

ΟΞΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗΣ

Γ. Κασιός, Ευ. Κυριάκου, ΑΟ Σκόρδας, Γ. Ιωαννίδης, Δ. Μπαρλαγιάννης, Α. Χ. Τόλιος

Γ.Ν. Γιαννιτών - Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αμιοδαρόνη [Α] είναι σύνθετος αντιαρρυθμικός παράγοντας με ασυνήθη φαρμακοκινητική, πολλαπλές ηλεκτροφυσιολογικές δράσεις και πολλές επικίνδυνες / ή μη παρενέργειες. Σκοπός της παρούσας είναι η ανακοίνωση μιας ελάσσονος παρενέργειας λόγω ενδοφλέβιας χορήγησης Α, η οποία δεν αναφέρεται σε καμία πηγή πληροφόρησης. **Υλικό- Μέθοδος:** Κατά την τελευταία 10ετία καταγράψαμε 7 περιπτώσεις καρδιολογικών ασθενών (Α/Γ = 3/2, μ.ο. 67 ετών), στους οποίους χορηγήθηκε Ι.Β. Α προς ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής και στους οποίους εκδηλώθηκε οξεία έντονη οσφυαλγία. **Αποτελέσματα:** Η παρενέργεια εκδηλώθηκε σε πολύ μικρό διάστημα από την έναρξη χορήγησης (στους 4 με τα πρώτα περίπου 10mg του διαλύματος, στον 5^ο μετά την χορήγηση 200 mg). Στους 2 προηγήθηκα per os χορήγηση προπαιφενόνης (στον 1, και υδροκινιδίνης). Στον 1 (που έλαβε περί τα 10mg Α), μετά την οξεία οσφυαλγία επακολούθησε ανακούφιση- όχι όμως στους 4, στους οποίους παρήλθε η συμπτωματολογία λίγα min μετά την διακοπή της Α. Στο 1 περιστατικό, μαζί με την οσφυαλγία, σημειώθηκε ρίγος και πυρετός. Τέλος, δεν ανιχνεύθηκε τις επόμενες ημέρες καμία λειτουργική ή βιοχημική μεταβολή σε κανέναν. **Συμπεράσματα:** Στα πρώτα min της ενδοφλέβιας χορήγησης αμιοδαρόνης μπορεί να εκδηλωθεί οξεία οσφυαλγία (κατά προσέγγιση, με συχνότητα 0,34%) η οποία παρέχεται ταχέως με την διακοπή της χορήγησης, φαινόμενα δε ότι -τουλάχιστον εφ' όσον διακοπεί- συνιστά ελάσσονα παρενέργεια, πιθανώς αλλεργικής αιτιολογίας, μη θέτουσα σε κίνδυνο τον ασθενή.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Τερζή Ε., Πομπουκάς Ι., Μεγαλοπούλου Α., Παπαδοπούλου Ε., Κεκλικούλου Μ., Ανδρόνικου Μ.

Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι γνωστό πως οι ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό καρδιακών αρρυθμιών από τον υγιή πληθυσμό, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των οξείων παροξυσμών της νόσου. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των ηλεκτροκαρδιογραφικών χαρακτηριστικών που εμφανίζουν οι ανωτέρω ασθενείς και η συσχέτισή τους με την βαρύτητα της νόσου τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς με ΧΑΠ που Εισήχθησαν (17 θήλειες και 41 αρρένες, μέσης ηλικίας 74 ετών) με ΧΑΠ που Εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική κατά τα έτη 2003-2005. Στους ανωτέρω ασθενείς ελέγχθηκαν: α) ΗΚΓ εισόδου και εξόδου, β) αέρια αίματος, γ) λειτουργική κατάσταση πνευμόνων (FEV1/FVC), δ) ακτινογραφία θώρακος, ε) καρδιολογικός υπέρηχος, στ) ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ζ) νεφρική και ηπατική λειτουργία. Από την ηλεκτροκαρδιογραφική εξέταση προσδιορίστηκαν: α) είδος του ρυθμού, β) χαρακτηριστικά του κλάματος P (εύρος, άξονας) γ) χαρακτηριστικά του QRS, δ) σημεία υπερτροφίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 57% των ασθενών με ΧΑΠ κατά την εισαγωγή τους εμφάνιζαν φλεβοκομβικό ρυθμό. Οι διαταραχές του ρυθμού που καταγράφηκαν κατά την εισαγωγή ήταν: κολπική μαρμαρυγή (29%), κολπικός πτερυγισμός (1%), πολυεστιακή κολπική ταχυκαρδία (8%), υπερκοιλιακή ταχυκαρδία (5.1%), εκτακτικές κολπικές συστολές (21%), εκτακτες κοιλιακές συστολές (3.5%). Σε κανέναν ασθενή δεν καταγράφηκε επικίνδυνη για την ζωή κοιλιακή αρρυθμία. Από τους ασθενείς με φλεβοκομβικό ρυθμό σε μεγάλο ποσοστό παρατηρήθηκε P > 2.5mm και άξονας P > +90° (ποσοστό ασθενών: 20% και 55%, αντίστοιχα). Άλλα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα που καταγράφηκαν σε μικρότερα ποσοστά ήταν:

R8BB, άξονος QRS > +90°, R V₁ < 5 mm, σχέση R/S στις V₁-V₄ < 1 mm και σχήμα S₁S₂S₃. Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των ασθενών με διαταραχές ρυθμού που ανατράφηκαν κατά την νοσηλεία τους, παρουσίαζε στον παρακλινικό έλεγχο εισαγωγής, σημαντικές διαταραχές ηλεκτρολυτών, διαταραχές αερίων αίματος και χρόνια επιβάρυνση της νεφρικής του λειτουργίας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πολλοί παράγοντες μπορεί να είναι δυνητικά αρρυθμογόνοι οι ίδιοι ασθενείς με ΧΑΠ, όπως οι διαταραχές αερίων αίματος-οξυοξυγονικής ισορροπίας, οι διαταραχές ηλεκτρολυτών και η χρήση φαρμάκων δυνητικά αρρυθμογόνων (δακτυλιτρίδα, β-διενεργές, μεθιλοδενερίνης). Η νοσηλεία των ασθενών με ΧΑΠ και προηγούμενο ιστορικό καρδιακών αρρυθμιών, ισχυρικής νόσου της καρδιάς ή διαταραχές της νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, μπορεί να απαιτήσει στενή παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, των συγκεντρώσεων των φαρμάκων στο αίμα και ενδεχομένως και νοσηλεία σε μονάδα αυξημένης φροντίδας.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ

Κατσογιάννης Ν., Σαρίκα Ε., Ρουπακιάς Σ., Αλ. Νιμέρ Α, Σωλήνης Ι., Χατζηπασχάλης Σ.

Χειρουργικό Τμήμα ΕΣΥ, Π.Γ.Ν.Αλεξανδρούπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Το ήπαρ είναι το συχνότερα τραυματιζόμενο όργανο στις κλειστές κακώσεις κοιλίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της επείγουσας ηπατεκτομής σε τραυματικές ρήξεις ήπατος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 5 ασθενείς, άνδρες, ηλικίας 16-26 ετών που προσήλθαν στο Τμήμα επείγουσας περιστατικών μετά από τροχαίο ατύχημα. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε κλινική εξέταση, εργαστηριακό έλεγχο και υπερηχογράφημα κοιλίας. Διεγνώσθη ρήξη ήπατος και οδηγήθηκαν στο χειρουργείο προς διενέργεια επείγουσας λαπαροτομίας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την επείγουσα λαπαροτομία, σε 2 ασθενείς διαπιστώθηκαν εκτεταμένες ρήξεις στο δεύτερο και τρίτο τμήμα του ήπατος και διενεργήθηκε (α) ηπατεκτομή (2ο και 3ο τμήμα). Σε 1 ασθενή διαπιστώθηκε ρήξη που καταλάμβανε το έβδομο και όγδοο τμήμα και έγινε (δε) ηπατεκτομή (7ο και 8ο τμήμα με θωρακοκοιλιακή προσπέλαση). Στους υπόλοιπους 2 ασθενείς, οι ρήξεις ήταν μεγαλύτερες αφού αφορούσαν το πέμπτο, έκτο και έβδομο, όγδοο τμήμα. Στους ασθενείς αυτούς έγινε (δε) εκτεταμένη ηπατεκτομή 5^ο, 6^ο, 7^ο, 8^ο τμήμα με θωρακοκοιλιακή προσπέλαση). 1 από τους 2 ασθενείς κατέληξε κατά την ανάνηψη, πιθανότατα λόγω του βαρύτερου υποκαμιακού shock τη στιγμή της προσέλευσης στο Τμήμα Επείγουσας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επείγουσα ηπατεκτομή ανάλογα με την έκταση της κάκωσης σε συνδυασμό με τις σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές, τη σύγχρονη τεχνολογία και φροντίδα αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης στις βαρείες κακώσεις ήπατος.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Γ. Ίμβριος, Β. Παπανικολάου, Ν. Ουζουνίδης, Α. Παπαγιάννης, (Φούζας, Δ. Γιακουστίδης, Ν. Αντωνιάδης, Δ. Βροχιδής, Σ. Ιωσηφίδου, Κ. Πατσιαούρα, Ε. Ζαφειράδου, Δ. Τακούδας

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

Ο ΗΚΚ αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατική νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί η εξέλιξη της κακοήθειας στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΗ και οι οποίοι είχαν αναπτύξει ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ) στο θάλαστρο ήπατος.

Από το Μάιο 1990-Ιανουάριο 2006, σε σύνολο 205 μεταμοσχεύσεων ήπατος (ΜΗ) που πραγματοποιήθηκαν σε 201 ασθενείς, οι 32 (1350 αφορούσαν 31 ασθενείς με συνυπάρχον ΗΚΚ, (Α=28, Θ=4, μέση ηλικία . 44ε). Τα αίτια της κίρρωσας για τα οποία οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΜΗ ήταν: ΗΒV λοίμωξη: 17, ΗΒV+ΗΟV: 4, κρυπτανής κίρρωση 2, ινοπαλαιώδης καρκίνος: 1, ΗCV:4, ΗΒV+ΗCV: 1 PSC:1, Budd Chian 1. Το στάδιο κατά Child-Pugh ήταν: Α:7, Β:17 και C:7 ασθενείς. Σε 5 (15%) ασθενείς, η ανεύρεση του νεοπλασμάτος ήταν τυχαίο παθολογοανατομικό εύρημα. Το μέγεθος των νεοπλασμάτων δεν υπερέβαινε τα 3cm ενώ στο ινοπαλαιώδες ήταν <7cm, ενώ σε 2 ασθενείς υπήρχαν 3 εντοπίσεις (εκάστη < 3cm) και 1 με 5 εστίες. Προεγχειρητική διήθηση με αλκοόλη έγινε σε 1 ασθενή ενώ σε εκλεκτικό χημειοθεραπευτικό υποβλήθηκαν 7. Στο ινοπαλαιώδες υπήρξε επιπέδηση λεμφαδένων των πυλών του ήπατος. Η προεγχειρητική τιμή της αΡΡ ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων σε 20/31 ασθενείς. Σε 2 ασθενείς η αύξηση της αΡΡ μετά την ΜΗ συνοδεύτηκε από επανεμφάνιση του ΗΚΚ στο μόσχυμα. Ενώ 1 παρουσίασε μεταστατική εστία στα οστά. Υπήρξαν 3 διεγχειρητικοί θάνατοι και 6 εντός του 1^{ου} μετεγχειρητικού μήνα. Όλοι οι ασθενείς με ΗΒV λοίμωξη έλαβαν αντιική χημειοπροφύλαξη (συνδυασμό ΗΒlg, & lamivudine). Υποτροπή της ΗΒV λοίμωξης στο μόσχυμα εμφάνισαν 2 ασθενείς. Δεκαεπτά (61%) ασθενείς επιβιώνουν πέραν του διμήνου ελεύθεροι νεοπλασματικής νόσου, ενώ εξ αυτών ένας επιβιώνει 13ε, δύο 5ε, δύο 4ε, ένας 3ε, δύο 2ε, πέντε 1ε.

Συμπερασματικά, η ΜΗ σε ασθενείς με κίρρωση και ΗΚΚ, αποτελεί και θεραπευτική μέθοδο του νεοπλασμάτος, εφ' όσον επιλέγονται με κριτήρια μεγέθους, αριθμού εστιών και απουσίας μεταστάσεων.