



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ
«ΤΖΑΝΕΙΟ»



ΤΟΜΟΣ 18 - ΤΕΥΧΟΣ 4 - 2013

www.tzaneio.gr / epistimonika.xronika.htm

- print- ISSN 1791-1362

- e- ISSN 2241-1666

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ
«ΤΖΑΝΕΙΟ», Ζαννή & Αφεντούλη 1, 18536 – ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθανάσιος Μαρίνης, Επιμελητής Χειρουργός, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. Φακιολάς, Διευθυντής Καρδιολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Ο. Ζαρκωτού, Επιμελήτρια Βιοπαθολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Β. Μάμαλη, Επιμελήτρια Βιοπαθολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Γ. Αγιομαμίτης, Επιμελητής Χειρουργός, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Ε. Χελιώτη, Επιμελήτρια Νεφρολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Κ. Σταματίου, Επιμελητής Ουρολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Κ. Τζιρογιάννης, Παθολόγος, Εξειδικευόμενος, Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. Μελιδώνης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Σ. Φούσας, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Α. Πρεκατές, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Σ. Ρίζος, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Α. Θέμελη - Διγαλάκη, Διευθύντρια Εργαστηριακού Τομέα, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Δ. Βώρος, Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Δ. Αλεξόπουλος, Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών

Γ. Μπαλτόπουλος, Καθηγητής Νοσηλευτικής ΜΕΘ, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κ. Φρατζίδης, Καθηγητής Χειρουργικής, Σικάγο, ΗΠΑ

Γ. Κωστοπαναγιώτου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Φ. Τρυποσκιάδης, Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Γ. Δημητριάδης, Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Β. Σμυρνιώτης, Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Γ. Γκίοκας, Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής ΜΕΘ ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Κ. Μαλαγάρη, Αναπλ. Καθηγήτρια Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Α. Ψυρογιάννης, Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών

Π. Χαλβατσιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Θ. Παπαβραμίδης, Λέκτορας Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Α. Στεφανίδης, Επιμελητής Καρδιολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Σ. Μαγιάτης, Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ

Σ. Αντωνόπουλος, Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ

Θ. Γρίβας, Ορθοπαιδικός, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ

Π. Τσελιώτη, Επιμελήτρια Εντατικολόγος, ΜΕΘ, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Ι. Μοσχούρης, Επιμελητής Επεμβατικός Ακτινολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Ρ. Αβακιάν, Επιμελητής Ουρολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Α. Φωτεινός, Επιμελητής Ακτινολόγος Αξονικού, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Ν. Πατσουράκος, Επιμελητής Καρδιολόγος, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Κ. Μπλούχος, Επιμελητής Χειρουργός, ΓΝΝ Δράμας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας

Θ. Ζιώγου

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.....191

2. Διακαθετηριακός ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός ηπατικών όγκων: μια ανασκόπηση. Μέρος II: Κλινικές εφαρμογές

I. Μοσχούρης, Μ. Παπαδάκη, Δ. Ματσαϊδώνης

Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο».....198

3. Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Ε. Φραδέλος, Χ. Σταΐκος

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί».....213

4. Κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή

Ε. Νούλας, Μ. Βασιλείου, Κ. Σταματίου.

Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο».....220

II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

1. Εκτίμηση των απεικονιστικών μεθόδων και παραγόντων κινδύνου στην εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Ε. Λιναρδούτσου¹, I. Γκαΐταρτζάκης¹, Χ. Βέρρας¹, Σ. Βρακάς², Σ. Κατσουλάκου³, Ε. Χελιώτη⁴

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ²Γαστρεντερολογική Κλινική, ³Νευρολογική Κλινική,

⁴Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο».....225

2. Μελέτη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία

Α. Μουτζουρέλλη¹, Ντ. Μερντάνη¹, Μ. Παλιαρούτα- Θεοδώρου¹, Κ. Κουκουρίκος¹,

Ε. Σταματοπούλου², Λ. Κουρκούτα¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης,

² ΜΕΘ ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο».....233

3. Αποτελεί η στέρηση των ανδρογόνων για την θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη παράγοντα κινδύνου για καρδιοαγγειακά συμβάντα;

Κ. Σταματίου¹, Γ. Ντιλέρνια²

¹ Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»,

² Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών.....245

III. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μονόπλευρη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια ως μοναδική εκδήλωση της μονοκεντρικής νόσου Castleman.

Ν. Κανέλλιας¹, Δ. Κατσουράκης¹, Α. Αγγελίδης¹, Γ. Κρανιδιώτης¹, Γ. Αγιομαμίτης², Δ. Μωυτέρη³, Κ. Μανωλουδάκη³, Α. Μελιδώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, ² Β' Χειρουργική Κλινική, ³ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο».....252

IV. ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙΣ.....267

Κωνσταντίνος Τζιρογιάννης

V. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της χοληστερόλης: Οριοθετήσεις και Επισημάνσεις

Χ.Βέρρας¹, Α. Μελιδώνης²

¹ Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ² Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά

«Τζάνειο».....271

Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας

Θεολογία Ζιώγου

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σωματική δραστηριότητα και γενικότερα η άσκηση αποτελεί έναν από τους κύριους δείκτες για την πρόληψη τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας.

Σκοπός: της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην άσκηση και την ψυχική υγεία των ανθρώπων και πως αυτή διαμορφώνεται στις μέρες μας.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχτηκε στην βιβλιογραφική αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, οι οποίες αντλήθηκαν από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων Medline, Pubmed, Cinahl και Iatrotek σχετικά με τις επιδράσεις της άσκησης στην ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Αποτελέσματα: Η σωματική δραστηριότητα συμβάλλει στην ψυχική ισορροπία των ανθρώπων και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, την πρόληψή τους και τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ψυχικά πασχόντων.

Συμπεράσματα: Η προώθηση της σωματικής δραστηριότητας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα βοηθήσει τους ψυχικά αρρώστους να αναπτύξουν και να διατηρήσουν υγιείς συμπεριφορές.

Λέξεις ευρετηρίου: άσκηση, σωματική δραστηριότητα, ψυχικές διαταραχές, ψυχική υγεία

Παραπομπή:

Θ. Ζιώγου. Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 191-197

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωματική δραστηριότητα και γενικότερα η άσκηση αποτελεί έναν από τους κύριους δείκτες για την πρόληψη τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Ήδη στην αρχαία Ελλάδα η άσκηση έπαιζε σημαντικό ρόλο στη ζωή των ανθρώπων και αποτελούσε τμήμα της όλης εκπαίδευσης. Ο ιδανικός πολίτης ήταν γυμνασμένος στο σώμα και ολοκληρωμένος στο νου και την ψυχή [1]. Η φράση των αρχαίων Ελλήνων «*νοῦς ὑγίης ἐν σώματι ὑγιεῖ*» χρησιμοποιήθηκε στην Αρχαιότητα και σημαίνει ότι η πνευματική κατάσταση του ανθρώπου δεν είναι άσχετη με τη σωματική του [2-4]. Σήμερα είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο

οτι η άθληση αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην ψυχική ισορροπία και ότι η σωματική άσκηση σχετίζεται με τη ψυχική υγεία και τα ευεργετικά της αποτελέσματα συγκρίνονται με αυτά της ψυχοθεραπείας και επιβεβαιώνεται από επιστημονικές έρευνες, μέσα από τις οποίες καταδεικνύεται η απόλυτη συσχέτιση του υγιούς σώματος με το υγιές μυαλό [5]. Η άσκηση λοιπόν μπορεί να λειτουργήσει ως βάλασμο στην ψυχή εκατομμυρίων ανθρώπων στον κόσμο που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, όπως π.χ. είναι η κατάθλιψη, συμβάλλοντας σημαντικά στην αντιμετώπισή της [6,7]. Η άσκηση και η σωματική δραστηριότητα έχουν μια

μακροχρόνια σχέση με την θεσμική ψυχιατρική φροντίδα και έγινε ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας ασθενών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία που χτίστηκαν προς το τέλος του 19ου αιώνα [8]. Αν και η πλειοψηφία των μεγάλων ιδρυμάτων, που παραδοσιακά περιλάμβαναν μεγάλες περιοχές για την αναψυχή και την απασχόληση έχουν κλείσει και η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται τώρα από διάφορες μικρότερες μονάδες στην κοινότητα, η σωματική δραστηριότητα, συνήθως υπό μορφή αθλητισμού και άσκησης, συνεχίζει συχνά να συμπεριλαμβάνεται στα προσφερόμενα προγράμματα θεραπείας [9].

Όσον αφορά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτοί μπορούν να είναι βασικοί συμμετέχοντες στη θεραπευτική διαδικασία και στην ανάπτυξη των προγραμμάτων θεραπείας. Μ' αυτό τον τρόπο είναι σε θέση να καταστήσουν έγκυρη και αξιόπιστη την σωματική άσκηση στα πλάνα θεραπείας τους και την ενίσχυση των ατόμων για πρόσβαση στη σωματική δραστηριότητα, ανεξάρτητα από τα όποια τα εμπόδια στην εφαρμογή ή ακόμα και πώς μια τέτοια έρευνα θα εφαρμοζόταν [8,10]. Σήμερα είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η άθληση αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην ψυχική ισορροπία και ότι η σωματική άσκηση σχετίζεται με τη ψυχική υγεία και τα ευεργετικά της αποτελέσματα συγκρίνονται με αυτά της ψυχοθεραπείας και επιβεβαιώνεται από επιστημονικές έρευνες, μέσα από τις οποίες καταδεικνύεται η απόλυτη συσχέτιση του υγιούς σώματος με το υγιές μυαλό [5].

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην άσκηση και την ψυχική υγεία των ανθρώπων, κυρίως δε των ψυχικά ασθενών, και πώς αυτή διαμορφώνεται στις μέρες μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχτηκε στην βιβλιογραφική αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, οι οποίες αντλήθηκαν από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων Medline, Pubmed, Cinahl και από την ελληνική βάση δεδομένων Iatrotek σχετικά με τις επιδράσεις της άσκησης στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ακόλουθες: άσκηση, σωματική δραστηριότητα, ψυχικές διαταραχές και ψυχική υγεία.

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η αντίληψη για την ωφέλεια από τη σωματική άσκηση είναι διαδεδομένη σε όλο το κόσμο. Σημειωτέον ότι η άσκηση όχι μόνο διατηρεί και βελτιώνει ένα υγιές σώμα, αλλά θεραπεύει και ένα σώμα που πάσχει, καθώς και μια ψυχή που συμπάσχει με το σώμα. Επιπλέον, υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που δείχνει ότι η σωματική δραστηριότητα είναι μια αποτελεσματική προληπτική στρατηγική ενάντια στις καρδιαγγειακές παθήσεις την παχυσαρκία την οστεοπόρωση, τις εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου και διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές [10-16]. Η άσκηση λοιπόν δεν απευθύνεται μόνο στους υγιείς, αλλά και στους πάσχοντες, με στόχο την πρόληψη των ασθενειών και τη βελτίωση διαφόρων νοσηρών καταστάσεων.

Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει την υποκειμενική ποιότητα ευημερίας της ζωής με την πρόληψη της ασθένειας. Τα παραπάνω δεν αποτελούν τόσο μια έκκληση για επιστροφή στο φυσικό κόπο. Μάλλον, αφορούν μια υπενθύμιση για το ότι οι οργανισμοί μας έχουν μια έμφυτη ανάγκη να ασκηθούν. Εάν η γενική υγεία μας και η λειτουργία

πρόκειται να βελτιστοποιηθούν, πρέπει να είμαστε φυσικά ενεργοί σε καθημερινή βάση. Η άσκηση είναι το σημαντικότερο ερέθισμα για την ομαλή και συμμετρική ανάπτυξη του μυοσκελετικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος από τη γέννηση μέχρι την πλήρη σωματική ωριμότητα [17]. Με τη μακρόχρονη και συστηματική άσκηση οι μύες του σώματος ισχυροποιούνται, απαλλάσσονται από το περιττό λίπος, μορφοποιούνται, παρέχοντας ομορφιά και χάρη στο ανθρώπινο παράστημα. Η ισχυροποίηση των μυών έχει ένα πολύ πρακτικό αποτέλεσμα, μια και κάνει το άτομο ικανό να έχει άνεση στις καθημερινές σωματικές του δραστηριότητες, δίνοντάς του τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει κάθε πρόσθετο πρόβλημα με σχετική ευκολία [18].

Υπάρχουν δύο είδη σωματικής άσκησης, η *ισοτονική* ή *κινητική άσκηση* όπως περπάτημα, τρέξιμο, ποδηλασία, χορός ή κολύμβηση και η *ισομετρική* ή *στατική* άσκηση όπως άρση βαρών, πάλη, κωπηλασία ή θαλάσσιο σκι. Κατά την *ισοτονική* άσκηση αυξάνεται η ικανότητα του οργανισμού να παράγει μηχανικό έργο, βελτιώνονται τα αντανεκλαστικά και το άτομο εμφανίζει ένα ωραίο παρουσιαστικό γεμάτο ψυχική και σωματική υγεία. Με την *ισομετρική* εξάλλου άσκηση, όπως στην άρση βαρών, ο ασκούμενος αναπνέει καλά όπως συμβαίνει με τις πολλές και βαθιές αναπνοές του δρομέας που κάνει κινητική άσκηση [19]. Το άτομο γίνεται παραγωγικό χωρίς να κουράζεται υπερβολικά κι αυτό το γεμίζει με αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση, συναισθήματα τόσο αναγκαία για τη ψυχική μας υγεία. Εκτός όμως από τα οφέλη που προσφέρει η κίνηση στο σώμα μας, βοηθάει και την ψυχή μας με πολλούς τρόπους όπως έχουν διαπιστώσει και διάφοροι επιστήμονες. Μάλιστα φαίνεται ότι ψυχή και σώμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα καθώς η σωματική κατάσταση επηρεάζει την ψυχική όπως και

το αντίστροφο [20].

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ενώ η σωματική δραστηριότητα μπορεί έμμεσα να βελτιώσει την υποκειμενική ποιότητα ευημερίας της ζωής με την πρόληψη της ασθένειας και του πρόωρου θανάτου, παρατηρούμε πρόσφατα ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον άμεσο ρόλο της στην πρόληψη και τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας [20,21]. Άλλωστε πολλές έρευνες μέχρι σήμερα έχουν τεκμηριώσει τις θετικές επιδράσεις της σωματικής άσκησης στην ψυχολογία των ανθρώπων με τη φυσική δραστηριότητα από μόνον με ψυχικά νοσήματα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι πολύ λιγότερο δραστήρια από το γενικό πληθυσμό [22]. Παράγοντες δε που συμβάλλουν σε αυτό είναι τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, το ηρεμιστικά φάρμακα και η έλλειψη ευκαιριών και γενικού κινήτρου για τα άτομα αυτά [23]. Η κόπωση και η υπνηλία εξάλλου που παρατηρούνται στους ψυχικά ασθενείς ως απόρροια των φαρμάκων, δεν αποτελεί αντένδειξη στην εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης σε αυτούς, μια και δεν αναφέρονται σοβαρές επιπλοκές που να συνδυάζουν τη σωματική άσκηση και τα ψυχιατρικά φάρμακα [22]. Θα πρέπει λοιπόν να δίνεται η προτεραιότητα που της αξίζει στην υγεία των ασθενών με ψυχικά νοσήματα, λαμβάνοντας μέτρα άσκησης που να ανταποκρίνονται στο διαφορετικό τρόπο ζωής τους, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που αντιμετωπίζουν λόγω της ιδιαιτερότητάς τους [21]. Η καλή φυσική κατάσταση για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ένας ρεαλιστικός στόχος και θα πρέπει να ενσωματωθεί στα σχέδια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για να υιοθετηθεί η σωματική δραστηριότητα ως συμπληρωματική θεραπεία για τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή [23,24].

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην υγεία και την προσωπική και κοινωνική ευημερία των ανθρώπων μια και αποδυναμώνει κοινωνικά τα άτομα και συνδέεται με την παρουσία σύνθετων κοινωνικών προβλημάτων (έλλειψη στέγης, φτώχεια) σε αρκετές σοβαρές περιπτώσεις. Έτσι ο ρόλος της άσκησης στην ανακούφιση αυτού του φορτίου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αξίζουν προσοχής [21].

Η σωματική δραστηριότητα συνδέεται με βάση τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικές προοπτικές ως προς την άμεση συμβολή της στην επίλυση των προβλημάτων ψυχικής υγείας:

- Συμβολή της σωματικής δραστηριότητας στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
- Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, μέσω της σωματικής δραστηριότητας.
- Βελτίωση της ψυχικής και φυσικής υγείας των ατόμων με ψυχική ασθένεια.
- Βελτίωση της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού [9]. Στη συνέχεια παρέχονται στοιχεία για τη σύνδεση της σωματικής άσκησης με τις πλέον συχνές ψυχικές διαταραχές.

1. Άσκηση και διαταραχές του άγχους.

Η φυσική δραστηριότητα, η άσκηση και η κίνηση, όπως επιβεβαιώνουν επιστημονικές μελέτες, βοηθά στη μείωση του άγχους, το οποίο για αρκετούς ανθρώπους αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής τους. Σε όλες τις περιπτώσεις διαφαίνεται ότι η άσκηση προλαμβάνει την έναρξη των συμπτωμάτων του άγχους, αλλά και θεραπεύει τις αγχώδεις καταστάσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό, ακόμα και σε σύγκριση με άλλες φαρμακευτικές και ψυχαναλυτικές μεθόδους [22].

2. Άσκηση και κατάθλιψη

Η επίδραση της άσκησης στην κατάθλιψη έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης για

αρκετές δεκαετίες. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η άσκηση - είτε ως κατάρτιση δύναμης, τρεξίματος, περπατήματος είτε άλλης μορφής αεροβικής άσκησης - βοηθά στην ανακούφιση της ήπιας και μέτριας κατάθλιψης μεταβάλλοντας την καθημερινή ρουτίνα των ανθρώπων, αυξάνοντας τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και βοηθώντας τους να κυριαρχήσουν στις δύσκολες φυσικές και ψυχολογικές προκλήσεις [23,24].

3. Άσκηση και Σχιζοφρένια

Η σχιζοφρένια είναι μία από τις πιο αναπηρικές όλων των ψυχιατρικών ασθενειών που μπορεί να θέσει εκτός λειτουργίας τον πάσχοντα. Η άσκηση αποδεικνύεται ότι μπορεί να μειώσει τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, να αυξήσει τον αυτοσεβασμό, και να βελτιώσει τα σχέδια ύπνου και τη γενική συμπεριφορά στους ανθρώπους που ζουν με τη σχιζοφρένια [25].

4. Επίδραση της άσκησης στις ψυχολογικές παραμέτρους

Η δυνατότητα της σωματικής δραστηριότητας "να ενεργοποιήσει" ώστε να παραχθεί θετικότερη διάθεση αναφέρεται ευρέως. Τα συναισθηματικά οφέλη είναι πιθανότερο να βιωθούν, εάν οι συμμετέχοντες εστιάζουν στους προσωπικούς στόχους βελτίωσης [26, 27]. Υπάρχει επίσης σαφής ένδειξη ότι η άσκηση μπορεί να αλλάξει τις αντιλήψεις των ανθρώπων για το σωματικό τους εγώ και την ταυτότητά τους με έναν θετικό τρόπο. Για μερικούς ανθρώπους, σε μερικές περιστάσεις, ιδιαίτερα εκείνοι που αρχικά έχουν χαμηλό αυτοσεβασμό, αυτό επεκτείνεται σε γενικευμένες αλλαγές του εγώ [28,29].

5. Άσκηση και διάφορες άλλες διαταραχές

Η άσκηση μπορεί να είναι ένα σημαντικό συστατικό της θεραπευτικής στρατηγικής για τα προβλήματα της εικόνας του σώματος, τα προβλήματα κατάχρησης ουσιών όπως το αλκοόλ και συμβάλει στα προγράμματα θεραπείας διακοπής καπνίσματος, καθώς και τις σωματικές διαταραχές, όπου το ψυχιατρικό σύμπτωμα εκδηλώνεται ως χρόνιος πόνος [9, 30].

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η άσκηση αποτελεί μια αποδοτική επιλογή για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων και συγκρίνεται ευνοϊκά με την ατομική ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία ομάδας [31, 32]. Επιπλέον ερευνητικά δεδομένα προτείνουν ότι η κανονική άσκηση αξίζει περαιτέρω προσοχή ως επιλογή για όσα άτομα υποφέρουν από τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, όπως και για τη μείωση της

προβληματικής συμπεριφοράς των ατόμων με ειδικές αναπτυξιακές ανάγκες, καθώς και μια συμπληρωματική λύση στα προγράμματα θεραπείας για την κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια, την διαταραχή μετατροπής, και την εξάρτηση οινόπνευματος [33,34].

Η κατανόηση λοιπόν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της συμβολής της άσκησης στην προαγωγή της υγείας των ψυχικά αρρώστων, θα τους βοηθήσει να αναπτύξουν και να παρέχουν αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις με σκοπό να προωθήσουν και να διατηρήσουν υγιείς συμπεριφορές στους ψυχικά αρρώστους, μέσα από την ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που θα αυξήσουν τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε τέτοιες συμπεριφορές, θα οδηγήσουν στην σύγκλιση μεταξύ σωματικών και ψυχικών παραγόντων και θα συνεισφέρουν σ' ένα ολιστικό μοντέλο υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κουρκούτα Λ., Ελαφρή Μ., Τσιότσιου Β., Στρογγύλου Β. Άσκηση και Ψυχική Υγεία στην Αρχαία Ελλάδα. 4^ο Ψυχιατρικό Συνέδριο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Κυλλήνη Ηλείας, 1- 4/6/2012.
2. Κουρκούτα Λ., Πλατή Π., Προκοπίου Ε.: Νους υγιής εν σώματι υγιή. 39^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Βόλος, 15 – 18 Μαΐου 2012.
3. Μπαμπινιώτη Γ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας . Δ' έκδοση. Εκδόσεις: Κέντρο Λεξικολογίας. Αθήνα, 2012.
4. Papathanassiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. American Journal of Nursing Science , 2013; 2(1) : 1-5.
5. Ζιώγου Θ. Οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και την συμμετοχή τους η μη στην προώθηση της στα κέντρα φροντίδας τους. Μεταπτυχιακή διατριβή. Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη, 2006.
6. Τσαούσογλου Α, Κουκουρίκος Κ. Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας. Στίγμα, 2007;15(1): 18 - 24.
7. Θ.Ζιώγου , Λ.Κουρκούτα , Σ. Δικταπανίδου, Ε. Φραδέλος, Π.Ουζουνάκης. Η άσκηση στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. 3^ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη. Με Διεθνή Συμμετοχή. Θεσσαλονίκη, 28 – 30 Μαρτίου 2013.

8. Fox K R. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health and Nutrition*, 1999; 2: 411- 418.
9. Hays K.F. (1999) *Working It Out: Using Exercise in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington DC.
10. Faulkner G. & Biddle S. (2001a) Exercise as therapy: it's just not psychology! *Journal of Sports Sciences* 19, 433-444
11. Αβραμικά Μ. Ψυχολογική υποστήριξη αρρώστων με τύπου Ι και τύπου ΙΙ σακχαρώδη διαβήτη. *Νοσηλευτική*, 1994;33(1): 31-34.
12. Αβραμικά Μ. Ψυχολογικές - Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε άρρωστο με ολική λαρυγγεκτομή. Διδακτορική Διατριβή. Δημοκρίτειο πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Ψυχιατρικής. Αλεξανδρούπολη, 2009.
13. Diktapanidou S, Ziogou T. Breast cancer in the women and health promotion. *Prog Health Sci*, 2011, Vol 1(2), 165-170.
14. Λαβδανίτη Μ. Γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία-Νοσηλευτική προσέγγιση. *Νοσηλευτική* , 2007;46 (2):181-188.
15. Κουκουρίκος Κ , Τσορμπατζούδη Ε , Τζογάνη Α . Κοινωνική επαναπροσαρμογή: Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. *Νοσηλευτική* 2007; 46 (3): 342-354.
16. Μωραΐτου Μ, Σταλίκας Α. Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2004 ; 3 (2), 67-70.
17. Τοκμακίδης Σ Π. Άσκηση και χρόνιες παθήσεις. *Ιατρικές Εκδόσεις Π Χ Πασχαλίδης*. Αθήνα,2003.
18. Τοκμακίδης Σ. Άσκηση και υγεία, άσκηση και παραγωγικότητα. Άθληση και Κοινωνία: Περιοδικό Αθλητικής Επιστήμης, 1997; 18:5-8.
19. Νικολαΐδης Μ Γ, Πετρίδου Α, Μούγιος Β. Επίδραση της χρονίας άσκησης στον τροχό στη σύσταση σε λιπαρά οξέα των φωσφολιπιδίων και των τριακυλογλυκερολών στο σκελετικό μυ και στην καρδιά επιμύων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2004; 21(4): 344-353.
20. Τοκμακίδης Σ, Γκοδόλιας Γ, Παναγιωτίδου Α, Ταξιλδάρης Κ. Άσκηση και Υγεία: ο ρόλος και η κοινωνική συμβολή των προγραμμάτων ΕΠΕΑΕΚ σε ειδικούς πληθυσμούς. Άθληση και Κοινωνία: Περιοδικό Αθλητικής Επιστήμης , 2000 ; 24 : 83 - 98.
21. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005; 11: 125-132.
22. Richardson C, Faulkner G, Mc Devitt J, Skrinar G, Hutchinson D, Piette J. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 2005; 56 (3):324-331.
23. Osborn D. The poor physical health of people with mental illness. *West Journal of Medicine*, 2001; 175(5): 329-332.
24. Paluska S, Schwenk T. Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Medicine*, 2000; 29(3):167-180.
25. Di Lorenzo T, Bargman E, Stucky – Ropp R, Brassington G, Frensch P, La Fontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 1999; 28: 75-85.
26. Broocks A, Bandelow B, Pekrun G, George A, Meyer T, Bartmann U, Hillmer-Vogel U, Ruther E. Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155: 603-609.
27. Taylor A H. Physical activity, anxiety, and stress. In: *Physical Activity and Psychological Well-Being* .Ed. Biddle Rutledge, London, 2000.

28. Θ.Ζιώγου, Λ.Κουρκούτα, Σ. Δικταπανίδου, Ε. Φραδέλος, Π.Ουζουνάκης. Η άσκηση στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. 3^ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσεγγίσης στην Ιατρική Περίθαλψη. Με Διεθνή Συμμετοχή. Θεσσαλονίκη, 28 - 30 Μαρτίου 2013.
29. Fox K R. The influence of physical activity on mental well-being. Public Health and Nutrition, 1999; 2: 411- 418.
30. Κουκουρίκος Κ. Περιοριστικά μέτρα : απόψεις υπέρ και κατά της χρήσης των. Στίγμα, 2008; 18(1) : 16-20.
31. Biddle, S., Fox, K. & Boutcher, S. Physical Activity and Psychological Well-being. Rutledge. London, 2000.
32. Mutrie N. Healthy body, healthy mind? Psychologist 2002; 15, 412-413
33. Τσαούσογλου Α, Κουκουρίκος Κ. Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας. Στίγμα, 2007;15(1): 18 - 24.
34. Lawler D. & Hopker S. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. British Medical Journal, 2001; 322: 763-766.

REVIEW***The contribution of exercise in promotion of mental health*****Theologia Ziogou**

Lecturer in Nursing, Alexander Technological Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

Physical activity and exercise in general is one of the main indicators for the prevention of both physical and mental health. The purpose of this retrospective study was to investigate the correlation between exercise and mental health of people and how it is shaped nowadays. The methodology followed was based on the literature search and reviewing research studies, which derived from international databases Medline, Pubmed, Cinahl and Iatrotek on the effects of exercise on mental health. Physical activity contributes to the treatment of mental disorders, their prevention and improved physical and mental health of the mentally ill. Mental health professionals also can play an important role in encouraging physical activity and institutionalization of the planning of the care of these patients

Keywords: exercise, physical activity, mental disorders, mental health.

Citation:

T. Ziogou. The contribution of exercise in promotion of mental health. Scientific Chronicles 2013;18(4): 191-197

Διακαθετηριακός ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός ηπατικών όγκων: μια ανασκόπηση. Μέρος II: Κλινικές εφαρμογές

Ι. Μοσχούρης, Μ. Παπαδάκη, Δ. Ματσαϊδώνης

Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο διακαθετηριακός ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του ανεγχείρητου, ενδιάμεσου σταδίου κατά BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ). Εφαρμόζεται επίσης για την αντιμετώπιση αιμορραγίας που προκαλείται από ρήξη του ΗΚΚ, σε ασθενείς που βρίσκονται σε αναμονή για μεταμόσχευση ήπατος, σαν μέσο υποσταδιοποίησης του ΗΚΚ και στις μετεγχειρητικές υποτροπές του όγκου αυτού. Ο χημειοεμβολισμός χρησιμοποιείται ακόμη για την αντιμετώπιση του ανεγχείρητου ενδοηπατικού χολαγγειοκαρκινώματος και ηπατικών μεταστάσεων από διάφορους όγκους, ιδιαίτερα μετά από αποτυχία της συστηματικής χημειοθεραπείας. Ηπατικές μεταστάσεις που υποβάλλονται συχνά σε χημειοεμβολισμό είναι αυτές που προέρχονται από καρκίνο του παχέος εντέρου και από νευροενδοκρινείς όγκους. Τέλος ο χημειοεμβολισμός σχετίζεται με μια ποικιλία αντενδείξεων και επιπλοκών, οι οποίες πρέπει να είναι καλά γνωστές προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Λέξεις ευρετηρίου: χημειοεμβολισμός, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, χολαγγειοκαρκίνωμα, ηπατικές μεταστάσεις

Παραπομπή:

Ι. Μοσχούρης, Μ. Παπαδάκη, Δ. Ματσαϊδώνης. Διακαθετηριακός ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός ηπατικών όγκων: μια ανασκόπηση. Μέρος II: Κλινικές εφαρμογές. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 198-212

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το μέρος της ανασκόπησης περιγράφεται ο ρόλος του χημειοεμβολισμού στην θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων κακοήθων ηπατικών όγκων. Σε μερικές περιπτώσεις, όπως στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, υπάρχει συσσωρευμένη μεγάλη εμπειρία και έχουν αποσαφηνιστεί ο ρόλος, τα θεραπευτικά οφέλη και οι ενδείξεις της μεθόδου. Σε άλλες περιπτώσεις η μέθοδος βρίσκεται ακόμη υπό αξιολόγηση και ο

ρόλος της δεν έχει ακόμη καθοριστεί με ακρίβεια, παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε μικρές σειρές ασθενών. Σκόπιμη είναι επίσης η σύντομη αναδρομή στις αντενδείξεις του χημειοεμβολισμού (πίνακας 1) και στις πιθανές επιπλοκές του. Η γνώση αυτών και η αυστηρή εφαρμογή κριτηρίων επιλογής των ασθενών συνιστούν τη βάση για την αύξηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του χημειο-εμβολισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΗΜΕΙΟΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ

I. Αγγειογραφικές αντενδείξεις

- Ιστορικό αλλεργικής αντίδρασης σε ιωδιούχο σκιαγραφικό
- Σοβαρή διαταραχή της πήκτικότητας (αιμοπετάλια $<50,000/\text{mm}^3$)
- Σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορού $>2 \text{ mg/dL}$)
- Αδυναμία προσπέλασης και καθετηριασμού της ηπατικής αρτηρίας

II. Αντενδείξεις σχετικές με την ηπατική λειτουργία

- Χολερυθρίνη $>3,5 \text{ mg/dL}$
- LDH $>425 \text{ IU/L}$,
- AST $>100 \text{ IU/L}$
- Child-Pugh score ≥ 8

III. Αντενδείξεις σχετικές με την έκταση του όγκου

- Εξωηπατικές εντοπίσεις
- Θρόμβωση του στελέχους της πυλαίας φλέβας
- Νεοπλασματική διήθηση $>75\%$ του συνολικού όγκου του ήπατος

IV. Αντενδείξεις σχετικές με τη χορήγηση χημειοθεραπευτικού

- Λευκά αιμοσφαίρια $<3,000/\text{mm}^3$;
- Ουδετερόφιλα $<1,500/\text{mm}^3$;
- Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας $<50\%$

V. Αντενδείξεις σχετικές με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς

- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status >2
- Karnofsky score <70

Σημείωση: Οι περισσότερες από τις αντενδείξεις που αναφέρονται παραπάνω είναι σχετικές. Πχ ασθενής με περιορισμένη εξωηπατική νόσο και ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο του παχέος εντέρου συνήθως δεν αποκλείεται από τον χημειοεμβολισμό, αν ο τελευταίος αναμένεται να ωφελήσει περισσότερο από τη συστηματική χημειοθεραπεία. Επίσης, οι τιμές που αναφέρονται στις ποσοτικές παραμέτρους δυνατόν να διαφέρουν στις διάφορες δημοσιεύσεις ανάλογα με την εμπειρία των συγγραφέων και την υποδομή του κάθε εξειδικευμένου κέντρου.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

Ο ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός αποτελεί την κύρια θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με ανεγχείρητο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) ενδιάμεσου σταδίου, ή σταδίου Β σύμφωνα με την ταξινόμηση BCLC (Barcelona Clinic Live Cancer) [1]. Πρόκειται για ασθενείς με πολυεστιακή προσβολή, χωρίς αγγειακή διήθηση και με σχετικά καλή ηπατική

λειτουργία (εικόνα 1). Σε διάφορες μελέτες, ο χημειο-εμβολισμός έχει εξασφαλίσει ποσοστά αντικειμενικής ανταπόκρισης 15-61% [2]. Η μεγάλη αυτή διακύμανση θα πρέπει να αποδοθεί στην ανομοιογένεια των μελετών αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, την τεχνική και τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν. Παρά τα αρχικά αμφίβολα αποτελέσματα, σε δύο τυχαιοποιημένες μελέτες του 2002,



Εικόνα 1. Χημειοεμβολισμός πολυεστιακού ΗΚΚ με μικροσφαιρίδια εκλύοντα δοξορουβικίνη. α) Αγγειογραφία πριν από τον χημειοεμβολισμό αναδεικνύει τουλάχιστον 3 αγγειοβριθείς εστίες ΗΚΚ (βέλη). Η δεξιά ηπατική αρτηρία (διακεκομμένο βέλος) εκφύεται από την άνω μεσεντέριο. β) Στην αγγειογραφία αμέσως μετά από τον χημειοεμβολισμό παρατηρείται σχεδόν πλήρης εξάλειψη της παθολογικής αγγείωσης των βλαβών.

διαπιστώθηκε ότι ο χημειοεμβολισμός παρατείνει την επιβίωση ασθενών με ΗΚΚ σε σύγκριση με την συντηρητική-συμπτωματική αγωγή. Στην πρώτη από αυτές [3], οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό (δοξορουβικίνη + λιποδόλη + σωματίδια gelfoam), εμβολισμό (σωματίδια gelfoam) ή συντηρητικά. Τα ποσοστά μονοετούς και διετούς επιβίωσης ήταν αντίστοιχα: 82% και 63% (χημειοεμβολισμός), 75% και 50% (εμβολισμός) και 63% και 27% (συντηρητική αγωγή). Η διαφορά στα ποσοστά αυτά μεταξύ χημειοεμβολισμού και συντηρητικής αγωγής ήταν στατιστικώς σημαντική ($p = 0,009$). Στην στατιστική ανάλυση, το είδος της θεραπείας βρέθηκε να είναι ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της επιβίωσης. Στην δεύτερη παρόμοια μελέτη [4], οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό (δοξορουβικίνη +

λιποδόλη + σωματίδια gelfoam) ή συντηρητικά. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p = 0,002$) στην επιβίωση των δύο ομάδων, με σαφή υπεροχή της ομάδας του χημειοεμβολισμού: Τα ποσοστά μονοετούς, διετούς και τριετούς επιβίωσης ήταν αντίστοιχα: 57%, 31%, και 26% για τον χημειοεμβολισμό και 32%, 11% και 3% για την συντηρητική αγωγή. Η παράταση της επιβίωσης με τον χημειοεμβολισμό επιβεβαιώνεται και σε μετα-ανασυνοψεύσεις του αριθμού τυχαιοποιημένων μελετών [5].

Η αποτελεσματικότητα του χημειοεμβολισμού με μικροσφαιρίδια εκλύοντα χημειοθεραπευτικό (Drug-Eluting Beads-DEBs) έχει επίσης αποδειχθεί σε κλινικές μελέτες. Στην πρώτη από αυτές [6] παρατηρήθηκε αντικειμενική ανταπόκριση στο 66,6% των ασθενών (κριτήρια EASL), ετήσια επιβίωση στο

92,5% και διετής επιβίωση στο 88,9%. Σε πιο πρόσφατη μελέτη [7] με περισσότερους ασθενείς, παρατηρήθηκε αντικειμενική ανταπόκριση στο 66,2-85,5% των ασθενών και επιβίωση 97,05% και 91,1% για το έτος και την διετία αντίστοιχα. Σε μελέτη 173 ασθενών, με 5ετή παρακολούθηση, ο χημειοεμβολισμός με DEBs εξασφάλισε ποσοστό 5ετούς επιβίωσης 22,5% και μέση επιβίωση 43,8 μήνες [8].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση του χημειοεμβολισμού με DEBs με τον χημειοεμβολισμό με λιπιδόλη. Σε μια μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη [9], η πρώτη μέθοδος εξασφάλισε υψηλότερα ποσοστά πλήρους ανταπόκρισης, αντικειμενικής ανταπόκρισης και ελέγχου της νόσου σε σχέση με τη δεύτερη (αντίστοιχα: 63%, 51% και 27%, έναντι 52%, 44% και 22%). Ακόμη, η πρώτη μέθοδος συνοδεύτηκε από χαμηλότερα ποσοστά ηπατοτοξικότητας και παρενεργειών της δοξορουβικίνης. Έχει καταγραφεί επίσης μια σχετική υπεροχή των μικροσφαιριδίων που εκλύουν χημειοθεραπευτικό έναντι του απλού εμβολισμού με μικροσφαιρίδια. Η πρώτη μέθοδος συνοδεύεται από υψηλότερα ποσοστά πλήρους και μερικής ανταπόκρισης (26,8% έναντι 14% και 46,3% έναντι 41,9%) καθώς και από λιγότερες υποτροπές και μεγαλύτερο χρόνο για την εξέλιξη της νόσου (42.4 ± 9.5 εβδομάδες έναντι 36.2 ± 9.0 εβδομάδες, $p = 0,008$) [10]. Συνοπτικά, με εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων επιλογής, ο χημειοεμβολισμός αυξάνει την επιβίωση των ασθενών αυτών σε σύγκριση με εκείνους που υποβάλλονται σε συστηματική ή ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία ή λαμβάνουν μόνο συμπτωματική αγωγή.

Πέρα από τον κεντρικό ρόλο του χημειοεμβολισμού στην αντιμετώπιση του ΗΚΚ ενδιάμεσου σταδίου, υπάρχουν μερικές ακόμη, ειδικότερες θεραπευτικές εφαρμογές του χημειοεμβολισμού στο ΗΚΚ.

Στην αυτόματη ρήξη και αιμορραγία του ΗΚΚ, ο ενδαρτηριακός εμβολισμός θεωρείται ως επείγουσα θεραπεία εκλογής [11]. Μετά από τον έλεγχο της αιμορραγίας δια του εμβολισμού, επιλεγμένοι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε εκτομή του όγκου. Επίσης σημαντική είναι η συμβολή του χημειοεμβολισμού, στην αντιμετώπιση της υποτροπής του ΗΚΚ μετά ηπατεκτομή [12]. Η αποτελεσματικότητα του χημειοεμβολισμού σε αυτή την υποομάδα ασθενών είναι υψηλή, γιατί οι υποτροπές συνήθως ανιχνεύονται σε μικρό μέγεθος, χάρη στην στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση. Σε μετεγχειρητικές υποτροπές ΗΚΚ που αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό αναφέρονται ποσοστά μονοετούς, τριετούς και πενταετούς επιβίωσης 72% -88%, 38%-48%, και 21%-27% αντίστοιχως [13-16].

Ο ρόλος του προεγχειρητικού χημειοεμβολισμού του ΗΚΚ είναι λιγότερο σαφής. Η μέθοδος χρησιμοποιείται σε όγκους που είναι οριακά μη εξαιρέσιμοι, προκειμένου να τους συρρικνώσει (downstaging) και να καταστήσει εφικτή την εκτομή τους. Επίσης, σε μη τυχαιοποιημένες μελέτες ο χημειοεμβολισμός φαίνεται να μειώνει το ποσοστό των μετεγχειρητικών υποτροπών του ΗΚΚ, όμως αλλού έχει διαπιστωθεί υψηλό ποσοστό επιπλοκών και επιδείνωσης της ηπατικής λειτουργίας που επιδρά αρνητικά στο σχεδιαζόμενο χειρουργείο [17, 18]. Σε μια προοπτική, μη τυχαιοποιημένη μελέτη, ο προεγχειρητικός χημειοεμβολισμός είχε θετική επίδραση στο ποσοστό των ασθενών που ήταν ελεύθεροι νόσου στην πενταετία (51% για τους ασθενείς με προεγχειρητικό εμβολισμό έναντι 21% για τους ασθενείς με χειρουργείο μόνο). Ωστόσο, η συνολική πενταετής επιβίωση δεν ήταν σημαντικά διαφορετική (43% για τους ασθενείς με προεγχειρητικό εμβολισμό έναντι 38% για τους ασθενείς με χειρουργείο μόνο), λόγω της πρόκλησης ηπατικής ανεπάρκειας σε

μερικούς από τους χημειοεμβολιοσθέντες ασθενείς [19].

Ο χημειοεμβολισμός έχει επίσης χρησιμοποιηθεί σαν ενδιάμεση θεραπεία ("bridge" therapy) για τον τοπικό έλεγχο του ΗΚΚ σε ασθενείς σε αναμονή για μεταμόσχευση ήπατος. Η μέθοδος φαίνεται ότι προκαλεί σημαντική νέκρωση των όγκων-στόχων, αλλά όχι βελτίωση της επιβίωσης και μάλιστα έχει βρεθεί αυξημένη συχνότητα σπητικών επιπλοκών στους ασθενείς που έλαβαν προμεταμοσχευτικό χημειοεμβολισμό. Ο προμεταμοσχευτικός χημειοεμβολισμός έχει εφαρμοστεί με αρκετά καλά αποτελέσματα σε ασθενείς με όγκους άνω των 5 εκ. (οι οποίοι με τα συμβατικά κριτήρια είναι ακατάλληλοι για μεταμόσχευση). Στην περίπτωση αυτή συνδυάζεται με χημειοθεραπεία [20].

Τέλος, ενθαρρυντικά αποτελέσματα προκύπτουν από τον συνδυασμό του χημειοεμβολισμού με άλλες επεμβατικές τεχνικές (θερμοκαυτηρίαση, διαδερμική έγχυση αιθανόλης [21, 22]). Η συνέργεια μεταξύ των δύο μεθόδων βασίζεται σε μερικά θεωρητικά δεδομένα: Η χημειοεμβολισμός συχνά είναι αποτελεσματικότερος στην περιφέρεια του όγκου στόχου, οπότε η θερμοκαυτηρίαση χρειάζεται για να ολοκληρώσει τη νέκρωση στο κέντρο του. Επιπλέον, η ισχαιμία που προκαλεί ο χημειοεμβολισμός φαίνεται ότι καθιστά τους νεοπλασματικούς ιστούς πιο ευαίσθητους στη θερμοκαυτηρίαση.

Ο συνδυασμός χημειοεμβολισμού με αντιαγγειογενετικούς παράγοντες, κυρίως sorafenib, έχει επίσης ενδιαφέρουσα θεωρητική βάση. Στο πρώτο μέρος αυτής της ανασκόπησης αναφέρθηκε ότι η ισχαιμία που προκαλείται από τον (χημειο)εμβολισμό αποτελεί ερέθισμα για αυξημένη έκφραση από τα νεοπλασματικά κύτταρα του αγγειογενετικού παράγοντα VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). Αυτή η βιολογική αντίδραση, όχι μόνο αυξάνει την αντοχή του όγκου στον χημειοεμβολισμό, αλλά και συσχετίζεται με

αυξημένη πιθανότητα εξωηπατικών μεταστάσεων και βραχύτερο διάστημα ελεύθερο νόσου. Η sorafenib είναι αποτελεσματικός αναστολέας των υποδοχέων του VEGF, και με βάση τα παραπάνω, ο συνδυασμός της με τον χημειοεμβολισμό έχει μια ισχυρή θεωρητική βάση. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός αυτός είναι εφικτός και ασφαλής. Σε μία τυχαιοποιημένη μελέτης φάσης II έχει καταγραφεί μια τάση ($p = 0,07$) για παράταση του χρόνου εξέλιξης της νόσου (TTP) για του ασθενείς που υπεβλήθησαν στον συνδυασμό σε σύγκριση με αυτούς που υπεβλήθησαν μόνο σε χημειοεμβολισμό. Αναμένονται τα αποτελέσματα μελετών φάσης III, ώστε να διευκρινιστεί αν υπάρχει σαφές κλινικό πλεονέκτημα (π.χ στη συνολική επιβίωση) του συνδυασμού χημειοεμβολισμού-sorafenib [23].

Ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα

Πρόκειται για τον δεύτερο σε συχνότητα πρωτοπαθή κακοήγη όγκο του ήπατος, μετά από το ΗΚΚ, αν και πολύ σπανιότερο από αυτό. Όπως και το ΗΚΚ, το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα είναι χειρουργικά εξαιρέσιμο στην μειοψηφία των ασθενών (30%) κατά τον χρόνο της διάγνωσης, και η συστηματική χημειοθεραπεία δεν έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ο χημειοεμβολισμός του ενδοηπατικού χολαγγειοκαρκινώματος χρησιμοποιείται κυρίως σαν παρηγορική θεραπεία, με σκοπό τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την παράταση της επιβίωσης. Χρησιμοποιείται επίσης στις υποτροπές της νόσου μετά από ηπατεκτομή [24, 25]. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο χημειο-εμβολισμός προκαλεί ικανή συρρίκνωση των όγκων καθιστώντας τους χειρουργικά εξαιρέσιμους [26]. Τα σχήματα που χρησιμοποιούνται είναι ποικίλα, περιλαμβάνοντας ένα ή περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (δοξορουβικίνη, mitomycin-C, gemcitabin, cis-platin, oxaliplatin), λιποδόλη και

εμβολικά υλικά σε διάφορους συνδυασμούς. Έχει παρατηρηθεί μερική ανταπόκριση (κατά RECIST) 0-20%, ενώ η διάμεση επιβίωση των ασθενών 9,1-16,3μήνες [24-28]. Τα αποτελέσματα αυτά είναι υποδεέστερα από τα αντίστοιχα για το ΗΚΚ: Σε σχέση με το ΗΚΚ, το χολαγγειοκαρκίνωμα έχει χειρότερη βιολογική συμπεριφορά και είναι συχνότερα υποαγγειούμενο και ως εκ τούτου λιγότερο ευαίσθητο στον χημειοεμβολισμό. Για το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα έχει εφαρμοστεί και χημειοεμβολισμός με DEBs εκλύοντα ιρινοτεκάνη, δοξορουβικίνη ή oxaliplatin [29-31]. Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί αν η μέθοδος αυτή είναι ουσιαστικά ανώτερη από τον συμβατικό χημειοεμβολισμό [31,32].

Ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο παχέος εντέρου

Η χειρουργική εκτομή αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων από ορθοκολικό καρκίνο, εντούτοις μόνο 20% των ασθενών αυτών είναι κατάλληλοι για χειρουργείο. Η συστηματική χημειοθεραπεία, με την προσθήκη νέων φαρμάκων, προσφέρει σημαντική παράταση της επιβίωσης των ασθενών αυτών, με μέσο όρο τα 2 έτη [33]. Ο χημειοεμβολισμός έχει θέση στην αντιμετώπιση ηπατικών μεταστάσεων που δεν προσφέρονται για ριζική (χειρουργική ή μέσω θερμοκαυτηρίασης) θεραπεία και όταν η συστηματική χημειοθεραπεία συνοδεύεται από απαράδεκτη τοξικότητα ή από πρόοδο της ηπατικής νόσου. Ο χημειοεμβολισμός στην αντιμετώπιση των μεταστάσεων από ορθοκολικό καρκίνο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί : Α) Ως παρηγορική θεραπεία (το συνήθετο ενδεχόμενο), με σκοπό την παράταση της επιβίωσης του αρρώστου, και τη διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής του, χωρίς να αναμένεται η πλήρης εκρίζωση της νόσου (εικόνα 2). Β) Ως νέο-επικουρική

(neo-adjuvant) θεραπεία, με σκοπό την μείωση του αριθμού και μεγέθους των μεταστάσεων, οι οποίες στην συνέχεια θα εξαιρεθούν χειρουργικά ή θα αντιμετωπιστούν με θερμοκαυτηρίαση, με σκοπό την πλήρη εκρίζωσή τους. Γ) Ως συμπτωματική θεραπεία για την ανακούφιση από συμπτώματα, όπως άλγος από διάταση της ηπατικής κάψας από ογκώδεις βλάβες [34].

Σε μια από τις μεγαλύτερες σειρές ασθενών (n=463) με ηπατικές μεταστάσεις από ορθοκολικό καρκίνο, που αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό με λιπιδόλη και χημειοθεραπευτικά, διαπιστώθηκε μερική ανταπόκριση στο 14,7% των ασθενών, σταθερή νόσος στο 48,2% και πρόοδος της νόσου στους υπόλοιπους. Το 62% των ασθενών επιβίωσαν για ένα έτος μετά τον χημειοεμβολισμό και το 28% για δύο έτη. Η διάμεση επιβίωση μετά την έναρξη των συνεδριών χημειοεμβολισμού ήταν 14 μήνες [34]. Σε μικρότερες μελέτες με παρόμοια μεθοδολογία, αναφέρεται ανταπόκριση 22.8-29% και διάμεση επιβίωση μετά τον χημειοεμβολισμό 8,6-14 μήνες [35-37]. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις ο χημειοεμβολισμός ήταν καλά ανεκτή θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια οι εν λόγω μεταστάσεις έχουν επίσης αντιμετωπιστεί με χημειοεμβολισμό με μικροσφαιρίδια εκλύοντα ιρινοτεκάνη (Drug-Eluting-Beads-Irinotecan, DEBIRI). Με βάση τα κριτήρια RECIST, βρέθηκε αντικειμενική (πλήρης ή μερική) ανταπόκριση στο 18,1-51% και η διάμεση επιβίωση κυμάνθηκε από 15,2-25 μήνες. Το ελεύθερο προόδου της νόσου διάστημα ήταν της τάξης των 11 μηνών. Άλλα ενδιαφέροντα σημεία ήταν η αναφερόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής για ικανό χρονικό διάστημα (32 εβδομάδες) καθώς και η χρήση του DEBIRI σαν μέσο υποσταδιοποίησης αρκετών ασθενών (20-40%), οι οποίοι μετά



Εικόνα 2. Χημειοεμβολισμός ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο παχέος εντέρου με μικροσφαιρίδια εκλύοντα ιρινοτεκάνη. α) Αγγειογραφία πριν από τον χημειοεμβολισμό αναδεικνύει πολλαπλές μεταστάσεις με παθολογική, κατ' εξοχήν περιφερική αγγείωση. Η δεξιά ηπατική αρτηρία (διακεκομμένο βέλος) εκφύεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία, όπως και στην προηγούμενη περίπτωση. Παρατηρείται επίσης ενδοπρόθεση (stent) εντός του κοινού χοληδόχου πόρου (κενό βέλος), για την αντιμετώπιση εξωγενούς συμπίεσης του τελευταίου από λεμφαδενοπάθεια στην πύλη του ήπατος. β) Στην αγγειογραφία αμέσως μετά από τον χημειοεμβολισμό παρατηρείται σημαντική μείωση της παθολογικής αγγείωσης των βλαβών.

υπεβλήθησαν σε μεταστασεκτομή. Τα παραπάνω δεδομένα αφορούν σε μικρού ή μεσαίου μεγέθους σειρές (n=10-82) [38]. Στην μοναδική έως σήμερα τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη [39], ο DEBIRI χημειοεμβολισμός βρέθηκε ανώτερος από την συστηματική χημειοθεραπεία (FOLFIRI) τόσο στην επιβίωση (συνολική επιβίωση και διάστημα ελεύθερο υποτροπής), όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Συχνότερη παρενέργεια του DEBIRI είναι το μετεμβολικό σύνδρομο (40-63%) και δευτέρη συχνότερη η αρτηριακή υπέρταση [38].

Ηπατικές μεταστάσεις από νευρο-ενδοκρινείς όγκους

Αν και οι νευροενδοκρινείς όγκοι (neuroendocrine tumors-NETs) είναι σπάνιοι, μεθίστανται πολύ συχνά (30-85%) στο ήπαρ και η διασπορά τους αυτή αποτελεί ισχυρό αρνητικό προγνωστικό

παράγοντα. Ο χημειοεμβολισμός χρησιμοποιείται ευρέως για την παρηγορική θεραπεία των εν λόγω μεταστάσεων, λόγω του σχετικά μικρού ποσοστού ασθενών κατάλληλων για χειρουργική εξαίρεση και των μέτριων αποτελεσμάτων της συμβατικής χημειοθεραπείας. Με τον χημειοεμβολισμό επιδιώκεται η μείωση του νεοπλασματικού φορτίου, η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση των συστηματικών συγκεντρώσεων των ορμονών που εκκρίνονται από τα ορμονοενεργά NET [40].

Σε σειρές που αντιμετωπίστηκαν με συμβατικό χημειοεμβολισμό αναφέρεται ανταπόκριση 50-96% και το μεγάλο αυτό εύρος οφείλεται μεταξύ άλλων στα διαφορετικά κριτήρια ανταπόκρισης που εφαρμόζονται σε διάφορες μελέτες. Η διάμεση συνολική επιβίωση που επιτυγχάνεται είναι 23,2-36 μήνες [40]. Υπάρχει αρκετή συζήτηση για το κατά

πόσο ο χημειοεμβολισμός ασθενών με μεταστατικά NET πλεονεκτεί έναντι του απλού εμβολισμού. Βιβλιογραφικά, η πρώτη μέθοδος εξασφαλίζει πενταετή επιβίωση στο 50-65% των ασθενών και η δεύτερη στο 40-67% [40]. Σε μελέτη 100 ασθενών δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο μεθόδων στην συνολική και τη διάμεση επιβίωση [41]. Άλλοι πάντως έχουν διαπιστώσει ότι ο χημειοεμβολισμός είναι ανώτερος στην συνολική επιβίωση, στο διάστημα ελεύθερο νόσου και στην διάρκεια της συμπτωματικής ανακούφισης [42]. Από το 2008 εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση ηπατικών μεταστάσεων από NETs και ο χημειοεμβολισμός με μικροσφαιρίδια εκλύοντα δοξορουβικίνη. Η μέθοδος είναι καλά ανεκτή και αποτελεσματική (ανταπόκριση μέχρι και 78%), σε μία όμως μελέτη διαπιστώθηκε ασυνήθιστα υψηλό ποσοστό επιπλοκών από τα χοληφόρα [43].

Ηπατικές μεταστάσεις από μελάνωμα χοριοειδούς

Το μελάνωμα χοριοειδούς αποτελεί έναν ακόμη κακοήγη όγκο με μεγάλη τάση για ηπατικές μεταστάσεις και μεγάλη αντοχή στην συστηματική χημειοθεραπεία. Σε ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα στο ήπαρ, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό, παρατηρήθηκε ανταπόκριση 16-56% και διάμεση επιβίωση μετά από την έναρξη των χημειοεμβολισμών 6-20 μήνες. Φαίνεται ότι η χρήση μιας νιτροσουρίας, της φοτεμουστίνης (fotemustine) στον χημειοεμβολισμό, αυξάνει την αποτελεσματικότητά του στο μεταστατικό μελάνωμα [44], ενώ η cis-platine που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα [45] είναι λιγότερο δραστική. Σε μικρές ομάδες ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με χημειοεμβολισμό με DEBs εκλύοντα ιρινοτεκάνη διαπιστώθηκε υψηλή αρχική αντικειμενικής ανταπόκρισης (80-100% κατά RECIST), χωρίς όμως να υπάρχουν

ακόμη εντυπωσιακά αποτελέσματα σχετικά με τη συνολική επιβίωση [46].

Ηπατικές μεταστάσεις από άλλους όγκους

Σε ανεγχείρητες ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο μαστού έχει εφαρμοστεί χημειοεμβολισμός με λιπιδόλη και χημειοθεραπευτικά. Σε μια μεγάλη σειρά (n=208) διαπιστώθηκε, βάσει των κριτηρίων RECIST, μερική ανταπόκριση στο 13% και σταθερή νόσος στο 50,5% των ασθενών και μονοετής, διετής και τριετής επιβίωση μετά την θεραπεία στο 69%, 40% και 33% των ασθενών αντίστοιχα. Η επιβίωση ήταν 18,5 μήνες (μέση τιμή) και 30,7 μήνες (διάμεση τιμή). Η επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που έλαβαν συνδυασμό χημειοθεραπευτικών (mitomycin-C + gemcitabine) σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν τα ίδια φάρμακα μεμονωμένα [47]. Σε άλλη μελέτη [48] τα ποσοστά μονοετούς, διετούς και τριετούς επιβίωσης μετά την θεραπεία ήταν (αντίστοιχα): 63,04%, 30,35%, και 13,01%, σαφώς ανώτερα σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν συστηματική χημειοθεραπεία (33,88%, 11,29%, και 0% αντίστοιχα).

Τέλος, ο χημειοεμβολισμός έχει περιστασιακά εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση ηπατικών μεταστάσεων από άλλους όγκους, όταν δεν υπάρχει η αναμενόμενη ανταπόκριση στην συστηματική χημειοθεραπεία. Ηπατικές μεταστάσεις από νεφροκυτταρικό καρκίνωμα έχουν υποβληθεί σε χημειοεμβολισμό με mitomycin-C + gemcitabine και λιπιδόλη με μερική ανταπόκριση στο 13,7% των ασθενών και επιβίωση 8,2 μήνες (διάμεση τιμή) και 11,7 μήνες (μέση τιμή) [49]. Ηπατικές μεταστάσεις από μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς έχουν αντιμετωπιστεί με χημειοεμβολισμό με δοξορουβικίνη και λιπιδόλη με μερική ανταπόκριση στο 42% των ασθενών [50]. Μεμονωμένα περιστατικά ή μικρές σειρές ηπατικών μεταστάσεων από σαρκώματα (κορμού,

άκρων ή του γαστρεντερικού) έχουν επίσης αντιμετωπιστεί με χημειοεμβολισμό, χωρίς βέβαια να μπορούν να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ο χημειοεμβολισμός δυνατόν να συνοδεύεται από ποικιλία επιπλοκών (εικόνα 3), οι οποίες ευτυχώς, με τη χρήση σύγχρονων υλικών και μεθόδων, δεν έχουν υψηλή συχνότητα. Για λόγους πρακτικούς και περιγραφικούς, οι επιπλοκές αυτές μπορούν να παρουσιαστούν ανάλογα με το όργανο, το οποίο αφορούν.

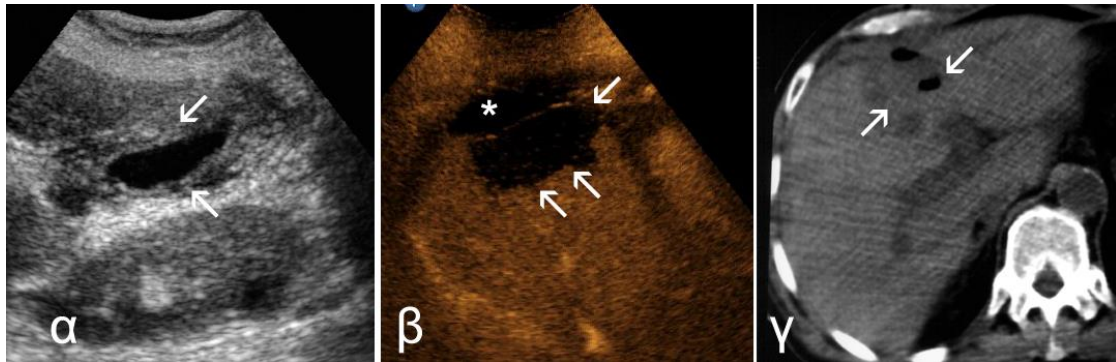
Η συχνότερη συστηματική επιπλοκή του χημειοεμβολισμού (60-100% των ασθενών) είναι το μετεμβολικό σύνδρομο (Post-Embolisation Syndrome, PES). Πρόκειται για άσηπτη φλεγμονώδη αντίδραση σε παράγοντες νέκρωσης του όγκου, χωρίς να αποκλείεται και η συμμετοχή της βλάβης- νέκρωσης φυσιολογικού ηπατικού παρεγχύματος. Κλινικά εκδηλώνεται με κακουχία, κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετο και πυρετό ($\leq 38,5^\circ$) που διαρκούν 1-7 ημέρες από την ημέρα της επέμβασης. Εργαστηριακά παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών (ακόμη και στο εκατονταπλάσιο) και των δεικτών φλεγμονής. Πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενο σύνδρομο που αντιμετωπίζεται συμπτωματικά, με αναλγητική και αντιφλεγμονώδη αγωγή [2,6-9]. Αντιβίωση δεν απαιτείται, στην πράξη όμως σχεδόν όλοι οι ασθενείς με PES λαμβάνουν ήδη αντιβιοτικά στα πλαίσια της μετεπεμβατικής κάλυψης τους από άλλες επιπλοκές. Ακόμη δεν έχει διευκρινιστεί με σιγουριά αν το PES είναι μια ένδειξη ανταπόκρισης του όγκου στον χημειοεμβολισμό, ή μια απλή παρενέργεια του τελευταίου [51].

Η σημαντικότερη ηπατική επιπλοκή του χημειοεμβολισμού είναι η επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας, η οποία προκαλείται από την ισχαιμική ή και κυτταροτοξική

επίδραση στο μη νεοπλασματικό ηπατικό παρέγχυμα. Οξεία απορρόθμιση της ηπατικής λειτουργίας αναφέρεται στο 20%-58% των ασθενών, αλλά είναι μη αναστρέψιμη μόνο στο 2-3% [51]. Κλινικά παρατηρείται ίκτερος, εμφάνιση (ή επιδείνωση) ασκίτη και εγκεφαλοπάθεια. Εργαστηριακά υπάρχει παράταση των χρόνων πήξης και αύξηση της χολερυθρίνης. Η υψηλή δόση χημειοθεραπευτικού και λιπιδόλης, το υψηλό στάδιο Child-Pugh και η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας αυξάνουν τον κίνδυνο ηπατικής ανεπάρκειας μετά χημειοεμβολισμό [51].

Η ισχαιμία ευθύνεται επίσης για την ανάπτυξη ηπατικού εμφράκτου, και η ενδεχόμενη επακόλουθη επιμόλυνση του ισχαιμικού ιστού μπορεί να οδηγήσει σε ηπατικό απόστημα. Η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας αυξάνει τον κίνδυνο εμφράκτου. Η επικοινωνία του χοληφόρου δέντρου με το γαστρεντερικό (μετά σφιγκτηροτομή ή χολοπεπτική αναστόμωση) ευνοεί σημαντικά την αποίκιση της ισχαιμικής περιοχής από μικρόβια του εντέρου και την πρόκληση αποστήματος. Σε τέτοιους ασθενείς έχει δοκιμαστεί προληπτικά ο υποκλυσμός με αντιβιοτικά, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί ότι πράγματι μειώνει τον κίνδυνο ηπατικού αποστήματος. Η επιμόλυνση μπορεί να γίνει ακόμη από μικρόβια που έχουν εισαχθεί εξωγενώς κατά την επέμβαση. Το ηπατικό έμφρακτο (ηπατικού τμήματος ή ακόμη και λοβού) μπορεί να είναι καλώς ανεκτό [52], αλλά η ανάπτυξη αποστήματος επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση. Σημαντικό ποσοστό ηπατικών αποστημάτων μετά χημειοεμβολισμό, ανταποκρίνονται στην διαδερμική παροχέτευση σε συνδυασμό με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή [2].

Σε αντίθεση με τη διπλή αιμάτωση του ήπατος, το χοληφόρο δέντρο έχει αποκλειστικά αρτηριακή παροχή και έτσι είναι ευπαθές στις ισχαιμικές επιπλοκές. Η



Εικόνα 3. Επιπλοκές χημειοεμβολισμού. α) Ισχαιμική χολοκυστίτιδα από διαφυγή εμβολικού υλικού εντός της κυστικής αρτηρίας, αναδεικνύεται υπερηχογραφικά σαν σημαντική τοιχωματική πάχυνση της χοληδόχου (βέλη), με διαχωρισμό των στοιβάδων του τοιχώματός της. β) Ηπατικό έμφρακτο αναδεικνύεται στο υπερηχογράφημα μετά χορήγηση ενισχυτή ηχογένειας σαν περιοχή με σαφή όρια (βέλη), η οποία στερείται ενίσχυσης. Συνυπάρχει μικρή περιηπατική συλλογή (*). γ) Αποστηματοποίηση ΗΚΚ μετά χημειοεμβολισμό αναδεικνύεται σε υπολογιστική τομογραφία, με συλλογή αέρος εντός της βλάβης (βέλη). Η εμφάνιση φυσαλίδων αέρος εντός των όγκων που υφίστανται χημειοεμβολισμό είναι συχνό εύρημα, όταν όμως συνδυάζεται με κλινικοεργαστηριακά σημεία σήψης (όπως στην παρούσα περίπτωση), είναι ισχυρά ενδεικτική αποστηματοποίησης.

απόφραξη της κυστικής αρτηρίας οδηγεί σε ισχαιμική χολοκυστίτιδα. Συνήθως υπάρχει ευνοϊκή έκβαση με συντηρητική αγωγή ή διαδερμική χολοκυστοστομία, αν όμως εξελιχθεί σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα απαιτείται χολοκυστεκτομή [2,7,8]. Η απόφραξη του περιχολαγγειακού τριχοειδικού δικτύου από εμβολικό υλικό προκαλεί επιπλοκές στο υπόλοιπο χοληφόρο δέντρο σε ποσοστό 0,5-2%. Τέτοιες είναι οι στενώσεις του χοληδόχου ή των ηπατικών πόρων, οι διατάσεις ενδοηπατικών χοληφόρων και οι χολώδεις συλλογές (bilomas) [2,52].

Η παλινδρόμηση εμβολικού υλικού στην γαστροδωδεκαδακτυλική ή στις γαστρικές αρτηρίες μπορεί να προκαλέσει γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη και αιμορραγία σε ποσοστό γύρω στο 3% των χημειοεμβολισμών [2,52]. Η επιπλοκή αυτή ευνοείται από ανατομικές παραλλαγές, όπως η έκφυση της δεξιάς γαστρικής αρτηρίας πολύ περιφερικά από την ιδίως ηπατική, ή η παρουσία επικουρικής αριστερής γαστρικής από την αριστερή ηπατική αρτηρία. Η ίδια επιπλοκή μπορεί να προκληθεί και από την τοξικότητα των χημειοθεραπευτικών ή μέσω μηχανισμού

ελκών του stress. Η γαστροπροστασία κατά και μετά την επέμβαση έχει σημαντικό προστατευτικό ρόλο. Με παρόμοιο μηχανισμό παλινδρόμησης εμβολικού υλικού στις παγκρεατοδωδεκαδακτυλικές αρτηρίες μπορεί να προκληθεί οξεία παγκρεατίτιδα ποικίλης βαρύτητας, ενώ παλινδρόμηση στην σπληνική αρτηρία προκαλεί έμφρακτο σπληνός, σχεδόν πάντα χωρίς κλινική σημασία.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του χημειοεμβολισμού, με μικρό ευτυχώς ποσοστό (2%) μόνιμης νεφρικής βλάβης. Η επιπλοκή αυτή είναι συχνότερη σε ασθενείς με διαβήτη, βαριά κίρρωση και πολλαπλές συνεδρίες χημειοεμβολισμού. Στην πρόκλησή της παίζουν ρόλο το ιωδιούχο σκιαγραφικό που χορηγείται κατά την επέμβαση, η νεφροτοξικότητα των φαρμάκων (ιδιαίτερα της cis-platin) και η παρόμοια επίδραση των παραγόντων που απελευθερώνονται από την ισχαιμική νέκρωση του όγκου. Η καλή ενυδάτωση πριν, κατά και μετά το χημειοεμβολισμό αποτελεί το κυριότερο μέσο πρόληψης, ενώ δοκιμάζεται και η χορήγηση Ν-ακετυλοκυστεΐνης.

Οι επικοινωνίες μεταξύ αγγείων του όγκου ή φυσιολογικών αγγείων (π.χ δεξιάς κάτω φρενικής αρτηρίας) με τα πνευμονικά αγγεία μπορεί να προκαλέσουν πνευμονική εμβολή και έμφρακτο μετά από χημειοεμβολισμό. Τις περισσότερες φορές οι κλινικές συνέπειες δεν είναι σημαντικές. Πλευριτική συλλογή μπορεί να παρατηρηθεί μετά από χημειοεμβολισμό, συνήθεστερα σε όγκους με υποδιαφραγματική εντόπιση [52].

Οι χειρισμοί με σύρματα και καθετήρες εντός των ηπατικών αρτηριών μπορεί να προκαλέσουν θρόμβωση, διαχωρισμό ή ρήξη αυτών με συχνότητα 1,5% περίπου. Συνήθως πρόκειται για αυτοπεριορισμένες βλάβες, ενώ αν υπάρχει αξιολογή εξαγγείωση, μπορεί να αντιμετωπιστεί με εμβολισμό με coils. Τέλος, έχει παρατηρηθεί αιμορραγία από ρήξη κισσών του οισοφάγου σε ασθενείς με κίρρωση και πυλαία υπέρταση που υποβάλλονται σε εμβολισμό ή χημειοεμβολισμό. Σε τέτοιους ασθενείς συνιστάται η αντιμετώπιση των κισσών πριν από τον χημειοεμβολισμό [2,52].

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το κλινικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται θεραπευτικά ο χημειοεμβολισμός παρουσιάζει τεράστια ποικιλία. Συνοπτικά, χρήσιμο είναι να τονιστούν τα εξής: Ο χημειοεμβολισμός αποτελεί θεραπεία εκλογής για το ΗΚΚ ενδιάμεσου

σταδίου κατά BCLC. Σχεδόν πάντα στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχει κίρρωση και η ηπατική λειτουργία μπορεί να απορυθμιστεί από τον χημειοεμβολισμό, επιβαρύνοντας σημαντικά την πρόγνωση. Πρέπει επομένως να διατηρείται μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της μεγαλύτερης δυνατής καταστροφής του όγκου, και της διατήρησης του παρακείμενου, μη νεοπλασματικού παρεγχύματος. Στον δεύτερο συχνότερο πρωτοπαθή ηπατικό όγκο, το χολαγγειοκαρκίνωμα, το υπόβαθρο κίρρωσης απαντάται σπανιότερα. Όμως το ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα έχει συνήθως χειρότερη βιολογική συμπεριφορά και μεγαλύτερη αντοχή στον χημειοεμβολισμό συγκριτικά με το ΗΚΚ. Στους ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις συνήθως δεν συνυπάρχει κίρρωση ή άλλη διάχυτη ηπατοπάθεια. Στην ομάδα αυτή, κίνδυνο αποτελεί η εξωηπατική μεταστατική νόσος, η οποία μπορεί να προκύψει ακόμη και μετά από πλήρη ανταπόκριση των ηπατικών εντοπίσεων στον χημειοεμβολισμό, γι' αυτό και ο τελευταίος σχεδόν πάντα συνδυάζεται με κάποια συστηματική θεραπεία. Οι μεταστάσεις από καρκίνο του παχέως εντέρου και από νευροενδοκρινείς όγκους φαίνεται ότι αποτελούν τις συχνότερες και κυριότερες ενδείξεις για χημειοεμβολισμό ηπατικής μεταστατικής νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Llovet JM, Fuster J, Bruix J; Barcelona-Clínic Liver Cancer Group. The Barcelona approach: diagnosis, staging, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl.* 2004; 10:115-120.
2. Shin SW. The current practice of transarterial chemoembolization for the treatment of hepatocellular carcinoma. *Korean J Radiol.* 2009;10:425-34.
3. Llovet JM, Real MI, Montana X, et al. Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:1734-1739
4. Lo CM, Ngan H, Tso WK, et al. Randomized controlled trial of transarterial Lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2002;35:1164-1171

5. Dufour JF, Bargellini I, De Maria N, De Simone P, Goulis I, Marinho RT. Intermediate hepatocellular carcinoma: current treatments and future perspectives. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 2:ii24-9.
6. Varela M, Real MI, Burrel M, et al. Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: efficacy and doxorubicin pharmacokinetics. *J Hepatol.* 2007; 46:474-481.
7. Malagari K, Alexopoulou E, Chatzimichail K, et al. Transcatheter chemoembolization in the treatment of HCC in patients not eligible for curative treatments: midterm results of doxorubicin-loaded DC bead. *Abdom Imaging.* 2008; 33:512-519
8. Malagari K, Pomoni M, Moschouris H, et al. Chemoembolization with doxorubicin-eluting beads for unresectable hepatocellular carcinoma: five-year survival analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012;35:1119-28.
9. Lammer J, Malagari K, Vogl T et al.; PRECISION V Investigators. Prospective randomized study of doxorubicin-eluting-bead embolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: results of the PRECISION V study. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010; 33: 41–52.
10. Malagari K, Pomoni M, Kelekis A, et al. Prospective randomized comparison of chemoembolization with doxorubicin-eluting beads and bland embolization with BeadBlock for hepatocellular carcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010; 33:541–551.
11. Poon RT, Fan ST, Tsang FH, Wong J. Locoregional therapies for hepatocellular carcinoma: a critical review from the surgeon's perspective. *Ann Surg.* 2002;235:466-86.
12. Ge NL, Ren ZG, Ye SL, et al. Transcatheter hepatic arterial chemoembolization on recurrent hepatocellular carcinoma after resection. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2005; 27:380-382.
13. Poon RTP, Fan ST, Lo CM, et al. Intrahepatic recurrence after curative resection of hepatocellular carcinoma. Long-term results of treatment and prognostic factors. *Ann Surg* 1999; 229:216–222.
14. Nakoa N, Kamino K, Miura K, et al. Recurrent hepatocellular carcinoma after partial hepatectomy: value of treatment with transcatheter arterial chemoembolization. *AJR Am J Roentgenol* 1991; 156:1177–1179.
15. Ouchi K, Matsubara S, Fukuhara K, et al. Recurrence of hepatocellular carcinoma in the liver remnant after hepatic resection. *Am J Surg* 1993; 166:270–273.
16. Shimada M, Takenaka K, Gion T, et al. Prognosis of recurrent hepatocellular carcinoma: a 10-year surgical experience in Japan. *Gastroenterology* 1996; 111:720–726.
17. Majno PE, Adam R, Bismuth H, et al. Influence of preoperative transarterial Lipiodol chemoembolization on resection and transplantation for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Ann Surg* 1997; 226:688–703.
18. Uchida M, Kohno H, Kubota H, et al. Role of preoperative transcatheter arterial oily chemoembolization for resectable hepatocellular carcinoma. *World J Surg* 1996; 20:326–331.
19. Gerunda GE, Neri D, Merenda R, et al. Role of transarterial chemoembolization before liver resection for hepatocarcinoma. *Liver Transplant* 2000; 6:619–626.
20. Cherqui D, Piedbois P, Pierga JY, et al. Multimodal adjuvant treatment and liver transplantation for advanced hepatocellular carcinoma. A pilot study. *Cancer* 1994; 73:2721–2726.
21. Tanaka K, Nakamura S, Numata K, et al. The long term efficacy of combined transcatheter arterial embolization and percutaneous ethanol injection in the treatment of patients with large hepatocellular carcinoma and cirrhosis. *Cancer* 1998; 82:78-85.
22. Yamagiwa K, Shiraki K, Yamakado K, et al. Survival rates according to the Cancer of the Liver Italian Program scores of 345 hepatocellular carcinoma patients after multimodality

- treatments during a 10-year period in a retrospective study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008; 23:482-490
23. Lencioni R, Llovet JM, Han G et al. Sorafenib or placebo in combination with transarterial chemoembolization (TACE) with doxorubicin-eluting beads (DEBDOX) for intermediate-stage hepatocellular carcinoma (HCC): Phase II, randomized, double-blind SPACE trial. *J Clin Oncol* 2012; 30(Suppl. 4): abstr LBA154.
 24. Herber S, Otto G, Schneider J, et al. Transarterial chemoembolization (TACE) for inoperable intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2007;30:1156-65.
 25. Kim JH, Yoon HK, Sung KB, et al. Transcatheter arterial chemoembolization or chemoinfusion for unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma: clinical efficacy and factors influencing outcomes. *Cancer*. 2008;113:1614-22.
 26. Burger I, Hong K, Schulick R, et al. Transcatheter arterial chemoembolization in unresectable cholangiocarcinoma: initial experience in a single institution. *J Vasc Interv Radiol*. 2005;16:353-61.
 27. Gusani NJ, Balaa FK, Steel JL, et al. Treatment of unresectable cholangiocarcinoma with gemcitabine-based transcatheter arterial chemoembolization (TACE): a single-institution experience. *J Gastrointest Surg*. 2008;12:129-37.
 28. Vogl TJ, Naguib NN, Nour-Eldin NE, et al. Transarterial chemoembolization in the treatment of patients with unresectable cholangiocarcinoma: Results and prognostic factors governing treatment success. *Int J Cancer*. 2012;131:733-40.
 29. Aliberti C, Benea G, Tilli M, Fiorentini G. Chemoembolization (TACE) of unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma with slow-release doxorubicin-eluting beads: preliminary results. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2008;31:883-8
 30. Poggi G, Amatu A, Montagna B, et al. OEM-TACE: a new therapeutic approach in unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2009;32:1187-92.
 31. Kuhlmann JB, Euringer W, Spangenberg HC, et al. Treatment of unresectable cholangiocarcinoma: conventional transarterial chemoembolization compared with drug eluting bead-transarterial chemoembolization and systemic chemotherapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;24:437-43.
 32. Hyder O, Marsh JW, Salem R, et al. Intra-arterial therapy for advanced intrahepatic cholangiocarcinoma: a multi-institutional analysis. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:3779-86.
 33. Brown DB, Nikolic B, Covey AM, et al; Society of Interventional Radiology Standards of Practice Committee. Quality improvement guidelines for transhepatic arterial chemoembolization, embolization, and chemotherapeutic infusion for hepatic malignancy. *J Vasc Interv Radiol*. 2012;23:287-94.
 34. Vogl TJ, Gruber T, Balzer JO, Eichler K, Hammerstingl R, Zangos S. Repeated transarterial chemoembolization in the treatment of liver metastases of colorectal cancer: prospective study. *Radiology*. 2009;250:281-9.
 35. Sanz-Altamira PM, Spence LD, Huberman MS, et al. Selective chemoembolization in the treatment of hepatic metastases in refractory colorectal carcinoma: a phase 2 trial. *Dis Colon Rectum* 1997;40:770-775.
 36. Wasser K, Giebel F, Fischbach R, Tesch H, Landwehr P. Transarterial chemoembolization of liver metastases of colorectal carcinoma using degradable starch microspheres (Spherex): personal investigations and review of the literature. *Radiologe* 2005;45:633- 643.
 37. Leichman CG, Jacobson JR, Modiano M, et al. Hepatic chemoembolization combined with systemic infusion of 5-fluorouracil and bolus leucovorin

- for patients with metastatic colorectal carcinoma: a Southwest Oncology Group pilot trial. *Cancer* 1999;86:775-781.
38. Richardson AJ, Laurence JM, Lam VW. Transarterial chemoembolization with irinotecan beads in the treatment of colorectal liver metastases: systematic review. *J Vasc Interv Radiol*. 2013;24:1209-17
 39. Fiorentini G, Aliberti C, Tilli M, et al. Intra-arterial infusion of irinotecan-loaded drug-eluting beads (DEBIRI) versus intravenous therapy (FOLFIRI) for hepatic metastases from colorectal cancer: final results of a phase III study. *Anticancer Res* 2012; 32: 1387-1395.
 40. Lewis MA, Hobday TJ. Treatment of neuroendocrine tumor liver metastases. *Int J Hepatol*. 2012;973946:1-12
 41. Pitt SC, Knuth J, Keily JM, et al. Hepatic neuroendocrine metastases: chemo- or bland embolization? *J Gastrointest Surg*. 2008;12:1951-60
 42. Ruutiainen AT, Soulen MC, Tuite CM, et al. Chemoembolization and bland embolization of neuroendocrine tumor metastases to the liver. *J Vasc Interv Radiol*. 2007;18:847-55.
 43. Bhagat N, Reyes DK, Lin M, et al. Phase II study of chemoembolization with drug-eluting beads in patients with hepatic neuroendocrine metastases: high incidence of biliary injury. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013;36:449-59
 44. Edelhauser G, Schicher N, Berzaczy D, et al. Fotemustine chemoembolization of hepatic metastases from uveal melanoma: a retrospective single-center analysis. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;199:1387-92.
 45. Agarwala SS, Panikkar R, Kirkwood JM. Phase I/II randomized trial of intrahepatic arterial infusion chemotherapy with cisplatin and chemoembolization with cisplatin and polyvinyl sponge in patients with ocular melanoma metastatic to the liver. *Melanoma Res* 2004;14:217-222
 46. Fiorentini G, Aliberti C, Del Conte A, et al. Intra-arterial hepatic chemoembolization (TACE) of liver metastases from ocular melanoma with slow-release irinotecan-eluting beads. Early results of a phase II clinical study. *In Vivo*. 2009;23:131-7.
 47. Vogl TJ, Naguib NN, Nour-Eldin NE, Eichler K, Zangos S, Gruber-Rouh T. Transarterial chemoembolization (TACE) with mitomycin C and gemcitabine for liver metastases in breast cancer. *Eur Radiol*. 2010;20:173-80.
 48. Li XP, Meng ZQ, Guo WJ, Li J. Treatment for liver metastases from breast cancer: results and prognostic factors. *World J Gastroenterol*. 2005;1:3782-7.
 49. Nabil M, Gruber T, Yakoub D, Ackermann H, Zangos S, Vogl TJ. Repetitive transarterial chemoembolization (TACE) of liver metastases from renal cell carcinoma: local control and survival results. *Eur Radiol*. 2008;18:1456-63.
 50. Fromig   J, De Baere T, Baudin E, Dromain C, Leboulleux S, Schlumberger M. Chemoembolization for liver metastases from medullary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91:2496-9.
 51. Marelli L, Stigliano R, Triantos C, et al. Transarterial therapy for hepatocellular carcinoma: which technique is more effective? A systematic review of cohort and randomized studies. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2007;30:6-25.
 52. Sakamoto I, Aso N, Nagaoki K, et al. Complications associated with transcatheter arterial embolization for hepatic tumors. *Radiographics*. 1998;18:605-19.

Transcatheter Arterial Chemoembolization of liver tumors: a review. Part II: Clinical applications

H. Moschouris, M.G Papadaki, D. Matsaidonis

Radiology Department, General Hospital of Piraeus "Tzaneio", Greece

ABSTRACT

Transcatheter arterial chemoembolization (TACE) is the standard treatment for inoperable hepatocellular carcinoma (HCC), of intermediate stage according to BCLC (Barcelona Clinic Live Cancer) system. It is also applied in cases of hemorrhage caused by ruptured HCC, as a bridge therapy prior to transplantation, as a means of downstaging HCC and in post-operation recurrences of the same tumor. TACE is also applied for the treatment of inoperable intrahepatic cholangiocarcinomas and for the treatment of liver metastases, particularly when systemic chemotherapy has failed. Liver metastases most commonly treated with TACE include those from colon cancer and from neuroendocrine tumors. Finally, TACE is associated with a variety of contraindications and complications; a thorough knowledge of them is the cornerstone for an increased efficacy and safety of TACE.

Key words: chemoembolization, TACE, hepatocellular carcinoma, cholangiocarcinoma, liver metastases.

Citation:

H. Moschouris, M.G Papadaki, D. Matsaidonis. Transcatheter Arterial Chemoembolization of liver tumors: a review. Part II: Clinical applications. Scientific Chronicles 2013;18(4): 198-212

Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Ε. Φραδέλος, Χ. Σταΐκος

Νοσηλεύτες ΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι περισσότερες κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες αναπτύσσονται στις μέρες μας διατηρούνται στην πλειοψηφία τους σε επιφανειακό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας εξέχοντα ρόλο διαδραματίζει η σχέση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς.

Σκοπός: της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η ανάδειξη της αναγκαιότητας και της σημαντικότητας της εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη παρούσα μελέτη ήταν η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας με το θέμα αλλά και η αναζήτηση άρθρων και βιβλίων σε ηλεκτρονική μορφή σχετικά με το θέμα. Τα οποία αντλήθηκαν μέσα από ηλεκτρονική έρευνα σε διεθνείς και έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως heal-link, pubmed, scopus, Medline, Cinahl και Iatrotek. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν : ενεργητική ακρόαση , επικοινωνία , θεραπευτική σχέση , νοσηλευτική ψυχική υγείας.

Αποτελέσματα: Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας όπως την προσοχή ,την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας . Η θεραπευτική σχέση μπορεί να χαρακτηριστεί ως το θεμέλιο της ψυχικής υγείας όπως και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο , την αλλαγή της συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον. Η σχέση φροντίδας τροφοδοτείται από την ευγένεια , την ενεργητική φιλικότητα , την αντικειμενικότητα, την αίσθηση του χιούμορ , και εν γένει από τη θετική προσέγγιση από τη πλευρά του νοσηλευτή.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση και η χρήση της ενεργητικής ακρόασης στη καθημερινή επαφή με τον ασθενή του παρέχει την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τις ανησυχίες του και φυσικά του αφήνει την εντύπωση πως απέναντι του έχει έναν ακροατή ο οποίος τον παρακολουθεί με προσοχή και ενδιαφέρον. Στηρίζει την ορθή οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης επιτρέποντας στον ασθενή να διαπιστώσει ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για την κατάσταση αλλά και για την πορεία της υγείας του.

Λέξεις ευρετηρίου: ενεργητική ακρόαση , επικοινωνία , θεραπευτική σχέση , νοσηλευτική ψυχική υγείας.

Παραπομπή:

Ε. Φραδέλος, Χ. Σταΐκος. Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 213-219

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότερες κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες αναπτύσσονται στις μέρες μας διατηρούνται στην πλειοψηφία τους σε

επιφανειακό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας εξέχοντα ρόλο διαδραματίζει η σχέση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και

του ασθενούς. Ξεφεύγει από τις τυπικές σχέσεις στις οποίες οι άνθρωποι απλά ανταλλάσσουν πληροφορίες, εμπειρίες και βιώματα, σε αυτήν επίκεντρο είναι ο ασθενής ο οποίος επιχειρεί να μοιραστεί τα γεγονότα, αλλά και τις αντίξοες συνθήκες της ζωής τις οποίες αντιμετωπίζει θέτοντας ταυτόχρονα με την επικουρία ασφαλώς του νοσηλευτή στόχους, όπως για παράδειγμα, η προσπάθεια κατανόησης των γεγονότων αυτών και η συνεχής πορεία προς τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης [1]. Η δημιουργία αυτής της σχέσης στην αρχή σίγουρα θα είναι δύσκολη και απαιτεί υψηλό βαθμό δέσμευσης και συμμετοχής από το νοσηλευτή, ώστε να μπορέσει η θεραπευτική αυτή σχέση, να εδραιωθεί [2, 3]. Για την επίτευξη της δημιουργίας της θεραπευτικής σχέσης θα πρέπει να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική επικοινωνία και ο νοσηλευτής να είναι εφοδιασμένος με όλες της δεξιότητες αυτής [4, 5].

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η ανάδειξη της αναγκαιότητας και της σημαντικότητας της εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας, όπως επίσης και την ανάδειξη της ενεργητικής ακρόασης ως πολύτιμη δεξιότητα επικοινωνίας των νοσηλευτών αλλά και της συμβολή της στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη παρούσα μελέτη ήταν η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας με το θέμα αλλά και η αναζήτηση άρθρων και βιβλίων σε ηλεκτρονική μορφή σχετικά με το θέμα. Τα οποία αντλήθηκαν μέσα από ηλεκτρονική έρευνα σε διεθνείς και έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως heal-link, pubmed, scopus Medline, Cinahl και Iatrotek. Το βιβλιογραφικό υλικό το οποίο

χρησιμοποιήθηκε ήταν της περιόδου 1998 έως και 2013. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ενεργητική ακρόαση, επικοινωνία, θεραπευτική σχέση, νοσηλευτική ψυχική υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης.

Η θεραπευτική σχέση μπορεί να χαρακτηριστεί ως το θεμέλιο της ψυχικής υγείας όπως και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο, την αλλαγή της συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον [6]. Η σχέση φροντίδας τροφοδοτείται από την ευγένεια, την ενεργητική φιλικότητα, την αντικειμενικότητα, την αίσθηση του χιούμορ και, εν γένει, από τη θετική προσέγγιση από τη πλευρά του νοσηλευτή [7]. Ο νοσηλευτής ανακουφίζει τον πάσχοντα από το αίσθημα δυσφορίας και ακούει ενεργά τις ανησυχίες του, τονώνει το ηθικό του και προωθεί την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία και στην ανάκαμψη της υγείας του [8]. Μόλις ο ασθενής νοιώσει το αίσθημα της ασφάλειας, τότε θα αρχίσει να δρα θετικά προς τις αλλαγές και ο νοσηλευτής παρακολουθώντας και παρατηρώντας τον ασθενή μέσα από αυτές τις αλλαγές οικοδομεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και μιας θεραπευτικής συμμαχίας η οποία βασίζεται στο σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενούς, αλλά και στο ύψιστο καθήκον του νοσηλευτή που δεν είναι άλλο από τη φροντίδα της υγείας. Μέσα από τη διαδρομή αυτής της σχέσης ο ασθενής θα αποδεχθεί κατά το δυνατόν τη νόσο του και θα δρομολογήσει τις απαραίτητες αλλαγές, ως προς τη στάση που ακολουθεί απέναντι σε αυτή, ώστε να επανέλθει σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό στις καθημερινές του δραστηριότητες [9]. Ενώ λοιπόν η θεραπευτική σχέση στους επαγγελματίες υγείας μπορεί, αδιαμφισβήτητα, να θεωρηθεί ως θεμελιώδης έννοια, ωστόσο προκύπτουν

συνεχώς σκέψεις και προβληματισμοί για το πώς μπορεί ο νοσηλευτής και βέβαια σε πιο επίπεδο να επηρεάσει τους ασθενείς μέσα στα όρια της σχέσης αυτής. Για παράδειγμα δύνатаται ένας νοσηλευτής, στα πλαίσια της αποκατάστασης, να συμβάλει στη δημι-ουργία ενός πλάνου προσανατολισμού αλλά και να συμμετάσχει και στη φάση της εργασίας του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε τόσο ο ασθενής όσο και ο επαγγελματίας υγείας να βιώσουν βαθύτερα επίπεδα της θεραπευτικής εμπλοκής [10]. Τελικά, η θεραπευτική σχέση είναι ο στόχος, ένας στόχος ο οποίος εστιάζεται στη διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή με σκοπό αφενός να προωθήσει τα συμφέροντα του ασθενούς και αφετέρου, εάν είναι δυνατόν, να αναπτυχθούν και άλλες δυναμικές και συμμαχίες που εν τέλει πάντα από-σκοπούν στο καλύτερο δυνατό από-τέλεσμα για τον ασθενή [11, 12]. Για την ανάπτυξη αυτής της σχέσης από την πλευρά του νοσηλευτή έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές επικοινωνίας, ώστε να επιτευχθεί η ίδρυση ενός κλίματος αμοιβαιότητας πάνω στη χρυσή τομή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς και με αυτό τον τρόπο να πραγματοποιηθεί η πραγματική ενδυνάμωση του ασθενούς και να επιτευχθούν οι καθορισμένοι, κάθε φορά, στόχοι [12]. Τα κύρια συστατικά μιας σωστά δομημένης και σταθερής θεραπευτικής σχέσης περιλαμβάνουν: τα σαφή όρια της σχέσης αυτής καθώς και το διαχωρισμό της από τις κοινωνικές σχέσεις, τη συνοχή, τη συγκράτηση, την εμπιστοσύνη η οποία είναι απαραίτητη κατά την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, τον αλληλοσεβασμό, την ειλικρίνεια και τη κατανόηση, την ανταπόκριση στους φόβους και τις ανησυχίες των ασθενών και τέλος έναν εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης την ενεργητική ακρόαση [13, 14].

Η ενεργητική ακρόαση

Το να μπορεί κάποιος να χαρακτηριστεί ως καλός ακροατής είναι επιθυμητό προσόν τόσο κοινωνικά όσο και επαγγελματικά, αυτό το προσόν, όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, αποκτά ακόμα μεγαλύτερη αξία στους επαγγελματίες υγείας που η καλή ,σωστή και ειλικρινής επικοινωνία συμβάλει στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση προβλημάτων . Η ενεργητική ακρόαση είναι απαραίτητο συστατικό και δεξιότητα της ορθής και εποικοδομητικής επικοινωνίας [15, 16]. Η σωστή ακρόαση πρέπει να περιλαμβάνει κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά. Το πρωτεύον και σημαντικότερο όλων είναι η διατήρηση της βλεμματικής επαφής, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί τη προσοχή σας. Είναι πολύ σημαντικό να παρατηρούνται τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχικά σημάδια. Θα πρέπει να φροντίσουμε, όσο το δυνατόν, να μειωθούν οι περισπασμοί και οι διακοπές. Επίσης, θα ήταν καλό να αφήνεται ο ασθενής να εκφράζει απερίσπαστα τους προβληματισμούς και τα θέματα τα οποία τον απασχολούν [17, 18]. Το να υπάρχει έμπρακτη απόδειξη πως παρακολουθείται από το συνομιλητή με προσοχή είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή, σε σημείο όπου μια επανάληψη από μέρους μας των λεγομένων του να λειτουργήσει καθησυχαστικά την κατάλληλη στιγμή. Τέλος εξαιρετικά σημαντικό είναι να υπάρχει ανταπόκριση στο συναίσθημα το οποίο μπορεί να εκφράζει ο ασθενής και επίσης ανταπόκριση στα λεκτικά ή μη μηνύματα του ασθενή. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την επικοινωνία του με τους ασθενείς οφείλει να δείχνει πως ακούει με ενδιαφέρον και προσοχή τα λεγόμενα του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βλεμματική επαφή, τις εκφράσεις του προσώπου, με την επιλογή της κατάλληλης στάσης του σώματος και γνέφοντας με το κεφάλι ως σημάδι συμφωνίας και αναγνώρισης. Επίσης σκόπιμο είναι ο νοσηλευτής, κάποιες φορές, να συνοψίζει

και να επαναλαμβάνει τα λεγόμενα του ασθενή. Τόσο ο ασθενής, όσο και ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά διάρκεια της θεραπευτικής αυτής επαφής μερικές φορές να ενσωματώνουν σκέψεις και εμπειρίες των διαπροσωπικών σχέσεων. Σε αυτή την περίπτωση, όμως, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι απαλλαγμένος από προκαταλήψεις οι οποίες μπορεί να επικαλύψουν ή και να διαστρεβλώσουν την αντικειμενικότητα που οφείλει να διέπει την επαφή αυτή [19, 20]. Η αυτογνωσία είναι ένας πολύτιμος παράγοντας για την αποτελεσματική και ποιοτική επικοινωνία. Είναι η αυτογνωσία η οποία προωθεί τον αυτοέλεγχο και την αξιολόγηση των φίλτρων τα οποία χρησιμοποιούμε για την επικοινωνία, όσο καλύτερα γνωρίζουμε τον εαυτό μας, τόσο πιο πολύ μπορούμε να είμαστε αντικειμενικοί και αμερόληπτοι σε αυτό που ακούμε από τον άνθρωπο που έχουμε απέναντί μας, κατανοώντας τη μοναδικότητα και τη διαφορετικότητα του ατόμου από όπου και αν προέρχεται αυτό [21, 22].

Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας, όπως την προσοχή, την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας [1]. Είναι κοινά αποδεκτό πως το να εκτιμηθούν οι ανάγκες, οι ανησυχίες και οι επιθυμίες του ασθενή είναι εκ των πραγμάτων δύσκολο. Έτσι λοιπόν η ενεργητική ακρόαση εκτείνεται πέρα από την παθητική ακοή μόνο των λεγόμενων του ασθενή περιλαμβάνοντας και την κατανόηση αλλά και την ερμηνεία αυτών που οι ασθενείς μοιράζεται εκείνη την ώρα [23]. Πηγάζει από το αληθινό ενδιαφέρον για τον ασθενή και τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει καθώς επίσης και από την επιθυμία του να κατανοήσουμε πραγματικά πως αντιλαμβάνεται ο ασθενής αυτό που

συμβαίνει στη ζωή του και την υγεία του. Με τη χρήση της ενεργητικής ακρόασης προάγεται ο διάλογος ενθαρρύνοντας τον ασθενή να δώσει το δικό του ρυθμό κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας κάνοντάς τη με αυτό τον τρόπο άμεση και ουσιαστική. Σε αρκετές περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αντι-μετωπίζουν σοβαρές ασθένειες όπως ψύχωση, κατάθλιψη και άλλες συναφείς διαταραχές η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι δύσκολη· παρ' όλα αυτά, είναι ο νοσηλευτής που θα δώσει το δικό του στίγμα ώστε να συντρέξουν όλα αυτά τα δυναμικά χαρακτηριστικά τα οποία θα προάγουν την επικοινωνία και την επιθυμία του ασθενή να αλληλοεπιδράσει σε βάση διαλόγου [24, 25].

Η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο. Θα πρέπει όσο το δυνατόν καλύτερα να αναγνωρίσουμε έγκαιρα τα εμπόδια της ενεργητικής ακρόασης και να προσπαθήσουμε αν όχι να εκμηδενιστούν, έστω να μειωθούν στο ελάχιστο. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε φάση της επικοινωνίας και θα πρέπει να εντοπιστούν, να μειωθούν και τελικά γίνει προσπάθεια για την εξάλειψή τους [25].

Οι Θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενή στηρίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και απαιτούν τη θαλπωρή, την εμπιστοσύνη και την ενσυναίσθηση από μέρους του νοσηλευτή. Είναι βασικό και ζωτικής σημασίας ο ασθενής να νιώθει πως ο νοσηλευτής νοιάζεται, ανησυχεί και κατανοεί τόσο τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής όσο και τις βαθύτερες σκέψεις που προέρχονται από τα προβλήματα αυτά. Ο νοσηλευτής προσπαθεί μέσα από την επικοινωνία με τον ασθενή, βασιζόμενος κυρίως στην

εμπειρία του, να δημιουργήσει ένα περιβάλλον για τον ασθενή στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ασφάλεια, θα ενισχύσει τη θεραπευτική σχέση, θα συνδράμει ώστε να καθοριστούν από κοινού οι στόχοι και οι προσδοκίες που αφορούν το θεραπευτικό πρόγραμμα και θα επιτρέψει στο νοσηλευτή να αναπτύξει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας βασισμένο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή με σεβασμό πάντα στη προσωπικότητα και τις αξίες του [1, 13].

Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας θα πρέπει ο ασθενής να αισθάνεται άνετα ώστε εκφράσει ανοιχτά όλα αυτά που σκέφτεται και αισθάνεται, χωρίς να διακόπτεται ή να αισθάνεται πως τα λεγόμενα του θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις γι' αυτόν. Ο νοσηλευτής με τη σειρά του θα πρέπει να ακούει στωικά και με ιδιαίτερη προσοχή, να αφήνει τον ασθενή να ολοκληρώσει τις σκέψεις του και να δίνει σημασία σε όλα τα σημάδια επικοινωνίας λεκτικά και μη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ενεργητική ακρόαση είναι μια επένδυση στη θεραπευτική σχέση και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ασφάλειας που επιτρέπει στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας να κάνουν ακριβείς νοσηλευτικές διαγνώσεις, ορθή αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή και να εφαρμόσουν τελικά ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας για τον ψυχικά πάσχοντα [26, 1].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιοτική επικοινωνία με τον ασθενή είναι κυριολεκτικά το άλφα και το ωμέγα στη θεραπευτική σχέση, καθώς, χάρις αυτής συλλέγονται όλες οι σωστές αλλά και οι χρήσιμες πληροφορίες, στις οποίες βασίζεται η ανίχνευση και η αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς, όπως επίσης και ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kneisl C, Wilson H, Trigoboff E, Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2009.188- 208

εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Η ενσωμάτωση και η χρήση της ενεργητικής ακρόασης στη καθημερινή επαφή με τον ασθενή του παρέχει την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τις ανησυχίες του και φυσικά του αφήνει την εντύπωση πως απέναντί του έχει έναν ακροατή ο οποίος τον παρακολουθεί με προσοχή και ενδιαφέρον, κερδίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εμπιστοσύνη του. Στηρίζει την ορθή οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης επιτρέποντας στον ασθενή να διαπιστώσει ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για την κατάσταση αλλά και για την πορεία της υγείας του. Τέλος, βοηθά το νοσηλευτή να καταρτίσουν από κοινού το πλάνο φροντίδας και να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους [26, 27].

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έχουμε περάσει πλέον στην εποχή στην οποία οι πάσχοντες από κάποιο ψυχικό νόσημα απαιτούν όλο και περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο τους και η τωρινή κουλτούρα του υγειονομικού μας συστήματος προωθεί την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους. Η επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς έχει πλέον υπερβεί το αρχικό στάδιο της απλής συλλογής πληροφοριών στην προοδευτική οικοδόμηση μιας βαθύτερης και ουσιαστικής σχέσης με επίκεντρο τον ασθενή και τις ποικίλες δράσεις οι οποίες διασφαλίζουν την ποιότητα της φροντίδας του. Η δημιουργία, η ανάπτυξη και η χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τη πλευρά των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι αδιαμφισβήτητα απαραίτητα και ζωτικής σημασίας για την άρτια και αποτελεσματική άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

2. College of Nurses of Ontario. Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario. College of Nurses of Ontario. Ontario 1999.3-11
3. Spiers AJ, Wood A. Building a Therapeutic Alliance in Brief Therapy: The Experience of Community Mental Health Nurses. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24:373-386
4. Scanlon A. Psychiatric Nurses Perceptions of the Constituents of the Therapeutic Relationship: A Grounded Theory Study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006;13:319-329.
5. O'Brien, L. Nurse-Client Relationships: The Experience of Community Psychiatric Nurses. Aust N Z J Ment Health Nurs. 2000;9: 184-194.
6. Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. Int J Ment Health Nurs .2003; 12:103-109.
7. Webb L. Nursing: Communication skills in practice. Oxford University Press. Oxford, 2011:3- 19.
8. Beeber LS. Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. Nurs Clin North Am. 1998; 33:153-172.
9. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. G. P. Putnam & Sons. New York 1952:270-315
10. Gardner A. Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. Contemp Nurse. 2010; 34:140-148.
11. Registered Nurses Association of Ontario. Establishing therapeutic relationships. Registered Nurses Association of Ontario. Toronto 2006.11:15
12. Spiers JA. Wood A. Building a therapeutic alliance in brief therapy: The experience of community health nurses. Arch Psychiatr Nurs.. 2010;24: 373-386.
13. Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Ψυχιατρική νοσηλευτική, 4^η Έκδοση βελτιωμένη ,Αθήνα 2004: 111-162
14. Fox S. Relating to Clients, Jessica Kingsley Publishers, London 2008.
15. Μούγια Β. Επικοινωνία: Διαπροσωπικές σχέσεις και νοσηλευτής. Στο Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη - Σύγχρονες τάσεις. Ιατρικές εκδόσεις Βήτη. Αθήνα. 2012:19-26
16. Kourkouta L., Barsamidis K., Lavdaniti M. Communication skills during the clinical examination of the patients. Prog Health Sci. 2013; 3:119-122.
17. Κυριακίδου Ε, Κοινοτική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Τάβιθα. Αθήνα 2004:103-157.
18. Σαπουντζή Δ. Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα ,Μια ολιστική προσέγγιση. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 2004: 103- 111.
19. Bach S , Gran A. Communication and Interpersonal Skills for Nurses. Learning Matters Ltd. U.K 2009: 8- 23.
20. Gosbee, J. (1998). Communication among health professionals. BMJ .1998; 316: 642.
21. Koch T, Marks J, Tooke E. Evaluating a community nursing service: Listening to the voices of clients with an intellectual disability and/or their proxies. J Clin Nurs .2001; 10:352-363.
22. Webster D. Using Standardized Patients to Teach Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing. Clinical Simulation in Nursing. 2011;10:81-86
23. Gidman J .Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. Nurse Educ Pract. 2013; 13: 192-196.
24. Crabb J, Razi E. Essential Skills for Mental Health Care Basic Needs. Ghana: Basic Rights; 2007: 14- 22.
25. Stickley T, Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. Mental health practice. 2006; 9:12.

26. Chapman, Kimberly B. Improving Communication among Nurses, Patients, and Physicians. Am J Nurs .2009;109:21-25.
27. Cusack E , Killoury F. A Vision for Psychiatric/Mental Health Nursing- A shared journey for mental health care in Ireland. Office of the Nursing Services Director. Ireland 2012: 93-113

REVIEW

The contribution of active listening to the development of therapeutic relationship in mental health nursing

E. Fradelos, Ch. Staikos

RN, Psychiatric Hospital of Attica "Dafni"

ABSTRACT

Introduction: Most of all social relations nowadays are mainly in the superficial level . During the healing process the relationship which is developed between the nurse and the patient is significant .

The purpose of this literature review is to explore and highlight the necessity and importance of the establishment of the therapeutic relationship between nurse and patient in the context of mental health.

The methodology followed in this study was a literature review of books and articles concerning the subject and it was conducted with an online research on international databases such as heal-link, pubmed, scopus Medline, Cinahl and Iatrotek. Keywords that were used were: active listening, communication, therapeutic relationship, mental health nursing.

Results: The active listening can be described as a dynamic and interactive process which requires the use of all senses and includes a variety of contact skills such as attention, understanding, empathy and simultaneous assessment of verbal and non- communication. The therapeutic relationship can be described as the foundation of mental health as the progressive change of the patient's attitude towards his disease, changes in behavior and with a future perspective . The therapeutic relationship fueled by kindness, friendliness energetic , objectivity , sense of humor, and in general the positive approach from the side of the nurse .

Conclusions: The implementation and use of active listening in everyday contact with the patient provides the opportunity to externalize their thoughts and concerns , and of course gives the impression that the patient has a listener who watches him with attention and interest . Supports the development of the therapeutic relationship allowing the patient to establish that the mental health nurse shows genuine concern for the state and for the state of his health.

Keywords: active listening, communication, therapeutic relationship, mental health nursing.

Citation:

E. Fradelos, Ch. Staikos. The contribution of active listening to the development of therapeutic relationship in mental health nursing. Scientific Chronicles 2013;18(4): 213-219

Κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή

Ε. Νούλας, Μ. Βασιλείου, Κ. Σταματίου

Ουρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις (κυστίτιδα, πυελονεφρίτιδα) είναι πολύ συνηθισμένες στα άτομα του γυναικείου φύλου. Ο κυριότερος λόγος για την αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων αυτού του τύπου στις γυναίκες είναι η ανατομία της γυναικείας ουρήθρας, καθώς και η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ουρολοίμωξης όπως οι ορμονικές μεταβολές που επηρεάζουν το ΡΗ της περιναϊκής χώρας, οι μολύνσεις του κόλπου, η μειωμένη συχνότητα ουρήσεων, η εμμηνόρροια και η σεξουαλική επαφή. Η τελευταία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένου ότι σχετίζεται με την εμφάνιση υποτροπιάζουσών κυστίτιδων.

Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα μέχρι τώρα γνωστά για την κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή ώστε να συμβάλει στην επικαιροποίηση της γνώσης των σχετιζόμενων επαγγελματιών υγείας γύρω από την πρόληψη, την διάγνωση και τη θεραπεία της.

Υλικό και μέθοδος: Εντοπίσαμε μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το 2000 και έπειτα μέσω της αναζήτησης στη βάση δεδομένων MEDLINE, της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης και του ΙΑΤΡΟΤΕΚ με αρχικούς όρους αναζήτησης: μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις, κυστίτιδα σχετιζόμενη με την σεξουαλική επαφή, σε συνδυασμό με τους όρους: επιδημιολογία, παράγοντας κινδύνου, θεραπεία. Οι αναφορές στα επιλεγμένα άρθρα ελέγχθηκαν για την περίπτωση δημοσιεύσεων που δεν περιλαμβάνονται στην αναζήτηση Medline/Pubmed.

Αποτελέσματα. Αν και η σεξουαλική επαφή έχει καθιερωθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μη επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος στις γυναίκες, η σχετιζόμενη με αυτή κυστίτιδα δεν είναι ιδιαίτερα μελετημένη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τόσο την έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της από τις σχετιζόμενες επιστημονικές εταιρίες γεγονός που συμβάλλει στην διατήρηση του επιπολασμού της σε υψηλά επίπεδα.

Συμπεράσματα. Η κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή είναι ένα λίγο γνωστό αλλά σημαντικό πρόβλημα υγείας και για το λόγο αυτό η ενημέρωση των εμπλεκόμενων φορέων καθώς και των ασθενών μπορεί να συμβάλει κατά το δυνατό στην μείωση του επιπολασμού της.

Λέξεις ευρετηρίου: μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις, κυστίτιδα σχετιζόμενη με την σεξουαλική επαφή, επιδημιολογία, παράγοντας κινδύνου, θεραπεία.

Παραπομπή:

Ε. Νούλας, Μ. Βασιλείου, Κ. Σταματίου. Κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 220-224

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις (κυστίτιδα, πυελονεφρίτιδα) είναι πολύ συνηθισμένες στα άτομα του γυναικείου φύλου. Ο κυριότερος λόγος για την

αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων αυτού του τύπου στις γυναίκες είναι η ανατομία της γυναικείας ουρήθρας, καθώς και η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ουρολοίμωξης όπως οι ορμονικές μεταβολές που επηρεάζουν το

pH της περινεϊκής χώρας, οι μολύνσεις του κόλπου, η μειωμένη συχνότητα ουρήσεων, η εμμηνορρυσία και η σεξουαλική επαφή [1]. Η τελευταία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένου ότι σχετίζεται με την εμφάνιση υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων που είναι ως επί το πλείστον οξείες κυστίτιδες και περιγράφονται συχνά με τον όρο «κυστίτιδες του μήνα του μέλιτος» [2]. Το ακριβές ποσοστό των υποτροπιάζουσών κυστίτιδων που σχετίζονται με την σεξουαλική επαφή καθώς και η επιβάρυνση των ασθενών είναι πρακτικά άγνωστα. Αντιστοίχως, η ενημέρωση του κοινού γύρω από την κατάσταση αυτή φαίνεται πως είναι περιορισμένη [3].

Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα μέχρι τώρα γνωστά για την κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή ώστε να συμβάλει στην επικαιροποίηση της γνώσης των σχετιζόμενων επαγγελματιών υγείας γύρω από την πρόληψη, την διάγνωση και τη θεραπεία της.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εντοπίσαμε μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το 2000 και έπειτα μέσω της αναζήτησης στη βάση δεδομένων MEDLINE, της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης και του ΙΑΤΡΟΤΕΚ με αρχικούς όρους αναζήτησης: μη επιλεγμένες ουρολοιμώξεις, κυστίτιδα σχετιζόμενη με την σεξουαλική επαφή, σε συνδυασμό με τους όρους: επιδημιολογία, παράγοντας κινδύνου, θεραπεία. Οι αναφορές στα επιλεγμένα άρθρα ελέγχθηκαν για την περίπτωση δημοσιεύσεων που δεν περιλαμβάνονται στην αναζήτηση Medline/Pubmed.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συχνότητα της κυστίτιδας που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή κυμαίνεται μεταξύ 4 και 8% του συνόλου των λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού στις γυναίκες [4, 5]. Ωστόσο, οι ασθενείς που υποφέρουν από κυστίτιδες σχετιζόμενες με την σεξουαλική επαφή παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να υποτροπιάζουν σε σύγκριση με εκείνες των οποίων το αίτιο είναι διαφορετικό [5]. Μάλιστα δεν έχει παρατηρηθεί η χαρακτηριστική εποχική διακύμανση στις επαναλοιμώξεις που χαρακτηρίζει τις απλές περιπτώσεις υποτροπιάζουσας κυστίτιδας σε εκείνη που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή [6]. Επιπλέον, η σεξουαλική συμπεριφορά σχετίζεται με την εμφάνιση της πάθησης καθώς η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, η χρήση προφυλακτικού αλλά και η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής συμβάλλουν τόσο στην εμφάνιση όσο και στη συχνότητα και σοβαρότητα των υποτροπών της κυστίτιδας [6]. Για τους παραπάνω λόγους η συσχέτιση ανάμεσα στη σεξουαλική επαφή και ορισμένες από τις επαναλαμβανόμενες κυστίτιδες θεωρείται μάλλον ισχυρή γεγονός που οδήγησε ορισμένους ερευνητές στην καθιέρωση των όρων “sex induced cystitis” και “honeymoon cystitis” [2]. Από την άλλη πλευρά, η απουσία ενός σταθερού σεξουαλικού συντρόφου δεν προσθέτει περαιτέρω κίνδυνο γεγονός που συνδέει την κατάσταση με ενδογενή χαρακτηριστικά της πάσχουσας παρά του σεξουαλικού συντρόφου [4]. Όπως και στις απλές κυστίτιδες, το *Escherichia coli* είναι μακράν το συνηθέστερο παθογόνο. Έχει αποδειχθεί ότι οι λοιμώξεις από *Escherichia coli* αντιπροσωπεύουν το 95% της πρωτογενούς κυστίτιδας που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή και το 84% των υποτροπών της [4]. Η θεραπεία των μεμονωμένων επεισοδίων της κυστίτιδας που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή δεν διαφοροποιείται από εκείνη των απλών

κυστίτιδων. Η αντιμικροβιακή θεραπεία καθορίζεται με βάση το αντιβιογράμμα και βασίζεται κυρίως στα β λακταμικά αντιβιοτικά και τις φθοριοκινολόνες. Τα σχήματα είναι βραχεία (3-7 ημέρες), ωστόσο η αντιμετώπιση των λοιμώξεων που επιμένουν απαιτεί μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία (15 ημερών). Ο κύριος προβληματισμός αφορά την εξάλειψη των υποτροπών. Έχουν προταθεί διάφορες λύσεις όπως η συστηματική χημειοπροφύλαξη με αντιβιοτικά, η χρήση λιπαντικών ουσιών κατά την διάρκεια της επαφής, η ούρηση πριν την επαφή, η σποραδική χημειοπροφύλαξη (λήψη μιας δόσης αντιβίωσης) μετά την επαφή και η συστηματική λήψη προφυλακτικού. Καμία από τις παραπάνω προτεινόμενες λύσεις δεν έχει καθιερωθεί [4].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αν και η σεξουαλική επαφή έχει καθιερωθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μη επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος στις γυναίκες, η σχετιζόμενη με αυτή υποτροπιάζουσα κυστίτιδα δεν είναι ιδιαίτερα μελετημένη. Από τις λίγες υπάρχουσες μελέτες φαίνεται πως σχεδόν το 60% των επαναλαμβανόμενων περιπτώσεων κυστίτιδας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας σχετίζεται με την σεξουαλική επαφή και υπάγεται στην κατηγορία της sex induced cystitis [4]. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό κομμάτι από την οικονομική επιβάρυνση που οφείλεται στην θεραπεία των ουρολοιμώξεων σχετίζεται με αυτήν την οντότητα [7]. Το γεγονός ότι η κυστίτιδα που σχετίζεται με την σεξουαλική επαφή αφορά κυρίως

γυναίκες από τη χαμηλή και μέση κοινωνικο-οικονομική ομάδα προσθέτει επιπλέον επιβάρυνση [4]. Είναι χαρακτηριστικό ότι η κατάσταση αυτή είναι πιο συχνή στις ηλικίες μεταξύ 23 έως 27 ετών ενώ, σύμφωνα με υπάρχουσες πληροφορίες κάθε επεισόδιο αυτού του τύπου κυστίτιδας συνδέεται με τρεις έως έξι ημέρες συμπτωμάτων και μία έως τρεις ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας. Με δεδομένο το υψηλό ποσοστό υποτροπών και καθώς η κυρίως πληττόμενη ηλικιακή ομάδα είναι η πλέον παραγωγική, γίνεται κατανοητό ότι το οικονομικό κόστος λόγω της απουσίας από την εργασία είναι επίσης σημαντικό [8].

Όπως προαναφέρθηκε η σχετιζόμενη με την σεξουαλική επαφή κυστίτιδα δεν είναι ιδιαίτερα μελετημένη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τόσο την έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της από τις σχετιζόμενες επιστημονικές εταιρίες γεγονός που ενδεχομένως να συμβάλλει στην διατήρηση του επιπολασμού της σε υψηλά επίπεδα με την συνεπακόλουθη επιβάρυνση για τα οικονομικά της υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κυστίτιδα που συνδέεται με την σεξουαλική επαφή είναι ένα λίγο γνωστό, αλλά σημαντικό πρόβλημα υγείας και για το λόγο αυτό η ενημέρωση των εμπλεκόμενων φορέων καθώς και των ασθενών μπορεί να συμβάλλει κατά το δυνατό στην μείωση του επιπολασμού της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nicolle LE, Ronald AR. Recurrent urinary tract infection in adult women: diagnosis and treatment. *Infect Dis Clin North Am.* 1987;1(4):793-806.
2. [No authors listed]. "Honeymoon cystitis". *N Engl J Med.* 1978;298(18):1035.
3. Nicolle LE. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. *Urol Clin North Am.* 2008;35(1):1-12.
4. Stamatiou C, Bovis C, Panagopoulos P, Petrakos G, Economou A, Lycoudt A. Sex-induced cystitis--patient burden and other epidemiological features. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005;32(3):180-2.
5. Kanematsu M, Hayashi H, Nagai T, Katoh H, Yamada S, Yamamoto n et al. Clinical studies on acute uncomplicated cystitis in women. *Hinyokika Kiyo.* 1991;37(9):945-51.
6. Olsen AM. The goose, the gander, and honeymoon cystitis. *JAMA.* 1986;256(21):2963.
7. Skrbo A, Selava A, Zunić L. Pharmacoeconomic evaluation of use of ciprofloxacin and norfloxacin with cost-benefit analysis. *Med Arh.* 2003;57(5-6):285-9.
8. Wert SM. A disease management case study in infectious disease. *Clin Ther.* 1996;18(6):1366-73

Cystitis associated with sexual intercourse

E. Noulas, M. Vassiliou, C. Stamatiou

Department of Urology, General Hospital of Piraeus "Tzaneio", Greece

ABSTRACT

Introduction: uncomplicated UTI (cystitis, pyelonephritis) is very common in female individuals. The main reason for the increasing incidence of infections of this type in women is the anatomy of the female urethra, and the exposure to several risk factors such as hormonal changes affecting the pH of the perineal region, infections of the vagina, the decreased frequency of urination, menstruation and sexual intercourse. The latter is of particular interest as it relates to the appearance of recurrent cystitis. This study aims to present the current information regarding cystitis associated with sexual intercourse in order to update the knowledge on the prevention, diagnosis and treatment on behalf of related health professionals.

Material and Methods: We identified studies published from 2000 onwards through database search in MEDLINE, the National Library of Medicine and IATROTEK with initial search terms: uncomplicated urinary tract infections, cystitis associated with sexual intercourse, along with terms: epidemiology, risk factor treatment. References in the selected articles were checked for appropriate publications not included in the initial search in Medline / Pubmed.

Results: Although sexual contact has been established as an important risk factor for uncomplicated urinary tract infections in women, information on sex induced cystitis is scarce. This results in a lack of specific guidelines for the prevention and treatment from the involved scientific societies, a fact that contributes to the maintenance of its prevalence in relatively high levels.

Conclusions: Cystitis associated with sexual intercourse is a relatively unknown but important health problem and for this reason bringing up to date healthcare professionals and patients may contribute -as much as possible- to the reduction of its prevalence.

Keywords: uncomplicated urinary infections, cystitis, sexual intercourse

Citation:

E. Noulas, M. Vassiliou, C. Stamatiou. Cystitis associated with sexual intercourse. Scientific Chronicles 2013;18(4): 220-224

Εκτίμηση των απεικονιστικών μεθόδων και παραγόντων κινδύνου στην εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Ε. Λιναρδούτσου¹, Ι. Γκαϊταρτζάκης¹, Χ. Βέρρας¹, Σ. Βρακάς², Σ. Κατσουλάκου³, Ε. Χελιώτη⁴

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής, ²Γαστρεντερολογική Κλινική, ³Νευρολογική Κλινική, και ⁴Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν παγκοσμίως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το ΑΕΕ είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή κάποιου εστιακού ελλείμματος, το οποίο διαρκεί 24 ώρες τουλάχιστον και οφείλεται σε διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και των απεικονιστικών μέσων για την εκδήλωση ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 128 ασθενείς (90 άνδρες), με μέση ηλικία 55±15 έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου αλλά και σε triplex καρωτίδων και καρδιάς. Ως παράγοντες κινδύνου (ΠΚ) αξιολογήθηκαν η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), η στεφανιαία νόσος (ΣΝ), η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και η δυσλιπιδαιμία (ΔΛ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι παράγοντες κινδύνου ελέγχθηκαν συνδυασμένα και διαπιστώθηκε ότι το 40,6% των ασθενών είχε έναν ΠΚ με συχνότερο την ΑΥ (69%) και ακολουθούσε ο ΣΔ (11%), η ΣΝ (16,4%), η ΔΛ (0%) και η ΧΝΑ (3,6%). Από τους ασθενείς με δύο ΠΚ (17,9%) οι συνδυασμοί ήταν ΑΥ-ΣΔ (57,1%), ΑΥ-ΣΝ (14,3%), ΑΥ-ΔΛ (28,6%). Τα ποσοστά των ασθενών που είχαν τρεις ΠΚ (7,1%) ήταν: ΑΥ-ΣΔ-ΣΝ (55,6%), ΑΥ-ΣΔ-ΔΛ (33,3%), και ΑΥ-ΣΝ-ΔΛ (11,1%). Τέσσερις ΠΚ είχε το 1,6%, ενώ το 32,8% δεν είχε κανέναν ΠΚ. Από τους 128 ασθενείς οι 19 (14,8%) είχαν παθολογικό triplex καρδιάς και οι 29 (22,6%) παθολογικό triplex καρωτίδων, ενώ το 8,6% είχε παθολογικό και το triplex καρδιάς και το triplex καρωτίδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με παθολογικά triplex έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΑΕΕ. Δεδομένου ότι η μη έγκαιρη διάγνωση των παραγόντων κινδύνου με προεξάρχουσα την υπέρταση, προάγει την εμφάνιση παθολογικών ευρημάτων από το αγγειακό σύστημα, επιβάλλεται η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών, προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα των ΑΕΕ.

Λέξεις ευρετηρίου: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παράγοντες κινδύνου, triplex καρδιάς, triplex καρωτίδων

Παραπομπή:

Ε. Λιναρδούτσου, Ι. Γκαϊταρτζάκης, Χ. Βέρρας, Σ. Βρακάς, Σ. Κατσουλάκου, Ε. Χελιώτη. Εκτίμηση των απεικονιστικών μεθόδων και παραγόντων κινδύνου στην εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. *Επιστημονικά Χρονικά* 2013;18(4): 225-232

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνητότητας

στο γενικό πληθυσμό. Το ΑΕΕ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου (10%) στις ανεπτυγμένες χώρες, την δεύτερη αιτία καρδιαγγειακού θανάτου (13%) και την πρώτη αιτία θανάτου ως αποτέλεσμα

νευρολογικών διαταραχών (12%). Προσβάλλουν και τις μικρότερες ηλικίες με ανυπολόγιστες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις καθώς αποτελούν την πρώτη αιτία σοβαρής μακροχρόνιας ανικανότητας / παράλυσης [1, 2].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως ΑΕΕ, ορίζεται η αιφνίδια εισβολή κάποιου εστιακού ή γενικευμένου νευρολογικού ελλείμματος, το οποίο διαρκεί 24 ώρες τουλάχιστον και είναι θανατηφόρος επί απουσίας άλλης μη αγγειακής αιτιολογίας [3].

Υπάρχουν δύο κατηγορίες εγκεφαλικής βλάβης στους ασθενείς με ΑΕΕ: α) η ισχαιμία, που υποδηλώνει έλλειψη αιματικής ροής και στερεί από τον εγκεφαλικό ιστό την απαιτούμενη ενέργεια και οξυγόνο και β) η αιμορραγία, που υποδηλώνει εξαγγείωση αίματος στον εγκέφαλο. Η αιμορραγία προκαλεί σημαντικού βαθμού βλάβη στον εγκεφαλικό ιστό, μέσω διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος και λόγω αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης. Αντίστοιχα τα ΑΕΕ ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: α) ισχαιμικού τύπου και β) αιμορραγικού τύπου [4, 5].

Σε ασθενείς με στένωση καρωτιδών και παροδικά ισχαιμικά επεισόδια (ΤΙΑ's) η συχνότητα εμφάνισης ΑΕΕ ανέρχεται στο 35% στα πρώτα πέντε χρόνια.

Παγκοσμίως η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ εκτιμάται ότι φτάνει τα 300/100.000 άτομα του γενικού πληθυσμού [6, 7]. Στις δυτικές χώρες, κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 150-200 νέα ΑΕΕ ανά 100.000 κατοίκους. Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο η συχνότητα των ΑΕΕ όσο και η θνησιμότητα έχουν μειωθεί σημαντικά, περίπου στο 45% τα τελευταία 30 χρόνια [8]. Η επίπτωση του ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι στις υψηλότερες θέσεις, όπως και στις αναπτυσσόμενες χώρες της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής και συνοδεύεται από πιο βαριά πρόγνωση [7]. Σύμφωνα με την

επιδημιολογική μελέτη της Αρκαδίας (Arcadia Stroke registry), η οποία πραγματοποιήθηκε τα έτη 1994 και 2004 στη χώρα μας καταγράφονται περίπου 310 νέες περιπτώσεις ετησίως ανά 100.000 πληθυσμού (πρωτοεμφανιζόμενες και υποτροπές). Περίπου το 1/3 αυτών καταλήγει μέσα στον πρώτο χρόνο, ενώ το 35% παραμένει με μόνιμη αναπηρία. Επίσης, τα ΑΕΕ προκαλούν μεγάλο οικονομικό κόστος στους πάσχοντες, στο οικογενειακό τους περιβάλλον και στο κράτος, με αποτέλεσμα να αποτελούν μείζονα πρόκληση για τους σχεδιαστές χάραξης πολιτικής υγείας [9, 10]. Σύμφωνα με μια έρευνα, οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ καταλαμβάνουν σε καθημερινή βάση περίπου 1000 κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας, ενώ το ετήσιο κόστος νοσηλείας τους ανέρχεται σε 176 εκ. ευρώ [11]. Επίσης δεδομένα από τον ΠΟΥ σε ότι αφορά την Ευρώπη δείχνουν αύξηση των ασθενών που εξήλθαν από τα νοσοκομεία με διάγνωση ΑΕΕ από 120/100.000 κατοίκους το 1970 σε 400/100.000 κατοίκους το 2005. Ταυτόχρονα, από στοιχεία που προέρχονται από τη βάση δεδομένων New Cronos (Health and Safety, 2002) η θνητότητα από ΑΕΕ στην Ελλάδα, διορθωμένη ως προς την ηλικία, είναι υψηλότερη κατά 50% από την αντίστοιχη μέση θνητότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βρίσκεται κοντά στις θνητότητες που καταγράφονται σε χώρες της ανατολικής Ευρώπης.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και η χρησιμότητα των απεικονιστικών μεθόδων στην εκδήλωση ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 128 ασθενείς. Από αυτούς, οι 90 ήταν άνδρες (70,3%) και οι 38 γυναίκες (29,7%), με μέση ηλικία 55±15 έτη, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν

στη Νευρολογική Κλινική λόγω ΑΕΕ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου οπού και ετέθη η διάγνωση αλλά και σε triplex καρωτίδων και καρδιάς. Καταγράφηκε η ύπαρξη συνυπαρχόντων νοσημάτων και αξιολογήθηκαν ως παράγοντες κινδύνου η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), η στεφανιαία νόσος (ΣΝ), η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και η δυσλιπιδαιμία (ΔΛ).

Κριτήρια επιλογής των ασθενών ήταν τα εξής: α) όλοι οι ασθενείς να έχουν νοσηλευτεί τουλάχιστον για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας και β) όλοι οι ασθενείς να έχουν νοσηθεί για πρώτη φορά από ΑΕΕ.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας

Για τη στατιστική επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων και τον έλεγχο των υποθέσεων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Stata 9.0. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης (multivariate logistic regression analysis) και με το χ^2 . Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

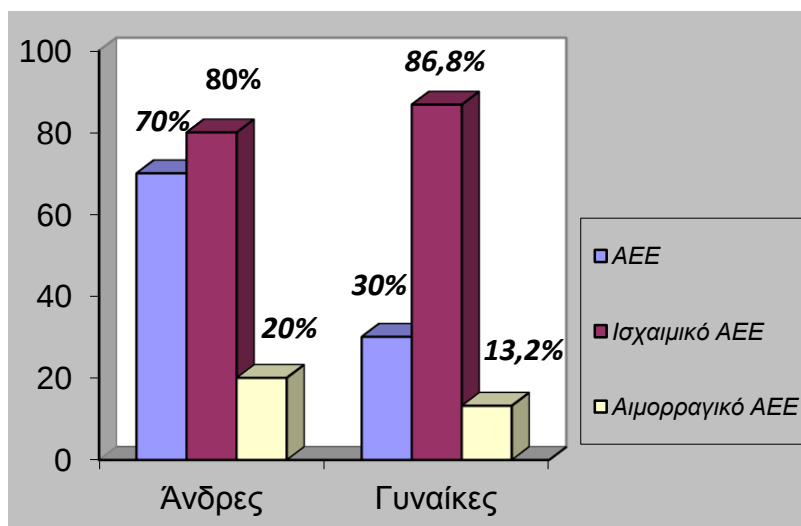
Η συχνότητα εμφάνισης ισχαιμικού και αιμορραγικού ΑΕΕ επί του συνόλου των ασθενών ήταν 82% (105/128) και 18%(23/128) αντίστοιχα. Όσο αφορά την συχνότητα εμφάνισης ΑΕΕ στους άνδρες, αυτή ανερχόταν στο 70% ενώ για τις γυναίκες δεν ξεπερνούσε το 30%. Η συχνότητα του ισχαιμικού και αιμορραγικού ΑΕΕ στους άνδρες ήταν 80%(72/90) και 20%(18/90) αντίστοιχα, αλλά και για τις γυναίκες η συχνότητα του

ισχαιμικού ΑΕΕ ήταν 86,8%(33/38) και του αιμορραγικού ΑΕΕ 13,2% (Εικόνα 1).

Οι παράγοντες κινδύνου ελέγχθηκαν συνδυασμένα και διαπιστώθηκε ότι το 40,6% των ασθενών είχε τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου (Εικόνα 2), με συχνότερο την ΑΥ (69%) και ακολουθούσε ο ΣΔ (11%), η ΣΝ (16,4%), η ΔΛ (0%) και η ΧΝΑ (3,6%). Από τους ασθενείς με δύο παράγοντες κινδύνου (17,9%) οι συνδυασμοί ήταν ΑΥ-ΣΔ (57,1%), ΑΥ-ΣΝ (14,3%) και ΑΥ-ΔΛ (28,6%). Τα ποσοστά των ασθενών που είχαν τρεις παράγοντες κινδύνου (7,1%) (Εικ.2) ήταν ΑΥ-ΣΔ-ΣΝ (55,6%), ΑΥ-ΣΔ-ΔΛ (33,3%), και ΑΥ-ΣΝ-ΔΛ (11,1%). Τέσσερις παράγοντες κινδύνου είχε το 1,6% ενώ το 32,8% δεν είχε κανέναν παράγοντα κινδύνου.

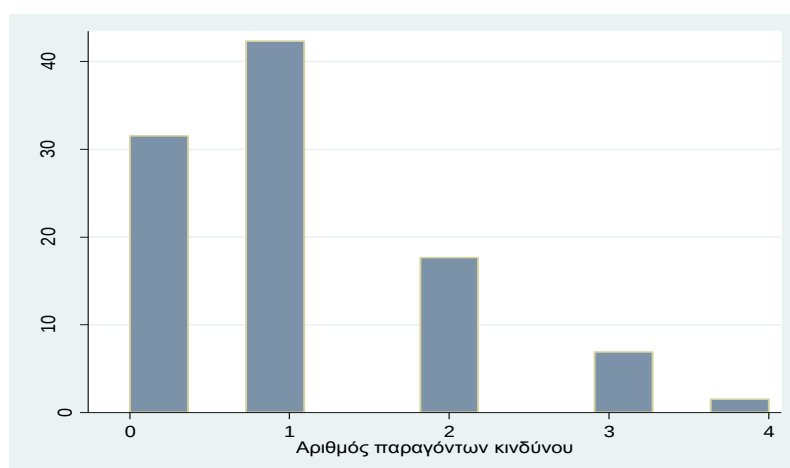
Από τους 128 ασθενείς με ΑΕΕ, οι 19 (14,8%) είχαν μόνο παθολογικό triplex καρδιάς, οι 29 (22,6%) μόνο παθολογικό triplex καρωτίδων (στενώσεις) και μόλις 11 (8,6%) είχαν παθολογικό και το triplex καρδιάς και το triplex καρωτίδων (Εικόνα 3).

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι η ΑΥ έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση ΑΕΕ. Όσοι έχουν ιστορικό ΑΥ έχουν 6,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αιμορραγικό ΑΕΕ και μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν ισχαιμικό ΑΕΕ ($p=0,019$). Δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση εμφάνισης ισχαιμικού, αιμορραγικού ΑΕΕ με παθολογικό triplex καρδιάς. Αντίθετα υπάρχει σημαντική συσχέτιση με το triplex καρωτίδων. Όσοι έχουν παθολογικό triplex καρδιάς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από ισχαιμικό ΑΕΕ σε σχέση με το αιμορραγικό ΑΕΕ($p=0,0147$).



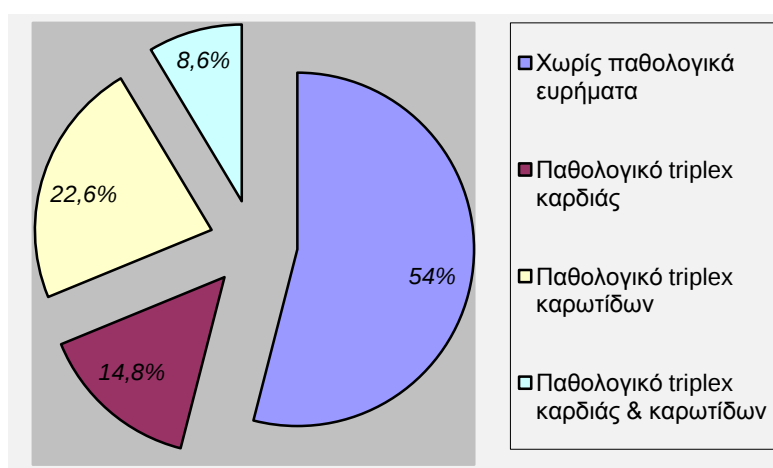
Εικόνα 1.

Η συχνότητα εμφάνισης AEE, ισχαιμικού AEE και αιμορραγικού AEE στα δύο φύλα (AEE: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο)



Εικόνα 2.

Ποσοστιαία αναλογία των ασθενών σε σχέση με τον αριθμό των παραγόντων κινδύνου



Εικόνα 3.

Ποσοστιαία αναλογία ασθενών με/χωρίς παθολογικό triplex καρδιάς και/ή παθολογικό triplex καρωτίδων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι ευρέως αποδεκτό από επιδημιολογικές μελέτες, ότι η καρδιαγγειακή νόσος, παρά την πρόοδο στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, παραμένει μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες. Στις δε αναπτυγμένες χώρες η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για το 47% όλων των θανάτων ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες μόλις που αγγίζει το 11% [12].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το ΑΕΕ φαίνεται πως είναι πιο συχνό στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, παρότι η συχνότητα εμφάνισης τόσο του ισχαιμικού όσο και του αιμορραγικού ΑΕΕ είναι παρόμοια και στα δύο φύλα. Το εύρημα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τον τρόπο ζωής των ανδρών, οι οποίοι συνήθως κάνουν περισσότερη χρήση καπνού και αλκοόλ και δίνουν λιγότερη σημασία στην υγιεινή διατροφή και την άσκηση [13]. Αντίθετα, από άλλες μελέτες έχει βρεθεί ότι το ΑΕΕ είναι πιο συχνό στις γυναίκες ηλικίας 35-44 ετών, γεγονός που αποδίδεται στη χρήση των αντισυλληπτικών σε συνδυασμό με το κάπνισμα [26].

Όσον αφορά τους γενικούς παράγοντες κινδύνου με μεμονωμένη επίδραση, από το σύνολο των ασθενών με ΑΕΕ, σημαντικά περισσότεροι ήταν όσοι είχαν μόνο υπέρταση. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει την ύπαρξη μιας σημαντικής και ανεξάρτητης σχέσης ανάμεσα στην αυξημένη αρτηριακή πίεση και σε ποικίλες παθήσεις, όπως το ΑΕΕ, τη στεφανιαία νόσο, τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και τη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας [14].

Η σχέση της υπέρτασης με το ΑΕΕ, ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, έχει καταδειχθεί και σε άλλες πρόσφατες μελέτες [15-18]. Η επίδραση της υπέρτασης στις μεγάλες αρτηρίες του αυχένα και της

ενδοκρανιακής κυκλοφορίας έχει ως συνέπεια την επιτάχυνση της αθηροσκλήρυνσης τους και την εμφάνιση των καταστροφικών θρομβωτικών ή εμβολικών ΑΕΕ, ενώ στις μικρές αρτηρίες και τα αρτηρίδια προκαλεί κυρίως εκφυλιστικές αλλοιώσεις και συγκεκριμένα πάχυνση του μέσου αγγειακού χιτώνα, εναπόθεση ινικής, σκλήρυνση και τοιχωματική καταστροφή. Λόγω των τοιχωματικών αλλοιώσεων, στο σημείο όπου οι μικρές αρτηρίες αποφράσσονται σχηματίζονται μικροεμφρακτά (lacunar infarctions). Η απόφραξη προκύπτει από πάχυνση του τοιχώματος του αρτηριολίου (αρτηριοσκλήρυνση), σχετίζεται με τη διεργασία της γήρανσης και επιταχύνεται από την αρτηριακή υπέρταση. Μολονότι η υπέρταση σαφώς και άμεσα αυξάνει τον κίνδυνο οξέος ΑΕΕ, από σχετικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη και άλλων παραγόντων κινδύνου (π.χ. διαιτητικών) μπορεί να τροποποιήσει τις επιδράσεις της αρτηριακής πίεσης [19].

Μετά την υπέρταση, συχνότεροι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης ΑΕΕ είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιακή νόσος, ενώ για μικρότερα ποσοστά ευθύνεται η υπερχοληστερολαιμία και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στη μελέτη των Pires *et al*, οι οποίοι επιχείρησαν να καθορίσουν τη συχνότητα των παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αρτηριακή υπέρταση είναι ο πιο συχνός παράγοντας ανεξάρτητα από ηλικία και φύλο και ακολουθούν καρδιακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία [18]. Στην ίδια σειρά κατάταξης παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ κατέληξαν και άλλοι ερευνητές [20].

Ο τρόπος με τον οποίο ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει σε ΑΕΕ πιθανόν να σχετίζεται με την επιταχυνόμενη αρτηριοσκλήρυνση. Επίσης, οι αλλοιώσεις που προκαλούνται από τη νόσο στα

αρτηριακά τοιχώματα αυξάνουν την πιθανότητα σχηματισμού θρόμβων. Οι Arboix *et al*, υποστηρίζουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης φαίνεται να ευθύνεται περισσότερο για το αθηροθρομβωτικό και κενотоπιώδες ΑΕΕ [23]. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με ειδικούς τύπους ΑΕΕ [24].

Επίσης από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του triplex καρδιάς και καρωτίδων βρέθηκε ότι το 14.8% των ασθενών μας είχε παθολογικό triplex καρδιάς, το 22.6% των ασθενών είχε στενώσεις στις καρωτίδες και μόλις το 8.6% είχε παθολογικά ευρήματα και από τις δύο απεικονιστικές μεθόδους. Τα παραπάνω ευρήματα είναι ανάλογα αυτών που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία δεδομένου ότι το 22% των ΑΕΕ οφείλεται σε στένωση των καρωτίδων και το 15% σε καρδιαγγειακές παθήσεις [21]. Η αθηροσκληρυνση είναι υπεύθυνη για το 90% των περιπτώσεων ισχαιμίας εξωκρανιακής εντόπισης και αποτελεί το συχνότερο εύρημα σε ασθενείς με ΑΕΕ ηλικίας άνω των 45 ετών. Μελέτες διαπίστωσαν στενώσεις >80% στο 5-5,9% του γενικού πληθυσμού [21, 22].

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν είχε παθολογικά ευρήματα στα triplex. Παρά τις ενθαρρυντικές διεθνείς τάσεις και τη βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας, η θνητότητα μετά ένα ΑΕΕ παραμένει υψηλή και ανέρχεται σε ποσοστό 40% εντός του πρώτου χρόνου, ενώ σύμφωνα με άλλες κλινικές μελέτες μόνο το 50% των ασθενών κατορθώνουν να επιβιώσουν τα επόμενα πέντε χρόνια [25].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με παθολογικό triplex έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΑΕΕ. Ο ρόλος των απεικονιστικών μεθόδων τυγχάνει ιδιαίτερης διαγνωστικής αξίας στην εμφάνιση του ΑΕΕ αλλά είναι και σημαντικός προγνωστικός δείκτης για την επιβίωση των ασθενών. Επίσης, η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου με προεξάρχουσα την υπέρταση, προάγει την εμφάνιση παθολογικών ευρημάτων από το αγγειακό σύστημα. Κατά συνέπεια επιβάλλεται η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα των ΑΕΕ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Homer Detal. Trends in the incidence rates of stroke of Rochester Minnesota since 1935. Arch Neurol 1987;22:245-251
2. Klag MJ et al. Decline in stroke mortality, demographic trends. Stroke 1989;20:14-21
3. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community :Results of a who collaborative study. Bull World Health Organ. 1980;58:113-130
4. Caplan L, Caplan's stroke:A clinical approach. Butterworth-Heinemann 2000
5. Κορδιολής Ν. Παθήσεις του νευρικού συστήματος. Εκδόσεις Ζήτα, 1999
6. Report of the WHO Task Force on stroke and other Cerebrovascular Disorders. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, therapy. Stroke 1989;20:1407-31
7. Brainin M, Bornstein N, Boysen G, Demarin V. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory. Eur J Neurol 2000 Jan;7(1):5-10

8. Μυλωνάς Ι, Λογοθέτης Ι. Νευρολογία, Αθήνα, Εκδόσεις Universal Press 1996
9. Holmquist LW, von Koch L, de Pedro Cuesta J. Use of healthcare, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Scand J Rehabil Med* 2000;32:173-9
10. Payne KA, Huybrechts KF, Caro JJ, Craig Green TJ, Klittich WS. Long term cost-of-illness in stroke. An international review. *Pharmacoeconomics* 2002;20:813-25
11. Γείτονα Μ, Παπαδημητρίου Α, Κυριόπουλος Γ. Οικονομική αξιολόγηση της Προληπτικής Αντιμετώπισης των Παθήσεων των Αγγείων του Εγκεφάλου με τη Χορήγηση του συνδυασμού Διπυριδαμόλης (200mg) και Ασπιρίνης (25mg) δύο φορές ημερησίως, *Νευρολογία* 1999;8:250-257
12. Ανδρεά -Αποστολίδου Σ. Αυτοφροντίδα αρρώστου με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής 1996
13. Marder SM. Στεφανιαία νόσος στις γυναίκες. Στο: Καρδιά και μεταβολισμός. Τεύχος Ι. Εκδόσεις FC Visser, 2001:1-123
14. Μουντοκαλάκης Θ. Υπέρταση: Πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1998
15. Togha M, Bakhtavar K. Factors associated with in-hospital mortality, following intracerebral hemorrhage: a three year study in Tehran, Iran. *BMC Neurol* 2004, 4:9
16. Ivanusa M, Ivanusa Z. Risk factors and in hospital outcomes in stroke and myocardial infarction patients. *BMC Public Health* 2004, 4:26
17. Williams C, Sheppard T, Marrufo M. A brief descriptive analysis of stroke. Features from a population of patients from a large urban hospital in Richmond, Virginia, a city with the "stroke belt". *Neuroepidemiology* 2003, 22:31-36
18. Pires S, Gagliardi G, Corzoni ML. Study of the main risk factors frequencies for ischemic cerebrovascular disease in elderly patients. *Arch Neuropsychiatry* 2004, 62:844-851
19. Κουταλάς Π. Η θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1993:66-68
20. Jain S, Namboodri K, Kumari S. Loss of circadian rhythm of blood pressure following acute stroke. *BMC Neurol* 2004, 4:1
21. Μουρίκης Δ, Χατζηιωάννου Α. Αγγειακή και επεμβατική ακτινολογία. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2003
22. Varga A, Cruber N, Forster T. Atherosclerosis of the descending aorta predicts cardiovascular events: a trans esophageal echocardiography study. *Cardiovasc Ultrasound* 2004, 2:21
23. Arboix A, Roig H, Rossich R. Differences between hypertensive and non-hypertensive ischemic stroke. *Eur Neurol* 2004;11:687-692
24. Karapanayiotides T, Piechowski-Jozwiak B, van Melle, Bogousslavsky S, Devugst G. Stroke patterns, etiology and prognosis in patients with diabetes mellitus. *Neurology* 2004, 62:1558-1562
25. Mattle HP, Schwerzmann M, Seiler Ch. Atrial fibrillation and stroke. *Ther Umsch.* 2003, 60:527-534

26. Siritho S, Thrift A, McNeil J. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke* 2003;34:1575-1580

ORIGINAL ARTICLE

Estimate of imaging methods and risk factors in the onset of stroke

E. Linardoutsou ¹, I. Gkaitartzakis ¹, C. Verras ¹, S. Vrakas ², S. Katsoulakou ³,
E. Chelioti ⁴

¹ Department of General Medicine, ² Department of Gastroenterology, ³ Department of Neurology and,

⁴ Department of Nephrology, General Hospital "Tzaneion", Piraeus, Greece

ABSTRACT

Introduction: The stroke is globally one of the most important factors of morbidity and mortality. Stroke is a clinical syndrome characterized by sudden invasion of a focal deficit lasting at least 24 hours and due to impaired brain function.

Purpose: The purpose of this study was to evaluate risk factors and imaging media for the event of stroke

Method: We studied 128 patients (90 men) with a mean age 55 ± 15 years. In all patients were performed by a CT scan of the brain and triplex in the heart and carotid. As risk factors (RF) were evaluated hypertension (HTN), diabetes mellitus (DM), coronary heart disease (CHD), chronic renal failure (CRF) and dyslipidemia (DL).

Results: The risk factors combined were tested and found that 40.6% of patients had a RF with the frequent hypertension (69%), followed by diabetes (11%), CHD (16.4%) and DL (0 %) and CKD (3.6%). Of the patients with two RF (17.9%) combinations were HTN-DM (57.1%), HTN-CHD (14.3%), HTN-DL (28.6%). The percentage of patients who had three RF (7.1%) was: HTN-DM-CHD (55.6%), HTN-DM-DL (33.3%) and HTN-DL-CHD (11.1%). Four RF had 1.6%, while 32.8% had no RF. Of the 128 patients 19 (14.8%) had an abnormal heart triplex and 29 (22.6%) abnormal carotid triplex, while 8.6% had an abnormal triplex of heart and carotids.

Conclusions: Patients with pathologically triplex are more likely to experience a stroke. Since failure to timely diagnosis of risk factors spearheaded by hypertension, promotes the appearance of pathological findings of the vascular system, impose an immediate treatment of these in order to reduce the incidence of stroke.

Keywords: stroke, risk factors, triplex heart, triplex carotid

Citation:

E. Linardoutsou, I. Gkaitartzakis, C. Verras, S. Vrakas, S. Katsoulakou, E. Chelioti. Estimate of imaging methods and risk factors in the onset of stroke. *Scientific Chronicles* 2013;18(4): 225-232

Μελέτη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία

Α. Μουτζουρέλλη¹, Ντ. Μερντάνη¹, Μ. Παλιαρούτα- Θεοδώρου¹,

Κ. Κουκουρίκος¹, Ε. Σταματοπούλου², Λ. Κουρκούτα¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, ² ΜΕΘ ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των αυξανόμενων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την πρόκληση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ), προϋποθέτει τη συστηματική μελέτη τους σε τοπικό-εθνικό επίπεδο, αλλά και μεταξύ των διαφόρων χωρών και λαών.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η να διερευνηθεί η συσχέτιση των ΑΕΕ μεταξύ Ελλάδας και Γερμανίας, αναφορικά με διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες αυτών, όπως ηλικία, φύλο, θνησιμότητα, συνυπάρχοντα νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή και τρόπος χορήγησης της αγωγής.

Υλικό και μεθοδολογία: Η έρευνα διενεργήθηκε σε δύο νοσοκομεία αντίστοιχων πόλεων, σε Ελλάδα και Γερμανία, στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης "Βοστανείο" και στο Κέντρο Αποκατάστασης ασθενών με ΑΕΕ "Muehlengrund". Η διάρκειά της ήταν 3 μήνες, από 1^η Ιανουαρίου 2011 έως και την 31^η Μαρτίου 2011. Πρόκειται για αναδρομική-συγκριτική έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική για την ορθή μελέτη καταγραφή, επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων αυτών, μέσω του προγράμματος Excel.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς, από τους οποίους οι 54 από το Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης "Βοστανείο" και 70 από το "Muehlengrund" της Γερμανίας. Από αυτούς, στη Μυτιλήνη οι άνδρες ήταν 25 και 29 οι γυναίκες και στη Γερμανία οι άνδρες 46 και οι γυναίκες 24.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση παραγόντων όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμίες, αρτηριοπάθειες, θρομβοφλεβίτιδες και καρδιακές παθήσεις, καθώς και η κακή υγιεινή όπως κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, καθιστική ζωή και κακή διατροφή, συγχρόνως με τη λήψη κατάλληλης αγωγής, μπορούν να μας προστατέψουν από τα αγγειακά επεισόδια.

Λέξεις ευρετηρίου: αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), παράγοντες κινδύνου ΑΕΕ, Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης "Βοστανείο" και Κέντρο Αποκατάστασης ασθενών με ΑΕΕ "Muehlengrund".

Παραπομπή:

Α. Μουτζουρέλλη, Ντ. Μερντάνη, Μ. Παλιαρούτα- Θεοδώρου, Κ. Κουκουρίκος, Ε. Σταματοπούλου, Λ. Κουρκούτα. Μελέτη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία. *Επιστημονικά Χρονικά* 2013;18(4): 234-244

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν κλινικό νευρολογικό σύνδρομο και μπορεί να προκαλέσουν διάφορες αναπηρίες στους πάσχοντες, επιφέροντας καθοριστικές αλλαγές στην επαγγελματική ζωή του ατόμου, την κοινωνική του ζωή και την ανεξαρτησία του [1, 2]. Τα αίτια των ΑΕΕ είναι πολλά και συνήθως εγκαθίστανται σε ασθενείς με σακχαρώδη

διαβήτη, υπερλιπιδαιμίες, αρτηριοπάθειες, θρομβοφλεβίτιδες, καρδιακές βαλβιδοπάθειες και κακή υγιεινή, όπως κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, καθιστική ζωή, κακή διατροφή [3, 4].

Η αντιμετώπιση λοιπόν των παραγόντων αυτών, καθώς και η λήψη των κατάλληλων φαρμάκων στην περίπτωση καρδιοπαθειών, υπέρτασης και διαβήτη μπορούν να μας προστατέψουν από τα

αγγειακά επεισόδια [5, 6]. Αυτό προϋποθέτει τη συστηματική μελέτη, καταγραφή και σύγκριση των παραγόντων αυτών, τόσο σε τοπικό - εθνικό επίπεδο όσο και διεθνές, στα πλαίσια της επιστημονικής κοινότητας [7, 8].

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής συγκριτικής μελέτης, διάρκειας 3 μηνών, ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων κοινών χαρακτηριστικών, όπως ηλικία, φύλο, θνησιμότητα, συνυπάρχοντα νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή και τρόπος χορήγησης της αγωγής, σε ασθενείς με Α.Ε.Ε. που νοσηλεύτηκαν σε ένα επαρχιακό Ελληνικό νοσοκομείο (Μυτιλήνης) και ένα αντίστοιχο στη Γερμανία «Muhlengrund», στο Μπάντ Βιλντουγκεν - Ραϊνχαρτσάουζεν (Bad Wildungen - Reinhardshausen), στην κεντρική Γερμανία στο κρατίδιο Χέσση (Hessen). Επίσης επισημαίνεται η διαφοροποίηση ως προς τα προαναφερθέντα, μεταξύ νοσοκομειακών κέντρων σε δύο διαφορετικές χώρες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 54 ασθενείς από το Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» και 70 ασθενείς από το Κέντρο Αποκατάστασης ασθενών με ΑΕΕ, «Muhlengrund» της Γερμανίας. Από αυτούς, στη Μυτιλήνη οι άνδρες ήταν 25 και 29 οι γυναίκες και στη Γερμανία οι άνδρες 46 και οι γυναίκες 24. Η χρονική διάρκεια συλλογής δεδομένων διήρκεσε από 1/1/2011 - 31/3/2011, μετά από σχετική άδεια που δόθηκε από τις

Διοικήσεις των αντίστοιχων νοσηλευτηρίων, μετά από έγγραφη αίτησή μας και ρητή διαβεβαίωσή μας ότι θα τηρηθεί απαραίτητα το απόρρητο των στοιχείων των ασθενών.

Για την ορθότερη καταγραφή και μελέτη των στοιχείων αυτών, χρησιμοποιήθηκε ειδική «φόρμα»- έντυπο, που περιελάμβανε τις εξής παραμέτρους: ηλικία, φύλο, θνησιμότητα, συνυπάρχοντα νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή και τρόπος χορήγησης της αγωγής. Η φόρμα αυτή στηρίχτηκε στα στοιχεία που περιγράφονται στο φάκελο νοσηλείας των ασθενών και στο φύλλο ημερήσιας νοσηλείας αυτών (Πίνακας 1).

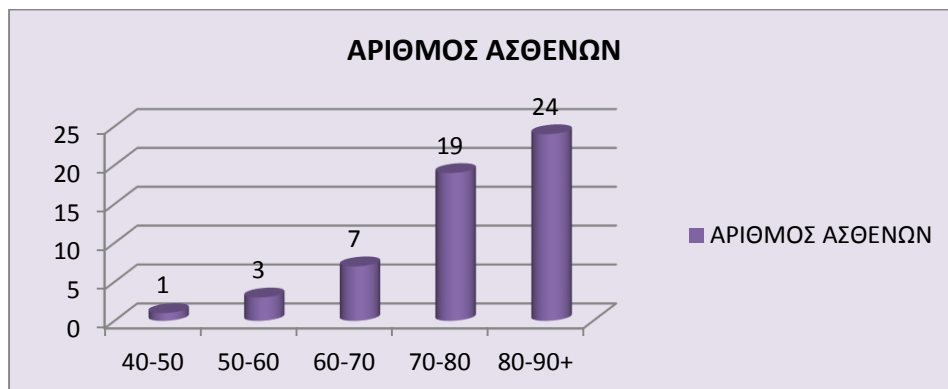
Για την επεξεργασία και μελέτη των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλλο excel, όπου έγινε καταχώρηση όλων των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε εκατοστιαία ανάλυση και απεικόνιση των αποτελεσμάτων με μορφή «πίτας» και «ραβδογράμματος», για την καλύτερη απόδοση της παρούσας αναδρομικής συγκριτικής έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

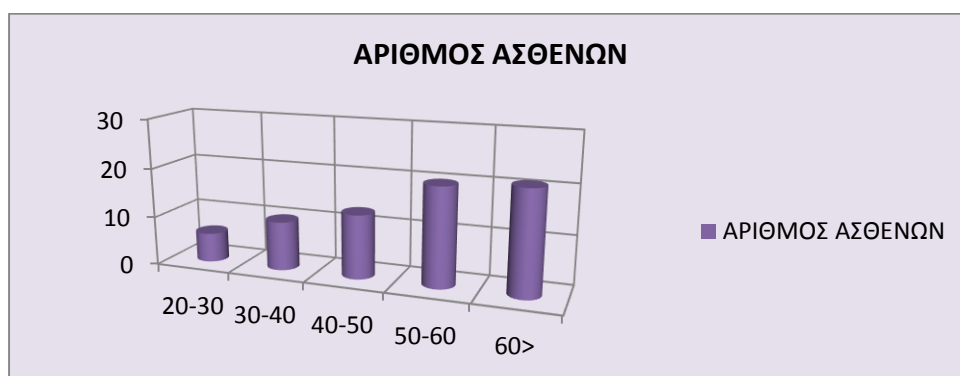
Τα ΑΕΕ όπως ήδη ειπώθηκε, αποτελούν σύμφωνα ναι με τη διεθνή βιβλιογραφία πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώνοντες γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες [9, 10]. Οι παράγοντες αυτοί μελετήθηκαν και στην παρούσα πιλοτική ερευνητική εργασία, στην οποία διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Όσον αφορά την **ηλικία** των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

-Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» οι περισσότεροι ασθενείς δηλαδή 24, ποσοστό 43%, ήταν μεταξύ 80-90 ετών:

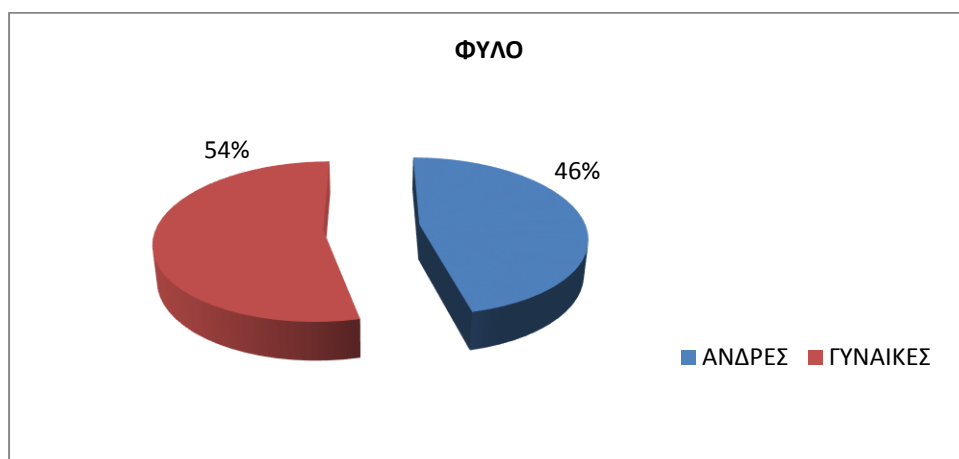


-Στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, οι περισσότεροι ασθενείς, δηλαδή 21, ποσοστό 30%, ήταν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών:

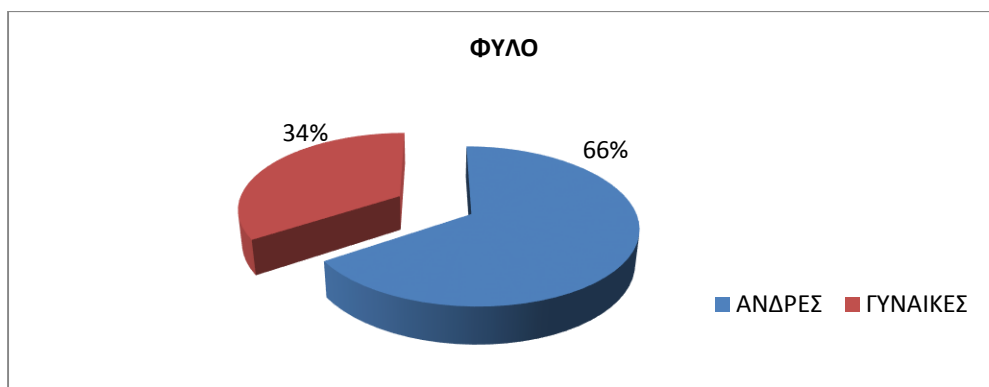


Ως προς το **φύλο** των ασθενών επισημάνθηκαν τα ακόλουθα:

-Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» σε σύνολο 54 ασθενών, οι άνδρες ήταν 25 ποσοστό, 46% και οι γυναίκες 29 ποσοστό, 54%:



-Στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, σε σύνολο 70 ασθενών οι άνδρες ήταν 46 ποσοστό, 66% και οι γυναίκες 24 ποσοστό, 34%:

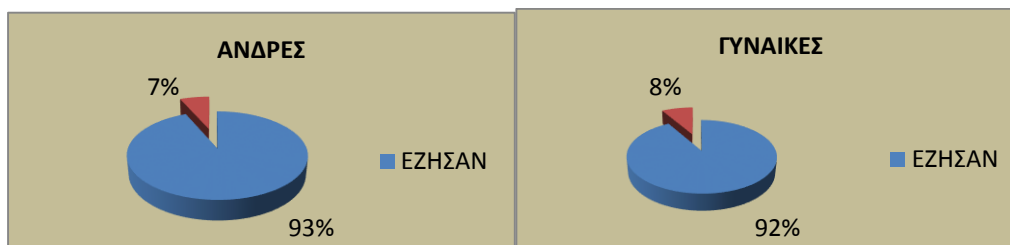


Αναφορικά με τη *θνησιμότητα* των ασθενών με ΑΕΕ διαπιστώθηκε ότι:

-Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» από τους 25 άνδρες απεβίωσαν οι 3, ποσοστό 12% και στις γυναίκες από 29 απεβίωσαν οι 5, ποσοστό 17%:

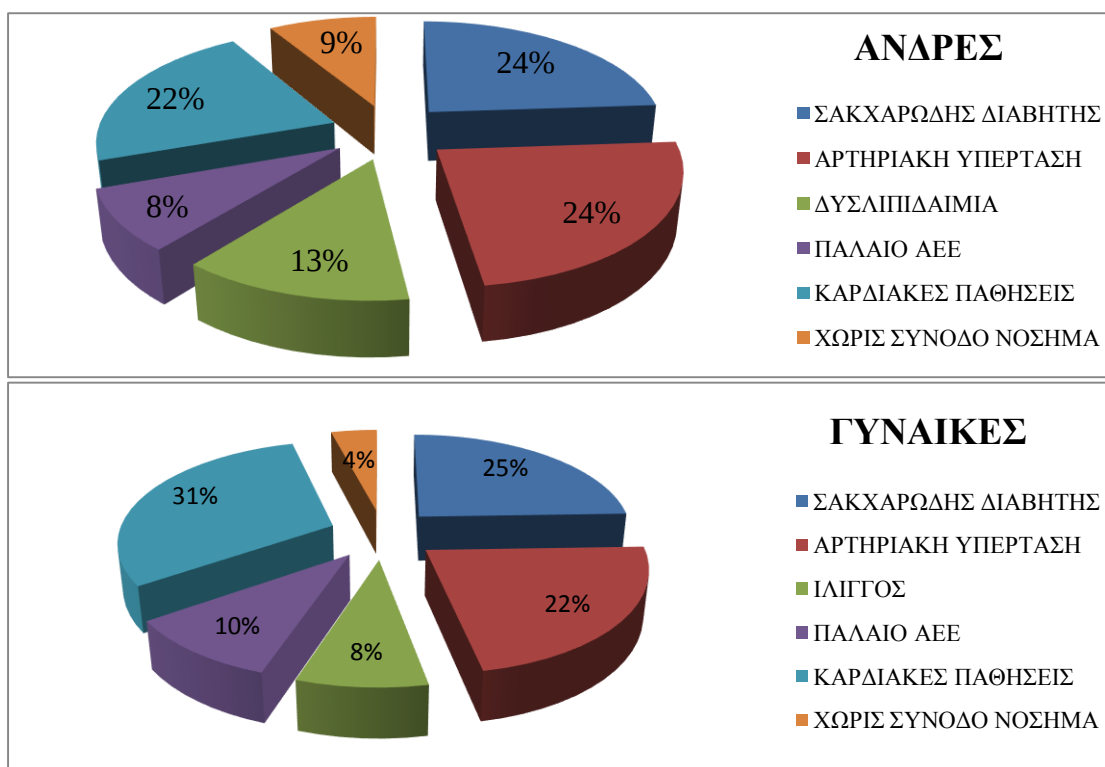


-Στο δε Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, στους 46 άνδρες απεβίωσαν οι 3, ποσοστό 7% και από τις 24 γυναίκες απεβίωσαν οι 2, ποσοστό 8%:

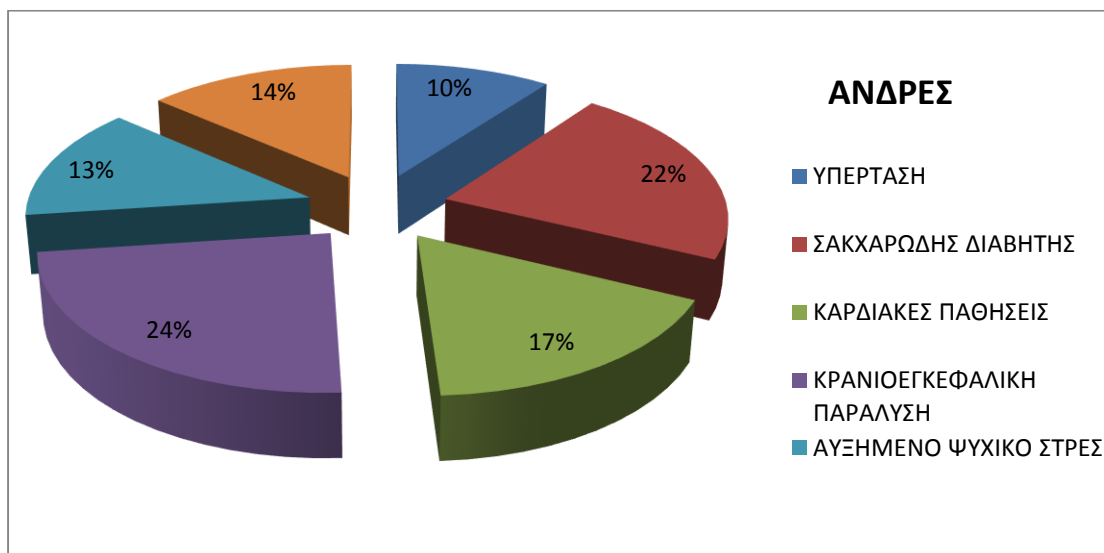


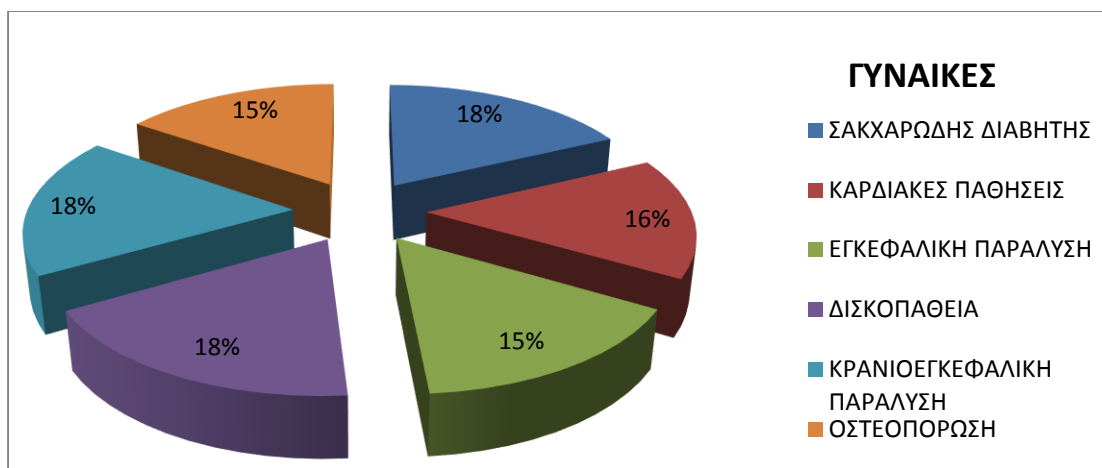
Όσον αφορά τα *συνυπάρχοντα νοσήματα*, παρατηρήθηκαν τα εξής:

-Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση είναι αυτά που συναντώνται συχνότερα, συγκεκριμένα σε 11 ασθενείς, ποσοστό 24%. Και στις γυναίκες απαντώνται συχνότερα οι καρδιακές παθήσεις με 15 περιστατικά και ποσοστό 31%:

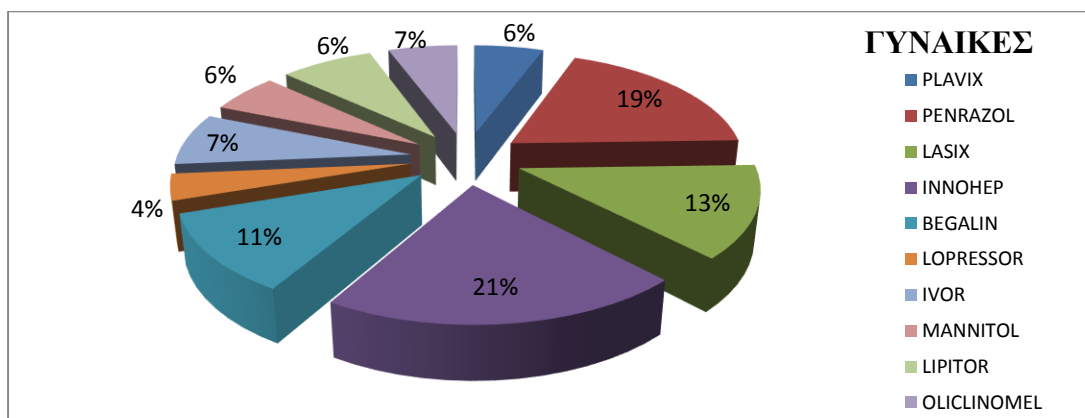
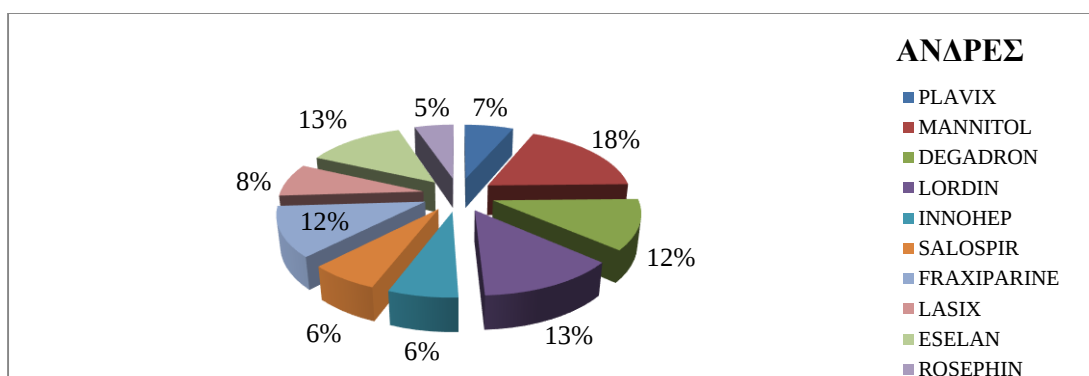


-Ενώ στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, στους μεν άνδρες συχνότερα συνυπάρχοντα νοσήματα είναι η κρανιοεγκεφαλική πάρεση σε 14 περιστατικά, ποσοστό 24%, και ο σακχαρώδης διαβήτης σε 13 περιστατικά, ποσοστό 22%. Στις δε γυναίκες, τα συχνότερα συνυπάρχοντα νοσήματα είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η δισκοπάθεια και η κρανιοεγκεφαλική πάρεση με 7 αντίστοιχα περιστατικά σε κάθε νόσο, ποσοστό 18%:

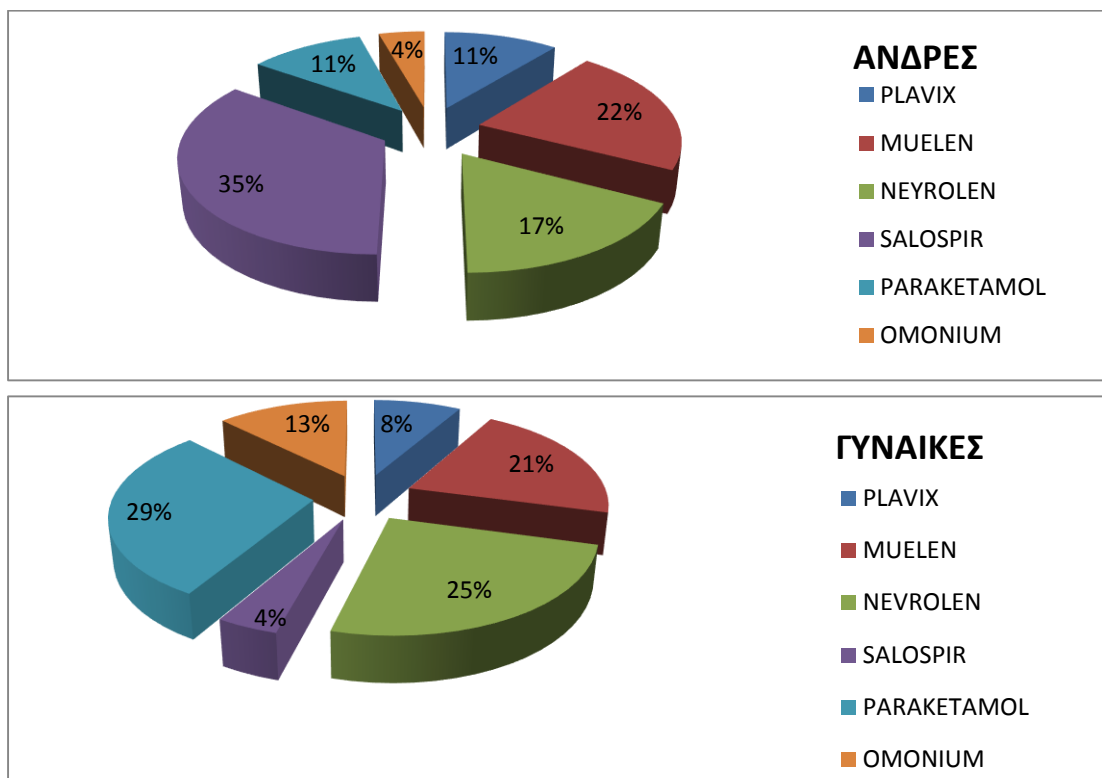




Ως προς τη *φαρμακευτική αγωγή* των ασθενών με ΑΕΕ, παρατηρήθηκαν τα παρακάτω:
 -Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», στους άνδρες τα συχνότερα φάρμακα που χορηγήθηκαν ήταν η mannitol (μανιτόλη, μειώνει την ενδοκράνια πίεση) σε 14 περιστατικά, ποσοστό 18%, lordin (ομεπραζόλη, γαστροπροστατευτικό) σε 10 περιστατικά, ποσοστό 13%, eselan (ομεπραζόλη, γαστροπροστατευτικό) σε 10 περιστατικά, ποσοστό 13%, fraxiparine (ηπαρίνη, αντιπηκτικό) σε 9 περιστατικά, ποσοστό 12% και degadron (δεξομεθαζόνη, γλυκοκορτικοειδή) σε 9 περιστατικά, ποσοστό 12%. Και στις γυναίκες χορηγήθηκαν συχνότερα η mannitol σε 15 περιστατικά, ποσοστό 14%, innoher σε 15 περιστατικά, ποσοστό 14%, lordin σε 11 περιστατικά, ποσοστό 11%, lasix σε 11 περιστατικά, ποσοστό 11% και eselan σε 11 περιστατικά, ποσοστό 11%:



-Στο δε Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, στους άνδρες χορηγήθηκαν συχνότερα στους άνδρες το salospir (ακετυλοσαλικυλικό οξύ, αναλγητικό, αντιπυρετικό και αντιφλεγμονώδες) σε 16 περιστατικά ποσοστό 35%, το muelen (νιμεσουλίδη, αναλγητικό) σε 10 περιστατικά, ποσοστό 22% και nevrolen (γκομπιπεντίνη, αντιψυχωτικό) σε 8 περιστατικά, ποσοστό 17%. Και στις γυναίκες συχνότερα χορηγήθηκαν η paraketamol (παρακεταμόλη, αναλγητικό και αντιπυρετικό) σε 7 περιστατικά, ποσοστό 29%, nevrolen σε 6 περιστατικά, ποσοστό 25% και muelen σε 5 περιστατικά, ποσοστό 21%:



Αναφορικά με τους *τρόπους χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής*, διαπιστώθηκε διαφοροποίηση μεταξύ Ελληνικής και Γερμανικής συχνότερης «μεθόδου» χορήγησης των φαρμάκων. Έτσι λοιπόν, στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοσπάνειο» η φαρμακευτική αγωγή χορηγείτο συνήθως παρεντερικά, ενώ στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας η από του στόματος χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν συχνότερη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε μείζονα, λοιπόν, παράγοντα απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας έχει εξελιχθεί το Α.Ε.Ε. μια και συντελεί την δεύτερη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως, σε ηλικίες άνω των 65 ετών [11, 12]. Τα παραπάνω επαληθεύονται και με την παρούσα πιλοτική ερευνητική εργασία μιας και όπως αναφέρθηκε, τόσο στα δύο Ελληνικά επαρχιακά νοσοκομεία Κατερίνης και Μυτιλήνης όσο και στο Κέντρο

Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, η πλειοψηφία των ασθενών με Α.Ε.Ε. ήταν άνω των 60 ετών. Συγκεκριμένα, στο Π.Γ.Ν. Μυτιλήνης άγγιζε σχεδόν όλους τους ασθενείς σε ποσοστό 92,5% και στο ειδικό Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» Γερμανίας υπερέβαινε τους μισούς ασθενείς, ποσοστό 58,5%, παρότι, το τελευταίο είναι εξειδικευμένο κέντρο ασθενών με Α.Ε.Ε. όλων των ηλικιών. Όσον αφορά το *φύλο*, οι άνδρες

μεγαλύτερη συχνότητα εγκεφαλικών επεισοδίων από ότι οι γυναίκες [13, 14]. Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, το παραπάνω εύρημα συμφωνεί μόνο με τα ποσοστά νοσηλείας ανδρών και γυναικών στο ειδικό κέντρο αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας, μιας και οι άνδρες αντιπροσωπεύουν το 65,5% των ασθενών και οι γυναίκες το 34,5%. Αντίθετα, στην Ελλάδα τα ποσοστά διαφοροποιούνται. Συγκεκριμένα, στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» οι άνδρες ανέρχονται σε ποσοστό 43% και οι γυναίκες σε 57%!

Όσον αφορά τους *παράγοντες κινδύνου*, οι οποίοι απορρέουν από νοσήματα που οφείλονται για την εμφάνιση των Α.Ε.Ε., σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, αυτά ως επί το πλείστον είναι: η αρτηριακή υπέρταση, καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία [15-17]. Σημειωτέον ότι, οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου με τα αντίστοιχα νοσήματα, επισημάνθηκαν και στην παρούσα μελέτη. Στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», στους άνδρες διαπιστώθηκε αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης σε ποσοστό 14% αντίστοιχα και στις γυναίκες καρδιακές παθήσεις σε ποσοστό 31%, ενώ στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας διαπιστώθηκε σακχαρώδης διαβήτης σε ποσοστό 22% σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

Ως προς τη *θεραπεία* των Α.Ε.Ε., αυτή ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του Α.Ε.Ε., τη φάση του και αποσκοπεί στην πρόληψη περαιτέρω σχηματισμού θρόμβου, την αύξηση της αιματικής ροής και την προστασία των εγκεφαλικών νευρώνων [18-20]. Τα παραπάνω διαπιστώνονται και στην παρούσα μελέτη τόσο στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης, όσο και στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας. Η μόνη διαφορά έγκειται στην εμπορική ονομασία των σκευασμάτων, η οποία σχετίζεται με τις φαρμακευτικές

εταιρίες που δραστηριοποιούνται στις αντίστοιχες περιοχές. Ειδικότερα δε στον *τρόπο χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής* διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα προτιμάται η παρεντερική χορήγηση των φαρμάκων. Συγκεκριμένα, στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» η παρεντερική χορήγηση της αγωγής ανέρχεται σε ποσοστό 53% έναντι του 37% της από του στόματος χορήγησης αυτής. Αντίθετα, στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muhlegrund» της Γερμανίας προτιμάται η από του στόματος χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε ποσοστό 43% έναντι του 31% της παρεντερικής χορήγησης αυτής. Τα παραπάνω σχετίζονται με την πολιτική του κάθε νοσοκομείου, την εκπαίδευση του προσωπικού του (κυρίως του νοσηλευτικού) και της στάσης των ιατρών έναντι της εκάστοτε θεραπευτικής αγωγής γενικότερα [21, 22].

Αλλά και τα *ποσοστά θανάτων* της παρούσης μελέτης, αν και συμβαδίζουν με τα διεθνή καταγεγραμμένα ποσοστά, όπου αυτά ανέρχονται στο 10% περίπου των νοσογούντων, παρατηρείται όμως μια μικρή διαφοροποίηση [23, 24]. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, το ποσοστό θνησιμότητας των ανδρών στο Γ.Π.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» ανέρχεται στο 12% στους άνδρες και 17% στις γυναίκες και στο Κέντρο Αποκατάστασης «Muehlegrund» της Γερμανίας, το ποσοστό θνησιμότητας ανδρών ανέρχεται στο 7% και των γυναικών στο 8%. Παρόλα αυτά η διαφορά, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, δε μπορεί να αξιολογηθεί ιδιαίτερα, μιας και το ποσοστό του δείγματος ήταν μικρό. Καλό, λοιπόν, είναι να γίνει μια ευρύτερη έρευνα, στον ελλαδικό χώρο, που θα καταγράφει τους πραγματικούς δείκτες θνησιμότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δυστυχώς, παρότι η ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης και της βιο-τεχνολογίας έχει

συμβάλει στην καλύτερη μελέτη της αιτιοπαθογένειας και των «παραγόντων» κινδύνου που σχετίζονται με τα ΑΕΕ, καθώς επίσης και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με ΑΕΕ, εντούτοις ο κίνδυνος ανάπτυξης ενός ΑΕΕ με όλη τη βαρύτητά του, παραμένει υψηλός [25-27]. Έτσι λοιπόν η τροποποίηση των «παραγόντων» κινδύνου που σχετίζονται με τα ΑΕΕ

παραμένει η βασικότερη αρχή για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ΑΕΕ [28-30].

Γεγονός που παρατηρήθηκε και στην παρούσα μελέτη, ότι δηλαδή μέσα από κατάλληλες προϋποθέσεις και θεραπευτικές εφαρμογές από τους ειδικούς, η αποκατάσταση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, είναι εφικτή και έχει άμεσα αποτελέσματα για τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Whyte ME, Mulsant HB. Post Stroke Depression: Epidemiology, Pathophysiology, and Biological Treatment. *Biol Psychiatry*, 2002, 52: 253-64.
2. Johnson LJ, Minarik AP, Nystrom VK., Bautista C, Gorman JM. Poststroke. Depression Incidence and Risk Factors: An Integrative Literature Review. *J Neurosc Nurs*, 2006, 38: 316-27.
3. Τσιμπούρη Π. Διετής μελέτη Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων στο Νομό Αρκαδίας. Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, 1999.
4. American Heart Association. Heart and Stroke Statistical Update. Dallas: American Heart Association, 2002.
5. Καλφάκης Ν, Πάνας Μ, Βασιλόπουλος Δ. Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, 14 σημεία προσανατολισμού, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα, 2002.
6. Bassetti CL. Sleep and stroke. *Semin Neurol* 2005; 25:19-32.
7. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee: European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-Update 2003. *Cerebrovascular Disease*, 2003, 16:311-37.
8. Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L et al. The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO). *J Neurol*, 2006, 253:556-62.
9. Δοκουτσίδου Ε, Αντωνίου Κ. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ισχαιμικής αιτιολογίας. Το βήμα του Ασκληπιού, 2009, 8(2):97-106.
10. Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A et al, Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet*, 2007, 370: 1432-42.
11. Ingall T. Stroke--incidence, mortality, morbidity and risk. *J Insur Med*. 2004, 36(2):143-52.
12. Romero JR., Morris J, Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. *her. Adv Cardiovasc Dis*, 2008, 2(4): 287-303.
13. Πολυκανδριώτη Μ, Κυρίτση Ε. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παράγοντες κινδύνου. Το βήμα του Ασκληπιού, 2005, 4(3):109-18.
14. Touzé E, Rothwell PM. Sex differences in heritability of ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 2008, 39(1):16-23.
15. Linden T, Blomstrand C et al. Depressive disorders after 20 months in elderly stroke patients: a case-control study. *Stroke*, 2007, 38:1860-3.
16. Sacco RL. Newer risk factors for stroke. *Neurology*, 2001, 57(5 Suppl. 2):S31-4.
17. Hadjiev DI, Mineva PP, Vukov MI. Multiple modifiable risk factors for first ischemic stroke: a population-based epidemiological study. *Eur J Neurol*, 2003, 10(5):577-82.

18. Oppenheim C, Lamy C, Touze E et al. Do transient ischemic attacks with diffusion-weighted imaging abnormalities correspond to brain infarctions? *AJNR Am J Neuroradiol*, 2006, 27:1782-7.
19. Hackett ML, Anderson CS et al, Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke*, 2005, 36:1098-103.
20. Thomas SA & Lincoln NB: Factors relating to depression after stroke. *Br J Clin Psychol*, 2006, 45:49-61.
21. Watkins C, Lightbody E, Theofanidis D, Sharma AK. Hydration in acute stroke: Where do we go from here? *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1997, 1(2):76-83.
22. Σπέγγος Κ. Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια – Που Βρισκόμαστε Σήμερα. *Εγκέφαλος*, 2008, 45(4):197-201.
23. Βασιλόπουλος Δ., Καλφάκης Ν., Πάνας Μ. Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια. Εκδόσεις Μυρτώ, Αθήνα, 1996 .
24. Steiner T, Kaste M, Forsting M et al, Recommendations for the management of intracranial haemorrhage-part I: spontaneous intracerebral haemorrhage. The European Stroke Initiative Writing Committee and the Writing Committee for the EUSI Executive Committee. *Cerebrovasc Dis*, 2006, 22:294-316.
25. Lavdaniti M. Issues of Women's health throughout their Lifespan. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics*, International Edition 2009, 23:163-70.
26. Wu CM, McLaughlin K., Lorenzetti DL, Hill MD., Manns BJ, Ghali WA. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 2007, 167(22):2417-22.
27. Diktapanidou S, Ziogou T. Breast cancer in the women and health promotion *Prog Health Sci*, 2011, 1(2):165-70.
28. Adams HP, Effron MB, Torner J. et al, Emergency Administration of Abciximab for Treatment of Patients with Acute Ischemic Stroke: Results of an International Phase III Trial. Abciximab in Emergency Treatment of Stroke Trial (AbESTT-II). *Stroke*, 2008, 39:87-99.
29. Αβραμικά Μ. Ψυχολογική υποστήριξη ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη. Νεότερα Δεδομένα στον Σακχαρώδη Διαβήτη. Επιστημονική ημερίδα της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Θεσσαλονίκη. 29 Ιανουαρίου 2011.
30. Finsterer J, Stöllberger C. Strategies for primary and secondary stroke prevention in atrial fibrillation. *Neth J Med*, 2008, 66(8):327-33.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΣΘΕΝΗΣ
ΗΛΙΚΙΑ	
ΦΥΛΟ	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	
ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	
ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	

ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Θεσσαλονίκη 20 Ιανουαρίου 2011 Ταχ. Δ/ση: Τ.Θ. 141 Σίνδος Τ.Κ. 57 400 Θεσ/νίκης Πληροφορίες: Χ. Λαζαρίδου Τηλ. Κέντρο: 2310 791-500 FAX : 2310 791-501 ΠΡΟΣ: Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Π.Ν.Ν. Μυτιλήνης «Βοστώνη» ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης στο χώρο του Νοσοκομείου σας Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή μελέτης στο νοσοκομείο σας με θέμα την «Επιδημιολογική Μελέτη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία». Επισημαίνεται ότι η παρούσα μελέτη, εκπονείται στο πλαίσιο συγγραφής της πτυχιακής εργασίας των φοιτητών Μερντάνη Ντενίς, Μουτζουρέλλη Αθηνά και Παλιαρούτα – Θεοδώρου Μαρία, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Λαμπρινή Κουρκούτα. Η ερευνητική ομάδα θα μεριμνήσει ώστε να τηρηθούν οι γενικές αρχές της ηθικής για την έρευνα και σε καμία περίπτωση δε θα γίνουν γνωστά τα στοιχεία των ασθενών από των οποίων τα ιστορικά θα γίνει η συλλογή των δεδομένων, θα τηρηθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών. Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε τη συλλογή των δεδομένων από το νοσοκομείο σας. Με τιμή, Οι φοιτητές Μερντάνη Ντενίς Μουτζουρέλλη Αθηνά Παλιαρούτα – Θεοδώρου Μαρία Η επιβλέπουσα καθηγήτρια Λαμπρινή Κουρκούτα	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Θεσσαλονίκη 20 Ιανουαρίου 2011 Ταχ. Δ/ση: Τ.Θ. 141 Σίνδος Τ.Κ. 57 400 Θεσ/νίκης Πληροφορίες: Χ. Λαζαρίδου Τηλ. Κέντρο: 2310 791-500 FAX : 2310 791-501 ΠΡΟΣ: Επιστημονική Επιτροπή Του κέντρου αποκατάστασης Muehlengrund στη Γερμανία ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης στο χώρο του Νοσοκομείου σας Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή μελέτης στο νοσοκομείο σας με θέμα την «Επιδημιολογική Μελέτη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων σε Ελλάδα και Γερμανία». Επισημαίνεται ότι η παρούσα μελέτη, εκπονείται στο πλαίσιο συγγραφής της πτυχιακής εργασίας των φοιτητών Μερντάνη Ντενίς, Μουτζουρέλλη Αθηνά και Παλιαρούτα – Θεοδώρου Μαρία, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Λαμπρινή Κουρκούτα. Η ερευνητική ομάδα θα μεριμνήσει ώστε να τηρηθούν οι γενικές αρχές της ηθικής για την έρευνα και σε καμία περίπτωση δε θα γίνουν γνωστά τα στοιχεία των ασθενών από των οποίων τα ιστορικά θα γίνει η συλλογή των δεδομένων, θα τηρηθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών. Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε τη συλλογή των δεδομένων από το νοσοκομείο σας. Με τιμή, Οι φοιτητές Μερντάνη Ντενίς Μουτζουρέλλη Αθηνά Παλιαρούτα – Θεοδώρου Μαρία Η επιβλέπουσα καθηγήτρια Λαμπρινή Κουρκούτα
--	---

Study of Stroke in Greece and Germany

A. Moutzourelis¹, D. Berdani¹, M. Paliarouta - Theodorou¹, K. Koukourikos¹, H. Stamatopoulou², L. Kourkouta¹

¹ Alexander Technological Institute of Thessaloniki, ² RN, MSc, General Hospital of Piraeus "Tzaneio"

ABSTRACT

Introduction: Acknowledging and confrontation of the growing risk factors associated with the induction of stroke (stroke), requires the systematic study of their local-national level and the systematic study between various countries and people too.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the association of stroke between Greece and Germany regarding various causative factors such as age, sex, mortality, co-existing illnesses, medication and route of administration of treatment.

Material and Methodology: The research was conducted in two hospitals respective cities in Greece and Germany, at G.P.N. Mytilene «Vostaneio» and Rehabilitation Centre stroke patients «Muhlengrund». The duration was 3 months, from 1 January 2011 to 31 March 2011. This is a retrospective comparative study which used descriptive statistics to study the proper recording, processing and analysis of these data, using the software Excel.

Results: The sample consisted of patients, of whom 54 are from G.P.N. Mytilene «Vostaneio» and 70 from «Muhlengrund» Germany. Of these, in Mytilene were 25 men and 29 women and in German men were 46 and women 24.

Conclusions: Addressing factors such as diabetes mellitus, hyperlipidemia, arterial and cardiac diseases thrombophlebitis, and poor hygiene such as smoking, alcohol abuse, sedentariness and poor diet, along with receiving appropriate treatment, can protect us from vascular events.

Keywords: stroke, stroke risk factors, G.P.N. Mytilene «Vostaneio» and Rehabilitation Centre of stroke patients «Muehlengrund».

Citation:

A. Moutzourelis, D. Berdani, M. Paliarouta - Theodorou, K. Koukourikos, H. Stamatopoulou, L. Kourkouta. Study of Stroke in Greece and Germany. Scientific Chronicles 2013;18(4): 234-244

Αποτελεί η στέρηση των ανδρογόνων για την θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάντα;

Κ. Σταματίου¹, Γ. Ντιλέρνια²

¹ Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ² Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τις πιο κοινές αιτίες θανάτου παγκοσμίως και είναι οι πιο συνηθισμένες στους πληθυσμούς του λεγόμενου δυτικού κόσμου. Αν και επηρεάζουν και τα δύο φύλα, είναι πιο συχνά στους άνδρες στους οποίους μάλιστα μειώνουν το μέσο προσδόκιμο ζωής. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δυο φύλων έχει αποδοθεί στις αρνητικές επιδράσεις της τεστοστερόνης. Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα απέδειξε ότι αυτή η ορμόνη μπορεί να έχει προστατευτικές επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η τρέχουσα εμπειρία, σε επιβεβαίωση των ανωτέρω, δείχνει ότι τα χαμηλά επίπεδα της τεστοστερόνης θα μπορούσαν να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και με αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας στα άρρενα άτομα. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται 4 περιπτώσεις ανδρών με καρδιαγγειακά νοσήματα και μεταστατικό καρκίνο του προστάτη που έλαβαν θεραπεία είτε με αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή είτε με LHRH ανάλογα και οι οποίοι απεβίωσαν από καρδιαγγειακά συμβάντα σε χρονικό διάστημα εγγύτατο στην θεραπευτική παρέμβαση. Η πιθανή συσχέτιση της στέρησης ανδρογόνων με την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου και τον επακόλουθο κίνδυνο θανάτου εξετάζονται συνοπτικά.

Λέξεις ευρετηρίου: Τεστοστερόνη, Ορχεκτομή, Μεταστατικός καρκίνος του προστάτη, Καρδιαγγειακά συμβάντα

Παραπομπή:

Κ. Σταματίου, Γ. Ντιλέρνια. Αποτελεί η στέρηση των ανδρογόνων για την θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάντα; Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 245-251

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την ανάπτυξη μιας ποικιλίας νέων παραγόντων για τη θεραπεία του προχωρημένου και του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη, το θεμέλιο της θεραπείας για αυτό το στάδιο της νόσου παραμένει η ορμονική θεραπεία αποστέρησης των ανδρογόνων. Η τελευταία είναι είτε χειρουργική (ορχεκτομή) είτε φαρμακευτική (ανταγωνιστές LHRH, αγωνιστές LHRH και αντιανδρογόνα) [1]. Σημαντικές συναισθηματικές και ψυχολογικές επιδράσεις καθιστούν την ορχεκτομή μη αποδεκτή από τους περισσότερους ασθενείς και ως εκ τούτου τα προαναφερθέντα

φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως ως αρχική ορμονική θεραπεία. Αντίθετα, η ορχεκτομή εκτελείται σπάνια, αν και είναι μια απλή και σχεδόν χωρίς επιπλοκές χειρουργική επέμβαση. Γίνεται με τοπική αναισθησία και είναι οικονομικώς αποτελεσματική. Ωστόσο, όταν εμφανίζεται υποτροπή στην ορμονική θεραπεία η ορχεκτομή μπορεί να αποτελέσει επιλογή για τους ασθενείς με επίπεδα τεστοστερόνης ορού υψηλότερα από 50ng/dl (επίπεδα ευνουχισμού). Στην πραγματικότητα, περίπου το 10% των ασθενών που έλαβαν LHRH αγωνιστές αποτυγχάνουν να επιτύχουν τα επίπεδα ευνουχισμού. Αυτή η αναλογία αυξάνεται στο 15% εάν το όριο ευνουχισμού ορίζεται

ως 20ng/dL [2]. Η αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή, η οποία είναι είτε ολική ή υποκάψια (δηλαδή με τη διατήρηση του ινώδη χιτώνα και της επιδιδυμίδας) είναι ο πιο γρήγορος τρόπος για να επιτευχθεί ένα επίπεδο ευνουχισμού, συνήθως μέσα σε λιγότερο από 12 ώρες [3]. Η έκθεση στους αγωνιστές και ανταγωνιστές LHRH καταλήγει σε προς τα κάτω ρύθμιση των υποδοχέων LHRH, καταστολή της έκκριση LH και FSH από την υπόφυση και την διακοπή της παραγωγής της τεστοστερόνης. Τα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνονται σε επίπεδα ευνουχισμού συνήθως μέσα σε 2-4 εβδομάδες [4].

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

1) Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και προηγούμενο ιστορικό:

Η διάμεση ηλικία των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή ήταν τα 79,5 έτη. Ο μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής είχε διαγνωστεί με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη 18 χρόνια πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και βρισκονταν σε προσεκτική αναμονή έως 4 έτη πριν την εισαγωγή. Ανέφερε αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και αριστερά νεφρεκτομή 36 χρόνια πριν από την εισαγωγή του στο πλαίσιο θεραπείας νεφρικού αποστήματος. Ο νεότερος είχε διαγνωστεί με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη 7 χρόνια πριν την εισαγωγή του που αντιμετωπίστηκε με εξωτερική ακτινοθεραπεία και επικουρική ορμονική θεραπεία αποστέρησης ανδρογόνων. Κατά την βιοχημική υποτροπή έλαβε LHRH αγωνιστές και αντιανδρογόνα. Παρά τη θεραπεία, η τιμή του PSA αυξήθηκε σε 50ng/mL. Ήταν καπνιστής, υπέφερε από σοβαρή καρδιαγγειακή νόσο, υπέρταση και διαβήτη τύπου 2 και έλαμβανε αντιπηκτική αγωγή λόγω περιφερειακής αγγειοπάθειας.

Η μέση ηλικία των ασθενών που υποβλήθηκε σε θεραπεία με LHRH ανάλογο ήταν τα 81,5 έτη. Είχαν διαγνωσθεί με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη σε χρονικό διάστημα ενός μήνα πριν την έναρξη της θεραπείας. Ο μικρότερος έπασχε από μεταβολικό σύνδρομο και υπέρταση για τα οποία έλαμβανε θεραπεία από 20ετίας ενώ ο μεγαλύτερος είχε υποβληθεί σε αγγειοπλαστική προ 15ετίας αλλά δεν έλαμβανε αντιπηκτική αγωγή.

2) Λεπτομερή κλινικά χαρακτηριστικά

• **Περίπτωση 1:** Ο 86χρονος ασθενής εμφάνισε οξεία κατακράτηση ούρων. Ανέφερε υπερηβική δυσφορία και πόνο στην δεξιά πλευρο-σπονδυλική γωνία. Ανέφερε επίσης σταθερό πόνο στην οσφύ τους τελευταίους 6 μήνες. Κατά την κλινική εξέταση ο προστάτης ήταν ακανόνιστο διογκωμένος και σκληρός στην ψηλάφηση. Το κοιλιακό υπερηχογράφημα έδειξε διάταση της νεφρικής πυέλου και του ουρητήρα και υπολειπόμενη ποσότητα ούρων της τάξης των 750 cc. Η ουρία αίματος και η κρεατινίνη του ορού βρέθηκαν σε αυξημένα επίπεδα (96 και 1,8 αντίστοιχα), ενώ η τιμή του PSA ορού βρέθηκε να είναι 120ng/mL. Η αξονική τομογραφία της κοιλιάς αποκάλυψε αμφοτερόπλευρη εξάλειψη την σπερματοδοχο-κυστικών γωνιών ενώ το σπινθηρογράφημα οστών αποκάλυψε μεταστατικές αλλοιώσεις στους Ο2 και Ο3 σπονδύλους. Το προεγχειρητικό ΗΚΓ αποκάλυψε πρόσφατη ουλή. Υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη υποκάψια ορχεκτομή υπό γενική αναισθησία. Δεν υπήρξαν επιπλοκές και έλαβε εξιτήριο τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα. Πέθανε στο σπίτι, στον ύπνο του, τρεις ημέρες μετά την επέμβαση. Στην αυτοψία, η αιτία του θανάτου του αποδόθηκε σε ανακοπή που συνδέθηκε με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

• **Περίπτωση 2:** Ο 73χρονος ασθενής παρουσιάζεται με μακροσκοπική αιματουρία. Ανέφερε πόνο στο δεξιό ημιθώρακιο από διμήνου τουλάχιστον. Κατά την κλινική εξέταση ο προστάτης

ήταν μικρός σκληρός και ανώδυνος στην ψηλάφηση. Το κοιλιακό υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Αντίθετα το σπινθηρογράφημα οστών έδειξε μεταστατικές αλλοιώσεις στη 5^η και 6^η πλευρά. Τα επίπεδα της ουρίας και της κρεατινίνης του ορού ήταν φυσιολογικά ενώ η τιμή του PSA ήταν 50 ng/ml. Ο ασθενής απέφυγε ασπιρίνη για μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση η οποία έγινε υπό επισκληρίδιο αναλγησία. Δεν υπήρξε επιπλοκή (λοίμωξη ή αιμορραγία) ωστόσο ο ασθενής απεβίωσε μετά από οξύ ισχαιμικό επεισόδιο την 2η μετεγχειρητική παρά την προφυλακτική χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους.

• **Περίπτωση 3:** Ο 79χρονος ασθενής είχε πρόσφατα διαγνωσθεί με καρκίνο του προστάτη. Η τιμή του PSA ήταν 87 ng/ml. Η αξονική τομογραφία δεν είχε παθολογικά ευρήματα αλλά το σπινθηρογράφημα οστών έδειξε μεταστατικές αλλοιώσεις στην λεκάνη. Ενώ λάμβανε για περισσότερο από 2 εβδομάδες LHRH ανάλογο, εμφάνισε οξύ ισχαιμικό επεισόδιο και απεβίωσε αιφνιδίως. Στην αυτοψία, η αιτία του θανάτου του αποδόθηκε σε ανακοπή που συνδέθηκε με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

• **Περίπτωση 4:** Ο 84χρονος ασθενής είχε πρόσφατα διαγνωσθεί με καρκίνο του προστάτη που βρέθηκε κατά την διερεύνηση αδυναμίας καταβολής. Είχε σκληρία στην δακτυλική εξέταση του προστάτη. Δεν απεδέχθη παραπάνω διερεύνηση και αφού έλαβε αντιανδρογόνα για 15 ημέρες ξεκίνησε θεραπεία με LHRH ανάλογο. Πέθανε στον ύπνο του έξι ημέρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου. Στην αυτοψία, η αιτία του θανάτου του αποδόθηκε σε ανακοπή που συνδέθηκε με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τις πιο κοινές αιτίες θανάτου παγκοσμίως και είναι οι πιο συνηθισμένες στους πληθυσμούς του λεγόμενου δυτικού κόσμου. Αν και επηρεάζει και τα δύο φύλα, είναι πιο συχνή στους άνδρες στους

οποίους μάλιστα μειώνει σημαντικά το μέσο προσδόκιμο ζωής. Στο παρελθόν, η διαφορά αυτή μεταξύ των δυο φύλων είχε αποδοθεί στις αρνητικές επιδράσεις της τεστοστερόνης στα άρρενα άτομα μέσης και προχωρημένης ηλικίας. Σήμερα ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι αυτή η ορμόνη μπορεί να έχει προστατευτική δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας η χαμηλή τεστοστερόνη ορού σχετίστηκε με καταστάσεις που προδιαθέτουν για καρδιαγγειακή νόσο, όπως η περίσσεια κοιλιακού λίπους [5, 6] και η αθηροσκλήρωση [7, 8]. Ένας ακόμα πάρα πολύ σημαντικός ρόλος της τεστοστερόνης στην πρόληψη της αρτηριακής απόφραξης είναι να κινητοποιεί την HDL λιποπρωτεΐνη στην απομάκρυνση της περίσσειας χοληστερόλης από το αρτηριακό τοίχωμα και την μεταφορά της στο ήπαρ για να μεταβολιστεί [9, 10].

Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχουν ακόμα στέρεες ενδείξεις ενός συσχετισμού μεταξύ των επιπέδων τεστοστερόνης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων ενώ, η τρέχουσα βιβλιογραφία δεν παρέχει καμία σαφή απάντηση ως προς το αν χαμηλή ενδογενής τεστοστερόνη αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου στους υγιείς άνδρες. Μια μετανάλυση υποστηρίζει ασθενώς το συμπέρασμα ότι η χρήση τεστοστερόνης στους άνδρες δεν συνδέεται με σημαντική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα [11]. Ωστόσο, όταν εξετάζονται ξεχωριστά οι ηλικιακές ομάδες η τεστοστερόνη φαίνεται να συσχετίζεται με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στις μεγαλύτερες ηλικίες [11]. Μια πιο πρόσφατη μετανάλυση, ενώ επίσης δεν διαπιστώνει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων ενδογενούς τεστοστερόνης και του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων στους μεσήλικες, δείχνει ότι η τεστοστερόνη μπορεί να προστατεύει τους ηλικιωμένους άνδρες από αυτά [12]. Γενικά, πιστεύεται ότι τα χαμηλά επίπεδα

τεστοστερόνης μπορεί να υποδεικνύουν μία κακή γενική υγεία και ως εκ τούτου οι συσχετισμοί μεταξύ τεστοστερόνης και καρδιαγγειακών νοσημάτων να είναι συμπτωματικοί. Αντίθετα όμως από την παγιωμένη αυτή άποψη οι κοινώς παραδεκτοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου (π.χ. καταστάσεις όπως το μεταβολικό σύνδρομο και η αρτηριοπάθεια) αλλά και συναφή κλινικά ευρήματα (όπως το αυξημένο πάχος του έσω-μέσου τοιχώματος της καρωτίδας και η απώλεια της ευαισθησίας στην ινσουλίνη) έχουν μεμονωμένα συσχετιστεί με χαμηλότερες συγκεντρώσεις της κυκλοφορούσας τεστοστερόνης [13-15]. Χαρακτηριστικά, οι Year και συνεργάτες απέδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα ολικής τεστοστερόνης έχουν προγνωστική αξία σε σχέση με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε ηλικιωμένους άνδρες [16] και οι Muller και συνεργάτες απέδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα της ελεύθερης τεστοστερόνης προβλέπουν την πάχυνση του έσω και μέσου χιτώνα της κοινής καρωτιδικής αρτηρίας σε ηλικιωμένους άνδρες ανεξαρτήτως των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου [17].

Παραμένει ασαφές, πόσο χαμηλά πρέπει να είναι τα επίπεδα της τεστοστερόνης ώστε να προκληθούν μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα. Επίσης δεν είναι γνωστό αν μια δραματική μείωση των επιπέδων της κυκλοφορούσας τεστοστερόνης μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρο οξύ ισχαιμικό επεισόδιο.

Στον αντίποδα είναι γνωστό ότι τα οιστρογόνα (όταν χορηγούνται θεραπευτικά) προκαλούν εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση σε -περίπου- το ένα τρίτο των ανδρών ασθενών, ενώ το 7% από όσους τα λαμβάνουν θα υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών των επιπλοκών είναι δοσο-εξαρτώμενη και αυξάνει σε ασθενείς με

καρδιαγγειακή νόσο [18]. Σε επιβεβαίωση των ανωτέρω, οι Callou de Sa και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι οι άνδρες με καρδιαγγειακή νόσο έχουν υψηλότερα επίπεδα οιστραδιόλης και FEI [19]. Στην πραγματικότητα, τα αυξημένα οιστρογόνα μπορεί να αυξήσουν σημαντικά τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής γιατί προάγουν την συσσώρευση των αιμοπεταλίων και επακολούθως τη θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών [20]. Υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων στους άνδρες έχουν βρεθεί ότι προκαλούν τοπική φλεγμονή η οποία μπορεί να προκαλέσει αστάθεια πλάκα και ρήξη της αθηρωματικής πλάκας αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο απόφραξης μιας στεφανιαίας αρτηρίας [21, 22] .

Παρά τα παραπάνω, παραμένει αδιευκρίνιστος ο βαθμός της συνεισφοράς των οιστρογόνων στην την εξέλιξη ή/και την ανάπτυξη και καρδιαγγειακής νόσου στους ηλικιωμένους. Είναι γνωστό ότι στη γήρανση οι άνδρες έχουν την τάση να παράγουν αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και ανεπαρκή επίπεδα τεστοστερόνης [23], ωστόσο φαίνεται ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι υποφέρουν τόσο από χαμηλή τεστοστερόνη όσο οιστρογόνα [24]. Έχει επίσης αναφερθεί ότι οι άνδρες στη γήρανση έχουν αυξημένη δραστηριότητα της αρωμάτισης με αποτέλεσμα η περισσότερη τεστοστερόνη να μετατρέπεται σε οιστρογόνο [25]. Εάν υποθεθεί ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων έχουν ήδη καρδιαγγειακή νόσο και με δεδομένο ότι τα οιστρογόνα δρουν στο καρδιαγγειακό σύστημα, ακόμη και σε μικρές ποσότητες, τότε ο βαθμός της συνεισφοράς των οιστρογόνων στην εξέλιξη της νόσου είναι εξαιρετικά σημαντικός. Πρόσφατες μελέτες πάντως έδειξαν ότι όσο τα επίπεδα της τεστοστερόνης είναι χαμηλότερα τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα των οιστρογόνων αλλά και ο κίνδυνος θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο [26] .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω θα μπορούσε εύκολα να υποθέσουμε ότι ο ρυθμός μείωσης της τεστοστερόνης είναι υψίστης σημασίας: Ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και λαμβάνουν θεραπεία αποστέρησης ανδρογόνων αναπτύσσουν σταδιακή αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου με

τη σταδιακή μείωση των επιπέδων ολικής τεστοστερόνης. Εκείνοι που υποβάλλονται σε αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή βρίσκονται σε πιο άμεσο κίνδυνο λόγω της ραγδαίας πτώσης των επιπέδων τεστοστερόνης. Θεωρούμε πως είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η ανάγκη εξατομίκευσης της εισαγωγής της θεραπείας στέρησης ανδρογόνων σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. McLeod DG. Hormonal therapy: historical perspective to future directions. *Urology* 2003;61(2 Suppl 1):3-7.
2. Crawford ED, Tombal B, Miller K, et al. A phase III extension trial with a 1-arm crossover from leuprolide to degarelix: comparison of gonadotropin-releasing hormone agonist and antagonist effect on prostate cancer. *J Urol* 2011;186(3):889-97.
3. Desmond AD, Arnold AJ, Hastie KJ. Subcapsular orchiectomy under local anaesthesia. Technique, results and implications. *Br J Urol* 1988;61(2):143-5.
4. Klotz L, Boccon-Gibod L, Shore ND, et al. The efficacy and safety of degarelix: a 12-month, comparative, randomized, open-label, parallel-group phase III study in patients with prostate cancer. *BJU Int* 2008;102(11):1531-8.
5. Chen RY, Wittert GA, Andrews GR. Relative androgen deficiency in relation to obesity and metabolic status in older men. *Diabetes Obes Metab*. 2006;8(4):429-35.
6. Boyanov MA, Boneva Z, Christov VG. Testosterone supplementation in men with type 2 diabetes, visceral obesity and partial androgen deficiency. *Aging Male*. 2003;6(1):1-7.
7. Hak AE, Witteman JC, de Jong FH, et al. Low levels of endogenous androgens increase the risk of atherosclerosis in elderly men: the Rotterdam study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(8):3632-9.
8. Jones RD, Nettleship JE, Kapoor D, Jones HT, Channer KS. Testosterone and atherosclerosis in aging men: purported association and clinical implications. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2005 5(3):141-54.
9. Langer C, Gansz B, Goepfert C, et al. Testosterone up-regulates scavenger receptor BI and stimulates cholesterol efflux from macrophages. *Biochem Biophys Res Commun*. 2002;296(5):1051-7.
10. Herbst KL, Amory JK, Brunzell JD, et al. Testosterone administration to men increases hepatic lipase activity and decreases HDL and LDL size in 3 wk. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2003;284(6):E1112-8.
11. Haddad RM, Kennedy CC, Caples SM, et al. Testosterone and cardiovascular risk in men: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(1):29-39.
12. Ruige JB, Mahmoud AM, De Bacquer D, Kaufman JM. Endogenous testosterone and cardiovascular disease in healthy men: a meta-analysis. *Heart*. 2011;97(11):870-5.
13. Grossmann M, Thomas MC, Panagiotopoulos S, et al. Low testosterone levels are common and associated with insulin resistance in men with diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(5):1834-40.

14. Traish AM, Saad F, Guay A. The dark side of testosterone deficiency: II. Type 2 diabetes and insulin resistance. *J Androl.* 2009;30(1):23-32.
15. Tirabassi G, Gioia A, Giovannini L, et al. Testosterone and cardiovascular risk. *Intern Emerg Med.* 2013;8 Suppl 1:65-9.
16. Yeap BB, Hyde Z, Almeida OP, et al. Lower testosterone levels predict incident stroke and transient ischemic attack in older men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(7):2353-9
17. Muller M, van den Beld AW, Bots ML, Grobbee DE, Lamberts SW, van der Schouw YT. Endogenous sex hormones and progression of carotid atherosclerosis in elderly men. *Circulation.* 2004;109(17):2074-9.
18. Lerchbaum E, Pilz S, Grammer TB, et al. High estradiol levels are associated with increased mortality in older men referred to coronary angiography. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2011;119(8):490-6
19. Callou de Sá EQ, Feijó de Sá FC, e Silva Rde S, et al. Endogenous oestradiol but not testosterone is related to coronary artery disease in men. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2011;75(2):177-83.
20. Mohamad MJ, Mohammad MA, Karayyem M, Hairi A, Hader AA. Serum levels of sex hormones in men with acute myocardial infarction. *Neuro Endocrinol Lett.* 2007;28(2):182-6.
21. Barud W, Palusinski R, Beltowski J, et al. Relation between markers of inflammation and estradiol in older men. *Med Sci Monit.* 2010;16(12):CR593-7.
22. Boyle JJ. Association of coronary plaque rupture and atherosclerotic inflammation. *J Pathol.* 1997;181(1):93-9.
23. Tivesten A, Vandenput L, Labrie F, et al. Low serum testosterone and estradiol predict mortality in elderly men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(7):2482-8.
24. Zmuda JM, Cauley JA, Kriska A, et al. Longitudinal relation between endogenous testosterone and cardiovascular disease risk factors in middle-aged men. A 13-year follow-up of former Multiple Risk Factor Intervention Trial participants. *Am J Epidemiol.* 1997;146(8):609-17.
25. Cohen PG. Obesity in men: the hypogonadal-estrogen receptor relationship and its effect on glucose homeostasis. *Med Hypotheses.* 2008 70(2):358-60.
26. Corona G, Rastrelli G, Monami M, et al. M Hypogonadism as a risk factor for cardiovascular mortality in men: a meta-analytic study. *Eur J Endocrinol.* 2011;165(5):687-701.

Is androgen depletion for metastatic prostate cancer a risk factor for cardiovascular events?

K. Stamatiou ¹, G. Dilernia ²

¹ Department of Urology, General Hospital "Tzaneion", Piraeus, Greece, and ² Athens Forensic Service, Athens, Greece

ABSTRACT

Cardiovascular disease is one of the most common causes of death worldwide and the most usual in the western populations. Although it affects both sexes, it is more frequent in males in whom it shortens the average life expectancy. This difference has been attributed to the negative effects of testosterone; however, recent research showed that this hormone may have protective effects on the cardiovascular system. In confirmation to the above current evidence suggests that the low levels of testosterone could be associated with an increased CVD risk and with an augmentation of morbidity and mortality in males. In the present article, we present cases of men with CVD and metastatic prostate cancer treated with bilateral orchiectomy who died of acute stroke during the perioperational period. The possible association of androgen deprivation with cardiovascular disease progression and the consequent risk of stroke are briefly discussed.

Keywords: Testosterone, Orchiectomy, Metastatic prostate cancer, Cardiovascular disease

Citation:

K. Stamatiou, G. Dilernia. Is androgen depletion for metastatic prostate cancer a risk factor for cardiovascular events? *Scientific Chronicles* 2013;18(4): 245-251

Μονόπλευρη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια ως μοναδική εκδήλωση της μονοκεντρικής νόσου Castleman.

Ν. Κανέλλιας¹, Δ. Κατσουράκης¹, Α. Αγγελίδης¹, Γ. Κρανιδιώτης¹, Γ. Αγιομαμίτης², Δ. Μυωτέρης³, Κ. Μανωλουδάκης³, Α. Μελιδώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, ² Β' Χειρουργική Κλινική και ³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος Castleman αποτελεί μία ετερογενή νοσολογική ομάδα, που χαρακτηρίζεται από λεμφαδενοπάθεια, με ή χωρίς συστηματικά συμπτώματα. Διακρίνεται στη μονοκεντρική μορφή, μία καλοήγη λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή, και στην πολυκεντρική, που συσχετίζεται με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Άνδρας 36 ετών προσήλθε λόγω ψηλάφησης ευμεγέθους, ανώδυνης διόγκωσης δεξιάς μασχαλιαίας χώρας. Από το ατομικό αναμνηστικό, σημειώνεται η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το παρελθόν, και οι κατ' επανάλληψη τραυματισμοί του ασθενούς από γάτα, που διατηρούσε στην οικία του. Εκ της αντικειμενικής εξέτασής, διαπιστώθηκε λεμφαδενική διόγκωση δεξιάς μασχαλιαίας χώρας χωρίς ανάδειξη άλλων διογκωμένων λεμφαδενικών ομάδων, καθώς και πολλαπλές αμυχές από όνυχες γάτας στα άνω άκρα. Ο ορολογικός έλεγχος για HIV και Bartonella ήταν αρνητικός. Διενεργήθηκε εκτομή του λεμφαδενικού block. Η καλλιέργεια του υλικού ήταν αρνητική. Η βιοψία ανέδειξε μονοκεντρική νόσο Castleman υαλοειδούς - αγγειακού τύπου, διάγνωση σπάνια, δεδομένου ότι η νόσος εκδηλώνεται, συνήθως, ως μεσοθωρακική, πυλαία ή ενδοκοιλιακή λεμφαδενοπάθεια, και σπανίως ως μονήρης περιφερική. Η εκτομή του λεμφαδενικού block στον ασθενή αρκούσε, ώστε να επιφέρει ίαση. Η μονοκεντρική νόσος Castleman αποτελεί ένα απομακρυσμένο, αλλά υπαρκτό ενδεχόμενο στη διερεύνηση της περιφερικής λεμφαδενοπάθειας.

Λέξεις ευρετηρίου: νόσος Castleman, μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια

Παραπομπή:

Ν. Κανέλλιας, Δ. Κατσουράκης, Α. Αγγελίδης, Γ. Κρανιδιώτης, Γ. Αγιομαμίτης, Δ. Μυωτέρης, Κ. Μανωλουδάκης, Α. Μελιδώνης. Μονόπλευρη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια ως μοναδική εκδήλωση της μονοκεντρικής νόσου Castleman. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 252-260

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος Castleman περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Benjamin Castleman και τους συνεργάτες του το 1956. Οι παραπάνω συγγραφείς εντόπισαν μία ομάδα ασθενών με υπερπλαστικούς μεσοθωρακικούς λεμφαδένες που χαρακτηρίζονταν από παρουσία υαλοειδοποίησης και νεοαγγειογένεσης [1]. Αργότερα, η ίδια ομάδα ερευνητών περιέγραψε, σε άλλη ομάδα ασθενών, την χαρακτηριστική υφή των λεμφαδένων:

μεγάλα υπερπλαστικά βλαστικά κέντρα και παρουσία πλασματοκυττάρων εντός των λεμφαδένων. Στην ομάδα αυτή, δεν παρατηρήθηκαν υαλοειδοποιημένοι λεμφαδένες σε όλους τους αρρώστους [2, 3]. Περιγράφουμε την περίπτωση ενός ασθενούς, με μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

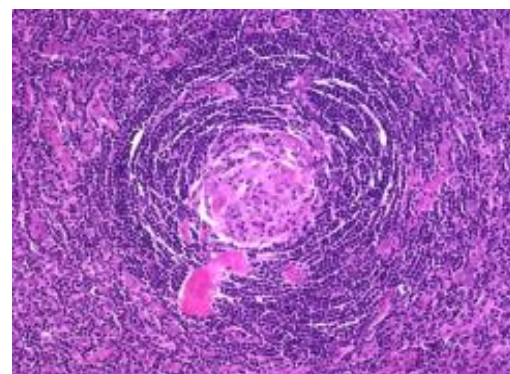
Ανδρας 36 ετών προσήλθε στην κλινική μετά από ψηλάφηση ευμεγέθους ανώδυνης μάζας δεξιάς μασχαλιαίας χώρας. Από το ατομικό αναμνηστικό, αναφέρεται χρήση ενδοφλεβίως χορηγούμενων εξαρτησιογόνων ουσιών, η οποία είχε διακοπεί από έτους. Επίσης, αναφέρεται στενή ενασχόληση και κατ' επανάληψη τραυματισμοί του ασθενούς από γάτα την οποία διατηρεί στη οικία του. Εκ της κλινικής εξέτασης, διαπιστώθηκε κινητή, ανώδυνη μη κλυδάζουσα μάζα στη δεξιά μασχαλιαία χώρα. Η μάζα αυτή δεν συμφύοταν με τα παρακείμενα μόρια. Κατά την ψηλάφηση, δεν αναδείχθηκαν διογκωμένοι λεμφαδένες στον τράχηλο, στην αριστερή μασχαλιαία χώρα, στις βουβωνικές ή επιτροχιλίες χώρες. Επισκοπικά, ο ασθενής έφερε αμυχές σε όλη την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, καθώς και στην παλαμιαία επιφάνεια των αντιβραχίων. Κατά την ακρόαση της κοιλιάς, οι εντερικοί ήχοι ήταν παρόντες, ενώ, κατά την ψηλάφηση, δεν διαπιστώθηκε ευαισθησία ή ηπατοσπληνομεγαλία. Οι αξονικές τομογραφίες θώρακος και άνω και κάτω κοιλιάς δεν ανέδειξαν παρουσία παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων ή άλλα παθολογικά ευρήματα.

Ο ορολογικός έλεγχος για τους ιούς των ηπατιτιδών ήταν θετικός για την ηπατίτιδα C. Ο έλεγχος για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας ήταν αρνητικός. Η αρχική διαφορική διάγνωση περιελάμβανε: α) τη νόσο εξ ονύχων γαλής, β) τα λεμφώματα, γ) άλλες βακτηριακές λοιμώξεις (staphylococcus, streptococcus), και δ) ιογενείς λοιμώξεις (EBV, CMV). Λαμβάνοντας υπόψη την ενασχόληση του ασθενούς με την γάτα που διατηρούσε στην οικία του, καθώς και τις πολλαπλές αμυχές που εντοπίστηκαν στο σώμα του, εστάλη ορολογικός έλεγχος προς τεκμηρίωση της νόσου εξ ονύχων γαλής (Cat scratch disease / αιτιολογικός παράγοντας: Bartonella

henselae). Οι τιμές των αντισωμάτων (IgG, IgM) ήταν αρνητικές. Ακολούθως, διενεργήθηκε εκτομή και βιοψία του λεμφαδενικού block. Ελήφθη επίσης, καλλιέργεια από το υλικό της βιοψίας, η οποία ήταν αρνητική. Η ιστολογική εξέταση του εξαιρεθέντος λεμφαδένα ανέδειξε: διατήρηση της αρχιτεκτονικής του λεμφαδένα, παρουσία μικρών βλαστικών κέντρων με ατροφικά φαινόμενα, διείσδυση αγγείων με υαλοειδοποιημένο τοίχωμα εντός των βλαστικών κέντρων, υπερπλασία και επέκταση της ζώνης του μανδύα με εστιακά φαινόμενα στοχοειδούς διάταξης. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ νόσου Castleman υαλοειδούς - αγγειακού τύπου.

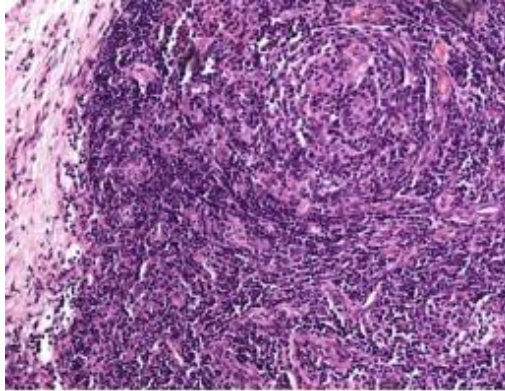
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παθολογοανατομικά, η νόσος Castleman διακρίνεται σε τρεις κύριους τύπους. Ο υαλοειδής αγγειακός τύπος (Εικόνα 1) χαρακτηρίζεται από την παρουσία λεμφαδένων με ατροφικά ή ατελώς διαφοροποιημένα βλαστικά κέντρα, που περιβάλλονται από διευρυμένη ζώνη μανδύα με μικρά λεμφοκύτταρα. Τα βλαστικά κέντρα περιλαμβάνουν αρκετά δένδριτικά κύτταρα, τα οποία εμφανίζουν αυξημένη έκφραση του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGFR). Οι λεμφόκολλοι είναι τυπικά εξαλειμμένοι [1, 3, 4].



Εικόνα 1. Υαλοειδής αγγειακός τύπος, θυλάκιο περιβαλλόμενο από διευρυμένη ζώνη μανδύα, με υαλοειδές βλαστικό κέντρο και αυξημένη αγγειοβρίθεια.

Ο πλάσματο-κυτταρικός τύπος (Εικόνα 2) χαρακτηρίζεται από υπερπλαστικά βλαστικά κέντρα και συχνά παρουσία κάποιων ατελώς διαφοροποιημένων λεμφαδένων. Οι λεμφαδένες είναι αγγειοβριθείς και περιέχουν πλάσματοκύτταρα. Οι λεμφόκολλοι είναι παρόντες, ειδικά στην πολυκεντρική μορφή [3].



Εικόνα 2. Πλάσματοκυτταρικός τύπος, παρουσία αντιδραστικού θυλακίου με υπερπλαστικό βλαστικό κέντρο και ενδοθυλακικά πλάσματοκύτταρα.

Ο τρίτος τύπος της νόσου είναι ο σχετιζόμενος με λοίμωξη από τον ανθρώπινο ερπητοϊό 8 (HHV-8, human herpes virus-8), ο οποίος χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση της αρχιτεκτονικής του λεμφαδένα και αυξημένο αριθμό λεμφαδένων, που ποικίλουν από υπερπλαστικοί έως εξασθενημένοι. Εσωτερικά, ο λεμφαδένας περιλαμβάνει ώριμα πλάσματοκύτταρα, παρόμοια με αυτά που απαντώνται στον πλάσματοκυτταρικό τύπο. Στον τύπο αυτό, απαντάται αυξημένος αριθμός ανοσοβλαστών στην εξωτερική ζώνη του μανδύα και μερικές φορές στα βλαστικά κέντρα [5, 6].

Παθογενετικά, η υπερπλασία των βλαστικών κέντρων, η αύξηση των ανοσοβλαστών και των πλάσματοκυττάρων και η αυξημένη αγγειογένεση, οφείλονται στην ανταπόκριση σε

φυσιολογικά αντιγονικά ερεθίσματα. Τα λεμφοκύτταρα της ζώνης του μανδύα είναι πολυκλωνικά και εκφράζουν IgD ή IgM ανοσοσφαιρίνες [7, 8]. Στην παθογένεια της νόσου, παίζουν ρόλο ο HHV 8 και η ιντερλευκίνη 6 (IL-6) [9-14].

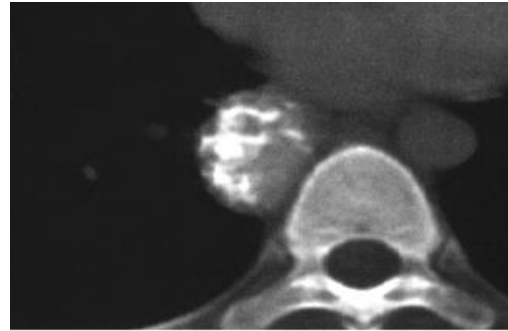
Σημαντική πρόοδος αναφορικά με την παθογένεια της νόσου πραγματοποιήθηκε με την απομόνωση του ιού HHV-8 σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ασθενών με νόσο Castleman [15]. Ο ιός HHV-8 ονομάζεται επίσης ερπητοϊός σχετιζόμενος με το σάρκωμα Kaposi. Ο ιός HHV-8 είναι ένας γ-ερπητοϊός, ο οποίος εμφανίζει ομοιότητες με τον EBV και τον Herpes virus salmieri, ο οποίος έχει βρεθεί τόσο σε ενδημικές όσο και σε σχετιζόμενες με τον ιό περιπτώσεις σαρκώματος Kaposi [16, 17]. Ο ιός HHV-8 έχει συσχετισθεί κυρίως με δύο λεμφουπερπλαστικές οντότητες: τα πρωτοπαθή λεμφώματα από διάχυση και την πολυκεντρική νόσο Castleman (MCD). Η MCD μπορεί να εξελιχθεί σε B-πλάσμαβλαστικό λέμφωμα [5]. Η παθογενετική σχέση μεταξύ της MCD και του HHV-8 έγινε κατανοητή λαμβάνοντας υπ' όψη την κλινική συσχέτιση μεταξύ του σαρκώματος Kaposi και της MCD. Αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι ο ιός HHV-8 έχει ανευρεθεί σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις HIV θετικών ασθενών και σε ποσοστό 40%-50% των HIV αρνητικών ασθενών με MCD [18, 19]. Η χρήση ανοσοϊστοχημικών χρώσεων για την ανίχνευση των αντιγόνων του ιού HHV-8 σε ασθενείς με MCD κατέδειξαν την παρουσία του σε ποσοστό 10%-30% των λεμφοκυττάρων της ζώνης του μανδύα [20-22]. Οι επιμολυσμένοι από τον ιό HHV-8 ανοσοβλάστες εμφανίζουν υψηλό ρυθμό πολλαπλασιασμού [6].

Τόσο η μονοκεντρική όσο και η πολυκεντρική μορφή της νόσου έχουν συσχετισθεί με αυξημένα επίπεδα IL-6. Στην μονοκεντρική μορφή της νόσου η παραγωγή της IL-6 από μία μόνο

λεμφαδενική ομάδα είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση συστηματικών συμπτωμάτων και η εκτομή της υπεύθυνης αυτής λεμφαδενικής ομάδας, οδηγεί στη διακοπή παραγωγής IL-6 και στην διακοπή των εξ' αυτής προκαλούμενων συμπτωμάτων. Τα πιθανά υπεύθυνα κύτταρα για την παραγωγή του μορίου αυτού είναι τα β-κύτταρα του βλαστικού κέντρου, τα δένδριτικά κύτταρα ή τα ευρισκόμενα στις διάμεσες περιοχές του λεμφαδένα κύτταρα. Στους επίμυες η διαγονιδιακή έκφραση της IL-6 οδηγεί στην εμφάνιση ενός συνδρόμου παρόμοιου με την MCD, που περιλαμβάνει περιφερική λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία, κι εκτεταμένη διήθηση των λεμφαδένων από πλασματοκύτταρα [23]. Τα HHV-8 θετικά κύτταρα εκκρίνουν μία παραλλαγή του μορίου της IL-6 (vIL-6) που κωδικοποιείται από το γενετικό υλικό του HHV-8, το οποίο ενεργοποιεί τον ανθρώπινο υποδοχέα της IL-6 [22]. Οι μη επιμολυσμένοι από τον ιό HHV-8 ανοσοβλάστες της ζώνης του μανδύα εκφράζουν το μόριο VIL-6 σε ποσοστό 5%-25% σε ασθενείς με MCD [21, 22, 24, 25].

Κλινικά, η νόσος Castleman περιλαμβάνει δύο κύριες νοσολογικές οντότητες: την μονοκεντρική και την πολυκεντρική μορφή.

Η μονοκεντρική μορφή απαντάται πιο συχνά σε νεαρούς ενήλικες, ως μεμονωμένη καλοήγησ λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή, που κατά κανόνα δεν σχετίζεται με λοίμωξη από τον HHV-8. Η μεγαλύτερη δημοσιευμένη σειρά ασθενών περιελάμβανε 81 περιπτώσεις. Το 90% των ασθενών εμφάνιζε, παθολογοανατομικά, τον υαλοειδή αγγειακό τύπο της νόσου. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ασυμπτωματικοί, και η ανεύρεση της νόσου γινόταν τυχαία, κατά τον απεικονιστικό έλεγχο. Η διάμεση ηλικία ήταν 35 έτη και η αναλογία ανδρών - γυναικών 1:1. Το μέσο μέγεθος των βλαβών ήταν 5 έως 9 cm. Από τις 81 περιπτώσεις, στη συγκεκριμένη σειρά ασθενών, στις 72, η λεμφαδενοπάθεια



Εικόνα 3. Αξονική τομογραφία (οστικό παράθυρο) χωρίς σκιαγραφική ενίσχυση, που αναδεικνύει μάζα στο οπίσθιο μεσοθωράκιο. Η μάζα αυτή εμφανίζει τυπικό πρότυπο και στο εσωτερικό της αναγνωρίζονται αποστιτανώσεις.

εντοπιζόταν στο μεσοθωράκιο (Εικόνα 3), ενώ σε 5 στον τράχηλο. Η ανεύρεση περιφερικής λεμφαδενοπάθειας ήταν ασυνήθιστη [3].

Σε 10%-20% των ασθενών με μονοκεντρική μορφή της νόσου ανευρίσκεται ο πλασματοκυτταρικός τύπος. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών είναι ίδια με αυτά που απαντώνται στον υαλοειδή αγγειακό τύπο, με μόνη διαφορά την επιπλέον ύπαρξη εργαστηριακών ευρημάτων, όπως αναιμία, αυξημένη ταχύτητα καθίζησης, και υπεργαμμασφαιριναιμία. Αναφορικά με τις επιπλοκές, η μονοκεντρική νόσος Castleman έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο λεμφώματος. Κατά την παρακολούθηση μίας σειράς 48 ασθενών, τρεις εξ' αυτών εκδήλωσαν non - Hodgkin λέμφωμα, ένας Hodgkin λέμφωμα, και δύο αμυλοείδωση, παρά την προηγούμενη ολική εκτομή [6, 21, 22, 26, 27].

Στην πολυκεντρική μορφή της νόσου, συνυπάρχει αρκετά συχνά λοίμωξη από τον ιό της επίκτητης ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV, human immunodeficiency virus). Η διάμεση ηλικία των ασθενών είναι μεταξύ 52 και 65 χρονών, αλλά οι ασθενείς με HIV λοίμωξη είναι συνήθως νεότεροι [22, 24, 26-32]. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με HIV λοίμωξη

είναι μολυσμένοι με τον ιό HHV-8. Ιστολογικά, η πλειονότητα των περιπτώσεων υπάγεται στον πλασματοκυτταρικό ή μικτό (υαλοειδή - πλασματοκυτταρικό) τύπο, με λιγότερο από 10% των περιπτώσεων να υπάγονται στον υαλοειδή τύπο της νόσου [22,26-29,31]. Οι λεμφαδένες από HIV (+) ασθενείς είναι σχεδόν πάντα θετικοί για τον ιό HHV-8, ενώ σε ποσοστό 40% συνυπάρχει σάρκωμα Kaposi [30]. Αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν βραδεία εξέλιξη, ενώ άλλοι, μεταξύ των οποίων και οι HIV (+), ταχεία [7, 28]. Στους ασθενείς με πολυκεντρική νόσο, η περιφερική λεμφαδενοπάθεια είναι σχεδόν πάντοτε παρούσα [7, 22, 26, 28]. Συνήθως, είναι γενικευμένη και συνοδεύεται από ηπατοσπληνομεγαλία [33]. Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν αναιμία, υπολευκωματιναιμία, υπεργαμμασφαιριναιμία, και αυξημένη ταχύτητα καθίζησης [34]. Τα κλινικά ευρήματα είναι μη ειδικά και περιλαμβάνουν πυρετό, νυκτερινές εφιδρώσεις, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων. Λιγότερο από 10% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί. Η πολυκεντρική μορφή έχει συσχετιστεί με σάρκωμα Kaposi, non Hodgkin λέμφωμα, Hodgkin λέμφωμα, και σύνδρομο POEMS.

Θεραπεία

Στην μονοκεντρική μορφή, η πλήρης εκτομή του πάσχοντος λεμφαδένα επιφέρει ίαση [20]. Μέχρι στιγμής, δεν έχουν αναφερθεί υποτροπές της μονοκεντρικής μορφής της νόσου μετά από ολική εκτομή. Τα συστηματικά συμπτώματα εμφανίζουν επίσης ύφεση [3, 6, 21, 22, 26]. Σε ασθενείς στους οποίους η ολική εκτομή δεν κατέστη δυνατή, η πρόγνωση είναι ευνοϊκή. Οι μερικές αφαιρεθείσες λεμφαδενικές μάζες μπορεί να παραμείνουν σταθερές σε μέγεθος και ασυμπτωματικές για πολλά χρόνια [3, 21, 22].

Αναφορικά με τη θεραπεία της πολυκεντρικής μορφής της νόσου δεν υπάρχουν δεδομένα από τυχαιοποιημένες μελέτες. Παρ' όλα αυτά, στη βιβλιογραφία αναφέρονται στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η χρήση του Rituximab, ενός μονοκλωνικού αντι-CD20 αντισώματος ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να πετύχει υφέσεις μεγάλης διάρκειας σε υψηλό ποσοστό ασθενών [34, 35]. Η χορήγηση συνδυασμού χημειοθεραπευτικών φαρμάκων βρίσκει εφαρμογή σε ασθενείς με επιθετική νόσο (βλάβες σε όργανα στόχους) [33]. Σε ασθενείς με επιβαρυνμένη γενική κατάσταση, οι οποίοι δεν είναι υποψήφιοι για επιθετική θεραπεία, τα προτιμώμενα σχήματα είναι τα γλυκοκορτικοειδή ή η μονοθεραπεία με βινμπλαστίνη ή ετοποσιδη για ανακούφιση των συμπτωμάτων. Τα γλυκοκορτικοειδή έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί, με ποσοστό συνολικής ανταπόκρισης 60%-70%, ενώ δεν φαίνεται να έχουν ανταπόκριση σε HIV+ MCD. Ενώ η ολική αφαίρεση των προσβεβλημένων λεμφαδένων επιφέρει ίαση στην μονοκεντρική μορφή της νόσου, δεν έχει θέση στην πολυκεντρική μορφή [20].

Οι αναστολείς της IL-6 όπως το siltuximab επιτυγχάνουν κλινική αποτελεσματικότητα, με αποτέλεσμα τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Στον αντίποδα, υπάρχουν μελέτες, στις οποίες η βελτίωση των συμπτωμάτων ήταν παροδική και η επανεμφάνισή τους συνέβη σύντομα μετά τη διακοπή της θεραπείας [36-38]. Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων κατά του υποδοχέα της IL-6 ανέδειξε παρόμοια αποτελέσματα με υποτροπή των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της θεραπείας [39].

Άλλες θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων και τη χορήγηση αντιικών παραγόντων. Σε μια σειρά τριών

ασθενών οι οποίοι δεν είχαν ανταποκριθεί στη χορήγηση χημειοθεραπείας, η μεταμόσχευση ,οδήγησε στην εμφάνιση ύφεσης [40-42]. Οι κλινικές εκδηλώσεις στην MCD εμφανίζουν συσχέτιση με το ιϊκό φορτίο του HHV-8 στον ορό. Σε in vitro μελέτες η χορήγηση των αντιϊκών ganciclovir, foscarnet ή cidofovir περιορίσε τον πολλαπλασιασμό του HHV-8. Παρ' όλα αυτά τα κλινικά δεδομένα από τη χρήση αντιϊκών σκευασμάτων είναι περιορισμένα [21, 22].

Η αρχική διαγνωστική σκέψη κατευθύνθηκε προς τη νόσο εξ ονύχων γαλής, λόγω των πολλαπλών αμυχών του ασθενούς από την γάτα που διατηρούσε στην οικία του. Παρ' όλο που οι τίτλοι των αντισωμάτων για την *Bartonella henselae* ήταν αρχικά αρνητικοί, επανεστάλησαν μετά από πάροδο 45 ημερών προς επιβεβαίωση (αποκλεισμός μιας πιθανής αρχικά λανθάνουσας λοίμωξης). Οι τιμές των αντισωμάτων ανευρέθηκαν εκ νέου αρνητικές. Οι λοιπές βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις αποκλείστηκαν, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εικόνα του ασθενούς (απουσία κακουχίας, μυαλγιών, αρθραλγιών, απώλειας βάρους) και τον εργαστηριακό έλεγχο (απουσία λευκοκυττάρωσης, απουσία αύξησης δεικτών φλεγμονής).

Η βιοψία του εξαιρεθέντος λεμφαδενικού ιστού, σε συνδυασμό με την απουσία συστηματικών συμπτωμάτων και τον αρνητικό έλεγχο για HIV λοίμωξη, έθεσαν τη διάγνωση της μονοκεντρικής μορφής της νόσου Castleman. Ο ασθενής υπεβλήθη και σε αξονικές τομογραφίες θώρακος, και άνω - κάτω κοιλίας, οι οποίες δεν ανέδειξαν παρουσία παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων σε άλλη ανατομική περιοχή. Μετά από πάροδο δύο μηνών, ο ασθενής δεν επανεμφάνισε λεμφαδενική διόγκωση στη δεξιά μασχαλαία χώρα.

Το εξαιρετικό ενδιαφέρον του εν λόγω περιστατικού έγκειται, πέραν της σπανιότητας της διαγνώσεως, στην περιφερική εντόπιση της λεμφαδενοπάθειας, γεγονός ασυνήθιστο, δεδομένου ότι η μονοκεντρική νόσος Castleman εκδηλώνεται, κατά κανόνα, ως κεντρική (μεσοθωρακική, πυλαία ή ενδοκοιλιακή) λεμφαδενοπάθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η μονοκεντρική νόσος Castleman αποτελεί ένα απομακρυσμένο, αλλά υπαρκτό ενδεχόμενο στην διερεύνηση της μονήρους περιφερικής λεμφαδενοπάθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*.1956;9:822.
2. Flendrig JA, Schillings PHM. Benign giant lymphoma: The clinical signs and symptoms. *Folia Med Neerl*.1969;12:119.
3. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer*.1972;29:670.
4. Frizzera G. Atypical lymphoproliferative disorders. In: *Neoplastic Hematopathology*, Knowles DM (Ed), Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2001:595.

5. Du MQ, Liu H, Diss TC, et al. Kaposi sarcoma-associated herpesvirus infects monotypic (IgM lambda) but polyclonal naive B cells in Castleman disease and associated lymphoproliferative disorders. *Blood*.2001;97:2130.
6. Dupin N, Diss TL, Kellam P, et al. HHV-8 is associated with a plasmablastic variant of Castleman disease that is linked to HHV-8-positive plasmablastic lymphoma. *Blood*.2000;95:1406.
7. Peterson BA, Frizzera G. Multicentric Castleman's disease. *Semin Oncol*.1993;20:636.
8. Soulier J, Grollet L, Oksenhendler E, et al. Molecular analysis of clonality in Castleman's disease. *Blood* 1995;86:1131
9. Dupin N, Gorin I, Deleuze J, et al. Herpes-like DNA sequences, AIDS-related tumors, and Castleman's disease. *N Engl J Med*.1995;333:798; author reply 798.
10. Cesarman E, Chang Y, Moore PS, et al. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-related body-cavity-based lymphomas. *N Engl J Med*.1995;332:1186.
11. Cesarman E, Knowles DM. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus: a lymphotropic human herpesvirus associated with Kaposi's sarcoma, primary effusion lymphoma, and multicentric Castleman's disease. *Semin Diagn Pathol*.1997;14:54.
12. Gessain A, Brière J, Angelin-Duclos C, et al. Human herpes virus 8 (Kaposi's sarcoma herpes virus) and malignant lymphoproliferations in France: a molecular study of 250 cases including two AIDS-associated body cavity based lymphomas. *Leukemia*.1997;11:266.
13. Luppi M, Barozzi P, Maiorana A, et al. Human herpesvirus-8 DNA sequences in human immunodeficiency virus-negative angioimmunoblastic lymphadenopathy and benign lymphadenopathy with giant germinalcenter hyperplasia and increased vascularity. *Blood*.1996; 87:3903.
14. Matsushima AY, Strauchen JA, Lee G, et al. Posttransplantation plasmacytic proliferations related to Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus. *Am J Surg Pathol*.1999;23:1393.
15. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994; 266:1865.
16. Moore PS, Chang Y. Detection of herpesvirus-like DNA sequences in Kaposi's sarcoma in patients with and without HIV infection. *N Engl J Med* 1995; 332:1181.
17. Soulier J, Grollet L, Oksenhendler E, et al. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-like DNA sequences in multicentric Castleman's disease. *Blood* 1995; 86:1276.
18. Kikuta H, Itakura O, Taneichi K, Kohno M. Tropism of human herpesvirus 8 for peripheral blood lymphocytes in patients with Castleman's disease. *Br J Haematol* 1997;99:790.
19. Gessain A, Sudaka A, Brière J, et al. Kaposi sarcoma-associated herpes-like virus (human herpes virus type 8) DNA sequences in multicentric Castleman's disease: is there any relevant association in non human immunodeficiency virus-infected patients? *Blood* 1996; 87:414.
20. Talat N, Belgaumkar AP, Schulte KM. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases. *Ann Surg*.2012;255:677.

21. Parravicini C, Corbellino M, Paulli M, et al. Expression of a virus-derived cytokine, KSHV vIL-6, in HIVseronegative Castleman's disease. *Am J Pathol.*1997;151:1517.
22. Bowne WB, Lewis JJ, Filippa DA, et al. The management of unicentric and multicentric Castleman's disease: a report of 16 cases and a review of the literature. *Cancer.*1999;85:706.
23. Brandt SJ, Bodine DM, Dunbar CE, Nienhuis AW. Dysregulated interleukin 6 expression produces a syndrome resembling Castleman's disease in mice. *J Clin Invest* 1990; 86:592.
24. Dossier A, Meignin V, Fieschi C, et al. Human herpesvirus 8-related Castleman disease in the absence of HIV infection. *Clin Infect Dis.*2013;56:833
25. Cannon JS, Nicholas J, Orenstein JM, et al. Heterogeneity of viral IL-6 expression in HHV-8-associated diseases. *J Infect Dis* 1999; 180:824.
26. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, et al. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman disease. *Ann Intern Med.*1998;128:657.
27. Maslovsky I, Uriev L, Lugassy G. The heterogeneity of Castleman disease: report of five cases and review of the literature. *Am J Med Sci.*2000;320:292.
28. Frizzera G, Peterson BA, Bayrd ED, Goldman A. A systemic lymphoproliferative disorder with morphologic features of Castleman's disease: clinical findings and clinicopathologic correlations in 15 patients. *J Clin Oncol.*1985;3:1202.
29. Kessler E. Multicentric giant lymph node hyperplasia. A report of seven cases. *Cancer.*1985;56:2446.
30. Oksenhendler E, Duarte M, Soulier J, et al. Multicentric Castleman's disease in HIV infection: a clinical and pathological study of 20 patients. *AIDS.*1996;10:61.
31. Weisenburger DD, Nathwani BN, Winberg CD, Rappaport H. Multicentric angiofollicular lymph node hyperplasia: a clinicopathologic study of 16 cases. *Hum Pathol.*1985;16:162.
32. Bower M, Newsom-Davis T, Naresh K, et al. Clinical Features and Outcome in HIV Associated Multicentric Castleman's Disease. *J Clin Oncol.*2011;29:2481.
33. Bower M. How I treat HIV-associated multicentric Castleman disease. *Blood.*2010;116:4415
34. Bower M, Powles T, Williams S, et al. Brief communication: rituximab in HIV-associated multicentric Castleman disease. *Ann Intern Med.*2007;147:836.
35. Hoffmann C, Schmid H, Müller M, et al. Improved outcome with rituximab in patients with HIV-associated multicentric Castleman disease. *Blood.*2011;118:3499
36. Beck JT, Hsu SM, Wijdenes J, et al. Brief report: alleviation of systemic manifestations of Castleman's disease by monoclonal anti-interleukin-6 antibody. *N Engl J Med* 1994; 330:602.
37. Foussat A, Fior R, Girard T, et al. Involvement of human interleukin-6 in systemic manifestations of human herpesvirus type 8-associated multicentric Castleman's disease. *AIDS* 1999; 13:150.
38. van Rhee F, Fayad L, Voorhees P, et al. Siltuximab, a novel anti-interleukin-6 monoclonal antibody, for Castleman's disease. *J Clin Oncol* 2010; 28:3701.

39. Nishimoto N, Sasai M, Shima Y, et al. Improvement in Castleman's disease by humanized antiinterleukin- 6 receptor antibody therapy. *Blood* 2000; 95:56.
40. Repetto L, Jaiprakash MP, Selby PJ, et al. Aggressive angiofollicular lymph node hyperplasia treated with high dose melphalan and autologous bone marrow transplantation. *Hematol Oncol* 1986; 4:213.
41. Advani R, Warnke R, Rosenberg S. Treatment of multicentric Castleman's disease complicated by the development of non-Hodgkin's lymphoma with high-dose chemotherapy and autologous peripheral stemcell support. *Ann Oncol* 1999; 10:1207.
42. Ganti AK, Pipinos I, Culcea E, et al. Successful hematopoietic stem-cell transplantation in multicentric Castleman disease complicated by POEMS syndrome. *Am J Hematol* 2005; 79:206.

CASE REPORT

One sided axillary lymphadenopathy as the only manifestation of single-center Castleman disease

N. Kanellias¹, D. Katsourakis¹, A. Angelidi¹, G. Kranidiotis¹, G. Agiomamitis², D. Myoteri³, K. Manoloudaki³, A. Melidonis¹

¹First Department of Internal Medicine, ²Second Department of Surgery, and ³Department of Pathology "Tzaneion" General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Castleman's disease is characterized by lymphadenopathy, with or without systematic symptoms .It comprises of two distinct types, monocentric type which is a benign lymphoproliferative disease, and multicentric type, which is associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection . A 36 year old man was attended due to palpation of a sizable, painless mass in the right axilla. He had a previous history of intravenous drug addiction. His medical history, also revealed repeated scratches from his cat. Moreover, his clinical examination revealed the presence of a swollen lymph node group in the right axilla and multiple lacerations in the upper extremities. No other palpable lymph node groups were detected. The serological tests for HIV and Bartonella were negative. A resection of the lymphatic block was performed and the biopsy culture was negative. However, biopsy revealed monocentric Castleman disease, hyaline - vascular type, which is a rare manifestation of the disease since it usually presents as mediastinal, hilar or intraabdominal lymphadenopathy, and rarely as a single peripheral. The resection of the lymphatic block was sufficient to cure the patient. The monocentric Castleman disease is a rare but possible cause of peripheral lymphadenopathy .

Keywords: Castleman's disease, axillary lymphadenopathy.

Citation:

N. Kanellias, D. Katsourakis, A. Angelidi, G. Kranidiotis, G. Agiomamitis, D. Myoteri, K. Manoloudaki, A. Melidonis. Study of Stroke in Greece and Germany. Scientific Chronicles 2013;18(4): 252-260

Κωνσταντίνος Τζιρογιάννης

Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο», Πειραιάς

Παραπομπή

Κ. Τζιρογιάννης. Βραχείες βιβλιογραφικές ενημερώσεις. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 261-266

Η απόσπαση της προσοχής κατά την οδήγηση και η σχέση της με τα τροχαία ατυχήματα σε αρχάριους και έμπειρους οδηγούς.

Sheila G. Klauer, Ph.D., Feng Guo, Ph.D., Bruce G. Simons-Morton, Ed.D., M.P.H., Marie Claude Ouimet, Ph.D., Suzanne E. Lee, Ph.D., and Thomas A. Dingus, Ph.D.

[N Engl J Med 2014; 370:54-59 January 2, 2014 DOI: 10.1056/NEJMsa120414](https://doi.org/10.1056/NEJMsa120414)

Εισαγωγή

Η απόσπαση της προσοχής λόγω ενασχόλησης με άλλες δραστηριότητες αποτελεί κύρια αιτία τροχαίων ατυχημάτων στους εφήβους όσο και σε ενήλικες πεπειραμένους οδηγούς.

Υλικά και Μέθοδοι

Διεξήχθησαν δύο μελέτες προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες όπως η χρήση κινητών τηλεφώνων και του κινδύνου τροχαίων ατυχημάτων ή παρ' ολίγο τροχαίων ατυχημάτων. Προκειμένου η παραπάνω σχέση να διερευνηθεί αντικειμενικά τοποθετήθηκαν ταχογράφοι, κάμερες, συσκευές GPS και λοιποί αισθητήρες σε 42 οχήματα νεαρών οδηγών (ηλικίας 16.3-17 ετών) και 109 οχήματα ενηλίκων με μεγαλύτερη εμπειρία οδήγησης.

Αποτελέσματα

Κατά την διάρκεια της μελέτης παρατηρήθηκαν 167 τροχαία ατυχήματα και παρ' ολίγο τροχαία ατυχήματα σε νεαρούς οδηγούς και 518 τροχαία ατυχήματα και παρ' ολίγο ατυχήματα σε περισσότερο έμπειρους ενήλικες οδηγούς. Ο κίνδυνος τροχαίου ή παρ' ολίγο τροχαίου ατυχήματος αυξήθηκε σημαντικά όταν οι οδηγοί πληκτρολογούσαν έναν αριθμό στο κινητό τους τηλέφωνο (odds ratio, 8.32; 95% confidence interval CI, 2.83 to 24.42), έψαχναν για το κινητό τους τηλέφωνο (odds ratio, 7.05; 95% CI, 2.64 to 18.83), έστελναν ή διάβαζαν μηνύματα στο κινητό τους (odds ratio, 3.87; 95% CI, 1.62 to 9.25), έψαχναν για άλλα αντικείμενα εκτός από το κινητό τους (odds ratio, 8.00; 95% CI, 3.67 to 17.50), παρατηρούσαν αντικείμενα στην άκρη του δρόμου (odds ratio, 3.90; 95% CI, 1.72 to 8.81), ή έτρωγαν (odds ratio, 2.99; 95% CI, 1.30 to 6.91). Στους έμπειρους οδηγούς η πληκτρολόγηση ενός αριθμού στο κινητό τους τηλέφωνο συνδέθηκε με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο τροχαίου ή παρ' ολίγο τροχαίου (odds ratio, 2.49; 95% CI, 1.38 to 4.54) και ο κίνδυνος που σχετιζόταν με την πληκτρολόγηση μηνυμάτων ή την πλοήγηση στο διαδίκτυο δεν μελετήθηκε

σε αυτή την ομάδα πληθυσμού. Ο επιπολασμός επικέντρωσης της προσοχής σε άλλες δραστηριότητες εκτός της οδήγησης αυξήθηκε με τον χρόνο στους νεαρούς οδηγούς αλλά όχι στους ενήλικες περισσότερο έμπειρους οδηγούς.

Συμπεράσματα

Ο κίνδυνος τροχαίων ατυχημάτων και παρ' ολίγο ατυχημάτων αυξάνεται σημαντικά με την ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες όπως η αποστολή και ανάγνωση μηνυμάτων και η κλήση τηλεφωνικών αριθμών. (Χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Eunice Kennedy Shriver National Institute για την Υγεία των Παιδιών και την Πρόοδο των Γυναικών και την Εθνική Διοίκηση για την Ασφάλεια Κυκλοφορίας Εθνικών Οδών).

Η χορήγηση Romosozumab σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χαμηλή οστική πυκνότητα

Michael R. McClung, M.D., Andreas Grauer, M.D., Steven Boonen, M.D., Ph.D., Michael A. Bolognese, M.D., Jacques P. Brown, M.D., Adolfo Diez-Perez, M.D., Ph.D., Bente L. Langdahl, Ph.D., D.M.Sc., Jean-Yves Reginster, M.D., Ph.D., Jose R. Zanchetta, M.D., Scott M. Wasserman, M.D., Leonid Katz, M.D., Judy Maddox, D.O., Yu-Ching Yang, Ph.D., Cesar Libanati, M.D., and Henry G. Bone, M.D.

January 1, 2014 DOI: 10.1056/NEJMoa1305224

Εισαγωγή

Η σκληροστίνη παράγεται από τα οστεοκύτταρα και αναστέλλει την δράση των οστεοκλαστών. Το μονοκλωνικό αντίσωμα romosozumab προσδένεται στην σκληροστίνη και αυξάνει τον σχηματισμό νέου οστού.

Υλικά και Μέθοδοι

Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της Romosozumab αξιολογήθηκε με μία σταδίου 2 διεθνή, πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, με ομάδα ελέγχου μελέτη παράλληλων ομάδων που περιελάμβανε 8 ομάδες. Η μελέτη είχε διάρκεια 12 μηνών και συμπεριέλαβε 419 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 55-85 ετών με χαμηλή οστική πυκνότητα (T score -2 ή μικρότερο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στο ισχίο ή στον αυχένα του μηριαίου οστού και -3.5 ή μεγαλύτερο σε καθένα από τα τρία σημεία). Οι συμμετέχουσες τυχαιοποιήθηκαν σε 8 ομάδες που έλαβαν romosozumab μηνιαίως υποδορίως σε δόση 70 mg, 140 mg, ή 210 mg ή δόση 140 ή 210 mg κάθε τρίμηνο, placebo υποδορίως ή ουσίες προς σύγκριση με γνωστή αποτελεσματικότητα όπως από του στόματος alendronate σε δόση 70 mg την εβδομάδα ή teriparatide υποδορίως σε δόση 20 μg ημερησίως. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η ποσοστιαία αλλαγή, σε σχέση με τις αρχικές τιμές, της οστικής πυκνότητας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης στους 12 μήνες. Δευτερεύοντα τελικά σημεία περιελάμβαναν τις ποσοστιαίες αλλαγές στην οστική πυκνότητα σε άλλα σημεία και αλλαγές σε δείκτες μεταβολισμού και ανακύκλωσης των οστών.

Αποτελέσματα

Η χορήγηση Romosozumab σε όλες τις δόσεις συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση της οστικής πυκνότητας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης συμπεριλαμβανομένης αύξησης κατά 11.3% με την δόση των 210 mg μηνιαίως σε σχέση με την μείωση κατά 0.1% με την χορήγηση placebo και την αύξηση κατά 4.1% με την χορήγηση alendronate και κατά 7.1% με την χορήγηση teriparatide. Η χορήγηση Romosozumab συνοδεύτηκε επίσης από αύξηση της οστικής πυκνότητας στο ισχίο και στον αυχένα του μηριαίου οστού όπως και από αντίστοιχες παροδικές αυξήσεις στους δείκτες αναβολισμού των οστών και μειώσεις στους δείκτες καταβολισμού. Με την εξαίρεση των ήπιων αντιδράσεων στις θέσεις των ενέσεων που γενικά δεν επανελήφθησαν οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν παρόμοιες μεταξύ των διαφόρων υποομάδων στην μελέτη.

Συμπεράσματα

Η χορήγηση Romosozumab σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χαμηλή οστική πυκνότητα αυξάνει τον σχηματισμό νέου οστού και την οστική πυκνότητα και μειώνει την απορρόφηση οστίτη ιστού. (Χρηματοδότηση από Amgen and UCB Pharma; αριθμός μελέτης [NCT00896532](#))

Η αναστολή της σκληροστίνης για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης – Μία νέα προσέγγιση

Carolyn B. Becker, M.D.

January 1, 2014 DOI: 10.1056/NEJMe1315500

Η ανάγκη για νέες αποτελεσματικές θεραπείες για την οστεοπόρωση είναι ακόμα έντονη σήμερα. Το 2002 η εισαγωγή της teriparatide, ενός ανασυνδυασμένου αναλόγου της παραθορμόνης (PTH [1-34]), άνοιξε ένα νέο ενδιαφέρον και πολλά υποσχόμενο κεφάλαιο στην θεραπεία της οστεοπόρωσης. Για πρώτη φορά ήταν διαθέσιμος στην θεραπευτική ένας αναβολικός παράγοντας που αύξανε σημαντικά την οστική πυκνότητα, μείωνε τον κίνδυνο καταγμάτων και αποκαθιστούσε την αρχιτεκτονική των οστών στο φυσιολογικό ή σχεδόν στο φυσιολογικό. Παρά τις εντυπωσιακές της δράσεις όμως η teriparatide δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής στην θεραπευτική και επομένως και κλινικού ελέγχου στην πράξη λόγω κυρίως της ανάγκης χορήγησης της καθημερινά υποδορίως, της προειδοποίησης για σαρκώματα σε αρουραίους και του υψηλού της κόστους. Σήμερα η ανάγκη ανεύρεσης νέων αποτελεσματικών θεραπειών για την οστεοπόρωση είναι επιτακτική δεδομένου ότι οι διαθέσιμες θεραπείες που καταστέλλουν την απορρόφηση του οστίτη ιστού δεν αποκαθιστούν στο φυσιολογικό την αρχιτεκτονική των οστών και επιπλέον έχουν και σημαντικούς περιορισμούς.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των McClung et al. που παραθέτεται παραπάνω αποτελούν μια σημαντική ανακάλυψη στην θεραπευτική της οστεοπόρωσης. Η παραπάνω μελέτη εισάγει στην κλινική πράξη την romosozumab, που είναι εξανθρωπισμένο μονοκλωνικό αντίσωμα που στρέφεται εναντίον της σκληροστίνης μιάς γλυκοπρωτεΐνης που παράγεται

από τους οστεοκλάστες. Οι άνθρωποι με γενετικά ελλείμματα στο γονίδιο της σκληροστίνης και ποντίκια στα οποία το γονίδιο της σκληροστίνης έχει εξαλειφθεί (*Sost* ποντίκια) εμφανίζουν μειωμένη μηχανική αντοχή των οστών και αυξημένη επιδεκτικότητα σε κατάγματα. Η σκληροστίνη δρα αναστέλλοντας την Wnt και τις πρωτεϊνικές οδούς σηματοδότησης της οστικής μορφογένεσης που είναι ζωτικής σημασίας για τον πολλαπλασιασμό και την δραστηριότητα των οστεοκλαστών. Η αναστολή της σκληροστίνης από την romosozumab οδηγεί σε αυξημένη οστεοβλαστική δραστηριότητα.

Στην τυχαιοποιημένη αυτή μελέτη που περιελάμβανε και ομάδα ελέγχου ελέγχτηκαν οι δράσεις της romosozumab σε σχέση με δύο άλλες ουσίες αναφοράς. Η μελέτη είναι μία σταδίου 2 κλινική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπενία οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν σε 8 ομάδες που έλαβαν romosozumab υποδορίως μηνιαίως ή κάθε 3 μήνες σε διαφορετικές δόσεις, alendronate από το στόμα εβδομαδιαίως σε δόση 70 mg, teriparatide υποδορίως σε δόση 20 μg ημερησίως και ενέσεις placebo μηνιαίως ή κάθε 3 μήνες. Τα κύρια και δευτερεύοντα τελικά σημεία περιελάμβαναν αλλαγές στην οστική πυκνότητα σε σχέση με το placebo, αλλαγές στους δείκτες μεταβολισμού των οστών και σύγκριση της romosozumab με τις alendronate και teriparatide.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν εντυπωσιακά. Η χορήγηση romosozumab σε όλες τις δόσεις συνοδεύτηκε από αύξηση της οστικής πυκνότητας σε όλα τα μελετηθέντα σημεία με την εξαίρεση του απώτερου τριτημορίου της κερκίδας όπου παρέμεινε αμετάβλητη. Όταν χορηγήθηκε στην υψηλότερη μηνιαία δόση η romosozumab αύξησε ταχέως την οστική πυκνότητα στην οπονδυλική στήλη και στο ισχίο και οι παρατηρούμενες αυξήσεις ήταν μεγαλύτερες από εκείνες στην ομάδα της alendronate και teriparatide στους 6 μήνες και ακόμα πιο σημαντικά το αποτέλεσμα παρέμεινε και κατά τον τερματισμό της μελέτης.

Οι δείκτες σχηματισμού νέου οστού αυξήθηκαν ταχύτατα μετά την πρώτη δόση romosozumab και στην συνέχεια μειώθηκαν. Στους 6 μήνες οι αναβολικοί δείκτες ήταν σχεδόν στα επίπεδα στην αρχή της μελέτης παρά την συνεχή χορήγηση του φαρμάκου. Αντίθετα οι δείκτες καταβολισμού και απορρόφησης των οστών ήταν σημαντικά μειωμένοι από την πρώτη βδομάδα θεραπείας και παρέμειναν σε αυτά τα επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Οι παρατηρούμενες αλλαγές στους μεταβολικούς δείκτες των οστών μετά την έναρξη θεραπείας με romosozumab που συνίστανται σε βραχεία διέγερση των δεικτών αναβολισμού σε συνδυασμό με χρόνια καταστολή των δεικτών καταβολισμού είναι μοναδικές και αναφέρονται για πρώτη φορά. Οι ισχυροί αντικαταβολικοί θεραπευτικοί παράγοντες όπως τα διφωσφονικά και η denosumab καταστέλλουν τόσο τους αναβολικούς όσο και τους καταβολικούς μεταβολικούς δείκτες. Η teriparatide αυξάνει τους αναβολικούς δείκτες αρχικά αλλά μετά μικρό χρονικό διάστημα διεγείρει επίσης και τους καταβολικούς δείκτες. Η παραπάνω διέγερση και των καταβολικών δεικτών μπορεί να 'σφραγίζει' πρώιμα το αναβολικό παράθυρο που διανοίγεται από την teriparatide μπλοκάροντας έτσι, μέσω της αυξημένης οστικής απορρόφησης, τις αναβολικές δράσεις του φαρμάκου στα οστά. Η σχετιζόμενη με την παραθορμόνη πρωτεΐνη ή πεπτιδίο (PTH-rP) είναι ένας ακόμα αναβολικός παράγοντας με πιθανή θεραπευτική εφαρμογή που πρόσφατα καταδείχτηκε ότι δρα με τον ίδιο τρόπο όπως η παραθορμόνη. Η Odanacatib, ένας αναστολέας της κατεψίνης K αρχικά καταστέλλει τόσο τον σχηματισμό νέου οστού όσο και την απορρόφηση του οστού αλλά οι αναβολικοί δείκτες αυξάνουν πίσω στα φυσιολογικά επίπεδα ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας.

Είναι δυνατόν να αναπαραγάγουμε τις δράσεις της romosozumab στην αναδιαμόρφωση των οστών χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες θεραπείες για την οστεοπόρωση; Αποτελέσματα από μικρές μελέτες υποδηλώνουν ότι κάτι τέτοιο είναι πιθανό. Συνδυασμένη θεραπεία με teriparatide και ισχυρούς παράγοντες που αναστέλλουν την απορρόφηση των οστών όπως το ζολενδρονικό οξύ ή η denosumab και η οποιοι χορηγούνται διαλειπόντως μία ή δύο φορές το έτος φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενη. Μικρότερης διάρκειας κύκλοι θεραπείας με παραθορμόνη που ακολουθούνται από θεραπεία με διφωσφονικά από του στόματος μπορεί επίσης να αυξήσουν τον σχηματισμό νέου οστού χωρίς να διεγείρουν την απορρόφηση του.

Πολλά ερωτήματα που αφορούν την θεραπεία με romosozumab παραμένουν. Θα μεταφραστούν οι αυξήσεις στην οστική πυκνότητα σε σημαντική προστατευτική δράση ενάντια στα κατάγματα? Είναι η θεραπεία ασφαλής για μεγάλο χρονικό διάστημα? Στην πρώτη κλινική μελέτη δεν αναφέρθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες με την εξαίρεση του ερεθισμού στα σημεία των ενέσεων. Περισσότερο μακροχρόνια θεραπεία (πάνω από 1 έτος) θα συνοδεύεται από επιπλοκές όπως παραλύσεις κρανιακών νεύρων ή στένωση του νωτιαίου σωλήνα? Ποια διάρκεια θεραπείας είναι ασφαλής για μεγάλα χρονικά διαστήματα? Γιατί δεν βελτιώνεται η οστική πυκνότητα στον καρπό? Μια μελέτη φάσης 3 με χορήγηση romosozumab αναμένεται σε πληθυσμό μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με οστεοπόρωση (NCT01631214) και πιθανόν θα δώσει απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα. Επί του παρόντος, περισσότερο από μία δεκαετία μετά την εισαγωγή στην θεραπευτική της teriparatide, επιτέλους φαίνεται να υπάρχει συνέχεια στο κεφάλαιο των αναβολικών οστικών ουσιών.

Τοποθέτηση stent και ιατρική θεραπεία για την στένωση των νεφρικών αρτηριών αθηρωματικής αιτιολογίας

Christopher J. Cooper, M.D., Timothy P. Murphy, M.D., Donald E. Cutlip, M.D., Kenneth Jamerson, M.D., William Henrich, M.D., Diane M. Reid, M.D., David J. Cohen, M.D., Alan H. Matsumoto, M.D., Michael Steffes, M.D., Michael R. Jaff, D.O., Martin R. Prince, M.D., Ph.D., Eldrin F. Lewis, M.D., Katherine R. Tuttle, M.D., Joseph I. Shapiro, M.D., M.P.H., John H. Rundback, M.D., Joseph M. Massaro, Ph.D., Ralph B. D'Agostino, Sr., Ph.D., and Lance D. Dworkin, M.D. for the CORAL Investigators

N Engl J Med 2014; 370:13-22 [January 2, 2014](#) DOI: 10.1056/NEJMoa1310753

Εισαγωγή

Η αθηρωματική στένωση των νεφρικών αρτηριών αποτελεί συχνό πρόβλημα σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας. Παρά τα αποτελέσματα δύο τυχαιοποιημένων μελετών που δεν έδειξαν οφέλη από την τοποθέτηση stents στις νεφρικές αρτηρίες σε σχέση με τη νεφρική λειτουργία, η χρησιμότητα των stents στις νεφρικές αρτηρίες για την πρόληψη μειζόνων νεφρικών και καρδιαγγειακών συμβαμάτων είναι άγνωστη.

Ασθενείς και μέθοδοι

947 ασθενείς με στένωση νεφρικών αρτηριών αθηρωματικής αιτιολογίας και είτε συστολική υπέρταση ενώ λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή με 2 ή περισσότερα φάρμακα είτε χρόνια

νεφρική νόσο τυχαιοποιήθηκαν και έλαβαν ιατρική συντηρητική θεραπεία και τοποθέτηση stent στις πάσχουσες νεφρικές αρτηρίες ή μόνο συντηρητική αγωγή. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για την επίπτωση καρδιαγγειακών και νεφρικών συμβαμάτων (θάνατος από καρδιαγγειακά ή νεφρικά αίτια, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νοσηλεία για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια ή ανάγκη υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας).

Αποτελέσματα

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με την συχνότητα των συμπλόκων τελικών σημείων μεταξύ των ασθενών που έλαβαν μόνο συντηρητική θεραπεία και των ασθενών που έλαβαν συντηρητική θεραπεία και τοποθέτηση stent (35.1% vs 35.8%, αναλογία κινδύνου για την διπλή θεραπεία 0.94, 95% CI 0.76 to 1.17, P=0.58) για μέσο χρόνο παρακολούθησης 43 μήνες. Δεν παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων για τις μεμονωμένες επιμέρους παραμέτρους των συμπλόκων καταληκτικών σημείων και στην θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Κατά την διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των επιπέδων της συστολικής αρτηριακής πίεσης στην ομάδα των ασθενών που υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση stent στις νεφρικές αρτηρίες (-2.3 mm Hg; 95% CI, -4.4 to -0.2; P=0.03).

Συμπεράσματα

Η τοποθέτηση stent στις νεφρικές αρτηρίες δεν προσφέρει σημαντικά οφέλη σε σχέση με την πρόληψη των κλινικών συμβαμάτων όταν προστίθεται στην συντηρητική πολυπαραγοντική ιατρική θεραπεία σε ασθενείς με στένωση των νεφρικών αρτηριών αθηρωματικής αιτιολογίας και αρτηριακή υπέρταση ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. (Χρηματοδότηση από το Εθνικό Ίδρυμα Καρδιακών, Πνευμονικών Νόσων και Νόσων του Αίματος, αριθμός μελέτης NCT00081731.)

Citation

C. Tzirogiannis. Brief literature reports. *Scientific Chronicles* 2013;18(4): 261-266

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της χοληστερόλης: Οριοθετήσεις και επισημάνσεις

Χ. Βέρρας ¹, Α. Μελιδώνης ²

¹Τμήμα Γενικής Ιατρικής και ² Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

Παραπομπή:

Χ. Βέρρας, Α. Μελιδώνης. Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της χοληστερόλης: Οριοθετήσεις και επισημάνσεις. Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(4): 267-271

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις 12 Νοεμβρίου του 2013, νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα ανακοινώθηκαν από το American College of Cardiology–American Heart Association (ACC-AHA) Task Force on Practice Guidelines [1]. Αυτή η ενημερωμένη έκδοση αποτελεί την πρώτη σημαντική αναθεώρηση οδηγιών μετά το National Cholesterol Education Program (Adult Treatment Panel III το 2002 [2]). Οι προηγούμενες οδηγίες του ATP III έγιναν ευρέως αποδεκτές και εφαρμόζονται με σχετική συνέπεια.

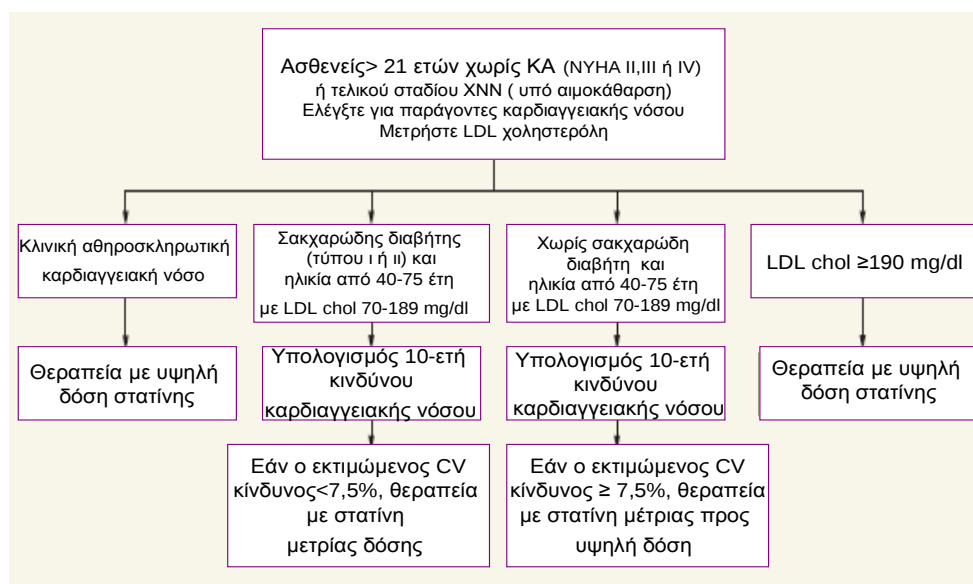
Αντιθέτως, οι νέες κατευθυντήριες γραμμές έχουν ήδη αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης, με ορισμένους παρατηρητές να υποστηρίζουν ότι ορισμένα στοιχεία των συστάσεων δεν είναι τεκμηριωμένα [3]. Παρ' όλα αυτά, οι συστάσεις αυτές μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην κλινική πρακτική της διαχείρισης των λιπιδίων. Ως εκ τούτου, παρουσιάζεται εδώ μια σύντομη πρακτική περίληψη των ισχυουσών κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης της υπερχοληστελαιμίας, υποδεικνύοντας τις διαφορές.

Κύρια χαρακτηριστικά των νέων κατευθυντήριων γραμμών

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες εμφανίζουν μια σημαντική απόκλιση από τις προηγούμενες συστάσεις, οι οποίες είχαν συγκεκριμένους στόχους λιπιδίων για ασθενείς με παράγοντες κινδύνου. Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε τυχαιοποιημένες μελέτες θεραπευτικής παρέμβασης στις οποίες χορηγήθηκαν σταθερές δόσεις αναστολέα της αναγωγάσης 3-υδρόξυ-3-μεθυλογλουταρυλικού-συνενζύμου Α (HMG-CoA) (στατίνη) σε πληθυσμούς ασθενών με παράγοντες κινδύνου για αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (που ορίζεται ως: μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή θάνατος που οφείλεται σε στεφανιαία νόσο, ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο θανατηφόρο ή μη).

Οι νέες οδηγίες βασίζονται σε νέα αξιολόγηση του 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου με νέα μηχανή αναζήτησης που εμπεριέχει αξιολόγηση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου. Δίνουν κατευθύνσεις αντιμετώπισης του προκύπτοντος καρδιαγγειακού κινδύνου και όχι των επιπέδων LDL (που ήταν η κυρίαρχη αντίληψη στις οδηγίες του ATP III).

Χρησιμοποιώντας αυτή τη νέα προσέγγιση, η ομάδα ειδικών επιστημόνων αναδεικνύει τέσσερις υποομάδες ασθενών για τους οποίους το όφελος των στατινών σαφώς υπερτερεί του κινδύνου (Εικόνα 1) [4].



Εικόνα 1. 2013 American College of Cardiology–American Heart Association Κατευθυντήριες οδηγίες για θεραπεία με στατίνη σε ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Άτομα με κλινικά εμφανή ή εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (CVD) καλούνται εκείνα με ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, σταθερή ή ασταθή στηθάγχη, στεφανιαία ή άλλη αρτηριακή επαναγγείωσης, ή εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή περιφερική αρτηριακή νόσο που τεκμαίρεται να είναι αθηροσκληρωτικής προέλευσης.

Οι ασθενείς που έχουν προδιάθεση για δυσμενείς επιδράσεις στη θεραπεία με στατίνη:

- μειωμένη νεφρική ή ηπατική λειτουργία
 - άλλες σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις
 - ιστορικό με δυσανεξία στη στατίνη
 - ταυτόχρονη χορήγηση φαρμάκων που επηρεάζουν το μεταβολισμό της, άτομα ηλικίας > 75 ετών, ή ανεξήγητες αυξήσεις στα επίπεδα αμινοτρανσφεράσης αλανίνης > 3 φορές του ανώτερου ορίου του φυσιολογικού εύρους) θα πρέπει να χρησιμοποιούν μέτριες δόσεις θεραπείας με στατίνη.
- Ο 10-ετής κίνδυνος της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου υπολογίζεται με τη χρήση της νέας μηχανής εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου που είναι διαθέσιμα στο <http://my.americanheart.org/cvriskscalculator> ή <http://www.cardiosource.org/science-and-quality/practice-guidelines-and-quality-standards/2013-prevention-guideline-tools.aspx>.

Αυτές οι ομάδες είναι οι ασθενείς με :

1. Κλινικά εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο,
2. Επίπεδα λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL) χοληστερόλης τουλάχιστον 190 mg ανά δεκατόλιτρο,

3. Διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 και επίπεδα χοληστερόλης LDL 70 mg ανά δεκατόλιτρο ή υψηλότερα, ή

4. Με 10-ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου τουλάχιστον 7,5%, σύμφωνα με τις νέες διαθέσιμες μελέτες, και με επίπεδα LDL χοληστερόλης τουλάχιστον 70 mg ανά δεκατόλιτρο.

Σε αυτές τις ομάδες ασθενών, συνιστάται η θεραπεία με στατίνη σε υψηλές δόσεις (με στόχο τη μείωση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης κατά $\geq 50\%$) (Πίνακας 1). Θεραπεία με στατίνη μέτριας δόσης (με στόχο την μείωση κατά 30-50% στα επίπεδα της LDL χοληστερόλης) συνιστάται για τους ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν τη θεραπεία με υψηλές δόσεις ή σε ασθενείς με διαβήτη και 10-ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου λιγότερο από 7,5 %. Τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με στατίνη θα πρέπει να παρακολουθούνται για μυϊκές και ηπατικές βλάβες αλλά και για πιθανή εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη.

2013 Κατευθυντήριες οδηγίες για την χοληστερόλη

Θεραπεία με στατίνη υψηλής δόσης

Ημερήσια δόση μειώνει τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης κατά περίπου

$\geq 50\%$ κατά μέσο όρο

Συνιστάται: ατορβαστατίνη, 40 έως 80 mg, Ροσουβαστατίνη, 20 έως 40 mg

Θεραπεία με στατίνη μέτριας δόσης

Ημερήσια δόση μειώνει τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης κατά περίπου 30

έως $<50\%$ κατά μέσο όρο

Συνιστάται: ατορβαστατίνη, 10 έως 20 mg, Ροσουβαστατίνη, 5 έως 10 mg,

Σιμβαστατίνη, 20 έως 40 mg, Πραβαστατίνη, 40 έως 80 mg, Λοβαστατίνη,

40 mg, Παρατεταμένης αποδέσμευσης φλουβαστατίνη 80 mg, Φλουβαστατίνη,

40 mg δύο φορές την ημέρα, Πιταβαστατίνη, 2 έως 4 mg

Πίνακας 1. Υψηλές και μέτριες δόσεις θεραπείας με στατίνες, σύμφωνα με το American College of Cardiology–American Heart Association (ACC-AHA)

Ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας για τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες είναι ότι δεν εξειδικεύονται για ασθενείς για τους οποίους δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για θεραπεία με στατίνες και για τους οποίους καμία σύσταση δεν γίνεται. Αυτές οι ομάδες είναι οι ασθενείς με:

1. ηλικία > 75 χρόνια, εκτός εάν υπάρχει αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος
2. αιμοκαθαιρόμενοι ή
3. με καρδιακή ανεπάρκεια κατά New York Heart Association II, III, ή IV

Τέλος, οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση άλλων υπολιπιδαιμικών παραγόντων (εκτός των στατινών) που θα μπορούσαν να

χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά με τις στατίνες ή εναλλακτικά σε άτομα με δυσανεξία στις στατίνες.

Βασικές κατευθύνσεις για επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας θα δουν σημαντικές αλλαγές στην καθ' ημέρα πράξη αντιμετώπισης της υπερλιπιδαιμίας βάσει των νέων κατευθυντήριων οδηγιών, συμπεριλαμβανομένων των :

1. αποφυγή υπολιπιδαιμικής αγωγής σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών
2. κατάργηση των εξετάσεων ρουτίνας για τον έλεγχο των επιπέδων της LDL-χοληστερόλης στους ασθενείς που είναι υπό αγωγή με στατίνες, επειδή δεν δίνεται πλέον ιδιαίτερη έμφαση στα επίπεδα στόχους της LDL
3. αποφυγή των λοιπών (εκτός των στατινών) αγωγών για τη μείωση των επιπέδων της LDL-χοληστερόλης στα άτομα που δεν εμφανίζουν δυσανεξία στις στατίνες
4. πιο συντηρητική θα πρέπει να είναι η χορήγηση στατινών στους ηλικιωμένους ασθενείς (>75 ετών) οι οποίοι δεν εμφανίζουν κλινικά αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο
5. περιορισμένη χρήση άλλων δεικτών, όπως της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και του calcium score (βαθμονόμηση ασβέστωσης στεφανιαίων αρτηριών)
6. χρήση μιας νέας μηχανής εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου η οποία στοχεύει σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για θεραπεία με στατίνες.

Οι Ridker και Cook, με δημοσίευση τους στο έγκριτο *The Lancet*, συνέκριναν τα ευρήματα μεγάλων μελετών (*WHI, Physicians' Health Study* κ.λ.π.) με τα προγνωστικά δεδομένα που προσδιόριζε η νέα μηχανή εκτίμησης στην έναρξη των μελετών και διαπίστωσαν υπερεκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου έως και 100% με την νέα μηχανή. Οι υπεύθυνοι για τις κατευθυντήριες οδηγίες, ωστόσο, σημειώνουν ότι οι ομάδες που εξετάστηκαν από τους Ridker και Cook μπορεί να μην είναι οι κατάλληλες για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου για δύο λόγους. Πρώτον, αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν εθελοντές, οι οποίοι είναι πιθανότερο να είναι υγιέστεροι από τον γενικό πληθυσμό. Δεύτερον, οι ασθενείς σε αυτές τις ομάδες έχουν λάβει σύγχρονες θεραπείες για την μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, αλλοιώνοντας έτσι τη φυσική ιστορία της νόσου.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες των ACC-AHA προωθείται η θεραπευτική χρήση των στατινών (ανεξάρτητα των επιπέδων LDL και σύμφωνα με το επίπεδο βαρύτητας του καρδιαγγειακού κινδύνου του ασθενούς) ως κύριου υπολιπιδαιμικού παράγοντα με ταυτόχρονη εξασθένηση της χρήσης λοιπών υπολιπιδαιμικών παραγόντων για ένα ευρύ πλέον φάσμα ασθενών. Βεβαίως, προκύπτει θέμα αξιολόγησης του νέου "score" καρδιαγγειακού κινδύνου τόσο σε ειδικές καταστάσεις όσο και σε ειδικούς πληθυσμούς διότι βασιζόμενοι στην αξιολόγησή του διαμορφώνονται οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Νέες προοπτικές μελέτες ως εκ τούτου χρειάζονται για να απαντηθεί το αμφιλεγόμενο αυτό θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2013 November 12 (Epub ahead of print).
2. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation 2002;106: 3143-421.
3. Ridker PM, Cook NR. Statin guidelines and the prevention of cardiovascular disease. Lancet (in press).
4. Prevention guidelines tools: CV risk calculator. Dallas: American Heart Association, 2013 (<http://my.americanheart.org/cvriskcalculator>).

Citation:

Ch. Verras, A. Melidonis. New clinical guidelines on the treatment of cholesterol. Scientific Chronicles 2013;18(4): 267-271