημένος και να προσεγγίζει τους ασθενείς με κοινωνικό ενδιαφέρον πέραν της ιατρικής παθολογίας. Η παραπομπή σε παιδοψυχίατρο είναι απαραίτητη επί υποψίας ψυχικής νόσου, ώστε να διασφαλιστεί η βέλτιστη πρόγνωση. Η συνεργασία μεταξύ παιδιάτρων και παιδοψυχίατρων είναι καθοριστική για την ολιστική φροντίδα παιδιών και εφήβων.



ΑΑ021

ΧΗΜΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΑΙΘΥΛΕΝΟΓΛΥΚΟΛΗ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Μαγδαληνή Κατσουπάκη, Μαρία Τζέλλου, Κωνσταντίνος Στόκος, Ιωάννα Μιμήτου, Αλεξάνδρα Τσαούση, Άννα Γκατζόφλια, Κλεοπάτρα Κεφαλά, Ελένη Μπονέ, Μαρία Γκέσου, Μαρία Βανακλιώτου, Ελένη Παμπούρη, Μαρία Στεφανίδου, Γεώργιος Τσακελίδης, Μιχάλης Χασάπης, Αικατερίνη Λιάνα
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη

Εισαγωγή: Η κατάποση αιθυλενογλυκόλης συνδέεται με υψηλά ποσοστά θνητότητας. Απορροφάται ταχέως και μετατρέπεται σε μεταβολίτες, ιδιαίτερα τοξικούς για όργανα όπως το ΚΝΣ και οι νεφροί.
Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης χημικής δηλητηρίασης από αιθυλενογλυκόλη.
Υλικό: Φάκελος νοσηλείας, εργαστηριακά δεδομένα, βιβλιογραφική αναζήτηση.
Μέθοδος: Άρρεν 16 ετών εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική λόγω διεγερτικού επεισοδίου. Παρουσίαζε διαταραχές ισορροπίας, ακατάπαυστη και ασυνάρτητη ομιλία, αιμωδίες σε άνω και κάτω άκρα, γογγυσμό, βραδυψυχισμό και μεταβολές συναισθηματικής κατάστασης. Από τον έλεγχο της οξεοβασικής ισορροπίας αναδείχτηκε pH=6,9, AG=38 mmol/L, απροσδιόριστα υψηλή τιμή γαλακτικού οξέος, μηδενικά διττανθρακικά, κάλιο=8,1 mmol/L. Έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διαπιστώθηκε λήψη αντιψυκτικού αυτοκινήτου, από το οποίο έλειπαν 300 ml. Έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με το Κέντρο Δηλητηριάσεων και τη ΜΕΘ Παίδων. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και χορηγήθηκαν: αλκοολούχο ποτό (ουίσκι), το οποίο αργότερα αντικαταστάθηκε από το αντίδοτο φομεπιζόλη, διττανθρακικά, μαννιτόλη και πυριδοξίνη. Αντιμετωπίστηκαν η υπερκαλιαιμία και οι υπερτασικές κρίσεις που παρουσίαζε. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ του δευτεροβάθμιου νοσοκομείου για σταθεροποίηση και αιμοδιύληση.
Αποτελέσματα: Στη ΜΕΘ σημειώθηκε σταδιακή βελτίωση και αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας. Αφού σταθεροποιήθηκε, μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ Παίδων. Ο ασθενής ανέπτυξε οξεία νεφρική ανεπάρκεια που αποκαταστάθηκε πλήρως. Στα βιολογικά δείγματα ανιχνεύθηκε αιθυλενογλυκόλη σε συγκέντρωση ορού 766 mg/L.
Συμπεράσματα: Σοβαρή τοξικότητα συνήθως σχετίζεται με επίπεδα της ουσίας μεγαλύτερα από 250 mg/L. Η ελάχιστη θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε 1,4-1,6 ml/kg ή περίπου 100 ml για ένα άτομο 70 kg. Η άμεση αναγνώριση και έναρξη θεραπείας με ανταγωνιστές της αλκοολικής δεϋδρογονάσης (ADH) είναι κομβικής σημασίας για την εξέλιξη του ασθενούς.

ΑΑ022

«Η ΧΙΟΝΟΣΤΙΒΑΔΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ»- ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΡΡΟΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΛΓΙΑ

Μαρία Ελένη Ραπτοπούλου, Χαράλαμπος Αγακίδης, Μαρία Τσιρέβελου, Ελευθερία Χατζηαναστασιάδου, Δημήτριος Ζαφειρίου
Α Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Πρωτοπαθής Εντερική Λεμφαγγειεκτασία (ΠΕΛ) αποτελεί σπάνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία διατεταμένων λεμφικών αγγείων, εντοπιζόμενα στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου, που οδηγούν σε εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών. Εμφανίζεται συνήθως νωρίς στην παιδική ηλικία (συνήθως <3 ετών). Εργαστηριακά διαπιστώνεται υπαλβουμιναιμία, υπογαμμασφαιριναιμία και λεμφοπενία ενώ κλινικά εκδηλώνεται με περιφερικό οίδημα, ασκίτη, πλευριτική συλλογή, γαστρεντερικά συμπτώματα, απώλεια βάρους και καθυστέρηση της αύξησης.
Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση νηπίου, το οποίο διαγνώστηκε με ΠΕΛ στα πλαίσια διερεύνησης χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου και υπαλβουμιναιμίας.
Υλικό/ Μέθοδος: Νήπιο άρρεν 4 ετών παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του παιδογαστρεντερολογικού τμήματος της κλινικής μας από ιδιώτη παιδίατρο για τη διερεύνηση διαρροιών και κοιλιακού άλγους από τριμήνου.
Αποτελέσματα: Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εμμένουσα υπαλβουμιναιμία (alb=2,8g/dL) σε διαδοχικούς επανελέγχους, χωρίς συνοδό λευκωματουρία, με αρνητικούς δείκτες λοίμωξης και αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων. Λόγω των ευρημάτων αυτών διενεργήθηκε ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, η οποία ανέδειξε εικόνα οιδηματωδών λευκωπών λαχνών στο μεγαλύτερο τμήμα του δωδεκαδακτύλου καθώς και στα χείλη της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Η παθολογοανατομική εξέταση των ιστοτεμαχίων που λήφθηκαν ανέδειξε κυστική διάταση πολλών λεμφαγγείων στις λάχνες του εντερικού βλεννογόνου, ευρήματα τα οποία έθεσαν τη διάγνωση της ΠΕΛ.
Συμπεράσματα: Η ΠΕΛ είναι μη θεραπεύσιμη πάθηση. Η αντιμετώπιση της συνίσταται κυρίως σε διατροφικές παρεμβάσεις σε συνεργασία με εξειδικευμένους διατροφολόγους και αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό καθώς η συμμόρφωση του ασθενούς είναι ιδιαίτερα δύσκολη.
Περιλαμβάνει την απομάκρυνση από τη διατροφή τριγλυκεριδίων μακράς αλύσου, διατροφή υψηλή σε πρωτεΐνη και σίτιση με συμπληρώματα ή φόρμουλες που περιέχουν τριγλυκερίδια μέσης αλύσου.







ΑΑ023

ΑΓΟΡΙ 14 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Ευαγγελία Αμαλία Φραγκιαδάκη[1], Ιωάννα Χρανιώτη[1], Αγγελική Θεοδωροπούλου[2], Αγγελική Τζαγκαράκη[1], Ευαγγελία Στεφανάκη[1], Κωνσταντίνα Σκοπέτου[1], Ειρήνη Ζορμπαδάκη[1], Παναγιώτα Κοντογιάννη[1], Μαρία Ανατολιωτάκη[1], Σοφία Στεφανάκη[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "Βενιζέλειο-Πανάνειο", Ηράκλειο Κρήτης
[2] Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "Βενιζέλειο-Πανάνειο", Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή που εκδηλώνεται σε οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα και συχνά στην περιπρωκτική χώρα, με παρουσία ραγάδων, συριγγίων ή αποστημάτων.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με περιεδρικό απόστημα-συρίγγιο σε έδαφος νόσου Crohn και πιθανής IgA νεφροπάθειας.
Υλικό. Έφηβος 14 ετών προσήλθε λόγω εκροής πύου διαπρωκτικά από 5ημέρου με συνοδό πρωκταλγία από 8μήνου με skintag και σιδηροπενική αναιμία, για την οποία δεν έλαβε τη συνιστώμενη αγωγή. Από 3μήνου αναφέρονται αιμορραγικές κενώσεις. Παρακολουθείται από παιδονεφρολόγο από έτους λόγω σπειραματικής αιματουρίας.
Μέθοδος: Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε skintag στη 12η ώρα και περιεδρικό απόστημα με μερική παροχέτευση διαπρωκτικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σιδηροπενική αναιμία με αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με μετρονιδαζόλη και σιπροφλοξασίνη. Διενεργήθηκαν υπερηχογράφημα και MRI περινέου που επιβεβαίωσαν την παρουσία αποστήματος και συριγγίου ως το τοίχωμα του πρωκτού. Λόγω υποψίας ΙΦΝΕ, προγραμματίστηκε ενδοσκόπηση ανώτερου-κατώτερου πεπτικού.
Αποτέλεσμα: Η ενδοσκόπηση πεπτικού και η ιστολογική εξέταση έθεσαν τη διάγνωση της νόσου Crohn. Αποτελέσματα λοιπού εργαστηριακού ελέγχου: ορολογικός-ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός, καλλιέργειες κοπράνων αρνητικές, καλπροτεκτίνη κοπράνων750μgr/gr. Λόγω επανεμφάνισης εμπυρέτου και αύξηση δεικτών φλεγμονής, ακολούθησε χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση αποστήματος. Ο ασθενής έλαβε αντιβιοτική αγωγή μεμετρονιδαζόλη και σιπροφλοξασίνη συνολικά 21 ημέρες (14 ενδοφλέβια, 7 peros). Σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας εμφάνισε σταδιακά βελτιούμενη σπειραματική αιματουρία.
Συμπεράσματα: Η περιπρωκτική προσβολή στη νόσο Crohn κυμαίνεται μεταξύ 13,6-62%, επηρεάζοντας σημαντικά τη θεραπευτική προσέγγιση. Οι παιδιατρικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν ~1-2% νεφρική συμμετοχή και η IgAνεφροπάθεια αποτελεί τη συχνότερη παρεγχυματική διαταραχή.



ΑΑ024

ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Καλλιόπη Τούντα, Κωνσταντίνος Τριπολίτης, Κήρυκας Ζαννίκος, Ελένη Πιππίδη, Μαρίνα Μπιμπίκου
Γενικό Νοσοκομείο Χίου, Χίος

Εισαγωγή: Η χολολιθίαση στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί μια σπάνια νόσο, με αυξανόμενη επίπτωση τα τελευταία 20 χρόνια. Διακρίνεται σε λιθιασική και αλιθιασική. Η τελευταία χαρακτηρίζεται από φλεγμονή της χοληδόχου κύστης εν απουσία λίθων. Συνιστά την πιο συχνή μορφή οξείας χολοκυστίτιδας στα παιδιά (50-70%). Διακρίνεται σε 3 κατηγορίες: η σχετιζόμενη με επείγουσες καταστάσεις (σήψη, εγκαύματα, χειρουργεία), με συνοσηρότητες (Kawasaki, κακοήθειες) και η εμφανιζόμενη σε προηγουμένως υγιή παιδιά. Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας είναι οι λοιμώξεις.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αλιθιασικής χολοκυστίτιδας σε έφηβο 13^{+11} ετών.
Υλικό: Ο ανωτέρω προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ λόγω έντονης επιγαστραλγίας με συνοδό εμπύρετο από 3 ημερών. Παρουσίασε ακόμη 1 διαρροϊκή κένωση και εμέτους προ 3 ημερών.
Μέθοδος: Εστάλη βιοχημικός έλεγχος, γενική και καλλιέργεια αίματος και κοπράνων, gastrointestinal panel, ιολογικός έλεγχος έναντι ηπατίτιδων, μοριακός έλεγχος έναντι Sars Cov 2, γρίπης A, B, RSV. Απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφία, υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας την $1^{η}$ και $4^{η}$ μέρα νοσηλείας. Ζητήθηκε χειρουργική εκτίμηση.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, κεφοξιτίνης και μετρονιδαζόλης. Οι καλλιέργειες αίματος, κοπράνων, ο ιολογικός έλεγχος και ο μοριακός ήταν αρνητικοί. Το gastrointestinal panel ανέδειξε norovirus GI/GII. Το $1^{ο}$ υπερηχογράφημα απεικόνισε διάχυτη φλεγμονή παχέος εντέρου με λεμφαδενίτιδα παρατυφλικά. Το $2^{ο}$ ανέδειξε σοβαρή οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα και φλεγμονή παχέος εντέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο οι δείκτες φλεγμονής και η χολερυθρίνη παρουσίαζαν σταδιακή αύξηση. Διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο παίδων.
Συμπεράσματα: Αν και σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό, η αλιθιασική χολοκυστίτιδα είναι υπαρκτή και χρήζει επαγρύπνησης λόγω αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας.



ΑΑ025

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ EBV ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Κλεοπάτρα Κεφαλά[1], Αικατερίνη Λιάνα[1], Ευστράτιος Σαλιακέλλης[2], Γεώργιος Τσακελίδης[1], Μαρία Τζέλλου[1], Άννα Γκατζόφλια[1], Μιχάλης Χασάπης[1] , Ελένη Μπονέ[1] , Μαρία Γκέσου[1] , Μαρία Βανακλιώτου[1], Μαγδαληνή Κατσουπάκη[1], Ελένη Παμπούρη[1], Μαρία Στεφανίδου[1], Μαρία Φωτουλάκη[2]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη
[2] Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μία αναστρέψιμη φλεγμονή του παγκρέατος. Στην παιδική ηλικία, συχνότερα αίτια είναι ιογενείς λοιμώξεις, τραυματισμοί και συγγενείς ανατομικές ανωμαλίες. Η οξεία παγκρεατίτιδα σε έδαφος λοίμωξης από τον ιό Epstein-Barr (EBV) είναι μία σπάνια κατάσταση. Σε μία ανασκόπηση της αγγλικής βιβλιογραφίας έχουν καταγραφεί 10 παιδιατρικά περιστατικά.
Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης παγκρεατίτιδας από EBV.
Υλικό-Μέθοδος: Αγόρι 13 ετών εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική λόγω κοιλιακού άλγους με εντόπιση στο επιγάστριο με συνοδά ναυτία και εμετούς. Αναφερόταν προ 9 ημερών διάγνωση EBV λοίμωξης (IgM:7,94S/CO, IgG:11,6S/CO). Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στο επιγάστριο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (WBC:17.400/μL, NEUT:58%), αμυλάση ορού: 1083IU/L, αμυλάση ούρων: 15.105IU/L. Στο υπερηχογράφημα κοιλίας το πάγκρεας ήταν υποηχοϊκό με φυσιολογικές διαστάσεις ήπατος και σπληνός. Το παιδί διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπου έγινε έλεγχος για τους ιούς της ερυθράς, CMV, Parvo B-19, αδενοϊό, ηπατίτιδες A,B,C, ο οποίος ήταν αρνητικός, ενώ EBV IgG=31,35 και IgM=4,61. Από την ανοσοφαινοτυπική ανάλυση περιφερικού αίματος ο λόγος των υποπληθυσμών Τ λεμφοκυττάρων ήταν CD3+/CD8+=70,9% (φ.τ.=18-35%), ενώ ο λόγος CD4/CD8=0,19% (φ.τ.=0,9-3,4%), ευρήματα συμβατά με οξεία λοίμωξη από EBV. Αποκλείστηκε υπερλιπιδαιμία και από το ιστορικό δεν αναφέρονταν τραύμα, φαρμακευτική αγωγή και οικογενειακό ιστορικό παγκρεατίτιδας.
Αποτέλεσμα: Τέθηκε η διάγνωση παγκρεατίτιδας μετά από λοίμωξη EBV. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, η συμπτωματολογία υποχώρησε και η αμυλάση επανήλθε στις φυσιολογικές τιμές.
Συμπεράσματα: Ο παθογενετικός μηχανισμός παραμένει άγνωστος, πιθανόν να οφείλεται σε φλεγμονώδη αντίδραση στον ιό. Παρότι σπάνια, είναι σημαντικό να αξιολογείται η EBV λοίμωξη ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας οξείας παγκρεατίτιδας.

ΑΑ026

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΝΙΑΣ.

Αλέξιος Μαυρουδής, Αθανασία Μουμτζόγλου
Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», Αρκαδία

Εισαγωγή: Με σύγχρονες εξειδικευμένες τεχνικές (αλληλούχιση της επόμενης γεννιάς-Next generation sequencing) ανιχνεύεται μια μεγάλη ποικιλία γονιδίων που ευθύνονται για την αλλεργία στην παιδική ηλικία.
Σκοπός: Αξιολόγηση των αλλεργικών νοσημάτων με την αλληλούχιση της επόμενης γεννιάς.
Μέθοδος - Υλικά: Βιβλιογραφική ανασκόπηση σύγχρονων άρθρων από το διαδίκτυο (pub med) και μελέτη των γενετικών μηχανισμών που ευθύνονται για τις ασθένειες.
Αποτελέσματα: Ανιχνεύεται μια μεγάλη ποικιλία γονιδίων που συνδέονται με αλλεργική νόσο, ιδιαίτερα, στο δερματικό ιστό, γεγονός που καθορίζει ότι το δέρμα αποτελεί το βασικό πυρήνα εκδήλωσης των συμπτωμάτων, αλλά και με άλλες παθήσεις, όπως το σακχαρώδη διαβήτη Ι, την υπέρταση, την κοιλιοκάκη, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και με συναισθηματικές διαταραχές, περιγράφοντας την ανάπτυξη ενός γενετικού δικτύου που ευθύνεται για το φαινοτυπικό πολυμορφισμό. Παράλληλα, αναφέρονται και επιγενετικές αλλαγές (μεθυλίωση του DNA) με αποτέλεσμα την παρουσίαση μοριακών βιοδεικτών με διαγνωστικό και προβλεπτικό χαρακτήρα. Αποτέλεσμα είναι η ταυτοποίηση μεταλλάξεων σε στοχευμένες αλληλουχίες σε ολόκληρο το μήκος του DNA και η δημιουργία γονιδιωματικής βιβλιοθήκης με στόχο την εντόπιση των γενετικών βλαδών «Πίν.1».

Συμπεράσματα: Η μελέτη των μηχανισμών βάσης αποτελεί σημείο αναφοράς για τους επιστήμονες, αφού η πρόοδος στην κατανόηση των γενετικών μηχανισμών στην αλλεργία και την ανοχή θα οδηγήσει σε βελτίωση, ανάπτυξη και ανακάλυψη νέων στοχευμένων θεραπειών, αφού γίνεται λόγος πια για εξατομικευμένα φαρμακευτικά σχήματα καταστολής των δενδριτικών, αλλά και άλλων κυττάρων (μαστοκύτταρα) με σκοπό την πρόληψη και τη δημιουργία εμβολίων.

ΓΟΝΙΔΙΑ, ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ	ΧΡΩΜΟΣΟΜΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ
IL-4, IL-5, IL-13/IL-10	5q/1q	ΑΣΘΜΑ, ΥΠΕΡΤΑΣΗ	IL-4, IL-13 → μεταστροφή στον ισότυπο gE. IL-5 → ανάπτυξη ηωσινοφίλων. IL-10 ▶ σύσπαση λείων μυϊκών ινών.
HLA II	6p	ΑΣΘΜΑ, ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ	Βιοδραστικότητα των Τ κυττάρων σε αλλεργιογόνα.
β αλυσίδα του υποδοχέα FcεRI	11q	ΑΣΘΜΑ	Ενεργοποίηση των σιτευτικών κυττάρων.
α αλυσίδα του υποδοχέα IL-4	16	ΑΣΘΜΑ	Κοινή υποομάδα των υποδοχέων της IL-4.
ADAM33	20p	ΑΣΘΜΑ	Μεταλλοπρωτεϊνάση για το remodelling των αεραγωγών.
TLR4/CAT	9p/11	ΑΣΘΜΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Ρύθμιση των μηχανισμών της προσαρμοστικής ανοσίας.
Φιλαγγρίνη	1q	ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	Σύσταση των κερατινοκυττάρων στο δερματικό ιστό.
Μεθυλίωση των CpG στα γονίδια CLNS1A, mi-R548, GPATCH2, SUB1, WDR20 και 35.		ΑΣΘΜΑ	Οι αλλαγές μεθυλίωσης του DNA κατά τη γέννηση μπορεί να προβλέψουν τον μελλοντικό κίνδυνο άσθματος.
Υπομεθυλίωση των γονιδίων ORMDL1 και STAT6.		ΑΣΘΜΑ	Ανάπτυξη άσθματος σε παιδιά αγροτικών περιοχών.

Πίνακας 1. Γενετική αλληλεπίδραση στα αλλεργικά νοσήματα.

AA027

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (NEWBORN SCREENING TEST) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Σοφία Τάντου[1] , Δέσποινα Μπριάνα[2]
[1] Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Ειδικό Κέντρο και Κέντρο Αναφοράς για Πρωτοπαθείς Ανοσοανεπάρκειες-Παιδιατρική Ανοσολογία, Γ.Ν. Παίδων Ή Αγία Σοφία΄
[2] Γ' Παιδιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ. Νοσοκομείο 'Αττικόν'

Εισαγωγή: Ο νεογνικός προσυμπτωματικός ανιχνευτικός έλεγχος (Newborn Screening Test / NBS) αποτελεί ένα πρότυπο μαζικού ελέγχου του πληθυσμού των νεογνών και ένα σημαντικό μέτρο της Δημόσιας Υγείας με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση δυνητικά επικίνδυνων ασθενειών και την πρώιμη παρέμβαση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την αποτροπή του θανάτου.
Υλικό-Μέθοδος: Σημαντικός σταθμός για τον νεογνικό προσυμπτωματικό ανιχνευτικό έλεγχο αποτέλεσε η διάγνωση της φαινυλκετονουριας σε ασθενείς με νοητική υστέρηση καθώς και η ανάπτυξη του Guthrie τεστ.
Η επιλογή των νοσημάτων στηρίζεται σε βασικές αρχές όπως η δυνατότητα πρώιμης ανίχνευσης αυτών και η ύπαρξη αποτελεσματικής θεραπείας. Απαιτεί συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνεργασία ειδικών επιστημόνων ανά νόσημα. Κρίσιμη προϋπόθεση για την επιλογή αποτελεί η επεξεργασία και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων του ελέγχου από εξειδικευμένα κέντρα που θα αναλάβουν την επαλήθευση των αποτελεσμάτων καθώς και την αντιμετώπιση των ασθενών.
Ο κατάλογος των νοσημάτων που περιλαμβάνονται στο NBS ποικίλει ανά χώρα ανά τον κόσμο.
Στην Ελλάδα εφαρμόζεται από το 1974, αρχικά για την διάγνωση της φαινυλκετονουρίας και σταδιακά για την έλλειψη του ενζύμου G-6 PD, τον συγγενή υποθυρεοειδισμό και τη γαλακτοζαιμια.
Από τον Ιούλιο του 2024, ο έλεγχος διευρύνθηκε και περιλαμβάνει 33 νοσήματα, κυρίως διαταραχές του μεταβολισμού και την κυστική ίνωση. Παράλληλα, η χρήση της οξυμετρίας και των ωτοακουστικών εκπομπών αποτελεί σημαντικό μέτρο για την ανίχνευση συγγενών καρδιοπαθειών και συγγενούς κώφωσης αντίστοιχα.
Νοσήματα για τη πρώιμη διάγνωση των οποίων δύναται μελλοντικά να εφαρμοστεί το NBS στην Ελλάδα και ήδη χρησιμοποιείται σε άλλες χώρες είναι: η νωτιαία μυϊκή ατροφία, η δρεπανοκυτταρική αναιμία και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες, η συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων και οι σοβαρές πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες.
Συμπεράσματα: Η γνώση των παθογενετικών μηχανισμών των νοσημάτων σε συνδυασμό με την αλματώδη τεχνολογική εξέλιξη έχει οδηγήσει στην περαιτέρω εφαρμογή του Νεογνικού Ανιχνευτικού Ελέγχου. Εντούτοις, σημαντική πρόκληση παραμένει η επιλογή των νοσημάτων που βασίζεται σε πλήθος ποικίλων παραγόντων.

Βιβλιογραφία:
1. www.ich.gr
2. www.who.int
3. *Almannai M et al,Curr Opin Pediatr 2016 Dec;28(6):694-699.*
4. *Rajabi F.Pediatr Ann. 2018 May 1;47(5):e187-e190*
5. *Therrell BL, et al, Semin Perinatol. 2015 Apr;39(3):171-87*
6. *Urv TK, Parisi MA.Adv Exp Med Biol. 2017;1031:323-346*

ΑΑ028

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BECKWITH WIEDEMANN - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κλειώ Τρούγκου, Άννα Ζήση, Αθηνά Κακαργιά, Γεωργία Ράπτη, Πηνελόπη Φράγκου, Χρήστος Κουτσόπουλος, Χριστίνα Μπάρκα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Καρδίτσα

Εισαγωγή Το σύνδρομο Beckwith-Wiedemann (BWS) είναι σύνδρομο υπερανάπτυξης με συχνότητα 1:10.500 γεννήσεις και χαρακτηρίζεται από μωσαϊκισμό. Συχνά κλινικά χαρακτηριστικά είναι η μακροσωμία, η ημιυπερπλασία, η μακρογλωσσία, η ομφαλοκήλη, η οργανομεγαλία και η κακοήθεια (10% - εμβρυονικοί όγκοι). Υπάρχει σχέση γονοτύπου - φαινοτύπου και είναι σημαντική η τακτική παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα.
Σκοπός Παρουσίαση ασθενούς με BWS.
Υλικό/Μέθοδος Θήλυ γεννήθηκε στις 34 εβδομάδες από δίδυμη κύηση (ΒΣ=2020gr, ΜΣ=45cm). Λόγω παροδικής ταχύπνοιας και νεογνικού ικτέρου νοσηλεύτηκε σε MENN. Κλινική εξέταση: πλαγιοκεφαλία, αιμαγγειώματα προσώπου, μακρογλωσσία χωρίς δυσχέρεια σίτισης/αναπνοής, ομφαλοκήλη, υπερτονία άκρων, συστολικό φύσημα. Λόγω συγγενούς υποθυρεοειδισμού τέθηκε υπό Τ4. Διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος για BWS λόγω μακρογλωσσίας και ομφαλοκήλης, που ανέδειξε υπομεθυλίωση του KvDMR/IC2 στον γενετικό τόπο 11p15 με ιστοειδικό μωσαϊκισμό. Χωρίς μακροσωμία ή ημιυπερπλασία κατά την παιδική ηλικία και με φυσιολογικές καμπύλες ανάπτυξης. Ξεκίνησε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία λόγω ψυχοκινητικής καθυστέρησης. Σε ηλικία 4,5 ετών παρουσίασε επιληπτική κρίση με παθολογικό ΗΕΓ και τέθηκε υπό Depakine. Η ασθενής παρουσιάζει συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού.
Αποτελέσματα Η ασθενής πληρούσε τα κλινικά κριτήρια για τη διενέργεια γενετικού ελέγχου BWS (σκορ>=2). Βρίσκεται υπό τακτική παρακολούθηση, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για το BWS (κλινική εξέταση - σωματομετρικές παραμέτροι, U/S κοιλίας, AFP, καρδιολογικός έλεγχος). Παρουσιάζει κλινικά χαρακτηριστικά που δεν έχουν περιγραφεί στο BWS (σοβαρές λοιμώξεις αναπνευστικού, επιληψία).
Συμπεράσματα Η παρουσία ασυνήθιστων κλινικών χαρακτηριστικών στην ασθενή με BWS υπογραμμίζει τη σημασία της εξατομικευμένης παρακολούθησης, της διεπιστημονικής προσέγγισης, της εξοικείωσης του γενικού παιδιάτρου με τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά συνδρόμων και της αμφίδρομης επικοινωνίας με εξειδικευμένους γιατρούς, για τη βέλτιστη φροντίδα του ασθενούς.

ΑΑ029

ΣΥΝΔΡΟΜΟ HUNTER (MPSII): ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Φωτεινή Σκορδιά, Γεωργία Παναγιώτου, Γιαβάσογλου Δανάη, Αικατερίνη Ντόκου, Τσάνη Εβελίνα, Γιαννούλα Κουρούση, Ειρήνη Τζαννέτου, Άννα Μεσσαριτάκη
Β' Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παίδων « Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Hunter (Βλεννοπολυσακχαρίδωση τύπου ΙΙ) αποτελεί μια σπάνια φυλοσύνδετη υπολειπόμενη λυσοσωμική νόσο που προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο IDS, με αποτέλεσμα την απουσία ή δυσλειτουργία του αντίστοιχου ενζύμου. Η ενζυμική αυτή ανεπάρκεια οδηγεί σε συσσώρευση γλυκοζαμινογλυκανών σε ιστούς και όργανα, προκαλώντας προοδευτική δυσλειτουργία πολλαπλών συστημάτων. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με γενετική ανάλυση.
Σκοπός: Το περιστατικό αφορά 5χρονο αγόρι, με άτυπη κλινική συμπτωματολογία, στο οποίο η παρουσία δυσμορφικών χαρακτηριστικών, έθεσε την κλινική υποψία για μεταβολικό νόσημα.
Υλικό – Μέθοδος: Αγόρι 5 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω διαρροϊκών κενώσεων. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία, καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, συγκαμψία σε αρθρώσεις αγκώνα – γονάτων και αδρά δυσμορφικά χαρακτηριστικά του προσώπου. Ακολούθησε γενετική εκτίμηση και εργαστηριακός έλεγχος για λυσοσωμικά νοσήματα με βλεννοπολυσακχαρίτες ούρων, καρυότυπο και Whole Exome Sequencing.
Αποτελέσματα: Ανιχνεύθηκε, σε δείγμα ούρων για βλεννοπολυσακχαρίτες, θειϊκή δερματάνη, εύρημα συμβατό με βλεννοπολυσακχαρίδωση τύπου ΙΙ. Ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία ενζυμικής υποκατάστασης από έτους και υποστηρικτική θεραπεία, με ταυτόχρονη παρακολούθηση και συμμετοχή διαφόρων ειδικοτήτων. Αναμένονται τα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα.
Συμπεράσματα: Η κλινική υποψία σε περιστατικά με μη ειδικά συμπτώματα σε συνδυασμό με αδρά δυσμορφικά χαρακτηριστικά είναι κρίσιμη για την έγκαιρη διάγνωση λυσοσωμικών νοσημάτων. Η πρώιμη έναρξη ενζυμικής αποκατάστασης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΑΑ030

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ,

Χαρά Τσιμέλα[1], Σοφία Ζαχάκη[1], Έλενα Πολυκάρπου[2], Ελισάβετ Κουβίδη[1]
[1] Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», Αθήνα
[2] Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο «Μακάριος», Λευκωσία

Εισαγωγή: Περίπου το 4-5% των νεογνών πάσχουν από κάποιο γενετικό νόσημα. Τα γενετικά νοσήματα αποτελούν σημαντική αιτία σοβαρών νεογνικών συμπτωμάτων, όπως υποτονία, μεταβολικές κρίσεις, νευρολογική δυσλειτουργία. Η παραδοσιακή διαγνωστική προσέγγιση είναι συχνά χρονοβόρα και με περιορισμένη ευαισθησία. Η αλληλούχιση νέας γενιάς (NGS) μέρους ή όλου του γονιδιώματος επιτρέπει την ταυτόχρονη ανάλυση χιλιάδων γονιδίων, προσφέροντας τη δυνατότητα ταχείας και έγκυρης στοχευμένης γενετικής ανάλυσης.
Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη της διαγνωστικής αξίας της τεχνολογίας NGS για την άμεση ανίχνευση γενετικών νοσημάτων στα νεογνά.
Υλικό: Η μελέτη περιλαμβάνει ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας πενταετίας και περιλαμβάνει περιστατικά νεογνών όπου εφαρμόστηκε για διαγνωστικούς σκοπούς η τεχνολογία WES (WholeExomeSequencing) ή NGS επιλεγμένων γονιδίων (targetedpanelNext-Generation-Sequencing).
Μέθοδος: Αναλύθηκαν οι περιπτώσεις βάσει κλινικών δεδομένων, χρόνου λήψης δείγματος, ταχύτητας αποτελεσμάτων, διαγνωστικής απόδοσης και επίδρασης στη θεραπευτική προσέγγιση. Επιπλέον, συγκρίθηκαν τα πλεονεκτήματα του WES έναντι των panels και τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τις παραλλαγές αβέβαιης κλινικής σημασίας (VUS, variant of uncertainsignificance).
Αποτελέσματα: Η εφαρμογή της τεχνολογίαςNGS οδήγησε σε γρήγορη γενετική διάγνωση στο 45–60% των περιπτώσεων με σοβαρά νεογνικά συμπτώματα, επηρεάζοντας καθοριστικά τη θεραπευτική στρατηγική. Παρατηρήθηκε μείωση του διαγνωστικού χρόνου και βελτίωση της επικοινωνίας με τις οικογένειες μέσω τεκμηριωμένης γενετικής συμβουλευτικής.
Συμπεράσματα: Η τεχνολογία NGS ενισχύει σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση στα νεογνά με υποψία γενετικών νοσημάτων. Απαιτείται όμως διεπιστημονική συνεργασία για την ορθή ερμηνεία των ευρημάτων, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου εντοπίζονται παραλλαγές με άγνωστη έως σήμερα κλινική σημασία, και αντιμετώπιση των βιοηθικών προκλήσεων.



ΑΑ031

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ WDR91

Καραβέργου Ευθαλία[1], Νικόλαος Μ Μαρινάκης[1,2], **Χριστολουκά Μαρία[1]** , Σαρρή Στυλιανή[1], Αναστασία Κουκλαμάνη[1] Αφροδίτη Καμπουράκη[2], Δανάη Βέλτρα[2,], Φαίδων-Νικόλαος Τιλεμής[2], Ντόκου Αικατερίνη[3] Μαρία Βασιλοπούλου[3], Κωνσταντίνα Κοσμά[2], Αλέξης Αλεξόπουλος[1], Χρυσταλλένα Σοφοκλέους[2], Περικλής Μακρυθανάσης[2] Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής ΕΚΠΑ, Αθήνα
[3] Β' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το γονίδιο WDR91 εδράζεται στο χρωμόσωμα 7q33 και κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη με ρυθμιστικό ρόλο στην διαδικασία της ενδοσωμικής διακίνησης, της λυσοσωμικής λειτουργίας και της αυτοφαγίας. Οι διαταραχές της λειτουργικότητας της πρωτεΐνης έχουν συσχετιστεί με νευρωνική εκφύλιση, στον εγκεφαλικό και παρεγκεφαλιδικό φλοιό και νευροαναπτυξιακές διαταραχές.
Σκοπός: Περιγραφή βρέφους θήλεος από γονείς φαινοτυπικά υγιείς συγγενείς δ' βαθμού (πρώτα ξαδέλφια), με συγκεκριμένα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με παθογόνο παραλλαγή της WDR91 πρωτεΐνης.
Υλικό: Βρέφος θήλυ 4 μηνών εισήχθη λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Παρουσιάζει μικροκεφαλία (<3η ΕΘ),με ΒΣ και ΜΣ στη 15η ΕΘ, δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου ηπατοσπληνομεγαλία, υποτονία, μακριά δάκτυλα και ψυχοκινητική καθυστέρηση. Διαπιστώνεται πλήρης αδυναμία κατάποσης ως αίτιο της δυσχέρειας και τίθεται αποκλειστική σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Πρόκειται για το πρώτο παιδί της οικογένειας που γεννήθηκε μετά από τελειόμηνη κύηση με φυσιολογικό τοκετό. Αναφέρεται ιστορικό προηγηθείσας κύησης με ενδομήτριο θάνατο. Το βρέφος είχε νοσηλευτεί στη νεογνική ηλικία προς διερεύνηση των φαινοτυπικών χαρακτηριστικών με ανάδειξη νευροαισθητήριας βαρηκοΐας, οπτικής δυσλειτουργίας και ανάδειξη αμφοτερόπλευρης υποπλασίας εγκεφαλικών ημισφαιρίων με ατελή ελίκωση και αγενεσία μεσολοβίου από τη MRI εγκεφάλου.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Η αλληλούχιση όλων των εξωνίων του γονιδιώματος (Whole-exome-sequencing) ,ανέδειξε νουκλεοτιδική αντικατάσταση (c.1395+1G>A) σε ομοζυγωτία στο γονίδιο *WDR91. Ακολούθησε* λειτουργική ανάλυση που υποστηρίζει τον παθογόνο ρόλο με **απώλεια της λειτουργικής πρωτεΐνης WDR91**. Ο στοχευμένος γενετικός έλεγχος (sanger sequencing) απέδειξε την ετεροζυγωτία των γονέων.
Συμπέρασμα: Η πρωτεΐνη WDR91 διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ακέραιη λειτουργία των λυσοσωματίων και την λειτουργικότητα των νευρώνων. Περιγράφεται μία νέα κλινική οντότητα χωρίς προηγηθείσες αναφορές στη βιβλιογραφία που συσχετίζεται με συγκεκριμένη παθογόνο παραλλαγή του γονιδίου WDR91.









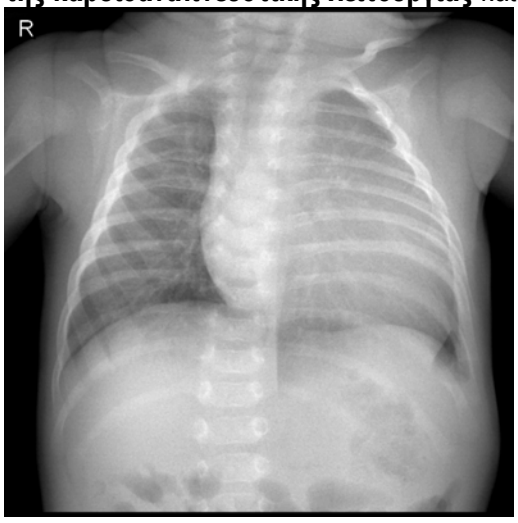
- Υποπλασία εγκεφαλικών ημισφαιρίων
- Αγενεσία μεσολοβίου
- Μικροκεφαλία
- Υπερτελορισμός
- Υπερτρίχωση
- Χαμηλή πρόσφυση ώτων ανώμαλη ελίκωση
- Βραχύς τράχηλος
- Μακριά δάκτυλα
- Υποτονία
- Κώφωση
- Τύφλωση
- Ηπατοσπληνομεγαλία

ΑΑ032

ΒΡΕΦΟΣ 53 ΗΜΕΡΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ POMPE ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Στυλιανή Σαρρή[1], Ευθαλία Καραβέργου[1], Νικολόπουλος Θεόδωρος[1], Μηλιώτη Ιωάννα[1], Μαρία Μπαλλά[2], Θεοδώρα Ξανθάκη[2], Βασιλική Ζιάκα[2], Μαρία-Ροζέ Πονς[2], Στυλιανός Στειρόπουλος[1], Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1], Ευαγγελία Λυκοπούλου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Ειδική Μονάδα Παιδονευρολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η νόσος Pompe (γλυκογονίαση τύπου ΙΙ) είναι σπάνια, αυτοσωμική υπολειπόμενη λυσοσωμική διαταραχή που προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο της όξινης α-γλυκοσιδάσης (GAA), οδηγώντας σε συσσώρευση γλυκογόνου κυρίως στον καρδιακό και σκελετικό μυ. Η βρεφική μορφή προβάλλει με εικόνα υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, υποτονίας και αναπνευστικής ανεπάρκειας και είναι συχνά θανατηφόρα χωρίς θεραπεία εντός του πρώτου έτους ζωής.
Σκοπός: Περιγραφή βρέφους με υποτονία και μυοκαρδιοπάθεια. Κλινική βελτίωση ασθενούς με νόσο Pompe βρεφικής έναρξης μόλις ένα μήνα μετά από την έναρξη ενζυμικής υποκατάστασης.
Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Βρέφος άρρεν 53 ημερών εισήχθη προς διερεύνηση σημαντικού βαθμού υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας με ενδοκοιλοτική στένωση. Από εβδομάδος αναφέρεται δυσχέρεια σίτισης. Ο εργαστηριακός έλεγχος είχε αναδείξει υψηλές τιμές τρανσαμινασών και CK: 700 IU/l. Παρουσίαζε ανεπαρκή πρόσληψη βάρους, κορμική υποτονία, ταχύπνοια, εισολκές μεσοπλευρίων και ακουστό συστολικό φύσημα 3/6. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε εξεσημασμένη καρδιομεγαλία και με την εικόνα της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (EF>65%) έγινε έναρξη αγωγής με προπρανολόλη 2mg/kg/24h. Τα ανωτέρω έθεσαν ισχυρά την υποψία νόσου Pompe που επιβεβαιώθηκε με τη χαμηλή δραστικότητα όξινης α-1,4γλυκοσιδάσης (0.1μmol/L/h ΦΤ>2) και την ανάδειξη μεταλλάξεων c.1927G>A(p.(Gly643Arg)) και c.2012_2014dup(p(Met671_Arg672insLeu)). Η σίτιση του βρέφους ενισχύθηκε με τη χορήγηση υπερθερμιδικού γάλακτος μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Σε ηλικία 63 ημερών έγινε έναρξη ενζυμικής υποκατάστασης με αλγλυκοσιδάση-άλφα (40mg/kgΒΣ/εβδομάδα). Ένα μήνα αργότερα παρατηρείται μείωση του πάχους της αριστεράς κοιλίας (11mm→9mm) και σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας όσον αφορά στη σίτιση, στην αναπνευστική δυσχέρεια και στην πρόσληψη βάρους.
Συμπεράσματα:. Η **έγκαιρη διάγνωση** και η **πρώιμη έναρξη ενζυμικής θεραπείας** είναι καθοριστικές για τη **σταθεροποίηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας** και τη **βελτίωση της πρόγνωσης**.



ΑΑ033

TEST ΓΙΑ ΙΟΥΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δημήτρης Τασσόπουλος[1], Ελένη Παπαδοπούλου[1], Αλεξάνδρα Σδούγα[2], Βασίλης Δημητριάδης[1], Σωτήρης Σκαρμέας[1], Ελισάβετ Τραγούδα[1], Μαρία Ροδοπούλου[3], Βασίλης Μούρκας[4], Βασιλική Μίντζα[5]
[1] Κέντρο Υγείας Γαστούνης, Γαστούνη
[2] Φοιτήτρια Ιατρικής
[3] Ιδιώτης Παιδίατρος, Κάτω Αχαΐα
[4] ΠΠΝ Λάρισας, Λάρισα
[5] ΚΥ Γόνων, Γόνοι

Εισαγωγή: τα τεστ ανίχνευσης ιικών αντιγόνων, είναι όλο και πιο διαδεδομένα διαγνωστικά εργαλεία.
Σκοπός της εργασίας είναι να εκτιμήσουμε το ποσοστό των παιδιών με εμπύρετο νόσημα που επισκέφτηκαν το Κέντρο Υγείας και έπασχαν από τους ιούς της γρίπης Α και Β, του Κορωναιού και του RSV.
Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των 207 παιδιών με εμπύρετο νόσημα (πάνω από 38,5^{0} C) που επισκέφτηκαν κέντρο υγείας αγροτικής περιοχής από τον Δεκέμβριο 2023 ως τις 15 Μαρτίου 2024. Σε όλα τα παιδιά με εμπύρετο έγινε test για τους ιούς της γρίπης Α και Β, του Κορωναιού και του RSV.
Αποτελέσματα: 110/207 παιδιά είχαν θετικό test. Τα 28 από αυτά είχαν θετικό τεστ για γρίπη Β, τα 45 σε γρίπη Α, τα 21 σε SARS-CoV-2 και 16 σε RSV. Σε 34 από αυτά με γρίπη δόθηκε αντιιική αγωγή. Τα παιδιά αυτά απυρέτησαν 1,4 μέρες μετά την προσέλευσή τους στο κέντρο υγείας, ενώ σε αυτά που δεν δόθηκε αγωγή απυρέτησαν μετά 2,6 μέρες.
Συμπέρασμα: τα τεστ ανίχνευσης ιικών αντιγόνων είναι χρήσιμο εργαλείο, ιδιαίτερα στους χειμερινούς μήνες που οι ιωσεις έχουν αυξημένη επίπτωση.



ΑΑ034

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δημήτρης Τασσόπουλος[1], Ελένη Παπαδοπούλου[1], Βασίλης Δημητριάδης[1], Αλεξάνδρα Σδούγα[2], Σωτήρης Σκαρμέας[1], Ελισάβετ Τραγούδα[1], Μαρία Ροδοπούλου[3], Βασίλης Μούρκας[4], Βασιλική Μίντζα[5]
[1] Κέντρο Υγείας Γαστούνης, Γαστούνη
[2] Φοιτήτρια Ιατρικής
[3] Ιδιώτης Παιδίατρος, Κάτω Αχαΐα
[4] ΠΠΝ Λάρισας, Λάρισα
[5] ΚΥ Γόνων, Γόνοι

Εισαγωγή: Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι συχνά στα παιδιά και εκφράζονται σαν κοιλιακός πόνος, πονοκέφαλος, θωρακικός πόνος, αίσθημα δύσπνοιας κ.α.
Σκοπός της εργασίας είναι να εκτιμήσουμε το ποσοστό των παιδιών που σωματοποιούν το άγχος τους ως προς αυτά που τα παραπάνω συμπτώματα είναι έκφραση οργανικής νόσου.
Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των 152 παιδιών ηλικίας μεγαλύτερης από 7 χρονών με κοιλιακό άλγος, πονοκέφαλο, θωρακικό πόνο και αίσθημα δύσπνοιας που επισκέφτηκαν κέντρο υγείας αγροτικής περιοχής από τον Δεκέμβριο 2023 ως τις 15 Μαρτίου 2024. Ως κριτήρια για τον πόνο μπήκε η επαναληψιμότητα, η συσχέτιση με το σχολείο και τους καβγάδες στην οικογένεια, η ύφεση των συμπτωμάτων όταν απουσίασε ο εκλυτικός παράγοντας και η απουσία συνοδών συμπτωμάτων. Στο αίσθημα δύσπνοιας συνεκτιμήθηκε ο φυσιολογικός κορεσμός O_2, και η απουσία ακροαστικών.
Αποτελέσματα: Σε 10/36 παιδιά με κεφαλαλγία, σε 17/28 με αίσθημα θωρακικού πόνου, σε 8/14 με αίσθημα δύσπνοιας και σε 13/74 με κοιλιακό άλγος τα συμπτώματα αποδόθηκαν σε άγχος.
Συμπέρασμα: τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι υπαρκτά στα παιδιά. Οι παιδίατροι όμως πρέπει να αποκλείουν πρώτα την οργανική νόσο.

ΑΑ035

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Αμαλία Πάτρα, Αλεξάνδρα Γιαννάκη
Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η γρίπη είναι οξεία νόσος του αναπνευστικού συστήματος που προκαλείται από τους ιούς της γρίπης Α και Β. Στην Ελλάδα εποχικές εξάρσεις της γρίπης εμφανίζονται κατά τους χειμερινούς μήνες (Οκτώβριο-Απρίλιο). Το έτος 2024-2025 το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού συνέστησε τον εμβολιασμό όλων των υγιών βρεφών άνω των 6 μηνών έως την ηλικία των 5 ετών.
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας παιδιών με γρίπη που εξετάστηκαν στα επείγοντα και το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης αυτών.
Υλικό: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν παιδιά ηλικίας 0-16 ετών που εξετάστηκαν στο Τμήμα Παιδιατρικών Επειγόντων την περίοδο 1/10/2024 έως και 30/04/2025.
Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση και καταγραφή του αριθμού των παιδιών που διαγνώστηκαν καθώς και την εμβολιαστική τους κάλυψη έναντι της γρίπης.
Αποτελέσματα: Από τα 2.582 παιδιά που εξετάστηκαν τα 2.079 προσήλθαν λόγω γριπώδους συνδρομής, 125 λόγω γαστρεντερικών διαταραχών και 341 παιδιά από κάθε άλλη αιτία. Ταυτοποιήθηκαν 100 παιδιά με γρίπη Α και 62 παιδιά με γρίπη Β. Η επίπτωση ήταν μεγαλύτερη στις ηλικίες 6-16 ετών η πλειοψηφία των οποίων ήταν ανεμβολίαστα.
Συμπεράσματα: Ο αντιγριπικός εμβολιασμός είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος προστασίας από τη νόσηση καθώς προλαμβάνει επιπλοκές και συμβάλλει στη μείωση διασποράς του ιού.



ΑΑ036

ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCH-SCHONLEIN: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΘΩΑ;

Μαρία Βασιλοπούλου, Αικατερίνη Κιορσάββα, Ιωάννης Τσολιάκος, Αργυρώ Κωνσταντοπούλου, Εβελίνα Τσάνη, Γιαννούλα Κουρούση, Άννα Μεσσαριτάκη
Β' Παιδιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία"

Εισαγωγή: Η πορφύρα Henoch-Schonlein αποτελεί τη συχνότερη αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας. Πολλές φορές λόγω σοβαρών επιπλοκών κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία και η αντιμετώπιση.
Σκοπός: Η ανεύρεση αιτιολογικού παράγοντα εμφάνισης πορφύρας Henoch-Schonlein και οι πιθανές επιπλοκές. Πότε ενδείκνυται η φαρμακευτική αγωγή;
Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 8 παιδιά ηλικίας 3-12 ετών (διάμεση ηλικία 6,6 έτη), 5 θήλεα:3 άρρενα που νοσηλεύτηκαν λόγω πορφυρικού τύπου εξανθήματος σε άνω-κάτω άκρα - γλουτούς και αρθραλγιών. Διερευνήθηκαν πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες της πορφύρας (μικροβιακή λοίμωξη/ιογενής συνδρομή). Ορισμένα, λόγω επιπλοκών εκ του γαστρεντερικού ή/και εκ του ουροποιητικού συστήματος, ετέθησαν σε αγωγή με κορτικοστεροειδή.
Αποτελέσματα: Αιτιολογικός παράγων απομονώθηκε στο 62% των περιπτώσεων (37% β-αιμολυτικός Στρεπτόκοκκος ομάδας Α σε καλλιέργεια φαρυγγικού, 12% λοίμωξη από HHV 6 και 7 σε PCR αίματος, 12% λοίμωξη από Norovirus σε film array κοπράνων). Συμμετοχή του γαστρεντερικού συστήματος εμφάνισε το 50%, εκ των οποίων το 25% εγκολεασμό λεπτού εντέρου. Παρατηρήθηκε νεφρική προσβολή με μικροσκοπική αιματουρία (ερυθρά ≥5 κ.ο.π σε γενική ούρων) στο 62% των περιπτώσεων, μακροσκοπική αιματουρία με παρουσία δύσμορφων ερυθρών στο 12%, ενώ λευκωματουρία (σε 24ωρη συλλογή ούρων) δε διαπιστώθηκε σε κανένα από τα νοσηλευόμενα παιδιά. Σε όλα τα παιδιά που εμφάνισαν επιπλοκή από το γαστρεντερικό σύστημα χορηγήθηκαν κορτικοειδή.
Συμπεράσματα: Η πορφύρα Henoch-Schonlein είναι συνήθως ένα αυτοϊώμενο παιδιατρικό νόσημα που ωστόσο, λόγω των συχνών επιπλοκών είναι απαραίτητη η στενή παιδιατρική παρακολούθηση ακόμη και μετά την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής.

ΑΑ037

ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ

Γεωργία Γάτα, Χριστίνα Καμάρη, Έμιλυ-Μιλτώ Γκατζηρούλη, Αντωνία Τσουπάκη, Παναγιώτα Ζησιάδου, Ελένη Παπαδοπούλου, Δήμητρα Ναούμ, Ελένη Τσιβίκη
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

Εισαγωγή: Η οξεία μυοσίτιδα στα παιδιά είναι μια αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση που συνοδεύει συχνότερα τη γρίπη Β και Α, προσβάλλει κυρίως αγόρια, ενώ σπανίως μπορεί να επιπλακεί από ραβδομυόλυση. Τη διάγνωση θέτει το ιστορικό, η κλινική εικόνα και η αυξημένη CPK.
Σκοπός: Ανάδειξη κλινικο-εργαστηριακών ευρημάτων και στατιστικών στοιχείων παιδιών που νοσηλεύτηκαν με μυοσίτιδα.
Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παιδιών που εισήχθησαν στην παιδιατρική κλινική λόγω μυοσίτιδας, το διάστημα 01/10/23-31/03/25.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 26 εισαγωγές (μέση ηλικία 9 έτη, μέση διάρκεια νοσηλείας 2 ημέρες, 75% αγόρια, 25% κορίτσια). Δύο από τα αγόρια νοσηλεύτηκαν 2 φορές στο διάστημα ελέγχου και το ένα εξ' αυτών ανέφερε επιπλέον δυο παλαιότερα επεισόδια μυοσίτιδας (συνολικά 4). Ένα παιδί διεκομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο λόγω υψηλής CPK 13619 IU/L. Τα παιδιά παρουσίαζαν άλγος γαστροκνημίων και χωλότητα βάδισης όχι πάντα ανάλογη με το ύψος της CPK. Ένα παιδί ήταν ασυμπτωματικό. Σε όλα προηγήθηκε ιογενής λοίμωξη: γρίπη Β(73%), γρίπη Α(15%), γαστρεντερίτιδα(8%), άλλο(4%). Η μέση τιμή της μέγιστης CPK ήταν 4120 IU/L (361-13619 IU/L). Το 33,3% των παιδιών είχαν τιμή CPK>5000. Το αγόρι με τα 4 επεισόδια ελέγθηκε γονιδιακά και προέκυψε πιθανά παθογόνα μετάλλαξη στο γονίδιο CHKB. Παθογόνες μεταλλάξεις στο συγκεκριμένο γονίδιο έχουν συσχετιστεί με τύπους συγγενούς μυικής δυστροφίας.
Συμπεράσματα: Ο παιδίατρος θα πρέπει να υποψιαστεί τη μυοσίτιδα, ιδιαίτερα σε περιόδους έξαρσης της γρίπης. Η νόσος αυτοπεριορίζεται σε μία εβδομάδα περίπου. Σημαντική όμως είναι η αναγνώριση των περιπτώσεων που χρήζουν διερεύνησης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία συστήνεται έλεγχος για μυοπάθειες και μεταβολικά νοσήματα σε παιδιά με επαναλαμβανόμενες μυοσίτιδες ή όταν CPK>5000IU/L.

ΑΑ038

ΝΗΠΙΟ 3 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΣΩΜΙΚΗ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ.

Δήμητρα Καλλιτσουνάκη[1], Κόνιαρη Ελένη[2], Γεωργούλια Κωνσταντίνα[2], Σκούμα Αναστασία[3], Χρούσος Γεώργιος[2]
[1] Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία"
[2] Ερευνητικό Πανεπιστημιακό *Ινστιτούτο* Υγείας Μητέρας, Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας
[3] Ινστιτούτο Υγείας και Παιδιού

Εισαγωγή: Η αυτοσωμική υπολειπόμενη υπερχοληστερολαιμία είναι μια πολύ σπάνια μονογονιδιακή διαταραχή που επηρεάζει λιγότερους από 1 στα 1.000.000 άτομα και χαρακτηρίζεται από πολύ υψηλά επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) που οδηγούν σε επιθετική και πρόωρη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία.
Σκοπός: Παρουσιάζονται η περίπτωση ενός κοριτσιού 3 ετών που παραπέμφθηκε για διερεύνηση υπερχοληστερολαιμίας με ολική χοληστερόλη 639 mg/dl και LDL 568 mg/dl.
Υλικό-Μέθοδος: Η ασθενής εισήχθη στο παιδιατρικό τμήμα του Νοσοκομείου Παίδων Αγία Σοφία με ldl-c 610 mg/dl, Ολική χοληστερόλη (TC) 677mg/dl, apo B 359mg/dl. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος από την ασθενή και τους δύο γονείς. Πραγματοποιήθηκε απομόνωση DNA, και αλληλούχιση επόμενης γενιάς στα γονίδια LDLR,APOB, PCSK9, LDLRAP1 (MiSeq system (Illumina, USA).
Αποτελέσματα: Η ασθενής ήταν ομόζυγη για την παραλλαγή NM_015627.3 (LDLRAP1):c.89-1G>C, p.(Lys30Thrfs*3). Η ετεροζυγωτία των γονέων επιβεβαιώθηκε με Sanger. Η διαταραχή αυτής της θέσης έχει προηγουμένως παρατηρηθεί σε άτομα με αυτοσωμική υπολειπόμενη υπερχοληστερολαιμία. Αυτή η αλλαγή αλληλουχίας επηρεάζει μια θέση ματίσματος δέκτη στο εσώνιο1 του γονιδίου ldlrap1 διαταράσσοντας την επεξεργασία του πρόδρομου ενζύμου RNa οδηγώντας σε μείωση της έκφρασης της ενζυμικής πρωτεΐνης.
Συμπεράσματα: Κλινικά, αυτή η κατάσταση δεν διακρίνεται από την ομόζυγη οικογενή υπερχοληστερολαιμία (HoFH). Η έγκαιρη διάγνωση από την παιδική ηλικία είναι πρωταρχικής σημασίας για την έναρξη θεραπείας και την εξασφάλιση της μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΑ039

ΑΦΘΕΣ ΤΟΥ BEDNAR ΜΙΑ ΥΠΟΕΚΤΙΜΗΜΕΝΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΒΡΕΦΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χρυσή – Ευαγγελία Ακρίβου, Ιωάννα Τάσσιου, Κωνσταντίνος Τσάκος, Μαρία – Ειρήνη Κυριακιδέλη, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η άφθα του Bednar (AB) είναι ένας τύπος επιπολής στοματικού έλκους που εμφανίζεται σε ηλικίες 0-3 μηνών σε ποσοστό μέχρι και 15.8%. Οι βλάβες εντοπίζονται στο όριο μαλθακής και σκληρής υπερώας, είναι ετερόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες λευκωπές με σαφή όρια και δημιουργούνται από μηχανική πίεση της θηλής, του μπιμπερό ή της πιπίλας. Προκαλούν δυσκολία σίτισης, πόνο και ανησυχία. Δεν απαιτείται θεραπεία, καθώς συνήθως υποχωρούν αυτόματα εντός ολίγων ημερών μέχρι εβδομάδων.
Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης βρέφους 2 μηνών που σιτιζόταν με μπιμπερό και χρησιμοποιούσε πιπίλα.
Υλικό/μέθοδος: Μελέτη του φακέλου νοσηλείας της ασθενούς.
Αποτελέσματα: Το βρέφος προσκομίστηκε στην Παιδιατρική Κλινική Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου διότι παρουσίασε δυσκολία σίτισης και ανησυχία από ημέρας. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άφθα με ευρεία βάση στη σκληρή υπερώα. Ο αιματολογικός, βιοχημικός, ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικοί. Τέθηκε σε αγωγή με τοπική γέλη σαλικυλικού και επουλωτική στοματική πάστα, με σταδιακή βελτίωση της άφθας και της σίτισης. Επαναπροσκομίστηκε εντός εβδομάδος λόγω επανεμφάνισης ανησυχίας. Διαπιστώθηκε η προϋπάρχουσα άφθα σε αποδρομή, καθώς και νέα παρόμοια άφθα αντιδιαμετρικά της πρώτης στην υπερώα. Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενυδάτωση, τοπική περιποίηση, σύσταση για χρήση μαλακής πιπίλας και αλλαγή της γωνίας της θέσης σίτισης, ώστε να αποφεύγεται η πίεση της θηλής του μπουκαλιού στην πάσχουσα περιοχή. Το βρέφος παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και υποχώρηση των αφθών σε 3 εβδομάδες.
Συμπεράσματα: Η AB είναι πολύ συχνή στα βρέφη, και προκαλείται κυρίως από μηχανικά τραύματα προκαλούμενα από της θηλές των μπουκαλιών και της πιπίλας. Δεν απαιτείται ειδική αντιμετώπιση και είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται ώστε να αποφεύγονται περιττές εξετάσεις και να δίνονται στους γονείς απλές αλλά αποτελεσματικές οδηγίες σίτισης.

Nam, S. W., Ahn, S. H., Shin, S. M., & Jeong, G. (2016). Clinical features of Bednar's aphthae in infants. *Korean journal of pediatrics*, *59*(1), 30–34. https://doi.org/10.3345/kjp.2016.59.1.30



ΑΑ040

ΤΟ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ. ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΣΤΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΟΝΕΩΝ.

Ναταλία Σταυροπούλου[1], Αικατερίνη Λάλη[1], Διονυσία-Χαρά Πισιμίση[2], Αλεξάνδρα Κορωνιώτη[1], Ελένη Παπαδοπούλου[3], Θεοδώρα Δανίδη[1], Μενέλαος Οικονομόπουλος[1], Γεώργιος Αλλαγιάννης[1], Μαρία Αναστασοπούλου[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Πύργου
[2] Κέντρο Υγείας Ζαχάρως
[3] Κέντρο Υγείας Αρχαίας Ολυμπίας

Εισαγωγή: Ο δισταγμός έναντι του αντιγριπικού εμβολίου είναι πιο εμφανής συγκριτικά με άλλα παιδιατρικά εμβόλια.
Σκοπός: Αξιολόγηση ποσοστών εμβολιασμού κατά της γρίπης προ-εντός-μετά την πανδημία covid-19 και παραγόντων που τον επηρεάζουν.
Υλικό - Μέθοδος: Ομάδα Ι:Μελετήθηκαν αρχεία του εμβολιαστικού τμήματος την δεκαετία 2015-2025. Καταγράφηκαν-συγκρίθηκαν τα ποσοστά εμβολιασμού σε Έλληνες-μειονότητες και οι εμβολιασμοί κατά του τετάνου ως προσέγγιση των γενικών ποσοστών εμβολιασμού, όλες τις εποχές γρίπης (Οκτώβριος-Απρίλιος). Ομάδα ΙΙ:147 Έλληνες, γονείς παιδιών 10-16 ετών που 92,52% εμβολιάστηκαν από Ιδιώτη Παιδίατρο, απάντησαν σε σχετικό ερωτηματολόγιο και καταγράφηκαν τα αντίστοιχα ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού με έλεγχο των ΒΥΠ(περίοδο Δεκεμβρίου 2024-Μαρτίου 2025).
Αποτελέσματα: Ποσοστά εμβολιασμού κατά γρίπης και τετάνου ανά περίοδο γρίπης.

Ομάδα Ι (6μηνών-16ετών)	Προ covid-19 2015-2020	Εντός covid-19 2020-2022		Μετά covid-19 2022-2025
1)Εμβόλιο γρίπης	32,37% (29,34%-39.10%)	2020-2021 5,56%	2021-2022 5,60%	13,54% (9,40%-15,71%)
2)DTap/Tdap	43,52% (42,45%-44,95%)	38,89%	38,40%	41,10% (40,33%-41,89%)
Ομάδα ΙΙ (10-16ετών) Εμβόλιο γρίπης	37,14% (32.65%-41,50%)	9,52%	8,16%	21,31% (17,68%-23,80%)

Αν και 93,14% των γονέων ήταν συνεπείς στα εμβόλια ρουτίνας, 50,34% δήλωσαν σθεναρά ότι η δυσπιστία για το εμβόλιο SARS-CoV-2 αύξησε την διστακτικότητά τους για τους εμβολιασμούς. Ειδικότερα για το αντιγριπικό:51,02% αγνοούν τις σωστές ενδείξεις εμβολιασμού, 31,29% υποτιμούν την σοβαρότητα νόσου, 42,18% προτιμούν την φυσική νόσηση, 49,66% θεωρούν ότι δεν είναι αποτελεσματικό, 26,53% ότι έχει παρενέργειες, ενώ 46,25% δεν έλαβαν σύσταση/ή είχαν αρνητική από τον Παιδίατρο και 28,57% ενημερώνονται από τα ΜΜΕ/Διαδίκτυο.
Συμπέρασμα: Ο αντιγριπικός εμβολιασμός έχει μειωθεί σημαντικά λόγω της πανδημίας covid-19 και δεν έχει ανακάμψει. Η σωστή ενημέρωση των γονέων από τους Παιδιάτρους, θα εξαλείψει την διστακτικότητά τους, ειδικά σε ευάλωτους πληθυσμούς.

ΑΑ041

Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΔΙΣΤΑΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ (ΕΠΕ).

Ναταλία Σταυροπούλου[1], Διονυσία-Χαρά Πισιμίση[2], Αικατερίνη Λάλη[1], Αλεξάνδρα Κορωνιώτη[1], Ελένη Παπαδοπούλου[3], Θεοδώρα Δανίδη[1], Μενέλαος Οικονομόπουλος[1], Γεώργιος Αλλαγιάννης[1], Μαρία Αναστασοπούλου[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Πύργου
[2] Κέντρο Υγείας Ζαχάρως
[3] Κέντρο Υγείας Αρχαίας Ολυμπίας

Εισαγωγή: Η πανδημία covid-19 έχει επηρεάσει τις απόψεις-συμπεριφορές του κοινού σχετικά με τα εμβόλια.
Σκοπός: Διερεύνηση των γονικών πεποιθήσεων-στάσεων για τα εμβόλια του ΕΠΕ, με έμφαση την επίδραση της διαμάχης για το εμβόλιο SARS-CoV-2.
Υλικό - Μέθοδος: Συμπληρώθηκαν 350 ερωτηματολόγια από γονείς παιδιών 5-15 ετών την περίοδο Δεκέμβριος 2024-Μάρτιος 2025. Καταγράφηκαν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, γονικές απόψεις και πηγές-εγκυρότητα πληροφόρησης που σχετίζονται με τον εμβολιασμό.
Αποτελέσματα: Πλειονότητα ερωτώμενων: μητέρες(80,57%), ίση κατανομή ηλικιακών ομάδων:49,14% 22-35 /50,85% 36-58 ετών, με δύο παιδιά:43,14%/≥3 21,14%, κάτοχοι πτυχίων: ΑΕΙ/ΤΕΙ 35,14%. Ένας στους δύο(50,85%) απάντησε σθεναρά ότι η διαμάχη για το εμβόλιο COVID-19 αύξησε τις ανησυχίες του για τα εμβόλια, ωστόσο 92,28% ήταν συνεπείς στο ΕΠΕ. Αλλαγές στις γονικές πεποιθήσεις-εμπιστοσύνη υπό την επίδραση της διαμάχης για το εμβόλιο COVID-19.

Τα εμβόλια είναι ΛΙΓΟΤΕΡΟ::	Ασφαλή 17,71%	Αποτελεσματικά 16%	Σημαντικά 14,28%
Εμπιστεύομαι τις ιατρικές συμβουλές	Λιγότερο από πριν:13,71%		
Πηγές πληροφόρησης N=350 1) Ιατροί (72,28%) 2)ΜΜΕ/Διαδίκτυο(19,93%) 3)Συγγενείς-Φίλοι(8,29%)	ΟΧΙ 1)38,74% 2)20,59% 3)24,14%	<u>ΣΘΕΝΑΡΑ ΝΑΙ</u> 1)31,23% 2)45,59% 3)37,93%	
Η Γνώση κάποιου που υπέστη επιπλοκές από εμβόλιο COVID-19 αύξησε τις ανησυχίες μου	<u>ΣΘΕΝΑΡΑ ΝΑΙ:</u> 55,70%	<u>ΣΘΕΝΑΡΑ ΟΧΙ:</u>39,48%	
Γονείς εμβολιασμένοι για COVID-19 (44,86%) θεωρούν τα εμβόλια ΠΙΟ:	Ασφαλή 45,22%(p<0,05)	Αποτελεσματικά 47,77%%(p<0,05)	Σημαντικά 51,6%(p<0.001)

Οι μικρότερες ηλικιακά μητέρες, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, με μικρότερο αριθμό παιδιών <3, (p<0,05 όλα), οι μη εμβολιασμένοι για COVID-19 γονείς, η γνώση κάποιου που υπέστη επιπλοκές από το εμβόλιο covid-19 και όσοι βασίζουν την πληροφόρησή τους στα ΜΜΕ/Διαδίκτυο (p<0,001 όλα) έδειξαν υψηλότερες ανησυχίες-διστακτικότητα για άλλους εμβολιασμούς.
Συμπέρασμα: Η κατανόηση της στάσης των γονέων μετά την πανδημία είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών δημόσιας υγείας.



ΑΑ042

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Τιόλη Βασιλική, Τεφλιούδη Ελένη, Ορλη Περσεφόνη, Κουσαξίδου Ευθυμία, Οφείδου Μαρία, Κοτζαμάνη Αναστασία
Κέντρο Υγείας Λαγκαδά, Λαγκαδάς

Εισαγωγή: Στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η λειτουργία παιδιατρικού ιατρείου Κέντρου Υγείας, που βρίσκεται κοντά σε μεγάλο αστικό κέντρο, επιτελεί σπουδαίο ρόλο στην προστασία της παιδικής ηλικίας και θεμελιώδες κοινωνικό έργο.
Σκοπός: Η παρουσίαση και καταγραφή των περιστατικών που εξετάστηκαν τα τελευταία 10 έτη (2014-2024) στο παιδιατρικό τμήμα του Κ.Υ. και αξιολόγηση της νοσηρότητας του παιδικού πληθυσμού στην περιοχή ευθύνης του Κ.Υ.
Υλικό: Στην παρούσα μελέτη ανασκοπούνται **106.453** περιστατικά παιδιών, που επισκέφθηκαν σε πρωινό ιατρείο, το τμήμα μας.
Μέθοδος: Το ηλεκτρονικό πρόγραμμα καταγραφής και παρακολούθησης του παιδικού πληθυσμού της ζώνης ευθύνης του Κ.Υ. που διέθετε το ιατρείο μας και πριν 8 μήνες, μας έδωσε τη δυνατότητα να μελετήσουμε και να καταγράψουμε το σύνολο των περιστατικών, τον λόγο της επίσκεψης και τη διάγνωση.
Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι:

ΔΕΛΤΙΟ ΕΤΗΣΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

2014-2024	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	ΛΟΙΜΩΔΗ	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	Ω Ρ Λ	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΕΡΓΑΣΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ-ΔΗΛ/ΡΙΑΣΕΙΣ	ΧΒ ΔΙΑΦ. ΤΥΠΩΝ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΩΝ	Α Δ Υ Μ	ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΚΥ(ΜΑΣΚΑ)	ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΗΚΑΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚ	ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
2014	**12591**	222	3918	527	90	5	65	523	2553	496	244	104	768	1174	1384	417	101	72	1987
2015	**10250**	254	3082	632	59	0	3	643	1433	558	297	136	663	923	1010	466	91	151	1604
2016	**9455**	321	2644	508	62	8	81	520	1407	527	393	100	613	695	943	525	108	28	1402
2017	**7999**	237	1854	508	45	3	136	419	1215	364	356	125	515	827	836	492	67	0	1191
2018	**6862**	240	1629	356	38	3	74	448	1299	54	46	145	478	756	837	395	64	0	906
2019	**7897**	298	1571	366	54	59	43	466	1286	367	431	113	442	1003	1044	298	56	2	989
2020	**4296**	411	764	108	34	44	16	138	490	208	209	33	374	659	664	136	8	2	2361
2021	**2422**	139	163	46	15	33	8	72	159	200	282	22	105	513	517	148	0	0	2401
2022	**5378**	214	796	134	35	47	47	77	354	1291	488	54	340	634	653	214	0	0	2297

2023	**6029**	385	933	218	29	76	31	169	1162	334	538	91	445	630	630	345	13	3	2243
2024	**8097**	332	1826	239	42	36	50	244	1794	262	793	11	657	737	748	290	36	14	2316
ΣΥΝΟΛΟ	**81276**	**3053**	**19180**	**3642**	**503**	**314**	**554**	**3719**	**13152**	**4661**	**4077**	**934**	**5400**	**8551**	**9266**	**3726**	**544**	**272**	**19697**

Συμπεράσματα:

1. Ο αριθμός των προσερχομένων ετησίως, βρεφών και παιδιών είναι ικανοποιητικός, δείχνει την εμπιστοσύνη στους παιδιάτρους του Κ.Υ. παρόλο που βρίσκεται κοντά σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο.
2. Κυριότερες αιτίες προσέλευσης είναι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού και ΩΡΛ.
3. Από τις άλλες αιτίες κυριότερες είναι οι λοιμώξεις πεπτικού, ουροποιητικού, δερματολογικά περιστατικά και έπονται ατυχήματα και εργαστηριακός έλεγχος.
4. Κατά την εποχή της πανδημίας του κορονοϊού κατά γενική ομολογία, μειώθηκε η προσέλευση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στο Κ.Υ. όπως σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.



ΑΑ043

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΣΕ Κ.Υ. ΗΜΙΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ.

Τεφλιούδη Ελένη, Κουσαξίδου Ευθυμία, Ορλη Περσεφόνη, Οφείδου Μαρία, Τιόλη Βασιλική, Κοτζαμάνη Αναστασία
Κέντρο Υγείας Λαγκαδά, Λαγκαδάς

Εισαγωγή: Ο έγκαιρος εμβολιασμός αποτελεί το κυριότερο μέσο για την πρωτογενή πρόληψη των ασθενειών και ένα από τα πλέον αποτελεσματικά μέτρα για τη δημόσια υγεία. Η ανοσοποίηση μέσω των εμβολίων είναι η καλύτερη άμυνα που έχουμε απέναντι σε σοβαρές και πολλές φορές μεταδοτικές θανατηφόρες ασθένειες. Χάρη σε εκτεταμένες εκστρατείες εμβολιασμών, δημιουργήθηκε συλλογική ανοσία και απαλλάχθηκε η κοινότητα από πολλές ασθένειες.
Σκοπός: Η παρουσίαση και καταγραφή των παιδιών που εμβολιάστηκαν τα τελευταία 10 έτη (2014-2024) στην περιοχή ευθύνης Κ.Υ ημιαστικής περιοχής.
Υλικό: Στην παρούσα μελέτη καταγράφονται 25.177 επισκέψεις βρεφών και παιδιών, που εμβολιάστηκαν στο τμήμα μας.
Μέθοδος: Το ηλεκτρονικό πρόγραμμα καταγραφής και παρακολούθησης του παιδικού πληθυσμού της ζώνης ευθύνης του Κ.Υ. που διέθετε το ιατρείο μας και πριν 8 μήνες, μας έδωσε τη δυνατότητα να μελετήσουμε και να καταγράψουμε το σύνολο των εμβολιασμών.
Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι:

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ																														
2014-2024	ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ	ΣΥΝ/ΦΙΑ	DENVER	MANTOUX	ΟΔΗΓΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΜΒΟΛΙΩΝ	BCG	DT-TRIAXIS	DTP POLIO	SYNAGIS	MMR+VAR	BOOSTRIX POLIO-REPEVAX	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ-Β	ΕΞΑΠΛΟ	ΠΕΝΤΑΠΛΟ	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ-C	ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΚΟΚΟΣ	ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ	MMR	ΓΡΙΠΠΗΣ	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ-Α	ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ	ΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ-MenAC	ROTA	MenB BEXSERO	ΑΙΜΟΦΙΛΟΣ
2014	3401	318	384	257	218	2490	58	26	222	2	89	95	78	90	134	192	242	264	223	20	393	145	213	3	0	0
2015	3055	440	451	178	203	2224	0	38	150	0	27	199	62	137	88	105	236	247	276	3	286	90	275	2	5	2
2016	2788	318	520	31	84	2147	0	28	215	0	85	113	32	178	70	91	234	202	186	8	250	122	301	0	14	1
2017	2647	337	457	55	160	2229	0	20	192	0	69	105	36	147	75	69	226	165	335	5	216	221	311	3	33	0
2018	2871	306	398	68	115	2576	0	15	148	0	58	467	7	152	52	68	196	193	244	17	263	282	330	4	81	0
2019	2432	217	269	81	77	2198	0	3	155	0	33	301	26	134	35	85	158	196	87	45	261	275	307	1	91	0
2020	1673	102	175	52	41	1556	0	5	85	0	9	255	15	107	13	45	99	161	36	53	151	236	242	0	44	0
2021	1091	29	61	60	35	1006	0	2	76	0	24	177	8	38	11	21	37	66	34	19	96	186	187	0	16	0
2022	1511	52	62	109	147	1197	0	6	56	0	20	201	6	36	5	18	25	46	19	25	79	413	204	10	8	0
2023	1814	98	101	86	157	1474	0	5	66	0	45	230	8	49	13	26	44	44	18	20	81	610	187	15	10	0
2024	1894	113	118	66	220	1492	0	11	74	0	31	267	9	51	3	19	38	60	23	46	81	513	240	7	19	0
ΣΥΝΟΛΟ	25177	2330	2996	1043	1457	20589	58	159	1439	2	490	2410	287	1119	499	739	1535	1644	1481	261	2157	3093	2797	45	321	3



Συμπεράσματα:

1. Ο αριθμός των προσερχομένων ετησίως ,βρεφών και παιδιών είναι ικανοποιητικός, δείχνει την εμπιστοσύνη στους παιδιάτρους του Κ.Υ. παρόλο που βρίσκεται κοντά σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο.
2. Αξιοσημείωτο ότι με την εισαγωγή του εμβολιασμού HPV στα αγόρια, η συμμόρφωση για το συγκεκριμένο εμβόλιο ήταν άμεση, σε σχέση με την αντίστοιχη στα κορίτσια.
3. Κατά την εποχή της πανδημίας του κορονοϊού μειώθηκε η προσέλευση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
4. Με τον τακτικό έλεγχο των βρεφών και παιδιών η συμμόρφωση στον εμβολιασμό είναι πιο αποτελεσματική.



ΑΑ044

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΟΣ (ΑΓΑ): ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΝΟΣΟ.

Χριστίνα Μητσιάκου, Φωτεινή Τερζηδέλλη, Άννα Τριχάκη, Αιμιλία Κυριακοπούλου, Κωνσταντίνος Παπαδήμος, Πρόδρομος Κυριακίδης, Χρήστος Τσαγκάρης, Μαρίνα Αγγέλοβα, Παρθένα Λαμπριανίδου, Δήμητρα Μωραΐτη, Ελένη Πεντζερετζή, **Σοφία Χρυσοστομίδου**
Παιδιατρική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, Κιλκίς

Εισαγωγή: Η ΑΓΑ είναι κυρίως νόσος βρεφικής και πρώιμης παιδικής ηλικίας, αποτελώντας τη συχνότερη τροφική αλλεργία στα παιδιά, με ποικίλη συμπτωματολογία και διάγνωση κυρίως κλινική. Ένα στα τέσσερα βρέφη παρουσιάζει συμπτώματα σχετιζόμενα με το δέρμα, πεπτικό και αναπνευστικό σύστημα.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικών όπου ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της ΑΓΑ με την αποδρομή συμπτωμάτων κατόπιν χορήγησης υποαλλεργικού γάλακτος.
Υλικά και Μέθοδοι: Βρέφη νοσηλευόμενα ή παρακολουθούμενα στα εξωτερικά ιατρεία.(Πίνακας)
Αποτελέσματα: Ύποπτα περιστατικά ΑΓΑ που θεραπεύτηκαν με χορήγηση γάλακτος εκτενούς υδρόλυσης.

Περιστατικά	Ηλικία	Πρόσληψη Βάρους Σώματος	Κύρια συμπτώματα	Σίτιση	Αντιμετώπιση	Πορεία
1	3,5μηνών	Φυσιολογική	Εξάνθημα κορμού αραιό μικροβλατιδώδες, οίδημα πελμάτων, ανησυχία, κλάμα Άρνηση λήψης γάλακτος	Φόρμουλα	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη	Σταδιακή βελτίωση και νέα έκθυση εξανθήματος έπειτα 10 ημερών
					Στοιχειακού γάλακτος	Ίαση
2	3μηνών	Φυσιολογική	Επίταση μετεωρισμού κοιλίας, ερυγών, με έναρξή τους από ηλικία 1μηνός κατόπιν διακοπής αποκλειστικού ΜΘ και εμφάνιση αιματηρής κένωσης	Φόρμουλα	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη	Ίαση
3	2,5μηνών	Φυσιολογική	Έκζεμα χεριών, μηρών, κοιλιάς, παρειών με έναρξη από 1μήνα, μετά 20ήμερη σταδιακή διακοπή ΜΘ, χωρίς υποχώρηση στην τοπική αγωγή	Φόρμουλα	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη	Ίαση
4	1,5μηνών	Φυσιολογική	Εξάνθημα και αιματηρή κένωση προστιθέμενα σε από 15ημερών αναγωγές, εμέτους μεταγευματικά	Αντιαναγωγικό γάλα	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη	Ίαση
• 5 • 6	2μηνών	Φυσιολογική	Αναγωγές, έμετοι από ηλικίας 1μηνός και αιμορραγική κένωση σε ηλικία 2μηνών	• Μικτή • ΜΘ	Εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη, δίαιτα μητέρας	Ίαση

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός του καλού ιστορικού, της γνώσης των διαφορετικών φαινοτύπων και των ομοφωνιών ενισχύει την κλινική διάγνωση της ΑΓΑ, μειώνοντας την υπερ/υποδιάγνωση.

ΑΑ045

ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΥΟΘΡΑΥΣΤΗ (NUTCKRACKER SYNDROME) ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ.

Αποστολία Σαλαμπάση, Θωμάς Ζησάκης, Αριστέα Παπαγεωργίου, Κατερίνα Γεωργακάκη, Ευαγγελία Ξένου, Γεώργιος Τριανταφυλλίδης
Παιδιατρική Κλινική Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου, Πειραιάς

Εισαγωγή: Το σύνδρομο καρυοθραύστη είναι μια σπάνια και συχνά υποδιαγνωσμένη αγγειακή διαταραχή οφειλόμενη στη συμπίεση της αριστερής νεφρικής φλέβας από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και την αορτή. Χαρακτηρίζεται από εμμένουσα ,μικροσκοπική ή/ και μακροσκοπική αιματουρία, πρωτεινουρία και κοιλιακό άλγος. Εμφανίζεται συχνότερα στα θήλεα και σε ασθενείς με χαμηλό BMI.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με αμβλύ και εμμένον κοιλιακό άλγος και η ανάγκη ένταξης του συνδρόμου καρυοθραύστη στη διαφορική διάγνωση.
Μέθοδος: Καταγραφή στοιχείων από τον ιατρικό φάκελο της νοσηλευόμενης ασθενούς με τήρηση της ανωνυμίας.
Αποτέλεσμα: Έφηβη 13,5 ετών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους από ημέρας και εν συνεχεία εντοπιζόμενο στην αριστερή πυελική χώρα. Το ιστορικό άρχεται από 2ετίας με αναφερόμενο συνεχές κοιλιακό άλγος που αποδιδόταν σε δυσκοιλιότητα, μικροσκοπική αιματουρία από 2 μήνου ως τυχαίο εύρημα και σταδιακά επιδεινούμενη καταβολή. Από τον εκτεταμένο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια διερεύνησης διαπιστώθηκε σε όλα τα δείγματα γενικής ούρων μικροσκοπική αιματουρία (ερυθρά 18- 100 κ.ο.π), πρωτεινουρία (3+) , ίχνη λευκώματος καθώς και Pr/Cr ούρων >0.2 . Διενεργήθη απεικονιστικός έλεγχος US NOK σε ύπτια θέση που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η ασθένης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δεν παρουσίασε ύφεση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων και κρίθηκε σκόπιμη η παραπομπή της σε παιδονεφρολόγο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Το US Doppler νεφρών σε όρθια θέση ,που διενεργήθηκε ένα μήνα μετά, ανέδειξε ευρήματα συμβατά με σύνδρομο καρυοθραύστη.
Συμπέρασμα: Το σύνδρομο καρυοθραύστη έχει συνήθως καλή ανταπόκριση στη συντηρητική θεραπεία ωστόσο οι σοβαρές μορφές του συνδρόμου έχουν δυνητικά βαριές επιπλοκές . Για αυτό το λόγο κρίνεται σκόπιμη η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση με πρώτης εκλογής απεικονιστικό έλεγχο – US Doppler σε όρθια θέση.



ΑΑ046

ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCH-SCHONLEIN ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Κατερίνα Γεωργακάκη, Παναγιώτα-Τσαμπίκα Σαρτζετάκη, Αποστολία Σαλαμπάση, Χαρίκλεια Χριστοπούλου, Αντέλα Μούλλα, Ευαγγελία Ξένου
Παιδιατρική Κλινική Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου, Πειραιάς

Εισαγωγή: Η Henoch-Schönlein (HSP) είναι η πιο συχνή αγγειίτιδα στα παιδιά και χαρακτηρίζεται από λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα και εναπόθεση (IgA) στα μικρά αγγεία δέρματος, αρθρώσεων, γαστρεντερικού, νεφρών. Εκδηλώνεται με πετέχειες και ψηλαφητή πορφύρα. Συχνά είναι συμμετρική και εντοπίζεται σε κάτω άκρα, εκτατικές επιφάνειες άνω άκρων και σημεία πίεσης. Συνοδεύεται από υποδόριο οίδημα. Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν: πορφύρα ή πετέχειες χωρίς θρομβοπενία σε συνδυασμό με τουλάχιστον 1 από τις κάτωθι εκδηλώσεις: α) οξύ διάχυτο κοιλιακό άλγος β) λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα ή υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα με επικρατούσα εναπόθεση IgA γ) αρθρίτιδα / αρθραλγία δ) νεφρική συμμετοχή (πρωτεϊνουρία >3g/24h, αιματουρία, ερυθροκυτταρικοί κύλινδροι).
Σκοπός: Η ανάδειξη ενδιαφέροντος περιστατικού με άτυπη εμφάνιση νόσου που προηγήθηκε έκθυση στον κορμό και ακολούθησε η τυπική κατανομή στα άκρα. Παράγοντες που έχουν σχετιστεί με άτυπη κατανομή: ηλικία (<3 ετών), πολυσυστηματική συμμετοχή, πρώιμα στάδια, προηγούμενη λοίμωξη /εμβολιασμός.
Υλικό- Μέθοδοι: Το περιστατικό αφορά αγόρι ηλικίας 11 ετών που προσήλθε λόγω εξανθήματος αρχόμενου από κοιλιακή χώρα με συρρέοντα χαρακτήρα και επέκταση σε κορμό, ράχη ,πτυχές και κατόπιν πετέχειες με ψηλαφητή πορφύρα στα κάτω άκρα. Συνοδά εμπύρετο και διάχυτο κοιλιακό άλγος.
Αποτελέσματα: Στη διαφορική διάγνωση τέθηκαν HSP, ITP, λευκοκυτταροκλαστική και φαρμακευτική αγγειίτιδα, ΣΕΛ, μηνιγγιτιδοκοκκαιμία, DIC με τελική επιβεβαίωση διάγνωσης HSP χωρίς συμμετοχή αρθρώσεων-νεφρών. Το παιδί ετέθη σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και πρεδνιζολόνη με σταδιακή υποχώρηση του εξανθήματος και παρακολούθηση για 6 μήνες.
Συμπεράσματα: Η HSP είναι αυτοπεριοριζόμενη νόσος με καλή πρόγνωση που χρήζει επαγρύπνησης για εμφάνιση επιπλοκών.

ΑΑ047

ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21

Βουγιουκλάκη Αικατερίνη- Μαρία, Τσούπρου Μαρία, Δενδρινού Αικατερίνη, Καραγεώργου Αγλαια, Ζάχος Κωνσταντίνος, Αλεξάνδροβα Τατιάνα, Τσάμπρα Μαρία, Φιλίππου Όλγα, Μπότσα Ευανθία
Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Περίπου το μισό των ατόμων με σύνδρομο Down έχουν συγγενή καρδιοπάθεια. Η αιμοδυναμικά σημαντική καρδιοπάθεια προβάλλει με ταχύπνοια, δυσκολία στη σίτιση και αδυναμία πρόσληψης βάρους.
Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης βρέφους με σύνδρομο Down με ταχύπνοια και μειωμένη πρόσληψη βάρους σε έδαφος συγγενούς καρδιοπάθειας.
Υλικό: Βρέφος θήλυ 2 μηνών με γνωστό σύνδρομο Down και συγγενή καρδιοπάθεια (στένωση πνευμονικής αρτηρίας και μεσοκολπικό έλλειμμα) προσκομίστηκε λόγω στασιμότητας βάρους από τη γέννηση.
Από την κλινική εξέταση είχε ταχύπνοια και τρίζοντες αμφοτερόπλευρα και έντονο συστολικό φύσημα σε όλο το προκάρδιο. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής ενώ από το filmarray αναπνευστικού απομονώθηκε Human metapneumonovirus. Από την ακτινογραφία θώρακος παρουσίαζε εικόνα έντονης προσβολής διάμεσου δικτύου με λίγα συρρέοντα στοιχεία αριστερά οπισθοκαρδιακά και στον δεξιό άνω λοβό. Ετέθη ρινογαστρικός καθετήρας για σίτιση με υπερθερμιδικό γάλα. Ωστόσο, παρατηρήθηκε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας με αύξηση του αναπνευστικού της έργου και σε νέα ακτινογραφία διαπιστώθηκε ατελεκτασία στο δεξιό άνω λοβό, οπότε και χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή με αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό οξύ για 10 24ωρα. Ακολούθησε διάβαση ανώτερου πεπτικού ,χωρίς εικόνα παλινδρόμησης ή malrotation, καθώς και milkscanning χωρίς εικόνα εισρόφησης. Λόγω της εμμένουσας ταχύπνοιας και της αδυναμίας σίτισης διενεργήθηκε εκ νέου καρδιολογική εκτίμηση και αποφασίστηκε η διενέργεια περίδεσης πνευμονικής αρτηρίας.
Αποτέλεσμα: Μετά τη χειρουργική αποκατάσταση με περίδεση πνευμονικής αρτηρίας παρουσίασε σημαντική βελτίωση στην πρόσληψη βάρους και εξήλθε με οδηγίες για τακτικό επανέλεγχο από τους καρδιολόγους.
Συμπέρασμα: Η έκδηλη αδυναμία σίτισης σε ασθενή με τρισωμία 21 που προβάλλει με στασιμότητα βάρους εγείρει την υποψία για συνύπαρξη αιμοδυναμικά σημαντικής συγγενούς καρδιοπάθειας.

ΑΑ048

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΟΒΑΡΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΧΑΣΜΑ ΑΝΙΟΝΤΩΝ ΛΟΓΩ ΑΣΙΤΙΑΣ

Θεόδωρος Λεφής, Παναγιώτα Κοντογιάννη, Ιωάννα Χρανιώτη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Μαρία Ανατολιωτάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Ειρήνη Ζορμπαδάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Σοφία Στεφανάκη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "Βενιζέλειο-Πανάνειο", Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η ασιτία αποτελεί αιτία κετοξέωσης, μαζί με τη διαβητική και την αλκοολική. Συναντάται σε ομάδες αυξημένου κινδύνου, όπως άτομα με σιτιστικές διαταραχές. Λόγω απουσίας συμπτωματολογίας, τα αρχικά στάδια της κετοξέωσης συχνά διαλάθουν της προσοχής των φροντιστών και μπορεί να αποτελέσουν μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση.
Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού σοβαρής μεταβολικής οξέωσης με αυξημένο χάσμα ανιόντων λόγω ασιτίας.
Υλικό: Αγόρι 5,5 ετών, με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και αμυγδαλεκτομή-αδενοειδεκτομή προ 9ημέρου, προσήλθε λόγω γογγυσμού και επεισοδίων εμέτου από ωρών, με ελάχιστη σίτιση μετά το χειρουργείο. Παρατηρήθηκε αδυναμία, ωχρότητα, απόπνοια οξόνης και ουλώδης ιστός στους αμυγδαλικούς βόθρους.
Μέθοδος: Διενεργήθηκε αδρός εργαστηριακός έλεγχος, οξεοβασική ισορροπία, ΗΚΓ και μεταβολικός έλεγχος κρίσης.
Αποτελέσματα: Από τον έλεγχο αναδείχθηκε σοβαρή μεταβολική οξέωση με ΧΑ=20, pH=7,09, HCO_3^-=5,2mmol/l, Lac=1,6mmol/l, pCO_2=17,4mmHg, Glu=123mg/dl, υπονατριαιμία ($Na^+_{ορού}$=130mmol/l), υποκαλιαιμία ($K^+_{ορού}$=3,3mmol/l), παρουσία οξόνης στα ούρα (+++) και μικροσκοπική αιματουρία (RBCs=15/hpf), πιθανά σωληναριακής προέλευσης. Ο μεταβολικός έλεγχος στη φάση οξέωσης ανέδειξε αυξημένο υδροξυβουτυρικό (71,8mg/dl), κετοβουτυρικό (18,2mg/dl) και ακετοξικό οξύ (15,5mg/dl). Σε επαναληπτικό μεταβολικό έλεγχο εκτός οξέωσης οι τιμές των κετονοσωμάτων ανευρέθησαν εντός φυσιολογικών ορίων, εύρημα συμβατό με κετοξέωση λόγω ασιτίας που διορθώθηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση και επανασίτιση.
Συμπεράσματα: Η αναγνώριση της μεταβολικής οξέωσης με αυξημένο χάσμα ανιόντων και ο καθορισμός της αιτιολογίας της είναι καίριας σημασίας προκειμένου ο Παιδίατρος να την αντιμετωπίσει εγκαίρως. Η ασιτία, παρότι αποτελεί σπάνιο αίτιο κετοξέωσης, θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνεται στη διαφορική της διάγνωση.

ΑΑ049

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Γκέσου Μαρία, Γκατζόφλια Άννα, Μπονέ Ελένη, Βανακλιώτου Μαρία, Κατσουπάκη Μαγδαληνή, Κεφαλά Κλεοπάτρα, Στεφανίδου Μαρία, Ελένη Παμπούρη[1], Λιάνα Αικατερίνη, Τζελλου Μαρία, Χασάπης Μιχαήλ, Τσακελίδης Γεώργιος
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη

Εισαγωγή: Η νόσος του Crohn είναι μια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, που μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα, συχνότερα τον ειλεό και το ανιόν κόλον. Το 5-10% των ασθενών παρουσιάζουν τη νόσο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με την επίπτωση στον παιδιατρικό πληθυσμό να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια.
Σκοπός: Περιγραφή δύο περιπτώσεων νόσου του Crohn σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος
Υλικό: Φάκελος νοσηλείας, εργαστηριακά δεδομένα, βιβλιογραφική αναζήτηση.
Μέθοδος: Άρρεν 11,5 ετών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική λόγω διαρροϊκών κενώσεων από 20ημέρου. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε διάχυτη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη ΤΚΕ(63mm/hr), CRP(2,23mg/dL), καλλιέργεια κοπράνων αρνητική, Mayer κοπράνων θετική. Το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας ήταν φυσιολογικό. Θήλυ 15,5 ετών εισήχθη λόγω κοιλιακού άλγους, διαρροϊκών κενώσεων και εμέτων από πενθημέρου, πυρετό διάρκειας δύο ημερών, μειωμένης σίτισης. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε όψη πάσχοντος και κοιλιά επώδυνη κατά την ψηλάφηση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, με αναπηδώσα ευαισθησία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP=18mg/dl, ΤΚΕ=65mm/hr, λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο), αυξημένα αιμοπετάλια (PLT=689 10^3/μL) και αναιμία (Hb=9,9g/dL, Hct=30,1%).
Αποτελέσματα: Από την μαγνητική εντερογραφία και την κολονοσκόπηση διαγνώσθηκε η νόσος Crohn, και έγινε έναρξη θεραπείας.
Συμπεράσματα: Η νόσος του Crohn εμφανίζεται κλασικά με γαστρεντερικές διαταραχές, κοιλιακό άλγος και συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό ή αδυναμία, παρομοιάζοντας με πληθώρα άλλων διαταραχών που έχουν παρόμοιες εκδηλώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική για την επιλογή κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη επιπλοκών.



ΑΑ050

ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρία Λεκαδίτη, Δέσποινα Τουνισσίδου, Ελευθερία Καραδήμα, Παναγιώτης Γιαννακόπουλος, Διονυσία Λαμπροπούλου, Μαρία Μανιάτη, Πεντζέχρω Γιαννακοπούλου Θεοδώρα Συριοπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Ο ρευματικός πυρετός είναι μια φλεγμονώδης νόσος που οφείλεται στο β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α και εμφανίζεται 2-4 εβδομάδες με από στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα. Εκδηλώνεται με αρθρίτιδα ή αρθραλγία, καρδίτιδα, χορεία, υποδόρια οζίδια, δισκοειδές ερύθημα. Στις μέρες μας θεωρείται νόσος των αναπτυσσομένων χωρών με επίπτωση ≤2 παιδιών ανά 100,000.
Σκοπός: Παρουσίαση παιδιού με εμπύρετο και αρθρίτιδα.
Υλικό: Αγόρι Ρωμά 9,5 χρονών, προσκομίζεται λόγω εμπύρετου έως 38.5°C από 5 ημέρου και χωλότητα βάδισης. Από την κλινική εξέταση το παιδί είναι αιμοδυναμικά σταθερό χωρίς εστία πυρετού, με αρθρώσεις χωρίς σημεία φλεγμονής.
Μέθοδος: Έγινε εισαγωγή και λήψη εργαστηριακού ελέγχου. Από τον αιματολογικό έλεγχο εμφάνιζε WBC=21360 poly60%, CRP=70mg/l, ΤΚΕ=120/min. Έγινε ακτινογραφία θώρακος και υπερηχογράφημα ΝΟΚ χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκαν rapid test covid-influenza αρνητικά καθώς και strept test αρνητικό. Από την καλλιέργεια ούρων και αίματος δεν απομονώθηκε παθογόνος μικροοργανισμός. Την δεύτερη ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε οίδημα και περιορισμός των κινήσεων στην αριστερή κατά γόνυ άρθρωση, ενώ την επόμενη ημέρα το παιδί εμφάνισε οίδημα και περιορισμό στην δεξιά κατ' ώμων άρθρωση. Έγινε ΗΚΓ που ήταν φυσιολογικό για την ηλικία του και υπερηχογράφημα καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εστάλη έλεγχος με ASTO και DNAse B που ήταν αυξημένα.
Αποτελέσματα: Πληρώντας τα κριτήρια Jones παραπέμφθηκε σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο όπου τέθηκε η διάγνωση του ρευματικού πυρετού χωρίς καρδιακή συμμετοχή και έλαβε θεραπεία με ΜΣΑΦ και ενδομυϊκή πενικιλίνη για 14 μήνες.
Συμπεράσματα: Η διάγνωση του ρευματικού πυρετού είναι μια διαγνωστική πρόκληση στις μέρες μας. Τα αναθεωρημένα κριτήρια Jones 2015 για χαμηλού ρίσκου πληθυσμούς μας βοηθούν να θέσουμε τη διάγνωση.

ΑΑ051

ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Αικατερίνη Γκρέπη[1], Κωνσταντίνα Γεωργοπούλου[1], Κων/να Μαυρίδου[2], **Βασιλική Μπύρου[1]**, Φρειδερίκη Στεργίου[1], Βασιλική Γκέτση[1]
[1]Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2]Δερματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Το ερυσίπελας είναι μια οξεία φλεγμονή του δέρματος με λεμφαγγειακή συμμετοχή, που φθάνει μέχρι τον επιπολής υποδόριο ιστό. Είναι σπανιότερο στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Η πομφολυγώδης μορφή του θεωρείται ιδιαιτέρως σοβαρή. Παρατηρείται στο 5% των ασθενών. Εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες, συχνότερα σε γυναίκες και άτομα με ηπατικές ή νεφρικές παθήσεις.
Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης παιδιού με πομφολυγώδες ερυσίπελας (ΠΕ) και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.
Υλικό: Αγόρι 3.5 ετών με άλγος/οίδημα αριστερού κάτω άκρου και χωλότητα βάδισης από διώρου. Αναφέρονται προ διημέρου πτώση και τραυματισμός του αριστερού ποδιού χωρίς εμφανή κάκωση και περιορισμό των κινήσεων, και δήγμα εντόμου στην ποδοκνημική άρθρωση. Στην εξέταση διαπιστώθηκαν οίδημα από το μέσο της γαστροκνημίας ως και τον άκρο πόδα αριστερά, με συνοδό θερμότητα, δύο μικρές αμυχές πάνω από την ποδοκνημική, βουβωνικοί λεμφαδένες σύστοιχα.
Μέθοδος: WBC:8.650/μL, CRP:18.9 mg/L, καλλιέργειες υγρού φυσαλίδων (υπό κεφταζιδίμη/κλινδαμυκίνη): ουδεμία ανάπτυξη
Αποτελέσματα: Το πρώτο 24ωρο ο ασθενής παρουσίασε πυρέτιο (37.6°C). Το δεύτερο 24ωρο έκθυση φυσαλίδων, επιδείνωση του οιδήματος, ερυθρότητα και εμφάνιση σαφούς όχθου. Αγωγή: κεφταζιδίμη/κλινδαμυκίνη/λεβοσετιριζίνη (7 ημέρες) και ακολούθως κεφουροξίμη/κλινδαμυκίνη (7 ημέρες), με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.
Συμπεράσματα: Στα παιδιά το ερυσίπελας έχει θορυβώδη και οξείας έναρξης συμπτωματολογία, οι υποτροπές είναι σπάνιες και το λεμφοίδημα συνήθως απουσιάζει. Πύλη εισόδου είναι συνήθως εκδορές (ενώ στους ενήλικες μυκητιασικές λοιμώξεις). Το ΠΕ είναι ακόμη πιο σπάνιο στα παιδιά, από ό,τι στους ενήλικες. Η πορεία νόσου του στους ενήλικες είναι παρατεταμένη και τα υπεύθυνα παθογόνα είναι συνήθως ανθεκτικά σε β-λακταμικά αντιβιοτικά. Θεωρείται και στα παιδιά πιο σοβαρή μορφή, όμως δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία.

ΑΑ052

ΔΙΑΧΥΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Χριστίνα Μορφινή Καραγιάννη, Βασιλική Κορδώνη, Αθηνά Τσουρτσούλα, **Σοφία Χριστίνα Καντή**, Γεωργία Αλεξάνδρα Παρασκευά, Ελένη Ποδηματά, Ιωάννα Κωνσταντίνου, Μιχαήλ Μαγκαφάς, Χριστίνα Κεφαλά
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", Ρόδος

Εισαγωγή: Η νεογνική αιμαγγειωμάτωση αναφέρεται στη παρουσία πολλαπλών αιμαγγειωμάτων στο δέρμα των νεογνών, τα αιμαγγειώματα είναι καλοήθεις αγγειακές βλάβες που εμφανίζονται συχνά κατά τις πρώτες εβδομάδες ζωής, μπορεί να αυξάνονται σε μέγεθος και στη συνέχεια σταδιακά να υποστρέφουν. Διακρίνονται 3 μορφές: 1) η εστιακή (μονήρης) η οποία αποτελεί την πιο συχνή μορφή με συχνότητα 4-10 %, 2) η πολλαπλή αιμαγγειωμάτωση οποία χαρακτηρίζεται από 5 και παραπάνω αιμαγγειώματα και 3) η διάχυτη αιμαγγειωμάτωση η οποία είναι σπάνια αλλά λόγω της πολυοργανικής, πολλές φορές, συμμετοχής μπορεί να απειλήσει τη ζωή.
Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού διάχυτης αιμαγγειωμάτωσης νεογνού με ηπατικές εντοπίσεις. Η σημασία της έγκαιρης κλινικής υποψίας κι αντιμετώπισης με προπρανολόλη.
Υλικά και μέθοδος: Νεογνό τελειόμηνης κύησης παρουσίασε την τρίτη ημέρα ζωής πολλαπλά δερματικά αιμαγγειώματα και συστολικό φύσημα (4/6). Η αρχική εκτίμηση πραγματοποιήθηκε στην παιδιατρική κλινική του ΓΝ. Ρόδου, όπου τέθηκε υπό διερεύνηση κι έπειτα παραπέμφθηκε σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο Αθηνών, όπου έπειτα από εκτεταμένο έλεγχο ανεδείχθη πέραν της δερματικής και ηπατική εντόπιση χωρίς προσβολή άλλων οργάνων.
Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Η έγκαιρη υποψία και παραπομπή δίνει τη δυνατότητα για ταχεία διάγνωση και θεραπεία σπάνιων νεογνικών νοσημάτων, όπως η διάχυτη νεογνική αιμαγγειωμάτωση. Η συστηματική εκτίμηση και η πρώιμη χορήγηση προπρανολόλης μπορούν να προλάβουν σοβαρές επιπλοκές.







ΑΑ053

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΑΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αλέξιος Αλεξόπουλος[1], Γιαννούλα Γιαλελή[2], Χριστίνα Κάσσου[3], Ιωάννα Λογοθέτη[3], Ιωάννα Γριβέα[4]
[1] Μονάδα Παιδιατρικής Δερματολογίας, Νοσοκομείο Παίδων η Αγία Σοφία, Αθήνα
[2] Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Ιδιώτης Ιατρός, Αθήνα
[3] Παιδίατρος, Ιδιώτης Ιατρός, Αθήνα
[4] Τμήμα Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο κατά την παιδική ηλικία έχει βλαπτικές συνέπειες και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του δέρματος.
Σκοπός: Η καταγραφή των απόψεων των κηδεμόνων για τις πρακτικές ηλιοπροστασίας των παιδιών και την αντίληψη του κινδύνου από την ηλιακή ακτινοβολία στην Ελλάδα.
Υλικό: Κηδεμόνες με τουλάχιστον ένα παιδί ηλικίας 0–16 ετών που επισκέφτηκαν παιδιατρικά ιατρεία από τον Ιούνιο εως τον Σεπτέμβριο του 2024.
Μέθοδος: Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια μίας επίσκεψης, μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου 4-ενοτήτων.
Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 2042 άτομα, γυναίκες (82,41%), ηλικίας 35–39 ετών (35,81%), πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (42,22%), κάτοικοι αστικών περιοχών (88,81%), με ένα παιδί ηλικίας 3–6 ετών (31,48%). Οι παιδίατροι αναδείχθηκαν ως η κύρια (87,85%) και πλέον αξιόπιστη (88,34%) πηγή σχετικής πληροφόρησης, ενώ >70% των κηδεμόνων δήλωσε επαρκώς ενημερωμένο. Το 81,4% αυτών αναγνώρισε την ενίσχυση της ηλιακής έκθεσης λόγω αντανάκλασης από τη θάλασσα, ενώ το 57,3% τη θεωρεί εξίσου επικίνδυνη καθ'όλη τη διάρκεια του έτους. Οι συχνότερες πρακτικές ηλιοπροστασίας περιελάμβαναν συχνή (88,1%) και επαναληπτική εφαρμογή (70,7%) αντιηλιακού μέσα στην ίδια ημέρα κατά την καλοκαιρινή έκθεση στον ήλιο, παραμονή σε σκιά (78,1%), κολύμβηση μετά τις 6 μ.μ. (50,2%), και χρήση καπέλου (75,8%). Παρατηρήθηκε προτίμηση σε αντηλιακά με SPF50+ (68,2%), βάσει αξιοπιστίας μάρκας (55,7%), μη ερεθιστικής σύνθεσης (52,7%) και αντοχής στο νερό (50,3%). Η πρόληψη του ηλιακού εγκαύματος καταγράφηκε ως πρωταρχικό κίνητρο (88,3%) χρήσης αντιηλιακού, ενώ το 9,5% των κηδεμόνων ανέφερε ηλιακό έγκαυμα του παιδιού το προηγούμενο καλοκαίρι.
Συμπεράσματα: Οι κηδεμόνες στην Ελλάδα επιδεικνύουν υψηλή επίγνωση των κινδύνων της ηλιακής έκθεσης και υιοθετούν τεκμηριωμένες πρακτικές πρόληψης.



ΑΑ054

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ

ΑΑ055

ΠΑΙΔΙ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ιωάννα Αντωνοπούλου, Σοφία Καραμπάτσου, Κωσταντίνος Πέτσιος, Παναγιώτα Καγγέλη, Ιωάννα Παυλοπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Τμήματος Νοσηλευτικής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η VitB12 είναι μια υδροδιαλυτή βιταμίνη απαραίτητη για την αιμοποίηση, τη σύνθεση του DNA και τη σωστή λειτουργία του νευρικού συστήματος. Η ανεπάρκεια της στην παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλοβλαστική αναιμία, καθυστέρηση σωματικής και νευρογνωσιακής ανάπτυξης. Προκύπτει κυρίως από δυσαπορρόφηση ή ανεπαρκή πρόσληψη, ιδιαίτερα σε παιδιά με περιορισμένη δίαιτα.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με ανεπάρκεια VitB12.
Μέθοδος- Υλικό: Αγόρι 16 μηνών προσκομίστηκε στο Εξωτερικό Ιατρείο της Παιδιατρικής Κλινικής για τακτικό έλεγχο και διενέργεια εμβολιασμού. Πρόκειται για βρέφος ινδικής καταγωγής που σιτίζεται με μητρικό θηλασμό και ακολουθεί χορτοφαγική διατροφή με αποφυγή ζωικών προϊόντων για θρησκευτικούς λόγους. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ωχρότητα, έντονη καταβολή και καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη (βάρος σώματος, ύψος, περίμετρος κεφαλής στην 3η ΕΘ), χωρίς νευρολογική σημειολογία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία (Hb 9.1g/dl), σιδηροπενία (φερριτίνη 7ng/ml), σοβαρή ανεπάρκεια VitB12 (επίπεδα 105pg/ml) και ανεπάρκεια VitD (25-OH-VitD 4ng/ml) χωρίς στοιχεία αιμόλυσης και φυσιολογικά επίπεδα φυλλικού οξέος.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής με διάγνωση ανεπάρκειας VitB12 λόγω αποκλειστικής χορτοφαγικής διατροφής υποβλήθηκε σε θεραπεία με ενδομυϊκή χορήγηση VitB12 1000mcg καθημερινά για 1 εβδομάδα, ακολουθούμενη από 1000mcg εβδομαδιαίως για 4 εβδομάδες, μέχρι την επανάληψη εργαστηριακού ελέγχου και την αποκατάσταση των επιπέδων VitB12. Με τη καθοδήγηση διατροφολόγου και λήψης συμπληρωμάτων αυξήθηκε η πρόσληψη VitB12.
Συμπεράσματα: Σε παιδιά μεταναστών με χορτοφαγική διατροφή στην Ελλάδα, η ανεπάρκεια VitB12 αποτελεί αυξανόμενο διατροφικό ζήτημα, λόγω περιορισμένης πρόσληψης και ελλιπούς πρόσβασης σε εμπλουτισμένα τρόφιμα ή συμπληρώματα. Συνδέεται με μακροπρόθεσμες νευρολογικές, γνωστικές και καρδιαγγειακές επιπτώσεις, απαιτώντας έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση από τον παιδίατρο.



ΑΑ056

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SHIGELLA SPP ΣΕ ΠΡΟΩΡΑ ΒΡΕΦΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Αικατερίνη-Ποθητή Παλιούρα, Θεοδοσία Μπασματζή, Κωνσταντίνος Πέρρος, Ζαφειρία Λιόση, Ιωάννης Πιχλίνσκ[1], Σωκράτης Κατσούδας, Ζλάτκα Νικητάκη, Διονύσιος Καρακαϊδός, Ελισάβετ Ευφραιμίδου, Παρασκευή Ζώση
Γ.Ν Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Εισαγωγή: Η Shigella spp αποτελεί συχνό λοιμογόνο παράγοντα γαστρεντερίτιδας σε βρέφη, ειδικά σε πρόωρα με ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα και διαβίωση υπό αμφίβολες συνθήκες υγιεινής . Η απουσία μητρικού θηλασμού στερεί από το νεογνό αντισώματα και ευεργετικά ιχνοστοιχεία, σημαντικά για την προστασία και την ανάπτυξη του και εγκυμονεί κινδύνους ελλιπούς σίτισης, είτε λόγω λανθασμένης προετοιμασίας είτε ακαταλληλότητας του βρεφικού γάλακτος.
Σκοπός: Να παρουσιαστούν 2 περιπτώσεις μη θηλαζόντων πρόωρων βρεφών κάτω των έξι μηνών με λοίμωξη από Shigella με στόχο την ανάδειξη της σημασίας του μητρικού θηλασμού στην πρόληψη σοβαρών λοιμώξεων του γαστρεντερικού σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως τα πρόωρα βρέφη.
Υλικά και μέθοδοι: Αναδρομική παρουσίαση δύο περιστατικών από παιδιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου. Πρόκειται για 2 πρόωρα βρέφη ηλικίας κάτω των 6 μηνών που σιτίζονταν με βρεφικό γάλα και παράλληλα προέρχονταν από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά ,οι εργαστηριακές παράμετροι ,η θεραπευτική προσέγγιση και η έκβαση.
Αποτελέσματα: Τα βρέφη παρουσίασαν αιματηρές κενώσεις, αδυναμία σίτισης και μειωμένη πρόσληψη βάρους. Εργαστηριακά είχαν υψηλή τιμή CRP και θρομβοκυττάρωση. Η ταυτοποίηση του βακτηρίου επιβεβαιώθηκε με μοριακή ταυτοποιήση PCR. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια αγωγή με θετική ανταπόκριση.
Συμπέρασμα: Ο θηλασμός εξασφαλίζει σημαντική ανοσολογική προστασία και εξασφαλίζει τις βέλτιστες δυνατές συνθήκες υγιεινής ανεξαρτήτως καταγωγής και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του εκάστοτε ασθενή. Η προώθηση του θηλασμού έχει πολύπλευρη σημασία. Πέρα από την αδιαμφισβήτητη ιατρική του αξία, όσον αφορά την μεταφορά αντισωμάτων από τη μητέρα στο βρέφος, αποτελεί δικλείδα υγειονομικής ασφάλειας όπου εκ προοιμίου είναι αδύνατο.

ΑΑ057

ΣΥΝΔΡΟΜΙΚΟΣ ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΝΕΑ ΟΜΟΖΥΓΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΓΟΝΙΔΙΟΥ *YIPF5* ΜΕ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΠΑΡΟΔΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Παρασκευή Φάκου, Αθανασία Γιαννοπούλου, Διονύσιος Χρύσης, Αριστείδης Γιαννακόπουλος
Μονάδα Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Το 20%των περιπτώσεων μονογονιδιακού σακχαρώδη διαβήτη παραμένει αγνώστου αιτιολογίας. Νέες παθογόνες παραλλαγές στο γονίδιο YIPF5 ευθύνονται για μια συνδρομική μορφή νεογνικού/πρώιμης έναρξης σακχαρώδους διαβήτη και μικροκεφαλίας, επιληψίας και νοητικής υστέρησης. Σε μοριακό επίπεδο οι παραλλαγές αυτές οδηγούν στην διαταραχή της λειτουργικής απάντησης στο στρες του ενδοπλασματικού δικτύου(ER stress response)με αποτέλεσμα τη συσσώρευση μη αναδιπλωμένων πρωτεϊνών στο ενδοπλασματικό δίκτυο που μπορεί να οδηγήσει σε απόπτωση των β κυττάρων.
Σκοπός: Σκοπός είναι η κατανόηση της ετερογένειας του διαβητικού φαινότυπου, όπως η ύπαρξη ηπιότερων μορφών με χαρακτηριστικά τα επεισόδια υπεργλυκαιμίας, που προκαλούνται από στρεσσογόνους παράγοντες όπως λοιμώξεις και έχουν παροδικό χαρακτήρα.
Υλικό - Μεθοδολογία: Παρατίθεται ένα περιστατικό με νέα παραλλαγή στο γονίδιο YIPF5 το οποίο παρουσιάζει περιόδους υπεργλυκαιμίας σε έδαφος λοιμώξεων, που υφίονται πλήρως με την ανάρρωση και γίνεται ανασκόπηση της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Για την ανίχνευση των παραλλαγών του γονιδίου YIPF5 χρησιμοποιήθηκε γονιδιακή ανάλυση WES.
Αποτέλεσμα: Η διαταραγμένη απάντηση του ενδοπλασματικού δικτύου στο στρες ευαισθητοποιεί τα β-παγκρεατικά κύτταρα επάγοντας την απόπτωση αυτών. Στο περιστατικό που παρουσιάζεται, η δυσλειτουργία των β-κυττάρων φαίνεται πως είναι μερική και πλήρως αναστρέψιμη με την απομάκρυνση του εκλυτικού παράγοντα.
Συμπέρασμα: Η ετερογένεια του φαινότυπου (μόνιμος διαβήτης ή παροδικά επεισόδια υπεργλυκαιμίας κατά τις λοιμώξεις)φαίνεται να καθορίζεται από την θέση και την φύση των παραλλαγών στο γονίδιο YIPF5 οι οποίες καθορίζουν τον βαθμό διαταραχής της απάντησης του ενδοπλασματικού δικτύου στο στρες.

ΑΑ058

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2 ΕΤΩΝ.

Μαρία Αθανασοπούλου , Καλλιόπη Δούλου, Ιωάννα Παιδάκη, Γεωργία Κωσταρέ, Ιωάννα Κοκκοφίτη-Αντωνίου, Ευαγγελία Ζέππου, Αλέξιος Μαυρουδής, Σταματίνα Τραχανά
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

Εισαγωγή: Η διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) ως πρώτη εκδήλωση Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1 είναι συχνή και δυνητικά σοβαρή κατάσταση στην παιδική ηλικία που προκύπτει κυρίως λόγω καθυστερημένης διάγνωσης. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία (γλυκόζη >200 mg/dl), οξέωση (φλεβικό ph <7,3 ή HCO3 <15mmol/l) και κετοναιμία ή κετονουρία.
Σκοπός: Καταγραφή περιστατικών ΔΚΟ ως πρώτη εκδήλωση ΣΔ1 σε παιδιά και εφήβους από 01/2023 έως 01/2025.
Υλικό: Συλλογή δεδομένων από ιατρικούς φακέλους ασθενών που νοσηλεύθηκαν με ΔΚΟ την παραπάνω περίοδο.
Μέθοδος: Επιλέχθηκαν παιδιά με ΔΚΟ ως πρώτη εκδήλωση ΣΔ1. Καταγράφηκαν: συμπτωματολογία, ηλικία, τιμές γλυκόζης/διττανθρακικών, φλεβικό ph και κετονουρία.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 7 περιστατικά εκ των οποίων το 86% αφορούσε αγόρια. Η μέση ηλικία ήταν 9 έτη. Όλοι παρουσίαζαν πολυουρία, πολυδιψία και απώλεια βάρους από ημερών. Στα ΤΕΠ, σε όλα τα παιδιά καταγράφηκε αναπνοή Kussmaul, ενώ 5/7 παρουσίαζαν υπνηλία ή καταβολή. Ληθαργικότητα και έμετοι εμφανίστηκαν σε 2 παιδιά. 3 από τα 7 περιστατικά καταγράφηκαν εντός 35 ημερών (23/04–28/05/2023), υποδηλώνοντας πιθανή εποχική ή λοιμώδη συσχέτιση. Οι τιμές pH κυμάνθηκαν από 6,9–7,2, $cHCO_3$ από 5–13,1 mmol/L και γλυκόζη από 373–555 mg/dL. Οι κετόνες ούρων ήταν θετικές σε όλα τα παιδιά.
Συμπεράσματα: Η ΔΚΟ παραμένει συχνή αρχική εκδήλωση ΣΔ1 στα παιδιά. Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπευτική παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση.

ΑΑ059

ΡΑΧΙΤΙΔΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κατερίνα Γεωργακάκη, Χαρίκλεια Χριστοπούλου, Ελισάβετ Σιδερίδου, Βαλεντίνα Μακρή, Αποστολία Σαλαμπάση, Βασιλική Σουλτανιά
Παιδιατρική Κλινική Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου, Πειραιάς

Εισαγωγή: Η ραχίτιδα χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή εναπόθεση μεταλλικών στοιχείων σε χόνδρους και νεοσχηματιζόμενα οστά. Τα αίτια διακρίνονται σε 2 κατηγορίες: ασβεστιοπενική και φωσφοπενική ραχίτιδα. Στην ασβεστιοπενική εντάσσεται η διαιτητική ραχίτιδα (ανεπάρκεια βιταμίνης D) που είναι η συχνότερη και παρουσιάζεται συνήθως τα 2 πρώτα χρόνια ζωής με βραχυσωμία, διαταραχές βάδισης, αναπτυξιακή καθυστέρηση και χαρακτηριστικά ευρήματα:ατροφία μυών, αύλακα Harrison, κύρτωση μακρών οστών, ραιβότητα / βλαισότητα γονάτων, ραχιτικό κομβολόγιο.
Σκοπός: Η ανάδειξη ενδιαφέροντος περιστατικού διαιτητικής ραχίτιδας με χαρακτηριστικά κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα.
Υλικό- Μέθοδοι: Το περιστατικό αφορά κορίτσι ηλικίας 22 μηνών με αιγυπτιακή καταγωγή που προσεκομίσθη λόγω χωλότητας βάδισης. Από την εξέταση διαπιστώθηκε κύρτωση μακρών οστών και ραιβογονία (bow legs), ραχιτικό κομβολόγιο και πάχυνση των καρπών. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε κυπελλοειδής παραμόρφωση των μεταφύσεων και διεύρυνση των μεταφυσιακών άκρων με ασαφοποίηση των ορίων. Εργαστηριακά ανευρέθηκε ανεπάρκεια βιταμίνης D (7,2ng/ml) υψηλή παραθορμόνη ορού (111,9 pg/ml) με φυσιολογικές τιμές ασβεστίου (8,9mg/dl), φωσφόρου (4,1 mg/dl) και αλκαλικής φωσφατάσης (479U/l) και χωρίς διαταραχή ηλεκτρολυτών-νεφρικής λειτουργίας.
Αποτελέσματα: Από το συνδυασμό κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων ετέθη η διάγνωση της διαιτητικής ραχίτιδας λόγω ανεπάρκειας βιταμίνης D και πραγματοποιήθηκε έναρξη αγωγής με βιταμίνη D 3000 IU/ημέρα, ενώ προγραμματίστηκε παρακολούθηση στο τακτικό Παιδοενδοκρινολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου μας. Στο πλαίσιο αυτό, πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση μετά από 1 μήνα με σημαντική βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων και κατόπιν χάθηκε από την παρακολούθηση.
Συμπεράσματα: Η ραχίτιδα έχει σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπλοκές και είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και αποτροπή αυτών.



ΑΑ060

ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER (MRKH) ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ

Σωκράτης Κατσούδας[1,2], **Ευαγγελία Τσιτσέκλη[2]**, Νικολίτσα Τεχλεμετζή[2], Ιωάννης Πιχλίνσκι[1], Αικατερίνη Ποθητή Παλιούρα[1], Βαλέριος Χατζηαναστασίου[3], Ιουλία Πολυχρόνη[2]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαιας
[2] Ιδιωτικό Παιδοενδοκρινολογικό Ιατρείο, Νέο Ηράκλειο
[3] Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος», Χανιά,

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) χαρακτηρίζεται από συγγενή απουσία μήτρας και άνω τριτημορίου του κόλπου σε συνδυασμό με XX καρυότυπο και φυσιολογικά δευτερογενή χαρακτηριστικά φύλου.
Σκοπός: Η ανάδειξη μιας εξαιρετικά σπάνιας συνύπαρξης του συνδρόμου MRKH τύπου 2 με ιδιοπαθή ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης (GH).
Υλικό: Κορίτσι 7 ετών με κοντό ανάστημα (<-2 SDS) και επανειλημμένα επεισόδια ουρολοιμώξεων από τη βρεφική ηλικία.
Μέθοδος: Η παρουσία επανειλημμένων ουρολοιμώξεων από τη βρεφική ηλικία οδήγησε σε υπερηχογραφικό έλεγχο των νεφρών, ο οποίος ανέδειξε συγγενή μονήρη αριστερό νεφρό με αντισταθμιστική υπερτροφία του δεξιού. Λόγω αυτού του ευρήματος πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα πυέλου, το οποίο δεν κατόρθωσε να απεικονίσει τη μήτρα. Ακολούθησε απεικόνιση της πυέλου με μαγνητική τομογραφία, η οποία έθεσε και την διάγνωση του συνδρόμου.
Αποτελέσματα: Η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με αυξητική ορμόνη, με σταδιακή βελτίωση του ρυθμού αύξησης, και παρακολουθείται ανά εξάμηνο από παιδοενδοκρινολόγο. Βρίσκεται επίσης σε παιδογυναικολογική παρακολούθηση, καθώς μελετάται το ενδεχόμενο για πιθανή κολποπλαστική μετά την εφηβεία. Παράλληλα, αυτή και η οικογένεια της, λαμβάνουν βασική ψυχολογική υποστήριξη με τακτικές συνεδρίες, για την πρόληψη των ψυχολογικών επιπτώσεων του συνδρόμου MRKH.
Συμπεράσματα: Η ταυτόχρονη παρουσία MRKH τύπου 2 και ιδιοπαθούς ανεπάρκειας GH είναι εξαιρετικά σπάνια με το περιστατικό μας να αποτελεί την δεύτερη βιβλιογραφική αναφορά αυτής της συνύπαρξης. Η έγκαιρη διάγνωση και η διεπιστημονική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής υποστήριξης, είναι κρίσιμες για την υγιή σωματική και ψυχική εξέλιξη της ασθενούς.

ΑΑ061

ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΑΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Μαριάννα Δεληγεωργοπούλου[1], Φωτεινή Μπαλωμένου[2], Βασίλειος Γιάπρος[2], Σοφία Τσαμπούρη[1], Χρύσα Σιόκα [3], Αναστάσιος Σέρμπης[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
[2] Νεογνολογική Μονάδα- ΜΕΝΝ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
[3] Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή – Σκοπός: Η παιδική παχυσαρκία και η κεντρική κατανομή λίπους φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο μεταβολικών διαταραχών. Το DEXA scan παρέχει αναλυτικά δεδομένα όπως το ποσοστό λίπους (Fat Mass%), το λίπους σε σχέση με το ύψος (Fat Mass Index), και η κατανομή λίπους (λόγος Android/Gynoid). Στόχος της μελέτης είναι η συσχέτιση δεικτών μεταβολικής δυσλειτουργίας με δεδομένα από το DEXA scan σε παιδιατρικούς ασθενείς με παχυσαρκία.
Υλικά- Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς του ΠΓΝ Ιωαννίνων, στους οποίους έγινε μέτρηση περιμέτρου μέσης, Δείκτη Μάζας Σώματος, γλυκόζης, ινσουλίνης, λιπιδίων, δεικτών HOMA-IR και QUICKI, καθώς και DEXA scan.
Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 38 ασθενείς, 6-16 ετών, 22 κορίτσια και 16 αγόρια. Οι ομάδες δε διέφεραν ως προς την ηλικία, το BMI και το στάδιο ήβης. Συγκριτικά, τα αγόρια είχαν αυξημένη TChol (193±49 vs. 166±24 mg/dL, p=0.042), αλλά μικρότερο ποσοστό συνολικού λίπους (44.2±5.7 vs. 47.1±2.4%, p=0.049). Ο λόγος Android/Gynoid στα αγόρια ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος (1.11±0.09 vs. 1.04±0.06, p=0.02), και η ΠΜ τους υπερτερούσε οριακά (99.5±16.1 vs. 88.9±12.3 cm, p=0.059). Μετά την παλίνδρομη ανάλυση διαπιστώθηκε σε όλους τάση για θετική συσχέτιση μεταξύ του HOMA-IR και του FMI (R=0.335, R^2=11.6, p=0.065) και μεταξύ του HOMA-IR και του λόγου Android/Gynoid (R=0.340, R^2=11.6, p=0.305 για τα αγόρια και R=0.336, R^2=11.3, p=0.187 για τα κορίτσια). Οι συσχετίσεις ωστόσο δεν έφτασαν στατιστική σημαντικότητα πιθανά λόγω του μικρού δείγματος ασθενών.
Συμπεράσματα: Τα παραπάνω προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο η ποσότητα όσο και η κατανομή του λίπους επιβαρύνουν το μεταβολικό προφίλ παχύσαρκων παιδιών. Η μελέτη σε μεγαλύτερο πληθυσμό θα παρέχει πιο αξιόπιστα δεδομένα.

ΑΑ062

ΔΥΟ ΑΔΕΡΦΙΑ ΜΕ PITT-HOPKINS-LIKE-SYNDROME 1 (PTHSL1) ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ευανθία Καντζά, Στέλλα Βλάσση, Στεφανία Μακαρίου, Χριστίνα Καψάλη, Μαρία Μπουργάνη, Σοφία Τσαμπούρη, Αναστάσιος Σέρμπης
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το Pitt-Hopkins Syndrome είναι μια σπάνια κληρονομική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση ψυχοκινητικής ανάπτυξης, υποτονία, επιληψία, δυσμορφικά χαρακτηριστικά, μικροκεφαλία κα. Προκαλείται από μετάλλαξη στον μεταγραφικό παράγοντα 4 (γονίδιο *TCF4*). Τα σύνδρομα με παρόμοια κλινική εικόνα αλλά με διαφορετική γενετική βάση (γονίδια *CNTNAP2* ή *NRXN1*), ονομάζονται Pitt-Hopkins-like (PTHSL) syndromes. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο αδερφών που διαγνώστηκαν με PTHSL1 και παρακολουθούνται στην Παιδιατρική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων.
Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν η κλινικοεργαστηριακή εικόνα, η θεραπεία και η πορεία των ασθενών αυτών.
Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής, αγόρι 9 ετών με ελεύθερο περιγεννητικό ιστορικό και επιληψία από 1,5 έτους, προσήλθε λόγω ψυχοκινητικής καθυστέρησης. Το κληρονομικό ιστορικό αναφέρεται ελεύθερο, ωστόσο οι γονείς είναι 1ου βαθμού συγγενείς. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν στραβισμός, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσώπου, απουσία λόγου, νοητική υστέρηση, χαμηλά σωματομετρικά και μυϊκή υποτονία. Εργαστηριακά, σημειώνονται πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός και επεισόδια υπογλυκαιμίας με επαρκή επινεφριδιακή λειτουργία και οριακή επάρκεια αυξητικής ορμόνης, ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου, διευρυσμένο σύστημα κοιλιών. Ο μικρότερος αδερφός, 3,5 ετών, παρουσιάζει παρόμοια κλινική εικόνα, με επιληψία και υποθυρεοειδισμό υπό αγωγή, ψυχοκινητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία και ιδιάζοντα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε και στους δύο ασθενείς ομοζυγωτία για τη μετάλλαξη c.1361_1362del στο γονίδιο *CNTNAP2*. Λαμβάνουν θεραπεία με αντιεπιληπτική αγωγή και λεβοθυροξίνη, ακολουθούν πλαίσιο στήριξης (λόγο/εργοθεραπεία) και τακτική παιδονευρολογική και παιδοενδοκρινολογική παρακολούθηση.
Συμπεράσματα: Το PTHSL1 είναι ένα σπάνιο σύνδρομο με ποικίλη κλινική εικόνα, ωστόσο οι ασθενείς της μελέτης παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Η χρήση γενετικού ελέγχου μπορεί να βοηθήσει διαγνωστικά για τη βέλτιστη διαχείριση των ασθενών αυτών.

ΑΑ063

ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HASHITOXICOSIS ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΟΔΙΚΟΥ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Στέλλα Βλάση, Μαριάννα Δεληγεωργοπούλου, Αικατερίνη Νικολάου, Ευανθία Καντζά, Καλλιόπη Ελένη Γιαννακάκη, Μιχαέλα Γαρούφου, Ευάγγελος Σμπόνιας, Απόστολος Γούλας, Αικατερίνη Σιώμου , Αναστάσιος Σέρμπης
Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η θυρεοτοξίκωση Hashimoto (Hashitoxicosis), αποτελεί σχετικά σπάνια αρχική εκδήλωση της νόσου Hashimoto στον παιδιατρικό πληθυσμό. Οφείλεται στην ταχεία απελευθέρωση των θυρεοειδικών ορμονών λόγω της φλεγμονής του αδένα, και συχνά συγχέεται κλινικά με τη νόσο Graves. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή δύο παιδιατρικών περιστατικών με Hashitoxicosis.
Υλικό- Μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα κλινικά, εργαστηριακά, απεικονιστικά ευρήματα και η πορεία των ασθενών αυτών.
Αποτελέσματα: Η πρώτη περίπτωση αφορά ένα αγόρι 7 ετών με γνωστό ιστορικό συνδρόμου Down και ΣΔτ1, όπου σε προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός (TSH:0,02μIU/ml, fT4:1,33ng/dl, tT3 κφ). Τα αντισώματα έναντι της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης (anti-TPO) ήταν εντόνως θετικά (5468U/ml, ΦΤ<60U/ml). Αυξημένες τιμές παρουσίαζαν επίσης τα αντιθυρεοσφαιρινικά αντισώματα (anti-TG) (23,7IU/ml, ΦΤ<4IU/ml) και τα αντισώματα έναντι των υποδοχέων TSH (TSI) (10,4U/L, ΦΤ<2U/L). Η δεύτερη περίπτωση αφορά κορίτσι 11,5 ετών που σε προληπτικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός (TSH:0,015μIU/ml, fT4:1,3ng/dl, tT3 κφ), με θετικά αντισώματα anti-TG (46IU/ml) και αρνητικά anti-TPO (0,7U/ml) και anti-TSI (1,59U/L). Οι ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί. Πραγματοποιήθηκε U/S θυρεοειδούς όπου παρατηρήθηκε διάσπαρτη υποηχογένεια και ηπίως μειωμένη αγγείωση, εικόνα περισσότερο συμβατή με θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Εφόσον οι ασθενείς παρέμειναν ασυμπτωματικοί, δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή και από τους τακτικούς επανελέγχους παρατηρήθηκε σταδιακά αύξηση της τιμής TSH και μείωση της fT4, σε διάστημα περίπου 3-4 μηνών, οπότε έγινε έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με LT4.
Συμπεράσματα: Η Hashitoxicosis είναι σπάνια αιτία παροδικού υπερθυρεοειδισμού. Η διαφοροδιάγνωση με τη νόσο Graves συχνά είναι δύσκολη, αλλά πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψιν ιδιαίτερα σε παιδιά, καθώς απαιτεί διαφορετική θεραπευτική παρέμβαση και παρακολούθηση.

ΑΑ064

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ Α: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Επιστήμη Αγγέλου[1], Αναστάσιος Δουλγεράκης[2], Ελένη Κρόκου[1], Στυλιανός Δουλγεράκης[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κύμης, Κύμη Ευβοίας
[2] Φοιτητής τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) αποτελούν μία από τις συχνότερες αρρυθμίες. Όταν εμφανίζονται σε άτομα με δομικά φυσιολογική καρδιά χαρακτηρίζονται ως ιδιοπαθείς ΕΚΣ. Η συχνότητα τους υπολογίζεται έως και 4% στο γενικό πληθυσμό
Σκοπός: Παρουσίαση 2 παιδιατρικών περιστατικών με ΕΚΣ μετά από νόσηση με γρίπη Α.
Υλικό: Κορίτσι 7 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 39,5°C από 48ωρου & αισθήματος παλμών από 12ωρου. Έγινε τεστ το οποίο βγήκε θετικό για γρίπη Α και ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) το οποίο κατέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και πολλές κοιλιακές εκτακτοσυστολές με μορφολογία LBBB. Το υπερηχογράφημα καρδιάς καθώς και ο εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, τροπονίνη, CPK-MB, ήταν φυσιολογικός. Τέθηκε Holter στο οποίο ανιχνεύθηκαν πάρα πολλές (22541/24ωρο)(19,30% των QRS) πρώιμες & εκ συγχωνεύσεως πολύμορφες κοιλιακές συστολές. Έγινε έναρξη αγωγής με tbl Enconcor 1,25mg Χ 1 και περαιτέρω έλεγχος της καρδιάς με MRI που δεν κατέδειξε κάτι παθολογικό. Έχει προγραμματιστεί νέος έλεγχος με Holter σε 6 μήνες. Αγόρι 15 ετών με γρίπη Α σε αποδρομή προσήλθε για εξέταση λόγω βήχα. Λόγω ευρημάτων στο ΗΚΓ, τέθηκε Holter στο οποίο ανιχνεύθηκε φλεβοκομβικός βασικός ρυθμός με παρουσία εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας. Κατεγράφησαν 3644 (4,2% του συνόλου) ΕΚΣ μονήρεις καθώς και 11 ζεύγη. Έγινε test κοπώσεως στο οποίο οι ΕΚΣ εξαφανίζονταν στη μέγιστη καταγραφείσα καρδιακή συχνότητα. Οι ΕΚΣ δεν εμφανίστηκαν ούτε στο ετήσιο check up που έγινε 2 έτη μετά.
Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Οι ΕΚΣ μπορεί να εμφανιστούν μετά από ιογενείς λοιμώξεις και είναι καλοήθεις. Συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία και απαιτούν περαιτέρω έλεγχο για αποκλεισμό φλεγμονών του μυοκαρδίου. Το υπερηχογράφημα και το Holter συνήθως θέτουν με ασφάλεια τη διάγνωση.



ΑΑ065

ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΑΡΡΕΝ 8 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ LOEYS - DIETZ

Αθηνά Δρακάκη, **Σπυρίδων Κολοκούρης,** Σπυριδούλα Σωτηρίου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Μαρία - Αρετή Σουλοπούλου, Άρτεμις Λάιου, Μυρσίνη Μαυρέλου, Μαρούσα Μαγουλά, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Γερίνα Ιωαννίδου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Εισαγωγή: Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία είναι ταχυαρρυθμία που οφείλεται σε διαταραχή της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς, ύπερθεν των κοιλιών. Στο παρόν περιστατικό, διερευνάται η συσχέτισή της με το σύνδρομο Loeys - Dietz.
Σκοπός: Η ευαισθητοποίηση της παιδιατρικής κοινότητας για τη συσχέτιση αρρυθμιών και συνδρόμου Loeys - Dietz, καθώς και τη διαχείριση αυτού του καρδιολογικού επείγοντος.
Υλικό: Άρρεν ηλικίας 8 ετών, προσκομίστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αισθήματος παλμών, ζάλης και οπισθοστερνικού άλγους. Από την κλινική εξέταση και τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος διαπιστώθηκε ταχυκαρδία υπερκοιλιακής προέλευσης. Από το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς αναφέρεται σύνδρομο Loeys - Dietz και αντίστοιχο επεισόδιο προ ετών.
Μέθοδος: Ο ασθενής δεν παρουσίαζε σημεία μη αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας και αιμοδυναμικής αστάθειας επομένως, επιχειρήθηκε η ανάταξη της υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας με χορήγηση ενδοφλέβιας αδενοσίνης. Η ανάταξη επετεύχθη στην τρίτη χορήγηση και ο ασθενής διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για παιδοκαρδιολογική εκτίμηση και περαιτέρω αντιμετώπιση.
Αποτελέσματα: Το σύνδρομο Loeys - Dietz είναι μια αυτοσωμική επικρατής νόσος του συνδετικού ιστού. Στα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται ο υπερτελορισμός, οι σχιστίες και η παρουσία ταχέως εξελισσόμενων αορτικών και περιφερικών αρτηριακών ανευρυσμάτων. Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται σαφής συσχέτιση με την υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, ωστόσο φαίνεται να συσχετίζεται γενικότερα με την παρουσία αρρυθμιών, κυρίως σε ενήλικες.
Συμπεράσματα: Η διαχείριση καρδιολογικών επειγόντων σε ένα δευτεροβάθμιο νοσοκομείο, απουσία παιδοκαρδιολόγου, απαιτεί εξοικείωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Ταυτόχρονα, η ανάταξη μιας υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενείς με υπόβαθρο καρδιαγγειακής νόσου είναι δυσχερέστερη. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης του συνδρόμου Loeys - Dietz με τις ταχυαρρυθμίες και τα καρδιαγγειακά συμβάντα που δύνανται να προκληθούν, λαμβάνοντας υπόψιν το ανευρυσματικό υπόβαθρο του συνδρόμου.

ΑΑ066

ΑΡΡΕΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 2,5 ΕΤΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ

Μαρούσα Μαγουλά, Γερίνα Ιωαννίδου, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Μυρτώ Μαυρέλου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Μαριέτα Σουλοπούλου, Άρτεμις Λάιου, Αθηνά Δρακάκη, Σπύρος Κολοκούρης, Σπυριδούλα Σωτηρίου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Οι καρδιακές τροπονίνες είναι βιοδείκτες που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τη διάγνωση ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Η αύξηση της τροπονίνης υποδηλώνει την παρουσία, όχι όμως τον μηχανισμό της μυοκαρδιακής βλάβης.
Σκοπός: Να εφιστήσουμε την προσοχή για άλλες παθολογικές οντότητες, πέραν των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, που συνδέονται με την αύξηση της τροπονίνης.
Υλικό-Μέθοδος: Άρρεν ηλικίας 2,5 ετών με ελεύθερο α/α προσκομίζεται λόγω εμπυρέτου από 24ώρου (έως 39,2°C) και χωλοτητας βάδισης. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός με GCS:15/15, ενώ από την επισκόπηση του δέρματος παρουσιάζει ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και σκληρία στο άνω ήμισυ του δεξιού μηρού. Στον ε/ε έχει αυξημένους δείκτες λοίμωξης (wbc:21.700, CRP:250mg/l). Αρχικά αντιμετωπίστηκε ως λοίμωξη μαλακών μορίων και έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς και κλινδαμυκίνη. Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας και του εργαστηριακού ελέγχου με αύξηση της τροπονίνης(273pg/ml) ο ασθενής διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος μαλακών μορίων ο οποίος ανέδειξε συλλογή πυώδους/φλεγμονώδους υγρού. Ο υπέρηχος καρδιάς δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα στα στεφανιαία αγγεία ή περικαρδιακή συλλογή, η συσταλτικότητα ήταν φυσιολογική και το κλάσμα εξώθησης 72%. Ο ασθενής συνέχισε την αντιβιοτική αγωγή ενώ λόγω συνεχούς αύξησης της cTnI (έως 550pg/ml) ετέθη σε αγωγή με β-αποκλειστή και α-ΜΕΑ. Παρουσίασε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και αποδεσμεύτηκε με συνέχιση της αγωγής και καρδιολογική παρακολούθηση.
Συμπεράσματα: Σε καταστάσεις τραύματος και στρες, οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες (IL-6,TNF-a) οδηγούν σε κατακερματισμό της τροπονίνης σε σωματίδια χαμηλού μοριακού βάρους ενώ η αυξημένη διαπερατότητα των κυτταρικών μεμβρανών σε απελευθέρωση τους στην κυκλοφορία.Καθώς δεν υπάρχει νέκρωση των μυοκαρδιακών κυττάρων η βλάβη είναι πλήρως αναστρέψιμη μετά την ανάρρωση.



ΑΑ067

ΠΑΡΒΟΪΟΣ Β19 ΩΣ ΠΙΘΑΝΗ ΑΙΤΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Μαρία Αθανασοπούλου, Παναγιώτα Κωστοπούλου, Αθανασία Μουμτζόγλου, Βασιλική Χουλιάρα, Ιωάννα Κοκκοφίτη-Αντωνίου, Ευαγγελία Ζέππου, Αλέξιος Μαυρουδής, Σταματίνα Τραχανά
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

Εισαγωγή: Η μυοκαρδίτιδα αποτελεί φλεγμονή του μυοκαρδίου, με κλινική εικόνα από ήπια συμπτώματα έως καρδιακή ανεπάρκεια ή αιφνίδιο θάνατο. Ιογενείς λοιμώξεις είναι η συχνότερη αιτία σε παιδιά και εφήβους. Ο παρβοϊός Β19 συγκαταλέγεται στις πιο κοινές αιτίες ιογενούς μυοκαρδίτιδας και δρα μέσω ανοσολογικών μηχανισμών. Δεν διεισδύει άμεσα στα καρδιομυοκύτταρα, αλλά προσβάλλει το ενδοθήλιο του μυοκαρδίου και τα προγονικά ερυθροειδή κύτταρα, προκαλώντας ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και φλεγμονώδη απάντηση.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού εφήβου με μυοκαρδίτιδα, πιθανώς συσχετιζόμενη με λοίμωξη από παρβοϊό Β19.
Υλικό: Έφηβος 14 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με οπισθοστερνικό άλγος και αίσθημα παλμών. Ανέφερε λοίμωξη αναπνευστικού προ μηνός, χωρίς άλλα συμπτώματα.
Μέθοδος: Διερευνήθηκε με ηλεκτροκαρδιογράφημα, βιοδείκτες και αιματολογικό έλεγχο. Είχε σημαντικά αυξημένη τροπονίνη hs-cTn-I (19.309 ng/L), καθώς και CPK (1378 u/l). Διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση μυοκαρδίτιδας με hs-troponin-T (1791) pg/ml. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς και holter ρυθμού, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στον ιολογικό έλεγχο, ανιχνεύθηκαν IgG αντισώματα έναντι του παρβοϊού Β19 (τιμή: 11).
Αποτελέσματα: Τέθηκε σε αγωγή αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (perindopril 5mg x1, επί ΣΑΠ>90mmHg) και β-αναστολέα (carvedilol 6,25mg x2). Προγραμματίστηκε επανέλεγχος και μαγνητική καρδιάς σε 1 μήνα. Αποφυγή άθλησης για 6 μήνες.
Συμπεράσματα: Η μυοκαρδίτιδα από παρβοϊό Β19, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε εφήβους με θωρακικό άλγος και ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης. Έγκαιρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας συμβάλλουν σε καλή πρόγνωση.

ΑΑ068

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ FONTAN ΣΕ ΔΙΟΡΘΩΜΕΝΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΤΡΗΣΙΑ, ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΝΩ ΔΕΞΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Αικατερίνη Γιαννακοπούλου[1], Αντώνιος Μπελεγρίνος[2], **Αικατερίνη Βασιλοπούλου**[3], Ελένη Άννα Καλλικούρδη[4], Ελευθέριος Μπελεγρίνος[2], Αντώνιος Καλλικούρδης[5], Ευάγγελος Καρανάσιος[1], Γεώργιος Καλαβρουζιώτης[5]
[1] Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»
[2] Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
[3] Α Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»
[4] Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[5] Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»

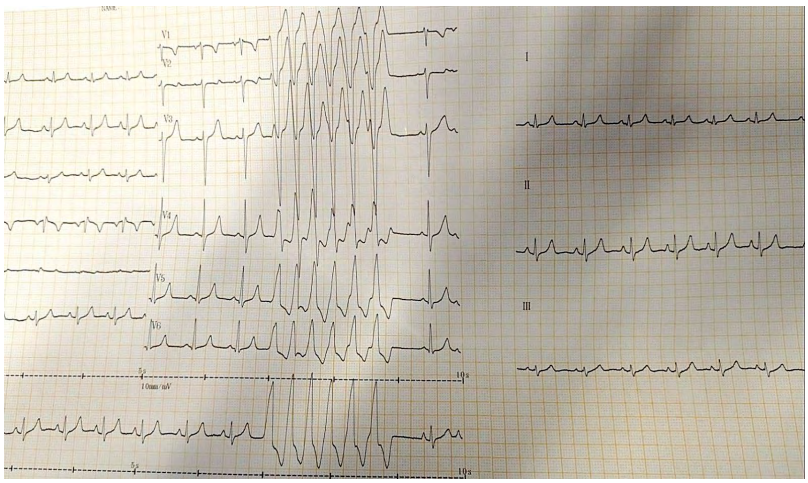
Εισαγωγή: Η επέμβαση Fontan αποτελεί χειρουργική προσέγγιση για ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες που χαρακτηρίζονται από παθοφυσιολογία μονήρους κοιλίας. Κατά την επέμβαση αυτή, το φλεβικό αίμα της συστηματικής κυκλοφορίας κατευθύνεται απευθείας προς την πνευμονική κυκλοφορία, παρακάμπτοντας την καρδιά.
Παρουσίαση Περιστατικού: Παρουσιάζεται η κλινική πορεία 18χρονης ασθενούς με δεξιοκαρδία, situs inversus, διορθωμένη μετάθεση των μεγάλων αγγείων, πνευμονική ατρησία και ευρεία μεσοκοιλιακή και μεσοκολπική επικοινωνία. Σε ηλικία 17 ημερών, υποβλήθηκε σε τροποποιημένη αναστόμωση Blalock-Taussig αριστερά. Σε ηλικία ενός έτους, εξαιτίας ανεπαρκούς υπερηχοκαρδιογραφικής απεικόνισης της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας, διενεργήθηκε καθετηριασμός καρδιάς που ανέδειξε απουσία της άνω δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας. Ακολούθησε νέα τροποποιημένη αναστόμωση Blalock-Taussig δεξιά και διεύρυνση της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας με εμβάλωμα. Σε ηλικία των 4,5 ετών υποβλήθηκε σε επέμβαση Glenn (αμφίδρομη άνω κοιλοπνευμονική αναστόμωση - hemi Fontan). Ένα έτος μετά διενεργήθηκε αγγειοπλαστική της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης διακαθετηριακά. Ένα μήνα μετά έγινε επέμβαση Fontan. Σε ηλικία 8 ετών, εξαιτίας διαφυγής από το μόσχευμα Fontan προς τον αριστερό κόλπο μέσω επικοινωνίας (fenestration) διαμέτρου 5mm, πραγματοποιήθηκε διαφλεβική σύγκλειση της διαφυγής με ομπέλα Amplatzer. Δέκα έτη μετά, η ασθενής έχει καλή κλινική εικόνα, με $SatO_2$>98%, και ικανοποιητική ανοχή στην κόπωση. Η συσταλτικότητα της λειτουργικά μονήρους κοιλίας παραμένει φυσιολογική, χωρίς παρουσία στενώσεων ή θρόμβων στο κύκλωμα Fontan και ικανοποιητική αιμάτωση των περιφερικών πνευμονικών αγγείων. Πρόσφατη μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε πιθανή παρουσία μικρών αορτοπνευμονικών αγγείων που εκφύονται από την κατιούσα θωρακική αορτή, καθώς και φλεβοφλεβικών παράπλευρων. Ο λόγος Qp/Qs είναι φυσιολογικός.
Συμπεράσματα: Η σταδιακή πλήρης κοιλοπνευμονική σύνδεση (επέμβαση Fontan) αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική στρατηγική σύμπλοκων συγγενών καρδιοπαθειών με παθοφυσιολογία μονήρους κοιλίας.

ΑΑ069

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΜΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Αικατερίνη Γιαννακοπούλου[1], Αντώνιος Μπελεγρίνος[2], Ελευθέριος Μπελεγρίνος[2], **Αικατερίνη Βασιλοπούλου**[3], Ευάγγελος Καρανάσιος[1]
[1] Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»
[2] Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,

Εισαγωγή: Η εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας στα παιδιά είναι σπάνια και η έκβασή της εξαρτάται από το υποκείμενο παθολογικό υπόστρωμα.
Παρουσίαση Περιστατικού: Παρουσιάζεται η κλινική πορεία 11χρονου ασθενούς αιμοδυναμικά σταθερού που παραπέμφθηκε στα ΤΕΠ λόγω ασυμπτωματικής ταχυκαρδίας που αναδείχθηκε σε ΗΚΓ που έγινε στα πλαίσια προαθλητικού ελέγχου. Το ΗΚΓ έδειξε πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας VT με κατώτερο άξονα και μορφολογία LBBB (πιθανή πυροδότηση της ταχυκαρδίας από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας). Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονταν πρόσφατη λοίμωξη αναπνευστικού. Το λοιπό ατομικό και κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Το echo καρδιάς αλλά και τα καρδιακά ένζυμα δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Το παιδί τέθηκε σε monitoring και φαρμακευτική αγωγή με αμιοδαρόνη και προπρανολόλη. Το αρχικό 24ωρο χόλτερ ανέδειξε πολλαπλά επεισόδια ριπών VT το μεγαλύτερο από 10 QRS και κοιλιακή αρρυθμιογένεση (ΚΑ) 10% του συνολικού αριθμού των QRS το 24h. Λόγω αύξησης των θυρεοειδικών ορμονών η αμιοδαρόνη αντικαταστάθηκε από σοταλόλη. Με την θεραπευτική αγωγή εξαλείφθηκαν τα επεισόδια VT και μειώθηκε το φορτίο της ΚΑ. Ένα μήνα μετά, ακολούθησε δοκιμασία κοπώσεως που ήταν φυσιολογική και MRI καρδιάς που ανέδειξε ίνωση 2% που ενδέχεται να συνδέεται με ιστορικό άσυμπτωματικής μυοκαρδίτιδας ή αρχόμενης μυοκαρδιοπάθειας. Για το λόγο αυτό συστήθηκε γενετικός έλεγχος. Ένα έτος μετά, η σοταλόλη διακόπηκε, η νέα κόπωση είναι φυσιολογική, ενώ το 14ημερο Χόλτερ εμφανίζει μετρίου βαθμού ΚΑ. Το παιδί παραπέμφθηκε για ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο σε ειδικό κέντρο.
Συμπέρασμα: Η (ΚΤ) είναι σπάνια στην παιδική ηλικία, ενώ περιορισμένες πληροφορίες υπάρχουν σχετικά με τις ενδείξεις μακροχρόνιας αντιαρρυθμικής θεραπείας στους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι χρήζουν παρακολούθησης, καθώς έχουν αναφερθεί θάνατοι σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που δεν έχουν λάβει θεραπεία.



AA070

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑΣ FALLOT ΜΕ ΑΤΡΗΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ STENT ΣΤΗ ΔΕΞΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ

Αικατερίνη Γιαννακοπούλου[1], Αντώνιος Μπελεγρίνος[2], Ελευθέριος Μπελεγρίνος[2], Ελένη Άννα Καλλικούρδη[4], Αντώνιος Καλλικούρδης[5], Ευάγγελος Καρανάσιος[1], Γεώργιος Καλαβρουζιώτης[5]
[1] Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»
[2] Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
[3] Α Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»
[4] Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[5] Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Οι σύμπλοκες κυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας και ενδέχεται να χρειαστούν πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις από τη νεογνική ηλικία.
Παρουσίαση Περιστατικού: Παρουσιάζεται η κλινική πορεία 8χρονου ασθενούς με τετραλογία Fallot, ατρησία πνευμονικής βαλβίδας, μικρή αριστερή πνευμονική αρτηρία που τροφοδοτείται από πολλαπλά μικρά παράπλευρα που εκφύονται από την κατιούσα θωρακική αορτή. Η δεξιά πνευμονική αρτηρία δεν συνέχεται με την αριστερή πνευμονική και εμφάνιζει στένωση στην μεσότητά της. Το παιδί είχε υποβληθεί σε νεογνική ηλικία σε δεξιά τροποποιημένη αορτοπνευμονική αναστόμωση B-T shunt και σε ηλικία 4 ετών σε ολική χειρουργική διόρθωση με σύγκλειση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και τοποθέτηση μοσχεύματος Contegra μεταξύ δεξιάς κοιλίας και δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας. Στη συνέχεια σε ηλικία 5 ετών λόγω πολύ σοβαρής στένωσης στη δεξιά πνευμονική αρτηρία στο επίπεδο του διχασμού στους κλάδους της, έγινε διακαθετηριακή αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent σε αυτή. Λόγω της επικοινωνίας της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας με την αορτή το παιδί ανέπτυξε σταδιακά πνευμονική υπέρταση και στη συνέχεια καρδιακή ανεπάρκεια. Λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με διουρητικά, αναστολέα της ενδοθηλίνης, σιλντεναφίλη, καπτοπρίλη, διγοξίνη και σπιρονολακτόνη. Με την φαρμακευτική αγωγή εμφάνισε σχετική βελτίωση και παρακολουθείται με υπερηχοκαρδιογραφήματα, MRI καρδιάς και ενίοτε με καθετηριασμό καρδιάς. Φοιτά σε κανονικό σχολείο και ασκείται ήπια.
Συμπέρασμα: Παρόλο που οι σύμπλοκες συγγενείς καρδιοπάθειες (ΣΚ) είναι σχετικά σπάνιες, με την πρόοδο στην χειρουργική αντιμετώπισή των, όλο και περισσότεροι ασθενείς επιβιώνουν και έχουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή.

ΑΑ071

ΣΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ΣΕ ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΑ ΥΓΙΕΣ ΠΡΟΝΗΠΙΟ

Θεόδωρος Λεφής, Ειρήνη Ζορμπαδάκη, Παναγιώτα Κοντογιάννη, Ιωάννα Χρανιώτη, Μαρία Μαραγκουδάκη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Μαρία Ανατολιωτάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Σοφία Στεφανάκη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου "Βενιζέλειο"

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα αορτής στα παιδιά έχουν επίπτωση <5/100.000/έτος, αφορούν την αορτική ρίζα ή ανιούσα αορτή, είναι συνήθως ασυμπτωματικά, εξελισσόμενα με το χρόνο και μπορεί να οδηγήσουν σε δυνητικά θανατηφόρο διαχωρισμό αορτής. Συχνότερα σχετίζονται με γενετικά σύνδρομα: Marfan, Loeys-Dietz, Ehlers Danlos-IV και δίπτυχη αορτική βαλβίδα.
Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού ανευρύσματος αορτής
Υλικό: Προνήπιο άρρεν 3,5 ετών με φυσιολογικά φαινοτυπικά χαρακτηριστικά και ατομικό ιστορικό πιθανής διαταραχής αυτιστικού φάσματος, προσήλθε λόγω διόγκωσης της αριστερής πλάγιας τραχηλικής χώρας από 6 εβδομάδων, διαγνωσμένη αρχικά ως τραχηλική λεμφαδενίτιδα. Παρατηρήθηκε μαλακή, σφύζουσα μάζα αριστερά τραχηλικά και μικρότερη παρόμοιου χαρακτήρα δεξιά.
Μέθοδος: Διενεργήθηκαν αιματολογικός έλεγχος ρουτίνας, ανοσολογικός έλεγχος, Ro θώρακος, CT τραχήλου/θώρακος, υπερηχογράφημα τραχήλου, κοιλίας, καρδιάς, CT εγκεφάλου για διερεύνηση ανευρυσμάτων σε άλλα αγγεία του σώματος.
Αποτελέσματα: Αναδείχθηκαν διευρυσμένα αγγεία στη θέση της ψηλαφητής διόγκωσης και εκσεσημασμένη διεύρυνση μεσοθωρακίου. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα απεικονίστηκαν ανιούσα-κατιούσα αορτή, αορτική ρίζα με μεγάλη διάταση (διάμετρος αορτικής ρίζας 4,3cm, Z-score=16,8), διάταση αριστερής κοιλίας, ανεπάρκεια αορτικής και μιτροειδούς μετρίου βαθμού. Έγινε παραπομπή σε εξειδικευμένο Παιδοκαρδιολογικό κέντρο, όπου έγιναν CT αγγειογραφία θώρακα, ρευματολογικός έλεγχος αρνητικός για αγγείτιδα Takayasu, ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος (αρνητικός), MRA θώρακα-εγκεφάλου (χωρίς εξωκαρδιακά παθολογικά ευρήματα), οφθαλμολογικός έλεγχος (χωρίς παθολογίες), στάλθηκε WES. Έγινε προσπάθεια χειρουργικής αντικατάστασης αορτικού τόξου και ανιούσας αορτής με μικρή βελτίωση της διαμέτρου ανιούσας αορτής (3cm), χωρίς μεταβολή της τραχηλικής σφύζουσας μάζας.
Συμπεράσματα: Οι αγγειακές ανωμαλίες της αορτής σε έδαφος γενετικών μεταλλάξεων εύκολα διαλάθουν της προσοχής. Παρότι σπάνιες, ο υψηλός δείκτης υποψίας στην αξιολόγηση ακόμη και ελάσσονων κλινικών σημείων δίνει στους μικρούς ασθενείς τη δυνατότητα έγκαιρης, πιθανά σωτήριας παρέμβασης.



ΑΑ072

ΤΡΟΠΟΝΙΝΑΙΜΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΑΝΑΠΟΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Δήμητρα Μελά, Σοφία Στεφανάκη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Ειρήνη Ζορμπαδάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Μαρία Μαραγκουδάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Μαρία Ανατολλιωτάκη, Παναγιώτα Κοντογιάννη, Χρανιώτη Ιωάννα
Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου <<Βενιζέλειο>>, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η μυοκαρδίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των καρδιακών μυοκυττάρων. Η κλινική εικόνα είναι ετερογενής από ήπια συμπτώματα έως απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Η ακριβής επίπτωση πιθανότατα υποεκτιμάται. Στα παιδιά είναι συχνότερα ιογενούς αιτιολογίας. Υπεύθυνοι ιοί συνήθως οι εντεροϊοί, ο parvo B19, HHV6, EBV, CMV, HIV, γρίπη. Η διάγνωση βασίζεται στην τροπονίνη, υπερηχοκαρδιογράφημα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαγνητική καρδιάς, η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση. Η θεραπεία είναι κυρίως υποστηρικτική με ανάγκη για εξατομικευμένη προσέγγιση.
Σκοπός: Μελετήθηκαν ασθενείς με θωρακικό άλγος, ή/και τροπονιναιμία ή/και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις.
Μέθοδος-Υλικό: Έγινε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική λόγω τροπονιναιμίας-διαταραχών επαναπόλωσης από Σεπτέμβριο 2024 έως Μάϊο 2025. Συνολικά καταγράφηκαν 13 ασθενείς(αγόρια/κορίτσια 6/8). Μελετήθηκαν ηλικία, αιτιολογικός παράγοντας, συμπτώματα, ύπαρξη τροπονιναιμίας ή διαταραχών επαναπόλωσης, ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά, τροπονίνη και ευρήματα μαγνητικής καρδιάς.
Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 11 έτη. Σε 8/13 ασθενείς αποδείχτηκε ιογενής αιτιολογία**. Σε 6/12 ασθενείς επιβεβαιώθηκε γρίπη, 1/13 μεταπνευμονοϊός, 5/12 χωρίς επιβεβαιωμένο ιό, 1/13** γρίπη, Echo, Coxsackie, ADV, Parvo(+). Στο 30% είχε προηγηθεί ιογενής λοίμωξη προ 3 εβδομάδων. Τα συμπτώματα συμπεριλάμβαναν θωρακικό άλγος(2/13), βήχα(4/13), εμπύρετο(4/13), ρινίτιδα(2/13), προλιποθυμικό και λιποθυμικό επεισόδιο(2/13), αίσθημα παλμών(1/13), αρρυθμίες(2/13). Οι 7/13 παρουσίασαν μόνο διαταραχές επαναπόλωσης και 6/13 τροπονιναιμία (μέση τιμή 45pg/ml) χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές. Τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα περιλάμβαναν αρνητικά Τ σε V1-V6,II,III,avF, ενώ 4/13 είχαν ευρήματα από τη μαγνητική καρδιάς.
Συμπεράσματα: Η μυοκαρδίτιδα παραμένει μια κλινική πρόκληση στην παιδιατρική. Η έγκαιρη διάγνωση και η εξατομικευμένη θεραπεία είναι υψίστης σημασίας για την επιβίωση και την αποκατάσταση.

ΑΑ073

ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Εύη Αγαθοκλέους, Ευφροσύνη Τσιαμπαλή, **Χαντζιάρα Χριστίνα,** Ευαγγελία Μέρμηγκα, Λάμαρη Ιωάννα, Πέτρος Κωνσταντίνου, Νικολέττα Κόνιαρη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

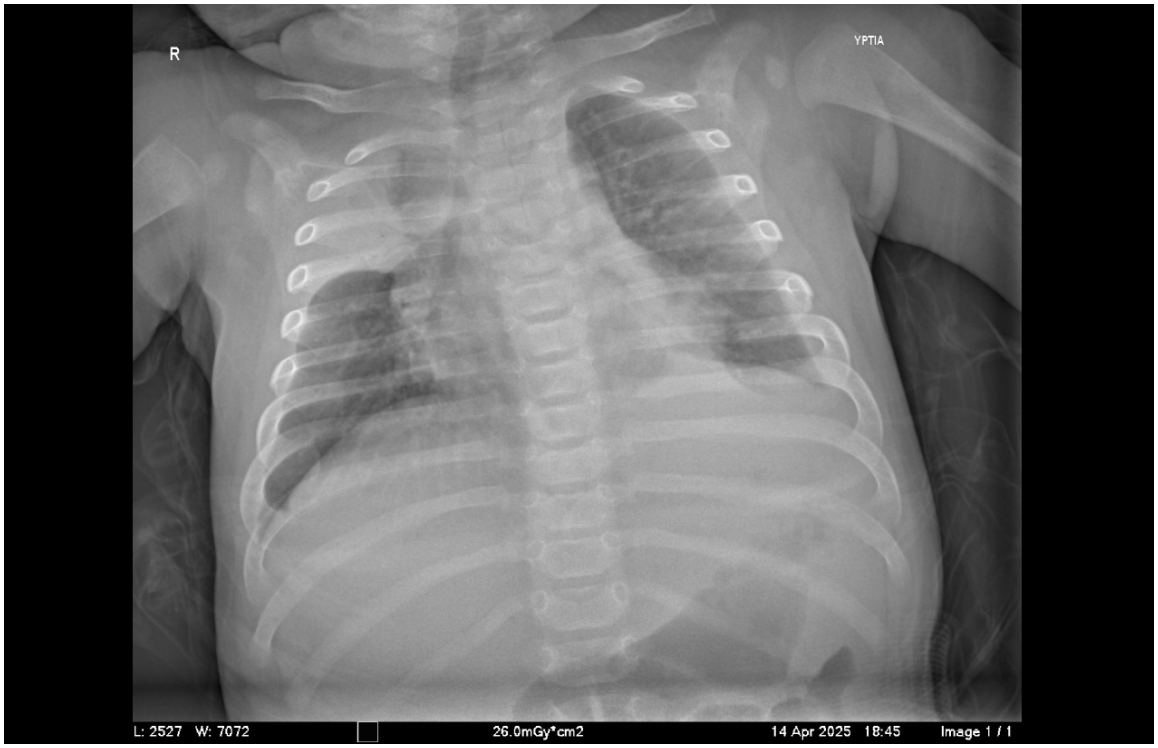
Εισαγωγή: Η αιμόπτυση στην παιδική ηλικία είναι σπάνιο αλλά κλινικά σημαντικό σύμπτωμα, το οποίο μπορεί να υποδηλώνει υποκείμενη σοβαρή παθολογία. Παρότι οι λοιμώδεις αιτίες είναι συχνότερες, η αιμόπτυση μπορεί να αποτελεί αρχική εκδήλωση συγγενούς καρδιοπάθειας. Η μερική ανώμαλη εκβολή πνευμονικών φλεβών (PAPVR) συνιστά σπάνια συγγενή καρδιοπάθεια, η οποία δύναται να παραμείνει αδιάγνωστη έως την εφηβεία και να εκδηλωθεί με μη ειδικά ή και απειλητικά για τη ζωή συμπτώματα.
Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης εφήβου με αιμόπτυση ως πρώτη εκδήλωση σοβαρής υποκείμενης συγγενούς καρδιοπάθειας.
Υλικό: Έφηβος 13 ετών σε καλή γενική κατάσταση προσήλθε λόγω δύο επεισοδίων αιμόπτυσης κατά τη διάρκεια έντονου βήχα. Από το ιστορικό αναφέρεται εύκολη κόπωση κατά την άσκηση, μειωμένη όρεξη, κεφαλαλγίες και ανάγκη ανύψωσης του κορμού κατά την κατάκλιση.
Μέθοδος: Από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο ανευρέθη οριακά αυξημένη τροπονίνη και αυξημένος καρδιοθωρακικός δείκτης. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σημαντική συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 25%). Λόγω μερικής αιμοδυναμικής αστάθειας, ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο καρδιοχειρουργικό κέντρο.
Αποτελέσματα: Ο καρδιακός καθετηριασμός επιβεβαίωσε τη διάγνωση μερικής ανώμαλης εκβολής πνευμονικών φλεβών (PAPVR). Ο ασθενής τέθηκε υπό αγωγή με β-αναστολείς, SGLT2 αναστολέα, αναστολέα αλδοστερόνης και διουρητικά. Προγραμματίστηκε τοποθέτηση συσκευής υποστήριξης αριστερής κοιλίας (LVAD) εν αναμονή μεταμόσχευσης καρδιάς.
Συμπεράσματα: Η αιμόπτυση μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση υποκείμενης συγγενούς ή επίκτητης καρδιοπάθειας, ακόμη και σε παιδιατρικούς ασθενείς με καλή γενική κατάσταση. Η μερική ανώμαλη εκβολή πνευμονικών φλεβών (PAPVR), αν και σπάνια, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση, ιδίως σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν κλινικά ή απεικονιστικά ευρήματα ενδεικτικά καρδιογενούς αιτιολογίας. Με αφορμή το παρόν περιστατικό, τονίζεται η αξία της ακτινογραφίας θώρακος στη μέτρηση του καρδιοθωρακικού δείκτη. Η έγκαιρη αναγνώριση και διερεύνηση της αιτίας της αιμόπτυσης είναι καθοριστική για την πρόγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

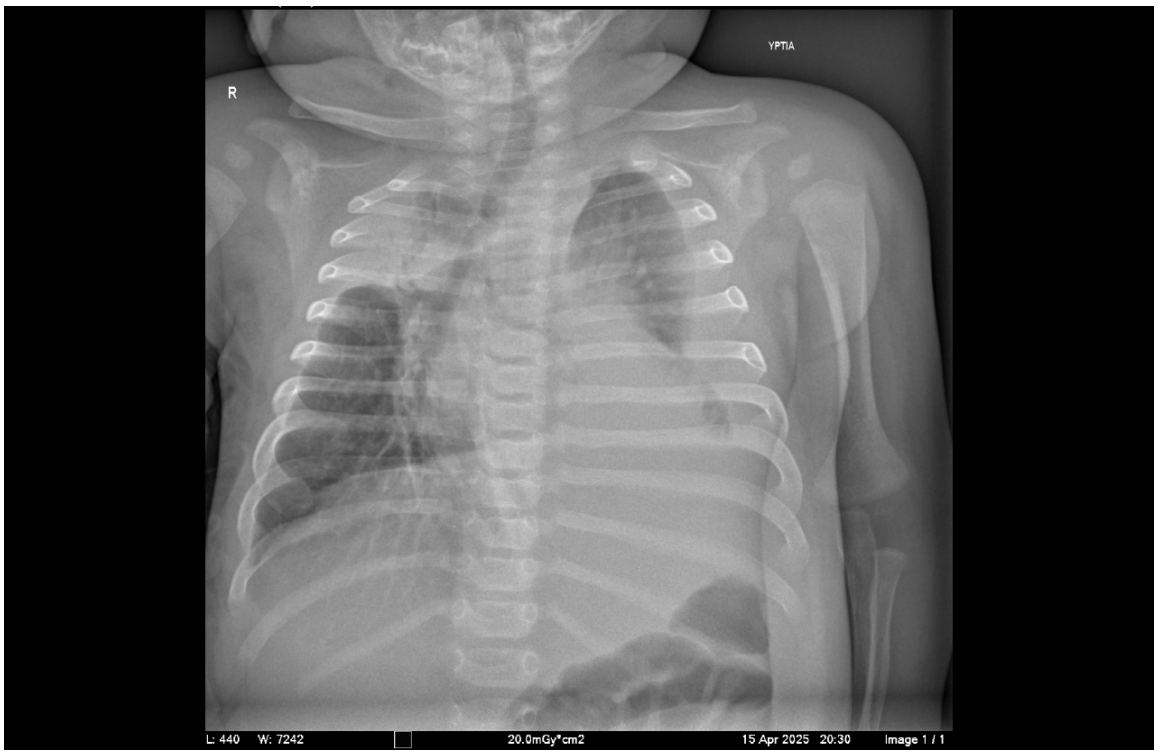
ΑΑ074

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΑΧΕΩΣ ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΟ ΒΡΕΦΟΣ 4.5 ΜΗΝΩΝ

Πελαγία Τσιτσάνη, Αλεξάνδρα Σπυριδοπούλου, Όλγα Γρηγοριάδου, Λαμπρινή Χρίστογλου, Προκόπης Τουλκερίδης, Σταυρούλα Καρυπίδου, Κλεάνθη Ακτσελή
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη

Εισαγωγή: Η πνευμονία αποτελεί οξεία αναπνευστική φλεγμονή. Το 15% των ετήσιων θανάτων σε παιδιά παγκοσμίως οφείλεται σε λοιμώδεις πνευμονίες. Απαιτείται εγρήγορση των παιδιάτρων και στοχευμένη αγωγή.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού πνευμονίας σε βρέφος ευαίσθητου πληθυσμού (Ρομά).
Υλικό-μέθοδος: Βρέφος 4 μηνών - εντελώς ανεμβολίαστο - προσκομίστηκε στο ΤΕΠ με εμπύρετο από 3ημέρου και βήχα. Στην αντικειμενική εξέταση: επηρεασμένο εμπύρετο βρέφος (ΘΣ 38oC), με εργώδη αναπνοή (90 αν/λεπτό) και γογγυσμό, 180 σφίξεις/λεπτό, ΑΠ 99/69 mm Hg, τριχοειδική επαναπλήρωση < 2 sec. Από την ακρόαση του αναπνευστικού διεπιστώθη ελάττωση ψιθυρίσματος και σωληνώδες φύσημα δεξιά. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε ατελεκτασία δεξιού άνω λοβού. Έγινε άμεση υποστήριξη του ασθενούς με χορήγηση υγρών και μετά τη λήψη πλήρους εργαστηριακού ελέγχου καλύφθηκε με διπλή αντιβιοτική αγωγή (κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη).
Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν ενδεικτικός μικροβιαιμίας (λευκά 40.000, με πολυμορφοπυρηνικό τύπο 90%, CRP 30 (θετική >0.5) με καλή νεφρική και ηπατική λειτουργία και φυσιολογική πήξη. Σε 18 ώρες και ενώ υπήρχε βελτίωση των δεικτών φλεγμονής, το βρέφος παρουσίασε εκ νέου επίμονο γογγυσμό, σιγή στην ακρόαση ΑΡ πνεύμονα και στη νέα ακτινογραφία θώρακος σημειώθηκε επιδείνωση (συλλογή πλευριτικού υγρού ΑΡ με πυκνωτικά στοιχεία ΑΡ) οπότε και διεκομίσθη σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Έγινε άμεσα αξονική θώρακος και τοποθέτηση παροχέτευσης. Οι καλλιέργειες αποκάλυψαν συλλοίμωξη *αδενοϊού* και στρεπτόκοκκου της πνευμονίας.
Συμπεράσματα: Η πνευμονία μπορεί να προληφθεί με ανοσοποίηση, κατάλληλη διατροφή και διασφάλιση συνθηκών ατομικής και κοινωνικής υγιεινής. Στη μετά-covid εποχή καταγράφεται έξαρση των συλλοιμώξεων και αναδεικνύεται η απορρέουσα ανάγκη για στελέχωση των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων με σύγχρονες μεθόδους απεικόνισης και αντίστοιχο επιστημονικό δυναμικό.


R
YPTIA
L: 2527 W: 7072
26.0mGy*cm2
14 Apr 2025 18:45
Image 1 / 1


R
YPTIA
L: 440 W: 7242
20.0mGy*cm2
15 Apr 2025 20:30
Image 1 / 1

ΑΑ075

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΦΗΒΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΟΙΔΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Μαρία Χαραλαμπίδου, Όλγα Γρηγοριάδου, Προκόπης Τουλκερίδης, Κλεάνθη Ακτσελή, Τσιτσάνη Πελαγία
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη είναι χρόνιο αυτοάνοσο πολυσυστηματικό νόσημα, με επιπολασμό 1% στο γενικό πληθυσμό, που εμφανίζεται σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα κάθε ηλικίας και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση σε παιδιά με άτυπη συμπτωματολογία.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού κοιλιοκάκης σε έφηβη ως αιτία εμφάνισης οιδημάτων κάτω άκρων και βλεφάρων.
Υλικό-μέθοδος: Έφηβη 15 ετών προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ με οιδήματα κάτω άκρων και κάτω βλεφάρων άμφω. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται (4-6) διάρροιες προ 15ημέρου. Δεν αναφέρονται απώλεια βάρους, πυρετός, ίκτερος, μειωμένη διούρηση ή άλλες γαστρεντερικές διαταραχές (στεατόρροια, αλλαγές στις κενώσεις, αέρια-κράμπες). Στην αντικειμενική εξέταση: οίδημα κάτω βλεφάρων και οίδημα κάτω άκρων άμφω, ζυμώδες με εντύπωμα, ΑΠ: 116/76mmHg, ΣΦ: 85/min, θ: 36°C, SpO_2: 99%. Διενεργήθηκε απλή ακτινογραφία κοιλίας που ανέδειξε αεροπλήθεια, υπέρηχος άνω-κάτω κοιλίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα, υπέρηχος καρδιάς: φυσιολογικός.
Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπολευκωματιναιμία (ολικά λευκώματα: 4.47mg/dl, λευκωματίνες: 2.64mg/dl), με καλή νεφρική και ηπατική λειτουργία, χωρίς δείκτες φλεγμονής, αρνητική τροπονίνη και ASTO αρνητική. Από την εξέταση ούρων δεν ανευρέθη πρωτεϊνουρία. Κατόπιν αποκλεισμού καρδιακής, ηπατικής ή νεφρικής αιτιολογίας του οιδήματος, διεκομίσθη σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση με την υποψία απωλειών από το γαστρεντερικό. Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού, η λήψη βιοψιών από το δωδεκαδάκτυλο και οι θετικές ορολογικές εξετάσεις έθεσαν τη διάγνωση της κοιλιοκάκης.
Συμπεράσματα: Η κλινική εικόνα της κοιλιοκάκης ποικίλει και μπορεί να παρουσιάζεται σε κάποιους ασθενείς χωρίς διάρροιες, με άτυπες εκδηλώσεις, όπως κοιλιαλγία, αναιμία, αμηνόρροια, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, νευρομυϊκά ή άλλα συμπτώματα. Σε περίπτωση υπολευκωματιναιμίας χωρίς γαστρεντερικά συμπτώματα, θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη επαγρύπνηση των παιδιάτρων για έγκαιρη διάγνωση.



ΑΑ076

ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Ηλιάνα Αλεξανδρίδου, Αλεξάνδρα Πιπερίδου, Ελισσάβετ Κολιούσκα, Ειρήνη Κουτσού, Κλαούντια Ραμίνα Γκάβα, Μαρία Μιχοπούλου, Ιωάννης Πανόπουλος, Αλεξάνδρα Ρεκλείτη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πέλλας – Νοσοκομειακή Μονάδα Γιαννιτσών, Γιαννιτσά

Εισαγωγή: Το μυκόπλασμα της πνευμονίας (mycoplasma pneumoniae) αποτελεί σημαντικό αίτιο λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Παράλληλα μπορεί να εντοπίζεται και σε άλλα συστήματα όπως το ανώτερο αναπνευστικό, το δέρμα και οι αρθρώσεις.
Σκοπός: Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων από M.pneumoniae σε παιδιά με εξωπνευμονικές εκδηλώσεις.
Υλικό/Μέθοδος: Κορίτσι 10 ετών και βρέφος θήλυ 10 μηνών προσκομίστηκαν στο ΤΕΠ της παιδιατρικής λόγω εμφάνισης ενανθήματος στο βλεννογόνο του στόματος και τραχηλικής διόγκωσης αριστερά, αντίστοιχα. Συνοδά αναφέρθηκε εμπύρετο από ωρών. Από την αντικειμενική εξέταση εισόδου στο κορίτσι βρέθηκε ερυθρότητα παρισθμίων, με λευκωπές πλάκες παρειών και υπερώας, οίδημα χειλέων και φυσιολογικά ευρήματα των λοιπών συστημάτων. Στο βρέφος βρέθηκε ψηλαφητή επώδυνη, σκληρής σύστασης διόγκωση στην ΑΡ πλευρά του τραχήλου, ερυθρότητα ΑΡ ωτός και παρισθμίων χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Έγινε εισαγωγή, εστάλη εργαστηριακός έλεγχος και τέθηκαν υπό ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή.
Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας το κορίτσι παρουσίασε επιδείνωση των βλαβών με εμφάνιση εσχαρών μελανού χρώματος στα χείλη. Αντίστοιχα, το βρέφος στο 3ο 24ωρο νοσηλείας εμφάνισε ωτόρροια ΑΡ και επέκταση της τραχηλικής διόγκωσης ωπισθωτιαία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν αυξημένες τιμές Τ.Κ.Ε. χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Λόγω μη βελτίωσης της κλινικής εικόνας και επιμονής του εμπυρέτου διακομίστηκαν σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Αμφότερα, από την PCR ανώτερου αναπνευστικού απομονώθηκε M. Pneumoniae.
Συμπέρασμα: Οι λοιμώξεις από M. pneumoniae μπορούν να εκδηλωθούν με ευρύ φάσμα εξωπνευμονικών εκδηλώσεων. Η άμεση έναρξη κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής σε συνδυασμό με την κλινική υποψία μειώνει τον κίνδυνο συστηματικών επιπλοκών.

ΑΑ077

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΤΥΠΗΣ ΝΟΣΟΥ KAWASAKI ΣΕ ΝΗΠΙΟ 20 ΜΗΝΩΝ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασημούλα Καββαδά, Κυριακή Αγγελίδου, Θεόδωρος Δήμκας, Κλαούντια Ραμίνα Γκάβα, Μαρία Μιχοπούλου, Χαράλαμπος Αποστολίδης, Ιωάννης Πανόπουλος, Αλεξάνδρα Ρεκλείτη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πέλλας – Νοσοκομειακή Μονάδα Γιαννιτσών, Γιαννιτσά

Εισαγωγή: Η νόσος Kawasaki είναι μία οξεία, συστηματική αγγειίτιδα, προσβάλλει κυρίως μεσαίου μεγέθους αρτηρίες, με σημαντικότερη επιπλοκή την πρόκληση ανευρυσμάτων στις στεφανιαίες αρτηρίες. Εμφανίζεται συχνότερα σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Η διάγνωσή της βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά κριτήρια. Όταν δεν πληρούνται τα απαραίτητα κλινικά κριτήρια, υπάρχουν εργαστηριακά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της άτυπης μορφής της νόσου.
Σκοπός: Η αύξηση της κλινικής υποψίας και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου Kawasaki και κυρίως των άτυπων μορφών αυτής.
Υλικό/Μέθοδος: Προνήπιο άρρεν 20 μηνών προσκομίζεται στο ΤΕΠ , λόγω έκθυσης μη κνησμώδους εξανθήματος από 18ωρου και δεκατικής πυρετικής κίνησης προ 3 ημερών. Κλινικά: κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, κατά τόπους συρρέον και δίκην στόχου, γενικευμένο, σε παλάμες και πέλματα, αλλά όχι στο πρόσωπο. Λοιπά συστήματα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος και ο ασθενής εισήχθη στην παιδιατρική κλινική.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής ξεκίνησε να πυρέσσει τη δεύτερη μέρα νοσηλείας, με σταδιακή επιδείνωση του εμπυρέτου. Το εξάνθημα παρουσίασε εξάρσεις και υφέσεις και εμφάνισε πυώδη επιπεφυκίτιδα την 2η ημέρα νοσηλείας. Τέθηκε αρχικά σε αγωγή με κλαρυθρομυκίνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση, τρανσαμινασαιμία, αύξηση των δεικτών φλεγμονής και πυουρία. Από τον μοριακό έλεγχο ταυτοποιήθηκε RSV. Λόγω επιμονής του εμπυρέτου και του εξανθήματος, την πέμπτη μέρα νοσηλείας διακομίστηκε σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, όπου αντιμετωπίστηκε ως άτυπη νόσος Kawasaki.
Συμπεράσματα: Η διάγνωση της άτυπης μορφής της νόσου Kawasaki αποτελεί πρόκληση και η υποψία πρέπει να τίθεται σε παιδιά με συμβατά εργαστηριακά ευρήματα, ακόμα και αν δεν πληρούνται όλα τα κλινικά κριτήρια.

ΑΑ078

ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΘΗΛΥ 2 ΕΤΩΝ

Σπυρίδων Κολοκούρης, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Μυρσίνη Μαυρέλου, Αθηνά Δρακάκη, Μαρία- Αρετή Σουλοπούλου, Άρτεμις Λάιου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Μαρούσα Μαγουλά, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Γερίνα Ιωαννίδου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Το παρατεινόμενο εμπύρετο αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τον παιδίατρο, ειδικά στις μικρές ηλικίες. Αίτια είναι οι λοιμώξεις, αυτοάνοσα ή αυτοφλεγμονώδη νοσήματα, κακοήθειες. Η αδυναμία εύρεσης αιτίας απαιτεί ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Παρελθούσες λοιμώξεις δύνανται να πυροδοτήσουν ανοσολογικώς επαγόμενη φλεγμονή.
Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η έγερση κλινικής υποψίας για την έγκαιρη διερεύνηση και αντιμετώπιση του παρατεινόμενου εμπύρετου.
Υλικό: Θήλυ 2 ετών προσκομίζεται στο ΤΕΠ λόγω χωλότητας βάδισης και αρθραλγίας αριστερού αγκώνα, στα πλαίσια εμπύρετου από έξι ημερών. Συνοδά διαρροϊκές κενώσεις, με πρόσμιξη βλέννης.
Μέθοδος: Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν χωλότητα βάδισης δεξιού κάτω άκρου, αρθραλγία-αρθρίτιδα αριστερού αγκώνα, αγγειοοίδημα άνω χείλους, διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες. Ζωτικά σημεία: θερμοκρασία: 37.4°C, HR: 170bpm, BP: 120/77 mmHg, SpO_2: 98%. Ανευρέθηκαν λευκοκυττάρωση (WBC: 24.700/μL), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP: 80,2 mg/l, ΤΚΕ: 45 mm/h), αυξημένα d-dimers (600 ng/ml), αυξημένη τροπονίνη (169 pg/ml). Διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα (φλεβοκομβική ταχυκαρδία, χωρίς αλλοιώσεις), ακτινογραφία θώρακος, γενική και καλλιέργεια ούρων και αίματος. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκε η νόσος Kawasaki, ο ρευματικός πυρετός και η μυοκαρδίτιδα.
Αποτελέσματα: Η ασθενής διακομίστηκε άμεσα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου παρατηρήθηκε συνεχής αύξηση της τροπονίνης. Ο υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε μειωμένο κλάσμα εξώθησης και διαπιστώθηκαν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Βρέθηκαν θετικοί τίτλοι αντισωμάτων έναντι του SARS-COV-2. Τέθηκε η διάγνωση Μυοκαρδίτιδας- MIS-C. Έλαβε την ενδεδειγμένη θεραπεία και βελτιώθηκε.
Συμπεράσματα: Η μυοκαρδίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί άμεσα στα πλαίσια παρατεινόμενου εμπύρετου με ραγδαία εξέλιξη. Το σύνδρομο MIS-C προκαλεί πολυσυστηματικές βλάβες και κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση. Αμφότερα χρήζουν υψηλής κλινικής υποψίας στο παρατεινόμενο εμπύρετο, ώστε να τίθεται η σωστή διάγνωση και ο ασθενής να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία.

ΑΑ079

ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΑΠΟΦΟΛΙΔΩΤΙΚΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ VS ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΚΗΡΙΟ

Αθηνά Δρακάκη, Μαρία - Αρετή Σουλοπούλου, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Άρτεμις Λάιου, Σπυρίδων Κολοκούρης, Μυρσίνη Μαυρέλου, Μαρούσα Μαγουλά, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Γερίνα Ιωαννίδου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Σκοπός: Η ενημέρωση της παιδιατρικής κοινότητας για το πομφολυγώδες κηρίο (bullous impetigo) και η διαφοροδιάγνωση από το σταφυλοκοκκικό αποφολιδωτικό δερματικό σύνδρομο (SSSS).
Υλικό: Άρρεν ηλικίας 6 ετών προσκομίστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω έκθυσης εξανθήματος στο δεξί άνω άκρο, με συνοδό άλγος, από 30 λεπτών. Επρόκειτο για εξάνθημα ταχέως επιδεινούμενο, αρχικά συρρέον φυσαλιδώδες, με εντός ώρας εξέλιξη σε συρρέον φλυκταινώδες, σε ερυθηματώδη βάση, εντοπιζόμενο σε βραχίονα, αντιβράχιο και μασχαλιαία χώρα, χωρίς σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια. Παρατηρήθηκε σταδιακή αποφολίδωση, χωρίς βλεννογονική συμμετοχή.



Μέθοδος: Στον εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκαν αρνητικοί δείκτες φλεγμονής. Ο ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή με κλινδαμυκίνη και κεφοταξίμη. Καθόλη τη διάρκεια της νόσου παρέμεινε απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς λοιπή συμπτωματολογία ή αύξηση των δεικτών φλεγμονής.
Αποτελέσματα: Από τη διαφοροδιάγνωση, σύντομα αποκλείστηκε το σύνδρομο Stevens - Johnson, λόγω απουσίας πυροδοτικού παράγοντα. Δεδομένης της οξείας επιδείνωσης του εξανθήματος, η προσοχή στράφηκε στο SSSS. Ωστόσο, ελλείψει συστηματικών συμπτωμάτων και χαμηλών δεικτών φλεγμονής η διαφοροδιαγνωστική σκέψη κατευθύνθηκε στην οντότητα του πομφολυγώδους κηρίου, το οποίο προσβάλλει κυρίως μικρά παιδιά, οφείλεται στην τοξίνη Α του S. aureus και προκαλεί έκθυση πομφόλυγων, με αποφολίδωση. Σε αντιδιαστολή με το SSSS, δεν διασπείρεται αιματογενώς, για αυτό και τα συστηματικά συμπτώματα απουσιάζουν.
Συμπεράσματα: Παρόλο που το πομφολυγώδες κηρίο δεν αποτελεί την πιο συχνή εκδήλωση κηρίου στα παιδιά, είναι σημαντικό να υπάρχει επαγρύπνηση για την οντότητα και για την διαφοροδιάγνωσή της από το SSSS. Δεδομένης της πιθανής εξέλιξης του πομφολυγώδους κηρίου σε SSSS, και των απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών που αυτό μπορεί να έχει, είναι απαραίτητη η αυξημένη παρακολούθηση και άμεση θεραπεία.

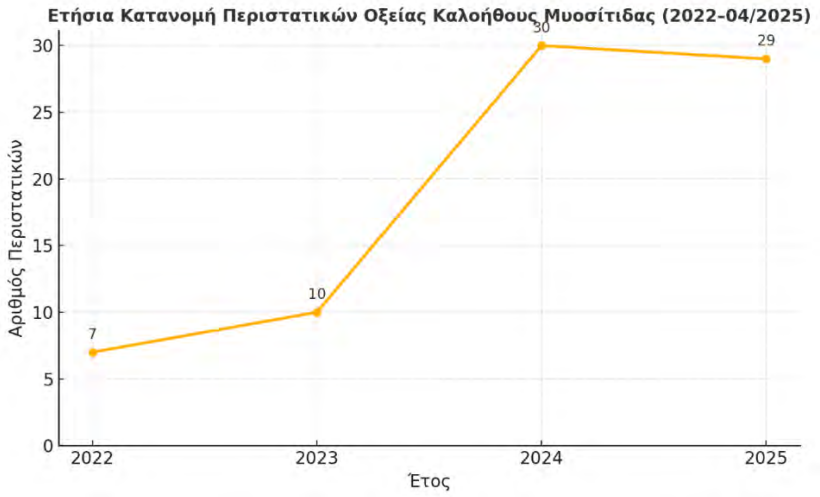
ΑΑ080

ΟΞΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΜΥΟΣΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑ-COVID ΕΠΟΧΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 2022-2025

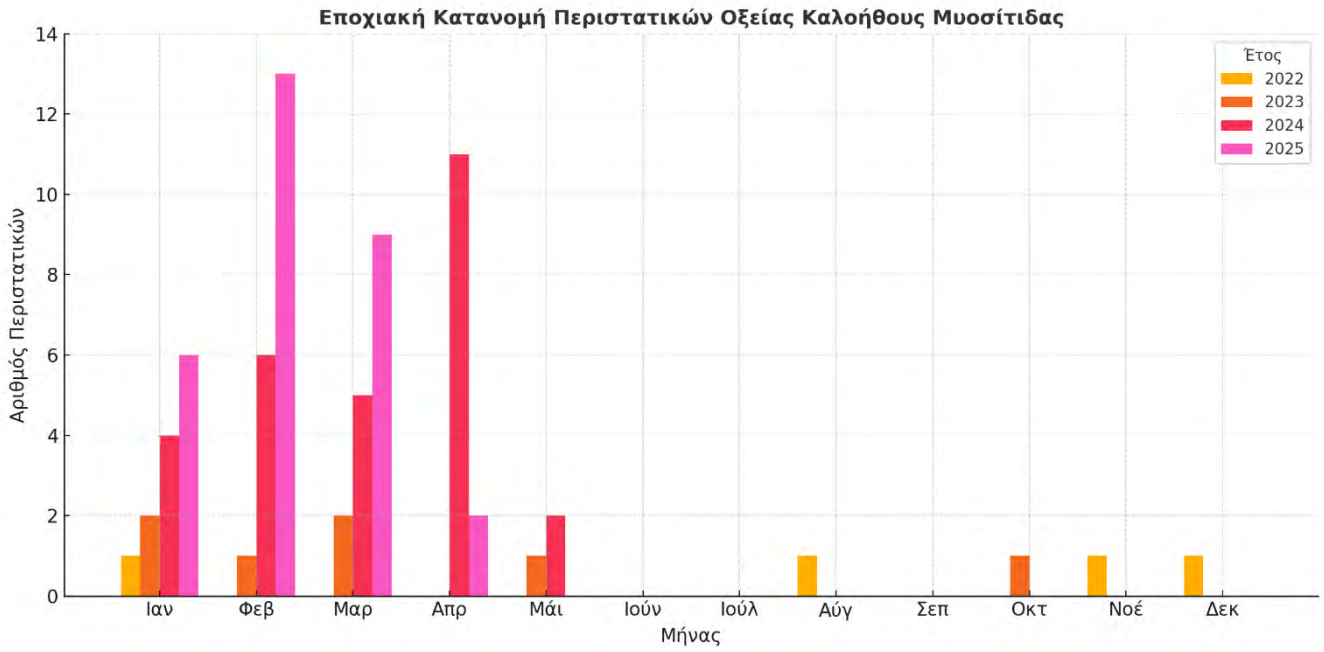
Λαμπρινή Χρίστογλου, Αλεξάνδρα Σπυριδοπούλου, Αθανασία Σταθοπούλου, Σταυρούλα Καρυπίδου, Αγγελική Ταφλανίδου, Κλεάνθη Ακτσελή, Πελαγία Τσιτσάνη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη

Εισαγωγή: Η Οξεία Καλοήθης Μυοσίτιδα (ΟΚΜ) αποτελεί μεταλοιμώδες σύνδρομο σε παιδιά σχολικής ηλικίας, με κύρια κλινική εκδήλωση τη μυαλγία γαστροκνημιών και τη δυσχέρεια βάδισης.
Σκοπός: Η καταγραφή και ανάλυση περιστατικών ΟΚΜ που νοσηλεύτηκαν κατά την περίοδο 01/2022–03/2025, εντός της μετα-COVID εποχής, όπου παρατηρούνται μεταβολές στην επιδημιολογία και τη συμπτωματολογία λόγω περιορισμένης έκθεσης του παιδιατρικού πληθυσμού σε κοινά αντιγόνα.
Υλικό–Μέθοδος: Αναλύθηκαν 74 περιστατικά (μέση ηλικία: 8,5 έτη· άρρενα: θήλεα = 2:1). Οι τιμές CPK κυμάνθηκαν από 368–36.400 U/L (διάμεση ~18.400 U/L) και AST από 49,3–771,4 U/L (διάμεση ~410 U/L). Κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας αναδείχθηκε η γρίπη τύπου Β, ενώ καταγράφηκε ένα μεμονωμένο περιστατικό σχετιζόμενο με COVID-19. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3 ημέρες. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση του Microsoft Excel (Γραφήματα 1-3).
Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των παιδιών παρουσίασε ταχεία κλινική βελτίωση. Δεν καταγράφηκαν νευρολογικά ελλείμματα (κ.φ. τενόντια αντανακλαστικά/αισθητικότητα άκρων). Η καθημερινή παρακολούθηση με γενική ούρων δεν ανέδειξε μυοσφαιρινουρία, ενώ η νεφρική λειτουργία παρέμεινε φυσιολογική. Τα εργαστηριακά ευρήματα επανήλθαν εντός 72 ωρών με ενυδάτωση, ξεκούραση και αναλγησία. Το περιστατικό COVID-19 παρουσίασε τη μέγιστη CPK τιμή χωρίς επιπλοκές ή διαφοροποίηση στη διαχείριση.
Συμπεράσματα: Η ΟΚΜ παραμένει μια καλοήθης, αυτοπεριοριζόμενη οντότητα με σαφή εποχική έξαρση, ιδίως κατά τη διάρκεια της κυκλοφορίας της γρίπης τύπου Β. Η κλινική πορεία είναι ήπια και η διαχείριση περιορίζεται στη συμπτωματική υποστήριξη. Ως σπάνιες αλλά περιγραφόμενες επιπλοκές της ΟΚΜ αναφέρονται η ραβδομυόλυση, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια και το σύνδρομο διαμερίσματος· ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχει τεκμηριωθεί σταθερή συσχέτιση αυτών με ιδιαίτερα υψηλές τιμές CPK.

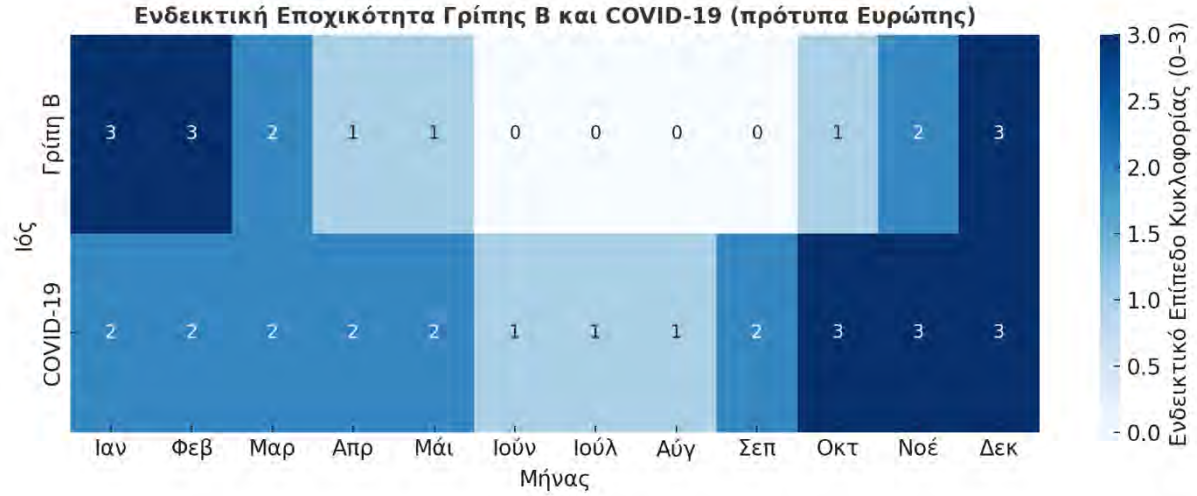
Γράφημα 1. Ετήσια Κατανομή ΟΚΜ



Γράφημα 2. Συγκριτική Εποχιακή Κατανομή ΟΚΜ



Γράφημα 3. Συγκριτική Εποχικότητα Γρίπης Β & COVID 19





ΑΑ081

ΙΟΓΕΝΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 3 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΡΙΠΗΣ Α

Άρτεμις Λάιου, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Μαρούσα Μαγουλά, Μυρσίνη Μαυρέλου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Μαρία – Αρετή Σουλοπούλου, Αθηνά Δρακάκη, Σπυρίδων Κολοκούρης, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Γερίνα Ιωαννίδου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος.

Εισαγωγή Η λοίμωξη από τον ιό της γρίπης μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογικές εκδηλώσεις στον παιδιατρικό πληθυσμό με κυριότερη την εγκεφαλίτιδα, συνήθως συνοδευόμενη από σπασμούς. Η έκβαση και η βαρύτητα των εκδηλώσεων εξαρτάται από το ιστορικό του ασθενούς και την επιδημιολογία της εκάστοτε περιόδου.
Σκοπός Περιγράφεται η περίπτωση αγοριού ηλικίας 3 ετών με πρόσφατη εμπύρετη λοίμωξη από Γρίπη Α προ 15ημέρου, το οποίο προσκομίστηκε λόγω άλγους κάτω άκρων και αδυναμία βάδισης από ημέρας. Στο ΤΕΠ διαπιστώθηκε θετική δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης Γρίπης Α από το ρινοφάρυγγα, κεντρομελικού τύπου αδυναμία και ευρεία βάδιση. Η διαφοροδιάγνωση περιελάμβανε τη μυοσίτιδα, η οποία δεν επιβεβαιώθηκε από την τιμή της CPK, το σύνδρομο Guillain – Barre αλλά και την πιθανή εγκεφαλίτιδα. Ο ασθενής διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και νευρολογική εκτίμηση.
Μέθοδος Διενεργήθηκε MRI εγκεφάλου και ΗΕΓ στέρησης ύπνου χωρίς παθολογικά ευρήματα και ΟΝΠ συμβατή με άσηπτη μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.
Αποτελέσματα Ο ασθενής τέθηκε εμπειρικά σε ακυκλοβίρη και κεφοταξίμη και σταδιακά βελτιώθηκε η κλινική του εικόνα με ύφεση της συμπτωματολογίας.
Συμπεράσματα Σύμφωνα με βιβλιογραφική αναφορά από αναδρομική έρευνα, όλα τα καταγεγραμμένα περιστατικά εγκεφαλίτιδας από γρίπη έφεραν αρνητικό ιολογικό έλεγχο σε PCR & film array και μικρό αριθμό κυττάρων στο ΕΝΥ. Ταυτοχρόνως η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι ιοί της γρίπης έχουν συνδεθεί με μόνο το 5% των επιβεβαιωμένων εγκεφαλίτιδων. Συμπερασματικά λοιπόν, κρίνεται σημαντική η επαγρύπνηση για την πιθανή εγκεφαλίτιδα σε έναν ασθενή με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από τους συγκεκριμένους ιούς κατά τη διάρκεια της χειμερινής περιόδου και ο πλήρης έλεγχος και παρακολούθηση ακόμη και ως επί άτυπης εικόνας.

ΑΑ082

ΑΤΥΠΑ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Αικατερίνη Σωτηροπούλου[1], Ιωάννα Λούκου[1], Μαρία Μουστάκη[1], Κωνσταντίνος Δούρος[2]
[1] Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια (ΝΤΜ) είναι ευκαιριακά παθογόνα που προκαλούν χρόνια πνευμονική λοίμωξη, κυρίως σε ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα όπως η κυστική ίνωση. Η επιδημιολογία των ΝΤΜ στην κυστική ίνωση παραμένει ασαφής και ετερογενής, με διακυμάνσεις ανά χώρα, ηλικία και χρονική περίοδο.
Σκοπός: Στόχος της παρούσας ανασκόπησης είναι η καταγραφή και ανάλυση της επιδημιολογίας των ΝΤΜ σε ασθενείς με ΚΙ.
Υλικό – Μέθοδος: Από 271 αρχικές αναφορές στο PubMed, και μετά από εφαρμογή κριτηρίων αποκλεισμού με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA, 30 μελέτες τελικά συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.
Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός των ΝΤΜ σε ασθενείς με ΚΙ κυμαίνεται διεθνώς από 2,7% έως 40,9%. Η μεγάλη διακύμανση οφείλεται στην ετερογένεια του πληθυσμού, στη χρονική περίοδο και τη γεωγραφική περιοχή των μελετών. Οι ΝΤΜ θετικοί ασθενείς ήταν συχνότερα μεγαλύτεροι σε ηλικία. Το Mycobacterium abscessus και το Mycobacterium avium complex ήταν τα πιο συχνά απομονωθέντα είδη. Το MAC απομονώθηκε κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες. Οι ΝΤΜ ασθενείς είχαν χαμηλότερες τιμές FEV1 στις περισσότερες μελέτες στις οποίες αξιολογήθηκε. Η συλλοίμωξη με άλλα παθογόνα, κυρίως Pseudomonas aeruginosa και Staphylococcus aureus, ήταν συχνή. Η συχνότητα της πνευμονικής νόσου από ΝΤΜ ήταν υψηλή, ενώ στις περισσότερες μελέτες, η πλειοψηφία σχετιζόταν με M. abscessus. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την επίδραση των τροποποιητικών παραγόντων της CFTR πρωτεΐνης στην επιδημιολογία των ΝΤΜ στην ΚΙ.
Συμπεράσματα: Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια εξακολουθούν να αποτελούν παθογόνο για τους ασθενείς με κυστική ίνωση με αρνητική επίπτωση στην αναπνευστική τους λειτουργία.

ΑΑ083

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΟΓΚΟ ΤΟΥ POTT (POTT'S PUFFY TUMOR)

Μαρούσα Μαγουλά, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Μυρτώ Μαυρέλου, Αναστασία Χατζηπαντελή, Μαριέτα Σουλοπούλου, Άρτεμις Λάιου, Αθηνά Δρακάκη, Σπύρος Κολοκούρης, Γερίνα Ιωαννίδου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Ο όγκος του Pott είναι μια ενδοκράνια επιπλοκή της οξείας βακτηριακής παραρρινοκολπίτιδας. Εκδηλώνεται με την παρουσία ζυμώδους οιδήματος των μαλακών μορίων στη μετωπιαία χώρα λόγω οστεομυελίτιδας, κεφαλαλγία, φωτοφοβία, πυρετό, εμέτους και λήθαργο.
Σκοπός: Να επιστήσουμε την προσοχή στην παιδιατρική κοινότητα για τις σοβαρές επιπλοκές αλλά και την αποφυγή τους με έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής.
Υλικό-Μέθοδος: Έφηβος άρρεν ηλικίας 13 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και πλήρη εμβολιαστική κάλυψη, προσκομίζεται λόγω οιδήματος και ευαισθησίας της μετωπιαίας χώρας και του αριστερού οφθαλμού από ωρών. Από το πρόσφατο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται εμπύρετη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού για την οποία έλαβε από του στόματος αντιβιοτική αγωγή για 5 ημέρες.Ο ασθενής βρισκόταν σε καλή γενική κατάσταση,ενώ παρουσίαζε μόνο παχύρρευστες ρινικές εκκρίσεις.Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός.Λόγω της κλινικής εικόνας εγινε εισαγωγή και καλύφθηκε με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς και κλινδαμυκίνη.Ωστόσο λόγω επίμονης κεφαλαλγίας και δεκατικής πυρετικής κίνησης διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπου διενεργήθηκε αξονική και μαγνητική τομογραφία που ανέδειξαν μετωπιαία κολπίτιδα, εμπύημα μετωπιαίου κόλπου αριστερά,διόγκωση των μαλακών μορίων σύστοιχα και λύση της οστικής συνέχειας(όγκος του Pott).Έγινε αλλαγή της αντιβιοτικής αγωγής σε μεροπενέμη και λινεζολίδη ενώ στάλθηκε βιοψία του πρόσθιου τοιχώματος του μετωπιαίου κόλπου με ανοιχτή προσπέλαση.
Αποτελέσματα: Μετά από πολυήμερη νοσηλεία παρουσίασε σταδιακή υποχώρηση του οιδήματος και βελτίωση της κλινικής εικόνας.
Συμπεράσματα: Η ατελώς θεραπευθείσα ρινοκολπίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως είναι η κυτταρίτιδα του οφθαλμικού κόγχου, το περικογχικό απόστημα, η μετωπιαία κολπιτιδα και κατά συνέχεια ιστού η μηνιγγίτιδα και η οστεομυελίτιδα.

ΑΑ084

ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΠΑΡΒΟΪΟ Β19 ΚΑΙ ΙΟ COXSACKIE Β3

Βασιλική Τσανάκα[1], Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Αικατερίνη Παππά[2], Κων/να Μαυρίδου[3], **Χρυσάνθη-Μαρία Τσιόγκα[1]**, Ευαγγελία Χρυσοστόμου[4], Βασιλική Γκέτση[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[3] Δερματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[4] Ανοσολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από παρβοϊό-Β19 έχει συσχετισθεί με κλινικές εκδηλώσεις και παθολογικό ανοσολογικό έλεγχο που μιμούνται ή πυροδοτούν υποκείμενο ανοσολογικό νόσημα, όπως Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) ή ρευματοειδή αρθρίτιδα. Όσον αφορά τους ιούς Coxsackie, ο Coxsackie Β4 (CB4V) έχει συσχετιστεί με αυτοάνοσα νοσήματα, και δη Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι. Όμως μόλις το 2020 δημοσιεύτηκε η πρώτη περίπτωση οξείας λοίμωξης από CB4V με κλινική και εργαστηριακή εικόνα που μιμούνταν ΣΕΛ σε γυναίκα 25 ετών.
Σκοπός: περιγραφή πρώτης περίπτωσης στη βιβλιογραφία παιδιού με συλλοίμωξη από παρβοϊό-Β19 και Coxsackie Β3 (CB3V) με κλινική και εργαστηριακή εικόνα που μιμείται τον ΣΕΛ.
Υλικό: Αγόρι 14.5 ετών, με πετεχειώδες εξάνθημα από 48ώρου και πυρετό από 24ώρου.
Μέθοδος: Αιματολογικός/βιοχημικός/ιολογικός/ανοσολογικός έλεγχος, οφθαλμολογική εξέταση, ΗΚΓ/US καρδιάς, ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού.
Αποτελέσματα: Στην εισαγωγή: γενικευμένο πετεχειώδες εξάνθημα συρρέον στις παρειές, βουβωνικές χώρες και κάτω άκρα (εξάνθημα αγειίτιδας), οιδήματα παλαμών/πελμάτων, ενάνθημα υπερώας και φυσαλιδώδεις βλάβες στη γλώσσα και την έσω επιφάνεια των χειλέων, WBC:2340/μL, PLT:144000/μL, ΤΚΕ:10mm/1η ώρα, CRP:33.6 mg/L, PCR ρινοφαρυγγικού: θετική για παρβοϊό, θετικά αντισώματα IgM έναντι παρβοϊού-Β19 και έναντι CB3V, C3/C4:45.1/10.6 mg/dl, θετικά ANA/p-ANCA/Ab-ENA, ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού: θόλος στομάχου με αιμορραγική στικτή κοκκίωση και στίγματα αιματίνης-εξέρυθρος βλεννογόνος. Μετά 3 εβδομάδες: ερυθρότητα παλαμών/πελμάτων με απολέπιση, WBC:6720/μL, PLT:300000/μL ΤΚΕ:6mm/1η ώρα, CRP:(-), C3/C4:85.8/27.8 mg/dl, ANA/p-ANCA/Ab-ENA:αρνητικά, ορομετατροπή του τίτλου αντισωμάτων για παρβοϊό-Β19 και CB3V.
Συμπεράσματα: Είναι η πρώτη αναφορά αγγειίτιδας που μιμείται τον ΣΕΛ σε αγόρι με συλλοίμωξη από παρβοϊό-Β19 και CB3V. Η αυτοπεριοριζόμενη πορεία της νόσου και η πλήρης κλινικοεργαστηριακή ύφεση απέκλεισαν το ενδεχόμενο της πυροδότησης υποκείμενου ΣΕΛ.

ΑΑ085

ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *STREPTOCOCCUS GROUP MITIS* ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΣ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ

Αικατερίνη Γκρέπη[1], Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Τζωρτζίνα Τζανακάκη[2], **Ευμορφία Λάγκα[1]**, Αλεξάνδρα Χάιδου[3], Κων/νος Φρίγκας[3], Αγγελική Παππά[3], Βασιλική Γκέτση[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
[3] Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Στην οξεία πυελονεφρίτιδα η οδός μόλυνσης είναι σχεδόν πάντα η ανιούσα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα. Η αιματογενής διασπορά συμβαίνει σπάνια, κυρίως σε νεογνά και παιδιά με ανοσοανεπάρκεια. Συνηθέστερα παθογόνα είναι τα εξής: στρεπτόκοκκος ομάδας Β, χρυσίζων σταφυλόκοκκος, Candida και σαλμονέλα. Ο *στρεπτόκοκκος group mitis (SGM)* παρόλο που αποτελεί αίτιο βακτηριαιμίας κυρίως σε παιδιατρικούς ασθενείς με κακοήθεια, και σπανιότερα σε ανοσοϊκανά παιδιά, δεν έχει αναφερθεί μέχρι στιγμής ως αίτιο αιματογενούς οξείας πυελονεφρίτιδας (ΑΟΠ).
Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης παιδιού με λοίμωξη αναπνευστικού και ΑΟΠ από *SGM.*
Υλικό: Προηγουμένως υγιές αγόρι 7 ετών προσκομίστηκε λόγω πυρετού, ρινίτιδας και βήχα από 3ημέρου. Είχε λάβει μία δόση αμοξυκιλλίνης/κλαβουλανικού. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν εξέρυθρα παρίσθμια, Giordano:(+) δεξιά.
Μέθοδος: WBC:20.400/μL (PMN:82%), ΤΚΕ:69mm/1η ώρα, CRP:307mg/L, Γενική ούρων:κ.φ., Καλλιέργειες ούρων: στείρες, PCR αίματος:*SGM*, US κοιλίας/DMSA(Tc-99m): ευρήματα συμβατά με οξεία πυελονεφρίτιδα.
Αποτελέσματα: Χορηγήθηκε κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς (14 ημέρες) και αμικασίνη (7 ημέρες). Ο ασθενής απυρέτησε το 5ο 24ωρο και το Giordano αρνητικοποιήθηκε το 8ο 24ωρο νοσηλείας.
Συμπεράσματα: Η ΑΟΠ επιβάλλεται να συμπεριλμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση ασθενούς με πυρετό και οσφυαλγία, ακόμα και επί απουσίας δυσουρικών ενοχλημάτων και παθολογικών ευρημάτων από τη γενική και καλλιέργεια ούρων. Η έγκαιρη διάγνωση επιβάλλεται, διότι το υπεύθυνο παθογόνο είναι κατά κανόνα διαφορετικό από τα συνήθη αίτια των ουρολοιμώξεων, πολλές φορές δεν αναπτύσσεται στα ούρα στα συνήθη καλλιεργητικά υλικά και χρήζει διαφορετικής φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Όσον αφορά τον *SGM* θεωρείται ως ένα νέο αναδυόμενο παθογόνο στην Παιδιατρική με πιθανώς υποτιμημένο ρόλο στα ανοσοεπαρκή παιδιά. Μέχρι στιγμής έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μηνιγγίτιδας και ενδοκαρδίτιδας, όχι όμως ΑΟΠ.

ΑΑ086

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

Αικατερίνη Γκρέπη, Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα, Κων/να Γεωργοπούλου, Βασιλική Τσανάκα, **Βασιλική Μπουτίνα**, Βασιλική Γκέτση
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η γρίπη προκαλείται από τους ιούς γρίπης τύπου Α και Β. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν καλή πρόγνωση, όμως μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές επιπλοκές. Τα παιδιά <5ετών αποτελούν πληθυσμό αυξημένου κινδύνου, γι' αυτό συστήνεται ο ετήσιος αντιγριπικός εμβολιασμός στα 6μηνών-5ετών και στους φροντιστές των βρεφών<6 μηνών. Παράλληλα, συστήνεται η χορήγηση οσελταμιβίρης στους νοσηλευόμενους ασθενείς με διαπιστωμένη ή πιθανή γρίπη.
Σκοπός: Η καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων παιδιών με γρίπη σε γενικό νοσοκομείο, οι υπεύθυνοι ορότυποι, οι συχνότερες επιπλοκές και το ποσοστό εμβολιασμένων ασθενών.
Υλικό: Νοσηλευόμενοι ασθενείς με γρίπη από 01/12/2024-30/04/2025 στην Παιδιατρική Κλινική.
Μέθοδος: Εκτενής ανασκόπηση των ιατρικών αρχείων.
Αποτελέσματα: Νοσηλεύτηκαν 63 ασθενείς, με μέση ηλικία 4.25 ετών. Επτά ασθενείς ήταν βρέφη. Το 54% ήταν αγόρια. Η διάγνωση της γρίπης έγινε με ταχεία δοκιμασία ή ανοσοχρωματογραφία ή PCR ρινοφαρυγγικού. Το 61% είχε γρίπη Α, ενώ το 39% γρίπη Β. Οι συχνότερες εκδηλώσεις ήταν η μυοσίτιδα (27%) και οι λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού (20.6%). Σχετικά συχνά καταγράφηκαν περιστατικά απώλειας συνείδησης ή ζάλης (9.5%). Αξιοσημείωτα, καταγράφηκαν άρρεν νήπιο με IgA αγγειίτιδα, θήλυ βρέφος με επεισόδιο βολβοστροφής και θήλυ νήπιο με κοιλιακές αρρυθμίες-διδυμίες. Έντεκα ασθενείς είχαν λάβει οσελταμιβίρη πριν τη νοσηλεία, ενώ κανένας δεν ήταν εμβολιασμένος. Όλοι έλαβαν οσελταμιβίρη και αντιβίωση επί μικροβιακής συλλοίμωξης. Όλοι είχαν καλή έκβαση.
Συμπεράσματα: Η γρίπη αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγής των παιδιών στο νοσοκομείο. Στους νοσηλευόμενους ασθενείς συστήνεται η χορήγηση οσελταμιβίρης. Στις μικρότερες ηλικίες μπορεί να παρατηρηθούν επιπλοκές, γι' αυτό είναι σημαντικό να ενισχυθεί ο αντιγριπικός εμβολιασμός στα παιδιά, δεδομένου ότι κυμαίνεται σε χαμηλά ποσοστά.

ΑΑ087

ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

Βασιλική Τσανάκα, Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα, Βασίλειος Γραμμενιάτη, Αικατερίνη Γκρέπη, **Δήμητρα Σαββίδου**, Βασιλική Γκέτση
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η οξεία μυοκαρδίτιδα (ΟΜ) παιδικής ηλικίας είναι μία σοβαρή νόσος με απρόβλεπτη εξέλιξη. Πολλοί ασθενείς έχουν αυτόματη ανάρρωση, όμως εξίσου πολλοί θα υποστούν μη αναστρέψιμη μυοκαρδιακή βλάβη, απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες ή καρδιογενές shock. Η γνώση αυτή αναγκάζει τον νοσοκομειακό παιδίατρο που παραλαμβάνει το παιδί, να λάβει αποφάσεις χωρίς τη βοήθεια παιδοκαρδιολόγου, αφενός για άμεση έναρξη θεραπείας και αφετέρου για την επιλογή του χρόνου και τρόπου διακομιδής σε ειδικό Κέντρο.
Σκοπός: (Α) Να παρουσιαστούν τα διλήμματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο παιδίατρος κατά την αρχική αντιμετώπιση ασθενούς με ΟΜ σε Νοσοκομείο που δε διαθέτει παιδοκαρδιολόγο και ΜΕΘ Παίδων, (Β) Να αναδειχθεί η ανάγκη κατευθυντήριων οδηγιών για αυτές τις περιστάσεις.
Υλικό: Αγόρι 14 ετών με θωρακικό άλγος από 24ώρου.
Μέθοδος: Αιματολογικός/βιοχημικός/ανοσολογικός/ιολογικός έλεγχος, καρδιακά ένζυμα, ΗΚΓ, US καρδιάς.
Αποτελέσματα: Εισαγωγή: Τροπονίνη-i: 17371.5 ng/L, CRP: 71.8 mg/L, Νατριοουρητικό πεπτίδιο NT-proBNP: 659 pg/mL, ΗΚΓ: ανάσπαση ST στις V4-V6. US καρδιάς: κλάσμα εξώθησης (αρ) κοιλίας: 65%, αντισώματα IgM για CMV:(+). Αποφασίστηκε η παρακολούθηση για τουλάχιστον 3-4 ώρες. Μετά 3 ώρες: Ασθενής αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς αρρυθμίες. Δεδομένου ότι η κεραυνοβόλος μορφή είναι πιο συχνή σε παιδιά απ΄ό,τι σε ενήλικες, λόγω μεγάλης αύξησης της τροπονίνης-i (25487.6 ng/L) αποφασίστηκε χορήγηση γ-σφαιρίνης και διακομιδή σε Παιδοκαρδιολογικό Κέντρο. Μετά 10 ώρες: κλάσμα εξώθησης αρ. κοιλίας 50-55% και μετά 24 ώρες: 69%.
Συμπεράσματα: Η αρχική αντιμετώπιση παιδιού με ΟΜ από τον παιδίατρο αποτελεί πρόκληση σε κάθε μέτωπο, από την κλινική διάγνωση και τη διενέργεια των κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων έως την αρχική θεραπευτική παρέμβαση και τη διακομιδή σε ειδικό Κέντρο.

ΑΑ088

KAWASAKI DISEASE SHOCK SYNDROME ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 3.5 ΕΤΩΝ

Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Βασίλειος Γραμμενιάτης[1], Ανδρέας Ηλιάδης[2], Αλέξανδρος Τσούτσινος[3], **Μαρία-Ελένη Κυτιλή[1]**, Ιωάννης Παληός[4], Αικατερίνη Γκρέπη[1], Βασιλική Γκέτση[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Παίδων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Ρίο Πατρών
[3] Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
[4] Metropolitan Hospital, Πειραιάς

Εισαγωγή: Το 4% των ασθενών με νόσο Kawasaki (ΝΚ) εμφανίζουν Kawasaki Disease Shock Syndrome (KDSS), μια δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή με σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, και 2% εμφανίζουν θρομβοπενία στην οξεία φάση της νόσου. Ο συνδυασμός αυτών είναι σπανιότατος. Η παρουσία τους περιπλέκει και καθυστερεί τη διάγνωση και τη χορήγηση στοχευμένης θεραπείας, με αποτέλεσμα να προδιαθέτει σε ανάπτυξη στεφανιαίων ανευρυσμάτων.
Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με KDSS και θρομβοπενία και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.
Υλικό: Κορίτσι 3.5 ετών, με πλήρη έλλειψη G6PD, προσκομίστηκε με πυρετό από 4ημέρου, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, ένεση επιπεφυκότων/οιδήματα βλεφάρων. Το 2ο 24ωρο νοσηλείας παρουσίασε χειλίτιδα/μοροειδή γλώσσα, οίδημα/ερυθρότητα παλαμών-πελμάτων.
Μέθοδος: Αιματολογικός/βιοχημικός/ανοσολογικός έλεγχος, έλεγχος για λοιμώξεις, οφθαλμολογική εξέταση, ακτινογραφίες θώρακα, ΗΚΓ/US καρδιάς, U/S κοιλίας. Σε δεύτερο χρόνο MRI καρδιάς και CT στεφανιογραφία.
Αποτελέσματα: Εργαστηριακός έλεγχος: Λευκοπενία, αναιμία, θρομβοπενία (66000/μl), αύξηση δεικτών φλεγμονής, υπονατριαιμία, τρανσαμινασαιμία, τροπονιναιμία, άσηπτη πυουρία. Αρχικά χορηγήθηκε αντιβίωση. Το 2ο 24ωρο τέθηκε η διάγνωση της ΝΚ και χορηγήθηκε IVIG, κατά τη χορήγηση της οποίας παρατηρήθηκε αιμοδυναμική αστάθεια (ΑΠ 68/35mmHg, HR 140/min). Η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια Kaneyage. Τέθηκε η διάγνωση του KDSS (συνέχιση IVIG, χορήγηση υγρών και αγγειοσυσπαστικών και μεταφορά σε ΜΕΘ). Στη ΜΕΘ διαπιστώθηκε διάταση καρδιακών κοιλοτήτων, συνεχίστηκε η χορήγηση ινότροπων, αντιβιοτικών και προστέθηκε IV μεθυλπρεδνιζολόνη. Μετά την αποκατάσταση της θρομβοπενίας χορηγήθηκε διπυριδαμόλη και καρβεδιλόλη (για 9 μήνες). Δεν παρατηρήθηκαν μακροχρόνιες επιπλοκές από το κυκλοφορικό σύστημα.
Συμπέρασμα: Η συνύπαρξη KDSS και θρομβοπενίας σε ασθενή με ΝΚ είναι εξαιρετικά σπάνια. Προδιαθέτει σε ανάπτυξη στεφανιαίων ανευρυσμάτων. Για τη βελτίωση της πρόγνωσης απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και επιθετική θεραπεία.



ΑΑ089

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΒΟΪΟ Β19 ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Κωνσταντίνα Γεωργοπούλου[1], Αικατερίνη Γκρέπη[1], Βασιλική Τσανάκα[1], **Στυλιανή Γιαννακούλα[1]**, Φωτεινή Παπαδημητρίου[2], Βασιλική Γκέτση[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Ιδιώτης Παιδίατρος, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από παρβοϊό Β19 (parvo-B19V) μπορεί να προβάλει με μια μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων (συμπεριλαμβανομένης και της ασυμπτωματικής λοίμωξης) και κλινικών οντοτήτων, με συχνότερες το λοιμώδες ερύθημα (5η νόσο), την απλαστική κρίση σε ασθενείς με χρόνια αιμολυτική αναιμία και τον εμβρυϊκό ύδρωπα. Οι ρευματικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με τον parvo-B19V εμφανίζονται κυρίως σε νεαρούς ενήλικες και σπανιότερα σε παιδιά. Όσον αφορά την Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα (ΝΙΑ), πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν τον υψηλό επιπολασμό του DNA του parvo-B19V σε ασθενείς με ΝΙΑ και υποστηρίζουν τον πιθανό ρόλο της λοίμωξης από parvo-B19V στην παθογένεση της ΝΙΑ.
Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης παιδιού με λοίμωξη από parvo-B19V και ΝΙΑ.
Υλικό: Προηγουμένως υγιές κορίτσι 7 ετών, προσκομίστηκε με γενικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και οίδημα αρθρώσεων δεξιάς άκρας χείρας από 14ημέρου, άλγος ισχίου, χωλότητα και πυρετού από 10ημέρου.
Μέθοδος: γενική αίματος, δείκτες λοίμωξης, βιοχημικός έλεγχος, έλεγχος προς την πλευρά λοιμώξεων και ανοσολογικών νοσημάτων, US κοιλίας, ισχίων.
Αποτελέσματα: ΤΚΕ:50 mm/1η ώρα, CRP:30.2 mg/L, Αντισώματα IgM έναντι parvo-B19V:θετικά. Η ασθενής παρέμενε αιμοδυναμικά σταθερή και σε καλή γενική κατάσταση, όμως ο πυρετός και το εξάνθημα παρέμεναν (με υφέσεις και εξάρσεις) για το επόμενο 10ήμερο, οπότε και παραπέμφθηκε σε παιδορευματολόγο. Χορηγήθηκε αγωγή με πρεδνιζολόνη για ένα μήνα. Παρουσίασε παροδική βελτίωση, όμως η συμπτωματολογία επανεμφανίστηκε μετά τη διακοπή της αγωγής, οπότε και τέθηκε οριστικά η διάγνωση της ΝΙΑ.
Συμπεράσματα: Η περίπτωση της ασθενούς μας έρχεται να ενισχύσει τα δεδομένα μελετών που υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η λοίμωξη από parvo-B19V μπορεί να σχετίζεται με επακόλουθη εμφάνιση ΝΙΑ σε ένα ποσοστό παιδιατρικών ασθενών.



ΑΑ090

ΝΕΑΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ-ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ

Βασιλική Σγουροπούλου, Αφροδίτη Κουρτέλη, **Πολυξένη Πρατσίδου-Γκέρτση,** Μαρία Τραχανά
Παιδιατρικό Ανοσολογικό και Ρευματολογικό Κέντρο Αναφοράς, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η δυσκολία στη διάγνωση και διαχείριση νόσου (ΔΔΔ) αποτελεί πρόκληση.
Σκοπός: Η Οδύσσεια ασθενών με Νεανική Σπονδυλοαρθρίτιδα (ΝΣΑ) και ΔΔΔ.
Υλικό: Ασθενείς με ΝΣΑ
Μέθοδος: Παρουσίαση δύο περιπτώσεων
Αποτελέσματα: 14χρονος εισήχθη λόγω κοιλιαλγίας, θωρακοοσφυικού άλγους, χωλότητας μετά από άθληση και με απεικονιστικά ευρήματα «μυϊκής θλάσης». Κατά τη νοσηλεία εντοπίστηκαν ψωριασικές βλάβες τριχωτού, ευαισθησία στις άνω περιοχές της ΣΣ, ανθεκτικές στις τοπικές εγχύσεις στεροειδών (ΣΤ) και αναισθητικών και ΑΝΑ 1:640, ιστορικό αχίλλειας ενθεσοπάθειας και θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοανοσίας. Μετά από εκτεταμένη διερεύνηση, η MRI λεκάνης-ισχίων αποκάλυψε **οστεΐτιδα** λαγόνιας ακρολοφίας. Τα ανωτέρω δεδομένα οδήγησαν στη διάγνωση ψωριασικής ΝΣΑ. Συστήθηκε αγωγή με μεθοτρεξάτη (MTX) και Adalimumab (ADA), ωστόσο αναζητήθηκε δεύτερη γνώμη όπου διαγνώστηκε με «λειτουργικές διαταραχές». Η κλινική επιδείνωση, η ανάπτυξη ενθεσίτιδας ώμου, εκτεταμένης ψωρίασης και ιερολαγονίτιδας τον επανάφεραν στο κέντρο και η συμμόρφωση σε MTX+ADA, οδήγησε σε ύφεση.
15χρονος παραπέμφθηκε για υποτροπιάζοντα πυρέτια από 14ημέρου, φωτοευαίσθητο εξάνθημα παρειών και αμφοτερόπλευρες ωμαλγίες. Διαπιστώθηκε ευαισθησία ώμων και καρπών με τενοντίτιδες και προηγηθείσα αχίλλειος ενθεσοπάθεια. Η παρακλινική διερεύνηση απέκλεισε Νεανικό Λύκο και Μικτή Νόσο Συνδετικού Ιστού. Διαγνώστηκε ΝΣΑ και αντιμετωπίστηκε με MTX + ΣΤ. Στην πορεία, σε προσπάθειες αποκλιμάκωσης ΣΤ υποτροπίαζε ή ανέπτυσσε αρθρίτιδα +/- ελυτρίτιδες ή πυρέτια που αντιμετωπίστηκαν με εναλλακτικούς κύκλους Etanercept ή Tocilizumab (TCZ), αλλά και διερευνήθηκε προς αποκλεισμό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Στο 3ο έτος νόσου υπό MTX+TCZ επήλθε ύφεση.
Συμπεράσματα: Η άτυπη έναρξη της ΝΣΑ μπορεί να μιμείται μηχανικές ή αυτοφλεγμονώδεις οντότητες. Η συνετή αξιολόγηση και στενή παρακολούθηση ΔΔΔ περιπτώσεων αποσαφηνίζουν το σκηνικό και οδηγούν στη βέλτιστη έκβασή τους.



ΑΑ091

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ CAMPYLOBACTER ΜΙΜΟΥΜΕΝΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Μαρία Στεφανίδου, Άννα Γκατζόφλια, Μαρία Βανακλιώτου, Ελένη Μπονέ, Κλεοπάτρα Κεφαλά, Μαρία Γκέσου, Μαγδαληνή Κατσουπάκη, Ελένη Παμπούρη, Γεώργιος Τσεκαλίδης, Μαρία Τζέλλου, Μιχάλης Χασάπης, Αικατερίνη Λιάνα
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης "Μαμάτσειο", Κοζάνη

Εισαγωγή: Το Campylobacter αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες βακτηριακής γαστρεντερίτιδας σε παιδιά, με ευρύ φάσμα κλινικής έκφρασης που περιλαμβάνει εμπύρετο, διάρροια, αιματοχεσία και κοιλιακό άλγος. Οι λοιμώξεις αυτές συχνά εκδηλώνονται με μη ειδικά γαστρεντερικά συμπτώματα, μιμούμενες οξεία κοιλία. Παρουσιάζουμε τρία χαρακτηριστικά περιστατικά με λοίμωξη από Campylobacter, με στόχο την ανάδειξη της κλινικής ποικιλομορφίας και των διαγνωστικών προκλήσεων.
Σκοπός: Η ανάδειξη των διαγνωστικών δυσκολιών λόγω της κλινικής ποικιλομορφίας των λοιμώξεων από Campylobacter, που μπορεί να μιμούνται οξεία κοιλία στην παιδική ηλικία.
Υλικό: Αναδρομική ανάλυση κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών δεδομένων.
Μέθοδος: Περιγράφονται τρεις περιπτώσεις παιδιών (ηλικίας 7 μηνών έως 11 ετών) που εισήχθησαν στην Παιδιατρική Κλινική Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου με εικόνα οξείας κοιλίας, με κύρια συμπτώματα εμπύρετο, διαρροϊκές κενώσεις και κοιλιακό άλγος. Σε όλους διενεργήθηκε βασικός εργαστηριακός έλεγχος, καλλιέργειες κοπράνων και σε επιλεγμένες περιπτώσεις απεικονιστικός έλεγχος, ενώ τελικά διαγνώστηκαν με λοίμωξη από Campylobacter.
Αποτελέσματα: Τα τρία περιστατικά παρουσίασαν αιματηρή ή βλεννώδη διάρροια, πυρετό έως 38,9°C, κοιλιακή ευαισθησία και αυξημένη CRP (μέση τιμή 12,6 mg/dL). Η αρχική διάγνωση αφορούσε εγκολεασμό (2/3) και σκωληκοειδίτιδα (1/3) και γι' αυτό το λόγο χρειάστηκε Παιδοχειρουργική εκτίμηση και στα τρία περιστατικά. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε για Campylobacter. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβια ενυδάτωση και υποστηρικτική αγωγή, με πλήρη ύφεση μετά από χορήγηση αζιθρομυκίνης.
Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από Campylobacter στους παιδιατρικούς ασθενείς μπορεί να εκδηλωθεί με σημαντική κλινική ετερογένεια, από ήπια αυτοπεριοριζόμενη γαστρεντερίτιδα έως αιματοχεσία, εικόνα εγκολεασμού ή ψευδοσκωληκοειδίτιδας.

ΑΑ092

ΟΞΕΙΑ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ - ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Καλλιόπη Μπαστάκη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Μαρία Μαραγκουδάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Ιωάννα Χρανιώτη, Ειρήνη Ζορμπαδάκη, Παναγιώτα Κοντογιάννη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Μαρία Ανατολιωτάκη, Σοφία Στεφανάκη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Το μυκόπλασμα της πνευμονίας αποτελεί κοινή αιτία λοίμωξης ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος ποικίλης βαρύτητας, ιδίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους. Πιο σπάνια, σχετίζεται με εξωπνευμονικές εκδηλώσεις, που μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και απουσία πνευμονικών εκδηλώσεων.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού οξείας αλιθιασικής χολοκυστίτιδας – χολοστατικής ηπατίτιδας και άλλων εξωπνευμονικών εκδηλώσεων σε έφηβο 13 ετών με λοίμωξη από μυκόπλασμα της πνευμονίας.
Υλικό – Μέθοδος: Έφηβος προσήλθε με εμπύρετο, κοιλιακό άλγος, επεισόδια εμέτου, ικτερική χροιά δέρματος-βλεννογόνων και κηλιδώδες εξάνθημα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες φλεγμονής, παράταση των χρόνων πήξης, τρανσαμινασαιμία, αυξημένη αλκαλική φωσφατάση, άμεση υπερχολερυθριναιμία και μικροσκοπική αιματουρία, με μη ενεργό ίζημα ούρων. Στο υπερηχογράφημα κοιλίας διαπιστώθηκε πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και ήπια διάταση των κεντρικών ενδοηπατικών χοληφόρων και του χοληδόχου πόρου. Από τον ορολογικό έλεγχο προέκυψαν θετικά IgM αντισώματα έναντι M. pneumoniae, ενώ ο λοιπός έλεγχος οξείας λοίμωξης ήταν αρνητικός. Έγινε ακόμα ανοσολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου αυτοάνοσης ηπατίτιδας, έλεγχος για νόσο Wilson και ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης, για τον αποκλεισμό υποκείμενου νοσήματος. Με την έναρξη κατάλληλου αντιβιοτικού σχήματος, διατροφής και ουρσοδεοξυχολικού οξέος, παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας.
Αποτελέσματα: Ένα μήνα μετά, ο έφηβος παραμένει ασυμπτωματικός με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο και υπερηχογράφημα κοιλίας.
Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από μυκόπλασμα της πνευμονίας αποτελεί σπάνια αιτία οξείας αλιθιασικής χολοκυστίτιδας και χολοστατικής ηπατίτιδας. Ο παθογενετικός μηχανισμός παραμένει άγνωστος. Σε περίπτωση προσβολής του ήπατος και των χοληφόρων, και ειδικά όταν υπάρχει υποψία λοίμωξης από μυκόπλασμα της πνευμονίας, θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα ο κατάλληλος έλεγχος και έναρξη θεραπείας.

ΑΑ093

ΔΗΓΜΑ ΑΙΓΟΠΡΟΒΑΤΟΥ ΑΘΩΟ Ή ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ; ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΟΡΙΤΣΙΟΥ 11 ΕΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ORF

Αλίκη Δαϊναβά, Ιωάννα Τάσσιου, Μαρία-Ειρήνη Κυριακιδέλη, Χρυσάνθη Μηνδρινού, Άννα Ρεντζή
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η νόσος Orf ή λοιμώδες έκθυμα είναι μία επαγγελματική δερματοπάθεια και οφείλεται σε DNA ιό της ομάδας της ευλογιάς (parapoxvirus). Μεταδίδεται στον άνθρωπο από μολυσμένα αιγοπρόβατα και χαρακτηρίζεται από αυτοπεριοριζόμενες, σε διάστημα 3-8 εβδομάδων, δερματικές αλλοιώσεις. Συνήθης επιπλοκή αποτελεί η δευτερογενής μικροβιακή επιμόλυνση. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται λόγω της σπάνιας εμφάνισής της στα παιδιά.
Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης σε κορίτσι 11 ετών, καθώς και η επισήμανση της σημασίας της σωστής διάγνωσης.
Υλικό-Μέθοδος: Έγινε ανασκόπιση του ηλεκτρονικού φακέλου της ασθενούς.
Αποτελέσματα: Κορίτσι 11 ετών, κτηνοτροφικής οικογένειας, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσκομίζεται στα Επείγοντα Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου λόγω δερματικής βλάβης 2ου δακτύλου αριστερής άκρας χείρας μετά από δήγμα αιγοπροβάτου προ 10ημέρου. Υπό αγωγή με αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό. Από την α/ε διαπιστώθηκε ερυθηματώδης βλάβη με οίδημα, ερυθρότητα, λευκωπό κέντρο και ερυθρή περιφέρεια (εικόνα στόχου) και με ελάχιστο ορώδες υγρό. Χωρίς πόνο ή συστηματικά συμπτώματα. Συνυπήρχε μικρότερη βλάβη σε έτερα άκρα χείρα, η οποία όπως αναφέρθηκε εμφανίστηκε προγενέστερα και χωρίς δήγμα. Ελήφθη ε/ε χωρίς δείκτες φλεγμονής, ενώ η κ/α βλάβης ήταν στείρα μικροβίων. Έγινε α/α άκρας χειρός που δεν ανέδειξε επινέμεση του οστού, ενώ η ορθοπεδική εκτίμηση απέκλεισε τη συμμετοχή των εν τω βάθει δομών και την παρουσία αποστήματος. Το παιδί ετέθη σε ενδοφλέβια κεφοταξίμη-κλινδαμυκίνη και τοπική αντισηψία, ενώ η δερματολογική εκτίμηση επιβεβαίωσε τη νόσο Orf με συνοδό επιμόλυνση. Έλαβε συνολικά 10 ημέρες αντιβίωση, ενώ οι βλάβες υποχώρησαν πλήρως 4 εβδομάδες μετά.
Συμπεράσματα: Η νόσος Orf, αν και σπάνια στα παιδιά, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση δερματικών βλαβών μετά από επαφή ή δήγμα πάσχοντος αιγοπροβάτου. Η σωστή λήψη του ιστορικού και η χαρακτηριστική κλινική εικόνα της βλάβης αποτρέπει περιττές διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.



Εικόνα 2: Βλάβη ΑΡ δείκτη μετά από δήγμα αιγοπροβάτου.



Εικόνα 3: Βλάβη σε ΔΕ άκρα χείρα μετά από απλή επαφή με στοματική κοιλότητα του πάσχοντος ζώου.

ΑΑ094

ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ACINETOBACTER URSINGII – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρίζα Ιωαννίδη, Όλγα Σαβελίεβα, Παρασκευή Λιάκου, Ηλίας Κόλλαρης, Πελαγία Γαλάνη, Κλειώ Καππάτου, Νικόλ Γκόρνικ, Ελένη Αντωνοπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο Παιδιατρική Κλινική, Ελευσίνα

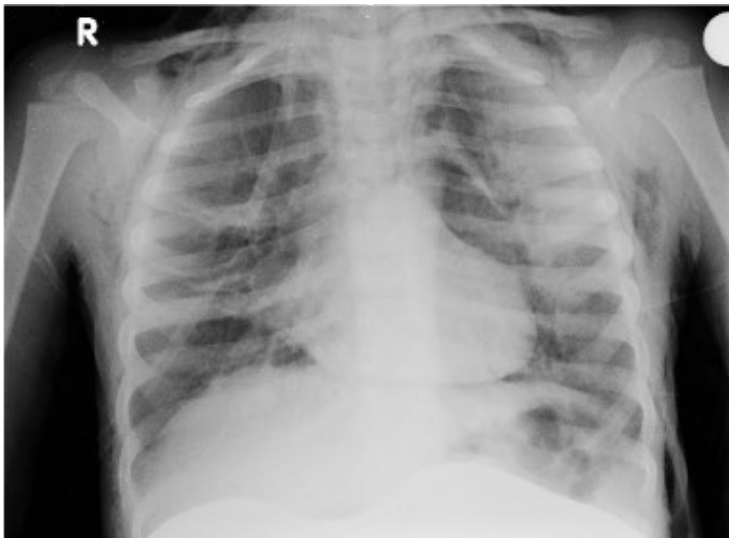
Εισαγωγή: Το Acinetobacter ursingii είναι ένα Gram-αρνητικό, αερόβιο βακτήριο, που απομονώνεται σπάνια σε κλινικά δείγματα, ωστόσο έχει αναγνωριστεί ως δυνητικό ευκαιριακό παθογόνο σε βρέφη και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Παρουσιάζει υψηλή ικανότητα επιβίωσης ιδίως σε υγρό περιβάλλον, όπως σε αναπνευστήρες και φλεβοκαθετήρες. Ο αποικισμός ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού έχει συσχετιστεί με ενδονοσοκομειακές επιδημίες.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού μικροβιαιμίας από Acinetobacter ursingii σε βρέφος με υποκείμενη λοίμωξη από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV).
Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν βρέφος ηλικίας 2 μηνών προσήλθε στα Επείγοντα Περιστατικά με εμπύρετο από 24ωρου, συνοδευόμενο από βήχα, ρινίτιδα, μειωμένη σίτιση, χωρίς εικόνα αναπνευστικής δυσχέρειας. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε λοίμωξη από RSV. Το τρίτο 24ώρο, έπειτα από ένα 24ωρο απυρεξίας, σημειώθηκε επανέναρξη πυρετού και επιδείνωση κλινικής εικόνας, με επηρεασμένη γενική κατάσταση, αναπνευστική δυσχέρεια, γογγυσμό, ωχρότητα δέρματος και παρουσία στικτού αιμορραγικού εξανθήματος προσώπου. Διενεργήθηκε εργαστηριακός έλεγχος με ευρήματα λευκοκυττάρωσης, αύξηση της CRP και της προκαλσιτονίνης (Λ: 35,800 K/μL, CRP: 119mg/L, PCT: 53,09 ng/ml). Πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση και χορηγήθηκε εμπειρική αγωγή με κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς. Το τέταρτο 24ώρο εκδηλώθηκε επεισόδιο κυάνωσης ολίγων λεπτών που υποχώρησε άμεσα με χορήγηση οξυγόνου. Η καλλιέργεια αίματος ανέπτυξε Acinetobacter ursingii. Οι υπόλοιπες καλλιέργειες (εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ούρα) ήταν αρνητικές. Το βρέφος διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό κέντρο, και παρουσίασε προοδευτική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.
Συμπεράσματα: Το Acinetobacter ursingii, παρότι αποτελεί σπάνιο απομονωθέντα μικροοργανισμό, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως πιθανό ευκαιριακό παθογόνο σε παιδιατρικούς ασθενείς, ιδιαίτερα παρουσία υποκείμενων ιογενών λοιμώξεων ή επεμβατικών ιατρικών πράξεων. Η απομόνωσή του μπορεί να σχετίζεται με πρωτοπαθή είτε με δευτεροπαθή μικροβιαιμία, στο πλαίσιο λοίμωξης του αναπνευστικού, του ουροποιητικού συστήματος ή μετά από τραυματισμό.

ΑΑ095

ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΕ ΑΡΡΕΝ 4,5 ΕΤΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΤΥΠΟΥ Α

Ειρήνη Βουντζουκλή[1] MD, Αλεξάνδρα Γιαννάκη[1] MD, BSc, MSc(c), Γεωργία Άννα Σοφούλη[1] MD, PhD(c), Μαρία Γεροπέππα[1] MD, PhD(c), Φλόγα Μυλωνάκη[1] MD, Αργύρης Λάκκας[1] MD, Ζωή Καρατάσιου[1] MD, Παναγιώτης Βασιλείου[2] MD, Ευφροσύνη Τσεκούρα[1] MD, MA, PhD
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής

Εισαγωγή: Το υποδόριο εμφύσημα ανήκει στα σύνδρομα διαφυγής αέρα, τα οποία αποτελούν μια σπάνια, αλλά δυνητικά θανατηφόρα, επιπλοκή των λοιμώξεων του αναπνευστικού. Προκαλείται από ρήξη των κυψελίδων και έξοδο του αέρα στον υποδόριο ιστό, λόγω μεταβολών των ενδοθωρακικών πιέσεων (κυρίως από βήχα ή πταρμό). Ως κυριότερος παράγοντας κινδύνου στον παιδιατρικό πληθυσμό ενοχοποιείται το άσθμα.
Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού υποδορίου εμφυσήματος σε έδαφος λοίμωξης Γρίπης τύπου Α.
Υλικό-Μέθοδος: Άρρεν 4,5 ετών με υποδόριο εμφύσημα τραχήλου σε έδαφος λοίμωξης αναπνευστικού από ιό της Γρίπης Τύπου Α σε Παιδιατρικό ΤΕΠ Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου
Αποτελέσματα: Άρρεν 4,5 ετών προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ Παιδιατρικού λόγω δύσπνοιας αρχόμενης από 48ωρου, σταδιακά επιδεινούμενης, **με συνοδό διόγκωση τραχήλου από 24ωρου**. Αναφέρεται από 3ημέρου εμπύρετο (39,9ºC), έντονος βήχας, ρινίτιδα, καταβολή, υπό εισπνεόμενη αγωγή. Τεστ γρίπης θετικό για γρίπη τύπου Α. Στο ΤΕΠ είχε επηρεασμένη γενική κατάσταση με αναπνευστική δυσχέρεια (εισολκές σφαγής και μεσοπλευρίων), μειωμένη είσοδο αέρα και ρεγχάζοντες άμφω, χαμηλό διαδερμικό κορεσμό (**SPO2:79%)**. Παρατηρήθηκε διάχυτη τραχηλική διόγκωση και **κριγμός**. Ακτινογραφία θώρακα συμβατή με υποδόριο εμφύσημα (Εικόνα). Ετέθη σε οξυγονοθεραπεία, iv μεθυλπρεδνιζολόνη, neb σαλβουταμόλης και βουδεσονίδης, iv ενυδάτωση. Ο ασθενής διακομίσθηκε και νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου όπου σταδιακά βελτιώθηκε η κλινική του εικόνα χωρίς αναφερόμενη ανάγκη παρέμβασης.
Συμπεράσματα: Η γρίπη τύπου Α μπορεί να προκαλέσει υποδόριο εμφύσημα, ιδίως σε παιδιά με υπόβαθρο. Συνήθως είναι αυτοπεριοριζόμενη επιπλοκή αλλά δυνητικά μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω επεμβατικές πράξεις.





ΑΑ096

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΟΡΙΤΣΙΟΥ 8 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΣΟΒΑΡΗ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΟΥΛΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ EPSTEIN-BARR VIRUS. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.

Άννα Ρεντζή, Άννα Ψυρροπούλου, Μαρία Κακοχρήστου, Μαρία-Ειρήνη Κυριακιδέλη, Χρύσα Πάνου, Θεοφανή Γρηγορά
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου “Αχιλλοπούλειο”, Βόλος

Εισαγωγή: Αν και η EBV λοίμωξη προβάλλει συνήθως ως λοιμώδης μονοπυρήνωση, δεν είναι σπάνιες οι άτυπες μορφές της νόσου και οι επιπλοκές της, ανάμεσα στις οποίες και η ουδετεροπενία, που σπανίως μπορεί να είναι σοβαρή προδιαθέτοντας σε σοβαρή μικροβιακή λοίμωξη.
Σκοπός: Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση περίπτωσης κοριτσιού 8 ετών με εμπύρετο, σοβαρή ουδετεροπενία και ουλοστοματίτιδα σε έδαφος EBV λοίμωξης.
Υλικό- Μέθοδος: Μελέτη του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου της ασθενούς και του follow-up.
Αποτελέσματα: Κορίτσι 8 ετών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική λόγω υψηλού πυρετού με ρίγος από πενθημέρου με σοβαρή ουλοστοματίτιδα και τραχηλική λεμφαδενίτιδα. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε λευκοπενία με σοβαρή ουδετεροπενία(NEU#136/μL), έντονη μονοπυρήνωση, CRP:94,67mg/L, ΤΚΕ:63mm και προκαλσιτονίνη:4,56ng/ml(θετική>0,5ng/ml). Ετέθη σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και κλινδαμυκίνη. Από τον λοιπό έλεγχο, καλλιέργειες αίματος/ούρων στείρες, flu/covid rapid test αρνητικό, καρδιολογική εκτίμηση και ακτινογραφία θώρακος φυσιολογικά. Ανεδείχθη αυξημένος τίτλος EBV IgM:>160,0U/ml και VCA IgG:112,0U/ml, στο επίχρισμα αίματος λίγα άτυπα λεμφοκύτταρα και αυξημένο μέγεθος σπλήνα υπερηχογραφικά. Το παιδί απυρέτησε το 2ο 24ωρο αντιβίωσης, ανέρρωσε πλήρως, αποκατέστησε τους εργαστηριακούς δείκτες και ανέβασε σταδιακά τα ουδετερόφιλα τις επόμενες ημέρες. Ακολούθησε follow-up για 4 μήνες: φυσιολογικά λευκά και τύπος, με οριακά χαμηλά λεμφοκύτταρα(1420/mL) και τριπλασιασμός των IgG VCA:301U/ml σε 1 μήνα.
Συμπεράσματα: Βιβλιογραφικά δεν αναφέρεται η ουλοστοματίτιδα στις κλινικές εκδηλώσεις της EBV λοίμωξης, αποτελεί όμως συχνή εκδήλωση της σοβαρής ουδετεροπενίας. Η όλη εικόνα και πορεία του παιδιού συνηγορεί για μικροβιακή επιλοίμωξη λόγω της ουδετεροπενίας. Βιβλιογραφικά η ουδετεροπενία ως επιπλοκή του EBV είναι συχνή, η σοβαρή ουδετεροπενία σπάνια και ακόμη σπανιότερα μπορεί να προκληθεί σοβαρή έως απειλητική για την ζωή μικροβιακή λοίμωξη.

ΑΑ097

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κλειώ Τρούγκου, Άννα Ζήση, Αθηνά Κακαργιά, Γεωργία Ράπτη, Πηνελόπη Φράγκου, Χρήστος Κουτσόπουλος, Χριστίνα Μπάρκα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Καρδίτσα

Εισαγωγή Η πνευμονία της κοινότητας αποτελεί συχνή αιτία νοσηλείας παιδιών. Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ ιογενούς και βακτηριακής πνευμονίας είναι σημαντική για την αντιβιοτική αγωγή (έναρξη-σχήμα-διάρκεια), με σημαντικό ρόλο των δεικτών φλεγμονής (CRP–λευκοκύτταρα-τύπος)–υψηλές τιμές υποδηλώνουν βακτηριακή αιτιολογία. Το τεστ ανίχνευσης αντιγόνου του S. pneumoniae στα ούρα αποτελεί ταχεία, μη-επεμβατική μέθοδο που, αν και χαμηλής ευαισθησίας, έχει υποστηρικτικό ρόλο. Σε ενήλικες ασθενείς με πνευμονία το τεστ είναι θετικό στο 12% (ευαισθησία 72% - ειδικότητα 97%) και σχετίζεται με σοβαρότερη νόσο.
Σκοπός Περιγραφή της σχέσης των δεικτών φλεγμονής με την απομόνωση μικροβιακού αιτιολογικού παράγοντα σε ασθενείς με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού.
Υλικό-Μέθοδος Το δείγμα - 49 ασθενείς - προήλθε από την καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού στην παιδιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου το διάστημα 09/2024-04/2025. Η μέση ηλικία ήταν 8 έτη. Πλήρως εμβολιασμένοι για τον πνευμονιόκοκκο για την ηλικία τους ήταν 37 (76%) και 44 (90%) είχαν αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Σε 39 ασθενείς έγινε το τεστ αντιγόνου στα ούρα (36 με υψηλούς δείκτες φλεγμονής) και σε έναν (2,5%) ήταν θετικό (4 μηνών, CRP=2,98, μη εμβολιασμένος).
Αποτελέσματα Όλοι οι ασθενείς έλαβαν την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή, με μέσο χρόνο νοσηλείας 5,7 μέρες και εξήλθαν χωρίς επιπλοκές.
Συμπεράσματα Σε παιδιατρικούς ασθενείς με πνευμονία συχνά ανευρίσκονται υψηλοί δείκτες φλεγμονής. Κλινικές και παρακλινικές παράμετροι δεν διακρίνουν αξιόπιστα την ιογενή από την βακτηριακή πνευμονία, ενώ οι καταλληλότερες μέθοδοι είναι επεμβατικές και σπάνια πραγματοποιούνται. Το τεστ ανίχνευσης αντιγόνου στα ούρα, αν και χαμηλής αξιοπιστίας (χαμηλή ευαισθησία, φορεία ανώτερου αναπνευστικού) μπορεί να αποτελέσει εύχρηστο εργαλείο για τις θεραπευτικές αποφάσεις.
Θεματική κατηγορία: Λοιμώξεις – Ανοσολογία – Ρευματολογία

ΑΑ098

ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ MANTOUX - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κλειώ Τρούγκου, Άννα Ζήση, Αθηνά Κακαργιά, Γεωργία Ράπτη, Πηνελόπη Φράγκου, Χρήστος Κουτσόπουλος, Χριστίνα Μπάρκα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Καρδίτσα

Εισαγωγή Η φυματίωση στην Ελλάδα καταγράφει αύξηση τα τελευταία χρόνια (4,71/100.000 κατοίκους, 2023). Η φυματιώδης λεμφαδενίτιδα αποτελεί την πιο συχνή εξωπνευμονική εκδήλωση, η ανεύρεση της σε παιδιά υποδηλώνει ενεργή μετάδοση στην κοινότητα, ενώ η ανίχνευση της σε ευάλωτους πληθυσμούς μπορεί να διαλάθει εξαιτίας της ευρείας διαφοροδιάγνωσης. Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια (NTB) είναι συχνότερο αίτιο λεμφαδενίτιδας στα παιδιά σε σχέση με το μυκοβακτηριδιο της φυματίωσης (MTB) (NTB 10-20% των περιστατικών, MTB 10% της μυκοβακτηριδιακής λεμφαδενίτιδας).
Σκοπός Παρουσίαση περιστατικού με φυματιώδη λεμφαδενίτιδα.
Υλικό/Μέθοδος Άρρεν ρομά 1,5 ετών προσήλθε λόγω δεξιάς υπογνάθιας λεμφαδενικής διόγκωσης από μηνός. Κλινική εξέταση: μονήρης-σκληρός-ακίνητος-ανώδυνος λεμφαδένας. U/S μαλακών μορίων: τραχηλικός λεμφαδένας 3,1cm. Ε/ε χωρίς δείκτες φλεγμονής. Κ/α φαρυγγικού επιχρίσματος, ιολογικός έλεγχος και μεταδιδόμενα νοσήματα αρνητικά. Α/α θώρακος κφ. Τέθηκε υπό αγωγή με κλινδαμυκίνη και αζιθρομυκίνη. Αντίδραση Mantoux: θετική (18mm-48 ώρες). Λόγω υποψίας φυματιώδους λεμφαδενίτιδας, ο ασθενής μετέβη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και έναρξη αντιφυματικής αγωγής.
Αποτελέσματα Διενεργήθηκε IGRA test (αρνητικό), οπότε ετέθη υποψία άτυπου μυκοβακτηριδίου. Ο ασθενής ετέθη σε τριπλή αντιφυματική αγωγή (ισονιαζίδη–ριφαμπικίνη-πυραζιναμίδη). Λόγω μη βελτίωσης, έγινε παραπομπή για χειρουργική εξαίρεση του λεμφαδένα.
Συμπεράσματα Αν και η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες χαμηλής επίπτωσης φυματίωσης και χαμηλών ποσοστών λοιμώξεων από άτυπα, η αύξηση στην καταγραφή κρουσμάτων κρίνει αναγκαία την επαγρύπνηση και την έγκαιρη διάγνωση, ενώ υπογραμμίζει τη σημασία διενέργειας Mantoux στα περιστατικά λεμφαδενίτιδας. Το IGRA test επιτρέπει την διαφοροδιάγνωση μεταξύ NTB και MTB λεμφαδενίτιδας, καθώς διαφέρει σημαντικά η ευαισθησία της στις δύο κατηγορίες (MTB 91,3%, NTB 3,1%), σε σχέση με την αντίδραση Mantoux (MTB 97%, NTB 59,5%).
Θεματική κατηγορία: Λοιμώξεις – Ανοσολογία – Ρευματολογία

ΑΑ099

ΕΙΝΑΙ Η ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΤΡΟΧΙΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΤΗΣ 90% HPV ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 2030?

Ηλίας Γκούντας[1], Αναστάσιος Σκρουμπέλος[1], Γεώργιος Τρίμης[1], Ugne Sabale[2], Λάζαρος Πουγγίας[1], Αντώνης Καρόκης[1]
[1] MSD Ελλάδος
[2] Value & Implementation Outcomes Research, MSD, Vilnius, Lithuania

Εισαγωγή: Για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτρέπει τις χώρες να επιτύχουν 90% HPV εμβολιαστική κάλυψη (ΕΚ) για κορίτσια 15 ετών μέχρι το 2030. Στην Ελλάδα ο αναμενόμενος χρόνος επίτευξης του 90% δεν έχει μελετηθεί.
Σκοπός: Να εκτιμηθεί πότε αναμένεται η Ελλάδα να επιτύχει τον στόχο 90% HPV ΕΚ και να υπολογιστεί ο αθροιστικός αριθμός των κοριτσιών 15 ετών που θα παραμείνουν ανεμβολίαστα μέχρι εκείνη τη χρονιά.
Υλικό: Δημοσιευμένο μαθηματικό μοντέλο (Gountas ERV_2024).
Μέθοδος: Μοντέλα παλινδρόμησης (linear, exponential, logarithmic, power, second-order, and piecewise-linear-regressions) προσαρμόστηκαν σε δεδομένα HPV ΕΚ στην Ελλάδα. Το μοντέλο εκτίμησε τον αριθμό των ανεμβολίαστων κοριτσιών, με βάση την προβλεπόμενη ανάπτυξη της ΕΚ και τις πληθυσμιακές προβλέψεις για τον Ελληνικό πληθυσμό.
Αποτελέσματα: Εάν η ΕΚ συνεχίσει να αυξάνεται σύμφωνα με τις ιστορικές τάσεις, προβλέπεται ότι η Ελλάδα θα επιτύχει το 90% το 2036. Για να επιτευχθεί ο στόχος του 90% μέχρι το 2030, η Ελλάδα θα χρειαστεί να αυξήσει τον μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης του ΕΚ κατά 77%.
Ο εκτιμώμενος αριθμός των ανεμβολίαστων HPV κοριτσιών μεταξύ 2025-2036 εκτιμάται σε 270,856 αν η ΕΚ παραμείνει σταθερή στο 55%. Η εκτίμηση μειώνεται σε 150,825 αν η Ελλάδα επιτύχει τον στόχο του 90% το 2036, και περαιτέρω σε 98,531 αν η Ελλάδα επιτύχει τον στόχο του 90% μέχρι το 2030.
Συμπέρασμα: Η Ελλάδα δεν είναι σε τροχιά επίτευξης του στόχου του 90% HPV ΕΚ μέχρι το 2030, γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα έναν σημαντικό αριθμό κοριτσιών να παραμείνουν απροστάτευτα κατά του καρκίνου του τραχήλου και άλλων HPV σχετιζόμενων καρκίνων.

ΑΑ100

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΟΚΚΥΤΗ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΣΕ ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΟ ΜΙΚΡΟ ΒΡΕΦΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πελαγία Γαλάνη, Παναγιώτα Αναστασοπούλου, Ηλίας Κόλλαρης, Παρασκευή Λιάκου, Μαρίζα Ιωαννίδη, Νικόλ Γκόρνικ, Δέσποινα Παπαδημητρίου, Ελένη Αντωνοπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Ελευσίνα

Εισαγωγή: Ο κοκκύτης αποτελεί οξεία βακτηριακή λοίμωξη του αναπνευστικού, που προκαλείται από τον αιμόφιλο του κοκκύτη (Bordetella pertussis), έναν Gram-αρνητικό βάκιλο. Η νόσος μεταδίδεται μέσω αεροσταγονιδίων και προσβάλλει κυρίως ανεμβολίαστα ή μερικώς εμβολιασμένα βρέφη, τα οποία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών και θνητότητας. Η εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση αποτελεί δυνητικά απειλητικό προγνωστικό δείκτη.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού λοίμωξης από κοκκύτη σε ανεμβολίαστο βρέφος, επιπλεγμένης με εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση και ανάγκη εντατικής νοσηλείας.
Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ βρέφος ηλικίας 2,5 μηνών εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική με συμπτώματα παροξυσμικού βήχα, ρινίτιδας και μειωμένης σίτισης από τριημέρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρού βαθμού λευκοκυττάρωση (WBC: 81.000/μL, λεμφοκύτταρα 71%) και θρομβοκυττάρωση (PLT: 1.079.000/μL). Ο μοριακός έλεγχος ανέδειξε λοίμωξη από Bordetella pertussis. Έγινε έναρξη θεραπείας με αζιθρομυκίνη από του στόματος και ενδοφλέβια ενυδάτωση.
Λόγω επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας (SpO_2 90–92%) και εκσεσημασμένης λευκοκυττάρωσης, το βρέφος διακομίστηκε σε ΜΕΘ Παίδων, όπου πραγματοποιήθηκε αφαιμαξομετάγγιση διπλού όγκου με σκοπό τη μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και την αποφυγή επιπλοκών καθώς και υποστήριξη της αναπνευστικής του λειτουργίας.
Συμπεράσματα: Ο κοκκύτης παραμένει μια δυνητικά θανατηφόρος λοίμωξη σε νεογνά και βρέφη με ατελή εμβολιαστική κάλυψη. Η εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση αποτελεί σοβαρή επιπλοκή, με τεκμηριωμένη συσχέτιση με πνευμονική υπέρταση και αυξημένη θνητότητα. Η πρώιμη αναγνώριση και η έγκαιρη εφαρμογή επεμβατικών θεραπειών, όπως η αφαιμαξομετάγγιση, μπορεί να βελτιώσει την έκβαση. Επιπλέον, η εμβολιαστική πρόληψη, κυρίως κατά την κύηση, είναι καθοριστικής σημασίας.

ΑΑ101

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ: ΑΠΟΣΤΗΜΑ Η ΝΟΣΟΣ KAWASAKI;

Καλλιόπη – Μαρία Μαργάρη, **Αλεξία Ντάναση Σταθοπούλου**, Μαρία Κατσουράκη, Αθηνά Σιόζιου, Μαρία- Χριστίνα Σαρικλάκη, Μαρία Πολάκη , Χάρις Χριστοδούλου, Αργυρή Μανιουδάκη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος Λασιθίου Κρήτης

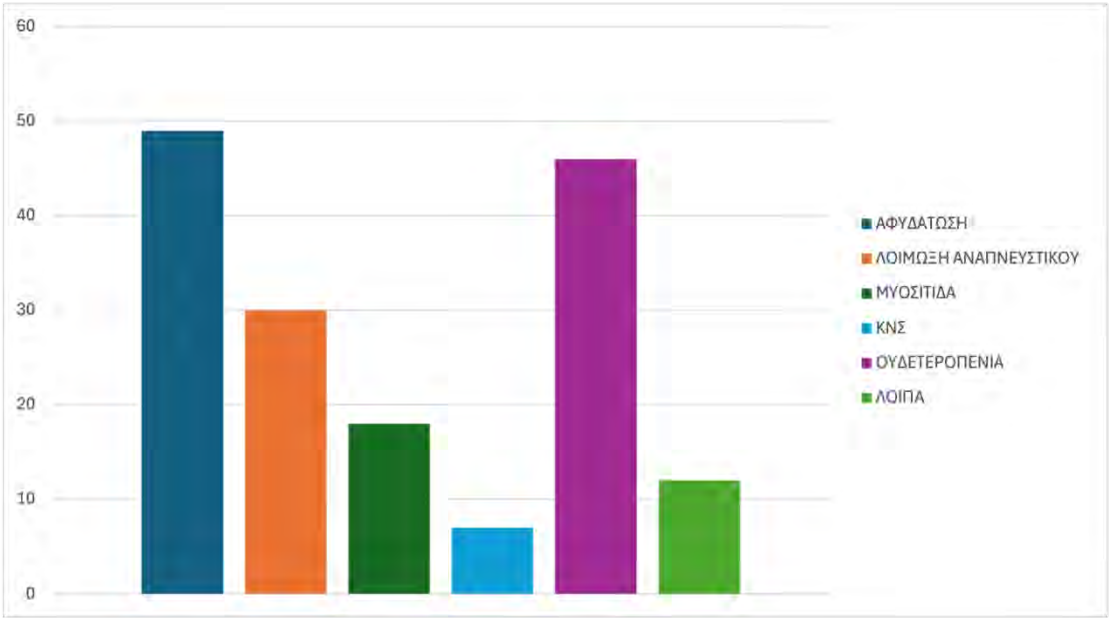
Εισαγωγή: Η νόσος ή σύνδρομο Kawasaki είναι οξεία συστηματική αγγειίτιδα κυρίως της παιδικής ηλικίας που μπορεί να οδηγήσει σε ανευρυσματική διάταση στεφανιαίων αγγείων σε ποσοστό 25% εφόσον δεν θεραπευθεί. Είναι σπάνια ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις και η βαρύτητα της ποικίλουν και δεν είναι πάντα εύκολη η διάγνωση της.
Σκοπός: Η ανάδειξη της κλινικής και εργαστηριακής ποικιλομορφίας της νόσου όπως και η δυσκολία να τεθεί η διάγνωση.
Υλικό: Νήπιο θήλυ 3 ετών με τραχηλική λεμφαδενίτιδα, πυρετό και ραιβόκρανο μη ανταποκρινόμενο στην χορηγούμενη αντιβιοτική αγωγή λόγω πιθανού περιαμυγδαλικού αποστήματος.
Μέθοδος: RT tests έναντι Sars – Cov-2, γρίπης, στρεπτόκοκκου αρνητικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, τρανσαμινασαιμία και ο υπέρηχος τραχήλου επιβεβαίωσε τη λεμφαδενίτιδα. Ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή καθώς ο ιολογικός έλεγχος για σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης απέβη αρνητικός.
Το 2ο 24ωρο νοσηλείας της λόγω ευερεθιστότητας, επιμονής πυρετού και λεμφαδενίτιδας, οιδημάτων παλαμών και πελμάτων με ερύθημα, χειλίτιδας, γλωσσίτιδας, οιδήματος βλεφάρων και επιπεφυκίτιδας, τέθηκε η υποψία νόσου Kawasaki. Ετσι, διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση.
Αποτελέσματα: Κατά την 5η ημέρα πυρετού συμπληρώθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Kawasaki και χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη. Διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς χωρίς διάταση στεφανιαίων αγγείων. . Ανταποκρίθηκε ικανοποιητικά στη θεραπεία με σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων.
Συμπεράσματα: Η κλινική αυτή περίπτωση , αναδεικνύει την μη ειδική-εξελισσόμενη εικόνα της νόσου Kawasaki και τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας. Η τραχηλική λεμφαδενίτιδα, αποτελεί ένα από τα πρώιμα συμπτώματα και θα πρέπει να αφυπνίζει τον παιδίατρο. Η παρακολούθηση της κλινικής συμπτωματολογίας είναι καθοριστική για την πρόληψη καρδιολογικών επιπλοκών και τη διαμόρφωση του κατάλληλου follow up.

ΑΑ102

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΡΙΠΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024-ΑΠΡΙΛΙΟ 2025

Αθηνά Κακαργιά, Χρήστος Κουτσόπουλος, Άννα Ζήση, Κλειώ Τρούγκου, Γεωργία Ράπτη, Πηνελόπη Φράγκου, Χριστίνα Μπάρκα
Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Παιδιατρική Κλινική

Εισαγωγή: Ο ιός της γρίπης ανήκει στην οικογένεια των ορθομυξοϊών. Μεταδίδεται μέσω αναπνευστικών σωματιδίων και έχει περίοδο επώασης 1-4 ημέρες. Εμφανίζεται συνήθως την περίοδο Οκτώβριο-Μάιο με έξαρση την περίοδο Ιανουάριο-Μάρτιο. Εκδηλώνεται με πυρετό, βήχα, ρινίτιδα, κακουχία, κεφαλαλγία, μυαλγίες. Διαγιγνώσκεται με τεστ ανίχνευσης αντιγόνου ή PCR. Η θεραπεία είναι κυρίως υποστηρικτική ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί και το αντιικό φάρμακο οσελταμιβίρη.
Σκοπός: Καταγραφή των παιδιατρικών περιστατικών γρίπης που προσκομίστηκαν στο ΤΕΠ και των νοσηλειών της γρίπης, την περίοδο Δεκέμβριος 2024-Απρίλιο 2025.
Υλικά-Μέθοδος: Αναφερόμαστε στο διάστημα Δεκέμβριος 2024-Απρίλιο 2025 και αφορά τα παιδιατρικά περιστατικά που προσκομίστηκαν στο ΤΕΠ. Καταγράφηκε ο αριθμός των περιστατικών με θετικό τεστ ανίχνευσης αντιγόνου γρίπης, ο τύπος της γρίπης καθώς και ο αριθμός των παιδιών που χρειάστηκαν νοσηλεία.
Αποτελέσματα: Από τα 3386 παιδιατρικά περιστατικά που προσκομίστηκαν στο ΤΕΠ την παραπάνω περίοδο καταγράφηκαν 371(11%) με θετικό τεστ γρίπης με 238(64%) να έχει τύπου Α και 133(36%) τύπου Β. Από αυτά τα 104(28%) χρειάστηκαν νοσηλεία (69 τύπου Α(66%) και 35 τύπου Β(34%)) λόγω επιπλοκών, συνοσηροτήτων ή ηλικίας. Από τα νοσηλευόμενα παιδιά ελέγχθηκαν 89 βιβλιάρια και διαπιστώθηκαν 3 εμβολιασμένα παιδιά για γρίπη.



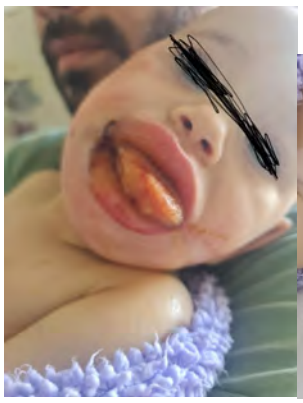
Συμπεράσματα: Παρατηρείται αύξηση(23%) των περιστατικών της γρίπης που προσκομίστηκαν στο ΤΕΠ(σε σχέση με την περσινή περίοδο), με κυριότερη επιπλοκή την αφυδάτωση. Αποτυπώνεται ελλιπής εμβολιασμός έναντι της γρίπης μεταξύ των νοσηλευόμενων παιδιών γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη εμβολιασμού, ιδιαίτερα των παιδιών με παράγοντες κινδύνου για μείωση των επιπλοκών και της ανάγκης για νοσηλεία.

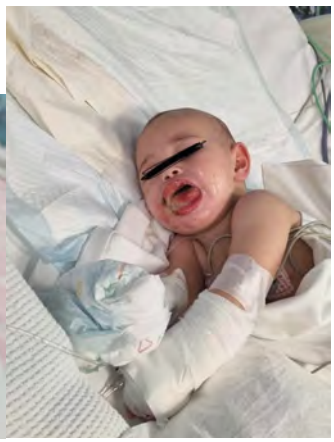
ΑΑ103

ΒΡΕΦΟΣ 8,5 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΧΕΙΛΕΩΝ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΥΠΟΝΟΙΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Χριστίνα Μορφινή Καραγιάννη, Βασιλική Κορδώνη, Αθηνά Τσουρτσούλα, Σοφία Χριστίνα Καντή, **Γεωργία Αλεξάνδρα Παρασκευά**, Ελένη Ποδηματά, Ιωάννα Κωνσταντίνου, Μιχαήλ Μαγκαφάς, Χριστίνα Κεφαλά
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", Ρόδος

Εισαγωγή: Η αιφνίδια εμφάνιση οιδήματος γλώσσας και χειλέων σε βρέφος χωρίς σαφή έκθεση σε αλλεργιογόνο ή λοιμώδη παράγοντα οφείλει να θέτει υπόνοια για αγγειοοίδημα, περιλαμβανομένου και του κληρονομικού αγγειοοιδήματος. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση είναι καθοριστική, καθώς η καθυστέρηση μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του αεραγωγού.
Σκοπός: Παρουσίαση βρέφους με αιφνίδιο οίδημα γλώσσας και χειλέων, το οποίο αρχικά αντιμετωπίστηκε ως αλλεργική αντίδραση. Ωστόσο, λόγω απουσίας ανταπόκρισης στην αγωγή με κορτικοστεροειδή και αντιισταμινικά, τέθηκε η υποψία κληρονομικού αγγειοοιδήματος.
Υλικό: Θήλυ βρέφος 8,5 μηνών προσκομίστηκε με έντονο οίδημα γλώσσας και χειλέων, δυσχρωμία και νέκρωση άκρου της γλώσσας, χωρίς συνοδό εξάνθημα ή συμμετοχή άλλων οργάνων.
Μέθοδος: Η αρχική προσέγγιση βασίστηκε στη διάγνωση αλλεργικού αγγειοοιδήματος. Καθώς δεν υπήρξε ικανοποιητική ανταπόκριση στη χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιισταμινικών, τέθηκε η υποψία κληρονομικού αγγειοοιδήματος. Παρά τις άμεσες προσπάθειες, δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση αναστολέα C1-εστεράσης, ενώ ο απαραίτητος ανοσολογικός έλεγχος δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί τοπικά. Το περιστατικό παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση. Κατά τη λήψη ιστορικού αναφέρθηκε πιθανή επαφή με κάμπια.
Αποτελέσματα: Κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο μας δεν παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση. Η πορεία του βρέφους υπήρξε σταδιακά βελτιούμενη μετά την παραπομπή, με υποχώρηση του οιδήματος και επούλωση της βλάβης. Η τοξική αντίδραση από κάμπια τέθηκε ως πιθανό εκλυτικό αίτιο.
Συμπεράσματα: Η αιφνίδια εκδήλωση αγγειοοιδήματος σε βρέφος απαιτεί διαγνωστική εγρήγορση. Η αρχική διαχείριση ως αλλεργική αντίδραση είναι εύλογη, αλλά η έλλειψη ανταπόκρισης επιβάλλει σκέψη για κληρονομικό αγγειοοίδημα. Παράλληλα, η ενδελεχής λήψη ιστορικού μπορεί να αναδείξει απρόσμενους περιβαλλοντικούς παράγοντες.







ΑΑ104

ΠΥΡΕΤΟΣ ΜΕ ΠΕΤΕΧΕΙΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Χρυσάνθη Μάντσιου, Ελισάβετ Χωραφά, **Τατιανή Παππά**, Βασιλική Θεοδοσίου, Χάρις Λαμπαδά, Ελισάβετ Μιχαηλίδου, Όλγα Τσιάτσιου, Χαράλαμπος Ανταχόπουλος
Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η παρουσία πετεχειώδους εξανθήματος στα παιδιά προκαλεί ανησυχία για σοβαρές βακτηριακές λοιμώξεις όπως η μηνιγγιτιδοκοκκαιμία και οδηγεί σε εκτεταμένο διαγνωστικό έλεγχο και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, μέχρι την τεκμηρίωση της αιτίας. Ωστόσο, μπορεί να παρατηρηθεί και σε λοιμώξεις από εντεροϊούς ενώ πιο σπάνια και σε περιπτώσεις γρίπης.
Σκοπός: Παρουσιάζονται δύο περιστατικά με γρίπη, με αρχική κλινική εκδήλωση πυρετό και πετέχειες, στα οποία αποκλείστηκε βακτηριακός παράγοντας ως αίτιο λοίμωξης.
Υλικό – Μέθοδος: Δύο παιδιά ηλικίας 7 ετών προσήλθαν κατά το πρώτο τρίμηνο του 2025 με υψηλό πυρετό και πετεχειώδες εξάνθημα στο πρόσωπο και τον κορμό, χωρίς άλλα συμπτώματα και σημεία. Δεν αναφερόταν ιστορικό έντονου βήχα ή εμέτων. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος, έλεγχο πήξης, αιμοκαλλιέργειες και ταχεία μοριακή ανίχνευση ιών ανώτερου αναπνευστικού.
Αποτελέσματα: Οι ασθενείς έλαβαν εμπειρικά κεφτριαξόνη. Στο πρώτο περιστατικό προστέθηκε οσελταμιβίρη από την εισαγωγή λόγω θετικού rapid test για γρίπη Α. Στο δεύτερο παιδί επιβεβαιώθηκε γρίπη Β με το τρίτο rapid test. Παρουσίασε οξεία μυοσίτιδα με δυσκολία βάδισης και αύξηση CPK (max 2982 U/L), οπότε ξεκίνησε οσελταμιβίρη. Και στα δύο περιστατικά, η κεφτριαξόνη διεκόπη την 3η ημέρα νοσηλείας λόγω αρνητικών αιμοκαλλιεργειών, ενώ η πορεία νόσου ήταν ομαλή.
Συμπεράσματα: Παρότι η μηνιγγιτιδοκοκκαιμία πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την αρχική διερεύνηση και αντιμετώπιση περιστατικών με εμπύρετο και πετέχειες, φαίνεται ότι ο ιός της γρίπης αποτελεί σπάνιο αιτιολογικό παράγοντα σε κάποια από τα περιστατικά αυτά. Η αναγνώριση και επιβεβαίωση της πιθανότητας αυτής, σε συνδυασμό με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες, μπορεί να οδηγήσει σε βράχυνση της διάρκειας χορήγησης της αντιμικροβιακής αγωγής και του χρόνου νοσηλείας.



ΑΑ105

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

Χρυσάνθη Μάντσιου, Ραφαηλία Καραγιάννη, Τατιανή Παππά, Χαράλαμπος Ανταχόπουλος, Φώτιος Κυρβασίλης
Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το *Mycoplasma pneumoniae* είναι συχνή αιτία πνευμονίας στην παιδική ηλικία, αλλά μπορεί να προσβάλει και εξωπνευμονικά συστήματα, όπως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), με κλινική εικόνα που μιμείται ιογενή ή βακτηριακή μηνιγγίτιδα.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού παιδιού με λοίμωξη αναπνευστικού και ταυτόχρονη προσβολή του ΚΝΣ από *Mycoplasma pneumoniae*.
Υλικό – Μέθοδος: Αγόρι 7 ετών προσκομίστηκε με εμπύρετο, βήχα, εμέτους και αυχενική δυσκαμψία. Έγινε εισαγωγή, διαγνωστικός έλεγχος με αιματολογικές, βιοχημικές και απεικονιστικές εξετάσεις, καθώς και οσφυονωτιαία παρακέντηση.
Αποτελέσματα: Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πύκνωση δεξιού μέσου λοβού. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση ανέδειξε διαυγές ΕΝΥ με 35 κύτταρα και οριακά αυξημένο λεύκωμα, χωρίς παθογόνα στον μοριακό έλεγχο. Το Film Array αναπνευστικού ήταν θετικό για *Mycoplasma pneumoniae*. Ξεκίνησε θεραπεία με κλαριθρομυκίνη, με καλή ανταπόκριση και σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 6 ημέρες νοσηλείας με πλήρη υποχώρηση της αυχενικής δυσκαμψίας.
Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από *Mycoplasma pneumoniae* μπορεί να εμφανιστεί με νευρολογικές εκδηλώσεις, ακόμα και χωρίς σαφή εικόνα μηνιγγίτιδας στο ΕΝΥ. Είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση παιδιών με άτυπη κλινική εικόνα λοίμωξης του ΚΝΣ.

ΑΑ106

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΝΟΣΟ KAWASAKI ΣΕ ΝΗΠΙΟ

Παναγιώτα Ζησιάδου, Έμιλυ-Μιλτώ Γκατζηρούλη, Γεωργία Γάτα, Χριστίνα-Περιστέρα Καμάρη, Δήμητρα Ναουμ, Αντωνία Τσουπάκη, Ελένη Παπαδοπούλου, Ελένη Τσιβίκη
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

Εισαγωγή: Η νόσος Kawasaki αποτελεί αγγειίτιδα, μικρού και μεσαίου μεγέθους αγγείων, αγνώστου αιτιολογίας. Χαρακτηρίζεται από πολυσυστηματική προσβολή, με απώτερη επιπλοκή το σχηματισμό στεφανιαίων ανευρυσμάτων. Είναι η 2η πιο συχνή αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας και συνήθως εμφανίζεται σε παιδιά 1-5 ετών. Περίπου 2% των ασθενών υποτροπιάζουν, συνήθως εντός της διετίας. Παράγοντες κινδύνου για υποτροπή αποτελούν η μικρή ηλικία του πρώτου επεισοδίου και η αντίσταση στην 1η δόση ανοσοσφαιρίνης.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με υποτροπιάζουσα νόσο Kawasaki εντός 15 μηνών.
Υλικό – Μέθοδος: Νήπιο θήλυ $3^{3/12}$ χρ, με πρόσφατο ιστορικό ν.Kawasaki σε ηλικία 2 ετών, προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου στο 6ο 24ωρο με γενικευμένο εξάνθημα, υπό κλαρυθρομυκίνη και δεξαμεθαζόνη από 2ημέρου. Κατά την προσέλευση, η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή με έντονη δυσθυμία. Κλινικά παρουσίαζε εξέρυθρα παρίσθμια με επίχρισμα, γλώσσα δίκην φράουλας και ξηρότητα χειλέων, γενικευμένο εξάνθημα κατά τόπους συρρέον βλατιδώδες ιώδους χροιάς και οίδημα παλαμών και πελμάτων. Στον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC 18.55 $x10^3$, NEU 62.6%, CRP 8.84 mg/dl), φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος και γενική ούρων. Rapid Ag test (covid-19, flu A-B, ADV, RSV): αρνητικό.
Αποτελέσματα: Τέθηκε η υποψία ατελούς ν. Kawasaki (πυρετός και 3 από τα 5 κριτήρια) και άμεσα διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Πραγματοποιήθηκε καρδιολογικός έλεγχος και έλαβε γ-σφαιρίνη με άμεση ανταπόκριση.
Συμπεράσματα: Η υποτροπή της νόσου αν και ιδιαίτερα σπάνια, υπάρχει. Η επαγρύπνηση των Παιδιάτρων είναι ουσιώδους σημασία για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, καθώς μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίων ανευρυσμάτων από 25% σε <5%.

ΑΑ107

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΩΝΙΑ ΣΕ ΠΡΟΝΗΠΙΟ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΚΥΣΤΗ ΚΑΙ ΚΟΥΠ 5ΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Παναγιώτα Ζησιάδου, Χριστίνα – Περιστέρα Καμάρη, Ελένη Παπαδοπούλου, Γεωργία Γάτα, Δήμητρα Ναούμ, Έμιλυ – Μιλτώ Γκατζηρούλη, Ελένη Τσιβίκη
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

Εισαγωγή: Η οξεία νεφρωνία/ εντοπισμένη βακτηριακή νεφρίτιδα είναι μη πυώδης βακτηριακή λοίμωξη σε έναν ή περισσότερους νεφρώνες. Συνήθως οφείλεται σε E.coli και σχετίζεται με ανάπτυξη αποστημάτων και νεφρικών ουλών. Δεν διακρίνεται εύκολα από την οξεία πυελονεφρίτιδα και απαιτεί μεγαλύτερης διάρκειας αντιβιοτική αγωγή (3 εβδομάδες). Gold-standard για τη διάγνωσή της αποτελεί η αξονική τομογραφία.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με πιθανή οξεία νεφρωνία.
Υλικό-Μέθοδος: Προνήπιο 23 μηνών, με νευρογενή κύστη λόγω δισχιδούς ράχης και ΚΟΥΠ 5ου βαθμού ΑΡ υπό χημειοπροφύλαξη με τριμεθοπρίμη/ σουλφαμεθοξαζόλη, από 6μήνου προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου στο 1ο 24ωρο, με συνοδό ρίγος. Η κλινική εξέταση χωρίς εστία λοίμωξης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λοίμωξη ουροποιητικού (E. Coli) με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC 15000, CRP 27.1mg/dl (φ.τ. < 0.5) PCT 9.42 ng/ml). Διενεργήθηκε U/S ΝΟΚ – κοιλίας, με ευρήματα συμβατά με την υπάρχουσα παθολογία ουροποιητικού.
Αποτελέσματα: Έναρξη ενδοφλέβιας κεφτριαξόνης με γρήγορη πτώση των δεικτών φλεγμονής ωστόσο επιμονή υψηλού εμπυρέτου για 5 24ωρα. Έγινε επαναληπτικός υπέρηχος στο 3ο 24ωρο προς αποκλεισμό αποστήματος και έναρξη οξυβουτινίνης για βελτίωση λειτουργίας της κύστης. Τέθηκε η υποψία οξείας νεφρωνίας. Την 8η ημέρα νοσηλείας (3ο 24ωρο απυρεξίας), τροποποιήθηκε η αγωγή σε κεφιξίμη για 14 ημέρες ακόμη με καλή κλινική πορεία. Συνέχισε οξυβουτινίνη και χημειοπροφύλαξη με νιτροφουραντοινη και παραπέμθηκε για Παιδοουρολογική εκτίμηση.
Συμπεράσματα: Επαγρύπνηση απαιτείται για τη διάγνωση της οξείας νεφρωνίας ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει παθολογία του ουροποιητικού. Η υπερηχογραφική νεφρομεγαλία και η επιμονή του εμπυρέτου περισσότερο από 5 ημέρες υπό αγωγή θέτουν την υπόνοια της νόσου. Η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση συμβάλει στην πρόληψη νεφρικών ουλών.

ΑΑ108

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ (multiplex PCR-FilmArrray-RP) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.

Θεοδοσία Μπασματζή[1], Ελένη Κόκκου[1], Κωνσταντίνος Πέρρος[1], Παναγιώτης Κουμπούρος[2], Ζαφειρία Λιόση[1], Αιμίλιος Μιχαηλίδης[1], Σουλτάνα Γεώργα[1]
[1] Παιδιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα», Αθήνα
[2] Οροδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι αναπνευστικές λοιμώξεις στα παιδιά είναι συνήθως ιογενείς και αποτελούν τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και νοσηλείας κατά τους χειμερινούς μήνες. Η μοριακή μέθοδος ταχείας ανίχνευσης πολλαπλών παθογόνων του αναπνευστικού(multiplexPCR- FilmArray-RP) έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα, δίνει σύντομα αποτελέσματα και συμβάλλει στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση.
Σκοπός: Η αξιολόγηση της συμβολής της μεθόδου multiplexPCR- FilmArray-RP στην διάγνωση των αναπνευστικών λοιμώξεων στο παιδιατρικό ιατρείο.
Υλικό-Μέθοδος: Επιλέχθηκαν 75 παιδιά(44 αγόρια, 31 κορίτσια) ηλικίας από 4μηνών-15ετών, που προσήλθαν στο παιδιατρικό εξωτερικό ιατρείο του νοσοκομείου μας με συμπτώματα λοίμωξης αναπνευστικού το χρονικό διάστημα μεταξύ Νοεμβρίου2024–Απριλίου2025 και τα οποία είχαν αρνητικό rapid test Flu/Covid. Ελήφθη ρινοφαρυγγικό επίχρισμα, που εξετάσθηκε για την ανίχνευση 23 αναπνευστικών παθογόνων (19 ιών-4 βακτηρίων) με FilmArray-RP.
Αποτελέσματα: Το συχνότερο παθογόνο που απομονώθηκε ήταν ο ανθρώπινος ρινοιός/εντεροιός (EV–HRV) σε ποσοστό 22,6%, με ένα περιστατικό συλλοίμωξης με Chlamydia pneumoniae . Ανθρώπινος μεταπνευμονοιός (hMPV) ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 13,3% προκαλώντας σοβαρότερη συμπτωματολογία και αυξημένες ανάγκες νοσηλείας. Οι ιοί Influenza A&B ανιχνεύθηκαν στο 10,6%, ενώ ο RSV στο 6,7% με 3 βρέφη να χρήζουν νοσηλείας. Σε μικρότερα ποσοστά απομονώθηκαν Adenovirus (2,7%), Parainfluenza 1(2,7%), Coronavirus(8%), Mycoplasma pneumoniae(4%). Στο 29,3% των δειγμάτων το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, που πιθανώς να σχετίζεται με πρώιμη/ή και δυσχερή λήψη δείγματος ή μη ταυτοποιούμενα παθογόνα. Τέσσερα παιδιά έλαβαν αντιβίωση και άλλα δυο υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό/παρακλινικό έλεγχο.
Συμπεράσματα: Η μέθοδος ταχείας μοριακής ανίχνευσης πολλαπλών παθογόνων του αναπνευστικού (multiplex PCR Film Array-RP), παρά το υψηλό της κόστος, όταν χρησιμοποιείται με σύνεση και αυστηρά κριτήρια, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για τον παιδίατρο, αποφεύγοντας άσκοπες αντιβιώσεις, περιττές εξετάσεις και κοστοβόρες νοσηλείες.

ΑΑ109

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ ΔΕΞΙΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΑΠΟ PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Αγγέλα Πέτρου, Ιωάννα Χρανιώτη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Μαρία Ανατολιωτάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Σοφία Στεφανάκη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο», Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η Pseudomonas aeruginosa είναι ένας gram αρνητικός βάκιλλος, ένα ευκαιριακό παθογόνο που σπάνια προκαλεί νόσο σε υγιή άτομα. Συνήθως προκαλεί λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων σε άτομα με υποκείμενη ανοσοανεπάρκεια.
Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού με κυτταρίτιδα δεξιού άκρου ποδός από Pseudomonas aeruginosa.
Υλικό: Έφηβος 13 ετών προσήλθε με οίδημα, άλγος και ερυθρότητα δεξιού πέλματος από 48ωρου με συνοδό ένα πυρετικό κύμα με ρίγος. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν στο δεξιό πέλμα οιδηματώδεις, ερυθροϊώδεις και επώδυνες πλάκες. Χωρίς παθολογικά ευρήματα από τα λοιπά συστήματα.
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος (WBC 13100 /mm^3 - Neut 76,5%, Hgb 12,5 g/dl, CRP 2,3 mg/dl, καλλιέργεια αίματος: αρνητική) και έγινε ορθοπεδική εκτίμηση με απλή ακτινογραφία άκρου ποδός που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κλοξακιλλίνη ως επί πιθανής κυτταρίτιδας. Λόγω εμφάνισης φλυκταινιδίων στο δεξιό πέλμα και επέκτασης των βλαβών και στο αριστερό πέλμα μετά από δύο 24ωρα, έγινε δερματολογική εκτίμηση και λήφθηκε καλλιέργεια πύου.
Αποτελέσματα: Η καλλιέργεια πύου ανέδειξε Pseudomonas aeruginosa οπότε έγινε αλλαγή αντιβιοτικής αγωγής σε μεροπενέμη. Λόγω αυξημένων ηπατικών ενζύμων μετά από 7 24ωρα αντιβιοτικής αγωγής έγινε εκ νέου αλλαγή αυτής σε σιπροφλοξασίνη, βάσει αντιβιογράμματος. Διενεργήθηκε ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικοί. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του παρέμεινε απύρετος με βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Έλαβε 14 24ωρα ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής και εξήλθε με οδηγίες.
Συμπεράσματα: Οι λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων από ψευδομονάδα είναι σπάνιες αλλά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση παιδιών με κυτταρίτιδα δέρματος και μαλακών μορίων.



ΑΑ110

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Ευφροσύνη Κουτσούρη, Χρυσή-Αικατερίνη Γεωργοκώστα, Κωνσταντίνος Ζάχος, Χρήστος Χρόνης, Δημοσθένης Μάρης, Τατιάνα Αλεξάνδροβα, Μαρία Τσάμπρα, Ευανθία Μπότσα
Ά Παιδιατρική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Παίδων η «Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το*Mycoplasma pneumoniae* είναι αίτιο άτυπης πνευμονίας σε παιδιά άνω των πέντε ετών, ενώ από το φθινόπωρο παρουσιάζει έξαρση στη χώρα μας. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, κόπωση, μυαλγίες, χαμηλό πυρετό και ξηρό βήχα. Σπάνια μπορεί να συνοδεύεται από πνευμονικές επιπλοκές ή εξωπνευμονικές εκδηλώσεις.
Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιστατικών μυκοπλασματικής λοίμωξης με διαφορετική κλινική εικόνα.
Υλικό-Μέθοδος: Η πρώτη περίπτωση αφορά έφηβη 11 ετών που εισήχθη στην κλινική μας λόγω σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας. Στο FilmArray ανώτερου αναπνευστικού απομονώθηκε RSV και μυκόπλασμα και από τον ορολογικό έλεγχο θετικά IgM αντισώματαγια *M. pneumoniae*. Από την αξονική θώρακος ανευρέθηκαν πυκνοατελεκτασίες άμφω με εικόνα θολής υάλου. Σε λίγες ώρες λόγω ARDS (PaO2/FiO2:95) μεταφέρθηκε στην ΠΜΕΝ. Παρουσίασε έκθυση έντονου συρρέοντος κηλιδωβλατιδώδους εξανθήματος με προσβολή βλεννογόνων τύπου **MIMS** (Mycoplasma pneumoniae induced rash and mucositis). Έλαβε αζιθρομυκίνη, αντιϊσταμινικά και συνέχισεκορτιζόνη που λάμβανε για την αναπνευστική της ανεπάρκεια.
Η δεύτερη περίπτωση αφορά έφηβη 12 ετών με επιπλεγμένη μυκοπλασματική βρογχοπνευμονία διαγνωσμένη με FilmArray ανώτερου αναπνευστικού. Την 7η μέρα νοσηλείας της σε επαρχιακό νοσοκομείο υπό αζιθρομυκίνη (5 ημέρες), κεφτριαξόνη και κλινδαμυκίνη παρουσίασε υποξυγοναιμία και πλευριτικές συλλογές άμφω και διακομίστηκε στην κλινική μας όπου έλαβε δέκα εικοσιτετράωρα λεβοφλοξασίνη, κορτιζόνη και οξυγονοθεραπεία.
Αποτελέσματα: Η πρώτη ασθενής παρουσίασε υποχώρηση του εξανθήματος μετά από 4ημέρες. Στην δεύτερη έφηβη η ετερόπλευρη ευμεγέθης πλευριτική συλλογή υποχώρησε μετά από δεύτερο σχήμα αντιβιοτικής αγωγής για μυκόπλασμα και χωρίς χειρουργική παρέμβαση.
Συμπεράσματα: Η μυκοπλασματική λοίμωξη αποτελεί μία νόσο με πολλά πρόσωπα, δύσκολη διάγνωση και δυνητικά σοβαρές επιπλοκές. Η αναδυόμενη αντοχή στην συνήθη θεραπεία οφείλει να κρατά τον παιδίατρο σε εγρήγορση.

ΑΑ111

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΝΗΠΙΟ 3 ΕΤΩΝ

Νικόλαος Φαρμακίδης, Μαρία Μυρσίνη Κώστα
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής φυματίωση σε παιδιά στην Ελλάδα, λόγω του καθολικού εμβολιασμού που εφαρμόστηκε τα προηγούμενα χρόνια, έτεινε να φθίνει σταδιακά. Η αυξημένη όμως μετανάστευση από χώρες υψηλού κινδύνου για ΤΒ, χωρίς την παράλληλη εφαρμογή προληπτικών μέτρων, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των κρουσμάτων.
Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού νηπίου 3 ετών που διαγνώσθηκε με πρωτοπαθή πνευμονική φυματίωση στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου, λόγω ενεργής ΤΒ λοίμωξης στο στενό οικογενειακό περιβάλλον ,όντας πρακτικά ασυμπτωματικό.
Υλικό-Μέθοδος: Καταγραφή από βιβλίο ΤΕΠ, φύλλο και ενημερωτικά νοσηλείας.
Αποτελέσματα: Θήλυ 3 ετών, αλβανικής καταγωγής παραπέμφθηκε στα ΕΙ λόγω θετικής Mantoux. Από το ιστορικό, ο μητρικός παππούς νοσηλευόταν λόγω ΤΒ ανθεκτικής στην ισονιαζίδη. Από την κλινική εξέταση, ε/ε και Ro θώρακος δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα οπότε και έγινε προγραμματισμός για έναρξη θεραπείας λανθάνουσας ΤΒ. Λόγω όμως κακής συμμόρφωσης, προσήλθαν 1 μήνα μετά, με αναφερόμενες βραδινές εφιδρώσεις με δεκατική πυρετική κίνηση. Διενεργήθηκε εκ νέου Ro θώρακος: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα,λόγω όμως υψηλής υποψίας, έγινε CT θώρακος όπου απεικονίστηκε ΔΕ εστία Ghon και σύμπλεγμα Ranke. Τέθηκε σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή, με ελλιπή συμμόρφωση και παρακολούθηση έως και σήμερα.
Συμπεράσματα: Από το περιστατικό προκύπτουν εύλογα οι ακόλουθοι προβληματισμοί:1. Η ανάγκη για ουσιαστική εφαρμογή του εμβολιασμού παιδιών και ενηλίκων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ΤΒ. 2.Η δημιουργία δομών που θα παρακολουθούν την συμμόρφωση της αντιφυματικής θεραπείας, στα πρότυπα του εξωτερικού. 3. Η θέση της low-dose CT θώρακος έναντι της απλής ακτινογραφίας σε αντίστοιχα περιστατικά.



ΑΑ112

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Αλίκη Δαϊναβά, **Ειρήνη Καλαντζή**, Μαρία Κακοχρήστου, Άννα Ντομακάκη, Ιωάννα Τάσσιου, Καλλιόπη Τανού, Κωνσταντίνος Τσάκος, Άννα Ψυρροπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή Η εποχική γρίπη αποτελεί ένα από τα συχνότερα οξέα αναπνευστικά νοσήματα που προκαλείται κυρίως από τους ιούς Influenza A και B. Χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές.
Σκοπός Η καταγραφή και ανάλυση κλινικών, εργαστηριακών ευρημάτων, θεραπευτικής προσέγγισης και επιπλοκών νοσηλευόμενων ασθενών ηλικίας <16 ετών με γρίπη.
Υλικό-Μέθοδος Έγινε ανασκόπηση των ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική Κλινική δευτεροβάθμιου νοσοκομείου την περίοδο Οκτώβριος 2024- Απρίλιος 2025.
Αποτελέσματα Καταγράφηκαν 96 νοσηλευόμενοι ασθενείς με γρίπη, μέσης ηλικίας 7,5 ετών, με ισοκατανομή μεταξύ των 2 φύλων. Το 15,2% των ασθενών είχε συννοσηρότητες. Γρίπη Α διαπιστώθηκε σε ποσοστό 67,4% νοσηλευομένων ασθενών. Κύριο σύμπτωμα ήταν το εμπύρετο με μέση διάρκεια 3,7 ημέρες και μέση μέγιστη τιμή 39,1°C. 67,4% των παιδιών παρουσίασαν βήχα, 33,7% άλγος γαστροκνημιών, 20,7% εμέτους, 8,7% διάρροιες, 6,5% απώλεια συνείδησης, 2,2% δύσπνοια, 2,2% εξάνθημα και 1,1% σπασμούς. Από τα εργαστηριακά ευρήματα: μέση τιμή μέγιστης τιμής λευκοκυττάρων ήταν 7,157 K/μl, ενώ της ελάχιστης 5,297 K/μl, μέση τιμή CRP 20,8 mg/L και της CPK 2.140,8 IU/l. Το 0,05% παρουσίασε τροπονιναιμία και η μέση τιμή των τρανσαμινασών ήταν SGOT 124,5 IU/l, SGPT 68,3 IU/l. Συχνότερη επιπλοκή ήταν η μυοσίτιδα (48,9%). Όλα τα παιδιά έλαβαν ενδοφλέβια ενυδάτωση, 41,3% των παιδιών έλαβε από του στόματος οσελταμιβίρη, 28,6% έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή, ενώ 35,87% έλαβε αγωγή με εισπνεόμενα.
Συμπέρασμα Η εποχική γρίπη εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό, ακόμη και σε παιδιά χωρίς υποκείμενα νοσήματα. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης παραμένει ο εμβολιασμός.

ΑΑ113

ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΕΤΑΠΝΕΥΜΟΝΟΪΟ (hMPV): ΕΝΑ ΥΠΟΤΙΜΗΜΕΝΟ ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΝΑΛΟΓΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΥ RSV

Ιωάννης Πιχλίνσκι, Νικολίτσα Τεχλεμετζή, Σωκράτης Κατσούδας, Αικατερίνη-Ποθητή Παλιούρα, Ελισάβετ-Δήμητρα Χουγιούρη, Φώτιος Μουλάς, Θεοδοσία Μπασματζή, Θεοδώρα Ξενοπούλου, Γεώργιος Καφαλίδης, Παρασκευή Ζώση
Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Εισαγωγή: Ο ανθρώπινος μεταπνευμονοϊός (hMPV) είναι ένα σημαντικό παθογόνο των αναπνευστικών λοιμώξεων στα παιδιά, με αυξανόμενη επίπτωση τα τελευταία χρόνια σε ηλικίες κάτω των 5 ετών. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η συχνή προσβολή του κατώτερου αναπνευστικού στα βρέφη, με τη σοβαρότητα της λοίμωξης να είναι ανάλογη με του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV). (Schildgen et al., 2014)
Σκοπός: Η ανάδειξη του hMPV ως σημαντικό αίτιο βρογχιολίτιδας μέσω παρουσίασης τριών κλινικών περιπτώσεων και βιβλιογραφικής ανασκόπησης.
Υλικό και μέθοδοι: Αναλύθηκαν τρεις ασθενείς με οξεία βρογχιολίτιδα, ηλικίας 5 έως 14 μηνών. Η μοριακή ταυτοποίηση έγινε με PCR. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.
Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε παρατεταμένη διάρκεια εμπυρέτου 9 ημερών σε 2 από τους 3 ασθενείς, ενώ όλοι εμφάνισαν ρινίτιδα, βήχα και συριγμό. Σχετική παράταση καταγράφηκε στις ημέρες νοσηλείας τους με μέση διάρκεια τις 6 ημέρες, ενώ μία ασθενής εμφάνισε πυρετικούς σπασμούς στο πρώτο 24ώρο νόσησης. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι το παρατεινόμενο εμπύρετο είναι συχνό εύρημα σε περιστατικά βρογχιολίτιδας από hMPV, καθώς επίσης αναδεικνύεται ότι η σοβαρότητα της λοίμωξης μπορεί να είναι ανάλογη με εκείνη του RSV.
Συμπεράσματα: Ο hMPV αποτελεί υποτιμημένη αλλά σημαντική αιτία βρογχιολίτιδας. Η συστηματική παρακολούθηση της επιδημιολογίας του αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη νέα εποχή εμβολιασμού κατά του RSV, με την συχνότερη μοριακή ανίχνευση του συγκεκριμένου παθογόνου να είναι αναγκαία στο μέλλον.

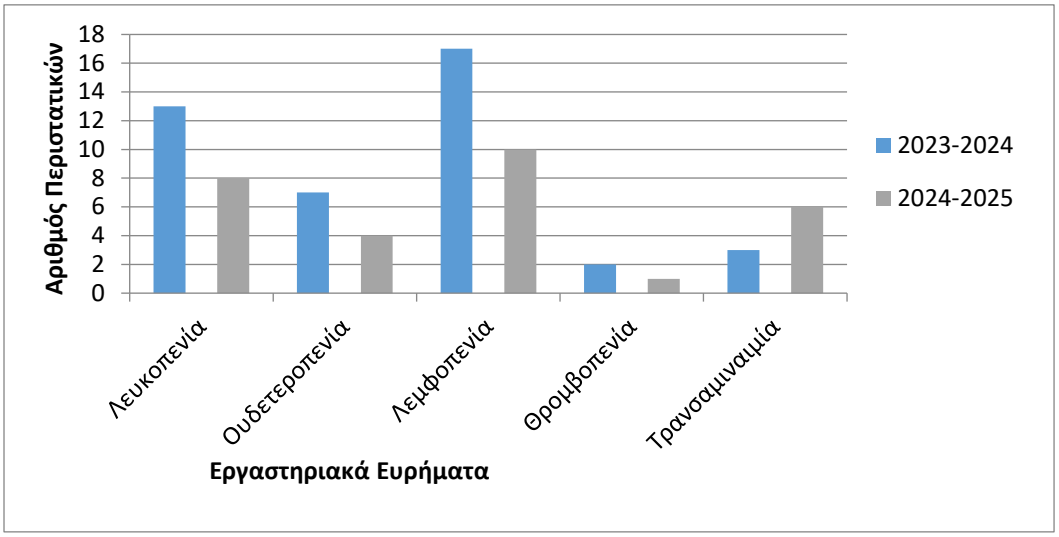
ΑΑ114

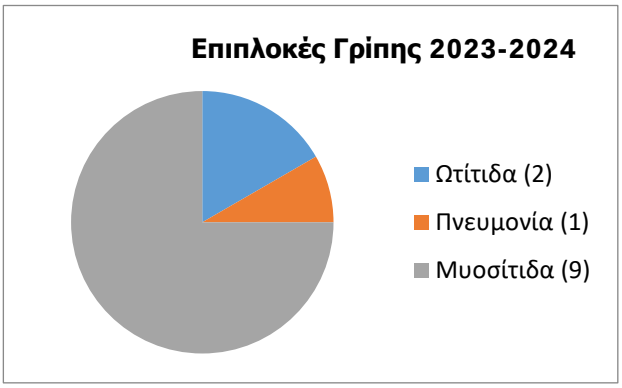
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΤΡΙΔΗΜΙΑ: ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ SARS COV-2, ΓΡΙΠΗ ΚΑΙ RSV ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΒΛΕΜΜΑ

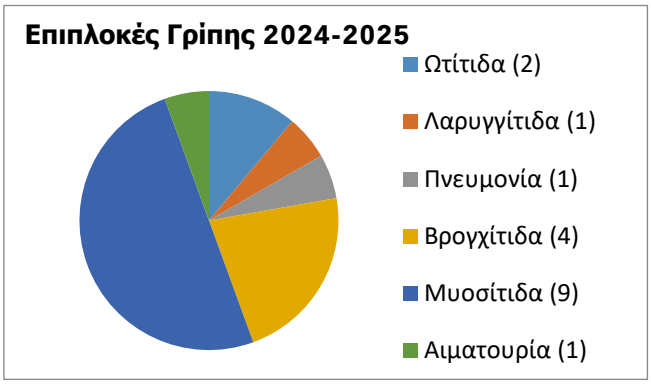
Καλλιόπη Τούντα, Ελένη Πιππίδη, Κωνσταντίνος Τριπολίτης, Κήρυκας Ζαννίκος, Μαρίνα Μπιμπίκου
Γενικό Νοσοκομείο Χίου, Χίος

Εισαγωγή: Οι ιοί της γρίπης A,B, RSV και SARS-CoV-2 αποτελούν τους συχνότερους αιτιολογικούς παράγοντες οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων στον παιδιατρικό πληθυσμό. Ενίοτε χαρακτηρίζονται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα.
Σκοπός: Αναδρομική ανάλυση παιδιατρικών περιστατικών γρίπης, Sars Cov2 και RSV.
Υλικό: Παιδιά ηλικίας 0-16 ετών που προσήλθαν στο ΤΕΠ και διαγνώστηκαν με μία από τις παραπάνω ιογενείς λοιμώξεις από 23/09/2023 – 15/05/2025.
Μέθοδος: Χρήση τεστ ταχείας ανίχνευσης αντιγόνων ή μοριακός έλεγχος ανίχνευσης PCR για τον καθορισμό θετικού κρούσματος.
Αποτελέσματα: Παραθέτονται ενδεικτικά στοιχεία για τη γρίπη (περισσότερα κρούσματα και περισσότερες επιπλοκές):

Χαρακτηριστικά	Περίοδος 1 (13/11/2023-19/05/2024)	Περίοδος 2 (20/12/2024-15/05/2025)
Αριθμός Περιστατικών	86	66
Ηλικιακό Εύρος	19 ημερών-16 ετών	61 ημερών-16 ετών
Τύπος Γρίπης: A/B	39/47	59/7
Αριθμός Εισαγωγών	24 (36%)	30 (45%)
Εμβολιαστική Κάλυψη	89% ανεμβολίαστοι	89% ανεμβολίαστοι
Διάρκεια Νοσηλείας	Ώρες - 10 ημέρες	Ώρες - 7 ημέρες







Παράλληλα, από 11/01/2024 – 15/05/2025 διαγνώστηκαν με RSV 30 παιδιά ηλικίας 31 ημερών - 16 ετών εκ των οποίων τα 24 έχρηζαν νοσηλείας λόγω σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας. 2 παρουσίασαν άπνοια, 1 ωτίτιδα και 3 πνευμονία. Σε 2 χορηγήθηκε οξυγόνο μέσω NCHF και 2 διακομίσθηκαν σε τριτοβάθμιο. Η διάρκεια νοσηλείας μεταξύ 1-10 ημερών.
Τέλος, 37 κρούσματα Sars Cov 2 καταγράφηκαν σε παιδιά ηλικίας 31 ημερών -16 ετών από 23/09/2023-15/05/2025. Εξ αυτών 12 νοσηλεύτηκαν με διάρκεια νοσηλείας από ώρες έως 4 ημέρες, τα περισσότερα εκ των οποίων το καλοκαίρι του 2024.
Συμπέρασμα: Η ταυτόχρονη εποχιακή φορεία των παραπάνω ιών επιβαρύνει τα παιδιατρικά τμήματα τονίζοντας την ανάγκη για αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης.

ΑΑ115

Η ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ: ΝΕΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Νικολίτσα Τεχλεμετζή, Ιωάννης Πιχλίνσκι, Αικατερίνη-Ποθητή Παλιούρα, Κωνσταντίνος Πέρρος, Ζαφειρία Λιόση, Ευδοκία Τζατζαδάκη-Αμάντου, Αλεξάνδρα Λιανού, Θεοδώρα Ξενοπούλου[1], Γεώργιος Καφαλίδης, Παρασκευή Ζώση
Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Εισαγωγή: Το *Mycoplasma pneumoniae* αποτελεί συχνή αιτία πνευμονίας της κοινότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό, προσβάλλοντας παιδιά κυρίως σχολικής ηλικίας. Νεότερα δεδομένα υποδεικνύουν αλλαγές στο επιδημιολογικό προφίλ της λοίμωξης με ολοένα αυξανόμενη επίπτωση σε μικρότερες ηλικίες ασθενών στη μετά-Covid 19 εποχή.
Σκοπός: Η ανάδειξη των πρόσφατων επιδημιολογικών τάσεων, της κλινικής εικόνας και των διαγνωστικών εξελίξεων στις λοιμώξεις από *M. pneumoniae* στον παιδιατρικό πληθυσμό.
Υλικό-Μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία με έμφαση σε πρόσφατες μελέτες (2023–2024) από το PubMed και το CDC, καθώς και επιδημιολογικές αναφορές με δεδομένα από επιδημίες σε παιδιατρικούς πληθυσμούς. Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν αναδρομικά προς παρουσίαση 5 κλινικά περιστατικά από την περίοδο 1/2024-5/2025.
Αποτελέσματα: Μετά την πανδημία Covid-19, καταγράφεται αύξηση των κρουσμάτων μυκοπλασματικής πνευμονίας, ιδιαίτερα σε παιδιά 2–4 ετών, ενώ οι λοιμώξεις παρουσιάζουν εποχικότητα, με κορυφώσεις το φθινόπωρο και τον χειμώνα. Η κλινική εικόνα της νόσου παραμένει αμετάβλητη ως προς τη βαρύτητα ή τις επιπλοκές της. Η PCR αποτελεί τη διαγνωστική μέθοδο εκλογής, με την ορολογική εξέταση να ακολουθεί. Τα αναφερόμενα περιστατικά είχαν μέση ηλικία τα 11,5 έτη, αντιμετωπίστηκαν εμπειρικά με συνδυασμό κεφαλοσπορίνης και μακρολίδης, έως ότου επιβεβαιώθηκε ορολογικά η μυκοπλασματική λοίμωξη, ενώ ένα περιστατικό εμφάνισε πλευριτικές συλλογές και χρειάστηκε παράταση νοσηλείας.
Συμπεράσματα: Η επανεμφάνιση του *M. pneumoniae* σε νεαρότερες ηλικίες επιβάλλει αυξημένη επαγρύπνηση και ενίσχυση της επιτήρησης με τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων. Η κατανόηση της εποχικότητας και του νέου επιδημιολογικού προτύπου είναι καθοριστική για την έγκαιρη παρέμβαση και περιορισμό των εξάρσεων.



ΑΑ116

ΟΤΑΝ ΤΟ rK39 ΑΠΟΤΥΓΧΑΝΕΙ: ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

Ιουλία Πέτρου[1], **Άλκηστη Μαξιμιάδου[1]**, Χρυσάνθη Παπαφωτίου[1,2], Βασιλική Σπούλου[1,2] Χριστίνα Κανακά-Gantenbein[1], Παναγιώτα Παναγιώτου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»
[2] Μονάδα Λοιμώξεων Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντισωμάτων έναντι του αντιγόνου rK39 αποτελεί βασικό εργαλείο για τη διάγνωση της σπλαγχνικής λεϊσμανίασης (VL). Το rK39 εμφανίζει υψηλή ευαισθησία σε περιοχές όπου ενδημεί η L. donovani, ενώ στη Μεσόγειο που επικρατεί η L. infantum, η ευαισθησία ποικίλλει. Η διαγνωστική αξιοπιστία δύναται να επηρεάζεται από τη γενετική ετερογένεια του παρασίτου, την ηλικία και την ανοσολογική ωριμότητα του ξενιστή, το στάδιο της λοίμωξης κατά τη διενέργεια της εξέτασης, καθώς και πιθανούς τεχνικούς ή ποιοτικούς παράγοντες που σχετίζονται με το κιτ.
Σκοπός: Η ανάδειξη παραγόντων που συνδέονται με ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα της δοκιμασίας rK39 σε παιδιατρικούς ασθενείς με επιβεβαιωμένη λεϊσμανίαση.
Περιστατικά: Δύο κορίτσια, ηλικίας 2 και 2,5 ετών, διακομίστηκαν με παρατεινόμενο εμπύρετο (διάρκειας δύο μηνών και είκοσι ημερών αντίστοιχα), πανκυτταροπενία και σπληνομεγαλία για αιματολογική εκτίμηση. Το rK39 ήταν αρνητικό, παρά την έντονη κλινική υποψία για VL. Παράμετροι όπως η χρήση κιτ ευαίσθητου κατ' εξοχήν στο L. donovani, η μικρή ηλικία (περίπου 2 έτη), η ανοσολογική ανωριμότητα καθώς και τεχνικά ή ποιοτικά σφάλματα, ενδέχεται να συνέβαλαν στο ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα. Η διάγνωση τέθηκε με μυελόγραμμα, ενώ η θεραπεία με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β οδήγησε σε πλήρη κλινική ύφεση.
Συμπέρασμα: Το αρνητικό rK39 δεν αποκλείει τη VL, ιδίως σε μικρά παιδιά. Σε περιοχές όπου ενδημεί *L. infantum*, είναι κρίσιμο να διασφαλίζεται ότι το χρησιμοποιούμενο κιτ έχει μελετηθεί και παρουσιάζει ικανοποιητική ευαισθησία για το συγκεκριμένο είδος. Προτείνεται, όπου ενδείκνυται, η συμπληρωματική ανίχνευση ειδικών IgG/IgM αντισωμάτων στον ορό.

Βιβλιογραφία

1. *Bangert M, Flores-Chávez MD, Llanes-Acevedo IP, Arcones C, Chicharro C, García E, Ortega S, Nieto J, Cruz I. Validation of rK39 immunochromatographic test and direct agglutination test for the diagnosis of Mediterranean visceral leishmaniasis in Spain. PLoSNegl Trop Dis. 2018 Mar 1;12(3):e0006277. doi: 10.1371/journal.pntd.0006277. PMID: 29494596; PMCID: PMC5849364.*
2. *Chappuis F, Rijal S, Soto A, Menten J, Boelaert M. A meta-analysis of the diagnostic performance of the direct agglutination test and rK39 dipstick for visceral leishmaniasis. BMJ. 2006 Oct 7;333(7571):723. doi: 10.1136/bmj.38917.503056.7C. Epub 2006 Aug 1. PMID: 16882683; PMCID: PMC1592383.*
3. *Bhattacharyya, Tapan et al. "Comparison of visceralleishmaniasis diagnostic antigens in African and Asian Leishmaniadonovani reveals extensive diversity and region-specific polymorphisms." PLoS neglected tropical diseases vol. 7,2 (2013): e2057. doi:10.1371/journal.pntd.0002057*
4. *Cota GF, de Sousa MR, Demarqui FN, Rabello A (2012) The Diagnostic Accuracy of Serologic and Molecular Methods for Detecting Visceral Leishmaniasis in HIV Infected Patients: Meta-Analysis. PLOS Neglected Tropical Diseases 6(5): e1665. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001665*
5. *Getnet, Mihret et al. "Diagnostic accuracy of serological rk-39 test for visceral Leishmaniasis: Systematic review and meta-analysis." PLoS neglected tropical diseases vol. 18,3 e0011938. 6 Mar. 2024, doi:10.1371/journal.pntd.0011938*

ΑΑ117

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΑΠΟ RSV ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ 2024-2025

Άλκηστη Μαξιμιάδου, Αλεξάνδρα Δόση, Ιουλία Πέτρου, Βασιλική Σπούλου, Χριστίνα Κανακά–Gantenbein, Παναγιώτα Παναγιώτου
Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική

Εισαγωγή: Ο RSV (Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός) αποτελεί ένα από τα κύρια αίτια νοσηρότητας, νοσηλείας αλλά και σημαντικό αίτιο θνησιμότητας σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών, αποτελώντας ένα σημαντικό πρόβλημα παγκόσμιας υγείας. Τα βρέφη κινδυνεύουν με σοβαρότερη νόσηση.
Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των νοσηλειών παιδιών προσχολικής ηλικίας με επιβεβαιωμένη RSV λοίμωξη και των χαρακτηριστικών τους.
Υλικό- Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση του αρχείου μίας Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής κατά την περίοδο Οκτωβρίου 2024 – Απριλίου 2025 και καταγράφηκαν τα νοσηλευόμενα παιδιά προσχολικής ηλικίας με διαπιστωμένη RSV λοίμωξη ως προς τον αριθμό τους, τις ηλικίες και το φύλο τους, τις ανάγκες τους σε βρογχοδιασταλτικά και οξυγόνο.
Αποτελέσματα: 253 παιδιά νοσηλεύτηκαν λόγω λοίμωξης RSV, τα μισά εκ των οποίων (45,8%) ηλικίας κάτω των 6 μηνών. Περίπου τα μισά ανά ηλικιακή ομάδα, έως την ηλικία των 2 ετών, είχαν ανάγκες σε οξυγόνο, ενώ αργότερα το ποσοστό πέφτει στο 35%. Περίπου τα 2/3 των νοσηλευόμενων παιδιών είχαν ανάγκες σε βρογχοδιασταλικά με το ποσοστό να πέφτει περίπου στα μισά στο ηλικιακό γκρουπ 4-6 χρονών.
Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από RSV συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηρότητας που χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης, ειδικά σε παιδιά ηλικίας κάτω των 6 μηνών, συχνά με ανάγκη υποστήριξης της αναπνευστικής λειτουργίας και εντατικής νεφελοποίησης. Στρατηγικές μείωσης της νοσηρότητας, πρόληψης/ μείωσης της διάρκειας των νοσηλειών από RSV, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα ή/και εμβόλια, είναι ζωτικής σημασίας για τους μικρούς ασθενείς αλλά και τα συστήματα υγείας.

ΑΑ118

ΝΕΑΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ- ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Κανέλλα Δρακοπούλου[1], Λάμπρος Φώτης[2], Ανδρομάχη Σταμάτη[1], Αγγελική Βλάχου[1], Γεωργία Δημητρίου[1], Αλίνα Λύρα[1], Ιωάννα Βελισσαρίου[1], Μαρία Ξάγια[1], Νικόλαος Σπυρίδης[3], Μαρία Παπαδάκη[1]
[1] Παιδιατρική κλινική, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς, Ελλάδα
[2] Παιδορευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Νοσοκομείο Metropolitan
[3] Παιδιατρική κλινική, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η νεανική δερματομυοσίτιδα (ΝΔΜ) είναι ένα σπάνιο αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει κυρίως τους μυς και το δέρμα πριν την ηλικία των 16 ετών. Εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, εξάνθημα, πυρετό, κόπωση και μυαλγίες, με τη διάγνωση να τίθεται συνήθως μετά από 2-18 μήνες. Τα πρώτα συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία πυελικής ζώνης και κάτω άκρων, με συχνές πτώσεις και δυσκολία στις καθημερινές δραστηριότητες. Το 75% των περιπτώσεων συνδέεται με χαρακτηριστικές δερματικές αλλοιώσεις, όπως το εξάνθημα τύπου «ηλιοτροπίου», οι αλλοιώσεις Gottron και τριχοειδικές αλλοιώσεις στα νύχια.
Σκοπός: Η παρουσίαση αποσκοπεί στην ανάδειξη της σημασίας της λεπτομερούς κλινικής εξέτασης και του ρόλου της στην έγκαιρη διάγνωση της πάθησης.
Υλικό: Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός 10χρονου κοριτσιού που νοσηλεύτηκε στην Παιδοορθοπαιδική Κλινική λόγω χωλότητας βάδισης και ισχιαλγίας, μετά από πτώση και ήπια κάκωση οσφυϊκής περιοχής. Η μαγνητική τομογραφία έδειξε παθολογικές αλλοιώσεις στους μύες και η ασθενής διακομίστηκε στην Παιδιατρική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση.
Μέθοδος: Διενεργήθηκε λεπτομερής φυσική εξέταση και εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος, που περιλάμβανε μυϊκά ένζυμα.
Αποτελέσματα: Λόγω της αυξημένης τιμής CPK και των κλινικών ευρημάτων (μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων και δερματικές αλλοιώσεις, όπως ασβεστώσεις στους αγκώνες και βλάβες Gottron στα γόνατα), τέθηκε η διάγνωση της ΝΔΜ, που επιβεβαιώθηκε με θετικά myositis specific antibodies NXP2 και OJ. Η ασθενής ξεκίνησε άμεσα θεραπεία με κορτικοειδή και μεθοτρεξάτη.
Συμπεράσματα: Το περιστατικό τονίζει τη σημασία της λεπτομερούς κλινικής εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση της ΝΔΜ, η οποία υπήρξε καθοριστική για την αποτελεσματική θεραπεία και την αποφυγή επιπλοκών, οδηγώντας σε πλήρη αποκατάσταση της ασθενούς εντός τριών μηνών.

ΑΑ119

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟ ΙΚΤΕΡΟ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ KAWASAKI

Σωκράτης Κατσούδας, Ιωάννης Πιχλίνσκι, Νικολίτσα Τεχλεμετζή, Αικατερίνη-Ποθητή Παλιούρα, Ελένη Γαλανοπούλου, Θεοδώρα Ξενοπούλου, Γεώργιος Καφαλίδης, Παρασκευή Ζώση
Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Εισαγωγή: Η νόσος Kawasaki αποτελεί μία οξεία, συστηματική αγγειΐτιδα άγνωστης αιτιολογίας, που προσβάλλει κυρίως παιδιά και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων και άτυπων όπως ο χολοστατικός ίκτερος.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με τυπικά και άτυπα χαρακτηριστικά νόσου Kawasaki, με στόχο την ανάδειξη της ποικιλίας των κλινικών εκδηλώσεων.
Υλικό: Ασθενής άρρεν, 10 ετών, με αναφερόμενη πυρετική κίνηση από ωρών και συνοδό ολοσωματικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από 48ώρου.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκαν τραχηλικοί λεμφαδένες αμφοτερόπλευρα, ολοσωματικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα με συμμετοχή παλαμών και πελμάτων, καθώς και εξέρυθρα παρίσθμια. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε υπερτρανσαμινασαιμία καθώς και αύξηση της CRP. Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε επιμονή του πυρετού με κορύφωση της CRP την τρίτη ημέρα. Την ίδια ημέρα εμφανίστηκε χειλίτιδα καθώς και ικτερική χροιά οφθαλμών και δέρματος. Ο χολοστατικός ίκτερος τεκμηριώθηκε εργαστηριακά με άμεση υπερχολερυθριναιμία. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Την πέμπτη ημέρα εμφανίστηκε μη πυώδης επιπεφυκίτιδα αμφοτερόπλευρα, καθώς και απολέπιση κατά την υποχώρηση του ολοσωματικού εξανθήματος. Επίσης, κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, παρουσιάστηκαν θρομβοκυττάρωση, υπερλευκωματιναιμία, αύξηση της ΤΚΕ και ήπια αύξηση της τροπονίνης. Έτσι, τέθηκε η διάγνωση νόσου Kawasaki βάσει των κριτηρίων και αφού αποκλείστηκαν λοιμώδη αίτια. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη και από του στόματος ασπιρίνη, με προοδευτική υποχώρηση των συμπτωμάτων και βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε υπερηχοτομογραφικός έλεγχος των στεφανιαίων αρτηριών χωρίς ανάδειξη ανευρισματικής διάτασης τους.
Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της αναγνώρισης άτυπων εκδηλώσεων της νόσου Kawasaki, όπως ο χολοστατικός ίκτερος, και την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας για την αποφυγή επιπλοκών.



ΑΑ120

ΠΟΡΦΥΡΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΆΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 7 ΕΤΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δήμητρα Μελά, Ιωάννα Χρανιώτη, Κοντογιάννη Παναγιώτα, Ευαγγελία Αμαλία Φραγκιαδάκη, Καλλιόπη Μπαστάκη, Ανδρέας Σαββίδης, Σοφία Στεφανάκη, Αγγελική Τζαγκαράκη, Ειρήνη Ζορμπαδάκη, Κωνσταντίνα Σκοπέτου, Μαρία Μαραγκουδάκη, Ευαγγελία Στεφανάκη, Μαρία Ανατολλιωτάκη
Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου <<Βενιζέλειο-Πανάνειο>>, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η πορφύρα που προκαλείται από άσκηση, γνωστή και ως Disney Rash ή αγγειΐτιδα του γκολφέρ, είναι μία καλοήθης δερματική αγγειΐτιδα των μικρών αγγείων που εμφανίζεται στα κάτω άκρα, σε υγιή άτομα μετά από ασυνήθιστη ή παρατεταμένη μυϊκή δραστηριότητα, ιδίως σε θερμές και υγρές συνθήκες. Πρόκειται για ερυθηματώδεις πορφυρικές πλάκες συμμετρικά στα κάτω άκρα με συνοδό κνησμό, άλγος και αίσθημα καύσους χωρίς συστηματικά συμπτώματα και συνήθως χωρίς ευρήματα από τον ανοσολογικό έλεγχο. Η πάθηση είναι αυτοπεριοριζόμενη και η θεραπεία υποστηρικτική.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αγοριού 7 ετών με πορφύρα επαγόμενη από άσκηση.
Μέθοδος-Υλικό: Πρόκειται για αγόρι 7 ετών, παχύσαρκο (BMI >97η ΕΘ) με αιφνίδια εμφάνιση επώδυνου αγγειΐτιδικού εξανθήματος σε κάτω άκρα με διάσπαρτα μη ψηλαφητά αιμορραγικά στοιχεία κυρίως δίκην πλάκας, συμμετρικά σε ιγνυακές χώρες άμφω και στις ραχιαίες επιφάνειες των άκρων ποδών με συνοδό οίδημα, άλγος και αίσθημα καύσους τοπικά καθιστώντας τη βάδιση δυσχερή. Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ήταν ελεύθερο, χωρίς πρόσφατη λοίμωξη ή συστηματικά συμπτώματα, παρά μόνο έντονη σωματική δραστηριότητα σε θαλάσσιο πάρκο ψυχαγωγίας κατά τη διάρκεια διακοπών του στην Κρήτη. Τα ζωτικά σημεία και η λοιπή κλινική εξέταση ήταν φυσιολογικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος που συμπεριλάμβανε και ανοσολογικό έλεγχο ήταν φυσιολογικός.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίασε άμεση κλινική ύφεση, εντός 2-3 24ώρων, έπειτα από ενδοφλέβια ενυδάτωση με συνοδό ανύψωση των κάτω άκρων και χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών.
Συμπεράσματα: Η πορφύρα επαγόμενη από άσκηση, μία αυτοπεριοριζόμενη καλοήθης αγγειΐτιδα συχνά υποδιαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται ακατάλληλα. Υπάρχει ανάγκη για αύξηση της ευαισθητοποίησης των γιατρών στη διάγνωσή της βάσει ενδελεχούς ιστορικού και κλινικής εξέτασης.



ΑΑ121

ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Πηνελόπη Λυπαράκη[1], Ιωάννα Χρανιώτη[1], Αγγελική Τζαγκαράκη[1], Κωνσταντίνα Σκοπέτου[1], Μαρία Ανατολιωτάκη[1], Ευαγγελία Στεφανάκη[1], Σοφία Στεφανάκη[1], Παναγιώτα Κοντογιάννη[1], Ειρήνη Ζορμπαδάκη[1], Μαρία Μαραγκουδάκη[1], Γεώργιος Κρητσωτάκης[2], Ιωάννης Μακρής[2], Θεονύμφη Ταβλαδάκη[2]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»,Ηράκλειο Κρήτης
[2] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σητείας

Εισαγωγή: Ο μηνιγγιτιδόκοκκος και ο πνευμονιόκοκκος είναι υπεύθυνοι για το 90% της βακτηριακής μηνιγγίτιδας στα παιδιά.Η κλασική τριάδα συμπτωμάτων δηλαδή ο πυρετός, η αυχενική δυσκαμψία και το επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης είναι πιο συχνή στην πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα (58%).
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με μηνιγγίτιτιδα από πνευμονιόκοκκο.
Υλικό: Νήπιο θήλυ 4,5 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και πλήρως εμβολιασμένο, διακομίστηκε από το ΓΝ. Σητείας μετά από ολιγόωρη νοσηλεία λόγω εμπυρέτου έως 40,6ºC και ωταλγίας από ωρών με συνοδό κοιλιακό άλγος, χωρίς άλλα σημεία και συμπτώματα. Κατά τη νοσηλεία της εμφάνισε πτώση επιπέδου συνείδησης (GCS 11/15) οπότε λόγω ισχυρής υποψίας λοίμωξης ΚΝΣ χορηγήθηκε ενδοφλέβια κεφτριαξόνη και διακομίστηκε στο ΒΓΝΗ.
Μέθοδος: Στην εισαγωγή διαπιστώθηκαν αυχενική δυσκαμψία, σ.Kernig (+) και σ.Brudzinski (+), φωτοφοβία και φωνοφοβία. Ελήφθησαν δείγματα αίματος για εργαστηριακό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων καλλιέργειας και PCR αίματος. Πραγματοποιήθηκαν βυθοσκόπηση και CT εγκεφάλου προ της διενέργειας οσφυονωτιαίας παρακέντησης (ΟΝΠ).
Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπερλευκοκυττάρωση και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC 40.900/μl (N92,5%), CRP 25mg/dL). Η βυθοσκόπηση και η CT εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η εξέταση του ΕΝΥ ανέδειξε 3200 εμπύρηνα κύτταρα με πολυμορφοπηρύνωση όποτε έγινε έναρξη θεραπείας με ενδοφλέβια κεφτριαξόνη. Η PCR ΕΝΥ ανέδειξε Streptococcus Pneumoniae ενώ η PCR αίματος και οι καλλιέργειες αίματος και ΕΝΥ δεν ανέδειξαν κάποιο παθογόνο. Η ασθενής έλαβε συνολικά 14 24ώρα ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με άμεση κλινική βελτίωση.
Συμπεράσματα: Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα είναι σπάνια αλλά επικίνδυνη νόσος. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η έναρξη της κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής, ακόμη και πριν τη διενέργεια ΟΝΠ, είναι σημαντικές για την αποφυγή επιπλοκών.

ΑΑ122

ΕΠΟΧΙΚΗ ΕΞΑΡΣΗ ΓΡΙΠΗΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μαρία Αρετή Σουλοπούλου, Σπυριδούλα Σωτηρίου, Αθηνά Δρακάκη, Αναστασία Χατζηπαντελή, Άρτεμις Λάιου, Μυρσίνη Μαυρέλου, Μαρούσα Μαγουλά, Σπυρίδων Κολοκούρης, Μαργαρίτα Ευθυμιοπούλου, Μαρίνα Παπαγιαννίδη, Γερίνα Ιωαννίδου
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

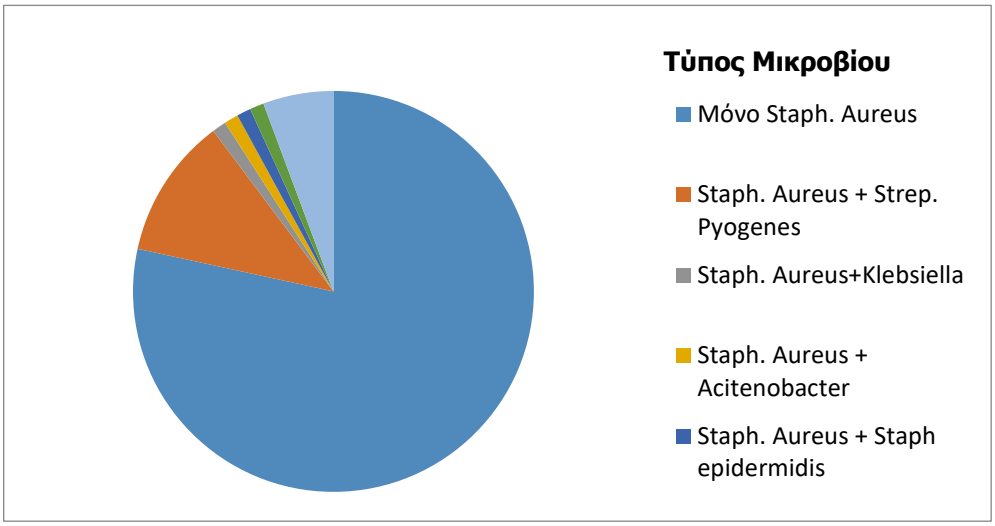
Εισαγωγή: Η εποχική έξαρση της Γρίπης στην Ελλάδα αφορά τους χειμερινούς μήνες. Η νοσηρότητα ποικίλει από έτος σε έτος, ανάλογα με το στέλεχος του ιού που επικρατεί και τον βαθμό ανοσίας των πληθυσμιακών ομάδων.
Σκοπός: Η παρατήρηση των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών παιδιατρικών ασθενών, με γριπώδη συνδρομή, στα πλαίσια της εποχικής έξαρσης της γρίπης.
Υλικό-Μέθοδος: Καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων ασθενών, με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από τον ιό της γρίπης, κατά την περίοδο Νοέμβριος 2024-Απρίλιος 2025.
Αποτελέσματα:Κατά τη διάρκεια της παραπάνω περιόδου εξετάστηκαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας 541 παιδιά με λοίμωξη από τον ιό της γρίπης. Το 55,4% αφορούσε αγόρια και το 44,5% κορίτσια. Παρατηρήθηκε υπεροχή του στελέχους Α σε ποσοστό 75,6% έναντι του στελέχους Β. Η πλειονότητα των ασθενών προσήλθε λόγω πυρετού, βήχα, ρινίτιδας και καταβολής, ενώ συνοδή συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό σύστημα σημειώνεται σε ποσοστό 30%. Το 27% των ασθενών παρουσίασε επιπλεγμένη νόσο, με συχνότερες επιπλοκές την λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (37%), την μυοσίτιδα (15,5%), και την ΟΜΩ (14%), ακολουθούμενες από την οξεία κοιλία(8%), την έκθυση εξανθήματος (4,7%), την λαρυγγίτιδα (4%),το αγγειοοίδημα (3,4%), το λιποθυμικό επεισόδιο (3%), την υποκαλιαιμία (2%), την μυοκαρδίτιδα(1,3%), την ορογονίτιδα (1,3%) και την υπερφεριτιναιμία (1,3%). Μόνο δύο ασθενείς ήταν ανοσοποιημένοι έναντι του ιού της γρίπης. Το 40% έλαβε οσελταμιβίρη. Συνολικά, το 20% των παιδιών, έχρηζαν νοσηλείας, είτε λόγω της βαρύτητας της νόσου και των επιπλοκών, ή της εκδήλωσης εμέτων και αφυδάτωσης.
Συμπεράσματα: Ο ιός της γρίπης αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας στα παιδιά. Η υψηλή μεταδοτικότητα του ιού, και ο προοδευτικά αυξανόμενος αριθμός παιδιατρικών ασθενών με κλινικά σοβαρή ή επιπλεγμένη νόσο, καθιστά επιτακτική ανάγκη τον καθολικό εμβολιασμό του παιδιατρικού πληθυσμού.

ΑΑ123

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΤΟΥ S. AUREUS: ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Καλλιόπη Τούντα, Κήρυκας Ζαννίκος, Κωνσταντίνος Τριπολίτης, Μαρίνα Μπιμπίκου, Ελένη Πιππίδη
Γενικό Νοσοκομείο Χίου, Χίος

Εισαγωγή: Ο σταφυλόκοκκος αποτελεί φυσιολογικό αποικιστή ρινικού βλεννογόνου και δέρματος στο 30-50% των ανθρώπων. Ωστόσο, υπό προϋποθέσεις (τραύμα, ανοσοκαταστολή) μπορεί να προκαλέσει ευρύ φάσμα λοιμώξεων, από επιπολείς (δοθίνας, κυτταρίτιδα) έως και βαριές συστηματικές (απόστημα, νεκρωτική περιτονίτιδα). Υπάρχουν περίπου 40 είδη σταφυλοκόκκων αλλά ο συχνότερος παθογόνος είναι ο χρυσίζων. Η εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών, όπως ο ανθεκτικός στη μεθικιλλίνη (MRSA) αποτελεί πρόκληση για την ορθή αντιμετώπισή του.
Σκοπός: Ανάλυση συχνότητας κρουσμάτων σταφυλόκοκκων και αξιολόγηση αντοχής τους σε επιλεγμένα αντιβιοτικά.
Υλικό: Μελετήθηκαν 98 παιδιά ηλικίας από 5 ημερών - 16 ετών που προσήλθαν στο ΤΕΠ από 02/07/2018 - 16/05/2025, εκ των οποίων οι 57 ήταν Έλληνες και οι 40 ξένης καταγωγής, κυρίως μετανάστες. 7 είχαν συνοδό εμπύρετο. Οι 54 ήταν άρρεν φύλου. Κανένας δεν παρουσίαζε ανοσοανεπάρκεια. Οι βλάβες παρουσίαζαν ποικιλομορφία: δοθίνας, απόστημα, κυτταρίτιδα, επιμολυσμένη ψώρα, ssss, παρωνυχία, μολυσματικό κηρίο, λεμφαγγειίτιδα. 32 παιδιά νοσηλεύτηκαν.
Μέθοδος: Διενεργήθηκε λήψη καλλιεργειών πύου, δερματικών βλαβών και σε ορισμένες περιπτώσεις και αίματος.
Αποτελέσματα: Όπου πάρθηκαν οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Παρακάτω παρατίθενται τα ευρήματα των λοιπών καλλιεργειών δέρματος:



Αντιβιοτικό	Ευαισθησία	Μέτρια Ευαισθησία	Αντοχή	Άγνωστο
Πενικιλλίνη	7 (7%)		85 (87%)	6 (6%)
Οξακιλλίνη	58 (59%)		31 (31,6%)	9 (9%)
Γενταμυκίνη	85 (87%)		5 (5%)	8 (8%)
Τομπραμυκίνη	58 (59%)		31 (31,6%)	9 (9%)
Λεβοφλοξασίνη	85 (87%)	10 (10%)	3 (3%)	
Μοξιφλοξασίνη	94 (96%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)
Ερυθρομυκίνη	78 (79,5)		19 (19,3%)	1 (1%)
Κλινδαμυκίνη	82 (83,6%)		15 (15,3%)	1 (1%)
Λινεζολίδη	98 (100%)		0	
Τεικοπλανίνη	95 (97%		2 (2%)	1 (1%)
Βανκομυκίνη	98 (100%)		0	
Τετρακυκλινη	81 (82%)	1 (1%)	16 (16%)	
Τιγκεκυκλίνη	97 (98%)		1 (1%)	
Φοσφομυκίνη	77 (79%)	10 (10%)	3 (3%)	8 (8%)
Φουσιδικό	30 (30%)		58 (60%)	8 (8%)
Τριμεθοπρίμη/ Σουλφομεθοξαζόλη	89 (90%)	3 (3%)	6 (6%)	

Συμπεράσματα: Η συχνότητα MRSA παραμένει σημαντική, επομένως συνιστάται περιοδική επιδημιολογική επιτήρηση και ορθολογική χρήση αντιβιοτικών.

ΑΑ124

ΑΤΥΠΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΕ ΠΡΟΝΗΠΙΟ 2 ΕΤΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΛΗΨΗ ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρία Γεροπέππα, Ευγενία-Ευαγγελία Μαυράκη, Γεωργία Άννα Σοφούλη, Ευφροσύνη Τσεκούρα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής

Εισαγωγή: Οι συχνότερες δερματικές εκδηλώσεις της λοιμώδους μονοπυρήνωσης περιλαμβάνουν ιλαροειδές εξάνθημα διάρκειας 24-48 ωρών ή διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα επί λήψης αμοξυκιλλίνης. Ωστόσο, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί και με άτυπες δερματικές εκδηλώσεις.
Παρουσίαση περιστατικού: Προνήπιο, θήλυ, 2 ετών, προσκομίστηκε λόγω εξανθήματος από 5ημέρου, αρχικά κνιδωτικό σε κάτω άκρα και από 4ημέρου αλλαγή σε κηλιδοβλατιδώδες και επέκταση σε άνω άκρα, παρειές, κορμό, με συνοδά εμπύρετο από 3ημέρου, ξηρό βήχα και ρινίτιδα από 10ημέρου. Από το πρόσφατο ιστορικό, αναφέρθηκε λήψη αμοξυκιλλίνης λόγω ΟΜΩ, με τελευταία δόση 5 ημέρες πριν την έκθυση του εξανθήματος. Κατά την Α/Ε, διαπιστώθηκε συρρέον συμμετρικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, καφεοειδούς χροιάς ιδίως σε κάτω άκρα και παρειές, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και φαρυγγοαμυγδαλίτιδα. Από τον Ε/Ε, ανευρέθησαν ήπια τρανσαμινασαιμία (SGPT:71 U/mL, SGOT:51 U/mL) και θετικό Mono-test. Εν αναμονή λοιπών αποτελεσμάτων, λόγω εμφάνισης βρογχίτιδας, η ασθενής έλαβε κλαριθρομυκίνη και εισπνεόμενα. Από τον εξειδικευμένο έλεγχο ανευρέθησαν VCA-IgM:35,8 U/mL(+), VCA-IgG:6,9 U/mL(-), EBNA:0,6 U/mL(-). Εξήλθε την 6η ημέρα νοσηλείας, με βελτίωση των ακροαστικών και παραμονή του εξανθήματος για 11η ημέρα, πληρώντας τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου Gianotti-Crosti. Κατά τον προγραμματισμένο επανέλεγχο στις 4 και 8 εβδομάδες διαπιστώθηκε μερική ύφεση του εξανθήματος.
Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Gianotti-Crosti είναι μια αυτοπεριοριζόμενη κλινική συνδρομή που χαρακτηρίζεται από συμμετρική έκθυση βλατιδώδους ή κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος σε άκρα, πρόσωπο, και γλουτούς και διάρκεια άνω των 10 ημερών. Σχετίζεται συχνότερα με ιογενείς λοιμώξεις, κυρίως από HBV και EBV. Θα πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση των δερματικών εκδηλώσεων της λοιμώδους μονοπυρήνωσης και να καθησυχάζονται οι γονείς για την άριστη πρόγνωση, παρά την μακρόχρονη πορεία.





ΑΑ125

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΕΠ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ: ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ SARS-CoV-2, ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟΥ ΚΑΙ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 03/2023 – 02/2025 ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑΧΕΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Μάρθα Ζωντανού, Μαρία Γεροπέππα, Φλόγα Μυλωνάκη, Βασιλική Ψαρομηλίγκου, Αλεξάνδρα Γιαννάκη, Πέτρος Σταθάκης, Σταυρούλα Γκίνη, Ευγενία Ευαγγελία Μαυράκη, Ευφροσύνη Τσεκούρα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βούλα Αττικής

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και συχνό αίτιο προσέλευσης παιδιών στο ΤΕΠ.
Σκοπός: Αναδρομική μελέτη επίπτωσης λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού συστήματος από συχνά παθογόνα αίτια (SARS-CoV-2, στρεπτόκοκκο, γρίπη).
Υλικό-Μέθοδος: Συγκριτική - περιγραφική αναδρομική ανάλυση δεδομένων παιδιατρικών ασθενών ΤΕΠ διετίας 2023-2025 με εμπύρετο λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, όπου διενεργήθηκε τουλάχιστον μία ταχεία διαγνωστική δοκιμασία: rapid test SARS-CoV-2, Strep test, test γρίπης.
Αποτελέσματα: Κατά τις περιόδους 03/2023-02/2024 (Α' περίοδος) και 03/2024-02/2025 (Β' περίοδος), καταγράφηκαν στο ΤΕΠ n=956 περιστατικά λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού (n=456 και n=500 αντιστοίχως με μέση ηλικία: 6,52 και 8,6 έτη ανά περίοδο, και 52,4% και 53,6% άρρενα αντιστοίχως). Ποσοστά θετικότητας SARS-CoV-2: 6,2% την Α' περίοδο vs 2,4% την Β' περίοδο, στρεπτοκοκκικής λοίμωξης: 28,3% vs 17,9% και γρίπης: 24,9% vs 35,2%, αντιστοίχως. Μέση επίπτωση οποιασδήποτε λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού ανά φύλο για τις δύο περιόδους άρρενα/θήλεα: 1,2/1. Παρατηρήθηκε διαφορά στην έξαρση της γρίπης, με κορύφωση την Α' περίοδο μεταξύ 02/2024-04/2024, ενώ την Β' περίοδο μεταξύ 12/2024-02/2025. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην εποχιακή κατανομή των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων (κορύφωση τους χειμερινούς μήνες και στις δύο περιόδους.)
Συμπεράσματα: Τα περιστατικά COVID-19 μειώθηκαν σημαντικά την Β' περίοδο, πιθανώς λόγω συστηματικού εμβολιασμού. Αντίθετα, η εποχιακή κατανομή της γρίπης τη Β' περίοδο κορυφώθηκε 3 μήνες νωρίτερα σε σχέση με την Α' περίοδο, όπως και συνηθίζεται, πιθανόν λόγω παραμέλησης του εμβολιασμού, παρά την υποχρεωτικότητα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην εποχικότητα της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης. Δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού με βάση το φύλο.

ΑΑ126

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ IGA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΦΗΒΗ

Ευαγγελία Μέρμηγκα,, Ευφροσύνη Τσιαμπαλή, Πέτρος Κωνσταντίνου, Εύη Αγαθοκλέους, Λάμαρη Ιωάννα, Νικολέττα Κόνιαρη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Εισαγωγή: Η Henoch-Schönlein πορφύρα (HSP) είναι μία ανοσοεπαγόμενη IgA-αγγειίτιδα των μικρών αγγείων. Εκδηλώνεται με πορφυρικό εξάνθημα κάτω άκρων και την παρουσία αρθρίτιδας ή αρθραλγίας, κοιλιακού άλγους ή/και νεφρικής συμμετοχής.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού HSP με IgA νεφρική συμμετοχή σε έφηβη.
Υλικό: Έφηβη 14 ετών προσκομίζεται λόγω έκθυσης ψηλαφητού πορφυρικού εξανθήματος κάτω άκρων. Από το ιστορικό αναφέρονται πολλαπλές προσελεύσεις στο ΤΕΠ και 2 νοσηλείες λόγω κοιλιακού άλγους και αρθραλγιών, ενώ προ 2ημερου σημειώθηκε εμπύρετο.
Μέθοδος: Στο πλαίσιο διερεύνησης διενεργήθηκαν εργαστηριακός έλεγχος, U/s κοιλίας, triplex φλεβών κάτω άκρων, Ro θώρακος/κοιλίας και καρδιολογική εκτίμηση. Παρεπιπτόντως, κατά την εισαγωγή παρουσιάστηκε νέο εμπύρετο με θετικό rapid test για SARS-CoV-2.
Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλικό τύπο, αύξηση D-dimers και δεικτών φλεγμονής. Λόγω κλινικής εικόνας πορφυρικού εξανθήματος κάτω άκρων με αρθραλγίες, άλγος γαστροκνημιών και κοιλιακό άλγος ετέθη στη διαφορική διάγνωση η HSP. Έγινε διακομιδή σε τριτοβάθμιο κέντρο όπου η νόσος εξελίχθηκε με θετική Mayer κοπράνων και εμμένουσα λευκωματουρία. Διενεργήθηκε βιοψία δέρματος με ευρήματα λευκοκλαστικής αγγειίτιδας. Δύο μήνες μετά τη διάγνωση λόγω λευκωματουρίας μη νεφρωσικού τύπου και αιματουρίας έγινε διαδερμική βιοψία νεφρού με ευρήματα υπέρ IgA νεφροπάθειας τύπου HSP. Η ασθενής δεν ανταποκρίθηκε σε αυξανόμενη δόση ρο πρεδνιζολόνης και έγινε προσθήκη μυκοφαινολάτης μοφετίλ για τη ρύθμιση της νεφρικής λειτουργίας.
Συμπεράσματα: Η HSP είναι μία συχνά αυτοπεριοριζόμενη κλινική οντότητα της παιδικής ηλικίας. Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε εφήβους με μη θρομβοκυτταροπενικό πορφυρικό εξάνθημα, όπου συνήθως παρουσιάζεται με άτυπη συμπτωματολογία και έχει δυσμενέστερη εξέλιξη. Λόγω εμπυρέτου με θετικό rapid test είναι πιθανή η συμβολή της λοίμωξης COVID-19 στην εξέλιξη της νόσου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της COVID-19 με HSP που εξελίσσεται σε πιο σοβαρή συστηματική νόσο με νεφρική συμμετοχή. Ο χρόνος διάγνωσης είναι κρίσιμος καθώς θα καθορίσει την πορεία της νόσου.

ΑΑ127

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΑΔΕΝΟΪΟ

Πέτρος Κωνσταντίνου, Ευφροσύνη Τσιαμπαλή, Εύη Αγαθοκλέους, Ευαγγελία Μέρμηγκα, Λάμαρη Ιωάννα, Μάρης Φώτιος, Νικολέττα Κόνιαρη
Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Εισαγωγή: Η οξεία αιμορραγική κυστίτιδα στην παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με τους ορότυπους 11 και 21 του αδενοϊού, είδους Β. Πρόκειται για μια αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση, συχνότερη στα αγόρια, η οποία συνήθως δεν συνοδεύεται από πυρετό ή υπέρταση. Η σημασία της έγκειται στη διαφορική διάγνωση από σοβαρότερα νεφρικά νοσήματα, όπως η σπειραματονεφρίτιδα, με τα οποία μπορεί να συγχέεται κλινικά.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού μακροσκοπικής αιματουρίας σε νήπιο με λοίμωξη από αδενοϊό.
Υλικό: Θήλυ 2 ετών προσκομίζεται με εμπύρετο έως 39 Ο C με συνοδό εμφάνιση αιματουρίας. Από το ιστορικό αναφέρεται πρόδρομο διαρροϊκό σύνδρομο με συνοδή αμυγδαλίτιδα και επιπεφυκίτιδα. Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο.
Μέθοδος: Εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, γενική και καλλιέργεια ούρων, ασβέστιο/κρεατινίνη ούρων σε τυχαίο δείγμα ούρων. Λόγω υψηλής κλινικής υποψίας για λοίμωξη από αδενοϊό εστάλη filmarray ανώτερου αναπνευστικού. Στα πλαίσια διερεύνησης άλλων αιτιών αιματουρίας διενεργήθηκε υπέρηχος κοιλίας και triplex νεφρικών αγγείων. Επιπλέον εστάλη ανοσολογικός έλεγχος και χρόνοι πήξης.
Αποτελέσματα: Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε αιματουρία χωρίς δύσμορφα ερυθρά με συνοδή πυουρία χωρίς ανάπτυξη μικροβίου >100.000CFU/μl στην καλλιέργεια ούρων. Από το filmarray αναπνευστικού απομονώθηκε Adenovirus. Από τον λοιπό έλεγχο δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα.
Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από αδενοϊό μπορεί να εκδηλωθεί με εικόνα αιμορραγικής κυστίτιδας. Στο παρόν περιστατικό, ο αποκλεισμός άλλων αιτιών αιματουρίας και η κλινική πορεία σε συνδυασμό με την απομόνωση του ιού υποδεικνύει την ιογενή κυστίτιδα ως την πιθανότερη διάγνωση. Είναι σημαντικό να υπάρχει η ιογενής διάγνωση στη διαφοροδιάγνωση της αιματουρίας ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση αντιβιοτικών και οι περιττές εξετάσεις.

ΑΑ128

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ EMM, ΣΤΕΛΕΧΩΝ *STREPTOCOCCUS* ΟΜΑΔΑΣ Α ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μαγδαληνή Τσεκούρα[1], **Ευπραξία Βαρβάρα[1]**, Σοφία Ζώτου[1], Άρης Μουτσάνας[2], Άννα Μαγδάτογλου[2], Παρθένα Καμπουρίδου[2], Κωνσταντίνα Κοντοπούλου[1]
[1] Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη
[2] Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η πρωτεΐνη Μ του στρεπτόκοκκου ομάδας Α (GAS) κωδικοποιείται από το γονίδιο emm και είναι μια επιφανειακή πρωτεΐνη, που δρα ως κύριος παράγοντας λοιμογόνου δράσης.
Σκοπός: Η επιδημιολογική επιτήρηση των τύπων emm των στελεχών GAS και η συσχέτισή τους με την αντοχή στις μακρολίδες.
Υλικό-Μέθοδοι: Συνολικά, 78 στελέχη GAS απομονώθηκαν από 41 φαρυγγικά επιχρίσματα, 33 καλλιέργειες τραυμάτων και 4 καλλιέργειες ωτικού εκκρίματος. Η τυποποίηση GAS και ο προσδιορισμός των MICs, πραγματοποιήθηκαν με το αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK 2(BioMérieux) και η εξαγωγή DNA έγινε σύμφωνα με τα πρωτόκολλα του CDC.Η τυποποίηση emm πραγματοποιήθηκε με ενίσχυση PCR του γονιδίου της πρωτεΐνης M (BigDye Terminator v3.1/Applied Biosystems 3500, Applied Biosystems, Waltham, ΗΠΑ, εργαλείο βιοπληροφορικής BLAST).
Αποτελέσματα: Τα απομονωμένα στελέχη ανήκαν σε 19 διαφορετικούς τύπους emm, με τους πιο διαδεδομένους να είναι οι 1, 12, 28, 4, 2, 60, 89, 75 και 43, αντιπροσωπεύοντας το 78% των απομονωμένων στελεχών.Ένα στα τρία στελέχη GAS (31,7%) ήταν ανθεκτικό στην ερυθρομυκίνη (>8 MIC), με τους πιο συνηθισμένους ανθεκτικούς τύπους να είναι οι 12, 28, 89 και 4.Οι τύποι 2, 60, 104, 168 και 187 δεν εμφάνισαν αντοχή στην ερυθρομυκίνη.
Συμπεράσματα: Παρά την υψηλή ποικιλομορφία των τύπων GAS emm και την εμφάνιση νέων, οι τύποι emm 1, 12 και 28 κυριάρχησαν στο νοσοκομείο. Η συνεχής παρακολούθηση των τύπων emm, είναι πολύτιμη για την ανάπτυξη στρατηγικών θεραπείας και αποτελεσματικών πολυδύναμων εμβολίων.

ΑΑ129

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΑΙΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ 5ΕΤΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μαγδαληνή Τσεκούρα,[1] **Σοφία Ζώτου**,[1] Ευπραξία Βαρβάρα,[1] Θεοδώρα Πλικαδίτη,[2] Χαρά Κούνη,[2] Παρθένα Καμπουρίδου,[2] Κωνσταντίνα Κοντοπούλου[1]
[1] Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη
[2] Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο *Staphylococcus aureus* αποτελεί κύρια αιτία λοιμώξεων στους παιδιατρικούς ασθενείς.
Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη της συχνότητας και της ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες στελεχών *S.aureus* κατά τη διάρκεια μιας 5ετίας.
Υλικό- Μέθοδοι: Το υλικό αποτέλεσαν 55 στελέχη *S.aureus* που απομονώθηκαν κατά την 5ετία 2020-2024 σε νοσηλευόμενους παιδιατρικούς ασθενείς.Η ταυτοποίηση κι ο έλεγχος ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK 2(bio Merieux)
Αποτελέσματα:
Πίνακας 1: Συχνότητα στελεχών ανά υλικό απομόνωσης και ανά έτος

Έτος	*Τραύμα, Απόστημα*	*Επίχρισμα (ρινικό, φαρυγγικό)*	*Επίχρισμα (ωτικό, ομφαλικό,οφθαλ/κό)*	*Αίμα*
2020	7	3	-	-
2021	3	-	3	5
2022	3	-	4	-
2023	9	-	-	-
2024	10	6	1	1

Πίνακας 2: Έλεγχος ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες

Έτος	P	FOX	CIP	CLI	DA	E	FA	GM	LNZ	VA	TIG
2020	75%	75%	75%	75%	100%	25%	75%	100%	100%	100%	100%
2021	100%	100%	100%	50%	100%	50%	65%	100%	100%	100%	100%
2022	100%	75%	100%	75%	100%	25%	75%	100%	100%	100%	100%
2023	50%	100%	75%	50%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
2024	25%	75%	50%	75%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%

(P: Πενικιλλίνη, FOX: Κεφοξιτίνη, CIP: Σιπροφλοξασίνη, CLI: Κλινδαμυκίνη, DA: Νταπτομυκίνη, E: Ερυθρομυκίνη, FA: Φουσιδικό οξύ, GM:Γενταμυκίνη, LNZ: Λινεζολίδη, VA: Βανκομυκίνη, TIG: Τιγκεκυκλίνη)

Συμπεράσματα: 1)Η συχνότητα στελεχών *S.aureus* αυξήθηκε το τελευταίο έτος. 2) Τα ποσοστά MRSA παρέμειναν σε χαμηλά ποσοστά όλα τα έτη (25%).3) Η ευαισθησία στις μακρολίδες και στις αμινογλυκοσίδες παρέμεινε στα ίδια επίπεδα.4) Κανένα στέλεχος δεν εμφάνισε αντοχή στα γλυκοπεπτίδια , στην νταπτομυκίνη, λινεζολίδη και τιγκεκυκλίνη.

ΑΑ130

ΠΡΟΝΗΠΙΟ ΜΕ STATUS EPILEPTICUS ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ CAMPYLOBACTER

Χρήστος Χρόνης, Λάμπρου Ολυμπία, Ελόνα Τόλα, Ιωάννης Κανελλόπουλος, Μαρία Τσούπρου, Όλγα Φιλίππου, Χρύσα Γεωργοκώστα, Μπότσα Ευανθία
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η επιληπτική κατάσταση (*status epilepticus*) ορίζεται ως συνεχής επιληπτική δραστηριότητα διάρκειας >30 λεπτών ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις χωρίς πλήρη αποκατάσταση της συνείδησης μεταξύ τους. Συνιστά επείγουσα νευρολογική κατάσταση με υψηλή νοσηρότητα.
Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού status epilepticus σε προνήπιο με ταυτόχρονη λοίμωξη από *Campylobacter*.
Υλικά – Μέθοδος: Αγόρι 14 μηνών προσκομίσθηκε λόγω πυρετικών σπασμών διάρκειας ~5' χωρίς ανάγκη φαρμακευτικής παρέμβασης. Συνοδά αναφέρθηκαν 3 διαρροϊκές κενώσεις. Λίγο μετά την εισαγωγή του παρουσίασε νέο επεισόδιο τονικοκλονικών σπασμών με προσήλωση βλέμματος, απώλεια κοπράνων και διάρκεια >30'. Αντιμετωπίστηκε με μιδαζολάμη (παρειακά) και λεβετιρακετάμη (40 mg/kg), με πλήρη αποκατάσταση μετά από 40 λεπτά. Η αξονική εγκεφάλου και η ΟΝΠ ήταν φυσιολογικές. Το FilmArray ΕΝΥ ήταν αρνητικό, ενώ στο κοπρανολογικό FilmArray ανιχνεύθηκε *Campylobacter*. Το ΗΕΓ ύπνου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.
Αποτελέσματα: Έλαβε αζιθρομυκίνη για 3 ημέρες και διατήρηση λεβετιρακετάμης καθ' όλη τη νοσηλεία. Εξήλθε με οδηγία παρακολούθησης από παιδονευρολόγο.
Συμπεράσματα: Οι πυρετικοί σπασμοί με συνυπάρχουσα γαστρεντερίτιδα περιγράφηκαν αρχικά το 1982, συχνότερα σχετιζόμενοι με ροταϊό. Η συσχέτιση με *Campylobacter* είναι σπάνια αλλά τεκμηριωμένη. Πιθανολογείται φλεγμονώδης απόκριση του ΚΝΣ ως παθογενετικός μηχανισμός.

ΑΑ131

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2022–2024 ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ, ΕΛΛΑΔΑ

Ολυμπία Λάμπρου[1], Βασίλης Τσινόπουλος[1], Χρυσή Αικατέρινη Γεωργοκώστα[1], Κωνσταντίνος Ζάχος[1], Χαρίκλεια Στεφανάκη[1], Λεβαντία Ζαχαριάδου[2], Καλλιόπη Σπυριδοπούλου[2], Αικατερίνη Μιχελάκη[2], Κατερίνα Λάππα[3], Ευανθία Μπότσα[1]
[1] Α Παιδιατρική κλινική, Νοσοκομείο Αγία Σοφία , Αθήνα, Ελλάδα
[2] Μικροβιολογικό τμήμα, Νοσοκομείο Αγία Σοφία , Αθήνα, Ελλάδα
[3] ΜΕΝΝ, Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αγία Σοφία , Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η έγκαιρη αναγνώριση της βακτηριαιμίας στα νεογνά είναι καθοριστική για την πρόγνωση και την έκβαση. Ωστόσο, στη χώρα μας καταγράφεται έλλειψη τεκμηριωμένων επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με τη μικροβιακή αιτιολογία και τα πρότυπα αντοχής. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται δεδομένα από το Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία» αναφορικά με τη μικροβιακή παθογένεια και την αντοχή στα αντιβιοτικά των συχνότερων αιτιολογικών παραγόντων βακτηριαιμιών (BSIs) σε νεογνά.
Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη, μέσω ανασκόπησης των αρχείων του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, που αφορούσαν επιβεβαιωμένες βακτηριαιμίες στις δύο Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) για την περίοδο 2022–2024. Η αντοχή των απομονωθέντων στελεχών προσδιορίστηκε με τη μέθοδο Kirby-Bauer και το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek.
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 52 επεισόδια βακτηριαιμίας. Συχνότερα παθογόνα ήταν η Klebsiella pneumoniae (23,1%), Staphylococcus epidermidis (19,2%), Escherichia coli (15,4%), Staphylococcus haemolyticus (13,5%) και Staphylococcus hominis (7,7%). Το 40,4% των επεισοδίων οφείλονταν σε κοαγκουλάση-αρνητικούς σταφυλόκοκκους (CNS). Παρατηρήθηκε αυξητική τάση αντοχής στα αντιβιοτικά: 71% των στελεχών E. coli ήταν ανθεκτικά στην αμπικιλλίνη, ενώ 14% στην πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Η K. pneumoniae εμφάνισε 45,5% αντοχή στην κεφαλοθίνη και ο S. epidermidis 57% στην τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη.
Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν: (1) την ανάγκη ενίσχυσης των μέτρων αντισηψίας και της τεχνικής φλεβοκέντησης, λόγω της υψηλής συχνότητας CNS, και (2) την επιτακτική εφαρμογή προγραμμάτων ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών, ώστε να περιοριστεί η περαιτέρω ανάπτυξη αντοχής.

ΑΑ132

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΥΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ολυμπία Λάμπρου[1], Κωνσταντίνα Γεωργίου[1], Γιώργος Παραδείσης[2], Αγγελική Στάθη[2], Χρυσή Αικατερίνη Γεωργοκώστα[1], Κωνσταντίνος Ζάχος[1], Έλενα Μπούζα[3], Κωνσταντίνα Κατέχη[2], Λεβαντία Ζαχαριάδου[2], Ευανθία Μπότσα[1]
[1] Α Παιδιατρική κλινική, Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» , Αθήνα, Ελλάδα
[2] Μικροβιολογικό τμήμα, Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» , Αθήνα, Ελλάδα
[3] Α', Β΄ΜΕΝΝ, Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» , Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η επιδημιολογία των διεισδυτικών βακτηριακών λοιμώξεων μπορεί να παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις όχι μόνο μεταξύ χωρών ή γεωγραφικών περιοχών, αλλά και εντός του ιδίου νοσοκομείου, μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Στο πλαίσιο της τακτικής επιτήρησης των λοιμώξεων, αναδείχθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ), οι οποίες χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και ερμηνείας.
Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοορτής σε νεογνά που νοσηλεύθηκαν στις δύο ΜΕΝΝ του Παιδιατρικού Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία» κατά την περίοδο 2022–2024. Τα δεδομένα προήλθαν από το Μικροβιολογικό Τμήμα του νοσοκομείου και περιλάμβαναν επιβεβαιωμένες βακτηριαιμίες και ουρολοιμώξεις.
Αποτελέσματα: Συνολικά, κατά την εξεταζόμενη περίοδο, νοσηλεύθηκαν 931 νεογνά (536 στη ΜΕΝΝ-Χ και 395 στη ΜΕΝΝ-Υ). Καταγράφηκαν 52 επεισόδια βακτηριαιμίας, εκ των οποίων 41 (78,8%) αφορούσαν νεογνά της ΜΕΝΝ-Υ και 11 (21,2%) της ΜΕΝΝ-Χ. Η αναλογία θετικών αιμοκαλλιεργειών ανά αριθμό εισαγωγών ήταν 10% και 2% αντίστοιχα.
Η πλειονότητα των βακτηριαιμιών και στις δύο μονάδες αποδόθηκε σε σταφυλοκοκκικά στελέχη (Staphylococcus spp.) σε ποσοστά 61% στη ΜΕΝΝ-Υ και 72,7% στη ΜΕΝΝ-Χ. Σχετιζόμενες με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες (CLABSI) ήταν το 41% και 54,5% των περιπτώσεων αντίστοιχα.
Όσον αφορά τις ουρολοιμώξεις, καταγράφηκαν συνολικά 90 επεισόδια, εκ των οποίων τα 81 (87,6%) εντοπίστηκαν σε νεογνά της ΜΕΝΝ-Χ.
Συμπεράσματα: Η διαφοροποίηση στα ποσοστά βακτηριαιμίας και ουρολοιμώξεων μεταξύ των δύο ΜΕΝΝ αναδεικνύει την ανάγκη για πολυπαραγοντική διερεύνηση, λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους όπως η υγιεινή των χεριών, η συμμόρφωση στα πρωτόκολλα τοποθέτησης και διαχείρισης καθετήρων, η στελέχωση, η επιτήρηση των λοιμώξεων και οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού των νοσηλευομένων. Τα ευρήματα μπορούν να αξιοποιηθούν για στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας και ενίσχυσης της πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

ΑΑ167

ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Ηλίας Μπούζιος, Αλεξάνδρα Βελτσίστα, Ίλια Βάκη, Αφροδίτη Κιτσοπούλου, Νικηφόρος Αρβανίτης, Ιουλία Λυμπάρη, Μαρία Τοπούζη-Χατζηγεωργίου, Βασιλική Παπαευαγγέλου, Κωνσταντίνος Παπανδρέου
Δ' Παιδιατρική Κλινική, Ιασώ Παίδων, Αθήνα

Εισαγωγή: Το μυκόπλασμα της πνευμονίας (Mycoplasma pneumoniae) προκαλεί κυρίως αναπνευστικές εκδηλώσεις στα παιδιά και είναι συχνός αιτιολογικός παράγοντας άτυπης πνευμονίας. Ωστόσο, η λοίμωξη μπορεί να παρουσιάσει και ποικίλες εξωπνευμονικές εκδηλώσεις, με ή χωρίς συμμετοχή από το αναπνευστικό σύστημα, που περιπλέκουν τη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση.
Σκοπός: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε πέντε παιδιά με σπάνιες εξωπνευμονικές κλινικές εκδηλώσεις μυκοπλασματικής λοίμωξης που νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική Κλινική από το Σεπτέμβριο 2024 έως τον Μαίο 2025.
Υλικό: Ασθενείς ηλικίας 3 έως 15 ετών (διάμεση ηλικία 8 έτη) με επιβεβαιωμένη μυκοπλασματική λοίμωξη και νευρολογικές (ριζίτιδα, πάρεση προσωπικού), δερματολογικές (κνίδωση, Reactive infectious mucocutaneous eruption RIME), και καρδιολογικές (μυοκαρδίτιδα) εκδηλώσεις. Η διάγνωση της μυκοπλασματικής λοίμωξης βασίστηκε στην κλινική εικόνα των ασθενών σε συνδυασμό με τις θετικές ορολογικές δοκιμασίες ή/και τη μοριακή ανάλυση (PCR) των ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων.
Αντιμετώπιση: Η θεραπεία περιέλαβε τη χορήγηση μακρολιδών (αζιθρομυκίνη ή κλαριθρομυκίνη), σε συνδιασμό, όπου κρίθηκε απαραίτητο, με κορτικοστεροειδή ή/και IVIG γ-σφαιρίνη.
Συμπεράσματα: Το Mycoplasma pneumoniae μπορεί να προκαλέσει πολλαπλές άτυπες εξωπνευμονικές εκδηλώσεις. Η περίοδος που διανύουμε χαρακτηρίζεται παγκοσμίως από έξαρση των μυκοπλασματικών λοιμώξεων και αξιοσημείωτη συρροή κρουσμάτων ειδικότερα στον παιδιατρικό πληθυσμό. Η ευαισθητοποίηση της παιδιατρικής κοινότητας αναφορικά με τις σπάνιες εξωπνευμονικές εκδηλώσεις της νόσου οδηγεί στην έγκαιρη αναγνώριση και στοχευμένη αντιμετώπιση αυτών.

ΑΑ133

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Αναστασία Καπετανάκη[1], Σταυρούλα Παραστατιδου[1], Παναγιώτα Καττη[1], Σταυρούλα Χαρώνη[1], Μαρία Βλάχου[1,2], Αθηνά Διαμάντη[2], Ηρακλής Σαλβάνος[1]
[1]Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα
[2]Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Chlamydia trachomatis είναι Gram-αρνητικό, ενδοκυττάριο βακτήριο , συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο παθογόνο παγκοσμίως. Η κάθετη μετάδοση στο νεογνό συμβαίνει κυρίως κατά τον κολπικό τοκετό, με εκτιμώμενο ποσοστό μετάδοσης 50–70% σε μολυσμένες μητέρες. Οι κύριες εκδηλώσεις στα νεογνά είναι η χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα (νεογνική οφθαλμία) και η πνευμονία, ενώ η λοίμωξη μπορεί να είναι και ασυμπτωματική. Παρά τη συχνότητα, η πρόγνωση με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι πολύ καλή.
Σκοπός: Η σύνοψη βιβλιογραφικών δεδομένα σχετικά με την νεογνική χλαμυδιακή λοίμωξη.
Υλικό: Δημοσιευμένες μελέτες από διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus, Embase) έως το 2025.Περιλήφθηκαν κλινικές μελέτες, ανασκοπήσεις, κατευθυντήριες οδηγίες και επιδημιολογικά δεδομένα.
Μέθοδος: Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με λέξεις-κλειδιά: neonatal chlamydial infection, Chlamydia trachomatis, conjunctivitis, pneumonia, vertical transmission, treatment. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, με σαφή αναφορά σε νεογνικό πληθυσμό.
Αποτελέσματα: Η νεογνική χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα εμφανίζεται σε ~20–50% των εκτεθειμένων νεογνών, με μέση ηλικία έναρξης 5–14 ημερών, ενώ η πνευμονία εμφανίζεται σε ~5–30% μεταξύ 2–19 εβδομάδων ζωής. Η διάγνωση στηρίζεται σε PCR και καλλιέργειες, με την PCR να υπερέχει σε ευαισθησία. Η συνιστώμενη θεραπεία είναι η χορήγηση αζιθρομυκίνης (ή εναλλακτικά ερυθρομυκίνης), η οποία επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά ίασης, αν και απαιτείται προσοχή για υποτροπές ή ηπατικές παρενέργειες. Τα δεδομένα για μακροπρόθεσμες επιπτώσεις είναι περιορισμένα, αλλά η πρόγνωση θεωρείται πολύ καλή με κατάλληλη παρέμβαση.
Συμπεράσματα: Η νεογνική χλαμυδιακή λοίμωξη παραμένει μια σημαντική αλλά αντιμετωπίσιμη λοίμωξη στη νεογνική περίοδο. Η έγκαιρη αναγνώριση των κλινικών σημείων, η σωστή εργαστηριακή διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία είναι καθοριστικές για την πρόληψη επιπλοκών.

ΑΑ134

ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Παναγιώτα Καττη[1], Σταυρουλα Χαρώνη[1], **Αναστασία Καπετανάκη[1]**, Σταυρουλα Παραστατιδου[1], Μαρία Βλάχου[1,2], Αθηνά Διαμάντη[2], Ηρακλής Σαλβάνος[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα
[2] Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης (ή προϋπάρχων σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 ή 2 στην έγκυο) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση εμβρυικών ανωμαλιών. Οι μεταβολικές διαταραχές κατά την εμβρυογένεση, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, μπορούν να επηρεάσουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου, αυξάνοντας την πιθανότητα για δομικές και λειτουργικές δυσπλασίες.
Σκοπός: Παρουσίαση συγγενών ανωμαλιών που παρατηρούνται σε νεογνά διαβητικών μητέρων.
Υλικό: Συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω των βάσεων δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar για την περίοδο 2010–2025.
Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά: “congenital anomalies,” “diabetic pregnancy,” “gestational diabetes,” “maternal hyperglycemia,” “fetal malformations.” Επιλέχθηκαν κλινικές μελέτες, ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις που εξέταζαν τη σχέση διαβήτη κύησης ή προϋπάρχοντος διαβήτη με συγγενείς ανωμαλίες.
Αποτελέσματα: Οι συχνότερες συγγενείς ανωμαλίες περιλαμβάνουν:
Κατασκευαστικές ανωμαλίες του καρδιαγγειακού συστήματος: μεσοκοιλιακή επικοινωνία, μετάθεση μεγάλων αγγείων, τετραλογία Fallot,στένωση αορτής, ατρησία τριγλώχινας, ανοικτός βοτάλλειος πόρος, υποπλασία αριστερής καρδιάς, διπλή έξοδος αριστερής κοιλίας
Ανωμαλίες ουροποιητικού: νεφρική αγενεσία, διπλασιασμός ουρητήρα, υδρονέφρωση
Γαστρεντρερικές δυσπλασίες: ατρησία δωδεκαδακτύλου, ατρησία πρωκτού, σύνδρομο μικρού αριστερού κόλου, αναστροφή σπλάχνων
Νευρολογικά ελλείμματα: ανεγκεφαλία, μικροκεφαλία, ελλείμματα νευρικού σωλήνα
Οφθαλμολογικά ελλείμματα: μικροφθαλμία, ατρησία ρινοδακρυικου πόρου, υποπλασία οπτικού νεύρου, οφθαλμικά λιπώματα, θολερότητα φακού
Μυοσκελετικές ανωμαλίες: ημισπόνδυλοι, συγκάμψεις, συνδρομο ουριαίας παλινδρόμησης
Σύνδρομο εμβρυϊκής υπερινσουλιναιμίας, το οποίο προκαλεί μακροσωμία, υπερτροφία οργάνων και μεταβολικές διαταραχές μετά τη γέννηση Ο κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών σχετίζεται θετικά με την κακή ρύθμιση της γλυκόζης κατά το πρώτο τρίμηνο, και μπορεί να μειωθεί σημαντικά με καλή προγεννητική φροντίδα και γλυκαιμικό έλεγχο.
Συμπεράσματα: Τα νεογνά διαβητικών μητέρων έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών, κυρίως καρδιολογικών και νευρολογικών. Η έγκαιρη διάγνωση και ο αυστηρός μεταβολικός έλεγχος πριν και κατά την κύηση είναι καθοριστικοί παράγοντες για την πρόληψη τέτοιων επιπλοκών.

ΑΑ135

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΕ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ. ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ;

Κυριακή Αγγελίδου[1], Αλεξάνδρα Σολδάτου[2]
[1] ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα", ΕΚΠΑ, Αθήνα
[2] Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Παρόλη τη μείωση που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως, τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας παραμένουν σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα. Το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου και σε περιβάλλοντα με περιορισμένα ιατροφαρμακευτικά μέσα. Αν και η εκπαίδευση των παρόχων υγείας στις περιοχές αυτές στην νεογνική αναζωογόνηση θεωρείται αναγκαία, δεν έχουν μελετηθεί πλήρως τα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης που αυξάνουν την αποτελεσματικότητά της στη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας.
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών των προγραμμάτων εκπαίδευσης στη νεογνική αναζωογόνηση , που μειώνουν τη νεογνική θνησιμότητα.
Μέθοδοι: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση άρθρων των τελευταίων 15 ετών στα αγγλικά από τις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar και τις ιστοσελίδες των οργανισμών WHO και AAP.
Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 669 άρθρα και τελικά κρίθηκαν κατάλληλα 48 άρθρα. Συνολικά η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης στη νεογνική αναζωογόνηση φαίνεται να επιδρά θετικά στην επιβίωση των νεογνών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αποδοτικότερα παρουσιάζονται τα προγράμματα που συνδυάζουν τόσο θεωρητική όσο και πρακτική εκπαίδευση, με σενάρια προσομοίωσης . Καθώς η ποιότητα των γνώσεων και των κλινικών δεξιοτήτων φθίνει με την πάροδο του χρόνου, οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να συμμετέχουν σε επαναληπτικά προγράμματα. Η παρακολούθηση μαθημάτων νεογνικής αναζωογόνησης ετησίως, αυξάνει την επίδοση των παρόχων υγείας, ενώ η επανάληψη των μαθημάτων κάθε 3 με 6 μήνες , συνεπάγεται υψηλότερο επίπεδο γνώσεων και κλινικών δεξιοτήτων.
Συμπεράσματα: Προκειμένου να επιτευχθεί μείωση της νεογνικής θνησιμότητας είναι αναγκαία η καθιέρωση ποιοτικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ιδίως των αναπτυσσόμενων χωρών, στη νεογνική αναζωογόνηση, ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

ΑΑ136

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΔΙΕΤΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αντωνία Τσουπάκη, Κυριακή Γιαγλόγλου, Δήμητρα Ναούμ, Ελένη Σαββίδου, Ηλίας Τάρες, Κωνσταντίνος Ζιούτος, Χριστίνα Καμάρη, Μιλτώ - Έμιλυ Γκατζηρούλη, Ελένη Τσιβίκη
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

Εισαγωγή - Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των χαρακτηριστικών και της έκβασης των γεννήσεων σε διάστημα δυο ετών σε δευτεροβάθμιο περιφερικό νοσοκομείο.
Υλικό – Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή των τοκετών που έλαβαν χώρα στο διάστημα 5/2023-4/2025 στο ΓΝ Καστοριάς
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 238 γεννήσεις στο διάστημα της μελέτης. Εκ του συνόλου των γεννήσεων, η πλειοψηφία των μητέρων (60.9%) ήταν μεταξύ 20 και 34 ετών (37.8% >35ετών, 1.3% <20ετών). Οι 218 γεννήσεις (91%) αφορούσαν τελειόμηνα νεογνά και οι 20 μεγάλα πρόωρα (35-37 εβδομάδων κύησης, 9%). Πρωτοτόκες ήταν το 49.2% (37.8% IIτόκες , 11.3% IIIτόκες, 1.7% IVτόκες). Το 31.5% των γεννήσεων πραγματοποιήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό (ΦΤ) και το 68.5% με καισαρική τομή (ΚΤ). Στις πρωτοτόκες το ποσοστό της ΚΤ ήταν ακόμη υψηλότερο, 77,5%. Στον παρακάτω πίνακα αναλύονται τα αίτια των καισαρικών στις πρωτοτόκες.

Αίτια καισαρικής τομής στις πρωτοτόκες:

Μη εξέλιξη τοκετού	38 (42,7%)
Παθολογία μητέρας (ηλικία, παχυσαρκία κ.α)	17 (19,1%)
Επείγουσα ΚΤ (αλλοίωση παλμών, αποκόλληση πλακούντα κ.α.)	16 (17,9%)
Κύηση αυξημένου κινδύνου (δίδυμος, IUGR, πολυ/ολιγάμνιο, προεκλαμψία)	8 (8,9%)
Ανώμαλη προβολή εμβρύου	4 (4,45%)
IVF	4 (4.45%)
Ιδία βούληση της εγκύου	2 (2,2%)

Εκ των 238 γεννήσεων, διακομιδή σε ΜΕΝΝ ήταν απαραίτητη σε 21 νεογνά (8,8%). Από αυτά 16 ήταν τελειόμηνα και 5 πρόωρα (23,8% του συνόλου των προώρων). Τα σημαντικότερα αίτια διακομιδής ήταν: αναπνευστική δυσχέρεια (61,9%), διαταραχές σίτισης (19%), νεογνική λοίμωξη (14,3%), επεισόδια κυάνωσης (4,8%)
Συμπεράσματα: Διαπιστώνεται εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό ΚΤ. Δεδομένης της συσχέτισής της με την αυξημένη νοσηρότητας μητέρας και παιδιού σε σχέση με τον ΦΤ απαιτείται εμπεριστατωμένη μελέτη των αιτίων και πολύπλευρη προσπάθεια υποστήριξης του ΦΤ.

ΑΑ137

ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΩΡΑ ΖΩΗΣ

Αντωνία Τσουπάκη, Δήμητρα Ναούμ, Γεωργία Γάτα, Παναγιώτα Ζησιάδου, Μιλτώ - Έμιλυ Γκατζηρούλη, Χριστίνα Καμάρη, Ροδαμάνθος Δούμος, Ελένη Τσιβίκη
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

Εισαγωγή: Ο πνευμοθώρακας, αποτελεί ανώμαλη συλλογή αέρα στον υπεζωκοτικό χώρο. Είναι σπάνια πάθηση, συχνότερα εμφανιζόμενη στη νεογνική ηλικία. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η προωρότητα, ο μηχανικός αερισμός, η εισρόφηση μηκωνίου, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, η καισαρική τομή, το μεγάλο βάρος γέννησης και η παροδική ταχύπνοια νεογνού.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού πνευμοθώρακα σε νεογνό.
Υλικό-Μέθοδος: Νεογνό θήλυ γεννηθέν από IIIτόκο μητέρα με αρρύθμιστο διαβήτη κύησης σε ΗΚ:37w^{+2d} με προγραμματισμένη ΚΤ (λόγω δυσαναλογίας) και ΒΓ:3940gr και APGAR: 9,10,10 παρουσίασε ήπια αναπνευστική δυσχέρεια με γογγυσμό με συμμετρική είσοδο αέρα εντός των πρώτων 15 λεπτών ζωής. Έγινε dextro stick (85mg/dl), τέθηκε σε O2 (head box) άμεσα και τοποθετήθηκε φλεβική γραμμή για διατήρηση της ευγλυκαιμίας. Λόγω επιμονής του γογγυσμού λήφθηκαν αέρια αίματος και διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε μικρή συλλογή αέρα της δεξιάς υπεζωκοτικής κοιλότητας/πνευμοθώρακας. Παρέμεινε σε head box στα 10lt O2 κατά την προετοιμασία της διακομιδής. Επανάληψη ακτινογραφίας σε 30 λεπτά λόγω κλινικής επιδείνωσης και ελάττωσης του ψυθιρίσματος δεξιά ανέδειξε αύξηση του πνευμοθώρακα με συμπύκνωση δεξιού πνευμονικού παρεγχύματος.
Αποτελέσματα: Άμεσα διενεργήθηκε διαθερμική θωρακοκέντηση στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα δεξιά στην πρόσθια μασχαλιαία χώρα με αφαίρεση 35ml αέρα. Το νεογνό παρουσίασε άμεση βελτίωση και άνοδο του κορεσμού στο 100%. Στα επόμενα λεπτά εκ νέου επιδείνωση με μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος ΔΕ και διενεργήθηκε εκ νέου θωρακοκέντηση (18ml αέρα). Διακομίστηκε σταθερό (σφ:122/λ, Sat:100%) στη ΜΕΝΝ.
Συμπεράσματα: Ο πνευμοθώρακας είναι επείγουσα κατάσταση που απαιτεί γρήγορη αναγνώριση και αντιμετώπιση. Απαιτείται κλινική υποψία και άμεση διερεύνηση σε κάθε νεογνό με απότομη έναρξη αναπνευστικής δυσχέρειας, ειδικά σε παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων.

ΑΑ138

ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗΝΙΓΓΟΜΥΕΛΟΚΗΛΗΣ ΙΕΡΟΚΟΚΚΥΓΙΚΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ηλίας Κόλλαρης[1], Κλειώ Καππάτου[1], Παναγιώτης Φίλιας[2], Παναγιώτα Αναστασοπούλου[1], Όλγα Σαβελίεβα[1], Ελένη Αντωνοπούλου[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Ελευσίνα
[2] Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η μηνιγγομυελοκήλη αποτελεί τη σοβαρότερη μορφή δισχιδούς ράχης, συγγενούς δυσραφίας του νευρικού σωλήνα, με πρόπτωση μηνίγγων και νωτιαίου μυελού μέσω του νευρικού σωλήνα. Η επίπτωσή της εκτιμάται σε 8/10.000 γεννήσεις και σχετίζεται με ανεπάρκεια φυλλικού οξέος, σακχαρώδη διαβήτη κύησης και οικογενή προδιάθεση. Συνήθως εντοπίζεται στην οσφυοϊερή μοίρα, ενώ η ιερококκυγική εντόπιση είναι εξαιρετικά σπάνια και δυνητικά διαλάθουσα της προγεννητικής και κλινικής διάγνωσης.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού νεογνού με μηνιγγομυελοκήλη ιερококκυγικής εντόπισης, που διαγνώστηκε στο μαιευτήριο και παραπέμφθηκε για νευροχειρουργική αξιολόγηση και αντιμετώπιση.
Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για θήλυ τελειόμηνο νεογνό, με ομαλή περιγεννητική πορεία, μερικώς παρακολουθούμενη κύηση, χωρίς τεκμηριωμένους προδιαθεσικούς παράγοντες ή οικογενειακό ιστορικό δυσραφίας. Το υπερηχογράφημα Β΄ επιπέδου ήταν φυσιολογικό. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μαλακής υφής, ευένδοτο μόρφωμα 2 εκατοστών στη μέση γραμμή της ιερококκυγικής χώρας, κινητό έναντι των υποκείμενων ιστών και καλυπτόμενο από λεπτό, ροδόχροο δέρμα, χωρίς φλεγμονή ή διαρροή (Εικόνα 1). Η εικόνα ήταν ενδεικτική δυσραφίας, συμβατή με μηνιγγομυελοκήλη. Δεν διαπιστώθηκαν νευρολογικά ελλείμματα ή δυσλειτουργίες. Παραπέμφθηκε άμεσα για νευροχειρουργική εκτίμηση. Το υπερηχογράφημα της περιοχής επιβεβαίωσε την υποψία. Επιπλέον, προγραμματίστηκε μαγνητική τομογραφία για ανατομική τεκμηρίωση και προεγχειρητικό σχεδιασμό. Το νεογνό παραμένει υπό τακτική παρακολούθηση, χωρίς επιπλοκές μέχρι σήμερα, με πλάνο επικείμενης χειρουργικής αποκατάστασης.
Συμπεράσματα: Η έγκαιρη αναγνώριση συγγενών δυσπλασιών του νευρικού σωλήνα είναι κρίσιμη για την πρόγνωση. Η λεπτομερής νεογνική εκτίμηση και άμεση παραπομπή για απεικονιστικό και νευροχειρουργικό έλεγχο επιτρέπουν στοχευμένη διερεύνηση και θεραπευτικό σχεδιασμό. Στις ανοικτές μορφές μηνιγγομυελοκήλης, η προγεννητική διάγνωση είναι καθοριστική για άμεση επεμβατική αντιμετώπιση, ενώ η συνεχής παρακολούθηση είναι θεμελιώδης για πρώιμη αναγνώριση νευρολογικών επιπλοκών.

Λέξεις κλειδιά: Μηνιγγομυελοκήλη, Ιερококκυγική εντόπιση, Δισχιδής ράχη, Νευροχειρουργική αντιμετώπιση.



ΑΑ139

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

Μαρία Ειρήνη Κυριακιδέλη, Καλλιόπη Τανού, Χρυσή – Ευαγγελία Ακρίβου, Αλίκη Δαϊνάβα, Θεοφανή Γρηγορά
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου Αχιλλοπούλειο, Μαγνησία, Βόλος

Εισαγωγή Η βουβωνοκήλη αποτελεί τη συχνότερη μορφή κήλης σε βρέφη, αφορά το 1-5 % των τελειόμηνων νεογνών, ενώ είναι 6 φορές συχνότερη σε αγόρια. Απαντάται συχνότερα στη δεξιά πλευρά. Στα άρρενα νεογνά το περιεχόμενο είναι συνήθως λεπτό έντερο, ενώ στα θήλεα η ωοθήκη. Είναι ασυμπτωματική , έως την εμφάνιση επιπλοκών , όπως η περίσφιξη.
Σκοπός Η ανάδειξη της σημασίας της ενδελεχούς κλινικής εξέτασης και της έγκαιρης διάγνωσης της βουβωνοκήλης σε νεογνά.
Υλικό/μέθοδος Νεογνό άρρεν γεννηθέν από ΙΙΙ τόκο μητέρα , τελειόμηνο , με ΦΤ. Εκτιμήθηκε αμέσως μετά τη γέννηση. Διαπιστώθηκε διόγκωση οσχέου αμφοτερόπλευρα και ιδιαίτερα δεξιά. Αριστερά είχε κλινική εικόνα υδροκήλης, με ψηλαφητό ευκίνητο όρχι και διαυγάζον περιεχόμενο κατά τη διαφανοσκόπηση, ενώ ο δεξής όρχις ήταν αψηλάφητος, με υπόσκληρο περιεχόμενο στο όσχεο και στο βουβωνικό κανάλι, χωρίς πλήρη διαύγαση κατά τη διαφανοσκόπηση. Μετά τη σταθεροποίηση του νεογνού διενεργήθηκε U/S οσχέου.
Αποτελέσματα Διαπιστώθηκε παρουσία εντερικών ελίκων με περισταλτισμό δεξιά και μικρή υδροκήλη αριστερά, οπότε και επιβεβαιώθηκε η κλινική υποψία. Διακομίστηκε για παιδοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Παρέμεινε ασυμπτωματικό, χωρίς εικόνα άλγους κατά την ψηλάφηση. Έγινε παροδική ανάταξη με χειρισμούς από παδοχειρουργό με στόχο την αποκατάσταση της κήλης σε 2ο χρόνο.
Συμπεράσματα Η διόγκωση του οσχέου ανευρίσκεται συχνά στα νεογνά. Τις περισσότερες φορές οφείλεται σε υδροκήλη. Η κλινική υποψία είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για τη διάγνωση της βουβωνοκήλης σε νεογνά, ενώ ο υπέρηχος είναι η εξέταση εκλογής για την επιβεβαίωση. Μετά τη διάγνωση απαιτείται άμεση παιδοχειρουργική εκτίμηση.

ΑΑ140

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ, ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗΣ

Ιωάννης Κώτσιος, Δήμητρα Τσιαντούκα, Αικατερίνη Μαρτινοπούλου, Μαρίνα Σειρανίδου, Μαγδαληνή Στέρπη
Νεογνολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η συγγενής σύφιλη(CS) είναι πολυσυστηματική λοίμωξη που οφείλεται στη μετάδοση του ωχρού τρεπονήματος *από τη θετική έγκυο στο έμβρυο.* Η συφιλιδική ηπατίτιδα ενώ είναι σχετικά συχνή, λίγα περιστατικά με χολόσταση έχουν αναφερθεί. Η παθογένεια της χολόστασης σχετίζεται με την τοξική αντίδραση του οργανισμού στα προϊόντα λύσης του τρεπονήματος κατά τη θεραπεία αλλά και στη φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού.
Υλικό-Μέθοδος: Νεογνό θήλυ γεννηθέν από Ιτόκο μητέρα μετά από ΔΚ:36εβδ^{+5}, με ΚΤ λόγω συσπάσεων, διακομίζεται την 5^{η}ώρα ζωής στη ΜΕΝΝ λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας-πιθανής λοίμωξης. Το νεογνό ήταν σε βαριά σηπτική εικόνα με γενικευμένο πετεχειώδες εξάνθημα, ηπατοσπληνομεγαλία, βαριά αναπνευστική δυσχέρεια-ωχρότητα. Ο έλεγχος για συγγενείς λοιμώξεις ήταν θετικός για σύφιλη με RPR(+),VDRL 1:512(+),TPHA(+) καθώς και (+)VDRL στο ΕΝΥ. Ο έλεγχος της μητέρας που ακολούθησε ανέδειξε θετική VDRL 1:128(+) ενώ στο 1^{ο} τρίμηνο κύησης ήταν αρνητικός. Το νεογνό έλαβε πενικιλίνη G για 14ημέρες και αντιμετωπίστηκε με μηχανικό αερισμό-πολλαπλές μεταγγίσεις παραγώγων αίματος-λήψη ινότροπων φαρμάκων. Τρανσαμινασαιμία με χολόσταση παρατηρήθηκε από 1^{η} ημέρα νοσηλείας.
Αποτελέσματα: Τα ηπατικά ένζυμα και η άμεση χολερυθρίνη εμφάνισαν βελτίωση σε ηλικία ενός μηνός (SGOT 811->421 SGPT 810->388 γ-GT 165->150 Χολερυθρίνη 16,86->10,44 Άμεση 12,02->6,6). Η VDRL αρνητικοποιήθηκε στις 6 εβδομάδες ζωής. Ο έλεγχος για άλλα αίτια νεογνικής χολόστασης ήταν αρνητικός. Βιοψία ήπατος δεν πραγματοποιήθηκε. Η ηπατική λειτουργία αποκαταστάθηκε πλήρως σε διάστημα 8 εβδομάδων
Συμπεράσματα: Η ηπατίτιδα σε έδαφος CS είναι σχετικά συχνή επιπλοκή, με τις τιμές των ηπατικών ενζύμων να παραμένουν αυξημένες για αρκετές εβδομάδες. Η χολόσταση είναι σχετικά σπάνια και η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό της ηπατικής ίνωσης. Αν και συνήθως υποχωρεί σταδιακά, έχουν αναφερθεί περιστατικά με κακή εξέλιξη, γι αυτό η τακτική παρακολούθηση των παιδιών αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική.



ΑΑ141

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (ΜΕΝΝ) ΓΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.

Καλλίστη Γκούνη, Ευαγγελία Μπαλαγιάννη, Αντέλα Μούλλα, Γεωργία Μάνθου, Ελισάβετ Σιδερίδου, Γεώργιος Τριανταφυλλίδης, Χρήστος Καράκος
Παιδιατρικό Τμήμα, Τζάνειο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

Εισαγωγή- Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών παραγόντων κινδύνου συσχετιζόμενων με την ανάγκη διακομιδής των νεογνών σε εξειδικευμένες μονάδες φροντίδας.
Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή δημογραφικών/κλινικών παραμέτρων 227 γεννήσεων σε δημόσιο μαιευτήριο και συσχέτισή τους με διακομιδή των νεογνών σε ΜΕΝΝ.
Αποτελέσματα: Εκ των 227 κυήσεων, διακομιδή σε ΜΕΝΝ απαιτήθηκε σε 8,4%(19/227), εκ των οποίων το 82,3 % αφορούσε τελειόμηνα νεογνά και το 17,7% πρόωρα. Συχνότερα αίτια διακομιδής:-Αναπνευστική δυσχέρεια σε τελειόμηνα νεογνά (52,9 %) - Αναπνευστική δυσχέρεια σε πρόωρα (11,8 %)- Λοιπές αιτίες (λοίμωξη, υπερχολερυθριναιμία (35,3%). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση της μητρικής ηλικίας (p=0.396) ή καταγωγής (ελληνικής έναντι μεταναναστών/προσφύγων,p=0.622).Δε συσχετίστηκε η πιθανότητα διακομιδής με το φύλο του νεογνού(**p=0.154**).
Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική συσχέτιση του κινδύνου διακομιδής με: πλήρη έλλειψη προγεννητικής παρακολούθησης (**p=0.03**), γέννηση IUGR νεογνού (**p=0.046**), μικρότερο βάρος γέννησης (**p=0.042**), μικρότερη ηλικία κύησης (**p=0.020**), προωρότητα (**p=0.046**). Ο τύπος του τοκετού (Κ.Τ. έναντι Φ.Τ) δε συνδέθηκε με την ανάγκη διακομιδής (p=0.937), προβλήματα της μητέρας κατά την κύηση (υπέρταση, ΣΔ) δε συσχετίστηκαν με αυξημένη ανάγκη διακομιδής (**p=0.347).** Τέλος, η ανάγκη ανάνηψης κατά τον τοκετό δε συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο διακομιδής (**p=0.923**).
Συμπεράσματα: Λιγότερο από 1 στα 10 νεογνά που γεννιούνται σε δημόσιο μαιευτήριο χρήζουν διακομιδής σε ΜΕΝΝ. Η πλήρης έλλειψη προγεννητικής φροντίδας, η παρουσία προωρότητας, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη μεταφορά. Η ανάγκη ανάνηψης κατά τον τοκετό δεν αποτέλεσε δυνητικό παράγοντα κινδύνου για επακόλουθη παραπομπή των νεογνών σε εξειδικευμένα κέντρα.

ΑΑ142

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΕΝΝΗΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2024.

Καλλίστη Γκούνη, Ευαγγελία Μπαλαγιάννη, Αντέλα Μούλλα, Χριστίνα Γηραλέα, Κωνσταντίνος Αδαμόπουλος, Γεώργιος Τριανταφυλλίδης
Παιδιατρικό Τμήμα, Τζάνειο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γεννήσεων και της περιγεννητικής έκβασής τους στη διάρκεια του προηγούμενο έτους.
Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή δεδομένων από τα αρχεία 227 γεννήσεων πραγματοποιηθέντων σε δημόσιο μαιευτήριο κατά το έτος 2024.
Αποτελέσματα: Εκ του συνόλου των μητέρων με διάμεση ηλικία 29 έτη (14-47 έτη), το 63,4% ήταν ελληνικής καταγωγής ενώ το υπόλοιπο 36,6% αλλοδαπής (μετανάστες και πρόσφυγες). Πρωτότοκες ήταν το 42,4%, ενώ ποσοστό 27,1% του πληθυσμού δεν είχε καμία προγεννητική παρακολούθηση. Η διάμεση ηλικία κύησης ήταν 38,6 εβδομάδες (34-41 εβδομάδες) ενώ προωρότητα καταγράφηκε σε 6,6% των κυήσεων (15/227 με διάρκεια κύησης≤37 εβδομάδων). Αναφορικά με τον τύπο τοκετού, καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε σε 114/227 περιπτώσεις (50,2%) με συχνότερα αίτια: -Προηγηθείσα Καισαρική Τομή (55,7%) -Μητρική επιθυμία (23,5%) -Μη εξέλιξη τοκετού (4,3%) -Ισχιακή προβολή και άλλες θέσεις (1,7%) -Μητρικές παράμετροι (π.χ. Υπέρταση) (14,8%). Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί η ανάδειξη της μητρικής επιθυμίας ως το συχνότερο αίτιο καισαρικής τομής μεταξύ των πρωτοτόκων (32,3%). Εκ των 227 γεννηθέντων νεογνών (2 δίδυμες κυήσεις) με διάμεσο βάρος γέννησης 3212 gr (1890-4530 gr), η πλειονότητα ήταν θήλεα (50,9%). Ανάνηψη κατά τον τοκετό χρειάστηκε το 5,4% των νεογνών, ενώ διακομιδή για εξειδικευμένη φροντίδα σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών απαιτήθηκε σε 19/227 περιπτώσεις (8,4%).
Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, διαπιστώνεται ένα ανησυχητικά υψηλό ποσοστό κυήσεων χωρίς καμία προγεννητική παρακολούθηση και φροντίδα, εύρημα που πιθανόν σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των μητέρων. Επιπλέον, η ανεύρεση ενός υψηλού ποσοστού εγκύων που αυτοβούλως επιθυμούν τη διενέργεια καισαρικής τομής άνευ ιατρικής ένδειξης καθιστά αναγκαία την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για σωστή ενημέρωση αναφορικά με τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού.

ΑΑ143

ΕΠΙΠΕΔΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΕΝΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Έλενα Παπαμιχαήλ[1], **Έλενα Πολυκάρπου[1]**, Πολλής Πολυκάρπου[2], Σοφία Ζαχάκη[3], Μιχάλης Τάλιας[4]
[1] Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ, Λευκωσία, Κύπρος
[2] Παιδίατρος, Εθνικό Σύστημα Υγείας Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος
[3] ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», Αθήνα
[4] Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα ποιοτικό μέτρο της φροντίδας και αυτό πυροδότησε την ανάγκη για μέτρηση της ικανοποίησης γονέων με νεογνά στη ΜΕΝΝ.
Σκοπός: Στόχος της μελέτης είναι η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων και των παραγόντων που τον επηρεάζουν, με στόχο τη βελτίωση των πρακτικών για την οικοδόμηση ενός περιβάλλοντος με επίκεντρο την οικογένεια το οποίο θα παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στην ΜΕΝΝ.
Υλικό: Η μελέτη διήρκεσε ένα έτος και περιελάμβανε 240 οικογένειες.
Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης (EMPATHIC-N) με συνολικά 57 ερωτήσεις-δηλώσεις που προσδιόριζαν πέντε παράγοντες: 1) πληροφορίες για το νεογνό που λαμβάνει φροντίδα (12 δηλώσεις), 2) φροντίδα και θεραπευτική παρέμβαση (17 δηλώσεις), 3) γονική συμμετοχή (8 δηλώσεις), 4) οργάνωση (8 δηλώσεις) και 5) επαγγελματική συμπεριφορά του προσωπικού στον χώρο εργασίας (12 δηλώσεις).
Αποτελέσματα: Οι γονείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι με την παρεχόμενη φροντίδα (μέση ικανοποίηση για κάθε ερώτηση στο ερωτηματολόγιο από 4,04-4,9, ανώτατο όριο 5). Οι παράγοντες παρέμβασης, οργάνωσης και επαγγελματισμού σχετίζονται στενά μεταξύ τους, ορίζοντας έναν γενικότερο παράγοντα που συνδέεται με την οργανωτική δομή της ΜΕΝΝ. Η οργάνωση επηρεάζει τις άλλες διαστάσεις της γονικής ικανοποίησης. Ο επαγγελματισμός του ιατρικού προσωπικού προβλέπει με στατιστική σημασία τη γονική εμπλοκή και όλες τις άλλες μεταβλητές. Επιπλέον, οι μητέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου απαιτούν εκτενέστερη πληροφόρηση για να ικανοποιηθούν.
Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε υψηλός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στην οργάνωση και στον επαγγελματισμό των ιατρών και των νοσηλευτών της ΜΕΝΝ. Επιπλέον, η ακριβής και έγκαιρη πληροφόρηση αυξάνει την ικανοποίησή των γονέων.

ΑΑ144

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (2021-2024)

Άννα Ντομακάκη, **Χρυσάνθη Μηνδρινού**, Θεοφανία Γρηγορά, Καλλιόπη Τανού, Ιωάννα Τάσσιου, Κωνσταντίνος Τσάκος, Ειρήνη Καλαντζή, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η νεογνική περίοδος, δηλαδή οι πρώτες 28ημέρες της ζωής, είναι το πιο κρίσιμο στάδιο για την επιβίωση ενός παιδιού. Ορισμένα νεογνά θα παρουσιάσουν συμπτωματολογία και θα χρειασθεί να νοσηλευθούν είτε σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο, είτε σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (ΜΕΝΝ).
Σκοπός: Η μελέτη των αιτιών εισαγωγής νεογνών, της διαχείρισης των περιστατικών και της έκβασής τους σε Τμήμα Ενδιάμεσης Νοσηλείας Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.
Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική-περιγραφική μελέτη. Περιελήφθησαν τα ιστορικά νεογνών, τα οποία νοσηλεύθηκαν την 4ετία, από το 2021 έως και το 2024.
Αποτελέσματα: Εισήχθησαν συνολικά 501 νεογνά, 296 άρρενα (59%). Τα 474 (94,6%) γεννήθηκαν στο νοσοκομείο, ενώ 27(5,4%) μεταφέρθηκαν. Η πλειονότητα των εισαγωγών, έγινε τις πρώτες 48ώρες ζωής, 443(88,43%). Το βάρος γέννησης σε 15νεογνά (3%) ήταν <2.000gr, σε 66(13,2%) 2.000-2.500gr και σε 420 (83,8%) >2.500gr. Η μέση ηλικία κύησης ήταν 37εβδομάδες. Οι πιθανές πρώιμες νεογνικές λοιμώξεις και η αναπνευστική δυσχέρεια ήταν τα κύρια εισαγωγής (16,97% και 14% αντίστοιχα). Ακολουθούν το περιγεννητικό stress (6,4%) και ο γογγυσμός (5,8%). Η μέση διάρκεια: α) ενδοφλέβιας ενυδάτωσης ήταν 2,3ημέρες, β) ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής ήταν 5,2ημέρες και γ) νοσηλείας 5,6ημέρες. Όσον αφορά την έκβαση, σε 421 (84%) υπήρξε βελτίωση και εξήλθαν με οδηγίες από το Τμήμα Νεογνών. Διεκομίσθηκαν σε: α) ΜΕΝΝ 78(15,57%) και β) παιδοχειρουργική κλινική σε ποσοστό 0,6%.
Συμπεράσματα: Όπως προκύπτει, κύρια αιτία εισαγωγής των νεογνών είναι οι λοιμώξεις. Η γνώση των αιτιών εισαγωγής σε συνδυασμό με στοχευμένες παρεμβάσεις, βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση, καλύτερη διαχείριση, μείωση της νοσηρότητας και στην καλύτερη τελική έκβαση των νοσηλειών.

ΑΑ145

ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΤΗΣ ΧΕΙΛΕΟΫΠΕΡΩΙΟΣΧΙΣΤΙΑΣ

Βασιλική Τζέκου, Σταμάτιος Χονδρογιώργος, Δέσποινα Σαμουρκασίδου, Μαρία Παπαγεωργίου, Αναστασία Τουλιοπούλου, Ελένη Βούρτη
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Οι σχιστίες της στοματικής κοιλότητας αποτελούν τη πιο συχνή κρανιοπροσωπική δυσπλασία με 3 κύριους τύπους: μεμονωμένη χειλεοσχιστία, μεμονωμένη υπερωιοσχιστία και χειλεογνάθοϋπερωιοσχιστία, οι οποίοι διαφέρουν ως προς την εμβρυολογία, πιθανά εμπλεκόμενα γονίδια και επιπλοκές. Η δυνατότητα προγεννητικής διάγνωσης επιτρέπει τη διερεύνηση πιθανών συνδρόμων και παρέχει χρόνο για ενημέρωση και προετοιμασία. Το άμεσο πρόβλημα κατά τη νεογνική ηλικία είναι η δυσκολία στη σίτιση.
Σκοπός: Παρουσίαση δύο περιστατικών νεογνών με προγεννητικά διαπιστωθείσα χειλεογναθοϋπερώιοσχιστία και μεμονωμένη χειλεοσχιστία αντίστοιχα.
Υλικό – Μέθοδος – Αποτέλεσμα: Πρόκειται για τελειόμηνα νεογνά που γεννήθηκαν από πρωτοτόκες μητέρες, μη καπνίστριες, με ανεπίπλεκτες κυήσεις. Επισημαίνεται η διαπίστωση σακχαρώδους διαβήτη κύησης στη μητέρα του νεογνού με τη χειλεοσχιστία. Η διάγνωση και στις δύο περιπτώσεις τέθηκε προγεννητικά στον υπέρηχο δευτέρου τριμήνου, χωρίς ανεύρεση επιπλέον ανατομικών ανωμαλιών. Τα δύο νεογνά γεννήθηκαν χωρίς ανάγκη αναζωογόνησης . Κατά την πρώτη παιδιατρική εκτίμηση διαπιστώθηκε βατός αεραγωγός με μεμονωμένη ατελή χειλεοσχιστία δεξιά στο πρώτο και πλήρη ετερόπλευρη χειλεογνάθοϋπερωιοσχιστία δεξιά στο δεύτερο. Στην περίπτωση της χειλεοσχιστίας η σίτιση κατέστη επιτυχής με γεύματα από bibero, καθώς και μητρικό θηλασμό. Ωστόσο, στη περίπτωση της χειλεογνάθοϋπερωιοσχιστίας η σίτιση κατέστη αδύνατη παρά τον επαρκή εξοπλισμό ενώ σε προσπάθεια τοποθέτησης ρινογαστρικού καθετήρα παρουσιάστηκε, επίσης δυσχέρεια στην σταθεροποίηση και διατήρηση του, οπότε και διεκομίσθη σε Μονάδα Νεογνών για περαιτέρω διαχείριση.
Συμπεράσματα: Αν και η χειλοϋπερωιοσχιστία αποτελεί κλινική οντότητα με δυνατότητα προγεννητικής ανίχνευσης και κατάλληλης προετοιμασίας, ο μη ακριβής προσδιορισμός του μεγέθους της σχιστίας αποτελεί πρόκληση για τον γενικό παιδίατρο, με πιθανή ανάγκη εξειδικευμένης υποστήριξης.



ΑΑ146

ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΤΡΑΧΕΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Γαρυφαλλιά - Ευαγγελία Ζώγου, Αχιλλέας Γουσιόπουλος, Θέμις Δούκα, **Αναστασία Τουλιοπούλου**, Ελένη Βούρτη, Μαρία Παπαγεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η ατρησία οισοφάγου που συνήθως συνυπάρχει με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο αποτελεί μία συγγενή ανωμαλία της νεογνικής περιόδου. Μπορεί να συνοδεύεται από άλλες μεμονωμένες ανωμαλίες από διάφορα συστήματα ή και σύνδρομα όπως τα VATER/VACTERL. Προγεννητικά σχετίζεται με πολυϋδράμνιο, ενώ μετά τη γέννηση παρατηρούνται μη ειδικά συμπτώματα όπως σιελόρροια, άφθονες στοματορινικές εκκρίσεις, αναγωγές και επεισόδια πνιγμονής και κυάνωσης κυρίως μετά από κάθε προσπάθεια σίτισης.
Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Θήλυ τελειόμηνο νεογνό χωρίς ανάγκη αναζωογόνησης με φυσιολογικό προγεννητικό έλεγχο, παρουσίασε αμέσως μετά τη γέννηση αυξημένες στοματοφαρυγγικές εκκρίσεις. Έγιναν προσπάθειες αναρρόφησης και τοποθέτησης ρινογαστρικού καθετήρα που απέδωσαν μικρή ποσότητα διαυγών εκκρίσεων. Στην πρώτη προσπάθεια σίτισης παρουσίασε επεισόδιο αναγωγών και κατόπιν κυάνωσης, διάρκειας λίγων δευτερολέπτων, που υφέθηκε με απτικά ερεθίσματα. Κλινικά, δεν παρουσίαζε σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας με διατήρηση καλών ζωτικών σημείων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο και την οξεοβασική ισορροπία δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφία θώρακος- κοιλίας) ανέδειξε φυσιολογικό πνευμονικό παρέγχυμα και παρουσία αέρα στον στόμαχο. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων και με έντονη υποψία ανατομικής ανωμαλίας διεκομίσθη σε Μονάδα Νεογνών. Διαγνώστηκε ατρησία οισοφάγου με άπω τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο οπότε και υπεβλήθη άμεσα σε χειρουργική αποκατάσταση με τελικοτελική αναστόμωση.
Συμπεράσματα: Η επιμονή άτυπων νεογνικών συμπτωμάτων όπως σιελόρροια και κυάνωση, τα οποία επιτείνονται σε κάθε προσπάθεια σίτισης, πρέπει να κινητοποιεί άμεση διαγνωστική διερεύνηση για τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ακόμα και σε απουσία αναπνευστικής δυσχέρειας, επιτρέποντας έγκαιρη παρέμβαση και την πρόληψη επιπλοκών. Για τη διάγνωση αρκεί μια απλή ακτινογραφία του νεογνού σε όρθια θέση με έναν ακτινοσκιερό καθετήρα από το στόμα ή τη μύτη που δείχνει την αδυναμία προώθησής του στο κεντρικό κολόβωμα.

ΑΑ147

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ELLIS-VAN CREVELD

Ευαγγελία Παπαθωμά[1], Ανδρέας Πάμπανος[1] ,Γεώργιος Παπαδόπουλος[1], Παναγιώτα Σιέμου[1], Κωνσταντίνος Αντωνής[2], Μυρτώ Σωτηροπούλου[1], Ειρήνη Ναζάρι[1], Ευαγγελία Στρατίκη[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα, Αθήνα
[2] Νοσοκομείο Παίδων " Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Ellis-Van Creveld είναι ένα σπάνιο σύδρομο με συχνότητα 7 προς 1.000.000. Αποτελεί μια αυτοσωματική υπολειπόμενη σκελετική δυσπλασία που χαρακτηρίζεται από κοντά άκρα, πολυδακτυλία άνω και κάτω άκρων καθώς επίσης και δυσπλαστικά νύχια και δόντια. Τα προσβεβλημένα άτομα συχνά εμφανίζουν και συγγενείς καρδιακές διαταραχές.
Σκοπός: Η καταγραφή σπάνιας περίπτωσης νεογνού με σύνδρομο Ellis-Van Creveld που γεννήθηκε στο νοσοκομείο μας.
Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για περίπτωση κατά την οποία προγεννητικά είχε διαπιστωθεί υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου στη 19η εκατοστιαία θέση, καθώς και βραχέα μακρά οστά. Λόγω της σκελετικής αυτής δυσπλασίας, πραγματοποιήθηκε μοριακός έλεγχος με αλληλούχηση εξωνίων όλων των γονιδίων του ανθρώπινου γονιδιώματος (Whole Genome Sequencing) στο αμνιακό υγρό. Στο δείγμα που εξετάστηκε ανιχνεύθηκαν παραλλαγές στο γονίδιο EVC, συγκεκριμένα η c.919T>C και η c.2894+3A>G σε ετεροζυγωτία. Με βάση τη διεθνή βάση δεδομένων Clin Var οι παραλλαγές αυτές χαρακτηρίζονται ως παθογόνες / πιθανά παθογόνες και σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου Ellis-Van Creveld.
Αποτελέσματα: Γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό άρρεν νεογνό με βάρος σώματος 3.670 γραμμάρια στις 41^{+1} εβδομάδες κύησης. Το νεογνό παρουσίαζε εξαδακτυλία και στα 4 άκρα (άνω και κάτω). Δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα κατά την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, ούτε κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας και εγκεφάλου. Το νεογνό θα χρειαστεί ορθοπεδική παρακολούθηση και χειρουργική αποκατάσταση της εξαδακτυλίας άνω και κάτω άκρων στο προσεχές μέλλον.
Συμπεράσματα: Ο σωστός προγεννητικός έλεγχος μπορεί να οδηγήσει μέσω ευρημάτων στην ανεύρεση σπανίων συνδρόμων και η συνεργασία επιστημόνων διαφορετικών τομέων όσο και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων μπορεί να βοηθήσει στη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση ανάλογων περιστατικών.

ΑΑ148

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαρία Λεκαδίτη, Δέσποινα Τουνισσίδου, Παναγιώτης Γιαννακόπουλος, Ελευθερία Καραδήμα, Ελένη Σταθοπούλου, Μαρία Μανιάτη, Θεοδώρα Συριοπούλου
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Η συγγενής διαφραγματοκήλη είναι συνήθως αριστερά και οφείλεται σε ένα έλλειμμα του διαφράγματος που επιτρέπει την άνοδο των εντερικών ελίκων στο θωρακικό κλωβό με αποτέλεσμα την πνευμονική υποπλασία.
Σκοπός: Παρουσίαση νεογνού με συγγενή διαφραγματοκήλη
Υλικό: Νεογνό άρρεν που παρουσίασε καρδιοαναπνευστική ανακοπή αμέσως μετά τη γέννηση. Πρόκειται για νεογνό που γεννήθηκε στις 36+5 εβδομάδες με καισαρική τομή λόγω προ ηγηθείσας, από μητέρα δευτεροτόκο με διαβήτη κύησης ινσουλινοεξαερτώμενο με κακή ρύθμιση. Το πρώτο παιδί της οικογένειας ανέπτυξε σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και παρέμεινε σε ΜΕΝΝ για 15 ημέρες. Η μητέρα είχε υποβληθεί σε όλα τα προγεννητικά υπερηχογραφήματα, που δεν ανέδειξαν παθολογία.
Μέθοδος: Το νεογνό χωρίς φαινοτυπικά στίγματα γεννήθηκε απνοικό με χαμηλές σφύξεις. Από το αέριο αίματος είχε pH=6,9 και lact= 10,3 mmol/L. Έγιναν προσπάθειες αερισμού με μάσκα και ασκό χωρίς βελτίωση και στη συνέχεια διασωληνώθηκε και έγιναν θωρακικές συμπιέσεις. Το νεογνό ανένηψε και στην ακτινογραφία θώρακος που έγινε για έλεγχο του τραχειοσωλήνα αναδείχθηκε η συγγενής διαφραγματοκήλη αριστερά. Τέθηκε ρινογαστρικός σωλήνας για αποσυμπίεση του γαστρενετρικού σωλήνα και τοποθετήθηκε σε μηχανικό αερισμό και έγινε έναρξη αγωγής με δοβουταμίνη.



Αποτελέσματα: Το νεογνό διακομίσθηκε σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε υπερηχογράφημα και υπεβλήθη σε χειρουργείο αποκατάστασης την τρίτη ημέρα της ζωής όπου διαπιστώθηκε χάσμα διαφράγματος οπισθοπλάγια (bochdalek) περίπου 5 εκατοστά, με καλό χειρουργικό αποτέλεσμα. Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 60η μετεγχειρητική ημέρα.
Συμπεράσματα: 60% των περιστατικών με συγγενή διαφραγματοκήλη διαγιγνώσκονται στο υπερηχογράφημα β' επιπέδου. Παρόλα αυτά μικρές διαφραγματοκηλές είναι πιθανόν να διαλάθουν των υπερηχογραφικών ελέγχων.

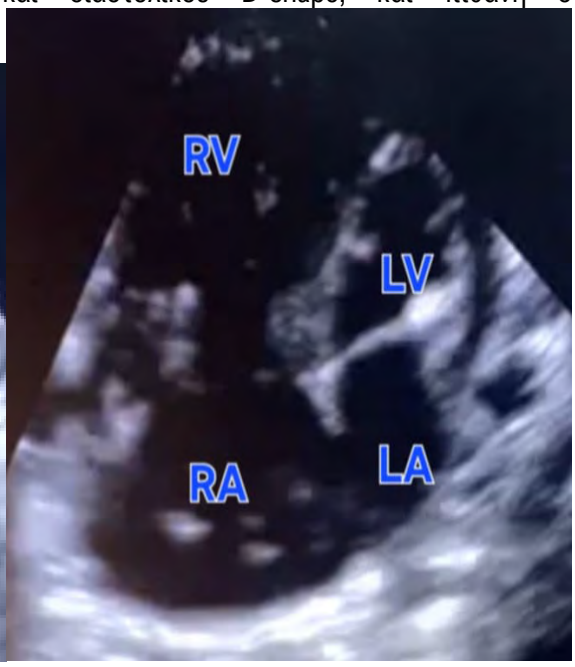
ΑΑ149

ΜΗ ΚΥΑΝΩΤΙΚΗ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ (CRITICAL NEONATAL CHD) ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ 6 ΗΜΕΡΩΝ

Μαρία Λεκαδίτη[1], Δαμιανός Τσιλιβαράκης[2], Ελευθερία Καραδήμα[1], Δέσποινα Τουνισσίδου[1], Παναγιώτης Γιαννακόπουλος[1], Πεντζέχρω Γιαννακοπούλου[1], Θεοδώρα Συριοπούλου[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα
[2] Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Καλαμάτα

Εισαγωγή: Ως σοβαρές συγγενείς καρδιοπάθειες ορίζονται οι σοβαρότερες μορφές των συγγενών καρδιοπαθειών που είναι απειλητικές για τη ζωή και διαγιγνώσκονται συνήθως προγεννητικά ή πολύ σύντομα από τη γέννηση.
Σκοπός: Παρουσίαση νεογνού με σοβαρή συγγενή καρδιοπάθεια που διαγνώστηκε την 6η ημέρα ζωής.
Υλικό: Νεογνό άρρεν 6 ημερών προσκομίστηκε λόγω μείωσης σίτισης από 2ημέρου. Πρόκειται για νεογνό που γεννήθηκε 40+2 εβδομάδων με ΦΤ, και ΒΓ=2800γρ. Είχαν πραγματοποιηθεί όλα τα προγεννητικά υπερηχογραφήματα και εμβρυικό υπερηχογράφημα καρδιάς, λόγω προηγούμενης κύησης με συμπλοκή καρδιοπάθεια, με μοναδικό εύρημα την οριακή ταχύτητα κατά μήκος της αορτικής βαλβίδας 1m/sec, χωρίς αιμοδυναμική σημασία.
Μέθοδος: Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε απώλεια βάρους περίπου 10%, φύσημα 2-3/6 ολοσυστολικό, μηριαία αριστερή ασθενή, ήπαρ +2εκ., ΧΤΕ=3sec, κρύα άκρα, χωρίς αγγειοκινητικές, χωρίς κυάνωση περιφερική ή κεντρική, SatO2: 97%, HR:147/min, RR:65/min, dxt=44mg/dl, ΑΠ=70mmHg συστολική. Έγινε διόρθωση της υπογλυκαιμίας και λήφθηκε screening λοίμωξης, αέριο αίματος και χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά και αντιβιοτική αγωγή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε WBC=16,240, 42,7%poly, Hgb=16,2 g/dl, αέριο αίματος: pH=7.2, Lac=6.9 mmol/L. Έγινε υπερηχογράφημα καρδιάς όπου διαπιστώθηκε σημαντική διάταση της δεξιάς κοιλίας, πολύ μικρό μέγεθος αριστερής κοιλίας(ΑΚ) ,με μεσοκοιλιακό διάφραγμα ακέραιο άλλα με εικόνα συστολικού και διαστολικού D-shape, και πιθανή στένωση αορτικής βαλβίδας.





Αποτελέσματα: Το νεογνό διακομίσθηκε σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του συνδρόμου υποπλαστικής αριστερής κοιλίας.
Συμπεράσματα: Η προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου υποπλαστικής αριστερής κοιλίας είναι περίπου στο 50-70%. Όμως σε ορισμένα έμβρυα μπορεί να έχουν φυσιολογικό μέγεθος ΑΚ χωρίς στένωση σε αορτική ή μιτροειδή βαλβίδα γι' αυτό πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση σε επιμέρους στοιχεία για να τεθεί η διάγνωση.



ΑΑ150

ΚΛΕΙΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ/ΔΥΣΟΣΤΩΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 14 ΜΗΝΩΝ

Θεοδώρα Πληκαδίτη, **Λουίζα Αϊδινίδου**, Μάριος Ξυδιάς, Αικατερίνη Μόντη, Παρθένα Καμπουρίδου
Παιδιατρική Κλινική ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς- Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η κλειδοκρανιακή δυσόστωση/δυσπλασία (CDC) είναι σπάνια νόσος με επιπολασμό 1/1.000.000 γεννήσεις, προσβάλλοντας εξίσου και τα δύο φύλα. Οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου RUNX2 που κωδικοποιεί τον υπεύθυνο μεταγραφικό παράγοντα για την διαφοροποίηση των οστεοβλαστών και κληρονομείται με τον ΑΕΧ. Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι οι διαταραχές στην ανάπτυξη των οδόντων και των οστών, με συνέπεια υπεράριθμους οδόντες, υποπλασία ή απλασία κλειδών, οστεοπενία, καθυστερημένη σύγκλειση κρανίου, κοντό ανάστημα, σκολίωση, υποπλασία μέσης γραμμής προσώπου με συχνές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού με κίνδυνο απώλειας ακοής. Η νοημοσύνη δεν επηρεάζεται. Η διάγνωση τίθεται από τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα και τον γενετικό έλεγχο.
Σκοπός: Παρουσίαση μιας σπάνιας νόσου με αφορμή την περίπτωση αγοριού που προσήλθε στα ιατρεία μας για εκτίμηση μυϊκής υποτονίας και καθυστέρησης κινητικών οροσήμων.
Υλικό: Αγόρι 14 μηνών προσκομίσθηκε λόγω μυϊκής υποτονίας και καθυστέρησης κινητικών οροσήμων. Η φυσική εξέταση ανέδειξε μεγάλη πρόσθια πηγή με διάσταση ραφών, στενό κρανίο, υπερτηλορισμό, μικρογναθία, θολωτή υπερώα, ανωμαλίες ρινικού διαφράγματος/θαλαμών. Βραχυδακτυλία και φαρδείς αντίχειρες. Το οικογενειακό ιστορικό αποκάλυψε πατέρα με απουσία κλειδών, οδοντικές και σκελετικές ανωμαλίες.
Αποτελέσματα: Από τον έλεγχο διαπιστώθηκαν χαμηλές τιμές ALP, IGF, βιταμίνης D. Η οστική ηλικία των οστών του καρπού αντιστοιχούσε σε ηλικία νεογνού ενώ των φαλάγγων πιο προχωρημένη, με χαρακτηριστικό ακτινολογικό εύρημα στους αντίχειρες. Ο υπόλοιπος έλεγχος ήταν φυσιολογικός, συνεχίζεται η παρακολούθηση.
Συμπεράσματα: Η κλειδοκρανιακή δυσόστωση είναι σπάνια, της οποίας η αναγνώριση επιτρέπει την πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών της νόσου μέσα από μια μεθοδευμένη παρακολούθησή της. Σημαντικό επίσης να γίνει γνωστό στον γενικό παιδίατρο ο κίνδυνος κακοήθους υπερθερμίας σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης στον ασθενή.

ΑΑ151

ΝΕΑΝΙΚΗ ΜΥΟΚΛΟΝΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΗ 15 ΕΤΩΝ

Θεοχάρης Παυλίδης, Δήμητρα Κατσαρού, Αναστασία Τουλιοπούλου, Μαρία Παπαγεωργίου, Ελένη Βούρτη
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια

Εισαγωγή: Η νεανική μυοκλονική επιληψία είναι ένα από τα πιο συχνά γενικευμένα σύνδρομα επιληψίας στην εφηβική ηλικία. Η συχνότητα εμφάνισης εκτιμάται 1/1000-2000 άτομα με μέση ηλικία διάγνωσης 15 έτη. Χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων είναι οι μυοκλονίες, οι αφαιρέσεις και οι γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί. Οι κρίσεις εμφανίζονται συνήθως κατά την αφύπνιση ενώ εκλύονται με τη στέρηση ύπνου. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη.
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού νεανικής μυοκλονικής επιληψίας σε έφηβη 15 ετών με μυοκλονίες από 6μηνου.
Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Έφηβη ηλικίας 15 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ Παιδιατρικής λόγω αναφερόμενου επεισοδίου πτώσης εξ ιδίου ύψους μετά από μυοκλονίες άνω και κάτω άκρων, διάρκειας λίγων δευτερολέπτων και με αυτόματη λύση χωρίς απώλεια συνείδησης, χωρίς απώλεια κοπράνων ή ούρων και χωρίς μετακριτική υπνηλία. Παρόμοια επεισόδια κυρίως κατά την αφύπνιση περιγράφονται από 6μηνου με αναφερόμενη αύξηση του αριθμού και της έντασής τους από 10ημερου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, την κλινική και νευρολογική εξέταση καθώς και την MRI εγκεφάλου δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Η διάγνωση τέθηκε με το ΗΕΓ το οποίο ανέδειξε τα χαρακτηριστικά συμπλέγματα αίχμης-βραδέος κύματος. Η ασθενής τέθηκε σε από του στόματος λεβετιρακετάμη με άμεση απάντηση και ύφεση των επεισοδίων.
Συμπεράσματα: Η υποψία της νεανικής μυοκλονικής επιληψίας τίθεται μέσα από λεπτομερές ιατρικό ιστορικό ενώ η διάγνωση επιβεβαιώνεται με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα το οποίο αναδεικνύει ταχείες γενικευμένες εκφορτίσεις αιχμής, πολυαιχμής-κύματος. Θεραπεία πρώτης γραμμής θεωρείται το βαλπροϊκό ενώ εναλλακτικές επιλογές είναι η λεβετιρακετάμη και η λαμοτριζίνη. Οι ασθενείς συνήθως ανταποκρίνονται γρήγορα και πλήρως στη θεραπεία αλλά απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία. Η συχνότητα των κρίσεων συνήθως μειώνεται στην ενήλικο ζωή.

ΑΑ152

ΠΙΛΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ

Μαρία Βανακλιώτου, Ελένη Μπονέ, Άννα Γκατζόφλια, Κλεοπάτρα Κεφαλά, Μαρία Γκέσου, Μαγδαληνή Κατσουπάκη, Ελένη Παμπούρη, Μαρία Στεφανίδου, Γεώργιος Τσακελίδης, Μαρία Τζέλλου, Μιχάλης Χασάπης, Αικατερίνη Λιάνα
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη

Εισαγωγή: Το πιλοκυτταρικό αστροκύττωμα εντάσσεται στα χαμηλού βαθμού γλοιώματα και αποτελεί τον συχνότερο όγκο του ΚΝΣ στην παιδική ηλικία (1:1.000). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι υποφυσιακοί και υπερεφιππιακοί όγκοι μπορεί να προκαλέσουν το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης, όπως και διακοπή της οδού έκκρισής της.
Σκοπός: Περιγραφή όγκου του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος σε ασθενή με υπονατριαιμία
Υλικό: Φάκελος νοσηλείας, εργαστηριακά δεδομένα, βιβλιογραφική αναζήτηση
Μέθοδος: Άρρεν νηπιακής ηλικίας 3,5 ετών εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας με συνοδό άρνηση λήψης τροφής από 48ωρου και μειωμένης διούρησης από 24ωρου. Από την αντικειμενική εξέταση κατά την εισαγωγή ο ασθενής παρουσίαζε νωθρότητα και έντονη υπνηλία όπως και ευρήματα συμβατά με βρογχιολίτιδα και αφυδάτωση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπονατριαιμία (Na^+ 131.5 mmol/L), η οποία ενώ διορθώθηκε με την χορήγηση κατάλληλων ενδοφλέβιων διαλυμάτων, υποτροπίαζε διαρκώς καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας (ελάχιστη τιμή 124 mmol/L), και ο ασθενής κλινικά παρουσίασε αταξία κατά τη βάδιση.
Έγινε αξονική εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε στρογγυλή υπερεφιππιακή μάζα με τοιχωματικές επασβεστώσεις, προκαλώντας απόφραξη της τρίτης κοιλίας και διάταση των πλάγιων κοιλιών.
Αποτελέσματα: Η παθολογοανατομική έκθεση της ενδοσκοπικής βιοψίας της χωροκατακτητικής εξεργασίας που έγινε, ανέδειξε μορφολογικά χαρακτηριστικά πιλοκυτταρικού αστροκυττώματος εγκεφάλου, χωρίς άτυπα κυτταρολογικά χαρακτηριστικά. Ο ασθενής τέθηκε σε χημειοθεραπεία.
Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με υποφυσιακούς ή υπερεφιππιακούς όγκους του ΚΝΣ, οι οποίοι προκαλούν αποφρακτικό υδροκέφαλο, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο διαταραχών του νατρίου, καθώς επηρεάζεται νευροανατομικά η οδός έκκρισης της ADH. Η επιμένουσα υπονατριαιμία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης σε συσχέτιση πάντα με τα υπόλοιπα συμπτώματα και σημεία.

ΑΑ153

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΠΥΡΕΤΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 3,5 ΜΗΝΩΝ

Χρυσάνθη Μηνδρινού, Άννα Ντομακάκη, Χρύσα Πάνου, Χρυσή-Ευαγγελία Ακρίβου, Κωνσταντίνος Τσάκος, Άννα Ψυρροπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Βόλος

Εισαγωγή: Η αναγνώριση των σπασμών στη βρεφική ηλικία και ο διαχωρισμός σε επιληπτικούς και μη επιληπτικούς αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Οφείλονται είτε σε καλοήθεις αυτοπεριοριζόμενες, είτε σε σοβαρότερες καταστάσεις, π.χ. λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, μεταβολικά ή γενετικά νοσήματα.
Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού απύρετων σπασμών σε βρέφος 3,5 μηνών.
Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για βρέφος θήλυ 3,5 μηνών, τελειόμηνο, γεννηθέν με καισαρική τομή, ελεύθερο μαιευτικό-ατομικό ιστορικό, τεχνητή διατροφή και πλήρη εμβολιαστική κάλυψη για την ηλικία του. Προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ παιδιατρικής περιφερειακού νοσοκομείου εξαιτίας αναφερόμενων επεισοδίων προσήλωσης βλέμματος αγνώστου διάρκειας μετά το μπάνιο, ακολούθησε αναγωγή και έντονη ανησυχία. Από το πρόσφατο ιστορικό προκύπτει επίσκεψη σε ιδιώτη παιδίατρο, προ τριημέρου, λόγω ανοσοποίησης με 15-δύναμο συζευγμένο πολυσακχαριδικό πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο. Ήταν απύρετο, σε καλή γενική κατάσταση, αιμοδυναμικά σταθερό και η αντικειμενική εξέταση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά την εισαγωγή, παρουσίασε τρία επεισόδια προσήλωσης βλέμματος σε διάστημα 30 λεπτών. Ετέθη σε ενδοφλέβια αγωγή με μιδαζολάμη 0,1mg/kg εφάπαξ, χορηγήθηκε οξυγόνο μέσω μάσκας (2-3lt), ελήφθη εργαστηριακός αιματολογικός-ορολογικός έλεγχος, αέρια αίματος, filmarray αναπνευστικού και πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση.
Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών τιμών, το filmarray αρνητικό, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) βρέθηκαν 5κύτταρα/mm3, Glu:55mg/dl, λεύκωμα:35,4mg/dl LDH:12 IU/U και η PCR ΕΝΥ ήταν αρνητική για HCMV, EBV, HSV, HHV, VZV, εντεροιούς. Διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για παιδονευρολογική εκτίμηση, διερεύνηση και αντιμετώπιση.
Συμπέρασμα: Παρότι, η τελική διάγνωση των απύρετων βρεφικών σπασμών είναι απαιτητική, σε περίπτωση ισχυρής κλινικής υποψίας, όπως στο συγκεκριμένο περιστατικό, κρίνεται σκόπιμη η έγκαιρη διερεύνηση με σκοπό την αποφυγή μακροπρόθεσμων διαταραχών, όπως είναι οι νευροαναπτυξιακές.

ΑΑ154

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΨΟΚΛΟΝΟΥ ΜΥΟΚΛΟΝΟΥ (OPSOCLONUS MYOCLONUS SYNDROME-OMS)

Τριανταφυλλιά Ριζοπούλου[1], Ελευθερία Κόκκινου[2], Φωτεινή Σιούζου[1], **Μαρία Χριστολουκά**[1], Μαρία Μπαλλά[2], Θεοδώρα Ξανθάκη[1], Βασιλική Ζιάκα[2], Αγγελική Μουδάκη[1], Ευαγγελία Λυκοπούλου[1], Μαρία-Ροζέ Πονς[2], Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Ειδική Μονάδα Παιδονευρολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή Το σύνδρομο οψόκλονου-μυόκλονου αποτελεί σπάνια επίκτητη νευροανοσολογική διαταραχή με έναρξη συνήθως στο 2ο έτος ζωής. Εμφανίζεται συνηθέστερα ως παρανεοπλασματικό σύνδρομο (50% των περιπτώσεων: 73% εξ' αυτών νευροβλάστωμα) αλλά μπορεί να έχει και μεταλοιμώδη ή ιδιοπαθή αιτιολογία.
Σκοπός Περιγραφή βρέφους με μεταλοιμώδη οψόκλονο-μυόκλονο.
Υλικό-Μέθοδος Άρρεν βρέφος 18 μηνών εισήχθη στην παιδιατρική κλινική με εικόνα έντονου αταξικού βαδίσματος, δακτυλοβάμον με ταλάντωση κορμού και έντονο τρόμο θέσεως και δράσης των άκρων ιδίως δεξιά. Αναφέρεται προ 20ημέρου αυτοπεριοριζόμενη λοίμωξη αναπνευστικού με την διάγνωση να προσανατολίζεται αρχικά προς τη μεταλοιμώδη παρεγκεφαλίτιδα. Ωστόσο, κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκαν ευερεθιστότητα, ακούσιες, χαοτικές, οφθαλμικές κινήσεις και τρομώδεις κινήσεις, εικόνα περισσότερο συμβατή με τη διάγνωση του συνδρόμου οψόκλονου-μυόκλονου. Διενεργήθηκε έλεγχος λοίμωξης, τοξικολογικός, παρανεοπλασματικός και απεικονιστικός (CT εγκεφάλου-ολόσωμη MRI), χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος ΕΝΥ και ορού ανέδειξε παρουσία αχνών ολιγοκλωνικών ζωνών και IgG, ευρήματα συμβατά με συστηματική ανοσολογική-φλεγμονώδη διαταραχή.
Αποτελέσματα Θεραπευτικά, αντιμετωπίστηκε με ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης (3 ώσεις των 30mg/kg/ημέρα για 5 ημέρες), ακολούθως από του στόματος πρεδνιζολόνη σε σταδιακή μείωση και μηνιαία χορήγηση IVIG (2g/kg σε 2 ημέρες). Ο ασθενής παρουσίασε μερική ανταπόκριση, με επιμονή ωστόσο του τρόμου δράσης και της αταξίας οπότε και προσετέθη αγωγή με rituximab (500mg/m^2, 3 δόσεις) με περαιτέρω κλινική βελτίωση.
Συμπεράσματα Η διάγνωση του συνδρόμου οψόκλονου-μυόκλονου είναι κλινική. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο οψόκλονος μπορεί να μην είναι εμφανής κατά την έναρξη της κλινικής εικόνας του συνδρόμου, καθυστερώντας την διάγνωση. Η έγκαιρη έναρξη θεραπείας σχετίζεται με βελτίωση της κινητικής συμπτωματολογίας των ασθενών, με την πρόγνωση να είναι επιφυλακτική όσον αφορά την ψυχοκινητική τους ανάπτυξη.

ΑΑ155

"ΒΡΕΦΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΤΗΝ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ"

Ανδρομάχη Σταμάτη[1], Ιωάννα Κουρή[2], Κανέλλα Δρακοπούλου[1], Δέσποινα Θεοτοκάτου[1], Σοφία Παπανικολάου[1], Ελένη Κότσιφα[1], Ελένη Ντρέτσιου[1], Βασιλική Λεβιδιώτη[1] Νικόλαος Σπυρίδης[3], Μαρία Παπαδάκη[1]
[1] Παιδιατρική κλινική, Metropolitan Hospital, Πειραιάς, Ελλάδα
[2] Παιδονευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Metropolitan Hospital
[3] Παιδιατρική κλινική, Νοσοκομείο "Μητέρα", Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η αυτοπεριοριζόμενη επιληψία της βρεφικής ηλικίας εμφανίζεται σε βρέφη ηλικίας 3 έως 20 μηνών με φυσιολογικό περιγεννητικό ιστορικό και νευρολογική ανάπτυξη. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι αρχικά συχνές και υποχωρούν αυτόματα μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Η πιο συχνή γενετική αιτιολογία είναι παθογόνες μεταλλάξεις στο γονίδιο PRRT2 (proline rich transmembrane protein 2) με τις οικογενείς περιπτώσεις να κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατή τρόπο με ατελή διειδυτικότητα. Οι PRRT2-σχετιζόμενες διαταραχές περιλαμβάνουν επίσης παροξυσμική κινησιογενή δυσκινησία, ημιπληγική ημικρανία και επεισοδική αταξία κατά την παιδική ηλικία ή και την ενήλικη ζωή, συχνά με φαινοτυπική ετερογένεια ακόμη και μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας.
Σκοπός: Η παρουσίαση αποσκοπεί στην ανάδειξη της σημασίας της γενετικής διάγνωσης σε βρέφος με φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη και επεισόδια απύρετων σπασμών.
Υλικό: Βρέφος θήλυ 7 μηνών προσήλθε με πολλαπλά σύντομα επεισόδια απύρετων εστιακών σπασμών με δευτεροπαθή γενίκευση. Αναφέρεται θετικό οικογενειακό ιστορικό ημικρανίας. Η νευρολογική εξέταση και οι παρακλινικές εξετάσεις (μεσοκρισικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, απεικονιστικός και μεταβολικός έλεγχος) ήταν φυσιολογικές.
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε γενετικός έλεγχος Whole Exome Sequencing.
Αποτελέσματα: Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία παραλλαγής c.649dup στο γονίδιο PRRT2 σε ετεροζυγωτία, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της αυτοπεριοριζόμενης βρεφικής επιληψίας. Το βρέφος ετέθη εμπειρικά σε αγωγή με λεβετιρακετάμη και μετά τη γενετική διάγνωση, η θεραπεία τροποποιήθηκε σε καρβαμαζεπίνη, με πλήρη υποχώρηση των επιληπτικών κρίσεων.
Συμπεράσματα: Η PRRT2 αυτοπεριοριζόμενη βρεφική επιληψία έχει ευνοϊκή πρόγνωση. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από επιληπτικά σύνδρομα όπως βρεφική επιληψία σχετιζόμενη με SCN1A (π.χ. σύνδρομο Dravet). Η έγκαιρη γενετική διάγνωση συμβάλλει στην επιλογή στοχευμένης θεραπείας και την παροχή εξατομικευμένης γενετικής συμβουλευτικής.

ΑΑ156

ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ(ADEM): ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Ελένη Μπονέ, Μαρία Βανακλιώτου, Άννα Γκατζόφλια, Κλεοπάτρα Κεφαλά, Μαρία Γκέσου, Μαγδαληνή Κατσουπάκη, Ελένη Παμπούρη, Μαρία Στεφανίδου, Γεώργιος Τσακελίδης, Μαρία Τζέλλου, Μιχάλης Χασάπης, Αικατερίνη Λιάνα
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη

Εισαγωγή: Η ADEM είναι μία απομυελινωτική νόσος του ΚΝΣ που εκδηλώνεται 4 εώς 13 ημέρες μετά από λοίμωξη ή εμβολιασμό. Η τυπική της εκδήλωση είναι μονοφασική και συσχετίζεται με πολυεστιακή νευρολογική συμπτωματολογία και εγκεφαλοπάθεια. Είναι σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό με επίπτωση 0,2 ως 0,5 στα 100.000 παιδιά ετησίως.
Σκοπός: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ADEM
Υλικό: Φάκελος νοσηλείας, εργαστηριακά δεδομένα, βιβλιογραφική αναζήτηση.
Μέθοδος: Κορίτσι 8 ετών εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική λόγω ζάλης, διπλωπίας, αστάθειας και μειωμένης σίτισης. Αναφέρεται εμπύρετη λοίμωξη αναπνευστικού προ 11ημερου. Από την κλινική εξέταση της ασθενούς διαπιστώθηκε αστάθεια βάδισης με θετικό σημείο Romberg, και επίσχεση ούρων. Έγινε ακτινογραφία θώρακος, οφθαλμολογική εξέταση (φυσιολογική), αξονική τομογραφία εγκεφάλου (χωρίς παθολογικά ευρήματα), οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η ασθενής διακομίστηκε σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο.
Αποτελέσματα: Η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε βλάβες που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της ADEM. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή στην οποία ανταποκρίθηκε. Πραγματοποιήθηκε δεύτερη μαγνητική τομογραφία ένα μήνα αργότερα, τα ευρήματα της οποίας δεν παρουσίαζαν αξιόλογη μεταβολή.
Συμπεράσματα: Η διάγνωση βασίζεται σε κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Λόγω της έλλειψης ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων, η ADEM είναι διάγνωση αποκλεισμού άλλων απομυελινωτικών νόσων της παιδικής ηλικίας και λοιμώξεων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η πρόγνωση είναι καλή, καθώς στην πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να επιτυγχάνεται πλήρης ύφεση μετά την πάροδο της οξείας φάσης της νόσου και το ποσοστό θνησιμότητας είναι χαμηλό.



ΑΑ157

ΧΩΛΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ-ΜΥΟΚΛΟΝΟΣ

Κερασίνα Νικολάου[1], Ειρήνη Ζορμπαδάκη[1], Γιώργος Νιωτάκης[2], Ευαγγελία Στεφανάκη[1], Αγγελική Τζαγκαράκη[1], Κωνσταντίνα Σκοπέτου[1], Μαρία Ανατολιωτάκη[1], Παναγιώτα Κοντογιάννη[1], Ιωάννα Χρανιώτη[1], Σοφία Στεφανάκη[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειο Κρήτης
[2] Παιδονευρολόγος, Ηράκλειο Κρήτης

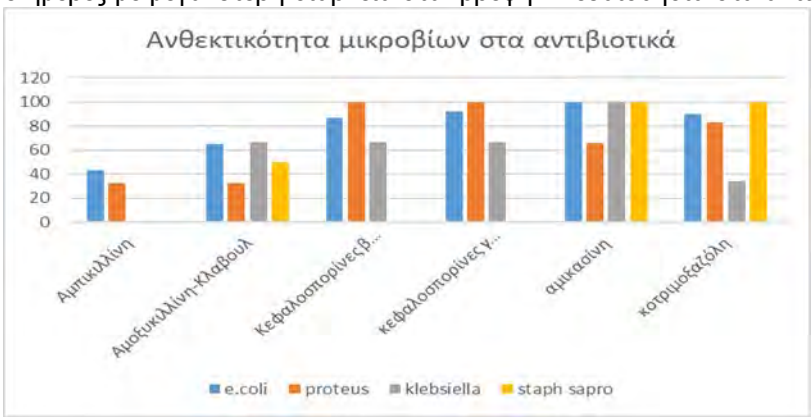
Εισαγωγή: Η Δυστονία Μυόκλονος είναι μία διαταραχή κινητικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από αστραπιαίους και βραχείς μυϊκούς σπασμούς (μυόκλονος), σε συνδυασμό με διαλείπουσες περιστροφικές κινήσεις κορμών ή/και άκρων (δυστονία). Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως στην πρώτη δεκαετία ζωής. Φαρμακευτική αγωγή χορηγείται σε περιπτώσεις όπου επηρεάζεται η ποιότητα ζωής (ζονισαμίδη, βαλπροϊκό, βενζοδιαζεπίνες).
Σκοπός: Παρουσίαση παιδιατρικού περιστατικού με ιστορικό χωλότητας με σύνοδες διαταραχές κινητικότητας. Στα πλαίσια διερεύνησης ανευρέθη γονίδιο συμβατό με δυστονία – μυόκλονο.
Υλικά: Αγόρι $2^{10/12}$ ετών, το οποίο νοσηλεύτηκε στην Παιδιατρική κλινική ΒΓΝΗ λόγω σταδιακά επιδεινούμενης χωλότητας, με σκοπό την διερεύνηση και αντιμετώπιση. Το ιστορικό του παιδιού άρχεται με χωλότητα από 15ημέρου, αναφέρεται αναπτυξιακή διαταραχή και σε ηλικία 16 μηνών ένα επεισόδιο πυρετικών σπασμών.
Μέθοδος: Με την πιθανή διάγνωση νευρομυϊκού νοσήματος έγινε MRI εγκεφάλου προς αποκλεισμό χωροκατακτητικής εξεργασίας (χωρίς παθολογικά ευρήματα), ελήφθη νευρομεταβολικός έλεγχος προς ανίχνευση θεραπεύσιμων νοσημάτων (χωρίς παθολογικά ευρήματα), ενώ κατά τον τακτικό Παιδονευρολογικό έλεγχο παρατηρήθηκε ύφεση χωλότητας και εμφάνιση μυοκλονιών και δυστονίας. Έγινε ΗΕΓ (χωρίς παθολογικά ευρήματα) προς αποκλεισμό επιληπτικού μυόκλονου και εστάλη γονιδιακός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε παρουσία SGCE γονιδίου (διάγνωση συμβατή με δυστονία-μυόκλονος).
Αποτελέσματα: Το παιδί παρακολουθείται σε τακτική Παιδονευρολογική βάση. Πλέον παρουσιάζει μόνο δυστονία, επιδεινούμενη με έντονο στρες και εξακολουθεί να παρατηρείται αναπτυξιακή διαταραχή. Δεν λαμβάνει αγωγή.
Συμπεράσματα: Η δομημένη προσέγγιση στην αξιολόγηση ενός παιδιού με χωλότητα οδηγεί στον εντοπισμό των σημείων που χρήζουν περαιτέρω έρευνα και συμμετοχή διαφορετικών ειδικοτήτων. Η έγκυρη διάγνωση και συνεχής Παιδονευρολογική παρακολούθηση αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και την πιθανή φαρμακευτική αντιμετώπιση της μυοκλονίας ή/και της δυστονίας.

ΑΑ158

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Άννα Ζήση, Κουτσόπουλος Χρήστος Γεωργία Ράπτη, Πηνελόπη Φράγκου, Αθηνά Κακαργιά, Κλειώ Τρούγκου, Ζωή Σωτηρίου, Βασιλική Δουμανά, Κολοφωτιά Ευαγγελία, Χριστίνα Μπάρκα
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή: Οι ουρολοιμώξεις είναι συχνές στα παιδιά και σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα. Έως 7% των κοριτσιών και 2% των αγοριών εμφανίζουν ουρολοίμωξη έως 6 ετών. Το ποσοστό υποτροπής είναι 30% και αποτελεί σοβαρή βακτηριακή λοίμωξη στα βρέφη. Σε ηλικίες <1έτους είναι πιο συχνή στα άρρενα ενώ στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες στα θήλεα. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ανά ηλικία, ενώ ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στην πρώτο χρόνο ζωής. Κύριο αίτιο είναι ή Escherichia coli, ενώ Klebsiella pneumoniae, Enterobacter spp, Enterococcus spp και Pseudomonas aeruginosa ευθύνονται επίσης. Συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού ή άλλες ανατομικές ανωμαλίες μπορεί να προδιαθέτουν σε ουρολοιμώξεις.
Σκοπός: Καταγραφή ουρολοιμώξεων τη τελευταία διετία σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο και της ευαισθησίας των παθογόνων στα συνήθη αντιβιοτικά.
Υλικό/Μέθοδος: 52 παιδιά(32 κορίτσια-20 αγόρια) με ουρολοιμώξεις νοσηλεύτηκαν στη παιδιατρική κλινική από τον Απρίλιο 2023-Απρίλιο 2025. Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση των δεδομένων(ηλικία, φύλο, παθογόνο, διάρκεια νοσηλείας)
Αποτελέσματα: Τα πιο συχνό παθογόνο ήταν e.coli, ακολοθούμενο από proteus, klebsiella pneumoniae, staphylococcus saprophyticus. Στα <1έτους ήταν πιο συχνή στα αγόρια ενώ αργότερα επικράτηση στα θήλεα. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 5 ημέρες με μεγαλύτερη διάρκεια στα βρέφη. Η ευαισθησία στα αντιβιοτικά φαίνεται στο διάγραμμα.



Συμπεράσματα: Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν συχνή αιτία νοσηλείας στη κλινική μας. Το e.coli αποτελεί στο πιο συχνό ουροπαθογόνο που απομονώθηκε με σημαντική ανθεκτικότητα στην αμπικιλλίνη και στην αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό. Η klebsiella και ο proteus αποτελούν πιο σπάνια αίτια που καταγράφηκαν, ενώ ο staphylococcus saprophyticus προκαλεί μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις σε έφηβα κορίτσια.

ΑΑ159

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΚΟΡΙΤΣΙ 7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ

Ιωάννα Μοσχίδου, **Χριστίνα Γκόρου**, Μελπομένη Κανδυλανάπτη, Χριστίνα Παυλίδου, Σπυρίδων Χατζηγεωργίου
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η νεφρολιθίαση, αν και σπάνια στα παιδιά, εμφανίζει ολένα και αυξανόμενη επίπτωση. Είναι συχνότερη στα αγόρια στην πρώτη δεκαετία και στα κορίτσια στην εφηβεία. Κατά σειρά συχνότητας αναγνωρίζονται λίθοι οξαλικού ασβεστίου, φωφορικού ασβεστίου, ουρικού οξέος, στρουβίτη και κυστίνης. Στη λιθογένεση εμπλέκονται μεταβολικά αίτια, γονιδιακοί και διαιτητικοί παράγοντες. Η οικογενής προδιάθεση είναι συχνή. Κλινικά εκδηλώνεται με αιματουρία, κοιλιακό ή οσφυϊκό άλγος, δυσουρία και ναυτία.
Σκοπός: Η τήρηση αυξημένου δείκτη υποψίας για την έγκαιρη διάγνωση της νεφρολιθίασης, ιδιαίτερα επί θετικού οικογενειακού ιστορικού.
Παρουσίαση περιστατικού: Το περιστατικό αφορά κορίτσι 7 ετών που προσεκομίσθη λόγω εμπυρέτου και κοιλιακού άλγους. Από το ατομικό ιστορικό ανέφερε 2 απύρετα επεισόδια ουρολοίμωξης από E.Coli τον τελευταίο μήνα που εκδηλώθηκαν με κοιλιακό άλγος, χωρίς δυσουρία. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρθηκαν πατέρας με επαναλαμβανόμενους νεφρικούς κολικούς και πατρική γιαγιά με ουρολιθίαση και ΧΝΑ. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε θετικό σημείο Giordano δεξιά, ενώ εκ του εργαστηριακού ελέγχου αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC: 11,19 K/μL, NEU: 60,90%, CRP: 26,51mg/L, φ.τ. <7mg/L), φυσιολογικά επίπεδα ουρίας-κρεατινίνης ορού και πυουρία, χωρίς αιματουρία (WBC > 100 κ.ο.π., RBC 0-2 κ.ο.π.). Τέθηκε αντιβιοτική αγωγή με αμικασίνη και κεφουροξίμη και ενδοφλέβια ενυδάτωση. Κατά τη νοσηλεία διενεργήθηκε υπερηχογράφημα ΝΟΚ όπου αναδείχθηκε ευμεγέθης κοραλλιοειδής λίθος και διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος δεξιά. Κατόπιν η ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.
Συμπεράσματα: Η νεφρολιθίαση οφείλει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση σε παιδιά με επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις. Η καταγραφή οικογενειακού ιστορικού και η προσεκτική κλινική εκτίμηση συμβάλλουν στη διάγνωση και την πρόληψη μακροχρόνιων επιπλοκών.

ΑΑ160

ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΚΥΣΤΗΣ MORGAGNI ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΟΣΧΕΟΥ

Επιστήμη Αγγέλου[1], Ροδάνθη Βέκιου[1], Ιωάννης Δουλγεράκης[2], Ειρήνη Γιαγά[1], Στυλιανός Δουλγεράκης[1]
[1] Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κύμης, Κύμη Ευβοίας
[2] Φοιτητής τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η κύστη Morgagni είναι ένας μικρός κυστικός σχηματισμός (υπόλειμμα του πόρου του Müller) στον άνω πόλο του όρχεος. Εμφανίζεται στο 90% των αγοριών και η διάμετρός της κυμαίνεται από 1-10mm. Η ύπαρξή της δεν δημιουργεί κάποιο σύμπτωμα και μπορεί να ψηλαφηθεί τυχαία από τον ασθενή. Δημιουργεί συμπτώματα (έντονο πόνο) μόνο εάν συστραφεί. Σε συστροφή οδηγούν οι εκκρεμοειδείς κινήσεις της κύστης. Συνήθως εμφανίζεται στην ηλικία των 10-11 ετών και πιθανόν συσχετίζεται με την έκκριση οιστρογόνων στην εισβολή της εφηβείας
Σκοπός: Η υπενθύμιση της συστροφής κύστης Morgagni στη διαφορική διάγνωση παιδιού που προσέρχεται με επώδυνο όσχεο
Υλικό: Αγόρι 5 ετών προσήλθε στο παιδιατρικό ΤΕΠ 4 φορές μέσα σε διάστημα 6 μηνών λόγω έντονου άλγους στο όσχεο. Οι επισκέψεις έγιναν απογευματινές ή πρώτες βραδινές ώρες, το άλγος ήταν έντονο και άρχιζε συνήθως μετά από αθλητικές δραστηριότητες. Κατά την κλινική εξέταση υπήρχε εμφανώς οίδημα και/ή ερυθρότητα. Στην διαφανοσκόπηση το όσχεο ήταν διαυγές. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε σημεία φλεγμονής. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος απέκλεισε την συστροφή όρχεος και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά συντηρητικά με αναλγητικά (ιβουπροφαίνη 20mg/Kg/24h) με βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Έγινε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση η οποία έδωσε και την οριστική λύση στον ασθενή.
Μέθοδος: Περιγραφική παρουσίαση περιστατικού
Συμπεράσματα: όλες οι περιπτώσεις επώδυνης διόγκωσης του οσχέου πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για πιθανή συστροφή των εξαρτημάτων του όρχεος. Η κλινική εικόνα και ο υπερηχογραφικός έλεγχος συμβάλλουν σημαντικά στη διάγνωση. Όταν επιμένει η κλινική εικόνα κατά την εκτίμηση του χειρουργού συνίσταται χειρουργική επέμβαση.

ΑΑ161

FAMILIAL RETINAL ARTERIOLAR TORTUOSITY (ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΕΛΙΚΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ) ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΕΛΙΚΩΣΗ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΤΑΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βασίλειος Γραμμενιάτης[1], **Φρειδερίκη Στεργίου[1]**, Ιωάννης Κουμπούλης[2], Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα[1], Αθανάσιος Καλιαρντάς[2], Αικατερίνη Γκρέπη[1], Βασιλική Γκέτση[1]
[1] Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Οφθαλμολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η Familial Retinal Arteriolar Tortuosity (FRAT) είναι μια σπάνια κληρονομική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από ελίκωση των αρτηριδίων του αμφιβληστροειδούς στην περιοχή της ωχράς κηλίδας. Η υπεύθυνη μετάλλαξη εδράζεται στο γονίδιο COL4A1, που κωδικοποιεί ένα συστατικό του κολλαγόνου τύπου IV. Οι ασθενείς είναι συχνά ασυμπτωματικοί. Ορισμένοι εμφανίζουν παροδική απώλεια όρασης λόγω αιμορραγίας της ωχράς κηλίδας, μετά από σωματική άσκηση ή μικρό τραύμα. Το 2021 αναφέρθηκε, για πρώτη φορά, περίπτωση ομοιάζουσα με FRAT με ελίκωση και φλεβικών αγγείων, σε μητέρα και γιο.
Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων FRAT σε μία οικογένεια με συνοδό ελίκωση και φλεβικών αγγείων.
Υλικό: Κορίτσι 11 ετών με δεκατική πυρετική κίνηση και ήπια κεφαλαλγία από ημέρας και η 40χρονη μητέρα του.
Μέθοδοι: Ιστορικό/Κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, multicolor εικόνα με τρία διαφορετικά laser (infrared, green, blue reflectance)/Οπτική Τομογραφία Συνοχής με αυτοφθορισμό (OCT), MRI/MRA εγκεφάλου.
Αποτελέσματα: Επαλλάσουσα ανισοκορία που αποκαταστάθηκε αυτόματα, όπως και η κεφαλαλγία, μετά από ένα 24ωρο. Έλεγχος πηκτικότητας/ανοσολογικός έλεγχος: αρνητικός. OCT: ελικοειδής πορεία αρτηριολίων και φλεβιδίων αμφιβληστροειδούς. Μητέρα ασθενούς με παρόμοια εικόνα ελίκωσης αγγείων αμφιβληστροειδούς.
Συμπεράσματα: Στους ασθενείς μας διαγνώστηκε οικογενής ελίκωση αρτηριολίων και φλεβιδίων αμφιβληστροειδούς, κατάσταση ομοιάζουσα με τη FRAT, που αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 2021. Παρότι η FRAT μπορεί να συσχετίζεται με εμφάνιση αυτόματων ενδοαμφιβληστροειδικών αιμορραγιών, ανεπάρκεια του παράγοντα πήξης VII και -σε μεμονωμένες περιπτώσεις- με δυσπλασία ρινικού διαφράγματος, αγγειακή μάζα νωτιαίου μυελού, θετική τριχοειδοσκόπηση, θετικά ANA, οι ασθενείς μας είναι προς το παρόν ασυμπτωματικοί. Όμως, λόγω των συνεχώς αυξανόμενων περιστατικών FRAT θεωρούμε ότι απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών για πιθανή εμφάνιση επιπλοκών ή συστηματικής νόσου.



ΑΑ162

ΜΙΑ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΖΩΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ MARFAN ΠΟΥ ΔΕΝ ΞΕΧΝΑ!

Ευαγγελία Παπαϊωάννου, Ευγενία Δημοπούλου, Μαρίνα Λάμπρου, Νίκη Πανουτσακοπούλου, Αλεξία - Ελίζα Βίντερ, Εριφύλη Κρικέλλη, Βασιλική Γεωργοπούλου, Καλυψώ Δανελάτου
Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Marfan, με επίπτωση 1:10.000-15.000, είναι αυτοσωμικό επικρατές νόσημα που οφείλεται σε μετάλλαξη γονιδίου της φιμπριλλίνης 1(FBN1). Χαρακτηρίζεται από εκδηλώσεις του μυοσκελετικού (δυσμορφίες θωρακικού τοιχώματος/άκρων) 80%, καρδιαγγειακού συστήματος 90%, οφθαλμών 80%, ενώ εμφανίζει εκδηλώσεις ~10% από το αναπνευστικό (COPD/εμφύσημα 44%, αυτόματο πνευμοθώρακα 4-14%, άπνοιες ύπνου 32.8%, βρογχεκτασίες). Ο αυτόματος πνευμοθώρακας εμφανίζεται συχνότερα σε άρρενες 7:1 με υποκρύπτουσα εμφυσηματική κύστη 91% και μέση ηλικία εμφάνισης 15 έτη 74%.
Σκοπός: Η αναγκαιότητα αυξημένης επαγρύπνησης ως προς τις αναπνευστικές επιπλοκές του συνδρόμου Marfan.
Υλικό–Μέθοδος: Έφηβος 15,5 ετών με σύνδρομο Marfan διαγνωσθέν από 3ετίας, παρουσίασε άλγος δεξιού ημιθωρακίου από 5ωρου. Αναφέρονται επεισόδια ηπιότερης έντασης και μικρότερης διάρκειας από 10ημέρου, αρνητικός έλεγχος τροπονίνης και U/S καρδιάς από 48ώρου. Ατομικό ιστορικό: Ι τόκος, ΦΤ,31w, ΒΓ 2000gr, συγγενής σπαστική διπληγία. Α/Ε: $Sp0_2$99%, σφύξεις 84bpm, ΑΠ 122/69mmHg, σκελετικές δυσμορφίες θωρακικού κλωβού /άκρων, ακροαστικώς απουσία αναπνευστικού ψιθυρίσματος ΔΕ και επικρουστικώς τυμπανικότητα σύστοιχα.
Ε/ε: WBC: 5.860/μL, NEU:46,8%,LYMP:43,7%,Hb:14,4g g/dl,TNHI:4pg/ml,CRP:0,12mg/dl, Αέριο αίματος: pH:7,395,PCO_2:36mmHg, PO_2:104,8mmHg, HCO_3^-22,16mmol/L. **Α/α θώρακος: ανάγγειος περιοχή περιφέρειας ΔΕ ημιθωρακίου, ατελεκτασία ΔΕ, άμβλυνση ΔΕ πλευροδιαφραγματικής γωνίας με υδραερικό επίπεδο**. U/S καρδιάς: διάταση αορτικής ρίζας και ανιούσης αορτής, τρίπτυχη αορτική βαλβίδα, χωρίς περικαρδιακή συλλογή. Λόγω πνευμοθώρακα ΔΕ ετέθη σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης και λόγω υποτροπής διεκομίσθη σε Παιδοχειρουργική Κλινική.
Αποτελέσματα–Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση του πνευμοθώρακα βασίζεται στην ισχυρή κλινική υποψία και στον απεικονιστικό έλεγχο. Οι συχνές υποτροπές μετά από συντηρητική θεραπεία (75%) σε ασθενείς με σύνδρομο Marfan καθιστούν επιτακτική την χειρουργική αντιμετώπιση, με την μετεγχειρητική υποτροπή στην 5ετία 25% και στην 10ετία 44%.



ΑΑ163

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

Σταμάτιος Χονδρογιώργος, Θεανώ Μακρίδου, Αναστασία Τουλιοπούλου, Μαρία Παπαγεωργίου, Ελένη Βούρτη
Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας, Μονάδα Βέροιας

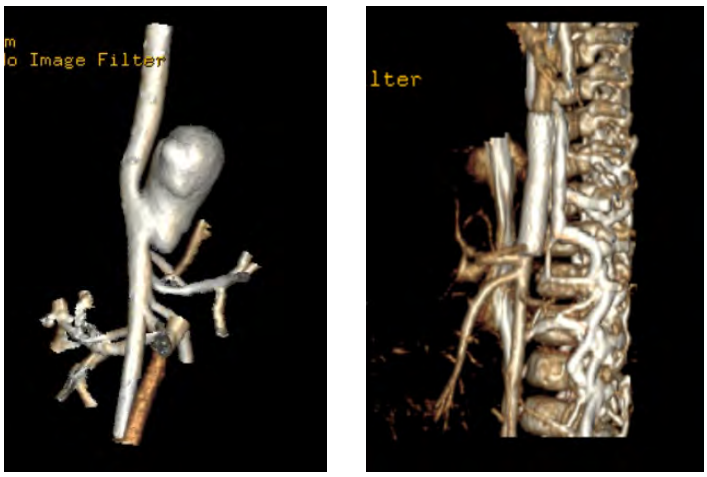
Εισαγωγή: Ο πνευμοθώρακας ορίζεται ως η παρουσία αέρα στον θωρακικό κλωβό ανάμεσα στα δύο πέταλα του υπεζωκότα, που μπορεί να προκαλέσει κατάρρευση του ενός ή και των δύο πνευμόνων, και χαρακτηρίζεται ως τραυματικός ή αυτόματος (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής). Η κλινική εικόνα ποικίλει ανάλογα με την έκτασή του. Μικρής έκτασης πνευμοθώρακας μπορεί να είναι ασυμπτωματικός, ενώ σε έναν εκτεταμένο τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι το αιφνίδιας έναρξης θωρακικό άλγος και η δύσπνοια.
Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης εφήβου με αυτόματο πνευμοθώρακα
Υλικό: Έφηβος 15 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου θωρακικού άλγους στο αριστερό ημιθωράκιο και αίσθημα δύσπνοιας κατά τη μέτρια φυσική δραστηριότητα από πενθημέρου. Από το ιστορικό δεν προέκυψε σαφής αιτία του άλγους, ενώ το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε ταχυκαρδία και ελαττωμένη είσοδος αέρα στα αριστερά πνευμονικά πεδία.
Μέθοδος-αποτελέσματα: Αρχικά έγινε ακτινογραφία θώρακος που ανέδειξε εκτεταμένο πνευμοθώρακα αριστερά. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Χειρουργική κλινική, όπου και τοποθετήθηκε συσκευή κλειστής παροχέτευσης θώρακος και νοσηλεύτηκε για μία εβδομάδα. Διενεργήθηκε παιδοπνευμονολογικός έλεγχος και CT θώρακος σε δεύτερο χρόνο, χωρίς ανεύρεση υποκείμενης παθολογίας. Ένα μήνα μετά εμφάνισε υποτροπή του πνευμοθώρακα και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με πλευροδεσία.
Συμπεράσματα: Παρότι ο αυτόματος πνευμοθώρακας είναι μια σπάνια πάθηση, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στη διαφορική διάγνωση του θωρακικού άλγους, ιδίως σε έφηβους με υψηλό ανάστημα και χαμηλό βάρος σώματος ή άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες (π.χ. κάπνισμα). Καθώς μπορεί να είναι δευτεροπαθής στα πλαίσια νοσημάτων όπως η κυστική ίνωση, διάμεσες πνευμονοπάθειες ή άλλα σύνδρομα (π.χ. σύνδρομο Marfan), θα πρέπει να διενεργείται ένας εκτενής έλεγχος προς αποκλεισμό τους.

ΑΑ164

ΒΡΕΦΟΣ ΘΗΛΥ 37 ΗΜΕΡΩΝ ΜΕ ΜΥΚΩΤΙΚΟ ΑΝΕΡΥΣΜΑ ΘΩΡΑΚΟ-ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Αφροδίτη Κόνσουλα[1], Αγγελική Μουδάκη[1], Γιώργος Διονυσόπουλος[1], Κωνσταντίνα Ζάρρα[1], Ευθυμία Χελιώτη[1], Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1], Βιργινία Σοφία Γρηγοράκη[2], Ναταλία Κελαϊδή[3], Νικόλαος Χριστόπουλος[3], Χρήστος Κλωνάρης[4], Ευαγγελία Λυκοπούλου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[2] Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[3] Χειρουργικό Τμήμα ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
[4] Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Αθηνών Λαϊκό, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής είναι εξαιρετικά σπάνια σε βρέφη και παιδιά. Μερικά είναι συγγενούς προέλευσης, αλλά τα περισσότερα είναι μολυσματικά (μυκωτικά), που προκύπτουν από σηπτικές επιπλοκές μετά από καθετηριασμό της ομφαλικής αρτηρίας. Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και η αυτόματη ρήξη είναι δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές. Με έγκαιρη διάγνωση, παρακολούθηση και χειρουργική αποκατάσταση, μπορούν να επιτευχθούν πολύ καλά αποτελέσματα.
Σκοπός: Παρουσίαση μυκωτικού ανευρύσματος θωρακοκοιλιακής αορτής με έμφαση σε αιτιολογία και αντιμετώπιση.
Υλικό: Βρέφος θήλυ 37 ημερών, μετά από δίδυμη κύηση, ΗΚ: 34^{+5}εβδ, IVF, ΒΓ:2,500gr, και νοσηλεία σε ΜΕΝΝ από τη γέννηση, παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας για εκτίμηση και αντιμετώπιση εξαιρετικά μεγάλου ασυμπτωματικού ανευρύσματος θωρακο-κοιλιακής αορτής, το οποίο ανακαλύφθηκε τυχαία σε υπερηχογράφημα κοιλίας.
Μέθοδος-Αποτελέσματα: Το ιστορικό περιελάμβανε καθετηριασμό της ομφαλικής αρτηρίας για 18 ημέρες και μικροβιαιμία από *Staphylococcus haemolyticus,* για την οποία έλαβε αντιβιοτική αγωγή για 2 εβδομάδες. Στην CT αγγειογραφία απεικονίστηκε ανεύρυσμα θωρακο-κοιλιακής αορτής διαστάσεων 2,7εκ x1,3εκ x2εκ άνωθεν του αλληρείου τρίποδα. Καθώς ο βέλτιστος χρόνος της χειρουργικής επέμβασης παραμένει ασαφής, η χειρουργική αποκατάσταση αναβλήθηκε λόγω της μολυσματικής αιτιολογίας του ανευρύσματος και του υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου λόγω ηλικίας. Έλαβε αντιβιοτική αγωγή για επιπλέον 5 εβδομάδες, παρακολουθήθηκε υπερηχογραφικά και αντιμετωπίστηκε με επιτυχή αποκλεισμό του ανευρύσματος με ενδαγγειακό stent μέσω κοιλιακής προσπέλασης σε ηλικία 2,5 μηνών. Γονιδιακός έλεγχος με WES δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.
Συμπεράσματα: Η διαχείριση βρεφών και παιδιών με μυκωτικά ανευρύσματα απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση καθώς είναι εξαιρετικά σπάνιο και δύσκολο πρόβλημα που πρέπει να εξατομικεύεται. Η χειρουργική επέμβαση είναι ο βασικός πυλώνας διαχείρισης μαζί με την στοχευμένη αντιβιοτική θεραπεία.



Εικόνα: Ανεύρυσμα θωρακοκοιλιακής αορτής προ και μετά την τοποθέτηση ενδαγγειακού stent.

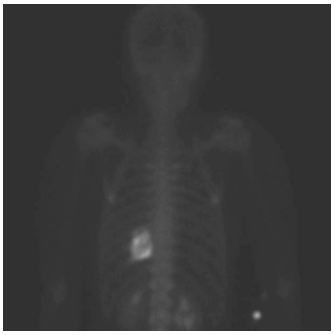
ΑΑ165

ΜΟΡΦΩΜΑ ΡΑΧΗΣ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 15 ΕΤΩΝ

Γεώργιος Διονυσόπουλος[1], Μαρία Χριστολουκά[1], Αφροδίτη Κόνσουλα[1], Ελισσάβετ Γεωργιάδου[1], Καλλιόπη Στεφανάκη[2], Κλεονίκη Ρόκα[3], Ιωάννης Αναστασόπουλος[4], Ευαγγελία Λυκοπούλου[1]
[1] Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία, Αθήνα,
[2] Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα,
[3] Πανεπιστημιακή Ογκολογική Αιματολογική Μονάδα, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία, Αθήνα,
[4] Β' Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία, Αθήνα

Εισαγωγή: Η οστεοποιός μυοσίτις [ΟΜ] είναι μια σπάνια καλοήθης οστεοπαραγωγός αλλοίωση, ασυνήθης στο παιδιατρικό πληθυσμό, αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, συχνά μετατραυματικής.
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης έφηβης 15 ετών με επώδυνο μόρφωμα αριστερής ράχης κάτωθεν της ωμοπλάτης.
Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για κορίτσι 15 ετών, με επώδυνο ψηλαφητό μόρφωμα αριστερής ράχης κάτωθεν της ωμοπλάτης, με εμφάνιση προ μηνός της εισαγωγής. Απουσία συνοδού συμπτωματολογίας ή μηχανισμού βαριάς κάκωσης. Έλαβε αναλγητική αγωγή με ιβουπροφαίνη χωρίς ύφεση του πόνου. Στην κλινική εξέταση εμφανίζει ψηλαφητή ωοειδή μάζα αριστερής ράχης χωρίς στοιχεία φλεγμονής και ευμεγέθη καστανόχρωη κηλίδα δεξιού ισχίου και μηρού από τη γέννηση. Εκ του ελέγχου, δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα από την οφθαλμολογική και καρδιολογική εκτίμηση, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησε απεικόνιση με αξονική τομογραφία θώρακος, σπινθηρογράφημα οστών και ορθοπαιδική εκτίμηση.
Αποτελέσματα: Οι απεικονίσεις ανέδειξαν πρωτοπαθή εξεργασία του αριστερού ιερονωτιαίου μυός της ράχης (Θ8 – 011), με συμπαγή αλλοίωση στο εσωτερικό του, χωρίς εστιακές αλλοιώσεις στο πνευμονικό παρέγχυμα ή άλλα οστά (εικόνες 1 & 2). Αποφασίστηκε η ολική χειρουργική εξαίρεση με ιστολογικά ευρήματα υπερπλαστικής οστεοποιού αλλοίωσης με ανοσομορφολογικούς χαρακτήρες ΟΜ. Ο γενετικός έλεγχος (NGS) ανίχνευσε ανασυνδυασμό γονιδίου USP6 με παρουσία χιμαιρικού γονιδίου COL1A1-USP6.C1U2.
Συμπεράσματα: Η ΟΜ αποτελεί σπάνια οστεοπαραγωγό αλλοίωση στα παιδιά και πιθανόν να σχετίζεται με τραυματισμό, φλεγμονή ή ισχαιμία. Η διάκριση της ΟΜ θα πρέπει να γίνεται από την προοδευτική οστεοποιό ινοδυσπλασία και από οστεοποιούμενους όγκους μαλακών μορίων. Η θεραπεία αφορά συμπτωματικούς ασθενείς και είναι χειρουργική.


Εικόνα 1


Εικόνα 2