

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ (Ε.Ο.Θ.Α.)

ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ



ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΥΓΕΙΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



THALASSAEMIA
INTERNATIONAL
FEDERATION



ΕΘΝΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

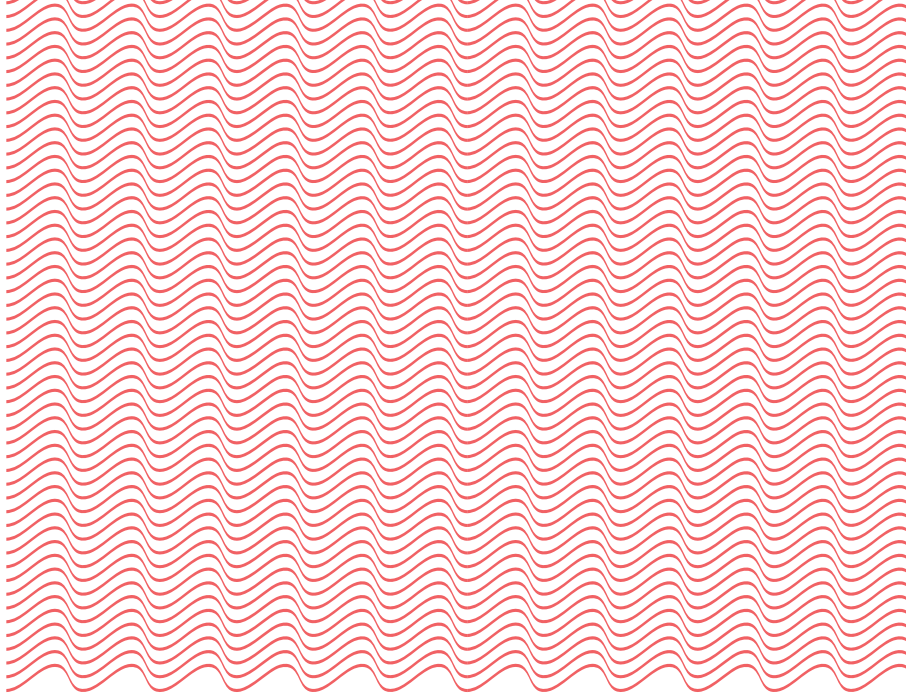
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ 2019

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

20-22 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND SERAI, ΙΩΑΝΝΙΝΑ
www.thalassaemia2019.gr







ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Οργάνωση	4
Χορηγοί	5
Επιτροπές	6
Χαιρετισμοί	7
Ομιλητές - Προεδρεία	9
Επιστημονικό πρόγραμμα	13
Γενικές πληροφορίες εκδήλωσης	17
Περιλήψεις ομιλιών	19
20/09/2019	20
21/09/2019	27
22/09/2019	45





**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ 2019
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ (Ε.Ο.ΘΑ.)

ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**THALASSAEMIA
INTERNATIONAL
FEDERATION**



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ 2019
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

ΧΟΡΗΓΟΣ



DEMO ΑΒΕΕ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



bluebirdbio
recode for life™

adriamed
EXCELLENCE IN MEDICAL DEVICES



ΚΟΜΕΛΟ
ABOUT
HEALTH
& MORE

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

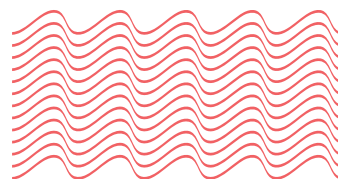


ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ



**ΚΑΤΩΓΙ
ΑΒΕΡΩΦ**
ΜΕΤΣΟΒΟ - 1959



επιτροπές

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Ο.ΘΑ.

Πρόεδρος	Βασίλειος Δήμος
Αντιπρόεδρος Α'	Ιωάννα Μυρίλλα
Αντιπρόεδρος Β'	Αχιλλέας Μανάφας
Γεν. Γραμματέας	Ελένη Μιχαλάκη
Αναπλ. Γεν. Γραμματέας	Χριστίνα Στεφανίδου
Ταμίας	Χαρίλαος Πύργας
Βοηθός Ταμιά	Κωνσταντίνος Βαϊόπουλος
Οργανωτικός Γραμματέας	Λεωνίδας Ρουμπάτης
Υπ. Δημοσίων Σχέσεων	Αγλαΐα Σαλαμούρα
Έφορος	Γεώργιος Ζεργιώτης
Μέλος	Νικόλαος Τσικριτσάκης
Μέλος	Γεώργιος Σβάρνας
Μέλος	Ανδρέας Λίβανος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Ελένη Καψάλη
Μέλη	Ελευθερία Ζερβού
	Χρυσάνθη Καθαροπούλου
	Παναγιώτης Καϊάφας
	Μαριάννα Κατσάτου
	Φρειδερίκη Κουτσούκα
	Αλέξανδρος Μάκης
	Ιωάννα Μυρίλλα
	Αικατερίνη Νάκα
	Μαργαρίτα Παπασάββα
	Κωνσταντίνος Παππάς
	Χριστίνα Στεφανίδου
	Αντιγόνη Τσίρκα
	Νικόλαος Χαλιάσος
	Ελευθερία Χατζημιχαήλ

Για άλλη μια χρονιά, η Ελληνική Ομοσπονδία Θαλασσαιμίας διοργανώνει Πανελλήνια Ενημερωτική Εκδήλωση, στην οποία θα παρουσιαστούν και θα συζητηθούν τα νεότερα ιατρικά και επιστημονικά δεδομένα που αφορούν στη Θαλασσαιμία και τη Δρεπανοκυτταρική Νόσο.

Φέτος η «**Πανελλήνια ενημερωτική εκδήλωση για τη Θαλασσαιμία 2019**», θα πραγματοποιηθεί στις 20 - 22 Σεπτεμβρίου 2019 στο ξενοδοχείο Grand Serai στα Ιωάννινα, σε συνεργασία με το Σύλλογο Θαλασσαιμίας Ηπείρου. Η εκδήλωση έχει σα στόχο την εκπαίδευση και την ενημέρωση των πασχόντων σε θέματα της νόσου, αλλά και την άμεση επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς για τα θέματα που τους απασχολούν.

Σας προσκαλούμε στην εκδήλωσή μας ευελπιστώντας ότι για άλλη μια φορά θα ανταποκριθούμε στις προσδοκίες σας.

Με εκτίμηση,
Βασίλης Δήμος
Πρόεδρος Ε.Ο.ΘΑ.

Αγαπητοί Συνάδελφοι και Φίλοι Πάσχοντες

Εκ μέρους της Επιστημονικής Επιτροπής σας καλωσορίζουμε στην φετινή Πανελλήνια Ενημερωτική Εκδήλωση της Ελληνικής Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας που διοργανώνεται στα Ιωάννινα, 20-22 Σεπτεμβρίου 2019.

Οι Αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελούν αντικείμενο έρευνας και ενδιαφέροντος της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας, με σημαντικές εξελίξεις καθοδόν.

Η συνάντηση αυτή έχει ως στόχο την ενημέρωση των πασχόντων τόσο για θέματα που θεωρούνται ίσως γνωστά αλλά και για τις μελλοντικές εξελίξεις. Ταυτόχρονα θα δώσει την δυνατότητα και στους ιατρούς που εμπλέκονται στην παρακολούθηση να ανταλλάξουν απόψεις και να ενημερωθούν.

Όλοι οι ομιλητές είναι διακεκριμένοι επιστήμονες με εμπειρία στο αντικείμενό τους και έτσι προσδοκούμε πως θα βρείτε το πρόγραμμα ενδιαφέρον γιατί καλύπτει μεγάλο πεδίο θεμάτων.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή και ευχόμαστε να αποκομίσετε όφελος αλλά και να περάσετε ευχάριστα.

Ελένη Καψάλη
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής

Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια



Φροντίδα για τους Ασθενείς Αυτή είναι η δραστική μας ουσία

Στη DEMO, περισσότερο από 50 χρόνια, παραμένουμε προσπλωμένοι στην έρευνα, στην καινοτομία και στην ανάπτυξη φαρμακευτικών προϊόντων υψηλής ποιότητας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Νιώθουμε υπερήφανοι που η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των δικών μας ελληνικών φαρμάκων αναγνωρίζεται παντού στο κόσμο.

Έχουμε κερδίσει την εμπιστοσύνη των υπηρεσιών υγείας σε πάνω από 80 χώρες, εξασφαλίζοντας υγεία για εκατομμύρια ασθενείς.

Αυτή είναι η δική μας δραστική ουσία:

Χαμόγελο και Ελπίδα στη ζωή σε όλο και περισσότερους ανθρώπους.



ΑΛΕΞΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής ΕΣΥ,
Μονάδα Αξονικής και Μαγνητικής
Τομογραφίας, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,
Λάρισα

ΑΣΠΡΟΥΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Διευθυντής, Οφθαλμολογική Κλινική,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΒΑΡΔΑΚΑΣΤΑΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Πρόεδρος ΕΣΑμεΑ, Εθνική Συνομοσπονδία
Ατόμων με Αναπηρία

ΒΛΑΧΑΚΗ ΕΥΘΥΜΙΑ

Επίκουρος Καθηγήτρια Αιματολογίας -
Αιμοσφαιρινοπαθειών, Τμήμα Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Ιατρικής Γενετικής, Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΓΚΑΝΙΟΥ ΑΘΗΝΑ

Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΔΗΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Πρόεδρος, Ε.Ο.ΘΑ.

ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

Αιματολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Διδάκτωρ
Ιατρικής Α.Π.Θ., Αιματολογικό Τμήμα,
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό
Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

ΖΕΡΒΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Βιοπαθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια
Αιμοδοσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΑΘΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΗ

Διευθύντρια, Τμήμα Αιμοδοσίας, Γενικό
Νοσοκομείο «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΚΑΛΤΣΟΝΟΥΔΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ

Επιμελητής Β', Ρευματολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΑΛΤΣΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Κέντρο
Αίματος, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

ΚΑΛΥΒΙΩΤΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Ειδικευόμενη Ιατρός Χειρουργικής,
Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παιδιατρική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΑΡΠΟΔΙΝΗ ΘΕΑΝΩ

Αντιπρόεδρος Εθνικού Οργανισμού
Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

ΚΑΣΤΑΝΙΟΥΔΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΑΤΣΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α', Μονάδα
Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο
Κέρκυρας «Αγία Ειρήνη», Κέρκυρα

ΚΑΨΑΛΗ ΕΛΕΝΗ

Επίκουρος Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΟΥΡΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Αιματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ,
Αιματολογικό Τμήμα, Παθολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Πατρών, Υπεύθυνη Μονάδας Θαλασσαιμίας
και Αιμοσφαιρινοπαθειών, Πάτρα

ΚΟΥΤΣΟΥΚΑ ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ

Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Υπεύθυνη
Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας Γενικό
Νοσοκομείο Άρτας, Άρτα

ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΛΥΔΙΑ

Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α', Αιματολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΒΑΡΝΑΒΑΣ

Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική –
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών,
Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής
Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ.
Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΜΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής –
Παιδοαιματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή
Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΜΑΚΡΥΔΗΜΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Κλινική
Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΜΑΝΑΦΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων,
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό
Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

ΜΗΝΑ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

Αναπτυξιακή Ψυχολόγος MSc, Ψυχιατρική
Κλινική Παιδιών και Εφήβων, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»,
Θεσσαλονίκη

ΜΙΛΤΙΑΔΟΥΣ ΜΙΛΤΟΣ

Πρόεδρος, Παγκύπριος Αντιαναιμικός
Σύνδεσμος (ΠΑΣ)

ΜΙΧΑΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Γενική Γραμματέας, Ε.Ο.ΘΑ.

ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΜΠΕΧΛΙΟΥΛΗΣ ΑΡΗΣ

Καρδιολόγος, Β' Καρδιολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΜΥΡΙΛΛΑ ΙΩΑΝΝΑ

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ,
Αιματολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο
Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΝΑΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Β' Καρδιολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΝΤΑΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γενικό
Νοσοκομείο Άρτας, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Μέλος Ερευνητικού Κέντρου
Αθηροθρόμβωσης Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Πιστοποιηθείς και Εξειδικευθείς
στην Υπερηχοκαρδιογραφία και Δυναμική
Υπερηχοκαρδιογραφία (Stress Echo)
(EACVI), Αξονική Τομογραφία Καρδιάς
(Πιστοποίηση Επιπέδου III-SCCT) και
Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς
(Πιστοποίηση Επιπέδου III-SCMR) στα
Νοσοκομεία Guy's και St Thoma's
Λονδίνου και στο Πανεπιστημιακό
Νοσοκομείο Lewisham Λονδίνου,
Αγγλία



ΝΤΕΛΙΚΟΥ ΣΟΦΙΑ

Αιματολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνη,
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και
Δρεπανοκυτταρικής Νόσου
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»,
Αθήνα

ΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

Μέλος Φοιτητικής Ομάδας Εθελοντικής
Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΞΥΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Λέκτορας Ακτινολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Αιματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α'
Παθολογική Κλινική, Μονάδα Μεσογειακής
Αναιμίας, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια
Α', Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Α'
Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΠΑΠΑΣΑΒΒΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

Επιμελήτρια ΕΣΥ, Μονάδα Μεσογειακής
Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
«Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΠΑΠΠΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β'
Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΠΑΣΠΑΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»,
Θεσσαλονίκη

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

Παιδίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια,
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»,
Αθήνα

ΠΕΤΡΟΥ ΑΡΙΑΝΝΑ

Βιολόγος, Παθολογοανατομικό Τμήμα,
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
«Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΠΛΙΑΚΟΥ ΞΑΝΘΗ

Νοσηλεύτρια, PhDc, MSc, Υπεύθυνη,
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΠΥΡΓΑΣ ΧΑΡΙΛΑΟΣ

Ταμίας, Ε.Ο.ΘΑ.

ΡΟΥΜΠΑΤΗΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Οργανωτικός Γραμματέας, Ε.Ο.ΘΑ., MSc
PhD Βιοχημικός, Βιοχημικό Τμήμα, Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,
Ιωάννινα

ΣΚΛΙΒΑΝΙΤΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Παιδιατρικής
Κλινικής και Μονάδας Μεσογειακής
Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο
«Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Α',
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος
Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΤΖΙΜΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Εκπρόσωπος των συλλόγων Εθελοντών
Αιμοδοτών Ιωαννίνων

20-22 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND SERAI, ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΤΙΓΚΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής,
Ενδοκρινολογική Κλινική και
Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΤΣΙΟΥΡΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Κλινικό Εργαστήριο
Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΤΣΙΡΚΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής ΕΣΥ,
Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Χατζηκώστα»,
Ιωάννινα

ΧΑΛΙΑΣΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων, Διευθυντής, Παιδιατρική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Διευθυντής,
Τομέας Υγείας του Παιδιού, Ιωάννινα

ΧΑΣΑΠΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΤΑΜΗ ΕΛΕΝΗ

Συντονίστρια Διευθύντρια, Κέντρο Αίματος,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα



15.30 – 16.00 Προσέλευση - Εγγραφές

16.00 – 17.15 Καρδιολογικές Επιπλοκές

Προεδρείο: Κ. Νάκα - Β. Ξύδης - Λ. Κυριαζοπούλου

16.00 – 16.20 Πνευμονική Υπέρταση
Ομιλητής: **Α. Μπεχλιούλης**

16.20 – 16.40 Αρρυθμίες
Ομιλητής: **Κ. Παππάς**

16.40 – 17.00 Απεικόνιση καρδιάς
Ομιλητής: **Ι. Ντάλας**

17.00 – 17.15 Συζήτηση/Ερωτήσεις

17.15 – 18.30 Ενδοκρινολογικά θέματα – Κύηση στις Αιμοσφαιρινοπάθειες

Προεδρείο: Στ. Τίγκας - Χ. Στεφανίδου - Λ. Ρουμπάτης

17.15 – 17.35 Οστική Νόσος - Διαγνωστική προσέγγιση
Ομιλητής: **Σπ. Τσιούρης**

17.35 – 17.55 Πρώιμη ενδομήτρια διάγνωση στη Μεσογειακή Αναιμία
Ομιλητής: **Γ. Μακρυδήμας**

17.55 – 18.15 Διαβήτης στη Θαλασσαιμία
Ομιλητής: **Δ. Παπαδοπούλου**

18.15 – 18.30 Συζήτηση/Ερωτήσεις

18.30 – 19.00 Διάλειμμα

19.00 – 21.00 Τελετή Έναρξης

19.00 – 20.00 Καλωσόρισμα - Χαιρετισμοί

20.00 – 20.45 Εναρκτήρια Διάλεξη:

Γιατρός σε Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας - Γολγοθάς ή ευλογία;

Προεδρείο: **Ε. Καψάλη**

Ομιλήτρια: **Ε. Χασαποπούλου**

20:45–21.00 Βραβεύσεις

21.30 *Δείπνο, Εστιατόριο Φρόντζου Πολιτεία
(Συμμετοχή στο δείπνο με πρόσκληση)*

9.45 - 10.40 Δρεπανοκυτταρική Νόσος
Προεδρείο: Ε. Χατζημιχαήλ - Α. Τσίρκα

09.45 - 10.05 Αντιμετώπιση έκτακτων επιπλοκών

Ομιλήτρια: **Μ. Παπασάββα**

10.05 - 10.25 Νέα Φάρμακα για τη Δρεπανοκυτταρική Νόσο

Ομιλητής: **Α. Μάκης**

10.25 - 10.40 Συζήτηση/Ερωτήσεις

10.40 - 11.20 Γονιδιακή Θεραπεία
Προεδρείο: Ι. Γεωργίου

10.40 - 11.10 Ομιλητής: **Β. Κωνσταντίνου**

11.10 - 11.20 Συζήτηση/Ερωτήσεις

11.20 - 11.50 Διάλειμμα

11.50 - 13.30 Παρακολούθηση χρόνιων επιπλοκών στις Αιμοσφαιρινοπάθειες
Προεδρείο: Μ. Κατσάτου - Χ. Καλυβιώτη - Α. Πέτρου

11.50 - 12.10 Μυοσκελετικές εκδηλώσεις στις αιμοσφαιρινοπάθειες

Ομιλητής: **Ε. Καλτσονούδης**

12.10 - 12.30 Ήπαρ - Νέα φάρμακα για την Ηπατίτιδα C

Ομιλητής: **Γ. Μπαλταγιάννης**

12.30 - 12.50 Ακοή

Ομιλητής: **Ι. Καστανιουδάκης**

12.50 - 13.10 Όραση

Ομιλητής: **Ι. Ασπρούδης**

13.10 - 13.30 Συζήτηση/Ερωτήσεις

13.30 - 14.15 Ασθενείς με Αιμοσφαιρινοπάθειες και εμβολιασμοί
Προεδρείο: Φ. Πετροπούλου - Α. Γκάνιου

13.30 - 13.50 Εμβόλια στις Αιμοσφαιρινοπάθειες

Ομιλητής: **Ν. Χαλιάσος**

13.50 - 14.05 Γνώσεις και συνήθειες των Ελλήνων ασθενών για τους εμβολιασμούς.

Αποτελέσματα Πανελλαδικής καταγραφής - Ομαδική εργασία

Ομιλήτρια: **Σ. Ντελίκου**

14.05 - 14.15 Συζήτηση/Ερωτήσεις



14.15 - 15.30 Ελαφρύ Γεύμα

15.30 - 16.25 Υποστήριξη - Φροντίδα στις Αιμοσφαιρινοπάθειες
Προεδρείο: Στ. Μηνά - Ν. Σκλιβανίτη

- 15.30 – 15.50 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε Μονάδα χρόνιας πάθησης
Ομιλήτρια: **Ξ. Πλιάκου**
- 15.50 – 16.10 Ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις της χρόνιας πάθησης
στην ενήλικη ζωή
Ομιλήτρια: **Δ. Πασάλη**

16.10 – 16.25 Συζήτηση/Ερωτήσεις

16.25 - 17.40 Κακοήθειες στις Αιμοσφαιρινοπάθειες
Προεδρείο: Α. Κουράκλη - Ε. Χασαποπούλου

- 16.25 – 16.55 Νεοπλασματικά Νοσήματα στις Αιμοσφαιρινοπάθειες:
Νεότερα δεδομένα και σύγχρονες προκλήσεις στην πρόληψη,
την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία.
Ομιλητής: **Μ. Διαμαντίδης**
- 16.55 – 17.25 Ηπατοκυτταρικό Καρκίνωμα: Ο ρόλος της απεικόνισης στην επιτήρηση,
διάγνωση, σταδιοποίηση και λήψη θεραπευτικών αποφάσεων
Ομιλητής: **Ε. Αλεξίου**

17.25 – 17.40 Συζήτηση/Ερωτήσεις

17.40 - 18.15 Διάλειμμα

18.15 - 19.05 Αποσιδήρωση και νέα φάρμακα στη Θαλασσαιμία
Προεδρείο: Ε. Βλαχάκη - Ε. Καραγκούνη

- 18.15 – 18.35 Αποσιδήρωση
Ομιλήτρια: **Φ. Κουτσούκα**
- 18.35 – 18.55 Τροποποιητές της ερυθροποίησης
Ομιλήτρια: **Ε. Χατζημιχαήλ**

18.55 – 19.05 Συζήτηση/Ερωτήσεις

19.05 - 19.45 Ιατρικές αντιπαραθέσεις σε θέματα αγωγής.

«Πόσο σωστό είναι το σωστό;»

Συντονίστρια (Moderator): Δ. Παντελίδου

Ταυτόχρονη συζήτηση των τριών:

Δ. Παντελίδου - Σ. Ντελίκου - Μ. Διαμαντίδης

από το βήμα του προέδρου στα παρακάτω θέματα

1. Μεταγίσεις: ασθενείς που θέλουν να μεταγγίζονται πολύ συχνά vs ασθενείς που έρχονται με φορείο...
2. Αποσιδήρωση: κατάχρηση και υπερβολή vs αδιαφορία και άρνηση
3. Υδροξυουρία σε θαλασσαιμία vs υδροξυουρία στην Δ.Ν.
4. Κύηση: την φοβόμαστε ή όχι
5. Ασθενείς με πολλαπλές επιπλοκές

6. Ερωτήσεις - Συζήτηση με το ακροατήριο

ΚΥΡΙΑΚΗ 22/09/2019

10.00 - 11.45 Αιμοδοσία

Προεδρείο: Ε. Ζερβού - Β. Μυρίλλα - Χ. Καθαροπούλου

10.00 – 10.30 Επάρκεια, Ασφάλεια και Διαχείριση Αίματος

Ομιλήτρια: **Ε. Ζερβού**

10.30 – 10.50 Μοριακή τυποποίηση ερυθροκυτταρικών αντιγόνων σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες

Ομιλητής: **Γ. Καλτσούνης**

10.50 – 11.10 ΦΟΕΑ: Η συνεισφορά των φοιτητικών ομάδων εθελοντικής αιμοδοσίας στη διαμόρφωση εθελοντικής συνείδησης στους νέους

Ομιλητές: **Σ. Ντινοπούλου, Ν. Τζίμας**

11.10 – 11.30 Επάρκεια αίματος στις ΜΜΑ των νοσοκομείων της Κύπρου. Δράσεις του Παγκύπριου Αντιαναιμικού Συνδέσμου για την Εθελοντική Αιμοδοσία

Ομιλητής: **Μ. Μιλτιάδους**

11.30 – 11.45 Συζήτηση/Ερωτήσεις

11.45 - 12.30 Θεσμικά θέματα

Προεδρείο: Ε. Μιχαλάκη - Α. Μανάφας - Χ. Πύργας

Παροχές Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Ομιλήτρια: **Θ. Καρποδίνη**

Ασφαλιστικά - Συνταξιοδοτικά - Επιδόματα

Ομιλητής: **Ι. Βαρδακαστάνης**

12.30 - 13.00 Κλείσιμο της εκδήλωσης

Προεδρείο: Ε. Καψάλη - Β. Δήμος - Λ. Ρουμπάτης



Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα

Δωδώνης 33, Ιωάννινα 452 21

Τηλ: +30 2651 090550

info@grandserai.com

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Εγγραφές - Τεχνική Υποστήριξη - Έκθεση

Παρασκευή **20/9/2019** 15:30-20:30

Σάββατο **21/9/2019** 09:00-19:30

Κυριακή **22/9/2019** 09:00-11:00

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή **20/9/2019** 16:00-21:00

Σάββατο **21/9/2019** 09:45-19:45

Κυριακή **22/9/2019** 10:00-13:00

Επίσημη Γλώσσα

Επίσημη γλώσσα της Εκδήλωσης είναι η **Ελληνική**.

Εγγραφή

Η Εγγραφή στις εργασίες της Εκδήλωσης είναι **Δωρεάν**.

Η εγγραφή περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση Επιστημονικών Συνεδριάσεων
- Συνεδριακό Υλικό
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής
- Συμμετοχή στα Διαλείμματα καφέ
- Συμμετοχή στο Ελαφρύ Γεύμα

Στην εγγραφή δεν περιλαμβάνεται το κόστος συμμετοχής στο Δείπνο την Παρασκευή 20/09 στις 21.30.

Το κόστος συμμετοχής είναι 10€/άτομο και μπορεί να πληρωθεί στη γραμματεία της Εκδήλωσης την ημέρα άφιξης 20/9 έως και τις 17.30.

Παρακαλούμε σημειώσατε ότι για λόγους καλύτερης οργάνωσης θα διατεθεί προτεραιότητα στην αγορά κουπονιών σε όσους έχουν ήδη κάνει προκράτηση μέσω της ηλεκτρονικής φόρμας.

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Οι Βεβαιώσεις Παρακολούθησης θα είναι διαθέσιμες σε όλους τους συμμετέχοντες αποκλειστικά σε ηλεκτρονική μορφή από την Κυριακή 22 Σεπτεμβρίου 2019 στην ιστοσελίδα της Πανελληνίας Εκδήλωσης www.thalassaemia2019.gr με τη χρήση του Barcode που αναγράφεται στην Κονκάρδα.

Webcasting

Το βιντεοσκοπημένο υλικό των ομιλιών με ταυτόχρονη προβολή των παρουσιάσεων (ppt) θα διατίθεται για αναμετάδοση μετά το πέρας της Εκδήλωσης. Το υλικό θα αποθηκευτεί, θα κωδικοποιηθεί και θα είναι διαθέσιμο προς όλους τους εγγεγραμμένους συμμετέχοντες για παρακολούθηση σε δεύτερο χρόνο στην επίσημη σελίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας <https://www.eotha.gr/>.

Φωτογράφιση/Βιντεοσκόπηση

Παρακαλούμε σημειώστε ότι κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης θα γίνεται φωτογράφιση ή/και βιντεοσκόπηση από τη διοργανώτρια εταιρεία. Με την εγγραφή σας στην εκδήλωση συναινείτε στην παράδοση του υλικού στους Οργανωτές και την πιθανή δημοσίευσή του σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα.

Παράδοση Ομιλιών/Παρουσιάσεων

Όλοι όσοι συμμετέχουν με ομιλία - παρουσίαση παρακαλούνται να παραδώσουν το υλικό της παρουσίασης τους (σε PowerPoint με USB/CD/DVD) στην Τεχνική Γραμματεία που θα λειτουργεί εντός της συνεδριακής αίθουσας τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της επιστημονικής ενότητας (προς επιβεβαίωση της λειτουργίας του ή/και προς επιδιόρθωση τεχνικών προβλημάτων).

Ασφάλεια

Η Οργανωτική Επιτροπή καθώς επίσης και το Οργανωτικό - Συντονιστικό Γραφείο / Γραμματεία δεν φέρουν καμία ευθύνη για τυχόν τραυματισμό ή απώλεια οποιασδήποτε φύσεως, καθώς επίσης και για οποιαδήποτε πιθανή φθορά, απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων των συμμετεχόντων και των συνοδών μελών.

Οργανωτικό-Συντονιστικό Γραφείο

Συνεδριακή ΑΕ/ Conferre SA

Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, Θέση Μάρες,

ΤΚ:45500, Πεδινή, Ιωάννινα

Τηλ. 26510 68610

Fax: 26510 68611

Email: info@conferre.gr

Website: <http://www.conferre.gr>



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ
Παρασκευή 20/09/2019



ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Μπεχλιούλης Άρης

Καρδιολόγος, Β' Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) ορίζεται ως μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας >20 mmHg. Η ΠΑΥ αποτελεί μια από τις καρδιαγγειακές επιπλοκές των διαφόρων αιμοσφαιρινοπαθειών και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα στους ασθενείς αυτούς. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΠΑΥ από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία οι αιμοσφαιρινοπάθειες κατηγοριοποιούνται στην Ομάδα 5 ασθενειών που σχετίζονται με ΠΑΥ. Η αιτιολογία της ΠΑΥ στους ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες είναι πολυπαραγοντική και οφείλεται στη χρόνια αιμόλυση, τη διαταραχή στο ενδοθήλιο και την παραγωγή μονοξειδίου του αζώτου, την υπερπηκτικότητα (π.χ. μετά από σπληνεκτομή) και την υπερδυναμική κυκλοφορία τα οποία οδηγούν σε διαταραχές της μικροκυκλοφορίας των πνευμόνων και αυξημένες αντιστάσεις των πνευμονικών αγγείων. Σε σημαντικό ποσοστό η εμφάνιση της ΠΑΥ μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας στους ασθενείς αυτούς. Οι αλγόριθμοι διάγνωσης και σταδιοποίησης κινδύνου σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες και ΠΑΥ είναι κοινοί με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών με ΠΑΥ. Η αντιμετώπιση των ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες και ΠΑΥ περιλαμβάνει γενικά υποστηρικτικά μέτρα (π.χ. οξυγονοθεραπεία) και ειδικά για την κάθε νόσο μέτρα (π.χ. μεταγγίσεις, αντιπηκτική αγωγή κτλ). Η εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή για την ΠΑΥ (Ομάδα 1) που περιλαμβάνει ανταγωνιστές της ενδοθηλίνης, αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης και ανάλογα προστακυκλίνης έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ΠΑΥ και αιμοσφαιρινοπάθειες σε μικρές μελέτες χωρίς να έχει λάβει επίσημη έγκριση για το σύνολο των ασθενών: η χρήση των φαρμάκων αυτών μπορεί να γίνεται κατά περίπτωση μετά από συζήτηση ειδικών και λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση κόστους και οφέλους.

ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Παππάς Κωνσταντίνος

Καρδιολόγος, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιωαννίνων

Αρρυθμίες παρατηρούνται πιο συχνά σε ασθενείς με θαλασσαιμία σε ηλικία άνω των 40 ετών. Συνυπάρχουν συνήθως παθήσεις των ενδοκρινών αδένων (θυρεοειδής-διαβήτης). Πρόκειται για έκτακτες υπερκοιλιακές και κοιλιακές συστολές που δεν γίνονται πάντα αντιληπτές από τον ασθενή. Πριν την έναρξη της εντατικής αποσιδήρωσης (δεκαετία 1980) σχεδόν 50 % των ασθενών είχαν αρρυθμίες που συχνά ήταν και πολύ επικίνδυνες. Με την έναρξη της συστηματικής αποσιδήρωσης τα περιστατικά με μυοκαρδιοπάθεια που καταλήγουν σε καρδιακή ανεπάρκεια σπανίζουν και οι περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται εμφυτευμένο απινιδιστή για αντιμετώπιση του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου είναι ελάχιστες. Η πιο συχνά αναβρισκόμενη αρρυθμία που χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση είναι η κολπική μαρμαρυγή. Σε μελέτη ασθενών (1999-2006) από την Μεγάλη Βρετανία (P. Kirk 2009) βρέθηκε ότι μεταξύ 650 ασθενών (μέση ηλικία 27 ± 10 έτη) με Μείζονα Μεσογειακή Αναιμία 98 εμφάνισαν αρρυθμία και οι περισσότεροι (78 ασθενείς 14%) είχαν επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής σε καταγραφή 24 ώρου ΗΚΓγραφήματος (HOLTER). Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν παθολογικές τιμές MRI T2 $* < 20$ msec (μυοκάρδιο). Η θεραπεία της εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής συνίσταται σε φαρμακευτική ή ηλεκτρική ανάταξη όταν είναι πρόσφατης έναρξης, προφύλαξη από εγκεφαλικό επεισόδιο με την χορήγηση αντιπηκτικών και αντιαρρυθμικών για την διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού. Αναφέρεται και η θεραπεία με κατάλυση (ablation) σε περιστατικά με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και κολπική μαρμαρυγή. Οι διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας μειώνονται δραστικά τα τελευταία χρόνια και πολλοί λίγοι ασθενείς χρειάστηκαν την εμφύτευση βηματοδότη. Αν και όλοι οι ασθενείς πλέον κάνουν αποσιδήρωση χρειάζεται και σήμερα συχνή παρακολούθηση και αναζήτηση λανθάνουσας αρρυθμίας ειδικότερα σε μεγαλύτερη ηλικία.



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Ντάλας Ιωάννης Β.

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, Άρτα

Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι του καρδιαγγειακού συστήματος που χρησιμοποιούνται συστηματικά σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες είναι το υπερηχογράφημα καρδιάς, η μαγνητική (CMR) και η αξονική τομογραφία καρδιάς (CCTA). Συγκεκριμένα το υπερηχογράφημα καρδιάς χρησιμοποιείται ως πρώτη εξέταση για την ανίχνευση καρδιακής ανεπάρκειας, παθήσεων των καρδιακών βαλβίδων και πνευμονικής υπέρτασης. Ιδιαίτερα η διενέργεια stress echo είτε φαρμακευτικά είτε με άσκηση βοηθάει σημαντικά στην ανίχνευση στεφανιαίας νόσου και βιωσιμότητας μυοκαρδίου. Η CMR δεν χρησιμεύει μόνο στην ποσοτικοποίηση της εναπόθεσης σιδήρου στο μυοκάρδιο και στο ήπαρ σε όσους υποβάλλονται συχνά σε μεταγγίσεις αίματος, αλλά και στην ανίχνευση της αιτίας σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Η CCTA με τη μέτρηση του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αγγείων, που πλέον συμπεριλαμβάνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες ασθενών με υπερλιπιδαιμία, βοηθάει στην πρόιμη ανίχνευση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων, καθώς και στην αναίμακτη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Ιδιαίτερα η χρήση των νεότερων αξονικών τομογράφων από 64 έως και 640 τομών έχει μειώσει σημαντικά τη διάρκεια της εξέτασης και συνακόλουθα το ποσό ακτινοβολίας που δέχεται ο ασθενής.

ΟΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τσιούρης Σπυρίδων

Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ. Πυρηνικής Ιατρικής

Κλινικό Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από απώλεια οστικής μάζας και διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, οδηγώντας σε αυξημένη ευθραυστότητα και κίνδυνο κατάγματος. Η οστική νόσος αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας των ασθενών με θαλασσαιμία και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες. Η παθογένειά της είναι πολυπαραγοντική. Η μειωμένη οστεοβλαστική δραστηριότητα αποτελεί βασικό μηχανισμό απώλειας οστικής μάζας στη θαλασσαιμία, συνοδεύεται δε από συγκρίσιμη ή ακόμα μεγαλύτερη αύξηση της οστικής απορρόφησης. Η προοδευτική έκπτωση του οστικού μυελού εις βάρος του οστού, η άμεση τοξικότητα της περίσσειας σιδήρου στους οστεοβλάστες, η αιμολυτική αναιμία, η παραθυρεοειδική δυσλειτουργία, η παρουσία διαβήτη, ο υπογοναδισμός, ο υποθυρεοειδισμός και η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης και ινσουλινικών αυξητικών παραγόντων συνεισφέρουν στην ανάπτυξη οστεοπόρωσης στη θαλασσαιμία. Η διάγνωση είναι σημαντική για την έναρξη θεραπείας, την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Βασικές διαγνωστικές τεχνικές μέτρησης της οστικής πυκνότητας (bone mineral density – BMD) είναι η απορροφησιομετρία ακτίνων Χ διπλής ενέργειας (dual energy X-Ray absorptiometry – DEXA) και η ποσοτική υπολογιστική τομογραφία (quantitative computed tomography – QCT)). Η DEXA προσδιορίζει τη BMD μέσω δισδιάστατης μέτρησης, μη αποφεύγοντας έτσι την κατά περιοχές επιπροβολή σπογγώδους και φλοιώδους οστού. Είναι η πλέον διαδεδομένη τεχνική λόγω ευκολίας χρήσης και ιδιαίτερα χαμηλής ακτινικής επιβάρυνσης. Η QCT επιτρέπει την τρισδιάστατη ογκομετρική μέτρηση της BMD χωρίς επικάλυψη μεταξύ φλοιώδους και σπογγώδους οστού. Δεν είναι διαδεδομένη όσο η DEXA, ενώ βασικό της πλεονέκτημα είναι η αυξημένη ευαισθησία, λόγω της διακριτής μέτρησης σπογγώδους και φλοιώδους οστού.



ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Μακρυδήμας Γεώργιος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σε χώρες με αυξημένη συχνότητα φορέων αιμοσφαιρινοπαθειών, η μόνη ρεαλιστική προσέγγιση για την πρόληψη της γέννησης νέων ασθενών με μεσογειακή ή δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι το screening του πληθυσμού σε συνδυασμό με επεμβατική προγεννητική διάγνωση. Η προγεννητική διάγνωση εμφανίστηκε αρχικά το 1970 με την ανάλυση σύνθεσης αλυσίδων σφαιρίνης του εμβρυικού αίματος που λαμβανόταν με εμβρυοσκόπηση ή αναρρόφηση πλακούντα (placental aspiration) στις 18 εβδομάδες της κύησης. Στις αρχές της δεκαετίας του 90, ο μοριακός προσδιορισμός της θαλασσαιμίας, η ανάπτυξη τεχνικών για την ανίχνευση της μέσω ανάλυσης του DNA και η εισαγωγή λήψης δείγματος αμνιακού υγρού (αμνιοπαρακέντηση) ή χοριακών λαχνών (CVS), οδήγησαν στην πιο πρώιμη προγεννητική διάγνωση. Η προγεννητική διάγνωση των εμβρυικών χρωμοσωμικών ανωμαλιών και μονογονιδιακών νοσημάτων βασίζεται σήμερα στην απόκτηση εμβρυικού ιστού μέσω λήψης χοριακών λαχνών ή αμνιοπαρακέντησης στις 11 και 16 εβδομάδες κύησης, αντίστοιχα.

Η παρακέντηση της εξωεμβρυϊκής κοιλότητας, η οποία περιλαμβάνει την διακολλητική εισαγωγή μιας βελόνης εντός της εξωεμβρυϊκής κοιλότητας και αναρρόφηση υγρού, θα μπορούσε να παρέχει εμβρυικά κύτταρα για προγεννητική διάγνωση από μόλις τις 7 εβδομάδες κύησης.

Αρχικά στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων και στη συνέχεια σε συνεργασία με το κέντρο προγεννητικής διάγνωσης για τη μεσογειακή αναιμία στο Παλέρμιο της Ιταλίας εξετάσαμε ένα μεγάλο αριθμό εγκύων που υποβλήθηκαν σε παρακέντηση της εξωεμβρυϊκής κοιλότητας. Αποδείξαμε, ότι η συλλογή εμβρυικών κυττάρων από το υγρό αυτό επιτρέπει την πιο πρώιμη προγεννητική διάγνωση αιμοσφαιρινοπαθειών και δεύτερον, ότι ο κίνδυνος αποβολής κυμαίνεται περίπου στο 2%, παρόμοιος με τον ήδη προϋπάρχον κίνδυνο για αυτό το στάδιο της εγκυμοσύνης. Δεν υπήρξαν ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Συνεπώς, η παρακέντηση της εξωεμβρυϊκής κοιλότητας είναι μια κατάλληλη και αξιόπιστη επέμβαση για την προγεννητική διάγνωση αιμοσφαιρινοπαθειών. Αυτή η τεχνική είναι ιδιαίτερα ελκυστική για τους γονείς γιατί παρέχει πιο έγκαιρη διάγνωση σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους, ελαττώνοντας έτσι το άγχος και επιτρέποντας σε εκείνους με πάσχοντα έμβρυα, εφόσον το επιλέξουν, τον πιο πρώιμο και συνεπώς ασφαλέστερο τερματισμό της κύησης. Παράλληλα η πρώιμη διάγνωση θα μπορούσε να προσφέρει τη δυνατότητα για ενδομήτρια θεραπεία της μεσογειακής αναιμίας.

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Παπαδοπούλου Δέσποινα

Ειδικός Παθολόγος, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία με διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών που οφείλονται σε μερική ή πλήρη έλλειψη ινσουλίνης ή σε αντίσταση των περιφερικών ιστών στη δράση της ή και στα δύο.

Ο προδιαβήτης ορίζεται ως διαταραχή στη γλυκόζη νηστείας ή/και παθολογική ανοχή στη γλυκόζη ή /και οριακές τιμές HbA1c που δεν θέτουν ωστόσο διάγνωση Σακχαρώδη Διαβήτη.

Οι διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη ενδοκρινολογική επιπλοκή στη θαλασσαιμία. Η παθογένεια τους είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική, με την υπερφόρτωση σιδήρου να παίζει τον κύριο ρόλο. Η μειωμένη έκκριση ινσουλίνης (τοξική δράση του σιδήρου στα β-κύτταρα), η αντίσταση στην ινσουλίνη (εναπόθεση σιδήρου στο ήπαρ, μύες, λιπώδη ιστό) σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως χρόνια ηπατική νόσος, ηπατίτιδα C, αυτοανοσία, οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, γενετικοί παράγοντες και η εμφάνιση διαβήτη ανεξάρτητου από τη θαλασσαιμία, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανώμαλη ομοιόσταση της γλυκόζης. Δεδομένου του ρόλου του σιδήρου, η καθυστερημένη έναρξη θεραπείας αποσιδήρωσης και η κακή συμμόρφωση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση διαταραχών της γλυκόζης.

Η ανίχνευση και αντιμετώπιση του προδιαβητικού σταδίου είναι κριτικής σημασίας, διότι έτσι ο διαβήτης μπορεί να προληφθεί, να υποστραφεί ή να καθυστερήσει η εκδήλωση του για πολλά χρόνια. Οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν δοκιμασία ανοχής γλυκόζης ετησίως από την εφηβεία ή από την ηλικία των 10 ετών εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.

Επιβάλλεται εγρήγορη ασθενών και επαγγελματιών υγείας για την έγκαιρη διάγνωση των προδιαβητικών ασθενών, ώστε με εντατικοποίηση της θεραπείας αποσιδήρωσης και εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών μέτρων, να αποφευχθεί ή να καθυστερήσει η εξέλιξη σε Σακχαρώδη Διαβήτη.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ
Σάββατο 21/09/2019

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Παπασάββα Μαργαρίτα Ε.

Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Επιμελήτρια Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι μια παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία της παθολογικής αιμοσφαιρίνης S στα ερυθρά αιμοσφαίρια των πασχόντων. Περίπου 100.000.000 άνθρωποι παγκοσμίως φέρουν το αντίστοιχο γονίδιο. Η παρουσία της στα ερυθρά αιμοσφαίρια έχει σαν αποτέλεσμα μια ποικιλία επιπλοκών στους πάσχοντες. Οι οξείες επιπλοκές της νόσου είναι αίτιο νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας. Οι μορφές της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας είναι ποικίλες και η παθοφυσιολογία των επιπλοκών είναι αρκετά πολύπλοκη. Η αρχική αλλαγή επιτελείται με την απώλεια του φυσιολογικού σχήματος των ερυθρών αιμοσφαιρίων και τον σχηματισμό και τη συσσώρευση των δρεπανοκυττάρων, που με τη σειρά της προκαλούν περαιτέρω βλάβες σε διάφορα όργανα. Η αιμόλυση, η απόφραξη αγγείων και παρεμπόδιση της ροής του αίματος στη μικροκυκλοφορία, η ιστική υποξία και νέκρωση και η βλάβη των προσβληθέντων ιστών οδηγούν σε οξεία συμβλήματα που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Οι ασθενείς υποστηρίζονται με γενικά μέτρα αλλά και ειδικότερα, ανάλογα με την επιπλοκή που παρουσιάζουν. Η διάρκεια της ζωής των ασθενών, καθώς και η ποιότητα ζωής τους έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της καλύτερης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και των νεότερων μεθόδων αντιμετώπισης της νόσου.



ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μάκης Αλέξανδρος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής/Παιδιατρικής Αιματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σύμφωνα με τα νεώτερα δεδομένα, στην παθοφυσιολογία της δρεπανοκυτταρικής νόσου εκτός από τη δρεπάνωση των ερυθροκυττάρων συμμετέχουν και άλλα φαινόμενα όπως η αύξηση της προσκολλητικότητας ερυθροκυττάρων και ουδετεροφίλων στο αγγειακό ενδοθήλιο, η ισχαιμία/επαισιμάτωση/οξειδωτικό stress, η δράση της αδενοσίνης, η λειτουργική ανεπάρκεια του μονοξειδίου του αζώτου, η αύξηση του αγγειακού τόνου και η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Παρόλο που η γενετική διελεύκανση του γενετικού υπόβαθρου της νόσου έγινε το 1949, υπάρχει καθυστέρηση στην εμφάνιση νέων θεραπειών λόγω της πολυπαραγοντικής παθοφυσιολογίας των αγγειακών αποφράξεων. Επίσης, λόγω της υπαρκτής θνητότητας και θνησιμότητας της νόσου, οι νέες θεραπείες πρέπει να δρουν προληπτικά και να μην έχουν σημαντικές παρενέργειες.

Οι νέοι θεραπευτικοί παράγοντες που έχουν αναδυθεί στοχεύουν σε κάθε φάση της παθοφυσιολογίας της νόσου και βρίσκονται σε ώριμο στάδιο κλινικών δοκιμών, όπως το crizanlizumab (αναστολέας των προσκολλητικών μορίων P-selectins) που έχει φανεί ότι μειώνει τον αριθμό των επώδυνων κρίσεων και το voxelotor (παράγοντας που εμποδίζει τον πολυμερισμό της HbS) που οδηγεί σε αύξηση της αιμοσφαιρίνης και ελάττωση της αιμόλυσης. Παράλληλα, γίνονται προσπάθειες και για τη βελτίωση των τεχνικών της μεταμόσχευσης αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, ενώ γίνονται κλινικές δοκιμές φάσης 1 στη γονιδική θεραπεία με νέους ιικούς φορείς και προπαρασκευαστικά σχήματα.

Βιβλιογραφία

1. Ataga KI et al. Crizanlizumab for the Prevention of Pain Crises in Sickle Cell Disease. *N Engl J Med.* 2017;376:429-439
2. Vichinsky E et al. HOPE Trial Investigators. A Phase 3 Randomized Trial of Voxelotor in Sickle Cell Disease. *N Engl J Med.* 2019 Aug 8;381(6):509-519

ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κωνσταντίνου Βαρνάβας

Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική - Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών, Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η Γονιδιακή Θεραπεία είναι πλέον, από τον Ιούνιο του 2019, εγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος για τη ριζική αντιμετώπιση της ομόζυγης β-θαλασσαιμίας. Οι προχωρημένης φάσης κλινικές δοκιμές των τελευταίων 5 ετών, κατέδειξαν ότι η μεταμόσχευση αυτόλογων αιμοποιητικών κυττάρων στα οποία έχει προστεθεί ένα λειτουργικό γονίδιο β-σφαιρίνης είναι ασφαλής και αποτελεσματική, απαλλάσσοντας περισσότερους από 4 στους 5 ασθενείς με γονότυπο β+ (non β0/β0) από τις μεταγγίσεις αίματος.

Η κλινική διαδικασία της ΓΘ περιλαμβάνει: 1) τη συλλογή αυτόλογων αιμοποιητικών κυττάρων από τον ασθενή, 2) τη γονιδιακή τροποποίηση των κυττάρων στο εργαστήριο (εξωσωματικά, ex vivo) και τους απαραίτητους ελέγχους ασφαλείας και 3) τη χορήγηση των γενετικά διορθωμένων αιμοποιητικών κυττάρων στον ασθενή μετά από φαρμακευτική προετοιμασία (conditioning) του μυελού των οστών.

Η γενετική τροποποίηση των αιμοποιητικών κυττάρων, που αποσκοπεί στην παραγωγή λειτουργικής αιμοσφαιρίνης σε θεραπευτικά επίπεδα, μπορεί να γίνει είτε με τη μέθοδο της γονιδιακής προσθήκης (gene addition, γονίδιο της β- ή γ-σφαιρίνης), ή με τη μέθοδο της γονιδιακής επεξεργασίας (genome editing) που είτε διορθώνει τη γενετική βλάβη του γονιδίου της β-σφαιρίνης, ή επανενεργοποιεί έμμεσα το γονίδιο της γ-σφαιρίνης. Κλινικές δοκιμές γονιδιακής θεραπείας της β-θαλασσαιμίας και της δρεπανοκυτταρικής νόσου και με τις δύο προσεγγίσεις διεξάγονται σε ασθενείς στην Ευρώπη, τις ΗΠΑ, την Αυστραλία και την Ασία (στην Ελλάδα, στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης, δύο ασθενείς με β-θαλασσαιμία έχουν ήδη υποβληθεί σε γονιδιακή θεραπεία στο πλαίσιο διεθνούς πολυκεντρικής μελέτης).

Η πρόσφατη έγκριση του πρώτου γονιδιακού προϊόντος στη β-θαλασσαιμία αναμένεται να απασχολήσει άμεσα όλους τους ενδιαφερόμενους / εμπλεκόμενους φορείς με σκοπό τη συντομότερη εφαρμογή της θεραπείας σε επιλέξιμους ασθενείς και στην Ελλάδα.



ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Καλτσονούδης Ευριπίδης

*Επιμελητής Β', Ρευματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Οι αιμοσφαιρινοπάθειες είναι κληρονομικές διαταραχές που προκαλούνται από μεταλλάξεις στο γονίδιο της αιμοσφαιρίνης και μπορεί να αφορούν ποσοτική ανωμαλία (π.χ. θαλασσαιμία) ή δομική ανωμαλία (π.χ. δρεπανοκυτταρική αναιμία).

Στην προσπάθεια αντιρρόπησης της αναιμίας, μέσω του μυελού των οστών, το οστόν υφίσταται «καταπόνηση» και μπορεί να επηρεαστεί ολόκληρο το μυοσκελετικό σύστημα.

Στα οστά δημιουργείται υπερπλασία του μυελού και παρατηρείται επίσης μειωμένη οστική πυκνότητα. Στις αρθρώσεις προκαλούνται υποτροπιάζοντα ύδραρθρα, οστεοαρθρίτιδα και αρθροπάθεια σχετιζόμενη με λήψη Δεφεριπρόνης.

Στην δρεπανοκυτταρική αναιμία υφίσταται κίνδυνος αγγειοαποφρακτικής νόσου με αντανάκλαστική συνέπεια την εκδήλωση άσηπτης νέκρωσης, οστεομυελίτιδας κ.α. Επίσης, είναι γνωστός και καλά τεκμηριωμένος ο αυξημένος κίνδυνος της προαναφερθείσας αγγειοαποφρακτικής νόσου, έπειτα από χορήγηση κορτικοστεροειδών.

Τέλος, βάσει της βιβλιογραφίας, οι φλεγμονώδους τύπου αρθρίτιδες και άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού, φαίνεται να συνυπάρχουν με τις αιμοσφαιρινοπάθειες περισσότερο συχνά απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

Τίθεται λοιπόν η ανάγκη υψηλού βαθμού διαγνωστικής υποψίας και θέσπισης κατευθυντήριων οδηγιών για τη διάγνωση και τη θεραπεία των μυοσκελετικών εκδηλώσεων στις αιμοσφαιρινοπάθειες.

ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Μπαλταγιάννης Γεράσιμος

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκόσμια. Η οξεία λοίμωξη (συνήθως ασυμπτωματική) μεταπίπτει σε ποσοστό 80%-90% σε χρόνια. Η χρόνια φορέας του ιού υπολογίζονται στο 3% με διακύμανση από 0,1% έως 5% στις διάφορες χώρες. Στην Ελλάδα η εκτιμώμενος επιπολασμός της χρόνιας HCV λοίμωξης στον γενικό πληθυσμό είναι 1,5%-2% και στους χρήστες τοξικών ουσιών ενδοφλεβίως περίπου 50%.

Η νόσος τις περισσότερες φορές δεν παρουσιάζει συμπτώματα, όμως ένα ποσοστό 20%-30% των ασθενών θα αναπτύξει κίρρωση του ήπατος (διαταραχή της αρχιτεκτονικής και της λειτουργίας του οργάνου με υπερανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού -κολλαγόνο και στραγγαλισμό των ηπατικών δοκίδων) σε περίπου 20-30 χρόνια. Σε ασθενείς με κίρρωση η συχνότητα ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου υπολογίζεται σε 1% - 3% ετησίως.

Επιβαρυντικοί παράγοντες γενικώς για την εξέλιξη της νόσου είναι η παρουσία συλλοίμωξης με τον ιό HIV ή τον ιό της ηπατίτιδας B και η κατάχρηση αλκοόλης.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν νέα αντι-ιικά φάρμακα (DAAs) που βασίζονται στο κύκλο ζωής του ιού και χορηγούνται από το στόμα σε διάφορους συνδυασμούς (Πίνακας 1). Τα φάρμακα αυτά: α. Έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα, δηλαδή μόνιμη κάθαρση του ιού (SVR) σε ποσοστά >95%, ανεξαρτήτως από τον τύπο του ιού (γονότυπος) ή το στάδιο της ηπατικής νόσου. β. Είναι απολύτως ασφαλή και δεν έχουν παρενέργειες (σπάνια αναφέρεται ελαφρά κόπωση ή κεφαλαλγία). γ. Χορηγούνται για μικρό χρονικό διάστημα (8-24 εβδομάδες) ανάλογα με την επιλογή του συνδυασμού φαρμάκων, τον γονότυπο του ιού, την παρουσία ή μη κίρρωσης και το ιστορικό προηγηθείσας θεραπείας.

Πολύ πρόσφατα έχουν εγκριθεί νεότερα, πιο απλά στη χορήγηση, αντι-ιικά φάρμακα που καλύπτουν όλους τους τύπους του ιού (παν-γονοτυπικά), έχουν υψηλό γενετικό φραγμό (δεν προκαλούν φαινόμενα ανοχής), δεν απαιτείται η συγχορήγηση ριμπαβιρίνης και χορηγούνται για χρονικό διάστημα (8-12 εβδομάδες) ανάλογα με την επιλογή του συνδυασμού φαρμάκων και την παρουσία ή μη κίρρωσης (Πίνακας 1). Πρόσφατα, έπειτα από απόφαση του Υπουργείου Υγείας (Σεπτέμβριος 2018) εγκρίνονται δωρεάν όλα τα νέα αντι-ιικά φάρμακα σε όλους τους ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη ανεξαρτήτως βαρύτητας ηπατικής βλάβης (δηλαδή σταδίου ίνωσης) και ανεξαρτήτως κατανάλωσης ή μη αλκοόλης ή χρήσης τοξικών ουσιών ή άλλων συνοσηροτήτων.



Ο στόχος της επιστημονικής κοινότητας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας - WHO) είναι τελικά η εκρίζωση της HCV λοίμωξης και για τον λόγο αυτό: Πρέπει να θεραπεύονται με τα νέα αντι-ικικά φάρμακα όλοι οι ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη ανεξαρτήτως του βαθμού της ηπατικής νόσου γιατί έτσι επιτυγχάνεται: α) η αναστολή εξέλιξης σε κίρρωση, η πρόληψη του καρκίνου, η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης άλλων νοσημάτων (διαβήτης, λέμφωμα, καρδιαγγειακά συμβάματα), β) η μείωση της μολυσματικότητας (ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου), και γ) κοινωνικό και οικονομικό όφελος. Είναι σε εξέλιξη ένα εθνικό πρόγραμμα εξάλειψης του ιού με στόχους: α) τον εντοπισμό όλων των ατόμων με χρόνια HCV λοίμωξη και β) την πρόσβαση όλων ανεξαρτήτως στη θεραπεία με τα νέα αντι-ικικά φάρμακα.

/images/files/hcv%20DICHMATATA%2009-2018.pdf

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ 1^η ΓΡΑΜΜΗΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ Η ΕΠΑΝΑΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΑΠΕΥΤΥΧΑΝ ΣΕ ΣΧΗΜΑ/ΤΑ ΜΕ (ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ) ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝ-ΑΛΦΑ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ (RBV) ΚΑΙ ΕΧΘΥΝ eGFR ≥30 ml/min

	Πρωτοθεραπευόμενοι χωρίς κίρρωση	Επαναθεραπευόμενοι χωρίς κίρρωση	Πρωτοθεραπευόμενοι με κίρρωση	Επαναθεραπευόμενοι με κίρρωση
GT1a	SOF/LDV x8 εβδ. PRV/r/OBV+DSV+RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV+DSV+RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV+DSV+RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. SOF/LDV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.
GT1b	SOF/LDV x8 εβδ PRV/r/OBV+DSV ² x8-12 εβδ. GZR/EBR ¹ x8-12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV+DSV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV+DSV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. PRV/r/OBV+DSV x12 εβδ. GZR/EBR x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.
GT2	SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.
GT3	SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/VEL +RBV x12 εβδ. GLE/PIB x16 εβδ.
GT4	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x8 εβδ.	SOF/LDV x12 εβδ. PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.	SOF/LDV +RBV x12 εβδ. PRV/r/OBV +RBV x12 εβδ. GZR/EBR ¹ x12 εβδ. SOF/VEL x12 εβδ. GLE/PIB x12 εβδ.

Τα προτεινόμενα σχήματα ανά γονότυπο (GT) εμφανίζονται σε σειρά ανάλογη της ημιομιονίας έγκρισής τους από τον EMA.

SOF: sofosbuvir (Sovaldi[®]), SOF/LDV: sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni[®]), PRV/r/OBV: paritaprevir/ritonavir/ombitasvir (Viekira[®]), DSV: dasabuvir (Exavia[®]),

GZR/EBR: grazoprevir/elbasvir (Zepatier[®]), SOF/VEL: sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa[®]), GLE/PIB: glecaprevir/pibrentasvir (Mavret[®]).

¹Όχι σε GT1a και κίρρωση και προηγούμενη μηδενική ανταπόκριση. ²Όχι σε GT1a και HCV RNA ≥800,000 IU/ml, ³8 εβδ. για F0-F2 και 12 εβδ. για F3, ⁴Όχι σε επαναθεραπευόμενους με GT4 (με ή χωρίς κίρρωση) και HCV RNA ≥800,000 IU/ml.

Τα σχήματα χωρίς RBV είναι προαριθμητά ακόμη και σε ασθενείς χωρίς αντίδειξη για RBV, εφόσον πρόκειται για παρόμοιο στάτους ενυδακτικής επιλογής.

Σε ασθενείς με eGFR <30 ml/min συστήνεται να χρησιμοποιούνται: PRV/r/OBV+DSV, GZR/EBR, GLE/PIB στα παραπάνω σχήματα ανάλογα με το GT.

Οι ασθενείς με μη ανταπορούμενη κίρρωση πρέπει να λαμβάνουν για 12 εβδ. SOF/LDV+RBV ή SOF/VEL+RBV

Πίνακας 1

Βιβλιογραφία

1. European Association for the Study of the Liver-EASL. Recommendations on Treatment on Hepatitis C. *J Hepatol*, 2015; 63: 199-236
2. Foster GR, Irving WL, et al. Impact of direct acting antiviral therapy in patients with chronic hepatitis C and decompensated cirrhosis. *J Hepatol*, 2016; 64: 1.224-1.23

ΑΚΟΗ

Καστανιουδάκης Ιωάννης

Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η μεσογειακή αναιμία ή θαλασσαιμία (γνωστή παλαιότερα ως αναιμία του Cooley) είναι μια κληρονομική μορφή βαριάς αναιμίας. Οι ασθενείς με μεσογειακή αναιμία δεν μπορούν να παράγουν αρκετή αιμοσφαιρίνη στον μυελό των οστών. Η αιμοσφαιρίνη είναι πρωτεΐνη που υπάρχει στα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι υπεύθυνη για τη μεταφορά οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς.

Η μεσογειακή αναιμία χαρακτηρίζεται από μειωμένη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς και από υπερβολική συγκέντρωση σιδήρου σε διάφορα όργανα του σώματος. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί αποτελεσματική θεραπεία για τη μεσογειακή αναιμία ωστόσο η γονιδιακή θεραπεία φαίνεται να αποτελεί μια υποσχόμενη μέθοδο. Η αντιμετώπιση των ασθενών περιλαμβάνει σήμερα συχνές μεταγγίσεις αίματος (1-2 το μήνα) αποσιδήρωση και ειδικά φάρμακα.

Από το σύστημα της ακοής η νόσος φαίνεται να προσβάλλει τόσο το σύστημα αγωγής του ήχου προκαλώντας βαρνηκοΐα αγωγιμότητας, όσο και το σύστημα αντίληψης του ήχου προκαλώντας νευροαισθητηριακού τύπου κοχλιακής εντόπισης βαρνηκοΐα.

Η βαρνηκοΐα αγωγιμότητας φαίνεται ότι είναι πολύ σπάνια, μόνον λίγα περιστατικά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, σε αντίθεση με τη νευροαισθητηριακού τύπου βαρνηκοΐα που παρατηρείται συχνότερα ως αποτέλεσμα είτε της νόσου αυτής καθαυτής, είτε λόγω ωτοτοξικότητας των φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αιμοσιδήρωσης.

Ως εκ τούτου οι παιδιατρικοί ασθενείς με θαλασσαιμία θα πρέπει να υποβάλλονται περιοδικά σε ακουολογικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση και των δυο πιθανών τύπων βαρνηκοΐας.



ΟΡΑΣΗ

Ασπρούδης Ιωάννης

*Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Διευθυντής, Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Η θαλασσαιμία είναι γενετική διαταραχή που οφείλεται σε μεταλλάξεις που οδηγούν σε δημιουργία παθολογικής αιμοσφαιρίνης και αδυναμία φυσιολογικής ωρίμανσης ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Μέρος της παθοφυσιολογίας οφείλεται στην εναπόθεση σιδήρου που προέρχεται από τη λύση των παθολογικών ερυθρών αιμοσφαιρίων. Οι αλλοιώσεις προκαλούνται τόσο από την ίδια τη νόσο όσο και από τη θεραπεία με μεταγγίσεις αίματος και χειλικούς παράγοντες σιδήρου.

Η οφθαλμική προσβολή συμβαίνει σε ασθενείς με μείζονα και ενδιάμεση θαλασσαιμία.

Τα οφθαλμικά ευρήματα αφορούν κυρίως στο οπίσθιο ημιμόριο και είναι κυρίως μη παραγωγικής φύσεως. Οι διαταραχές συνήθως από την ίδια τη νόσο δεν απειλούν την όραση, εκτός εάν περιλαμβάνουν την περιοχή της ωχράς, εμφανίζονται δε κυρίως σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς. Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ελίκωση αγγείων, αγγειοειδείς ταινίες, οπτική νευροπάθεια, στικτές μελαγχρωστικές αλλοιώσεις αμφιβληστροειδούς τόσο στον οπίσθιο πόλο και ιδιαίτερα στην περιοχή της ωχράς κηλίδας όσο και στην περιφέρεια. Η βυθοσκοπική εικόνα μπορεί να προσομοιάζει εικόνα ελαστικού ψευδοξανθώματος. Οι εκδηλώσεις από το πρόσθιο ημιμόριο συνήθως περιλαμβάνουν καταρράκτη και λεία ίριδα με απώλεια χαρακτηριστικών. Οι διαταραχές από την αντιμετώπιση της χρόνιας υπερφόρτωσης σιδήρου συνήθως με δεσφεριξαμίνη μπορεί να εκδηλωθούν με ταχεία απώλεια όρασης, στικτές μελαγχρωστικές αλλοιώσεις στο βυθό και παθολογικά ηλεκτροδιαγνωστικά ευρήματα.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑ

Χαλιάσος Νικόλαος

Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιωάννινα 2019

Μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις στο χώρο της προληπτικής ιατρικής. Υπάρχει ανάγκη πιστής εφαρμογής του προγράμματος εμβολιασμού γιατί τα οφέλη είναι τεράστια και οι σοβαρές παρενέργειες ελάχιστες. Παρόλα αυτά απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση.

Οι Αιμοσφαιρινοπάθειες είναι κληρονομικές αιμολυτικές αναιμίες και οι συχνότερες από αυτές είναι: η ομόζυγη θαλασσαιμία - η ομόζυγη δρεπανοκυτταρική νόσος και η μικροδρεπανοκυτταρική νόσος. Αυτές απαιτούν ειδικές θεραπείες και αντιμετώπιση των επιπλοκών τους.

Η εφαρμογή του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών είναι πάρα πολύ σημαντική για τους ανωτέρω ασθενείς και για το λόγο ότι υπάγονται στις ευαίσθητες ομάδες.

Μερικά από τα εμβόλια αυτά είναι απολύτως απαραίτητα και για την προστασία της ζωής τους. Οι θεράποντες ιατροί οφείλουν να ενημερώνουν τακτικά τους πάσχοντες.

Η βλάβη διαφόρων οργάνων (πχ: ήπαρ, καρδιά) επιτείνει την αναγκαιότητα των εμβολιασμών.

Τα άτομα με αιμοσφαιρινοπάθειες είναι πολύ ευπρόσβλητα στα βακτήρια: Πνευμονιόκοκκο, Μηνιγγοδόκοκκο, Αιμόφιλο ινφλουέντζας τύπου β.

Εμβόλια που αφορούν τις αιμοσφαιρινοπάθειες ειδικά:

Ηπατίτιδας Β, Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου β, Πνευμονιοκόκκου (και τα δύο είδη εμβολίων), μηνιγγοδόκοκκου, Ηπατίτιδας Α, HPV, Γρίπης.



ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Ντελίκου Σοφία* *Αιματολόγος, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας*

Μαγγανάς Κωνσταντίνος* *Επιστημονικός Συνεργάτης, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας*

Ξυδάκη Αικατερίνη* *Παθολόγος, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας*

Ευλιάτη Λουκία* *Αιματολόγος, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμού, Αθήνα*

Μυρίλλα Ιωάννα* *Βιοπαθολόγος, Αιματολογικό εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»*

Ρουμπάτης Λεωνίδας* *MSc PhD Βιοχημικός Βιοχημικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»*

Κωσταρίδου Σταυρούλα* *Παιδίατρος, Αιματολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Αθήνα*

***ισάξια συμμετοχή όλων των ιατρών**

Η πρόληψη της νοσηρότητας και θνητότητας από τα λοιμώδη νοσήματα με τους εμβολιασμούς υπήρξε το σπουδαιότερο επίτευγμα του 20ου αιώνα και η πλέον επιτυχημένη παρέμβαση πάνω στη δημόσια υγεία. Ωστόσο και παρά τα αναμφισβήτητα οφέλη από τη μαζική εφαρμογή των εμβολιασμών, έχει παρατηρηθεί η μη τήρηση των επισήμων οδηγιών εμβολιασμού σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως οι ασθενείς με Αιμοσφαιρινοπάθειες.

Κατά το χρονικό διάστημα Νοεμβρίου 2018 - Μαρτίου 2019 σε ανώνυμο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο που διαμοιράστηκε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης που διαθέτουν οι σύλλογοι ασθενών, απάντησαν πανελλαδικά ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες σχετικά με τις εμβολιαστικές συνήθειες τους, ενώ στην ανάλυση των ερωτηματολογίων συσχετίστηκαν κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες με την επαρκή εμβολιαστική κάλυψη και τις πεπονηθείσες σχετικά με τους εμβολιασμούς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Πλιάκου Ξάνθη

PhDc, MSc, Υπεύθυνη Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας, ΠΓΝΙ

Η θαλασσαιμία, ως χρόνιο νόσημα, έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλες τις συνιστώσες της ζωής των ασθενών. Η ιδιαιτερότητα αυτή επιβάλλει ολιστική προσέγγιση στην θεραπεία από το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην ορθή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος των πασχόντων είναι ιδιαίτερα σημαντική και ουσιαστική. Η νοσηλευτική φροντίδα συνδέεται τόσο με την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής (πρωτόκολλα μετάγγισης και αποσιδήρωσης), την εκπαίδευση όσο και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Η πολύωρη συναναστροφή με τους ασθενείς, επιτρέπει στους νοσηλευτές να ενεργούν ως σημείο αναφοράς για την γενική κατάσταση της υγείας τους και να συμβάλλουν ουσιαστικά στην βελτίωση της συμμόρφωσης και κατά επέκταση της ποιότητας ζωής τους. Στην εποχή μας, που την χαρακτηρίζει η εξειδίκευση, η αντιμετώπιση των χρόνιων πασχόντων έχει τόσες ιδιαιτερότητες και τέτοιο εύρος ώστε αξίζει να θεωρείται ξεχωριστή ειδικότητα. Αυτό επιβάλλει την ανάπτυξη νοσηλευτικών δικτύων, με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την νοσηλευτική έρευνα. Η παρεχόμενη φροντίδα είναι αναγκαίο να υποστηρίζεται από το τετράπτυχο QIPP (ποιότητα, κοινοτομία, πρόληψη, παραγωγικότητα) με επανασχεδιασμό των προγραμμάτων φροντίδας, ευρεία χρήση δεικτών ποιότητας και επιμόρφωση των συνεργατών σε βέλτιστες πρακτικές.



ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Πασπάλη Δήμητρα

Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο»

Η χρόνια νόσος, αποτελεί σημαντική πρόκληση στην αντιμετώπισή της από τον ασθενή. Εκτός από τις σωματικές επιπτώσεις, που βιώνει το άτομο και τις ενδεχόμενες δυσκολίες που, δυνητικά, αυτές επιφέρουν, εξίσου σημαντικές είναι οι ψυχικές και κοινωνικές προεκτάσεις της νόσου.

Ο ενήλικος χρόνιος πάσχων, έχοντας πολλαπλούς ρόλους στην καθημερινότητά του, όπως π.χ. αυτόν του εργαζόμενου ή του γονέα καλείται να διαχειριστεί τις συνθήκες που δημιουργούνται εξαιτίας της πάθησής του. Εντός του πλαισίου της χρονιότητας ενός νοσήματος, πιθανόν να βιωθούν από το άτομο αισθήματα κόπωσης και ματαιότητας, αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, με επακόλουθο την έκπτωση λειτουργικότητας, την επιδείνωση της ποιότητας ζωής και κάποιες φορές την μη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η αναγνώριση των προβλημάτων και δυσκολιών από τον ασθενή αποτελεί την αρχή για την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης (coping), σε συνδυασμό με τη βοήθεια της θεραπευτικής του ομάδας αλλά και του κοινωνικού δικτύου στο οποίο ανήκει.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διαμαντίδης Μιχάλης Δ.

Αιματολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ., Αιματολογικό Τμήμα, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των πασχόντων από θαλασσαιμία, οι οποίοι πλέον φτάνουν στην ώριμη ενήλικη ζωή, εμφανίζονται διάφορα νεοπλασματικά νοσήματα. Αναλύσαμε αναδρομικά όλες τις περιπτώσεις κακοήθων νεοπλασιών που διαγνώστηκαν στην επικράτεια σε μεγάλη ομάδα Ελλήνων ασθενών από αιμοσφαιρινοπάθειες και αναζητήσαμε πιθανούς προδιαθεσικούς παράγοντες: οικογενειακό ιστορικό νεοπλασιών, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, ΗΒV ή ΗCV λοίμωξη, υψηλό φορτίο σιδήρου, συστηματική χρήση ανδρογόνων/οιστρογόνων ή αναβολικών.

Υπεύθυνοι της μελέτης: κ. Αλεξάνδρα Κουράκλη, Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ - κ. Αργύρης Συμεωνίδης, Αιματολόγος, Καθηγητής Παθολογίας-Αιματολογίας (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών).

Επί συνόλου 3907 ασθενών με αιμοσφαιρινοπάθειες (Ομάδα I: ομόζυγη β-θαλασσαιμία N=2179, Ομάδα II: ενδιάμεση β-θαλασσαιμία N=782, Ομάδα III: δρεπανοκυτταρική νόσος/μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία N=769, και Ομάδα IV: αιμοσφαιρινοπάθεια H N=177) που παρακολουθούνται σε 33 ειδικές μονάδες, το διάστημα μεταξύ 1985 και 2019, κατεγράφησαν 197 τεκμηριωμένες περιπτώσεις νεοπλασματικών νόσων (συνολικός επιπολασμός 5.04%). Υψηλότερος επιπολασμός παρατηρήθηκε στους ασθενείς των ομάδων I (5.55%) και II (5.50%) συγκριτικά με τις ομάδες III (3.77%) και IV (2.26%). Η συχνότερη νεοπλασία ήταν το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ), διαγνωσμένο σε 75 ασθενείς, ακολουθούμενο από το καρκίνωμα του θυρεοειδούς (20), το λέμφωμα Hodgkin και μη-Hodgkin (16) και το καρκίνωμα του νεφρού (13). Διαπιστώθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση, στατιστικά σημαντική, ανάμεσα στην ΗCV λοίμωξη και το ΗΚΚ. Ειδικά για το ΗΚΚ, η θεραπεία της ηπατίτιδας C, ο συχνός έλεγχος για ενδεχόμενη αναζωπύρωση και η εντατική αποσιδήρωση είναι απαραίτητα για την πρόληψη. Η έγκαιρη διάγνωση διασφαλίζεται με εξαμηνιαία επιτήρηση του ήπατος με υπέρηχο διενεργούμενο από έμπειρο ακτινολόγο και περαιτέρω διερεύνηση με αξονική ή/και μαγνητική ήπατος των ενδεχόμενων ανιχνεύσιμων ηπατικών μαζών.



ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Αλεξίου Ευάγγελος

Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (HCC) στην θαλασσαιμία, παρουσιάζει σημαντική αύξηση τις τελευταίες δυο δεκαετίες. Η χρόνια υπερφόρτωση του ήπατος με σίδηρο (δευτεροπαθής αιμοσιδήρωση) όπως επίσης η χρόνια λοίμωξη με ηπατοτρόπους ιούς με συχνότερο τον ιό HCV, ενοχοποιούνται ως οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες. Ο έλεγχος λοιπόν του ήπατος με υπερηχοτομογράφημα κάθε έξι μήνες είναι απολύτως απαραίτητος για την έγκαιρη διάγνωση εστιακής βλάβης. Κάθε νέα βλάβη στο υπερηχοτομογράφημα με μέγεθος άνωθεν του ενός εκατοστού (1 εκ.) πρέπει να πυροδοτήσει ειδικό απεικονιστικό έλεγχο με Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία. Η εξέταση θα πρέπει να γίνεται με ενδοφλεβίως χορηγούμενο ιωδιούχο σκιαγραφικό, προκειμένου για αξονική τομογραφία και εξωκυτάρια παραμαγνητική ουσία, προκειμένου για Μαγνητική Τομογραφία.

Ο συμπληρωματικός έλεγχος με ειδική ηπατοεκλεκτική παραμαγνητική ουσία είναι πιθανόν να απαιτηθεί αλλά ουδέποτε πρέπει να προηγείται. Το πρωτόκολλο της εξέτασης οφείλει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τέσσερις φάσεις σάρωσης (τετραπλό πρωτόκολλο) με σάρωση προ σκιαγραφικού, σε αρτηριακή φάση, φλεβική (πυλαία) φάση και φάση εξισορρόπησης (3-5 min). Τα τυπικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος αποτελούν, η πρώιμη πρόσληψη σκιαγραφικού σε αρτηριακή φάση, ο απεμπλουτισμός (washout) και ο λεπτός δακτύλιος σκιαγραφικής ενίσχυσης σε καθυστερημένες φάσεις. Με βάση το σύνολο των απεικονιστικών χαρακτηριστικών, κάθε βλάβη θα πρέπει να κατηγοριοποιείται αναλόγως της πιθανότητας που έχει να αποτελεί κακοήθεια. Το σύστημα κατηγοριοποίησης κατά LI-RADS v.2018, αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο σύστημα. Κατά πρώτον, πρόκειται για έναν διαγνωστικό αλγόριθμο που βοηθά τον ακτινολόγο να κατατάξει την βλάβη σε μια πιθανότητα κακοήθειας από το 1 έως το 5, όπου LR-1 είναι η βλάβη που είναι μετά βεβαιότητας καλοήθης και LR-5 η βλάβη που συγκεντρώνει όλα τα τυπικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά του HCC.

Επιπρόσθετα, το σύστημα αυτό αποτελεί και έναν αλγόριθμο διαχείρισης της εστιακής αλλοίωσης. Τέλος, η συνολική εκτίμηση των ευρημάτων θα πρέπει να γίνεται από ειδική διεπιστημονική ομάδα (πχ ογκολογικό συμβούλιο, ΗΡΒ-MDT) ώστε να αποφασίζεται η βέλτιστη θεραπευτική επιλογή η οποία οφείλει να είναι εξατομικευμένη για την συγκεκριμένη βλάβη στον συγκεκριμένο ασθενή.

ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗ

Κουτσούκα Φρειδερίκη

*Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας
Γ.Ν. Άρτας*

Τα τελευταία χρόνια έχει αναλυθεί πλήρως ο ρόλος του σιδήρου στην θαλασσαιμία. Η βασική θεραπευτική προσέγγιση με τις μεταγγίσεις αίματος οδηγεί σε θετικό ισοζύγιο σιδήρου, μαζί με την αυξημένη απορρόφηση του από το γαστρεντερικό συντελούν στην αυξημένη συσσώρευση σιδήρου στον οργανισμό, ενώ δεν υπάρχει φυσιολογικός μηχανισμός απομάκρυνσης του. Ο συσσωρευμένος σίδηρος απομακρύνεται μόνο με την χορήγηση σιδηροδεσμευτικών (χηλικών) ουσιών, διαδικασία λεγόμενη ως αποσιδήρωση.

Για την εκτίμηση της αιμοσιδήρωσης στον οργανισμό χρησιμοποιείται η φερριτίνη ορού αίματος, μέθοδος εύκολη και ανώδυνη, επαναλήψιμη, αλλά επηρεάζεται από πολλές καταστάσεις και δεν δείχνει την βλάβη οργάνων. Η βιοψία ήπατος έχει πολλά μειονεκτήματα ενώ η μέθοδος SQUID είναι μη εφαρμόσιμη διότι υπάρχουν μόνο τέσσερα εργαστήρια στον κόσμο.

Η εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) για την αξιολόγηση της εναπόθεσης σιδήρου στο ήπαρ, την καρδιά αλλά και τους ενδοκρινείς αδένες, έχει εξελιχθεί ως η πλέον αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδος αξιολόγησης και σχετικά ευρέως διαθέσιμη και προσιτή. Ο ακριβής υπολογισμός του φορτίου σιδήρου έχει ουσιαστική σημασία για την εκτίμηση της ανάγκης έναρξης αποσιδήρωσης, για την εκτίμηση των κλινικών επιπλοκών, για την παρακολούθηση, την αναπροσαρμογή και εξατομίκευση του θεραπευτικού σχήματος.

Ο πρώτος χηλικός παράγοντας που χορηγήθηκε την δεκαετία του 70, για την θεραπεία της αιμοσιδήρωσης λόγω μετάγγισης, είναι η Desferrioxamine ή Desferal (DFO), λόγω της δομής του και του μικρού χρόνου ημιζωής χορηγείται ενδοφλεβίως ή υποδοριώς με ειδικές αντλίες σε συνεχή έκχυση. Ο πρώτος χηλικός παράγοντας χορήγησης από το στόμα είναι το Deferiprone ή Ferriprox (DFP) τρεις φορές την ημέρα και έχει ένδειξη για συνδυαστική θεραπεία (DFO+DFP). Η σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να παρουσιαστεί είναι η ακοκκιοκυτταραιμία, γι' αυτό χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση.

Ο δεύτερος από του στόματος χηλικός παράγοντας είναι το Deferasirox ή Exjade το οποίο χορηγείται μια φορά την ημέρα, έχει ένδειξη χορήγησης και σε μη μεταγγιζοεξαρτώμενους ασθενείς με μεσογειακή αναιμία αλλά και σε αιμοσιδήρωση σε άλλες αναιμίες. Η σημαντική του ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η μείωση της κάθαρσης της κρεατινίνης και χρειάζεται περιοδικός έλεγχος. Σε κλινικές μελέτες βρίσκονται και άλλες ουσίες για τις οποίες αναμένονται τα



αποτελέσματά τους. Η πολυετής εμπειρία χορήγησης των χηλικών ουσιών έχει δώσει την δυνατότητα της βέλτιστης χορήγησής τους, με σκοπό την ελάχιστη τοξικότητα τους και την μέγιστη αποτελεσματικότητά τους. Η αποσιδήρωση μπορεί να προλάβει και να ανατρέψει τις βασικές επιπλοκές από την τοξικότητα του σιδήρου και πλέον είναι γνωστό ότι με την αποσιδήρωση έχει μειωθεί ραγδαία η νοσηρότητα και η θνητότητα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι θεραπείες για οριστική θεραπεία της θαλασσαιμίας (η γονιδιακή θεραπεία και η μεταμόσχευση μυελού των οστών) τα τελευταία χρόνια έχουν θεαματική πρόοδο και ελπιδοφόρα αποτελέσματα, αλλά τα βέλτιστα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε πάσχοντες χωρίς επιπλοκές οι οποίοι ήταν συνεπείς στην αγωγή αποσιδήρωσης. Σε κάθε περίπτωση η αγωγή αποσιδήρωσης είναι ζωτικής σημασίας για την αποφυγή των επιπλοκών.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Χατζημιχαήλ Ελευθερία

Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η β-θαλασσαιμία είναι μια αυτοσωμική υπολειπόμενη κληρονομική αιμοσφαιρινοπάθεια που επηρεάζει την παραγωγή των β-αλυσίδων της αιμοσφαιρίνης. Η μειωμένη παραγωγή β-αλυσίδων οδηγεί σε συσσώρευση περίσσειας α-αλυσίδων που σχηματίζουν αδιάλυτα σωμάτια. Αυτά τα σωμάτια οδηγούν στην παραγωγή αντιδραστικών ριζών οξυγόνου και πρόωρη απόπτωση των ερυθροβλαστών με συνοδό αναστολή του τελικού σταδίου ερυθροποίησης. Αυτή η μη αποτελεσματική ερυθροποίηση σε συνδυασμό με την περιφερική αιμόλυση οδηγεί σε αναιμία, υποξία και αντιδραστική αύξηση της παραγωγής ερυθροποιητίνης με επακόλουθη υπερπλασία του μυελού των οστών και εξωμυελική αιμοποίηση με ηπατοσπληνομεγαλία.

Η υπεροικογένεια TGF-β παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση βασικών βιολογικών διεργασιών, όπως ανάπτυξη, διαφοροποίηση και ομοιόσταση ιστού, συμπεριλαμβανομένου του οστίτη και του αιμοποιητικού ιστού. Μέλη αυτής της υπεροικογένειας είναι ο GDF και οι ακτιβίνες που αναστέλλουν την τελική φάση της ερυθροποίησης. Πρόσφατα αναπτύχθηκαν τροποποιημένοι υποδοχείς ακτιβίνης (συνδέτες υποδοχέα ακτιβίνης-II) που λειτουργούν ως παγίδες και οδηγούν σε αναστολή της ακτιβίνης, ευοδώνοντας έτσι την τελική φάση της ερυθροποίησης.

Οι κλινικές δοκιμές Φάσης 1 για το ACE-011 (sotatercept) και το ACE-536 (luspatercept) έχουν ήδη πραγματοποιηθεί σε υγιείς εθελοντές και έδειξαν σταθερή αύξηση των επιπέδων αιμοσφαιρίνης. Οι κλινικές δοκιμές φάσης 2 και 3 βρίσκονται σε εξέλιξη σε ασθενείς με θαλασσαιμία, ωστόσο πρώιμα αποτελέσματα του sotatercept (NCT01571635) και του luspatercept (NCT01749540) σε ενήλικες με β ενδιάμεση θαλασσαιμία και β μείζονα θαλασσαιμία δείχνουν ότι υπάρχει μια δοσοεξαρτώμενη αύξηση της αιμοσφαιρίνης σε μη μεταγγισιοεξαρτώμενους ασθενείς, μείωση των μεταγγίσεων για τους μεταγγισιοεξαρτώμενους ασθενείς με ικανοποιητικό προφίλ ασφαλείας φαρμάκων.

Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών θα αναπτυχθούν εκτενέστερα κατά την παρουσίαση. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν προς το παρόν ασφαλείς και αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις έναντι των μεταγγίσεων ερυθρών αιμοσφαιρίων, φαίνεται ότι οι παγίδες συνδεδετών ακτιβίνης, όπως το luspatercept αποτελούν υποσχόμενους φαρμακευτικούς παράγοντες για τους πάσχοντες από β-θαλασσαιμία.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ
Κυριακή 22/9/2019



ΕΠΑΡΚΕΙΑ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ζερβού Ελευθερία

Συντονίστρια Διευθύντρια Αιμοδοσίας ΠΓΝΙ

Η επάρκεια αίματος, η σωστή διαχείριση των αποθεμάτων και η ασφάλεια των μεταγγίσεων αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την σωστή λειτουργία ενός εθνικού συστήματος αιμοδοσίας και κατά συνέπεια ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Η επάρκεια αίματος εξασφαλίζεται όταν υπάρχει προσέλκυση, διατήρηση και εκπαίδευση των εθελοντών αιμοδοτών, σωστή εκπαίδευση των ιατρών τόσο των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας όσο και των ιατρών που αποφασίζουν και παραγγέλλουν την μετάγγιση των ασθενών ώστε αυτή να βασίζεται σε επιστημονική τεκμηρίωση και τέλος από την οργάνωση του Συστήματος Αιμοδοσίας της χώρας (Κέντρα Αίματος και Υπηρεσίες Αιμοδοσίας).

Η επάρκεια αίματος δεν μπορεί να μη συνδέεται με τη σωστή διαχείριση του αίματος, την ύπαρξη σχεδιασμού για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που μπορεί να έχουν επίδραση στην αιμοδοσία όπως ασυνήθιστα σφοδρά καιρικά φαινόμενα, μαζικά ατυχήματα, επιδημίες που οδηγούν σε προσωρινό αποκλεισμό αιμοδοτών. Η μείωση του συλλεγομένου αίματος έχει άμεση επίπτωση στις ομάδες πολυμεταγγιζομένων ασθενών όπως σε εκείνους με αιμοσφαιρινοπάθειες, με αιματολογικά και ογκολογικά νοσήματα. Ωστόσο η έλλειψη επάρκειας αίματος στην χώρα μας που παρατηρείται σε κάποιες περιόδους και συχνότερα στα μεγάλα νοσοκομεία, αποτελεί ένα πρόβλημα που η αιτία του πρέπει να αναζητηθεί στην κατακερματισμένη δομή του συστήματος που πολλές φορές δεν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας και στην έλλειψη συστηματικής κεντρικής διαχείρισης των αποθεμάτων του αίματος. Όμως σημαντική αιτία για την έλλειψη σταθερότητας των αιμοληψιών είναι ότι η αιμοδοσία στην χώρα μας δεν βασίζεται στους εθελοντές αιμοδότες αλλά σημαντικό μέρος των αιμοδοτών είναι αιμοδότες που αιμοδοτούν για τους συγγενείς και τους φίλους τους. Μέτρα που πρέπει να δρομολογηθούν για την βελτίωση της κατάστασης είναι:

- Η ύπαρξη ενιαίου στρατηγικού σχεδίου προσέλκυσης και διατήρησης των εθελοντών αιμοδοτών και παρακολούθηση του με παρεμβάσεις όπου απαιτείται.
- Σύστημα πληροφορικής ενιαίο για όλες τις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας ώστε να γίνεται πραγματική αποτύπωση των αποθεμάτων αίματος, των αιμοληψιών και των μεταγγίσεων.
- Συγκεντροποίηση συλλογής, επεξεργασίας και ελέγχου του αίματος αλλά η λειτουργία των Κέντρων Αίματος να είναι τέτοια που να επιτρέπει την ταχύτερη

απελευθέρωση των μονάδων αίματος και των προϊόντων του ιδιαίτερα σε περιόδους έλλειψης αίματος (εορτές, θερινοί μήνες κλπ)

Η ασφάλεια του αίματος εξαρτάται από την προσέλευση και επιλογή του αιμοδότη, την διαδικασία της αιμοληψίας και τον χειρισμό του αίματος, την παρασκευή, συντήρηση και μεταφορά των προϊόντων αίματος, τον ανοσοαιματολογικό και τον εργαστηριακό έλεγχο για τα μεταδιδόμενα νοσήματα. Η ασφάλεια της μετάγγισης όμως είναι περισσότερο πολύπλοκη γιατί ένα σημαντικό μέρος της μετάγγισης πραγματοποιείται εκτός αιμοδοσίας και εμπλέκονται πολλοί άνθρωποι (ο ιατρός που αποφασίζει την μετάγγιση, ο μεταφορέας του αίματος, οι νοσηλευτές και ο ίδιος ο ασθενής). Επομένως απαιτείται η ύπαρξη διαδικασιών σε όλη την αλυσίδα της μετάγγισης που ξεκινά από τον αιμοδότη και καταλήγει στον ασθενή και οι διαδικασίες αυτές πρέπει να ελέγχεται σε τακτά διαστήματα αν τηρούνται. Τέλος σημαντικό ρόλο στην ασφάλεια του αίματος και της μετάγγισης παίζει η καταγραφή των ανεπιθυμητών αντιδράσεων της μετάγγισης, η αξιολόγηση και η διερεύνησή τους για τη λήψη διορθωτικών μέτρων αν απαιτείται (σύστημα αιμοεπαγρύπνησης).



ΜΟΡΙΑΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Καλτσούνης Γεώργιος

Κέντρο Αίματος Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή

Η μοριακή τυποποίηση επιτρέπει προσδιορισμό του φαινοτύπου ακόμη και όταν οι ορολογικές μέθοδοι αδυνατούν (πολυμεταγγιζόμενοι, πρόσφατα μεταγγισθέντες, ασθενείς με άμεση Coombs θετική) και συνεπάγεται καλύτερη διαχείριση των αποθεμάτων αίματος και μείωση αλλοανοσοποίησης. Βασίζεται στην απευθείας εξέταση (ενίσχυση με PCR) των γονιδίων που κωδικοποιούν τα αντίστοιχα ερυθροκυτταρικά αντιγόνα.

Σκοπός

Σύγκριση των αποτελεσμάτων ορολογικής και μοριακής τυποποίησης σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες, καθορισμός νέας στρατηγικής μεταγγίσεων επί διαπίστωσης διαφορών και αξιολόγηση της επίπτωσης στην αλλοανοσοποίηση.

Υλικό/Μέθοδοι

Ζητήθηκε μοριακή τυποποίηση ερυθροκυτταρικών αντιγόνων σε 106 ενήλικες ασθενείς της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, και έγινε στο εργαστήριο του ΕΚΕΑ, με τη μέθοδο BioArray™ HEA BeadChip™. Αφορούσε αντιγόνα των συστημάτων: Rh, Kell, Kidd, Duffy, MNS, Lutheran, Diego, Colton, Dombrock, Landsteiner-Weiner, Scianna.

Έπειτα έγινε σύγκριση με τον καταγεγραμμένο στο αρχείο φαινότυπο, βάσει του οποίου γινόταν η επιλογή ΜΣΕ για μεταγγίσεις.

Ανέδειξε διαφορές και οδήγησε σε:

1. έναρξη χορήγησης μονάδων θετικών για ερυθροκυτταρικά αντιγόνα που λανθασμένα είχαν τυποποιηθεί ως αρνητικά με ορολογικές μεθόδους
2. επί απουσίας αλλοανοσοποίησης, συνέχιση χορήγησης μονάδων θετικών για αντιγόνα που λανθασμένα είχαν τυποποιηθεί ως θετικά.

Αποτελέσματα

Αναδείχθηκαν διαφορές σε τουλάχιστον ένα ερυθροκυτταρικό αντιγόνο σε 42% των ασθενών. Στο 85% των περιπτώσεων οι διαφορές αφορούσαν τα αντιγόνα C, c, E, e του συστήματος Rh.

20-22 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND SERAI, ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Στους ασθενείς που άρχισαν να λαμβάνουν ΜΣΕ θετικές για αντιγόνα που δε λάμβαναν πριν, δεν παρατηρήθηκε σχηματισμός νέου αλλο- ή αυτο-αντισώματος εντός του χρόνου παρατήρησης.

Συμπεράσματα/Συζήτηση

Αναδείχθηκε ότι τα αποτελέσματα ορολογικής και μοριακής τυποποίησης ερυθροκυτταρικών αντιγόνων, διαφέρουν μεταξύ τους, σε σημαντικό ποσοστό ενηλίκων με αιμοσφαιρινοπάθειες.

Μοριακή τυποποίηση του ερυθροκυτταρικού φαινοτύπου συμβάλλει σημαντικά στον καθορισμό καλύτερης στρατηγικής μεταγίσεων και στη βέλτιστη διαχείριση των αποθεμάτων αίματος. Καλό είναι να εφαρμόζεται καθολικά σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς.



**ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.
ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΑΝΤΙΑΝΑΙΜΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

Μιλτιάδους Μίλτος

Πρόεδρος Παγκύπριου Αντιαναιμικού Συνδέσμου (ΠΑΣ)

Σύντομη περίληψη - Ιστορική αναδρομή

Μέχρι το 1977, οι ανάγκες σε αίμα στην Κύπρο καλύπτονταν από το περιβάλλον των ασθενών, το οποίο ήταν υποχρεωμένο να αναπληρώνει στο διπλάσιο τις ποσότητες αίματος που χρειαζόταν το άτομο που θα μεταγγιζόταν. Ο τρόπος αυτός εισροής αίματος στις Τράπεζες Αίματος ήταν πρόσκαιρα ικανοποιητικός μια και στην Κύπρο υπήρχαν πολύ έντονοι οικογενειακοί δεσμοί. Η μέθοδος αυτή αποδείχθηκε ανεπαρκής μετά την τουρκική εισβολή το 1974 με την προσφυγοποίηση του μισού πληθυσμού της Κύπρου.

Με πρωτοβουλία του ΠΑΣ και ενεργητική συμμετοχή γιατρών και νοσηλευτών του Κέντρου Θαλασσαιμίας ιδρύθηκε το 1977 η Συντονιστική Επιτροπή Αιμοδοσίας / Διαφώτισης (ΣΕΑΔ), με την σύμφωνη γνώμη του Υπουργείου Υγείας με την εθελοντική αιμοδοσία να βρίσκεται μόλις στο 3%. Στόχος της η συστηματοποίηση των αιμοδοσιών αλλά και η ενημέρωση για την εθελοντική αιμοδοσία με τη διαρκή εμπλοκή του ΠΑΣ σε όλη την προσπάθεια.

Το 2006, με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου δημιουργείται το Κέντρο Αίματος, ως νέα διεύθυνση στη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας. Μέχρι το 2016, το Κέντρο Αίματος ασκούσε τις αρμοδιότητες και δραστηριότητες του μόνο στο επίπεδο της επαρχίας Λευκωσίας. Στις υπόλοιπες επαρχίες δραστηριοποιούνταν οι τοπικές Τράπεζες Αίματος σε όλα τα στάδια της διαδικασίας. Μέσα από διαρκείς πιέσεις του ΠΑΣ και μετά από σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας, το 2017 ξεκίνησε η κεντροποίηση των υπηρεσιών του Κέντρου Αίματος και η σταδιακή ενσωμάτωση των υπόλοιπων επαρχιών.

Από τον Φεβρουάριο του 2018 έχει ξεκινήσει να εφαρμόζεται ο μοριακός έλεγχος για όλα τα παράγωγα αίματος με την εθελοντική αιμοδοσία να έχει σταθεροποιηθεί στο 100% και να μην παρουσιάζονται πλέον συστηματικές αναβολών μεταγγίσεων στις Κλινικές Θαλασσαιμίας.





Οργανωτικό - Συντονιστικό Γραφείο/Γραμματεία:
Συνεδριακή Α.Ε./Conferre S.A.: "The art of Bringing People Together"
Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, Θέση Μάρες 455 00 Ιωάννινα,
Τηλ: +30 26510 68610, Fax: +30 26510 68611,
E-mail: info@conferre.gr, Website: www.conferre.gr